

# Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung

Administrative Phantasie  
in der psychiatrischen Versorgung

Herausgegeben von  
Heinrich Kunze  
Walter Ricard  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte  
Band 18

# Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung - von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen

Tagungsbericht

---

Herausgegeben von Heinrich Kunze  
Walter Ricard  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte  
Band 18

1992

Rheinland Verlag GmbH • Köln

in Kommission bei  
Dr. Rudolf Habelt GmbH • Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© Rheinland-Verlag GmbH - Köln 1992

Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft  
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH  
Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2

Alle Rechte vorbehalten

Redaktion: Dr. Ulrich Hoffmann/Birgit Meiners

Gestaltung: Norbert Radtke

Umschlaggestaltung: Renate Triltsch • Köln

Gesamtherstellung: ICS Kommunikations-Service GmbH,  
Bergisch Gladbach

ISBN 3-7927-1204-0

# Inhaltsverzeichnis

- Vorwort . . . . .	7	
<i>Irmgard Gaertner</i> Grußwort der Landesdirektion des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen . . . . .	9	
<b>Einführung in die Thematik der Tagung</b>		
- <i>Heinrich Kunze</i> Von der anstaltszentrierten zur patienten- und gemeindezentrierten Versorgung . . . . .	11	
<b>Teil I: Können Strukturen die Therapie fördern? - Blickpunkt Organisation</b> . . . . .		23
- <i>Stephan Rudas</i> Die dezentrale, nicht-bettenführende psychiatrische Krankenanstalt - Über den Einfluß organisatorischer Strukturen auf die therapeutische Wirksamkeit . . . . .	25	
- <i>Douglas H. Bennett</i> Ein „District Services Centre“ am Maudsley Hospital . . . . .	31	
- <i>Peter Kruckenberg</i> Versorgungsverpflichtung auch für die ambulanten und komplementären Dienste - oder die Auflösung der totalen Restverantwortlichkeit des psychiatrischen Krankenhauses in Bremen . . . . .	42	
- Plenum zu den Referaten des Teiles I. . . . .	65	
<b>Teil II: Begleiten statt weiterreichen - Blickpunkt Patientin/Patient. . . . .</b>		69
- <i>Holger Hoffmann</i> Patienten- statt institutionszentrierte Strukturen am Beispiel eines Lernfalles aus der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern . . . . .	71	
- <i>Geoff Shepherd</i> „Ward in a House“ und „Case Management“ - Zwei Konzepte zur langfristigen Behandlung schwer psychisch Kranker in der Gemeinde . . . . .	87	

- *Klaus Kregel*  
 Zwischen Administration und Phantasie - Der praktische  
 Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste am Beispiel des Bonner  
 Vereins für gemeindenaher Psychiatrie . . . . . 101
- *Christine Haerlin*  
 Berufliche Rehabilitation und Arbeit - wie kann ihre Integration in  
 die Gemeindepsychiatrie vorangebracht werden. . . . . 117
- Plenum zu den Referaten des Teiles II . . . . . 131
- Resolution zur psychiatrischen Versorgung in einem geeinten  
 Deutschland . . . . . 142

**Verzeichnis der Autorinnen und Autoren, Diskussionsteilnehmerinnen  
 und-teilnehmer.. . . . . 143**

## Vorwort

Die Zersplitterung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter nach vielfältigen Kostenträgern und Maßnahmearten ist ein Nebeneffekt des traditionellen gegliederten Systems der sozialen Sicherheit in der Bundesrepublik. Stehen Wirksamkeit und Differenziertheit dieses Systems außer Zweifel, so führt diese Zergliederung auch zu besonderen systembedingten Schwierigkeiten in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die sich durchaus nachteilig auf die Behandlung auswirken.

Die jeweiligen Zuständigkeiten in der herrschenden Vielfalt von Kostenträgern sind zwar formal häufig scharf definiert, in der konkreten Umsetzung von Maßnahmen jedoch sehr umstritten und damit unklar. Dies wirkt sich um so belastender aus, als jeder Kostenträger satzungsgemäß bzw. gesetzlich verpflichtet ist, nur solche Kosten zu übernehmen, für die er zweifelsfrei zuständig ist. So herrscht bei Patienten und Betreuern oft Unsicherheit, ob der nächste Schritt überhaupt eingeleitet werden kann, die Patienten müssen sich immer wieder an neue Therapeuten gewöhnen, oft sogar in eine gänzlich andere Einrichtung überwechseln.

Nur an vergleichsweise wenigen Orten haben sich aufgrund des Einsatzes von viel administrativer Phantasie und persönlichem Engagement innerhalb des vorgegebenen Rahmens regionale Betreuungszusammenhänge entwickelt, welche die oft rigide gewordenen Regelvorgaben gleichsam von innen heraus in einer für die Versorgung insbesondere chronisch psychisch Kranker und Behinderter sinnvollen Weise modifiziert und angepaßt haben. Die beispielhafte Darstellung solch kreativer Nutzung der Möglichkeiten und Nischen des Systems, durch welche auch der von der Expertenkommission empfohlene „Gemeindepsychiatrische Verbund“ der praktischen Umsetzung näher gebracht werden kann, war das Anliegen der Tagung. Rund 300 Fachleute, unter ihnen zum ersten Mal in großem Umfang auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der ehemaligen DDR, diskutierten das Thema anhand von Beispielen aus der Bundesrepublik, Österreich, der Schweiz und England am 21. und 22. Juni 1990 in Emstal/Kr. Kassel.

Eine besondere aktuelle Bedeutung erhielt die Thematik durch die Entwicklungen im Verhältnis zwischen den damals noch zwei deutschen Staaten. Mit der Währungs- und Sozialunion, schließlich mit dem Beitritt zur alten Bundesrepublik stand der ehemaligen DDR eine grundlegende Umstrukturierung auch im Gesundheitswesen bevor, deren Auswirkungen auf die Versorgungssituation, auf die Patienten und ihre Betreuer noch heute nicht überwunden sind.

Inzwischen hat sich gezeigt, daß auch diejenigen Einrichtungen und Dienste für psychisch Kranke und Behinderte, welche sich in der ehemaligen DDR als sinnvoll und tragfähig bewährt haben, in großem Umfang dem Vereinigungsprozeß zum Opfer fallen, oft ohne daß durch die im Einigungsvertrag getroffenen Übergangsregelungen rechtzeitig ein angemessener Ersatz geschaffen werden konnte. Von daher ist der den vorliegenden Tagungsbericht durchgängig bestimmende Appell zu „administrativer Phantasie“ in Planung und Aufbau der psychiatrischen Versorgung gerade auch in den neuen Bundesländern so aktuell wie nie zuvor.

Die Herausgeber hoffen, mit dem vorliegenden Band auch zur Bewältigung der vielfältigen Probleme der Neustrukturierung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in den neuen Bundesländern einen Beitrag leisten zu können. Sie sind aber nach wie vor der Auffassung, die für die Planungen der Tagung selbst ursprünglich richtungsweisend war: daß ein Mehr an administrativer Phantasie und der bei allen Partnern wünschenswerte Mut zu unkonventionellen Versorgungslösungen die überall in Deutschland noch immer oft schwierige Lage der betroffenen Menschen weiterhin nachhaltig wird verbessern können.

Bonn, im Juni 1991

Die Herausgeber

Im Tagungssaal hing ein großes Plakat mit dem englischen Sprichwort:

**„Never try to change the System - fiddle it!“**

# Grußwort

*der Landesdirektorin Irmgard Gaertner*

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie alle sehr herzlich für den Gastgeber Landeswohlfahrtsverband Hessen als Träger des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen. Ich bedanke mich bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE für die Ausrichtung der Tagung mit diesem spannenden Thema; bei den unmittelbaren Gastgebern, nämlich Herrn Dr. Kunze und Herrn Ise vom Psychiatrischen Krankenhaus Merxhausen, bei der Gemeinde Emstal für die kostenlose Zurverfügungstellung dieses Kur- und Festsaaes - auch dies ein kleiner Beitrag zur Gemeindepsychiatrie.

Diese Tagung, die sich mit der Entwicklung von einer „anstaltszentrierten zu einer gemeindezentrierten Versorgung“ befaßt, findet in einer ehemaligen Anstalt statt. Merxhausen begann als Kloster. Seit 1533, nach der Säkularisierung, wurde es „Hohes Hospital“ - ein Ort der Hilfe für arme, kranke, behinderte Frauen. Nicht weit von hier ist Haina, mit einer vergleichbaren Geschichte, das Männerhospital. Merxhausen heute: Das Psychiatrische Krankenhaus ist zuständig für die regionale Versorgung des Landkreises Kassel, d. h. eines Gebietes mit ausgesprochen ländlicher Struktur, sowie eines Teils der Stadt Kassel. Das Psychiatrische Krankenhaus hat sich räumlich dezentralisiert, es bietet eine stationäre Einheit mit Tagesklinik und Institutsambulanz in der Stadt Kassel an und hat noch eine Außenstelle in Guxhagen, im Landkreis. Merxhausen hat in den letzten Jahren eine innovative Funktion übernommen und wesentlich zu der Installierung von Gemeindepsychiatrie beigetragen.

Dies bietet Anlaß darüber nachzudenken, ob nicht psychiatrische Krankenhäuser, ehemalige Landeskrankenhäuser wie dieses, zu Sündenböcken gemacht werden für eine immer noch nicht befriedigende Entwicklung in der Psychiatrie; ob hier nicht das Opfer zum Täter gemacht wird angesichts der Tatsache, daß ein solches Krankenhaus heute immer noch weitgehend die einzige Institution ist, die sich für alle schwierigen Patienten zuständig erklärt und die Patienten weder weiterreicht noch abschiebt; ob es deshalb nicht verfehlt ist zu fordern: „Zerschlagt die traditionellen Strukturen!“ Ob es nicht statt dessen heißen muß: Die Voraussetzungen dafür müssen geschaffen werden, daß diese Krankenhäuser sich auf eine regionale Versorgungsverpflichtung hinsichtlich klinischer bzw. teilstationärer Behandlung beschränken können und von der Wahrnehmung komplementärer Restfunktionen entlastet werden!

Womit wir beim Thema „administrative Phantasie“ wären, ein Thema, das mir in meiner Arbeit als Verwaltungsfrau immer sehr wichtig gewesen ist und das ich mit mehr oder weniger Erfolg auch meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu vermitteln versuche. Hinsichtlich der Frage, ob es gelingen wird, das

vorgegebene Rechtssystem in der Bundesrepublik mit Hilfe administrativer Phantasie zu verändern, bin ich eher skeptisch. Bei diesem gegliederten System sozialer Sicherung, in dem Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Sozialhilfe sowie die allgemeine kommunale Verpflichtung zur Daseinsvorsorge nebeneinander stehen, ist es schwierig und wird es auch in Zukunft schwierig sein, auch unter Einsatz administrativer Phantasie, psychisch Kranken und Behinderten außerhalb der stationären Angebote adäquate, transparente, eindeutig zu finanzierende Angebote machen zu können. Die Phantasie hat immerhin erreicht, daß es betreute Wohngemeinschaften gibt, daß es Tagesstätten für seelisch Behinderte gibt, daß es psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen gibt, um nur drei Beispiele zu nennen. Diese Institutionen werden gemischt finanziert, d. h. aus Töpfen der Sozialhilfe, der kommunalen Haushalte und des Landeshaushalts.

Selten gelingt es, die Krankenkassen in die Pflicht zu nehmen, und nie ist es bisher gelungen, das zu erreichen, was doch das Nächstliegende wäre: Einen „Pool“ zu bilden, in den die verschiedenen Kostenträger mit bestimmten Anteilen ihren Beitrag leisten.

Angesichts der derzeitigen historischen Situation, in der der Prozeß der Vereinigung der beiden deutschen Staaten mit großer Eile voranschreitet, habe ich mit großem Vergnügen das Schreiben gelesen, das die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die AKTION PSYCHISCH KRANKE, der Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker sowie der Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen an Frau Süssmuth und an Frau Bergmann-Pohl geschrieben hatten. Hier geht es darum, daß die positiven sozialpolitischen Erfahrungen der DDR im Vereinigungsprozeß Berücksichtigung finden und nicht verloren gehen. Als Beispiele werden genannt das Gesetz zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden; die psychiatrischen Polikliniken; die einheitliche Sozialversicherung, die eine Aufsplitterung auf die verschiedenen Kostenträger vermeidet; der Anspruch auf eine Mindestrente bei Behinderung ab dem 18. Lebensjahr. Ich meine, daß man aus fortschrittlichen, für die Betroffenen positiven Ansätzen bei Nachbarn lernen sollte. Ich meine, daß nicht alles, was sich in der DDR entwickelt hat, schlecht und zu verwerfen ist. Ich meine, daß dies beim Prozeß der politischen Vereinigung Berücksichtigung finden sollte. Ich fürchte allerdings, daß eine solche Überlegung in den Wind gesprochen ist.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihrer Tagung einen guten Verlauf.

# Einführung in die Thematik der Tagung: Von der anstaltszentrierten zur patienten- und gemeinde- zentrierten Versorgung

*Heinrich Kunze*

Beim Versuch, „administrative Phantasie“ ins Englische zu übersetzen, wird die im Titel der Tagung angelegte Spannung deutlich:

Der eine Pol heißt „gestaltende Vorstellungskraft“, „Erfindungsgabe“; zu übersetzen mit „imagination“, „inventiveness“. Der andere Pol heißt „Phantasterei, Hirngespinnst, Wahnvorstellung“. Dies sind Lexikonbedeutungen des englischen Wortes „fantasy“. Je nach Interessenlage und einschlägigen Erfahrungen mit psychisch Kranken einerseits und Verwaltungsstrukturen andererseits werden einige von Ihnen an die erste und andere eher an die zweite Bedeutung denken.

Die Tagung soll zentrale Grundgedanken der „Empfehlungen der Expertenkommission (1988)“ in Erinnerung rufen und über praktische Beispiele informieren, auf die sich die Expertenkommission gestützt hat.

Wir wollen anhand von erfindungsreichen Beispielen darstellen, wie administrative Grundprobleme bei der Behandlung und Rehabilitation langfristig psychisch Kranker und Behinderter patientenorientiert bewältigt werden können. Denn wer in der Bundesrepublik patientenorientierte Lösungen realisiert, sieht sich oft dem Verdacht oder Vorwurf der Phantasterei ausgesetzt, und zwar sowohl von Seiten der Einrichtungs- und Kostenträger, aber auch von Seiten vieler Therapeuten. Die strukturprägenden Interessenlagen sind eben nicht automatisch übereinstimmend zwischen Kosten- und Einrichtungsträgern, Therapeuten und schließlich Betroffenen (Kranke und Angehörige).

## *Die Vernachlässigung der chronisch psychisch Kranken und Behinderten*

Ich möchte deutlich hervorheben: Es geht hier in erster Linie um eine kleinere Zahl von längerfristig und schwerer psychisch Kranken mit erheblichen sozialen Folgeproblemen. Denn bei den vorhandenen Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen erhalten die akut und leichter Erkrankten, die auch für sich selber sorgen können, schon überwiegend brauchbare Hilfen. Doch je schwerer und länger die psychischen Erkrankungen dauern, je geringer die soziale Integration der Kranken ist und je weniger sie für sich selber sorgen können, um so stärker werden sie unter den gegebenen Verhältnissen vernachlässigt.

Die langfristig psychisch Kranken - dazu gehören auch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke sowie gerontopsychiatrisch Kranke — sind heute der *Prüfstein* der psychiatrischen Versorgung, wie im vorigen Jahrhundert die

sogenannten „Unheilbaren“ zum Kardinalproblem der Anstaltspsychiatrie wurden.

Auf Heilung ausgerichtete Therapieprogramme selektieren nach Indikation und nehmen geeignete Patienten mit möglichst gleichartigen Erkrankungen und Betreuungsanforderungen auf. Dies erleichtert die Differenzierung, die Spezialisierung und hält die Komplexität des Arbeitsfeldes für die Therapeuten überschaubar. Die Verweigerung der Kostenübernahme durch die Kassen bei längerem Krankheitsverlauf entlastet viele Therapeuten von der unbequemen Verantwortung für ihre ungeheilten Patienten.

Therapeutisch-homogene Kästchen mit befristeten Behandlungszeiten kommen auch dem Ordnungsbedürfnis der Verwaltungsseite bei Einrichtungsträgern wie Kostenträgern sehr entgegen.

Patienten mit längerem, wechselhaftem Krankheitsverlauf erleben nur zeitlich fragmentierte therapeutische Beziehungen, werden sie doch von einem Therapieprogramm zum anderen im Sinne der sogenannten therapeutischen Kette weitergereicht. Dabei sinken sie aber von Stufe zu Stufe, weil die Ausstattung und Qualität in der Regel abnimmt.

Traditionell organisierte psychiatrische Versorgung gliedert ihre Therapieversager schrittweise aus therapeutisch qualifizierten Programmen in wohnortferne kustodiale Institutionen aus (vernachlässigte Langzeitstationen in Psychiatrischen Krankenhäusern oder Heime). Kostentechnisch handelt es sich dann um sogenannte „Pflegefälle“, bei denen es nur noch um „Wartung und Pflege“ (§ 68 BSHG) geht. Oder diese vernachlässigten psychisch Kranken leben isoliert in der Gemeinde, gegebenenfalls unterstützt von überforderten Angehörigen. HART, ein Engländer, hat diese Verhältnisse mit dem Wortspiel „the inverse care law“ gekennzeichnet. Die Qualität und Verfügbarkeit von Behandlung und Rehabilitationsdiensten sei umgekehrt proportional zum Bedarf.

### *Patientenorientierte Versorgungsprinzipien*

Wenn das fachliche und politische Ziel die gemeindenahere psychiatrische Versorgung auch dieser Gruppe Langzeitkranker ist, so erfordert dies eine Umkehr zentraler Regeln und Denkmuster.

1. Patientenorientierte statt indikationsorientierte Therapiekonzepte: Für in der Region lebende Mitbürger mit langfristigem Krankheitsverlauf werden geeignete therapeutische Hilfen entwickelt - statt für vorhandene Therapieangebote geeignete Patienten auch überregional zu suchen. Also: bedarfs -statt angebotsorientierte Therapiekonzepte.

2. Die therapeutischen Hilfen kommen zum Patienten in *sein* soziales Umfeld, statt daß die Patienten zu immer anderen Therapieprogrammen mit *deren* institutionellem Feld weiterwandern. Wir sind es so gewohnt, daß bei notwendigen Veränderungen in der Art und Intensität der erforderlichen Hilfen der

Patient jeweils zum nächst anderen Hilfekästchen wandert (Aufnahmestation, Behandlungsstation, Entlassungsstation, Tagesklinik, Ambulanz, Übergangshaus, Dauerwohnheim, Wohngemeinschaft usw. vorwärts, rückwärts, rauf und runter).

Statt dessen geht es darum, daß notwendige Veränderungen der therapeutischen Hilfe nach Art und Umfang dadurch realisiert werden, daß die Therapeuten ihr Hilfeangebot entsprechend verändern, bei Erhalt der Kontinuität tragender therapeutischer Beziehungen und der sozialen Integration des Patienten in sein konkretes soziales Umfeld. Denn gerade bei langfristigem und wechselhaftem Verlauf psychischer Erkrankungen sind für die Betroffenen die tragenden sozialen und therapeutischen Beziehungen von entscheidender Bedeutung.

3. Aufgabe des Axioms der Kostenträger, daß multiprofessionelle und aufwendige Behandlung oder Rehabilitation nur in Verbindung mit einem belegten Bett in einer Institution finanziert werden kann. Eine ganz kleine, aber noch völlig unzureichende Ausnahme sind die Institutionsambulanzen. Das mehrdimensionale Krankheitskonzept in der Psychiatrie erfordert multiprofessionelle Therapie und Rehabilitation. Was als Komponenten stationärer psychiatrischer Behandlung inzwischen von Kassen und Reha-Leistungsträgern anerkannt ist, wird in die Zuständigkeit der Sozialhilfe verwiesen, wenn genau dasselbe in ambulanter Form realisiert wird.

4. Ziel muß sein:

Die flexible Kombination nur der individuell für den Patienten notwendigen Hilfefunktionen, also die jeweils individuell notwendige therapeutische Dosis an Hilfen nach dem Grundsatz: So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig. Statt Standardpakete im Sinne der „Omnibustherapie“: z. B. 30 Patienten durchlaufen im „Gleichschritt“ das gleiche volle Standardprogramm, denn einzelne individuell erforderliche Komponenten kann nur erhalten, wer am Gesamtprogramm teilnimmt. Im übrigen orientieren sich Standardprogramme am Durchschnitt und Patienten mit komplexen Problemen fallen hinten runter. Bei verschiedenen Patienten ergeben Fähigkeiten und Defizite, Fortschritte und Rückschritte in verschiedenen Lebensfeldern oder auf verschiedenen Achsen (Wohnen, Arbeit, Freizeit) sehr individuell verschiedene Kombinationen im Zeitablauf. Deshalb erfordert das Ziel der problemspezifischen individualisierten Behandlung und Rehabilitation die Entkoppelung der Hilfeachsen, um auf Vor- und Rückschritte entsprechend dem individuellen Verlauf problemspezifisch eingehen zu können (vgl. Empfehlungen der Expertenkommission, Seite 110; Grundsätze für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Hessen, S. 22, 28).

Die Entkoppelung der Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen entspricht dem Normalisierungsprinzip und eröffnet dem einzelnen Kranken Autonomiebereiche. GOFFMAN schreibt in seinem klassischen Buch über totale Institutionen - und dies gilt nicht nur für Psychiatrische Krankenhäu-

ser, sondern auch für andere Institutionen und Organisationen: „In der modernen Gesellschaft besteht eine grundlegende soziale Ordnung, nach der der einzelne Mensch an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet - und dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan. Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, daß die Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche voneinander trennen, aufgehoben sind.“

Die einzige patientenorientierte Rechtfertigung für die Aufhebung dieser Schranken ist die krankheits- bzw. behinderungsbedingte Überforderung des Betroffenen, für sich die Integration der voneinander unabhängigen Hilfebereiche selber zu schaffen. Aber wie oft erfolgt die Zusammenfassung verschiedener Hilfen unter einer Autorität aus anderen Gründen: aus der Interessenlage von Therapeuten (Kooperation weniger anstrengend, Kontrolle des Patienten einfacher...); aus der Interessenlage von Einrichtungen und Kostenträgern (größer, rationeller, Überschneidungen leichter auszuschließen . . .). Ausgeblendet wird auch die Gefahr, Menschen überzuvorsorgen und zu verunselbständigen, die diesen hohen Integrationsgrad der Hilfe nicht benötigen. Allerdings sollte dieses rehabilitative Argument nicht dazu mißbraucht werden, die kostenträgerinduzierte Fragmentierung von Beziehungen in Behandlung und Rehabilitation zu rechtfertigen.

### *Beispiele aus USA und England*

Diese patientenorientierten Versorgungsprinzipien sind seit Jahrzehnten praktisch erprobt, aber sie setzen sich nur schwer durch, weil sie starken Interessen von Therapeuten und Verwaltungen zuwiderlaufen. Vor fast zwanzig Jahren lernte ich sie während eines Stipendienjahres in den USA und England kennen.

In Denver (Colorado) arbeitete ich in einem 1961 gegründeten staatlichen Psychiatrischen Krankenhaus, das sich am Konzept der Community Mental Health Center (CMHC) orientierte. Das für einen Stadtteil mit 100000 Einwohnern im Sinne der inneren Sektorisierung zuständige Team organisierte seine Arbeit primär an zwei Prinzipien:

a) So wenig Institution wie möglich: Die Therapeuten gehen, wenn immer möglich, zum Patienten in seine soziale Umgebung.

b) Therapeutische Kontinuität: Zwei Therapeuten bleiben langfristig für einen Patienten die Hauptbezugstherapeuten durch alle verschiedenen Behandlungsphasen hindurch; ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung, Wohnheim-Phasen usw. Jeder Therapeut war außerdem noch entsprechend seiner beruflichen Spezialität und seiner dienstplanmäßigen Einteilung für Patientenbehandlung während bestimmter Behandlungsphasen zuständig. Ich erlebte den Auszug dieses Sektorteams, d. h. die Verlagerung seiner institutionellen Basis aus dem Krankenhaus in seinen Stadtteilsektor mit.

Anschließend konnte ich noch 2!/<sub>2</sub> Monate an der von BENNETT geleiteten Tagesklinik in London hospitieren und weitere interessante gemeindepsychiatrische Entwicklungen in England besuchen; z. B. in Bristol. Schon in den 60er Jahren waren vom Psychiatrischen Krankenhaus Glenside Hospital aus unter Beteiligung von Schlüsselpersonen der Stadt außerstationäres Wohnen und Arbeiten in der Stadt entwickelt worden. Die beiden Achsen für häusliche Rehabilitation und berufliche Rehabilitation waren voneinander entkoppelt. Beide Achsen waren in sich abgestuft nach Graden der Selbständigkeit und Betreuung der Patienten. So war es möglich, entsprechend den individuellen Bedarfsprofilen der einzelnen Patienten, verschiedene Hilfestufen der beiden Achsen flexibel miteinander zu kombinieren.

Diese Erfahrungen und Grundideen waren für mich eine wesentliche Orientierung für die Weiterentwicklung des DPWV-Therapeutikums in Heilbronn, das eng mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Weinsberg zusammenarbeitete (1974-1978). Kostentechnisch war das Therapeutikum zwar eine nichtklinische stationäre Einrichtung mit einem Pflegesatz, der auch in teilstationären Komponenten berechnet werden konnte. Im Innenverhältnis gab es jedoch die räumlich und organisatorisch entkoppelten Achsen entsprechend den Lebensbereichen.

Der Wohnbereich z. B. bestand - und besteht heute noch - aus ca. 20 Wohnungen und Häusern mit ca. 120 Plätzen im Stadtbereich, also ein dezentralisiertes Heim. Weil soziale Verwurzelung und Konstanz der vertrauten Wohnumgebung als ganz wichtig eingestuft wurden, erfolgte die Abstufung der Betreuungsintensität durch mehr oder weniger zugehende Betreuung - statt der Verlegung der Rehabilitanden zwischen Einheiten mit unterschiedlicher Betreuungsichte. Wenn es für die Stabilität eines Rehabilitanden wichtig war, konnte er sogar entlassen werden ohne Wohn- und Umgebungswechsel, indem er in seinem Zimmer/seiner Wohnung vom Patienten zum Untermieterstatus wechselte (und das Therapeutikum suchte sich wieder eine neue Wohnung).

Das therapeutische Personal war nicht im „Wohnheim“ stationiert, sondern hatte seine Arbeitsbasis unter dem Dach der Werkstatt und konnte von dort aus seine Betreuungsintensität flexibel dosieren von quasi vollstationärer Dichte bis zu einer Verdünnung im Sinne der heutigen ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Die Rehabilitationshilfen für die einzelnen Rehabilitanden wurden aus den Komponenten der entkoppelten Achsen Wohnen, Arbeit, Freizeit individuell zusammengestellt, was ein hohes Maß an Konstanz der tragenden therapeutischen und sozialen Beziehungen durch alle Veränderungen von Betreuungsintensität hindurch ermöglichte.

Ähnliche patientenorientierte Organisationsmuster entstanden parallel auch an anderen Orten in der Bundesrepublik, so z. B. in Solingen.

Rehabilitation für entwurzelte psychisch Kranke aus deren subjektiver Sicht

heißt: In einer als die *meine* erlebten Umgebung wieder mit dem Leben einschließlich der Krankheit zufriedenstellend zurechtkommen. In England bezeichnet Rehabilitation einen Prozeß, „der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einer soweit als möglich normalen sozialen Umgebung den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen“ (BENNETT 1975).

Antitherapeutische Organisationsstrukturen und die Schwierigkeit, zu therapeutischen Strukturen zu kommen, möchte ich zunächst patientenbezogen erläutern und dann auf der Ebene der Psychiatrie-Planung.

### *Fragmentierung therapeutischer Beziehungen durch Finanzierungsstrukturen*

Seit der Psychiatrie-Enquete und vom Modellprogramm Psychiatrie gefördert, wurden von den Kostenträgern (im Bereich Krankenversicherung, Reha-Leistungsträger und der Sozialhilfe) die Finanzierungs-kategorien nach Art, Inhalt und Intensität in unterschiedliche Hilfen differenziert: im Prinzip wichtige Fortschritte! Im kostentechnischen Bereich Behandlung gibt es inzwischen die Finanzierung auch für teilstationäre und ambulante multidisziplinäre Behandlung, jedoch nach strikt getrennten Kostenblättern. Im kostentechnischen Bereich Rehabilitation gibt es unterschiedliche Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation einschließlich der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK).

Im Bereich der Sozialhilfe wird auch nach vollstationären, teilstationären und ambulanten Hilfen sowie unterschiedlichen Hufe-Inhalten im Bereich der §§ 39, 40 sowie 68 unterschieden, wobei die Aufteilung der konkreten Zuständigkeiten auf örtliche (zuständig für offene und ambulante Hilfen) und überörtliche Ebene (zuständig für Hilfen in Einrichtungen) problematisch ist.

Für alle drei kostentechnischen Hilfebereiche (Behandlung, Rehabilitation, Sozialhilfe) gilt aus unterschiedlichen Gründen: Ambulante Hilfen sind viel schwieriger zu finanzieren - und damit völlig unterentwickelt - als stationäre Hilfen, obwohl von allen der Grundsatz beschworen wird: ambulant vor stationär!

Nun wird in den Verwaltungen der Kostenträger die Kostenzuständigkeit vor allem über die Abgrenzung von Nichtzuständigkeit definiert, indem akribisch alles abgelehnt wird, wofür man sich nicht zweifelsfrei zuständig halten muß. Dieses mit hohem Arbeitsaufwand betriebene Ordnungsinteresse überträgt sich strukturprägend auf Einrichtungsträger und die dort arbeitenden Therapeuten (die BfA verlangt sogar gesonderte Rena-Kliniken für Angestellte, um sie nicht dem Kontakt mit Arbeitern auszusetzen [?!]).

Am wenigsten Schwierigkeiten mit der Finanzierung hat, wer möglichst kostenträger- und maßnahmehomogene Kästchen betreibt, so daß jeder einzelne Mitarbeiter mit seiner ganzen Tätigkeit nur einer einzigen Kostenstelle zugeordnet werden kann.

Patientenorientierte Organisationsstrukturen setzen aber voraus, daß die Finanzierungsebene einerseits von der Organisation der therapeutischen Arbeit andererseits entkoppelt wird. Therapeuten sollten ihre Arbeit primär patientenorientiert organisieren. Das bedeutet z. B. in der Klinik, daß ein Stationsarzt einzelne Patienten auch tagesklinisch oder ambulant während seiner Wochenarbeitszeit weiterbetreut und seine Wochenarbeitsstunden anteilig den unterschiedlichen Kostenstellen zugeordnet werden. Dies kann bedeuten, daß Therapeuten, die die Kontinuität therapeutischer Beziehungen ernstnehmen, teils im kostentechnischen Bereich eine vollstationäre, teilstationäre, ambulante Behandlung und/oder Rehabilitation durchführen, teils im kostentechnischen Bereich unterschiedlicher komplementärer Hilfen tätig sind.

Beschränken wir uns einmal zur Vereinfachung der Darstellung nur auf den kostentechnischen Bereich Behandlung: Die Kostensystematik schreibt eine strenge Trennung der Kostenblätter eines Krankenhauses für vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung vor. Dies verhindert den bedarfsorientierten flexiblen Ausgleich der Therapeuten-Kapazitäten zwischen den verschiedenen Kostenstellen nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren. Wenn in unserem Krankenhaus 97% des Finanzvolumens für vollstationäre Behandlung, 2% für teilstationäre und 1% für ambulante Behandlung ausgegeben werden, so hat dies nichts mit einer bedarfsorientierten Aufteilung der vorhandenen Ressourcen auf die drei Behandlungsabstufungen zu tun. Die Anteile würden sich ganz anders entwickeln, wenn diese drei Budgets nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren miteinander verbunden würden, selbst bei konstantem Gesamtvolumen.

Bisher ist es leider nur mit administrativer Phantasie, organisatorischer Akrobatik und viel Energie möglich, patientenorientierte Organisationsformen von therapeutischen Hilfen zu entwickeln.

Zu viele Therapeuten haben die herkömmlichen Organisationsstrukturen so verinnerlicht, daß sie die für manche Patienten daraus resultierenden antitherapeutischen Konsequenzen gar nicht als solche wahrnehmen: Auch hier bestimmt das finanzielle Sein das fachliche Bewußtsein.

### *Bedarfs- oder maßnahmeorientierte Psychiatrie-Planung?*

Ich gehe nun auf die Ebene von Psychiatrieplanung und die Finanzierung von Investitionsmitteln ein. Traditionelle Planung und Finanzierung geht von Institutionstypen aus und erfolgt landesweit maßnahmemhomogen; Es gibt eine Landesplanung je getrennt für Krankenhäuser, für Tageskliniken, für Wohnheime, für Kontakt- und Beratungsstellen, für Werkstätten usw. Die am regionalen Bedarf orientierte Kombination verschiedener Institutionsformen kommt bisher im institutionalisierten Planungsprozeß nirgends qualifiziert in den Blickpunkt. Wenn ich einmal die am regionalen Bedarf orientierte psychiatrische Versorgung mit einem Haus vergleiche, so sähe Hausbau gemäß dem traditionellen Ablauf in der Psychiatrieplanung so aus: Verschiedene

voneinander unabhängige Firmen bauen Dächer oder Türen oder Keller oder Wände usw. inhaltlich und zeitlich unkoordiniert. So kann nie ein bewohnbares Haus entstehen.

Der LWV Hessen ist endlich dabei, sich die Strukturen für einen solchen am regionalen Bedarf - und nicht primär an unterschiedlichen Institutionstypen - orientierten Planungsprozeß zu schaffen.

### *Gemeindepsychiatrie vor allem für die „Unheilbaren“*

Gemeindepsychiatrie heißt: möglichst allen psychisch kranken Mitbürgern zu ermöglichen, in der Gemeinde auch mit ihrer Krankheit auf Dauer leben zu können, ggf. unterstützt durch die erforderlichen ambulanten und institutionellen Hilfen. Das Wort „alle“ gilt aber besonders für die verhältnismäßig kleine Zahl von langfristig und schwerer psychisch Kranken, die unter herkömmlichen Verhältnissen in wohnortfernen Institutionen landen oder vernachlässigt und isoliert in der Gemeinde leben.

In diesem Sinne hat aus den „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) das Konzept des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ und die Forderung nach *regionaler ambulanter und komplementärer Versorgungsverpflichtung* für diese Zielgruppe besondere Bedeutung.

Im vorigen Jahrhundert hieß die Problemlösung: Beheimatung der „Unheilbaren“ in der Heil- und Pflegeanstalt und nicht Ausgrenzung in separaten Pflegeanstalten für „Unheilbare“ - aus Sorge, dort würden unmenschliche Verhältnisse entstehen. Im Ergebnis wurde aber dann auch die Heil- und Pflegeanstalt von der Gesellschaft vernachlässigt. In der NS-Zeit wurden chronisch psychisch Kranke und geistig Behinderte, die zu produktiver Arbeit nicht in der Lage waren, ermordet, weil ihnen als unnützen Essern die Existenzberechtigung abgesprochen wurde.

Die Psychiatrie-Reform unserer Generation wiederholt die Heilungseuphorie der Gründerjahre der psychiatrischen Heilanstalten im vorigen Jahrhundert und vergißt darüber, daß für die sogenannten „Unheilbaren“ die Problemlösung nicht in immer wieder neuen Heilungsversuchen in immer wieder anderen Stationen und Institutionen zu suchen ist. Es geht bei diesen Betroffenen

- dabei schließe ich die Angehörigen und die Therapeuten ein - darum, zunächst einmal anzuerkennen, daß die Krankheit nicht „wegzumachen“ ist, daß die Krankheit bei langfristigem Verlauf eine Behinderung bedeutet. Das ist umso schwerer für die Betroffenen, je stärker dies den Narzismus der Therapeuten kränkt. Es geht dann darum, mit dem Kranken und seinen Angehörigen daran zu arbeiten, wie sie ihr Leben mit der Krankheit in ihrem *eigenen* Lebensumfeld einrichten. Dazu brauchen sie jedoch konkrete, unter Umständen multiprofessionelle und aufwendige Hilfe, die zu ihnen in ihr eigenes Lebensfeld kommt, und/oder mehr oder weniger geschützte, stützende Orte in der Gemeinde, in denen sie sich zu Hause fühlen können, statt

durch befristeten Aufenthalt in immer wieder neuen Institutionen völlig ent wurzelt und heimatlos zu werden und zu bleiben.

KITZIG hat für diese Problemgruppe - statt kustodialer Versorgung - die Beheimatung mit guter Lebensqualität betrieben, wenn auch mit unzeitgemäßen institutionellen Mitteln. Er hat die Institution Krankenhaus dazu benutzt, beheimatenden Lebensraum mit hoher Lebensqualität für entwurzelte, von ihren Kreisen und Städten im Stich gelassene psychisch Kranke zu entwickeln. Dafür wird er solange zu unrecht kritisiert, a) wie Therapeuten und die freigemeinnützigen Einrichtungsträger sich einer ambulanten und kompletären regionalen Versorgungsverpflichtung entziehen, und b) die Kreise und Städte ihre politische Verantwortung nicht wahrnehmen, für ihre langfristig psychisch Kranken und behinderten Mitbürger unter Einbeziehung der zuständigen Kosten- und Einrichtungsträger geschützte und stützende Lebensräume in der Gemeinde zu entwickeln.

Ich kenne noch keinen Kreis/keine Stadt in der Bundesrepublik, in dem bzw. in der das kommunale Parlament zumindest einen jährlichen Bericht darüber verlangt, wie viele psychisch kranke und behinderte Mitbürger immer noch nur außerhalb der kommunalen Gebietskörperschaft Hilfen finden oder außerhalb dieser Grenzen auf Dauer zu leben gezwungen sind.

### *Konzept der Tagung*

Die Referenten dieser Tagung kommen aus verschiedenen Bundesländern und europäischen Ländern mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Von außen betrachtet sind die Teile psychiatrischer Versorgung, die sie darstellen, sehr verschieden. Aber ausgesprochen bemerkenswert ist die große Übereinstimmung in der Orientierung an den differenzierten Hilfebedürfnissen langfristig psychisch Kranker.

Die Vorträge des *ersten Tages* gehen vom Blickpunkt Organisationsebene aus, antithetisch zum traditionellen Krankenhaus.

RUDAS zeigt, was man aus der Verwaltungsform „Krankenanstalt“ gemeindepsychiatrisch machen kann, wenn man

- Verfügbarkeit von multidisziplinären psychiatrischen Hilfen vom Bett abkoppelt und
- das Axiom der räumlichen Geschlossenheit der Institution aufgibt und sie statt dessen organisatorisch definiert.

Bemerkenswert ist, wie die Wiener Verwaltung in Kenntnis ihrer traditionsreichen Kompliziertheit sich listig ihrer eigenen Fesseln entledigt hat, indem alle wesentlichen Funktionsträger sich außerhalb ihrer Stadtverwaltung zu einem Trägerverein zusammengeschlossen haben. (Vgl. auch Empfehlungen der Expertenkommission, S. 59f.)

BENNETT entwickelte das District-Service-Center als Teil einer Universitätsklinik, zuständig für langfristig psychisch Kranke eines Londoner Stadtbezirkes.

Angelpunkt oder Achse der psychiatrischen Hilfe ist nicht die Bettenstation, sondern das tagesklinische Team, das auch ambulant in der Gemeinde arbeitet und im Bedarfsfall über Betten verfügt. Diese Abkehr von der Bettenstation als traditionellem Angelpunkt psychiatrischer Behandlung ermöglicht patienten- und gemeindezentriertes Arbeiten.

KRUCKENBERG wird von Bremen berichten, wie die Regierung der Hansestadt freie Träger in die Verpflichtung zur ambulanten und komplementären Regionalversorgung vertraglich eingebunden hat. Seine Ausführungen über die Auflösung der überregionalen Restverantwortlichkeit des Psychiatrischen Krankenhauses verdeutlichen, daß traditionelle Kritik am Psychiatrischen Krankenhaus das Opfer zum Schuldigen macht. Denn wesentliche Strukturprobleme des PKH resultieren daraus, daß es für eine zu große Region von allen anderen als die einzige Institution angesehen wird, die für alle schwierigen Patienten zuständig ist, für die alle anderen Beteiligten an der psychiatrischen Versorgung sich selber nicht für zuständig halten.

Die Thematik des *zweiten Tages* heißt: Begleiten statt weiterreichen - Blickpunkt Patient.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Universitätsklinik in Bern ist ein herausragendes Beispiel für einen multiprofessionellen ambulanten Dienst, der großes Gewicht auf Kontinuität und auf Hilfe im konkreten Lebensfeld der Langzeitkranken legt. Außerdem ist es für die Bundesrepublik immer noch eine sehr ungewöhnliche Tatsache, daß so etwas im Rahmen einer Universitätspsychiatrie stattfindet.

SHEPHERD geht auf zwei wesentliche Konzepte der englischen Gemeindepsychiatrie ein, die für uns noch ganz ungewohnt sind: daß Langzeitbehandlung von schwer psychisch Kranken in einer sehr kleinen Station in der Gemeinde erfolgt, deren Personalausstattung einer Intensivbehandlung entspricht und deren äußeres Erscheinungsbild kaum an ein Krankenhaus erinnert. Der andere wesentliche Punkt ist: Wie kann langfristig verbindliche therapeutische Kontinuität angesichts immer stärkerer Differenzierung der Behandlungs- und Rehabilitationsformen verwirklicht werden? Shepherd ist einer der profiliertesten Vertreter der jüngeren Generation in der englischen Gemeindepsychiatrie, und es ist mir schwergefallen, darauf zu verzichten, ihm weitere zentrale Themen für sein Referat vorzuschlagen.

Nach den Vorträgen aus Bern und Cambridge zurück in die Bundesrepublik, in der es an verschiedenen Orten schon Lebensräume in der Gemeinde für chronisch psychisch Kranke und Behinderte gibt, die mit viel Phantasie, administrativer Akrobatik und Gespür für die Realitäten entwickelt wurden. Wir haben Herrn KREGEL und Frau HAERLIN eingeladen, damit sie die relativ jungen Entwicklungen in Bonn und im Rheinland darstellen. Hier sind die Schwierigkeiten und Möglichkeiten noch frisch im Bewußtsein, und das wirkt eher als Anregung und Ermutigung als länger zurückliegende und verklärte Vergangenheit.

Ich wünsche mir, daß die Referate und die Diskussionen in den Arbeitsgruppen deutlich machen:

1. daß der konkrete Hilfebedarf der hier ins Auge gefaßten Problemgruppe bei unserer Fixierung auf die zersplitterten Zuständigkeiten und Finanzierungsstrukturen so oft aus dem Blick gerät;
2. daß die vielerorts bewährten Grundprinzipien für angemessene Hilfen für langfristig psychisch Kranke notwendig sind und
3. daß konkret unterschiedliche, aber funktional gleichwertige Lösungsmuster mit administrativer Phantasie realisierbar sind und daß dies als Ermutigung zum Vorantreiben der Psychiatriereform, vor allem für die bisher besonders benachteiligten Personenkreise, wirkt.

Unter herkömmlichen Verhältnissen setzt die Realisierung von Gemeindepsychiatrie geniales Organisationstalent und eine außerordentliche kostentechnische Akrobatik voraus. Die Qualität administrativer Strukturen wäre aber unter anderem daran ablesbar, daß sie auch nur durchschnittlich organisatorisch begabte Therapeuten und Verwalter in die Lage versetzt, primär an den Bedürfnissen der Kranken und Behinderten orientierte Behandlung und Rehabilitation zu verwirklichen.

#### *Literatur*

- BENNETT G., Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien, in: Deutscher Bundestag: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4201, Bonn 1975
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION, Wegweiser - Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft, Frankfurt 1986
- EMPFEHLUNGEN DER EXPERTENKOMMISSION DER BUNDESREGIERUNG ZUR REFORM DER VERSORGUNG IM PSYCHIATRISCHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCH/PSYCHOSOMATISCHEN BEREICH, Hrsg.: BMJFFG, Bonn 11. November 1988
- GOFFMAN E., Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp Verlag, Frankfurt 1973
- GRUNDSÄTZE ÜBER DIE WEITERENTWICKLUNG DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IN HESSEN, Hrsg.: Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel 15. März 1989
- HART J. T., The inverse care law, Lancet 1 (1971) 406
- KUNZE H., Administrative Psychiatrie - Über strukturelle Widerstände gegen die Realisierung gemeindepsychiatrischer Ziele. Medizin Mensch Gesellschaft 11 (1986), Teil 1: S. 134-141, Teil 2: S. 274-281
- PROGNOS (Hrsg.), Modellprogramm Psychiatrie, Finanzierung von Einrichtungen und Diensten, Poller Verlag, Stuttgart 1984
- PROGNOS AG, W. Riedel, J. Steinhausen, Regionales Psychiatriebudget. Schriftenreihe des BMJFFG Band 181, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1986

# Teil I

## Können Strukturen die Therapie fördern? - Blickpunkt Organisation

# Die dezentrale, nicht-bettenführende psychiatrische Krankenanstalt -

## Über den Einfluß organisatorischer Strukturen auf die therapeutische Wirksamkeit

*Stephan Rudas*

### *Einleitung*

Medizinische Versorgung und Strukturen sozialer Hilfsdienste befinden sich in ständiger Weiterentwicklung. Sie sind daher auch häufig Gegenstand kritischer Bestandsaufnahmen und grundsätzlicher Überlegungen.

Es wäre als eine deutliche Verbesserung der gegenwärtigen Situation psychisch Kranker anzusehen, wenn die jeweilige psychiatrische Versorgung den Standard der anderen medizinischen Gebiete erreicht. Natürlich schließen die Verfassungen jener Länder, die in ihren Grundrechten Gleichheitsgrundsätze verankert haben, die psychisch Kranken und psychisch Behinderten von diesen Rechten nicht aus. Trotzdem bilden die Ansprüche der psychisch Kranken und psychisch Behinderten meist das Schlußlicht in der Rangordnung der Verwirklichung und oft sogar der Formulierung der Rechte erkrankter und behinderter Bürger auf Hilfe.

Noch immer und immer wieder muß sich die Psychiatrie einem aufwendigen (und für die Psychiatrie scheinbar traditionellen) „Legitimierungs- und Argumentationsparcours“ stellen, wenn es um die Forderung nach solchen Rahmenbedingungen ihrer täglichen Arbeit geht, wie sie in den meisten anderen medizinischen Fächern bereits allseits akzeptierte Selbstverständlichkeit sind.

Bei der Beseitigung von krassen Mißständen in den stationären psychiatrischen Einrichtungen war die Unterstützung der Öffentlichkeit relativ (freilich wirklich nur relativ) leicht mobilisierbar. Für die Durchsetzung des Rechtes der psychisch Kranken auf jeweils bedürfnisgerechte und *kompetente* Hilfen ist die notwendige öffentliche Unterstützung schwieriger zu erlangen. Bei Fehl- und Unterernährung ist es sicherlich richtig und wichtig, zunächst damit aufzuhören, verdorbene - und daher schädliche - Lebensmittel vorzulegen. Das vorhandene Bedürfnis wird aber erst dann befriedigt sein, wenn in einem zweiten Schritt nun die geeignete Nahrung angeboten wird.

Die Psychiatrie - als Fachgebiet der Medizin - hat die Aufgabe, fachlich kompetente und geeignet organisierte Hilfen anzubieten.

Von einer medizinischen Vollversorgung einer Region kann dann gesprochen werden, wenn für diese Region fachspezifische, sinnvoll ausgestattete und sinnvoll arbeitende stationäre, teilstationäre, ambulante und rehabilitative Einrichtungen sowie eine entsprechende Zahl niedergelassener Fachärzte

vorgehalten werden. Es besteht kein Grund, bezüglich der psychiatrischen Versorgung andere Maßstäbe anzulegen.

Stationäre Einrichtungen, ambulante und komplementäre Dienste und niedergelassene Ärzte bilden gemeinsam die *Gesamtheit* der psychiatrischen Versorgung. Die Versorgungssituation kann nur unter Einbeziehung aller drei Bereiche beurteilt und verändert werden. Die *rehabilitative* und *rekonstruktive Psychiatrie* muß als integrierter Teil des Gesamtfaches angesehen werden, wie dies in den anderen medizinischen Fachdisziplinen vielfach schon selbstverständlich ist.

### *Zur Frage des jeweils günstigsten Ortes der Behandlung psychisch Kranker Zur Bedeutung der Indikationsstellung*

Die breite Diskussion über die Entwicklung einer „therapeutisch-rehabilitativen Kultur“ in der Anwendung sozial-psychiatrischer Einrichtungen hat nur verzögert eingesetzt. Sie ist, nach wie vor, stark vom bereits erwähnten Legitimationsdruck zur Begründung und Sicherung der bloßen Existenz solcher Einrichtungen überlagert.

Eine der wichtigsten und zugleich schwierigsten Aufgaben beim „Design“ psychiatrischer Hilfen ist die Bestimmung des jeweils bestgeeigneten Ortes der Behandlung und Betreuung und die Zuordnung der Entscheidungsfindung darüber. Es gehört zu den als selbstverständlich angesehenen Regeln, daß die Verantwortung für eine laufende Behandlung — also auch für das „Design“ der Vorgangsweisen - bei den Mitarbeitern der jeweils behandelten Einrichtung liegt. Bei längerfristigen Behandlungs- und Rehabilitationsabläufen führt dies - und nicht nur bei psychischen Erkrankungen - zu erheblichen Schwierigkeiten.

Bei Interventionen, die jahrelang und vor allem an mehreren wechselnden Orten stattfinden, ist die Verantwortung für die Gesamtheit der Maßnahmen oft unklar und für die betroffenen Patienten nur schwer nachvollziehbar.

Im Zeitalter der kustodialen stationären psychiatrischen Versorgung lag die Verantwortung für alle Lebensbereiche eines dauerhospitalisierten psychisch Kranken beim Krankenhaus.

Es war (und ist) ein Merkmal der oft angeführten „totalen Institution“ für alle Bereiche, also „total“ zuständig zu sein. Das Fehlen entsprechender Alternativen hat Entscheidungen auf die Frage reduziert, ob psychiatrische Hilfe und Unterstützung in organisierter Form notwendig war oder nicht. War die Notwendigkeit gegeben, so konnte ihr nur unter Krankenhausbedingungen entsprochen werden. Die Entscheidung war demnach - von den Mängeln der Versorgungsstruktur geprägt - „angebotsorientiert“. Hat nun der Aufbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen - dort, wo er erfolgt ist - zur stärkeren Einbindung patientenbezogener Faktoren in Entscheidungsprozesse geführt? Entscheidungen sollen „konsumentenorientiert“ und weniger „anbieterorientiert“, also mehr indikationsbezogen und weniger institutions-

bezogen getroffen werden. In Institutionen bzw. beim Zusammenwirken mehrerer Institutionen bietet die Frage, wem jene Kompetenzen zukommen, die ein Patient zur Zeit nicht selbst bzw. nicht alleine wahrnehmen kann, oft ein sehr vielfältiges Bild. Wie von zahlreichen Autoren beschrieben, handelt es sich bei jenen Personen, die die einzelnen Versorgungsebenen in Anspruch nehmen, meist um unterschiedliche Gruppen: vor allem bei niedergelassenen Ärzten einerseits und an stationären und extramuralen Institutionen andererseits werden unterschiedliche Populationen berichtet.

Zu beachten ist auch, daß es sehr unterschiedliche Gründe (Krankheiten, Verläufe, Bedürfnisse) sind, die zur Inanspruchnahme institutionsgebundener psychiatrischer Hilfen führen.

### *Neuordnung der psychiatrischen Versorgung in Wien*

In Wien (1,53 Mill. Einwohner) wurde in den Jahren zwischen 1978 bis 1990 die psychiatrische Versorgung weitgehend verändert.

Anhand eines Zielplanes sollte das von Mängeln *im* stationären Bereich und vom Mangel *an* extramuralen Einrichtungen gekennzeichnete System in eine regionalisierte, integrierte, flächendeckende Versorgung übergeführt werden. Das Stadtgebiet wurde in acht Versorgungsregionen geteilt, die stationäre und die extramurale Versorgung arbeiten miteinander verbunden. In allen acht Regionen wurden extramurale Einrichtungen nach einem identischen Design aufgebaut, Träger ist ein privatrechtlich organisierter Fonds der Stadt. In den beiden psychiatrischen Großkrankenhäusern der Stadt sank die Gesamtzahl der Patienten von 3376 im Jahre 1976 um 2387 auf 980 im April 1990.

Die regionalen extramuralen (psychiatrischen) Dienste (ohne spezialisierte Einrichtungen wie z. B. Drogenberatung) wurden bereits in den Jahren 1980 bis 1987 von insgesamt 16630 Personen (= 1,09% der Gesamtbevölkerung) in Anspruch genommen.

Die Zahl der Aufnahmen in das psychiatrische Großkrankenhaus ist vorübergehend leicht angestiegen (der Anstieg war geringer als der Anstieg der Aufnahmen in allgemeine Krankenhäuser in Wien) und ist anschließend zurückgegangen.

Tabelle 1 zeigt die diagnostische Verteilung der im Jahr 1986 in Wien erfolgten Aufnahmen im psychiatrischen Großkrankenhaus. Es zeigt sich, daß über 81% aller Aufnahmen den fünf stationär „häufigen“ Diagnosegruppen (organischen Psychosen, schizophrenen Psychosen, Alkoholkrankheiten, anderen Suchtkrankheiten und psychogenen Reaktionen) zuzuordnen sind.

80,8% aller Patienten wurden in diesem Jahr nur einmal aufgenommen, nur 6,9% öfter als zweimal. Dies entspricht exakt dem Anteil solcher Patienten in den allgemeinen (nichtpsychiatrischen) Krankenhäusern Wiens. Frequente Wiederaufnahmen im Sinne einer sogenannten „Drehtür“ sind also kein

**Tabelle 1:** Diagnostische Verteilung der Aufnahmen ins psychiatrische Großkrankenhaus für Wien im Jahre 1986 (N = 4816)

ICD-Diagnose	Zahl/Aufnahmen	= % der Gesamtaufnahmen
290	531	11,03
295	1 222	25,37
303 und 291	1 186	24,62
304 und 305	584	12,13
308 und 309	408	8,48
andere	885	18,37
<b>Gesamt</b>	<b>4816</b>	<b>100,00</b>

Merkmal einer psychiatrischen Versorgung mit niedriger Bettenzahl und betreffen zudem fast ausschließlich Suchtkranke.

Die diagnostische Zuordnung jener Patienten, die die Ambulanzen des extramuralen sozialpsychiatrischen Dienstes (PSD-Wien) in Anspruch genommen haben, zeigt, wie in Tabelle 2 dargestellt, ein etwas anderes Bild, Es wurden 15528 der insgesamt 16630 Erstkontakte der Jahre 1980 bis 1987 ausgewertet.

**Tabelle 2:** Patienten des PSD-Wien – Ambulanzen der Jahre 1980–1987 nach Diagnosen (N = 15 528)

ICD-Diagnose	Zahl/Patienten	= % aller Pat.
290	1 867	12,02
295	2 491	16,04
303 und 291	3 920	25,24
304 und 305 (ohne Drogenber.)	513	3,31
300 und 301	3 071	19,78
296	1 079	6,96
andere	2 587	16,65
<b>Gesamt</b>	<b>15 528</b>	<b>100,00</b>

Nur jeder zweite Patient des PSD weist vorangegangene psychiatrische Hospitalisierungen auf. Der Anteil der Patienten mit stationärer Vorbehandlung ist in den einzelnen diagnostischen Gruppen allerdings stark unterschiedlich: Er beträgt 86,9% bei Patienten mit schizophrenen Psychosen, 67,9% bei geistig Behinderten, jedoch nur 27,4% bei Patienten mit neurotischen Störungen.

## *„Psychosoziale Station“ - Die nicht-bettenführende Krankenanstalt*

**Für** den raschen Ausbau der nichtstationären und teilstationären Behandlungs- und Betreuungsdienste in Wien, deren Inanspruchnahme vorstehend berichtet wurde, wurde das Kuratorium für psychosoziale Dienste geschaffen. Dabei handelt es sich um einen gemeinnützigen Fonds, in dessen Rahmen der Psychosoziale Dienst (PSD) mit Anfang 1980 seine Tätigkeit aufnahm. In jeder der acht „Psychosozialen Regionen“ Wiens besteht nun eine Psychosoziale Station.

*Angebote einer Psychosozialen Station sind:*

- Psychiatrische Ambulanz
- Tagesklinik
- Psychiatrische Sozialberatung und Beratung bei seelischen Krisen
- Beschäftigungs- und Bewegungstherapie
- Familienberatung in psychiatrischen Fragen
- Beratung bei Alkoholproblemen bzw. Alkoholkrankheit
- Angehörigenberatung, Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Patientenclubs

Die Psychosozialen Stationen sind in rechtlicher Hinsicht Ambulatorien, d. h. „nicht-bettenführende“ Krankenanstalten, mit vollem Behandlungsrecht.

Das jeweils 14-18 Mitarbeiter umfassende Team einer Station besteht aus Fachärzten für Psychiatrie (meist 3), Pflegepersonal (3-4), Sozialarbeiter, Ergotherapeut(in) und Sekretariat. An einigen Stationen sind auch Psychologen tätig, ihr Tätigkeitsprofil ähnelt jenem der Sozialarbeiter.

An Wochenenden und in den Nachtstunden ist eine „neunte Psychosoziale Station“, der „Sozialpsychiatrische Notdienst“ in Betrieb. Da dieser Notdienst komplementär alle jene Stunden abdeckt, in denen die regionalen Stationen geschlossen sind, ist der extramurale Spitalsbereich des PSD rund um die Uhr an 365 Tagen des Jahres erreichbar und zugänglich.

Es wurde dabei von der Überlegung ausgegangen, daß extramurale Einrichtungen *alle* jene Leistungselemente anbieten müssen, die auch der stationäre Bereich aufweist, um eine kompetente Alternative darzustellen. Deshalb wurde die Betriebsform der Krankenanstalt gewählt.

Nachdem der Träger der Krankenanstalt „Psychosoziale Station“ der Fonds PSD ist, wird die Finanzierung des Betriebes in Verhandlungen der zentralen Fondsgremien mit den zuständigen administrativen Abteilungen der Stadt Wien über die jeweilige (Objekt)Förderung sichergestellt.

### *Zusammenfassung*

- 1) Wir glauben, daß die Einrichtung extramuraler Krankenhäuser wesentlich dazu beitragen konnte, Entscheidungen über *den jeweils günstigsten Ort*

*der Behandlung* patientenorientiert und nicht institutionsorientiert zu treffen.

- 2) Die Finanzierung extramuraler Dienste im Wege der „Objektförderung“ (= Vorhalteförderung) im Gegensatz zur Verrechnung von Einzelleistungen („Einzelfallförderung“) hat sich bewährt.
- 3) Es hat sich gezeigt, daß sich auf der Ebene der regionalisierten psychiatrischen Dienste für die extramuralen und intramuralen Bereiche der Versorgung ein koordiniertes Design und kooperatives Handeln im Sinne einer regionalen Gesamtverantwortung bewährt haben.

### *Literatur*

- HAFNER, H. & KLUG, J. (1982): The impact of an expanding community mental health service on patterns of bed usage: evaluation of a four-year period of implementation. *Psychological Medicine*, 12, 177-190
- KULENKAMPPF, C.: Regionale psychiatrische Versorgung - Probleme ihrer Steuerung und Finanzierung aus fachlicher Sicht. *Soziale Sicherheit*, 9/1986, 3. 179-182
- KUNZE, H.: Psychisch Kranke und Behinderte - Stiefkinder der Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 21 :3 (1982) 106-110
- PITTRICH, W., KITZIG, P., KUNZE, H.: Zielsetzung und Orientierungsdaten für komplementäre Einrichtungen einer regionalisierten psychiatrischen Versorgung - Hilfen für chronisch psychisch Kranke und psychisch Behinderte. *Spektrum* 3/1985: 128-148
- RUDAS, St.: Comprehensive mental health Services - who needs them? *Acta Psychiatr. Beig.*, 86, (1986), 630-635
- RUDAS, St.: Strukturmerkmale psychiatrischer Behandlungen unter dem Aspekt ihrer Finanzierung. *Mitteilungen der österr. Sanitätsverwaltung*, 89. Jahrg. (1988), Heft 7/8
- RUDAS, St.: Koordination und Kooperation in einem System gemeindenaher psychiatrischer Versorgung, in: Kulenkampff, C., W. Ricard (Hrsg.): Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich. *Tagungsberichte*, Band 15, (1989), Rheinland-Verlag, Köln, 220-226
- RUDAS, St.: On measuring the changes in psychiatric care Systems: results in an urban area. *Psychiatric Bulletin. The Royal College of Psychiatrists. Volume* 14, Number5, (1990), 262-266
- SPENGLER, A., K. BÖHME: Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. *Nervenarzt* (1989), 60: 226-232
- SPENGLER, C., Th. KELLER, P. KRUCKENBERG: Erfahrungen und Materialien zur inneren Sektorsierung psychiatrischer Großkrankenhäuser. *Psychiat. Prax.* 14 (1987): 60-69

# Ein „District Services Centre“ am Maudsley Hospital<sup>11</sup>

*Douglas H. Bennett*

## *Ein Lehrkrankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung*

Ich will Ihnen von der Entwicklung einer neuen Abteilung berichten, die eingerichtet wurde, um den besonderen Bedarf der vom Maudsley Hospital versorgten Bevölkerung zu decken - dieses Krankenhaus hatte seit seiner Eröffnung im Jahre 1923 bis 1970 nur ausgewählte „freiwillige“ Patienten für vergleichsweise kurze Behandlungsperioden aufgenommen. Patienten, die einer längeren Behandlung bedurften, Wiederaufnahmen oder zwangseingewiesene Patienten wurden an ihr örtliches Psychiatrisches Krankenhaus, an das Psychiatrische Krankenhaus Cane Hill oder an das St. Francis Hospital weiterverwiesen, ein altes Arbeitshaus, welches über psychiatrische Beobachtungsstationen verfügte.

Das Maudsley Hospital war ein Krankenhaus für Forschung und Lehre und überhaupt das erste Psychiatrische Krankenhaus, welches „freiwillige“ Patienten aufnahm; andere Krankenhäuser folgten diesem Beispiel nach 1930. Professor Mapother, der erste Direktor des Krankenhauses, war der Meinung, daß Behandlungswillige und kooperative Patienten in das Maudsley Krankenhaus aufgenommen werden sollten, während, in seinen Worten, „unangepaßte und unangenehme“ Akutpatienten in St. Francis Hospital und chronische Patienten im traditionellen Psychiatrischen Krankenhaus von Cane Hill aufgenommen werden sollten. Dieses System blieb bis 1970 unverändert, als das Maudsley und das Bethlem Royal Hospital beschlossen, die Versorgungsverpflichtung für die 150000 Einwohner der Borough of Camberwell zu übernehmen, in welcher das Maudsley Hospital gelegen ist.

Das Krankenhaus hatte schon vorher verschiedene Formen der Versorgung und Behandlung entwickelt, die Alternativen zur Aufnahme im 18 Meilen/ 30 km entfernt gelegenen Psychiatrischen Krankenhaus darstellten. Dazu gehörten Fach-Ambulanzen, eine Tagesklinik, eine Notfallklinik, rehabilitative Arbeitstherapie und, außerhalb des Krankenhauses, Wohnmöglichkeiten, die von einem örtlichen Trägerverein zur Verfügung gestellt waren, während ein anderer Trägerverein eine beschützte Werkstätte eingerichtet hatte. Von kommunaler Seite waren unabhängig davon Tageszentren entwickelt und weitere Wohnmöglichkeiten zur Verfügung gestellt worden. Das Krankenhaus behandelte auch Alkohol- und Drogenabhängige sowie Patienten mit Rückfällen. Nichtsdestoweniger aber gab es 400 chronische Patienten aus Camberwell im Krankenhaus von Cane Hill und auch eine gewisse Anzahl im St. Francis Hospital. Im Jahre 1964 war von Professor John Wing und seiner Frau ein

1) Übersetzung: Ulrich Hoffmann

kumulatives psychiatrisches Fallregister eingeführt worden, und dies gab uns eine Vorstellung von der Art der Verantwortlichkeiten, welche wir übernehmen würden, wenn wir den psychiatrischen Bedarf der Bevölkerung von Camberwell decken wollten.

Das Fallregister ließ erkennen, daß die Zahl der sehr lange hospitalisierten Patienten abnahm, wenngleich nicht absehbar war, wie weit diese Entwicklung fortschreiten würde. Obwohl jedoch in vielen westlichen Ländern ein solcher Rückgang feststellbar war, gingen wir davon aus, daß es immer *langzeitkranke* und *langzeit-krankenhausbedürftige* Patienten geben würde und ebenso Patienten, die lebenslänglich gegenüber dem Alltags-Streß verletzlich bleiben und häufig Rückfälle erleiden würden; wie viele davon sich ansammeln würden, konnten wir nicht sagen. Es stellten sich somit nicht nur die Fragen nach dem Aufbau einer adäquaten extramuralen Versorgung, sondern auch nach der Möglichkeit, mit Formen der Tagesbehandlung die stationäre Krankenhausbehandlung zu ersetzen. Die Forscher vom Institute of Psychiatry, die mit dem Krankenhaus zusammenarbeiteten, waren in der Lage, diese Fragen zu bearbeiten und vielleicht zu beantworten.

Wie ich schon sagte, nahmen das Maudsley und das Bethlem Royal Krankenhaus keine Langzeitpatienten auf. Aber wenn wir die Versorgungsverpflichtung für einen umschriebenen Einzugsbereich übernehmen würden, würden sich auf jeden Fall sowohl chronische als auch langzeit-hospitalisierte Patienten ansammeln. Wir glaubten nicht, daß psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Lage wären, die angemessenen Lebensbedingungen für solche Patienten anzubieten, die länger hospitalisiert sein mußten. Wir wollten auch auf keinen Fall die traditionellen Psychiatrischen Krankenhäuser kopieren, in welchen die Patienten normalerweise nach Geschlechtern getrennt und nach ihren klinischen Befunden oder ihrem Verhalten auf eine Reihe von Stationen verteilt wurden. Denn auch als die neuen Abteilungen der Fach-Ambulanz, der Beschäftigungstherapie, der Sozialarbeit und der Tagesklinik den alten Großkrankenhäusern angegliedert wurden, blieb die Station noch immer das Zentrum der Versorgung; Patienten wurden immer noch von einer Station zur anderen weiterverlegt, und die Behandlung wurde einzig als Behandlung dieses Patienten gesehen.

Darüber hinaus gab es in Maudsley und Bethlem aufgrund ihrer Lehrfunktion und Ausbildungsaufgaben eine hohe Personalfuktuation; gleichzeitig bereitete die Verteilung der Krankenhausbetten zwischen diesen beiden Krankenhäusern Schwierigkeiten, denn das Maudsley war 8 Meilen/13 km vom Bethlem Krankenhaus entfernt, und dies erschwerte die therapeutische Planung für die Patienten und die Versorgungsplanung. Infolgedessen wurden Patienten von Krankenhaus zu Krankenhaus und von Station zu Station verlegt; in die Tagesklinik, in die Ambulanz oder an ein örtliches Büro der Sozialdienste weiterverwiesen. In jeder dieser Situationen mußten sie sich an neues Personal gewöhnen, welches seinerseits die Patienten, ihre Schwierigkeiten und ihre Behinderungen jeweils neu kennenlernen mußten.

### *Die Ziele der neuen Abteilung*

Wir brauchten also ein Krankenhaus für Langzeitpatienten; wie sollten wir dies realisieren? Die prinzipiellen Entscheidungen, die hierzu treffen waren, schienen mir wichtig und regten meine Phantasie an. Zum einen sollte es keine Geschlechtertrennung und auch keine Trennung der Altersgruppen geben. Wir waren der Meinung, daß wir keine Patienten unter 20 Jahren (18 war die Untergrenze) oder über 65 Jahren aufnehmen würden. Das Maudsley und Bethlem Krankenhaus verfügte überdies über eine exzellente psychogeriatrische Abteilung, die ihre Selbständigkeit behalten hat. Alle Patienten sollten aus der örtlichen Versorgungsregion kommen; als „chronisch“ sollten diejenigen gelten, die entweder ein Jahr lang dauerhospitalisiert waren oder in mehreren Jahren viele Aufnahmen und Wiederaufnahmen erlebten: In anderen Worten, viele dieser Patienten hatten einen hohen Grad an „Kontakthäufigkeit“ mit den psychiatrischen Diensten. Ihre Bedarfs-Situation mußte abgeklärt werden, wobei nicht nur ihr klinischer Zustand, ihr Verhalten und ihre „Funktionsfähigkeit“, sondern auch die Familienstruktur, ihre Belastungen, ihre Stärken und ihre Zusammensetzung in diese Einschätzung mit aufgenommen werden sollten. Darüber hinaus hatten wir nicht nur die Bedürfnisse der Familie zu berücksichtigen, sondern auch die Situation anderer Dienste und deren Möglichkeiten, bestimmte Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen.

Auf diese Weise mußten wir die Krankenhausversorgung mit dem Leben des behinderten Patienten in seiner Familie und mit der Versorgung, welche er von anderen Diensten erhielt, verknüpfen. Als ein Krankenhausarzt, der an der Versorgung chronischer Patienten Interesse fand, sah ich das Krankenhaus als die Nabe eines Rades von Angeboten, welche gleichsam als seine Speichen mit den anderen Diensten im Bereich der Versorgung mit Wohnung, Beschäftigung, sozialen Diensten und sozialer Sicherung, Arbeit, den Gerichten, der Polizei usw. verbunden waren. Auf diese Weise würde das Krankenhaus nicht nur für die Kontinuität der Betreuung Sorge tragen, sondern auch für die Koordination der Dienstleistungen des Krankenhauses und der extramuralen Dienste und für die wiederholte Überprüfung der Rehabilitationspläne eines jeden einzelnen Patienten.

Ich war immer ein Anwalt der Integration der verschiedenen Berufsgruppen in ein einheitliches Arbeitsteam (Wattsund Bennett 1983), aber gerade dies wird in traditionellen Krankenhäusern durch die Stationsstruktur erschwert. Die Station ist das Territorium der Krankenpflegekräfte, und andere Berufsgruppen wie Beschäftigungstherapeuten und Sozialarbeiter, die erst in jüngeren Jahren in die psychiatrische Szene hereingekommen sind, sind dort nur Besucher. Unser Ziel war, die Räume für alle Berufsgruppen, Beschäftigungstherapeuten, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte in demselben Haus zur Verfügung zu stellen und diese Räume so anzuordnen - sie sollten alle gleich groß sein -, daß die Mitglieder einer Berufsgruppe ihre

Büros nicht alle im gleichen Teil des Gebäudes haben, sondern Tür an Tür jeweils mit anderen Berufsgruppen arbeiten sollten.

Schließlich schien es für Langzeitpatienten wünschenswert, die ambulante Versorgung, die Versorgung in der Tagesklinik und im stationären Bereich und die Versorgung zu Hause miteinander zu integrieren. Daraus wiederum würde sich ein durchgreifender Effekt auf die Planung des Gebäudes und die Arbeitsweise des Personals ergeben.

### *Zusammenfassung der Ziele* Lassen

Sie mich zusammenfassen:

1. Wir wollten einen Teil des traditionellen Psychiatrischen Krankenhauses durch ein eigenes Haus oder Häuser ersetzen, in welchen die „neuen“ /Langzeit-Patienten untergebracht werden sollten (Bennett 1980).
2. Wir beließen die „alten“ Langzeit-Patienten (aufgenommen vor 1964) in dem traditionellen Psychiatrischen Krankenhaus in Cane Hill; aber alle Langzeit-Patienten, welche nach diesem Zeitpunkt aufgenommen wurden, sollten in der alleinigen Verantwortung des District Services Centre liegen.
3. Die Psychogeriatrische Abteilung baute ein eigenes Versorgungssystem für ihre Patienten auf.
4. Für die künftigen Langzeit-Patienten wollten wir das District Services Centre (DSC) bereitstellen, welches in der Mitte seines Versorgungsgebietes gebaut werden sollte. Wir hatten es ursprünglich das „Community Service Centre“ genannt, änderten aber diesen Namen, da er nicht deutlich machte, daß seine Dienste auf die Bevölkerung unseres Versorgungsgebietes (den District) beschränkt sein sollten.
5. Dieses District Services Centre sollte eine kontinuierliche Versorgung anbieten, und die Patienten, ob sie nun stationär, tagesklinisch, ambulant oder in beschützten Wohneinrichtungen versorgt werden mußten, sollten Patienten desselben Teams bleiben. Patienten sollten nicht von einer Situation zur anderen und einer Personalgruppe zur anderen *weiterverwiesen* werden; statt dessen sollte es einen *freien Fluß* von Patienten zwischen den verschiedenen Formen der Versorgung geben, die alle von *demselben* Team angeboten würden.
6. Die Teams sollten multiprofessionell besetzt sein. Es sollte keine Stationen geben, die der Oberin und dem Pflegepersonal „gehörten“, statt dessen sollten alle Berufsgruppen ihre Büroräume in diesem Zentrum haben, um so eine Barriere gegen die Team-Arbeit abzubauen.
7. Das Zentrum sollte als die Nabe eines Rades von Diensten angesehen werden, und alle Mitglieder des Personals sollten nicht nur miteinander kooperieren und kommunizieren, sondern auch mit den Familien und den

Diensten außerhalb des Zentrums. Auf diese Weise sollten eine Schwester und ein Psychologe, ein Beschäftigungstherapeut und ein Sozialarbeiter oder ein Arzt und eine Pflegeperson alle aus dem Zentrum hinausgehen, um einen Patienten in seiner Familie zu besuchen oder mit dem Personal anderer Dienste Besprechungen durchzuführen.

8. Sozialarbeiter sind an die Arbeit in der Gemeinde gewöhnt, aber das übrige Personal ist stärker an die Station gebunden, besonders die Krankenpflegekräfte, die aufgrund ihrer Schichtarbeit und der Bindung der Betten in einem Krankenhaus an die Stationen immer sowohl *zeitlich* als auch *räumlich* dort festgebunden waren. Es wurde die Meinung vertreten, wir sollten psychiatrisches Gemeinde-Krankenpflegepersonal anstellen, eine spezielle Gruppe von Pflegekräften, welche außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser eingesetzt wird. Ich vertrat die gegenteilige Meinung; mit der Begründung, daß alle Krankenpflegekräfte nicht nur Pflegekräfte auf der Station, sondern auch Gemeindepflegekräfte sein und auf diese Weise ihre institutionelle Isolation überwinden sollten.
9. Während das Zentrum die Nabe des Psychiatrischen Systems der Langzeit-Versorgung bildete, bildeten die Dienste am Rande des Rades oft selber die Naben von wieder anderen Rädern von Diensten.
10. In der Abteilung sollten auch die Forschungsabteilung Sozialpsychiatrie des MRC - „MRC Social Psychiatry Research Unit“ - und das Camberwell Register im gleichen Gebäude untergebracht sein. Damit wurde dem fortdauernden Bedarf für die Evaluation unserer Arbeit Rechnung getragen; es gibt weite Bereiche der Unsicherheit über die Effizienz unserer Dienste, und dies sollte eine gemeindepsychiatrische Beobachtungsstation sein, gut ausgerüstet mit psychiatrischen, sozialen und psychologischen „Teleskopen“.
11. Aus der Sicht der Patienten sollte dies ein kontinuierliches Hilfsangebot ohne „Umsatzdruck“ oder zeitliche Beschränkung sein.
12. Es sollte keine getrennten Bereiche oder Stationen für männliche und weibliche Patienten geben, nur getrennte Zimmer.

Dies also war der Horizont meiner Vorstellungskraft auf diesem Gebiet. Nahezu 20 Jahre später und einige Zeit, nachdem die Abteilung aufgebaut und funktionsfähig war, beschrieb Dr. Peter Tyrer aus Nottingham, was er das „Bienenkorb-System“ nannte, in welchem die Krankenhausbasis so plaziert ist, daß sie von allen Teilen eines genau definierten Versorgungsgebietes gut erreicht werden kann und von den im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen als Ausgangspunkt benutzt wird, von dem aus die örtlichen Ressourcen erforscht und definiert werden können. Er vertrat auch die Auffassung, daß das Krankenhauspersonal ebenso in der Gemeinde wie im Krankenhaus arbeiten sollte, obgleich er keine Dienste für Patienten mit hoher Kontakthäufigkeit vorschlug; statt dessen verstand er den „Bienenkorb“ als ein Krankenhaus

und Gemeindedienste integrierenden Sammelpunkt, in welchem die zentrale Verwaltung beibehalten werden sollte (Tyrer 1985).

### *Die Umsetzung der Ideen in bauliche Gegebenheiten*

Wenden wir uns nun den Schwierigkeiten zu, die mit der Verwirklichung dieser Ideen verbunden waren. Wir mußten entscheiden, wie viele Tagespatienten und wie viele stationäre Patienten wir zu versorgen hätten und wieviel Personal und wieviel Räume sie benötigen würden. Dies war ein langer Planungsprozeß, der 1968 begann; aber weil die Zentralregierung aus politischen Gründen Verzögerungen bewirkte, konnte mit dem Bau nicht vor 1979 begonnen werden, als andere Konzeptionen der Gemeindepsychiatrie in Mode waren. Wir entschieden uns, daß wir ungefähr 80 tagesklinische Plätze und 30 Betten brauchen würden, so daß es eine *Tagesklinik mit Betten* sein würde. Personalzahlen waren uns geläufiger, und wir legten uns auf eine architektonische Planung fest, die eine Arbeit in drei Teams ermöglichen sollte. Jedes dieser Teams hatte drei Räume, die als Gruppenräume, zu Einzelgesprächen oder für Treffen mit den Patienten und ihren Familien genutzt werden konnten. Auch ein klinischer Behandlungsraum wurde eingerichtet, welcher das einzige Zugeständnis an das medizinische Modell war, auch wenn das Zimmer klein und unauffällig war. Schließlich gab es einen Büroraum für das Personal und einen Eingangsbereich. Das Gebäude sollte am Rande des Geländes des Maudsley Krankenhauses liegen, so daß es sich sowohl zur Straße hin als auch zu einem Wirtschaftsweg des Krankenhauses nach innen öffnete. Dies schien eine gute Lage, die Krankenhaus und Gemeinde miteinander verbinden könnte. Die Vorgaben von Form, Größe und den verschiedenen Bodenniveaus des Bauplatzes sowie die begrenzten finanziellen Mittel machten eine sehr kompakte Planung notwendig. Das Gebäude mußte im Grundriß wie ein großes H aussehen und vier Stockwerke haben.

Um zu verhindern, daß Tagespatienten durch die stationären Bereiche gehen mußten, wurden die Betten im obersten Stockwerk untergebracht. Ursprünglich waren die Bettenbereiche in einen abschließbaren Bereich zur Intensivbehandlung mit Zweibettzimmern, einen Bereich für mittlere Betreuungsintensität, der drei Vierbettzimmer umfaßte, und einen Bereich für geringere Betreuungsintensität mit achtzehn Einzelzimmern unterteilt. Diese 34 Betten waren nicht nach Geschlechtern getrennt, auch gab es keine Zuweisung von Betten an die drei Teams. Der Grundgedanke war, daß die Betten flexibel genutzt werden sollten; so konnte ein Team etwa zu einer Zeit zwölf Betten belegen, während ein anderes nur sechs benötigte. Auch wenn ein Team mehr Betten für Frauen oder für Männer benötigte, mußten diese Fragen zwischen den Teams besprochen werden, um jeweils zu entscheiden, wie viele Betten welcher Art für welches Team zu einer bestimmten Zeit zur Verfügung stehen sollten. Dies hat immer sehr gut funktioniert; die mittlere Zahl belegter Betten verringerte sich von 30,9 im Jahre 1982 auf 26,4 im Jahre 1986. In jüngerer Zeit sind diese Durchschnittszahlen wieder angestiegen, wohl im Zusammenhang

mit der Knappheit an Pflegepersonal. Der Intention nach sollte der stationäre Bereich nicht in der Verantwortung irgendeines der drei Teams liegen, sondern das Personal sollte aus den drei Teams in Rotation genommen werden. Das funktionierte allerdings nicht, wie ich später erklären werde.

Im übrigen Gebäude waren die Büros der einzelnen Mitarbeiter untergebracht, ein großer Eingangsbereich, eine Patientenkantine, ein Gesellschafts- und Erholungsraum, Im Erdgeschoß und im ersten Obergeschoß gab es Arbeitsräume, die sich die drei Teams untereinander teilten. Die Arbeit der Patienten wird bezahlt, und viele der Patienten sind an dem kleinen Zusatzbetrag, den sie hier verdienen können, ebenso interessiert wie an den sozialen Kontakten und der sozialen Struktur, die sie dort geboten bekommen: Nur wenige von ihnen waren in der Lage, auch nur in eine beschützte Werkstätte überzuwechseln. Es gibt auch Unterrichtsräume, die von den Beschäftigungstherapeuten des Krankenhauses und von Lehrern der örtlichen Erwachsenenbildungseinrichtungen genutzt werden. Unterricht in Körperpflege und Selbstversorgung, sozialen Fähigkeiten, Kunst und Kommunikation wird jede Woche gegeben. Schließlich gab es Räumlichkeiten für das Camberwell Register und die Abteilung Sozialpsychiatrie des MRC.

### *Einige Ergebnisse*

Die Abteilung versorgt ungefähr 350 Menschen mit schwereren psychischen Langzeitschädigungen. Von den anderen Ärzten werden sie gewöhnlich nicht gerade frühzeitig in ihrer Krankheitskarriere an uns überwiesen, denn sie setzen, bei einem Lehrkrankenhaus, große Hoffnungen in dessen Heilungsmöglichkeiten; doch wenn die Patienten in ihrem Verhalten schwieriger sind, kommen sie viel früher, und letzten Endes tauchen fast alle chronischen Patienten aus Camberwell bei uns auf. Die Patienten lassen sich nicht ohne weiteres in eindeutige Gruppen unterscheiden. Aber zwei statistische Untersuchungen teilten die Patienten einigermaßen willkürlich nach der Kontakthäufigkeit in vier Gruppen:

1. Hohe Kontakthäufigkeit: Zu ihnen gehörten die stationären Patienten sowie die Tagespatienten, die mehr als zweimal in der Woche anwesend waren.
2. Mittlere Kontakthäufigkeit: Diese umfaßte die Gruppe der Tagespatienten, die mindestens einmal in 14 Tagen anwesend waren, oder die Patienten, die vom Personal mindestens einmal in zwei Wochen zu Hause besucht wurden (eine kleine Zahl von Patienten kommt nicht ins Zentrum und muß zu Hause besucht werden).
3. Niedrige Kontakthäufigkeit: Patienten, die weniger als einmal in 14 Tagen die Klinik aufsuchen.
4. Ambulante Patienten, die vom Personal des DSC in der Krankenhausambulanz behandelt werden.

Die Statistik zeigte, daß das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Patienten 58% zu 42% betrug. Das mittlere Alter der Männer war 40 Jahre, das der Frauen lag ungefähr bei 60 Jahren. Nur 8% waren stationäre Patienten des DSC, die übrigen wohnten in der Gemeinde, jeweils ungefähr zur Hälfte mit ihrer Familie oder in einer relativ langdauernden Partnerschaft. Ungefähr ein Viertel wohnte alleine in Sozialwohnungen oder genossenschaftlichen Wohnungen oder zuweilen auch in Wohnungen, die sie privat mieteten oder besaßen. Nur ein kleinerer Teil wohnte in Wohnheimen. 60% wurden vom DSC seit der Aufnahme seiner Tätigkeit vier Jahre zuvor betreut. In einer Personalbefragung wurden die Mitarbeiter gefragt, ob diese Patienten auch noch in fünf Jahren Hilfe oder Unterstützung brauchen würden; in 80% der Fälle war dies nach Meinung des Personals der Fall. Die Betreuungsbedürftigkeit der Langzeitpatienten verschwindet nicht, auch wenn die meisten nicht länger im Krankenhaus zu leben brauchen. Während weibliche Patienten eine längere Zeit im DSC verweilen als Männer, scheinen sie eine weniger intensive Versorgung zu bekommen. Wir wissen nicht warum, und dies und viele andere ähnliche Punkte bedürfen einer intensiveren Untersuchung.

Die Untersuchung über die Behinderung dieser Patienten benutzte die REHAB Skalen von Hall und Baker und zeigte, daß 38% derer, die in der Gemeinde lebten, nach dieser Skala als für eine solche Lebensform nicht geeignet eingeschätzt würden. Gleichwohl waren nur 8% der Tagespatienten in ihrem allgemeinen Verhalten schwer behindert im Vergleich zu 35% der stationären Patienten. Eine größere Zahl der schwerer Behinderten lebte alleine in der Gemeinde, 14% im Vergleich zu nur 4%, die in Wohnheimen, und 6%, die mit ihren Familien lebten (HALL und BAKER 1983). Wir wissen ja, daß Krankenhäuser einen größeren Grad von abweichendem Verhalten tolerieren und behandeln können als Wohnheime; ebenso ist abweichendes Verhalten auch ein Grund für soziale Isolation.

1988 wurde eine Reihe von Artikeln durch die Abteilung für Social Psychiatry publiziert, die eine systematische Übersicht über 21 Bereiche des klinischen und sozialen „Funktionierens“ von Patienten zu entwickeln versuchte. Die Autoren formulierten ein Konzept des Bedarfs, welches weiter geht als nur das Studium der Symptome oder Defekte im Bereich der psychologischen Funktionen. Die Bedeutung dieser Studie für die heutige Diskussion liegt darin, daß sie 145 Langzeitpatienten aus Camberwell untersuchte. Einige ihrer Bedürfnisse werden „befriedigt“, andere „nicht befriedigt“, und es gibt Probleme, für die keine Art der Versorgung angemessen war: ein Problem ohne einen „Bedarf“. Die Bedeutung dieser Studie für uns heute ist, daß die Patienten im DSC signifikant mehr Bedürfnisse befriedigt bekamen und weniger unbefriedigt blieben sowie ein geringerer Grad an Überversorgung durch die verschiedenen Dienste festgestellt wurde (Brewin et al. 1988).

### *Probleme der Abteilung*

Die Arbeit des District Services Centre verlief nicht ganz so, wie ich es mir vorgestellt hatte, denn als die Abteilung eröffnet wurde, mußten wir acht oder

neun „neue“ Langzeit-Patienten aus dem St. Francis Krankenhaus aufnehmen, die noch auf einen Platz in einem Wohnheim warteten. Ich war davon ausgegangen, daß wir solche Patienten aufnehmen würden, die nur einige Wochen oder Monate bleiben würden, um auf ein Leben außerhalb des Krankenhauses, entweder mit ihren Familien oder in einer eigenen Wohnung, vorbereitet zu werden. Darüber hinaus hatte ich mit Kurzaufnahmen gerechnet, also daß die Patienten nur eine Nacht oder einige Wochen bleiben würden. Doch wir mußten hochgradig gestörte Patienten aufnehmen, die eine 24-Stunden-Betreuung und Überwachung in einem geschlossenen Rahmen brauchten. Sie waren in ihrem Verhalten oft aggressiv oder ernsthaft suizidgefährdet. Diese letztere Gruppe machte die größten Probleme.

Als wir das Zentrum planten, waren wir davon ausgegangen, daß der stationäre Bereich werktags von 9 bis 17 Uhr nicht geöffnet zu sein brauchte und daß die Patienten in diesen Stunden die Teambetreuungsbereiche in den Untergeschossen benutzen würden, so daß kein Personal im stationären Bereich gebraucht würde. Doch es hat immer ein oder zwei hochgradig gestörte Menschen im Zentrum gegeben, die eine 24-Stunden-Betreuung und die Sicherheit des stationären Bereiches brauchten. Die meisten benötigen diese sichere Betreuung nur für eine vergleichsweise kurze Zeit, aber es gibt eben fast immer jemanden, der sie braucht. Das bedeutet, daß die meiste Zeit der stationäre Bereich für diese ein oder zwei Patienten auch während des Tages mit Personal besetzt sein muß. Das Personal dafür muß vom Tagsteam abgezogen werden, so daß dieses Team verkleinert wird; darunter haben die Tagesarbeit und die Möglichkeiten gelitten, in die Gemeinde hinauszugehen. Dies scheinbar kleine Problem hat größere Schwierigkeiten bereitet.

Es ist uns auch nicht gelungen, eine Gruppe junger männlicher Patienten in unsere Betreuungsangebote einzubeziehen, von denen zwei Drittel afrokaribischer Herkunft waren. Es wurde vermutet, daß sie ein Teil der ersten Generation von nichtinstitutionalisierten Patienten sind, die es schwierig finden, die gegenwärtige Angebotspalette der Dienste sinnvoll zu gebrauchen. Es werden Versuche unternommen, ihnen in anderer Form zu helfen.

### *Zusammenfassung und Schluß*

Es war wohl eine ehrgeizige Idee zu versuchen, die Mauern der Stationen und des Krankenhauses aufzulösen, um den „freien Fluß“ zu ermöglichen, anstatt die Weiterverweisungen von Patienten zwischen Zuhause, Ambulanz, Tagesklinik und stationärer Behandlung beizubehalten. Es war eben Tradition, im Krankenhaus Stationen zu haben, die dem Pflegepersonal „gehören“, welches dann gezwungenermaßen nur dort arbeitete und keine Möglichkeit hatte, die Patienten wie alle anderen Teammitglieder zu Hause zu besuchen und eine kontinuierliche Versorgung anzubieten, anstatt einer durch zeitliche Grenzen eingegengten. Ich wollte es dem Pflegepersonal ermöglichen, eine flexiblere Art der Betreuung zu entwickeln; eine Betreuung, die mit derjenigen, die durch die Familien und durch andere gesetzliche oder freiwillige

Institutionen angeboten wird, ein integriertes Ganzes sein könnte. Aber diese Ziele waren ehrgeiziger und komplizierter als z. B. die Einführung einer nicht-institutionellen Betreuungsform innerhalb eines institutionellen Rahmens, was, wie Geoff Shepherd ausführen wird, in der Öffentlichkeit sehr viel breiter als erfolgreich akzeptiert und auch häufiger nachgeahmt wird.

Daß wir es nicht schaffen würden, die wenigen Patienten mit florider Symptomatik zu integrieren, die für kurze Zeit eine [Betreuung unter sicheren Bedingungen brauchten, haben wir nicht vorhergesehen; mit diesem Problem wird man auf andere Art umgehen lernen müssen. Zum zweiten habe ich, so meine ich, wohl erwartet, daß das Pflegepersonal den Wechsel zu einem flexibleren Arbeitsstil, als er im übrigen Maudsley Hospital (oder in jedem herkömmlichen Krankenhaus) üblich ist und für welchen es nicht ausgebildet worden war, leichter vollziehen würde. Schließlich treffen wir, wenn wir Dienste ohne Zugangsschwelle anbieten, auf eine ganz andere Klientel; einige Patienten mit schwierigen Persönlichkeiten, stark gestörtem Verhalten und sozialen Problemen waren mit Kleinkriminalität in Berührung gekommen oder mit Alkohol und Drogen. Nach meiner Auffassung sind sie nicht leicht zu behandeln und brauchen die Hilfe eines speziellen Teams.

Trotz all dieser Einschränkungen hat das DSC die meisten chronischen Patienten gut versorgt: Das Cane Hill Hospital wird nächstes Jahr geschlossen, und die für uns vorgehaltenen Betten im St. Francis Krankenhaus wurden schon vor vielen Jahren abgebaut. Der chronische Patient wurde von dem hochqualifizierten Personal eines Lehrkrankenhauses behandelt. In Großbritannien halten einige die Behandlung auf einem Krankenhausgelände für veraltet und unterstützen die Tendenz, kleinere, nicht im Krankenhausgelände gelegene Abteilungen zu entwickeln. Dies scheint mir nicht praktikabel. Wenn die chronischen Patienten nicht vergessen werden sollen, muß es einen Kernbereich für die Dienste geben, weil ihre Versorgung sonst zu zersplittern droht und die Patienten und ihre Familien nicht in angemessener Weise Unterstützung und Hilfe bekommen werden. Die große Zahl an Berufen und Diensten muß integriert werden, damit jeder vom anderen wissen kann, was er tut.

im Jahre 1895 sagte Osler: „Überall verändert sich die alte Ordnung, und glücklich sind diejenigen, die sich mit diesem Wandel ändern können.“ Dies mag nicht jedermanns Antwort auf den Wandel in der Betreuung chronischer Patienten sein, es war aber die meinige.

### *Literatur*

- BENNETT, D. H. (1980): The chronic psychiatric patient to-day. *Journal of the Royal Society of Medicine* 73: 301-303. BREWIN, C. R., WING, J. K., MANGEN, S. P. et al. (1988): Needs for care among the long term mentally ill. A report taken from the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine* 16: 457-468. HALL, J. N. and BAKER, R. D. (1983): *Rehab.*, Vine Publishing House, Aberdeen.

TYRER, P. (1985): The Hive System: a model for a psychiatric Service. *British Journal Psychiatry* 146: 571-575. WATTS, F. N. and BENNETT, D. H. (1983): Management of the Staff Team, in:  
WATTS, F. N. and BENNETT, D.H.: *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wiley, Chichester.

# Versorgungsverpflichtung auch für die ambulanten und komplementären Dienste - oder die Auflösung der totalen Restverantwortlichkeit des psychiatrischen Krankenhauses in Bremen

*Peter Kruckenberg*

## *Die Klärung der Verantwortlichkeit*

Psychisch Kranken fällt es in besonderem Maße schwer, bei inneren oder äußeren Konflikten integrative Lösungen zu finden. Je ausgeprägter die Störung, umso mehr ist die Fähigkeit, die Verantwortung für die Gestaltung des eigenen Lebens voll zu übernehmen, eingeschränkt. Kann diese Einschränkung von Angehörigen und Freunden nicht aufgefangen werden und ist eine spezifische psychiatrische Hilfeleistung erforderlich, so ist diese gesellschaftlich garantiert, in der Bundesrepublik durch das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes. Dem Kranken soll das Maß an Verantwortung abgenommen werden, das zu leisten er krankheitsbedingt nicht in der Lage ist. Gleichzeitig wird dem psychiatrischen Hilfssystem die Aufgabe erteilt, über die Behandlung zu erreichen, daß ihm die Verantwortung baldmöglichst zurückgegeben werden kann. Für seelische Gesundheit ebenso wie für seelische Krankheit ist vieles und sind viele mitverantwortlich; biologische Ausgangsbedingungen und Funktionsstörungen, lebensgeschichtlich erworbene Verarbeitungsmuster, persönliche Einsatzbereitschaft, das Beziehungsgefüge im sozialen Mikrokosmos und die übergreifenden sozialen Rahmenbedingungen. Es ist wichtig, die „Restverantwortung“ des psychiatrischen Hilfssystems in jedem Fall und in jeder Situation genau zu bestimmen.

Bekanntlich fördert es die Regressionsneigung des Patienten, wenn man ihm zuviel Verantwortung abnimmt. Pathologische Interaktionsmuster in der Familie werden eher stabilisiert, wenn man die Familie zu sehr entlastet. Psychiatrische Hilfe bekommt immer dann den Charakter einer dem Patienten schädlichen Alibifunktion, wenn das Problem des Patienten eigentlich auf soziale Mißstände zurückzuführen ist, wenn die in der Psychiatrie Tätigen die Gesellschaft aus der Verantwortung entlassen. Auf der anderen Seite führt eine zu geringe Bereitschaft oder Fähigkeit im psychiatrischen Hilfssystem, die übertragenen Aufgaben verantwortlich durchzuführen, d. h. die notwendige Integrationshilfe zu leisten, zu weiterer psychischer und sozialer Desintegration oder Erstarrung des Patienten und oft genug seines sozialen Umfeldes. Ich meine auch, daß den psychiatrisch Tätigen eine besondere Verantwortung gegenüber der Gesellschaft zukommt, nämlich auf die Lebensbedingungen aufmerksam zu machen, die sich als kränkend erwiesen haben.

In jedem Fall ist die Klärung der Verantwortlichkeiten konflikthaft, denn die Erwartungen sind widersprüchlich. Ich überzeichne, um das deutlich zu

machen: Der Patient möchte gesund werden, aber möglichst ohne sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen. Die Familie gibt ihn bei uns ab und will ihn gesund wieder zurückhaben, ohne sich selbst zu beteiligen. Der Staat überträgt uns die Verantwortung für Behandlung und Betreuung und möchte es billig machen. Patient, Familie und Gesellschaft erteilen uns den offiziellen Auftrag zu heilen, zu integrieren und vermitteln uns gleichzeitig meist unausgesprochen die Erwartung abzuspalten, zu unterdrücken, auszugrenzen. Der inoffizielle Auftrag ist weniger greifbar, aber mindestens ebenso wirksam, ist er doch Ausdruck meist unbewußter innerer Konflikte, seitens der Familie und der Gesellschaft häufig Ergebnis der Delegation unbewußter Wünsche und Ängste an die Patienten (im Sinne der projektiven Identifikation).

Psychiatrisches Tun ist immer zumindest auch Konfliktarbeit. In dem Maße, wie wir psychiatrisch Tätigen die Konfliktarbeit an einer Front vernachlässigen, handeln wir unverantwortlich, auch wenn wir unseren dienstlichen Verantwortungsbereich vorschriftgemäß ausfüllen.

Wir wissen nicht nur aus der Hospitalismusforschung, daß vielen seelisch Kranken durch den Kontakt mit psychiatrischen Institutionen zusätzlicher Schaden entstanden ist und entsteht. Vielleicht war und ist uns die Aufgabe manchmal zu schwierig, fehlte und fehlt es uns an Ressourcen und Kompetenz, um mit den uns von den Patienten, den Angehörigen, der Öffentlichkeit und den Politikern zugetragenen Problemen angemessen umzugehen. Es kommt aber noch eines hinzu, das in der Diskussion über therapeutische Konzepte ebenso wie über Strukturkonzepte für die Psychiatriereform häufig vergessen wird: Wir in der Psychiatrie Tätigen bringen unsere eigenen unaufgelösten Konflikte und persönlichen, den Bedürfnissen der Patienten entgegenstehenden Interessen in unserer Arbeit mit. Wir sind nicht nur Opfer, sondern auch Täter, wir sind ständig in der Gefahr, die therapeutische Situation zu unserer eigenen materiellen oder emotionalen Stabilisierung zu mißbrauchen.

Vielleicht sind wir gar nicht in der Lage, die Verantwortung für unsere Aufgaben zu übernehmen, uns am Schöpf aus dem Sumpf zu ziehen. Vielleicht brauchen wir Hilfe von außen. Aber wo soll sie herkommen? Immerhin erscheinen auf diesem Hintergrund die bekannten Fehlentwicklungen in der psychiatrischen Versorgung nur zu verständlich. Die, die sie in der Vergangenheit zu verantworten hatten, haben das Maß ihres Versagens, wenn überhaupt, meist erst im nachhinein wahrgenommen. Es gibt kaum Gründe, daß uns dies heute grundsätzlich anders gehen sollte.

### *Reformschritte*

So sehr das psychiatrische Hilffsystem immer in Gefahr war, zu einer „zweiten Krankheit“ der Patienten zu werden, so hat es doch immer wieder, mit und ohne Kritik von außen, Reforminitiativen gegeben. Ich möchte hier nur an die meiner Erfahrung naheliegende sozialpsychiatrische Bewegung in der Bundesrepublik erinnern, die Anfang der 70er Jahre, angestoßen durch die

Studentenbewegung, entstand. Es waren anfangs nur kleine Gruppen von Beschäftigten ganz überwiegend der unteren Dienstränge, die auf die untragbaren Verhältnisse innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser hinwiesen und Reformen in Anlehnung an angelsächsische Vorbilder forderten. Damals bestand das psychiatrische Versorgungssystem im wesentlichen aus den niedergelassenen Nervenärzten und den großen psychiatrischen Landeskrankenhäusern.

Erstere hatten die Versorgungsverpflichtung bzw. das Versorgungsmonopol im ambulanten Bereich, ohne daß sie die Verantwortung für eine angemessene Behandlung gerade der schwer und chronisch Kranken auch nur annähernd wahrnehmen konnten bzw. wollten. Die meisten niedergelassenen Kollegen haben dies immer gewußt und zugestanden - die institutionelle Struktur, die Finanzierungsmodalitäten, die privatwirtschaftliche Ausrichtung der Praxen machen sie dafür ungeeignet. Die Ärzteverbände handelten und handeln bis heute im Wortsinn unverantwortlich, indem sie die Öffentlichkeit aus wirtschaftlichen und Statusinteressen über diesen Sachverhalt täuschen und wesentlich dazu beigetragen haben, daß überfällige Reformschritte wie der Ausbau der Institutsambulanzen bzw. sozialpsychiatrischen Dienste be-oder verhindert wurden.

Wem die ambulante Kurzberatung und pharmakologische Behandlung nicht genügend half, und das betraf einen Großteil der Schwerkranken und gerontopsychiatrisch Kranken, insbesondere die ca. 500000 chronisch Kranken, dem blieb nur die Alternative zwischen einer weiteren psychischen und sozialen Desintegration draußen und der Totalversorgung im psychiatrischen Landeskrankenhaus oder in Pflegeheimen.

Lag die Verantwortung für die Bewältigung der Lebensverhältnisse draußen vollständig beim Patienten und seinen Angehörigen, so sank diese und damit die Gestaltungsmöglichkeit der eigenen Lebensverhältnisse beim häufig genug zwangsweisen Eintritt in die Klinik auf nahezu Null. Obwohl viele Folgen dieses Wechselbades von Überforderung und Unterforderung - die demoralisierende Wirkung der Drehtürpsychiatrie und die vielleicht noch schlimmere Reduktion auf eine *vita minima* durch den Institutionalismus - spätestens seit den 50er Jahren bekannt waren, blieb die große Mehrzahl der Großkrankenhäuser - übrigens ebenso der Universitätskliniken und der niedergelassenen Nervenärzte - lange immun gegen die sich allmählich verbreitende Idee einer Strukturreform. Das psychiatrische Versorgungssystem hatte eine pathologische Stabilität entwickelt, die erst mit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete gründlich erschüttert wurde.

### *Das sozialpsychiatrische Paradigma der Enquetekommission*

Die Enquetekommission ist oft kritisiert worden, weil sie neben der grundsätzlichen Kritik am Bestehenden eher allgemein formulierte Empfehlungen als konkrete Umsetzungsvorschläge etwa zu Fragen der Finanzierung und der regionalen Strukturreform vorgelegt hat. Vielleicht war dies in der histori-

sehen Situation Mitte der 70er Jahre aber gerade ihre Stärke. Die Empfehlungen wurden dadurch weniger angreifbar und entfalteten eine umso stärkere Wirkung auf die konzeptionelle Gestaltung und Entwicklung der Reform sowohl in Fachkreisen wie in der Öffentlichkeit. Durch die Psychiatrie-Enquete fand das sozialpsychiatrische Paradigma eine breite Akzeptanz, Ich möchte dieses Paradigma verkürzt in zwei Sätzen formulieren:

1. Das System psychiatrischer Hilfen ist so zu gestalten, daß jedem, besonders dem Schwer- und/oder chronisch seelisch Kranken, in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und die Besonderheiten seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete ganzheitliche Behandlung und Betreuung gewährt wird.
2. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen sein, die Belastungen gerecht verteilt und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation bzw. des geringstmöglichen Eingriffes in die Lebensverhältnisse orientiert sein.

Aus dem ersten Satz ergeben sich Implikationen für eine differenzierte, flexible, auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtete, koordinierte regionale Versorgungsstruktur mit definierten Verantwortungsbereichen für alle Beteiligten. Der zweite Satz umfaßt das Sozialstaatsgebot, die vor allem in der Familientherapie entwickelten Konzepte der Allparteilichkeit bzw. Neutralität, die Konzepte der Hilfe zur Selbsthilfe, der Normalisierung, des Abbaus von überflüssiger Institutionalisierung und des Schutzes vor Übergriffen in Selbstbestimmung und Grundrechte des einzelnen Kranken. Das so formulierte sozialpsychiatrische Paradigma schließt sichtlich auch die zentralen Prinzipien der Enquete ein - Gemeindenähe, bedarfsgerechter und umfassender Ausbau der Dienste, Kooperation und Koordination sowie Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken.

Die Enquetekommission hatte, auch mit Hinweis auf Erfahrungen in anderen Ländern, positive Erwartungen geweckt, in dem Sinne, daß die Entwicklung integrativer Versorgungssysteme möglich ist, wenn auf den verschiedenen Ebenen des psychiatrischen Hilfssystems eine klare, möglichst im Konsens erarbeitete Definition der Verantwortungsbereiche gelingt und wenn viele der Beteiligten fachliche Kompetenz und ein hohes Maß an Bereitschaft mitbringen, sich einfühlend, selbstkritisch, konstruktiv und kreativ auseinanderzusetzen, d. h. verantwortlich zu handeln. Zugespitzt und vorrangig im Hinblick auf die Gruppe der chronisch Kranken formuliert: Die Wiederherstellung der Verantwortlichkeit des Patienten und seiner Umgebung für das eigene und das gemeinsame Leben wird in dem Maße gefördert, wie im System psychiatrischer Hilfen Verantwortung geklärt und verantwortlich gehandelt wird.

Selbstverständlich sind die zuständigen Politiker und öffentlichen Verwaltungen in Bund, Ländern und Gemeinden, die Leistungsträger und die Träger von Einrichtungen mit ihren Verwaltungen neben den unmittelbar im therapeutischen Bereich Tätigen in den Kreis der Verantwortlichen einzubeziehen. Bundesregierung und Bundestag haben auf die Psychiatrie-Enquete trotz

offensichtlichen drängenden Handlungsbedarfs nicht reagiert. Daß der Reformprozeß dennoch nicht einschief, in der politischen Diskussion blieb und auch fachliche Impulse erhielt, war dem verantwortlichen Handeln des damaligen Finanzministers Hans Matthöfer zu verdanken, der, nicht zuletzt motiviert durch Mitglieder der Reformbewegung und eigener Betroffenheit im Familienkreis, 1979 500 Millionen DM für ein Bundesmodellprogramm zur Verfügung stellte, das die Erprobung integrierter Versorgungssysteme in allen Bundesländern ermöglichen sollte. Da fünf der elf Bundesländer eine Teilnahme an dem Programm ablehnten, wurde nur etwa die Hälfte der Mittel eingesetzt.

### *Der Weg der Reform in Bremen*

In Bremen war das Modellprogramm gleichzeitig Startsignal für den Versuch, den von der Enquete vorgeschlagenen Weg der Reform konsequent zu gehen. Bis auf die angespannte finanzielle Lage waren hierfür die Voraussetzungen im Stadtstaat Bremen (530000 Einwohner ohne Bremerhaven) Anfang der 80er Jahre ausgesprochen günstig. Der Senator für Gesundheit Herbert Brückner sah in der Psychiatriereform ein vorrangiges Ziel seiner Politik und hatte für diese Aufgabe einen qualifizierten Referenten eingestellt. Um die Führung bei der Reform gab es eine belebende Rivalität mit dem Sozialsenator Henning Scherf, der in dem gleichen Zeitraum die Dezentralisierung und Vereinheitlichung der sozialen Dienste vorantrieb. Das ehemalige Landeskrankenhaus, die Bremer Nervenlinik, war schon 1977 durch Eingliederung somatischer Abteilungen im Zusammenhang mit einem klinischen Neubau zu einem modernen Zentralkrankenhaus umgestaltet worden. Durch Öffnung der meisten Stationen, Differenzierung nach Zielgruppen und therapeutischen Angeboten, Abteilungsgliederung, Aufbau teilstationärer Bereiche und einer kleinen ausgelagerten Beratungsstelle hatte es 1980 in weiten Bereichen einen beachtlichen Standard erreicht. Im komplementären Bereich gab es immerhin zwei Übergangsheime für erwachsene psychisch Kranke sowie einige Heime für geistig Behinderte und Suchtkranke. In der ambulanten Versorgung waren 20 niedergelassene Nervenärzte tätig, dazu gab es in den sozialen Diensten spezielle Aufgabenbereiche für die Betreuung psychisch Kranker und Suchtkranker und eine psychosoziale Beratungsstelle am Gesundheitsamt. Die Bremer Werkgemeinschaft, ein Hilfsverein der Klinik, assoziierte eine Angehörigenselbsthilfegruppe, die bis heute besteht, und errichtete die ersten von Mitarbeitern in der Freizeit betreuten Wohngemeinschaften.

Ausgesprochen rückständig dagegen waren die personell und räumlich schlecht ausgestatteten ausgelagerten Langzeitbereiche der Klinik, die Klinik Blankenburg mit 300 Betten am Stadtrand von Oldenburg und die Klinik Hohenkamp mit 86 Betten im Bremer Osten. Ebenso bedrückend war die Situation in der Überzahl von ca. 50 privaten Heimen in dem kleinen Dorf Oyten im Bremer Umland. Dorthin waren in den 70er Jahren Langzeitkranke aller Diagnosegruppen verlegt worden.

Zusammengenommen bot sich 1980 in Bremen das typische Bild vielgestaltiger unverbundener Reformaktivitäten, die mit durchaus sichtbaren Verbesserungen für die Akutkranken einhergingen, ohne daß sich die Lage für den Großteil der chronisch Kranken verändert hatte.

Viele der engagierten Kollegen im Krankenhaus, die am Ausbau ambulanter und komplementärer Dienste durchaus interessiert waren, hatten dabei die Blankenburger, Hohenkamper und Oytener Patienten gar nicht im Sinn. Das Konzept eines ganzheitlichen integrierten Versorgungssystems, wie es im Modellantrag Bremens vom Psychiatriereferat und der Klinikleitung in Anlehnung an die Enquete formuliert wurde, stieß kaum auf Verständnis oder Interesse, aber auch auf keinen Widerspruch, da die einzelnen mit Mitteln aus Bonn unterstützten Projekte zustimmend aufgenommen wurden:

- je eine Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes in allen fünf Stadtbezirken
- ein dezentrales und ein gemischt allgemein- und gerontopsychiatrisches Wohnheim
- eine forensische Wohngemeinschaft
- eine Tagesstätte für erwachsene chronisch psychisch Kranke
- eine Werkstatt für psychisch Behinderte
- eine allgemeinspsychiatrische und eine gerontopsychiatrische Tagesklinik in dem vom Krankenhaus entfernten Stadtbezirk
- eine Entwöhnungseinrichtung für Drogenkranke
- eine Enthospitalisierungsstation in der Klinik Kloster Blankenburg

Das hinter dem Modellantrag stehende Gesamtkonzept fand dagegen die besondere Zustimmung des zuständigen Senators, der es zum „Psychiatrieplan Bremen“ aufwertete. Dadurch würde eine verstärkte Identifikation der Mehrheitspartei mit dem Reformprozeß erreicht. Dem Bremer Psychiatrieplan waren die folgenden Zielsetzungen vorangestellt und damit strukturelle Vorgaben in Richtung auf ein regionales Verbundsystem gemacht worden:

- Verbesserung der Koordinierung und Planung
- Sektorisierung und Gleichverteilung der Einrichtungen und Dienste auf die fünf Stadtbezirke
- Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems und Aufhebung der starren Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung
- Ausbau der teilstationären Bereiche
- Verstärkung der Reintegration chronisch kranker Patienten
- Ausbau der komplementären Einrichtungen und Dienste
- gezielte Öffentlichkeitsarbeit

Das Papier war von dem Psychiatriereferenten Gerd Schöfer und mir als für die „Außenpolitik“ der Klinik für Psychiatrie zuständigem Abteilungsleiter erarbeitet worden. Wir beide waren ziemlich neu in Bremen und gingen etwas naiv von der Vorstellung aus, daß wohlwollende Zustimmung von allen Seiten eine breite Akzeptanz für das Gesamtprogramm bedeutete und daß die Umsetzung des Reformkonzepts auf den verschiedenen Ebenen der Mitarbeiter, der Leitungen, der Träger und der Politiker ein hohes Maß an gemeinsamer Anstrengung hervorbringen würde. Es zeigte sich jedoch bald, daß sich die Anstrengungen im Regelfall auf den Ausbau des eigenen Arbeitsbereichs begrenzten.

Der Aufbau einer integrierten regionalen Versorgungsstruktur, mehr noch die Umstrukturierung bestehender Systembausteine, erwies sich als ein höchst komplexer, konfliktbelasteter Prozeß, für den sich kaum jemand engagieren mochte. Ähnliche Erfahrungen sind auch andernorts gemacht worden und haben in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie (1988) ihren Niederschlag gefunden.

Die Expertenkommission hat mit ihrer zentralen Empfehlung, dem gemeindepsychiatrischen Verbund, die verbindliche, möglichst vertragliche Festlegung und Abstimmung der regionalen Versorgungsverantwortung auch für den ambulanten und komplementären Bereich betont. Sie hat jedoch wenig zum Prozeßcharakter der Reform gesagt.

Aus diesem Grunde möchte ich der Übersicht über die Bremer Entwicklung noch einige grundsätzliche Überlegungen voranstellen. Der komplexe und konfliktreiche regionale, d. h. kommunale Reformprozeß kann nur gelingen, wenn sehr unterschiedliche Entwicklungen nicht nur in verschiedenen Versorgungsbereichen, sondern auch auf verschiedenen kategorialen Ebenen aufeinanderbezogen und miteinander verknüpft werden können.

Für eine grob orientierende Gliederung dieses Prozesses muß zumindest die wechselseitige Beeinflussung des Geschehens auf sieben Entwicklungslinien betrachtet werden (Abb. 1).

1. Das Verständnis von Krankheit wandelt sich von einem biologistischen zu einem systemischen, d. h. zu einem Verständnis, das seelisches Kranksein als Überlastungserscheinung, aber auch als Lösungsversuch in Lebenskrisen ansieht, das die Wechselbeziehung von Seelischem und Biologischem, zwischen dem einzelnen und seinem sozialen Umfeld - im biographischen und historischen Kontext - in ein Gesamtkonzept einbezieht und dadurch komplexere Möglichkeiten allgemeiner und spezieller Hilfen erschließt. Die Hilfeleistungen erfolgen aus einer selbstkritischen, die Einzigartigkeit des Kranken achtenden und fördernden Grundhaltung, verbunden mit der Bereitschaft, ihn auf dem Weg der Bewältigung seiner Konflikte persönlich zu begleiten.

## Abb. 1 Entwicklungslinien der kommunalen Psychiatriereform

1. Verändertes systemisch/ökologisches Krankheitsverständnis und therapeutische Grundhaltung
2. Integriertes – berufsgruppenübergreifendes, umfeldbezogenes, funktional gegliedertes, kontinuierlich angepaßtes – Behandlungskonzept
3. Klar abgegrenzte, die Eigenverantwortlichkeit stärkende Verantwortungsbereiche und Kommunikationswege in den Institutionen
4. Normalisierte, differenzierte, umfassende, zielgruppenorientierte, nach Prioritäten gewichtete Behandlungs- und Betreuungsangebote
5. Abstimmung und vertragliche Festlegung der Verantwortungsbereiche, der Kooperations- und Koordinationsregelungen
6. Umschichtung, Erweiterung, Absicherung der finanziellen Mittel und Integration der Finanzierungsregelungen (kommunales Psychiatriebudget)
7. Politische Diskussion der Reform und Steuerung durch richtunggebende Rahmenentscheidungen

2. Die Notwendigkeit eines integrierten Behandlungskonzeptes für jeden einzelnen Klienten, das somato-, psycho- und soziotherapeutische Arbeitsformen umfaßt und in berufsgruppen-, manchmal auch institutionsübergreifender Zusammenarbeit entwickelt wird, ist um so mehr gegeben, je schwerer und langdauernder die seelische Erkrankung und die soziale Begleitproblematik ist. Um so mehr ist auch die möglichst personale, zumindest konzeptuelle Kontinuität der Behandlung und Betreuung von Bedeutung.
3. In jedem Team und in jeder Institution sind Aufgaben und Verantwortungsbereiche und die Kommunikationswege verbindlich so festzulegen, daß für die einzelnen Mitarbeiter (oder Teams) ein möglichst großer eigenverantwortlich auszufüllender Handlungsraum gegeben ist, ohne daß dabei eine Überforderung durch zu große Komplexität und Unübersichtlichkeit des Arbeitsfeldes eintritt bzw. die Prioritäten der Verantwortungsbereiche vernachlässigt werden.
4. Die erforderlichen Hilfssysteme sind gemeindebezogen zu regionalisieren, in die Gemeinden zu integrieren, nach Zielgruppen (allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtmittelabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, geistige Behinderung u.a.) und nach Funktionsbereichen (Behandlung, Arbeit, Wohnen, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und Sicherung materieller Rechte) zu differenzieren und angemessen auszustatten. Die Priorität der Hilfen für chronisch und Schwerkranke muß gesichert werden.
5. Jeder Dienst und jede Einrichtung muß durch klare Definition der Aufgaben und Verantwortungsbereiche in die Verpflichtung der Versorgung so

einbezogen werden, daß das Abschieben schwieriger und unbequemer Patienten unmöglich wird. Verbindliche Kooperationsstrukturen sollen die einzelfallbezogene Abstimmung der Hilfsangebote, vertraglich geregelte Koordinationsstrukturen, die bedarfsgerechte Umgestaltung und Weiterentwicklung der Hilfsangebote gewährleisten.

6. Trotz des weiterhin unzureichenden und teilweise kontraproduktiven Leistungsrechts ist die Umschichtung stationärer Mittel aus dem stationären in den ambulanten Bereich und die Erweiterung von Finanzierungsmöglichkeiten in Teilschritten erreichbar. Die Leistungsträger sollen zur gemeindebezogenen Kooperation in der Steuerung der Finanzierung der kommunalen Versorgung in eine Arbeitsgemeinschaft einbezogen werden, damit die Prioritäten in der Versorgung und die Kosten-Nutzen-Relation verbessert werden können.
7. Die Psychiatriereform ist ein kommunalpolitisch bedeutsames Thema, zu dem nicht nur Fachleute, sondern Angehörigen- und Betroffenenvertreter, Besuchskommission, Medienberichte, Evaluationsforschung u.a. beitragen. Für die Vorbereitung von orientierungsgebenden Rahmenentscheidungen (z. B. Psychiatrieplan) und die Feinsteuerung von Teilprozessen beschäftigt die Kommune kompetente Fachleute und bedient sich eines Beratungsgremiums (Beirat), in dem fachliche Qualifikation und Interessen pluralistisch vertreten sind.

Die Entwicklungen auf den verschiedenen Linien können bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängig stattfinden. So ist häufig zu beobachten, daß Mitarbeiter durch Erfahrung im Arbeitsbereich, durch Fortbildung und auch durch persönliche Reifung sogar unter ungünstigen Arbeitsbedingungen ein vertieftes Verstehen seelischer Krankheit entwickeln. Oder: Die verbesserte Ausstattung einer Einrichtung von Personal- oder Sachmitteln oder auch der Aufbau neuer Dienste und Einrichtungen in einer Region muß nicht einhergehen mit einer Festlegung der Verantwortungsbereiche.

Jedoch ist die Kopplung des Geschehens auf den verschiedenen Entwicklungshilfen so stark, daß einerseits sehr leicht Blockaden im Fortgang auf der einen Linie entstehen, wenn die komplementäre Entwicklung auf anderen Linien nicht einsetzt oder andererseits, daß sich fortschreitende positive Prozesse auf verschiedenen Linien gegenseitig befruchten können. So ist es gängige Erfahrung, daß engagierte Mitarbeiter resignieren oder abwandern, wenn sich die Verhältnisse in ihrem Arbeitsbereich nicht zum Positiven verändern lassen. Umgekehrt kann eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen die Motivation und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter stärken. Um noch ein anderes Beispiel anzuführen: Durch die Erschließung neuer Ressourcen etwa der Finanzierung von betreutem Wohnen kann sich das therapeutische Grundverständnis auf den Langzeitstationen des psychiatrischen Krankenhauses weiterentwickeln.

Psychiatriereform läßt sich nicht von oben verordnen und nicht von unten erzwingen. Es geht vielmehr darum, einen Prozeß positiver Wechselwirkun-

gen auf den verschiedenen Entwicklungslinien zu erreichen. Dies ist um so eher möglich, je mehr Personen sich an den verschiedenen Stellen im System psychiatrischer Hilfen verantwortlich im Interesse des Ganzen einbringen. Die Motivation hierzu an der Basis zu fördern vor allem durch Verbesserung der Rahmenbedingungen, ist die Aufgabe der fachlichen, administrativen und politischen Leitungsebenen. Die Schwierigkeiten sind aufgrund der Komplexität des Problems und der unterschiedlichen Interessenlagen der Beteiligten immens.

Sozialarbeiter haben andere Vorstellungen und Interessen als Ärzte, Klinikmitarbeiter andere als ambulant Tätige, öffentliche Träger andere als freie oder sogar private, Verwalter andere als Therapeuten, Politiker andere als Geschäftsführer von Krankenkassen, Angehörige andere als Professionelle. Die Vorstellungen und Interessen der Patienten sind immer in Gefahr, in diesen Konfliktfeldern unterzugehen. Alle Beteiligten scheinen vorrangig anzustreben, die eigenen Verantwortungsbereiche möglichst undefiniert zu lassen und im konkreten Fall die Verantwortung an andere im System, auch an den Patienten, zu geben.

Daraus folgt: Wer die Psychiatriereform im Sinne des sozialpsychiatrischen Paradigmas will, muß, auf welcher Ebene auch immer, *Verknüpfungsarbeit* leisten. Ich möchte diese in Übersetzungs- und Konfliktarbeit aufteilen. Viele Widerstände gegen Reformprozesse sind nicht oder nicht überwiegend interessenbedingt, sondern treten aufgrund unterschiedlicher fachlicher Vorstellungen und der besonderen aus dem Ort im System sich bestimmenden Perspektive auf. So haben eben Krankenpfleger in der Klinik und Sozialarbeiter im Sozialpsychiatrischen Dienst, Verwaltungsinspektoren beim Sozialhilfeträger und Kommunalpolitiker unterschiedliche Vorstellungen von betreutem Wohnen, und es gibt häufig niemanden, der bereit oder in der Lage ist, diese Vorstellungen auf einer Metaebene so aufeinander zu beziehen, daß Lösungen, sogar wenn sie wirklich gewollt sind, überhaupt möglich werden. Ich habe in den letzten zehn Jahren die Erfahrung gemacht, daß viele Probleme sich allein durch Übersetzungsarbeit im Interesse der Sache und zur Befriedigung der Beteiligten lösen lassen, aber es gibt zu wenig Übersetzer.

Häufiger noch sind Entwicklungsblockaden oder -rückschritte durch handfeste, manchmal auch unbewußte Eigeninteressen oder durch persönliche Gegensätze unter den im psychiatrischen Hilfssystem Tätigen bedingt. Daraus resultierende Konflikte werden um so schwerer gelöst,

- je diffuser die Verantwortungsbereiche bestimmt sind
- je weniger verbindlich und eingeübt die Mechanismen für den fachlichen Austausch und den Interessenausgleich sind und
- je weniger Personen im Konfliktfeld zu finden sind, die vermittelnde Funktionen wahrnehmen bzw. in eigener Sache angemessene Konfliktstrategien anwenden können.

## *Die Bremer Verhältnisse Anfang der 80er Jahre*

Wenn ich diese Überlegungen auf die Bremer Verhältnisse Anfang der 80er Jahre beziehe, so gab es im Sozial- und Gesundheitsressort, in der Klinik, bei einzelnen Trägern der freien Wohlfahrtspflege und bei den sozialen Diensten eine relativ breite Aufgeschlossenheit für eine Humanisierung der psychiatrischen Versorgung, auch konkrete Vorstellungen bezüglich Teilfunktionen oder einzelner Institutionen, jedoch kaum Einsicht in oder gar Interesse an den strukturellen Zusammenhängen. So mußten die Verfasser des Modellanspruchs schnell feststellen, daß zwar viele die Psychiatriereform wollten, aber eine relativ kleine und sich nur allmählich erweiternde Gruppe, bestehend aus den Referenten des Gesundheits- und Sozialressorts und einigen Mitarbeitern auf der Leitungsebene von Krankenhaus, Sozialpsychiatrischem Dienst und Trägern der freien Wohlfahrtspflege, bereit war, Verknüpfungsarbeit zu leisten.

Ich möchte im folgenden einen Überblick geben über die Bemühungen, die Prozesse auf den oben geschilderten Entwicklungslinien 4-7 voranzutreiben und aufeinander zu beziehen mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen für eine verantwortliche psychiatrische Behandlung und Betreuung vor allem der schwer und chronisch Kranken zu verbessern (KRUCKENBERG 1989). Aus zeitlichen Gründen muß ich mich im wesentlichen auf die Zielgruppen allgemeinspsychiatrisch Kranke und geistig behinderte Menschen beschränken.

Anfang der 80er Jahre war durch das Amt für soziale Dienste eine Regionalisierung der Stadtgemeinde Bremen (damals ca. 560000 Einwohner) in fünf etwa gleichgroße Stadtbezirke gegeben (Nord, West, Mitte, Süd und Ost). Das Startsignal zur Regionalisierung psychiatrischer Dienste wurde 1980 durch die Klinik für Psychiatrie gegeben, die ihre allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestationen diesen fünf Sektoren zuordnete. Danach war es fast selbstverständlich, daß beim Aufbau des Sozialpsychiatrischen Dienstes je eine Beratungsstelle in den fünf Stadtbezirken vorgesehen wurde, die für die Zielgruppen allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht zuständig wurde. Der Aufbau des Dienstes hatte sich nach Verabschiedung des PsychKG 1978 verzögert, weil sich Gesundheitsressort und Sozialressort nicht über die Federführung und damit über die Zusammenlegung der in beiden Bereichen, in verschiedenen Ämtern bzw. in der Klinik tätigen Mitarbeiter einigen konnten. Durch die Zuweisung der Modellmittel entstand ein hoher Einigungsdruck. Innerhalb weniger Wochen wurde der Sozialpsychiatrische Dienst als gemeinsame Einrichtung des Gesundheitsamtes, der Klinik und der sozialen Dienste geschaffen, mit einem Leitungskollegium aus den drei entsendenden Bereichen.

Dieses Leitungskollegium hatte in den folgenden Jahren eine wichtige Funktion, indem dort in den meisten wichtigen Strukturfragen eine fachliche Vorabstimmung im Sinne der Verknüpfungsarbeit für die beiden rivalisierenden Ressorts erfolgte. Leider gelang es nicht, in den einzelnen relativ gut

ausgestatteten Beratungsstellen eine klare Leitungsstruktur zu etablieren. Diese Unterstrukturierung führte zu einer Überforderung der Mitarbeiter und zu erheblichen Problemen in der Umsetzung der in der Kooperationsvereinbarung über den Dienst vereinbarten Prioritäten, insbesondere der vorrangigen Versorgungsverpflichtung für die Schwer- und chronisch Kranken. So war es nur nach langfristigem Widerstand der Mitarbeiter möglich, sie in einem Rund-um-die-Uhr-Notdienst für psychiatrische Krisen einzubinden. Immerhin hat sich die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Beratungsstellen und den sektorbezogenen Aufnahmestationen in der Klinik für Psychiatrie praktisch problemlos entwickelt, etwa indem sich alle Beratungsstellen mit den zugehörigen Stationen in 1-2-wöchentlichen Abständen, drinnen oder draußen, zu Fallbesprechungen treffen. Eine weitere Verbesserung der Kontinuität der Betreuung soll dadurch erreicht werden, daß der zukünftige Leiter der Beratungsstelle mit einer halben Stelle Oberarzt der entsprechenden Sektorstation sein soll.

Auch im komplementären Bereich wurden die Mittel und die Zielsetzung des Bundesmodellprogramms zu Strukturverbesserungen im Sinne der Klärung der Verantwortungsbereiche genutzt, indem der Abschluß von Kooperationsverträgen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Klinik durch die freigemeinnützigen Träger von Heimen und Wohngemeinschaften zur Bedingung für die Vergabe von Modellmitteln gemacht wurde. In diesen Verträgen wurden die jeweiligen Verantwortungsbereiche genau definiert und ein gemeinsames Abstimmungsgremium auch für Entscheidungen hinsichtlich der Prioritäten bei der Aufnahme von Klienten vorgesehen. Auf sanften Druck der senatorischen Behörde und des Sozialhilfeträgers haben in den folgenden Jahren sämtliche Träger der freien Wohlfahrtspflege ähnliche Kooperationsvereinbarungen unterschrieben. Dadurch wurde u. a. eine regionale Zuordnung der Arbeitsschwerpunkte der einzelnen Träger erreicht derart, daß in jedem der Bremer Stadtbezirke die Betreuung der chronisch psychisch Kranken im Bereich des Wohnens von einem oder in der Kooperation von höchstens zwei Trägern durchgeführt wird. Jeder Träger, der ein Wohnheim führt - wir differenzieren nicht zwischen Übergangs- und Dauerwohnheim - ist gleichzeitig für betreute Wohngruppen und betreutes Einzelwohnen zuständig, so daß er für nahezu jeden Klienten des Bezirks geeignete Betreuungsformen finden kann.

1980 gab es allerdings noch keine Möglichkeiten, betreutes Wohnen zu finanzieren; mit Ausnahme der Förderung des dezentralen, aus Wohngruppen bestehenden Wohnheims durch das Modellprogramm.

Die politische Entscheidung für den Psychiatrieplan Bremen, unterstützt durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit der Bremer Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, entfaltete eine Eigendynamik. Mit einer kommunalen Psychiatriereform war die Aufrechterhaltung der Abschiebung chronisch Kranker nach Blankenburg, in die Klinik Hohenkamp oder die Heime in Oyten unvereinbar. Nachdem ich kurze Zeit nach meinem Amtsantritt die Verlegung von

# Reformprozeß in Bremen 1980-1990

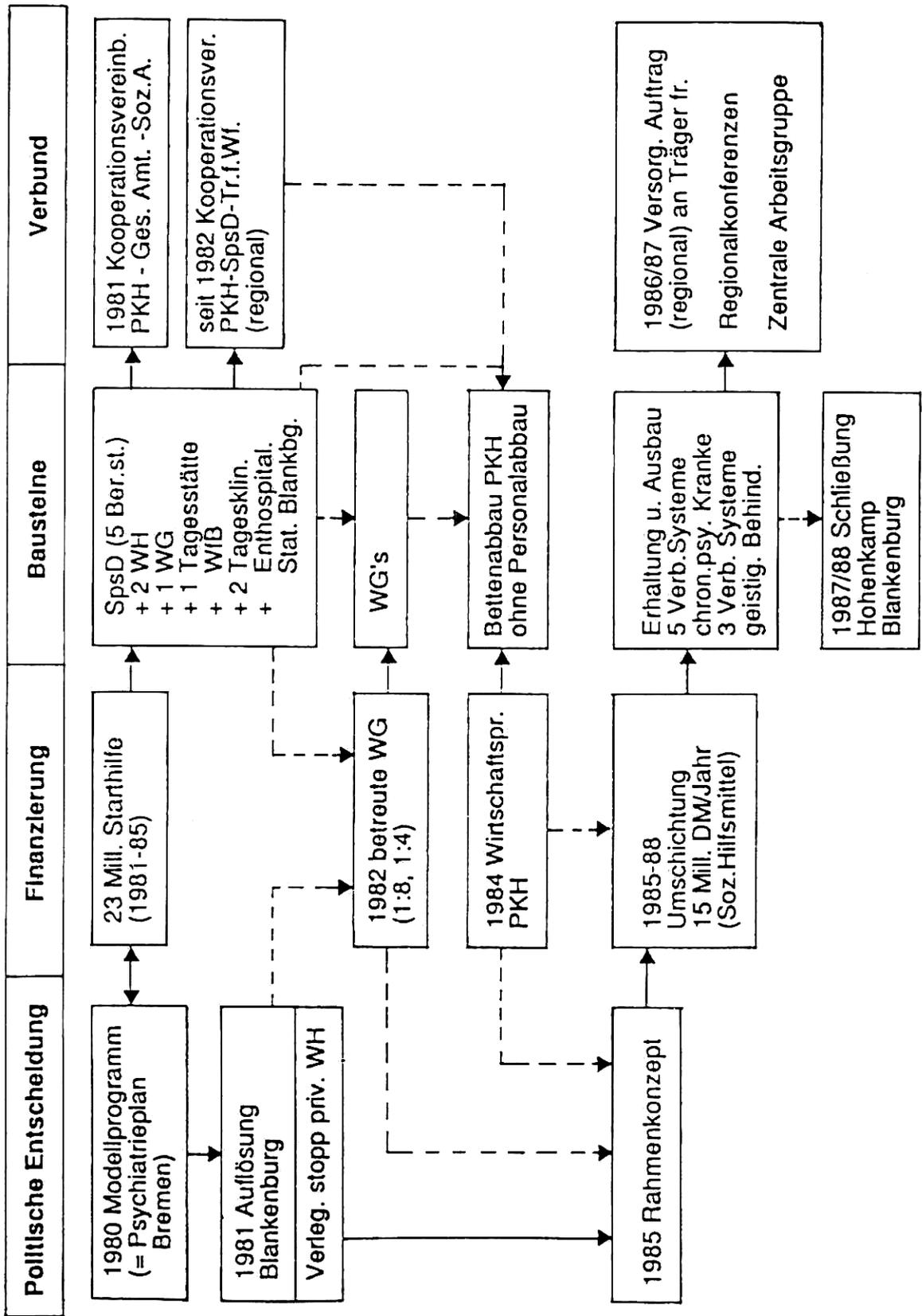


Abb. 2

Patienten aus der von mir geleiteten Abteilung nach Blankenburg und in die niedersächsischen Heime unterbunden hatte, wurde dies einige Monate später vom zuständigen Senator auf die übrigen Abteilungen der Klinik für Psychiatrie ausgedehnt. Die intensiven Diskussionen um die Aufgaben und die Perspektiven der modellgeförderten Enthospitalisierungsstation führten im folgenden Jahr zum Senatsbeschuß, die Klinik Blankenburg bis 1990 aufzulösen. Als 1982 die problematischen Verhältnisse in den privaten Heimen im niedersächsischen Umland zunehmend an die Öffentlichkeit gelangten, lehnte der Sozialsenator in seiner Zuständigkeit für die überörtlichen Sozialhilfeträger die Kostenübernahme für weitere Verlegungen von psychisch Kranken in diese Heime ab, was einem Verlegungsstopp gleichkam.

Mit diesen beiden Entscheidungen hatte die Landesregierung ihre Verantwortung gegenüber den psychisch Langzeitkranken wahrgenommen, war aber nun auch im Zugzwang, alternative Betreuungsformen zu finanzieren, z. B. das betreute Wohnen in Wohngruppen oder als Einzelwohnen, und zwar mit einem Betreuungsschlüssel von 1 : 8, vorübergehend oder in besonderen Fällen auch 1 : 4, der Schwere der Behinderung und den Hospitalisierungsschaden der Blankenburger Patienten entsprechend. Heute ist in besonderen Fällen noch ein Betreuungsschlüssel von 1 : 2,5 möglich.

Durch eine gute Öffentlichkeitsarbeit der neuen Mitarbeiter konnten die Bremer Bürger, insbesondere aber auch die Politiker und die Träger der freien Wohlfahrtspflege überzeugt werden, daß es durchaus möglich war, Menschen, die 25 Jahre und mehr in einem psychiatrischen Krankenhaus gelebt hatten, in die Gemeinde zu integrieren. Natürlich waren es anfangs nicht die Schwerstbehinderten, die entlassen wurden. Sehr schnell wurde klar, daß auch aufgrund der quantitativ außerordentlich ungünstigen Personalausstattung in Blankenburg die Reintegration aller Blankenburger Patienten kostenneutral nicht zu erreichen war. Erste sondierende Gespräche im Gesundheitsressort ergaben, daß die aus meiner Sicht erforderlichen erheblichen Steigerungen der finanziellen Mittel politisch nicht durchsetzbar erschienen. Es gab Signale, die Reform zu verzögern und den überwiegenden Teil der Blankenburger Patienten mitsamt des Personals in eine freiwerdende Bremer Lungenklinik zu verlegen (Abb. 2).

### *Fortgang der Reform*

In dieser Situation bot sich die Chance, den Fortgang der Reform auf einer anderen Entwicklungslinie zu beeinflussen, nämlich eine Erweiterung der Finanzierungsmöglichkeiten weitgehend unabhängig von der Entscheidung der Politiker zu erreichen, in den Jahren 1980 bis 1984 wurde in sämtlichen Bremer Zentralkrankenhäusern eine Wirtschaftsprüfung durch eine renommierte, damals noch psychiatrieunerfahrene Firma vorgenommen. In einer lang dauernden intensiven, teilweise öffentlich geführten Auseinandersetzung mit der Firma um angemessene, auch ökonomisch vertretbare Personalstandards gelang es, zu deutlichen Verbesserungen der Personalbemessung vor

allem im chronischen Bereich zu kommen. Mit fachlichen und wirtschaftlichen Argumenten gelang es, die Firma zu motivieren, in ihren Bericht die Empfehlung aufzunehmen, daß bei einem Bettenabbau der Personalbestand so lange gewahrt bleiben sollte, bis die Anhaltswerte der Landschaftsverbände Nordrhein-Westfalen und Westfalen-Lippe - weitgehend identisch mit den späteren Richtwerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1985

- erreicht würden. Durch die Wirtschaftsprüfung erhielt die Klinik für Psychiatrie ca. 45 neue Stellen. In Blankenburg war damit die Weiterfinanzierung der sieben Stellen aus dem 1984 auslautenden Bundesmodellprogramm ebenso gesichert wie die Möglichkeit, die Belegung bis auf ca. 60% ohne Personalabbau zu reduzieren. Daraus resultierte eine ca. 80%ige Pflegesatzsteigerung in fünf Jahren. Dieser neue Pflegesatz war die Ausgangsbasis für die zweite Phase der Auflösung der Kliniken Blankenburg und Hohenkamp, der damit verbundenen Umschichtungen von Sozialhilfemitteln von insgesamt etwa 15 Mio. DM pro Jahr aus dem klinisch-stationären in den ambulanten und komplementären Bereich. Das Ergebnis der Wirtschaftsprüfung kam genau zum richtigen Zeitpunkt. Das Modellprogramm war kurz vor dem Ende, und vor allem die Weiterfinanzierung von 23 Stellen, d. h. etwa der Hälfte der therapeutischen Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, war extrem gefährdet angesichts der Tatsache, daß seit Anfang der 80er Jahre im bremischen öffentlichen Dienst Einstellungsstopp herrschte. Mittlerweile waren weit über 100 Plätze im betreuten Wohnen und in Heimen für erwachsene psychisch Kranke entstanden, ohne daß für diese Klienten in ausreichendem Maße beschützende Arbeitsmöglichkeiten bzw. Angebote zur Tagesstrukturierung zur Verfügung standen. In der Planung der Auflösung Blankenburg erschien es besonders schwierig, die Gruppe von über 100 z. T. schwer geistig und Mehrfachbehinderten nach Bremen zu reintegrieren.

Finanzsenator und Haushaltsausschuß bestanden auf Kostenneutralität für den weiteren Reformprozeß. Ohne die vorangehende Pflegesatzerhöhung hätte der finanzielle Spielraum für die weiteren Versorgungsschritte nicht gereicht.

Eine aus leitenden Mitarbeitern des Krankenhauses und dem Psychiatriereferenten bestehende Arbeitsgruppe des Gesundheitssenators erarbeitete eine umfassende Planung für die Auflösung der Klinik Blankenburg und die dafür erforderlichen Maßnahmen im ambulanten und komplementären Bereich, die später auch vom Sozialsenator und Finanzsenator mitgetragen wurde:

- Vollständige Erhaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Erweiterung des Tagesstättenangebotes für allgemeine Psychiatrie von zwei auf fünf (je eine pro Stadtbezirk)
- Schaffung von je 24 dezentralen Werkstattplätzen für chronisch psychisch Kranke in den fünf Stadtbezirken
- Aufbau von je einem Verbundsystem für geistig und mehrfachbehinderte Bürger in drei Stadtbezirken, das verschiedene Wohneinheiten mit gestufter Betreuungsdichte und eine zentrale Tagesstätte umfaßt.

Die Personalausstattung im Wohnbereich für die Schwerstbehinderten sollte ca. 1,2:1 (Mitarbeiter zu Patienten) für die Betreuung rund um die Uhr betragen und damit eine angemessene Förderung in kleinen Wohneinheiten (bis zu 16 Bewohnern) ermöglichen.

Nach kontroversen Diskussionen im fachlichen Bereich und trotz erheblicher Widerstände der Personalräte wurde dieses Paket als sogenanntes Rahmenkonzept für die Versorgung von chronisch psychisch Kranken und geistig und Mehrfachbehinderten im Juni 1985 vom Bremer Senat quasi als Fortschreibung des Psychiatrieplans verabschiedet.

*Aufbau regionaler Verbundsysteme: Versorgungsverpflichtung, Regionalkonferenzen, Zentrale Arbeitsgruppe*

Der Auftrag zum Aufbau der drei Verbundsysteme für geistig Behinderte in drei Stadtbezirken wurde Trägern der freien Wohlfahrtspflege nach einem längeren Ausschreibungs- und Planungsprozeß übertragen.

Wiederum wurde die Auftragsvergabe mit den Verbesserungen in der regionalen Versorgungsstruktur verknüpft. Die regionalen Verbundsysteme sollten sämtliche Blankenburger geistig und mehrfachbehinderten Patienten übernehmen, darüber hinaus aber auch schon von Beginn an geistig behinderte Bürger aus den jeweiligen Regionen mit dem Ziel, daß in Zukunft ein Abschieben von Schwerstbehinderten weder in die Klinik noch in Einrichtungen außerhalb Bremens vorkommen sollte. Zu diesem Zweck wurde eine Vereinbarung über die regionale Versorgungsverpflichtung mit allen drei beteiligten Trägern abgeschlossen, in denen die Träger sich verpflichteten, eine „sowohl bedarfsgerechte als auch wirtschaftliche gemeindenahere Versorgung geistig und mehrfachbehinderter Menschen im Versorgungsgebiet sicherzustellen, soweit es sich um beschütztes Wohnen sowie beschützte Tagesstrukturierung handelt“. Grundsätzlich gälte, „daß jeder geistig und mehrfachbehinderte Bürger unabhängig von der Schwere seiner Behinderung oder Störung unter die Versorgungsverpflichtung des Trägers fällt, es sei denn, daß wegen einer Krankheit ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist“.

Für die Abgrenzung der Versorgungsaufgaben wurde neben den oben genannten Kooperationsvereinbarungen in dem Vertrag die Bereitschaft zur Mitarbeit an sogenannten Regionalkonferenzen und an der sogenannten Zentralen Arbeitsgruppe vorgesehen.

Durch diese Vereinbarung gelang es, den vorbestehenden regionalen Arbeitsgruppen für psychisch Kranke sowie den neu entstehenden für geistig Behinderte als Regionalkonferenz eine verbindliche Geschäftsordnung zu geben. Mitglieder der in jedem Stadtbezirk eingerichteten Regionalkonferenz sind die Psychiatrische Klinik, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Werkstatt Bremen, das Amt für soziale Dienste - sämtlich in öffentlicher Trägerschaft -, ebenso je ein Vertreter der freien Träger, die in derselben Region an der Versorgung beteiligt sind. Aufgabe dieser Regionalkonferenz ist zum einen die Abstimmung einzelfallübergreifender Kooperation, zum anderen die Aus-

arbeitung von Empfehlungen zur weiteren Entwicklung der regionalen Versorgung. Der überörtliche Sozialhilfeträger hat sich verpflichtet, vor Entscheidungen über die Einrichtung und Schließung von Diensten oder Teilen von Diensten die Stellungnahme der Regionalkonferenz einzuholen.

Die gesamte Stadt übergreifend wurde die Zentrale Arbeitsgruppe mit mehreren Untergruppen - Suchtkranke, psychisch Alterskranke, medizinische und berufliche Rehabilitation - verbindlich eingerichtet, an der neben den Genannten und zwei Angehörigenvertretern auch die Referenten der zuständigen senatorischen Dienststellen beteiligt sind und im Wechsel die Geschäfte führen. Diese Zentrale Arbeitsgruppe ist eine *Clearingstelle* für alle neuen Entwicklungen und am ehesten mit dem Beirat im Expertenbericht zu vergleichen, während die Regionalkonferenz einen noch etwas lockeren gemeindepsychiatrischen Verbund darstellt. An diesen Gremien beteiligen sich sämtliche öffentlichen und freien Träger. Der überörtliche und örtliche Sozialhilfeträger ist über den Senator für Jugend und Soziales bzw. das Amt für soziale Dienste eingebunden. Arbeitsamt und Hauptfürsorgestelle sind in die entsprechende Untergruppe der Zentralen Arbeitsgruppe einbezogen. Nur die Krankenkassen sind bisher noch nicht integriert; mit Ausnahme einer speziellen Planungsgruppe für den Aufbau einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke.

Die Krankenkassen ebenso wie die niedergelassenen Nervenärzte zeigen wenig Interesse an der Psychiatriereform. Nachdem der Versuch, einen psychosozialen Ausschuß nach dem Muster der Enquete zu etablieren, Anfang der 80er Jahre in fruchtlosen Grundsatzdebatten scheiterte, wurde im Zusammenhang mit dem Rahmenkonzept zunächst die „kleine Lösung“ der Zentralen Arbeitsgruppe gewählt, weil hier die Chance bestand, die aus öffentlichen Mitteln - überörtlicher und örtlicher Träger der Sozialhilfe, Haushalt der Stadtgemeinde - gespeisten Dienste und Einrichtungen vernünftig zu koordinieren und die Umsteuerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich durchzuführen.

Sämtliche öffentlichen und freigemeinnützigen Träger, die im Bereich der Psychiatrie und mit geistig Behinderten arbeiten, sind in die Zentrale Arbeitsgruppe und die Regionalkonferenzen eingebunden. Nur einzelne freie Träger haben sich anfangs gestäubt bzw. versucht, die regionale Schwerpunktbildung zu umgehen. In der relativ kurzen Anlaufzeit von zwei oder drei Jahren haben die Gremien sich noch keine definierte Identität erarbeitet, ein deutlicher Einfluß auf die administrativen und politischen Einzelentscheidungen ist unverkennbar. Gegenwärtig wird an einer Präzisierung und Ausdehnung der regionalen Versorgungsaufträge gearbeitet, die mittlerweile wenigstens im Grundsatz von allen Trägern der freien Wohlfahrtspflege akzeptiert werden.

Der erste Härtetest für die Wirksamkeit der noch in Entwicklung befindlichen Strukturen in der regionalen Versorgung war die Auflösung der Klinik Blankenburg. Viele Kollegen, nicht nur in Bremen, hielten das Projekt für zu ehrgeizig. Im Stammhaus der Klinik für Psychiatrie wurde von vielen Kollegen

die Befürchtung ausgesprochen, ein größerer Teil der Blankenburger würde gar nicht erst entlassen, sondern müßte bei Auflösung übernommen werden. Darüber hinaus würden die neuen dezentralen kleinen Einrichtungen die Aufgaben nicht bewältigen, so daß die Klinik erneut letztverantwortlich zuständig würde mit der Folge, daß die noch vorhandenen längerfristigen Behandlungsstationen überschwemmt würden.

### *Die Auflösung der Klinik Blankenburg*

Der Auflösungsprozeß selbst war auf den verschiedenen Ebenen außerordentlich konfliktreich. Zwischen den Trägern der freien Wohlfahrtspflege gab es harte Auseinandersetzungen um den Auftrag für den Aufbau der regionalen Verbundsysteme. Der Mitarbeitergruppe auf der Enthospitalisierungsstation, z. T. personenidentisch mit dem Vorstand der Bremer Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, war die Auflösung nicht weitgehend, nicht „italienisch“ genug, so daß sie den Reformprozeß bis zu seinem Abschluß in der Öffentlichkeit heftig bekämpfte. Die große Mehrheit der Blankenburger Mitarbeiter war auch durch wiederholte Informationen und Ansprachen, Fortbildung und Hospitationen nicht zu einer Mitwirkung zu gewinnen; weder an der Entlassungsplanung einzelner Patienten noch an der Auflösungsplanung insgesamt. Sie versuchte vielmehr häufig, durch gezielte Desinformation der Patienten und durch Ausnutzen aller Verzögerungsmöglichkeiten des Bremer Personalvertretungsrechts den Prozeß zu blockieren.

Der Prozeß erwies sich als äußerst störepfindlich, da eine Vielzahl von Planungs- und Arbeitsabläufen auf verschiedenen Ebenen konsequent aufeinander abzustimmen waren: Finanzierung, Bauplanung und -ausführung der neuen Einrichtungen in Bremen, Anwerbung und Vorbereitung neuer Mitarbeiter, soweit die Blankenburger Mitarbeiter nicht bereit waren, den Patienten in die neuen Einrichtungen auf Personalüberlassungsverträgen des öffentlichen Dienstes zu folgen, die innere Umstrukturierung in Blankenburg mit der schrittweisen Entlassung einzelner allgemeinpsychiatrischer und gerontopsychiatrischer Patienten in die vorhandenen Einrichtungen und die Zusammenstellung der Gruppen von geistig Behinderten zur Vorbereitung auf die neuen dezentralen Wohnbereiche, die Erarbeitung eines konkreten einzelpersonbezogenen Umstellungs- und Sozialplans für alle ca. 150 Blankenburger Mitarbeiter, die Finanzierung dieses Umstellungs- und Sozialplans sowie weiterer zusätzlicher Kosten für den Auflösungszeitraum (z. B. Personalmehrbedarf). Je komplexer und kontroverser der Auflösungsprozeß wurde, je mehr Ressorts, Verwaltungen, Träger und Mitarbeiter einbezogen wurden, je notwendiger die übergreifende Strukturierung des Prozesses wurde, um so mehr zeichnete sich ein klassisches Schwarzer Peter-Spiel ab, in dem jeder die Entscheidungen von vorherigen Maßnahmen anderer Zuständigkeitsbereiche abhängig machte. Die Festlegung der Verantwortung für die Prozeßsteuerung gelang durch Verknüpfungsarbeit auf zwei Wegen: Durch eine internationale Fachtagung, auf der die Experten ein Planungsraster für den weiteren Ablauf einvernehmlich vorschlugen, und durch persönliche Interventionen der Kli-

nikdirektion beim zuständigen Senator mit Androhung, die Verantwortung für das weitere Verfahren niederzulegen. Daraufhin wurde eine ressortübergreifende und die Fachleute einbeziehende Steuerungsgruppe gebildet, die z. T. personengleich war mit einer Verhandlungskommission mit den Personalräten. Hier wurde besonders hoch gepokert: Je länger es den Personalräten und Mitarbeitern in Blankenburg gelang, den Prozeß in Richtung auf den geplanten Auflösungsstermin im Mai 1988 hinauszuzögern, um so besser waren die Chancen auf ein finanzielles Entgegenkommen des Senats im Sozialplan. Es wurde sogar gedroht, den Auflösungsprozeß per Verwaltungsgericht hinauszuziehen. Ein Verhandlungsergebnis kann erst zustande, als der Senat im Gegenzug drohte, die Klinik am Tage des Auslaufens des Pachtvertrages im Mai 1988 zu schließen und am gleichen Tag an die freien Träger zu übergeben. Hilfreich waren auch die zur Vermittlung gebetenen Vertreter des Hauptvorstandes der ÖTV aus Stuttgart.

Als extrem wichtig für die Vorbereitung der geistig und mehrfachbehinderten Patienten auf die neuen Einrichtungen erwies sich die Maßnahme, die neuen Betreuer ca. ein halbes Jahr vor Auflösung in Blankenburg in schrittweisem Austausch gegen die ausscheidenden oder umzusetzenden Mitarbeiter einzusetzen. So konnte sich noch in Blankenburg ein Vertrauensverhältnis herausbilden und durch häufige Besuche in Bremen und Beteiligung der Patienten an der Einrichtung der neuen Wohnbereiche ein optimaler Übergang erreicht werden. Befürchtungen, daß der relativ abrupte Wechsel des Betreuungspersonals in Blankenburg bei den Patienten Krisen auslösen würde, wurden durchweg nicht bestätigt. Im Gegenteil, durch die eher pädagogisch ausgerichteten, an den Bedürfnissen der Patienten anknüpfenden, den Alltag normalisierenden Vorgehensweisen der neuen Mitarbeiter kam es innerhalb weniger Wochen zu einem erstaunlichen Klimawechsel schon in den alten Räumlichkeiten, zur Entaktualisierung aggressiver Spannungen, so daß die letzten geschlossenen Stationen überwiegend geöffnet werden konnten, und zur Wiedergewinnung einiger verschütteter Fähigkeiten bei einem Teil der Patienten.

Die sehr präzise Bestimmung der Verantwortung im Auflösungsprozeß und der Versorgungsverpflichtung ermöglichte die exemplarische Konfliktlösung in zwei besonders wichtigen Fällen.

Einer der Träger hatte plötzlich Bedenken bezüglich der Eingliederungs- und Förderungsfähigkeit eines der mehrfachbehinderten Patienten mit erheblichen Verhaltensstörungen. In der darüber geführten Auseinandersetzung wurde Trägern und Mitarbeitern unmißverständlich deutlich, daß Versorgungsverpflichtung für sie bedeutete, ihr Konzept auf die Patienten zuzuschneiden, für die sie verantwortlich waren, und nicht umgekehrt.

Der Patient lebt heute noch in der Einrichtung und hat seine kommunikative Kompetenz deutlich verbessert.

Ein zweiter Schwerstbehinderter Patient hatte schon in Blankenburg auch zur

Freude seiner in Bremen lebenden Mutter ungewöhnliche Fortschritte in seiner Entwicklung gemacht. Der Träger wollte ihn nicht mit in die neuen Einrichtungen nehmen, da die Kostenübernahme durch das zuständige Land Schleswig-Holstein nicht gesichert war. Hier war aus der besonderen individuellen aber auch grundsätzlichen Problematik intensive Konfliktarbeit erforderlich. Der Träger wurde mit erheblichem Druck dazu bewegt, den Klienten mitzunehmen und das finanzielle Risiko zu tragen. Der überörtliche Sozialhilfeträger in Schleswig-Holstein und schließlich der Sozialminister wurden juristisch und durch die Medien unter Druck gesetzt: Beschwerde gegen die Ablehnung der Kostenübernahme, Intervention der Klinikleitung beim persönlichen Referenten, Brief des Bremer Gesundheitssenators an den Sozialminister, Klage durch den Vormund, unterstützt durch zwei von der Klinik vermittelte namhafte Sozialrechtsexperten, ganzseitiger Bericht in einer überregionalen großen Illustrierten, zwei Sendungen im regionalen Fernsehen, die zweite mit einem Interview des Ministers, der bei dieser Gelegenheit die Kostenübernahme zusagte.

Die Zusage war gefolgt von zwei Besuchen schleswig-holsteinischer Krankenhausedirektoren und Verwaltungsfachleuten, deren Bericht über die Bremer Situation zu einer intensiven Diskussion über Versorgungsstandards geistig Behinderter in dem nicht nur in diesem Bereich sehr rückständigen Schleswig-Holstein geführt hat.

Zum Zeitpunkt der Auflösung im Dezember 1988 wurden nur vier Patienten aus Blankenburg in die Psychiatrische Klinik in Bremen-Ost übernommen, sämtlich Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Von den 105 Patienten, die in die Verbundsysteme für geistig und Mehrfachbehinderte übersiedelt sind, wurden in der Zwischenzeit vier Behinderte in akuten Krisen vorübergehend auf Akutstationen behandelt. Nur ein Patient, der in eine schwere depressive Regression mit wiederholten aggressiven und autoaggressiven Durchbrüchen geriet, mußte längerfristig wiederaufgenommen werden, wobei jedoch der zuständige Träger den Kontakt aufrechterhält mit dem Ziel, ihn schrittweise wieder aus der Klinik „abzuholen“.

Von etwa 200 noch lebenden Patienten, die zum Zeitpunkt des Aufnahmestopps in Blankenburg untergebracht waren und während des gesamten Auflösungsprozesses entlassen bzw. am Ende verlegt wurden, sind gegenwärtig sieben auf den längerfristigen Behandlungsstationen des Krankenhauses. Nur ganz vereinzelt sind Patienten an Orte außerhalb Bremens und Bremerhavens entlassen oder verlegt worden, und zwar nur dann, wenn dies aus familiären oder anderen persönlichen Gründen gewünscht wurde.

Der Auflösungsprozeß hat auch nicht zu der befürchteten Vermehrung neuer chronischer Patienten im Krankenhaus geführt. Die Belegung mit Krankenhaus-Behandlungsfällen ist in dem Zehnjahreszeitraum etwa konstant geblieben (Abb. 3). Die Zahl der Pflegefälle ist um 122 über die 296 der Blankenburger Patienten hinaus zurückgegangen; teilweise durch die Auflösung der

Psychiatrische Versorgung in Bremen (Erwachsene) 1980–1989			
	1980	1989	Diff.
Klinik für Psychiatrie (Durchschnittsbelegung)			
Klinische-, Tagesklinik-, Nachtklinik-Fälle	530	545	+ 15
Pflegefälle	494	76	- 418
zusammen	1024	621	- 403
Heime in Oytten	ca. 900	ca. 650	ca. - 250
Sozialpsych. Dienst (Klienten)	?	ca. 4000	-
Heimplätze (Allg. Ps., Ger. Ps., Sucht)	102	302	+ 200
WGplätze (Allg. Ps., Ger. Ps., Sucht)	-	292	+ 292
	102	594	+ 492
WfB-Plätze (Allg. Psych.)	50	242	+ 192
Zuverdienst.pl., Tagesstättepl., mb. Arbeits.therapie (Allg. Ps.)	20	ca. 260	+ 240
beschützte Arbeitsplätze	-	ca. 27	+ 27
	70	529	459
Wohnheime (geistig Behinderte)	251	359	+ 108
WG	4	172	+ 168
	255	531	+ 276
WfB (geistig Behinderte)	780	958	+ 178
Tagesstätten (geistig Behinderte)	ca. 25	ca. 180	+ 155
	805	1138	+ 333

Abb. 3

ebenfalls ausgelagerten Klinik Hohenkamp mit 86 Betten, teilweise durch Verkleinerung der Stationen.

Für die gegenwärtig noch im Krankenhaus betreuten 71 Patienten mit Pflegefallstatus ist ein Enthospitalisierungskonzept entwickelt worden, das diese Zahl in vier Jahren auf etwa 12 reduzieren soll mit einer weiteren Umschichtung von etwa 4,2 Millionen DM aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Darüber hinaus ist ein Abbau der Belegung von privaten Pflegeheimen im Bremer Umland erfolgt. Es ist ersichtlich, daß im vergleichbaren Umfang Plätze im betreuten Wohnen, aber auch in den Bereichen Tagesstrukturierung und beschütztes Arbeiten geschaffen wurden.

## Kooperative Verknüpfung und Koordination der allgemeinspsychiatrischen Versorgung in Bremen

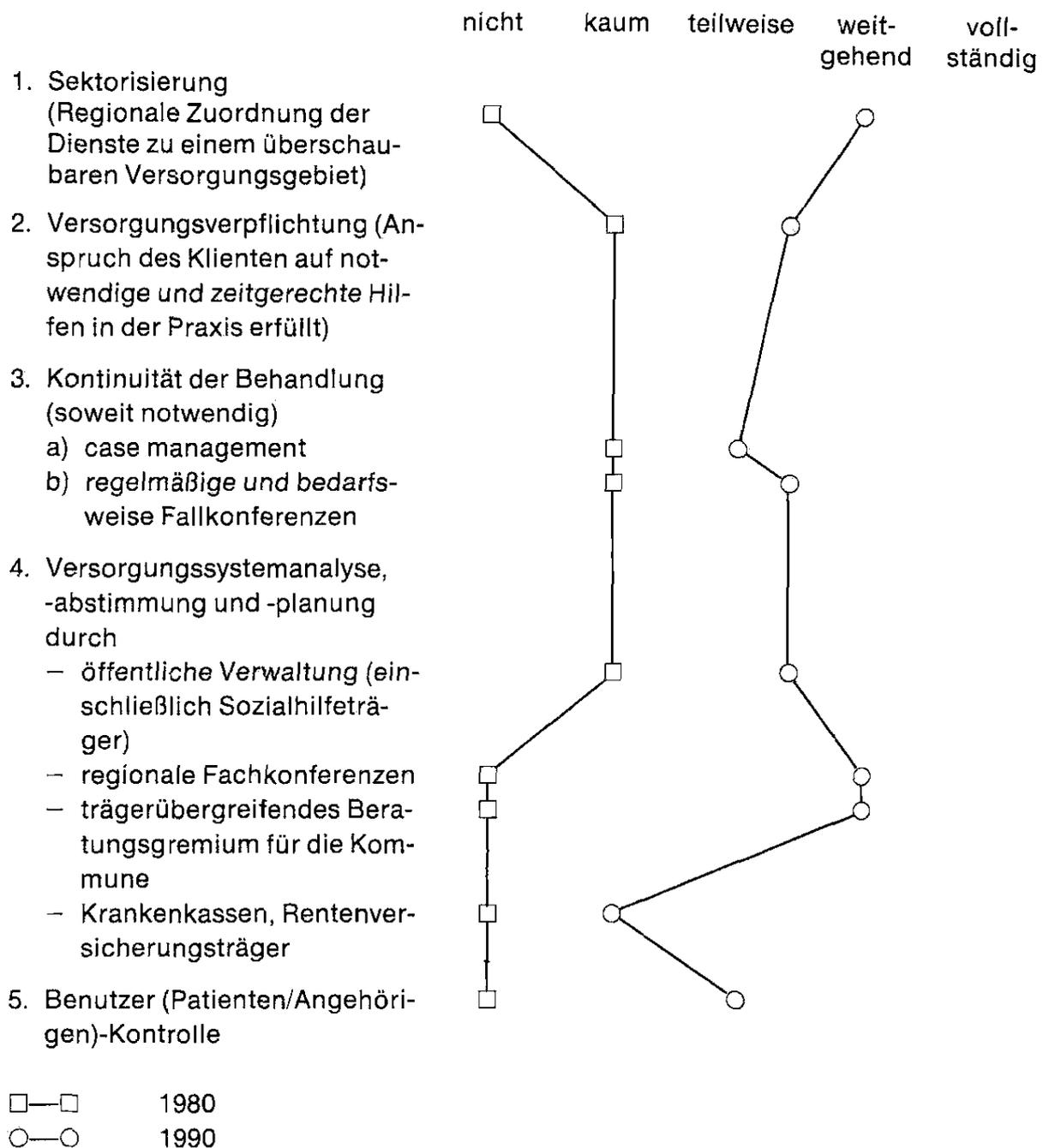


Abb. 4

Auch die kooperative Verknüpfung und Koordination vor allem in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung in Bremen hat sich im Sinne der Psychiatrie-Enquete und des Berichts der Expertenkommission verbessert (Abb. 4), wobei die in der Abbildung gegebenen Zuordnungen z. T. auf globaler Einschätzung beruhen und in einer gegenwärtigen laufenden Evaluationsstudie überprüft werden müssen.

Die insgesamt positiven Ergebnisse dieser zusammenfassenden Übersicht über die Entwicklung der Versorgung in einem Jahrzehnt darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Schwerpunktverlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich ebenso wenig abgeschlossen ist wie die verbindliche Verankerung der jeweiligen Versorgungsverpflichtung in vertraglicher Abstimmung unter den Beteiligten. Ich will nur einige Problemfelder in der Versorgung der schwer chronisch Kranken und der geistig und Mehrfachbehinderten anführen: Immer noch mangelnde Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung (fehlende Institutsambulanzfunktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes), zu lange Wartezeiten am Übergang zwischen Klinik und betreutem Wohnen, Mangel an beschützten Arbeitsplätzen und Selbsthilfefirmen, mangelnde Bereitschaft einzelner Träger besonders in der Versorgung geistig Behinderter, sich in die regionale Struktur einzugliedern, kaum begonnene Rückführung der bis in den Anfang der 80er Jahre häufig außerhalb Bremens untergebrachten Behinderten, Schwierigkeiten in der Wohnraumbeschaffung für wohnungslose chronisch Kranke, mangelnde Koordination zwischen gerontopsychiatrischer Versorgung und den sozialen Diensten für alte Menschen und der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung mit den sozialen Diensten für Kinder und Jugendliche, weitgehendes Desinteresse der Krankenkassen an inhaltlichen und strukturellen Aspekten der Psychiatriereform und nicht zuletzt Mangel an Bereitschaft bei vielen Professionellen, sich auf die Herausforderungen einer integrierten regionalen Versorgung einzulassen.

Dennoch möchten wir die Entwicklung in Bremen ähnlich wie die an anderen Orten als eine Bestätigung für die Richtigkeit des Weges verstehen, den Enquete und Expertenkommission vorgezeichnet haben.

Die Erfahrungen in Blankenburg haben gezeigt, daß es möglich, aber auch unter günstigen Rahmenbedingungen sehr mühsam ist, den Prozeß der Schwerpunktverlagerung der psychiatrischen Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Bereich mit Versorgungsverpflichtung auch der ambulanten und komplementären Dienste auf den Weg zu bringen und in lebendiger Entwicklung zu halten. Die Schwierigkeiten liegen viel weniger in den Betreuungsbedürfnissen und Verhaltensproblemen der chronisch kranken Patienten, die oft und meines Erachtens zu Unrecht als „Harter Kern“ bezeichnet werden. Das Dynamit steckt vielmehr in der „Harten Schale“, die sich aus rigiden institutionellen Strukturen und persönlichen Interessen (bzw. auch Desinteresse) der für die psychiatrischen Langzeitbereiche in den Krankenhäusern Zuständigen und dort Tätigen bildet, wenn ihnen die totale Restverantwortung zugeschoben wird und die übrigen Dienste in der Region nicht in die Verantwortung genommen werden. In jedem Fall sind die mit einer Umstrukturierung der Versorgung verbundenen Konflikte von erheblicher Brisanz und wohl nur zu bewältigen, wenn sich über professionelle, hierarchische und institutionelle Grenzen hinweg Menschen gegenüber finden, die gemeinsame Zielvorstellungen und persönliches Vertrauen untereinander entwickeln und die notwendige Verknüpfungsarbeit leisten.

## Plenum zu den Referaten des Teiles I (Rudas, Bennett und Kruckenberg)

### *Herr Knoll zum Referat Rudas*

Wir hatten, wie nicht anders zu erwarten war, eine sehr lebhaft Diskussions mit Herrn Rudas. Ich möchte mich darauf beschränken, einige Appelle, die Herr Rudas an die bundesrepublikanische Psychiatrie gerichtet hat, weiterzugeben. Die erste Frage betraf die Größendimension in Wien. Vor der Reform handelte es sich doch immerhin um 3800 Betten, und durch das extramurale Programm konnte diese Zahl auf 800 Betten reduziert werden. Das finde ich sehr bemerkenswert. Eine andere Zahl: Es ist gelungen, in dieser Zeit 300 Patienten ein eigenständiges Wohnen möglich zu machen. Anschließend sind wir sehr schnell und sehr lange auf finanztechnische Probleme gekommen. Die Katze hat Herr Rudas erst zum Schluß aus dem Sack gelassen. Es wird eben nicht fallbezogen wie bei uns abgerechnet. Er hat gleich zu uns gesagt: „Wenn das kommt in Wien, dann gehe ich in Rente, dann mache ich nicht mehr weiter.“ Genau das ist natürlich unser Problem, daß wir fallbezogen argumentieren und abrechnen müssen. Er hat aber auch etwas aggressiv in unserer Runde gesagt, wir möchten doch bitte dieses Argument nicht immer wieder herbeiholen. Es gäbe inzwischen Modelle mit Poolcharakter, wo alle Kostenträger in einen Pool einzahlen und wo man zu einem Stichtag beginnt, Patienten flexibel von einer Einrichtung zur anderen zu schicken, um das Geld nicht individuell bezogen zu verbrauchen. Man solle solche Modelle, die in Wien eben realisiert werden konnten, studieren und versuchen, gegen den Widerstand durchzusetzen. Ich muß sagen, daß wir in Marburg versucht haben, ein Poolmodell zu realisieren, und damit gescheitert sind.

Einen anderen wichtigen Punkt fand ich, daß wirklich eine Vollversorgung angeboten werden kann - einschließlich Nacht- und Wochenenddienst. Das ist ja ein Vorwurf, der immer wieder von der niedergelassenen Ärzteschaft kommt, daß die sozialpsychiatrischen Dienste ab Freitagmittag nicht mehr zur Verfügung stehen und in dem Fall die Notdienste, Notärzte und die Kliniken erneut die gesamte Arbeit leisten sollen. Dieses Problem ist in Wien offensichtlich so gelöst worden, daß aus den 200 Stellen im extramuralen Bereich vier Mitarbeiter rekrutiert worden sind. Diese Mitarbeiter, jeweils zwei Ärzte und zwei andere Berufsgruppen, arbeiten dann, wenn die anderen frei haben, so daß sich die Klienten im Prinzip auch abends oder am Wochenende immer an den gleichen Dienst wenden können. Ich halte das für einen ganz wichtigen Punkt, den wir in der Bundesrepublik noch dort realisieren müssen, wo zwar psychosoziale Netze schon existieren, aber in der Regel die Notdienstversorgung nicht geregelt ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt betraf die Frage eines Teilnehmers, wie wir es mit der Spezialisierung bzw. mit der Durchmischung bei der Belegung von Heimen halten? Spezialisiert Ihr lieber oder wollt Ihr praktisch im Lazarettstil die anfallenden Probleme behandeln, hieß es. An dem Punkt hat sich Herr Rudas noch einmal eindeutig für die Mischung und gegen eine Spezialisierung ausgesprochen. Es gehe um Versorgungssysteme, und diese stünden nicht alleine da. Schließlich gebe es spezialisierte Einrichtungen in großer Zahl für alle möglichen Patientengruppen. Ganz wichtig noch am Schluß die wiederholt vorgetragene Sorge der DDR-Kollegen. Sie hätten das z. T. bereits so realisiert, wie wir es hier gar nicht aufbauen könnten. Nehmt uns das bitte nicht weg, meinten sie bzw., wer hat überhaupt ein Interesse, wenn Ihr es hier mit so großen Mühen aufbaut, es bei uns wieder abzubauen. Ich wollte das zum Schluß meiner Zusammenfassung noch einmal zum Ausdruck bringen.

#### *Frau Rave zum Referat Bennett*

Man kann Arbeitsgruppen nur schwer wiedergeben, weil das eigentliche Erlebnis einer solchen Arbeitsgruppe, anderthalb Stunden lang einem weisen Mann zuzuhören, nicht mitteilbar ist. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe allerdings haben die Zeit sehr genossen. Themen der Arbeitsgruppen waren: Das *psychiatrische Bett*, was ist es, wo braucht man es? Was bedeutet es für ein Team, wenn es *außerhalb* und *innerhalb* des Krankenhauses gleichzeitig arbeitet? - Die *Kontinuität* als ein sehr wichtiges Thema mit der Frage: Wie kann Kontinuität hergestellt werden, wenn Menschen einen Achtstundentag haben, wechselnden Urlaub machen bzw. die Institutionen wechseln wollen? Welche Möglichkeiten gibt es?

Wir haben uns besonders mit dem Modell aus Cambridge beschäftigt. In Cambridge stellt der *Case-Manager* mit den Patienten eine möglichst langfristige Beziehung her und vermittelt den Patienten zwischen den vielen stationären und ambulanten Diensten im Gesundheits- und Sozialdienst. Herr Shepherd schilderte die Bedeutung, diese Case-Manager zu beraten und zu stützen, aber auch, feste Ziele für die [Betreuung jedes einzelnen Patienten festzulegen. In Cambridge wurde eine Liste über die Bedürfnisse der Patienten („needs“) erstellt, mit denen die Case-Manager arbeiten.

Anschließend einige Sätze von Herrn Bennett, dem wir zugehört und mit dem wir diskutiert haben. Ein Satz betraf den Umgang mit chronisch Kranken: „Was er braucht, der chronisch Kranke, ist *contact without intimacy*“ - also Kontakt, aber nicht zu viel Nähe. - Zur Frage der *Zeit* und zur Frage des Tempos im Umgang mit chronisch Kranken sprach Bennett für die Unterscheidung zwischen einer Art „emergency“-Gangschaltung im Umgang mit chronisch psychisch Kranken, wenn man schnell sein muß, und dann umgekehrt einer anderen Gangart dort, wo Erfolge, Schritte und Veränderungsziele nur sehr *langfristig* und *sehr langsam* gesetzt werden können: Die schnelle Zeit und die langsame Zeit im Umgang mit chronisch Kranken.

Wenn wir von der Institution weggehen, und wenn wir die Institution für Patienten und Mitpatienten verlassen, müssen wir uns darüber im klaren sein, was die Institution dem Patienten alles bietet; sozialen Kontakt, sehr viel Zeitstrukturierung, sehr viel Hilfe bei der Bewältigung alltäglicher Probleme. Wir müssen eine Menge von Hilfen und Angeboten schaffen, wenn wir den Patienten aus der Institution herausnehmen. „*If we getaway from institutions, we have a lot of things to provide.*“ Schließlich ist uns klar geworden, daß die Engländer sehr viel mehr darüber nachdenken, sehr viel mehr auch hinterfragen, welche „needs“ der oder die andere hat und wie man diesen „needs“ begegnen kann. Wir hatten in der Arbeitsgruppe gemerkt, daß schon in dem sprachlichen Unterschied zwischen der englischen Zuwendung und Aufmerksamkeit für die *Bedürfnisse*, also die „needs“ des anderen und umgekehrt unserer Aufmerksamkeit auf die „*Behandlung*“ und auf die „*Therapien*“ ein Unterschied im Zugang erkennbar wurde, der auch etwas aussagt über die Zuwendung und Aufmerksamkeit gegenüber den chronisch Kranken insgesamt. Vielen Dank.

#### *Herr Bauer zum Referat Kruckenberg*

Sie alle haben heute nachmittag das Referat von Herrn Kruckenberg gehört, so daß ich mich darauf beschränken kann, ein paar Punkte aufzugreifen.

Herr Kruckenberg hat bekanntlich von einem bemerkenswerten Ereignis berichtet, nämlich davon, in Bremen die erste psychiatrische Anstalt dieser Republik aufgelöst zu haben. Dies ist zwar etwas übertrieben, aber tatsächlich ist der nach Kloster Blankenburg ausgelagerte chronische Bereich vollständig aufgelöst worden, die Patienten haben sich in der Stadt Bremen angesiedelt.

Die sich an das Referat anschließende Diskussion spitzte sich auf zwei Fragen zu:

1. Wie kann gewährleistet werden, daß es den Patienten nach der Umsiedlung möglichst besser, zumindest aber nicht schlechter geht als zuvor. Damit war die Frage der Qualitätssicherung angeschnitten.
2. Die mit der Auflösung eines Bereiches einhergehenden Probleme der (ehemaligen) Mitarbeiter. Es wurde sehr schnell klar, daß der entscheidende Punkt eine Arbeitsplatzgarantie ist. Niemand wird ein Krankenhaus auflösen können, wenn dies nicht gewährleistet ist.

Erstaunlicherweise haben von etwa 90 Mitarbeitern im Kloster Blankenburg nur fünf von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, einen entsprechenden Arbeitsplatz in Bremen anzutreten. In der Diskussion wurde aber auch deutlich, daß die Geschwindigkeit der Auflösung abhängig ist von der Interessenlage der Mitarbeiter.

Im Anschluß daran wurden viele Detailprobleme diskutiert, die etwas zu tun hatten mit der Organisation des gesamten Versorgungssystems, mit dessen Koordination sowie der Frage der Kooperation der an der Versorgung Betei-

ligten. Auch wurde die Frage ventilert, ob ein „Sektorarzt“ ein Instrument zur Qualitätssicherung sein könne.

Der Einwand, im Jahre 1990 stießen derartige Auflösungsbemühungen deswegen an harte Grenzen, weil in den Kommunen kein Wohnraum mehr zur Verfügung stehe, wurde so ernst genommen, wie es gesagt worden ist.

In diesem Zusammenhang berichteten Kollegen aus der ehemaligen DDR, daß dort in einigen Krankenhäusern von heute auf morgen die Hälfte bis zwei Drittel aller Patienten entlassen werden könnten, wenn entsprechender Wohnraum außerhalb der Klinik, in komplementären Einrichtungen zum Beispiel, vorhanden wäre. Herr Fröhlich, der ärztliche Direktor des psychiatrischen Krankenhauses Mühlhausen, sprach zum Beispiel davon, daß etwa 800 von 1200 Patienten dieses Krankenhauses nicht bzw. nicht mehr stationär behandlungsdürftig seien.

Der dritte Teil der Diskussion zentrierte sich auf die Frage, ob die poliklinischen Strukturen in der ehemaligen DDR erhalten werden könnten bzw. sollten. Nach einer sehr lebhaften Diskussion bestand in der Arbeitsgruppe Konsens darüber, daß die psychiatrisch-poliklinischen Strukturen in der ehemaligen DDR gerade für die Betreuung von chronisch Kranken geeignet sind und es von daher wichtig ist, sie auch weiterhin zu erhalten. Betont wurde dabei, daß gerade in den Polikliniken sehr erfahrene und zum Teil auch ältere Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen tätig sind, die daran interessiert seien, ihren dortigen Arbeitsplatz zu erhalten. Erneut wurde in diesem Zusammenhang betont, daß die Verkleinerung der psychiatrischen Krankenhäuser in den neuen fünf Bundesländern nicht zuletzt davon abhängt, ob und wie schnell komplementäre Strukturen geschaffen und die ambulanten erhalten werden können.

Eine besondere Bedeutung kommt dieser Frage auch deswegen zu, weil damit zu rechnen ist, daß psychisch Kranke als erste arbeitslos werden und - zum Krankenhaus alternative - Versorgungsstrukturen außer den Polikliniken nicht vorhanden seien.

Ein Kollege aus Berlin West brachte die Diskussion schließlich auf die Formel, man könne das Markstück nicht haben wollen und den Adler als Kehrseite verschmähen. Mit diesem Aperçu, das den Nagel auf den Kopf traf, wurde die Arbeitsgruppe schließlich beendet.

Teil II  
Begleiten statt weiterreichen -  
Blickpunkt Patientin/Patient

# Patienten-statt institutionszentrierte Strukturen am Beispiel eines Lernfalles aus der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern

*Holger Hoffmann*

Mein Referat gliedert sich in drei Teile. Zunächst möchte ich, ausgehend von den Empfehlungen der Expertenkommission (1988), die Versorgungsstrukturen in der Region Bern kurz darstellen. Im 2. Teil werde ich Ihnen das patientenzentrierte und institutionsübergreifende Konzept des Langzeittherapeuten und das des Behandlungs- resp. sozialen Rehabilitationsnetzes vorstellen. Am Beispiel eines Lernfalles möchte ich dann dieses Konzept und unseren Arbeitsstil verdeutlichen.

## *Wünschenswerte patientenzentrierte Versorgungsstrukturen*

Das Öffnen der Kliniken hat nicht nur zu Verbesserungen der Lebensqualität und Autonomie chronisch-psychisch Kranker geführt. Die in die Gemeinde entlassenen Langzeitpatienten bleiben oft behindert, eine vollumfängliche Wiedereingliederung ist bei ihnen oft nicht realisierbar. Sie brauchen daher langfristige Betreuung und soziale Unterstützung. Überstürzte und kritiklose Entinstitutionalisierung ohne gleichzeitigen Aufbau sozialpsychiatrischer Strukturen hat zu neuen Formen der Unterversorgung geführt, wie wir sie aus den USA kennen (KUNZE 1977). Dies wirkt sich aus in Unterstimulation, in sozialer Isolation, in unbefriedigenden Lebensbedingungen bis hin zu Verelendung und letztlich im Anstieg der Chronizität (UCHTENHAGEN 1986). Dort, wo es mittlerweile sozialpsychiatrische Einrichtungen im halbstationären und im ambulanten Bereich gibt, droht eine „unkoordinierte Verdoppelung der Psychiatrie“ (CIOMPI 1987), d. h. es kommt anstatt zu einer Integration zu einer sich konkurrenzierenden Aufblähung von stationären und externen Institutionen, was ein einheitliches Versorgungskonzept verhindert und zu einer Diskontinuität der Behandlung von Langzeitpatienten führt.

Um dem entgegenzuwirken, werden in den Empfehlungen der Expertenkommission folgende Ziele für eine zukünftige optimale Versorgung formuliert:

1. Umfassende gemeindenaher Versorgung *aller* psychisch Kranken - nicht nur gewisser „erfolgsversprechender“ Gruppen - unter vermehrtem Einbezug des Umfeldes und nichtprofessioneller Kräfte und unter Berücksichtigung des Selbsthilfepotentials der Betroffenen.
2. Schaffung gemeindepsychiatrischer Verbund-Strukturen mit folgenden Komponenten:
  - Aufsuchend ambulante Dienste, bestehend aus einem multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung

- Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion
- Tagesstätten
- neben diesen, das Fundament der gemeindepsychiatrischen Versorgung bildenden Einrichtungen, bedarf es eines breiten, differenzierten Angebotes von Komplementäreinrichtungen
- Einbezug von Kliniken, Tageskliniken und niedergelassenen Nervenärzten

Der Verbund soll institutionsübergreifend für eine festumschriebene Region die Versorgung gewährleisten. Das setzt Koordination und gute Kooperation ohne Konkurrenzdenken voraus.

3. Bedarf es einer übergeordneten Koordinationsstelle, in der alle beteiligten Institutionen, Träger und Behörden vertreten sind.

### *Wie sieht nun das Versorgungsangebot in Bern aus?*

In der Region Bern, welche ca. 350000 Einwohner hat, gibt es für die Erwachsenen-Psychiatrie unter Ausschluß des Suchtbereiches folgende Einrichtungen:

- Die Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) mit ca. 450 Betten und einem Pflichtversorgungsauftrag für die ganze Region.
- Die Sozialpsychiatrische Universitätsklinik (SPK, ca. 60 Mitarbeiter) mit Übergangseinrichtungen im Wohn- und Arbeitsbereich, Rehabilitationswerkstatt, Tagesklinik und Tageszentren; mit einer gemeindenahen Ambulanz für Langzeitpatienten, einer Kriseninterventionsstation und dem Soteria-Projekt für akut Kranke.
- Daneben gibt es eine Reihe von Übergangseinrichtungen unter privater Trägerschaft.
- Die Psychiatrische Universitätspoliklinik (PUPK) bietet ambulante und stationäre Psychotherapien an, Spezialsprechstunden, organisiert den 24-Stunden-Notfalldienst und bietet einen Konsiliar- und Liaisondienst für die übrigen Universitätskliniken an.
- Und dann gibt es in Bern über 100 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in freier Praxis, welche zum allergrößten Teil schwerpunktmäßig psychotherapeutisch tätig sind.

Die Abb. 1 gibt Ihnen einen Überblick, welche Übergangseinrichtungen mittlerweile in der Region Bern entstanden sind. Um eine gemeindenahere, patientenzentrierte ambulante Versorgung zu gewährleisten, teilten wir die Stadt und Region Bern mit ca. 350000 Einwohnern in drei Sektoren ein und errichteten in angemieteten Räumlichkeiten möglichst im Zentrum dieser Sektoren unsere drei Ambulatorien (s. Abb. 2).

# BERN

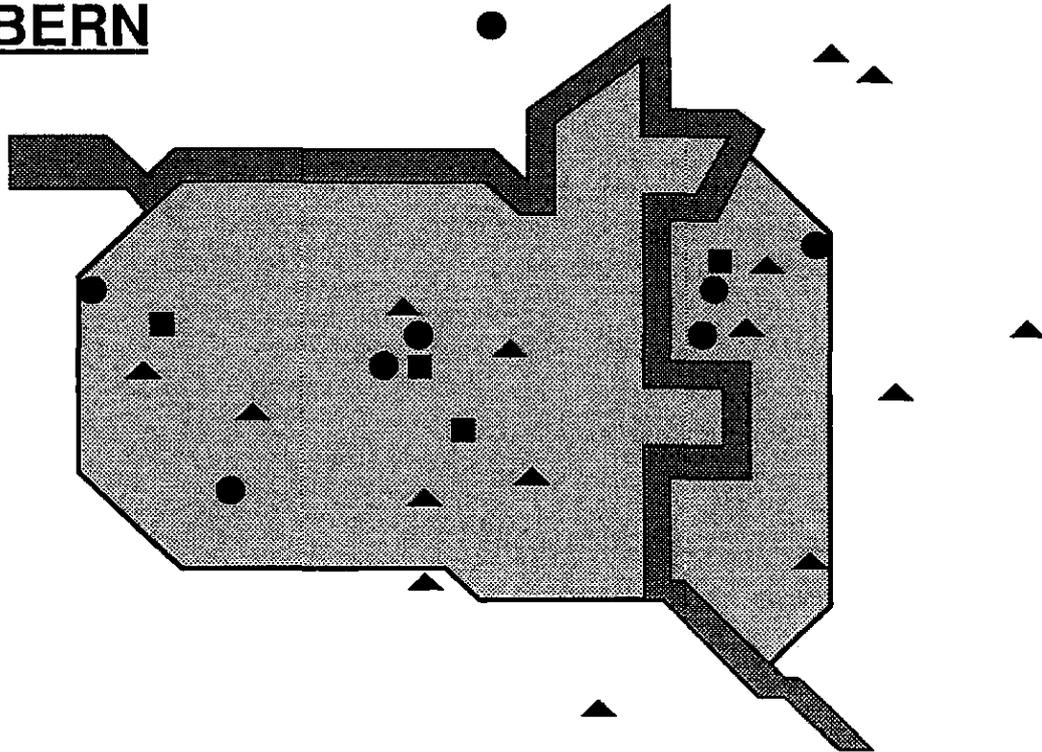


Abb. 1: Übergangseinrichtungen im Raum Bern mit unterschiedlichen Trägern im Arbeits- (= ●), Wohn- (= ▲) und Freizeit/Kontaktbereich (= ■)

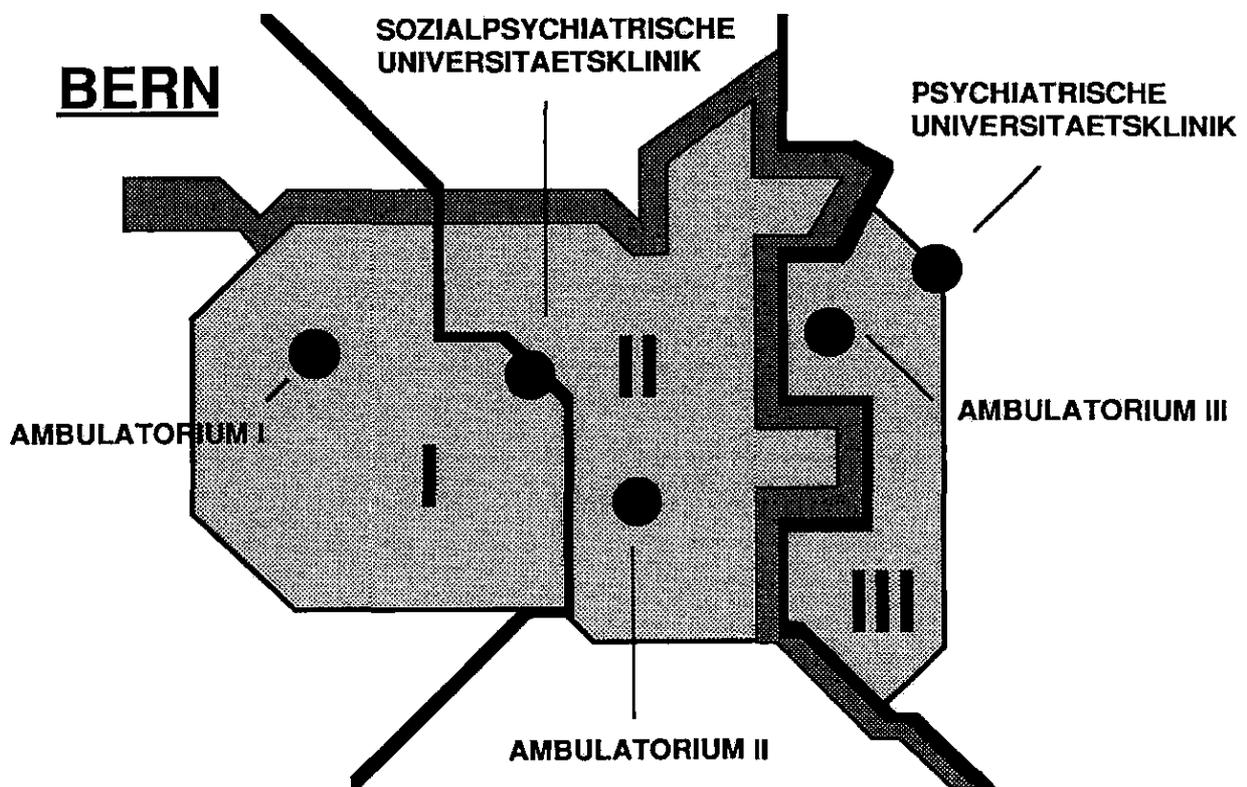


Abb. 2: Sektorisierung der Region Bern

Jedes der drei mobilen, multiprofessionellen Teams ist aus einem Assistenzarzt, Sozialarbeiter und zwei Psychiatriepflegern/schwestern zusammengesetzt und betreut 60 bis 100 z. T. erheblich behinderte Langzeitpatienten. Die Betreuer machen vom Ambulatorium aus, welches Stützpunktcharakter hat, ihre Hausbesuche. Die Patienten können neben ihren festen Terminen während der Bürozeiten auch unangemeldet vorbeikommen und sich am „runden Tisch“ aufhalten. Das gleiche Angebot besteht für Angehörige und Personen des weiteren sozialen Umfeldes, welche wenn immer möglich in die Behandlung miteinbezogen werden. Da von einem Oberarzt mit Praxisbewilligung geleitet, können wir in Krisensituationen auch Zwangsmaßnahmen einleiten. Wir sind jedoch keine Quartierpoliklinik, sondern betreuen nur die meist von der Klinik, Sozialdiensten oder niedergelassenen Kollegen zugewiesenen Patienten, welche die Möglichkeiten eines niedergelassenen Psychiaters übersteigen. Außerhalb der Öffnungszeiten können sich unsere Patienten in Krisen an den zentralen 24-Stunden-Notfalldienst wenden, welcher Zugang zu den Krankenunterlagen hat.

Nach anfänglicher Abgrenzung zwischen Klinik und Sozialpsychiatrie entwickelte sich langsam eine immer bessere Kooperation. So schloß sich die Klinik dem Sektorgedanken an und teilte zunächst im Akutbereich ihre drei Aufnahmeabteilungen je einem Sektor zu. Mittlerweile sind auch die Rehabilitationsabteilungen im Langzeitbereich weitgehend sektorisiert. Obwohl auch in der Klinik eine soziale Psychiatrie betrieben wird, fehlt eine institutionsübergreifende ärztliche Leitung, also eine „Unite de Direction“ und eine „Unite de Doctrine“. Es fehlt auch eine „Unite d'Equipe“, was verhindert, daß Mitarbeiter je nach Bedarf von gewünschten Schwerpunkten zwischen dem intra- und extramuralen Bereich flexibel verschoben werden können (CIOMPI 1988b).

Vergleicht man die Berner Verhältnisse mit den Empfehlungen der Expertenkommission, stehen wir, so glaube ich, nicht schlecht da. Wir haben eine gemeindenahere Versorgung aller psychisch Kranker. Vor allem ein gut ausgebautes Versorgungsnetz für die einer Langzeitbetreuung bedürftigen chronisch-psychisch Kranken. Unsere gemeindenaheren Ambulatorien sind aufsuchend-ambulante Dienste und haben dank des „runden Tisches“ - ich werde später darauf zurückkommen - Kontaktstellenfunktion. Unsere geschützte Werkstatt erfüllt bereits jetzt z.T. die Funktion einer Tagesstätte. Um die Einheiten zu verkleinern, eine bessere Gemeindenähe zu erzielen und die Zugangsschwelle für die Patienten noch mehr herabzusetzen, sind wir daran, Tagesstätten mit sechs max. zehn Plätzen in jedem Sektor zu schaffen. Vorderhand soll in einem Sektor modellhaft das Ambulatorium zusammen mit einer solchen Tagesstätte und einem kleinen geronto-psychiatrischen Tageszentrum zukünftig ein „gemeindepsychiatrisches Zentrum“ bilden (HOFFMANN und SCHLATTER 1990).

Eine übergeordnete Koordinationsstelle fehlt jedoch. Statt dessen gibt es eine ganze Reihe von Koordinationsgremien auf verschiedensten Ebenen. Um nur einige zu nennen: Sitzungen auf Klinikdirektorebene, auf Oberarzteebe

zwischen Klinik und Sozialpsychiatrie, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Rehabilitationseinrichtungen, Arbeitsgemeinschaft für Übergangswohnheime, regelmäßige Sitzungen des Ambulatorium-Teams mit den für den gleichen Sektor zuständigen Akut- und Rehabilitationsabteilungen der Universitätsklinik. Auch wenn diese Koordinationssitzungen zeitintensiv sind, so scheinen sie mir für eine patientenzentrierte Versorgung bei einer Vielfalt der Träger unumgänglich.

### *Der Langzeittherapeut und das sozialpsychiatrische Behandlungs- resp. Rehabilitationsnetz*

Noch wichtiger als eine gute organisatorische und administrative Koordination der Institutionen scheint mir, daß für jeden einzelnen Patienten ein individuell maßgeschneidertes, gut koordiniertes Behandlungsangebot besteht. Deshalb haben wir in Bern das Konzept des *Langzeittherapeuten* und das des sozialpsychiatrischen *Behandlungs- resp. Rehabilitationsnetzes* entwickelt (HOFFMANN und PIA 1990). Dieses Konzept ähnelt sehr stark dem, was man in angelsächsischen Ländern als „case management“ bezeichnet (s. z. B. BORLAND et al. 1989 und SHEPHERD, in diesem Band).

Chronisch-psychisch Kranke haben bekanntlich große Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und neue aufzubauen. Deshalb (und auch wegen der besonderen Vulnerabilität der Schizophrenen) kommt es darauf an, die einzelnen Behandlungs- resp. Rehabilitationsschritte so wenig wie möglich mit einem Wechsel von wichtigen Bezugspersonen zu belasten (KUNZE 1981) und sie auch nicht ständig wechselnden Behandlungskonzepten zu unterwerfen. Als Gegengewicht zu r Vielfalt rehabilitativer Behandlungsketten mit immer wieder wechselndem Personal ist eine kontinuierliche, tragende therapeutische Beziehung über Jahre hinzu einer zentralen Vertrauensperson, dem Langzeittherapeuten, von größter Wichtigkeit (CIOMP1988 a). Die Funktion des Langzeittherapeuten ist nicht an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden und kann auch von einem kleinen Team wahrgenommen werden. Es hat sich bei uns in Bern sehr bewährt, wenn der Langzeitpatient nicht auf einen Einzeltherapeuten fixiert ist, sondern wahlweise die einzelnen Team-Mitglieder positiv besetzen kann und so sich nicht durch eine zu enge Beziehung überfordert fühlt. Er soll sich bei den einzelnen Betreuern z. B. des Ambulatorium-Teams soviel an positiven und realistischen Erfahrungen holen können, wie er gerade braucht. Der Langzeittherapeut resp. das Langzeitbetreuer-Team muß i n der Lage sein, den Patienten über Jahre hinweg auf seinem Lebensweg zu begleiten, denn es braucht oft sehr viel Zeit, das Vertrauen des Patienten und seiner Angehörigen zu gewinnen und die Gründe der Erkrankung sowie die Bedeutung der gewählten pathologischen Bewältigungsstrategie zu verstehen. Auch die z. T. immer wieder auftretenden Krisen müssen mit Geduld und mit Zuversicht gemeinsam durchgestanden werden. Der Langzeittherapeut, der allen Beteiligten als permanente Bezugsperson jederzeit klar bekannt sein soll, ist verantwortlich für das ganze Behandlungsprogramm, insbesondere soll er:

- die personelle und behandlungskonzeptuelle *Kontinuität* gewährleisten,

- die *Kommunikation* aller Beteiligten fördern, indem er für einen einheitlichen Informationsfluß sorgt, und so Unklarheiten, Widersprüche und inadäquate Wiederholungen von Therapieversuchen vermeidet,
- alle wichtigen Bezugspersonen zu einer *Kooperation* gewinnen und wenn möglich bei allen Beteiligten realistisch-positive Zukunftserwartungen aufkommen lassen
- weiter soll er die *Koordination* aller therapeutischen Schritte gewährleisten, so daß eine gemeinsame therapeutische Haltung und Zielsetzung unter allen Beteiligten entwickelt werden kann (Abb. 3).

Der Langzeittherapeut bzw. das Langzeitbetreuerteam nimmt im Behandlungs- resp. sozialen Rehabilitationsnetz eine zentrale Stellung ein. In diesem sozialen Netz können sich in den verschiedenen Lebensbereichen - in Abb. 3 als Achsen dargestellt - mehrere Personen und Institutionen gleichzeitig oder aufeinanderfolgend um den chronisch-psychisch Kranken kümmern. Im Gegensatz zum Konzept der Behandlungsketten, wo nach dem Stufenleiter-Prinzip auf jeder Achse mehr oder minder unabhängig und unkoordiniert der Rehabilitationsprozeß vorangetrieben wird, stehen bei diesem Behandlungsnetz die beteiligten Einrichtungen und Personen miteinander in Verbindung. Für das Funktionieren dieses für jeden Patienten individuell geknüpften Netzes ist der Langzeittherapeut verantwortlich. Er muß ständig bemüht sein, daß die Kommunikation nicht abreißt, daß alle Beteiligten, vor allem die Angehörigen, immer wieder von neuem gewonnen werden, und daß größere Lücken im Netz vermieden werden können. Bei dem Konzept des sozialen Netzwerkes, welches sich nach CIOMPI (1982) und BENNETT und MORRIS (1983) sehr bewährt hat, wird deutlich, daß nicht mehr die Psychiatrische Klinik im Zentrum der rehabilitativen Bemühungen steht, sondern der Schwerpunkt in der Gemeinde liegt. In der Klinik werden nach wie vor die ersten therapeutischen Schritte eingeleitet, ist das Netz jedoch erst einmal geknüpft, so dient die Klinik meist nur noch zur stationären Krisenintervention (s. a. CREFELD 1986). Die Funktion des Langzeittherapeuten sollte sie zukünftig nur noch in Ausnahmefällen übernehmen.

Damit jedem Patienten ein individuell optimales, seinen momentanen Bedürfnissen entsprechendes Netz angeboten werden kann, braucht es eine möglichst breite Palette differenzierter sozialpsychiatrischer Einrichtungen, welche nach dem Baukastenprinzip miteinander kombiniert werden können. Es braucht also nicht für die Einrichtungen passende Patienten, sondern Einrichtungen, die sich den Bedürfnissen der Patienten, auch der schwierigsten, anzupassen versuchen. Ein allzu häufiger Wechsel der Institutionen und des sozialen Milieus sollte jedoch wegen der damit verbundenen Verunsicherung und Diskontinuität vermieden werden. Bedarf der Patient im Verlauf der Langzeitbetreuung z. B. einer Krisenintervention in der Klinik oder eines Tagesklinikaufenthaltes, so delegiert der Langzeitbetreuer während dieser Zeit die Verantwortung an das Klinikteam. Damit dennoch eine optimale Koordination und Kontinuität gewährleistet bleibt, haben wir in unseren

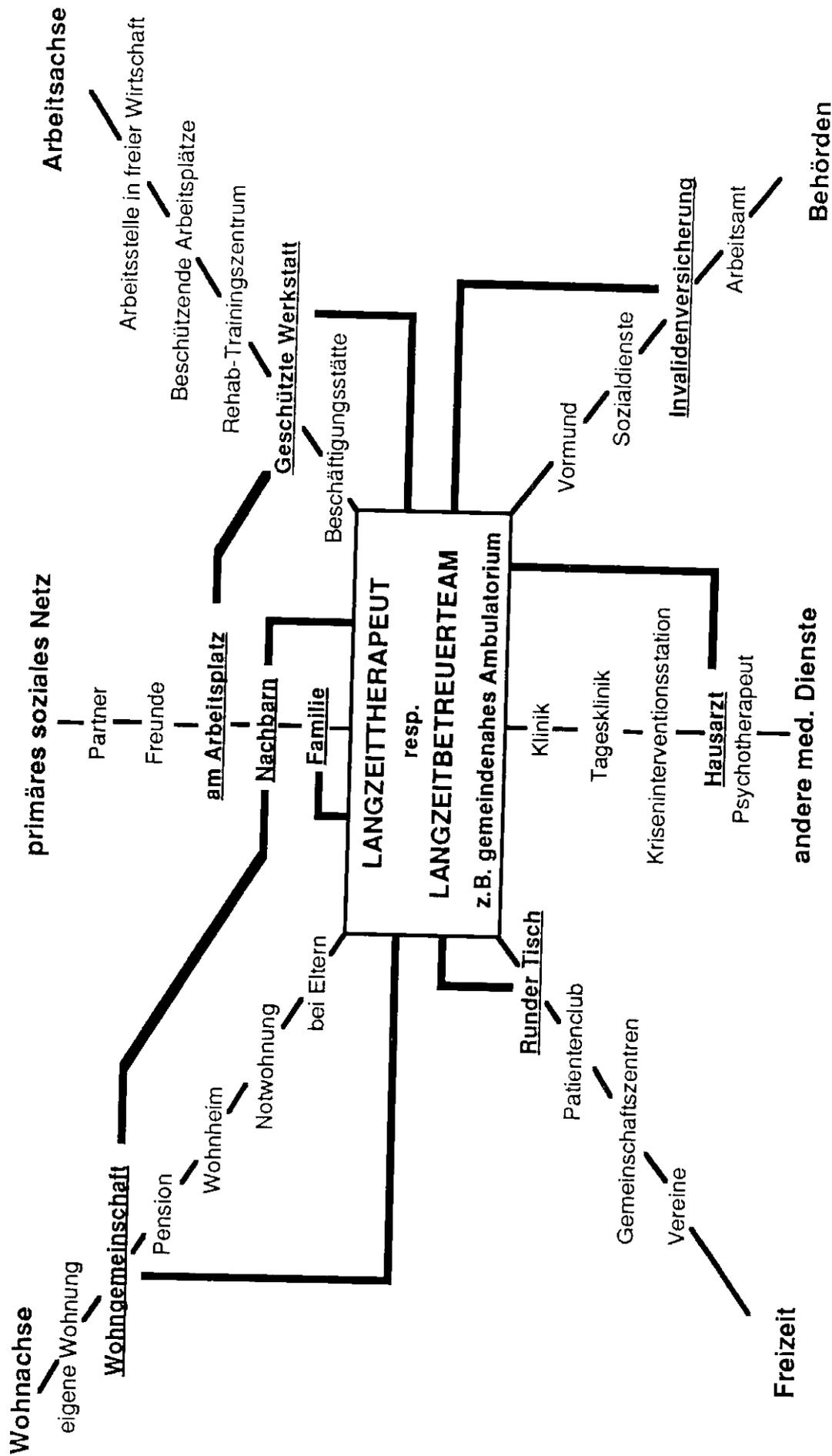


Abb. 3: Beispiel eines sozialpsychiatrischen Behandlungs- resp. Rehabilitationsnetzes mit den möglichen Kommunikationswegen (—) der zu diesem Netz gehörigen Personen und Institutionen

Behandlungsgrundsätzen festgelegt, daß zwischen dem Langzeit- und dem Kurzzeittherapeuten sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung explizite und klare Absprachen über die angestrebten und erreichten Behandlungsziele getroffen werden. Der Langzeitbetreuer formuliert dabei einen konkreten und verständlichen Auftrag, und der Kurzzeittherapeut soll die Möglichkeit und Grenzen seines therapeutischen Angebotes aufzeigen. Allfällige Unstimmigkeiten müssen in gemeinsamen Gesprächen soweit bereinigt werden, daß sich der therapeutische Auftrag im vorhandenen Therapieangebot verwirklichen läßt. Während dieser Aufnahme- resp. Entlassungsgespräche wird der Patient und wenn immer möglich sein Umfeld miteinbezogen. Es werden dabei alle Beteiligten über die Ziele und nächsten Behandlungsschritte informiert, der Patient kann seine Anliegen reklamieren und das Ausmaß seiner Kooperationsbereitschaft darstellen.

### *Der Lernfall*

Anhand eines Lernfalles möchte ich nun das hier theoretisch Ausgeführte versuchen zu veranschaulichen. Einige unter Ihnen haben wahrscheinlich die Publikation „Sozialpsychiatrische Lernfälle“ (CIOMP11985) gelesen und wissen daher, daß in unserer Klinik monatlich das gesamte therapeutische Team während zwei Stunden zusammenkommt, um einen Patienten einmal und in Abständen von Monaten bis Jahren wiederholt zu besprechen. Es wird meist ein Patient vorgestellt, der den Betreuern entweder Schwierigkeiten bereitet, sie hilflos macht, oder wo sie das Gefühl haben, hier seien ihre Bemühungen besonders erfolgreich gewesen. Sie präsentieren das bisherige therapeutische Vorgehen, ihre Haltungen und stellen sich der Kritik des Teams. Diese Lernfall-Veranstaltungen dienen weiter dazu, daß bezüglich einer mehrdimensionalen Diagnostik und des therapeutischen Vorgehens eine gemeinsame Haltung im Team entwickelt wird, und daß wir Respekt vor der Arbeit in anderen Teilbereichen unserer Klinik bekommen. Wie Sie sehen, sind die Lernfall-Veranstaltungen eine Einrichtung, die helfen, Kommunikation und Kooperation zu fördern und zukünftige therapeutische Zielsetzungen zu koordinieren. Sie stellen damit ein hilfreiches Instrument für eine patientenzentrierte Langzeitbetreuung dar.

Herr A., den ich Ihnen im folgenden vorstellen möchte, gehört zu den schwierigsten Patienten, die wir im Ambulatorium zu betreuen haben. Dies ist mit ein Grund, warum wir gerade ihn ausgewählt haben, denn ich glaube, an den schwierigsten Patienten lassen sich die Stärken und Schwächen unseres therapeutischen Handelns am besten beurteilen. Gleichzeitig faszinieren uns diese Menschen und fordern uns zu besonderem Engagement heraus.

Es handelt sich bei Herrn A. um einen großgewachsenen, verwaahlsten, noch jugendlich wirkenden 31jährigen Mann, mit ausgelaugter, großporiger Gesichtshaut, sehr intensiven eisgrünen Augen, dunklen Tränensäcken, Stirnglatze und halblangem Stoppelbart, der oft mehrere Pullover übereinander trägt. Seine Kleider sind schmutzig-schmuddelig. Sein Verhalten und die Sprache sind lässig-verfreakt-freundlich, dahinter steckt jedoch große Span-

nung und Ängstlichkeit. Der überdurchschnittlich intelligente Herr A. ist gelegentlich etwas zerstreut, hat ein gutes Gedächtnis. Der affektive Rapport ist in letzter Zeit gut herstellbar. Das Denken ist formal unauffällig, inhaltlich ist der Wunsch nach einer Beziehung zu einer Frau dominierend. Wahrnehmungsstörungen werden vom Patienten negiert, wenn nicht beobachtet, führt er jedoch mit vermutlichen Stimmen oder unsichtbaren Personen intensive Gespräche. Herr A. beschreibt häufige Derealisationsgefühle bezüglich sich selbst und ihn umgebende Leute, leidet häufig unter Traurigkeit und Sinnlosigkeit, die er mit Hilfe von Haschischkonsum, Yoga-Übungen, Gitarrespielen oder Malen zu überwinden versucht. Er kann recht offen über seine Probleme sprechen, ist aber mit der Sichtweise, daß er krank resp. schizophren sei, nicht einverstanden. Grundlage seiner Probleme seien Haß und Ablehnungsgefühle von Leuten, die er geliebt habe. Er ist überzeugt, die Haß- und Wutgefühle seinen Pflegeeltern, Internatslehrern, Behörden, Polizisten sowie Spießbürgern gegenüber „durchleben zu müssen“.

Zu seiner Biographie folgende Angaben: Der Vater, mit 50 Jahren gestorben, galt als Betrüger. Die Mutter, heute 51jährig, ist als Gymnasiallehrerin in Zürich tätig. Der ein Jahr ältere Bruder schafft als Sekretär in Anwaltsbüros.

Ein Jahr nach Geburt von Herrn A. wurde die Ehe der Eltern geschieden. Da die Mutter noch im Studium war, kamen die beiden Söhne in verschiedene Pflegefamilien. Herr A. kam zu einer kleinbürgerlichen Familie in die Nähe von Bern, wo das Klima kühl und auf äußeres Benehmen und Ordentlichkeit zentriert gewesen sei. Er fühlte sich dort affektiv unverstanden und litt unter der Trennung von der Mutter. Als Herr A. 12jährig war, wurden er und sein Bruder von der Mutter in ein von München geleitetes Internat in die Ostschweiz geschickt. Die Brüder waren einander fremd, es gab Konflikte mit den Autoritäten und den Mitschülern, es kam zum Rückzug mit Malen, Dichten, Gitarrespielen, Haschisch- und LSD-Konsum. Kurz vor der Matura ist er aus der Schule geflogen. 1979 hat er die Matura nachgeholt. In dieser Zeit traten erstmals Angstzustände und Konzentrationsstörungen auf. Darauf folgte eine zweijährige analytisch orientierte Therapie. 1980 begann er mit Yoga-Unterricht und einem Ethnologiestudium. 1982 auf Indienreise erste psychotische Dekompensation, 1983 erste zwangsweise Hospitalisation, der bis 1988 zehn weitere Hospitalisationen folgten. Die Diagnose lautete zunächst schizo-affektive Psychose, später chronisch paranoid-hebephrene Schizophrenie. In der Klinik unter Medikamenten kam es jeweils rasch zur Besserung. Regelmäßig kurz nach Austritt verweigerte er eine weitere Medikation, um sich bald darauf in seine psychotische Erlebniswelt zurückzuziehen, bis seine Traurigkeit in Haß und Wut umschlug und er wegen Fremdgefährdung aus seinem inneren und äußeren Chaos heraus, z. T. unter Beizug der Polizei, von uns eingewiesen werden mußte. Seine Wohngelegenheiten waren dann meist renovationsbedürftig. Wenn es ihm besser ging, hatte er kurze Hilfsarbeiterstellen oder gab Nachhilfe- und Gitarrestunden. Er lebte vom Sozialamt und erhält seit 1986 eine volle Invalidenrente. Eine Betreuung durch unser Ambulatorium ab 1985 scheiterte während drei Jahren, da er sich nicht als behand-

lungsbedürftig erlebte und den Kontakt jeweils abbrach, sobald er psychotisch wurde und uns mit der Zeit nur noch als die einweisende Instanz erlebte. Bis Anfang 1988 war es uns nicht möglich, ein Behandlungsnetz zu knüpfen mit einer kontinuierlichen und koordinierten Langzeitbetreuung (s. Abb. 4).

Dadurch, daß die Klinik 1986 die Sektorisierung ihrer Aufnahmeabteilung eingeführt hatte, wurde Herr A. in der Folge immer wieder auf der gleichen Abteilung hospitalisiert. Es kam dadurch auch zu den oben beschriebenen Aufnahme- und Entlassungsgesprächen und regelmäßigen Besuchen bei Herrn A. durch unser Team. Von der Klinikabteilung wurde dabei immer schärfer unsere gewährende Haltung kritisiert, und daß wir Herrn A. immer erst sehr spät, wenn er bereits verwahrlost sei, einweisen würden. 1988 wollte ihn auch niemand mehr nach den bisher gemachten Erfahrungen beherbergen. Wir boten ihm deshalb ein Zimmer in unserer Notwohnung an.

Die Notwohnung befindet sich in einem alten Haus, welches unsere Klinik angemietet hat und in dem daneben auch die geschützte Werkstatt und das gerontopsychiatrische Tageszentrum untergebracht sind. Andere Mieter, die sich an dem auffälligen Verhalten und Lebensstil dieser fünf Bewohner stören könnten, gibt es nicht. Die Bewohner können also so leben, wie es ihnen paßt, weder übermäßiger Lärm noch Sachbeschädigung sind ein Kündigungsgrund. Dieser beschränkt sich auf Tötlichkeiten und Konsum von harten Drogen. Betreut wird die Notwohnung durch das Ambulatoriumsteam, beschränkt sich aber auf Mithilfe beim wöchentlichen Putzen und Aufräumen, Ersatz von verschwundenen oder beschädigten Koch- und Einrichtungsgegenständen und auf Hausbesuche in Krisensituationen.

Bei Herrn A. verknüpften wir den Mietvertrag an die Bedingung, daß er wöchentlich im Ambulatorium seine Tablette Semap abhole. Damit er auch wirklich dort erscheine, vereinbarten wir mit dem Sozialamt, wohin die Rente überwiesen wird, daß künftig das Geld zweimal wöchentlich durch uns an ihn ausgehändigt wird. Da Herr A. mit seinem Geld von jeher schlecht haushalten konnte und es deshalb immer wieder zu Diskussionen bezüglich Vorschuß gekommen ist, waren sie sehr dankbar, diese Aufgabe an uns delegieren zu können. Und siehe da, es klappte. Herr A. kam mindestens zweimal pro Woche ins Ambulatorium, holte sein Geld, wenn er Vorschuß brauchte, kam er öfter, nahm sein Semap und beteiligte sich an den Gesprächen am „runden Tisch“.

Am „runden Tisch“ sitzen Patienten und Betreuer in sich ständig wechselnder Zusammensetzung ungezwungen zusammen, trinken eine Tasse Kaffee, und es bildet sich rasch eine informelle, offene sozialtherapeutische Gruppe, in der neben Banalitäten auch hoch Konflikthafes besprochen werden kann. Viele Patienten machen von der Möglichkeit Gebrauch, unangemeldet ins Ambulatorium an den runden Tisch zu kommen. Der runde Tisch erfüllt die Funktion einer psychosozialen Kontaktstätte. Die ungezwungene, tolerante Atmosphäre und die Authentizität der Betreuerinnen trägt wesentlich dazu bei, daß auch Patienten, die eine psychiatrische Behandlung ablehnen, den

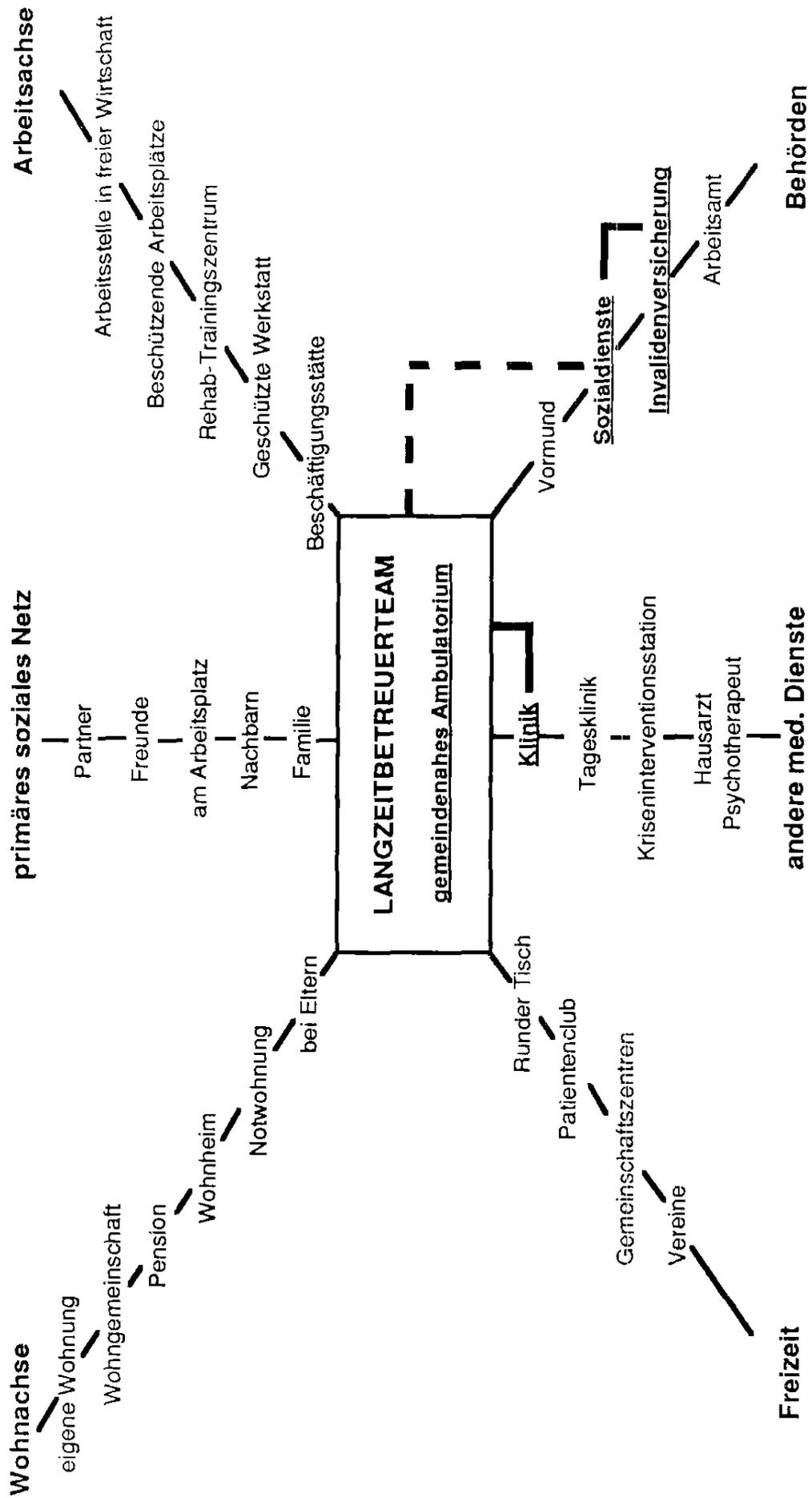


Abb. 4: Das sozialpsychiatrische Behandlungs- resp. Rehabilitationsnetz von Herrn A. im Jahr 1988

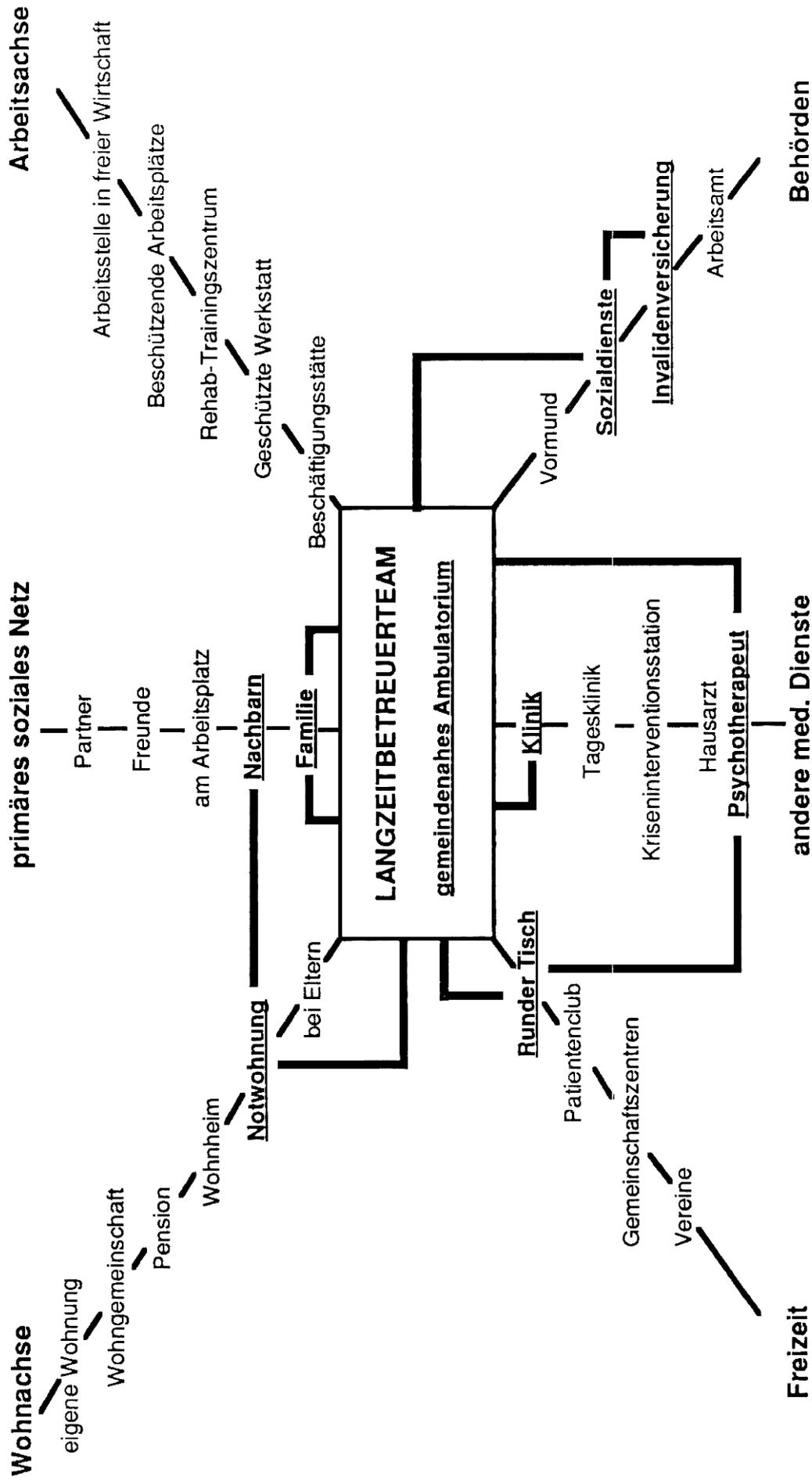
Weg und schließlich auch das Vertrauen zu uns finden (HOFFMANN et al. 1989, HOFFMANN 1991).

Im Juni 1988 stellten wir Herrn A. zum ersten Mal als Lernfall vor. Bei der anschließenden Diskussion fiel uns auf, „daß wir von der inneren Lebensgeschichte dieses Patienten äußerst wenig wissen, abgesehen von einzelnen nicht integrierten Fragmenten, die bei weitem nicht ausreichen, um ihn und seine Erkrankung zu verstehen. Angesichts der Tatsache, daß er seit 1982 immer wieder in psychiatrischer Behandlung war, ist dies alarmierend. Es mag einerseits mit mangelnder Kooperationsbereitschaft des Patienten zusammenhängen, andererseits spielt wohl auch die spezifische Art ambulanter Betreuung eine Rolle (die vielen Gespräche am runden Tisch vermitteln zu Unrecht das Gefühl, den Patienten gut zu kennen, bleiben aber doch in mancher Beziehung lückenhaft).“

Für die weitere Betreuung setzten wir uns daraufhin folgende Zielsetzungen: Vordringlich ist sicher der Versuch, den Patienten als Person besser kennenzulernen und unser fragmentiertes Wissen über seine Geschichte besser zu integrieren. Hierzu sind ärztlich-anamnestische Einzelgespräche, Kontaktaufnahme mit Mutter und den Pflegeeltern nötig, sowie der Versuch, durch eine klare Haltung des Teams über die dauernden unfruchtbaren Diskussionen betreffend Medikamente hinauszukommen. Ich bot ihm daraufhin an, fix eine Stunde pro Woche für ihn zu reservieren, und zwar nicht im Ambulatorium, sondern bei mir im Büro. Er stimmte diesem Vorschlag zu und kommt auch heute noch zu mir, nur ließ er ca. 1/3 der Stunden ausfallen. Dann, wenn er kommt, sitzen wir nicht immer im Büro, sondern gehen gelegentlich miteinander spazieren, schwimmen oder spielen zunächst eine Partie Tischfußball. In den Gesprächen erfuhr ich mit der Zeit recht viel. Die Themen kreisten um unerreichbare, idealisierte Freundinnen, die unerreichbare Mutter, sich unverstanden fühlen von den Pflegeeltern und im Internat, über seine Einsamkeit und Traurigkeit.

Die Mutter luden wir zu einem Gespräch zu uns ins Ambulatorium ein. Wir lernten sie als eine sympathische und humorvolle Frau kennen. Seither kommt sie regelmäßig in ca. vierteljährlichen Abständen oder ruft an. Der Bruder meldete sich spontan, mit ihm stehen wir seither in lockerem Kontakt. Herr A. wünschte zwar, bei den Gesprächen jeweils nicht dabeizusein. Die Beziehungen zu Mutter und Bruder haben sich jedoch seither deutlich entspannt. So war es möglich, daß im April Herr A. und seine Mutter für 14 Tage gemeinsam in die Ferien fahren. Wie zu erwarten war, hatte er während der Ferien seine Medikamente abgesetzt. Nach einem Gespräch, in dem wir die Vor- und Nachteile der Medikamente gegeneinander abgewogen haben, war er bereit, sie wieder zu nehmen. Das Geld holt er übrigens mittlerweile wieder beim Sozialamt ab.

Was ist passiert? Bereits im Sommer 1988 setzte er in üblicher Manier Medikamente ab und wurde präpsychotisch. Wir blieben konsequent und drohten ihm mit Kündigung der Notwohnung, in der er sich mittlerweile



83 Abb. 5: Das sozialpsychiatrische Behandlungs- resp. Rehabilitationsnetz von Herrn A. im Jahr 1990

wohlfühlte. Zähneknirschend und unter Protest nahm er die Medikamente wieder ein. Auch eine Verdoppelung der Dosis konnte nicht verhindern, daß er wieder psychotisch wurde, sein Zimmer in ein unvorstellbares Chaos verwandelte und auf Erleuchtung hoffend Kerzen, Wunderkerzen und Räucherstäbchen entfachte, so daß unsere Verwalterin fragte, ob ich wirklich wolle, daß das Haus in Flammen aufgehe. Diese Krise führte fast zur Spaltung des Teams, aber es gelang uns erstmals, sie ohne Hospitalisierung gemeinsam durchzustehen. Eine weitere Krise im letzten Jahr verlief wesentlich weniger dramatisch. Seit nunmehr 214 Jahren brauchte Herr A. nicht mehr in der Klinik hospitalisiert zu werden und konnte mit Hilfe des für ihn geknüpften sozialen Netzes ein allerdings sehr randständiges Leben in der Gemeinde führen. In der zweiten Lernfallveranstaltung vom Dezember 1989 wird der Zwischenverlauf positiv beurteilt: „Die Persönlichkeit ist wesentlich besser faßbar geworden; sich anbahnende, kontinuierliche Vertrauensbeziehung zu Betreuern; Nutzung der eigenen kreativen Ressourcen; bessere Zusammenarbeit (Medikamente!).“ Das sozialpsychiatrische Behandlungs- resp. Rehabilitationsnetz von Herrn A. mit den neugeschaffenen Kommunikationswegen sieht heute aus wie in Abb. 5 dargestellt.

Aber auch die Defizite werden hier deutlich. So beschränken sich die sozialen Kontakte in der Freizeit auf den runden Tisch, und bei der Arbeit hat er nur sporadische Gelegenheitsjobs. Das unverbindliche Arbeitsangebot der Tagesstätte würde ihn zwar ansprechen, doch der von uns offerierte Lohn ist ihm zu niedrig. Am zweiten Lernfall haben wir uns für die Zukunft folgende Ziele gesetzt: allmähliche Vertiefung der erreichten Beziehungen, Kontaktaufnahme mit dem Pflegevater, bessere soziale Vernetzung und Realitätskontrolle anstreben, Motivation zu besserer Tagesstrukturierung.

Was können wir nun aus diesem Fall lernen? Der Verlauf illustriert, daß eine gut koordinierte, patientenzentrierte Langzeitbetreuung auch bei sog. schwierigen Patienten allseitiges Vertrauen fördert, langsame Fortschritte ermöglicht und Krisen ohne Klinikeinweisung bewältigbar macht.

Ich hoffe, Ihnen in meinen Ausführungen gezeigt zu haben, daß es für eine gemeindenahere, patientenzentrierte Langzeitbetreuung von chronisch psychisch Kranken in einer fest umschriebenen Region ein umfassendes Angebot sozialpsychiatrischer Einrichtungen möglichst unter einheitlicher ärztlicher Leitung bedarf. Der Langzeittherapeut - bei uns in Bern übernimmt meist das Ambulatorium diese Funktion, es kann aber auch der Psychiater in freier Praxis sein - knüpft innerhalb dieser Strukturen das für jeden Patienten individuelle sozialpsychiatrische Behandlungs- resp. Rehabilitationsnetz. Dieses ist also patientenzentriert, im Gegensatz zur Behandlungskette, wo die funktionelle organisatorische Einheit die Institution ist (CIOMPI 1988 b).

Es ist nicht die Meinung, daß ein Patient in einem solchen Netz wie in einem Spinnennetz gefangen ist und darin verwaltet wird, sondern daß es die Funktion eines „befreienden Netzes“ erfüllt, welches ihn aus der sozialen Isolation herausholt und ihm die minimal notwendige Stütze gibt, wie das Netz

beim Hochseilakt im Zirkus. Dieses Netz läßt ihn in einem langfristigen Prozeß vom Therapeuten immer unabhängiger werden und eine möglichst große Autonomie und Eigenverantwortung gewinnen. In einer in unserem Ambulatorium durchgeführten Untersuchung konnten wir zeigen, daß ein solches soziales Netz die Abhängigkeiten der z. T. erheblich behinderten Patienten in lebenspraktischen Dingen reduzieren und die Angehörigen deutlich entlasten kann (HOFFMANN und HUBSCHMID 1989). Damit es dem Langzeittherapeuten gelingt, ein tragfähiges Netz zu knüpfen, bedarf es das Vertrauen des Patienten und des sozialen Umfeldes. Dies zu gewinnen, fordert vom Langzeittherapeuten viel Engagement, Geduld und von selten des Patienten leider oft jahrelange Irrwege und schmerzliche Erfahrungen.

### *Literatur*

- BENNETT D., MORRIS L.: Support and Rehabilitation. In: Watts S. N., Bennett D. (Hrsg.): Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation. John Wiley and Sons Ltd., 1983
- BORLAND A., MC RAE J., LYCAN C.: Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management. Hosp. a. Community Psychiatry 40: 369-376, 1989
- Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit der BRD (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich. AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., Bonn 1988
- CIOMPI L.: Affektlogik. Klett-Cotta, Stuttgart, 1982
- CIOMPI L. (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Aus der Praxis - für die Praxis, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1985
- CIOMPI L.: Sozialpsychiatrie in der Schweiz. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psychiatrie. 138/6: 11-24, 1987
- CIOMPI L.: Außenwelt - Innenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1988a
- CIOMPI L.: Gedanken zu einer patienten- statt institutionszentrierten psychiatrischen Versorgungsstruktur. Schweiz. Ärztezeitung, 69: 1305-1312, 1988b
- CREFELD W.: Wie erfährt der sozialpsychiatrische Dienst das gemeindenahere psychiatrische Behandlungszentrum? In: Paysk Th. R. u. Trenckmann (Hrsg.): Kommunale Psychiatrie. Bestandsaufnahme und Ausblick. Schattauer, Stuttgart, New York 1986
- HOFFMANN H., HUBSCHMID T.: Die soziale Abhängigkeit des Langzeitpatienten - Eine Untersuchung im sozialpsychiatrischen Ambulatorium. Psychiat. Prax. 16: 1-7, 1989
- HOFFMANN H., HARTMANN E., ZAUGG-NIMMRICTER J.: Erfahrungen aus einer gemeindenaheren sozialpsychiatrischen Ambulanz. Psychiat. Prax. 16: 8-13, 1989

- HOFFMANN H., PIA D.: Zur langfristigen Rehabilitation sozialpsychiatrischer Patienten. In: CIOMPI L., Dauwalder H. P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto 1990
- HOFFMANN H.: Die Funktion des runden Tisches in einem sozialpsychiatrischen Ambulatorium. Psychiat. Prax. 18: 209-215, 1991
- HOFFMANN H., SCHLATTER M.: Überlegungen zur Schaffung gemeindenaher Tagesstätten. Sozialpsychiatrische Informationen, 3: 38-44, 1990
- KUNZE H.: Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Nervenarzt 48: 83, 1977
- KUNZE H.: Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Ferdinand Enke, Stuttgart 1989.
- SHEPHERD G.: „Case Management“ and „Ward in a House“: Zwei Konzepte zur langfristigen Behandlung schwer psychisch Kranker in der Gemeinde. In diesem Band, S. 87
- UCHTENHAGEN A.: Evaluation of Community Services. Acta psychiat. belg. 86: 350-361, 1986

# „Ward in a House“ und „Case Management“ - Zwei Konzepte zur langfristigen Behandlung schwer psychisch Kranker in der Gemeinde<sup>1)</sup>

Geoff Shepherd

## Einleitung

In diesem Vortrag möchte ich zwei Entwicklungen in den Angeboten für Menschen mit langfristigen psychischen Krankheiten und seelischen Behinderungen beleuchten. Bei der ersten geht es um eine neue Art eines zum Krankenhaus gehörenden Angebotes für die schwierigsten, jungen, „neuen“ langfristig krankenhausbefürchtigen Patienten. Dies wird als ein „Krankenhaus-Wohnheim“ oder „Station in einem Haus“ („*Ward in a House*“) bezeichnet. Die zweite dieser Entwicklungen betrifft das sogenannte „*Case Management*“, welches einen wichtigen neuen Ansatz zur Bewältigung des Problems der Koordination und Überwachung der Versorgung für die Langzeitpatienten darstellt, die in der Gemeinde leben.

In Großbritannien hat sich der Schwerpunkt der Versorgung psychisch Kranker allmählich von der Langzeitversorgung im Psychiatrischen Krankenhaus zu mehr gemeindeintegrierten Versorgungsformen verschoben. Dadurch kam es in den 25 Jahren von 1960 bis 1985 zu einer Verringerung der Zahl der Patienten in Psychiatrischen Krankenhäusern um beinahe 50%, von mehr als 135000 auf weniger als 70000 (JONES 1988). Doch trotz dieses Trends weg von der Langzeitversorgung im Krankenhaus akkumulieren weiterhin kleine Patientenzahlen, die offenbar einen Aufwand an Ressourcen und hoher fachlicher Qualifikation benötigen, wie sie traditionellerweise nur in den Akut-Aufnahmestationen der Krankenhäuser vorhanden waren. Diese Patienten werden als die „neuen“ Langzeitpatienten bezeichnet (NLP).

Die NLP lassen sich dadurch von den „alten“ Langzeitpatienten in den Psychiatrischen Krankenhäusern unterscheiden, daß ihr ununterbrochener Krankenhausaufenthalt vor relativ kurzer Zeit begonnen hat. Sie lassen sich von anderen chronisch psychisch Kranken, von denen die meisten in der Gemeinde versorgt werden, dadurch unterscheiden, daß sie trotz wiederholter Anstrengungen, sie zu entlassen, für lange Zeiträume im Krankenhaus bleiben. Viele der in der Gemeinde lebenden chronisch psychisch Kranken werden für relativ kurze Behandlungsepisoden im Krankenhaus aufgenommen, aber nur wenige bleiben für längere Zeiträume. Letztere sind die „neuen“ Langzeitpatienten. Sie werden gemeinhin definiert als: a. in der Altersgruppe zwischen 18 und 65 Jahren, b. ununterbrochener Krankenhaus-

1) Übersetzung: Ulrich Hoffmann

aufenthalt zwischen einem und fünf Jahren und c. Patienten, für die es sich trotz wiederholter Versuche als unmöglich erwiesen hat, alternative Unterbringungsformen außerhalb des Krankenhauses zu finden.

Sie bilden eine reichlich heterogene Gruppe. Typischerweise ist ihre Symptomatologie nur schwach kontrolliert - meist handelt es sich um Schizophrenien. Sie legen ein sozialzerstörerisches Verhalten an den Tag und weisen hochgradige Unselbständigkeit sowie beträchtliche Ausfälle in ihren sozialen Fähigkeiten auf. Eine detaillierte Darstellung ihrer klinischen und sozialen Charakteristika haben MANN und CREE(1976) in einer nationalen Überblicksstudie gegeben. Die Prävalenzraten der neuen Langzeitpatienten schwankten in verschiedenen Teilen des Landes zwischen ungefähr 24 auf 100000 und 6 auf 100000; der Median liegt etwa bei 14 auf 100000. Die Gründe für diese Schwankungsbreite sind komplex: Sie spiegeln demographische Unterschiede ebenso wider wie den Einfluß einer Reihe von örtlichen Faktoren, z. B. Umfang und Zugangsmöglichkeiten zu beschützter Unterbringung, unterschiedliche Muster in den Formen der Tagesversorgung, örtliche Unterschiede in Aufnahme- und Entlassungspolitik, Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen, Ausbaugrad des örtlichen Nahverkehrs, Wohnungssituation, Arbeitsmarktlage usw. Doch alle Regionen berichten von einer gewissen Akkumulation neuer Patienten, die auf lange Zeit Krankenhausbehandlung zu benötigen scheinen. Wie soll man deren Bedürfnisse am besten befriedigen?

#### *Die „Station in einem Haus“ („Ward in a House“)*

Im Jahre 1980 veröffentlichte Douglas Bennett einen Artikel, in welchem er die Idee einer neuen Art von Versorgungsangebot vorstellte, die einige Merkmale einer Krankenhausstation und einige Merkmale eines normalen Wohnhauses aufwies. Er nannte dies eine „Station in einem Haus“ oder „Krankenhauswohnheim“ (BENNETT 1980). Die „Station in einem Haus“ verbindet die besten Anteile einer hochqualifizierten Krankenhausversorgung (z. B. gute Personalausstattung, gut qualifizierte Betreuer, hochgradig individualisierte Betreuungsprogramme usw.) mit den besten Charakteristika von Wohnangeboten innerhalb der Gemeinde (z. B. klein und „nicht institutionell“ im äußeren Eindruck, leichter Zugang zu öffentlichen Angeboten usw.). Darüber hinaus bietet die Station in einem Haus ihr Betreuungsangebot so lange an, wie der einzelne Patient es benötigt, wenn notwendig auch unbegrenzt.

Das Konzept der „Station in einem Haus“ war entsprechend als Ersatz für die traditionelle Langzeitstation im Psychiatrischen Krankenhaus gedacht. Es sollte das Psychiatrische Krankenhaus der Zukunft werden, aber anders als das herkömmliche Psychiatrische Krankenhaus sollte es klein, persönlich und in die örtlichen Gemeinden integriert, statt groß, unpersönlich und abgelegen zu sein. Die Philosophie dieser neuen Abteilungen sollte auf den bewährten Prinzipien der modernen Sozialpsychiatrie beruhen, verbunden mit verhaltenstherapeutischen Techniken, wie z. B. funktionaler Diagnostik und Verhal-

tens-Management. Die „Station in einem Haus“ sollte die bestehende Bandbreite von Wohnangeboten in der Gemeinde vervollständigen und für diejenige kleine Gruppe von Patienten sorgen, die nicht in traditionellen Wohngruppen oder Wohnheimen betreut werden konnten. Dieses Konzept ist inzwischen in Großbritannien auf breite Akzeptanz gestoßen, und im jüngsten Strategiepapier des Gesundheitsministeriums wurden alle Gesundheitsdistrikte angeregt, spezielle Vorsorge für ihre neuen langzeitkrankenhausbedürftigen Patienten zu treffen (DHSS 1985).

Parallel zu Einrichtung und Aufbau dieser neuen Versorgungsformen wurden sie sorgfältigen evaluativen Studien unterzogen; und es gibt inzwischen drei veröffentlichte Studienprojekte, die sich mit den Entwicklungen von „Stationen in einem Haus“ befassen. Wir selbst sind dabei, unsere Resultate für die Veröffentlichung vorzubereiten; ich will auf unsere Daten später zurückkommen.

„111 Denmark Hill“ öffnete als erste derartige Einrichtung im September 1977 und bietet 14 Patienten Platz. Sie ist am Rande des Geländes des Maudsley Krankenhauses in London in einem großen viktorianischen Haus untergebracht. Das Projekt wurde von WYKES (1982, 1983), GARETY und MORRIS (1984), und GARETY et al. (1988) beschrieben. *Douglas House* (benannt nach Douglas BENNETT) wurde im Jahre 1982 in Manchester mit 16 Plätzen eröffnet. Es liegt ungefähr eine Meile/1,5 Kilometer vom Hauptkrankenhaus entfernt, wiederum in einem alten Haus, welches zu diesem Zweck umgebaut worden war. Es wurde beschrieben von GOLDBERG et al. (1985) und HYDE et al. (1987). „Cranbury Terrace“ in Southampton öffnete 1984 und ist die größte derartige Einheit mit 20 Patienten. Wie die anderen ist sie in einem großen umgebauten Haus untergebracht, diesmal sehr nahe am Hauptkrankenhaus, wenngleich nicht direkt auf dessen Gelände. Es wurde von GIBBONS (1986), und GIBBONS und BUTLER (1987) beschrieben. Unsere eigene Einheit, „378 Cambridge Road“ wurde 1986 eröffnet und ist mit nur sechs Plätzen die kleinste Einheit. Die „111“ liegt direkt am Rande des Krankenhausesgeländes, wobei die Hintertür sich zum Krankenhaus und die vordere Tür sich zur Gemeinde hin öffnet. Alle diese Einheiten haben gewisse Charakteristika gemeinsam, aber es gibt auch einige wichtige Unterschiede zwischen ihnen.

Zunächst die Gemeinsamkeiten: *Zum einen* behandeln sie alle ausschließlich und speziell neue Langzeitpatienten gemäß der oben gegebenen Definition. *Zum zweiten* verfügen sie alle über eine relativ gute Personalausstattung mit der ganzen Bandbreite an psychiatrischen Berufsgruppen, einschließlich Psychiatern, Psychologen, Pflegepersonal und Beschäftigungstherapeuten. *Zum dritten* erhalten alle Patienten eine intensive und weitgehend auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Versorgung in einem Rahmen, der einer normalen Wohnsituation soweit wie möglich angeglichen ist. *Viertens* wird überall der Versuch unternommen, sehr flexibel zu sein und Alltagsroutine und Praxis so zu gestalten, daß sie eher den Bedürfnissen der Bewohner entsprechen als den Bedürfnissen der Institution. Den Bewohnern wird deshalb im allgemeinen eine im Vergleich zu einer traditionellen Krankenhaussta-

tion viel größere Verantwortung dafür zugestanden, sich auszusuchen, wie sie leben und was sie tun wollen. *Fünftens* werden parallel zu dieser größeren Verantwortlichkeit und Freiheit auch größere Anforderungen gestellt, entsprechend wird für jeden Bewohner ein individuelles Programm aufgestellt, das, zusammen mit sorgfältig strukturierter Betreuung und Ermutigung durch das Personal, ihm helfen soll, diesen Erwartungen gerecht zu werden. *Sechstens* wird Kontakt zur Gemeinde angeregt, und die Besucher können die örtlichen Läden, Cafes, Pubs usw. allein oder wenn notwendig in Begleitung besuchen. *Schließlich* wird in allen Einheiten akzeptiert, daß der Fortschritt sehr langsam vorangehen kann und daß dies für einige Patienten ihr Leben lang ihr Zuhause bleiben wird.

Nun zu den Unterschieden zwischen diesen Häusern. Sie unterscheiden sich offenkundig recht stark in ihrer Größe - zwischen 6 und 20 Plätzen. Sie unterscheiden sich auch in ihrer Lage, wobei „111“ und „318“ sehr nahe beim Krankenhaus, „DouglasHouse“ (wie auch „CranburyTerrace“) dagegen eher etwas weiter entfernt liegen. Auch die Details der Vorgehensweise unterscheiden sich, wobei „Douglas House“ ein individualisiertes Belohnungssystem anwendet, das darauf basiert, den Bewohnern „Punkte“ für „gutes“ Verhalten zu geben (etwa wie ein individuelles „Münzverstärkungssystem“). „DouglasHouse“ ist auch darin ungewöhnlich, daß hier den Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung (Kochen, Saubermachen, Gartenarbeit usw.) im Hause selbst besondere Bedeutung beigemessen wird und es entsprechend kein hauswirtschaftliches oder Küchenpersonal gibt. (Dies rührt zum Teil daher, daß das Haus so weit vom Hauptkrankenhaus entfernt gelegen ist und die Bewohner keine anderen Tageseinrichtungen besuchen.) „318“ hat ebenfalls kein Hauswirtschafts- oder Küchenpersonal, und die Bewirtschaftung des Hauses liegt in der alleinigen Verantwortung des Personals und der Patienten. Anders jedoch als in „Douglas House“ nutzen die Bewohner von „318“ eine Reihe von Tagesangeboten, sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch außerhalb - darin spiegelt sich auch das gut ausgebaute Netz von gemeindeintegrierten Hufen für psychisch Kranke in Cambridge wider, insbesondere das Angebot an beschützten Arbeitsplätzen.

### *Zusammenfassung der Evaluationsforschung*

Die Forschung zu diesen neuen Einrichtungen war wegen der geringen Zahl der betroffenen Patienten recht schwierig. Nichtsdestoweniger haben alle Einheiten versucht, ihre Ergebnisse zu evaluieren, und dabei die Methoden des Kontrollgruppenvergleiches oder der Einzelfall-Verlaufsforschung verwendet. Es gab auch Versuche, den *Prozeß* (die Qualität) der Versorgung zu evaluieren, indem Methoden direkter Beobachtung angewandt wurden, um die Interaktionsmuster zwischen Personal und Patienten und die Aktivitätsgrade der Patienten zu untersuchen. Aus den veröffentlichten Artikeln kann man die folgenden Ergebnisse zusammenfassen:

1. Alle Einheiten scheinen gegenüber den Kontrollgruppen in allgemeinen Akut-Aufnahmestationen oder in einem traditionellen Psychiatrischen

Krankenhaus effektiv in der Verbesserung der sozialen Funktionen und der Aktivitätsgrade ihrer Bewohner zu sein.

2. Die „Negativ-Symptome“ von Schizophrenie (sozialer Rückzug, Apathie, geringe Motivation) zeigten deutlichere Verbesserungen als die „Positiv-Symptome“ (Wahnvorstellungen, Halluzinationen usw.)
3. Die Patienten in diesen Einheiten haben mehr Kontakte mit der Gemeinde als Kontrollgruppen.
4. Die Patienten (und ihre Familien) berichten tendenziell über größere Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation als die Mitglieder der Kontrollgruppen.
5. Die rascheste Verbesserung stellt sich tendenziell in den ersten sechs Monaten bis zu etwa drei Jahren ein. Nach dieser Zeit verlangsamt sich diese relativ rasche Besserung, wenngleich das einmal Erreichte beibehalten wird.
6. Ein gewisser Anteil der Bewohner (bis zu 50%), kann ausreichende Unabhängigkeit erlangen, um in Wohnformen mit personell geringerer Betreuungsintensität überzuwechseln, aber dies kann bis zu drei Jahren dauern.
7. Bezüglich des Versorgungs-Prozesses scheinen die individuell zugeschnittenen Programme insofern effektiv zu sein, als sie intensive Kontakte zwischen Personal und Patienten sowie eine vergleichsweise hohe Beteiligung der Klienten an strukturierten Tätigkeiten zu fördern scheinen und entsprechend weniger Zeit mit Nichtstun verbracht wird.
8. Unter Kostengesichtspunkten schneiden diese Einheiten gegenüber der Versorgung von Patienten auf allgemeinen Akut-Aufnahmestationen besser ab, aber sie sind wahrscheinlich teurer als die traditionellen Psychiatrischen Krankenhäuser.
9. Ein größerer Anteil der Kosten wird auf direkte „therapeutische“ Aktivitäten verwendet, d. h. weniger fließt in „indirekte“ Dienstleistungen wie Küche, Reinigung, Verwaltung usw.
10. Nicht alle neuen Langzeitpatienten sind für die Betreuung in einem so gearteten Rahmen geeignet, und einige (ungefähr 10%) müssen in das Psychiatrische Krankenhaus zurücküberwiesen werden, weil sie in ihrem Verhalten zu zerstörerisch sind oder weil sie von der Situation überfordert werden. Diese Personen sind tendenziell besonders gefährlich und neigen zu sehr starkem „Ausagieren“.

Die Daten aus unserer eigenen Einrichtung, die vor allem von meinem Kollegen Krishna Singh gesammelt wurden, basieren auf detaillierten Einzelfallstudien. Diese zeigen eine stetige Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Patienten über eine Periode von 18 Monaten, aber keine zusammenhängenden Veränderungen hinsichtlich der Symptomatologie. Die wichtigsten Ver-

besserungen finden in den ersten sechs Monaten nach der Aufnahme statt. Die Ergebnisse von Untersuchungen zur Zeiteinteilung der Patienten zeigen, daß insofern eine Annäherung an eine „normale“ Lebensform erreicht wurde, als die Bewohner an Wochentagen den Hauptteil ihrer Zeit mit Arbeit und anderen Arten von strukturierter Beschäftigung verbringen, während sie an den Wochenenden ihrer Freizeitbeschäftigung nachgehen und mehr Zeit mit Nichtstun verbringen. Untersuchungen zum Betreuungsprozeß weisen darauf hin, daß die detailliert auf das Individuum zugeschnittene Planung dazu führt, daß die Kontakte zwischen Personal und Bewohnern sehr dicht sind und auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner in einer emotionalen und „warmen“ Art und Weise eingegangen wird. Vor allem das sehr konstruktive Beziehungsmuster zwischen Personal und Bewohnern scheint für die beobachtete Verbesserung im Verhalten der Bewohner verantwortlich zu sein.

Das Konzept einer „Station in einem Haus“ scheint somit effektiv für die Einrichtung einer neuen Art von „Asyl“ zu sein. Es bietet einen besonderen betreuten Rahmen für eine kleine Zahl von neuen Langzeitpatienten, für die andere Arten der Wohnbetreuung nicht angemessen zu sein scheinen. Gleichzeitig ist dieses System effektiv darin, das „Funktionieren“ dieser Patienten zu erhalten — und manchmal sogar zu verbessern -, und es isoliert sie nicht von den Ansprüchen und Routinen des Alltagslebens. Dies kann auf einer Reihe von verschiedenen Wegen erreicht werden, aber die gemeinsamen Elemente scheinen die Anwendung einer detaillierten und individuell zugeschnittenen Programmplanung in einem kleinen, nichtinstitutionellen und hochqualifizierten Rahmen zu sein. Unter solchen Bedingungen können selbst die am stärksten behinderten Patienten in ihrem Sozialverhalten Verbesserungen erfahren, auch wenn ihre Symptomatik recht aktiv bleibt.

Natürlich ist das Konzept der „Station in einem Haus“ kein Allheilmittel. Einige Patienten sind nicht in der Lage, den Strukturierungsgrad und die Nähe des normalen Gemeindelebens auszuhalten - doch sie sind in der Minderheit. Die Kosten dieser Einheiten sind recht hoch, aber sie scheinen, wenn man einen ausreichend langfristigen Ansatz zugrundelegt, kosteneffektiv zu sein. Sie stellen keine einfache Lösung dar, aber sie bieten Hoffnung für einige unserer am stärksten behinderten jungen Patienten.

### *Gase Managment*

Ich will mich jetzt dem „Gase Management“ zuwenden. Es ist klar, daß irgendeine Art der Sicherstellung von Koordination und Kontinuität in der Versorgung eine notwendige Vorbedingung für eine effektive gemeindeintegrierte Versorgung psychisch Kranker ist. Innerhalb der traditionellen Institution wurden Koordination, Überwachung und Kontinuität der Versorgung, um Goffman's berühmten Satz zu zitieren, „unter einem Dach und unter einer Autorität“ angeboten (GOFFMAN 1961). Selbst damals aber konnte der Standard dieser Versorgung einiges zu wünschen übrig lassen. Der Versuch, die „totale“ Institution aufzubrechen, die Versorgung zu verteilen und sie von

vielen verschiedenen Stellen her und entsprechend unter verschiedenen Ressort-Hierarchien anzubieten, bringt deshalb unmittelbar das Problem mit sich, wie diese Dienste wieder „zusammengeleimt“ werden können und wie eine integrierte und kontinuierliche Versorgung um die individuellen Bedürfnisse herum gewährleistet werden kann, Gase Management ist eine mögliche Lösung für dieses Problem.

Gase Management mag daher als unabweisliche Konsequenz aus der Bewegung hin zu stärker gemeindeorientierten Versorgungsmustern erscheinen, und, will man unser jüngstes Weißbuch zur Gemeindeversorgung (CARING FOR PEOPLE 1989) für bare Münze nehmen, so soll das Gase Management den „Eckstein“ der Gemeindeversorgung der Zukunft bilden. Ich möchte hier das Konzept des Gase Managements untersuchen, einige seiner Vor- und Nachteile betrachten und Ihnen einige unserer Erfahrungen ebenso wie die Schwierigkeiten mitteilen, die wir bei dem Versuch erlebt haben, ein System des Gase Managements in einem Rahmen der psychiatrischen Tagesbehandlung aufzubauen. Zu Beginn muß gesagt sein, daß Gase Management die jüngste in einer langen Reihe von Patentlösungen für das Problem der Gemeindeversorgung darstellt. Wie viele gute Ideen unterliegt es dem Risiko, zunächst „überverkauft“ und dann zurückgewiesen zu werden, sobald die Menschen gewahr werden, daß es ihren Erwartungen nicht entsprechen konnte. Insbesondere hat man den Bedarf für Gase Management mit dem Bedarf für eine adäquate Palette an gemeindeintegrierten Diensten verwechselt. Gase Management ist schlicht ein Mittel, die Koordination und Kontrolle der Angebote zu verbessern. Es ist kein Ersatz für die Dienste selbst.

### *Was ist „Case Management“?*

Die klassische Beschreibung der Elemente eines auf Case Management basierenden Ansatzes läßt sich bei INTAGLJATA (1982) finden. Er führt sechs Hauptkomponenten auf:

1. Eine umfassende Einschätzung der individuellen Bedürfnisse.
2. Die Entwicklung eines individualisierten „Versorgungspaketes“ als Antwort auf diese Bedürfnisse.
3. Die Sicherstellung der Zugangsmöglichkeiten zu diesen Diensten für den einzelnen - dies mag eine beträchtliche Arbeit nach draußen notwendig machen, d. h. mit den Klienten zusammen zum Wohnungs- oder Sozialamt zu gehen oder zum Tageszentrum, um sicherzustellen, daß sie tatsächlich in der Lage sind, alle Dienste, die sie benötigen mögen, auch zu bekommen und daß diese so weit wie möglich den von ihnen geäußerten Wünschen und Vorstellungen entsprechen. (Insofern liegt hier ein Element vor, welches beim Zuschnitt der Versorgung den Wert der „Verbraucherentscheidung“ betont.)
4. Überwachung der Qualität der angebotenen Dienstleistungen und Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern, wenn Qualität oder Inhalt der

Dienstleistungen nicht dem entspricht, was erforderlich ist; und, wenn notwendig, der Versuch, sie zu verändern - d. h. Gase Manager können auch Einfluß nehmen auf die tatsächliche Anpassung und Ausformung der Angebote.

5. Die Anpassung des Unterstützungsniveaus an das Veränderungen unterworfenen Funktionsniveau des Klienten.

6. Die Gewährleistung einer verpflichtenden Langzeitbetreuung.

Eine jüngere, aber gleichermaßen nützliche Diskussion der Definition, der Prinzipien und Komponenten des Gase Management Ansatzes findet sich bei KANTER (1989). Das zugrundeliegende Konzept ist dasjenige eines Agenten - gemeinhin ist damit ein einzelnes Individuum gemeint -, welcher die klar definierte Verantwortung dafür hat, auf flexible und behutsame Weise für eine auf den einzelnen zugeschnittene Langzeitbetreuung zu sorgen. Der Gase Manager koordiniert die Hilfsleistungen einer Anzahl von verschiedenen Diensten zur Betreuung der einzelnen Patienten, sorgt für Zusammenhalt und bindende Verpflichtung und handelt als Anwalt des Klienten (und seiner Familie), um sicherzustellen, daß sie das richtige Versorgungspaket erhalten. Er oder sie überwachen auch die *Qualität* der angebotenen Dienste und stellen sicher, daß ihre Kontinuität über die Zeit hinweg aufrechterhalten bleibt.

*Ist das Case Management effektiv?*

Es gibt nur wenig empirisches Material, welches sich mit der wichtigen Frage der Effektivität des Case Management Konzeptes befaßt, und vieles darin ist sehr widersprüchlich. So haben FRANKLIN et al. (1987) einen generalistischen Ansatz des Case Management evaluiert und ihn mit den traditionellen Nachsorgediensten verglichen. Sie fanden, daß die Patienten im Case Management Programm mehr Dienstleistungen erhielten und ihr Unterhalt mehr kostete, aber daß sie auch höhere Rückfallraten zeigten und es keine Verbesserungen an umschreibbarer Lebensqualität gab. Ähnlich haben auch CUTLER et al. (1987) gefunden, daß Case Management bei der Verbesserung des Umfangs oder der Vielfalt sozialer Netzwerke für schizophrene Patienten, die in der Gemeinde lebten, nicht effektiv war, und FISHER et al. (1988) konnten kaum einen Effekt des Case Management auf die Verbesserung der Verbindung zwischen Klienten und Dienst oder auf globalen Veränderungsmaßnahmen finden.

In einem positiveren Tenor berichteten RAPP und WINTERSTEEN (1989) die Ergebnisse von zwölf Case Management Projekten, die deutliche Indizien für eine verminderte Hospitalisierungsrate und hohe Raten von individueller Zielerfüllung zeigten. Die Autoren weisen auf die Bedeutung hin, die exakte Art der Interventionen, die der Case Manager durchführen soll, sehr genau zu spezifizieren. BOND et al. (1988) richteten in drei verschiedenen Community Mental Health Centres Case Management Programme ein und hatten insofern

Erfolg, als sie die Gesamt-Rehospitalisierungsraten innerhalb von sechs Monaten senken konnten. Sie konnten aber kaum Verbesserungen im Verhalten der Klienten nachweisen, und ihre Ergebnisse waren in den drei Zentren ziemlich unterschiedlich. GOERING et al. (1988) arbeiteten direkt in der Gemeinde und verbesserten erfolgreich das Verhalten der Patienten über eine Periode von zwei Jahren, konnten aber die Wiederaufnahmeraten nicht beeinflussen. Ein wichtiger Unterschied zwischen diesen beiden Studien liegt in dem Grad, in welchem die Case Managerin die klinischen Teams integriert waren, welche für die Überwachung der Symptomatik der Patienten und für die Entscheidung über Aufnahme oder Nichtaufnahme im Krankenhaus verantwortlich waren, im Falle von Bond et al. waren sie voll integriert. Im Falle von Goering et al, waren sie dies nicht. Dies erklärt vermutlich das in der letzteren Untersuchung belegte Scheitern, die Wiederaufnahmeraten zu beeinflussen.

Insgesamt unterstreichen diese Studien die Variabilität der Ergebnisse in Abhängigkeit davon, welche Art von Strategie beim Case Management angewandt wird und wie ihre Umsetzung durch örtlich organisatorische Zwänge beeinflusst ist, Fragen der Ausbildung des Personals, der Grad, in welchem es sich nach außen Geltung verschaffen kann, die Verbindungen mit den stationären Einheiten usw. scheinen alle ebenso von zentraler Bedeutung zu sein.

In unserem eigenen Dienst haben wir das Case Management System in ein existierendes gemeinde-integriertes Tagesbehandlungsprogramm eingeführt. In dem multiprofessionellen Team, das aus drei Pflegekräften, zwei Beschäftigungstherapeuten, einem Psychologen und einem Sozialarbeiter (zuzüglich etwas Verwaltungspersonal) besteht, ist jeder für etwa 15 bis 20 Klienten zuständig, und wir sind derzeit dabei, standardisierte Bewertungs- und Überwachungsprozeduren zu entwickeln. Die Hausärzte spielen für unser Team eine wichtige Rolle als Berater, die in Fragen der Medikation, Symptomkontrolle und der Risikoeinschätzung usw. beraten, aber sie agieren nicht als Case Manager. Die Bewertungs- und Überwachungsdaten werden in einem Kleincomputer-Informationssystem gesammelt und gespeichert. Jedesmal, wenn die Case Manager einen relevanten Kontakt mit einem Klienten haben, füllen sie einen speziell dafür entworfenen „Vorgangszettel“ aus. Darin werden Art, Dauer und der Inhalt des „Vorgangs“ festgehalten. Durch die Kombination von Vorgangsberichten und den Bewertungsinstrumenten ist es möglich, die angebotene Versorgung sorgfältig zu überwachen und sicherzustellen, daß die Probleme, die im Bewertungsprozeß gefunden werden, angemessen in der direkten Arbeit mit den Klienten angegangen werden. Alle Case Manager arbeiten sowohl innerhalb als auch außerhalb des Tagesbehandlungsrahmens, wobei ein erheblicher Teil der Arbeitszeit der Case Manager außerhalb der Einheit verbracht wird, oft mit den Klienten in der Gemeinde, um ihnen zu helfen, mit allen denjenigen Diensten Kontakt aufzunehmen, welche sie für die Deckung ihres individuellen Bedarfs benötigen.

Wir sammeln immer noch Erfahrungen mit diesem System und können daher noch nicht sagen, was die Ergebnisse der evaluativen Forschung zeigen werden. Es ist jedoch jetzt schon klar, daß sowohl das Personal als auch die

Klienten die klar umrissene Beschreibung der Verantwortlichkeiten, die unabdingbarer Teil dieses Ansatzes von Case Management ist, gerne angenommen haben. Besonders die Klienten haben sich positiv über den Zuwachs an individueller Betreuungszeit geäußert. Doch nachdem dies gesagt ist, soll auch auf einige Probleme mit dem Case Management eingegangen werden, die wir und andere festgestellt haben.

### *Probleme mit dem Case Management*

#### *1. Wie können die Bedürfnisse zuverlässig und umfassend eingeschätzt werden?*

Case Management wird aufgrund einer sorgfältigen Einschätzung der individuellen Bedürfnisse angewandt. Aber es gibt bis jetzt noch wenig Übereinstimmung darüber, auf welche Weise denn genau diese Einschätzung zustande gebracht werden soll. Das Konzept des „Bedarfs für Dienstleistungen“ bringt beträchtliche technische und konzeptionelle Probleme mit sich, und standardisierte Prozeduren zur Bedarfsermittlung stecken noch in den Kinderschuhen (vgl. BREWIN et al. 1987,1988; BRUGHA et al. 1988). Wir sind noch allzu sehr damit beschäftigt, unsere Prozeduren der Bedarfsermittlung zu entwickeln und auszuarbeiten, was darin enthalten sein und wie man damit umgehen sollte.

*2. Wer sollte als Case Manager fungieren?* Die Rolle des Case Managers erfordert die Verbindung von Elementen vieler verschiedener Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung - Sozialarbeit, Krankenpflege, ärztliche Psychiatrie, klinische Psychologie, Beschäftigungstherapie -, und wir stehen immer noch vor der Aufgabe, die „zentralen Qualifikationsmerkmale“ zu identifizieren, die der Case Manager für eine effektive Arbeit benötigt. Die Frage ist auch, ob das Case Management wirklich hochqualifizierte professionelle Kräfte erfordert, oder ob sich auch psychiatrisch verhältnismäßig wenig ausgebildetes Personal dafür eignet. Diese Art von Problemen bedeutet, daß es einen beträchtlichen Raum gibt, in welchem sich Dispute und Rivalitäten zwischen den Berufsgruppen entwickeln können; insofern ist es auch erforderlich, sich mit den bekannten Problemen der Rollendiffusion und des Rollenkonfliktes auseinanderzusetzen, die sich in der multiprofessionellen Teamarbeit allgegenwärtig zeigen.

*3. Die Rolle des Case Managers: „Therapeut“ oder „Vermittler“?* Dies ist eine der zentralen Debatten, die auf dem Gebiet des Case Management geführt werden. Ist der Case Manager schlicht dazu da, die Klienten mit den Dienstleistungsangeboten in einer eher bürokratischen, „administrativen“ Art zu verkoppeln - als eine Art von „Institutionen-Makler“ -, oder sollte er seine Beziehung zum Patienten als eine besondere Art der „therapeutischen Unterstützung“ nutzen? Erfahrene Praktiker wie HARRIS und BERGMAN (1987) vertreten nachdrücklich die Auffassung, daß Case Manager die therapeutischen Aspekte ihrer Beziehung zu den Klienten bewußt kultivieren sollten, um ihnen zu helfen, effektiver mit ihren Problemen umzugehen. Case Manager können den Klienten helfen, ihr Verhalten zu integrieren und einen besseren und verlässlicheren Realitätsbezug zu entwickeln - aber nur, wenn sie

imstande sind, eine stabile und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Eine solche Beziehung muß auch die Grundlage für jede wirklich gültige Einschätzung der Bedarfslage sein. Stimmt man dieser Meinung zu, so hat dies offenkundige Implikationen für die Art von Ausbildung und begleitender Unterstützung, die für Case Manager notwendig sein wird (vgl. u. Punkt 6).

4. *Einzel- oder Teamarbeit?* Wie wir schon festgestellt haben, ist selbst bei ganz auf Einzelpersonen abgestimmten Systemen von Case Management ein gewisser Grad von Teamarbeit unausweichlich, um die grundsätzlichen Fragen der professionellen Verlässlichkeit zu lösen. Case Manager können nicht alles alleine tun, und sie müssen ebenso imstande sein, klar zu sehen, wofür sie *nicht* verantwortlich sind, wie zu erkennen, was sie wirklich tun können. Es gibt die Auffassung, insbesondere vertreten von TEST (1979), daß man das Case Management am besten als eine Team-Verantwortung begreifen sollte. Test argumentiert, daß das Team bessere Entscheidungen als Individuen finden könne, weniger verletzlich gegenüber Krankheit und Urlaubszeiten sei und einen besseren Schutz gegen das „Burn-Out-Syndrom“ biete. Auf jeden Fall ist ein Case Management System, das den Bedarf nach guter Teamarbeit nicht anerkennt, nahezu mit Sicherheit zum Scheitern verurteilt.

5. *Wieviel Fälle sollte ein Case Manager höchstens betreuen?* Wenn Case Manager effektiv arbeiten und für jeden Klienten einen wirklich auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Betreuungsplan anbieten sollen, dürfen sie nicht mit zu vielen Fällen überlastet werden. Es gibt wenige empirische Richtlinien zur Frage der Höchstgrenze an Fällen, aber unsere Erfahrung ist, daß Fallzahlen von mehr als ungefähr 20 Klienten schon bald nicht mehr zu bewältigen sind und es dann unmöglich wird, den Fortschritt der Klienten angemessen zu überblicken. Die Einführung von Case Management mag deshalb der Gesamtzahl von Patienten, die ein gegebener Dienst betreuen kann, Grenzen setzen. Dies ist eine verhältnismäßig neue Vorstellung im britischen Kontext.

6. *Wer leitet die Case Manager an?* Angesichts all der Unsicherheiten im Umfeld der verschiedenen Vorgehensweisen beim Case Management besteht ein deutlicher Bedarf nach guter Anleitung durch erfahrene Praktiker. Insofern besteht auch ein Bedarf nach „Team-Führern“, die Supervision über die professionellen Grenzen hinweg anbieten können. In unserem Dienst habe ich die Rolle des Team-Führers übernommen und treffe mich mit dem Personal in regelmäßigen Abständen, um die Fälle zu besprechen und allgemeine Unterstützung anzubieten. Wir experimentieren auch mit einem System der „kollegialen Supervision“, bei welchem ein Kollege die Fälle des jeweils anderen mit ihm durchspricht, wodurch die zur Verfügung stehende Supervisionszeit vergrößert wird. Aber dennoch müssen Case Manager auch mit solchen Klienten arbeiten, die vielleicht „undankbar“, schwierig zu motivieren, unkooperativ, verletzend, sogar körperlich gewalttätig sind. Und dies kann eine sehr schwierige Aufgabe sein. Wenn die Dienste nicht den Weg des geringsten Widerstands gehen und sich von den schwierigsten Patienten nicht zurückziehen sollen, dann muß dem Personal nicht nur enge Begleitung

und Supervision angeboten werden, sondern auch eine starke Führung und eine effektive emotionale Unterstützung.

Case Management ist deshalb keine Patentlösung für die Probleme der Koordination und der Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung. Es ist auch keine Patentlösung für die Probleme der multiprofessionellen Teamarbeit und der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Diensten. Das Case Management stellt alle diese Probleme schlicht in einen etwas anderen Kontext. Dies ist von besonderer Bedeutung in bezug auf das Problem der Zusammenarbeit zwischen klinisch-stationären und gemeindeintegrierten Diensten. Selbst mit der besten gemeinde-integrierten Versorgung wird immer noch die Notwendigkeit bestehen, von Zeit zu Zeit Patienten stationär aufzunehmen, und deshalb auch die Aktivitäten der vom Krankenhaus aus und aus der Gemeinde heraus arbeitenden Fachkräfte miteinander zu koordinieren. Dieses gemeinsame Arbeiten am Leben zu erhalten bedeutet, bereit zu sein, das miteinander Reden und miteinander Arbeiten durchzuhalten. Dies ist oft schwierig, es kann auch frustrierend und Zeitintensiv sein, aber es ist notwendig. Die Case Manager stehen im Zentrum dieses Prozesses. Ihre Rolle ist von kritischer Bedeutung, aber man kann nicht von ihnen erwarten, daß sie selbst alle Probleme lösen.

Letzten Endes stehen natürlich die Case Manager auch vor einem finanziellen Dilemma. Sind sie vor allem dem Klienten verantwortlich oder dem „System“? Sollten sie sich vor allem um die Schaffung eines hochqualifizierten, auf die jeweiligen individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Angebotes kümmern oder um den optimalen Nutzen der beschränkten Ressourcen? In der besten aller Welten sollten diese beiden Prinzipien natürlich nicht miteinander in Konflikt geraten, doch in der wirklichen Welt kann das durchaus geschehen und kann, wie RENSHAW (1988) festgestellt hat, auch Spannungen und Probleme erzeugen. Es muß eine gewisse Balance gefunden werden zwischen den miteinander konkurrierenden Anforderungen des individuellen Bedarfs und der wirtschaftlichen Effizienz, aber wir müssen die Gefahr im Auge haben, daß das Case Management schlicht und einfach auch einen Mechanismus zur Einführung einer noch strikteren Kontrolle über die Verteilung der Ressourcen darstellen *könnte*. Es wäre sicherlich schade, wenn eine Innovation, die aus klinischen Gründen sehr attraktiv ist, für ökonomische Überlegungen ausgenützt und möglicherweise sogar pervertiert würde.

### *Schluß*

Beide Entwicklungen, die ich hier vorgestellt habe, sind weder einfach noch billig. Gleichwohl sind beide recht vielversprechend im Bezug auf die Versorgung der seelisch am schwersten Behinderten. Beide Vorgehensweisen hängen in ihrem Innersten von der Art und Qualität der Beziehungen und Kontakte zwischen Versorgern und Versorgten ab. Denn darum geht es eigentlich, wenn von Rehabilitation die Rede ist. Es geht gar nicht so sehr um „Systeme“ oder Dienstangebote (noch nicht einmal so sehr um finanzielle Ressourcen) - es geht um Menschen und darum, wie sie sich zueinander

verhalten. Systeme und Ressourcen können diese elementaren Beziehungen beeinflussen. Aber sie sind nicht notwendigerweise deren Determinanten. Unsere Hoffnungen in der Versorgung für die psychisch Langzeitkranken liegt daher auf unserer Fähigkeit sicherzustellen, daß ein solches produktives gegenseitiges Verhalten erreicht und aufrechterhalten werden kann.

### *Literatur*

- BENNETT, D. H. (1980): The chronic psychiatric patient today, in: Journal of the Royal Society of Medicine, 73, 301-303. BOND, G. R., MILLER, L. D., KRUMWIED, R. D. and WARD, R. S. (1988): Assertive Case Management in Three CMHC's: A Controlled Study, in: Hospital and Community Psychiatry, 39, 411-418. BREWIN, C. R., WING, J. K., MANGEN, S. P., BRUGHA, T. S. & MacCARTHY, B. (1987): Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment, in: Psychological Medicine, 17, 971-982. BREWIN, C. R., WING, J. K., MANGEN, S. P., BRUGHA, T. S., MacCARTHY, B. & LESAGE, A. (1988): Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey, in: Psychological Medicine, 18, 457-468. CARING FOR PEOPLE (1989): Community Care in the Next Decade and Beyond, Cmnd. 849, HMSO: London.
- CUTLER, D. L., TATUM, E. & SHORE, J. H. (1987): A Comparison of Schizophrenia Patients in Different Community Support Treatment Approaches, in: Community Mental Health Journal, 23, 103-113. DHSS(1985), Mental Illness: Policies for Prevention, Treatment, Rehabilitation and Care, Cmnd. 9674, HMSO: London. FISHER, G., LANDIS, D. and CLARK, K. (1988): Case Management Service Provision and Client Change, in: Community Mental Health Journal, 24, 134-142. FRANKLIN, J. L., SOLOVITZ, B., MASON, M., CLEMONS, J. R. & MILLER, G. E. (1987): An Evaluation of Case Management, in: American Journal of Public Health, 77, 74-78. GARETY, P. A., AFELE, H. K. and ISAACS, D. A. (1988): A hostel-ward for new long-stay psychiatric patients: The careers of the first 10 years residents. In: Bulletin of the Royal College of Psychiatrists, 12, 183-186. GARETY, P. A. and Morris, I. (1984): A new unit for long-stay psychiatric patients: Organisation, attitudes and quality of care, in: Psychological Medicine. 14, 183-192. GOERING, P. N., WASYLENKI, D. A., FARKAS, M., LANCEE, W. J. and BAL-LANTYNE, R. (1988): What Difference Does Case Management Make? In: Hospital and Community Psychiatry, 39, 272-282. GOFFMAN, E. (1961): Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Anchor Books: New York.

- GOLDBERG, D. P., BRIDGES, K., COOPER, W., HYDE, C., STERLING, C. and WYATT, R. (1985): Douglas House: A new type of hostel ward for chronic psychotic patients, in: *British Journal of Psychiatry*, 147, 383-388.
- GIBBONS, J. S. (1986): Care of 'new' long-stay patients in a District General Psychiatric Unit, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 582-588.
- GIBBONS, J. S. and BUTLER, J. P. (1987): Quality of life for 'new' long-stay Psychiatric in-patients: the effects of moving to a hostel, in: *British Journal of Psychiatry*, 151, 347-354.
- HARRIS, M. and BERGMAN, H. C. (1987): Case Management with the Chronically Mentally Ill: A Clinical Perspective, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 296-302.
- HYDE, C., BRIDGES, K., GOLDBERG, D., LOWSON, K., STERLING, C., & FARAGHER, B. (1987): The Evaluation of a Hostel Ward: A Controlled Study Using Modified Cost-Benefit Analysis, in: *British Journal of Psychiatry*, 151, 805-812.
- INTAGLIATA, J. (1982): Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management, in: *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-674.
- JONES, K. (1988): *Experience in Mental Health*, London, Sage Publications.
- KANTER, J. (1989): Clinical Case Management: Definition, Principles, Components, in: *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 361-368.
- MANN, S.A., and CREE, W. (1976): 'New' Long-stay Psychiatric Patients: A National Sample Survey of Fifteen Mental Hospitals in England and Wales 1972/3, in: *Psychological Medicine*, 6, 603-616.
- RAPP, C. A. and WINTERSTEEN, R. (1989): The Strengths Model of Case Management: Results from Twelve Demonstrations, in: *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 23-32.
- RENSHAW, J. (1988): Care in the Community: Individual Care Planning and Case Management, in: *British Journal of Social Work*, 18, 79-105.
- TEST, M. A. (1979): Continuity of Care. In: L. I. Stein (ed.): *Community Support Systems for the Long-Term Patient*, Jossey Bass, San Francisco.
- WYKES, T. (1982): A hostel-ward for 'new' long-stay patients: An evaluative study of a 'ward-in-a-house'. In: J. K. Wing (ed.): *Long Term Community Care: Experience in a London Borough*, *Psychological Medicine Mono-graph Supplement 2*, Cambridge University Press: Cambridge.
- WYKES, T. (1983): A follow-up of 'new' long-stay patients in Camberwell 1977-1982, in: *Psychological Medicine*, 13, 659-662.

# Zwischen Administration und Phantasie - Der praktische Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste am Beispiel des Bonner Vereins für gemeindenaher Psychiatrie

*Klaus Kregel*

## *Zur Situation in Bonn*

Das Angebot an stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen in Bonn sieht in Zahlen ausgedrückt folgendermaßen aus (alle Zahlen stammen aus dem Gutachten zur Erstellung eines Behindertenplanes für das Gebiet der Stadt Bonn, Teilbereich psychisch Behinderte, vorgelegt im April 1989):

Bonn hat am 31. 12.1988 295.295 Einwohnerinnen und Einwohner. Es existieren 13 Krankenhäuser mit 5400 Betten, davon als Fachkrankenhäuser/-abteilungen für Psychiatrie/Psychosomatik/Neurologie 4, nämlich die Rheinische Landeslinik, die Universitätsnervenklinik, das St. Marien-Hospital (psychosomatische Abteilung) und das Neurologische Rehabilitationszentrum Godeshöhe mit insgesamt 1394 Betten.

Die Rheinische Landeslinik erfüllt mit 830 Betten die Pflichtversorgung für das Gebiet der Stadt Bonn, den Rhein-Sieg-Kreis und für südliche Stadtteile Kölns. Ihr Angebot umfaßt 680 Betten im Fachbereich Psychiatrie und unter anderem eine Tagesklinik mit 20 Plätzen, eine 1988 modernisierte Arbeitstherapie mit 60 Patientenarbeitsplätzen, die auch ambulant/teilstationär genutzt werden können, Familienpflege mit gegenwärtig 32 in Familien lebenden Patienten und ein Projekt „Family Care“, das durch das Bundesforschungsministerium gefördert wird und ein Problemlösungstraining nach dem Falloonschen Konzept für psychisch Kranke und deren Angehörige darstellt, wenn sie zusammenleben oder in enger Beziehung zueinander stehen.

Landeslinik und Universitätsnervenklinik haben Ambulanzen. Darüber hinaus praktizieren 24 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie bzw. Neurologie und Psychiatrie, sieben Fachärzte anderer Gebietsbezeichnungen mit dem Zusatztitel Psychotherapie/Psychoanalyse und 18 psychoanalytische Praxen.

Der Bonner Verein für gemeindenahere Psychiatrie betreibt 1990 ein dezentrales Langzeitwohnheim mit 32 Plätzen, ein weiteres Haus mit zwölf Plätzen ist im Bau, weitere sind in diesem und in den nächsten Jahren geplant. Ambulant betreut der Verein ca. 190 Personen im Rahmen des betreuten Wohnens, des Tageszentrums, Marco's Studio und des Psychosozialen Dienstes (PsD).

Es gibt zwei Übergangswohnheime mit 30 und 24 Plätzen, eine Zweigwerkstätte für psychisch Behinderte mit 45 Plätzen in Trägerschaft der Lebenshilfe und betreute Wohngruppen mit 25 Plätzen und ergänzendem Nachsorgeangebot in Trägerschaft des Caritas-Verbandes.

In Siegburg im benachbarten Rhein-Sieg-Kreis arbeitet als einzige psychiatrische Spezialeinrichtung eine Tagesklinik. Ambulante Angebote, wie sie der Bonner Verein geschaffen hat, sind dort gegenwärtig im Entstehen.

Zum Verständnis der folgenden Ausführungen ist es wichtig zu wissen, daß die Rheinische Landesklinik gemeindenah am Rande der nördlichen Bonner Innenstadt liegt, was Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten für Patienten der Klinik zur Stadt und zu anderen Einrichtungen, anders als bei Kliniken „auf der grünen Wiese“, grundsätzlich erleichtert. Die drei sektorisiert arbeitenden Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie sind seit Jahren überbelegt.

Alle folgenden Ausführungen beziehen sich, soweit nicht ausdrücklich anders angegeben, auf allgemeinpsychiatrische Patienten ohne Suchtkranke und gerontopsychiatrische Fälle.

### *Die Gründungsphase des „Bonner Vereins“ bis 1981*

Der Bonner Verein für gemeindenah Psychiatrie e.V. wurde 1981 als Nachsorgeorganisation für ehemalige Bewohner des Übergangwohnheimes „Elisabeth-von-Thadden-Haus“ gegründet. Der Evangelische Kirchenkreis als Träger des Heimes sah sich nicht in der Lage, die notwendig werdenden Nachfolgeangebote selbst einzurichten, so daß der Verein mit dieser Zielsetzung von engagierten Laien, einzelnen Klinikmitarbeiterinnen und der evangelischen Krankenhauspfarrerin in der Landesklinik, die auch im Kuratorium des Übergangwohnheimes vertreten war, gegründet wurde.

Unter „Gemeindenähe“ wurde damals durchaus noch die zu den Kirchengemeinden verstanden. Wesentliche Grundprinzipien der Vereinsarbeit waren einerseits eine christliche Orientierung, die dazu führte, daß den „Ärmsten der Armen“, also den besonders unterprivilegierten Langzeitpatienten, für die es kaum Alternativen zur Anstalt zu geben schien, Lebensperspektiven außerhalb angeboten wurden und andererseits eine basisdemokratische Orientierung als Alternative zur Hierarchie der Klinik.

Aus der Orientierung an den unterprivilegierten Langzeitpatienten ergab sich von vornherein die Befriedigung von Grundbedürfnissen wie Wohnen und Sicherung der materiellen Lebensgrundlage als vorrangiger Arbeitsinhalt und nicht so sehr Rehabilitation als kürzerfristig weiterführende Maßnahme etwa in Richtung auf den „freien Arbeitsmarkt“.

Zu dieser Zeit befand sich die rheinische Psychiatrie in einer Krise, deren Höhepunkt 1978 die Schließung des LKH Brauweiler bei Köln darstellte.

In der Bonner Landesklinik wurde ab 1981 eine neue Betriebsleitung berufen, nachdem die vorherige ihre Ämter aufgeben mußte und eine kommissarische die Geschäfte führte.

In dieser Zeit bildeten sich psychiatriekritische bis antipsychiatrische Gruppierungen, allen voran der SSK, die eine Kooperation mit der Psychiatrie ablehnten, in Bonn seit 1978 repräsentiert durch das „Beschwerdezentrum“. Von

einer betont psychiatriekritischen Haltung ging auch der Bonner Verein aus, der zwar auf Kooperation mit der Klinik setzte, aber sein Selbstverständnis aus der kritischen Distanz herleitete. Eine institutionelle Kooperation gab es nicht, jedoch arbeiteten Klinikmitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen des Übergangwohnheimes im Verein mit der genannten Zielsetzung zusammen.

In der Gründungsphase entstanden das erste Haus des Langzeitwohnheimes und die ersten betreuten Wohngemeinschaften, wobei diese Betreuung ehrenamtlich oder gegen ein kleines Honorar geleistet wurde. Die Mitarbeiterinnen des Wohnheimes wohnten dem damaligen Konzept entsprechend mit im Heim. Dies ist in diesem ersten Haus bis heute der Fall.

Der Aufbau der ersten Wohngemeinschaften vollzog sich in engem Kontakt mit den jeweiligen Kirchengemeinden. Die Betreuerinnen waren Studenten der Psychologie und Theologie sowie Laien.

Ebenfalls 1978 entstand das „Kardinal-Galen-Haus“, ein Übergangwohnheim in Trägerschaft des Caritasverbandes.

Die Psychiatrische Hilfgemeinschaft am Rheinischen Landeskrankenhaus Bonn war seit 1976 Träger von drei bzw. vier Wohngemeinschaften ehemaliger Langzeitpatienten. Die Betreuung erfolgte nebenamtlich durch Klinikmitarbeiterinnen in deren Dienstzeit. Der Landschaftsverband Rheinland finanzierte diese WGs als überörtlicher Sozialhilfeträger bis 1978 als teilstationäre Einrichtungen und verwies dann auf die Zuständigkeit der Stadt Bonn, da nach seiner damaligen Auffassung die psychisch Behinderten soweit verselbständigt waren, daß seine Zuständigkeit nicht mehr gegeben war.

Die Angehörigen psychisch Krankerschlossen sich 1980 zum Verein „Hilfe für Psychisch Kranke“ zusammen. Ehrenamtlich wurde der „Kleidermarkt“ vom Verein „Freiwillige Helfer in der Psychiatrie“ im Gelände der Landesklinik betrieben, der Patientinnen gebrauchte Bekleidung zur Verfügung stellte. Der „Bürgerkreis“ veranstaltete regelmäßige Treffen für Patientinnen der Klinik und nahm damit die Funktion eines Freizeitclubs wahr.

In den Werkstätten für Behinderte in einer Bonner Randgemeinde arbeiteten ca. 20 LKH-PatientInnen zusammen mit geistig Behinderten. Die extramurale psychiatrische Landschaft dieser Zeit war gekennzeichnet durch Einzelinitiativen. Die WGs der Hilfgemeinschaft entstanden auf Betreiben der damaligen Krankenhaussozialarbeiterin, die Ursprünge des Bonner Vereins liegen wesentlich in der Initiative kirchlich engagierter Menschen, vor allem der evangelischen Krankenhauspfarrerin, und lassen sich wohl am ehesten als Bürgerinitiative mit sporadischer Beteiligung von Klinikmitarbeiterinnen bezeichnen.

Die Übergangwohnheime waren als damals schon am sichersten finanzierte Einrichtungen in Trägerschaft kirchlicher Verbände entstanden. Abgesehen von ihnen und den WGs der Hilfgemeinschaft traten die anderen Gruppierungen ohne Finanzierung ehrenamtlich ihr institutionelles Dasein an. Die (thera-

peutische) Phantasie machte sich also ohne verwaltungsstrukturellen Unterbau bemerkbar.

Der Bonner Verein leistete sich allerdings von der ersten Stunde an einen hauptamtlichen Geschäftsführer, der sein Honorar jedoch nur im Rahmen des schmalen Budgets abrechnen konnte.

Die Stadt Bonn spielte in der Versorgung chronisch psychisch Kranker - abgesehen von den Pflichtaufgaben des Gesundheitsamtes - keine Rolle. Dementsprechend sah das Gesundheitsamt seine vorrangige Aufgabe in der Erfüllung ordnungsbehördlicher Aufgabenstellungen, und das Sozialamt lehnte eine Übernahme der Kosten für die Wohngruppen als teilstationäre Einrichtungen ab und gewährte Hilfe zum Lebensunterhalt, wozu es nach dem Ausführungsgesetz NW zum BSHG ohnehin verpflichtet war.

Eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft hat es m Bonn bis zum Ende der siebziger Jahre gegeben. Sie erlangte nie wirklich politische Bedeutung und wurde danach nur im Rahmen der Suchtkrankenarbeit fortgesetzt.

Die wichtigen Trägerstrukturen der ambulanten Angebote stellten in deren Anfangsphase die Kirchen dar. Es wird kein Zufall sein, daß es in einer eher „konservativen Beamtenstadt“, wenn ich Bonn hier schlagwortartig einmal als solche bezeichnen darf, das Prestige der Kirchen war, in deren Schutz sich die ersten Schritte ambulanter psychiatrischer Arbeit vollzogen. Sie bzw. ihre Gemeinden boten die Unterstützung und vermittelten die gesellschaftliche Akzeptanz, die die psychisch Kranken und ihre Interessenvertreter brauchten, um außerhalb der Klinik Fuß fassen zu können.

Anderswo mögen andere gesellschaftliche Gruppierungen diese Aufgabe übernehmen. Ohne jede Unterstützung dieser Art ist die Entwicklung von Alternativen zur Klinik in der Gemeinde kaum denkbar oder doch wesentlich erschwert, wenn sie nicht von einer Klinik ausgehen oder sich die Kommune nicht selbst dieser Aufgabe annimmt.

### *Die Aufbauphase des „Bonner Verein“ bis 1986*

1986 stellt sich die sozialpsychiatrische Landschaft in Bonn folgendermaßen dar: Der Bonner Verein hat 1984 das zweite Haus seines Langzeitwohnheimes - wie das erste mit acht Plätzen - eröffnet und eine Art Beschäftigungstherapie eingerichtet, die den Bewohnern der Wohngruppen und des Wohnheimes eine Tagesstrukturierung ermöglichen soll. Aus dieser BT entwickelt sich seit deren Umzug in größere Räume ab 1985 „Marco's Studio“. Das Haus, in dem die BT vorerst noch untergebracht ist, dient entlassenen Klinikpatientinnen als Wohnraum mit Betreuung durch Honorarkräfte.

1983 beginnt der Angehörigenverein „Hilfe für psychisch Kranke“ neben seiner Beratungstätigkeit mit der systematischen Vermittlung von Arbeitstrainings- und Praktikumsplätzen. Es handelt sich dabei um ehrenamtliche Aktivitäten, die dem zunehmend spürbar werdenden Bedarf an besonderen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen gerecht zu

werden versuchen. Ähnlich wie beim Bonner Verein handelt es sich nicht um Versicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse - solche werden, wo es möglich erscheint, allerdings auch angestrebt -, sondern in erster Linie um Arbeitserprobungs- und Trainingsplätze bei Bonner Behörden und Verbänden für einige Stunden am Tag oder in der Woche.

1983 nimmt der Psychosoziale Dienst, ein Fachdienst für psychisch Behinderte in Versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen, seine Tätigkeit auf. Der PsD besteht zunächst aus einem ehemaligen Mitarbeiter des Kölner PsD und rechnet seine Tätigkeit auf der Basis von Einzelfällen mit der Hauptfürsorgestelle des Landschaftsverbandes Rheinland ab. Das Verwaltungsbüro des Bonner Vereins stellt 1986 einen ersten Versuch dar, Arbeitsplätze für psychisch behinderte Menschen in firmenähnlichem Rahmen zu schaffen. Gedacht war es als vereinseigene Verwaltung und-soweitmöglich -alsService-Betrieb,der auch externe Aufträge ausführen sollte. Das Projekt scheiterte schließlich nach einem Jahr. Die Darstellung der Gründe und Umstände ist ein Thema für sich. Ein wesentlicher Grund bestand darin, daß für ein Projekt dieser Art und Größe (drei anleitende Mitarbeiter, fünf psychisch behinderte Mitarbeiter) eine tragfähige Finanzierung nicht zu finden war, da die hohen Anforderungen, an die Zuschüsse - zum Beispiel der Arbeitsverwaltung - geknüpft sind, nicht erfüllt werden konnten; dies hauptsächlich deshalb, weil Versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse mit behinderten Personen nicht von vornherein bestanden. Das Scheitern dieses Projektes dürfte als symptomatisch für die Schwierigkeiten bei der Schaffung von Arbeitsplätzen für durch psychische Krankheit oder Behinderung in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkte Menschen zu sehen sein.

Als Ersatz bildeten sich danach einzelne Arbeitsgruppen, die Renovierungs-, Reinigungs- und Gartenarbeiten übernahmen. Die Notwendigkeit der Schaffung von Arbeitsprojekten ergab sich aus dem Interesse an einem Zuverdienst und auch aus der Tatsache, daß den Bewohnern der Heime und Wohngruppen die Arbeits- und Beschäftigungstherapieangebote fehlten, die sie als Patienten in der Landesklinik in Anspruch nehmen können. Außerdem gewinnt Arbeit im Leben außerhalb der Klinik im Vergleich zu diesem geschützten Raum auch grundsätzlich an Bedeutung,

In Trägerschaft des Vereins „Freiwillige Helfer für psychisch Kranke“ war 1982 im Rahmen der Modellförderung des Bundes das Tageszentrum entstanden. Diese Förderung lief 1985 aus. 1986 wechselte die Trägerschaft auf Initiative der Stadt zum Bonner Verein, worin sich das Bestreben zur Bündelung ambulanter psychiatrischer Angebote und die zunehmende Anerkennung der Fachkompetenz des Bonner Vereins ausdrückte, der unter den Trägervereinen mit 60 WG-Plätzen und 24 Wohnheimplätzen in mittlerweile drei Häusern sowie einer Kontakt- und Beratungsstelle (seit 1985) der größte und leistungsfähigste Anbieter ambulanter Leistungen geworden war. Das dritte Haus des Wohnheimes war 1986 eröffnet worden.

Die Kontakt- und Beratungsstelle hatte ihren Aufgabenschwerpunkt in der Koordination der Wohngemeinschaftsangebote und -betreuung. Marco's Stu-

dio entwickelte sich seit dem Umzug in neue Räume zu einer professionellen Seidenmalereiwerkstatt, wobei die Designer-Fähigkeit seines Leiters in der neuen Umgebung und mit neuem Konzept erst voll zutage traten.

Der Caritas-Verband hatte 1986 in den Räumen eines Klosters eine Holzwerkstatt als Beschäftigungsprojekt für ca. zehn seiner Wohnheim- und WG-Bewohner eingerichtet, wobei eine Beschränkung des Nutzerkreises auf den Träger nicht vorgesehen war, so daß auch Bewohner des Heimes und der WGs des Bonner Vereins oder der beiden Übergangwohnheime die Holzwerkstatt besuchen konnten, was entsprechend für Marco's Studio galt. 1986 wurde von Mitarbeiterinnen der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landesklinik der Verein „Eulenburg“ gegründet, der sich die Schaffung eines ambulanten Angebotes für seinen Patientenkreis zur Aufgabe setzte.

Auch in der Phase von 1981 bis 1986 fällt wiederum private Initiative (und Phantasie) als wesentliche Triebkraft für Neu- und Weiterentwicklung auf. Das Tageszentrum und der PsD finden dabei Finanzierungsmöglichkeiten vor; der Beschäftigungstherapie, Marco's Studio und den Praktikumsplätzen des Angehörigenverbandes fehlt eine Finanzierung.

Rat und Verwaltung der Stadt Bonn begannen 1984 die Situation psychisch Kranker und Behinderter insofern als zusammenhängende Aufgabenstellung wahrzunehmen, als sie den Auftrag zu einem Gutachten zur Situation der psychisch behinderten Menschen in Bonn als Teilbereich des „Behindertenplanes“ erteilten.

So sehr private Einzelinitiativen auch zum Entstehen einzelner Projekte führten, so sehr war die Gesamtsituation in Bonn aber auch von einem weitgehend unverbundenen Nebeneinander der Trägervereine und -initiativen gekennzeichnet, bei dem eher Konkurrenzängste als die Einsicht in die Notwendigkeit gemeinschaftlicher Gestaltung der gemeindepsychiatrischen Landschaft eine Rolle spielten.

Im Bonner Verein ziehen sich die Betroffenen zunehmend aus der offiziellen Vereinsarbeit zurück. Abgesehen von rein privaten Gründen nennen sie die Überforderung durch immer schwerwiegendere Entscheidungen, die sie im Vergleich zur Anfangsphase bei weitgehend unsicheren Finanzierungsgrundlagen mitzutragen haben, als wesentlichen Grund für ihren Rückzug vor allem aus der Vorstandsarbeit.

Entsprechend nimmt das Engagement psychiatrischer Profis zu, wobei hier Klinikmitarbeiterinnen in Erscheinung treten, die im Rahmen von Nebentätigkeiten auf Honorarbasis Betreuungsaufgaben übernehmen und so einerseits betreuerische Kontinuität für die Klinikpatienten während ihrer Entlassung gewährleisten und andererseits ein quantitativ und qualitativ angemessenes Angebot an erfahrenen Fachkräften darstellen, die sich der Verein bis 1986 als Festangestellte nicht leisten konnte.

Gegenwärtig zeichnet sich eine neue Entwicklung ab:

Auf Anregung und mit Unterstützung der Mitarbeiterinnen werden in den einzelnen Vereinsbereichen Sprecher der Besucher und Bewohner gewählt, die an den Vorstandssitzungen teilnehmen und die, dahin geht das gegenwärtige Denkmodell jedenfalls, einen Beirat bilden könnten.

### **Die Entstehung des Bonner Vereins für gemeindenahe Psychiatrie und anderer gemeindepsychiatrischer Initiativen in Bonn**

#### Tabellarische Übersicht

1978 Psychiatrisches Übergangwohnheim „Elisabeth von Thadden-Haus“, Träger: Evangelischer Kirchenkreis

#### **Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.**

1981 1. Dauerwohnheimhaus (Both's Haus)

1983 Wohngemeinschaftshaus, später 3. Wohnheimhaus

1984 2. Dauerwohnheimhaus (Ungartenhaus)

1985 Beschäftigungstherapie, später „Marco's Studio“

1985 Kontakt- und Beratungsstelle

1986 „Verwaltungsbüro“, Arbeitsprojekt, anschließend einzelne Arbeitsprojekte und -gruppen, Einrichtungen der „Nähstube“  
Schaffung einzelner Arbeitsplätze in der Vereinsverwaltung

1986 1. Tageszentrum

1986 Seit 1981 ca. 60 Plätze im „Betreuten Wohnen“  
Finanzielle Förderung durch den Landschaftsverband Rheinland und die Stadt Bonn

1986 3. Dauerwohnheimhaus (Pinel-Haus)

1987 Übernahme der Trägerschaft des Psychosozialen Dienstes (PsD)

1987 Anerkennung als Sozialpsychiatrisches Zentrum

1987 4. Dauerwohnheimhaus

1989 Übernahme der Wohngemeinschaften der „Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft“, 115 Plätze im „Betreuten Wohnen“ (+ 10 im benachbarten Rhein-Sieg-Kreis)

1989 Übernahme des „Kleidermarktes“

1990 Umzug des Tageszentrums und der Kontakt- und Beratungsstelle in gemeinsame Räume

1990 5. Dauerwohnheimhaus im Bau (Eröffnung 1991)

Abb. 1

### *Weiterer Aufbau und Konsolidierung bis 1990*

Ein wesentlich verändertes Bild ergibt sich 1990: Der Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie hat seit 1987 ein „Sozialpsychiatrisches Zentrum“ (SPZ), das den Anforderungen des Landschaftsverbandes Rheinland entsprechend aus Kontakt- und Beratungsstelle, integriertem Tageszentrum, Marco's Studio und dem Psychosozialen Dienst besteht. Der Landschaftsverband fördert dieses SPZ, das weitgehend den Vorstellungen vom gemeindepsychiatrischen Verbund entspricht, mit einem Zuschuß in Höhe von DM 60 000 jährlich.

Die Förderung ist an folgende Voraussetzungen gebunden: Durch das SPZ sollen insbesondere chronisch psychisch Kranke, die ein dauerhaftes Betreuungsangebot benötigen, erreicht werden. Durch die niedrige Zugangsschwelle ist es auch für sonst schwer zugängliche bzw. kontaktschwierige und daher oft unterversorgte Klientengruppen geeignet. Das Angebot soll im Idealfall folgende Bereiche enthalten:

- Einzelberatung/Gesprächsgruppen
- tagesstrukturierende Angebote im Sinne einer integrierten Tagesstätte
- Betreuung von Wohngruppen
- Ambulanter Dienst zur nachgehenden Betreuung am Arbeitsplatz (PsD)
- Beschäftigungsmöglichkeiten
- Aufsuchende und nachgehende ambulante Betreuung

Das SPZ muß zu besucherfreundlichen Tageszeiten, insbesondere auch in den Abendstunden und am Wochenende, geöffnet sein. Eine Kontaktaufnahme mit dem SPZ oder einzelnen Mitarbeitern muß für Krisenfälle rund um die Uhr gesichert sein.

Das SPZ muß die Möglichkeit zu einer aktiv nachgehenden Hilfe (Geh-Struktur) gewährleisten und darf sich nicht auf die Komm-Struktur beschränken.

Der jeweilige Träger übernimmt die Zuständigkeit für ein definiertes Versorgungsgebiet von 150000 bis 250000 Einwohnern. Ein Anspruch auf die Förderung besteht nicht.

Das SPZ ist das Ergebnis einer zielstrebigem Politik des Vereins, in deren Verlauf er dessen einzelne Bestandteile in seiner Trägerschaft zusammenfaßte.

Das Tageszentrum wird seit 1986 in Trägerschaft des Vereins im Anschluß an die auslaufende Modellfinanzierung von der Stadt - allerdings nicht kostendeckend - finanziert. Mit dem Umzug in neue Räume befinden sich Tageszentrum und Kontakt- und Beratungssteile unter einem Dach in einer ehemaligen Sparkassenfiliale in zentraler Südstadtlage, wodurch die konzeptionelle Integration dieser beiden Bereiche nun auch ihren räumlichen Ausdruck findet.

bestehenden Psychosozialen Dienst vereinbart, dem die Stadt und die Hauptfürsorgestelle zustimmen und durch das der Bonner Verein Träger des PsD wird. Der PsD wird nach der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes und der Ausgleichsabgabeverordnung auf dieser neuen gesetzlichen Grundlage kostendeckend und nicht mehr auf der Basis von Einzelfallabrechnungen finanziert. Die Platzzahl des Vereins beim betreuten Wohnen hat sich in Bonn auf 115 erhöht. Mit dem Inkrafttreten der Richtlinien des Landschaftsverbandes Rheinland über die Förderung von Wohngemeinschaften für Behinderte im Jahre 1986 wurde das System des betreuten Wohnens beim Bonner Verein auf eine akzeptable Finanzierungsgrundlage gestellt, wenn auch die WG-Förderung eine freiwillige Leistung blieb, das heißt, die Bewohner hatten keinen Rechtsanspruch darauf und der Verein als Träger konnte nicht davon ausgehen, daß die Förderung in den Folgejahren jeweils im mittlerweile realisierten Umfang weiterlaufen würde.

Ein Gesetzentwurf, der das betreute Wohnen als Rechtsanspruch kodifizieren sollte, wurde in der vergangenen Legislaturperiode des nordrhein-westfälischen Landtages nicht mehr verabschiedet. Die Richtlinien besagen kurz gefaßt, daß der Landschaftsverband 75% der Betreuungskosten bei einem Personalschlüssel von 1 : 12 bei Wohngruppen und Alleinwohnenden übernimmt, wenn die Kommune den WG-Bedarf anerkennt und 25% aufbringt. Außerdem gewährt der LV eine Jahrespauschale von DM1200 für einen „armen“ Träger und von DM 900 für einen „reichen“ Träger pro WG-Platz. Als „reiche“ Träger gelten insbesondere die Wohlfahrtsverbände. Der Träger hat für eine angemessene Tagesstrukturierung zu sorgen. Möglichkeiten zur Beschäftigung/Tätigkeit sind selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen vorzuhalten. Soweit nötig, ist die Förderung nicht befristet, ihre Notwendigkeit ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Das Interesse der Bewohnerinnen hat sich im Laufe der Jahre vom Leben in Wohngruppen zum paarweisen Zusammenleben oder zum Alleinwohnen verlagert.

Die Wohngemeinschaftsförderung des Landschaftsverbandes Rheinland stellt für den Bonner Verein die wichtigste verwaltungsmäßige Realisierung einer Phantasie dar. Der Verein ist der größte WG-Träger im Rheinland.

Die Wohngemeinschaften der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft kommen 1989 auf Initiative ihres neuen Vorsitzenden und leitenden Arzt der Landesklinik zum Bonner Verein, da sie für die Hilfgemeinschaft, die rein ehrenamtlich betrieben wird, zu einer zu großen Belastung geworden sind.

Marco's Studio hat sich zu einer Produktionsstätte anspruchsvoller Seidenmalerei entwickelt, seine Produkte liegen seit einiger Zeit „voll im Trend“. Das bringt Vor- und Nachteile mit sich: Hohe Umsätze, jedoch ohne ausreichende wirtschaftliche Stabilität, um als Selbsthilfefirma bestehen zu können. Feste Arbeitsverhältnisse für Betroffene haben sich nur in zwei Fällen realisieren lassen, im übrigen arbeitet das Studio wie eine Zuverdienstfirma. Es bedarf

einer ständigen Balance zwischen leistungsorientierter Produktion - zeitweise mit Aushilfskräften - und möglichst druckfreiem geschütztem Beschäftigungsangebot, wobei es bisher gelungen ist, die 20 bis 25 geschützten Plätze zu erhalten. Das „Studio“ ist der „Paradiesvogel“<sup>11</sup> unter den Vereinseinrichtungen, aber auch das wirtschaftliche Sorgenkind insbesondere des Geschäftsführers.

Arbeitsplätze für psychisch behinderte Mitarbeiterinnen hat der Verein auch in seiner Verwaltung geschaffen. Dort arbeiten zwei Teilzeitkräfte und einige Betroffene auf Zuverdienstbasis.

Abgesehen vom Sozialpsychiatrischen Zentrum hat der Verein auch sein Langzeitwohnheim weiterentwickelt. Nach dem dritten Haus 1986 wird 1987 ein viertes eröffnet, das sich konzeptionell von den anderen dadurch unterscheidet, daß es für junge chronische Patienten der Landeslinik mit höherem Personalschlüssel und geringerer Platzzahl (sechs statt acht) eingerichtet wird. Die Bewohner haben schon in der Landeslinik in einer Gruppe zusammengelebt und sind zusammen ins Heim umgezogen, was nicht nur für Wohnheime, sondern auch für Wohngemeinschaften eine ungleich günstigere Ausgangsbasis darstellt, als kurzfristig zusammengestellte Gruppen. Das fünfte Haus des Wohnheims, das ein gezieltes Angebot für ältere chronische Patienten enthalten soll, ist im Bau, über ein sechstes finden gerade Gespräche mit dem LVR und der Landeslinik statt.

Der Caritas-Verband plant die Eröffnung eines zweiten Tageszentrums für Bonn im Stadtteil Beuel, der Bonner Verein die Eröffnung eines weiteren im Stadtteil Bad Godesberg.

Die Stadt befürwortet die Erhöhung der Platzzahl im betreuten Wohnen auf 200, da der Bedarf vor allem aus der Landeslinik und den Heimen nach wie vor vorhanden ist. Angesichts der katastrophalen Verhältnisse auf dem Bonner Wohnungsmarkt ist der Verein mit Unterstützung der Stadt dazu übergegangen, ein neues Wohnheimhaus für seine Klienten durch eine städtische Wohnungsbaugesellschaft errichten zu lassen. Neben städtischen Zuschüssen wurde die Finanzierung der Wohnheimhäuser bisher durch Zuschüsse der Aktion Sorgenkind und der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes sichergestellt.

Der Verein „Eulenburg“ ist mittlerweile Träger einer ersten Wohngemeinschaft, die mit Tagessätzen finanziert wird. Er strebt langfristig eine engere Kooperation mit dem Bonner Verein an.

1989 ist auch der Kleidermarkt in die Trägerschaft des Bonner Vereins übergegangen, nachdem der ursprüngliche Trägerverein sich aufgelöst hat und dem Kleidermarkt ebenfalls die Auflösung drohte.

Die „Bonner Werkstätten“ (ehemals Werkstätte für Behinderte) haben 1988 eine Zweigwerkstatt für psychisch Behinderte in Bonn eröffnet, in der mittlerweile 45 Heimbewohner, Landeslinikpatienten, WG-Bewohner und andere

arbeiten. Mitte der 80er Jahre war ein Versuch gescheitert, eine solche Zweigwerkstatt in gemeinsamer Trägerschaft der Lebenshilfe, des Caritas-Verbandes und des Bonner Vereins einzurichten, so daß sich die Bonner Werkstätten angesichts des immer deutlicher formulierten Bedarfs an geschützten Arbeitsplätzen entschlossen, diese Werkstatt in eigener Trägerschaft zu realisieren. Der psychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes ist auf zwei Fachärzte und drei Sozialarbeiterinnen erweitert worden. Bis Ende der 70er Jahre bestand er aus einem Arzt und zwei Sozialarbeiterinnen.

Sie werden sich vielleicht fragen, wie es zu einer so bemerkenswerten Entwicklung neuer Projekte in den letzten Jahren in Bonn kam. Diese Entwicklung ist nicht denkbar ohne das eingangs zitierte Gutachten zur Erstellung eines Behindertenplanes für das Gebiet der Stadt Bonn, Teilbereich Psychisch Behinderte, das im April 1989 vorgelegt wurde. In diesem Gutachten wurde in städtischem Auftrag zum ersten Mal umfassend die Situation der psychisch behinderten Bonner Bürger dargestellt und der Bedarf an Diensten und Einrichtungen formuliert. Schon im Verlauf der Befragung für dieses Gutachten wurden den Beteiligten die Defizite im ambulanten gemeindepsychiatrischen Angebot klar, wenn sie sie nicht ohnehin schon kannten, und der erkennbar werdende Bedarf bewirkte sicherlich neue Ideen und konkrete Bemühungen zu ihrer Realisierung. Außerdem begann die Bereitschaft zu einer längst notwendigen und sinnvollen Kooperation der verschiedenen Bonner Trägervereine zu wachsen. So entstand schließlich im Herbst 1989 auf Initiative des Geschäftsführers des Bonner Vereins die Interessengemeinschaft Gemeindepsychiatrie Bonn, die sich als Verhandlungs- und Ansprechpartnerin für den Rat und die Verwaltung der Stadt Bonn versteht und die dem unfruchtbaren Nebeneinander einzelner Trägervereine endgültig ein Ende setzen will.

Die IG Gemeindepsychiatrie ist der AGPR (Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland) nachempfunden, die sich als Interessenvertretung der sozialpsychiatrischen Trägervereine im Rheinland gebildet hatte.

Es ist damit tatsächlich gelungen, alle psychosozialen und sozial-psychiatrischen Trägervereine und Initiativen in Bonn zusammenzufassen. Die IG Gemeindepsychiatrie ist auch ein Reflex auf das Gutachten der Expertenkommission und der dort entwickelten Forderung nach einem gemeindepsychiatrischen Verbund mit entsprechenden Kooperationsformen. Insbesondere wollten sich die Bonner Trägervereine einer möglichen städtischen Koordination gegenüber eine ausreichend starke Position sichern, mit der sie ihre mühsam erkämpften Erfolge sichern und ausbauen konnten. Nicht unerheblich für das Zustandekommen der Interessengemeinschaft war auch ein Wechsel in den Mehrheitsverhältnissen in den parlamentarischen Gremien der Stadt nach der letzten Kommunalwahl, der eine verstärkte gemeinsame Vertretung ratsam erscheinen ließ. Als ein Stück vielleicht recht verwegener Phantasie läßt sich auch die von der IG formulierte Vorstellung sehen, den Koordinator bei ihr anzusiedeln. Jedenfalls war man sich einig, daß man sich

nach den langen Jahren des „Zusammenraufens“ nun auch von keinem städtischen Koordinator mehr „hineinreden“ lassen wollte.

Das Gutachten über die Situation der psychisch behinderten Menschen in Bonn stellt abschließend einen Prioritätenkatalog auf, der die Bereiche Krisenintervention, Arbeit und Beschäftigung sowie die Vermehrung von Tagesangeboten und kontaktstiftenden Möglichkeiten nennt.

Dem letztgenannten Erfordernis trägt die Eröffnung der beiden neuen Tageszentren in Bad Godesberg und in Beuel Rechnung. Der Bonner Verein prüft gegenwärtig die Voraussetzungen für einen Kriseninterventionsdienst nach Solinger Vorbild. Dafür wäre unter anderem die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie nötig, die einen Hintergrunddienst bilden sollten, wenn der nicht-ärztliche Krisendienst allein keine angemessene Interventionsmöglichkeit mehr anbieten kann. Der im Vorstand des Bonner Vereins vertretene Facharzt hat dieses Thema bereits mehrfach bei seinen Kollegen angesprochen und konnte eine grundsätzliche Kooperationsbereitschaft zumindest einiger niedergelassener Psychiater erreichen.

Zum Thema „Arbeit und Beschäftigung“ hatte sich mit dem Entstehen der Zweigwerkstätte für psychisch Behinderte der „Arbeitskreis Rehabilitation“ gebildet, der ähnlich der IG Gemeindepsychiatrie eine gemeinsame Vertretung aller an diesem Thema interessierten Träger und Initiativen darstellt. Sein ursprüngliches Anliegen bestand darin, bei der konzeptionellen Gestaltung dieser Werkstätte mitzuwirken und die Anliegen der dort Arbeitenden aufzugreifen und dem Träger gegenüber zu formulieren. Mittlerweile hat sich das Aufgabenspektrum erweitert. Thema ist jetzt der (kaum vorhandene) Bonner Arbeitsmarkt für psychisch behinderte Menschen. Neben der Schaffung von Arbeitsplätzen geht es vor allem um eine angemessene Differenzierung und Abstimmung der Angebote, die erhebliche Lücken insbesondere zwischen der Werkstätte und anschließenden weiterführenden Beschäftigungsmöglichkeiten erkennen lassen.

Als einer der nächsten Schritte ist die konkretere Einbindung des örtlichen Arbeitsamtes in die hoffentlich kreativen Phantasien zum Thema Arbeit und Beschäftigung geplant.

#### *Vier wesentliche Gesichtspunkte*

Abschließend möchte ich die vorangegangene Darstellung noch einmal unter vier Gesichtspunkten betrachten.

1. Der Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie ist nicht - wie ähnliche Vereine anderenorts - aus der Klinik heraus und von ihr wesentlich getragen entstanden.

Das machte eine andere Stütz-Struktur in der Anfangsphase nötig, die in Bonn von den Kirchen, ihren Gemeinden und Verbänden - im Falle des Bonner Vereins von der evangelischen Kirche - zur Verfügung gestellt wurde.

Dementsprechend ist der Verein dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland angeschlossen.

Im Laufe der Vereinsentwicklung hat sich jedoch eine Annäherung zwischen Landeslinik und Verein herausgebildet, die von beiden Seiten gefördert wurde - für die Landeslinik insbesondere vom seit 1981 tätigen leitenden Arzt. Ausdruck der kooperativen Annäherung ist auch die Tatsache, daß ich als Sozialarbeiter der Landeslinik seit 1988 Vorsitzender des Vereins bin und dafür bis zu vier Stunden wöchentlich vom Dienst freigestellt bin. Ferner hat es einen Dienstüberfassungsvertrag mit der Klinik gegeben, durch den das finanzielle Risiko einer unbefristeten Übernahme eines Klinikmitarbeiters durch den Verein in den ersten beiden Jahren aufgefangen werden konnte,

Gegenwärtig wird die Planung für weitere Häuser des Langzeitwohnheims des Vereins in enger Abstimmung mit Stationen der Klinik vollzogen. Entsprechendes gilt für die Planungen der ambulanten Arbeit des Vereins. Besonders in der Anfangsphase waren personelle Verflechtungen hilfreich, wenn nicht sogar unerlässlich. Das gut exemplarisch für die Gründungsvorsitzende, die gleichzeitig Klinikpfarrerin und Kuratoriumsvorsitzende eines Übergangswohnheims war, wie für mich als derzeitigen Vorsitzenden und Kliniksozialarbeiter.

2. Der Verein hat in seiner Anfangsphase von der Qualifikation und/oder dem Engagement seiner Gründungsmitglieder gelebt. Sie mußten in ihrer Person ersetzen, was strukturell (noch) nicht vorhanden war. Dafür war sozusagen ihre tätige Phantasie erforderlich. Später hat diese dann zur Weiterentwicklung des Vereins und der gemeindepsychiatrischen Strukturen geführt oder beigetragen.

Dabei kam es auch auf den gezielten Einsatz von Professionalität, Ehrenamtlichkeit, ehrenamtlicher Professionalität und nebenamtlicher Honorartätigkeit an. Beispielhaft für persönliche Qualifikation und Engagement sind die von Anfang an hauptamtlichen Geschäftsführer. Ohne den derzeitigen Geschäftsführer, einen ehemaligen Wirtschaftsmanager, der den Aufbau des Vereins zu seiner „zweiten Lebensaufgabe“ gemacht hat, ist der Bonner Verein in seiner heutigen Form nicht denkbar. Gleiches gilt, was Marco's Studio betrifft, für dessen Leiter, einem ausgebildeten Industriedesigner, der sich mit Leib und Seele seiner Aufgabe verschrieben hat.

Wichtig ist auch der Zeitpunkt, zu dem man eine Aufgabe professionell, und sei es auch auf Honorarbasis, bearbeiten läßt. Fehlende oder zu spät eingesetzte Professionalität verhindert mögliche und notwendige Entwicklungsschritte.

In gewissem Maße kann das besondere Engagement seiner Mitglieder die Entwicklung eines Vereines voranbringen, es kann aber nicht auf Dauer fehlende Finanzierung insbesondere von Geschäftsführungsaufgaben, Management und Verwaltungstätigkeiten ersetzen. In dieser Hinsicht ist der Bonner

Verein nach wie vor auf das Entgegenkommen einzelner Kostenträger angewiesen, die ein Einsehen in diese Problematik zeigen. Der Leiter des Bonner Sozialamtes hat den Verein einmal als „maßlos rührig“ bezeichnet. Er muß wohl das geschilderte besondere Engagement gemeint haben, ich habe diese Äußerung jedenfalls als Kompliment verstanden.

3. Um seiner Aufgabe als gemeindepsychiatrischer Trägerverein auf Dauer gerecht zu werden und sich weiterentwickeln zu können, waren Finanzierungs- und Förderrichtlinien (zum Beispiel durch den Landschaftsverband Rheinland) nötig. Intern gab sich der Verein eine Struktur, die seinem Selbstverständnis entsprach.

Der Vorstand hatte ein Gutachten in Auftrag gegeben, das sich mit der Führungsstruktur des ehrenamtlich geleiteten Vereins befassen sollte.

Die Ergebnisse lauten kurz gefaßt: Angesichts der Größe des Vereins (im Jahre 1988) ist jede Entscheidungskompetenz so weit wie möglich an die Mitarbeiter bzw. die Vereinsbereiche und deren Leiter sowie an den Geschäftsführer zu delegieren. Die Vorstandsmitglieder beschränken sich auf die Formulierung von Rahmenrichtlinien und die Auswahl qualifizierter Mitarbeiter und gewährleisten die Fachaufsicht. Extern besteht ihre vordringliche Aufgabe in verstärkter Öffentlichkeitsarbeit. Die bestehende Vereinsstruktur mit differenzierten Mitbestimmungsrechten der Mitarbeiterinnen wurde beibehalten und wird gegenwärtig im Verein neu diskutiert.

Ein Strukturelement stellt vereinsintern auch die hohe personelle Kontinuität der Vorstandsmitglieder dar. Bis auf zwei (von acht) sind alle entweder seit der Gründung oder über die Hälfte der Bestandszeit des Vereins im Vorstand. Neue Vorstandsmitglieder wurden immer nach dem „Sympathieprinzip“ (wer paßt zu uns, wen brauchen wir jetzt?) geworben. Die Beziehungen zueinander sind durch einen glücklichen Kompromiß zwischen sachlicher Distanz und auch Divergenz einerseits und gegenseitiger persönlicher Kenntnis andererseits gekennzeichnet, was dazu führt, daß immer mal wieder jemand produktiv „querliegt“ oder ein Projekt oder eine Idee mit besonderem Engagement vertritt, wobei diese Rollen in den letzten Jahren entsprechend ihrer Zahl und Bedeutung zunehmend den Mitarbeiterinnen zukamen. Die Vorstandssitzungen sind grundsätzlich Vereins- und mitarbeiteröffentlich, was die Sache meist nicht unbedingt einfacher, aber im Ergebnis oft stabiler macht.

Für die vereinsexternen, gemeindenahen Strukturen mögen die Interessengemeinschaft Gemeindepsychiatrie, der Arbeitskreis Rehabilitation sowie die überregional geschaffenen Strukturen in Form von Förder- und Finanzierungsrichtlinien oder Empfehlungen der Expertenkommission stehen.

4 Mit der Gründung des Bonner Vereins haben wir in Bonn einen Prozeß in Gang gesetzt, der von der Befriedigung von Grundbedürfnissen von psychisch kranken Menschen ausging und bei deren Eintritt in die Arbeitswelt auf partielle oder (hoffentlich) noch vorläufige Grenzen stößt. Diese Entwicklung

### **Andere private Initiativen**

- 1976 Wohngemeinschaften der (ehrenamtlich/nebenberuflichen) Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft am Rheinischen Landeskrankenhaus Bonn
- 1980 Hilfe für psychisch Kranke e.V. (Angehörigenverband)
- 1982 Tageszentrum des Vereins „Freiwillige Helfer in der Psychiatrie e.V.“ (1986 zum Bonner Verein)  
„Kleidermarkt“ (1989 zum Bonner Verein)  
Bürgerkreis (Patientenclub)
- 1983 Praktikumsplätze des Angehörigenverbandes (Stundenweise Arbeits- und Beschäftigungsplätze für Psychisch Kranke)
- 1983 Psychosozialer Dienst (PsD), 1987 zum Bonner Verein
- 1986 Verein „Eulenburg“ (Ehrenamtlich/nebenberuflicher Trägerverein für kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen)
- 1989 Interessengemeinschaft Gemeindepsychiatrie

### **Andere Institutionen in öffentlicher oder Verbandsträgerschaft**

- Rheinische Landeslinik Bonn
- Universitätsnervenklinik
- Psychosomatische Abteilung des Marienhospitals
- Psychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes
- Werkstätte für Behinderte (Lebenshilfe)
- 1978 Kardinal Galen-Haus, Übergangwohnheim für Psychisch Kranke (Caritas-Verband)
- 1981 Wohngemeinschaften und psychiatrische Nachsorge des Caritas-Verbandes
- 1986 Holzwerkstatt des Caritas-Verbandes
- 1988 Zweigwerkstätte für psychisch Behinderte (Lebenshilfe)
- 1988 Arbeitskreis Rehabilitation, „Runder Tisch“ zum Thema Arbeit für psychisch kranke Menschen
- 1990 Tageszentrum des Caritas-Verbandes

Abb. 2

scheint mir zumindest in einigen Aspekten den Charakter eines zu seiner Vervollständigung tendierenden Systems zu haben.

Jedenfalls ist es nach unseren Bonner Erfahrungen eine Illusion zu glauben, diesen Prozeß aufhalten oder beschränken zu können. Das bedeutet wohl, daß Menschen, die anderswo ähnliche Prozesse in Gang setzen, sich die Komplexität ihres Unterfangens klar machen, sich jedoch dadurch nicht davon abhalten lassen sollten, sondern grundsätzlich und frühzeitig nach

Kooperations- und Bündnispartnern Ausschau halten sollten. Der Prozeß scheint auch von einer anderen Ausgangsposition her angebar zu sein, er verliert dadurch aber nichts von seiner Komplexität.

## Zusammenfassung

1. Der Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie ist nicht, wie ähnliche Vereine anderenorts, aus der Klinik heraus oder von ihr wesentlich getragen entstanden. Er benötigte deshalb eine andere „Stütz-Struktur“ zu seiner Entstehung, die er bei der evangelischen Kirche, ihren Gemeinden und Verbänden fand.

2. Der Verein hat in seiner Anfangsphase von der Qualifikation und dem besonderen Engagement seiner Gründungsmitglieder gelebt. Sie mußten zusammen mit der „Stütz-Struktur“ ersetzen, was an gemeindepsychiatrischer Struktur noch nicht vorhanden war. Im Verlauf der weiteren Entwicklung kam es entscheidend auf den gezielten Einsatz professioneller und hauptamtlicher Tätigkeit an.

3. Um seiner Aufgabe als gemeindepsychiatrischer Trägerverein auf Dauer gerecht zu werden und sich weiterentwickeln zu können, waren Finanzierungs- und Förderrichtlinien (zum Beispiel durch den Landschaftsverband Rheinland) nötig. Intern gab sich der Verein eine Struktur, die seinem Selbstverständnis entsprach.

4. Mit der Gründung des Vereins wurde ein Prozeß in Gang gesetzt, der von der Befriedigung der Grundbedürfnisse Wohnen und Sicherung der materiellen Lebensgrundlage chronisch psychisch kranker Menschen ausging und bei deren Eintritt ins Arbeitsleben auf (vorläufige?) Grenzen stößt.

# Berufliche Rehabilitation und Arbeit - wie kann ihre Integration in die Gemeindepsychiatrie vorgebracht werden

*Christine Haerlin*

Die Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland hat seit Beginn der 80er Jahre die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie der Rheinischen Landeskliniken systematisch gefördert und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation für psychisch Behinderte unterstützt, vor allem den Aufbau der Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte. Es ist außerdem ihre Aufgabe, den Trägern der ambulanten Versorgung beim Aufbau von tagesstrukturierender Beschäftigung und Arbeit beizustehen und sie zu beraten.

Die Vorbereitung dieses Referates hat mir jedoch insofern Mühe bereitet, als ich den Eindruck habe, daß die Grundprinzipien der Rehabilitation und Arbeit zuweilen querstehen zu jenen, die wir bisher für den Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste angewandt haben. Ich glaube, daß es noch nicht genügend Auseinandersetzung zwischen den Grundprinzipien gemeindenaher Versorgung und jenen gemeindenaher Rehabilitation und Arbeit gegeben hat. Es scheint immer zunächst um die gemeindenahe Grundversorgung zu gehen und erst viel später um Rehabilitation. Auch hier schlägt es sich durch die Reihenfolge der Referate in dieser Tagung nieder. Ich bin jedoch der Überzeugung und habe dies bei meinem Lehrmeister Douglas Bennett gelernt, daß Rehabilitation als Prozeß frühzeitig und parallel zur gemeindenahen Grundversorgung ansetzen muß.

Wird der Begriff „*Berufliche Rehabilitation*“<sup>1</sup> und Arbeit eingeführt, so wäre es interessant, eine Kurzbefragung zu machen, welche Reize er hier in Ihren Köpfen auslöst. Ich vermute, daß es ebensoviel aggressive, negative Reize wie positive Assoziationen gibt. Vielleicht entstehen vor Ihren geistigen Augen „Betonrehabilitationswerke“ - sicherlich gibt es in der Bundesrepublik genügend davon, z. B. an den Orten der Berufsförderungswerke. Vielleicht entsteht vor ihrem geistigen Auge auch eine Verschickung quer durch die Republik, z. B. von Dortmund nach Heidelberg, wo bekanntermaßen psychisch Behinderte ausgebildet werden. Ich vermute auch, daß in vielen Köpfen, die sich relativ ideologiefrei wähnen, die Vorstellung einer technologiestrotzenden, krankmachenden Arbeitswelt existiert - und ein Teil davon ist sicher auch realistisch. Die Welt des Berufes und der Arbeit (wenn sie nicht die Welt der sozialen Arbeit ist) ist hart, rau, eckig und stressig - also eine Gegenwelt zu der weichen, als menschenwürdig geltenden Welt der Therapie.

Wir alle gehören zu der Welt der Therapie und haben uns bewußt durch unsere Berufswahl eindeutig für diesen Sektor entschieden. Dennoch würde hier im Saale keiner bestreiten, daß er nicht auch dazu beitragen möchte, für seine Patienten Mittel und Wege zu finden, wieder einer sinnvollen Beschäftigung, Arbeit oder gar beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Solange Beschäfti-

gungstherapie, Arbeitstherapie oder tagesstrukturierende Betätigung Teil der klinischen oder auch der gemeindepsychiatrischen Welt sind und sich diesem System unterordnen, läßt sich alles recht gut gestalten. Jeder aber, der sich vornimmt, durch Rehabilitation die Welt der Therapie oder sozialen Betreuung zu verlassen, um z. B. den Betroffenen ein möglichst unabhängiges Leben in eigener Regie zu ermöglichen, arbeitet extrem gegen den Wind:

- Es werden an den Patienten harte Anforderungen gestellt.
- Das therapeutische System verliert einen Patienten, der, wie wir wissen, ja auch unser „Arbeitgeber“ ist und unsere Daseinsberechtigung begründet.
- Die Familie gerät aus der Balance, wenn der Patient seine altbekannte Rolle und Funktion verläßt.
- Die Arbeitgeber können im Prinzip keine leistungsschwachen Mitarbeiter gebrauchen.

Wenn wir gründlich über das Ansinnen der beruflichen Rehabilitation nachdenken, so müssen wir auf einer bestimmten Ebene zugeben, daß dies weder der Betroffene und seine Familie, noch die Welt der Therapie, noch die Welt der Arbeit wirklich wollen.

Die entscheidende Frage ist also: Gestalte ich eine „weiche“ konfliktarme Rehabilitation als systemimmanente Tagesstrukturierung innerhalb einer womöglich lebenslangen Behinderung? Kommt dies zumeist für Langzeitbetroffene in Frage?

oder:

Gestalte ich eine „harte“ Rehabilitation im Konfliktfeld zwischen den Systemen als Sprungbrett für ein Leben außerhalb der Psychiatrie, als Kontrapunkt und Gegenprogramm zur lebenslangen beschützenden Patientenrolle? Kommt dies vor allem für die jüngeren „chronisch Kranken“ in Frage, die durch die Drehtüren der Kliniken gehen?

Werden sie zu langzeitbetroffenen chronisch Kranken, wenn wir zu spät agieren, oder sind es zwei getrennte Gruppen? Dies scheint bis heute nicht eindeutig beantwortet.

In jedem Fall sind alle Betroffenen in meinem Verständnis rehabilitationsfähig  
- es handelt sich um einen Weg, den jeder ein Stück weit gehen kann, und nicht um ein Ziel, daß eine Gruppe von vorneherein ausschließt, weil es zu hoch gesteckt ist.

Wer sich dennoch für die folgenden Ausführungen interessiert, rechnet sich vielleicht zu der kleinen Gruppe von „Widerstandskämpfern“, deren Ehrgeiz darin besteht, ein Bein in der Welt der Therapie zu haben und ein anderes Bein in der Welt der Arbeit, mit der wilden Hoffnung, somit Brückenbauer für die Betroffenen zu sein, die über diese Brücke gehen wollen. Ich gebe zu, daß ich mich zu diesen Widerstandskämpfern immer noch zähle. Ich bin vorsichtig optimistisch, daß sich die berufliche Rehabilitation für Betroffene in den

nächsten Jahren weiterhin gemeindenah entwickeln und ausbauen läßt. Allerdings meine ich, daß wir inzwischen genügend Lehrgeld gezahlt haben, um zu wissen, daß dies nicht einfach und blauäugig gehen kann, und schon gar nicht auf dem Wege, das kleine 1 x 1 der Arbeit immer wieder von vorne zu erfinden, z. B. durch rührend bemühte ABM-Kräfte.

Ich möchte nun im einzelnen darlegen, wie die berufliche Rehabilitation und Arbeit besser in die Gemeindepsychiatrie integriert werden kann, und hierzu vier Teilantworten:

1. Sie kann besser integriert werden, wenn jeder von uns sich über *Grundangebote* im Versorgungsgebiet klar wird. Dazu gehören:

- eine differenzierte klinische Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
- ein System von flexiblen Praktikumsstellen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- eine Tagesstätte mit Beschäftigungscharakter
- eine Zweigwerkstatt für psychisch Behinderte

2. Berufliche Rehabilitation und Arbeit kann in die Gemeindepsychiatrie integriert werden, wenn die „Psychiatriearbeiter“ sich mit dem am Ort vorhandenen „System der *beruflichen Rehabilitation*“ und den Möglichkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes auseinandersetzen.

Das bedeutet ein aktives Eindringen in die örtlichen Strukturen, statt resigniert auf nicht vorhandene Arbeitsstellen für Betroffene zu warten. So gesehen müßte mein Referat demnächst besser heißen: „Wie kann die Gemeindepsychiatrie die Welt der Rehabilitation und Arbeit für psychisch Kranke ortsnah erschließen?“

Hierzu werde ich erläutern, daß spezielle Stützpunkte beim Erschließen helfen können: Im Bereich berufliche Rehabilitation das „Berufliche Training“ speziell für psychisch Behinderte, im Bereich allgemeiner Arbeitsmarkt der Psychosoziale Dienst der Hauptfürsorgestellen und Selbsthilfefirmen.

3. Rehabilitation und Arbeit kann besser in die Gemeindepsychiatrie integriert werden, wenn eine gemeinsame „*Rehabilitationsphilosophie*“ mit Grundprinzipien quer durch alle Angebote geht.

4. Letztlich werden wir dann vorankommen, wenn wir tragfähige *Kooperationsstrukturen* haben. Hierzu möchte ich aufgrund der rheinischen Erfahrungen Vorschläge machen.

Parallel zu meinen Ausführungen soll auf einem Schaubild aufgezeigt werden, was in der Stadt Bonn davon bereits vorhanden ist und was noch aufgebaut werden muß.

Zum Glück haben wir durch den Abschlußbericht der Expertenkommission (Kapitel „Arbeit und berufliche Bildung“) und der in diesem Zusammenhang entstandenen Schrift „Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter“ des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung - die Autoren sitzen zum Teil unter uns - zwei exzellente Grundlagen des Ist- und Soll-Standes, auf die ich aufbauen werde. Es finden sich hier neben der Beschreibung der Angebote auch Begriffsbestimmungen und Rahmenbedingungen sowie Grundanforderungen an die berufliche Eingliederung bezogen auf die Bedürfnisse psychisch Behinderter,

### *1. Grundangebote der Gemeindepsychiatrie*

Deshalb möchte ich statt einer ausführlichen Beschreibung der Angebote sogleich auf die erste Frage eingehen, welche Dienste zur Infrastruktur jeder Gemeindepsychiatrie gehören.

#### *1.1 Klinische Beschäftigungs- und Arbeitstherapie*

Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapien unserer psychiatrischen Kliniken dienen als Nahtsteile zwischen Patienten- und Arbeiterrolle, also zwischen drinnen und draußen, wenn sie gezielt und differenziert gestaltet sind. Außer den vollstationären Angeboten ist es heute und in Zukunft besonders wichtig, teilstationäre und ambulante Beschäftigungs- und Arbeitstherapie in umfassender Weise anzubieten, um den Charakter des Sprungbrettes zu betonen. Wo eine Großklinik zum Versorgungsgebiet gehört, ist die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie meist mit vielen verschiedenen Möglichkeiten zu nutzen, sowohl für eine „weiche Rehabilitation“ als auch für die „harte Rehabilitation“, die das Ziel der Überwindung der Patientenrolle hat. Die kleineren psychiatrischen Abteilungen müssen sich jedoch durch Rehabilitationsabklärung, Betastungserprobung, externe Arbeitstherapie und Praktika wesentlich flexibler gestalten, da sie in ihrer Klinik die breite Palette der Angebote gar nicht vorhalten können. In jedem Falle müssen sie sich mehr einfallen lassen als nur eine kreative oder lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie.

Die Bonner Landesklinik hat z. B. seit zwei Jahren eine neue Arbeitstherapie-Werkhalle mit den Arbeitsfeldern handwerklich-technischer Bereich, Bürotraining, Hauswirtschaft. Angegliedert sind Holz- und Metallbereich. Hier können Rehabilitationsabklärung, gezielte Belastungserprobung, externe Praktika, teilstationäre Arbeitstherapie und Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die neue Zweigwerkstatt für psychisch Behinderte durchgeführt werden.

Der Landschaftsverband Rheinland hat in seinen Landeskliniken in den letzten Jahren die Arbeitstherapie aktiv weiterentwickelt. Er hat Leiter der Arbeitstherapie ernannt, es sind differenzierte Arbeitsfelder in neuen Werkhallen entstanden. Es wurde ein systematisch gestufter Rehabilitationsverlauf mit Rehabilitationsdiagnostik und Abklärung, mit Belastungserprobung und

Langzeittraining entwickelt. Eine spezielle Dokumentation begleitet dies. Für die Mitarbeiter der Arbeitstherapie wurden einjährige Fortbildungskurse eingerichtet.

Zudem wird die teilstationäre Arbeitstherapie systematisch gefördert. Wir haben sie von der administrativen Phantasie von Dr. Kitzig aus Osnabrück übernommen, der dieses Jahr leider allzu früh verstorben ist. Wir haben ihm viel zu verdanken.

Die ambulante Ergotherapie (in Kostenträgerschaft der Krankenkassen) hoffen wir dieses Jahr nach der nun anstehenden Erweiterung des Heilmittelkataloges nicht nur für die niedergelassenen Ergotherapeuten zu nutzen, sondern auch im Rahmen der Institutsambulanzen und bei den Trägern der gemeindenahen Versorgung anzusiedeln. Der Bedarf für Rehabilitationsabklärung und Belastungserprobung sowie lebenspraktisch orientierte Hilfen ist noch völlig ungedeckt.

### *1.2 Praktikumsstellen*

Gerade weil sie keine eigene Institution darstellen, möchte ich sie als relativ flexible und unverzichtbare Möglichkeit bezeichnen, für Patienten und Behinderte einen Brückenschlag in die Welt der Arbeit zu tun. In Bonn hat der Angehörigenverein ein beachtliches System von ca. 30 Praktikumsstellen, z. B. in Schulsekretariaten, Bibliotheken, Instituten und Handwerksbetrieben aufgebaut. Für Betroffene jeden Status gibt es Angebote, um sich an Arbeitsstätten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu erproben. Ich wünsche, jede psychiatrische Abteilung und jeder Träger ambulanten Versorgung hätte solche Möglichkeiten vor Ort, denn es ist in der beruflichen Rehabilitation längst erforscht und erwiesen, daß sie umso erfolgreicher ist, je mehr sie in der Arbeitsrealität des allgemeinen Arbeitsmarktes stattfinden kann.

### *1.3 Tagesstätten*

Wenn wir z. B. mit einem Land wie England vergleichen, ist es immer noch erstaunlich, daß sich die einzelnen Bundesländer hierzulande so schwertun in der Regelfinanzierung von Tagesstätten. Ihre Notwendigkeit ist längst erkannt im Rahmen von Sozialpsychiatrischen Zentren, Kontakt- und Beratungsstellen und anderen ambulanten Diensten. Es ist unser Ziel, im Rheinland im Verbund der nunmehr 30 Sozialpsychiatrischen Zentren Tagesstätten vorzuhalten. Hierbei sollte es sich um die „weicheste Form“ der Rehabilitation handeln, d. h. vor allem um tagesstrukturierende Beschäftigungsangebote für Betroffene, die bis zu zehn oder zwanzig Jahre in Anstalten verbracht haben und durch ein möglichst individuelles und flexibles System die Chance eines arbeitsähnlichen Tagesablaufes erhalten.

Die spezielle Regelfinanzierung läuft erst an; als Vorleistung haben Träger wie der Bonner Verein Beschäftigungsorte mit Tagesstättencharakter wie „Marcos Studio“ geschaffen - die Betroffenen nehmen in einer sehr flexibel gehandhabten Weise eine „Arbeitsrolle“ ein und können sich zu Sozialhilfe

oder Rente etwas zu verdienen. Es soll hier erwähnt werden, daß auch zunehmend Wohnheime tagesstrukturierende Beschäftigung und Arbeit anbieten, allerdings leider oft unter einem Dach statt räumlich getrennt.

#### *1.4 Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte*

Seit 1986 unterstützt der Landschaftsverband Rheinland sehr stark die Bildung von räumlich getrennten Zweigwerkstätten für psychisch Behinderte aufgrund von bundesweiten Erkenntnissen. Von 36 Werkstätten für Behinderte im Rheinland hat ca. ein Drittel solche bereits aufgebaut, ein weiteres Drittel unternimmt konkrete Planungen. Die Träger werden vor allem dazu aufgefordert, die Arbeitstrainingsbereiche im Sinne einer beruflichen Förderung in verschiedenen Arbeitsfeldern zu gestalten, z. B. im Bereich handwerklich-technische Angebote, Bürotraining, Hauswirtschaft und andere Dienstleistungsbereiche. Im Einzelfall schließt dies an die klinische BT/AT an, und der Betroffene soll dadurch die Möglichkeit bekommen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Ausbildung und Arbeit zu finden.

Der Aufbau der Zweigwerkstatt für psychisch Behinderte der Lebenshilfe-Werkstatt in Bonn seit zwei Jahren - mit den Arbeitsfeldern Metall, Büro, Verpackung und Hauswirtschaft - hat uns allen gezeigt, wie mühsam das Verändern von eingefahrenen Werkstattregelungen auf die Bedürfnisse der psychisch Behinderten hin ist und eine Bedrohung der etablierten Werkstattstrukturen sein kann. Es hat auch gezeigt, wie mühsam das Verändern von eingefahrenen protektiven Wohnheimregelungen, z. B. im Bonner Verein, auf die gestuften Anforderungen einer Arbeitsrehabilitation hin sein können. Ohne einen begleitenden konfliktfreudigen Arbeitskreis aller Beteiligten würde der Prozeß nicht schon so gut vorangebracht worden sein.

#### *2. Berufliche Angebote, die ortsnah für psychisch Behinderte erschlossen werden*

Zu ihnen zähle ich

- Rehabilitationsberatung
- berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Arbeitserprobung, Arbeitstraining, Förderlehrgänge)
- berufsbildende Maßnahmen (z. B. Ausbildung, Fortbildung, Anpassung)

Wir wissen, daß diese Angebote in der Bundesrepublik flächendeckend, aber oft in überregionalen und sehr großen Zentren organisiert sind und die gemeindenahere Psychiatrie mitunter gerade deshalb viel Kritik geübt hat. Federführend sind die örtlichen Arbeitsämter, und in unserem Verständnis zählen die Angebote sicherlich zu der „harten Rehabilitation“, d. h. sie werden oft nicht als Sprungbrett empfunden, sondern scheinen ins tiefe Wasser zu führen.

Nur wenn wir uns als Brückenbauer sehen und die Mühsal des Führens auf

die andere Seite auf uns nehmen, werden wir uns entsprechend über dieses System informieren und entdecken,

- daß sich in letzter Zeit Berufsförderungswerke mehr für die psychisch Behinderten öffnen wollen,
- daß die Arbeitsverwaltung vermehrt über ortsnahe Maßnahmen nachdenkt und nach Partnern aus den Reihen der Psychiatrie sucht.

Berufliche Rehabilitationsangebote haben einen größeren Einzugsbereich als Versorgungssektoren. Sie beziehen sich auf 500000 bis zu einer Million Einwohner. Für die je nach Verkehrsentwicklung heute vorhandenen Angebote kommen Betroffene in Frage, die bereits stabilisiert sind und eine gute regionale Grundbetreuung haben (z. B. in einer betreuten Wohnform). Ihnen sind im Einzelfall auch längere Wege zuzumuten.

Um die berufliche Rehabilitation und Arbeit für viele psychisch Behinderte noch wesentlich besser zu öffnen, fordere ich drei spezifische Bausteine, die vereinzelt bereits zu finden sind:

2.1 Das qualifizierte *berufliche Training* mit speziellem Konzept für psychisch Behinderte

2.2 Der *berufsbegleitende Dienst* der Hauptfürsorgestellten für psychisch behinderte Arbeitnehmer

2.3 Spezielle Firmen für psychisch Behinderte, sogenannte *Selbsthilfefirmen*.

### 2.1 *Qualifiziertes berufliches Training*

Für viele Drehtürpatienten im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, die aber nicht dauerhaft auf soziale Betreuung angewiesen sind, ist es notwendig, ein qualifiziertes berufliches Training von mindestens ein bis zwei Jahren oberhalb des Niveaus der Werkstätten für Behinderte anzubieten. Wie dies zu gestalten ist, mit Einbezug der örtlichen Wirtschaftsstruktur, der klinischen Infrastruktur und vor allem der betroffenen Familie, ist nun fünf bis zehn Jahre mit Erfolg praktiziert worden, z. B. in Heidelberg-Wiesloch, in Hamburg. In Österreich entsteht nach diesem Konzept bereits ein flächendeckendes Netz, das sich in allen Bundesländern aufbaut. Das berufliche Trainingszentrum in Wiesloch erreicht bei den jüngeren chronisch-psychischen Kranken, die zwischen ein und zehn Jahren Psychiatriekarriere hinter sich haben, immerhin eine Vermittlung von 40-50% in Ausbildungs- oder Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes. In dieser reichen Republik sollte jeder psychisch Behinderte, der dies will, eine Chance der speziellen qualifizierten Förderung bekommen, aufbauend auf seinen beruflichen Erfahrungen. Erst wenn dieses Angebot fehlgeschlagen ist, kann auf eine niedrigere Stufe in eine Zweigwerkstatt für psychisch Behinderte oder eine Tagesstätte verwiesen werden. Mangels flächendeckender Angebote ist dies noch keinesfalls für jeden Betroffenen überhaupt möglich.

In NRW sind wir gemeinsam mit der Arbeitsverwaltung dabei, die Erfahrungen umzusetzen. Dies sollte in jedem Bundesland geschehen.

## *2.2 Die psychosozialen berufsbegleitenden Dienste*

Die psychosozialen berufsbegleitenden Dienste der Hauptfürsorgestellen machen indessen sichtbare Fortschritte mit dem Ziel, flächendeckend für jene psychisch Behinderte da zu sein, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert sind. Im Rheinland sind diese 20 Dienste bei den Vereinen und Trägern der ambulanten Versorgung angesiedelt, betreuen ca. 500 Arbeitnehmer und werden im engen Verbund mit den *Sozialpsychiatrischen Zentren* gesehen. Beklagt wird nur, daß diese Dienste die Arbeitslosen, die bereits den Patientenstatus verlassen haben, aber eine Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch nicht erreichen, bisher nur sehr eingeschränkt betreuen können.

## *2.3 Spezielle Firmen, sogenannte „Selbsthilfefirmen“ für psychisch Behinderte*

Auf die Bewegung der Selbsthilfefirmen in der Bundesrepublik sind wir stolz, zumal wir sie immer wieder als Hoffnungsträger in einer Region erleben. Es ist weitgehend bekannt, daß die Bundesrepublik ca. 90 bis 100 solcher Projekte mit über 1000 Arbeitsplätzen vorhält. Sie haben bereits gegenüber dem Gesetzgeber deutlich gemacht, daß sie Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes sind und Anspruch auf Zuwendungen wie jede Firma für Schwerbehinderte haben. Darüber hinaus besteht die Hoffnung, daß über die weitgehend geregelte Anfangsfinanzierung hinaus auch eine dauerhaftere Absicherung erzielt werden könnte (derzeitiges Engagement des BMA und der Hauptfürsorgestellen).

An dieser Stelle möchte ich sagen, daß das eigene Mitwirken beim Aufbau einer Selbsthilfefirma, beim Aufbau eines deutschen Beratungsnetzes, genannt F.A.F., und beim Aufbau eines Europäischen Verbundes, genannt CEFEC, zu jenen Aktivitäten gehört, die mich selbst am meisten ermutigt haben. Die Charta der Arbeitsrechte, die wir im April 1990 beim 4. Europäischen Firmentreffen für psychisch Behinderte in Southhampton verabschiedet haben, ist nicht nur ein Keil, der ab 1992 im Europäischen Binnenmarkt für diesen Personenkreis vorangetrieben wird, sondern bringt auch eine Grundüberzeugung zum Ausdruck: Bei noch so bescheidenen Rehabilitationsansätzen, mit dem offenen Ende für jeden Betroffenen, ist es äußerst ermutigend zu sehen, daß einige eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter besonderen Bedingungen erreichen. Kein Betroffener, kein Familienmitglied und kein Professioneller kann heute behaupten, daß der Sprung in eine Arbeitsstelle nicht zu schaffen ist, bevor er nicht die Möglichkeiten eines „Beruflichen Trainings“ und einer Selbsthilfefirma erprobt hat. Wie wir wissen, verbessern die Angebote auch die Prognose.

### 3. *Rehabilitationsphilosophie*

Mindestens so wichtig wie das materielle Aufbauen dieser Angebote ist es mir immer gewesen, eine „Philosophie der Arbeit“ mit entsprechender Ethik und Grundhaltung und dazu passenden Strategien zu entwickeln. Das ist umso wichtiger, je mehr wir im freien Spiel der Kräfte in der Gemeinde agieren. Ich möchte hier einiges nennen, das meist durchgängig für die eben genannten Dienste anwendbar sein sollte.

#### 3.1 *Das Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit durch Arbeit*

In unserem Grundgesetz ist das Recht auf Arbeit nicht *expressis verbis* genannt. Jedoch ist ein Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit genannt. Daß dies in unserer westeuropäischen Gesellschaft eng mit beruflicher Bildung und Arbeit zu tun hat, versteht sich von selbst. Keinesfalls selbstverständlich ist aber, daß für jeden von uns Therapeuten daraus folgt, wenn irgendetwas den Betroffenen, für den wir Verantwortung tragen, eine berufliche Bildung, wenn möglich Ausbildung zukommen zu lassen. Ich glaube kaum, daß dies heutzutage die Mehrheit der Therapeuten überhaupt für möglich und wünschenswert hält.

#### 3.2 *Das Menschenbild/Ethik*

Schon von den amerikanischen Soziologen Cummings, vor allem aber von meinem Lehrmeister Douglas Bennett habe ich gelernt, daß Arbeit, nicht wie landläufig angenommen, nur aus den *speziellen Arbeitsfertigkeiten* und den *Grundfähigkeiten* wie Pünktlichkeit und Ausdauer besteht - das sind für mich heute die Spitzen des Eisberges, die auf eine tiefere Schicht hindeuten. Arbeit ist für mich viel mehr undenkbar, wenn nicht durch die zwischenmenschlichen Geschehnisse am Arbeitsplatz eine soziale Dimension hinzukommt. Arbeit ist auch undenkbar für mich, wenn nicht *Gefühlsqualitäten* anerkannt werden, die jeder von uns ja kennt zwischen totaler Frustration und kurzen Glücksgefühlen. Arbeit und berufliche Rehabilitation ist auch undenkbar, wenn nicht am Untergrund des ganzen Geschehens eine Vorstellung des eigenen *Selbstbildes* berücksichtigt wird, eine tiefgründige Identitätsfindung oder -festigung und damit auch eine Beeinflussung eines Selbstverständnisses und eines Sinnes in unserem Dasein. Vielleicht wird dies hier keiner bestreiten, es kommt jedoch darauf an, aus diesen ethischen Forderungen operationalisierbare Handlungsschritte zu machen. Einige davon sind:

#### 3.3 *Einbeziehung des Betroffenen in einen Dialog des Handelns und Reflektierens*

Sie können jederzeit die Qualität einer Beschäftigung, einer Arbeitstherapie, eines beruflichen Trainings für psychisch Kranke/Behinderte daran messen, ob zum Handeln und Tun das Nachdenken und Sprechen darüber sowie eine gemeinsame Zielsetzung und Planung stattfindet.

Das beginnt ganz am Anfang mit einem *Eingangsgespräch*, das möglichst den Betroffenen und seine relevanten Bezugspersonen einbeziehen soll. Für mich gehört hierzu die Familie, als früheste und mächtigste Einflußgröße auf Schule, Bildung und Arbeit des Betroffenen. Sie haben den Schlüssel weit mehr in der Hand, als wir zu glauben geneigt sind, inwieweit Therapeuten/ Pädagogen Türen zur Eigenständigkeit des Betroffenen durch das Mittel der Arbeit öffnen können. Drehtürrehabilitation kann ein Zeichen für das Nichtbeachten der familiären Bindungen sein.

Das gemeinsame Aushandeln eines Rehabilitationsspielraumes zwischen dem Betroffenen, der Familie und den Therapeuten steht für mich am Anfang jeder Bemühung, gleichgültig, welchen dieser erwähnten Dienste Sie nehmen. Damit ist der nutzlose ideologische Streit unter Professionellen, ob HerrX. „noch rehabilitierbar“ ist, vom Tisch. Das existentielle gemeinsame Aushandeln zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen wird es zeigen.

### 3.4 Zeitliche Dimension

Zu einer tragfähigen „Rehabilitationsphilosophie“ gehört das Festhalten der zeitlichen Dimension.

Notwendig vertieft wird dieser Aspekt durch das Beachten der *Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsgeschichte*. Arbeitstraditionen der Familie, Berufe der Eltern, soziale Schicht sind größere Trendsetter bei der Rehabilitation als alles, was wir in der Gegenwart anbieten. Bennett und Watts haben dies gezeigt. Das Erarbeiten der Arbeitsanamnese gehört für mich zu einem Prozeß des gemeinsamen Reflektierens mit dem Betroffenen - es hat also nichts mit dem Feststellen einiger Daten beim Arbeitsamt zu tun.

Diese Grundhaltung sollte der Betroffene so ernst nehmen, daß er in den schriftlichen Besitz seiner eigenen Arbeitsgeschichte, seiner Zielplanung und Verlaufsdocumentation gelangt.

Hier zeigt sich, daß es wirklich um einen Rollenwechsel geht und es ein Riesenschritt ist vom datengeschützten Arztbrief, den der Betroffene selbst nicht öffnen darf, zu einem Rehabilitationsbericht, den er selbst mitgestalten sollte.

### 3.5 Einbeziehung der relevanten Systeme

Aus dem Gesagten ergibt sich der weiterführende Schritt, auch das

- System der Klinik,
- das System der Sozialwelt, wie ihn die ambulanten Dienste darstellen,
- sowie das System der Familie einzubeziehen.

Ich überlasse es Ihrer Betrachtungsweise und Phantasie, inwieweit Sie mit mir einig sind, daß die klinische Welt, auch wenn sie sich öffnet, immer gewisse

ideologische Mauern behalten wird. Diese soziale Welt in der Gemeinde versteht sich oft als Gegenprogramm. Sind hier die besseren „Therapeuten“, sind hier gar die besseren Familienmitglieder und beziehen ihren Impetus aus der Opposition zur Klinik und zur Familie?

Rehabilitation als Prozeß, die Patientenrolle zu verlassen und eine gesellschaftlich befriedigende Rolle eines arbeitenden Menschen einzunehmen, begleitet nun den Betroffenen, oft genug auch seine Familie, durch diese widersprüchlichen, in Konkurrenz zueinanderstehenden Systeme. Das ist schwer, denn es gilt eigentlich, sowohl die Patientenrolle zu überwinden als auch die Rolle des Sozialbetreuten. Wo ist das Bezugsteam, das nicht mitagiert, sondern Prozeßbegleiter für den Betroffenen ist?

### *3.6 Orte der Anschauung*

In der Klinikbeschäftigungstherapie, vielleicht auch in der Tagesstätte, kann der Betroffene noch am besten ein bißchen Patient sein, ein bißchen Arbeiter und ein bißchen Sozialbetreuer. Das nenne ich systemimmanente Rehabilitation. Räume und Ausstattung erinnern oft an Kindergarten, Bastelstube.

Aber bereits im Verlauf der Arbeitstherapie, mehr noch an jedem hier aufgeführten anderen Ort der Rehabilitation halte ich es für wichtig, daß dem eintretenden Menschen klare optische Botschaften vermittelt werden, nämlich lohnenswerte Orte der Arbeit und Förderung. Nach meiner Überzeugung sollten sich dem Betroffenen und seinen Bezugspersonen beim Öffnen der Türe einer Arbeitstherapie, einer Werkstatt für Behinderte, einer Selbsthilfefirma klare Arbeits- und Berufsfelder zeigen wie z. B. Büro/kaufmännischer Bereich, Metall/Elektronikbranche, Hauswirtschaft etc. Diese Felder sollten eine gestufte Palette aufweisen, vom einfachsten Handgriff bis zu komplexen Tätigkeiten.

Ich bin also ein Gegner der Methode, die da sagt: Zuerst soll der Betroffene an irgendeiner Tätigkeit Ausdauer, Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit üben, dann kann er eine qualifizierte berufliche Tätigkeit verrichten. Ein stabiles Identitätsgefühl, Motivation und Perspektiven im Leben entscheiden sich selbst bei größten Arbeitsstörungen daran, ob der Betroffene erkennen kann: Hier lohnt es sich, und ich werde ernstgenommen. Natürlich führt oft die Angst des Betroffenen und mit ihm die Angst der Therapeuten vor Scheitern und Mißerfolg zu dem häufig anzutreffenden Gemischtwarenangebot, das zwischen Kinderspielzeugproduktion und monotoner, industrieller Auftragsabwicklung wenig mit unserer heutigen Arbeitswelt zu tun hat.

### *3.7 Botschafter und ihre Aktionsplatten*

Zu den Orten der Anschauung gehören die geeigneten Botschafter; u.a. Fachleute aus der Arbeitswelt.

Hier berühre ich einen meiner wundesten Punkte, da wir fast an keinem Ort das speziell geeignete und ausgebildete Personal haben. In den Kliniken

haben sich Handwerker und Krankenpfleger mühsam auf diese Spezialität umorientieren müssen. Die ausgebildeten Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten haben oft die Welt der Wirtschaft und Technik nicht kennengelernt. Die Sozialarbeiter haben nicht selten sehr vage und ideologisch gefärbte Vorstellungen von Arbeit. Die vielen ABM-Kräfte haben primär das eigene existenzielle Problem, Arbeit für sich zu schaffen. In den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken sowie der Welt des allgemeinen Arbeitsmarktes gibt es nicht genügend Fachleute, die die Psychiatrie und damit auch die vergangenen Leiden der Betroffenen kennen.

In letzter Zeit habe ich mir angewöhnt, aus diesem Dilemma eine Tugend zu machen. Es ist vielleicht nicht möglich, den Allroundexperten der beruflichen Rehabilitation zu finden und auszubilden. Die Weisheit liegt, wie ich es immer deutlicher sehe, im Schaffen und Festigen von verbindlichen „Arbeitsgruppen Rehabilitation und Arbeit“, die sich ortsnahe zusammenschließen.

#### *4. Welche Arbeitsstrukturen - oder wie Herr Kunze es ausdrückt - welche Lösungsmuster mit administrativer Phantasie brauchen wir für die nächsten Jahre?*

Um die Integration der Rehabilitation in die Gemeindepsychiatrie zu erwirken, aber auch um die Psychiatrie zu befähigen, besser in die Welt der Arbeit vorzustoßen, benötigen wir außer

- einer klaren Vorstellung der notwendigen Dienste
- und einer gemeinsamen Rehabilitationsphilosophie bzw. gemeinsamer Grundprinzipien
- eine koordinierende Kraft, d. h. Strukturen, die die vorhandenen Dienste durch gemeinsames Tun stark machen.

So merkwürdig es klingt, *einer* kennt oft alle Dienste und wird notgedrungen auch zum Koordinator - das ist der Betroffene! Ich habe den Eindruck, daß er kein Verkehrsnetz mit überall gültigen Wegweisern und einer verbindlichen Straßenverkehrsordnung vorfindet, sondern vornehmlich Verteilerkreisel ohne Schilder und eine Menge Einbahnstraßen und Sackgassen.

Die Erfahrungen im Rheinland mit einer großen Vielfalt an gemeindenahen Diensten, die gut ausgebaut für Betreuung, Kontakt und Wohnen, aber noch sehr unterversorgt bzw. uneinheitlich im Bereich tagesstrukturierender Beschäftigung, Rehabilitation und Arbeit sind, führen mich dazu - vielleicht angeregt durch größere aktuelle Vorbilder - einen verbindlichen „Runden Tisch“ ortsnahe, mit allen an Rehabilitation und Arbeit Beteiligten vorzuschlagen. Nach gründlichem Studium der BMA-Schrift „Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter“ teile ich die Hoffnung der Autoren auf den darin vorgeschlagenen neuen Fachdienst nicht, der berufliche Betreuung und Beratung der Betroffenen auf einer neuen Ebene übernehmen soll,

- weil ein einzelner neuer Dienst sich sehr schwer tun würde, alle anderen an einen Tisch zu bekommen und
- weil die Defizite nicht in der Beratung und Betreuung, sondern in der Vernetzung der Dienste liegen.

Vielleicht werde ich jedoch von Heiner Kunze noch eines Besseren belehrt.

Der von mir vorgeschlagene „Runde Tisch“ existiert bereits in verschiedenen Regionen des Rheinlandes und hat wesentliche Aufbauhilfe, z. B. für neue Zweigwerkstätten geleistet. Allerdings existiert er heute noch in allzu loser und vergänglicher Form, was zur Frustration und Ineffektivität führen kann.

Eine verlässliche Instanz entsteht dann, wenn der „Runde Tisch Arbeit“ eine eindeutige Anbindung, Aufgabe und Kompetenz sowie einen verbindlichen Teilnehmerkreis hat. So schlage ich vor, entsprechend der Expertenkommission:

1. Dieses Gremium wird dem kommunalen Koordinator für Psychiatrie, der z. B. im Rheinland zur Zeit allorts installiert wird, unterstellt. Er hat die Federführung und kann durch personelle und finanzielle Anreize die Verbindlichkeit unterstützen.

2. Die Geschäftsführung kann an eine hierfür kompetente Mitgliedsorganisation delegiert werden mit der Auflage, regelmäßige Treffen zu organisieren incl. Protokollführung und Berichterstattung an den Koordinator, dem es obliegt, wichtige Angelegenheiten in anderen Gremien und Entscheidungsinstanzen weiterzutragen.

3. Teilnehmer sollen mindestens sein:

- Leiter der Beschäftigungs- und Arbeitstherapien der zuständigen Kliniken
- mit Beschäftigung bzw. Arbeit befaßte Vertreter von Tagesstätten und Wohnheimen
- Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, z. B. Berufsförderungswerk oder Berufsbildungswerk
- Psychosozialer Dienst
- Selbsthilfefirmen
- Vertreter der Angehörigen psychisch Kranker
- der Psychiatriekoordinator

4. Aufgaben sollen sein

- Bestandsaufnahme (Erstellen von Wegweisern) und Lücken deutlich machen
- Strategien für den Aufbau fehlender Angebote entwickeln, d. h. im Administrationsdeutsch: Ist-Analyse und Entwicklung von Sollvorstellungen, Definition eines Maßnahmenprogrammes

- Entwicklung einer gemeinsamen Handlungsstrategie aufgrund der Offenlegung unterschiedlicher Rehabilitationsphilosophien
- Einzelfallabklärung besonders schwieriger und viele Dienste berührender Betroffener.

Am Beispiel Bonn läßt sich nachverfolgen, daß dieses Gremium wesentlich dazu beigetragen hat, daß die neue Zweigwerkstatt vernünftig arbeiten kann und nicht (durch traditionelle Spielregeln der „Lebenshilfe“) an den Bedürfnissen der psychisch Behinderten vorbeigiert und nicht im Meinungsgetümmel der verschiedenen Psychiatrie-Dienste zerrieben wird. Ich komme zum Schluß:

Sicherlich gibt es im einzelnen noch viel aufzubauen, um das Grundangebot

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
- Tagesstätten mit Beschäftigungscharakter
- Zweigwerkstätten

flächendeckend abzuwickeln.

Sicherlich gibt es noch mehr zu tun, um Berufsförderungswerke und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation auf die Bedürfnisse der psychisch Behinderten besser zuzuschneiden.

Sicherlich gibt es dann noch große Anstrengungen zu unternehmen, um in jedem Bundesland „Berufliche Trainingszentren für psychisch Behinderte“ zu installieren und Selbsthilfefirmen weiter zu ermutigen sowie die psychosozialen Dienste flächendeckend funktionsfähig zu machen.

Für die nächsten Jahre sehe ich jedoch eine Hauptaufgabe, die bereits vorhandenen Kräfte ortsnah zu bündeln und administrative Phantasie am geforderten „Runden Tisch“ zu entwickeln. Ich glaube, daß sich dann auch die Stoßkraft zum Aufzeigen von Mißständen, zum Aufbau von notwendigen Diensten und zum Überwinden von störenden Kostenträgerhemmnissen entwickeln wird. Wenn er wichtig und einflußreich wird, werden zu diesem „Runden Tisch“ Kostenträger, Vertreter aus der Wirtschaft sowie der Kommune und Angehörigenorganisationen kommen.

Somit wäre der Betroffene nicht mehr der einzige, der alle kennt und koordinieren muß und dennoch wahlweise in Sackgassen und Einbahnstraßen geschickt wird. Er hätte - und wir mit ihm - eine breitere Plattform, auf der Lösungen mit administrativer Phantasie zugunsten der Betroffenen entstehen könnten.

## Plenum zu den Referaten des Teiles II (Hoffmann, Shepherd, Kregel und Haerlin)

### *Herr Knoll zum Referat Hoffmann*

Wir hatten eine angeregte Unterhaltung in unserer Gruppe über die Verhältnisse in Bern. Die Finanzfragen standen wieder am Anfang. Sie ließen sich diesmal schnell beantworten. Der Kanton Bern trägt einfach das Defizit, welches entsteht. Es wird fallbezogen abgerechnet, und was über die Krankenkassen nicht hereinkommt, trägt der Kanton. Dann standen zwei Themen im Raum, der „Runde Tisch“ und der „Langzeittherapeut“.

Der „Runde Tisch“ noch einmal im Detail: Eine Miniberatungsstelle, so wie ich sie aus Hannover von den Therapeutischen Beratungsstellen in verkleinerter Form kenne. Wichtig, daß dort immer eine Präsenz ist. Dies kann der Langzeittherapeut sein, muß allerdings nicht. Wichtig ist, daß dort jemand sitzt, der mit dem Patienten authentisch über seine Alltags- oder Krankheitsprobleme spricht. Es wurde die Frage nach der Dokumentation gestellt. Dokumentiert wird am „Runden Tisch“ nicht. Ich nehme an, daß in einer mehr informellen Weise ab und zu ein Zettelchen in der Krankengeschichte abgeheftet wird, so daß der Patient nicht das Gefühl der Kontrolle bekommt. Überhaupt schwebt dieses Thema über dem Berner-System, denn man könnte auf die Idee der totalen Kontrolle kommen. Wichtig scheint ebenfalls zu sein, daß die Effizienz der „Berner-Arbeitsgruppe“ in ihrer kleinen Größe liegt. Das hat man auch schon mal in Deutschland festgestellt, daß kleinere Arbeitsgruppen aufgrund der kürzeren Informationswege effizienter sind.

Ein zweites Thema war der Langzeittherapeut, der sehr viel Interesse erweckte. Da war es für mich wichtig zu hören, daß das keine Dauereinrichtung für jeden Patienten ist, sondern daß er für einige hochproblematische Patienten eine Einrichtung oder vielmehr eine Person ist, die den Patienten begleitet, wenn das sozialtherapeutische Zentrum z. B. verlassen wird; etwa wenn andere Vereine angesteuert werden. Der Kontakt bleibt umgekehrt erhalten, wenn der Patient wieder auf der Station ist. Für mich ganz wichtig war die Tatsache, daß die Berner keine Probleme haben, Langzeittherapeuten zu finden. Aus meiner persönlichen Berufspraxis ist es nämlich das größte Problem, daß immer dann, wenn Mitarbeiter gut eingearbeitet sind, sie wechseln, studieren, das Arbeitsfeld aufgeben oder in der Stationsleitung mitarbeiten. Das Problem gibt es in Bern nicht, trotz 42-Stunden-Woche, trotz erheblicher Arbeitsbelastung und Verantwortlichkeit, weil ja keineswegs immer ein Mediziner dabei ist. Ich schliesse daraus, daß das Arbeitsklima Belastungen abfängt. Herr Hoffmann sagte: „Wir können uns gar nicht retten vor Bewerbungen, vor guten qualifizierten Bewerbern.“ Ich schliesse daraus, daß in der

Schweiz ein ganz anderes Arbeitsklima, eine ganz andere Arbeitsorganisation gepflegt wird, und zwar von der Klinikleitung her. Die Mitarbeiterpflege hat wohl einen ganz anderen Stellenwert als bei uns. Wahrscheinlich werden Führungsstrukturen nicht so herausgestellt. Wiederholt ist mir aufgefallen, daß Schweizer fast immer mit einem Mitglied des Krankenpflegepersonals auftreten und eben nicht nur vom Team reden, sondern, ich behaupte das mal, auch praktizieren. Das ist vielleicht etwas, was wir dazulernen können.

*Herr Bauer:* Es ging eine Weile das Gerücht, daß diese Langzeittherapeuten-Konstruktion deswegen so schwierig zu realisieren sei, weil natürlich die Entscheidungsbefugnis, was mit dem Patienten bei dessen Wanderung durch die verschiedenen Institutionen passiert, bei dem Langzeittherapeuten liegen soll. Notwendigerweise müsse er in Konflikt kommen mit den Institutionen, in die er dabei quasi hineinregiert. Ist das so?

*Herr Hoffmann:* Das Problem hat einige Jahre bestanden, und zwar solange, wie von uns aus der Langzeittherapeut immer, auch in einer anderen Einrichtung, das Sagen hatte. Allerdings hat es damit anderenorts nur Schwierigkeiten gegeben, weil man sich nicht bevormunden lassen wollte. Schließlich haben wir das Konzept abgeändert. Das heißt, muß der Patient bei einer Krise kurzfristig in die Klinik oder in die Tagesklinik, wo es eine andere ärztliche Leitung gibt, geben wir als Langzeittherapeuten die Verantwortung ab. In einem Übergangsgespräch meldet der Langzeittherapeut dann seine Wünsche an. Es kann passieren, daß die Kurzzeittherapeuten sagen: „Das können oder das können wir nicht.“ Wenn man in dem Gespräch eine Lösung findet, die ebenfalls von dem anwesenden Patienten akzeptiert werden sollte, geht es. Selbst wenn wir die Verantwortung an den Kurzzeittherapeuten delegiert haben, sind wir sehr besorgt darum, daß der Kontakt nicht abreißt. Wir bleiben am Ball. Wir melden uns immer wieder auf der Station des Patienten. Soll er zu uns zurückkehren, besprechen wir genau die Bedingungen. Seither kommen diese Probleme nicht mehr so häufig vor. Diese Lösung ist auch Ausdruck unserer Bescheidenheit, denn wir können nicht überall hineinreden.

*Herr Reisig:* Ein wichtiger Aspekt, der in der Arbeitsgruppe angesprochen wurde, betraf die Ambulatorien für die Weiterbildung. Herr Hoffmann hat berichtet, daß es in den schweizerischen Weiterbildungsrichtlinien vorgeschrieben ist, daß Ärztinnen und Ärzte ein Jahr in einem solchen Ambulatorium tätig sein müssen. Es wäre gut, wenn unsere Ausbildungsordnung ebenfalls einen solchen sozialpsychiatrischen Aspekt umfaßte.

*Herr Kunze:* Wie fangen Sie die Diskontinuität aus der Sicht des Langzeitpatienten auf?

*Herr Hoffmann:* Der Assistenzarzt ist, was die Kontinuität innerhalb der Langzeitbetreuung anbelangt, das schwächste Teammitglied. Das ist uns bewußt. Es ist insofern nicht so wichtig, weil wir über sehr kompetente andere Mitarbeiter wie Pfleger und Sozialarbeiter verfügen. Die ärztliche Kontinuität wird durch mich als Oberarzt gewährleistet. Es hat Vorteile, auch wenn ein

Teammitglied immer wieder mal wechselt. Da gibt es beispielsweise Leute, die in eine Randposition geraten, die drohen, vergessen zu werden. Da kommt dann ein Assistenzarzt und widmet sich diesen Leuten sehr speziell; mit der Folge, daß eine neue Dynamik entsteht. Der nächste Assistent sucht sich - in Anführungsstrichen - einen neuen Liebling. Das hat seine Vorteile.

### *Herr Kunze zum Referat Shepherd*

Zu Beginn wurde deutlich gemacht, daß wir wichtige Traditionen aus der französischen Psychiatrie in der Tagung bisher nicht berücksichtigt haben. Der Hinweis kam dankenswerterweise von einem Teilnehmer aus dem Saarland, was die wichtige europäische Brückenfunktion dieses kleinen Landes deutlich macht. Die Grundgedanken, die einen Bezug haben zu dem, was Herr Shepherd und andere gestern und heute dargestellt haben, gehen in der französischen Psychiatrie sehr weit zurück, z. B. bis zur Bildung der Departements 1838. Nach dem Zweiten Weltkrieg schlug eine Expertenkommission für die Reform der Krankenhäuser bezeichnenderweise die Sektorisierung der Einzugsgebiete vor: mit dem Ziel, die Krankenhäuser durch die innere Sektorisierung umzustrukturieren und nach außen zu orientieren. Das 13. Arrondissement in Paris spielte als Paradigma eine wichtige Rolle. Das Sektorkonzept wurde schließlich 1960 beschlossen, aber als Zielkonzept war es bis 1970 noch nicht eingeführt. Erst ein sechswöchiger Streik der Psychiater verlieh der Sache soviel Nachdruck, daß es dann endlich umgesetzt wurde. Ein bemerkenswertes Beispiel.

Andere Gedanken auf französischer Seite stehen in Beziehung zum Strukturalismus und zum Konzept der „psychotherapie institutionnelle“. Dies könnte eine Antithese sein zu der von den Engländern stark betonten negativen Institutionskritik Goffmans. Diese Antithese besagt, daß Institutionen, Krankenhäuser unter bestimmten Bedingungen auch eine psychotherapeutische Funktion haben können. Ein anderer verwandter Gedanke von Arnold Gehlen: Die anthropologische Funktion von Institutionen für die Stabilität von Personen. Da gibt es sehr interessante Querverbindungen und veränderte Betrachtungsweisen der Funktionen von Institutionen. Wir sind anschließend auf die Frage des Institutionalismus, des Hospitalismus eingegangen, und Herr Bennett hat kritisch auf bestimmte Merkmale des traditionellen psychiatrischen Krankenhauses hingewiesen:

Das erste Merkmal ist die Isolation. Damit ist nicht nur die räumliche Isolation gemeint, sondern auch die Isolation vom Rest der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen. Der zweite Gesichtspunkt: Das institutionelle Leben, der wesentliche Kern des Hospitalismus, bewirkt „die Desozialisation“. Damit ist der Verlust von Rollen des normalen Lebens gemeint, die von Bedeutung für die Stabilität, das Selbstbewußtsein und die Autonomie der Person sind. Eine Institution ist gut, wenn sie die Bedürfnisse der Patienten voll befriedigen kann; insofern steht sie für „quality of care“. Was sie nicht leisten kann, ist eine „quality of life.“ „Quality of life“ ist nur möglich, wenn die normale Differenzierung von Rollen und die weitgehende Selbstbestimmung

in den verschiedenen Lebensfeldern gelingt. Das kann nicht in einer Institution geschehen. Von daher ist ganz wichtig, wie lange Menschen in Institutionen sind. Wenn das kurzzeitig ist, spielt es keine so große Rolle, als wenn das über lange Jahre geht. Weiter wurde diskutiert, ob dies ein Ausdruck der Institutionsgröße sein könnte. In der Diskussion wurde deutlich, daß es nicht auf die Größe ankommt, sondern daß wichtig ist, aus der Sicht des betroffenen Menschen in der Institution und des Mitarbeiters zu prüfen, wie überschaubar Institutionen sind und wie autonom sich die institutionellen Lebensräume für die Patienten und Mitarbeiter darstellen. Weisen diese einzelnen Lebensräume einen hohen Grad an Autonomie auf, dann tritt die Größe der Gesamtorganisation in den Hintergrund. Man kann nicht einfach sagen, je kleiner umso besser, weil die „Kleinheit“ irgendwann zu Schwierigkeiten führt, was die Stabilität der Versorgung und Gewährleistung der Fachkompetenz anbelangt bzw. einzelne Bedürfnisse von besonderen Patienten keine Berücksichtigung mehr finden.

Ein letzter Gesichtspunkt noch aus der Arbeit in Cambridge. Er zeigt, wie wichtig eine Spezialisierung in der Arbeit mit Langzeitkranken ist. Denn die Lebens- und Betreuungsbedürfnisse von Patienten, die fünf Tage krank sind, unterscheiden sich doch sehr von denjenigen, die fünf Jahre krank sind. Für Mitarbeiter und Therapeuten ist es sehr schwierig, die ganze Bandbreite einzubeziehen, und häufig entsteht der Eindruck, bei chronischen Patienten ändert sich nichts. Dieser Eindruck oder dieses Urteil ist nicht primär ein Problem der Patienten, sondern vielmehr der Therapeuten, Veränderungen wahrzunehmen. Wie konzeptualisieren sie ihre Sichtweise, worauf fokussieren sie ihre Aufmerksamkeit, auf welche Zeitstrecken? Es kann, ganz grob gesagt, passieren, daß die Fluktuation der Mitarbeiter so ist, daß sie aufgrund ihrer eigenen, zu kurzen Anwesenheit, Veränderungen, die erst in zwei Jahren sichtbar sind, gar nicht wahrnehmen. Um ein Beispiel zu bringen: Herr Shepherd hat ganz deutlich erzählt, wieviel Zeit und Sorgfalt sie verwenden, mit den verschiedenen Teammitgliedern Einigkeit darüber zu erzielen, auf was es ankommt, auf was zu achten ist, wann was zu erwarten ist, ob es eingetreten oder nicht eingetreten ist und welche Konsequenzen daraus gezogen werden sollen. Wichtig scheint, daß, wenn immer möglich, diese Behandlungsplanung unter Einbeziehung des Patienten erfolgt. Eine wesentliche Unterstützung dieser sehr präzisen Detailarbeit in der Langzeitbehandlung ist die Dokumentation; bis hin zur EDV-Dokumentation.

#### *Herr Bauer zum Referat Kregel*

Die Arbeitsgruppe war sehr klein, vielleicht auch deswegen, weil der Vortrag von Herrn Kregel im Plenum nicht nur beeindruckend, sondern auch umfassend gewesen ist, so daß zu fragen kaum mehr etwas übrig blieb.

Eine der allerersten Fragen, die dem Referenten gestellt wurden, war, ob er denn das „Bonner Modell“ weiterempfehlen könne. Er hat es überraschenderweise verneint. Verneint deswegen, weil alle Aktivitäten auf freiwilliger Basis zustande gekommen sind und unterhalten werden, eine letztendliche Verant-

wortlichkeit der Kommune also bisher nicht festgeschrieben worden ist. Der Referent selbst war skeptisch, ob dann, wenn die Initiatoren und Protagonisten nicht mehr im Verein tätig sein sollten, die Unternehmung überhaupt weitergeführt werden kann.

Ein weiterer kritischer Aspekt berührte die Tatsache, daß der Trägerverein relativ klinikfern und von der Klinik sehr unabhängig ist. In diesem Zusammenhang tauchte die Frage auf, ob der Verein mit seinen Aktivitäten tatsächlich die Langzeitpatienten auf den chronischen Stationen des PKH Bonn erreichen könne. Dies betrifft die Frage, ob die „Auflösung“ eines psychiatrischen Krankenhauses eher von innen oder von außen in Angriff genommen werden sollte. Letztlich blieb diese Frage offen.

Bei Größerwerden des Vereins stellt sich dann zu einem bestimmten Zeitpunkt die Frage der hauptamtlichen Geschäftsführung und in diesem Zusammenhang die Frage nach der Dotierung des Geschäftsführers. Es bestand Übereinstimmung dahingehend, daß gute Geschäftsführer für BAT 4 nicht zu haben sind.

In der Arbeitsgruppe saß auch ein Vertreter der Krankenkassen, Verständlicherweise wurde eine Reihe von Forderungen aufgestellt, z. B. die, daß sich die Krankenkassen an der Finanzierung institutionalisierter ambulanter sowie komplementärer Einrichtungen beteiligen sollten. Der Vertreter der Krankenkassen sah dies auch ein, nicht zuletzt unter Kostengesichtspunkten, resümierte jedoch schließlich, „aber gehen tut es trotzdem nicht“. Er brachte es damit auf die Formel, mit der der Kosten- und Finanzierungsausschuß im Rahmen der Expertenkommission schon zuvor gescheitert war.

*Frau Po/?/:* Ich weiß nicht, ob das in der Gruppe schon thematisiert wurde. Aber es geht nicht nur um Personen, sondern um unser ständiges Thema, um die Funktion der Ärzte. Ich finde, wir müßten thematisieren, daß mit der Arztrolle drei Funktionen verbunden sind. Erstens haben wir es mit der medizinischen Rolle zu tun, die wir in der Weise in der Gemeindepsychiatrie nicht mehr wollen. Die zweite Funktion betrifft den Arzt, der die Ressourcen mobilisiert. Das wollen wir. Bei der dritten Funktion geht es um den gesellschaftlichen Einfluß des Arztes. Trotz aller Reformen ist dieser Einfluß größer als der der anderen Berufsgruppen. Am Wiener-System finde ich genial, daß sie Chefärzte in die Gemeinden setzen. Damit holen sie die Ressourcen, aber auch die gesellschaftliche Akzeptanz in die Gemeinde. Ich habe mir überlegt, ob wir das in m Rheinland ebenfalls so machen können. Es wäre wahrscheinlich unmöglich. Bei unserer Reformideologie oder DGSP-Ideologie würden alle Vereine aufschreien, wenn wir sagten, jetzt besetzen wir die SPZ mit richtigen Chefärzten. *Herr Bauer:* Wenn u.a. gesagt wird, Medizin wollten wir nicht mehr in der Gemeindepsychiatrie, sagt die Krankenkasse ganz klar, das sei ihr recht, denn da brauche sie nicht mehr dafür zu zahlen.

*Herr Kulenkampff:* ich müßte mich mein halbes Leben getäuscht haben, wenn wir es nicht mit Kranken zu tun hätten, und in dem Fall! gehört ganz selbstverständlich der Arzt dazu. Ich kann es nicht leiden, wenn die sozialen Aspekte

gegen medizinische Standpunkte ausgespielt werden. Das hat mir bei Herrn Rudas aus Wien so gut gefallen, daß es dort zu einer klaren Konzeption gekommen ist. Nicht umsonst heißen die psychosozialen Stationen dort Stationen. Das ist keine Nomenklatur-Erfindung sondern das Spiegelbild einer klinischen Station. Folglich hat der Primararzt primärärztliche Züge. Ein Sozialarbeiter hat andere Funktionen, die genauso wichtig sind. Jedoch kann er keine Diagnose erstellen bzw. keine Therapie durchführen. Was er höchstens kann, ist, die Angehörigen beraten, daß sie sich gedulden müssen, bis der Onkel wieder gesund ist. Also ich sehe den Konflikt nicht, ich kann ihn nicht erkennen. Ich meine, ein anderes Modell ist sicher, ganz auf der anderen Seite tätig zu werden. Das haben wir in Baden-Württemberg, wo die sozialpsychiatrischen Dienste in freier Trägerschaft in der Regel von Psychologen und Sozialarbeitern und nur konsularisch von Ärzten betreut werden. Das kann man machen, und wir haben die Nachteile in Kauf zu nehmen, die das hat. Bei Kriseninterventionen, bei komplizierten Fällen sind die Ärzte aus der Praxis nicht da und man muß drei Tage warten, bis sie zu einer Fallbesprechung kommen. In den Teams, die ich im Modellprogramm kennengelernt habe, war es so, daß sich die Ärzte den Sozialarbeitern angepaßt und sich nicht getraut haben zu sagen, daß sie Ärzte sind. Nach Kleidung und Manier hatten sie eher Sozialarbeiter-Habitus.

*Herr Kruckenberg:* Also, lieber Herr Kulenkampff, ich habe doch Sorge, daß Sie alt werden. Es ist ein vielschichtiges Thema, und ich habe damit in Bremen unendlich viel Ärger, weil ich zum gegenwärtigen Zeitpunkt genau das sage, was Sie auch sagen. Fakt ist, wir brauchen in den Teams eine Leitung. Wir haben aber eine Rahmenstruktur, in der, ich würde mal sagen, leider nur ein Arzt Leiter sein kann. Damit die Verhältnisse klar und eindeutig sind, müssen es Ärzte sein. In dem Fall muß man mühsam suchen, bis man einen Arzt findet, der berufsübergreifend denkt und handelt. Das ist manchmal nicht so einfach, wie Sie wissen. Doch es spricht überhaupt nichts dagegen, daß wir uns Gedanken machen, ob Leitungsverantwortung nicht auch auf andere Berufsgruppen übergehen kann. Ich denke, wir müßten uns daran machen, so etwas zu entwickeln. Wir würden wahrscheinlich entdecken, daß Leitungsqualifikationen sehr viel breiter gestreut sind als in unserer merkwürdigen Berufsgruppe.

*Herr Rudas:* Also, ich hoffe, daß ich noch befreit bin von dem Verdacht, alt zu sein. Ich glaube, daß man im Rheinland das Wiener Chefarzt-System einführen kann. Sie werden natürlich im gesamten Rheinland nicht die erforderliche Zahl schwachsinniger Ärzte finden, die für ein Gehalt, wie es in Wien für diese Funktion gezahlt wird, ähnliche Funktionen und Verantwortungen hier übernehmen. Die Wiener Chefärzte verzichten auf eine gut bezahlte Privatordination und auf eine recht gut honorierte und ziemlich überprivilegierte Universitätskarriere. Bis heute habe ich nicht verstanden, warum wir diesen Weg gegangen sind. Wir sind eine verschworene Gruppe, die auch deshalb beisammen bleibt, weil die Frage nach der Motivation nicht im Mittelpunkt steht.

ich will aber auch gar nicht wissen, warum wir diesen Weg noch gehen. Hauptsache ist, daß wir ihn noch gehen.

Die Frage, ob Psychiatrie nach einem medizinischen oder nichtmedizinischen Modell arbeiten und sich verstehen soll, bitte ich Sie, weder an einzelnen Berufsgruppen noch an geographischen Orten abzuhandeln. Die verschiedenen Berufsgruppen sind unabhängig voneinander und ideologisch abzuhandeln. Die Diskussion gehört in einen ideologischen Rahmen. Allerdings würde ich davor warnen zu sagen, das handele ich anhand der Ärzteschaft ab. Denn zum medizinischen Modell gehören viele andere Berufsgruppen; einschließlich Sozialarbeiter mit Psychiatrie-Diplom, die ebenfalls nach dem medizinischen Modell Sozialarbeit betreiben. Sie befinden sich dann auf dieser Seite des ideologischen Grabens. Wir sind befallen von einer Wahnidee, von der Idee, daß die Leute, die wir betreuen, außer, daß sie keine Wohnung, keine Tagesstruktur, keine soziale Stellung haben, noch etwas haben, was ursächlich dazu geführt hat, daß sie diese Dinge nicht haben. Ich betreue nicht jeden Obdachlosen. Ich heiße psychiatrischer Dienst. Ich persönlich bekenne mich mit nicht geringem Selbstverständnis und Stolz dazu, ein Handwerk erlernt zu haben, das nicht so schlimm wie manches andere Handwerk ist. Als Soldat hätte ich wahrscheinlich größere Schwierigkeiten mit meiner Berufsidentität. Ich finde es ein ganz taugliches Modell!, nicht allen Leuten zu helfen. Geburtshelfer bin ich nicht, das habe ich nicht gelernt. Rechtsanwalt bin ich nicht, das habe ich ebenfalls nicht gelernt. Aber Psychiatrie habe ich gelernt. Und ich denke, daß wir Menschen etwas geben können, die wir als psychisch Kranke verstehen. Das ist das eine, was ich sagen möchte. Hinzu kommt, daß ich radikal davor warnen würde, die Diskussion um das Ja oder Nein zum medizinischen Modell im Krankenhaus nicht zu führen und im extramuralen Dienst doch zu führen. Und zwar, weil die extramuralen Dienste diese Diskussion nicht aushalten würden. Diese Dienste würden eine solche Diskussion einfach nicht überleben. Das würde eine existentielle Gefährdung bedeuten. Denn wenn Sie, aus welchen Gründen auch immer, und das können auch vernünftige nachvollziehbare Gründe sein, die Diskussion führen, ob medizinische Modelle für psychisch Kranke tauglich sind, dann fangen Sie bitte diese Diskussion bei den dysfunktionalen Krankenhäusern und Krankenkassen an. Wenn Sie alle diese ehrwürdigen und dysfunktionalen Institutionen, wenn Sie die kassenärztlichen Vereinigungen, die Ortsverbände und die Landschaftsverbände durchdiskutiert haben, erst dann trampeln Sie auf die jungen Kinder, die extramurale Dienste heißen.

*Herr Kregel:* Ich möchte es der Versammlung ersparen, nun auf das einzugehen, was bei Ihnen in Hinsicht des Berufsbildes des Sozialarbeiters angeklungen ist. Ich möchte es dennoch nicht ganz unwidersprochen lassen. Ich wollte aber etwas anderes vortragen, und zwar ein praktisches Beispiel aus der Vereinsarbeit, wo uns immer dieses Ungleichgewicht der Honorierung ärztlicher und nichtärztlicher Leistung sehr stark auffällt. Ich will auch gar nicht einen gegen den anderen ausspielen, das ist nicht mein Interesse. Es kommt häufig vor, daß Sozialarbeiter aufgrund ihrer guten Beziehung einen Klienten

in der Krise veranlassen können, zum niedergelassenen Arzt zu gehen, sich vielleicht neuroleptisch behandeln zu lassen. Auf diese Weise wird unter Umständen eine Krise abgefangen, die sonst mit einer Zwangseinweisung enden würde. Es ist für uns immer wieder schwer einzusehen, warum dieses Stück, das nötig ist, um den Betroffenen dazuzubringen, von den Krankenkassen nicht honoriert wird, die ärztliche Behandlung aber, die dann eine Sache von zehn Minuten vielleicht ist, hoch honoriert wird. Wenn man vom Patienten ausgeht, braucht er offenbar beides. Für mich ist nicht ersichtlich, warum sich die Kassen dafür nicht interessieren.

### *Frau Pohl zum Referat Haerlin*

In unserer Arbeitsgruppe ging es um die Integration von beruflichen Hilfen in gemeindepsychiatrische Strukturen. Zu Beginn wurde - angeregt durch einen Arbeitsmediziner, der an der Gruppe teilnahm - diskutiert, was der allgemeine Arbeitsmarkt für eine Position in dem Gesamtsystem der beruflichen Rehabilitation einnimmt. Hierbei fiel uns auf, daß man, wenn man über berufliche Rehabilitation von psychisch Behinderten spricht, sehr viel an institutionelle Hilfen denkt und relativ wenig an die Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, obwohl die Arbeitgeber und gerade auch die werksärztlichen Dienste in dieser Hinsicht durchaus gesprächsbereit sind. Offensichtlich erscheint uns, die wir versuchen, berufliche Rehabilitation in Gang zu setzen und zu strukturieren, der allgemeine Arbeitsmarkt für unsere Klienten unerreichbar.

Wir haben uns die Frage gestellt, woran das liegt, und sind zu dem Schluß gekommen, daß in sehr vielen Fällen die Bemühungen um die berufliche Wiedereingliederung ganz einfach zu spät angefangen haben. Das mag zum einen daran liegen, daß auf Seiten der Institution, vor allem bei der stationären Behandlung, die Frage der beruflichen Perspektiven nicht ernst genug genommen wird. Darüber hinaus führt die Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern auch dazu, daß die Entlassung der Patienten nicht so sorgfältig vorbereitet werden kann, wie es eigentlich notwendig wäre. Bei den relativ kurzen stationären Behandlungszeiten bleibt zur Rehabilitationsabklärung nicht mehr genug Zeit für die erforderliche Diagnostik und eventuelle Trainingsmaßnahmen.

Wenn im Rahmen der stationären Behandlung die Entwicklung beruflicher Ziele und Perspektiven aber nicht mehr erfolgen kann, an wen können wir unsere Patienten weitervermitteln? Mit wem können sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre beruflichen Probleme besprechen? Hierfür fehlen geeignete Ansprechpartner. Die Arbeitsämter, die in erster Linie hierfür zuständig sind, fühlen sich - und das zeigt sich auch in der Praxis - häufig mit den Problemen von psychisch Behinderten überfordert. Das führt dann dazu, daß wir als Mitarbeiter z. B. des Krankenhauses die Patienten ambulant weiterbetreuen (wofür wir eigentlich nicht zuständig sind). Wir müssen uns dann auch mit den ganzen gesetzlichen Grundlagen und Vorschriften, den

Angeboten, Anspruchsvoraussetzungen und Zuständigkeiten der Kostenträger auskennen. Ist dies der Fall - so ist unsere Erfahrung -, dann können wir mit etwas Glück und viel Mühe für den Einzelfall eine Lösung oder zumindest einen Einstieg in die berufliche Rehabilitation finden. Diese Art der Einzelfallarbeit ist sehr mühselig und zeitaufwendig und wird zudem noch erschwert durch die speziellen Einschränkungen, denen psychisch Behinderte in der Regel unterliegen. Hierzu gehören vor allem die häufigen Schwankungen des Befindens und der Belastbarkeit sowie die häufig falsche Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Beides verlangt eine intensive Bearbeitung der Motivation des Behinderten zu einem Rehabilitationsversuch. Darüber hinaus ist für die Bewilligung von fast allen Maßnahmen die Bescheinigung einer günstigen Prognose erforderlich. Dies ist bekanntlich bei psychisch Behinderten außerordentlich schwierig, da keine zuverlässigen Kriterien für die Vorhersage des Verlaufs existieren. Folge dieser Probleme ist, daß die vorhandenen Hilfen und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation für psychisch Behinderte kaum zugänglich sind.

Ein Teilnehmer der Arbeitsgruppe schlug für diesen Personenkreis ein gemeindenahes Verbundsystem vor, das in sich völlig durchlässig und möglichst frei nutzbar sein sollte, so daß zu jedem Zeitpunkt das gerade passende Angebot zur beruflichen Wiedereingliederung wahrgenommen werden könnte. Es dürften dabei keine langen Wartezeiten, Anmeldezeiten oder langwierige Abklärungen von Kostenträgerzuständigkeiten entstehen. Es war uns durchaus klar, daß eine solche Forderung zwar berechtigt, aber unrealistisch ist. Dennoch zeigt der Wunsch nach einem durchlässigen und relativ frei nutzbaren System von beruflich rehabilitativen Hilfen die größten Hemmnisse auf, die sich für psychisch Behinderte ergeben;

- lange Wartezeiten
- starre zeitliche und inhaltliche Vorgaben für den Maßnahmeverlauf
- hohe Anforderungen an Leistungsfähigkeit und -kontinuität
- Bescheinigung der Erfolgsprognose vor Beginn der Maßnahme
- verwirrende und unüberschaubare Finanzierungsregelungen

Bei dem letzten Punkt, den Finanzierungsregelungen, sind wir dann - abweichend vom eigentlichen Thema der Arbeitsgruppe - noch eine Weile stehen geblieben. Unsere Erfahrungen zeigen, daß durch die Komplexität dieser Regelungen oft langwierige Abklärungsprozesse entstehen, wodurch sich der Beginn geplanter Maßnahmen erheblich verzögert und die Motivation der Betroffenen entsprechend geringer wird.

Ein weiteres, in diesem Zusammenhang immer wieder ins Auge fallendes Problem ist die Bezahlung der Arbeit in Behindertenwerkstätten und Tagesstätten mit Arbeitsangebot. Die Bezahlung der dort angebotenen Arbeiten ist in der Regel schon von Seiten der Auftraggeber außerordentlich gering. Dann wird auch noch bei den Sozialhilfeempfängern der Verdienst zum größten Teil

von der Hilfe zum Lebensunterhalt wieder abgezogen, und die Arbeitsmotivation der Betroffenen bleibt auf der Strecke. Dieser Argumentation wurde entgegengehalten, daß es durchaus ein Stück Normalität darstellt, soviel wie möglich zum eigenen Lebensunterhalt beizutragen, anstatt einfach Sozialhilfe zu beziehen und diese dann durch Zuverdienst, so weit es geht, aufzubessern. Die Tendenz der Diskussionsteilnehmer schien jedoch eher dahin zu gehen, daß sich die derzeitigen Richtlinien über die Heranziehung des Einkommens in WFBs u. ä. sehr ungünstig auswirken und daß hier ein dringender Veränderungsbedarf besteht.

Ein Teilnehmer der Arbeitsgruppe berichtete, daß in der DDR eine Invalidenrente, deren Höhe ich jetzt nicht mehr genau weiß, bezahlt wird, wobei ein angemessener Zuverdienst jederzeit möglich ist. Es wurde vorgeschlagen, daß in der Resolution, die am Ende des Plenums verabschiedet werden soll, ein Satz aufgenommen wird, der diese Invalidenrente als erhaltenswerten Bestandteil des sozialen Systems der DDR benennt. Gegen Ende der Arbeitsgruppe wurde noch kurz über die Erfahrungen in Tagesstätten mit Arbeitsangeboten gesprochen. Allgemein wurden solche Tagesstätten als sehr gute Möglichkeiten angesehen, dem Betroffenen einen ersten Zugang zur Arbeit zu ermöglichen, um dann bei entsprechender Stabilisierung eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme einzuleiten.

*Herr Knoll:* In der Arbeitsgruppe hätte ich gern gesessen, da hätte ich sehr provokante Gegenthesen formuliert. Ich halte die Arbeit für etwas sehr Wichtiges, für einen Teil des Menschen. Es ist auch eine Ideologie, daß man arbeiten muß und daß auch unsere Patienten um jeden Preis, wenn die Therapie gelingen soll, in Richtung Arbeitswelt rehabilitiert werden. In Marburg war am eindrucksvollsten, als wir diese Ideologie aufgegeben und die Leute einfach mal zu Hause haben sitzenlassen bzw. ihnen die Tagesstätten anboten; ohne daß sanfter Druck kam, ob sie nicht ein paar Mark dazuverdienen wollten. Ich wollte nur darauf verweisen, daß Rehabilitation in die Arbeitswelt Ideologie sein kann, daß viele Patienten viel zu früh auf diese Schiene gesetzt werden und daß wir als Therapeuten häufig ganz blind sind für die enormen sozialen Defizite unserer Patienten. Wir haben bei uns in Marburg in der Tagesklinik eine kleine Cafeteria aufgemacht. Dort gibt es wirklich leichte Arbeit zu bewältigen, und wir setzen nur Patienten ein, von denen wir überzeugt sind, sie seien schon sehr weit. Immer wieder sind wir erschüttert, was sie alles nicht können, und das wird oft übersehen.

*Frau Pohl:* Ich würde gern direkt antworten. Die Diskussion ist wichtig. Doch ich möchte sie zu dem Zeitpunkt führen, an dem ich feststelle, daß wir tatsächlich so viele berufliche rehabilitative Angebote machen, daß es schon zu viel wird. Mein Problem ist vielmehr, daß nicht einmal diejenigen, die ins Arbeitsleben zurückgehen möchten, es von ihren Voraussetzungen auch könnten, daß nicht einmal diejenigen die entsprechenden Angebote finden. Daß wir seit einigen Jahren verstärkt dieses Thema diskutieren, liegt eigentlich nicht daran, daß diese Ideologie so in den Vordergrund rückt, sondern daß

Realisierungschancen so schwer geworden sind, daß man sich wirklich ganz konkret immer wieder neue Gedanken machen muß, um die berufliche Reha voranzutreiben. Ich selber bin nicht der Meinung, daß das für jeden immer das Richtige ist, aber für die, für die es nötig wäre, für die würde ich es auch gern ermöglichen. Da sind wir noch längst nicht an dem Punkt.

*Herr Knoll:* Da sind wir in Marburg sehr weit. Wir haben enorm viele Übungswerkstätten und Vereine zur Wiedereingliederung. Dieses Problem haben wir nicht. Ich bin vielleicht blind, was andere Regionen angeht.

*Herr Kunze:* Ich möchte die Gelegenheit nutzen, den Referenten ganz herzlich zu danken für die ausgezeichneten Referate, den Moderatoren für ihre umsichtige Moderation und vor allen Dingen den Teilnehmern für die aktive Beteiligung bis zum Schluß. Das ist eine große Leistung. Ich möchte die Gelegenheit auch nutzen, den vielen Personen hier im Krankenhaus und in der Gemeinde Emstal zu danken, die hinter den Kulissen und vor den Kulissen für einen guten Ablauf gesorgt haben. Man kann nicht alles vorher planen, und das haben wir letztlich auch nicht versucht. Bei allen Problemen hat es immer wieder Teilnehmer gegeben, die hier und da organisatorische Lücken gefüllt haben. Von daher noch einmal ein herzliches Dankeschön an alle.

## Resolution zur psychiatrischen Versorgung in einem geeinten Deutschland

Am 20. und 21. Juni 1990 veranstaltete die AKTION PSYCHISCH KRANKE zusammen mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Merxhausen einen Kongreß in Emstal, an dem erstmalig in großem Umfang auch psychiatrische Fachleute aus der DDR teilnehmen konnten.

Die rund 300 Teilnehmer waren sich darin einig, daß im Zuge des Vereinigungsprozesses der beiden Teile Deutschlands den Problemen der psychiatrischen Versorgung eine besondere fachliche und politische Bedeutung zukommt. Sie betonen, daß die Lösung der drängenden strukturellen und materiellen Probleme der Versorgung psychisch kranker und behinderter Bürger in Deutschland keinen Aufschub duldet. Sie fordern die Verantwortlichen in Politik und Verwaltung auf, sich mit dem gebotenen Nachdruck für die Verbesserung der zum Teil katastrophalen Lage insbesondere der chronisch psychisch kranken Menschen einzusetzen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muß es vordringliches Anliegen sein, die ambulanten (vor allem die psychiatrischen Abteilungen in den Polikliniken und die neuropsychiatrischen Beratungsstellen) und komplementären Dienste in der DDR zunächst einmal zu erhalten, weil sich anderenfalls die ohnehin schon prekäre Situation der psychisch Kranken dort dramatisch verschlechtern würde.

Darüber hinaus ist eine Bestandsaufnahme „Zur Lage der Psychiatrie in der DDR“ erforderlich. Nur auf einer solchen Grundlage ist es möglich, die strukturellen und materiellen Schwächen der dortigen psychiatrischen Versorgung, aber auch ihre organisatorisch-therapeutischen Stärken offenzulegen, aus denen sich durchaus positive Impulse für die Weiterentwicklung der Psychiatrie-Reform in der Bundesrepublik ergeben können. Dabei wird die Beseitigung der vielerorts „brutalen Realität“ in den großen stationären Einrichtungen der DDR zunächst im Vordergrund stehen müssen.

Die Teilnehmer der Tagung waren sich darin einig, daß die „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung“ auch Grundlage der Reform der psychiatrischen Versorgung in der DDR - unter Beachtung und Einbeziehung gewachsener Strukturen - sein sollten. Diese Entwicklung setzt eine Stärkung der kommunalen Verantwortung für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung vor Ort voraus.

Emstal, 21. Juni 1990

# Verzeichnis der Autorinnen und Autoren, Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer

## *Autorinnen, Autoren und Moderatoren*

Dr. Douglas H, BENNETT, Physician Emeritus, Bethlem Royal and Medley Hospital, London

Irmgard GAERTNER, Landesdirektorin des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Kassel

Christine HAERLIN, Ergotherapeutin, Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln

Dr. Holger HOFFMANN, Oberarzt an der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik, Bern

Rene FELLMANN, Psychiatrie-Fachpfleger, Sozialpsychiatrische Universitätsklinik, Bern

Klaus KREGEL, Dipl.-Sozialpädagoge, Geschäftsführer des Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie e.V., Bonn

Dr. Peter KRUCKENBERG, Geschäftsführender Direktor der Klinik für Psychiatrie, Zentralkrankenhaus Bremen Ost, Bremen

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, Emstal/Kassel

Walter PICARD, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn Dr.

Stephan RUDAS, Ärztlicher Direktor des Psychosozialen Dienstes, Wien Geoff

SHEPHERD, Dipl.-Psychologe PhD, Fulbourn Hospital, Department of Psychology, Cambridge

## *Berichterstatterinnen und Berichterstatter, Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer*

Prof. Dr. Manfred BAUER, Leiter der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach

Dr. M. KNOLL, Medizinalreferent des Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

Prof. Dr. Caspar KULENKAMPPFF, Stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Lübeck

Julia POHL, Dipl.-Psychologin, Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen Dr.

Maria RAVE-SCHWANK, Ärztliche Direktorin der Psychiatrischen Klinik am Klinikum Karlsruhe

Lothar REISIG, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrisches Krankenhaus, Herborn