

Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie

Tagungsbericht
Kassel, 3./4. November 2008

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Regina Schmidt-Zadel
Peter Kruckenberg

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel, Peter Kruckenberg (Hg.).
Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie.

1. Auflage

ISBN 978-3-88414-479-4

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de
Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2009

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

Umschlaggestaltung: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: CPI – Clausen & Bosse, Leck

Inhalt

Einführung <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	9

A Die Steuerungsverantwortung der Akteure in der Gemeindepsychiatrie

Die Verantwortung der Politik für die Rahmenbedingungen der Gemeindepsychiatrie <i>Klaus Theo Schröder</i>	14
Die Verantwortung für die Sicherstellung der Gemeindepsychiatrie in der Region <i>Armin Lang</i>	27
Mitwirkung an der Entwicklung des Sozialraums – eine Aufgabe für die Sozialpsychiatrie <i>Klaus Dörner</i>	37

B Anforderungen an die regionale Steuerung von personenzentrierten Hilfen

Wettbewerb geht nicht vor Qualität – Vergaberecht und Qualität <i>Evelyne Gebhardt</i>	46
Der Zusammenhang zwischen personenzentrierten Hilfen für den Einzelnen und der Steuerung von Prozessen und Ressourcen in der Region <i>Ulrich Krüger, Niels Pörksen</i>	54
Rechtliche Aspekte regionaler Qualitätssteuerung <i>Jörg Holke</i>	71
Engagierte Leistungserbringer übernehmen regionale Verantwortung: Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund <i>Matthias Rosemann</i>	84

Engagierte Leistungsträger übernehmen regionale Verantwortung: Regionale Versorgungsbudgets in der Psychiatrie	94
<i>Ludger Buitmann</i>	
Gemeindepsychiatrie am Scheideweg – wachsende Vernetzung oder unregelmäßige Konkurrenz?	99
<i>Peter Kruckenberg</i>	

C Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Daseinsvorsorge im Sozialraum: Prävention und Zugang zu Hilfen

Einleitung	
<i>Reinhard Peukert</i>	112
Was ist »Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie«?	114
<i>Reinhard Peukert</i>	
Kreativität offener Hilfen: die Meilensteine stehen lassen	129
<i>Richard Auernheimer</i>	
Seelische Gesundheit in den Quartieren/Stadtteilen – Prävention und Zugang zu Hilfen in Bremen-Tenever	137
<i>Joachim Barloschky</i>	
»Wir haben ein Stadtteilbudget, kein Budget für seelische Gesundheit.« – Das Verständnis vertiefende Auszüge aus der Diskussion	151
<i>Reinhard Peukert</i>	
Sozialpsychiatrischer Krisendienst im Kreis Herzogtum Lauenburg	155
<i>Andreas Adelmeyer</i>	

II Personen- und lebensweltbezogene Finanzierung von Eingliederungshilfe

Einleitung	
<i>Ingmar Steinhart</i>	159
Umsteuerung zu flexiblen Hilfen – Nehmen wir Personen- und Lebensfeldbezug endlich ernst! Sieben Thesen zur Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe	162
<i>Ingmar Steinhart</i>	

Zeitbasierte Finanzierung in der Eingliederungshilfe – Ein Praxisbericht aus Erfurt <i>Dirk Bennewitz</i>	172
Umstieg des LWV Hessen auf eine zeitbasierte Finanzierung <i>Gerhard Kronenberger</i>	175
Sozialräumliche Finanzierungsgrundlagen im Bereich der erzieherischen Hilfen (SGB VIII, §§ 27 ff.) <i>Johannes Groppe, Gerhard Litges</i>	185

III Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Einleitung <i>Peter Kruckenberg, Gerhard Längle</i>	192
Sicherstellung der ambulanten Behandlung <i>Hermann Munzel</i>	194
Neue Modelle der Vernetzung – »GPZ, SHN, MVZ, APD, IV!?« <i>Gerhard Längle</i>	205
Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch- psychotherapeutische Kliniken und ihre zukünftige Finanzierung <i>Heinrich Kunze, Paul-Otto Schmidt-Michel</i>	213
Das Regionale Psychiatrie-Budget im Kreis Steinburg – Erfahrungen aus einem Modellprojekt <i>Arno Deister, Hans-Jürgen Forster</i>	230

IV Selbstbestimmung und Schutz vor übergriffiger Fremdbestimmung

Einleitung und Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professionellem Hilfesystem <i>Ruth Fricke</i>	238
Förderung von unabhängigen Beschwerdestellen <i>Doris Steenken</i>	244
EX-IN-Projekt – Psychiatrieerfahrung als Kompetenz – Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen <i>Jörg Utschakowski</i>	248

Aggressives Verhalten: Prävention und Intervention	
<i>Tilman Steinert</i>	255

V Altenhilfe und psychiatrisches Hilfesystem

Einleitung	
<i>Niels Pörksen, Jürgen Gohde</i>	263
Das Projekt »Werkstatt Pflegestützpunkte«	
<i>Jürgen Gohde</i>	265
Altengemäße Infrastruktur und die Gewährleistung von Hilfen im Wohngebiet	
<i>Martin Kaufmann</i>	273
Früherkennung und ambulante Betreuung von Demenzerkrankungen	
<i>Wilhelm Stuhlmann</i>	278
Vernetzung psychiatrischer Hilfen mit dem regionalen Altenhilfesystem	
<i>Brigitte Meyer</i>	286

VI Weiterentwicklung der Hilfeplanung

Einleitung	
<i>Petra Gromann, Kristina Krüger</i>	305
Individuelle und integrierte Teilhabeplanung – der Ansatz des ITP Hessen	
<i>Petra Gromann</i>	306
Effiziente Ausgestaltung und Optimierung von Hilfeplankonferenzen	
<i>Christina Nerlich, Ingmar Steinhart</i>	321
Gesetzliche Betreuung, koordinierte therapeutische Bezugsperson und administratives Case-Management	
<i>Marion Locher</i>	336
Begutachtungsverfahren Pflegebedürftigkeit und Hilfeplanung	
<i>Klaus Wingenfeld</i>	346

VII Persönliches Budget

Einleitung

Ulrich Krüger, Joachim Speicher 351

Anforderungen an Qualität

Ulrich Krüger 354

Vorteile des Persönlichen Budgets – Erfahrungsbericht

Franz-Josef Wagner 358

Budget statt Heim – ein Erfahrungsbericht

Gaby Roth 365

Zielvereinbarungen und Leistungserbringerrecht

Georg Rindermann 367

VIII Steuerung des regionalen psychiatrischen Hilfesystems

Einleitung

Matthias Rosemann, Heinrich Beuscher 378

Organisation der Verantwortung als Aufgabe der Leistungserbringer

Rainer Hölzke 381

Gemeinsame Qualitätsstandards – die BAG GPV

Mechthild Böker-Scharnhölz 384

Steuerung in öffentlicher Verantwortung

Heinrich Beuscher 391

Sozialraum – korrigierter Wettbewerb

Jonathan I. Fahlbusch 404

D Fazit und Chancen eines kooperativen regionalen Qualitätsmanagement

Gesprächsrunden mit Entscheidungsträgern zu den Chancen – verbindliche Festlegung der Qualitätskriterien für die Erbringung von Komplexleistungen und Sicherstellung durch kooperatives regionales Qualitätsmanagement

TeilnehmerInnen: Helga Kühn-Mengel (MdB), Gerhard Vigener (MJAGS Saarland), Peter Weiß (MdB), Wolfgang Hessenauer (LWV Hessen), Martina Hoffmann-Badache (LVR), Karsten McGovern (LK Maaburg-Biedenkopf), Peter T. Sawicki (IQWiG), Karl-Dieter Voß (GKV-Spitzenverband), Regina Schmidt-Zadel (APK), Heinrich Kunze (APK), Ulrich Krüger (APK)
Moderation: Reinhard Peukert (APK)

410

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

439

Veröffentlichungen und Informationstagungen

444

Begrüßung und Einführung

Regina Schmidt-Zadel

Meine Damen und Herren,

ich freue mich, Sie zu diesem Kongress begrüßen zu können, der sich mit einem zentralen gesundheitspolitischen Thema befasst – vielleicht dem wichtigsten: Der Frage nach der Verantwortung.

Viele Leistungsbereiche sind tangiert und damit viele Leistungsträger und noch viel mehr Leistungserbringer. Die politische Verantwortung ist verteilt auf Bund, Länder, Kommunen und teilweise auf weitere Ebenen wie z. B. die Landeswohlfahrtsverbände bzw. Landschaftsverbände als überörtliche Träger der Sozialhilfe. Diesmal hat auch das Europäische Parlament zentrale Bedeutung für die Thematik des Kongresses. – Ich bitte um Verständnis, dass ich stellvertretend für viele Träger von Verantwortung nur drei namentlich begrüße.

Ganz besonders begrüße ich Herrn Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vom Bundesministerium für Gesundheit. Sie sind nicht zum ersten Mal Gast bei unseren Tagungen, und wir sind Ihnen für Ihr Kommen sehr dankbar. Hervorheben möchte ich, dass Sie, Herr Dr. Schröder, immer ein offenes Ohr und viel Verständnis für die Sorgen und Probleme psychisch kranker Menschen und ihre Angehörigen haben. Sie nahmen sich wiederholt Zeit für Gespräche mit dem Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Ihnen und dem Bundesministerium für Gesundheit möchten wir, auch im Namen der vielen Teilnehmer heute und morgen, für die Förderung der Veranstaltung herzlich danken.

Ich begrüße herzlich Herrn Armin Lang. Sie sind in vielfacher Hinsicht mit unserer Thematik vertraut, z. B. weil Sie seit vielen Jahren an der Entwicklung der Psychiatrie im Saarland beteiligt sind und sowohl in Ihrer führenden Position in einer Krankenkasse (DAK) und eines Krankenkassenverbandes (VdAK) als auch in Ihrer politischen Tätigkeit als Abgeordneter des Saarländischen Landtags psychisch kranken Menschen immer besondere Aufmerksamkeit geschenkt haben.

Ich bedaure außerordentlich, dass ich Frau Evelyne Gebhardt nicht begrüßen kann. Sie ist leider unvorhersehbar verhindert und übermittelt der Tagung die besten Grüße und wünscht gutes Gelingen. Das Thema ist Frau Gebhardt als Abgeordnete des Europäischen Parlaments seit langer Zeit äußerst wichtig, damit auf europäischer Ebene die Verantwortung für die Qua-

lität von Dienstleistungen der Konkurrenz um niedrige Preise nicht geopfert wird. Ihre für die Tagung zentrale Rede wird unser Vorstandsmitglied Rainer Hölzke vorlesen und der Text wird im Tagungsband veröffentlicht.

Vergleichende Studien und Expertengutachten belegen, dass in Deutschland ein System der Gesundheitsversorgung besteht, das durch hochwertige Einzelleistungen, aber infolge der Fragmentierung der Leistungsträger und der Leistungserbringung auch durch erhebliche Schnittstellenprobleme und mangelnde Kooperation gekennzeichnet ist.¹

Dies gilt in besonderem Maße im Bereich psychiatrischer Versorgung.

Psychisch kranke Menschen sind oft krankheitsbedingt nicht in der Lage, erforderliche gesundheitsbezogene und soziale Hilfen für sich zu organisieren und für deren Abstimmung zu sorgen. Da das bestehende Hilfesystem wenig Unterstützung bei dieser Aufgabe leistet, werden auch in vermeidbaren Fällen stationäre Hilfen in voll versorgenden Einrichtungen mit komplexen Angeboten (Kliniken, Wohnheime, Altenheime) in Anspruch genommen. Wer diese nicht in Anspruch nehmen kann oder will, steht im Risiko der Unterversorgung.

Schon die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahre 1975 stellte als eine zentrale Forderung die personenbezogene Kooperation der Leistungsanbieter in einer Region heraus. Die »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ...« (1988) schlugen dazu erstmals den Aufbau »Gemeindepsychiatrischer Verbünde« (zunächst nur für den ambulanten Bereich) vor. Aufgrund des sozialrechtlich gegliederten Systems der sozialen Sicherung und der angebots- bzw. einrichtungsbezogenen Aufteilung jeweils nach Maßnahmen spezialisierte Angebote ist eine Verbundstruktur nicht leicht zu erreichen und zu erhalten.

Seit der Enquete 1975 sind erhebliche Fortschritte erreicht worden. Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es noch große Problembereiche gibt. Ich möchte drei nennen:

- Durch die Zersplitterung des Leistungsrechts und die maßnahmebezogene Organisation der Leistungserbringung sind am Bedarf der Patienten orientierte Zusammenarbeit und Verantwortung erschwert und zum Teil unmöglich.

1 Siehe z. B.: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.

- Der Auftrag des Gesetzgebers, »den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen« (§ 27 SGB V, § 10 SGB IX) wird von der Selbstverwaltung nicht ausreichend beachtet. Insbesondere fehlt eine gute Koordination der Leistungen bei der Behandlung und Rehabilitation von schwer beeinträchtigten Kranken.
- Die zunehmende Tendenz, »marktwirtschaftliche« Wettbewerbsstrukturen einzuführen, verstärkt das Problem, weil der Wettbewerb sich auf Maßnahmen bezieht und nicht auf die Qualität für die Personen, nämlich auf die Wirkung der von Personen im Querschnitt und Längsschnitt in Anspruch genommenen Maßnahmen. Den betriebswirtschaftlichen Anreizen folgendes Verhalten der Einrichtungen führt zur möglichst lückenlosen Füllung der (nur knapp zugelassenen) Kapazitäten mit möglichst gut umgänglichen Klienten, die sich auch nicht beschweren über gewinnfördernde Leistungsreduzierung.

Die Tendenz, Qualitätssicherung nur noch über Ausschreibungsverfahren zu betreiben, ist mit wachsenden Risiken für die marktwirtschaftlich weniger interessanten »Kundenkreise« verbunden. Dies gilt im Bereich der Gesundheitsversorgung ebenso wie bei der Hilfe zur Teilhabe oder der Pflege. Die Ausschreibungen verhindern die nachhaltige Entwicklung von regionaler Verantwortung.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE setzt sich seit ihrem Bestehen und ihrem ersten »Werk«, der »Psychiatrie-Enquete« von 1975 insbesondere für die psychisch kranken Menschen mit besonders hohen und komplexen Hilfebedarfen ein. Sie hat das Konzept der »personenzentrierten Hilfen für psychisch Kranke« entwickelt, das inzwischen weithin anerkannte Leitlinie von Behandlung und Rehabilitation ist und auch in der sozialrechtlichen Entwicklung berücksichtigt worden ist. Wir registrieren aber zum Beispiel nicht akzeptable Finanzierungsbedingungen in der regionalen Grundversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Während inzwischen für motivierte und an Psychotherapie interessierte Menschen erhebliche Ressourcen eingesetzt werden, wird die Sicherstellung von ambulanter ärztlicher und nicht-ärztlicher Behandlung für psychisch kranke Menschen mit komplexen und schwierigen Hilfebedarfen systematisch vernachlässigt.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat in Weiterentwicklung der Ansätze von Enquete und Expertenkommission den personenzentrierten Ansatz mit den erforderlichen Instrumenten und Qualifikationsmaßnahmen für dessen Umsetzung erarbeitet. Der personenzentrierte Ansatz ist als Qua-

litätsstandard inzwischen akzeptiert. Die APK hat diesen Ansatz immer in den Rahmen eines »lernenden« gemeindepsychiatrischen Hilfesystems gestellt, die dazu gehörigen Strukturen und Instrumente beschrieben und ihre Implementation in über 50 Regionen begleitet. Dabei sind die erwähnten Systemprobleme überdeutlich geworden. Wenn dennoch in vielen Regionen wesentliche Fortschritte, z. B. in Richtung auf einen Gemeindepsychiatrischen Verbund, erreicht wurden, so lag dies regelmäßig an dem besonderen Engagement und der Bereitschaft zur Kooperation und verantwortlichem Handeln regionaler Akteure, die bisher von den Finanzierungsbedingungen völlig unzureichend gefördert wird.

A Die Steuerungsverantwortung der Akteure in der Gemeindepsychiatrie

Die Verantwortung der Politik für die Rahmenbedingungen der Gemeindepsychiatrie

Klaus Theo Schröder

Ich danke der AKTION PSYCHISCH KRANKE für die Einladung zur heutigen Veranstaltung. Ich bin sehr gerne nach Kassel gekommen, denn die hier alljährlich stattfindende Jahrestagung der Aktion steht inzwischen für eine Tradition von Veranstaltungen mit großer Öffentlichkeit und oft wegweisender Wirkung.

»Gemeindepsychiatrie« – ist ein Begriff, der uns Programm ist und uns mahnend an die Zeit erinnert, als psychisch Kranke in Asyle und Verwahranstalten gebracht wurden. Er geht zurück auf die frühen 60er-Jahre. Damals öffnete man in den USA und in Italien die psychiatrischen Großkrankenhäuser und entließ die Patienten in ihre Herkunftsgemeinde.

Zehn Jahre später wurde die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) durch Abgeordnete aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und Fachleute aus der Psychiatrie gegründet. Sie hat die mit der Enquete beginnende Psychiatrie-Reform in Deutschland maßgeblich geprägt. Diese Reform in Deutschland, zu deren Leitbildern die »Gemeindepsychiatrie« von Anfang an gehörte, ist eine Erfolgsgeschichte. Die APK – das darf man wohl sagen – hat dabei den Ton angegeben.

Ein aktueller Bericht der Weltgesundheitsorganisation, der vor knapp vier Wochen zum Welttag der Seelischen Gesundheit in London vorgestellt wurde, bestätigt: Deutschland gehört im europäischen Raum zu den führenden Ländern, in denen sich die Psychiatrie zu einem therapeutisch ausgerichteten System mit wohnortnahen Angeboten an Behandlung und Rehabilitation weiterentwickelt hat. Und dahinter steht ein breites Spektrum verfügbarer Hilfen:

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

Also möchte man doch sagen: In Deutschland wird »lebendige Gemeindepsychiatrie« bereits seit Langem praktiziert.

Warum also 33 Jahre nach Beginn der Reform wieder eine Veranstaltung zur »Gemeindepsychiatrie«? Das Motto Ihrer diesjährigen Tagung gibt die Antwort: »*Kooperation und Verantwortung*«. Es beschreibt kurz und prägnant die Herausforderungen für die Zukunft.

Die Entwicklungen und Veränderungen in unserer Gesellschaft führen zu neuen Anforderungen an unser Gesundheitssystem. Der stetig wachsende medizinische Fortschritt und eine immer älter werdende Bevölkerung erfordern mehr denn je transparente Entscheidungs- und Steuerungsmechanismen. Das gilt noch viel mehr bei begrenzten Budgets. Dabei befinden sich die Akteure des Gesundheitssystems – auf Leistungserbringer- und Kostenträgerseite – in einem zunehmenden Qualitätswettbewerb.

Nutzer gemeindepsychiatrischer Dienste sind aber in erster Linie schwergradig und chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen – jene also, die aufgrund ihrer Erkrankung Schwierigkeiten haben, eigenständig geeignete Hilfen aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen. Diese Menschen benötigen in besonderem Maße ein kooperierendes, flexibles und bei Bedarf auch mobiles Gesundheitssystem.

Daraus ergibt sich eine besondere Verantwortung des Systems für die Kontinuität der Behandlung und die Einbeziehung aller sozialen Problem-bereiche der Betroffenen.

»*Kooperation und Verantwortung*« – das sind grundlegende Voraussetzungen einer solchermaßen praktizierten sozialen Psychiatrie.

In unserem föderal gegliederten Gesundheitssystem sind die Verantwortlichkeiten breit gestreut. Bund, Länder und Kommunen und vor allem die Selbstverwaltung tragen Verantwortung durch Entscheidungskompetenz und Steuerungsfunktionen.

Wir alle wissen, dass geteilte Zuständigkeiten und Kompetenzen grundsätzlich gewisse Risiken bergen. Wenn es um Verantwortung geht, neigen wir nur allzu gern dazu, auf die Zuständigkeit eines anderen zu schauen. Dies gilt auch für die Politik. Früher hat sich der Gesetzgeber auf Bundesebene damit begnügt, Gesetze zu verabschieden, die er für gut hielt. Heute gehört es zum Standard, dass die Wirkung von Gesetzen evaluiert wird. Oft sind bereits in den Gesetzen selbst Berichtspflichten verankert.

Wesentliche Entscheidungs- und Steuerungsfunktionen obliegen in Deutschland der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Bekanntermaßen ist sie kein homogener Block. Sie ist untergliedert in Leistungserbringer und Kos-

tenträger. Bei heute immer noch 218 Krankenkassen kann man sich vorstellen, dass Entscheidungs- und Steuerungsprozesse nicht immer einfach sind.

Die übergreifende Ansprechbarkeit der Krankenkassen ist von großer Bedeutung. Deshalb haben wir auch mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geschaffen. Er hat inzwischen seine Arbeit aufgenommen und in kurzer Zeit auch Beachtliches geleistet. Er hat bereits eine Vielzahl von Empfehlungen und Richtlinien zur Weiterentwicklung der Versorgungsabläufe auf den Weg gebracht.

Um langfristig eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung zu sichern, ist auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vor mehr als vier Jahren geschaffen worden. Das Institut hat in der kurzen Zeit seines Bestehens bereits eine Fülle von wichtigen Hinweisen zu Qualität und Nutzen von Behandlungsmethoden geliefert. Es ist einzig dem Interesse der Patienten und der Versicherten verpflichtet und auch gehalten, seine Erkenntnisse in einer für diese verständlichen Form darzulegen.

Für die langfristige patientenorientierte Qualitätssicherung hat eine weitere Institution große Bedeutung erlangt: Das Amt der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Bisher sind über 70 000 Anfragen von Patienten und ihren Angehörigen an die Patientenbeauftragte gestellt und beantwortet worden. In vielen Einzelfällen konnte Aufklärung oder Hilfestellung geleistet werden. Dieses Amt hat aber auch noch eine andere Funktion: Das Ministerium, die Regierung und das Parlament werden auf direktem Weg auf Informationsdefizite oder Fehlentwicklungen aufmerksam.

Bei der Realisierung gemeindeintegrierter psychiatrischer Versorgung haben natürlich die Länder und die Kommunen eine besondere Verantwortung. Ein wesentlicher Teil der Umsetzung kann nur sinnvoll auf dieser Ebene realisiert werden.

Aber: Wir brauchen auch einheitliche Rahmenbedingungen. Denn es darf nicht sein, dass die besonderen Ansprüche chronisch psychisch Kranker auf Gesundheits- und Sozialleistungen abhängig vom Wohnort des Hilfesuchenden sind.

Für die gemeindepsychiatrische Versorgung im Sinne der Psychiatrie-Reform sind aus meiner Sicht vorrangig die folgenden Aspekte relevant:

1. Erforderlich ist der Rahmen für eine bedarfsgerechte Versorgung und eine gesicherte Finanzierung der notwendigen Leistungen. Das gilt für den stationären wie für den ambulanten und auch für den komplementären Bereich. Bei notwendigerweise begrenzten Budgets erfordert dies eine Steuerung über die richtigen Anreize.
2. Gemeindepsychiatrie braucht eine starke Kooperation. Dazu bedarf es der Vernetzung der verschiedenen Leistungsbereiche unter Einbeziehung der Nutzer sowie der Bürger- und Nachbarschaftshilfe.
3. Praktizierte Gemeindepsychiatrie heißt »vom Patienten her« zu denken. Leitbild dabei ist die Realisierung des »personenzentrierten Ansatzes«. Die APK hat diesen Begriff geprägt. Er steht für eine Planung der Hilfen, die nicht auf die einzelne Institution oder den einzelnen Leistungsbereich, sondern auf den individuellen Bedarf des Patienten ausgerichtet ist. Bereits in der Vergangenheit hat die Aktion die dazugehörigen Konzepte für Strukturen und Hilfesysteme entwickelt und ihre Implementierung in zahlreichen Regionen modellhaft begleitet.
4. Eine weitere Grundlage gemeindeintegrierter Versorgungskonzepte ist die konsequente Einbeziehung der Patientinnen und Patienten. Gemeindepsychiatrie wird dann lebendig, wenn sie ihre Nutzer aktiviert und zu einem möglichst selbstbestimmten Leben in allen Bereichen der Gesellschaft befähigt. Dazu gehört zum einen eine starke Selbsthilfe der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Zum anderen braucht gemeindeintegrierte Psychiatrie Patientinnen und Patienten, die nicht als »Objekte« von Behandlung, sondern als Partner mit klaren Rechten wahrgenommen werden.
5. Und nicht zuletzt ist Gemeindepsychiatrie auch eng mit dem Begriff Prävention verbunden. Denn sie soll nicht nur die Hilfen für psychisch kranke Menschen verbessern, sondern auch alles dafür tun, dass Krankheit – wenn irgendwie möglich – vermieden wird.

Sicherstellung und Finanzierung der Versorgung

Der Bund gestaltet verantwortlich die finanziellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Ständig steigende Kosten im Gesundheitswesen erfordern dringend die Neuregelung der Krankenkassenfinanzierung. Dafür übernimmt die Politik Verantwortung.

Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Der Bund wird sich an der Finanzierung langfristig mit bis zu

einer Gesamtsumme von jährlich 14 Milliarden Euro beteiligen. Auch der Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen wird neu geregelt, denn die Gesundheitsversorgung des Einzelnen darf nicht davon abhängen, wie viele Rentner oder Schwerkranke in seiner Krankenkasse sind.

Vertragsärzte nehmen eine wichtige Funktion in der gemeindepsychiatrischen Versorgung ein. Trotz insgesamt steigender Arztzahlen kommt es aber gerade auch im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie in einigen ländlichen Regionen zu Problemen bei der Nachbesetzung von Praxen. Hier werden dringend neue Anreizsysteme benötigt. Auch dafür übernimmt die Politik Verantwortung:

Wir haben mit den vergangenen Reformgesetzen bereits die bestehenden Sicherstellungsinstrumente ergänzt. Zudem wird zukünftig die Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Preisanreize erfolgen.

Die Politik hat auch auf den gestiegenen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen reagiert. Wir wollen, dass psychisch erkrankte Kinder rechtzeitig einen Therapieplatz finden. Aus diesem Grunde hat der Deutsche Bundestag vor gut zwei Wochen mit dem Gesetz zur Verbesserung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) die Einführung einer bedarfsplanungsrechtlichen Mindestquote von 20 % für ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandelnde psychotherapeutische Leistungserbringer beschlossen.

Zum Behandlungs- und Versorgungssystem eines gemeindepsychiatrischen Verbundes gehört auch das psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhaus. Denn nur hier ist bei entsprechendem Hilfebedarf die Betreuung durch ein multiprofessionelles Team »rund um die Uhr« realisierbar.

Mit dem aktuellen Gesetzentwurf zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung, der am 24. September 2008 vom Kabinett beschlossen wurde, wollen wir daher auch die wirtschaftliche Situation der psychiatrischen Krankenhäuser verbessern.

Das geplante Gesetz wird die Finanzierung im Bereich der stationären Psychiatrie auf dreierlei Weise verbessern:

1. Tarifvertraglich vereinbarte Lohn- und Gehaltssteigerungen werden zu 50 % durch die Krankenkassen refinanziert, soweit Erhöhungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen überschreiten. Konkret wird dem im § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung Rechnung getragen, indem die heute festgeschriebene anteilige Finanzierung von 33 auf 40 % angehoben wird. Während die anteilige

Refinanzierung von Tarifsteigerungen bei den allgemeinen Krankenhäusern für die Jahre 2008 und 2009 einmalig Anwendung findet, ist die Regelung für die psychiatrischen Krankenhäuser zudem unbefristet.

2. Die psychiatrischen Kliniken können in Zukunft mehr Personal einstellen. Damit reagieren wir darauf, dass viele psychiatrische Krankenhäuser die Personalbesetzung nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in der Vergangenheit nicht vollständig umsetzen konnten oder infolge der Budgetbegrenzungen Personal abgebaut haben. Den psychiatrischen Krankenhäusern wird eine gesetzliche Nachverhandlungsmöglichkeit eingeräumt, wenn der Personalbestand unter 90 % der Psych-PV-Vorgaben sinkt. Ich möchte an dieser Stelle aber betonen, dass die Vorgaben der Psych-PV mit dem Gesetz nicht abgesenkt werden, auch wenn erst ein Absinken auf unter 90 % einen Verhandlungstatbestand darstellt. Die Zielvorgaben der Psych-PV gelten unvermindert weiter! Ich begrüße es auch mit Nachdruck, dass die APK den Prozess zur Entwicklung des neuen Vergütungssystems eng begleiten wird.
3. Zusätzlich zu erbringende Leistungen in der Psychiatrie werden nach dem Gesetzentwurf ab dem nächsten Jahr wieder schiedsstellenfähig sein, sodass entsprechende Budgetanpassungen möglich sind. Darüber hinaus werden mit dem geplanten Gesetz die Grundlagen für die Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrische Krankenhäuser gelegt. Bei dem neuen Vergütungssystem sollen die pauschalierten Entgelte weiterhin tagesbezogen sein und auf dieser Grundlage weiterentwickelt werden. Neben anderen Kriterien soll dabei insbesondere von den Leistungskomplexen ausgegangen werden, die der erfolgreichen Psychiatrie-Personalverordnung zugrunde liegen. Ein entsprechendes Vorgehen wird auch von den Ländern unterstützt. In Fachkreisen wird in diesem Zusammenhang die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen diskutiert, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z. B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser. Voraussetzung dafür ist jedoch zunächst, die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, mit denen die Transparenz über erbrachte Leistungen erhöht sowie Kalkulationen für Entgelte durchgeführt werden können. Mit dem neuen § 17 d wird in einem ersten Schritt nun der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung und Einführung eines solchen pauschalierenden Entgeltsystems erteilt. Nähere Festlegungen, zum Beispiel zur Dauer einer

budgetneutralen Einführung und zu einer schrittweisen Angleichung der heute vereinbarten Krankenhausbudgets an ein einheitliches Preisniveau, sollen ein bis zwei Jahre später mit einem weiteren Gesetz vorgenommen werden.

Kooperation und Vernetzung der Hilfen

Gemeindepsychiatrie braucht eine starke Kooperation. Ich habe das eingangs erwähnt.

Jüngere Untersuchungen bestätigen, dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich ein gutes bis sehr gutes Niveau an einzelnen Leistungen bietet. Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung hatte ich das bereits zu Beginn erwähnt. Die Kooperation und das Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren und Disziplinen sind aber verbesserungswürdig. Das sagen auch die Gutachten der Sachverständigenkommission.

Bei der Reformierung des Gesundheitswesens hat der Bundesgesetzgeber darauf reagiert. Durch verschiedene gesetzliche Maßnahmen hat er integrierte und vernetzte Behandlungsformen gestärkt:

- Bereits vor über vier Jahren wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) die Möglichkeit geschaffen, Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung disziplinenübergreifend in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) anzubieten.
- Wir wollen die Lotsenfunktion des Primärarztes stärken. Dafür haben wir Hausarztmodelle eingeführt. Die Durchsetzung solcher Hausarzt-Verträge wird mit dem Gesetz zur Verbesserung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) weiter verbessert.
- Die Leistungserbringer, insbesondere die Kliniken, sind heute zu einem Entlass-Management verpflichtet, wodurch Schnittstellenprobleme zwischen der stationären Versorgung, der ambulanten Versorgung, der Rehabilitation und Pflege abgebaut werden.
- Und nicht zuletzt sei auf die neuen Möglichkeiten interdisziplinär-fach-übergreifender Versorgung – die Integrierte Versorgung – hingewiesen. Ich habe gerade eben schon angedeutet: Die Nutzerinnen und Nutzer der Gemeindepsychiatrie benötigen vielfältige Hilfen aus verschiedensten Leistungsbereichen und Sektoren. Daher sollte integrierte Versorgung doch eigentlich Mittel der Wahl bei der Behandlung dieser Menschen sein.

Die Erfahrung zeigt aber, dass die Zahl psychiatriebezogener Integrationsverträge bundesweit im Vergleich zum somatischen Bereich gering ist. Das wird auch gegenüber dem Ministerium wiederholt von verschiedenen Seiten beklagt. Daher appelliere ich hier noch einmal an die Leistungserbringer und Kostenträger. Intensivieren Sie den Dialog und erarbeiten Sie entsprechende Vertragskonzepte! Der integrative Ansatz muss gerade für psychisch kranke Menschen noch stärker als bisher realisiert werden.

Ein wirksames Instrument – ganz im Sinne des »personenzentrierten Ansatzes« – ist die ambulante Soziotherapie. Denn durch sie wird einzelfallbezogene Behandlungsplanung und Koordination der Leistungen auch für Menschen mit einem krankheitsbedingt gestörten »Hilfesuchverhalten« möglich. Kontinuität und Koordination der Behandlung können dadurch gestärkt und Krankenhausbehandlung im Sinne des Grundsatzes »ambulant vor stationär« vermieden werden.

Die gegenwärtig immer noch bestehenden Umsetzungsprobleme bei der Soziotherapie sind exemplarisch für die von mir eingangs erwähnten Risiken geteilter Zuständigkeiten und Kompetenzen:

So hat der Bundesgesetzgeber vor über acht Jahren ein – wie ich finde – gutes Gesetz verabschiedet. Der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat darauf in seiner Richtlinie Indikationen sowie Art und Umfang der Leistungen geregelt. Die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen haben in gemeinsamen Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer geregelt.

Dem Anschein nach haben alle Verantwortlichen ihre Hausaufgaben gemacht. Aber über acht Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes hat sich die Soziotherapie in vielen Bundesländern so gut wie gar nicht entwickelt.

Nach Gesprächen des Ministeriums mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband hakt die Umsetzung aber weder am Gesetz noch an der Richtlinie. Das Problem kann realistischerweise nur von der Selbstverwaltung *vor Ort* gelöst werden. Dort ist zu klären, wie die soziotherapeutische Versorgung mit vorhandenen Leistungserbringern gewährleistet werden kann. Im August dieses Jahres haben wir deshalb gegenüber der GMK angeregt, zur Einleitung der dafür notwendigen Schritte eine Länderarbeitsgruppe unter Beteiligung des Bundes einzurichten.

Die Erfahrung zeigt, dass Rahmenverträge mit Leistungserbringern auf Landesebene hilfreich sein können. Auf jeden Fall müssen Angebote bzw.

Versorgungsdefizite transparent gemacht und zwischen den Beteiligten kommuniziert werden.

Dies alles sind Beispiele für die Übernahme und Ausübung von Verantwortung durch die Politik. Unter den so geschaffenen Rahmenbedingungen können und müssen die regionalen Hilfenetzwerke von den Akteuren vor Ort gestaltet werden.

Ein wirksames Instrument der Kommunen zur Koordinierung und Qualitätssteigerung ist der Zusammenschluss von Leistungserbringern in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Ein funktionierender GPV steht für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung, der alle Leistungsbereiche einbezieht. Dazu gehört die medizinische Behandlung und Rehabilitation ebenso wie Hilfen in den Bereichen Arbeit und Beschäftigung, Wohnen und Freizeitgestaltung.

Ich würde mir wünschen, dass Gemeindepsychiatrische Verbünde flächendeckend aufgebaut werden.

Daher danke ich an dieser Stelle der AKTION PSYCHISCH KRANKE, dass sie vor zwei Jahren die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) ins Leben gerufen hat. Die BAG hat einen Prozess zur Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards angestoßen. Ich begrüße sehr, dass sich daran immer mehr Regionen beteiligen.

Patientenorientierung

»Vom Patienten her denken« – auch dieser Aspekt ist Leitbild der Politik der Bundesregierung. Wir wollen die Hilfesysteme so weiterentwickeln, dass sie sich noch stärker am Bedarf der einzelnen Patientin bzw. des Patienten orientieren, und nicht an der Einrichtung oder dem Leistungsbereich.

Ein solchermaßen praktizierter »patientenorientierter Ansatz« hat stets die größtmögliche Teilhabe des Betroffenen am gesellschaftlichen Leben im Blick. Damit komme ich zur Rehabilitation, die ein unverzichtbarer Baustein der Gemeindepsychiatrie ist.

Die Politik ist sich seit Langem ihrer Verantwortung für die Belange körperlich und psychisch behinderter Menschen bewusst. So wurde mit Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) nicht nur das Rehabilitationsrecht zusammengefasst und weiterentwickelt. Auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation erhielt dadurch wirksame Impulse.

Menschen mit psychischen Behinderungen haben einen individuellen Anspruch auf Rehabilitation und gleichberechtigte Teilhabe. Und sie haben ein Recht darauf, über ihr Leben selbst zu bestimmen.

Dieser Grundsatz war auch Leitgedanke bei der Einführung des Persönlichen Budgets. Die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen stehen im Vordergrund. Es bringt den Menschen:

- mehr Selbstbestimmung
- mehr Selbstständigkeit
- mehr Selbstbewusstsein.

Zuletzt haben wir die medizinische Rehabilitation mit dem GKV-WSG deutlich verbessert. Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nach § 40 SGB V) sind danach zu Pflichtleistungen der GKV geworden. Und die Rehabilitationsleistungen können seither nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Leistung – per Hausbesuch – erbracht werden. Das macht diese Leistungen auch in der Gemeindepsychiatrie noch flexibler.

Der Bundesgesetzgeber hat die Rahmenbedingungen für die Rehabilitation psychisch Kranker deutlich verbessert. Die gesetzlichen Vorgaben sind eindeutig. Das ist das, was der Bund dazu leisten kann.

Der individuelle Anspruch auf medizinische Rehabilitation und der Vorrang ambulanter Rehabilitation sind noch relativ junge gesetzliche Regelungen. Sie wurden bislang noch nicht flächendeckend aufgegriffen. Daher appelliere ich an die Partner der Selbstverwaltung, die politischen Vorgaben und neu geschaffenen Möglichkeiten zeitnah umzusetzen.

Meine Damen und Herren, »vom Patienten her denken« – daran haben wir uns auch bei der zum 1. Juli in Kraft getretenen Pflegereform orientiert. Auch sie zeigt, dass die Politik bestehenden Handlungsbedarf erkennt und Gesetze verantwortlich gestaltet.

Wichtig ist uns, dass die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen spätestens ab Januar 2009 einen Anspruch auf eine individuelle, auf sie zugehende Beratung durch die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen im Sinne eines Case-Managements haben. Diese Beratung – entsprechend der von der APK immer wieder geforderten Verzahnung der Leistungsbereiche – beschränkt sich nicht auf das SGB XI, sondern beinhaltet auch Auskünfte zu weiteren Sozialleistungen, insbesondere des SGB V.

Auch die neu eingeführten Pflegestützpunkte tragen dazu bei, dass den pflegebedürftigen Menschen – auch denen mit psychischen Störungen – besser und koordiniert wohnortnahe Angebote vermittelt werden können.

Gerade die Beratung und Hilfestellung verschiedener Sozialleistungsträger unter dem »gemeinsamen Dach« eines Pflegestützpunktes und die dort regelmäßig anzutreffenden Pflegeberater werden den Quartiersbezug stärken. Das wird die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Menschen in ihrem gewohnten häuslichen Lebensumfeld verbessern.

Einbeziehung der Nutzer/Empowerment

Wenn wir die regionale Vernetzung vorantreiben, müssen wir die Betroffenen und ihre Angehörigen einbeziehen. Und wir müssen auch die Potenziale bürgerschaftlichen Engagements nutzen.

Die Selbsthilfebewegung leistet seit Langem einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung und Problembewältigung. Um die Etablierung dieser wichtigen Säule im Gesundheitswesen zu unterstützen, hat der Bundesgesetzgeber die Förderung der Selbsthilfe bereits vor Jahren als Aufgabe der Krankenkassen gesetzlich verankert. Und diesen richtigen Weg sind wir auch weitergegangen. Dazu haben wir mit dem GKV-WSG (§ 20 c SGB V) die Förderung der Selbsthilfe zum 1. Januar dieses Jahres noch einmal verbessert.

Im Bereich der Psychiatrie hat die Selbsthilfebewegung maßgeblich dazu beigetragen, dass sich die Betroffenen zunehmend als Partner im Gesundheitssystem wahrnehmen. Sie wollen selbstbestimmt leben und auch Einfluss auf organisatorische und soziale Strukturen nehmen.

Die Einbeziehung der Nutzer in die gemeindepsychiatrische Versorgung erfordert aber auch starke Patientinnen und Patienten mit Rechten!

Die Stärkung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Auf kollektiver Ebene haben wir dies durch die gesetzlich verankerte Beteiligung in den verschiedenen Gremien des Gesundheitswesens, insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss, umgesetzt. Wir machen uns aber auch für eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung im Einzelfall stark.

Den Erfolg dieser Politik – auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen – bestätigen bereits Ergebnisse eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekts »Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess«. In diesem Projekt war der Behandlungserfolg bei Depression oder Schizophrenie durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung signifikant besser. Auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung sowie mit der Ärztin bzw. dem Arzt war höher. Für die Umsetzung der ge-

wonnenen Erkenntnisse könnte ich mir zukünftig ein Zertifizierungsverfahren für die Kliniken vorstellen. Darin könnten der partnerschaftliche Prozess abgebildet und die Erfolge dokumentiert werden.

Prävention

Das fünfte, eingangs von mir genannte Merkmal praktizierter Gemeindepsychiatrie betrifft die Prävention. Wir müssen nicht nur die Hilfen für psychisch Kranke verbessern. Wir müssen auch alles dafür tun, dass Krankheit möglichst vermieden wird.

Die Politik hat den Krankenkassen bereits den gesetzlichen Auftrag erteilt, Gesundheit und gesunde Lebensbedingungen zu fördern. Dabei sollen sie auch sozial bedingte Ungleichheiten abbauen. Inzwischen haben sich die Kassen auf Präventionsziele verständigt, die auch die psychische Gesundheit maßgeblich berücksichtigen. Entsprechende Fördermaßnahmen in Settings und auch in Betrieben leisten einen wesentlichen Beitrag zur individuellen Förderung körperlicher und psychischer Gesundheit in der Kommune.

Neben solchen konkreten Angeboten erfordert Prävention aber auch die Schaffung eines Klimas des Verständnisses und der Toleranz in allen Bereichen der Gesellschaft. Sei es in der Öffentlichkeit, am Arbeitsplatz, im Wohnbereich, wo auch immer: Ziel ist eine Gesellschaft, die offen und tolerant mit psychischen Erkrankungen umgeht. In der Kommune vor Ort können politische, kommunale und kirchliche Gremien sowie Bürgerinitiativen viel zum Entstehen eines solchen Klimas beitragen.

Das BMG unterstützt den dafür notwendigen Prozess: Unter der Schirmherrschaft von Frau Ministerin Schmidt fördern wir gegenwärtig den Aufbau eines Netzwerks, des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit.

Das Bündnis koordiniert und vernetzt bundesweite und regionale Aktivitäten von inzwischen über 50 Partnern aus den verschiedensten Bereichen der Gesellschaft. Es informiert über Erkrankungen und Therapien, aber auch über die Möglichkeiten der sozialen und beruflichen Integration. Damit fördert das Bündnis ein präventives Klima und ein Bewusstsein in der Öffentlichkeit für die Bedeutung und den Erhalt der psychischen Gesundheit. Und es schafft Offenheit und Toleranz, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen besser vor Stigmatisierung und Ausgrenzung geschützt werden.

Wenn dies in der Gemeinde vor Ort gelingt, dann werden auch bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe in den Kommunen stärker

aufleben. Auch sie gehören zu den Fundamenten der gemeindeintegrierten Psychiatrie. Daher hoffe ich, dass von diesem Bündnis eine starke Wirkung auch auf die Hilfesysteme vor Ort ausgehen wird.

Praktizierte Gemeindepsychiatrie unter dem Postulat des personenzentrierten Ansatzes erfordert ein hohes Maß an Kooperation und Verantwortung aller Beteiligten. Dies gilt noch vielmehr unter den Bedingungen des Wettbewerbs. Nach meiner Überzeugung schafft die Politik dafür gute Rahmenbedingungen. Und sie wird sich auch zukünftig ihrer Verantwortung für die Belange psychisch kranker Menschen bewusst sein.

Veranstaltungen wie heute tragen dazu bei, diesen Prozess weiterzuentwickeln und mit Leben zu füllen. Die kommenden zwei Tage werden Gelegenheit geben, die diesbezüglichen Chancen, aber auch die Schwierigkeiten und Herausforderungen für Politik und Selbstverwaltung bei der Organisation und Steuerung regionaler psychiatrischer Hilfesysteme zu erörtern. Dies geschieht – und das ist wichtig – im Dialog mit den Betroffenen.

Ich danke der APK, dass sie mit dieser Tagung den Rahmen für einen anspruchsvollen und vielversprechenden Erfahrungsaustausch bereitstellt. Ich wünsche der Veranstaltung einen spannenden Verlauf und Ihnen allen anregende Diskussionen.

Die Verantwortung für die Sicherstellung der Gemeindepsychiatrie in der Region

Armin Lang

An einem konkreten Beispiel – dem Integrierten Versorgungsvertrag im Saarland – will ich zeigen, dass wir von gesetzlichen Programmsätzen wie z. B. »den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen« wegkommen müssen. Unstrittig: Ein wohlüberlegter Programmsatz, leider vielfältig aber ohne Wirkung. Wir brauchen ganz konkrete gesetzliche Vorgaben *von wem, wann, wie und mit welchen Kostenbeteiligungen* gemeindepsychiatrische Verbünde zu realisieren sind.

Problemsituation aus Sicht der Krankenkassen

Bis vor einigen Jahren standen psychische Erkrankungen nicht im Fokus der Gesetzlichen Krankenkassen – das hat sich verändert. Psychische Erkrankungen sind stark angestiegen, sowohl bei der Häufigkeit der Erkrankungen (Rang vier der Indikationen) als auch bei der Arbeitsunfähigkeitsfeststellung (zweitrelevanteste Erkrankung). Dies sind massive Steigerungen in den letzten Jahren, und dieser Trend wird sich weiter fortsetzen. Während wir bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen rückläufige Entwicklungen haben, haben wir im Bereich der Psychiatrie steigende Fallzahlen und steigende Inanspruchnahme von Leistungen. Die psychischen Erkrankungen sind seit 1997 um fast 70 % angestiegen.

Dennoch sind wir seit der Psychiatrie-Enquete bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen erheblich vorangekommen. Wir sind dezentraler, gemeindenäher und personenzentrierter in der Versorgung geworden und auch regional werden Sicherstellungsverantwortungen übernommen.

Versorgungsprobleme haben wir allerdings nach wie vor. Dazu gehören:

- Psychische Erkrankungen sind häufigste Ursache für vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben
- oft mehrere Wochen Wartezeit auf einen Diagnostik-Termin, vor allem in ländlichen Regionen
- hohe Krankenhausaussgaben in diesem Bereich
- hohe Wiederaufnahme- und Selbsteinweisungsquote (»Drehtürpsychiatrie«)
- geringe Transparenz der Krankenhausbehandlung

- keine Transparenz der ambulanten Versorgung – Diagnosezeit bei depressiven Erkrankungen z. B. bis zu sieben Jahren
- oft mehrmonatige Wartezeit auf einen Therapieplatz in der Richtlinien-Psychotherapie
- auch Fragen stellen sich: Werden in der Richtlinien-therapie wirklich diejenigen betreut, die es am nötigsten brauchen?
- geringe Steuermöglichkeiten der Kostenträger, Erkenntnisse über Qualität z. B. durch Einzelfallbegutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK), Überprüfung der Einstufung nach der Psychiatrie Personalverordnung

Auch wenn wir die oben genannten Strukturprobleme beheben würden, hätten wir noch keine ausreichende Qualitätsverbesserung. Es gibt nach wie vor sehr häufig Behandlungsbrüche. Prozesse sind höchstens innerhalb der Strukturen eines Leistungserbringers gesteuert. Eine übergreifende Hilfe- und Behandlungsplanung fehlt in der Regel immer noch. Wir sind noch weit weg von optimierten Versorgungsstrukturen. Die psychiatrische Versorgungslandschaft ist nach wie vor von einer Vielzahl »engagierter Einzelkämpfer« geprägt. Es fehlt die organisierte und verlässliche Koordination und Kooperation. Solange wir hier keine Fortschritte erreichen, werden wir die aufgezeigten Probleme nicht lösen können.

Der psychisch kranke Mensch braucht bei der verwirrenden Vielfalt von Leistungen und Leistungsanbietern einen Wegweiser, Vernetzer, Integrierer oder schlicht einen »Kümmerer«. Wenn wir auch hier einen Schritt weiter kommen wollen, dann brauchen wir Formen wie wir diese »Kümmerer« verbindlich institutionalisieren können. Der kommunale Psychiatriebeirat bzw. -ausschuss koordiniert wenn überhaupt das Versorgungsangebot, aber er kann dem einzelnen psychisch kranken Menschen in der Regel nur sehr unzureichend eine Hilfe sein.

Ich möchte anhand des konkreten Beispiels der »Integrierten Versorgung im Saarland« nachweisen, dass es möglich ist, mit den vorhandenen gesetzlichen Grundlagen bereits einen Schritt weiterzukommen. Auch hier bin ich weit davon entfernt zu sagen, wir wären bereits am Ziel, aber sicher viele Schritte näher dran.

Integrierte Versorgung im Saarland

Im Saarland haben wir die Anforderungen der Psychiatrie-Enquete, dezentral in jedem Landkreis ein psychiatrisches Versorgungsangebot in Verbindung mit einer normalen Akutversorgung aufzubauen erfüllt. Dennoch gibt es weiterhin eine massive Drehtürpsychiatrie. Deshalb haben wir in einer saarländischen Region herauszufinden versucht, was die besonderen Versorgungsprobleme sind.

Hierzu einige Stichworte:

- Die Wiederaufnahmequote bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit innerhalb eines Behandlungsjahres lag bei 73 %. Die Selbsteinweiserquote lag bei 66 %.
- Ein Drittel der Behandlungsfälle in der Psychiatrie waren vorher jahrelang in somatischen Krankenhausabteilungen behandelt worden, insbesondere als internistische Fälle.
- Wir hatten eine hohe Komorbidität, die psychiatrische Behandlung häufig erst ausgelöst hat und
- wir hatten eine Vielzahl von Versorgungsabbrüchen: Fast die Hälfte der begonnenen Therapiemaßnahmen wurde wieder abgebrochen.

Dies hat dazu geführt, dass Prof. Dr. Wolfgang Werner, ein hoch anerkannter Chefarzt im Saarland, einmal formuliert hat: »Wenn wir die Psychiatrie noch einen Schritt weiter bringen wollen, dann müssen wir diejenigen, die in der Region agieren, auch verbindlich und damit vertraglich zur Zusammenarbeit verpflichten.« Wir als Ersatzkassen haben dazu die Integrierte Versorgung (IV) angeboten.

Weit über ein Jahr haben wir für diese Idee Überzeugungsarbeit geleistet, und wenn wir nicht die massive Unterstützung von Prof. Dr. Werner gehabt hätten, hätten wir unser Ziel vielleicht auch nicht erreicht. Ich weiß, dass viele nach Verbund, Kooperation und Koordination rufen, aber dann, wenn sie selbst transparent, kommunikativ und auch integrierend wirken sollen, dann hört bei vielen Akteuren in der Region die Bereitschaft auf. Die Gewinnung wirklich verbindlich kooperationsbereiter Partner war sehr aufwendig, aber es hat sich gelohnt.

Wir haben sehr gründlich die regionalen Versorgungsstrukturen analysiert und wichtige Ansprechpartner in der Region (Psychiater, MVZ, Ärztenetz, Ärzte, Klinik, PIA, Beratungsstellen ...) bewusst beworben. Am Ende dieser Phase stand der Abschluss des Integrierten Versorgungsvertrags.

In diesem IV-Vertrag haben wir Ziele formuliert. Ich will nur drei nennen: die frühzeitige Behandlung am richtigen Ort, die Versorgung sollte besser strukturiert und koordiniert sowie am Patienten orientiert und die Behandlungskontinuität und Compliance verstetigt werden.

Koordination der Behandlung durch ein Fallmanagement-Team

Um die genannten Ziele zu erreichen, wurde ein beim regional verantwortlichen Klinikum angesiedeltes *Fallmanagement*-Team gebildet, das zuständig ist für die gesamte Region. Wir haben ein einheitliches Assessment mit den Vertragspartnern entwickelt, Fallkonferenzen etabliert, abgestimmte Behandlungsplanungen verabredet, Fortbildung und Coaching für die Vertragsärzte organisiert bzw. verabredet, und wir haben auf die Verstetigung der genannten Angebote hingewirkt. Es wurden Qualitätsstandards festgeschrieben, aber auch vertraglich Abstimmungsprozesse und eine begleitende Evaluation festgelegt.

Das Fallmanagementteam wird aus dem IV-Vertrag finanziert, steht im Mittelpunkt und hat vor allen Dingen die oben genannten Aufgaben zu leisten: Assessment, Hilfeplanung und die Kontaktherstellung, d.h. die Vernetzung und die Begleitung der Kranken im Alltag soweit dies erforderlich ist.

Zu den Vertragspartnern gehören derzeit 49 Vertragsärzte/Psychotherapeuten, alle Ersatzkassen und die AOK des Saarlandes, die Klinik mit dem Fallmanagement-Team und durch eine Nebenabrede auch der überörtliche Träger der Sozialhilfe. Damit sind mehr als 70 % der Versicherten in dieser Region von dem Vertrag erfasst. Alle Vertragspartner wirken in der gemeinsamen Kommission mit, die ein wesentlicher Schlüssel für den Erfolg ist. Die gemeinsame Kommission verantwortet die Vertragsumsetzung. Zur Organisation der Vertragsvereinbarung wurde eine eigene *Geschäftsstelle* in der *Landesvertretung der Ersatzkassen* eingerichtet.

Der Ablauf der Integrierten Versorgung orientiert sich vorrangig an den Behandlungsbedürfnissen der kranken Menschen und wird vom Fallmanagement-Team gesteuert. Der Erstbefund kommt aus der niedergelassenen Praxis oder dem Stationsarzt der jeweiligen Abteilung oder der psychiatrischen Institutsambulanz. Darüber erfolgt in der Regel die Einschreibung in die Integrierte Versorgung. Das Assessment wird erstellt, und die individuelle Hilfe- und Behandlungsplanung wird mit den Akteuren vor Ort abgesprochen. Wir analysieren in diesem Zusammenhang auch, welche Maßnahmen

weiter praktiziert bzw. neu gestaltet werden müssen. Nur bei 25 % der Fälle wurde nach dem Assessment keine Veränderung der bestehenden Settings eingeleitet, weil wir dieses als adäquat und ausreichend angesehen haben. In allen anderen Fällen musste nachgebessert werden, weil nur dadurch die optimierte Versorgung und Behandlung erreicht werden konnte.

Ergebnisse der Integrierten Versorgung

Es sind bisher 756 Patientinnen und Patienten in dieser Integrierten Versorgung eingeschrieben, und es kommen rund 27 Patientinnen und Patienten pro Quartal hinzu. Zehn Patientinnen und Patienten werden pro Monat ausgeschrieben und zwar dadurch, dass in Übereinstimmung von Patient und Therapeut die Situation als stabil dargestellt wird. Wir haben fast keine Abbrüche in der Behandlung, d. h. die Akzeptanz und die Bereitschaft in der Therapie mitzuwirken, ist enorm gewachsen.

Exemplarisch benenne ich die ersten Erfolge bei Patienten mit einer Alkoholkrankheit (Abbildung 1). Es wurde deutlich, dass die Problemdichte mit steigender Teilnahme sinkt, weil die Patienten stabiler werden. Der Anstieg der Behandlungsintensität am Ende des Bemessungszeitraums ergibt sich daraus, dass durch die Feststellung des tatsächlichen Bedarfs zusätzliche Behandlungsangebote unterbreitet wurden. Das war insbesondere bei den alkoholkranken Menschen geradezu beabsichtigt. Gerade im ersten Jahr haben wir eine Steigerung in der Leistungsanspruchnahmen u. a. durch Entgiftung, Entwöhnung und Ähnlichem.

Im zweiten und folgenden Jahr haben wir eine massiv rückläufige Inanspruchnahme, weil die Situation der Patienten sich stabilisiert hat. Diese positive Weiterentwicklung ist noch nicht in Abbildung 1 dokumentiert. Wir sind zu diesen Ergebnissen dadurch gekommen, dass wir in einer Skala von 0–5 eine Befragung der Patientinnen und Patienten und eine Einschätzung der Therapeuten durchgeführt haben.

Hier zeigt sich die Entwicklung bei den Patienten mit einer Alkoholkrankheit als insgesamt ordentlicher Erfolg. Auf die Ergebnisse, wie sich Integrierte Versorgung auswirkt, haben vor allem die Krankenkassen gewartet, denn IV ist zunächst mehr Aufwand (siehe Abbildung 2).

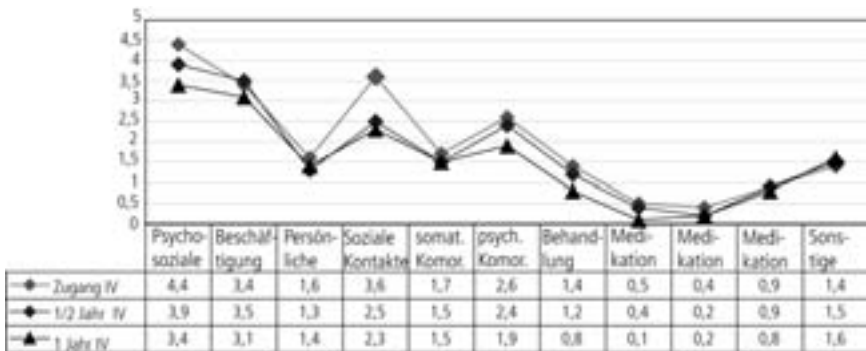


Abb. 1: Problemeinstufung der Patienten mit einer Alkoholkrankheit (F10)

Diagnosegruppe F1/TN, n = 59			
	Zwei Jahre vor Eintritt in die IV	nach Eintritt in die IV	Rückgang
AU-Tage	5048	2457	-2591
Durchschnittl. AU-Tage/Versichertem	86	42	-44
Kosten AU	108.938,51 €	21.659,36 €	-87279
Durchschnittl. Kosten/Versichertem	1846,42 €	367,11 €	-1479
Gesamthäufigkeit von AU-Ereignissen in IV	116	53	-63
Durchschnittliche Häufigkeit in IV	2,0	0,9	-1

Abb. 2: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit bei F10 Diagnosegruppe (Alkoholkrankheit)

Durchschnittliche Kosten für die IV 1.164 Euro/Jahr

Die durchschnittlichen Kosten für die Integrierte Versorgung in Höhe von 1.164,00 Euro pro Jahr beinhalten die Kosten für das Fallmanagement-Team und für die zusätzlichen Leistungen. Im Vergleich hierzu haben wir aber bei den Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) einen Rückgang um fast die Hälfte bei 59 untersuchten Patienten. Wir haben auch eine Fast-Halbierung bei den durchschnittlichen AU-Tagen der Versicherten. Ebenso verzeichnen wir eine erhebliche Reduzierung der Krankengeldzahlungen und auch der Anlässe für eine Krankengeldzahlung. Insgesamt stellen wir eine bemerkenswerte Reduzierung der Leistungen alleine im Bereich »Krankengeld« und bzgl. der Fallkosten bei Langzeiterkrankungen fest.

Ein ähnliches Gesamtbild ergibt sich übrigens auch für die depressiven Störungen.

Zudem haben wir eine Befragung der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringer durchgeführt. Dazu zwei wichtige Feststellungen:

1. Die Patientinnen und Patienten mussten zum Teil schon fünf Jahre und fast ein Drittel schon mehr als zehn Jahre mit diesen Beschwerden leben ohne adäquate Versorgung. Sie haben mitgeteilt, dass die höhere Verbindlichkeit in der Therapie sie nicht nur gesünder und stabiler macht, sondern auch insgesamt eine höhere Lebensqualität und eine größere Lebenszufriedenheit bewirkt. Dies sieht man auch daran, dass es fast keine Behandlungsabbrüche gibt.
2. Drei Viertel der Leistungserbringer sagen, dass es eine sehr gute und für die Kranken wichtige und verbindliche Zusammenarbeit gibt. Dies erleichtert ihre eigene Arbeit und führt auch bei ihnen zu einer höheren Arbeitszufriedenheit. Also insgesamt eine positive Bewertung.

Zusammenfassung

Unsere Erfahrungen zeigen, dass der tatsächliche Wille der Akteure, an einer solchen neuen Versorgungsstruktur mitzuwirken, handlungsleitend sein muss. Wir müssen weg vom »engagierten Einzelkämpfer« hin zum sektorübergreifenden, multiprofessionellen Arbeiten im Team im Sinne der Betroffenen. Das ist ein Prozess, den jeder Akteur für sich erst einmal internalisieren muss, bevor er Forderungen an andere formuliert.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund hat nur dann Erfolg, wenn wir nicht nur einen Vertrag abschließen, sondern auch nach Vertragsabschluss ein intensives Vertrags- und Versorgungsmanagement praktizieren. Ein Vertrag braucht verbindliche Kommunikations-, Transparenz-, Qualitäts- und Evaluationsstandards, und diese müssen organisiert und kontrolliert werden. Es gibt viele Akteure, die alles unterschreiben, aber weiterarbeiten wie bisher. Deshalb müssen auch Sanktionen in einem solchen Vertrag verabredet werden. Wer die Spielregeln nicht einhält, der muss auch aus dem Vertrag herausgeworfen werden können.

Was bleibt zu tun?

1. *Wer einen Gemeindepsychiatrischen Verbund will, muss eine Rechtsgrundlage schaffen auf der eine verbindliche Zusammenarbeit möglich ist.*

Der § 140 a–d SGB V ist eine gute Grundlage, und er hat dazu beigetragen, dass wir den hier vorgestellten Integrierten Versorgungsvertrag realisieren

konnten. Bedauerlicherweise läuft die Anschubfinanzierung Ende 2008 aus; dann brauchen wir für solche Projekte, damit sie langfristig fortbestehen können, verlässliche Finanzierungsstrukturen, weil in Zeiten des Gesundheitsfonds die Krankenkassen zunächst gar nicht investieren können. Sie laufen ansonsten Gefahr, dass aktive Kassen Zusatzbeiträge von ihren Versicherten erheben müssen. Deshalb muss jeder verantwortliche Gesundheitspolitiker zu dem Ergebnis kommen, dass der Fonds nur dann bleiben kann, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag weg fällt. Erst dann bekommen wir eine vernünftige Struktur in der Versorgung.

Ein schlechtes Beispiel, wie man es nicht machen sollte, ist der § 92b SGB XI. Er ist sehr gefeiert worden, dass sich dadurch Pflegeeinrichtungen an Integrierten Versorgungsverträgen beteiligen können. Deshalb sei er ein Fortschritt; aber es fehlen die Finanzmittel, um in der Pflege solche Verträge anzureizen und um die Anlaufinvestitionen finanzieren zu können. Das heißt, was zusätzlich an Finanzaufwand erbracht werden muss, müssen derzeit die Pflegebedürftigen zusätzlich bezahlen, weil die Pflegekasse kein Instrument hat, diese zusätzlichen Kosten einzubringen. Der § 92b SGB XI ist demnach ein stumpfes Schwert. Ich bin sicher, diese gesetzliche Möglichkeit wird ganz wenig, vielleicht überhaupt nicht praktiziert werden.

Auch die Begrenzung der Anschubfinanzierung für Rehabilitationsleistungen im § 140 aff. SGB V ist falsch. Früher konnten in Integrierte Versorgungsverträge wenigstens Rehabilitationseinrichtungen mit einbezogen werden. Dies kann man zwar nach wie vor, allerdings kann man diese Einrichtungen nicht mehr an dem finanziellen Teil beteiligen. Ärzte und Krankenhäuser haben mit Recht gesagt: »Wenn die von unserem Kuchen etwas abkriegen sollen, dann wollen wir die Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr als Partner haben.« Sie haben sich gegenüber der Bundesregierung durchgesetzt, und deshalb sind jetzt die Rehabilitationseinrichtungen als Partner der Integrierten Versorgung weit weniger interessiert. Das ist sicher kein Fortschritt.

2. *Wer mehr Verantwortung will – muss Verantwortlichkeiten in und für die Region eindeutig definieren (Gemeinde, Kreise, GKV, RV ...); muss verlässliche, finanziell auskömmliche Strukturen schaffen und muss mehr festschreiben als die politische »Versorgungsverantwortung«, d. h. auch*

- Verantwortung für eine annehmende Gemeinde
- Verantwortung für Beteiligung aller Akteure
- Verantwortung für die Qualifizierung der Akteure
- Verantwortung für die Sicherstellung der Kommunikation

- Verantwortung zur Qualitätssicherung
- Verantwortung für die Wahrnehmung der Aufgaben der einzelnen Akteure
- ...

Wir dürfen nicht so tun, als ob Gemeindepsychiatrische Verbünden per se schon zustande gekommen sind, z. B. wenn wir verbal »annehmende« Gemeinden haben. Gemeinden und Betriebe sind leider nicht unbedingt idyllische Orte, wo behinderte und psychisch kranke Menschen gerne gesehen und herzlich willkommen sind. Deshalb müssen wir immer wieder einen Prozess anstoßen, der aus Wohngemeinden Sozialgemeinden werden lässt. Erst dann können wir auch von annehmenden Gemeinden reden.

Es gilt auch um die aktive Beteiligung aller Akteure zu werben. Gleiches gilt für die Qualifizierung der Akteure. Es gibt immer noch Ärzte, die sagen, dass sie über die psychosozialen Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit in ihrem gesamten Studium, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung nichts gehört haben. Solange dies in Deutschland Wirklichkeit ist, solange kommen wir bei der frühzeitigen Diagnose psychischer Erkrankungen nicht weiter. Die psychosoziale Bedingtheit von Krankheit muss in der Ausbildung der Ärzte dominanter herausgearbeitet werden und zwar vom ersten Tag des Medizinstudiums an.

Auch die Qualitätssicherung muss sich verbessern. Ein wenig salopp formuliert heißt dies: Wenn wir die gleiche Qualitätssicherung, wie sie für die Pflege zwischenzeitlich im Gesetz verankert ist, im gesamten Gesundheitswesen hätten, dann würde ein Großteil der Krankenhäuser von heute auf morgen geschlossen werden.

Wir sollten überlegen, ob zukünftig jedes Jahr der MDK nicht nur in jede stationäre und ambulant tätige Pflegeeinrichtung kommt, sondern ob wir dies nicht auch auf andere Einrichtungen des Gesundheitswesens übertragen sollen. Dann würden wir sicherlich was Qualität angeht auch neue Standards bekommen.

Ich plädiere nachhaltig dafür, dass die Kostenträger wegkommen müssen von ihrem Selbstverständnis, nur Zahlstellen von gesundheitlichen Leistungen zu sein. Sie müssen auch gestaltende Akteure in der gesundheitlichen Versorgung werden wollen.

Die »boomenden« psychischen und psychiatrischen Erkrankungen fordern uns alle auch zum politischen und gesellschaftlichen Handeln. Wenn sie nicht als Profiteure dieser Entwicklung beschimpft werden wollen, dann

müssen wir die Definitionsmacht, die wir im psychiatrischen Feld haben, nicht nur dazu nutzen, um Menschen als psychisch krank zu diagnostizieren, sondern wir müssen auch deutlich die Ursachen für den dramatischen Anstieg der psychischen Erkrankungen in Deutschland formulieren. Es kann nicht sein, dass wir als Fachleute dazu schweigen. Wir müssen laut aufschreien, wenn es gesellschaftliche Bedingungen und Verhältnisse gibt, die Menschen überfordern und zunehmend krank machen.

Mitwirkung an der Entwicklung des Sozialraums – eine Aufgabe für die Sozialpsychiatrie

Klaus Dörner

Jetzt soll ich uns sozialpsychiatrischen Profis auch noch die »Entwicklung des Sozialraums« als Aufgabe schmackhaft machen, womit wohl nur die »integrationsfördernde« Kultivierung des jeweiligen Sozialraums gemeint sein kann – und dies, obwohl wir – personenzentriert – kaum mit Bezahlung dafür rechnen können.

Dass das aber nicht etwa eine luxuriöse Auch-noch-Aufgabe ist, sondern dass wir moralisch und fachlich damit zu beginnen haben, für diese hilfreiche, aber auch schmerzliche Erkenntnis (und gerade wir Sozialprofis wissen ja, dass wirkliche Hilfen immer schmerzen) habe ich einen praktischen Vorschlag, der sich zumindest bei mir bewährt hat:

Künftig sollten Sie sich bei jeder Team-Reflexion (durchaus auch Supervision) die ersten fünf Minuten mit der Frage beschäftigen, woher wir helfenden Sozial- und Gesundheitsprofis eigentlich kommen.

Denn die Antwort lautet: Fast alle unsere helfenden Berufe sind im 19. Jahrhundert in den sozialen Institutionen entstanden, in die man damals die Schwer-Hilfsbedürftigen aus ihrem heimatlichen Sozialraum erstmals systematisch und durchaus auch gewaltsam ausgegrenzt hat, damit die marktförmige Industrialisierung zur möglichst störungsfreien Produktivitätsmaximierung kommen könnte, von deren Gewinnen man uns nun auch fürs Helfen erstmals bezahlen wollte. 150 Jahre hieß Fortschritt: »stationär vor ambulant«.

Auch wenn jeder von uns sich im Einzelfall um die Wiedereingliederung (nach der Ausgliederung) eines psychisch Kranken oder Behinderten kümmern durfte, wurde das institutionsgeborene System der Professionalisierung des Helfens (mit der diagnostisch-spezialisierenden Einengung und damit Enthumanisierung unseres Blickwinkels) für das anti-integrierende Gegenteil bezahlt: Wir waren eine Art Grenzschutzpolizei für unsere Schutzbefohlenen (mit dem doppelten Schutz für sie und vor ihnen) zur Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen, auch territorialen Trennung zwischen Starken und Schwachen, zwischen Brauchbaren und Unbrauchbaren (DÖRNER 2008).

Und heute? Wenn Sie wirklich reflektieren, also sich erinnernd zurückbeugen, spüren Sie bis in Alltagskleinigkeiten hinein, wie sehr uns diese unsere Auftrags-Herkunft noch in den Knochen sitzt, wie viele Profi-Schuppen wir uns (trotz unbestreitbarer Fortschritte in der Selbstaufklärung) noch von

den Augen zu holen haben oder wie viel uns noch an der schmerzhaften Einsicht fehlt, dass wir Profis zwar unendlich viel können, bloß integrieren, die wirkliche Alltagslebensbegleitung, das können wir nicht; das können nur die übrigen Bürger des jeweiligen Sozialraums. Diese können das aber von sich aus in der Regel nicht wollen, sondern wir Profis haben sie dazu zu nötigen, durch unseren verantwortlich-riskanten Rückzug als Vorleistung, indem wir den Betroffenen nicht nur das Recht auf Schutz, sondern auch das »Recht auf Risiko« zubilligen, auch wenn wir dabei – meistens nur scheinbar – unseren Arbeitsplatz gefährden.

Oder wie wollen wir es rechtfertigen, dass nach 30 Jahren glorreicher Reformerfolge (mehr für uns oder für die anderen?) die Zahl der Heimplätze sowohl für die geistig Behinderten als auch für die chronisch psychisch Kranken, um die es uns doch bei der Reform in erster Linie gehen sollte, kontinuierlich bis heute nicht etwa gesunken ist, sondern zugenommen hat?

Eine beschämende Bilanz, die zu der Frage berechtigt, ob wir immer noch mehr im Dienst des gesellschaftlichen Paradigmas der Trennung von Starken und Schwachen stehen oder wie wir von unserem bloß rhetorischen Lobpreis der Mischung und Integration der Starken und Schwachen zum Handeln kommen können.

Natürlich steht im Zentrum der Antwort auf diese Frage das sozial-räumliche Denken, die integrations-fördernde Kultivierung des Sozialraums. Auch das begann durchaus schon mit dem Anfang der Psychiatriereform, als wir die Institutions- durch die Gemeindeorientierung ersetzten, weil die Gemeinde der Raum für das Miteinander der psychisch Kranken und der psychisch Gesunden sein sollte. Das war zwar damals denkerisch für uns schon ein großer Schritt. Weil aber niemand so recht wusste, wie man das in die Praxis umsetzen sollte, interessierte man sich kaum für die Größe und für sonstige integrations-fördernde Eigenschaften der »Gemeinde«, und ähnlich unverbindlich gehen die meisten heute auch noch mit dem Begriff »Sozialraum« um.

So naiv (und in der Praxis wenig integrationsorientiert) war auch ich lange Zeit, bis ich in Gütersloh mit der Integration aller 435 Langzeitpatienten, also der unheilbaren Lebenslänglichen, meine eigenen Erfahrungen machte. Ich lernte schmerzlich die wichtigste Lektion, dass nur Bürger Bürger alltagstauglich integrieren können und dass ich als Profi daher in den Dienst dieser Bürger zu treten habe. Das heißt mehr von meiner immer zu knappen Zeit nicht für die psychisch Kranken selbst, auch nicht nur für die Angehörigen, sondern für die sonstigen Bürger zu verausgaben, um sie – meist anfangs

widerwillig – zu mich ersetzenden und hinreichend tragfähigen Nachbarn zu machen – nach dem klugen systemtheoretischen Grundsatz von Gregory Bateson: Der Kontext ist wichtiger als der Text.

Außerdem habe ich mir – was ich auch Ihnen dringend empfehle, wenn man im eigenen Saft schmorend nicht weiterkommt – einen Blick über gleich drei Tellerränder gegönnt: in die Altenhilfe, die Behindertenhilfe und die Jugendhilfe, weil wir dort in Sachen Sozialraum viel lernen können.

Natürlich ist heute vor allem der Blick in die Altenhilfe nützlich; denn weil wir alle dramatisch älter werden, wachsen wir in eine Gesellschaft mit dem größten Hilfebedarf der Menschheitsgeschichte hinein. Damit erzwingen die zunehmenden Alterspflegebedürftigen die teilweise Verschiebung der Profi- zur Bürgerhilfe und die weitgehende Ersetzung der Institutionalisierung des Helfens durch Integration in die eigenen vier Wände, in die um die Wahlverwandtschaft sich erweiternde Familie und in die Vertrautheit des eigenen Viertels oder Dorfs, wenn es anders nicht geht. Dieser gesellschaftsverändernde Prozess hat zwar erst 1980 begonnen, aber schon heute vorzeigbare Ergebnisse: So gibt es inzwischen schon eine empirisch-statistisch beweisbare neue Bürgerhelferbewegung im Altenbereich, und wir finden ein Absinken der Heimquote, wonach die Prozentzahl der in Altenpflegeheime aufgenommenen über 80-Jährigen von 1980 bis 2005 von fast 26 % auf 20 % gesunken ist, was mit der Zunahme der Heimplätze für psychisch Kranke und Behinderte besonders fatal kontrastiert. Wir psychiatrischen Profis können also heute offensichtlich von der Dynamik im Altenhilfereich mehr lernen als umgekehrt (DÖRNER 2007).

Prinzipien der Sozialraumkultivierung

Auf diesem Hintergrund nun in Stichworten das, worauf Sie bei der Kultivierung Ihres Sozialraums vor allem zu achten haben, wenn er wirklich dem obersten Ziel psychiatrischer Tätigkeit dienen soll, also der Integration der psychisch Kranken und psychisch Gesunden, der Schwachen und Starken, wodurch Sie also Verantwortung für ein Territorium übernehmen, noch bevor es um die dort lebenden Menschen und ihre Beziehungen geht:

1. Ich nenne den so von Ihnen zu kultivierenden Sozialraum den »dritten Sozialraum«, weil es von großer Bedeutung ist, dass er zwischen den uns bekannten Sozialräumen des Privaten und des Öffentlichen liegt, früher als die Nachbarschaft eines Stadtviertels oder einer Dorfgemeinschaft bekannt. Dieser ist 100 Jahre lang wegen der Professionalisierung

und Institutionalisierung des Helfens immer überflüssiger geworden, fast vergessen, bis er nun seit 1980 von denjenigen Bürgern und Profis wiederbelebt wird, denen es ernsthaft um Mischung und Integration geht. Es ist also kein Wunder, dass wir erst unser Sinnesorgan für die Eigenheiten des dritten Sozialraums wiederentdecken und üben müssen. Deshalb haben wir ja auch dafür zu sorgen, dass in den Schulcurricula künftig gelehrt wird, dass die so vervollständigte Gesellschaft nicht aus zwei, sondern aus drei Sozialräumen besteht und dass dieser dritte Sozialraum derjenige ist, in dem die Bürger künftig ihre dritte als soziale Zeit – zwischen der arbeitsgebundenen und der freien Zeit – für fremde andere zu verausgaben haben, nicht zu viel davon, aber auch nicht zu wenig, eben die für jeden unterschiedliche Tagesdosis an Bedeutung für andere; denn hier geht es um den Kitt, der die Gesellschaft zusammenhält.

2. Die für die soziale Mobilisierbarkeit der Bürger optimale Größe des dritten Sozialraums ist entscheidend: Er umfasst im städtischen Bereich zwischen 5000 und 20 000 Einwohner, was sich auch im internationalen Vergleich bewährt hat, auf dem Lande entsprechend weniger. Wegen seiner subjektiven Bedeutung wird der dritte Sozialraum auch der »Wir-Raum« genannt, also der Raum, wo die Menschen »Wir« zueinander sagen oder sagen könnten.
3. In allen Kulturen der Menschheitsgeschichte (bis auf die letzten 100 Jahre) gab es den dritten Sozialraum und wurde als vital wichtig gepflegt – vor allem für drei präzise Funktionen: für den Hilfebedarf, mit dem eine Familie überfordert war, für Singles, die gar keine Familie hatten, und insbesondere für alle Formen der Integration, nicht nur für Hilfsbedürftige, sondern z. B. auch für Migranten, weil dafür der Privatraum zu klein und der öffentliche Raum zu groß war. Insofern ist der dritte Sozialraum der Integrations-Raum.
4. Das Wirkungsgeheimnis und damit das Potenzial des dritten Sozialraums besteht in seiner verlässlichen und überschaubaren Begrenztheit; durch sie geschützt, können Bürger etwa sagen: »Für ›die‹ psychisch Kranken oder Dementen interessiere ich mich einen Dreck; aber für die psychisch Kranken, die in meinem Viertel, meinem Dorf leben, gilt das nicht, denn die gehören ja zu uns, sind ›unsere‹ psychisch Kranken, für sie kann ich etwas Zeit als dritte soziale Zeit verausgaben.« Das nimmt Bezug auf das anthropologische Faktum, dass offenbar alle Menschen zwar das Bedürfnis nach Selbstbestimmung, aber auch das Bedürfnis nach »Bedeutung

für andere« haben; während man sich aber zum ersteren Bedürfnis als lustvoll locker bekennen kann, gelingt es für das letztere Bedürfnis, weil als lästig, als Last empfunden, nicht so leicht, obwohl jeder auch das braucht, weil er leidet, wenn er keine »Bedeutung« für andere hat. Hierfür gilt also die merkwürdige Formel, dass der Mensch etwas braucht, was er nicht wollen kann. Da das natürlich auch für psychisch kranke Menschen gilt, stößt hier das persönliche Budget an eine Grenze.

5. Seit Jahren befragt Emnid die Menschen nach ihrem bürgerschaftlichen Engagement. Abgesehen davon, dass dies seit 1980 wächst, besteht der grobe Befund in einem 3/3-Muster: Ein Drittel ist längst aktiv, ein weiteres Drittel weist das von sich, während die Leute vom mittleren Drittel das eigentliche Potenzial darstellen; denn sie sagen: »Wenn Sie mich schon so fragen, könnte ich mir schon vorstellen, etwas für andere zu tun; bloß mich hat doch noch niemand gefragt!« Nichts drückt besser die abrufbare Durchschnittsmentalität der Menschen mit gesundem Menschenverstand im positiven Sinne aus. Wenn Sie also morgen für ein Projekt nicht genug Bürgerhelfer haben, lohnt sich die Methode des Klinkenputzens; statistisch werden sie bei jeder dritten Klinke fündig.
6. Bei der ohnehin vorhandenen Tendenz, das Helfen nicht mehr institutionell-großflächig zu organisieren, sondern kleinräumig, ist künftig der dritte Sozialraum die territoriale Organisationseinheit für das professionelle Helfen, weil nur hier die optimale Synchronisierung von Profihilfe und Bürgerhilfe möglich ist. Auch der Gesetzgeber hat unlängst im Pflegeweiterentwicklungsgesetz erstmals sich das Konzept des dritten Sozialraums zu eigen gemacht, indem er einen »Pflegestützpunkt« für 20 000 Einwohner für Beratung und Hilfeplanung vorsieht. Und der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge fordert 2008 von den Kommunen, ihre Fachressort-Orientierung in eine Sozialraum-Orientierung einzubetten.
7. Der dritte Sozialraum erlaubt es, für ein neues, erst noch erfindendes Hilfesystem den »Bürger-Profi-Mix« zum Steuerungsprinzip jeder helfenden, unterstützenden oder begleitenden Integrationsbemühung zu machen. Dem entspricht die neue Rechtsfigur der »geteilten Verantwortung« (wie Thomas Klie sie nennt), das mit den bisher gewohnten hierarchischen Vorstellungen bricht.
8. Dass das Verhältnis von Bürger- und Profihelfern aus einem vertikalen zu einem horizontalen wird, wird ebenso ungern von uns Profis gefördert wie es wichtig ist, weil jede Seite etwas kann, was die andere nicht kann.

Daher gehört es auch zu unseren sozialpsychiatrischen Kultivierungsaufgaben, aktiv dafür zu sorgen, dass in jedem dritten Sozialraum nicht nur wir Profis, sondern auch die Bürgerhelfer sich selbst organisieren, zu einer eigenen Sprache finden, wie sich dies bereits nicht nur über Hilfsvereine, sondern auch über Bürgerbüros oder Nachbarschaftsvereine abzeichnet.

9. Je mehr wir früher die psychisch Kranken und Behinderten aus ihren Lebenswelten herausgerissen und institutionalisiert haben, je mehr wir sie also vom gelebten Leben entfernt haben, desto leichter fiel es uns, sie nach Diagnosen und Altersgruppen zu spezialisieren; das galt für uns Profis ebenso sehr wie für die Verwaltung und die Wissenschaft. Je mehr wir nun umgekehrt die psychisch Kranken und Behinderten wieder in ihre Alltagswelt integrieren, desto mehr haben wir uns auch von der enthumanisierenden Spezialisierung und Sortierung zu verabschieden. Dazu ein Beispiel aus Hamburg, wo alle Träger für Einrichtungen geistig Behinderter mit dem Senat vereinbart haben, in fünf Jahren ein Drittel der Heimplätze zu ambulantisieren, was auch heißt, sie über alle Stadtviertel zu verteilen und die Hilfesysteme für jedes Stadtviertel neu zu organisieren, was so ungewohnt war, dass wir z.B. in der Ev. Stiftung Alsterdorf ein zweijähriges Seminar zum dritten Sozialraum durchgeführt haben. Das führte dazu, dass die Basismitarbeiter damit anfangen, für ihren eigenen Stadtteil Verantwortung zu übernehmen, etwa einen Stadtteilplan für sämtliche sozialen Hilfen (unabhängig von der Diagnose) auflegten, sich vom Bezirk für die Grünflächenpflege der Straßenzüge einen Auftrag geben ließen oder sich jetzt auch für die psychisch Kranken und Dementen ihres dritten Sozialraums engagierten.
10. Aber auch umgekehrt können die sozialpsychiatrischen Profis an der niedrigschwelligen Sozialraum-Basis jetzt auch von den ihnen früher fast unbekannten anderen sozialen Subkulturen profitieren. So nehmen jetzt z.B. die inzwischen 70 ambulanten Wohnpflegegruppen in Bielefeld, die mit den Alterspflegebedürftigen angefangen haben, auch hinreichend hilfsbedürftige psychisch Kranke auf, wenn nur der Hilfebedarf bei ambulanter Rund-um-die-Uhr-Betreuung groß genug ist. Auf diese Weise können nun auch endlich solche chronisch psychisch Kranken sich von ihrem bisherigen Heimstatus befreien und sich in ihren Heimatsozialraum reintegrieren, bei denen das bisher undenkbar war. Damit wird endlich auch das Gemeinwohlprinzip realisierbar, stets vom »Letzten« auszugehen.

11. Von der Jugendhilfe ist wiederum das Sozialraumbudget zu lernen, vorbildlich verwirklicht etwa in Hamburg-Eidelstedt oder -Schnellsen oder im Landkreis Nordfriesland. Danach bilden die Mitarbeiter aller in der Region tätigen Träger ein Team und erhalten ein Budget, das sie selbst verwalten und für das nur Ziele vereinbart werden, wobei es ihnen aber freigestellt ist, auf welchem Wege sie diese Ziele erreichen, bei Fortfall fast aller Kontrollen, zuständig nicht nur für den ambulanten und stationären Bereich, sondern auch mit einem Teilbudget, das nicht für Hilfsbedürftige, sondern nur für die Förderung der Integrationsfreundlichkeit des Sozialraums ausgegeben werden darf.

Gutes Praxisbeispiel und Fazit

Abschließend wenigstens eines von vielen Beispielen, die zeigen, in welchem Maße die hier von mir dargestellten Prinzipien der Sozialraumkultivierung auch schon in der Sozialpsychiatrie umgesetzt werden: In Vöcklabruck im fränkisch-bayerischen Landkreis Haßberge hat Peter Pratsch sein Heim für ziemlich schwer betreuungsbedürftige chronisch psychisch Kranke weitgehend aufgelöst bzw. ambulantisiert. Nicht nur durch Schaffung vieler origineller Zuverdienstmöglichkeiten, sondern auch dadurch, dass er jedem psychisch Kranken schon vor der Heimentlassung zwei Reisebegleiter mitgegeben hat, einmal den üblichen Profi-Begleiter, zum anderen aber auch einen Bürgerbegleiter, der mit 10 % aus dem Etat des betreuten Wohnens finanziert und dadurch verlässlich gemacht wird. In der Nachuntersuchung stellte sich heraus, dass diese eigentlich doch naheliegende Idee dazu führte, dass beide Begleiter als gleich wichtig eingeschätzt wurden und es dadurch zu einer unvergleichlichen Stabilität der sozialräumlichen Integration dieser chronisch psychisch Kranken kommen konnte. Unlängst trafen sich erstmals die ca. 50 Bürgerbegleiter, die sich scherzhaft die »Psychopaten« nennen, zu einem Erfahrungsaustausch, wobei sie beschlossen, dass sie sich nicht gegen, sondern nur gegenüber den Profibegleitern einen Sprecher wählen und sich selbst organisieren sollten. Dieses Beispiel ist für mich besonders erhellend, weil es fast alle Prinzipien des Potenzials des dritten Sozialraums umfasst. Es macht Lust, diese Gedanken weiterzuentwickeln.

Fazit: Mein Stadtviertel integrationsfreundlich zu kultivieren bedeutet, dass ich als psychiatrischer Profi nicht mehr nur mit psychisch Kranken kooperiere, sondern auch mit anderen integrationsbedürftigen und allen

sonstigen Bürgern; es bedeutet somit, die Personenzentrierung in die Sozialraumzentrierung einzubetten.

Literatur

DÖRNER K: Leben und sterben, wo ich hingehöre«, Neumünster: Paranus 2007

DÖRNER K: Helfende Berufe im Markt-Doping. Neumünster: Paranus 2008

B Anforderungen an die regionale Steuerung von personenzentrierten Hilfen

Wettbewerb geht nicht vor Qualität - Vergaberecht und Qualität

Evelyne Gebhardt

Wir erleben derzeit ein Erdbeben bislang nicht bekannten Ausmaßes an den Finanzmärkten. Viele Milliarden Euro wurden in Folge der amerikanischen Hypothekenkrise weltweit verzockt und vernichtet. Ganze Staaten gelangen in den Strudel dieser faulen Kreditwirtschaft.

Noch vor wenigen Wochen war nicht vorstellbar, was jetzt Wirklichkeit geworden ist: In den USA und Großbritannien, den beiden Ländern, die bis vor Kurzem dem Credo eines reinen, unkontrollierten Kapitalismus folgten, sind mittlerweile eine ganze Reihe von Banken quasi verstaatlicht worden und Rettungspakete für den Finanzsektor in dreistelliger Milliardenhöhe aufgelegt worden. Der Steuerzahler trägt die Kosten für das unverantwortliche Handeln geldgieriger Finanzinvestoren getreu dem Motto: »Gezockt, verspielt, verstaatlicht – Gewinne werden privatisiert, für Verluste kommt die Allgemeinheit auf, sie werden sozialisiert.«

Mit der Finanzkrise wird deutlich, dass sich selbst überlassene Finanz- und Kapitalmärkte die soziale Marktwirtschaft gefährden können. Eine ausschließliche Orientierung an kurzfristigen und überzogenen Renditerwartungen führt zu immer wiederkehrenden, gefährlichen Krisen für unsere Volkswirtschaft und gefährdet den sozialen Zusammenhalt. Dabei sind Finanzmärkte nicht die Krönung der Volkswirtschaften, sie haben vielmehr eine dienende Funktion. Sie müssen das Funktionieren der Wirtschaft, die Versorgung mit Kapital gewährleisten und den Menschen sichere und rentierliche Spar- und Anlageformen für Altersvorsorge und wichtige Investitionen der privaten Haushalte bereitstellen. Sie müssen den Menschen dienen.

Die augenblickliche Finanzmarktkrise führt uns sehr deutlich vor Augen, dass wirtschaftliches Handeln einer staatlichen Regulierung bedarf. Im Falle der globalen Finanzmärkte haben die viel zitierten Selbstheilungskräfte des Marktes total versagt. Nun ist der Ruf nach der Politik laut geworden, um einzugreifen, Standards zu setzen und Kontrollmechanismen einzuführen, damit sich derartige Verwerfungen nicht wiederholen. Die Politik reagiert und zeigt sich handlungsfähig, sowohl in der Bundespolitik als auch auf der Ebene der Europäischen Union (EU). Die Krise birgt die Chance für ein sich änderndes Bewusstsein mit Blick auf die Durchsetzung des Primats der Politik. Viele Äußerungen deuten dieser Tage darauf hin, und selbst aus der privaten Bankenwirtschaft sind diese ungewohnten Töne zu vernehmen.

Die Dienstleistungsrichtlinie

In den letzten Jahren verlief der Trend stets umgekehrt. Das Dogma eines möglichst freien und unverfälschten Wettbewerbs gewann zunehmend in Europa die Oberhand und breitete sich dabei auch auf sensible Bereiche aus, wie die Leistungen der Daseinsvorsorge. Auf der europäischen Ebene ist dabei vor allem die Europäische Kommission häufig der Motor einer möglichst liberalen, deregulierten Wirtschafts- und Wettbewerbspolitik.

Dabei wurde häufig vergessen, dass der ungezügelte Wettbewerb zu Lasten von Qualität gehen kann. Nicht zuletzt mit der Gestaltung der Dienstleistungsfreiheit im Europäischen Binnenmarkt hat sich gezeigt, dass Wettbewerb mit sozialem Augenmaß und ohne die Gefahr sozialer Verwerfungen gestaltet werden kann. Die Europäische Kommission verfolgte mit ihrem ursprünglichen Vorschlag eine sehr einseitige Strategie für die Öffnung der Dienstleistungsmärkte, die allein den Wirtschafts- und Wettbewerbsinteressen Rechnung trug. Dieses wurde besonders deutlich am sogenannten Herkunftslandprinzip, dem die Kommission alles unterordnen wollte. Danach hätten Dienstleistungserbringer zukünftig lediglich die Regeln des Landes beachten müssen, in dem ihr Unternehmen ansässig ist, aber nicht die Regeln und Standards des Landes, in dem die Dienstleistung erbracht wird. Einheimischen Unternehmen wären dadurch erhebliche Wettbewerbsnachteile entstanden.

Noch dramatischer wäre die zu befürchtende Sogwirkung nach unten bei den Sozial-, Umwelt- und Verbraucherschutzstandards. Denn findige und geschäftstüchtige Dienstleistungsanbieter würden ihren Sitz in das Land mit den vermeintlich niedrigeren Standards verlegen und von dort aus operieren.

Die Problematik des Herkunftslandes wurde noch dadurch verschärft, dass auch die Kontrollen der Dienstleistungen vom Niederlassungsland des Unternehmens aus erfolgen sollten und auch viele sensible Dienstleistungsbereiche in die Richtlinie aufgenommen werden sollten, wie zum Beispiel soziale Dienstleistungen und Gesundheitsdienstleistungen.

Mein Ziel lautete von Anfang an: Freizügigkeit von Dienstleistungen über die Binnengrenzen hinweg wollen wir, sie darf aber nicht mit einer Abwärtsspirale bei Qualität, Löhnen, sozialen Bedingungen oder dem Schutz von Verbrauchern und Umwelt sowie im Arbeitsrecht einhergehen. Der Weg dorthin war zwei Jahre und vier Tage lang außerordentlich steinig, aber letztendlich erfolgreich. Schließlich lag dem Europäischen Parlament ein

Kompromiss vor, der statt des Herkunftslandsprinzips das Ziellandprinzip einführt und meine Anforderungen hinsichtlich Qualität, Lohn- und Sozialstandards sowie Schutz der Verbraucher und der Umwelt erfüllt.

Die Dienstleistungsfreiheit im Binnenmarkt ist jetzt unter Ausschluss des unfairen Wettbewerbs und sozialer Verwerfungen gesichert. Im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften liest es sich so: Art. 16 (1) »Die Mitgliedstaaten achten das Recht der Dienstleistungserbringer, Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen ihrer Niederlassung zu erbringen. Der Mitgliedstaat, in dem die Dienstleistung erbracht wird, gewährleistet die freie Aufnahme und freie Ausübung von Dienstleistungstätigkeiten innerhalb seines Hoheitsgebiets. ...« Art. 16 (3) »Der Mitgliedstaat, in den sich der Dienstleistungserbringer begibt, ist nicht daran gehindert, unter Beachtung des Absatzes 1 Anforderungen in Bezug auf die Erbringung von Dienstleistungen zu stellen, die aus Gründen der öffentlichen Ordnung, der öffentlichen Sicherheit, der öffentlichen Gesundheit oder des Schutzes der Umwelt gerechtfertigt sind. Dieser Mitgliedstaat ist ferner nicht daran gehindert, im Einklang mit dem Gemeinschaftsrecht, seine Bestimmungen über Beschäftigungsbedingungen einschließlich derjenigen in Tarifverträgen anzuwenden.«

Die Leistungen im Gesundheitswesen

Außerdem wurden die Gesundheitsdienstleistungen aus der Richtlinie herausgenommen, unabhängig davon, ob sie durch Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erbracht werden, und unabhängig davon, wie sie auf nationaler Ebene organisiert und finanziert sind, und ob es sich um öffentliche oder private Dienstleistungen handelt. Gleiches gilt für soziale Dienstleistungen im Zusammenhang mit Sozialwohnungen, der Kinderbetreuung und der Unterstützung von Familien und dauerhaft oder vorübergehend hilfsbedürftigen Personen, die vom Staat, durch von ihm beauftragte Dienstleistungserbringer oder durch von ihm als gemeinnützig anerkannte Einrichtungen erbracht werden.

Die Dienstleistungsrichtlinie kann als gelungenes Beispiel dafür dienen, wie die Anforderungen des Marktes und des Wettbewerbs mit den Bedürfnissen der Menschen in Einklang gebracht werden können. Auf diesem Weg entsteht ein Mehrwert durch die Europapolitik, wie ihn viele Bürger und Bürgerinnen völlig zu Recht verstärkt einfordern.

Was für die Dienstleistungen im allgemeinen Interesse gilt, muss für die Gesundheitsdienste im besonderen gelten. Gerade im Bereich der Gesund-

heitsvorsorge darf der Markt nicht zum bestimmenden Gestaltungsfaktor werden. Diesem Markt wären die Patienten nämlich schonungslos ausgeliefert, da sie in den seltensten Fällen die Wahl haben, wer die Behandlung vornimmt. Patienten und Patientinnen müssen sich darauf verlassen können, dass sie überall die bestmögliche Versorgung erfahren.

Die Aufgabe der Europapolitik im Gesundheitswesen besteht vor allem darin, europaweit ein möglichst hohes Gesundheitsniveau zu erreichen und auch eine grenzüberschreitende Versorgung zu gewährleisten. Dabei geht es keinesfalls um die Vereinheitlichung der unterschiedlich organisierten nationalen Gesundheitssysteme oder um einen Wettbewerb der Mitgliedstaaten im Gesundheitswesen, sondern vielmehr um die Vereinbarung gemeinsamer Standards und Spielregeln.

Mit Blick auf die Patientenmobilität in der Europäischen Union ist es wichtig, dass die Bürger und Bürgerinnen, wenn sie bei Auslandsaufenthalten unvorhergesehen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, in den Genuss guter medizinischer Versorgung kommen und dass sie die Kosten dafür zu Hause zurückerstattet bekommen. Das gilt zum Beispiel für den Touristen im Urlaub, den Studierenden im Auslandssemester oder für den vorübergehend im ausländischen Tochterunternehmen Beschäftigten. Hier muss der Aufwand im Sinne der Betroffenen möglichst unbürokratisch gestaltet werden und der schnelle Zugang zu Informationen garantiert sein. Diese und andere Fragen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität sind Bestandteil des von der Europäischen Kommission vorgelegten Sozialpakets, über das derzeit im Europäischen Parlament beraten wird.

Die Leistungen im Gesundheitswesen sind ein Kernbereich der öffentlichen Daseinsvorsorge für die Bürger und Bürgerinnen. Hier ist die Europäische Union gefordert, den Mitgliedstaaten über das Beihilfe- und Vergaberecht einen Rahmen zu bieten, der innerhalb des Binnenmarktes Möglichkeiten für eine optimale Versorgung eröffnet. Der Lissabonner Reformvertrag weist hier den richtigen Weg, da in dem Protokoll über Dienste im allgemeinen Interesse, wie die Leistungen der Daseinsvorsorge im europäischen Jargon heißen, erstmals auch im Primärrecht die Zuständigkeit und den weiten Ermessensspielraum der nationalen, regionalen und lokalen Behörden bei der Erbringung und Organisation der Dienste im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse festschreiben. Ein Punkt, der zwischen den Mitgliedstaaten immer umstritten war.

Zudem wird das Subsidiaritätsprinzip, das bislang nur auf das Verhältnis zwischen der Europäischen Union und den Mitgliedstaaten Anwendung

findet, auf das Verhältnis der Europäischen Union zu den Kommunen ausgeweitet. In Artikel 5 des Lissabonner Vertrages heißt es demnach: »Nach dem Subsidiaritätsprinzip wird die Union in den Bereichen, die nicht in ihre ausschließliche Zuständigkeit fallen, nur tätig, sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen von den Mitgliedstaaten weder auf zentraler Ebene noch auf regionaler oder lokaler Ebene ausreichend verwirklicht werden können, sondern vielmehr wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkung auf Unionsebene besser zu verwirklichen sind.«

Vergaberecht und Qualität

Auch beim Vergaberecht eröffnet die Europäische Union ausdrücklich die Möglichkeit, ökologische, soziale und ethische Kriterien zu berücksichtigen. Die Union verpflichtet die Mitgliedstaaten ausdrücklich nicht bei der Auftragsvergabe in einen Wettbewerb um das billigste Angebot einzutreten. Die Wahl des kostengünstigsten Angebots bleibt zwar möglich, zugleich besteht aber die Möglichkeit, das wirtschaftlich günstigste Angebot in einem transparenten Verfahren zu ermitteln.

In den Vergaberichtlinien aus dem Jahr 2004 werden folgende Bedingungen bei der Ausschreibung öffentlicher Auftraggeber formuliert: »Die Bedingungen für die Ausführung eines Auftrages können insbesondere soziale und umweltbezogene Aspekte betreffen (Art. 38).« Sowie in Artikel 26: »Die öffentlichen Auftraggeber können zusätzliche Bedingungen für die Ausführung des Auftrags ausschreiben, sofern diese mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar sind und in der Bekanntmachung oder in den Verdingungsunterlagen angegeben werden. Die Bedingungen für die Ausführung eines Auftrags können insbesondere soziale und umweltbezogene Aspekte betreffen.« Allerdings müssen dabei folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- sie müssen mit dem Auftragsgegenstand zusammenhängen;
- sie dürfen dem Auftraggeber keine unbeschränkte Entscheidungsfreiheit einräumen;
- sie müssen ausdrücklich im Leistungsverzeichnis oder in der Bekanntmachung des Auftrages genannt sein;
- sie müssen alle tragenden Grundsätze des Gemeinschaftsrechts, insbesondere das Diskriminierungsverbot beachten.

So weit so gut. Das Europäische Parlament hat die Ausweitung des Vergaberechts erkämpft. Die Umsetzung der Vergaberichtlinien in nationales

Recht steht aber noch aus. Nun ist der Bundesgesetzgeber gefordert, diese verbindlichen europäischen Vorgaben in der Vergaberechtsnovelle zu berücksichtigen. Dieses böte der öffentlichen Hand neue Gestaltungsmöglichkeiten bei der Auftragsvergabe auch bei Diensten der Gesundheitsversorgung.

Die Anforderungen an die Daseinsvorsorge im Kontext des Binnenmarktes stellen einen großen Streitpunkt zwischen der Europäischen Kommission und dem Europäischen Parlament dar. Die Europäische Kommission hat bereits in ihren jährlichen Mitteilungen über den Binnenmarkt erkennen lassen, dass soziale Dienste und Dienste der Gesundheitsversorgung in ihren Augen keineswegs gänzlich von der europäischen Beihilfekontrolle und von den europäischen Vorschriften bei der Auftragsvergabe befreit werden sollen. Im Gegenteil hat sie betont, dass nicht die rechtliche Natur einer Organisation den Ausschlag gibt, sondern vielmehr die Frage, ob eine Entschädigung für Leistungen erfolgt, die auch von Dritten ausgeübt werden könnte. Dabei führt die Kommission unter anderem als Beispiele Rettungs- und Patiententransportdienste sowie medizinische Dienstleistungen im oder außerhalb eines Krankenhauses auf.

Grundsätzlich gelten allerdings die Schwellenwerte der De-minimis-Verordnung, unter denen keine europarechtswidrige Subvention vorliegt. Zusätzlich hat der Europäische Gerichtshof in seiner Entscheidung in der Rechtssache Altmark-Trans vier Kriterien formuliert, die einen Konflikt mit dem europäischen Beihilferegime ausschließen:

- Das begünstigte Unternehmen ist tatsächlich mit der Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen betraut.
- Die Parameter zur Bestimmung der Ausgleichszahlungen sind vorab objektiv und transparent festgelegt.
- Der Ausgleich geht nicht über das hinaus, was für die Erbringung der gemeinwirtschaftlichen Leistung erforderlich ist.
- Die Höhe des erforderlichen Ausgleichs – wenn die Wahl des Unternehmens nicht im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung erfolgt ist – ist auf der Grundlage einer Analyse der Kosten bestimmt worden, die ein durchschnittliches, gut geführtes Unternehmen bei der Erfüllung der Pflichten hätte.

Krankenhäuser bleiben sogar gänzlich von den Notifizierungsverpflichtungen des europäischen Beihilferechts ausgenommen.

Herstellung einer gesetzlichen Unterscheidung zwischen den Dienstleistungen

Die Europäische Kommission sorgt mit ihren Mitteilungen zu den Diensten von allgemeinem und allgemeinem wirtschaftlichen Interesse für Unsicherheit bei den überwiegend kommunalen Leistungsträgern im Gesundheitswesen. Dabei ist genau das Gegenteil erforderlich, nämlich mehr Rechtssicherheit. Die Sozialdemokratische Fraktion im Europäischen Parlament hat aus diesem Anlass den Entwurf einer Rahmenrichtlinie für die Dienste von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse vorgelegt, um dem Vakuum zwischen juristischen Interpretationen von Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes und den zu vagen Mitteilungen der Europäischen Kommission einen klaren gesetzlichen Rahmen entgegenzusetzen. Ich bin überzeugt, dass ein allgemeiner gesetzlicher Rahmen für öffentliche Dienstleistungen erforderlich ist, ergänzend zu den bestehenden sektorbezogenen und nationalen Vorschriften und auf der Grundlage des Entscheidungsprozesses im Europäischen Parlament und nicht auf Basis von Mitteilungen der Europäischen Kommission, die de jure keine bindende Wirkung haben, aber de facto als Gesetzgebung durch die Hintertür betrachtet werden können, da sich insbesondere die Gerichte daran orientieren. Der gesetzliche Rahmen muss vor allem:

- die Aufteilung der Verantwortung zwischen der EU und den Mitgliedstaaten klären;
- Kriterien einführen, die eine klare Unterscheidung zwischen Dienstleistungen, die im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse und im allgemeinen Interesse liegen, und für die unterschiedliche gesetzliche Vorschriften anzuwenden sind;
- die Zuständigkeit lokaler Behörden festschreiben für die Gestaltung und den Betrieb der öffentlichen Dienstleistungen, für die sie verantwortlich sind;
- das Recht der Bürger und Bürgerinnen auf lokale Mitsprache garantieren, um sicherzustellen, dass ihre Bedürfnisse, Ansprüche und Probleme sorgfältig und direkt geprüft und Verbraucher- und Bürgerrechte allgemein geschützt werden;
- garantieren, dass die Prinzipien von Transparenz, Offenheit, Solidarität, hoher Qualität der Dienstleistungen, Allgemeingültigkeit, Gleichheit beim Zugang, Partnerschaft mit der Zivilgesellschaft, Beteiligung der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und eine Rolle für den tertiären Sektor beachtet werden.

Die aktuelle Definition, Formulierung, Organisation und finanzielle Ausstattung von Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, ob wirtschaftlicher oder nicht-wirtschaftlicher Natur, muss Aufgabe der Mitgliedstaaten und ihrer regionalen und lokalen Behörden bleiben und nicht durch Gemeinschaftsrichtlinien behindert werden. Das dient der Konzentration auf die Bedürfnisse und Anforderungen vor Ort.

Diesem Credo fühle ich mich sehr verpflichtet.

Der Zusammenhang zwischen personenzentrierten Hilfen für den Einzelnen und der Steuerung von Prozessen und Ressourcen in der Region

Ulrich Krüger, Niels Pörksen

Niels Pörksen:

Dieser Kongress findet zu einem sehr günstigen Zeitpunkt statt. Wir haben der Europaabgeordneten Evelyne Gebhardt sehr dafür zu danken, dass es aufgrund ihres unermüdlichen Einsatzes gelungen ist, die marktradikale Fassung der Europäischen Dienstleistungsrichtlinie zu verhindern. Mit dieser Regelung hätte ausschließlich der Markt als Steuerungsmacht gewirkt – und wohin das führt, das erleben wir gerade.

Ohne ihren jahrelangen Einsatz müssten wir heute mit einer Dienstleistungslandschaft leben, die uns in den Bereichen Alten- und Behindertenhilfe sowie Psychiatrie desolate und unkontrollierbare Verhältnisse gebracht hätte. Wir wollen mit unserer diesjährigen Tagung mit Nachdruck die auch von Evelyne Gebhardt empfohlene Steuerungsverantwortung der Kommunen und Verbände einfordern, um endlich vor Ort Strukturen zu erreichen, die komplexe Hilfen ermöglichen, die bisher noch autistisch und segmentiert in unserem gegliederten System der sozialen Sicherung geleistet werden und zur Ineffektivität und zur strukturbedingten Verschwendung führen.

Von dieser Tagung muss ein Signal ausgehen: Wir wollen nach 30 Jahren Psychiatriereform nicht mehr hinnehmen, dass

- Komplexleistungen weiterhin nicht oder nur rudimentär möglich sind,
- gesetzlich vorgesehene Strukturen zur Organisation von Komplexleistungen – wie die Servicestellen – nicht umgesetzt werden,
- unser gutes SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) in der Praxis ignoriert und die Teilhabe, wie auch Staatssekretär Dr. Schröder geäußert hat, nur auf Sonntagsreden reduziert wird.

Wir wollen, dass die finanziellen Belohnungssysteme denen zugute kommen, die es am dringendsten benötigen und alle Tendenzen des »inverse care law« endlich überwunden werden. Da gibt es viel zu tun.

In der Psychiatrie hat sich seit den systematisch vorangetriebenen Reformen, viel bewegt. Seit der Veröffentlichung der Psychiatrieenquete 1975 und dem Erscheinen des Berichts der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 im Anschluss an das Bundesmodellprogramm – in diesen Tagen vor 20 Jahren haben wir diesen Bericht feierlich der damaligen Ge-

sundheitsministerin Rita Süßmuth überreicht – haben wir in Deutschland eine einmalige Situation: Politik, Regierungen, Verwaltung und Fachwelt stimmen nach wie vor in den Grundsätzen, Leitlinien und den konkreten Reformvorstellungen überein.

Wir haben mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) einen Verein, der mit dafür gesorgt hat, dass aus Psychiatriepolitik niemals Parteipolitik wurde. Im Vorstand der Aktion ist jede Fraktion des Bundestags vertreten und Fachleute, die ohne eigennützigen Lobbyismus beraten und unterstützen und die Reformen gemeinsam mit den Bundestagsabgeordneten vorantreiben.

Die APK bleibt auch in Zukunft erforderlich. Denn ohne politische Rahmenbedingungen, ohne klare gesetzliche Regelungen und ohne die Verzahnung fachlicher und versorgungspolitischer Entscheidungen ist Psychiatrie auch in Zukunft nicht denkbar.

In der Vergangenheit, d. h. vor der konsequenten Umsetzung personenzentrierter Hilfen haben wir Ressourcensteuerung im Wesentlichen über Plätzahlen, Kontingente, Niederlassungssteuerungen etc. erlebt. Und wir haben die erforderlichen Versorgungsstrukturen nicht in allen Bereichen der Psychiatrie mit den Rahmenbedingungen der Finanzierung zur Deckung gebracht.

Bisher ist es uns im Wesentlichen nur gelungen, punktuell die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII in personenzentriertes Handeln umzusetzen und z. T. bei SGB V-Leistungen. Diesen Aspekt wird Ulrich Krüger näher beleuchten.

Lassen Sie mich als Erstes ein Beispiel aus unserem psychiatrischen Alltag nennen, bei dem deutlich wird, dass es uns bisher *nicht* gelungen ist, die erforderlichen Rahmenbedingungen in den gesetzlichen Vorgaben und den fachlichen Versorgungsstrukturen herzustellen, um die erforderliche Personenzentrierung im Einzelfall und gemeindepsychiatrisches Handeln als Versorgungsauftrag miteinander zu verbinden.

Handlungsfeld Sucht

Im Suchtbereich – vor allem bei den Alkoholabhängigen und medikamentenabhängigen Menschen – geht es um Millionen erkrankter Personen in unserem Land.

Internationale und nationale wissenschaftliche Erkenntnisse und konkrete Erfahrungen belegen, dass der Hausarzt eine zentrale Rolle bei der Früherkennung und Frühbehandlung spielt. Früherkennung und Frühbe-

handlung, vor allem als motivierende Gesprächsführung – beides einfach zu lernen –, sind mit weitem Abstand die erfolgreichsten, evidenzbasierten Behandlungsmethoden. Da der Hausarzt – der originäre Vertreter einer personenzentrierten Grundversorgung – in Deutschland für die erforderlichen Leistungen praktisch nicht honoriert wird, geschieht in diesem Bereich – von rühmlichen Ausnahmen abgesehen – fast nichts, obwohl die Fachkunde suchtmedizinischer Grundversorgung im Anschluss an ein erfolgreiches Modellprojekt von den Ärztekammern eingeführt wurde. Wir haben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit dazu bereits vor mehr als zehn Jahren überzeugende Ergebnisse veröffentlicht.

Ähnlich geht es in den Allgemeinkrankenhäusern zu, die den Löwenanteil aller stationären Akutbehandlungen suchtkranker Menschen durchführen, mit einfachem oder qualifiziertem Entzug. Bei beiden – Hausärzten und Krankenhäusern – könnte ohne großen personellen und finanziellen Aufwand erfolgreiche Früherkennung und Frühintervention eingeführt werden. Da müsste dann allerdings die Verzahnung von somatischer und psychiatrischer Fachkompetenz realisiert werden und diese mithilfe gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrategien implementiert werden. Die von Armin Lang geschilderten Erfolge mit der integrierten Versorgung im Saarland zeigen, dass es gelingen kann, gewachsene Strukturen zu überwinden und mit der Hilfe von Fallmanagement Kooperationsformen zu entwickeln, die auch im Bereich der Suchtkrankenbehandlung denkbar wären. Man sieht auch bei der hometreatment orientierten Frühintervention der Psychosekranken in Finnland, was möglich ist – da ist alles in alleiniger psychiatrischer Hand. Vernetzungsverpflichtungen über die Fachgrenzen hinweg – so wie wir sie vor Ort in anderen Feldern realisieren, müsste es auch hier geben.

Die längerfristige Behandlung und Rehabilitation der abhängigen Menschen ist immer noch zerstückelt. Hier kommt der Psychiatrie – stationär und in den Ambulanzen – eine besondere Bedeutung zu. Dabei belegen auch hier die wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass ein flexibles, an der Person orientiertes Behandlungs- und Rehabilitationsprogramm vor Ort am erfolgversprechendsten ist. Die bisherige Trennung von Behandlung und Rehabilitation, die nicht an der Person – sondern der Institution – ausgerichtete Rehabilitation, die immer noch mit wenigen Ausnahmen – wie z. B. den Versorgungsverbünden in Baden-Württemberg – in entfernten Fachkliniken stattfindet, ist das, was die APK seit dem Bericht der Expertenkommission als strukturbedingte Verschwendung von Ressourcen bezeichnet.

In der Begleitung und Betreuung der chronisch mehrfach geschädigten Abhängigen bedarf es ebenfalls einer engen Verzahnung von ambulanten medizinischen und sozialen Hilfen. Der CRA – der community reinforcement approach – ist Erfolg versprechend. Er ist wissenschaftlich erprobt, evidenzbasiert und muss nur systematisch eingeführt werden.

Da die Verschwendung von Ressourcen und die fehlende fachliche und versorgungsstrukturelle Steuerung in der Suchtkrankenversorgung besonders augenfällig ist, werden wir diese Thematik auf unserer Jahrestagung im kommenden Jahr am 18. und 19. Juni 2009 in Berlin in den Mittelpunkt rücken. Wir hoffen mit dieser Tagung einen Prozess initiieren zu können, der in Zukunft personenzentriertes Handeln in der Suchtkrankenhilfe gemeindepsychiatrisch realisiert.

Dieses erste Beispiel soll zeigen, dass wir noch nicht in all unseren Handlungsfeldern die erforderlichen Voraussetzungen vorfinden, die erforderlich sind.

Ulrich Krüger:

Wie Niels Pörksen bereits formuliert hat, muss ein Signal von dieser Tagung ausgehen. Dieses Signal ist umso notwendiger, als wir zurzeit an einer Wegscheide stehen. Im Moment erleben wir in vielen Bereichen eine Neuorganisation von Dienstleistungen. Wir haben von Evelyne Gebhardt gehört, dass Freizügigkeit von Dienstleistungen über die Binnengrenzen hinweg nicht mit einer Abwärtsspirale bei Qualität, Löhnen, sozialen Bedingungen oder dem Schutz von Verbrauchern und Umwelt sowie im Arbeitsrecht einhergehen darf. Diese Abwärtsspirale ist im Gang und droht verstärkt, wenn wir nicht gegensteuern. Im Bereich der Dienstleistungsrichtlinie ist das auf politischer Ebene gelungen, weil es zuvor eine heftige Bewegung gegeben hat. Hier waren große Berufsgruppen tangiert und mit entsprechenden Vertretungen, z. B. den Gewerkschaften involviert. In der Psychiatrie haben wir von der Anzahl her bei Weitem nicht eine solche Durchschlagskraft. Man kann schwer Zehntausende für Qualitätsstandards in der Psychiatrie auf die Straße bringen. Insofern muss man sich überlegen, in welcher anderen Form man sicherstellt, dass im Bereich der Psychiatrie bestimmte Qualitätskriterien erhalten bzw. entwickelt werden.

Wir wollen mit dieser Tagung die Qualitätsprinzipien darstellen, die wir im Bereich der Psychiatrie unabdingbar sind, und uns damit auseinandersetzen, wie deren Einhaltung sichergestellt werden kann. Qualitätsverbesserung bei Hilfen für psychisch kranke Menschen macht sich fest an:

- Vom (freiwilligen, unberechenbaren) Angebot zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger Leistungen
- Von der Anstalt in die Gemeinde
- Von der Institution zur Person

Mit diesen drei Aspekten hat sich die Psychiatriereform in Deutschland – mit der Enquete, dem Modellprogramm, dem Bericht der Expertenkommission und den Initiativen zur Personenzentrierung der Hilfen und deren Implementation – in den letzten Jahrzehnten beschäftigt. Die APK hat diesen Prozess zu allen Zeiten initiiert, gefördert und begleitet.

Aus der simplen Alternative stationär oder ambulant entstand ein differenziertes und komplexes Hilfesystem mit vielfältigen Hilfen in ambulanten, teilstationären, stationären Strukturen und mit einer Konzentration in der Zielsetzung aller Hilfen auf die Teilhabe in allen Lebensfeldern.

Das alles geht nur vor Ort, in den Gemeinden. Bereits im Bericht der Expertenkommission wurde darauf hingewiesen, dass die Vervielfältigung und Differenzierung des Angebots langfristig nur über eine klare Koordination und Steuerung der Hilfen vor Ort möglich ist. Damals meinte man mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund unter kommunaler Federführung hinzukommen.

Inzwischen zeigt sich, dass unser gegliedertes System der sozialen Sicherung mit den dazu gehörenden Sozialgesetzen schwer zu steuern ist und ein komplexes Hilfesystem, das dem Einzelnen jederzeit gerecht wird, schwer zu realisieren ist.

Seit Jahren verzeichnen wir eine deutliche Verkürzung der Behandlungszeiten in psychiatrischen Kliniken. Seit Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung im Jahr 1991 bis zum Jahr 2004 stieg die Zahl der pro Jahr behandelten Fälle um 80 %. Dabei wurden 2004 33 % weniger Behandlungstage abgerechnet als 1991. Das passt zusammen, weil sich in diesem Zeitraum die durchschnittlichen Behandlungszeiten um 63 % verkürzt haben.

Weniger stationäre Behandlung ist grundsätzlich zu begrüßen. Aber kürzere Behandlungszeit in der Klinik heißt nicht unbedingt, dass die Menschen schneller gesund werden. Es heißt zunächst nur, dass sie früher entlassen werden. Die meisten dieser Patientinnen und Patienten benötigen auch nach der Entlassung aus der Klinik noch psychiatrische Hilfe. Sonst droht Drehtürpsychiatrie oder verstärkte Chronifizierung.

Und da beginnen einige Probleme: Ein vergleichbares Krankenkassenfinanziertes, die Leistungen verschiedener Berufsgruppen umfassendes, inte-

griertes Hilfeprogramm, wie es die psychiatrische Klinik anbietet, ist ambulant nicht oder nur unter großen Mühen zu erreichen. Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind dafür zumeist unterfinanziert. Umschichtung stationärer Vergütungen in Entgelte für Hometreatment ist bisher nicht möglich.

Fachärztlich-psychiatrische Behandlung ist ambulant in wesentlich geringerem Umfang und oft nur nach Wartezeit zugänglich. Soziotherapie existiert nur punktuell und ist mit zahlreichen Einschränkungen und Zugangsschwierigkeiten verbunden. Bei der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege ist es ähnlich. Ambulante Psychotherapie ist für Menschen mit Psychosen, endogenen Depressionen oder schweren Verhaltensstörungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie kaum erreichbar. Ergotherapie und Bewegungstherapie ist nicht sehr viel leichter zugänglich. Mit ambulanter psychiatrischer Rehabilitation sieht es nach wie vor am düstersten aus: Es gibt in ganz Deutschland nur wenige Angebote.

Wer in der Lage ist, auf eine entsprechende Behandlung oder eine Rehabilitation zu warten und den erforderlichen Antragsaufwand zu bewältigen, hat gewisse, regional unterschiedliche Chancen diese Hilfen nach und nach zu erhalten. Wer jedoch zu krank ist, um sich um die Organisation solcher Hilfen zu kümmern, steht in hohem Risiko ohne ausreichende Behandlung zu bleiben.

Verlässlichere Hilfe gibt es erst dann, wenn der psychisch Kranke verarmt und »wesentlich seelisch behindert« ist, wie es im SGB XII heißt. Dann greift die sozialhilfe-finanzierte Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und bietet in jeweils gesonderten Hilfeangeboten Hilfe zur Selbstversorgung im Wohnbereich und Hilfen zu Kontakt und Tagesgestaltung. Diese Dienstleistungsbereiche expandieren stetig – zum Verdross der Kommunen, die sie finanzieren. Aber auch die Nutznießer dieses Hilfesystems sind nicht ganz glücklich, weder die Hilfeempfänger noch die Einrichtungsträger und ihre Mitarbeiter, denn in diesem letzten Auffangsystem gilt höchstes Wirtschaftlichkeitsgebot – d. h. die Vergütungen werden mit oft erheblichen Rückwirkungen auf die Qualität der Leistungen begrenzt.

Mit diesen Hilfen weitgehend unverbunden und oft wenig auf die besonderen Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Menschen eingestellt, gibt es daneben noch die Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben mit ähnlichen Verlaufswegen: Wer fit genug ist und sich genügend dafür einsetzt, hat – nach entsprechender Antragsstellung, Überprüfung und oft Vorbereitung – Chancen auf eine berufliche Rehabilitation. Auf die anderen wartet die im Arbeitsbereich ebenfalls Sozialhilfe-finanzierte Werkstatt für behinderte Menschen.

Um dieses fragmentierte und lückenhafte Hilfesystem zu einem bedarfsgerechten Hilfesystem auch und besonders für die schwer und langfristig psychisch kranke Menschen zu entwickeln, wurde das Konzept der personenzentrierten Hilfen entwickelt.

Personenzentriertes versus angebotsorientiertes Hilfesystem

Beim personenzentrierten Hilfeverständnis wird versucht, über die Beschreibung von Einzelbedarfen die Hilfen sicherzustellen. Die konsequente Orientierung der Hilfen an individuellen Bedarfen ist allerdings bislang auf bestimmte Leistungsbereiche und Regionen beschränkt.

Das traditionelle System will sicherstellen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung in einer Region besteht. Das heißt, das *Angebot* an Maßnahmen soll bedarfsgerecht sein. Leitfrage ist hier: Gibt es genügend Plätze im Betreuten Wohnen, genügend Wohnheimplätze, genügend Tagesstättenplätze, genügend Krankenhausbetten usw.?

Im personenzentrierten Verständnis soll die *individuelle Hilfe* bedarfsgerecht sein. Leitfrage ist hier: Gelingt es, zeitnah die Hilfen so zu organisieren, dass sie genau dem individuellen Bedarf entspricht?

Das klingt ähnlich, führt aber zu unterschiedlichen Formen der Steuerung von Hilfen: Beim *traditionellen Hilfeverständnis* gibt es für jede Zielgruppe oder Aufgabenstellung möglichst kurzfristig und möglichst ortsnahe ein institutionelles Angebot. Das gilt bezogen auf den jeweiligen Aufgabenbereich. Es muss also ausreichend Angebote im Bereich Behandlung (ambulant und stationär), Hilfe zur Teilhabe, Pflege usw. geben.

In diesem System wird so lange verhandelt, bis sich der zuständige Leistungsträger und ein interessierter Leistungserbringer über die Modalitäten eines institutionellen Angebots einigen. Wenn die Einigung erzielt und das Angebot geschaffen worden ist, wird im Einzelfall nur noch entschieden, *ob* ein Klient die entsprechende Hilfe erhält. Art und Umfang der Hilfe werden im Bewilligungsfall nicht mehr verhandelt. Sie ergeben sich weitgehend aus der Konzeption der Einrichtung oder der Maßnahme.

Daraus ergeben sich folgende Probleme:

- Spezialisierung
- Zuordnungsprobleme
- Versorgungslücken (»nicht zuständig«)
- Probleme beim Übergang
- hoher Abstimmungsbedarf

- Hilfen überwiegend in spezialisierten Einrichtungen bzw. speziellen »Maßnahmen«
- Sondernilieus für Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung
- Trennung von Leistungen (Behandlung, psychiatrische Rehabilitation, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Pflege usw.)

Die personenzentrierte Neudefinition von »bedarfsgerecht« bedeutet, die *individuelle* Hilfe wird wie folgt erbracht:

- individuell passgenau
 - flexibel (dem jeweils aktuellen Bedarf entsprechend)
 - integriert (alle Hilfebereiche umfassend)
 - zeitnah
 - im Lebensfeld (Wohnung, Arbeitsplatz, Nachbarschaft)
 - unter abgestimmten Zielen
 - im Verlauf koordiniert
 - in personeller Kontinuität
 - verlässlich
- = personenzentrierter Ansatz

In diesem System wird so lange verhandelt, bis sich der zuständige Leistungsträger und der Klient – oder sein Vertreter – über den individuellen Hilfeplan geeinigt haben. Ein Leistungserbringer muss die Hilfeleistung gemäß individuellem Hilfeplan übernehmen. Im Einzelfall wird also entschieden, *welche* Hilfe ein Klient erhält. Art und Umfang der Hilfe werden individuell verhandelt. Die Vorabfestlegung von möglichen Hilfeformen und Hilfeorten ist störend.

Daraus ergibt sich folgender Paradigmenwechsel:

- Nicht Aufnahmeverfahren, sondern individuelle Hilfeplanung
- Nicht Zuordnung zu einem Einrichtungs- oder Maßnahmetyp, sondern Ermittlung eines individuellen Hilfeziels
- Nicht Finanzierung von Einrichtungen oder Maßnahmen, sondern von individuellen Hilfen
- und in Bezug auf die Region: Nicht Angebotsplanung, sondern Sicherstellung

Dieses letztgenannt Prinzip wirft Probleme auf. Es setzt nämlich voraus, dass ein Hilfesystem besteht, dass in der Lage ist

- die individuellen Hilfebedarfe übergreifend und einvernehmlich festzustellen
- kurzfristig und verlässlich vielfältig kompetente Hilfen zu leisten
- Hilfen flexibel an die jeweils aktuellen individuellen Bedarfe anzupassen

Dazu sind Instrumente entwickelt und in etlichen Regionen eingeführt worden. Wir benötigen:

1. *ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung individueller Gesamthilfebedarfe*
2. *einen Gemeindepsychiatrischer Verbund von flexiblen Leistungserbringern, die unter personenzentrierten Qualitätsstandards eine regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen*
3. *ein Finanzierungssystem, dass individuell konfigurierte Komplexleistungen und deren Anpassung an wechselnde Hilfebedarfe ermöglicht*

Damit wird ein System möglich, dass einzelfallbezogene Steuerung über individuelle Bedarfsermittlung mit regionaler Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen koppelt. Eine Konkretisierung dieser Punkte nehme ich im zweiten Teil vor.

Niels Pörksen:

Bevor wir versuchen, zum Thema des Zusammenhangs zwischen personenzentrierten Hilfen und der Steuerung von Prozessen und Ressourcen in der Region einige Grundsatzpositionen zu vertreten mit dem Ziel, die Hindernisse des gegliederten Systems zu überwinden, lassen Sie mich ein letztes Beispiel aufgreifen, das unser Thema grundsätzlich berührt.

Handlungsfeld Gerontopsychiatrie

Es geht um all das, was uns im Zusammenhang mit den Konsequenzen des demografischen Wandels beschäftigen wird.

Keine Frage: Die Menschen bei uns werden älter, im hohen Alter hilfloser und pflegebedürftiger. Wir haben derzeit etwa eine Millionen Menschen mit einer Alzheimer-Demenz, in 20 Jahren werden es fast doppelt so viele sein. Immer weniger Angehörige leben mit ihren Eltern oder Großeltern. Damit kommt eine große gesellschaftliche Herausforderung auf uns zu, die es wert ist, im Sinne unserer Gesellschaftsordnung gelöst zu werden.

Schirrmacher hat mit seinem Buch zum Methusalem-Komplott Panikmache betrieben, andere auch. Gleichzeitig wachsen in Städten und Gemeinden wohnortnahe sozialraumorientierte Netzwerke, die möglicherweise in der Lage sind, die Basis des Zusammenlebens der Menschen neu zu gestalten.

Die Herausforderung des demografischen Wandels zu bewältigen, das kann für uns alle eher ein Qualitätskriterium für das Funktionieren eines demokratischen und sozialen Gemeinwesens werden. Einfache Lösungen sind da nicht zu erwarten. Wie schwer allerdings komplexe Lösungsversuche sind, das zeigt bereits die kontroverse Debatte um die rechtliche Regelung von Patientenverfügungen. Denn die innere Ambivalenz, die in uns allen steckt, lässt sich eben schwer durch Vorabfestlegungen aufheben.

Die erforderlichen Maßnahmen können nur im Gleichklang zwischen der konsequenten personenzentrierten Ausrichtung in jedem Einzelfall, der Gestaltung eines komplexen Hilfenetzes in vorhandenen oder zu schaffenden Sozialräumen und einer sach- und fachgerechten Steuerung und Ressourcennutzung erfolgen.

Für mich bietet die Zukunft der Integration von Altenhilfe und Demenzkrankenversorgung gesellschaftlich die Chance, den Trend zu weiterer Individualisierung und Professionalisierung umzukehren.

Gemeint sind die sozialraumorientierten Entwicklungen, die bei uns in Bielefeld »Versorgungssicherheit im Quartier« heißen. KDA – Kuratorium Deutscher Altershilfe, Diakonisches Werk, Bertelsmannstiftung, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Kommunen, Bundesministerien und viele andere mehr haben im Verbund mit vielfältigen Initiativen und Aktionen vor Ort in Stadtteilen, Dörfern oder Kleinstädten in den letzten Jahren Entwicklungen gefördert mit dem Ziel, den Sehnsüchten der alten Menschen zu entsprechen, nämlich zu Hause bleiben zu können bis zum Tode.

Das geht nur, wenn in der Nachbarschaft alles vorhanden ist, was ich dazu brauche. Versorgungssicherheit heißt angemessene Gestaltung des Wohnraums, der ggf. behindertengerecht ist, heißt Lebensmittelversorgung in der Nachbarschaft; heißt Hilfen aller Art im Haushalt, bei der Tagesgestaltung, zu Kontakten und in der Pflege.

Wenn Familie und das Ehrenamt nicht ausreichen, dann müssen bezahlbare Hilfen gefunden werden, die über die von der Pflegeversicherung bezahlte Pflegeberatung geplant sind, wie z. B. Pflegeassistenten oder Alltagsmanager oder Alltagshelfer.

Die Altenhilfe der Zukunft, die eine wohnortnahe Demenzkrankenversorgung einschließt, kann ohne den personenzentrierten Ansatz nicht

funktionieren. Und der wiederum nicht ohne Hilfeplanung, Koordinierung und Management im Wohnumfeld; aber auch nicht ohne die verbindliche Regelung von Komplexleistungen, die in jedem Einzelfall realisiert werden – d. h. SGB XI, V und die kommunalen Leistungen müssen im Einzelfall funktionieren.

Wir als APK sind seit dem Bestehen energische Verfechter einer verbindlichen Sicherstellung gemeindepsychiatrischer Versorgung. Am Beispiel der Altenhilfe, die Demenzerkrankte einbezieht, könnten wir da eine Entwicklung befördern, die nach meiner Einschätzung ähnlich schwierig ist wie der Start in die Psychiatriereform vor 35 Jahren.

Voraussetzungen für personenzentrierte Hilfeleistungen

Ulrich Krüger:

Ich komme zurück zu den Anforderungen an personenzentrierte Hilfeleistungen. Wir haben von Niels Pörksen erfahren, dass wir die eben genannten drei Prinzipien, an denen sich künftige Hilfesystem messen lassen müssen, um ein weiteres wichtiges Kriterium erweitern müssen: Ausrichtung auf die Förderung von Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe und Vorrang nicht-psychiatrischer vor psychiatrischer Hilfen.

Es geht nicht um allgemeine Qualitätssteigerung in der Psychiatrie, sondern darum, definitive Anforderungen zu formulieren, die wir künftig zur Voraussetzung für personenzentrierte Hilfeleistungen machen können. Wir wollen dahin kommen, dass wir bestimmte Qualitätsstandards verbindlich machen, sodass sie dann relevant sind im Sinne eines Schutzes der Verbraucher, also der Nutzer der Hilfen, und im Sinne des Schutzes der Mitarbeiter von anbietenden Diensten, sodass man als qualifizierter Anbieter nicht überholt werden kann von einem weniger qualifizierten Konkurrenten, der unter der gleichen Bezeichnung minderwertige Leistungen anbietet.

Zu den Voraussetzungen für personenzentrierte Hilfeleistungen gehören aus unserer Sicht die eben erwähnten Punkte plus einem 4. Punkt:

1. *Ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung individueller Gesamthilfebedarfe*
2. *Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund von flexiblen Leistungserbringern, die unter personenzentrierten Qualitätsstandards eine regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen*
3. *Ein Finanzierungssystem, dass individuell konfigurierte Komplexleistungen und deren Anpassung an wechselnde Hilfebedarfe ermöglicht*
4. *vorrangige Einbeziehung und Förderung von nicht psychiatrischen Hilfen*

Ich möchte diese Punkte etwas konkretisieren. Sie werden im weiteren Tagungsverlauf in Vorträgen und Symposien vertieft.

Zu 1: Ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung individueller Gesamthilfebedarfe

In vielen Regionen wird inzwischen erfolgreich Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) oder daraus abgeleiteten Hilfeplanungsinstrumenten betrieben. Die Prinzipien personenzentrierter individueller Hilfeplanung haben wir zu anderer Gelegenheit erläutert. Ich möchte hier auf einige häufige Umsetzungsprobleme eingehen:

- Die Hilfeplanung greift nur im Bereich Eingliederungshilfe.
 - Wie können andere Leistungsträger und Leistungserbringer in ein System von Gesamthilfeplanung einbezogen werden?Gesetzliche Regelungen sind zu unkonkret und nur auf einzelne Leistungsbereiche bezogen. Sie geben dem jeweiligen Leistungsträger vor, einen Gesamtplan zu erstellen. Das wird oft so verstanden, dass ein Plan erstellt wird, der alle Hilfen im eigenen Zuständigkeitsbereich umfasst und die dafür erforderlichen Informationen und Einschätzungen zusammenfasst. Erforderlich ist ein rechtlicher Anspruch *des Hilfeempfängers* auf einen individuellen Gesamtplan. Unter Gesamtplan ist dabei ein Plan zu verstehen, der alle erforderlichen Hilfen berücksichtigt – unabhängig von sozialrechtlichen Zuständigkeiten für deren Finanzierung. Erforderlich sind weiterhin Rahmenvereinbarungen auf Landesebene über die Erbringung von trägerübergreifenden Komplexleistungen unter Einbeziehung aller Rehabilitationsträger sowie der Gesetzlichen Krankenkassen- und Pflegekassen. Sinnvoll ist eine verstärkte Nutzung Persönlicher Budgets. Gemäß Budgetverordnung ist dafür eine mit dem Anspruchsberechtigten abgestimmte Zielvereinbarung erforderlich. Die Zielvereinbarung ist auch im SGB II verankert. Sie ist grundsätzlich vernünftig und sollte auch auf alle Sachleistungen im Bereich der Hilfe zur Teilhabe der ausgeweitet werden. Es sollte noch klargestellt werden (in der Budgetverordnung, im SGB IX und in den einzelnen Sozialgesetzbüchern): Eine Zielvereinbarung setzt einen individuellen Hilfeplan voraus bzw. sie ergibt sich aus dem individuellen Hilfeplan. Dieser benennt übergreifend die individuellen Ziele, die Einschränkung der Selbstständigkeit bei der Erreichung dieser Ziele und damit den Hilfebedarf.
- Die individuelle Hilfeplanung ist zeitaufwendig.
 - Wie kann eine kooperative, integrierte Hilfeplanung unter starker Ein-

beziehung des psychisch kranken Menschen zeitökonomisch realisiert werden?

Jeweils spezifische Hilfeplanungs- bzw. Begutachtungsverfahren für jedem einzelnen Rehabilitationsträger und der Gesetzlichen Krankenkasse sind ineffektiv und ineffizient.

Erforderlich ist eine Zusammenführung der Hilfeplanungen über das SGB IX. Das spart Zeit und führt zu besseren Ergebnissen.

Jedes Versorgungsgebiet (kommunale Gebietskörperschaft, ggf. unterteilt) braucht eine mindestens monatlich tagende Hilfeplankonferenz, in der ständige Vertreter der Leistungsträger und der Leistungserbringer über individuelle Hilfebedarfe verhandeln. Dadurch können notwendige Informationen sofort ausgetauscht und Abstimmungen über die Vorgehensweise effizient erreicht werden.

Bei der Hilfeplanung sollte eine Schwerpunktverlagerung auf die Zielbestimmung gelegt werden, bei Anträgen auf Fortführung einer Hilfeleistung unter Berücksichtigung der bisherigen Zielerreichung. Die mit einer individuellen Zielbestimmung ermöglichte Wirkungsüberprüfung kann in erheblichem Maße Leistungsdokumentationen ersetzen. Dadurch wird Zeit frei, die sinnvoller zur individuellen Hilfeplanung genutzt wird.

- Die Zuständigkeit für die Hilfeplanung ist unklar.
 - Wer kann zeitnah und fachlich kompetent eine individuelle Hilfeplanung durchführen?

Leistungserbringer sollen mit den psychisch kranken Menschen Hilfepläne erstellen unter Einbeziehung aller relevanten Berufsgruppen. Die Plausibilitätskontrolle durch die Leistungsträger ist über Zielbestimmung und Auswertung der Zielerreichung in der Hilfeplankonferenz möglich, in seltenen, z. B. in kontroversen Fällen, unter Einschaltung der Fachdienste. Die Erstellung aller Hilfeplänen allein durch Vertreter der Leistungsträger ist fachlich nicht vertretbar und personell nicht leistbar. Die Entwicklung eigener Hilfeplanungskompetenz bei den Trägern der Eingliederungshilfe ist gleichwohl zu begrüßen. Sie ermöglicht die Durchführung eigener Hilfeplanungen (z. B. bei potenziellen Anspruchsberechtigten, die sich direkt an den Leistungsträger wenden) und erhöht die Kompetenz der Sozialhilfeträger zur Plausibilitätskontrolle bei Hilfeplanungen, die andere, z. B. Leistungserbringer durchgeführt haben.

- Einer integrierten und kooperativen Hilfeplanung stehen Datenschutzvorgaben entgegen, die aber durch individuelle Einverständniserklärungen aufgehoben werden können. Das Verfahren der Gesamthilfeplanung

(bei Zustimmung des Hilfesuchenden) sollte eine gesetzliche Grundlage erhalten. Eine Einverständniserklärung des Hilfesuchenden ist auf Dauer kein geeignetes Instrument bei einem Regelverfahren.

Zu 2: Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) von flexiblen Leistungserbringern, die unter personenzentrierten Qualitätsstandards eine regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen

Ein verlässliches Hilfesystem ergibt sich nicht automatisch aus der Summe der Einzelleistungen. Es gibt Selektion durch

- Hilfesuchverhalten
- Arbeitsbeziehung (Klient kooperativ, verabredungsfähig bzw. -willig)
- Finanzierungsbedingungen
(Finanzierung leicht/schwer zu erreichen, reaktive Notfallhilfe – zielorientierte Behandlung und Rehabilitation)
- betriebswirtschaftliche Aspekte (Auslastung, Kontinuität)

Der Gefahr, dass schwer psychisch erkrankte, nicht oder schwankend motivierte oder in der Zusammenarbeit die Helfer besonders herausfordernde Menschen keine oder fachlich ungenügende Hilfen erhalten, muss entgegengewirkt werden.

Die Leistungsanbieter mit *besonderer Qualitätsverpflichtung* sollen sich in Gemeindepsychiatrischen Verbünden zusammenschließen. Besondere Qualitätsverpflichtungen sind:

- regionale Versorgungsverpflichtung
- Teilnahme an integrierter Hilfeplanung und HPK
- Komplexleistung
- Mitwirkung an einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung

Komplexleistung unter den Qualitätsstandards eines personenzentrierten GPVs müssen besser als selektive Einzelleistungen vergütet werden.

Zu 3: Ein Finanzierungssystem, dass individuell konfigurierte Komplexleistungen und deren Anpassung an wechselnde Hilfebedarfe ermöglicht

Ein System der zeitbezogenen Vergütung von individuellen Leistungen sollte die noch weit verbreitete einrichtungs- bzw. maßnahmebezogene Finanzierung ersetzen. Der von der APK entwickelte Personalbemessungsbogen zur quantitativen Hilfeplanung gekoppelt mit einer Vereinbarung zur Finanzierung von Fachleistungsstunden (ergänzend nicht-psychiatrische

Dienstleistungen) hat sich bereits in diversen Regionen im Bereich der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bewährt. Dieses Verfahren ist auch unverändert bei Persönlichen Budgets einsetzbar.

Harte individuelle sozialrechtliche Ansprüche sind bisher immer leistungsbereichsspezifisch geregelt und auf konkrete Einzelhilfen bezogen: im SGB XII, SGB V, SGB XI usw. Übergreifende Leistungen sind allenfalls »weich« geregelt, indem z. B. Leistungsträger kooperieren »sollen«. Dementsprechend fallen nicht eindeutig zuordenbare Leistungen meist in die Experimentierbereiche oder unter die »freiwilligen Leistungen«.

Weite Teile der allgemeinen Daseinsvorsorge in kommunaler Verantwortung bewegen sich im Rahmen der freiwilligen Leistungen. Unter der Bedingung einer Haushaltsaufsicht hat eine Kommune, selbst wenn sie es will, kaum eine Chance solche Leistungen zu realisieren.

Das Beispiel »Trägerübergreifendes Persönliches Budget« zeigt: »Kann« im Gesetz bleibt ohne Wirkung. Erst seit es einen individueller Anspruch gibt, kommen Persönliche Budgets zustande.

Es ist allerdings nicht möglich, alle erforderliche Leistungen als individuelle Pflichtleistungen zu regeln.

Es sind auch Vorhalteleistungen für psychisch kranke Menschen erforderlich, z. B. Krisenhilfe oder eine Anlaufstelle für Aufenthalt und Beratung. Ebenfalls sehr wichtig sind Beratung und Unterstützung zum Erhalt erforderlicher Hilfen sowie die einzelfallbezogene Koordination der Hilfen. Wir sprechen hier von der koordinierenden Bezugsperson. Diese Leistung lässt sich meist nicht klar einem Leistungsträger zuordnen und sie darf – zumindest zu Beginn – nicht an ein Bewilligungsverfahren gebunden sein, denn wer soll wo einen Antrag stellen bevor überhaupt klar ist ob und welche Hilfen nötig sind?

Hier gibt es zwei Möglichkeiten zur Abhilfe:

1. Konkretere gesetzliche Verpflichtung der Kommunen zur Vorhaltung bestimmter Leistungen. In Bezug auf die koordinierende Bezugsperson wünschen wir uns eine Verpflichtung der Leistungsträger nach dem Modell des SGB XI seit der jüngsten Pflegereform: übergreifender Beratungsanspruch.
2. Vereinbarungen zu Regionalbudgets mit der Möglichkeit, vereinbarte Finanzmittel, die nicht für einzelfallbezogene Antragsleistungen benötigt wurden, für offene regionale Hilfeangebote einzusetzen.

Zu 4: vorrangige Einbeziehung und Förderung von nicht psychiatrischen Hilfen

Der IBRP hat die Ermittlung von nicht-psychiatrischen Hilfen der Festlegung eines psychiatrischen Hilfebedarfs vorgeschaltet. Dieses Vorgehen wurde von einigen Nachfolgeinstrumenten nicht aufgegriffen. Das sollte nachgeholt werden.

Das bestehende Hilfesystem ist noch sehr wenig in der Lage (und wahrscheinlich auch noch zu wenig bereit), sich derart in den Dienst der Klienten zu stellen, dass Angehörige, Freunde und Personen mit bürgerschaftlichem Engagement, die nicht-beruflich Hilfeleistungen erbringen, motiviert und beraten werden, den Klienten zu fördern und zu unterstützen. Die Mobilisierung und fachliche Unterstützung von professioneller sowie familiärer, nachbarschaftlicher und bürgerschaftlicher Hilfe in einem solidarischen Netzwerk im Sozialraum hätte darüber hinaus wichtige präventive Funktionen für psychisch beeinträchtigte Menschen und ist eine zentrale Zukunftsaufgabe.

Schaffung und Förderung von verbindlichen Verbundstrukturen

Niels Pörksen: Zum Schluss dieses gemeinsamen Vortrags wollen wir noch einmal mit Nachdruck betonen, dass wir ohne eine Realisierung von klaren Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten die Ideen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds nicht effektiv umsetzen können. Es gibt verschiedene Lösungsmöglichkeiten auch innerhalb des gegliederten Systems.

Verbünde müssen in Zukunft so in ihrer Bedeutung gestärkt werden, dass sie im Rahmen einer Sozialraum- und Gemeinwesenorientierung die Sicherstellung der Versorgung garantieren können.

Um das zu leisten brauchen sie

- eine klare Rechtsgrundlage
- den Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung in einer definierten Region (gemeindepsychiatrische Pflichtversorgung)
- eine Sozialraumorientierung
- die Ermöglichung von Komplexleistungen
- die Verzahnung von psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Hilfen in Kooperation zwischen Betroffenen, Angehörigen, bürgerschaftlichem Engagement und Fachleuten

Verbünde muss es als GPVs geben, wie sie bereits in mehreren Regionen entstanden und in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde koordiniert sind.

Ebenfalls muss es den *Suchthilfeverbund* geben, der in gleicher Weise regional die Suchtkrankenversorgung garantiert. Federführend sollte die Psychiatrie sein, die Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die mit Suchtkranken arbeiten – Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser, Beratungsstellen, Eingliederungshilfen etc – koordinierend steuert und für die Sicherstellung der Versorgung sorgt.

Zudem muss ein *Altenhilfeverbund* bestehen. Dieser muss dafür sorgen, dass die erforderlichen Hilfen im Sozialraum – Quartier – so organisiert werden, dass sie Versorgungssicherheit bis zum Lebensende garantieren. Das muss in Zukunft auch für Personen mit Demenzerkrankungen gelten. Quartiersmanagement, Pflegestützpunkte, Begleitung, Alltagshilfen und Fachpflege müssen so aufeinander abgestimmt werden, dass die Sicherstellung der Versorgung möglich ist. Im Bereich der Altenhilfe gehen wir davon aus, dass die allgemeine Altenhilfe der Kommunen die Federführung übernimmt und die Gerontopsychiatrie sich in den Verbund integriert zur fachlichen Versorgung der psychisch alterskranken und demenzkranken Menschen.

Wir erwarten von der Politik, dass sie die Verbünde so stärkt, dass sie die ihnen übertragenen Aufgaben verbindlich wahrnehmen.

Denkbar wäre auch eine andere Regelung: die Übertragung der Aufgaben von Hilfeplanung, Hilfestellung und Regelung komplexer Hilfen auf die Kommune, die damit eine regionale Verantwortung zur Sicherstellung der Versorgung psychisch kranker, suchtkranker und psychisch alterskranker Menschen übernimmt. Das allerdings würde bedeuten, die Abklärungs- und Steuerungsfunktionen der bisher nicht funktionierenden Servicestellen (SGB IX) auf die Kommunen zu übertragen.

Rechtliche Aspekte regionaler Qualitätssteuerung

Jörg Holke

Mit der regionalen Qualitätssteuerung von sozialpsychiatrischen Hilfen sind eine Vielzahl von rechtlichen Aspekten verknüpft, die es in der praktischen Umsetzung von regionaler Steuerung zu beachten gilt.

Im gegliederten System der bundesdeutschen Sozialgesetzgebung sind diese rechtlichen Aspekte in verschiedenen Teilen des Sozialgesetzbuches verankert (siehe Abbildung 1).



Abb. 1: Gegliedertes System der Sozialgesetzgebung

Mit der Handhabung und Umsetzung der Sozialgesetzgebung bzw. des Sozialrechts sind folgende Chancen und Probleme verbunden:

1. Chancen Sozialrecht

- Formuliert und differenziert die Leistungsbereiche
- Differenziert Rechtsansprüche und Ermessensspielräume
- Bietet Orientierung für die Leistungserbringung und setzt normative Standards
- Regelt die Verwaltungsverfahren und die Rechtsaufsicht
- Bietet Instrumente wie Verordnungsermächtigung, Schiedsstellen etc.
- Lernende Gesetzgebung
- Unterstützung Umsetzung »Personenzentrierter Ansatz«

2. Probleme Sozialrecht

- Unübersichtlichkeit

- Fragmentierung der Leistungsansprüche nach Kausalprinzip
- Vorrang/Nachrang
- Unterschiede in den jeweiligen Ansprüchen je nach Gesetz
- Verbindlichkeitsgrade
- Widersprüche
- Gesetzeslücken
- Hindernisse Umsetzung »Personenzentrierter Ansatz«

Sozialrecht definiert sich auf verschiedenen Ebenen. In der Umsetzung sind auch europäisches Recht und vergaberechtliche Aspekte (siehe Beitrag von Evelyne Gebhardt in diesem Tagungsband) zu berücksichtigen (siehe Abbildung 2).



Abb. 2: Differenzierung des Sozialrechts auf verschiedenen Ebenen

Diese Ebenendifferenzierung und das gegliederte System bedingen, dass eine Vielzahl von Paragraphen in unterschiedlichen Kapiteln der jeweilig relevanten Sozialgesetze von Bedeutung sind. Im Sinne der Übersichtlichkeit, der Verständlichkeit und einer Zusammenfassung werden im Folgendem eine Auswahl der wichtigsten Fundstellen dargestellt und der Arbeitsebene, der Ebene der Organisation der Leistungen und der Steuerungsebene zugeordnet. Den jeweiligen Ebenen sind fachliche Stichworte als Orientierung und die Intention des Gesetzgebers als Ausgangsthese vorangestellt. Der Darstellung der gesetzlichen Verankerung folgt die Problemanalyse und Thesen zum Weiterentwicklungsbedarf.

Rechtliche Aspekte auf der Arbeitsebene

Der Gesetzgeber hat insbesondere mit der Einführung des Sozialgesetzbuches IX einen Paradigmenwechsel in Richtung einer stärkeren Personenzentrierung und der Abkehr von der Einrichtungszentrierung eingeleitet. Er forciert bzw. stärkt die Orientierung am individuellen Bedarf, die Wunsch- und Wahlrechte der Menschen mit Behinderungen, die gemeinsame Hilfeplanung bei komplexem Hilfebedarf und die Koordination der Hilfen. Es fehlt noch an Verbindlichkeit, der Verpflichtung zu trägerübergreifender Bedarfsfeststellungs- bzw. Hilfeplanungsverfahren und der Koordination der Leistungen im Verlauf.

Gesetzliche Verankerung

Wunsch- und Wahlrecht

Bereits im ersten Sozialgesetzbuch, das Grundsätze für alle folgenden Leistungsgesetze formuliert, sind die Standards für die Leistungserbringung formuliert:

SGB I Allgemeiner Teil § 17 Ausführung der Sozialleistungen

Die *Leistungsträger* sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass

1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,

3. der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, ...

Eine Konkretisierung erfolgt für die Bereiche der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation und Teilhabe im SGB IX.

SGB IX § 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe *wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. ...*

Auch die in der Mehrzahl der Länder vorhandenen Ländergesetze für psychisch Kranke (Ausnahme Bayern und Hessen) setzen hier normative Standards. Beispielhaft sei hier Nordrhein-Westfalen (NRW) angeführt:

Psych-KG (hier NRW) § 3 – Ziel und Art der Hilfen

(1) Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und

Nachsorgemaßnahmen befähigen, *ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden.*

(2) ... *Besonderheiten des Einzelfalles.* Sie werden nur geleistet, wenn sie freiwillig angenommen werden.

Individuelle Bedarfsfeststellung und integrierte Hilfeplanung

Hier zeigt sich deutlich, dass bisher der Paradigmenwechsel in Richtung Orientierung am individuellen Bedarf und integrierte Hilfeplan vorrangig auf den Rehabilitationsbereich bezogen forciert worden ist. Die entscheidende Verankerung ist im § 10 SGB IX zu finden:

SGB IX § 10 Koordinierung der Leistungen

(1) ... die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen *funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.* Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten *unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles* die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die *wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen* erfolgt.

Koordinierende Bezugsperson

Die Bedeutung der Koordination der Leistungen wird hier nicht nur für den rehabilitativen sondern auch für den Behandlungs- und Pflegebereich und zunehmend auch für den Arbeitsförderungsbereich gesehen. Definitionen der koordinierenden Leistungen sind in folgenden Paragraphen bzw. Sozialgesetzbüchern zu finden:

- SGB II § 14 persönlicher Ansprechpartner zur umfassenden Unterstützung in Bezug auf SGB II-Leistungen
- SGB V § 37 a ambulante Soziotherapie
Aufgabe: Koordination/Motivation SGB V-Leistungen
- SGB V § 11 Versorgungsmanagement, Einbezug Pflegeleistungen
- SGB XI §§ 7 a & 92 c Pflegestützpunkte
Aufgaben: Pflegeberatung bzw. wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung

- SGB IX § 22 Gemeinsame Servicestelle: Hilfestellung bei Antragstellung und Inanspruchnahme

Persönliches Budget

Ein zukunftsweisendes Stichwort ist sowohl für die Wunsch- und Wahlrechte als auch für die individuelle Bedarfsfeststellung bzw. integrierte Hilfeplanung das Trägerübergreifende Persönliche Budget. Neben dem Gesetzestext ist hier auch die Budgetverordnung zu beachten, da hier die Verfahrensregelungen spezifiziert sind.

SGB IX § 17 (2)/§ 159

Auf Antrag werden Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt ..., um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. ...

Hindernisse und Weiterentwicklungsbedarf

Die Verbindlichkeit in der Umsetzung von Koordination und Integrierter Hilfeplanung sollte, so war es den ersten damaligen Gesetzesentwürfen zum SGB IX der Bundesregierung zu entnehmen, durch den Abschluss gemeinsamer Vereinbarungen der Leistungsträger unter Beteiligung der Fachverbände gewährleistet sein. Leider wurde der Verbindlichkeitsgrad im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens (MROZYNSKI 2002) abgeschwächt. Aus dem ursprünglich beabsichtigten Vereinbarungscharakter wurde ein Empfehlungscharakter. Zudem wurden die Sozialhilfeträger nur eingeschränkt eingebunden.

SGB IX § 13 Gemeinsame Empfehlungen

(2) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren darüber hinaus *gemeinsame Empfehlungen*,

1. *welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind, ...*

2. *in welchen Fällen und in welcher Weise ... notwendige Leistungen angeboten werden ...,*

3. *in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist ...*

(5) An der Vorbereitung werden die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe beteiligt ... *Die Träger der Sozialhilfe orientieren sich .. an den vereinbarten Empfehlungen oder können diesen beitreten.*

In Bezug auf den Integrierten Hilfeplan ist zwar im SGB IX die Verpflichtung zur Erstellung eines Teilhabeplans für die Leistungsträger formuliert, ein individueller Rechtsanspruch auf einen Integrierten Teilhabeplan bei Komplexleistungen ist daraus nicht abzuleiten. Nach dem SGB X hat der

Antragstellende einen Anspruch auf einen Bescheid. Eine qualitative Vorgabe, dass der Teilhabeplan integraler Bestandteil des Bescheides sein muss, existiert nicht. Im SGB V und SGB XI ist eine Beteiligung an einer Gesamtplanung bei komplexen Hilfebedarf nicht gesetzlich verankert. Die Praxis stellt sich oft so dar, dass ein Teilhabeplan wenn überhaupt erst im Verlauf der Rehabilitation entsteht. Eine erste Ausnahmeregelung ist in der Budgetverordnung zu finden, hier ist die Zielvereinbarung Voraussetzung für einen positiven Bescheid.

Es besteht folgender *Weiterentwicklungsbedarf*:

- Der § 13 SGB IX sollte verbindlicher formuliert werden und »Gemeinsame Empfehlungen« durch »Gemeinsame Vereinbarungen« ersetzt werden.
- Einbindung der Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe in die Vereinbarungen.
- Im § 17 SGB I und in § 10 SGB IX müsste ein Anspruch auf einen individuellen Hilfeplan verankert werden.
- SGB V- und XI-Leistungen müssen in die Gesamtplanung durch Verankerung in diesen Gesetzen eingebunden werden.
- Der Anspruch auf eine koordinierende Bezugspersonen, der ansatzweise im SGB II, V und XI zu finden ist, sollte auch im SGB IX und XII aufgenommen werden. In allen Sozialgesetzen sollte die leistungs- und trägerübergreifende Funktion der Koordinierenden Bezugsperson herausgestellt werden. Eine Absicherung könnte über eine Poolfinanzierung gewährleistet werden.

Rechtliche Aspekte auf der Angebots- bzw. Leistungserbringerebene

Hier sind die Stichworte Zusammenarbeit, Koordination, Vernetzung und Qualitätsentwicklung fachlich von entscheidender Bedeutung. Der Gesetzgeber definiert die Zusammenarbeit der Leistungserbringer als notwendig, aber nicht konkret genug. Die Qualitätssicherung wird zwar als Pflichtaufgabe gesehen, *aber* vorrangig bezogen auf die Strukturqualität der Leistungsanbieter. Die Hauptverantwortung für die Definition der Qualitätskriterien wird insbesondere durch die Zuweisung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation und auf die Ebene der Landesrahmenvereinbarungen an die Leistungsträger delegiert.

Rechtliche Verankerung

Koordination und Zusammenarbeit

Im SGB IX werden die Rehabilitationsträger in der Beauftragung und Zusammenarbeit angehalten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Leistungserbringer zu beachten.

SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und Einrichtungen

(4) Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Dienste ... oder Einrichtungen ... in Anspruch, ... *Vielfalt der Träger von Rehabilitationsdiensten oder -einrichtungen gewahrt* sowie deren *Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit* beachtet.

Die Leistungserbringer sollen zur Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit Arbeitsgemeinschaften bilden.

SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und Einrichtungen

(6) *Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden.*

Eine weitere Koordinationszuweisung ist den Landesgesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu finden.

LÖGD (hier Rheinland-Pfalz)

§ 1 Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der öffentliche Gesundheitsdienst ... *koordiniert Angebote der Gesundheitsförderung mit den zuständigen Stellen und bietet bei Bedarf ergänzende Leistungen an*, ... berät die Bevölkerung und die Träger öffentlicher Aufgaben bei gesundheitlichen Fragestellungen und *nimmt Stellung zu Planungen und Maßnahmen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.*

Qualitätssicherung

Nach dem Verständnis des SGB IX müssen für die Rehabilitationsträger die qualitativen Kriterien bei der Auswahl der Leistungserbringer im Vordergrund stehen.

SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und Einrichtungen

(4) Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen besondere Dienste ... oder Einrichtungen ... in Anspruch, *erfolgt die Auswahl danach, welcher Dienst oder welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt*; ...

Im SGB XII und SGB II werden diese Aspekte im Sinne einer Vereinbarungs- bzw. Vertragsregelung definiert.

SGB XII § 75 Einrichtungen und Dienste

Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem *Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über*

1. die Vergütung, ...
 2. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen ...
 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen ...
- ... Grundsätzen der *Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit* entsprechen ...

SGB II § 17 Einrichtungen und Dienste für Leistungen zur Eingliederung (2) ... eine Vereinbarung insbesondere über

1. *Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen,*
2. *die Vergütung, ...*
3. *die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen besteht.*

Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen.

Wesentlich umfangreicher ist die Qualitätssicherung im SGB V verankert, aber auch hier steht der Angebotsbezug im Mittelpunkt.

Rechtlicher Bezug

SGB V § 135

Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Inhalt/Ziel

Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

– einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement sind einzuführen und weiterzuentwickeln

SGB V § 136, 136 a;
Qualitätssicherung in der Vertragärztlichen Versorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen.

Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Rechtlicher Bezug	Inhalt/Ziel
SGB V § 137 Qualitätssicherung in der Krankenhausbehandlung	Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten. Im Abstand von zwei Jahren sind strukturierte Qualitätsberichte von den zugelassenen Krankenhäuser zu veröffentlichen.
SGB V § 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	Spitzenverband der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vereinbaren gemeinsam und einheitlich die Maßnahmen der Qualitätssicherung
§ 139 a,b,c Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und ist dessen Träger. Aufgaben sind: 1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten, 2. Erstellung von wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagerspezifischer Besonderheiten, 3. Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten, 4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen, 5. Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln, 6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung

Ein Bezug auf die regionale Qualitätssicherung ist nur in den Landesgesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu finden.

LÖGD (hier Rheinland-Pfalz)

§ 1 Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

... unterstützt die Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards zur Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen.

Hindernisse und Weiterentwicklungsbedarf

Hierzu gehören:

- Qualitätssicherung ist in der Sozialgesetzgebung zu einrichtungsbezogen

beschrieben. Fachlich notwendig ist, die *regionale* Qualitätssicherung gesetzlich zu verankern.

- Als ein wesentliches Qualitätskriterium der Ergebnisqualität sollte die regionale Versorgungs Verpflichtung aufgenommen werden.
- Der Vernetzungsgedanke und die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen Hilfebereichen muss stärker verankert werden, z. B. im § 75 SGB XII. Die Anforderungen an Vereinbarungen und der Verbundgedanke sollte hier mit angeführt werden
- Die Gründung von regionalen Arbeitsgemeinschaften mit konkreten Aufgabenzuweisungen in Bezug auf Koordination, Kooperation und Transparenzherstellung muss verbindlich in der Sozialgesetzgebung geregelt werden.

Rechtliche Aspekte auf der Steuerungsebene

In Bezug auf die regionale Steuerung sind zum einen die Aspekte der Kooperation und Koordinationswahrnehmung seitens der Leistungsträger von entscheidender Bedeutung. Zum anderen ist es die Sicherstellung der notwendigen Hilfen in ausreichender Zahl (Quantität), geeigneter Qualität und Wohnortnähe.

Der Gesetzgeber regelt den regionalen Sicherstellungsauftrag zwar bei der ärztlichen ambulanten Versorgung verbindlich, belässt es in den anderen Hilfebereichen auf der Ebene der Hinwirkung. Bei der Kooperation und Koordination nimmt er umgekehrt die SGB V-Leistungen nur über das SGB X in die Pflicht. Verfahrensregelungen für Komplexleistungserbringung finden sich nur beim Trägerübergreifenden Persönlichen Budget und der Frühförderung.

Gesetzliche Verankerung

Sicherstellung der Versorgung

Im Sozialgesetzbuch werden die Leistungsträger verpflichtet, zumindest darauf hinzuwirken, dass eine ausreichende Sicherstellung gewährleistet ist.

SGB I § 17 Ausführung der Sozialleistungen

Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf *hinzuwirken*, dass ...

2. *die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen*

Vergleichbar ist diese Hinwirkungspflicht im SGB IX aufgenommen.

SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und Einrichtungen

Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass *die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.*

Im SGB V ist der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung dagegen verbindlich geregelt.

SGB V § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die *Kassenärztlichen Vereinigungen* und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen *haben die vertragsärztliche Versorgung* in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang *sicherzustellen ...*

Als Finanzierungsanreiz ist die regionale Versorgungsverpflichtung für psychiatrische Kliniken in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu finden.

Zusammenarbeit der Leistungsträger

Zumindest als Sollvorschrift werden die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit im SGB IX aufgefordert.

SGB IX § 12 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen *insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.*

Eine eindeutige Verpflichtung zur engen Zusammenarbeit ist im SGB X, das die Sozialverwaltungsverfahren regelt, verankert.

SGB X § 86 Zusammenarbeit

Die *Leistungsträger*, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind *verpflichtet*, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch *eng zusammenzuarbeiten.*

Der Gesetzgeber sieht auch auf der Ebene der Sozialleistungsträger die Möglichkeit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften vor und formuliert hier auch vorbildlich das Aufgabenprofil solcher Arbeitsgemeinschaften.

SGB X § 94 Arbeitsgemeinschaften

(1a) Träger der Sozialversicherung, Verbände von Trägern der Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit einschließlich der in § 19 a Abs. 2 des Ersten Buches (SGB II-Träger) genannten anderen Leistungsträger *können insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden.*

§ 95 Zusammenarbeit bei Planung und Forschung

(1) Die in § 86 genannten Stellen *sollen*

1. *Planungen*, die auch für die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben der anderen von Bedeutung sind, *im Benehmen miteinander abstimmen* sowie
2. *gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben.* Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden.

Probleme und Weiterentwicklungsbedarf

Gegliedertes System und Komplexleistungen

Das gegliederte System erschwert Koordination und Kooperation in Richtung einer komplexen Leistungserbringung »wie aus einer Hand«, da insbesondere der § 30 SGB IV die Versicherungsträger anhält, auf eine eindeutige und ausschließliche Mittelverwendung im Sinne der gesetzlichen Aufgabe zu achten.

SGB IV: § 30 Eigene und übertragene Aufgaben

(1) *Die Versicherungsträger dürfen nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden.* (2) ...

Die Versicherungsträger sehen sich dadurch verpflichtet, nur ihren eigenen Auftrag im Auge zu behalten. Regelungen für komplexe Leistungserbringung sind nur an wenigen Stellen verankert und betreffen nur Teilbereiche bzw. enthalten keine ausreichenden Verfahrensregelungen:

- SGB V § 140 a Integrierte Versorgung, mit Pflege und ohne Rehabilitationsleistungen
- SGB IX § 56 Heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung in Verbindung mit Frühförderung
- SGB IX § 17 Budgetverordnung, Verfahrensregelungen zur Koordination und Abstimmung bei trägerübergreifenden Budgets

Verbindliche Umsetzung und Aufsicht

Die Aufsicht über die Versicherungsträger ist gesetzlich geregelt:

SGB IV § 87 Umfang der Aufsicht

(1) *Die Versicherungsträger unterliegen staatlicher Aufsicht. Sie erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, das für die Versicherungsträger maßgebend ist.*

(2) Auf den Gebieten der Prävention in der gesetzlichen Unfallversicherung erstreckt sich die Aufsicht auf den Umfang und die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen.

Allerdings weisen die Berichte der zuständigen Aufsichtsbehörden zum Beispiel des Bundesversicherungsamtes in Bezug auf die gesetzlichen Krankenkassen darauf hin, dass stärker das Finanzgebaren und weniger Aspekte der regionalen Qualitätssteuerung im Fokus der Aufsicht stehen.

Es bedarf einer *Weiterentwicklung* in folgenden Bereichen:

- Kooperationsverpflichtung soll in allen Leistungsgesetzen als Standard verankert werden.
- Rechtsaufsicht sollte Strukturaufgaben und Aufgabenerfüllung prüfen.
- Komplexleistungsregelungen sollten verbindlich und konkret für alle Sachleistungsbereiche im SGB I § 17 und SGB IX verankert und auch ein entsprechender Passus in SGB IV eingefügt werden.

Fazit

Schon jetzt bietet die Sozialgesetzgebung Möglichkeiten der Umsetzung personenzentrierter Hilfen bzw. regionaler Qualitätssteuerung. Diese sollten stärkere Berücksichtigung in der Umsetzung vor Ort finden. Zum Teil besteht noch Unkenntnis aufseiten der Betroffenen und der Leistungserbringer. Auf der Leistungsträgerseite ist die sektor-, bereichs- und trägerübergreifende Perspektive noch zu wenig entwickelt. Um die Perspektive und die genannten Chancen in der Umsetzung zu forcieren, muss auch der Gesetzgeber gerade in Bezug auf mehr Verbindlichkeit, auf mehr Anreize und mehr Verpflichtung die bisherige Sozialgesetzgebung weiterentwickeln.

Literatur

MROZYSKI P: SGB IX Teil 1 Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen – Kommentar. Beck, München 2002, 127 f.

Engagierte Leistungserbringer übernehmen Verantwortung: Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Matthias Rosemann

Der Beitrag von Herrn Holke hat eindrücklich gezeigt, in welchem Umfang die Erkenntnis über die Notwendigkeit von Kooperationen der Leistungsträger und der Leistungserbringer in das Bewusstsein der Gesetzgeber gedrungen ist. Mangelnde Zusammenarbeit ist nicht nur unwirtschaftlich, sondern schafft auch Probleme für die Menschen, um die es geht, und ist für sie unter Umständen sogar gefährlich. Bedürfte es noch weiterer Beispiele für diese Erkenntnis, könnte man auch das Jahresgutachten des Sachverständigenrates 2007 anführen, das die Notwendigkeit von *Kooperation und Verantwortung für Transparenz über Qualität und Sicherheit* als roter Faden durchzieht (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007).

Gleichwohl hat Jörg Holke auch dargestellt, und das erleben alle Akteure täglich, dass die Realität eine völlig andere ist. Die aktuellen Tendenzen vieler Sozialleistungsträger sind eher von zunehmenden Abgrenzungsbemühungen geprägt. Die Vision, dass sich im Bemühen um individuelle Hilfeplanung mehrere Fallmanager verschiedener Leistungsträger mit dem betreffenden Menschen zusammensetzen und mit jeweils eigenen Hilfebedarfsbemessungsverfahren versuchen, ihre Leistungsverpflichtung möglichst gering zu halten, ist ganz sicher deutlich überzeichnet und vielleicht sogar ein bisschen böse, aber leider nicht so ganz abwegig.

Vor dem Hintergrund dieser Situation haben sich in den letzten Jahren in einigen Regionen Deutschlands Leistungsanbieter bewusst dafür entschieden, nicht mehr länger abzuwarten, bis sich gesetzliche Rahmenbedingungen verändern, sondern im Rahmen des heute Möglichen regionale Verantwortung wahrzunehmen. Sie haben Arbeitsgemeinschaften gebildet, mit denen sie das Ziel verfolgen, die Qualität der Hilfen und der Gewährleistung der Versorgung in ihrer Region zu entwickeln. Viele von ihnen bezeichnen sich als Gemeindepsychiatrische Verbünde.

Das ist ja alles längst bekannt, aber vielleicht sind die Ziele von Gemeindepsychiatrischen Verbünden noch nicht ausreichend ausgeleuchtet. Denn es handelt sich um eine spezifische Struktur von Vernetzung, die nicht überall auf Zustimmung und Akzeptanz stößt. Nun sind vernetzte Strukturen zwar in aller Munde, allerdings mit sehr unterschiedlichen Zielsetzungen.

Welches Ziel hat die Vernetzung der Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund?

Eigentlich nur eins: Jedem psychiatrisch hilfebedürftigen Bürger in der Kommune die für ihn individuell passenden Hilfen zugänglich zu machen.

So banal dieses Ziel klingt, gerade auch in den Ohren der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Jahrestagungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE, so ist es doch immerhin so schwer umzusetzen, dass es nirgendwo tatsächlich in vollem Umfang erreicht wird.

Denn darin stecken wenigstens zwei wesentlichen Komponenten:

- die Versorgungsverpflichtung – *Jedem Bürger ...*
- die konsequente Ausrichtung am individuellem Bedarf – ... *das individuell passende Hilfeangebot zu ermöglichen.*

Beide Komponenten werfen zugleich die Frage auf: Wer beurteilt das? Wer beurteilt, wer Hilfe braucht, wer welche Hilfe bedarf, wer Hilfe in welchem Umfang und in welchem Zeitraum benötigt?

Und wer hat die Verantwortung, sicherzustellen, dass die Hilfeleistungen auch entsprechend einer vernünftigen Planung tatsächlich erfolgen?

Verantwortung

Dem »individuell passend« sind wir schon ziemlich nahegekommen. Individualisierung ist nicht nur ein gesellschaftlicher Trend, sondern auch seit einigen Jahren Bestandteil der Gesetzgebung (Beispiel SGB XII: Pauschalierung der Hilfe zum Lebensunterhalt und der sog. Grundsicherung bei gleichzeitigem Wegfall einmaliger Leistungen) und in die Grundauffassung fast aller Leistungsträger eingegangen. Meist wird die Ausrichtung am individuellen Bedarf auch unter den Stichworten »Stärkung der Eigenverantwortung« (nicht selten psychiatrisch als »Empowerment« bezeichnet) vermarktet. Auch das Persönliche Budget reiht sich in diese Entwicklung ein. In Handbüchern für das Fallmanagement von Leistungsträgern wird seit jüngster Zeit gefordert, zunächst die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Hilfesuchenden zu ermitteln (vgl. z. B. SENATSWERWALTUNG BERLIN 2006).

Aber diese Entwicklung trifft nicht die ganze Realität von psychisch kranken Menschen:

- »Individueller Bedarf« und »Bedürfnisse« sind nicht immer identisch,

- die Kundenrolle liegt vielen hilfebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen nicht oder jedenfalls nicht in der Zeit großer Not und
- unser System der sozialen Sicherung ist nur noch für hochkarätige Experten verständlich.
- Außerdem wird sehr oft übersehen, und das ist für die Entwicklung eines psychiatrischen Hilfesystems von herausragender Bedeutung, dass nicht jeder Mensch, der Hilfe benötigt, diese auch sucht, und
- umgekehrt nicht für jeden, der Hilfe sucht, es auch gut und tatsächlich unterstützend ist, diese auch in dem Umfang oder in der Zeitdauer zu erbringen, wie er oder sie sie sucht. Denn zu viel Hilfe kann ähnlich schädigen, wie zu wenig Hilfe.

Zur Wahrnehmung von Verantwortung gehört insbesondere, die Menschen zu begleiten und zu behandeln, die nicht in der Lage sind, sich die Hilfen eigenständig angemessen zu verschaffen oder die sie sogar zunächst oder auch anhaltend ablehnen. Insofern ist die durchaus verbreitete Formulierung, mit der die Übernahme der Versorgungsverpflichtung vereinbart wird, »keinen Menschen wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung von Hilfen auszuschließen« ziemlich vollständig, wenn sie auch den aktiven Zugang zu hilfebedürftigen Menschen beinhaltet. Das unterscheidet das psychiatrische Hilfesystem von vielen anderen. Schon allein aus diesen Gründen ist der Gedanke des Marktes psychiatrischer Dienstleistungen nur für eine Teilmenge psychisch erkrankter Menschen ein lohnendes Ziel.

Deshalb muss die zweite Komponente unbedingt hinzutreten, die der Verantwortung. Üblich ist, dass jeder Leistungserbringer im Rahmen seiner Möglichkeiten Verantwortung übernimmt und wenn sein Leistungsangebot nicht mit dem persönlichen Bedarf des Klienten übereinstimmt, er diesen an andere verweist. Ob, wann und in welchem Umfang diese dann in die Hilfeleistung eintreten, gehört dann nicht mehr zur Verantwortung der »abgebenden« Einrichtung. Wir sind gewohnt und geübt, in diesem Sinne in Kategorien von Zuständigkeiten zu denken. Genau an der Stelle setzt die Übernahme von gemeinsamer Verantwortung (vielleicht müsste man von einer gemeinsamen geteilten Verantwortung sprechen) im Verbund an: einen Menschen nicht weiter zu »empfehlen«, ihn zu »verlegen« oder zu »überweisen«, sondern gemeinsam sicher zu stellen, dass ihn die Hilfe auch tatsächlich erreicht.

Zu dieser Verantwortung gehört zunächst, für ein bedarfsgerechtes Angebot in der jeweiligen Kommune (oder auch für sie) zu sorgen. Diesen Gedanken sind wir gewohnt, und darüber tauschen sich die Akteure lokal in

Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften oder Sozialpsychiatrischen Verbünden aus. Dies aber zu einem individuellen *Anspruch* werden zu lassen, geht einen deutlichen Schritt weiter. Jedem Bürger eine individuell angemessene Hilfe zuzusagen, erfordert den Aufbau von Strukturen, mit denen diese Zusage auch eingelöst werden kann. Da die Versorgungsverpflichtung nicht von einer Einrichtung allein übernommen werden kann, müssen sich die beteiligten Einrichtungen und Dienste miteinander über geeignete Verfahrenswege verständigen, die gewährleisten, dass tatsächlich jeder Bürger eine ihm angemessene Hilfe erhält. Denn sonst bilden sich einrichtungsbezogene Wartelisten und es bleibt unklar, wer die Verantwortung für eine angemessene Hilfeleistung hat. Fast selbstverständlich wird mit jeder Warteliste ausgesagt, dass ein Mensch, der schon eine Hilfe erhält, auf diese Hilfe einen größeren Anspruch hat als der, der eben noch warten muss.

Das bedeutet also, dass die Leistungserbringer entweder miteinander einen großen regionalen Konzern bilden, mit all den Vor- und Nachteilen, die große Konzerne mit sich bringen. Oder sie schaffen verbindliche Netzwerkstrukturen, die unterschiedliche Träger und verschiedene Angebote miteinander unter Qualitätsgesichtspunkten verknüpft. Damit sind wir bei der Entwicklung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden angekommen. Denn deren Basis ist die definierte und in schriftlichen Dokumenten niedergelegte Verbindlichkeit gerade auch in der Zusage der Gewährleistung von Versorgungsverantwortung.

Individuell bedarfsgerechte Hilfen

Wenn wir jetzt das Augenmerk wieder auf die individuell passende Hilfe richten, kommen wir ebenfalls wieder zur Notwendigkeit von verbindlichen Verbünden. Denn individuell passende Hilfen sind in der Psychiatrie selten nur ganz einfache Leistungen (die gibt es auch). Meistens aber sind mehrere Menschen oder mehrere Einrichtungen und Dienste nacheinander oder gleichzeitig an der Leistung beteiligt. Wenn also die Hilfe individuell passend sein soll, muss sie integriert, d. h. unter Hinzuziehung aller Beteiligten geplant werden und unter gegenseitiger Abstimmung durchgeführt werden. Auch zur Umsetzung des von Klaus Dörner heute Vormittag beschriebenen »Rechts auf Risiko« muss man sich gegenseitig ermutigen und es manchmal auch gemeinsam verantworten.

Schon bei der Hilfeplanung ist es ein entscheidender Qualitätsunterschied, ob ein Anbieter allein – insbesondere bei umfangreicheren oder län-

geren Hilfen – über die notwendigen Leistungen befindet, oder ob dies – im günstigsten Fall auch über die Zuständigkeit von mehreren Leistungsträgern hinweg – mit dem Blick von verschiedenen Akteuren und aus dem Blickwinkel verschiedener Berufsgruppen beraten, abgewogen und in eine an die Leistungsträger gerichtete Empfehlung gebracht und dann auch entsprechend umgesetzt wird. Entsprechende Verfahren bedürfen eines koordinierten und abgestimmten Vorgehens auch und gerade mit Blick auf den Datenschutz und die Schweigepflicht. Und wenn diese Hilfeplanung nicht eine rein akademische Übung sein soll, muss sie sich auch koordiniertes, d. h. im Einzelfall abgestimmtes Handeln umsetzen. Eben dies setzt dann wiederum im Verbund vereinbarte verbindliche Strukturen voraus.

In einigen Regionen haben Verbünde verabredet, die Verantwortung für die Kommunikation im Einzelfall untereinander einer koordinierenden Bezugsperson zu übertragen. Das ist etwas ganz anderes als das Fallmanagement eines Leistungsträgers, der ja nur seinen Teil der Leistungsverpflichtung im Blick hat, nicht aber die im Einzelfall jeweils beteiligten Leistungserbringer koordiniert.

Auch der Sachverständigenrat beschreibt in seinem Jahresgutachten 2007, dass *»das transsektorale Case-Management«* (ambulant, stationär, Reha) *»eine der vordringlichsten Forderungen der Zukunft«* sei (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007 a).

Qualitätsgemeinschaft

Wenn wir jetzt beide Aspekte zusammenführen, die der Versorgungsverpflichtung und die der Gestaltung individuell bedarfsgerechter Hilfen, dann sehen wir, dass beide Ansprüche an die Qualität von psychiatrischen Hilfen nur in einem System von regional abgestimmten und verbindlich vereinbarten Verbundstrukturen einlösbar sind. Damit setzen die Gemeindepsychiatrischen Verbünde dem scheinbar freien Markt ein Regulativ entgegen, das auch den nicht marktgängigen Bürgern Hilfen zugänglich macht.

Dabei ist die Verbindlichkeit entscheidend für die Frage, welcher Leistungserbringer zu der Gemeinschaft der Akteure, die sich den genannten Zielen und Fragen stellen, gehört und welcher nicht. Verbindlichkeit ist ein wichtiger Schritt mehr auf dem Weg zu struktureller Eindeutigkeit und Klarheit, zwei wichtigen Bestandteilen therapeutischen Handelns in der Psychiatrie. Verbindlichkeit muss also durch eine Vereinbarung bewusst geschaffen und nachprüfbar gestaltet werden. Sie entsteht nicht zufällig, sondern muss unabhängig von handelnden Personen einander verlässlich in schriftlichen Vereinbarung, Verträgen oder Satzungen zugesagt werden. Diese

Verbindlichkeit entfaltet dann übrigens auch Bedeutung für die Mitarbeiter, die sich nun auf feste Verabredungen berufen können und nicht mehr vom mehr oder weniger zufälligen good-will der jeweiligen Kooperationspersonen abhängig sind. Insofern sind die Kommunikationsstrukturen in verbindlich vereinbarten Verbünden für Mitarbeiter auch verlässlicher, als Absprachen von Verantwortlichen in Arbeitsgruppen.

Dieser verbindliche Verbund von Leistungserbringern, die sich gemeinsam auf Qualitätsstandards, die in den jeweiligen Einrichtungen und Diensten gelten sollen verständigen, benötigt aber auch einer Verknüpfung mit der kommunalen Ebene. Daher ist die Beteiligung der Kommune an dem Gemeindepsychiatrischen Verbund ein wesentliches Qualitätsmerkmal sowohl für die psychiatrische Arbeit im Verbund wie auch für die Kommune selbst.

Ähnliches gilt für die Beteiligung der Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen, deren regelmäßige Konsultationen zu den wichtigen Qualitätsstandards eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds gehören.

Mit diesen verschiedenen Aspekten sind einige der Qualitätsstandards beschrieben, die für die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (BAG GPV) organisierten Gemeindepsychiatrischen Verbünde gelten und zu deren Verfolgung sich die einzelnen Verbünde verpflichtet haben. Qualitätssicherung wird von den Mitgliedern in diesen Gemeindepsychiatrischen Verbünden nicht nur als eine betriebliche Aufgabe verstanden, sondern als eine Aufgabe, bei der sich das betriebliche Qualitätsmanagement mit dem regionalen Qualitätsmanagement verknüpfen muss.

Gemeindepsychiatrische Verbünde in diesem Sinne sind deutlich mehr als Management-Gesellschaften zur Verwaltung eines Vertrags der Integrierten Versorgung, sie könnten aber diese Funktion auch übernehmen.

Über die eher technischen Details, also die Wege und Instrumente, derer sich die in der BAG GPV organisierten Verbünde bedienen, um die Ziele zu erreichen, kann man sich auf der Internetseite www.bag-gpv.de informieren, sie sollen hier nicht im Detail ausgeleuchtet werden. Einiges ist davon schon gestern im Workshop vertieft worden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V.

Die BAG GPV hat sich als Dachorganisation von solchen Verbünden entwickelt, die entdecken, dass die Umsetzung der formulierten Ansprüche im Alltag eine echte Herausforderung ist. Jeder Verbund hat spezifische

Stärken und Schwächen. Da immer Menschen miteinander zusammen arbeiten, entwickeln die Verbünde an unterschiedlichen Standards besondere Qualitäten oder Probleme. Daher dient der Austausch untereinander der gemeinsamen Weiterentwicklung im Sinne des Lernens voneinander. Das ist bisher nur in Anfängen ausgebildet, da man ja, wenn man sich noch nicht so gut kennt, eher von der Schokoladenseite zeigt. Aber wir beginnen langsam, auch über die Probleme miteinander zu reden. Vor allem durch gegenseitige Besuche entdecken wir immer wieder neue Lösungswege für die Probleme des Alltags.

Weil die Arbeit an dieser Qualität nicht Statisches ist, ist jeder GPV nur auf Zeit Mitglied in der BAG. Die Mitgliedschaft muss immer wieder erneut beantragt werden. Auch diese Struktur ist ein Ausdruck des Bemühens um die notwendige Qualität in der fachlichen Arbeit.

Daher ist die BAG im wahrsten Sinne des Wortes ein Forum des Austausches, in dem die Mitglieder sich gegenseitig beraten, besuchen und Lernfelder eröffnen. Sie wird auch versuchen, die beschriebenen Aspekte von Verantwortung politisch zu artikulieren.

Nun ist die Arbeit im Verbund mit deutlichem Aufwand verbunden. Der Verbund fordert von seinen Mitgliedern die Fähigkeit, Kompromisse zu suchen und zu finden. Entscheidungen dauern manchmal länger, als wenn sie ein Träger allein treffen würde. Als Träger muss man sich Entscheidungen zu eigen machen, die so im Verbund erarbeitet wurden und eben das Produkt eines Kompromisses sind. Diese Entscheidungen müssen innerhalb der Organisation dann auch vertreten werden. Auch Mitarbeiter/-innen erleben Verbünde ggf. als eine Entscheidungsebene außerhalb ihrer Einflussosphäre und können daher die Wahrnehmung von zusätzlicher Fremdbestimmung haben.

Daher ist die Frage zu stellen, was die Träger eigentlich davon haben, sich in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zu organisieren. Sind GPVs Organisationen mit besonders hoher moralischer Qualität? Ist die BAG eine Institution zur Zertifizierung von Trägern mit herausragendem sozialpsychiatrischen Ethos? Oder handelt es sich um die Ewiggestrigen, deren Ablehnung eines sozialen Marktes verlängerter Ausdruck ihrer antikapitalistischen Grundhaltung ist?

Im Gegenteil: Die Organisation von verbindlichen Kooperationsstrukturen von Leistungsanbietern ist die rationalste Art, den unbestreitbar vorhandenen Markt der sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen für psychisch kranke Menschen, aber auch für die für sie tätigen Organisationen zu gestalten. In jedem GPV sind sowohl konkurrierende wie auch sich ergän-

zende Organisationen in einem Tätigkeitsfeld (nämlich dem der Psychiatrie) und in einer Region (meist in einer kommunalen Gebietskörperschaft) tätig. Zu kooperieren ist nicht nur betriebswirtschaftlich rational, da viele Arbeiten, wie etwa die Hilfeplanung, nur einmal gemacht werden müssen, durch besser abgestimmte Prozesse Leerlaufzeiten von Mitarbeitern verringert werden, der Akquisitionsaufwand geringer wird und man solidarische Unterstützung von anderen Experten erhält, wenn man an seine eigenen fachlichen Grenzen stößt. Die Träger erleben, dass gute Kommunikation zur richtigen Zeit mit allen wesentlichen Beteiligten Zeit an anderen Stellen spart. Wenn alle gut miteinander zusammenarbeiten, ist das nicht nur eine Verbesserung für den betreffenden Menschen, sondern erhöht auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter (das gilt übrigens auch umgekehrt: mit hohen Ansprüchen schlecht miteinander zusammenzuarbeiten, belastet die Zeitkonten und die Stimmung vieler Handelnder nachhaltig ...).

Dass durch verbesserte Qualität des Gesamtsystems auch die Attraktivität des einzelnen Anbieters erhöht wird, ist da nur noch ein zusätzlicher Aspekt.

Viel bedeutsamer gegenüber den betriebswirtschaftlichen Aspekten ist der Glaubwürdigkeitszuwachs im Verhältnis zu den kommunalpolitisch und landespolitisch aktiven Akteuren und auch gegenüber den Leistungsträgern. Denn gegenüber der Politik entsteht eine andere Glaubwürdigkeit als die isolierten Positionen einzelner Gruppen von Leistungserbringern, die ihre eigenen Ziele in den Vordergrund stellen. Auch die Leistungsträger erleben eine Minderung von Reibungs- und Auseinandersetzungsflächen und damit einen Gewinn an Zeit für wichtigere Aufgaben (jedenfalls wenn sie sich aktiv mit dem Leistungsgeschehen auseinandersetzen, wie das oft gerade bei den Sozialhilfeträgern der Fall ist). Sie erleben freilich nicht zwingend einen Gewinn durch verminderte Ausgaben. Ein GPV, der sich seinen Aufgaben der Versorgungsverpflichtung stellt, wird auch Menschen betreuen, die erhebliche Kosten verursachen. In einer Zeit, in der in allen Feldern sozialer Politik von Fehlsteuerung, Unter-, Über- oder Fehlversorgung die Rede ist, in der sich der Sachverständigenrat darum bemüht, Qualitätsindikatoren zur Gewährleistung der Sicherung gesundheitlicher Versorgung für die Bürger zu finden (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007 b), ist vielmehr der Gewinn an Zeit von Mitarbeitern von Leistungsträgern an sich schon ein erheblicher Vorteil. Bis sich der ökonomische Vorteil von Leistungsträgern durch entwickelte Verbundstrukturen auf Leistungsanbieterseite tatsächlich abbilden lässt, wird noch viel Wasser im Bach der Datenträger fließen müssen.

Freiwillige Vereinbarungen allein reichen für die Gewährleistung sachgerechter Hilfen nicht aus

Gemeindepsychiatrische Verbünde sind also freiwillige Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern, die sich unter Qualitätsgesichtspunkten zusammenfinden und ein Hilfesystem gestalten, das auf den Prinzipien Verlässlichkeit, Verbindlichkeit und Gewährleistung von Hilfen basiert. Die Zeit reicht nicht, hier auch von allen Klippen und Hürden zu sprechen, die das im Alltag mit sich bringt. Nur ein Beispiel sei genannt:

Um die Ziele individuell abgestimmter Hilfeplanung und koordinierter Leistungserbringung zu erreichen, muss man von jedem Nutzer das Einverständnis zur gemeinsamen Verständigung herbeiführen (Datenschutz und Schweigepflicht). Was innerhalb einer Institution als Kunstfehler betrachtet würde, nämlich die Nicht-Weitergabe von personenbezogenen Informationen zur Gewährleistung der notwendigen Qualität der Hilfen, ist zwischen den Institutionen nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis des Klienten erlaubt.

Insofern ist es an der Zeit darüber nachzudenken, welche gesetzlichen Regelungen erforderlich sind, um das zu tun, was der Sachverständigenrat, dort allerdings nur auf das Gesundheitswesen bezogen, fordert, nämlich die *»Diskussion über neue Kooperationsformen und Kompetenzen von Gesundheitsberufen auf der Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem – d.h. aus der Patientenperspektive«* zu führen (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007 c).

Wir müssen uns stets bewusst sein, dass die Aktivitäten der Leistungsanbieter ein stetiges Bemühen darstellen, mit dem von unserem Sozialrecht vorgegebenen Strukturen so umzugehen, dass die Nachteile dieses Systems nur so wenig wie unumgänglich bei den Bürgerinnen und Bürgern ankommen.

Es wäre nun fatal, würde man in der Entwicklung von Leistungserbringerverbünden die alleinige wesentliche Funktion für die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems suchen. Ähnlich wie in den Diskussionsprozessen der Jugendhilfe, die dort unter dem Schlagwort der Sozialraumorientierung geführt wird, bedarf die Fortentwicklung des Hilfesystems der Perspektive des Bürgers. Für diesen sind die Leistungsanbieter nur eine Seite der Verantwortung. An deren Seite muss die kommunale Verantwortung treten, die unter einer demokratischen Legitimation gewährleistet, dass über den Leistungserbringerverbund in seinem unmittelbar psychiatrischen Arbeitsfeld hinweg die Aspekte von seelischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder

Störungen in allen Felder der kommunalen Daseinsvorsorge beachtet werden. Nur in dem Antagonismus von verbindlichen Steuerungsstrukturen unter kommunaler Verantwortung und verbindlichem Leistungserbringerverbund werden wir den Aspekten von Koordination und Verantwortung letztlich ausgewogen gerecht werden können. Der Sachverständigenrat fasst diese Aufgabe unter die Begriffen »Angemessenheit« und »Verantwortlichkeit«: *»Verantwortlichkeit wird den strategischen und leitbildnahen Werten zugeordnet und umfasst über die Verantwortung gegenüber Eigentümern und Gläubigern hinaus gleichermaßen die Verantwortung gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Partnern im gesellschaftlichen Leben.«* (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007 d) Sie muss auf der Systemebene (*»hinsichtlich einer angemessenen Versorgung Verantwortung gegenüber Patienten, Mitarbeitern des Gesundheitssystems und der Gesellschaft«* – SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007 e), der institutionellen Ebene, der individuellen Ebene und der Patientenebene verstanden werden. Gemeindepsychiatrische Verbünde und psychiatrische Steuerungsverbünde sind wichtige Schritte auf diesem Weg.

Literatur

- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITS-
WESEN: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de
- SACHVERSTÄNDIGENRAT a.) Gutachten 2007. Tz 26, S. 24, Kurzfassung.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT b.) Gutachten 2007. Kap. 5, S. 63 ff, Kurzfassung.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT c.) Gutachten 2007. Tz. 23, S. 22, Kurzfassung.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT d.) Gutachten 2007. Tz 120, S. 73, Kurzfassung.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT e.) Gutachten 2007. Tz 693, S. 550, Langfassung.
- SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN:
Handbuch für Fallmanager/innen nach SGB XII, Version 20. März 2006, www.berlin.de

Engagierte Leistungsträger übernehmen regionale Verantwortung – Regionale Versorgungsbudgets in der Psychiatrie

Ludger Buitmann

Zunächst einige Angaben über die Struktur der Krankenversicherung und Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein:

- Es gibt insgesamt ca. 1 695 000 Versicherte in der Gesetzlichen Krankenkasse in Schleswig-Holstein. Davon sind ca. 700 TSD beim VdAK/AEV, ca. 528 TSD bei der AOK, ca. 312 TSD bei der BKK und ca. 101 TSD bei der IKK sowie mit einem kleinen Anteil bei der Landwirtschaftliche Krankenversicherung. Das heißt hinter diesen fünf Kassenverbänden stehen ca. 100 Krankenkassen, wenn wir die überregionalen Kassen betrachten, dann sind es insgesamt sogar 250.
- Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein im Jahr 2008 betrugen: ca. 1,65 Milliarden Euro für den Krankenhausbereich, ca. 900 Millionen Euro für die ärztliche Behandlung, ca. 800 Millionen Euro Arzneimittel, ca. 360 Millionen Euro Zahnärzte, ca. 205 Millionen Euro Heilmittel, ca. 115 Millionen Euro Rettungsdienst sowie ein Rehabilitationsanteil im ungefähr zweistelligen Millionenbereich.
- Es gibt in Schleswig-Holstein ein Krankenhaus der Zentralversorgung. Weiterhin ist die Schwerpunktversorgung in Schleswig-Holstein mit elf Schwerpunktkrankenhäusern sichergestellt. Zudem gibt es 65 Krankenhäuser der Regelversorgung. Insgesamt erfolgt die stationäre Versorgung in Schleswig-Holstein mit 78 Krankenhäuser laut Krankenhausplan an 98 Betriebsstätten.
- In Schleswig-Holstein werden rund 570 000 stationäre Krankenhausfälle pro Jahr behandelt. Die Bettenmessziffer liegt bei 53,1 Betten pro 10 000 Einwohner; im Vergleich dazu beträgt sie in Deutschland 61,2 Betten pro 10 000 Einwohner.
- Die gesetzliche Krankenversicherung hat für Schleswig-Holstein ein Krankenhaus-Gesamtbudget von ca. 1,65 Milliarden Euro, davon werden ca. 220 Millionen Euro für die klinische psychiatrische und psychotherapeutisch stationäre Versorgung ausgegeben.
- Das Land Schleswig-Holstein gibt für Einzel-Baumaßnahmen ca. 50 Millionen Euro pro Jahr und an pauschalen Fördermitteln ca. 45 Millionen Euro pro Jahr aus.

Der Hintergrund zum Modellprojekt

Ich komme zu den Gründen, weswegen wir uns in Schleswig-Holstein zu dem Modell entschlossen haben bzw. uns als gesetzliche Krankenversicherung ein anderes System über den sektoralen Budgets hinaus überlegt haben.

Wir hatten 1990 vier Abteilungspsychiatrien und sieben Fachkliniken. Insgesamt hatten wir eine Planbettenzahl von 1785 Betten mit 30 tagesklinischen Plätzen und ca. 14 000 Fällen. Für die stationäre psychiatrische Versorgung haben wir ca. 80 Millionen Euro ausgegeben. Im Vergleich dazu haben wir 2008 zehn Abteilungspsychiatrien und 13 Fachkliniken. Die Ausgaben liegen jetzt bei ca. 220 Millionen Euro pro Jahr für die psychiatrische Krankenhausversorgung. Das ist eine Entwicklung, die insbesondere über die Krankenkassenbeiträge finanziert werden. Die Einnahmeentwicklung aus Sicht der Krankenversicherung von 1990 bis 2008 decken allerdings diese Steigerungsraten nicht ab. Es haben sich zudem die stationären behandelten Fälle auf 33 242 Fälle verdreifacht.

Im Endeffekt haben wir in der Krankenhausplanung in den letzten 15 bis 20 Jahren das Pferd von hinten aufgezäumt. Das heißt wir haben stationäre Versorgung aufgebaut, danach angefangen tagesklinische Versorgung zu installieren und haben den ambulanten Bereich im Wesentlichen vernachlässigt.

Das bisheriges stationäre System der Krankenhausversorgung war an der Zahl der Behandlungstage orientiert. Damit wurden für die Krankenhäuser Anreize zu längeren Verweildauern und auch Betrachtung und Erfüllung der sektoralen Budgets geschaffen. Auf der Krankenkassenseite dagegen lag insbesondere der Blickpunkt auf die Ausgabenseite. Dabei hat man häufig nicht die gesamte Behandlung des versicherten Patienten betrachtet, d.h. eventuell den Patienten länger stationär behandelt, um ihn dann in die ambulante Versorgung zu entlassen und dort halten zu können. Daraus ergab sich eine extreme Entwicklung der Fallzahl in der stationären und teilstationären Versorgung und der psychiatrischen Institutsambulanz.

In den Kreisen Schleswig-Holsteins bestanden zwar vernetzte Systeme, jedoch waren sie nicht finanziell vernetzt. Sie waren jeweils in ihren sektoralen Budgets verhaftet.

Das Regionale Psychiatriebudget im Kreis Steinburg

Aus den vorgenannten Gründen haben wir im Jahr 2000 damit angefangen, in eine andere Richtung zu denken und zu steuern, d. h. wie können wir Krankenkassen für eine bestimmte Zeit eine finanzielle Sicherheit geben und es erreichen, dass die Versorgung eher im niedrigschwelligeren Bereich stattfindet. Wir haben uns für ein Regionales Psychiatriebudget entschieden und haben dies zunächst im Kreis Steinburg erprobt.

Im Regionalen Psychiatriebudget haben wir das Gesamtbudget für fünf Jahre festgeschrieben. Dafür erfolgte die Übernahme der Versorgungsverpflichtung mit einem Versorgungsanteil regional von ca. 80–85 % und überregional ca. 15–20 %. Dafür hat die Klinik volle Flexibilität in der Behandlungsart und im Behandlungsort erhalten und zwar für die Bereiche vollstationär, teilstationär, ambulant (psychiatrische Institutsambulanz) und für das »Home Treatment«.

Dem Budget wurde die Gesamtbehandlung eines Menschen pro Jahr zugrunde gelegt. Wir haben nicht mehr den Fall, sondern die Kosten für den gesamten Menschen betrachtet. Zudem haben wir die Budgets nicht neu verhandelt, sondern die alten Budgets aus dem 2002 für die drei Bereiche psychiatrische Institutsambulanz, Tagesklinik und stationäre Versorgung zu einem Gesamtbudget zusammengefasst. Dieses haben wir 2003 den Kliniken zur Verfügung gestellt und haben uns verpflichtet, dieses Budget für fünf Jahre voll zu finanzieren, ohne darauf zu achten, ob in irgendwelchen Bereichen Mehr- oder Minderleistungen erbracht worden sind. Dieses Gesamtbudget finanzieren und garantieren die gesetzlichen Krankenkassen zu 100 %. Unter- bzw. Überfinanzierungen werden im jeweils darauffolgenden Jahr ausgeglichen.

Vertraglich waren Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ausgeschlossen. Zudem wurde die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ausgesetzt, da zu erwarten war, dass die Patienten nun stärker ambulant behandelt werden. Dafür war und ist die Psych-PV derzeit nicht ausgestattet.

Das Modellvorhaben wurde vertraglich einem Modellvorhaben nach § 24 BpflV angebunden und zwischen den Krankenkassen-Verbänden Schleswig-Holsteins und dem Klinikum Itzehoe und damals noch dem Krankenhaus Glückstadt im Kreis Steinburg geschlossen. Das heißt der Vertrag galt und gilt über die gesamte gesetzliche Krankenversicherung mit dem Klinikum Itzehoe.

Die wissenschaftlich Begleitung des Modellvorhabens erfolgte durch das Universitätsklinikum in Leipzig. Die wissenschaftliche Begleitung sollte klären, wie sich durch das regionale Psychriatriebudget die psychiatrischen Versorgungskosten, die Behandlungsergebnisse und die Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems verändern. Als Vergleichsregion zur Modellregion Kreis Steinburg wurde der Kreis Ditmarschen gewählt, der in seiner Struktur ähnlich ist.

Es gab zwei Untersuchungsansätze. Zum einen eine einfache Prä-Post-Analyse, d. h. wie unterscheidet sich die Inanspruchnahme und Wirksamkeit der stationären Versorgung vor und während des Regionalen Psychiatrie-Budgets. Zum anderen eine Kosten-Effektivitäts-Analyse, d.h. wie unterscheiden sich Versorgungskosten und -effekte in der Modellregion von der Vergleichsregion?

Ergebnisse aus Sicht der Krankenkassen

Im Modellzeitraum im Klinikum Itzehoe inklusive des Krankenhauses Glücksstadt hatten wir 2003–2007 eine Reduzierung der stationären Behandlungstage um 18 % und eine Steigerung der teilstationären Pflgetagen um 117 %. Im Vergleich dazu ist die Entwicklung in Schleswig-Holstein ohne den Kreis Steinburg beachtlich und entsprechend gegensätzlich. Wir hatten bei den stationären Pflgetagen ein plus von 11 % und bei den teilstationären Pflgetagen ein plus von 32 %. In Kurzform nun die weiteren Ergebnisse, die seit Kürze (zwei Wochen) vorliegen:

- die Zahl der behandelten Menschen pro Jahr ist im Wesentlichen konstant geblieben,
- das Gesamtbudget ist über sechs Jahre konstant geblieben (mit Ausnahme der Erhöhung um die Grundlohnsummensteigerung),
- im Modellkreis ist eine signifikante Verbesserung des Funktionsniveaus bei schizophrenen Störungen zu erkennen,
- weiterhin ist im Modellkreis eine moderate Verbesserung des Funktionsniveaus bei affektiven Störungen zu beobachten,
- die qualifizierte Entgiftung erfolgt regelhaft in der Tagesklinik mit tendenziell bisher positiven Ergebnissen in den Patientenverläufen,
 - körperliche Entgiftung weiterhin vollstationär
 - parallel nachtklinische Behandlung möglich
- Kein Unterschied in der Lebensqualität und der Psychopathologie zwischen Modellregion und Kontrollregion.

Ausblick

Die gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein haben bereits im Jahr 2006 mit weiteren Kreisen bzw. Modellregionen dieses Modell bzw. entsprechende Verträge diskutiert. Ab dem Jahr 2007 wurde ein weiterer Modellvertrag mit dem Kreis Rendsburg-Eckernförde geschlossen, wo wir weitere spezielle Indikationen für eine effektivere Versorgung wissenschaftlich untersuchen. Der Kreis Dithmarschen ist ab dem Jahr 2008 als Modellkreis hinzugekommen. Besonders interessant ist der Kreis Herzogtum Lauenburg, da wir es dort geschafft haben, Teile des ambulanten Bereichs (Ergotherapie) mit in den Modellvertrag zu berücksichtigen. Die Ergebnisse werden vonseiten der gesetzlichen Krankenkassen, der Planungsbehörde und den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins mit Spannung erwartet.

Die Problematik in der Berücksichtigung des ambulanten Bereiches ist die unsichere Quantifizierung des Volumens. Dies ist für die Krankenkassen in einem solchen Modell eine wichtige Größe. Ein weiteres Problem ist die Arzneimittelversorgung im ambulanten Bereich. Auch hier ist es schwierig, über einen langen Zeitraum ein Budget zu vereinbaren.

Unser nächster Schritt in Modell mit dem Kreis Steinburg ist die Hinzunahme der ambulanten ärztlichen Versorgung und der psychotherapeutischen Versorgung. Derzeit laufen die Gespräche dieses Modell, um den ambulanten Bereich zu erweitern. Weiterhin verhandeln wir mit dem Kreis Nordfriesland und somit einer weiteren Modellregion über ein Regionales Psychiatriebudget. So versuchen wir, einen Kreis nach dem anderen in eine solche vertragliche Lösung bzw. Budget einzubinden. Die Problematik sind jedoch die unterschiedlichen Budgets bzw. Finanzierungshöhen der einzelnen Budgets.

Seit einiger Zeit erhalten die Krankenkassen und auch das Modellkrankenhaus viele Anfragen aus anderen Bundesländern bzgl. einer Information über das Modell und deren Inhalte.

Zum Abschluss habe ich Ihnen ein Zitat von Goethe mitgebracht. Wenn sie den Inhalt beherzigen, dann gelingt es Ihnen, dieses Modell zu verwirklichen, da es genau die Problematik, die häufig unserem System zugrunde liegt aufzeigt.

»Es erben sich Gesetz' und Rechte
wie eine ewge Krankheit fort;
Sie schleppen von Geschlecht sich zum Geschlechte,
und rücken sacht von Ort zu Ort.
Vernunft wird Unsinn, Wohltat Plage;
Weh dir, daß Du ein Enkel bist!« (Goethe, Faust I)

Gemeindepsychiatrie am Scheidewege – wachsende Vernetzung oder ungeregelte Konkurrenz?

Peter Kruckenberg

Die Psychiatriereform ist in einer kritischen Phase. Einerseits ist sie konzeptionell auf der von Enquete (1975), den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) und dem Personenzentrierten Ansatz der AKTION PSYCHISCH KRANKE (1995) entworfenen Landkarte und mancherorts auch in der exemplarischen Umsetzung gut auf dem Weg. Auch diese Tagung hat in den Symposien und am heutigen Vormittag gezeigt, dass in Kommunen, in denen die verantwortlichen Akteure engagiert und verlässlich kooperieren, regionale Pflichtversorgung gewährleistet und innovative Konzepte verwirklicht werden können und dass sich daraus neue Herausforderungen wie die Entwicklung zu einer sozialraumorientierten Gemeindepsychiatrie ergeben.

Dagegen stehen besorgniserregende Tendenzen ständiger Kürzungen der Ressourcen und der Verstärkung der Fragmentierung des Sozialsystems, Letztere vor allem durch Anreize zur Ausnutzung betriebswirtschaftlicher Eigeninteressen in der Selbstverwaltung, verbunden mit der Beeinträchtigung notwendiger Kooperation und Koordination in der gemeinsamen Verantwortung für das psychiatrische Hilfesystem.

In diesem Vortrag *»Gemeindepsychiatrie am Scheidewege – wachsende Vernetzung oder ungeregelte Konkurrenz«* sollen Chancen und Risiken der weiteren Entwicklung und die jeweils möglichen Konsequenzen kurz und in holzschnittartiger Zuspitzung *mit bewusstem Verzicht auf Ausgewogenheit der Darstellung* einander gegenübergestellt und erörtert werden. Mit anderen Worten: Wie kann sich das psychiatrische Hilfesystem weiterentwickeln, wenn die Akteure in allen Bereichen ihre Verantwortung kompetent und kooperativ wahrnehmen – und andererseits, welche Probleme sind zu erwarten, wenn sich Tendenzen unzureichender konzeptioneller Orientierung, mangelnder Steuerung und Ausrichtung an Eigeninteressen fortsetzen oder verstärken?

Um wen geht es vorrangig in der Psychiatriereform seit der Enquete – und auch in diesem Vortrag? Es geht nicht um die ca. 15 % der Bevölkerung mit psychischen Störungen, die zumeist ohne fachliche Hilfe auskommen, auch nicht um die ca. 10 % mit Behandlungsbedarf, die sich notwendige Therapie selbst holen können und die die Anforderungen ihres Alltagslebens einigermaßen selbst bewältigen können, sondern um die 2–3 % von psychischer Erkrankung besonders betroffenen Menschen mit schweren und/oder

rezidivierenden oder langdauernden Störungen, die in ihren alltäglichen Lebensvollzügen wesentlich beeinträchtigt sind. Für sie ist hinsichtlich aller Leistungsbereiche die regionale gemeindepsychiatrische Pflichtversorgung zu gewährleisten.

Im ersten Teil des Vortrags sollen die Erfordernisse hinsichtlich der Qualität des Hilfesystems kurz skizziert und die auf dem Weg der Psychiatriereform notwendigen Rahmenbedingungen angeführt werden. Im zweiten Teil geht es um die Risiken und die Abwege, die die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems behindern oder gefährden. Zum Schluss ein kurzer Ausblick auf die anstehenden Herausforderungen.

Der zukünftige Weg der Psychiatriereform

Bei der Behandlung, Rehabilitation und Betreuung der Klienten der Gemeindepsychiatrie müssen beachtet werden

- die enge Wechselbeziehung mit dem Lebensumfeld, zeitweilig oder dauerhaft, in einem oder in mehreren Lebensbereichen.
- die oft vorhandenen Schwierigkeiten, sich Hilfe zu holen, nicht selten so weit gehend, dass der Kontakt zum Hilfesystem aktiv vermieden wird, aber auch dass bei existierenden Kontakten Probleme bestehen, vorhandene Hilfen selbstständig zu koordinieren, wenn unterschiedliche Leistungen ineinandergreifen müssen.
- die prognostische Ungewissheit, kurzfristig wie langfristig; d. h. sich zu vergegenwärtigen, dass es auch für erfahrene Professionelle oft nicht möglich ist, für den einzelnen psychisch kranken Menschen annähernd verlässlich einschätzen zu können, wie lange die aktuelle Erkrankung andauern wird, ob sie vollständig abklingen wird, welche nur wenig beeinflussbaren Änderungen der Lebensverhältnisse den Verlauf verändern können. Das bedeutet auch, dass es oft kaum möglich ist, den Hilfebedarf qualitativ oder quantitativ im Voraus verlässlich zu bemessen.

Im SGB V wie im SGB IX steht ausdrücklich, dass die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen zu berücksichtigen sind.

Die besonderen Bedürfnisse von psychisch kranken Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen bestehen vor allem darin, dass die notwendigen Leistungen von ihren Bedürfnissen ausgehen müssen, und dass die Leistungen in Abstimmung aller Beteiligten in ständiger Anpassung an die

individuelle Entwicklung zu personenzentrierten Komplexleistungsprogrammen zusammengefasst werden müssen.

Daraus ergeben sich besondere Kriterien für die Qualität der Leistungserbringung.

Das gilt nicht nur für die Zielsetzungen auf den Ebenen der psychischen Probleme, der psychosozialen Beziehungen, des Wohnens, Arbeitens und der Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben, sondern auch für die sorgfältige Feinabstimmung der Leistungen zueinander, damit im Verlauf ein gemeinsames Problemverständnis und ein daraus entwickeltes abgestimmtes Vorgehen möglich wird.

Nicht nur die therapeutische und rehabilitative Arbeit mit dem einzelnen Patienten, sondern auch die Organisation des psychiatrischen Hilfesystems und dessen Steuerung und Finanzierung müssen sich an Qualitätskriterien für Komplexleistungsprogramme orientieren, die ich kurz aufführen und erläutern will.

Qualitätskriterien für Komplexleistungsprogramme:

1. *bedürfnis- und ressourcenorientiert – selbsthilfeorientiert*
2. *zielorientiert (Fähigkeiten und Störungen, persönliche Beziehungen, Wohnen, Arbeiten, Freizeit)*
3. *Einbeziehung des Umfelds – Vorrang nichtpsychiatrischer Hilfen*
4. *niedrigschwelliger und zeitgerechter Zugang*
5. *vorrangig ambulant, ortsnah, lebensnah – Normalisierung*
6. *kontinuierlich begleitet, koordiniert, überprüft und angepasst (koordinierende Bezugsperson im klientenzentrierten Team)*
7. *mit dem Klienten sowie berufs-, einrichtungs- und leistungsträgerübergreifend abgestimmt*
8. *effizient (angemessen ausgestattet, wirksam und wirtschaftlich)*

Die ersten drei sich weitgehend selbst erklärenden Qualitätskriterien sind Teil der Prozessqualität, die die Grundhaltung auf der Arbeitsebene immer bestimmen müssen. Es geht also nicht vorrangig um Versorgung, sondern um *empowerment* und *recovery*, Begrifflichkeiten aus dem angelsächsischen Sprachraum, die diese Kriterien bildhaft verdeutlichen.

Die Kriterien vier bis sieben sind ebenfalls Prozesskriterien, die aber entsprechende Strukturen erfordern. Das heißt für ihre Realisierung bedarf es sorgfältig definierter, organisierter und finanzierter Strukturen des Hilfesystems. Dabei ist zu beachten, dass auf längere Sicht ein Zuviel an Hilfen meist ebenso zu schlechten Ergebnissen führt wie fast immer ein Zuwenig.

Das achte Kriterium verweist auf die Ergebnisqualität und kann aufgrund der Prognoseunsicherheit im Einzelfall letztlich nur als Systemqualität im Rahmen einer begleitenden *externen Evaluation* und einer *regionalen Qualitätssicherung* interessenneutral bewertet werden.

Kriterien für die Ergebnisqualität können u. a. sein (zielgruppenbezogen):

1. *Zahl der Klienten im System – außerhalb des Systems*
2. *Zufriedenheit von Klienten und Angehörigen*
3. *Besserung/Verschlimmerung der Störungen*
4. *Soziale Integration und Teilhabe in normalen und besonderen Lebensfeldern*
5. *Suizide und Suizidversuche*
6. *Aufwendungen für Behandlung, Betreuung und Lebensunterhalt*

Diese Kriterien können durch weitere ergänzt und müssen differenziert werden. Ihre Erhebung, Zusammenführung und Auswertung ist mit erheblichem Aufwand verbunden.

Ein derartiges Qualitäts- und Evaluationssystem muss deshalb von kleinen Anfängen schrittweise über einen langen Zeitraum entwickelt werden. Über Anfänge auf dem Weg in die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischen Verbünde hat z. B. Herr Rosemann berichtet. »Nur durch unabhängige Begleitforschung kann festgestellt werden, ob der Versorgungsauftrag unter Wahrung der Qualität erfüllt wird«, heißt es im Bericht des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2007. Ich komme zu einer ersten Zusammenfassung:

Die Realisierung des personenzentrierten Ansatzes im Sinne der Qualitätskriterien setzt ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem mit Pflichtversorgung voraus, in dem alle Akteure für Kooperation, Koordination und Qualität gemeinsam Verantwortung übernehmen.

In manchen Regionen ist die Reform gut auf dem Weg – dank der Initiative engagierter Akteure beim Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds der Leistungserbringer unterstützt durch eine oder mehrere Leistungsträger.

Für die Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems brauchen die Akteure in der Kommune

- einen integrierenden sozialrechtlichen und administrativen Rahmen zur Überwindung der Fragmentierung und
- angemessene Ressourcen seitens der Bundes- und Landespolitik sowie der überregionalen Verbände der Selbstverwaltung

Maßstab für den Leistungsstand einer Region, für Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, ist der Grad der Einhaltung der angeführten Qualitätskriterien. Ziel ist die Entwicklung eines Qualitäts- und Effizienzwettbewerbs der Regionen

Risiken und Abwege

In diesem Abschnitt geht es um diejenigen Strukturen und Verhaltensweisen, die die Weiterentwicklung der Psychiatriereform behindern oder gefährden. Die Problematik hat sich in den letzten Jahren verschärft, weil

- die Fragmentierung des Leistungsgeschehens vor allem auf der Ebene der Leistungsträger nicht überwunden wird
- darüber hinaus in manchen Bereichen widersinnige Preiswettbewerbe die Integration von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung erschweren
- vielfach die Ressourcen trotz Steigerung der Personenzahlen und der Leistungsanforderungen gekürzt werden

Diese kritischen Thesen gelten nicht zu jedem Zeitpunkt für jede Behandlung oder Rehabilitation, für jede Zielgruppe, jeden Leistungserbringer und Leistungsträger in jeder Region – ich erinnere an die Vorträge und die Erörterungen in den Symposien. Aber sie markieren ebenso wie die nachfolgenden holzschnittartigen Skizzierungen der Abwege den Mainstream der gegenwärtigen Entwicklungen.

Gestatten Sie mir zunächst einen kurzen Exkurs, der angesichts der aktuellen weltweiten Krise der globalen und lokalen Finanzsysteme auf weniger Widerstand stoßen dürfte als noch vor einigen Wochen. In den letzten Jahren war die Erörterung von Problemen der Steuerung des psychiatrischen Hilfesystems oft gar nicht mehr möglich – Steuerung war fast ein Unwort, Deregulierung und freier Wettbewerb auf dem Dienstleistungsmarkt zur Selbststeuerung des Systems waren der Maßstab. Mehr Markt sei erforderlich, wenn mehr Effizienz gewünscht werde. Dabei war es mit vielen Akteuren nicht möglich, darüber zu diskutieren, ob denn das Leistungsgeschehen im psychiatrischen Hilfesystem ökonomisch als ein Marktgeschehen angesehen werden könne.

Wettbewerb, auch ökonomischer Wettbewerb, hat auch in der Gemeindepsychiatrie seinen Platz, aber nicht so, dass einzelne Leistungen oder Maßnahmen sinnvoll vermarktet werden können. Denn

- die Klienten als Leistungsempfänger sind keine »Markt-Kunden«:

- Sie können das »Produkt« – Notwendigkeit und Qualität der Leistungen – nur begrenzt einschätzen oder koordinieren, müssen z. T. aktiv aufgesucht werden
- Sie bezahlen die Leistungen nicht selbst und haben praktisch keinen Einfluss auf die Leistungsträger
- die Leistungsträger als Bezahlende sind auch keine »Markt-Kunden«:
 - Die Leistungen sind schwer abgrenzbar
 - Sie »konsumieren« die Leistungen nicht selbst, haben kein unmittelbares Interesse an guter Qualität
 - Schlechtere Leistungsqualität kann betriebswirtschaftlich günstiger sein

Soweit es um Wettbewerb geht, muss das Ziel ein Qualitätswettbewerb der Regionen sein!

Den Sozialversicherungsträgern – ich beschränke mich hier auf die Gesetzliche Krankenversicherung, die Deutsche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit – erscheint die Vorstellung von sektorübergreifenden oder sogar leistungsträgerübergreifenden Leistungen und Maßnahmen, noch dazu personenbezogen geplant und koordiniert erbracht, häufig noch fremd z. T. sogar abwegig; ebenso die Vorstellung der verbindlichen Mitwirkung an einem übergreifenden regionalen Steuerungssystem.

Sie

- steuern im eigenen Zuständigkeitsbereich weitgehend überregional
- orientieren sich administrativ an der »gewachsenen Fragmentierung«, d. h. an der Verwaltung von »Maßnahmen« und »Einzelleistungen«, mit scharfer Trennung zwischen stationär und ambulant
- gewinnen betriebswirtschaftlich durch Leistungsvermeidung und Leistungskürzungen (über Preiswettbewerb ohne Qualitätssicherung) – benutzen dazu auch ihre Fachdienste
- interessieren sich nur selten
 - für die Qualität der Versorgung der »besonders betroffenen psychisch Kranken« oder
 - für die Funktionalität des regionalen gemeindepsychiatrische Hilfesystems
- unterlaufen immer wieder neue sozialrechtliche Regelungen und auch selbst vereinbarte Rahmenempfehlungen auf Bundesebene (z. B. die der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – BAR)

Das klingt sehr grob, die Realität ist nicht überall aber doch überwiegend für die besonders betroffenen psychisch kranken Menschen deprimierend. Einige kurze Erläuterungen:

- Die Vorschriften, an die sich die Sachbearbeiter vor Ort bei der Gewährung und Überprüfung von Leistungen zu halten haben, werden meistens überregional erlassen. Differenzierte Anpassungen an den Bedarf im Einzelfall gibt es über die Zuweisung zu bestimmten Maßnahmen oder zu einzelnen Anbietern hinaus ebenso wenig wie die koordinierende therapeutische Begleitung oder die leistungsträgerübergreifende Abstimmung.
- Die begutachtenden Fachdienste werden häufig nicht zeitgerecht tätig und sind nicht wirklich unabhängig, haben oft unterschiedliche Begutachtungskriterien.
- Die Leistungsverweigerung durch einen Sozialversicherungsträger löst – auch bei berechtigten Ansprüchen – im Regelfall die Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers aus.
- Die Tendenz zur Zurückhaltung ist nach der Interessenlage der Leistungsträger verständlich: Wenn eine Versorgung der Klienten in der Gemeindepsychiatrie erfolgt, kann diese administrativ und in der Leistungsfinanzierung oft aufwendig sein, aber sie wäre im gegebenen Versorgungssystem nicht selten mit Rückfällen und dann mit Mehrbelastungen für die Verwaltung verbunden. Sie ist für den Leistungsträger auch nicht werbewirksam.
- Die Klienten können berechnete Ansprüche selbst meist nicht durchsetzen, z. T. weil sie psychisch dazu nicht in der Lage sind, z. T. weil ein unmittelbarer Rechtsanspruch etwa über eine Schlichtungsstelle gesetzlich nicht vorgesehen ist.
- Es ist irritierend, wenn sozialrechtliche Vorgaben durch die Leistungsträger nicht oder nur punktuell oder nur lokal umgesetzt werden – etwa im SGB V Soziotherapie, medizinische Rehabilitation, auch z. T. psychiatrische Krankenpflege, Ergotherapie, Integrierte Versorgung oder im SGB IX Koordinierung und Zusammenwirken der Leistungen, Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, Einhaltung des Zeitrahmens für die Antragsentscheidung, Persönliches Budget, gemeinsame Servicestellen.
- Eigene gemeinsame Rahmenempfehlungen der BAR, so zur »Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) 2005«, werden nicht selten ignoriert.
- Angesichts knapper Ressourcen werden Preise für die Leistungen in den Verhandlungen mit den Erbringern abgesenkt, im Regelfall ohne

Prüfung, ob mit den zugestandenen Vergütungen eine hinreichende Qualität noch möglich ist.

- Die Sozialversicherungsträger sind für das Leistungsgeschehen in der Alltagspraxis niemandem wirklich verantwortlich – die Aufsichts- oder Verwaltungsräte interessieren sich kaum für die Versorgungsqualität der besonders betroffenen psychisch kranken Menschen, die Rechtsaufsicht ist praktisch wirkungslos.

Noch einmal: Es gibt auf allen Ebenen der Sozialversicherungsträger engagierte Menschen, die sich um persönliche Hilfestellung für die Klienten bemühen, andere, die es gern tun würden und kaum Spielraum haben. Auf Ganze gesehen – so meine absichtlich zugespitzte These – wird dieser Teil der Selbstverwaltung seinem Auftrag für die Zielgruppe der Gemeindepsychiatrie nicht gerecht.

Und auch die Aussichten für die Zukunft weisen eher in Richtung Abwege: Bundesagentur für Arbeit und Deutsche Rentenversicherung dürften sich bei knapper werdender Haushaltslage noch stärker auf die Förderung derjenigen Klienten beschränken, die noch in Beschäftigung oder kurz davor sind. Die Krankenkassen könnten im Wettbewerb untereinander vermehrt mit einzelnen Leistungserbringern oder mit ausgewählten Gruppen individuelle auf bestimmte Zielgruppen bezogene Verträge schließen und dadurch auch schon gewachsene regionale Netzwerke mit verantwortlicher Kooperation zerrütten.

Wie schon vor einem Jahr die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden für die Krankenhausbehandlung festgehalten hat, dürften bei unzureichender Behandlungsqualität die Patienten – sofern sie arm oder arm geworden sind – vermehrt im Netz der Eingliederungshilfe landen, einige sogar in der Forensik.

Zum Leistungsträger Eingliederungshilfe. Dieser tut sich meist schwer

- mit der Auseinandersetzung mit den Sozialversicherungen um die Zuständigkeit im Einzelfall,
- mit der Umsteuerung von stationär zu ambulant, von Werkstatt zu Integration in Betriebe,
- mit dem persönlichen Budget.

Hinzu kommt, dass der Eingliederungshilfeträger für eine wachsende Zahl von Klienten im Rahmen der Pflichtversorgung aufkommen muss, was nicht selten zu Kürzungen bei den offenen Angeboten der Daseinsvorsorge führt.

Positiv ist festzuhalten, dass im Vergleich zu den Sozialversicherungsträgern die Bereitschaft des Sozialhilfeträgers deutlich größer ist, sich in die regionale Steuerung des psychiatrischen Hilfesystems einzubringen.

Die Leistungserbringer im Wettbewerb vor Ort können ihr betriebswirtschaftliches Ergebnis verbessern durch

- Ausrichtung auf leicht beeinträchtigte und Abweisung oder Entlassung stark beeinträchtigter Klienten – z. B. nur noch Krisenintervention und Psychopharmakotherapie im Krankenhaus wie ambulant – dort mit Warteliste – für die schwierigen Patienten, Psychotherapie für die angenehmeren
- Festhalten von Klienten in langdauernden, insbesondere stationären Maßnahmen
- Reduzierung der Personaldichte und der Bezahlung der Mitarbeiter
- Nichtkooperation mit anderen Diensten (da nicht finanziert)

Immer häufiger drängen privatwirtschaftlich organisierte Träger in den Wettbewerb – man hört dann oft: *»Den Gemeindepsychiatrischen Verbund wollen nur noch Weltverbesserer.«*

Privatisierung *steht an*, weil bei privaten Trägern die Skrupel eher geringer sind als bei öffentlichen oder frei gemeinnützigen – und man bei Ausnutzen aller Selektions- und Kürzungsmöglichkeiten verbunden mit intelligenter Werbung auch noch Geld mit der Psychiatrie verdienen kann.

Das klingt zynisch, wird aber vielerorts zunehmend Realität. Prüfen Sie bitte selbst, wo die oben genannten Qualitätskriterien für die Behandlung und Rehabilitation ernsthaft angestrebt werden, geschweige denn überprüft und ständig weiterentwickelter Standard sind.

Gemeindepsychiatrie am Scheideweg ist nicht zuletzt ein Problem der Politik.

Beginnen wir mit der *Bundespolitik*:

Die Bundespolitik ist selbst fragmentiert – es gibt vielfältige Zuständigkeitsprobleme zwischen und in den Ministerien, etwa in Bezug auf Zielgruppen, ambulante, stationäre und rehabilitative Maßnahmen, verschiedene Leistungsträger usw. Haben Sie Erfahrungen damit, wie schwierig es für die Mitarbeiter der Bundesverwaltungen ist sektor- oder leistungsbereichsübergreifende oder gar zwei Ministerien betreffende Programme auf den Weg zu bringen?

Die Bundespolitik wird in den Problemlagen politischer Kompromissbildung sich manchmal selbst und dann auch nach außen unglaublich.

Ein krasses und gerade sehr aktuelles Beispiel ist die *Finanzierung psychiatrischer Krankenhausbehandlung* – dazu in Stichworten:

- 1991 wird die von einer Expertenkommission erarbeitete Psychiatrie-Personalverordnung vom Kabinett und Bundesrat in Kraft gesetzt
- Die Umsetzung wird 1996 evaluiert und von allen Seiten anerkannt als eine Erfolgsgeschichte, auch wirtschaftlich
- Sie bleibt weiter gültig bis heute, wird aber trotzdem ab 1996 durch eine andere Verordnung, die Bundespflegesatzverordnung ausgehebelt, es folgt ein erheblicher Personalabbau – trotz Leistungsverdichtung – die Arztkontaktzeit beträgt heute nur noch ca. 50 % des Solls
- Am 25. September 2008 beschließt das Kabinett, dass im Rahmen des KHRG eine Orientierung der Personalbemessung an 90 % Psych-PV-Erfüllung ausreichend sei – ohne Begründung – ob Bundesrat oder Bundestag hier noch einwirken können, wird sich in Kürze klären.

Es war schon immer so – bei knappen Kassen wird zuerst an den besonders betroffenen psychisch kranken Menschen gespart.

Auf der anderen Seite hat die Bundespolitik das Koordinations-Problem erkannt und hat reagiert, wie schon oben erwähnt im SGB V und SGB IX – allerdings ohne Kostenentscheidungen und ohne Festlegung von Kontrollbefugnissen: Die Folge ist – wie oben erwähnt – die Selbstverwaltung setzt diese Vorgaben überwiegend nicht um!

Kurz noch zu den Ländern und den Kommunen:

Die *Landespolitik* – und in der Kürze der Zeit subsumiere ich Kommunalverbände u. Ä., die Teile der Aufgaben in Zusammenarbeit mit kommunalen Vertretungen wahrnehmen – ist in ihrer Verantwortung für das Gesundheits- und Sozialwesen u. a. für die Krankenhausplanung und Finanzierung zuständig. Da fehlt es oft an klaren Perspektiven dazu, wie denn die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin sprich in Allgemeinkrankenhäuser fortgesetzt werden soll, häufig fehlt es auch an Haushaltsmitteln zur Wahrnehmung der eigenen Verantwortung für die Finanzierung zeitgemäßer räumlicher Bedingungen für die Krankenhausbehandlung.

Hier zeigt sich die sehr bedenkliche Tendenz, Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten durch Privatisierung abzugeben, trotz schwarzer Zahlen beim Betrieb der Krankenhäuser, zur Mitnahme kurzfristiger Verkaufserlöse.

Die Zahl der Heimplätze ist fast überall steigend, auch für die Zielgruppe der psychisch behinderten Menschen. Jeder weiß, dass viele der

Bewohner mit ambulanter Betreuung leben könnten, aber entsprechende Umsteuerungsprogramme, die ohne die konsequente Zusammenarbeit mit den Kommunen und den Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde nicht wirksam und wirtschaftlich auf den Weg gebracht werden können, sind eher die Ausnahme.

Die Landespolitik hat vielfältige Gestaltungsaufgaben und -möglichkeiten und nimmt diese oft nur partiell wahr.

Die *Kommunalpolitik*

- hat erhebliche Sorgen (Haushaltsprobleme, zuständig für viele Problemfelder und Problemgruppen)
- leidet unter den Fallzahl- und damit Kostensteigerungen
- kürzt, was nicht Pflichtleistung ist
- hat wenig Einfluss auf das Hilfesystem – Ausnahme z. T. bei der Eingliederungshilfe
- hat oft zu wenig Kompetenz, wenn Koordinator und Sozialpsychiatrischer Dienst fehlen oder unzureichend ausgestattet sind

Aber immer mehr Kommunen kommen in Bewegung und kooperieren im Gemeindepsychiatrischen Verbund oder seinen Vorstufen, sicherlich weil sie, wie oben ausgeführt, näher an den Menschen sind.

Ich komme zur Zusammenfassung des zweiten Teils: Was ist das Fazit der Risiken in Richtung Abwege?

Die Fragmentierung des Systems gesundheitlicher und sozialer Hilfen und die Unklarheit der Politik stärken die Eigeninteressen in den Organisationen der Selbstverwaltung – sowohl bei Leistungserbringern wie Leistungsträgern und fördern pseudomarktwirtschaftliches Agieren, wodurch die Zukunft der Gemeindepsychiatrie infrage gestellt ist.

Die Herausforderungen am Scheideweg

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen – ich habe eben anhand verbreiteter Problemlagen die Risiken für Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie beschrieben und nicht die Zukunft. Engagierte Reformer sollten die gegenwärtig schwierige und bedrohliche Situation für das Sozialsystem insgesamt und für das psychiatrische Hilfesystem im Besonderen als eine Herausforderung verstehen, die sicherlich auch nicht schwieriger ist als zu Beginn der Reform um 1970. Natürlich sind auch heute diejenigen eine Minderheit, die nicht im Mainstream mitschwimmen oder

darin noch vorrangig eigenen Interessen folgen. Reformen gehen immer von Minderheiten aus. Sie haben eine Chance, wenn Ziele und mögliche Perspektiven klar formuliert sind, wenn die Risiken gesehen werden und wenn ein kooperatives Netzwerk verantwortlicher Akteure entsteht und sich ausbreitet. Genau darin besteht das Ziel dieser Tagung.

Was können die nächsten Schritte sein?

Jeder, der von der Zukunft der Gemeindepsychiatrie überzeugt ist und dies als Herausforderung begreift, ist gefordert, im sozialpsychiatrischen Netzwerk zu kooperieren und Verantwortung zu übernehmen, auf welcher Ebene und in welchem Bereich auch immer:

1. Die Fragmentierung des deutschen Sozialsystems wird nur sehr langfristig überwunden werden können. Das ist schwieriger, als dicke Bretter zu bohren, heißt eher: Tunnel durch einen Berg zu graben. Es gilt, geduldig an den Baustellen auf allen Ebenen zu arbeiten – bis irgendwann das Licht erscheint, an das man schon nicht mehr geglaubt hat.
2. Auch wenn die Rahmenbedingungen sich nicht so schnell ändern werden – auch dann kann die Reform regional weitergeführt werden, dort wo sich ein Netzwerk engagierter Akteure gebildet hat.

Das Bundesministerium für Gesundheit und des Bundesministerium für Arbeit und Soziales sollen gemeinsam ein – finanziell wenig aufwendiges – Modellprogramm auflegen für die Entwicklung von Exzellenzinitiativen – d. h. für Kommunen, die

- den Aufbau eines regionalen Steuerungsverbunds unter verantwortlicher Mitwirkung der Selbstverwaltung (Leistungsträger und Leistungserbringer) und der Vertreter von Betroffenen, Angehörigen und Bürgerhelfern auf den Weg bringen wollen
- verbunden mit einer regionalen Qualitätssicherung und Evaluation.

Gelungene Projekte motivieren am meisten – die Psychiatriereform ist immer den guten Beispielen gefolgt!

Literatur

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007

C Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Daseinsvorsorge im Sozialraum: Prävention und Zugang zu Hilfen

Einleitung

Reinhard Peukert

In dem Symposium wurde der aktuellen Frage nachgegangen, wie die Erfolge des Paradigmenwechsels hin zu personenzentrierten Hilfen mit den praktischen und theoretischen Ansätzen einer Orientierung der Hilfen an den Erfordernissen sozialer Räume, sowohl im Sinne von Milieus als auch im Sinne von Steuerungseinheiten, verbunden werden können.

Die sozialen Räume, in denen psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen leben, sind generell von herausragender Bedeutung – für die Prävention von Erkrankungen und für den Zugang zu den Hilfen sind sie ausschlaggebend.

Im personenzentrierten Ansatz selbst sind Aspekte von sozialräumlicher Orientierung eingeschlossen, jedoch treten sie häufig in den Hintergrund. Diesen Aspekten soll die Bedeutung und der Raum zurück gewonnen werden, der ihnen gebührt.

Dazu wird in dem Beitrag von *Reinhard Peukert* rekonstruiert,

- aus welchen historischen Diskussionssträngen sich die Sozialraumorientierung speist,
- welche Potenzen für die angemessene Versorgung psychisch kranker Menschen in ihren Lebensfeldern in der Sozialraumorientierung stecken
- und welche Finanzierungsformen sich für ein Vorgehen anbieten, die die Personenzentrierung mit der Sozialraumorientierung verbindet.

Richard Auernheimer plädiert mit einer anderen Perspektive für sozialräumliches Denken.

Er möchte die Kreativität der Anfangsphase von Psychiatriereform für das aktuelle Handeln »retten«, indem die mit dem personenzentrierten Ansatz entwickelten Methoden in den Sozialraum »hinein gedacht und geführt werden«, sei es die Hilfeplanung oder die Personenzentrierung selbst: »Sie lässt sich in Akten führen, aber nicht von Akten führen«.

Leidenschaftlich setzt er sich für die Kreativität offener Hilfen ein – für den kreativen, am Klientennutzen orientierten Umgang mit den »Teilhabe-gaben«, und folgerichtig landet er beim Persönlichen Budget und dem Vor-

schlag, die Ideen der Akteure des Sozialraums müssen für die Konstruktion der Hilfen für den Einzelnen genutzt werden.

Wie das funktionieren kann erfährt man von *Joachim Barloschky*.

Er stellt einen Sozialraum und die in ihm basisdemokratisch über einen langen Zeitraum vereinbarten Entwicklungsprozesse vor. Besonders beeindruckend ist die Haltung bei diesen Prozessen, deren praktische Wirksamkeit sich in den Ausführungen spiegelt.

Psychisch kranke oder seelisch behinderte Menschen werden in dem Sozialraum als Sondergruppe gar nicht erst wahrgenommen, sondern sind Teilnehmer der kollektiven Prozesse.

Gerade dieser Beitrag wurde intensiv und instruktiv diskutiert; ein kleiner *Ausschnitt der Diskussion* ist mit abgedruckt.

Krisenhilfe muss – aus sozialpsychiatrischer Sicht – ein zwingendes Element eines jeden Sozialraums sein, um schnell und wirksam hilfreich tätig werden zu können, bevor Situationen eskalieren, die dann eine harte Intervention erforderlich machen.

Andreas Adelmeyer stellt den Sozialpsychiatrischen Krisendienst im Kreis Herzogtum Lauenburg vor, der von den Mitarbeitern aller regionalen Anbieter getragen wird.

Was ist »Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie«?

Reinhard Peukert

Das erwachte Interesse der Gemeindepsychiatrie an der Sozialraumorientierung entspringt dem Unbehagen an der aktuellen Situation. Die verfügbaren Studien belegen eine fortbestehende Exklusion von psychisch kranken Menschen, die sogenannten »niederschwelligen Angebote« bleiben Sonderräume, auch wenn sie Schwellen senken (so wie das Kaufhaus ein Kaufhaus bleibt, auch wenn die Kaufhausstufen längst zum Verschwinden gebracht wurden, um flanierende Kunden hineinzuziehen), nach wie vor sind die Zugangsmöglichkeiten von »sehr schwierigen« Menschen zu den gemeindepsychiatrischen Hilfen begrenzt.

Psychiatrie-Erfahrene werfen den Profis die Entwicklung eines »ambulanten Gettos in der Gemeinde« vor, sie sehen Psychiatrie-Gemeinde statt Gemeindepsychiatrie.

Klaus Dörner erhebt den Vorwurf des »Herumfummeln an der Person«, statt sich den Lebensverhältnissen zuzuwenden und die soziale Umgebung empfänglich für Psychiatrie-Erfahrene zu machen.

Die Forderung wird lauter, bei der »personenzentrierten Wende« die gemeinde- und sozialpsychiatrischen Grundhaltungen bei der Lösung individueller, personenbezogener Probleme nicht aus dem Auge zu verlieren.

Die Bedeutung von Sozialraumorientierung

Fragen wir uns zuerst: Was meint »Sozialraum«? »Fall« oder Feld« – das ist hier die Frage? »Fall und Feld!« – das ist die Antwort.

Hinte schreibt dazu: »Die alleinige Orientierung am Fall erweitern und sich der Dynamik des sozialen Raumes widmen – nur so: Vernetzung, bürgerschaftliches Engagement, Prävention, Flexibilisierung, Lebensweltorientierung.« (HINTE 2008) Der soziale Raum soll als gelebter Lebensraum zentrale Bezugsgröße für die Steuerung von Fachlichkeit und Geld werden – aber: »Für die Gestaltung von Lebenswelten erhält kein Träger eine dauerhafte Finanzierung, es sei denn, er tarnt sie als einzelfall- oder zielgruppenbezogene Dauerleistung, die er einem ... Paragrafen zuordnet.« (HINTE 2008)

Sozialraumorientierung bedeutet:

- den sozialen Raum mit seinen Milieus und Menschen als Ressource nutzen,

- ihn für die Personen und Settings stärken, die mit Belastungen aus psychischen Erkrankungen umzugehen haben (Selbsthilfeförderung, Betriebs- und Schulprojekte, ...) sowie diese Personen und Settings zum gemeinsamen Leben unter belasteten Bedingungen befähigen (supported employment, Betreuung in Familien, Schulprojekte ...)
- ihn (weiter-)entwickeln, um die Inklusion vom sozialen Umfeld her zu befördern (in der ICF: Kontextfaktor Umwelt) mit der Konsequenz, auch unabhängig und vor der Betrachtung von Einzelfällen in den Sozialraum zu investieren – in Form unterschiedlich denkbarer Spielarten von Sozialraumbudgets – und dies als Ergänzung zu personenzentrierten Hilfen für die jeweilige Person.

Die historischen Zugänge zur Sozialraumorientierung liegen außerhalb des (sozial-) psychiatrischen Sprachspiels. Ein Zugang ist die *Gemeinwesenarbeit*: die Mobilisierung der Bevölkerung eines sozialen Lebensraumes zur Verbesserung der Infrastruktur ihres Lebensfeldes.

Ein weiterer Zugang entstammt der *Lebensweltorientierung*, die an den konkreten Lebensverhältnissen »der Menschen in Beziehung« ansetzt, dort neben den defizitären vor allem auch die produktiven Ressourcen beachtet und darüber zu Problemlösungen zu gelangen sucht.

In dem Kontext von Hilfeplanung in der Jugendhilfe liest sich das so: »Die neuen Instrumente der individuellen Hilfeplanung und – analog dazu – einer regional vernetzten Planung im Hinblick auf eine transparente und belastbare soziale Infrastruktur ... werden zu zentralen Momenten einer reflexiven, also auf die konkreten Bedingungen von Situationen und Region bezogenen Sozialen Arbeit.« (THIRSCH 1999)

Den dritten Zugang liefert die *Dienstleistungsorientierung*. Dabei geht es nicht primär um die Frage, ob es im Sozial- und Gesundheitswesen »Kunden« gibt oder nicht, sondern um die Berücksichtigung des Faktums der erforderlichen Co-Produktion von Klienten (und Kunden generell) bei Dienstleistungen. Der Anbieter von Dienstleistungen kann sein Produkt keinesfalls ohne den Patienten/Klienten (bzw. Kunden generell) erstellen, der ist ganz wesentlich an der »Produktion« der Dienstleistung und am Ergebnis beteiligt. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass die Produktion und Konsumption der Dienstleistung keine voneinander getrennten Prozesse sind; in der »Produktion« einer Beratung wird diese zugleich konsumiert. Schon allein aus den angedeuteten Strukturmerkmalen einer Dienstleistung resultiert die Betrachtung des Dienstleistungsempfängers als aktiver Produktionsressource

und der erforderliche Einbezug der Adressaten sowie damit verbunden deren Aktivierung in Bezug auf die Entwicklung und Stärkung von Ressourcen in den jeweiligen sozialen Räumen.

Der Sozialraum ist der relationale Raum. Dieser Raum sind die Beziehungen, die sich in wechselseitiger Beeinflussung einstellen, zwischen den räumlichen Komponenten (Gebäudestrukturen, öffentliche und private Räume, vorgegebene Mobilitätsströme: Straßen und Plätzen) und den sie bevölkernden Menschen, die diese Räume »bespielen«. In diesem relationalen Raum entwickelt sich eine jeweilige Soziokultur (Lebensentwürfe, Selbstkonzepte) und auf ihn bezogene jeweilige Deutungskulturen (Wertemuster, Sinnstrukturen, Handlungsziele, soziale Ausrichtungen). Der relationale (Sozial-)Raum ist kein »Container-Raum«, der in Länge x Breite x Höhe ausreichend beschrieben ein Gehäuse bildet, das dem Inhalt gegenüber gleichgültig ist (in Anlehnung an Jens S. Denschat, Wien). Wenn wir uns eine reale Psychiatrische Klinik oder ein Quartier – eine Villengegend oder eine Plattenbausiedlung vorstellen, haben wir sofort eine Vorstellung vom relationalen Raum und seinen Komponenten.

Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie

Im psychiatrischen Diskurs ist die Sozialraumorientierung längst wirksam; das klassische Dreigestirn der Sozialraumorientierung konvergiert mit aktuellen Themen der psychiatrischen Versorgungsdiskussion:

- Sozialraum als Orientierungsgröße – die »Aktivierung nicht-psychiatrischer Hilfen« im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)
- Sozialraumbudget – Regionales Psychiatrie-Budget
- Trägerexklusivität – Diskussion zu Gemeindepsychiatrischen Verbünden (GPVs)
- Steuerungsgremium – Hilfeplankonferenz und Steuerungsverbund

Es sind drei Paradigmen, die für die Gemeindepsychiatrie die Orientierung am Sozialraum nicht nur empfehlen, sondern geradezu erzwingen.

Sozialraum als Handlungsparadigma: die Lebenswelt

Die Ressourcen der Lebenswelt werden als primär angesehen; der Blick richtet sich bei diesem Paradigma auf die Sozialen Milieus (3000–8000 Einwohner) und nicht auf den sozialen Steuerungsraum, der bei 80 000 Einwohnern beginnt.

Der (Soziale) Raum im Sinne von Lebenswelt imponiert

- als ein Feld, das aus wechselseitigen Abhängigkeiten besteht und in dem sich wechselseitige Abhängigkeiten bilden und zurückbilden, wie im Nervensystem;
- in dem sich der Lebensvollzug »ereignet«, in dem sich das individuelle Leben in einen sinnvollen Lebenszusammenhang einbettet (JEHLE 2007)
- er ist das Spiel- und Wirkungsfeld, in das die individuellen Geschichten eindringen können (BOERMA, RICHTERICH 2008) und die sozialpsychiatrischen Profis zu »biografischen Reisebegleitern« werden (können). »Dieser Reisebegleiter ist darin glaubwürdig, sich stets vom Reisenden korrigieren zu lassen, ohne ihm hörig zu werden.« (DÖRNER 2008)
- Jeder Mensch benötigt, um »... sich wirksam zu erfahren und ... für eine optimale Verwirklichung seines Potenzials ... eine soziale und ökonomische Umwelt, die seinen Gestaltungsmöglichkeiten entgegenkommt« (WILLI 2007), und für viele Menschen ist es erforderlich, in den sozialen Raum, der die Lebenswelt dieser Menschen ausmacht, zu investieren und ihn zu verändern, damit sie dessen Möglichkeiten annehmen können.

Diese Formulierungen zeichnen sich durch einen sozial-romantischen Überschuss aus. Es wird eine von Individuen wesentlich mit-gestaltete Lebenswelt mit relativ intensiven Interaktionen vorausgesetzt, die dem Modell der Dorfgemeinschaft oder der Nachbarschaften in gewachsenen Stadtvierteln nachempfunden ist.

Niemand lebt in »der einen Lebenswelt«, sondern wird in die Auseinandersetzung mit für ihn vorgängig existierenden gesellschaftlichen Teilsystemen gezwungen, u. a. mit folgenden Systemen:

- Wirtschaftssystem, mit seinen Teilsystemen
 - Arbeit
 - Wohnungswirtschaft
- Intimsystem (Sexuelle Beziehungen, Familie)
- Gesundheitssystem

- Bildungssystem
- Rechtssystem
- ...

In Nischen der Systeme, an ihren Rändern und/oder auf ihnen ruhend können sich soziale Beziehungsgeflechte bilden, die dem sozial-roman-tischen Verständnis von Lebenswelt eher entsprechen, und in denen die Selbstgestaltung der Beziehungen zum Tragen kommt – mehr oder we-niger in Koproduktion oder in Reaktion auf die Logiken und Praxen der Teilsysteme.

Die Systeme selbst folgen einer je eigenen Logik, und die Bedingungen der Teilhabe werden zunächst aus diesen Teilsystemen heraus definiert, und nicht aus ihren jeweiligen Umwelten oder gar den Bedürfnissen oder Bedarfen bedürftiger Individuen. Die Wohnungswirtschaft z. B. definiert die Ausstattung und die Preise von Wohnungen, die der Einzelne aufbringen muss – aus eigenem Einkommen oder mit Wohngeldunterstützung.

Vielmehr werden im Wandel der Teilsysteme soziale Lasten auf die Umwelt und die Individuen abgewälzt; ökonomischer Druck führt zu Ex-klusion und sozialen Härtefällen, die Temporalisierung intimer Beziehungen zu permanenter Neu-Orientierung (RICHTER 2003).

»In der individualisierten Gesellschaft muss der Einzelne (...) bei Strafe sei-ner permanenten Benachteiligung lernen, sich selbst als Handlungszentrum, als Planungsbüro in Bezug auf seinen eigenen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, Orien-tierungen, Partnerschaften usw. zu begreifen.« (BECK 1986)

Eine »gelungene« Lebens-Karriere besteht – soziologisch – aus adäquaten Selbstselektionen des Individuums und erfolgten Fremdselektionen seitens der sozialen Umwelt:

- adäquate Angebote an potenzielle Partner, Arbeitgeber etc. (Selbstse-lektion);
- Auswahl durch Partner, Arbeitgeber etc., die auf der Attraktivität des eigenen Angebots für diese beruht (Fremdselektion);
- über die tatsächliche Inklusion entscheidet die Anschlussfähigkeit des Angebots! (RICHTER 2003)

Der Einzelne denkt nicht in den Kategorien der obigen Systeme und sieht sein Leben nicht als soziologisch verstandene Karriere.

Er führt sein Leben in subjektiv mit-gestalteten Lebenssektoren und in Auseinandersetzung mit dem, was ihm die Logik der Systeme abfordert: das

Leben wird quer zu den Systemen gelebt und ist selbst in »Lebenssektoren« gegliedert, die – eine entsprechende soziale und kognitive Integrationsleistung vorausgesetzt – als eine oder mehrere subjektive Lebenswelten wahrgenommen werden *kann*, aber auch als eine unzumutbare Fraktionierung der eigenen Lebensvollzüge.

Zu den wesentlichen Lebenssektoren zählen:

Lebenssektor Wohnen

Dort wird der Großteil der Anforderungen des Intimsystems realisiert, das Leben dort wird vom Intimsystem beeinflusst und beeinflusst dieses System; das »Beeinflusst werden« und »Beeinflussen« gilt auch für die Einkommenseite des Arbeitssystems und dessen Belastungen und »Beglückungen«: sie wirken sich im Sektor Wohnen aus, und die Bedingungen, unter denen gewohnt wird, beeinflussen das berufliche Belastungserleben mit.

Um den Lebenssektor Wohnen *kann* sich ein sozialer Nahraum bilden oder aktiv erschlossen werden: die von Klaus Dörner betonte klassische Nachbarschaft.

Lebenssektor Arbeiten

Neben der Verausgabung der Arbeitstätigkeit selbst werden hier die unmittelbaren Reproduktionserfordernisse definiert, die in den Lebenssektoren Wohnen und Freie Reproduktionszeit realisiert werden (sollen); zum Sektor gehört der durch Arbeit verliehene Status und die Aufteilung der Relation von Arbeit und Freizeit.

Auch um den Sektor Arbeit kann sich ein sozialer Nahraum bilden oder aktiv erschlossen werden: der »KollegInnenkreis« der hier und da bis nach der Berentung Bestand hat(te). Daneben gibt es Gemeinschaften unterschiedlichster Art, die auf der Berufstätigkeit beruhen, von denen einige den Charakter eines sozialen Nahraums annehmen können; historisch gehörten aktive Gewerkschaftskreise und die ersten Aktivisten des Mannheimer Kreises wohl auch dazu.

Lebenssektor Freie Reproduktionszeit (»Freizeit außer Haus«)

Im Lebenssektor Wohnen erfolgt nicht nur »Selbstsorge« und/oder Reproduktion, sondern auch Konsumption von freier Zeit. Deren Konsumption wird allerdings von den vielfältigen Bedingungen, die für den Lebenssektor Wohnen bestehen, beeinflusst, z. B. Ausstattung der Wohnung; in der Wohnung mit einem Ehepartner zusammenleben; ...

»Freie« Reproduktionszeit ist der Lebenssektor, der ausschließlich von selbst wählbaren Aktivitäten gefüllt werden kann, und in dem die für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderliche Reproduktionszeit in Konkurrenz zu selbst motivierten Aktionen tritt, z. B. zu den regelmäßigen Fußballtrainings im Klub.

Auch dieser Lebenssektor kann Ausgangspunkt eines kontinuierlichen sozialen Nahraums sein: Vereinsleben, interessenbezogene Freundschaftsgruppen, Peer-Groups etc.

Existenzielle- versus Hilfe-Ressourcen

Diese sozialen Nahräume haben eigene Qualitäten und andere Potenziale als die Logiken der Teilsysteme. Während diese den Personen äußerlich und vorgängig existent sind, haben die sozialen Nahräume primär eine die sozialen Interaktionsbedürfnisse befriedigende und sekundär eine die Lebensvollzüge des Einzelnen in den Sektoren stützende Funktion. Folglich geraten sie bei der Frage nach erschließbaren Ressourcen für sozialräumlich verstandene Hilfen als Erste in den Fokus.

Die Logiken der Teilsysteme fordern dem Einzelnen primär seine »Anschlussfähigkeit« ab, die von seinem »Angebot« an das Teilsystem abhängt.

Unabhängig davon sind die Teilsysteme die Orte bzw. Räume der Befriedigung der existenziellen Ressourcen, und die Qualität der Lebensvollzüge hängt vom Grad der Inklusion in diese Teilsysteme ab.

Damit kann als Doppel-Perspektive vorläufig festgehalten werden:

Neben ihrer Bedeutung für die soziale Einbindung und für die Lebenszufriedenheit können und sollen *die potenziellen Unterstützungsfunktionen der sozialen Nahräume entwickelt* werden, um jene Aktivitäten zu stützen, die die »Anschlussfähigkeit« des Einzelnen durch Verstärkung der *wechselseitigen* Attraktivität der Person und der Teilsysteme zum Ziel hat.

Klassische Rehabilitation mit ihrer Orientierung auf Maßnahmen, die den Einzelnen besser in die Lage versetzten den *Logiken der Teilsysteme* zu genügen, ist – als personenzentrierte Assimilation – nur ein Teil der Stärkung wechselseitiger Attraktivität.

Es sind die Selbst- und Fremdelektionen, die die Passung herbeiführen bzw. aus der *Anschlussfähigkeit* einen realen Anschluss werden lassen. Somit sollte als zweite Interventionsschiene *die Beeinflussung der Selektionskriterien* in den Blick genommen werden.

Die Teilsysteme sind keine technischen Automaten. Sie funktionieren, indem die Akteure der Teilsysteme, die den Logiken folgen, die angesprochenen Selektionskriterien generieren und in konkreten Situationen anwenden (was hin und wieder auch misslingt und zu mehr oder weniger dramatischen Verwerfungen in den Teilsystemen führt: in der Wohnungswirtschaft können sich die Akteure über den Bedarf an Wohnraum irren – und so Über- oder Unterkapazitäten mit entsprechenden Folgen schaffen, ggf. mit einer darauf beruhenden grandiosen Fehleinschätzung der künftigen Preisentwicklung – mit den Folgen von Insolvenzen, einer Zunahme der Wohnungslosigkeit etc. Im Arbeitssystem können sie sich bezüglich des künftigen Bedarfs an Facharbeiterqualifikationen irren und das Abitur als Voraussetzung für eine Lehre ansehen – aber die Ausgebildeten studieren später doch und die Fachkräfte fehlen ggf.; etc.

Neben die Assimilation der Personen an die Teilsysteme tritt somit über die Beeinflussung der Selektionskriterien die Akkomodation der Systeme an die Personen.

Eine typische Akkomodation des Teilsystems Arbeit ist z. B. die Beschäftigung von leistungsgeminderten Personen; hierbei hat sich ein Selektionskriterium geändert (der Logik des Systems folgend sollte die volle Leistungsstärke das Kriterium sein) – und dies aufgrund einer Beeinflussung: die Bereitstellung von Unterstützungs- und Kompensationsleistungen. Damit wird die Logik des Systems keinesfalls ausgehebelt, sie wird vielmehr zur Voraussetzung der Entscheidung für das, womit beeinflusst werden soll (und kann).

Vorläufige Thesen:

Menschen handeln und leben in verschiedenen sozialen Räumen, die zwei unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden können:

- in sozialen Nahräumen, die weitgehend autonom gestaltet werden können,
- und in Lebenssektoren, die wesentlich von den Logiken sozialer Teilsysteme bestimmt werden; die Logiken werden von den Akteuren – unter der Perspektive Inklusion/Exklusion – in Form der Generierung und situativen Anwendung von Selektionskriterien realisiert.

Auf die in den Teilsystemen virulenten Logiken hin sind unterschiedliche Unterstützungsstrategien zu entwerfen, je nach der dort geltenden Logik. Solche Unterstützungen sollten wirksam sein, die die Interpretation der Logiken seitens der Akteure beeinflussen, d. h. auf deren Selektionskriterien wirken.

Dabei sind die von den Personen für sich selbst gewählten Selektionskriterien wirkungsgleich den Kriterien, die der Person gegenüberstehenden Interpreten der Logiken generieren. Ein in der falschen Richtung wirksames selbst gewähltes Selektionskriterium im Teilsystem Intimbeziehungen wäre z. B. ein höchst unsauberer, unhygienischer Auftritt.

Der Entwicklung Inklusion schädigender Selbstselektion kann am ehesten durch enge Bindungen an den und in den jeweiligen Sozialraum begegnet werden.

Was mit aller nur erdenklichen Kunstfertigkeit vermieden werden muss, ist die Vermeidung sozialer Kontakte.

Soziale Nahräume können am wirksamsten durch unmittelbare Beteiligung an den stattfindenden Interaktionsbeziehungen so mitgestaltet werden, dass sie »aufnahmefähig« für von Ausschluss bedrohte Personen werden und dass die diesen Räumen inhärenten Ressourcen, die die Anschlussfähigkeit an soziale Teilsysteme stärken, diesen Personen zugutekommen. Ein Beispiel ist das, was durch die Quartiersmanager in den Projekten »Soziale Stadt« passiert. Die Anschlussfähigkeit an das Teilsystem Arbeit kann z. B. dadurch erhöht werden, dass soziale Nahräume auf potenzielle Ressourcen für dieses System hin untersucht werden; so könnten Mitglieder eines Lions- oder Rotaryclubs für ein Beschäftigungscoaching, gewerkschaftlich organisierte Mitarbeiter als »Arbeitsscouts« für Eingliederungsarbeitsplätze und Mitglieder einer Stammtischrunde als »Beschäftigungspaten« gewonnen werden.

Sowohl in den sozialen Nahräumen als auch in den gesellschaftlichen Teilsystemen entscheiden die alltäglichen Lebensvollzüge der Mitbürger – als autonome Gestalter sozialer Beziehungen im sozialen Nahraum oder als Interpreten der Logiken der gesellschaftlichen Teilsysteme – über die Möglichkeiten und Qualitäten des Lebens psychisch kranker Menschen im Gemeinwesen mit – und das, bevor überhaupt ein Klient in der Region wohnt, um einen Arbeitsplatz nachfragt, im Betrieb arbeitet etc. und unabhängig davon, ob und welcher Klient dort wohnt, anfragt oder arbeitet.

Diese Lebensvollzüge werden zum Gegenstand professionellen Handelns: Entwicklung der sozialen Handlungsräume zur Förderung der Assimilationsmöglichkeiten von Klienten; die Organisation von solidarischen Strukturen, der Aufbau und die Bündelung von lebensweltlichen Ressourcen etc. werden Teil der Hilfeebringung. Dies ergänzt personenzentrierte Hilfen im Einzelfall bzw. wird zur Voraussetzung von personenzentrierten Hilfen sowie für die Unterstützung des *unmittelbaren* sozialen Umfelds der jeweiligen Person (z. B. Unterstützung für Angehörige).

Personenzentrierung meint (so verstanden): Orientierung am Einzelfall im sozialen Feld – und Ausschöpfen der Ressourcen des sozialen Feldes für den Einzelfall.

Sozialraum als Territorium: der Steuerungsraum

Das Territorium ist der Steuerungsraum (vs. den Milieus). Hier findet die Abstimmung der sozialpsychiatrischen Hilfen mit den Zielen des kommunalen Gemeinwesens statt (z. B. bei der Bereitstellung von Wohnraum, inklusive der Entwicklung von ungewöhnlichen Wohnformen).

Die Hilfestrukturen werden an den Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen in den sozialen Räumen ausgerichtet – und nicht allein am Bedarf des Einzelfalles, der logisch und faktisch den Bedarfsstrukturen des Sozialraums nachfolgt.

Dabei konstituieren die individuellen Bedarfslagen die Bedarfsstrukturen: »der Raum« hat keinen Bedarf, den haben die Menschen, die ihn leben.

Die GPVs kooperieren (d. h. vertraglich geregelt) mit den Steuerungsgremien, die im Territorium (in der Regel die Kommune oder ein administrativer Teil von ihr) regelhaft für Sozialraumentwicklungen gebildet werden: Bürgerforen, Stadtteilentwicklungsgremien, Planungsausschüsse etc.

Den GPVs sollte dies nicht zu schwerfallen, denn die inneren Strukturen der GPVs unterscheiden sich nicht wesentlich von diesen Planungs- und Steuerungsgremien: in beiden Fällen wird die Fach- und Ressourcen-Verantwortung gemeinschaftlich wahrgenommen.

Vorläufige Thesen:

Die regionale Verantwortung greift milieuübergreifend (die einzelfallbezogenen Hilfen sind milieuspezifisch); diese Strukturverantwortung realisiert sich in Territorien, deren administrative Grenzen sich an den Lebensvollzügen der Bürger orientieren.

So wird die Entwicklung auf den sozialen Lebensraum – bezogen auf vernetzte Problemlagen und leistungsübergreifende Angebote – zunehmend wahrscheinlicher. Im Rahmen dieser vernetzten Angebote werden nun auch in alltäglichen Räumen sozialpsychiatrische Kompetenz abrufbar, so wie die (sozial-)psychiatrischen Bedarfe von Personen und Milieus im übergeordneten Sozialraum zum gemeinsamen Gegenstand von integrierten Planungen und konkreten Entwicklungen werden.

Sozialraum als Finanzierungsparadigma: das Sozialraumbudget

Für den Bereich der Psychiatrie müssen wir zwei Versionen von Budgets betrachten.

Version I: das regionale trägerübergreifende Psychriatriebudget

Die schließlich als Einzelleistungen an Einzelpersonen aus einer Region realisierten Hilfen werden über ein Budget gesteuert, wobei die Allokationsfragen in gemeinsamer Fach- und Finanzverantwortung von Leistungsträgern und -erbringern erfolgt (sprich: über HPKs).

Für diese Budgets spricht sich auch das Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus: »101. Wie in allen Entgeltsystemen, in denen Geld der Leistung folgt, besteht ... ein Anreiz zur Mengenausweitung.« Demgegenüber haben Budgets die Tendenz zu wirtschaftlicherer und effizienterer Leistungserstellung.

In sozialräumlicher Erweiterung des so verstandenen Psychriatriebudgets wäre (neben der Verausgabung von Budgetmitteln für diese personenbezogenen Hilfen) ein Teil des Budgets in gemeinsamer Verantwortung für die Entwicklung des Sozialraums zu reservieren und einzusetzen.

Allerdings kennt die aktuelle Gesetzeslage der sozialen Sicherungssysteme nur auf den Einzelfall bezogene Leistungsansprüche, im Gegensatz zu kommunaler Aufgabenerfüllung.

Version II: Soziale Zielgruppen übergreifende Regionale Budgets

Viele Problemlagen sind multikausal, viele »Problemträger« gehören mehreren sozialen Zielgruppen an (arm und psychisch krank; alleinerziehend; wohnungslos und psychisch krank; von Arbeitslosigkeit betroffen bzw. bedroht und psychisch krank ...).

Das spricht für regionale Budgets als soziale Zielgruppen übergreifende Finanzierung sozialräumlicher Entwicklungen, die auch »unserer Zielgruppe« zugutekäme.

Diese Budgets wären zum Teil auch aus Mitteln zu speisen, die gegenwärtig für die kurative Behandlung und individualisierte Begleitung zur Verfügung gestellt werden. So gesehen könnte und sollte das Präventionsgesetz als Modell *für diese Spielart* regionaler Budgets gelten.

Die Integrierte Versorgung macht zwar nicht Leistungsträger übergreifende, wohl aber Gesundheitsprobleme übergreifende Lösungen möglich. Die (nicht sehr verbreitete) »populationsbezogene Version der Integrierten Versorgung, die sich an alle Versicherten der jeweils kontrahierenden Kran-

kenkasse richten, hätte den Vorzug, die Versorgungsqualität umfassend ermitteln und optimieren zu können« (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007).

Thesen:

Alle erforderlichen Hilfen werden aus dem Budget beglichen – damit reduziert sich das Interesse, Fälle lange zu behalten. Budgets fördern die Bereitschaft, Einzelfälle möglichst zügig entsprechend der vereinbarten Standards zu bearbeiten. Sie stärken das Interesse an Prävention und Nutzung der regulären, außerpsychiatrischen Hilfen. Budgets haben Ressourcen schonende Tendenzen.

Zielgruppen übergreifende Sozialraumbudgets tragen dazu bei, dass sich die sozialpsychiatrischen Hilfen mit den regulären regionalen Angeboten und Lebensvollzügen verbinden, ohne diese zu psychiatrisieren; tendenziell »diffundieren« sie ins Gemeinwesen – statt der weiteren Konstruktion eigener Räume. Die sozialen Räume werden aufnahmefähiger für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Sozialraumorientierung erfordert eine Neuorientierung

Neben den nach wie vor bestehenden Zuständigkeiten für die psychiatrischen Zielgruppen wäre eine Zuständigkeit für den sozialen Raum einzuführen. Deren Aufgabe bestünde in der Zielgruppen unabhängigen »gesunden« Gestaltung der Lebenswelten (was für die Belasteten gut ist, ist für alle gut).

Es ginge um die (Um-)Gestaltung des alltäglichen Raums als potenziellen Lebensraum für Behinderte – im Sinne von Vergemeinschaftung, von Teilhabe und nicht Beteiligung. Dies würde u. a. durch die Vermittlung von Gelegenheiten (und Fähigkeiten) an behinderte Personengruppen realisiert, die sich so vorbereitet verstärkt in die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelt einmischen werden, nämlich mit ihrer erfahrungsgesättigten Expertise überall dort, wo Lebensraum gestaltet wird.

Dies ist nur möglich mit einer verlässlichen und nachhaltigen Förderung der Selbsthilfe!

Anstatt der weiteren Individualisierung auf die Person bezogener Hilfen ist eine gezielte Einflussnahme auch auf den alltäglichen Raum zu ermöglichen – z. B. über Veränderungen in den Finanzierungsregelungen: Splitten der personenbezogenen Ressourcenallokation in

- einen Anteil für am Individuum zu erbringender
- und einen Anteil im Umfeld zu erbringender Hilfen.

Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie impliziert die Entfaltung der Bürgergesellschaft im Sinne von Klaus Dörner und im Sinne der Erhöhung des »Sozialen Kapitals«, der Gestaltung förderlicher sozialer Wechselwirkungen zwischen Menschen.

Dazu gehört die Aufwandsentschädigungen für bürgerschaftliches Engagement und die Entfaltung der »anderen bürgerschaftlichen Hilfe« im Sinne der Sorge für andere. Psychiatrie-Erfahrene werden als Haushaltshilfen in kinderreichen Familien tätig und halten nicht länger die Tagesstätten- und PSKB-Küchen in Ordnung; sie betätigen sich als einfühlsame Gesprächspartner für Senioren und andere Menschen, wie z. B. im Projekt der Lebenshilfe bei dem geistig behinderte Menschen als Altenpflegehelfer arbeiten; oder im Rahmen der Ex-In-Projekte in denen Psychiatrie-Erfahrene als Begleiter und erfahrene Ausbilder qualifiziert werden.

»Jeder Mensch will notwendig sein und kann dies nur vom Anderen her.« (DÖRNER 2004)

In einem Interview berichtet eine langjährig schwer erkrankte Frau, nachdem sie ehrenamtlich für Menschen in der Gemeinde arbeitet: *»Ein Glück-lichsein, ein Erfüllt-Sein, einfach, am Abend sagen zu können, auch wenn man dann vor der Arbeit müde ist, es ist Arbeit.«* (BOERMER, RICHTERICH 2008)

In einem so entwickelten Sozialraum erhöht sich die Chance, dass sich die Psychiatrie-Erfahrenen in ihrer Wirkung auf andere spüren (WILLI 2007) – und so ihre gesundheitsförderliche Selbstwirksamkeitserwartung (BADURA 1997) bzw. Kontrollüberzeugung (ROTTER 1954) gestärkt wird und sie sich zunehmend mehr als Akteure ihres eigenen Lebens erleben.

Sozialraumorientierung bedeutet auch die Ergänzung des professionellen Deutungssystems um ein biographisch-soziohistografisches und das Zurückdrängen der professionellen Hilfewelt.

Lang anhaltende, umfängliche und exklusive Profi-Beziehungen kreieren Sondernilieus mit sehr eigener Mikro-Soziokultur und Mikro-Deutungskultur (PEUKERT et al. 2009). Das hat Konsequenz für die Hilfeerbringung. Hilfen werden als partielle, immer nur fragmentarische und von vornherein vorübergehende Stützen in einem ansonsten alltäglichen Lebensvollzug erbracht, der sich in einem aufmerksam entwickelten und gestalteten Sozialraum ereignet.

Dies erhöht die Souveränität im Umgang mit Hilfen – denn die freie Wahl, eine Hilfe anzunehmen oder abzulehnen, scheint von besonderer Bedeutung für die Klienten zu sein, und dies ermöglicht die »salutogenetische Erfahrung« bzw. das Selbsterleben als »Akteur meines Lebens«; »Gesundung«

imponiert so als ein Lebensentwurf, im eigenen alltäglichen Sozialraum mit den Folgen der Psychose leben zu können (BOERMA, RICHTERICH 2008) – und die Lebbarkeit der Entwürfe hängt von der Gestaltung des sozialen Umfeldes ab.

Diese Gestaltung geht nicht ohne eine Beteiligung der Betroffenen, und zwar zwingend. *Idealerweise besteht »von Anfang an ein ständiges Dreiecksverhältnis: es gibt fortan drei (Politik, Verwaltung, Bürger/-innen) anstatt zwei Akteuren, die sich aufeinander einstellen und partnerschaftlich aufeinander reagieren müssen«* (KLAGES, zitiert nach: mitarbeiten 03/2008; Informationen der Stiftung Mitarbeit).

Hilfeplanungen sollte nicht immer nur in den Hilfeinstitutionen – womöglich noch am PC – erfolgen, sondern am Lebensort der künftigen Klienten: Im Wohnzimmer, bei McDonald. Als Grundsatz sollte gelten: die Klienten bestimmen, wo diese Gespräche stattfinden. Wie wäre es mit dem Experiment: Eine HPK wird in der Wohnung eines Betroffenen abgehalten?

(Vermeintliche) Widersprüche und Grenzen einer sozialraumorientierten Gemeindepsychiatrie

- Sozialraumorientierung versus Personenzentrierung
- Evidenzbasierung versus Sozialraumorientierung
- Sozialraumorientierung versus niederschwellige Angebote (Die Schwellen im Sozialraum absenken, nicht die der Hilfe-Angebote)
- Sozialraum versus besondere Schutzbedürfnisse: erforderliche Zwangsmaßnahmen, freiheitsentziehende Maßnahmen;

Birgt die Sozialraumorientierung eine Gefahr der »Verniedlichung« psychischen Leidens? Sind nicht doch auch »besondere Räume« im Sozialraum erforderlich?

Literatur

- BADURA A: Self-efficacy: The exercise of control. Prentice-Hall, New York 1997
- BECK U: Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp: Frankfurt/Main, 1986, 217
- BOERMA R, RICHTERICH B: Erfolgsgeschichten Psychose erfahrener Menschen. Wege zum kohärenten Lebensentwurf von Menschen mit Psychoseerfahrung. Masterthesis an den hochschulen Fulda und Wiesbaden im Masterstudiengang »Gemeindepsychiatrie«, Wiesbaden und Fulda 2008: 77 und 204
- DÖRNER K: Helfende Berufe im Markt-Doping. Paranus Verlag: Neumünster, 2008:

- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITS-
WESEN: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung, 34
- HINTE W: Kontraktmanagement und Sozialraumbezug. Zur Finanzierung von ver-
netzten Diensten. <http://www.uni-essen.de/issab/publik/kontrakt.htm>, Zugriff am
17.06.2008, S. 2
- JEHLE M: Psychose und souveräne Lebensgestaltung. Erfahrung von langfristig Betrof-
fenen mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007
- PEUKERT R et al.: Abmeldungen aus dem Betreuten Wohnen in Hessen wegen der
Ankündigung von Heranziehung zu Einkommen und Vermögen; Wirkungen und
Nebenwirkungen – Heilsame Konsequenzen. In: Sozialpsychiatrische Informaio-
nen 2/2009 (im Druck; die Folgestudie ist in Arbeit und kann angefordert werden:
peukert@sozialwesen.fh-wiesbaden.de)
- RICHTER D: Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störun-
gen in der Ära der Biowissenschaften. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2003
- ROTTER JB: Social learning and clinical psychology. Prentice-Hall, New York 1954
- WILLI J: Wendepunkte im Lebenslauf. Persönliche Entwicklung unter veränderten
Umständen – die ökologische Sicht der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart und
New York, 2007, S. 74

Kreativität offener Hilfen: die Meilensteine stehen lassen

Richard Auernheimer

In Heimito von Doderers Erzählung »Das letzte Abenteuer« (1953) erfahren wir, wie schwierig es ist, das Einfache zu bewältigen. Die Mühen der Ebene sind größer als alle Anstrengungen, das Gebirge zu überwinden, den dunklen Wald zu durchdringen und das Ungeheuer zu bezwingen. In der Ebene braucht man die Meilensteine. Jetzt kann man sich fragen, worin die vergleichbaren Mühen liegen, wenn wir heute auf das von der Psychiatrie-Reform erfolgreich bestellte Feld sehen. Was ist los, wenn die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) in der Einladung zur Tagung »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie« erschwerte Bedingungen für die regionale psychiatrische Grundversorgung feststellt?

Die Ideen sind eingeführt, die Akteure richtig aufgestellt. Leistungsträger und Leistungserbringer könnten in einer Art Verantwortungsgemeinschaft handeln. Da gibt es Probleme? Die APK dazu:

»Unter Berufung auf die Wettbewerbsfreiheit im Allgemeinen und das Vergaberecht im Besonderen wird die Qualitätssteuerung integrierter personenzentrierter Komplexleistungen zunehmend ersetzt durch Ausschreibungsverfahren für isolierte Einzelmaßnahmen, insbesondere für betriebswirtschaftlich interessierte Kundenkreise. Dies ist mit wachsenden Risiken für Bürger mit erheblichen psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden.« (AKTION PSYCHISCH KRANKE 2008)

Im Gesundheits- und Sozialwesen breiteten sich Privatisierung und vorrangige Orientierung an den wirtschaftlichen Zielsetzungen der Anbieter aus, heißt es. Neue Finanzierungsformen wie z. B. das Persönliche Budget stärkten zwar die Entscheidungskompetenzen einzelner Hilfeempfänger, aber sie begünstigten auch eine Zersplitterung der Angebote. »Wer übernimmt jetzt noch eine regionale Verantwortung für die Kontinuität der therapeutischen Begleitung, für nachgehende Hilfen bei Problemen, für die Einbeziehung des sozialen Umfelds, für Pflichtversorgung auch für Menschen mit Verhaltensstörung und besonderem Hilfebedarf?« (AKTION PSYCHISCH KRANKE 2008)

Die Krise

In der Ebene verlieren sich die Initiativen. Es gibt zu viele Wege nebeneinander. Wir sehen uns alleingelassen. Es liegt zu viel vor uns. Die Gleichzeitigkeit stört uns. Überall das Gleiche. Deshalb die Meilensteine. Die Psychiatrie hat die Reform der Hilfe für Menschen mit Behinderungen am weitesten betrieben. In keinem anderen behinderungsspezifischen Feld wurde die neue Idee so konsequent verwirklicht.

Ich bin dafür, dass die Dimension des Neuen beibehalten wird.

Als ich zu dieser Tagung eingeladen wurde, überraschte mich die kritische Sicht der eingetretenen Entwicklung. Noch sehen wir, dass die eigentlichen Inhalte der Personenzentrierung nicht umgesetzt sind. Die Menschen mit Erkrankung und Behinderung werden immer noch zu sehr geführt und betreut. Ihre Teilhabe ist eingeschränkt. Sie haben Glück, wenn sie einen Kostenträger finden, der sie loslässt. Die Angebote, die ihnen üblicherweise gemacht werden, sind nicht individuell passgenau. Sie sind nicht flexibel und integriert angelegt. Sie sind auch nicht zeitnah. Menschen mit Behinderungen sind auf Warten eingestellt. Es überrascht nicht, dass viele berichten, dass ihr Antrag auf Persönliches Budget in Ämtern liegen bleibt. Die Bearbeiter wissen sich nicht zu helfen. Sie lassen den Vorgang liegen, der ihnen Probleme bereitet.

Wir sollten uns dennoch nicht darauf einlassen, hier das Instrument der durch Verordnung oder Verwaltungsvorschrift vorschreibenden Verbindlichkeit von Verfahren einzufordern. Die Lösung zu finden, bedeutete Zeitverlust. Wir sollten dagegen darauf bestehen, dass die Verwalter den neuen Weg schneller für sich entdecken und ihn öfter nutzen.

Das Persönliche Budget ist der angemessene Entwicklungsschritt, der jetzt gemacht werden muss. Es hat im Vergleich zu bisherigen Leistungsformen große Veränderungen mit sich gebracht. Der Teilhabeberechtigte hat ein Initiativrecht. Er soll sich klar sein, welche Gestaltung ihm offensteht.

Unsere Wartezeit in den alten Bahnen brachte uns näher zur Gestaltungsverantwortung. Wir müssen die Möglichkeit nutzen, das Gewohnte zu verlassen.

Wir wollen mit den Menschen Teilhabe verwirklichen, Gleichstellung umsetzen und für sie Selbstbestimmung ermöglichen. Selbst in diesem Satz ist es entscheidend, ob wir »mit« oder »für« einsetzen. Unsere Gewohnheit lässt uns eher das »für« einsetzen. Wir arbeiten an den Zielen immer noch im Sinne des »für«, nicht im Verständnis des »mit«. Wir wollen etwas erreichen

für Menschen mit Behinderungen. Besser aber ist es, wenn wir es »mit« den Menschen mit Behinderungen erarbeiten, entwickeln und erleben.

Eine Gefahr besteht darin, dass wir ein Regelwerk vermissen, das die Gleichmäßigkeit der Leistungen zum Ziel hat. Der Verwalter der Leistungen setzt sich mit dem Verteilen besonders auseinander. Keiner soll mehr erhalten als der Andere oder als ihm zusteht. Das ist in Ordnung und dennoch der Anfang neuer Ungerechtigkeit. Unser Zuweisen muss offener sein. Wir müssen kreative Findigkeit einführen.

Die Kreativität offener Hilfen

Die Kreativität offener Hilfen legt eine andere Spur in das Gefüge des Notwendigen. Das jeweils Zugeteilte trägt den Fehler, dass es nie genügen kann. Das Gestaltete hat diese Schwäche nicht. Den angemessenen Umfang lernen wir im Gestalten.

Die Kreativität offener Hilfen will einen anderen Anspruch unterstützen, nicht den Anspruch, Anträge zu stellen und Bescheide zu erhalten.

Die scheinbare Sackgasse Eingliederungshilfe hat viele Türen ins Freie. Es ist konsequent, die notwendige Hilfeleistung zu definieren und sie dann dem zuzuordnen, der zuständig ist. Mit diesem Ansatz muss man sich ernsthaft auseinandersetzen. Das verlangt die technische Seite der Eingliederungshilfe. Nur so kommt man an den Maßstab der Beurteilung.

Aus der Sicht des kreativen Ansatzes habe ich nichts gegen die genaue Analyse.

Ich will sie sogar möglichst genau haben. Deshalb bin ich gegen Vorschläge wie das Bundes-Behindertengeld oder auch gegen Teilhabegeld. Es entstünden schnell neue Ansprüche und neue mit Anspruch ausgestattete Zielgruppen. Kreativität offener Hilfen kann erst entstehen, wenn die Voraussetzungen sehr genau geklärt sind. Ob und welche Leistung gebraucht wird, muss beantwortet sein.

Die Absicherung der Personenzentrierung im Pflichtenheft eines Verteilungsmaßstabs wird uns nicht weiterführen. Wir wissen dann zwar, was zugeteilt wird, aber nicht, was dem Einzelnen wirklich angemessen ist.

Die Personenzentrierung lässt sich nicht verwalten. Sie lässt sich in Akten führen, aber nicht von den Akten führen. Wir sollten uns davor hüten, das traditionelle Verfahren auf das neue Denken, nämlich die Hinwendung auf die Person, anzuwenden. Was wir machen können, hat nur eine Ähnlichkeit hinsichtlich der rationalen Anordnung von Informationen.

Die Kreativität offener Hilfen beansprucht die Umkehrung der Bearbeitungstiefe. Auch am Anfang genau – nämlich personenzentriert.

Hilfe nach Maß im Ziel und gestaltend offen, individuell, Selbstbestimmung herausfordernd. In der klassischen, tradierten Bearbeitung finden wir es anders. Am Anfang geht es ungenau los. Nichts geht leichter als der Weg ins Heim, oder in die Werkstatt für Menschen mit Behinderungen oder in eine andere Sondereinrichtung. Als wäre der soziale Fortschritt nur im Sonderangebot zu realisieren. »Was wollen Sie mit dem erwachsenen Sohn? Geben Sie ihn doch ins Heim!« Der Kostenträger kann immer noch so fragen. Und als ob der Kostenträger bereute, geht er dann genau und pedantisch vor. Eine umfassende Verwaltungskultur ist daraus entstanden.

Die Kreativität offener Hilfen will einen anderen Weg aufzeigen. Die Gestaltungserfahrungen aus offenen Hilfen müssen genutzt werden. Vieles ist dann möglich. Wir können individuell vorgehen. Nicht die typisierten Angebote von Einrichtungen – auf Hilfebedarfsgruppen bezogen –, sondern die Vielfalt der einzelnen Lösungen ist gefordert.

Aus dem Bestand könnten wir die neuesten Angebote entwickeln. Wir brauchen dazu nicht den Ordnungsgeber in dieser Rolle, wir brauchen ihn als politisch handelnden Akteur.

Die Stellungnahme der Sozialhilfeträger geht nur in eine Richtung. Nicht denkbar, lautete das Urteil. Auffällig freundlich applaudiert der vereinigte Lobbyismus der Anbieter dazu. Aber wenn wir unsere politischen Vorgaben für das Recht der Menschen mit Behinderungen, die UN-Konvention, das Grundgesetz, die Gleichstellungsgesetze, das SGB IX und XII ernst nehmen, dann dürfen wir nicht nur, dann müssen wir anders handeln als bisher. Dann müssen wir kreativ mit den »Teilhabegeben« umgehen.

Hilfeplanung muss sich in den Sozialraum hineindenken und -fühlen

Der Sozialraum (der dritte Sozialraum nach Klaus Dörner) umgibt uns. Es ist die Nachbarschaft. Nachbarschaft brauchen wir. Dort, wo sie kaum stattfinden kann, besteht Handlungsbedarf. Menschen müssen in der Nachbarschaft leben können. Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie scheint auf das Gefüge der Nachbarschaft zu passen. Sie gehören dazu. Aber nur fehlt die Realität. Die Befestigung des Netzes ist irgendwo.

Die Entdeckung des Mangels an Wirksamkeit von Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung soll uns nicht in das alte Ordnungssystem zurücktreiben. Wir haben Freiheiten zu verteidigen.

Das Denken muss sich an Teilhabe orientieren. Auch wenn der hochverdiente Klaus Dörner Probleme mit dem Begriff Teilhabe hat und lieber von Teilgabe spricht.

Teilhabe ist aktiver. Bevor wir »geben«, sollten wir lieber den Auftrag anerkennen, Menschen mit Behinderung teilhaben zu lassen, sie zur Teilhabe zu führen. Wir geben nicht, sondern lassen teilhaben, teilnehmen.

»Nichts über uns ohne uns!« Dies soll gelten. Die schöpferische Verbindung der einzelnen Wünsche gilt. Im Sozialraum finden wir die Vielfalt, so wie das Leben ist. Verknüpfungen, Möglichkeiten, Anreicherung, aus dem Nebeneinander eine Fülle von Chancen.

Die Kreativität offener Hilfen geht vom Einzelnen aus

Die Kreativität braucht Anregung. Anstoß und Impuls. Im Vergleich zur pragmatischen Erfahrung und Beweisführung muss sich die theoretische Beweisführung anstrengen. Kreativität offener Hilfen – das Thema entstand aus der Diskussion über die Chancen des Neuen. Dem Geregelteten die Offenheit gegenüberstellen.

»Ich gebe dann zwar immer noch, aber sozusagen ins Offene hinein, ohne Erwartung, dass etwas zurückkommt, was die Möglichkeit eröffnet, dass der Andere nicht auf die Rolle des ewigen Nehmers fixiert wird.« (DÖRNER 2007)

Kreativität offener Hilfen, z. B. Persönliches Budget

Die Offenheit kann sich nur am Konkreten verwirklichen. Sie würde uns nicht nützen, wenn sie keine Form findet, in der sie sich zeigt. Das Persönliche Budget ist ein gutes Beispiel. An ihm fällt auch auf, dass es nicht ohne Doppeldeutigkeit dasteht.

Die Ausgeglichenheit von Leistungsträger und Budgetnehmer führt dazu, dass beide Seiten ihr Interesse zeigen. Unmittelbar. Das Persönliche Budget soll verhandelt und vereinbart sein. Da gibt es keine Mindestwerte, wenn es ernst gemeint ist. Es wird nichts zugeteilt, wie eine Portion großzügiger Hilfe.

Im Persönlichen Budget gibt es eine verpflichtende Gestaltungsoffenheit. Dem Einzelnen muss es gerecht werden.

Das Persönliche Budget zu erhalten ist bisher die schwierigste Aufgabe. Dabei wurde das Persönliche Budget als Idee der Vereinfachung entwickelt.

Die Logik geriet schnell in Verdacht, so zielführend schien sie zu wirken. Die Vorsichtigen vermuten in ihm den Ansatz der Kostenträger, den »einfacheren« Weg zu wählen. Weniger Geld für die direkte, wirksame Hilfe.

Wenn Thorsten Becker (Name frei erfunden) zum ersten Mal eine Hilfeleistung erhält, obwohl er vorher dreißig Jahre lang einfach übersehen wurde, wird man sofort feststellen, dass hier der richtige Weg beginnt: Hilfe nach Maß. Das ist es, was Eingliederung fordert. Nicht mehr und nicht weniger. Nicht irgendeine pauschale Leistung, sondern das Angemessene. Die notwendige Hilfe in der Ausdrucksweise der Kostenträger, die angemessene Teilhabe, Selbstbestimmung eben.

Das Persönliche Budget soll durch die Leichtigkeit des Verfahrens gekennzeichnet sein. Davon sind wir noch weit entfernt. Nicht nur die geringe Zahl der Budgetnehmerinnen und -nehmer gibt einen Hinweis darauf, dass es Schwierigkeiten der Umsetzung gibt. Die Budgets werden noch aus der Gnade der Entscheider gewährt. Die Einfachheit des Persönlichen Budgets wird in komplizierten Verfahren versteckt. Da hat niemand Lust, an die Aufgabe zu gehen.

Bevor die Forderung kommt, auf die Wartezeit der Bearbeitung mit klaren Vorgaben einzuwirken, sollten wir überlegen, was uns bleibt, wenn wir die Gestaltungsfreiheit fest definieren und an die Kette legen. Die Verwaltung muss sich umstellen.

Entgegenkommen? Nein, gemeinsames Lösungsinteresse soll es sein.

Am Persönlichen Budget scheiden sich die Geister. Es wird auch nicht mehr lange dauern, bis die ersten feststellen, das Budget führe nicht weiter. Die Skeptiker haben dann bewiesen, was zu beweisen war: das Persönliche Budget muss auf wenige Fälle beschränkt sein.

Das Gegenteil ist der Fall. Das Persönliche Budget stellte den Ernstfall unserer hohen Ziele dar. Menschen mit Behinderungen sind gleichzustellen (Gleichstellung durchsetzen lautet das Ziel). Teilhabe ist zu verwirklichen und Selbstbestimmung zu ermöglichen. In der letzten Aufgabe sollen wir vorsichtig und umsichtig handeln, das trägt uns dieses Ziel auf.

Die Vision der bürgernahen Verwaltung. Hier ist sie möglich.

Das Budget ist eine Erfindung, die die Verwaltung in die Nähe der Bürgerinnen und Bürger bringen kann. Welche Verwaltung sollte das mehr für sich gelten lassen als die Sozialverwaltung. Die Sozialverwaltung hat Leistungen verteilt und sich dazu möglichst weit vom Bürger entfernt gehalten. Die Bürgerin und der Bürger mit Behinderung kann hier frei werden.

Kreativ sein: aus dem Sozialraum Ressourcen gewinnen

Die Personenzentrierung wird auch eine Sozialraum-Zentrierung sein. Den Einzelnen müssen wir im Sozialraum ernst nehmen. Er braucht aber erst den adäquaten Sozialraum, bevor wir weiter vorwärtsgehen. Der gesetzliche Anspruch bleibt Maßstab.

Teilhabe gestalten, nicht verwalten. Es ist richtig, offenen Hilfen eine bestimmte Qualität zuzuschreiben. Kreativität zeichnet sie aus. Aber es ist nicht nur die Eigenschaft, die ich den offenen Hilfen zuschreibe, sondern gleichzeitig ein Auftrag. Offene Hilfen lassen sich nicht verwalten wie Gebühren oder Genehmigungen. Die rechtlichen Beziehungen sind nicht anders, aber sie müssen anders gestaltet sein.

Der Rückgriff auf Regelungen steht im Widerspruch zu der geforderten Kreativität. Alles, was an Standard und Einheitlichkeit vermisst wird, sollte durch Qualifizierung zum besseren Umgang mit den Instrumenten, nicht durch administrative oder gar gesetzliche Vorschrift geschaffen werden. Die Ungeduld, die wir empfinden, ist verständlich, aber sie darf nicht dazu verleiten, den alten Instrumentenkasten zu öffnen und wieder zu benutzen.

Die Parabel der Kreativität

Ich erlebte, dass es nicht ganz einfach zu verstehen ist, was Kreativität offener Hilfen im Zusammenhang mit der Diskussion über die weitere Reform der Psychiatrie zu tun hat. Die Relevanz der Kreativität konnte ich zunächst nicht belegen. Die Praktiker dachten, denken ganz anders. Bedrückt von der Sparsamkeit der Einfälle bei den Verwaltungen befürchteten viele, dass die Psychiatriereform im Alltag stecken bleibt. Nichts scheint mehr zu gehen. Das stimmt zwar nicht, aber das Abwarten ermüdet, der Beginn neuer Ansätze dauert.

Von der Kreativität ist zuerst einmal nirgends eine Spur zu finden.

Kreativität fiel mir als Titel meines Beitrags ein, als wir über die Stagnation sprachen, die zurzeit zu herrschen scheint. Die offenen Hilfen haben so vielfältige Lösungen gebracht. In den Institutionen gab es dazu im Vergleich nur wenige Veränderungen. Offene Hilfen differenzierten das ambulante Geschehen. Es könnte so viele Teilhabeformen wie Menschen in den offenen Hilfen geben.

Die Kreativität offener Hilfen ist abstrakt, auf den ersten Blick, aber in der Wirklichkeit ein Leistungsversprechen. Ich finde das, was du brauchst.

Wir machen das, was dir hilft. Auf das dialogische Verhältnis zwischen den Menschen mit Behinderung, den Angehörigen und den Professionellen kommt es an. Das Dreieck des Dialogs löst das Dreieck der Kostenträger-Anbieter-Hilfsempfänger-Konstruktion ab.

Thorsten Becker ist in der neuen Situation vor allem Nachbar. In der Hilfsempfängersituation blieb er anonym. Jetzt hat er einen Namen.

Die Vielfalt zu entdecken, sie zu nutzen, sie zu verstetigen, das entspricht dem Charakter der offenen Hilfen. Ob Betreutes Wohnen, Persönliche Assistenz oder Teilhabe am Arbeitsleben – die Menschen sind in anderer Weise einbezogen, wenn sie ihre Selbstbestimmung verwirklichen. Wer wohnt, ist nicht Bewohner, wie auch Klaus Dörner feststellt.

In der offenen Hilfe finde ich Unabhängigkeit, Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung. Der Erwachsene kann er selbst sein.

Die Kreativität offener Hilfen will bewiesen werden. Im Unterschied zur Katalogware der Einrichtungen lassen sich in der offenen Hilfe Betroffene wie die von ihnen akzeptierten Betroffenen auf ein Neues ein. Was sie vereinbaren, gab es vorher in dieser Form nicht. Jede einzelne Bedingung muss dem Einzelnen entsprechen. Die offene Hilfe ist in Wirklichkeit allein personenzentriert.

Die Akteure im Sozialraum haben Ideen. Sie haben Erfahrungen.

Sie haben Mut zu neuen Lösungen. Lassen wir sie handeln! Auf die Meilensteine der Psychiatrie-Reform aufmerksam machen, das sollten wir.

Literatur

AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Programm für die Tagung »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie« am 03. und 04. November 2008. Bonn 2008

DÖRNER K: Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Paranus Verlag: Neumünster, 2007: 120

Seelische Gesundheit in den Quartieren/Stadtteilen – Prävention und Zugang zu Hilfen in Bremen-Tenever

Joachim Barloschky

Ich berichte Ihnen über einen benachteiligten Stadtteil und die Arbeit/Möglichkeiten des Quartiermanagements für die seelische Gesundheit durch Prävention und die Schaffung von Zugängen zu Hilfen für und mit den BewohnerInnen.

Ich werde kurz das Quartier Bremen-Tenever und seine Situation beschreiben und dann erstens über die Bedeutung der Partizipation der Stadtteilm BewohnerInnen in allen Angelegenheiten ihres Kiezes und ihrer Lebensbedingungen sowie zweitens über die Bedeutung der sozialen Netzwerke in einem solchen Quartier berichten. Abschließend gibt es noch Schlussfolgerungen.

Aber entscheidend zu wissen ist, dass wir uns nicht speziell an »seelisch Kranke« wenden, nicht speziell an die »Versorgung/Ermöglichung« für psychisch Kranke/Psychiatrieerfahrene denken und handeln –, sondern dass wir uns an das gesamte Gemeinwesen wenden: an alle BewohnerInnen!

Wir wenden uns also nicht explizit an die gestern, heute oder morgen psychisch Kranken, um präventiv zu wirken und Zugänge zu Hilfen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern – aber die seelisch Kranken sind eben »normaler Bestandteil« des Gemeinwesens. Und um diese »Daseins(vor)sorge im Sozialraum« soll es ja in unserem Symposium gehen.

Ausgangslage und Besonderheiten

Wenn Sie das Luftbild des (alten) Tenever-Hochhausviertels sehen, werden manche einen Schreck bekommen und wahrscheinlich zu dem Schluss kommen, dass man dort ja seelisch krank werden »muss«. Dabei wissen wir doch, dass Architektur und Städtebau nicht die Ursache für seelische Erkrankungen sind, sondern ggf. die Situation verschärfen oder erleichtern können. Also seien Sie erst einmal ganz unbesorgt: In Tenever sind wir so wie überall auf der Welt, wie in Kassel, Gifhorn, Berlin oder wo auch immer: wir lachen und weinen, wir lieben und hassen, wir hoffen und verzweifeln, sind apathisch oder voller Power – wir sind wie Sie.

Aber wir haben fünf Besonderheiten:

1. *Tenever ist hoch*

Tenever ist eine Hochhaussiedlung der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts.

Das ist für Bremen untypisch. Bis zu 8000 Menschen leben in diesen Sozialwohnungen. Und auch wenn die Architekten und Planer »Urbanität durch Dichte« versprochen, so kann man heute feststellen, dass diese Trabantenstadt eine städtebauliche Sünde war/ist. Oder wie der Dichter Christian Morgenstern sagt: »Der Architekt jedoch entfloh/nach Afri- od Americo.«

Die Planer/innen (übrigens die bundesweite »Creme de la Creme«, denn Tenever war ein Demonstrativbauvorhaben, das von der damaligen Bundesregierung gepusht wurde) hatten *die gesellschaftliche Entwicklung nicht richtig antizipiert*: weder *demographisch* (man ging von einem Wachstum Bremens auf 800 000 Einwohner/-innen aus, dabei verlor Bremen seit dem Baubeginn nahezu 200 000 Bewohner/-innen. Auch dass Deutschland ein Einwanderungsland wurde, wurde nicht berücksichtigt!) noch *sozial* (Massen- und Dauerarbeitslosigkeit; Zunahme der Armut, verschärfte Segregation, die Spaltung von Stadt und Gesellschaft in arm und reich). Und auch vom *Wertewandel* (kultureller Aufbruch »1968«, »small is beautiful«, Bestandsmodernisierung und -pflege statt Beton und Gigantomanie) hatten die Planer(innen) nichts mitbekommen.

Und schließlich: Auch wenn Wohnen ein Menschenrecht ist – Wohnungen sind eine normale Ware. Die Häuser gehörten Immobiliengesellschaften – und die haben »Monopoly« gespielt. Ganze Straßenzüge wurden gekauft und verkauft und gekauft und wieder verkauft: Es ging immer um Gewinne – und die Bewohner hatten darunter zu leiden, dass die Wohnungsunternehmen zum Großteil kein besonderes »bürgerschaftliches Engagement« zeigten. Sie vernachlässigten die notwendigen Instandhaltungsmaßnahmen, Modernisierungen und Wohnumfeldverbesserungen.

So kam es schon nach wenigen Jahren zu einem desolaten Zustand, großen Leerständen und Fluktuation sowie einem sehr schlechten Image.

Glücklicherweise hat die Stadt Bremen unterstützt durch bürgerschaftliches Engagement vor Ort vor vier Jahren eine Korrektur (Stadtumbau West) eingeleitet. Durch Kauf der meisten Gebäude wurde eine städtebauliche Sanierung des Quartiers eingeleitet, die Rückbau und Modernisierung der Blöcke vorsieht. Und die Bewohner sind aktiv beteiligt.

By the way: hier erkennt man wie wichtig es ist, dass Wohnungsgesellschaften städtisch bleiben – sonst bestimmen immer mehr die »Heuschrecken« über die Wohnquartiere mit all den bitteren Erfahrungen für die Mieter *und* die Stadt.

2. *Tenever ist jung*

Es ist eines der kinderreichsten Quartiere in Bremen, ein Drittel der Bewohner/-innen ist unter 21 Jahren – und das in einer schrumpfenden und älter werdenden Gesellschaft. Hier wächst ein Teil der Zukunft Bremens heran – und der Sozialversicherungssysteme. Nur leider haben Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft nicht solch eine Lobby wie Investoren.

3. *Tenever ist international*

Im Ortsteil Tenever haben Menschen aus 80 Ländern der Welt ihre Heimat gefunden. Über 40 % sind Ausländer (im Hochhausquartier liegt er über 60 %; bei den Kindern und Jugendlichen ist der Anteil noch deutlich höher), ca. 25 % sind Aussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten; also 70 % der Bewohner im Ortsteil haben einen Migrationshintergrund.

Es gibt ein gewöhntes internationales (Nebeneinander-)Leben; und immer mehr auch, bei den Kindern selbstverständlich, wunderbares Zusammenleben.

Wir fragen nicht »Wer integriert hier wen in was?«. Wir sagen: »Wir leben im internationalen Tenever – und das ist die Zukunft!«

Trotzdem verlangt diese Internationalität eine erhebliche Integrationsleistung: Fremdheit zwischen den Kulturen muss abgebaut, die Integration (Sprache, Arbeit, Rechte) gefördert werden. Und da ist jahrzehntelang zu wenig getan worden.

In direktem Zusammenhang mit den erst genannten Besonderheiten (hoch, jung, international) sehe ich die vierte Besonderheit Tenevers (und fast aller Großsiedlungen in [West]Deutschland):

4. *Tenever ist arm.*

Hier konzentrieren sich materiell und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Über 40 % der Einwohner sind – bedingt durch Arbeitslosigkeit oder auch Krankheit – auf staatliche Transferleistungen im Ortsteil Tenever angewiesen. Bei uns verhungert niemand; wir haben (noch) einen Sozialstaat – aber am gesellschaftlichen und kulturellen Reichtum unseres Landes haben ALG II-Bezieher nur sehr bedingt Anteil.

Es ist eigentlich ein gesellschaftlicher Skandal, dass in diesem reichen Land mit immer mehr Millionären und Milliardären Kinderarmut zunimmt. So leben in meiner Stadt Bremen 26,8 % aller Kinder unterhalb der Armuts-
grenze (bis zu 60 % des Durchschnittseinkommens); in Tenever sind es weit über 60 % aller Kinder. Und Langzeitarbeitslosigkeit/Armut hat dramatische

Auswirkungen auf die menschlichen Lebensbedingungen. Zum Beispiel auf die Gesundheit und auf die Bildung. Arme Männer sterben über sieben Jahre eher als im Durchschnitt. Die OECD-Studie PISA hat deutlich gemacht: Deutschland ist Weltmeister der sozialen Selektion bei den Bildungschancen, also auch dem späteren Lebensweg/Karriere. Wer aus einer Migrations- oder Arbeiter- bzw. Arbeitslosenfamilie kommt, besucht deutlich seltener die höheren Schulen oder gar Universitäten.

Vor diesem Hintergrund der Spaltung der Städte hatte der große deutsche Dichter Bertolt Brecht bereits vor fast 80 Jahren formuliert:

»Die große Decke

Der Gouverneur, von mir befragt, was nötig wäre

Den Frierenden in unsrer Stadt zu helfen

Antwortete: Eine Decke, zehntausend Fuß lang

Die die ganzen Vorstädte einfach zudeckt.«

Exkurs – Das Programm »Wohnen in Nachbarschaften«

Ich bin froh und stolz, dass in meiner Stadt Bremen die Probleme der Vorstädte wie Tenever nicht »zugedeckt« und ignoriert werden. Als langjähriger Bewohner Tenevers und Quartiersmanager des Amtes für Soziale Dienste leite ich ein ressortübergreifendes Quartiersmanagement-Team, das sich diesen Herausforderungen stellt.

Grundlage ist das Programm *WiN – Wohnen in Nachbarschaften*, das der Bremer Senat mit allen sieben Ressorts für die benachteiligten Quartiere/Ortsteile aufgelegt hat. Dieses Programm wird ergänzt um das bundesweite Investitionsprogramm »Soziale Stadt« für – wie es euphemistisch ausgedrückt wird – »Quartiere mit besonderem Erneuerungsbedarf« und das EU-Programm »LOS«. Damit verfügt Tenever über ein Quartiersbudget von ca. 350 000 Euro jährlich.

Das Programm WiN ist Teil einer langfristig angelegten, integrierten Stadtentwicklungspolitik der Stadtgemeinde Bremen. Das Programm Wohnen in Nachbarschaften ist Antwort auf:

- die zunehmende gesellschaftliche Spaltung in arm und reich (und die damit einhergehenden Segregationsprozesse)
- die sich daraus ergebende Notwendigkeit der nicht nur städtebaulichen Korrekturen in den benachteiligten Gebieten
- die wachsende Distanz zwischen Politik/Verwaltungsprofis und dem realen Leben und Stimmungen in der Bevölkerung

- den wachsenden Bedarf nach Partizipation und bürgerschaftlichem Engagement

Herauskristallisiert hat sich in nunmehr fünfjähriger Praxis (mit dem Vorläufermodell »Nachbesserung von Großsiedlungen«: 15 Jahre), dass dezentrale Ressourcenverteilung und neue Formen des Bürgerengagements möglich, sinnvoll und erfolgreich sind.

Rahmendaten, Prinzipien und Handlungsfelder des Programms WiN

Der Bremer Senat hat dieses Programm für den Zeitraum von 1999–2004 aufgelegt, um zehn benachteiligten Quartieren und ihren Bewohnern eine Verbesserung ihrer Lebens-, Wohn- und Alltagssituation zu ermöglichen. Das Programm wird wegen seines Erfolgs trotz der großen Haushaltsnotlage des Bundeslandes Bremen leicht modifiziert bis 2010 fortgesetzt.

Für Tenever steht jährlich ein Budget von ca. 350 000 Euro (aus WiN, Soziale Stadt und LOS) zur Verfügung, über das alle Akteure des Quartiers, also auch die Jugendlichen, nach dem Konsensprinzip selbst entscheiden.

Es werden damit keine Regelaufgaben finanziert, sondern nur zusätzliche Verbesserungsprojekte.

Denn die Finanzierung (zwischen 500 Euro und 150 000 Euro) der Projekte erfolgt aus dem Quartiersbudget (350 000 Euro) Und darüber entscheidet die Stadtteilgruppe Tenever – und zwar im Konsens.

Das heißt: Alle Beteiligten haben ein Veto-Recht.

Wenn einer der Beteiligten, ein Vertreter der Verwaltung, des Parlaments, oder aber eben auch ein Bewohner sein Veto einlegt, dann wird das Geld nicht zur Verfügung gestellt.

Wir haben also die originären Rechte der Politik (Haushaltssouveränität), der Wohnungsgesellschaften (geschütztes Privateigentum), der Verwaltung (Gesetze, Verwaltungsvorschriften) ergänzt um das Veto-Recht der Hauptbetroffenen (bzw. Nutznießer) aller Maßnahmen, der Bewohner.

Dies hat auch den Vorteil, dass die Projekte äußerst kostengünstig werden, denn niemand ist so sparsam wie die Bewohner.

Die Prinzipien:

- Das Programm ist ressortübergreifend.
- Das Programm lebt von public-private partnership, insbesondere durch Einbeziehung der Wohnungsgesellschaften.

Nach dem Prinzip der Grund- und Ergänzungsfinanzierung können

WiN-Projekte mit bis zu 50 % der Gesamtkosten gefördert werden, wenn die Grundfinanzierung sichergestellt ist. Hierdurch wird der Einsatz von Drittmitteln sowie die Mittelbündelung in hohem Maße befördert. Für Tenever hat eine Programmbilanz ergeben, dass ein Euro aus WiN-Förderung rund sechs Euro Drittmittel nach sich zieht.

- Alle Maßnahmen sollen zu einer Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements beitragen.
- Es werden Quartiersbudgets gebildet.

Die Mittel werden in erster Linie eingesetzt in folgenden *Handlungsfeldern*:

- Wohnungsbestand und Neubau (u. a. Wohnumfeldverbesserung)
- Städtebau (u. a. Verbesserung der Infrastruktur)
- Wirtschaftliche Effekte und Ökonomie (eine der wichtigsten Punkte für die Quartiere, aber bisher am schwierigsten und nur bei wenigen Projekten realisiert)
- Bildung, Qualifizierung und Beschäftigung (bedeutsam für die Menschen in den Quartieren mit ihrem geringeren Qualifikationsniveau und der überdurchschnittlichen Arbeitslosigkeit; die meisten Maßnahmen allerdings im Bereich des zweiten Arbeitsmarktes)
- Gemeinwesenbezogene Prävention und Integration (die meisten Projekte sind in diesem Bereich angesiedelt)
- Soziale und kulturelle Netzwerke und Förderung von Eigeninitiative und Selbstorganisation

Nun könnte man vermuten, dass die Ministerien, die Planer aus der Stadt ein ganzes Maßnahmenbündel zusammenstellen – und umsetzen. Aber die Bremer Verwaltung war so klug (die engagierte Bewohnerbewegung hatte das auch eingefordert) zu berücksichtigen, dass schließlich die Bewohner des Quartiers die Betroffenen aller Maßnahmen sind. Deshalb sollten sie entscheidende Beteiligungsmöglichkeiten und Mitbestimmungsrechte erhalten.

Die Bewohner/-innen sind die Experten ihres Lebens und ihres Wohnquartiers. Sie sind nicht Objekte der Verwaltung, sondern Subjekte mit eigenen Vorstellungen und Engagement.

Ich komme damit zur fünften Besonderheit Tenevers.

5. Tenever ist engagiert, vernetzt und aktiv

Wir haben viele (aber ehrlich gesagt immer noch viel zu wenige) engagierte BewohnerInnen und Bewohnergruppen, aktive, vernetzte, nach dem Arbeits-

prinzip Gemeinwesenarbeit agierende soziale Initiativen und Einrichtungen und die »Stadtteilgruppe Tenever«.

Das zentrale Ergebnis dieser fünften Besonderheit ist die umfassende Sanierung Tenevers (Pilotprojekt Stadtumbau West). Ein Drittel der heruntergewirtschafteten Hochhausblöcke wurde abgerissen. Der Großteil der verbliebenen Blöcke wurde tipptopp saniert (Wärmedämmung, neue Fenster, neue Eingangsbereiche, in den Wohnungen neue Bäder und Küchen etc.). Hinzu kamen städtebauliche Maßnahmen und eine wunderbare Freiflächengestaltung. Nunmehr menschenwürdige Wohnbedingungen wurden geschaffen (was nicht heißt, dass es keine Probleme mehr gibt; die Dramen durch Armut, Ausgrenzung, nahezu rechtloser Lage der Flüchtlinge etc. sind geblieben).

Dieses Ergebnis ist u. a. die Konsequenz aus Aktionen, Demos, Petitionen, Einladungen an Verantwortliche, Lösungsvorschlägen der BewohnerInnen etc. Es ist das Ergebnis des Engagements vieler Akteure und ihres Zusammenwirkens in der Stadtteilgruppe Tenever.

Eine für viele dabei gesammelte Erfahrung: *Selbstwirksamkeit*. Man rennt nicht nur gegen Wände und Gummiwände, man muss nicht nur (er)leiden – man kann sich wehren, verändern, beeinflussen! Man ist was wert. Man schafft was. Womit hängt das zusammen? Welche Rolle spielt oder kann das Gemeinwesen spielen?

Die Rolle und Bedeutung der BewohnerInnen/NutzerInnen – Beteiligung im Stadtteil/im Quartier Tenever

Die Stadtteilgruppe Tenever gibt es seit 1989. Sie ist ein öffentliches Forum, das sich alle sechs Wochen (*153 Sitzungen bis heute*) trifft. Es treffen sich alle, denen Tenever am Herzen liegt, die hier leben, arbeiten oder Verantwortung für das Gemeinwesen haben:

- Interessierte Bürgerinnen und Bewohnergruppen – sie sind die Hauptakteure, die Experten ihres Lebensumfeldes.
- Die Wohnungsgesellschaften – gilt doch die Wohnung als »dritte Haut« des Menschen und ist von zentraler Bedeutung für Lebensqualität.
- Vertreter der sozialen, kulturellen Gesundheits- und Bildungseinrichtungen sowie der Kinder- und Jugendhilfe
- Die Gewerbetreibenden – in Tenever gibt es jedoch nur wenige Geschäfte und Ärzte sowie einige Imbisse, die alle unter der geringen Massenkauflkraft des Quartiers leiden.

- Die Politik – Mitglieder des Kommunalparlaments (Beirat Osterholz) sowie ein bis zwei Mitglieder der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) nehmen an den Sitzungen teil.
- Vertreter der öffentlichen Verwaltung (Polizei, Stadtgrün, Stadtplanungsamt, Amt für Soziale Dienste, Ortsamt)

Geschäftsführung dieser Stadtteilgruppe ist das Quartiersmanagement (Projektgruppe Tenever), das die Stadt Bremen vorhält. An diesen öffentlichen abendlichen Sitzungen nehmen ca. 60–120 Menschen teil, davon jeweils 35–60 % Bewohner/-innen.

Sitzungsthemen

Die ersten anderthalb Stunden findet der »*Quartiersdiskurs*« statt. Das ist kein »professioneller«, gar wissenschaftlicher Diskurs –, sondern das Leben selbst: Es geht um die brennenden Probleme des Quartiers; Ideen, Anfragen, Forderungen, Wünsche, z. B.

- drohende Schließung einer Stadtteilbibliothek oder des Hallenbades,
- Dreck vor dem Hochhaus oder Ärger über zu hohe Mieten,
- Ärgernisse im Zusammenhang mit Alkohol und illegalen Drogen,
- Berichterstattung über das Quartier in den Medien,
- Jugendliche kommen auf ihren Skates in die Sitzung gefahren und fordern eine Skateranlage ein
- oder ausländische und deutsche Frauen und massenhaft Jugendliche setzen sich für ihre »Halle für Bewegung« ein.

Jede und jeder, gerade die Bewohnerinnen und Bewohner können ansprechen, was sie bewegt – und die Ansprechpartner, z. B. die öffentliche Verwaltung oder die Wohnungsgesellschaft sitzen mit am Tisch. So werden

- schnelle Lösungen gefunden oder
- Argumente für andere Sichtweisen verdeutlicht oder
- es entwickeln sich sogar mittelfristige Projekte daraus.

Und es entwickeln sich Stimmungen; ein gemeinsamer, generationen-übergreifender Quartiersblick! *Das Quartier bekommt über den Diskurs eine öffentliche, in der ganzen Stadt hörbare Stimme.*

Im zweiten Teil der Stadtteilgruppensitzungen wird die Sanierung umfangreich diskutiert und Probleme bei der Umsetzung thematisiert (Um-

zugsmanagement; was wird aus den durch Abriss frei gewordenen Flächen; Korrekturen der Sanierungsplanung; Schaffung von Gemeinschaftsräumen etc.). Es geht um neue *Verbesserungsprojekte* für das Quartier. Sie werden vorgestellt, diskutiert und verändert – und Finanzmittel aus dem gemeinsamen Quartiersbudget zur Verfügung gestellt.

Die Projekte werden – basierend auf der Basis des Quartiersdiskurses – beantragt von Ämtern oder Wohnungsgesellschaften oder sozialen Vereinen oder Schulen oder eben Bewohnern bzw. Bewohnergruppen und auch Jugendgruppen. Allein in den letzten sieben Jahren wurden ca. 380 große oder kleine Projekte initiiert und auch beschlossen, z. B.

- ein Kinderbauernhof für diese kinderreichste Betonsiedlung
- Deutsch-/Alphabetisierungskurse vor allem für Migranten
- Ausbau des öffentlichen Hallenbades mit einem zusätzlichen Becken für Eltern mit kleinen Kindern
- ein gemeinnütziges Internet-Café
- Renaturierung eines Baches durch Schulklassen
- Einrichtung von Conciergen (Pförtnern) in Hochhäusern mit mehr als 100 Wohneinheiten. Hier finden gerade ältere Arbeitslose eine sinnvolle, wohnortnahe Beschäftigung (allerdings fast nur über den 2. Arbeitsmarkt) und erbringen Serviceleistungen für die Bewohner und stärken die objektive und subjektive Sicherheit
- Durchführung von Seniorentreffen, auf denen die Senioren ihre Anforderungen an das Wohnquartier benennen (z. B. Bau einer Ampel um sicherer über die Straße zu kommen, Proteste gegen Altersarmut)
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen der Jugend (selbst organisierter Kraftsportraum für ca. 60 Jugendliche)
- der Bau einer gläsernen Polizeiwache im Einkaufszentrum Tenevers mit ganz bevölkerungsnah arbeitenden Quartierspolizisten
- die Schaffung eines Mütterzentrums und eines Frauengesundheitstreffpunktes
- Aktivitäten der Interkulturellen Werkstatt (mit Orientierung auf die Schaffung von Arbeitsplätzen auf dem 2. Arbeitsmarkt für TeneveranerInnen, aber eben auch Aktivitäten gegen Rassismus und Armut)
- Schaffung von Internationalen Gärten/Grabeland
- Umgestaltung von Spielflächen für Kinder und Jugendliche
- Integration durch Sport, familienorientiertes Arbeiten in den Kindergärten, Unterstützung von Musikgruppen, Kulturevents und Feste usw.

Voraussetzung all dieser Projekte ist eine aktive Bewohner- und Nutzerbeteiligung. Und vor allem setzen solche Projekte viel bürgerschaftliches Engagement frei.

Und das ist ja auch ein Hauptziel des Programms WiN – Wohnen in Nachbarschaften: dass die Menschen sich für öffentliche Belange interessieren (nicht nur bei Wahlen alle vier Jahre), sich einmischen in ihr Gemeinwesen, (Selbst-)Verantwortung übernehmen, sich für ihre Interessen einsetzen.

Man kann es auch kurz zusammengefasst so sagen

1. Ernstnehmen der Leute – aller!
2. Rechte geben (Mittelvergabe)!
3. Verändern! (durch Projekte)

Projektbeispiele – zur Prävention und zur Erleichterung des Hilfezugangs

- Der Kinderbauernhof, entstanden aus einer Initiative von BewohnerInnen und an der Arbeit pädagogisch Interessierten, ist ein schönes Naherholungsgebiet für die Hochhausbewohner und bietet ehemals, aktuell oder zukünftig seelisch Kranken einen Raum für ruhige, »sichere«, Beziehungen zu Mensch, Tier und Natur. Das Erholungsgebiet bietet für die Kinder in diesem kinderreichsten Quartier, aber eben auch für Erwachsene Möglichkeiten, Verantwortung zu übernehmen und für manchen ehrenamtliche oder beschäftigungswirksame sinnvolle Arbeit.
- Die interkulturellen Gärten sind ebenfalls aus einer – vorwiegend – migrantischen Bewohnerinitiative entstanden; und zwar schnell: Nach einem Auftritt von zehn BewohnerInnen auf der Stadtteilgruppe mit dem Wunsch, Grabeland zu erhalten. Nach einem halben Jahr und mit etwas finanzieller und organisatorischer Hilfe der Stadtteilgruppe pflanzen nun schon seit fünf Jahren 45 Familien, russische, türkische, kurdische, polnische, deutsche, marokkanische, libanesische etc. auf je 150 qm ihre Nutzpflanzen an, helfen sich gegenseitig, lernen und leben Interkulturalität. Haben sinnvolle Betätigung (gerade Arbeitslose und Alte) und sparen Geldausgaben für Gemüse etc.
- Der Frauengesundheitstreff bietet nur für Frauen wichtigste Hilfestellungen und Unterstützung; natürlich in gesundheitlichen Fragen, aber auch in allen Fragen des Wohlbefindens; z. B. mit Alphabetisierungskursen und dem monatlichen Frauenbadetag in unserem Hallenbad. Das ist

gerade für unsere muslimischen Frauen eine wunderschöne Entwicklung.

- Die Seniorenwerkstatt organisiert nicht für die Senioren, sondern mit ihnen Programm, Aktivitäten, das »älteste Seminar Bremens« und einmal im Jahr das große Seniorentreffen aller Alten – immer mit spannenden Themen.
- Besonders möchte ich hier erwähnen das Café »Abseits«. Es ist hervorgegangen aus einer Initiative ehemaliger Drogen- und Alkoholabhängiger. Durch ihr Mitwirken in der Stadtteilgruppe erhielten sie mehrmals leer stehende Wohnungen als Treffpunkt, gestalteten sich ihr Café und wirken hilfreich und durch die eigenen Erfahrungen häufig glaubwürdiger in der Präventionsarbeit. Heute sind sie ein Treffpunkt, getragen von Ehrenamtlichen und 2. Arbeitsmarkt-Beschäftigten, für viele »Einsame«, Verarmte, und ehemalige oder aktuell Suchtkranke. Es gibt eine Waschmaschine, praktische Hilfen, Spritzenautomaten und eine Nebenstelle der »Bremer Tafel«. Sie können sich denken, dass es in der Stadtteilgruppe durchaus Diskussionen gab, als es um die Finanzierung der Betriebs- oder Umbaukosten aus unserem Quartiersbudget gab: »Geld für die Säufer?« – und trotzdem Konsens in der Stadtteilgruppe nach dem Auftreten der Akteure in der Stadtteilgruppe. Denn es sind »unsere« Leute, unsere Bewohner – und sie haben ein Recht auf Würde und Hilfe!
- Außerdem haben wir eine Schwerbehinderteninitiative »Handycap«; die einzige Selbsthilfeorganisation in Bremen auf Quartiersebene. Hier gibt es u. a. EDV-Kurse für Schwerbehinderte, demnächst die erste Disco für Behinderte und Nicht-Behinderte.
- Für die Bewohner mit am bedeutsamsten war es, dass es uns vor einem Jahr gelungen ist, einen Aldi im Hochhausviertel anzusiedeln – so etwas ist existenziell.
- Und natürlich Feste und Aktionen (wichtig für Begegnungen, das Image, Fremdheitsabbau zwischen den verschiedenen Kulturen etc.).

Zentrale Rolle der Sozialen Einrichtungen und Initiativen

Eine ganz wichtige Rolle spielen die sozialen Einrichtungen und Initiativen – als Unterstützer der BewohnerInnen, Anlaufstellen, »Raumgeber« (im doppelten Sinn) und als Kommunikationszentren.

Sie haben konkrete gesellschaftliche oder staatliche Aufträge, sollen Angebote für die BewohnerInnen, spezielle Zielgruppen, für Einzelne vorhalten.

Sie bieten Beratungen an, betreuen und erziehen Kinder in Kindergärten, Spielhäusern, Schulen, bei sozialen Einrichtungen wie dem Mütterzentrum oder dem Haus der Familie etc. Sie leisten also Einzelfallhilfe oder soziale Gruppenarbeit – und sie arbeiten zusammen im Interesse des Quartiers.

Dazu haben wir vor 35 Jahren den Arbeitskreis Tenever gebildet. Er ist eine Selbstorganisation der sozialen, schulischen, kulturellen und gesundheitlichen Einrichtungen freier und öffentlicher Träger. Der Arbeitskreis trifft sich monatlich, bildet immer für ein halbes Jahr eine kleine Vorbereitungsgruppe aus zwei, drei Einrichtungen, die die Sitzungen leitet und protokolliert und die Geschäfte in diesem Zeitraum führt.

Zielstellung des Arbeitskreises Tenever ist: Gegenseitige Information, Kooperation, sozialpolitische Einmischung – und das alles mit dem Blick auf das Gemeinwesen. Alle Einrichtungen arbeiten (mehr oder weniger stark ausgeprägt) mit dem *Arbeitsprinzip* Gemeinwesenarbeit.

Zusätzlich zu dem alle Einrichtungen zielgruppenübergreifend erfassenden Arbeitskreis Tenever haben wir weitere zielgruppen- oder thematisch orientierte Arbeitskreise gebildet: Arbeitskreis Kinder, Arbeitsgruppe (AG) Frauen, AG Beschäftigung, AG Sexueller Missbrauch, AG Jugend.

Was sind besonders niedrigschwellige Einrichtungen, die für Prävention und Hilfen, die für die »Seelische Gesundheit im Gemeinwesen« besonders wichtig sind?

- Kitas – besonders, wenn sie familienorientiert arbeiten. Hier werden die Eltern erreicht, die jeden Tag »ihr Bestes«, ihre Kinder vertrauensvoll abgeben. Über dieses Vertrauen erfahren die Kita-MitarbeiterInnen vieles – und können unterstützen, Krisenintervention betreiben, weitervermitteln, selbst Angebote für die Eltern unterbreiten etc.
- Das Arbeitslosenzentrum/Café Abseits mit Bremer Tafel. Das ist existenziell. Hier bekommt man kostenlos Beratung zu den ALG II-Bescheiden, Widersprüche werden bei Bedarf geschrieben, Beratung (ggf. Begleitung) zu Ämterentscheidungen, aber auch kulturelle und Freizeitangebote werden vorgehalten und in der Stadtteilarbeit mitgemischt.
- Bewohnerselbstorganisationen: Sie wirken im Quartier. Ihre Entstehung geht auf Bewohneraktivitäten zurück; auf Selbstorganisation. Neben dem Bewohnertreff Tenever (eine Art Mieterinitiative, die sich in die Quartiersentwicklung aktiv einmischt, und gerade einen »Umsonstladen« ehrenamtlich aufgemacht haben) sind hier insbesondere zu erwähnen: die Interkulturelle Werkstatt Tenever und das Mütterzentrum Osterholz-Tenever.

Diese beiden Einrichtungen haben sich im letzten Jahr durch aktive moralische, politische und finanzielle Unterstützung der Stadtteilgruppe aus aktiven Bewohnerselbstorganisationen zu zertifizierten Bildungs- und Beschäftigungsträgern entwickelt. Heute arbeiten (2. Arbeitsmarkt) ca. 80 vorwiegend TeneveranerInnen in verschiedenen sinnvollen Projekten (e@tside-Internet-Café, gemeinnützigen Bistros, Secondhandshop, Nähwerkstatt, CREW – Dienstleistungen für bedürftige Bewohner, Werkzeugverleih-Station, interkulturelle Aktionen und Events etc.) dieser Träger. Die Interkulturelle Werkstatt hat jetzt gar zwei Auszubildende eingestellt. Das sind Antworten des Quartiers auf Armut, Arbeitslosigkeit, Lehrstellenmisere etc. – wohl wissend, dass eigentlich ganz andere Maßnahmen städtisch, bundespolitisch und gesellschaftlich ergriffen werden müssen. Aber nichtsdestotrotz haben TeneveranInnen so wohnortnahe, sinnvolle Beschäftigung gefunden. Und gerade auch viele Benachteiligte, Suchtkranke, seelisch Kranke haben dort »Raum« und sinnvolle Tätigkeit gefunden. Und die Stadtteilgruppe protestiert gemeinsam mit den dort Beschäftigten (und den Trägern) gegen die absolut nicht ausreichende Bezahlung. Unser Motto: »1000 Euro brutto reichen nicht!« Denn diese Zahlung für 40 Stunden harte, gesellschaftlich notwendige Arbeit »befreit« nicht mal Alleinstehende von der Abhängigkeit von der BAGIS (ARGE), denn es müssen ergänzende ALG II-Leistungen beantragt werden. Das ist demütigend und krank machend. Sicherlich muss unsere Kampagne ergänzt werden um die Forderung nach einem armutsfesten Mindestlohn.

Der Vorteil der Bewohnerselbstorganisationen: Sie sind ganz nah dran am realen Leben. Und daraus entwickeln sich passende Projekte, Arbeitsvorhaben und schnelle Hilfen.

Abschlussbemerkungen

Auch der Sozialpsychiatrische Dienst hat, als er noch in Tenever sein Domizil hatte, am Arbeitskreis Tenever teilgenommen, und es gibt verschiedene Bezüge zwischen sozialen Einrichtungen und spezifischen Angeboten für psychisch Kranke (Klinikum Bremen-Ost; Drogenbeauftragter, Suchthilfe).

Sie haben gemerkt, dass das Leben und die soziale (Quartiers-)Arbeit bei uns in Tenever – zu Recht – nicht in (psychisch) Kranke und »Gesunde« (mit all ihren Freuden und Sorgen) einteilt. Wir leben zusammen in einem Kiez, in einem Stadtteil. Angebote richten sich an alle. Arbeitslosigkeit und

Armut trifft auch alle; und die Wohnungsunternehmen kassieren die Miete auch von allen, egal ob Deutscher oder Ausländer, egal ob psychisch krank oder »gesund«. Das spricht nicht gegen besondere, spezifische Angebote für besondere Problemlagen – die können aber in so einem Quartier und Netzwerk eingebettet sein. Das sollten auch die Einrichtungen, Initiativen; Selbsthilfegruppen aus dem »psychiatrischen Bereich« nutzen!

Wir machen bei den Angeboten der sozialen Einrichtungen oder in der Stadtteilgruppe keinen »Stempel« auf jede/n: jetzt spricht ein »Gesunder« oder ein (psychisch) »Kranker«, jetzt ein Depressiver oder ein leicht oder schwer Beladender; an dieser Kulturaktion, diesem Kurs, diesem Fest sollen/müssen/dürfen nur die und die teilnehmen etc.

Was wir aber wissen ist: Am schädlichsten für die seelische Gesundheit des Gemeinwesens ist Hartz IV(!) und Ausgrenzung!

Deshalb bitte ich Sie, die Erfahrungen aus Tenever durchaus als beeindruckend zu werten, sich mit uns zu freuen über die insbesondere baulichen und städtebaulichen Veränderungen und die Chancen von Quartiersmanagement und Quartiersbudgets, von spannenden (Leuchtturm-)Projekten und einem aktiven Netzwerk. Aber wir sollten dabei nicht vergessen, dass die gesellschaftlichen Probleme der Spaltung der Gesellschaft und der Städte in Arm und Reich nicht durch solche Arbeit kompensiert (geschweige gelöst) werden kann.

Wir brauchen für die Menschen Arbeit, von der man menschenwürdig leben kann. Wir brauchen Ausbildungsplätze für die Jugend. Wir brauchen ein Schulsystem, das nicht sozial selektiert und ausgrenzt. Wir brauchen ein gesellschaftliches Klima der Solidarität!

Was ist das für ein Land, in dem innerhalb von 14 Tagen 500 Milliarden Euro für die reichen Banken aufgebracht werden – aber zum sozialen und ökologischen Umbau unserer Gesellschaft fehlt das Geld (nicht erst die letzten 14 Tage). Ich schließe deshalb mit einer Losung von Johann Gottfried Seume (1763–1810):

*»Der Staat sollte vorzüglich für die Ärmeren sorgen,
die Reichen sorgen leider nur zu sehr für sich selbst.«*

»Wir haben ein Stadtteilbudget, kein Budget für seelische Gesundheit.« – Das Verständnis vertiefende Auszüge aus der Diskussion

Reinhard Peukert

Ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Köln ist der Auffassung, so etwas wäre nur in einem geschlossenen Stadtteil möglich. Zudem weist er auf ein Problem hin, wenn sich psychiatrie-erfahrene Menschen im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements als Psychiatrie-Erfahrene auch mit ihren eignen Ansprüchen einbringen sollen; sie hätten, so der Diskussionsteilnehmer, die Befürchtung einer Stigmatisierung und bleiben so eher fern.

Daher sei für ihn das soziale Milieu in Tenever (benachteiligtes Quartier, alle in einer prekären sozialen Lage) ein wichtiger Hintergrund für den Erfolg, psychisch belastete Menschen mit einzubeziehen.

Damit wird die Frage der sich gegeneinander abgrenzenden sozialen Milieus angesprochen, und die Diskussionsteilnehmer sehen diese Milieus als die sozialen Räume an, auf die sich Analyse und Intervention beziehen sollten.

Der Paradigmenwechsel von gemeindepsychiatrischer Versorgung zu sozialräumlicher Inklusion wird in der Antwort von Herrn Barloschky auf folgende Frage sehr deutlich: Ob und wie gestaltet sich das Verhältnis von sozialpsychiatrischen Akteuren und/oder Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu den sonstigen Aktivitäten und Menschen in Tenever?

»Wir haben ein Stadtteilbudget, und kein ›Stadtteilbudget für seelische Gesundheit‹, aber indirekt wirkt es auf die seelische Gesundheit der Kommune oder zumindest des Stadtteils.

Wenn man einen echten Querulanten hat, dann wird es echt schwer – aber trotzdem: Wir nehmen die Bewohner ernst, alle!

Wir bieten das Recht, bei der Mittelvergabe mitzureden.

Wir verändern den Sozialraum – und da kann die Psychiatrie mitmischen. Sie könnte sagen: ›Wir haben die Erfahrung gemacht, wenn Leute nicht mehr in der Klinik sind und wieder in ihrem normalen Sozialraum leben, dafür brauchen wir das und das.‹ Und da seid ihr die Profis, die die Forderungen entwickeln müssen. Dann könntet ihr bei uns einen Antrag stellen und sagen: ›Das brauchen wir für einen Teil der Bevölkerung in Tenever‹, und wenn man Konsens herstellt, kriegen wir das auch.

Kann schon mal schwierig werden, wenn es um Sucht geht. ›Sollen wir jetzt auch noch was von dem Geld für die Säufer ausgeben?‹, das hatten wir schon. Dann wird diskutiert, und mit der Zeit wird deutlich: hier wird jeder ernst genommen.

Wir haben z.B. der Stadt Land abgerungen, da sind jetzt Kleingärten entstanden.

Es findet Existenzsicherung statt, Beschäftigung für die Älteren, aber auch die, die aus dem Arbeitsprozess früh raus sind, vielleicht nicht in der Psychiatrie waren, aber zumindest psychische Hilfe auch gut gebrauchen können. Der Garten, der kompensiert vielleicht auch das eine oder andere, vielleicht hat man über diesen Weg das richtige Mittel.

Da sind auch viele Flüchtlinge dabei, die werden aufgefangen. Das ist mehr, als nur über den Sozialraum miteinander in Nachbarschaft zu sein, das ist auch ein Refugium.

Man braucht so was, damit das Leben funktioniert, möglichst beglückend funktioniert. «

Auch die folgende Antwort beleuchtet den Paradigmenwechsel vorzüglich.

Die Frage lautete: Sind denn psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen integriert und/oder was gibt es für diesen Personenkreis?

Zunächst einmal hätten die Bewohner ein Veto-Recht bei der Verausgabung des Quartierbudgets. Das mache sie selbstbewusster.

»Ich kann das gar nicht definieren, ich weiß das gar nicht, wer da ein psychisch Kranker ist. Ob der sich nun noch extra treffen soll ... Ich weiß, weil ich unsere Leute kenne, dass wir Leute haben, die waren mal in der Psychiatrie, andere haben lange Zeit eine Therapie gemacht oder eine psychologische Hilfe in Anspruch genommen und die sind bei Stadtteilsitzungen dabei.

Da gibt es unsere Seniorengruppe, da ist eine dabei, da weiß ich, die war mal in der Psychiatrie und der geht es auch recht schlecht. Aber wenn die im Seniorencafé oder so dabei ist, dann geht was ab. Oder wenn man mit denen Bildungsurlaub macht, da sind die mit dabei.

Das sind alles so Erfahrungen, das hat mit Psychiatrie nichts zu tun – aber wahrscheinlich dann doch an der einen oder anderen Stelle. Ich habe einen Bildungsurlaub gemacht mit den Bewohnern aus Tenever, die waren das erste Mal in ihrem Leben auf einem Bildungsurlaub. Da ging es anders zu als bei Tagungen von uns oder so. Da muss man sich drauf einstellen und machen.

Von daher kann ich nun nicht beglückt sagen: Wir treffen uns nun auch in einem Gesundheitstreffpunkt. Soll ich die jetzt zu seelisch Kranken machen, die sich jetzt freitags immer treffen? Die treffen sich die ganze Woche, in den verschiedenen Angeboten, aber da fällt es mir jetzt schwer, die besondere Qualität für euch vorzustellen – im Sinne von: Wir haben drei Gruppen, da treffen sich psychisch Kranke zur Nachsorge oder so, ich weiß es nicht.

Es ist so. Leute, die seelisch krank sind oder drohen, krank zu werden, die sind in irgendwelchen Zusammenhängen dabei – und trotzdem haben wir noch Leute in Tenever, die sind nirgendwo dabei. Da darf man sich nichts vormachen. Ich bin kein Illusionist.

Da sind viele, z.B. mit Sucht, das ist sowieso noch mal ne extra Nummer, und die kommen nicht raus.

Aber durch so ne enge, verdichtete Nachbarschaft gibt es viele niederschwellige Angebote, und spätestens, bei der Tafel, da sehen wir sie. Da gibt es die Chance für sie, dass sie irgendwo irgendwie auf jemanden treffen der sagt: ›Komm mit‹ – und nicht: ›Wir haben da noch die Klinik Bremen Ost oder den Psychokreis‹, sondern der ihnen sagt: ›Also, komm mit, wir machen morgen das und das, und das ist ganz schön!‹ Und es gibt viele Gelegenheiten, wo auch die Menschen auftauchen, die noch nicht so dabei sind; Arbeitslose müssen zum Büro der Arbeitsagentur, dann gibt es immer mal wieder Spenden zu verteilen. «

Der Mitarbeiter eines Sozialpsychiatrischen Dienstes aus Gelsenkirchen ist insbesondere von der demokratischen, von Mitentscheidungsrechten der Bewohner geprägten Kultur in Tenever angetan.

Er spricht zwei Problemkreise an:

- die konsequente Einbeziehung der Bürger
- und die Notwendigkeit, als Sozialpsychiatrie die eigene Sonderrolle aufzugeben und sich zu integrieren.

In Gelsenkirchen beginne man gerade, sich auf den Weg zu machen. Es werden Strukturen aufgebaut, die Stadtverwaltung denkt über kleine Rathäuser für die Stadtteile nach, aber für die Verwaltung sei das schwer, umzudenken – nicht mehr vom Rathaus runterzugucken, sondern in die Stadtteile zu gehen, um zu wissen, was da wirklich los ist, und die Bürger auch wirklich zu beteiligen. Das sei in Gelsenkirchen noch ein langer Weg.

»Wir, die Psychiatrie, sind erst zuletzt dazugekommen.«

Es sollten »Soziale Bürgerzentren« eingerichtet werden, wo Menschen mit allen ihren sozialen Problemen kommen können, *»wo wir (der Sozialpsychiatrische Dienst) dann gemerkt haben, eigentlich müssen wir uns da integrieren, Mitmachen bei Stadtteilumbauprojekten, das geht gar nicht anders.«*

Das geht jetzt langsam los, und einige Vereine sind auch mit dabei. Die haben jetzt erst mitgekriegt, was es in »ihrem« Stadtteil schon alles gibt. Und das in dem Stadtteil, in dem sie schon lange arbeiten! Da wurde viel nebeneinander hergemacht.

»Wenn man wirklich Teilhabe leben will, dann geht das gar nicht anders, als dass es richtige Treffen mit Entscheidungen aller geben muss, dass das in Richtung ›Demokratie leben‹ gehen muss.

Für mich ist das eine Vision, die eine Stadt auch lebenswert macht, wenn man sich auf so einen Weg begibt. «

Eine Mitarbeiterin verstärkt die Aussagen in Form professioneller Selbstkritik.

»Wir Profis glauben manchmal, wir könnten unseren Klienten den Sozialraum nicht zumuten. Wir sind es, die Mitarbeiter, die das Abgrenzungsproblem haben. Die Klienten bewegen sich doch ohnehin in sozialen Räumen – aber wenn wir diese Menschen mit unserem Blick erfassen, werden sie ›besondere‹, und daraus kann dann ein Problem der Abgrenzung zum Sozialraum entstehen. « (Nur annähernd wörtlich zitiert.)

Ein Kollege aus Mainz hat offensichtlich andere Erfahrungen.

»Ist doch ganz normal, dass wir von der Sozialpsychiatrie überall dabei sind!«

So bleibt der Eindruck eines sehr vielschichtigen Bildes zurück, in dem die Konturen der Wiederannäherung der Gemeindepsychiatrie an den Sozialraum ebenso erkennbar werden wie die Etappen, auf denen sich die Regionen aktuell befinden bzw. sehen.

Sozialpsychiatrischer Krisendienst im Kreis Herzogtum Lauenburg

Andreas Adelmeyer

Krisenintervention gibt es an jedem Ort. Krisendienste dagegen sind regional unterschiedlich vorhanden und konzipiert. Ganz sicher aber gibt es in jedem Kreis derartige Krisen, in denen es um Fragen der Unterbringung nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) geht, die nach den jeweiligen Landesgesetzgebungen geregelt sind. Gerade für derartige akute Krisen, d. h. wo es möglicherweise um Eigen- und/oder Fremdgefährdung geht, gibt es in Schleswig-Holstein im Kreis Herzogtum Lauenburg seit über zehn Jahren den Sozialpsychiatrischen Krisendienst.

Einige Daten zum Kreis Herzogtum Lauenburg:

- Es leben 186 000 Einwohner im Kreisgebiet.
- Der Kreis grenzt an die Bundesländer Hamburg im Westen, Niedersachsen im Süden und Mecklenburg-Vorpommern im Osten.
- Es ist ein Flächenkreis mit fünf Städten von 10 000–28 000 Einwohner.
- Es gibt eine psychiatrische Abteilung mit 50 Betten, die gleichzeitig auch die Pflichtversorgung wahrnimmt.
- Zudem bestehen fünf psychiatrische Wohnheime mit insgesamt 65 Plätzen.
- Im Kreisgebiet finden ca. 100 Unterbringungen nach PsychKG im Jahr statt.

Grundideen

Aus der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) heraus wurde der Beschluss gefasst, dass in akuten psychiatrischen Krisen insbesondere abends, am Wochenende und an Feiertagen für die betroffenen Menschen, deren Angehörige sowie auch für Institutionen eine kompetente und vor allem »lebendige« Ansprechperson vorhanden sein muss. Ziel aller Maßnahmen soll die Vermeidung von Zwangsunterbringungen ggf. aber auch deren Umsetzung sein. Als Unterstützung dient dabei das gesamte psychosoziale und psychiatrische Netzwerk.

Als Säulen der psychiatrischen Notfallversorgung wurden zwei Rufbereitschaften aufgebaut:

- die des sozialpsychiatrischen Krisendienstes in denen überwiegend Sozialpädagogen oder sozialpsychiatrisches Fachpersonal arbeiten,

- die der ärztlichen Rufbereitschaft, bestehend aus den Amtsärzten und ärztlichen Honorarkräften.

Der sozialpsychiatrischen Krisendienst ist relativ hochschwellig aufgestellt. Menschen – Betroffene, Polizei, Angehörige, Klinik oder andere –, die die Unterstützung des sozialpsychiatrischen Krisendienstes für sich in Anspruch nehmen möchten, wenden sich an die Regionalleitstelle. Die Disponenten geben das Anliegen über Pieper und/oder Telefon an den jeweiligen Mitarbeiter des Krisendienstes weiter. Der setzt sich dann mit dem Ratsuchenden per Telefon in Verbindung.

Aufgrund dieses Gesprächs entscheidet der Mitarbeiter sein weiteres Vorgehen, z. B.:

- eine Verabredung zu weiteren Hilfen am folgenden Tag,
- begibt sich zum Hilfesuchenden,
- bezieht die ärztliche Rufbereitschaft mit ein.

Vorrangiges Ziel ist die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch das Finden von alternativen Ideen und Hilfen. Im Fall von Fremd- und/oder Eigengefährdung wird eine Unterbringungsmaßnahme nach dem PsychKG des Landes Schleswig-Holstein durchgeführt.

Konzeption des Krisendienstes

Die wichtigsten Inhalte sind:

1. Der Krisendienst konzentriert sich auf psychiatrische Notfallsituationen. Er soll präventiv wirksam werden und führt selber keine ärztliche Behandlung durch. Für Behandlung wird erforderlichenfalls der niedergelassene Arzt und/oder der ärztliche Notdienst hinzugezogen.
2. Die im Krisendienst mitarbeitenden Personen kennen sich mit dem psychiatrischen Netzwerk hervorragend aus, arbeiten darin und sind von ihrer Profession her Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen und psychiatrisches Krankenpflegepersonal.
3. Es handelt sich um eine Rufbereitschaft. Die Dienstzeit beginnt werktags von montags bis donnerstags jeweils um 16.00 Uhr und endet morgens um 8.00 Uhr und freitags schon ab 12.00 Uhr bis Montag morgens um 8.00 Uhr.
4. Der ärztliche Hintergrunddienst hat seine Aufgabe in der ärztlichen Begutachtung. Er prüft, ob die Voraussetzungen für eine Unterbringung

nach dem PsychKG vorliegen. Er hat keinen Behandlungsauftrag und auch nicht die hoheitlichen Aufgaben nach dem PsychKG.

5. Der sozialpsychiatrische Krisendienst bekommt die hoheitlichen Aufgaben nach dem PsychKG übertragen. Bei akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung und psychiatrischer Erkrankung kann ggf. auch eine zwangsweise Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfolgen.
6. Träger des Krisendienstes ist der Kreis Herzogtum Lauenburg. Da liegt auch die Dienst- und Fachaufsicht. Die Mitarbeiter des Krisendienstes kommen aus den freien Trägern und dem Kreis.

Voraussetzungen für die Einrichtung eines Krisendienstes und Grundhaltung der Mitarbeiter

Wesentlich für die Installation und Förderung eines Krisendienstes ist eine positive Unterstützung seitens der Kommunalpolitiker.

In der Regel sollten die psychiatrischen Anbieter gut vernetzt sein und die gemeindepsychiatrische Versorgung gemeinsam fortentwickeln.

Benötigt werden engagierte, fachlich fundierte und erfahrene Mitarbeiter.

Notwendige Bedingungen sind auch

- die Unterstützung durch eine wohlwollende Verwaltung, die z. B. die Finanzen klärt
- eine gute Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Klinik und der Institutsambulanz
- ein amtsärztlicher Hintergrunddienst, auf den man zurückgreifen kann.

Für das Gelingen von Kriseninterventionen sind Engagement, Belastbarkeit, Erfahrung, fantasievolle Interventionsideen, ein funktionierendes psychosoziales Netzwerk und deren genaue Kenntnis sowie eine bestimmte Haltung notwendig. Versucht wird von den Mitarbeitern die Krise mit

- Ohren, die einfühlsam zuhören und aktiv hören
- Augen, die die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Betroffenen wahrnehmen und erkennen
- einem Mund, der wertschätzend und für alle eine verständliche Sprache mit kreativen Ergebnissen spricht
anzugehen.

Wünsche für die Zukunft

Hilfreich wäre, wenn ein Krisenbett zur Verfügung stehen würde, um in akuten Situationen eine entlastende und deeskalierende Möglichkeit zu besitzen.

In gewissen Situationen wäre es hilfreich, wenn die ärztliche Rufbereitschaft auch eine Behandlungskompetenz besitzen würde.

II Personen- und lebensweltbezogene Finanzierung von Eingliederungshilfe

Einleitung

Ingmar Steinhart

Auch wenn aktuell in der UN-Konvention sich die Vertragsstaaten verpflichtet haben, »das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, anzuerkennen und wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern« entspricht dieses Ziel, Teilhabe mit hoher Qualität zu sichern, in weiten Bereichen den fachlichen Grundsätzen der Gemeindepsychiatrie und den geltenden bundesdeutschen gesetzlichen Regelungen (insbes. SGB IX § 1 ff.). Die Leistungen der Eingliederungshilfe zielen insbesondere darauf, »die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen«.

Mittlerweile haben sich bundesweit die individuellen Teilhabe- bzw. Hilfeplanungen mit großer Qualität weiterentwickelt und folgen fachlich dem von der Finanzierungsseite des SGB XII geforderten personenorientierten (Besonderheit des Einzelfalles SGB XII § 9) und lebensweltorientierten (Vorrang ambulanter Leistungen SGB XII § 13 (1) Satz 3) Ansatz.

Leider wird diese Expertensicht, die sich mit den gesetzlichen Vorschriften des SGB XII deckt, von der Ausgestaltung der Hilfelandschaft konträrkariert. Die Unterbringung in Einrichtungen ist vielfach der Standard, die Finanzierungssysteme sind »einrichtungszentriert« ausgerichtet, ihre Anreizsysteme ebenfalls. Kreative und solide finanzierte ambulante Hilfe-Modelle bzw. Hilfesysteme, die die Besonderheiten des Einzelfalles berücksichtigen, sind im Gegensatz zu finanziell gut ausgestatteten stationären und teilstationären Einrichtungen leider immer noch die Seltenheit – dies umso deutlicher je mehr man in ländliche bzw. dünn besiedelte Regionen schaut.

Gleichzeitig ist die Entwicklung der Eingliederungshilfe in den vergangenen Jahren gekennzeichnet durch eine enorme Steigerung von Fallzahlen (zuletzt v. a. Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen) und einer Kostenexplosion.

Für Leistungsträger und Anbieter der Eingliederungshilfe gilt es daher, von einer eher einrichtungsorientierten Angebotslandschaft fachlich zu einem eher ambulanten System mit personen- und lebensweltorientierten

Unterstützungselementen umzusteuern, dieses solide zu finanzieren und gleichzeitig den Kostenfaktor mit zu steuern. Einige Thesen hierzu liefert der Beitrag von Ingmar Steinhart.

Statt sich dieser Herausforderung zu stellen, wird nicht selten der Versuch gemacht, die Kosten systemimmanent zu senken, indem z. B. die stationären Entgelte abgesenkt bzw. trotz Kostensteigerungen konstant gehalten werden, was für die Leistungsberechtigten eine qualitative Verschlechterung beinhaltet. Damit beginnt sich eine »Spirale nach unten« zu drehen, die immer neue und immer preiswertere Einrichtungen produziert, wobei die fachlich im Einzelfall und finanziell-strukturell hierdurch entstehenden Sekundär- und Tertiärschäden in der betriebswirtschaftlichen (statt volkswirtschaftlichen) Kalkulation leider nicht mit berechnet werden. Gute Beispiele für diesen »qualitätssenkenden Trend nach unten« bieten in manchen Regionen die Ausschreibungen von Maßnahmen der Bundesanstalt für Arbeit – die Wirksamkeit und Passfähigkeit im Einzelfall spielen am Ende keine Rolle mehr.

Stattdessen sind innovative und kreative Steuerungsmodelle erforderlich, die eine Umsteuerung im Sinne der gesetzlichen und fachlichen Vorgaben für personen- und lebensweltorientierte Leistungen verbunden mit einer soliden Finanzierung derselben einleiten und verstetigen.

Eine Auseinandersetzung mit anderen Systemen wie dem der Jugendhilfe, das bereits über einen längeren Zeitraum Erfahrungen mit neuen Steuerungsmodellen (fachlich wie finanziell) gemacht hat, ist für die Gemeindepsychiatrie ein Erfolg versprechender Ansatz (siehe den Beitrag von Johannes Groppe und Gerhard Litges).

Ebenso wichtig ist es, Modelle zu schaffen, diese auszuprobieren, weiterzuentwickeln und zu verstetigen.

Die Initiative hierfür kann vom Leistungsträger kommen: Gerhard Kronenberger beschreibt in seinem Beitrag die Gründe, warum der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) als überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe in Hessen darüber nachdenkt, die bisherige, traditionelle Finanzierung von Eingliederungshilfen durch eine »zeitbasierte Vergütung« abzulösen und wie der aktuelle Stand der praktischen Umsetzung ist und schließlich wie es weitergehen soll.

Auch Leistungsanbieter sind aufgefordert, neue Angebotsmodelle zu entwickeln, die dem Erfordernis personen- und lebensweltorientierter Leistungen entsprechen. Das von Dirk Bennewitz für die Stadt Erfurt beschriebene Praxisprojekt der Umsteuerung einer platzbasierten zu einer

personenzentrierten Leistungsfinanzierung zeigt wie auch unter finanziellen Aspekten die Eingliederungshilfe »entlastet« werden kann, wenn ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe unkompliziert mit Leistungen vorrangiger Leistungsträger gekoppelt (z. B. Leistungen nach SGB II, SGB V oder SGB XI) werden können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, es lohnt sich für die Leistungsträger und Anbieter der Eingliederungshilfe, in andere Bereiche wie z. B. der Jugendhilfe zu schauen sowie eigene Modelle zu entwickeln und zu erproben.

Allen Berichten ist gemeinsam, dass man ein wenig Mut haben und sich trotz mancher Unsicherheiten auf den Weg machen muss: *Wo kämen wir hin, wenn alle sagten, »wo kämen wir hin« und niemand ginge, um einmal zu schauen, wohin man käme, wenn man ginge* (Kurt Marti).

Umsteuerung zu flexiblen Hilfen – Nehmen wir Personen- und Lebensweltbezug endlich ernst! Sieben Thesen zur Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe

Ingmar Steinhart

These 1: Der Personen- und Lebensweltbezug als Grundparadigma psychiatrischen Handelns

Über zehn Jahre nach Publikation der *Personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung* (1998) durch die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) ist der »personenzentrierte Ansatz« als Grundparadigma psychiatrischen Handelns weitgehend anerkannt. Mittlerweile stellen nicht nur das SGB XII und das SGB IX den Teilhabegedanken und den Vorrang ambulanter vor stationärer Leistungen in den Vordergrund der finanziellen Leistungen, sondern auch die entsprechenden aktuellen Klassifikationssysteme wie die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) heben Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren als wesentlich zur Lösung von Gesundheitsproblemen hervor.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe der ASMK (Arbeits- und Sozialministerkonferenz) schlägt in ihren jüngsten Papieren zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe eine Neuausrichtung von einer überwiegend einrichtungszentrierten Hilfe zu einer personenzentrierten Hilfe vor.

Insgesamt kann man heute wohl sagen, dass sich der Personenorientierte Ansatz in der Psychiatrie und insbesondere in der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen beginnt durchzusetzen, allerdings ist es mit dem Umwelt- bzw. Lebensweltbezug nach wie vor nicht so gut bestellt.

Hier stehen einrichtungs- bzw. schubladenbezogene Konzepte im Vordergrund. Das leitet sich sowohl aus eher traditionellen konzeptionellen Überlegungen anstaltsverwandter Unterbringung psychisch kranker Menschen, verbunden mit vorhandenen Immobilien, wie auch aus Zuständigkeiten der Leistungsträger (örtlich = »arm« = ambulant/überörtlich = »reich« = stationär) ab – diese Tendenz setzt sich auch dann fort, wenn die Zuständigkeiten für überörtliche/örtliche Leistungen in einer Hand bei den Kommunen liegen, da die Zuweisungsströme der Finanzmittel gleichwohl getrennt bleiben.

Auch die Finanzierungssysteme bilden in den Landesrahmenverträgen primär einrichtungsbezogene Konzepte ab, die sich in daran orientierten »Leistungstypen« als finanzielle Umrechnungswährung manifestieren.

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

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

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

These 2: Inklusion als Leitorientierung zur Finanzierung

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

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

Es besteht im Grundsatz für jede Bürgerin/jeden Bürger in Deutschland ein individueller gesetzlicher Anspruch. Neben dem Antidiskriminierungsgesetz sowie der UN-Konvention beschreibt insbesondere der § 1 des SGB IX *Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* den individuellen Anspruch für alle Bürgerinnen und Bürger auf Teilhabe. Das SGB IX ist somit ein Teilhabegesetz, das auch »Gesetz zur Förderung von Inklusion« heißen könnte. Bedauerlich ist nur, dass es kein umfassendes Leistungsgesetz ist und primär auf den Individualanspruch zielt. Angesichts der aktuell Fahrt aufnehmenden Inklusionsdiskussion sollte der Gesetzgeber dem Grunde nach demnächst ein »Teilhabe-Weiterentwicklungs-Gesetz« auf den Weg bringen, das nicht nur auf das Individuum zielt, sondern deutlicher den Inklusionsgedanken, also die Umgestaltung der Umwelt und die »Ermächtigung der Zivilgesellschaft«, mit einbezieht. Über diese Weiterentwicklung der Leistungsgesetze müsste der Teilhabeanspruch auch auf der Leistungsseite festgeschrieben werden.

Akzeptiert man Inklusion als Auftrag insbesondere für das professionelle Hilfesystem so werden viele aktuelle Angebotsformen für Hilfen zur Teilhabe infrage gestellt, denn er führt über die bisherige Praxis der Integration hinaus. Inklusion beinhaltet mehr als eine Normalisierung beeinträchtigten Lebens durch Anpassung an sogenannte normale Lebensstandards nicht behinderter Menschen. Eigentlich geht Inklusion ganz einfach: Jeder Mensch mit Behinderung oder einer Benachteiligung welcher Art auch immer, soll die Wahl haben, dort zu leben, zu wohnen zu arbeiten und zu lernen, wo

alle anderen Menschen es auch tun. So einfach das klingt, so schwierig ist es in der Umsetzung: Inklusion als Leitidee zwingt zu einem Wandel in der Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen: von der eher beschützenden Versorgung zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung sowie der Unterstützung des Gemeinwesens. Es kann nicht oft genug darauf verwiesen werden, dass Inklusion dann noch nicht erreicht ist, wenn Menschen mit Behinderung in einer Gemeinschaft mit anderen leben oder wenn eine ausreichende Anzahl an speziellen Bildungs-, Beschäftigungs- und Freizeitangeboten für diesen Personenkreis zur Verfügung steht. Vielmehr geht es um die Ermöglichung eines individuell gestalteten Lebens und um die Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in die »normalen« Alltags- und Lebensvollzüge einer Gesellschaft – eingeschlossen die Pflicht, eigene Fähigkeiten und Ressourcen einzubringen.

Wesentliches Grundmoment ist hierbei die selbstverständliche Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderungen insbesondere beim Wohnen, bei der Arbeit und in der Freizeit.

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

Sicherlich ist es für das Erreichen einer inklusiven Gesellschaft vonnöten, vor allem die Finanzierungssysteme für Menschen mit Behinderungen ganz grundsätzlich zu erneuern und auch die »gesetzlichen Teilhabebedingungen« deutlicher an verschiedenen Stellen zu schärfen (Gesetzgebung zu den Themen Eingliederungshilfe, Antidiskriminierung, Prävention als einige Beispiele). Auch hier wird eine Optimierung allein wohl nicht weiterhelfen, eine durchgehende Erneuerung der Systeme und der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist dringend erforderlich. Über eine Veränderung des Finanzierungssystems der Eingliederungshilfe wird aktuell mehr denn je diskutiert, sie ist dringend erforderlich, um auch das Thema Inklusion Ziel führend zu befördern.

These 3: Die Soziale Arbeit bekommt ein neues Gewicht

Wenn wir Inklusion als Leitidee umsetzen wollen, hat dies einschneidende Wirkungen auf die professionelle Arbeit: die *Soziale Arbeit* im Sinne der *Verringerung oder die Verhinderung sozialer Probleme und die Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe* bekommt einen neuen Stellenwert, denn Menschen mit Behinderungen benötigen sehr individuelle und passgenaue Unterstützungsleistungen mitten im Leben, also dort wo sie auch wohnen und arbeiten würden, wenn sie nicht behindert wären.

Wir benötigen also einerseits eine Vielfalt von Assistenz- und Unterstützungsformen, die ganz individuell ausgeprägt sind und sich primär in der Quantität bzw. Intensität unterscheiden. Andererseits gilt es Gesellschaft und Umfeld zu stützen, zu stärken und zu »empowern« – also finanzielle und fachliche Unterstützung für den Sozialraum unabhängig von einem aktuell Leistungsberechtigten.

Für Bildungseinrichtungen erwächst hieraus bezogen auf die individuell fallbezogenen Hilfen und insbesondere bezogen auf die Sozialraum bezogenen Hilfen der Auftrag, die Profis mit den nötigen Kompetenzen u. a. über entsprechende »Methodenkoffer« auszustatten. Dies gilt insbesondere für solche Methoden, die den Sozialraum und seine Ressourcen im Allgemeinen, aber auch über individualtherapeutische Maßnahmen einbeziehen. Dies ist eine der Herausforderungen der Zukunft für Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten.

These 4: Qualifizierte Hilfeplanung vor Finanzierung

Bevor man sich Gedanken über die Finanzierung von Hilfen macht, gilt es die für den jeweiligen Einzelfall passenden und lebensfeldorientierten Hilfen qualifiziert festzustellen. Minimalstandards hierfür sollten sein, dass ein (bundesweit/landesweit) einheitliches Hilfeplaninstrument zum Einsatz kommt, dass sowohl vorhandene Informationen (»Anamnese«) aus diversen Quellen z. T. unterschiedlicher Leistungsträger wie auch die subjektive aktuelle Einschätzung des Klienten einbezieht, eine »Verhandlung auf Augenhöhe« zwischen Antragsteller, Leistungsträger und weiteren Beteiligten darüber, was aktuell das (Teilhabe-)Ziel und die beste Lösung bzw. geeignetste Maßnahme ist, nicht nur zulässt sondern als Bedingung voraussetzt. Aktuell ist das einzige Verfahren, das dieses vor allem Leistungsträger übergreifend so umfassend ermöglicht und befördert der von der APK entwickelte Indivi-

duelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) sowie alle verwandten Hilfeplanungssysteme bzw. »Derivate«.

Als qualifiziert gilt eine Hilfeplanung bzw. ein -prozess dann, wenn es ausgehend von den Ressourcen und Wünschen eines Antragstellers gelingt, leistungsträgerübergreifend in einem Gesamtplan individuelle Teilhabeziele qualitativ auszuhandeln, (Teil-)Schritte zur Zielerreichung in Form von Maßnahmen gemeinsam zu definieren, den zur Zielerreichung erforderlichen Aufwand prospektiv zu quantifizieren, diesen Aufwand in einen Preis umzurechnen und Vereinbarungen zu treffen, wann die Maßnahmen als erfolgreich zu bewerten sind. Bei den Maßnahmen ist dann noch zu unterscheiden,

- inwieweit auf nichtprofessionelle (z. B. Arbeitgeber, Kirchengemeinden) oder professionelle Ressourcen (z. B. Beratungs-, Begegnungsstätten, Stadtteil-Kümmerer, Krisendienste etc.) des Sozialraums zurückgegriffen werden kann und
- inwieweit individuelle personenbezogenen Leistungen z. B. in Form von Fachleistungsstunden oder minuten-basierten Leistungskomplexen zur persönlichen Unterstützung eingesetzt werden sollen.

Unter den oben beschriebenen Aspekten der Teilhabe und Inklusion sollte eine Versorgungsregion die vielen individuellen Teilhabepläne »aggregieren« und hieraus für die Sozial(raum)planung ableiten, welche nicht personenbezogenen Leistungen zur Unterstützung des Sozialraumes vorgehalten bzw. welche neu geschaffen werden müssen. Das heißt eine qualifizierte Hilfeplanung vermittelt auch Anhaltspunkte darüber, ob und wie der Sozialraum gestärkt und welche Leistungsaspekte eben besser nicht über individuelle Hilfen unterstützt werden soll.

These 5: Zwei Leistungstypen sind genug!

Folgt man dem Ansatz der Inklusion und den daraus abzuleitenden Schritten für die Leistungserbringung konsequent, so werden letztendlich alle Leistungen ambulant bzw. es entfällt die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär. Das bedeutet, neben der Verfügbarkeit von individuellem Wohnraum und einem individuellen Arbeits- bzw. Beschäftigungsplatz möglichst an den Orten, wo auch nicht behinderte Bürgerinnen und Bürger wohnen und arbeiten, kommt es darauf an, ausgehend vom individuellen Hilfebedarf entweder den Sozialraum im Sinne der Inklusion zu stützen und

zu stärken und/oder den Klienten selbst. Dafür sind zwei Leistungstypen ausreichend:

1. Unterstütztes Leben und Arbeit in der Gemeinde
(prospektiv, zeitbasiert, fallspezifisch)
2. Stärkung des Sozialraums
(pauschaliert, fallunspezifisch)

Die Forderung, dass alle Leistungen im Grundsatz »ambulant« sind und dass Person und Sozialraum in der Finanzierung gleichrangig nebeneinander stehen, beinhaltet nicht nur leistungswirtschaftlich ein Umdenken, sondern verändert auch die allgemeine Haushaltssystematik der Kommunen, die im Allgemeinen die Stärkung des Sozialraums als »freiwillige« Leistungen betrachten.

Sofern sich in der bundesweiten Zuständigkeit nichts ändert, müssten Leistungen zur Teilhabe im Sinne einer »Normalisierung der Finanzierung« konsequenterweise von den Ländern an die Kommunen im Rahmen des Finanzausgleiches transferiert werden und nicht mehr über »Sonderformen« wie z. B. »Sozialhilfefinanzierungsgesetze«.

Es sei hier die steile These gewagt, dass sich perspektivisch unter den Aspekten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention die sogenannten direkten (personenbezogenen) Leistungen im Verhältnis zu den indirekten sozialraumbezogenen Leistungen auf ein Verhältnis von 50 : 50 »einpendeln« werden. Und das wird/muss sich auch in der Finanzierung und ihrer Systematik widerspiegeln.

These 6: Wirkungsorientierung statt »immer weiter so«

Das System der Leistungen der Eingliederungshilfe lässt sich als eine »Black-box« bezeichnen: abgesehen von regionalen unterschiedlich ausdifferenzierten Statistiken zu den Ausgaben der einzelnen Einrichtungen oder Leistungsbereichen und einer ausdifferenzierten Strukturqualitätsdiskussion (Mitarbeiterschlüssel, Personal-Mix, qm pro Hilfeempfänger etc.) ist wenig Wissen über die individuellen Ergebnisse der Leistungsanspruchnahme und die Qualität der einzelnen Leistungen vorhanden. Eine einfache Formulierung hierfür wäre: Was kommt heraus, nachdem ein finanzieller und fachlicher Aufwand in das System hineingegeben wurde? Wie lässt sich das System so »beleuchten«, dass transparent wird, welche Ergebnisse und Qualität mit dem eingesetzten Aufwand verbunden sind?

Dabei muss berücksichtigt werden, dass Qualität und Wirkung von sozialen Dienstleistungen maßgeblich von personenbezogenen Faktoren abhängen. Entgegen einer Orientierung am konkret fassbaren hergestellten Produkt in der industriellen Produktion haben wir es im Bereich der sozialen Dienstleistungen mit vielen »weichen Faktoren« zu tun – individuelle Erwartungen des Nutzers, individuelle Krankheitsverläufe, Eigenschaften der Mitarbeiter, Konzeptionen des Anbieters und vielen anderen.

Eine personenzentrierte Gestaltung des Versorgungssystems lässt sich nur voll realisieren, wenn das Wissen über die durch den Nutzer definierte Qualität einzelner Leistungen vorhanden ist – was man evtl. verändern muss, damit ein System tatsächlich »passend« und qualitativ hochwertig wird. Leider existieren kaum wissenschaftlich begleitete Projekte, in denen der Versuch gemacht wurde, Wirkungen und Ergebnisqualität sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie zu dokumentieren und den genannten Kriterien Rechnung zu tragen.

Es gibt kaum einen Bereich in der Bundesrepublik Deutschland, in dem derart viele Millionen Euro ausgegeben werden und gleichzeitig so wenig darüber bekannt ist, welche der Ausgaben tatsächlich Wirkungen entfalten. Es wäre also dringend erforderlich, mit der Ausgabensteuerung auch die Analysen von Output zu verbinden.

Aber besteht tatsächlich Konsens, was Erfolg in welchem Rahmen insbesondere unter Kostenaspekten bedeutet und worauf er sich jeweils bezieht:

- Ist *Erfolg* die Senkung durchschnittlicher Fallkosten – in einer Region, in einem Bundesland ...? Werden hier Gesamtkosten pro Fall oder nur die »Sparten« bzw. Anteile der jeweiligen Leistungsträger pro Fall betrachtet?
- Liegt ein *Erfolg* erst dann vor, wenn die Person vollkommen unabhängig von Eingliederungshilfe wird?
- Ist es ein *Erfolg* für die Eingliederungshilfe, wenn es gelingt, eine Person in die Zuständigkeit anderer Leistungsträger zu überführen – möglicherweise ohne positive Veränderung oder gar mit Verschlechterung der Teilhabe der jeweiligen Person?
- Wird *Erfolg* daran gemessen, ob die in einem Gesamtplan individuell vereinbarten Ziele nach einer vorher definierten Zeitspanne ganz oder zumindest teilweise erreicht werden?
- Zählt die subjektive Lebenszufriedenheit des Leistungsberechtigten als einziges oder zumindest als Teil-*Erfolgskriterium*? Ist die »Begegnung«

auf Augenhöhe unabdingbare Voraussetzung einer »Teilhabe-Erfolgs-Messung«?

- Ermitteln wir *Erfolg* im Sinne von »mehr Teilhabe« über eine sogenannte »Objektive« (Fremd-)Einschätzung der »Teilhabe-Verbesserung« z. B. durch den »Teilhabe-Dienst« eines Leistungsträgers als Kriterium vergleichbar zum Medizinischen Dienst der Krankenkasse?
- Oder betrachten wir eher eine Region oder eine psychiatrisches Versorgungsgebiet als Ganzes und »messen« als *Erfolg* die verbesserte »Teilhabe für alle in einer definierten Region« ohne direkten Bezug zum finanziellen Aufwand (Versorgungsverpflichtung)?
- Oder betrachten wir die Steigerung der Teilhabe in einer definierten Region bei gleichbleibendem Aufwand (z. B. »Budget«) als *Erfolg*?
- Oder sprechen wir erst dann von *Erfolg*, wenn wir Wirkungen im Sinne einer schrittweisen Optimierung eines Sozialraums/einer Region in Richtung einer »inklusiven Gesellschaft« feststellen können?

Bei so viel Komplexität könnte man eigentlich verzweifeln. Angesichts der miserablen Daten- und Forschungslage muss aber jetzt mit weiteren Forschungsprojekten begonnen werden, damit erste Ergebnisse in die Diskussion um die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe eingespeist werden können. Wir sprechen uns dafür aus mit einem personenbezogenen Ansatz zu beginnen und in einem ersten Schritt aufbauend auf einer qualifizierten Hilfeplanung die Evaluation der im Gesamtplan beschriebenen Teilhabeziele in Verbindung mit der subjektiven Teilhabezufriedenheit und objektiven Kriterien zunächst als Erfolgsindikatoren zu verwenden, in diesem Setting erste Pilotprojekte zu installieren und dann in einem zweiten Schritt die jeweiligen Sozialräume bzw. Versorgungsregionen sowie die Verbindung zu den Kosten zusätzlich in den Blick zu nehmen.

These 7: Budgetlösungen sind erfolgreich und schaffen Vertrauen

Wie wir aus der Jugendhilfe wissen, können intelligente Steuerungsprozesse z. B. in Form von Sozialraumbudgets, die dann wieder auf fallspezifische und fallunspezifische Hilfen heruntergebrochen werden, deutlich zur Personenorientierung, Wirksamkeit und Kostenreduktion beitragen. Der konsequenteste Versuch, dies in der Eingliederungshilfe für den Bereich der Hilfen für wesentlich seelisch behinderte Menschen (SGB XII) umzusetzen, ist nach wie vor das Regionalbudget der Hansestadt Rostock. Nach wie

vor gelingt es dort, die fallbezogenen Kosten eher zu senken als zu steigern und gleichwohl die Effektivität des Eingliederungshilfesystems bei weiterhin steigenden Fallzahlen zu steigern.

Dem Grunde nach könnte man heute in der Hansestadt Rostock nach Einführung der standardisierten Hilfeplankonferenz, nach erfolgter Finanzierungsumstellung zu *fallspezifischen prospektiven minuten-basierten Komplexleistungen* (direkte Leistungen) und der Definition der indirekten fallunabhängigen Leistungen wie z. B. Krisendienst, Nachtwachen, Begegnungsstätten auf eine Budgetlösung verzichten.

Möglich wäre dies heute, weil das gegenseitige Verständnis für die Notwendigkeit einer gemeinsamen Verantwortung für die Steuerung von Fällen und Finanzen im Budgetzeitraum gewachsen ist. Gleichwohl hat die Budgetlösung in den vergangenen Jahren allen Beteiligten geholfen, sich möglichst sachgerecht und klientenorientiert zu verhalten – denn die Anreize, die Kosten zu senken (Leistungsträger) oder in die Höhe zu treiben (Leistungsanbieter), waren *nach* Aushandlung der Budgetsummen zugunsten einer Optimierung der Unterstützung für die Klienten und ihr Umfeld gewichen. So haben am Ende indirekt auch die Klienten vom Budget profitiert, weil fachliche Interessen die Leistungserbringung dominieren. Das Budget diente primär dazu, chronifizierte und Eigeninteressen dienende Aushandlungsprozesse zwischen den Vertragspartnern der Finanzierung (hier eben nicht der Klient) umzuwandeln in Aushandlungsprozesse über intelligente Steuerungsprozesse zur Optimierung der Angebote für die Bürgerinnen und Bürger der Hansestadt.

Der »Rostocker Weg« belegt anhand der verfügbaren Daten und Erfahrungen der Beteiligten, dass Regionalbudgets zumindest in einer Übergangsphase den Weg für Leistungsträger und -anbieter in Richtung einer personen- und lebensfeldorientierten Leistungserbringung für psychisch kranke Menschen ebnen und am Ende eines solchen Prozesses nicht nur die durchschnittlichen Fallkosten sinken, sondern auch die Qualität für den Klienten steigt.

Zeitbasierte Finanzierung in der Eingliederungshilfe – Ein Praxisbericht aus Erfurt

Dirk Bennewitz

Zeitbasierte Finanzierung ist nur *ein Teilaspekt* der personenzentrierten Leistungssystematik (BREMAUER 2008). Die erfolgreiche Einführung eines zeitbezogenen Finanzierungssystems muss mit wesentlichen Veränderungen in der internen und externen Struktur einer Organisation einhergehen.

Die personenzentrierte Leistungssystematik verknüpft individuelle Hilfeplanung mit einer zeitbasierten Finanzierung, der Steuerung von Organisationsprozessen und dem Controlling. Sie setzt eine starke Flexibilisierung der Organisation voraus. Die Erschließung nichtpsychiatrischer Hilfen und deren Einbindung in das Finanzierungssystem wird damit ermöglicht. Personenzentrierung beginnt im Kopf der Mitarbeiter und betrifft alle Bereiche einer Organisation.

Die Ausgangssituation – »platzbasierte« Finanzierung in Erfurt

Das Leistungsangebot des Trägers umfasste bis zur »Ambulantisierung« sowohl stationäre, teilstationäre als auch ambulante Hilfen.

Für die fünf Angebote:

- Wohnheim
- Tagesstätte
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Ambulant Betreutes Arbeiten und
- Psychiatrische Familienpflege

wurden fünf Leistungs-, Entgelt- und Prüfvereinbarungen nach § 75 SGB XII mit insgesamt sechs Entgelten verhandelt.

Voraussetzungen für die Implementation personenzentrierter Leistungsfinanzierung

Grundvoraussetzung ist der Wille der Leistungsträger und Leistungserbringer einer Region *gemeinsam* Verantwortung für Menschen mit Unterstützungsbedarf zu übernehmen.

Dies beinhaltet eine verbindliche individuelle Hilfeplanung und kooperative regionale Strukturen zur Hilfebedarfsfeststellung (z. B. Hilfeplan-konferenzen).

Eine weitere Bedingung ist Vertrauen zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer. Unsere Erfahrungen zeigen, dass das Projekt der Umstellung von einrichtungsbezogener hin zu personen- und zeitbezogener Finanzierung nur als gemeinsamer Lernprozess gelingen kann. Ohne Offenheit und Transparenz beider Seiten ist solcher Umstellungsprozess nicht denkbar.

Personenzentrierte Leistungsfinanzierung am Erfurter Beispiel

Die Implementation einer zeitbezogenen Finanzierung erfolgte in den zwei Schritten: Dezentralisierung und Ambulantisierung.

Im Rahmen der Dezentralisierung zogen alle 20 Heimbewohner im Zeitraum Januar bis April 2006 in Wohnungen. Nach der Umstrukturierung der oben genannten Einrichtungen zu einem Psychosozialen Zentrum erfolgte zum Stichtag 01.01.2008 die Ambulantisierung.

Alle fünf bestehenden Leistungsvereinbarungen wurden einvernehmlich gekündigt. Es wurde *eine* neue Leistungs-, Entgelt und Prüfvereinbarung nach § 75 SGB XII verhandelt und abgeschlossen. Diese beinhaltet die Leistung »Ambulante Betreuung für psychisch kranke Menschen«. Es erfolgt eine ausschließlich ambulante Erbringung der Leistungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur und Freizeit. Vertragspartner des Trägers ist der örtliche Sozialhilfeträger, das Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt. Kernbereich der Finanzierung ist eine verhandelte Fachleistungsstunde und sieben Hilfebedarfsgruppen (AKTION PSYCHISCH KRANKE 2005), je nach individuellem Hilfebedarf (siehe Abbildung 1).

Stufenbezeichnung von – bis	Mittlerer Zeitwert Minuten		Entspricht Personalschlüssel	
	in Minuten	in Std.:Min.		
0	bis 95	Istwert	Istwert	
I	96 – 135	113	1:43	1:12,2
II	136 – 190	160	2:40	1:8,7
III	191 – 269	226	3:46	1:6,1
IV	270 – 380	320	5:20	1:4,3
V	381 – 538	452	7:32	1:3,0
VI	539 – 761	640	10:40	1:2,2
VII	762 – 1076	905	15:05	1:1,5

Abb. 1: Zeitbedarf/Woche für direkt klientenbezogene Tätigkeiten

Die ambulante Leistung ist 24 Stunden pro Tag an 365 Tagen im Jahr verfügbar. Es gibt keine Beschränkung des Ortes der Leistungserbringung (z. B. Wohnung, Arbeitsplatz, Psychosoziales Zentrum usw.). Die Leistungen werden dort erbracht, wo der Nutzer es wünscht. Es gibt keine vereinbarte Festschreibung der Kapazität durch »Betten« oder »Plätze«.

Die Vergütung ist prospektiv und gilt für die im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) geplanten Leistungen für den gesamten Planungszeitraum. Aufgrund der Unsicherheiten beider Vertragspartner haben wir einen Planungszeitraum von sechs Monaten vereinbart. Grundsatz ist die Vergütung gemeinsam geplanter Wirkung statt die Vergütung einzelner Verrichtungen. Das ist ein wesentliches Merkmal zur Unterscheidung zeitbezogener Finanzierung nach SGB XII und SGB XI.

Personenzentrierte Leistungsfinanzierung eignet sich sehr gut für die Leistungserbringung im Rahmen von persönlichen Budgets.

Fazit

Anders als stationäre Eingliederungshilfeleistungen, lassen sich ambulante unkompliziert mit Leistungen vorrangiger Leistungsträger koppeln (z. B. Leistungen nach SGB II oder SGB XI). Damit hat sich unser Träger neue Finanzierungsstandbeine und neue Zielgruppen erschlossen. Nachfrageschwankungen können durch die hohe Flexibilität leichter ausgeglichen werden.

In der weiteren Entwicklung des Psychosozialen Zentrums soll der nächste Schritt von der Ambulantisierung zur Deinstitutionalisierung gegangen werden. Dies verlangt den weiteren Ausbau nichtpsychiatrischer Hilfen (Angehörige, Nachbarschaften, Vereine usw.) sowie eine bessere Verankerung im Stadtteil im Sinne von Inklusion. Dafür müssen die Mitarbeiter einen weiteren Rollenwechsel vollziehen: vom direkt leistenden Mitarbeiter zum netzwerkgestaltenden Planer, Anleiter und Verknüpfer.

Literatur

- BREMAUER R: Projekt »Leistungsfinanzierung«. In: KUNZE H et al. (Hg.): Der Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008, 60 ff.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Der personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem – Manual, Hilfeplanung, Behandlungs- und Rehabilitationspläne. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2005

Umstieg des LWV Hessen auf eine zeitbasierte Finanzierung

Gerhard Kronenberger

Dieser Beitrag beschreibt die Gründe, warum der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) als überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe in Hessen eine andere als die bisherige, traditionelle Finanzierung von Eingliederungshilfen will. Es geht darum zu erläutern, was mit »zeitbasierter Vergütung« gemeint ist, wie wir darauf gekommen sind, wie der aktuelle Stand der praktischen Umsetzung ist und schließlich wie es weitergehen soll.

Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung in Hessen

Der LWV Hessen ist als überörtlicher Sozialhilfeträger im Wesentlichen zuständig für stationäre und teilstationäre Leistungen zur Teilhabe und für das ambulant betreute Wohnen für Menschen mit Behinderung.

Am Ende des Jahres 2007 erhielten rund 42 000 Bürger (ohne Blindenhilfe) aus Hessen Leistungen nach dem SGB XII durch den Landeswohlfahrtsverband. Davon entfielen knapp 16 000 Leistungen (ca. 613 Mio. Euro) auf den stationären, 17 000 (ca. 241,5 Mio. Euro) auf den teilstationären Bereich und knapp 8000 Personen (ca. 61 Mio. Euro) sind Nutzer des Betreuten Wohnens. Im stationären und teilstationären Bereich erfolgt die Vergütung der Leistungen überwiegend auf der Grundlage vereinbarter Entgelte für Plätze und Bedarfsgruppen. Das Betreute Wohnen wird nach Fachleistungsstunden bezahlt. Wieder andere Finanzierungsformen gibt es für die Tagesstätten und für Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen.

Als Verfahren zur Feststellung des Bedarfs an Eingliederungshilfen ist in Hessen das HMB-Verfahren vereinbart für das stationäre Wohnen und für die interne Gestaltung des Tages in Wohnheimen sowie für Leistungen zur Gestaltung des Tages in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Bei den Tagesstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen wurde von der Bildung von Bedarfsgruppen abgesehen.

Als Hilfeplanverfahren war für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung der Integrierte Hilfeplan (IHP) in Hessen eingeführt worden und bei Menschen mit seelischer Behinderung oder Abhängigkeitserkrankung kam der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) zum Einsatz.

Dieser Gemengelage hinsichtlich der Verfahren zur Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung soll ein Ende gemacht werden durch die Entwicklung

und Einführung eines für alle Zielgruppen und alle Leistungen einheitlichen Verfahrens der individuellen Bedarfsermittlung, der Hilfeplanung und der Vergütung von Teilhabeleistungen.

Die Ziele Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe in der Behindertenhilfe sollen erreicht werden durch passgenaue personenbezogene Hilfen, d. h. Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles (§ 9 SGB XII). Die diesen Paradigmenwechsel charakterisierenden Ziele finden ihren Niederschlag nicht nur in den gesetzlichen Bestimmungen des SGB IX und jetzt auch des SGB XII, sie sind auch überwiegend fachlicher Konsens der in der Behindertenhilfe Tätigen. Und sie markieren den Willen von Betroffenen und deren Angehörigen. Der Mensch mit Behinderung will und soll nicht mehr Objekt fürsorglichen Handelns sein, sondern Subjekt gleichberechtigter Teilhabe!

Die Wirklichkeit ist hiervon noch weit entfernt. Wir alle kennen Praktiken, die sich dadurch auszeichnen, dass gut gemeinte innovative Ansätze dadurch ins Leere laufen, dass das, was immer schon getan wurde, einfach mit den neuen Etiketten versehen wird. Diese Gefahr sehe ich auch bei der Einführung oder Umsetzung personenzentrierter Hilfen. Wir müssen uns also kritisch und vorbehaltlos fragen, was wir an unserer Haltung, unserer Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung ändern müssen; wir müssen gemeinsam im Dialog kritisch prüfen, wo das etablierte Versorgungssystem verändert werden muss und wie dies geschehen kann.

In einigen Projekten (siehe Abbildung 1), die in den zurückliegenden Jahren in der hessischen Sozialpsychiatrie durchgeführt wurden, gab es sehr brauchbare Hinweise und Erfahrungen, wie dieser Umbau vonstatten gehen kann. Teil dieser Veränderung müssen barrierefreie Zugänge zu Leistungen sein sowie transparente, individuell leistungsbezogene Finanzierungsformen anstelle platz- und maßnahmebezogener Pauschalen.

- Projekt »Implementation personenzentrierter Hilfen in der hessischen Gemeindepsychiatrie«
- (Folge-)Projekt »Personalbemessung«
- Projekt »Leistungsfinanzierung«
- Projekte »Personenzentrierte Hilfen auf der Grundlage pauschalierter Einrichtungs- oder Regionalbudgets«

Abb. 1: Projekterfahrungen in der hessischen Sozialpsychiatrie

Ziel dieser Projekte war es, individuell passgenaue, lebensfeldbezogene, flexible Hilfen zu organisieren. Als allgemeine Ergebnisse können u. a. festgehalten werden:

Ausgehend davon, dass wir wissen und erlebt haben, dass es möglich ist Unterstützungsleistungen für psychisch Kranke oder seelisch behinderte Menschen individuell und integriert zu planen und dass regionale Hilfeplankonferenzen (HPKs) gute Orte dieser Planung sein können, haben wir darüber hinaus festgestellt:

- HPKs können ebenfalls effiziente und effektive Gremien zur Förderung der Vernetzung und Kooperation in der Region sein. Dabei erweist sich eine gelungene Kooperation als eine Produktivkraft besonderer Art.
- HPKs können gute Orte der Steuerung von Leistungen und Finanzen einer Region sein. Die gemeinsame, partnerschaftliche Verantwortung für Leistungen und Kosten erhöht die Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems und schafft Transparenz für alle Beteiligten.
- Es ist fachlich und wirtschaftlich sinnvoll, die Feststellung des individuellen Bedarfs mit der Hilfeplanung und der Finanzierung systematisch zu verknüpfen und Erkenntnisse dieses Prozesses für die regionale Sozialplanung zu nutzen.
- Pauschale Einrichtungs- oder Regionalbudgets bieten Leistungsträgern wenig Transparenz hinsichtlich Kosten und Nutzen, sie sind fachlich und rechtlich problematische Formen der Finanzierung, weil sie die Position des Behinderten Menschen im sozialhilferechtlichen Dreieck Leistungsträger – Leistungsberechtigter – Leistungserbringer schwächen und das Bedarfsdeckungsprinzip sowie das Wunsch- und Wahlrecht tendenziell aushebeln.
- Es ist möglich, personenbezogene Leistungen in Zeit zu quantifizieren und prospektiv zu verpreislagen.
- Die zeitbasierte Finanzierung bietet eine brauchbare Grundlage, Leistungen zu flexibilisieren, Maßnahmepakete aufzuschnüren und Einrichtungsstrukturen durchlässiger zu machen.

Anforderungen an die Vergütungssystematik

Eine Finanzierungssystematik, die sich von der pauschalen Vergütung von Plätzen in Einrichtungen verabschieden will und das Ziel der Personenzentrierung konsequent verfolgen möchte, muss den sozialrechtlichen Regelungen entsprechen:

- Bedarfsdeckungsprinzip
- Maß des Notwendigen
- Prospektivität und Vergleichbarkeit
- Differenzierung der Vergütung (§ 76 Abs. 2 SGB XII)

Neben den oben genannten expliziten sozialhilferechtlichen »Zulassungskriterien« ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die Finanzierungsform es anderen, neuen Leistungserbringern ermöglicht, sich auf dem Markt zu betätigen, also ihre Leistungen anzubieten. Aus der Rechtsprechung ist inzwischen bekannt, dass das Problem »geschlossener Markt« unter Umständen bei Regional- oder Sozialraumbudgets auftreten kann. Für den LWV Hessen ist darüber hinaus wichtig, dass eine neue Finanzierungssystematik für alle Zielgruppen und für alle Leistungen zur Teilhabe anwendbar sein muss. Dadurch wird die Anwendung einfacher, die Akzeptanz höher und die Leistungen werden vergleichbarer.

Bezogen auf die Vergütung von Eingliederungshilfen suchten wir eine Antwort auf die Preisfragen:

1. »Welche Entgeltform ist im jeweiligen Arbeitsfeld am besten geeignet, die Qualität der Leistung anzustiften, eine Mengenexpansion über den Punkt hinaus, an dem die Grenznutzenkurve abflacht, zu stoppen? Wie müsste die jeweilige Finanzierungsart aussehen, die beim Einrichtungsträger Anreize für Qualität und für Mengenkontrolle fördert und beim Finanzierungsträger die Kontroll- und Verwaltungskosten minimiert?« (HALFAR 2003)
2. »Wie kann eine Finanzierung gestaltet werden, die auf den heutigen Gegebenheiten aufbaut und diese sukzessiv personenzentriert und »sozialverträglich« umgestaltet?«

Damit komme ich zur zeitbasierten Vergütung, deren Ziele und Wesen ich Ihnen kurz vorstellen möchte.

Die zeitbasierte Vergütung

Im individuellen Hilfeplan wie beispielsweise dem IBRP oder dem Integrierten Teilhabeplan (ITP), der jetzt in Hessen erprobt wird, werden zwischen dem betreffenden Menschen und der koordinierenden Person Ziele vereinbart und Vorgehensweisen abgesprochen. Die Hilfeplankonferenz berät diesen Plan und spricht eine Empfehlung aus. Neben dieser qualitativen

Hilfeplanung ist es aber auch erforderlich, dass das im Hilfeplan festgelegte Vorgehen und die damit korrespondierenden Leistungen quantifiziert werden. Wenn man dies individuell passgenau und nicht relativ pauschal über Bedarfsgruppen machen will, ist die für den einzelnen Menschen benötigte »Zeit« eine taugliche Bemessungsgröße. Damit diese Zeitbemessung, bei der es sich um eine prospektive Schätzung durch die beteiligten Fachkräfte handelt und nicht um ein nachträgliches Verfahren mit der Stoppuhr, einigermaßen systematisch und verlässlich erfolgen kann, geschieht dies mithilfe eines Bogens zur Zeiteinschätzung. Dieser Bogen beruht auf dem von der AKTION PSYCHISCH KRAKE entwickelten Personalbemessungsbogen (BREME et al. 2007). Im Einzelnen ist die Systematik des Verfahrens folgende:

1. Der individuelle Rehabilitationsbedarf wird im IBRP qualitativ beschrieben und vereinbart
2. Dieser Bedarf ist dann in Zeit zu schätzen (Minuten pro Woche)
3. Übertragung in die Leistungsbereiche des »Personalbemessungsbogen« (PBB)
4. Der gemittelte Minutenwert wird mit (trägerspezifischem) bereichsübergreifendem Minutenpreis von z. B. 0,66 Euro multipliziert

Der PBB dient der Ermittlung des Zeitbedarfs für die im Einzelfall notwendigen Hilfen, einschließlich der Leistungen anderer Leistungsträger, nicht-psychiatrischer und nicht-professioneller Hilfen. Er enthält in der ersten Spalte ein Raster von funktional differenzierten Leistungsbereichen (siehe Abbildung 2). Diesen Leistungsbereichen sind die im Übersichtsbogen des IBRP skizzierten direkt klientenbezogenen Leistungen und das geplante Vorgehen bei den Unterstützungsleistungen nach dem Finalitätsprinzip zuzuordnen und für den Leistungsbereich der Eingliederungshilfe zu quantifizieren.

- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung
- Sozialpsychiatrische Grundversorgung
- Spezielle Therapieverfahren
- Koordination, Hilfeplanung, Abstimmung

Abb. 2: Leistungsbereiche des PBB

Kriterium für die Bildung von Leistungsgruppen ist der zeitliche Umfang der erforderlichen, direkt klientenbezogenen Leistungen (siehe Abbildung 3).

Leistungsminuten pro Woche		Entspricht ca.	Leistungsstufe (LS)/
Minuten von – bis	Mittlerer Zeitwert	Personalschlüssel	Leistungsgruppe (LG)
0–95		17,3 und weniger	LS »unter1«
96–135	113	1:12,2	LG 1
136–190	160	1:8,7	LG 2
191–269	226	1:6,1	LG 3
270–380	320	1:4,3	LG 4
381–538	452	1:3,0	LG 5
539–761	640	1:2,2	LG 6
762 und mehr		1:1,5 und mehr	LS »6+«

Abb. 3: Die Bildung von Leistungsgruppen

Bei der Zuordnung ist auf Überschneidungen bzw. sorgfältige Aufgabenabgrenzungen zu achten, um überhöhte Zeitbedarfe zu vermeiden. Synergien sind also wichtig. Beispiel: Notwendige Gespräche können auch während der erforderlichen Begleitung zum Einkauf geführt werden. In der Soll-Wert-Spalte sind die durchschnittlich prospektiv für erforderlich gehaltenen Zeitwerte einzutragen. In den dann folgenden Spalten werden die für die einzelnen Aufgaben zuständigen Leistungserbringer benannt.

Die Verpreislichung der fallbezogenen Minutenwerte erfolgt über einen zuvor ermittelten Minutenpreis. Dieser Minutenpreis gilt bereichsübergreifend, also gleichermaßen für stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen eines Einrichtungsträgers. Er wurde mit diesem auf der Grundlage des Hessischen Rahmenvertrags zu § 75 f. SGB XII vereinbart. Anders verhält es sich mit dem zweiten Bestandteil der Vergütung, nämlich dem sog. Basisbetrag. Dieser richtet sich im Wesentlichen nach den Kosten, die zur Vorhaltung einer bestimmten Leistung erforderlich sind, wie die Abbildung 4 zeigt.

Der Basisbetrag ist sowohl eine Konzession an gewachsene Einrichtungsstrukturen als auch an die gesetzliche Regelung, die eine Unterscheidung der Entgelte für Teilhabeleistungen in mindestens Grundpauschale und Maßnahmepauschale fordert.

Wir haben dieses Finanzierungssystem in zwei Modellprojekten für stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen entwickelt und erprobt. Die Ergebnisse waren so, dass alle Beteiligten gesagt haben, das wollen wir beibehalten und der LWV möchte das ausweiten.



Abb. 4: Bestandteile der Vergütung

Warum? Weil diese Form der Vergütung dazu beitragen kann, die Autonomie behinderter Menschen zu stärken und große Möglichkeiten eröffnet, Unterstützungsleistungen näher am individuellen Bedarf und den Wünschen der Betroffenen zu gestalten (BREMAUER 2008).

Folgende Vorteile können u. E. benannt werden:

- Transparenz und Vergleichbarkeit für alle Beteiligten
- Stärkung der Position des Leistungsberechtigten
- Segmentierung von Pauschalleistungen
- Einbindung anderer Sozialleistungsträger
- Kompatibilität zu TPB
- Festigung der Position der Einrichtung als Dienstleister auf dem Markt = tun, was gebraucht wird

Im Vergleich zu der herkömmlichen platzbezogenen Finanzierung von Eingliederungshilfen ist Folgendes hervorzuheben:

Die Bedeutung einer systematischen und vergleichbaren Art der Verpreislichung der Leistungen wie sie in den genannten Modellprojekten entwickelt wurde, sollte nicht unterschätzt werden.

Sie ist z. B. auch wichtig für die Budgetnehmer, damit sie vergleichen können, was sie wo für ihr Geld bekommen.

Sie ist wichtig für die Leistungserbringer als Anbieter auf diesem Markt, damit sie ihre Leistungspakete in Einzelleistungen aufschnüren, differenzieren können und dafür einen angemessenen Preis verlangen können. Dass z. B. der Einkauf bestimmter Leistungen für eine bestimmte Zeit in einer Tagesstätte oder im Betreuten Wohnen vergütet werden können. Und sie ist selbstverständlich wichtig für die Leistungs- und Kostenträger, damit sie z. B. einen individuell zusammengestellten Leistungsmix kaufen oder finanzieren können und Persönliche Budgets berechnet werden können, die sowohl dem Prinzip der Bedarfsdeckung folgen als auch dem sozialhilferechtlichen Grundsatz, nur das zu finanzieren, was im Einzelfall auch notwendig ist. Die leistungsbezogene, zeitbasierte Vergütung beseitigt Hürden, die passgenauen Unterstützungsleistungen traditionell im Wege stehen: flexible, individualisierte Leistungen sind möglich, die Möglichkeiten müssen aber auch genutzt werden (KUNZE 2008).

Schlussfolgerungen

In Hessen haben die Beteiligten aus den Erfahrungen folgende Schlüsse für das weitere Vorgehen gezogen:

- Die beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger wollen den Weg weitergehen
- Einheitliches Verfahren der individuellen Hilfeplanung und Bedarfsfeststellung für *alle* Eingliederungshilfen und Zielgruppen
- Ebenso eine einheitliche zeitbasierte Finanzierung dieser Leistungen
- der LWV Hessen sieht in regionalen Budgets keine zukunftsweisende, emanzipatorische Form der Regelfinanzierung von Teilhabeleistungen. Hierbei ist es vor allem dem LWV Hessen ein besonderes Anliegen, ein für alle Menschen mit Behinderung einheitliches Hilfeplaninstrument und -verfahren einzusetzen, dieses mit der Feststellung des Bedarfs und der Verpreislichung der im Einzelfall erforderlichen Teilhabeleistungen systematisch zu verknüpfen. Also diese Aufgaben sozusagen in einem Arbeitsgang zu bewältigen. Mit der erfolgreichen Entwicklung des »Integrierten Teilhabepplans Hessen« (ITP) sind wir auf diesem Weg ein gutes Stück vorangekommen.

Gleichsam en passant hat sich das Thema »Einrichtungsbudget« oder »Regionalbudget« erledigt. Im LWV Hessen hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass diese Form der Finanzierung von Leistungen zur Teilhabe nicht mit

der heutigen Gesetzeslage zu vereinbaren ist. Sie widerspreche dem Prinzip der Selbstbestimmung behinderter Menschen und führe zu einer inakzeptablen Stärkung der Rolle der Leistungserbringer im sozialhilferechtlichen Leistungsdreieck (KRONENBERGER 2007).

Die Wirksamkeit der hier dargestellten Verfahren, sei es die integrierte individuelle Hilfeplanung, sei es die zeitbezogene Finanzierung von Individualleistungen, hängt im Sinne personenzentrierter Unterstützungsarrangements entscheidend davon ab, dass die beteiligten Professionellen diesen Systemumbau, diesen Paradigmenwechsel auch wollen und bereit sind, ihr berufliches Handeln infrage zu stellen. Dies gilt für Leistungsträger wie Leistungserbringer gleichermaßen. Und dieser Prozess verläuft nicht ohne Probleme und Schwierigkeiten.

Mit wechselseitigen Ängsten, Befürchtungen und Verdächtigungen muss umgegangen werden. Aus positiven Erfahrungen kann man lernen, aber weil sie noch nicht so zahlreich sind, werden sie auch immer wieder angezweifelt. Ein Problem ist, wenn in einem Bundesland regional ganz unterschiedliche Praktiken und Verfahrensweisen gelten, was aber für eine Übergangsphase unvermeidlich ist; es sei denn alles wird einfach »von oben« verordnet und die Beteiligung der Akteure und Betroffenen vor Ort spielt keine Rolle. Aber das kann hier nicht funktionieren und widerspräche eklatant dem Geist dieses Vorhabens. Dieses kommt auch dann besser voran, wenn es in anderen Bundesländern ähnliche Entwicklungen gibt, man sich gegenseitig helfen kann und voneinander, miteinander lernt.

Der aktuelle Stand dieser Entwicklung ist in Hessen folgender: Die Vertragskommission zu § 75 ff. SGB XII hat in einem Eckpunktepapier im Mai 2008 beschlossen, dass es in Hessen einen einheitlichen Hilfeplan für alle Zielgruppen geben soll, nachdem dieser in einem Praxistest optimiert worden ist. Und dass die Grundlage der zukünftigen Finanzierung von Eingliederungshilfen eine zeitbasierte Vergütung ist. Dieser Praxistest hat inzwischen in der Projektregion Wiesbaden stattgefunden und der ITP hat das Laufen gelernt. Gleichermäßen konnte der nächste Schritt in der Weiterentwicklung der Systematik der zeitbasierten Vergütung gegangen werden, nämlich die Ausweitung dieser Vergütungsform auf den Bereich der WfbM für Menschen mit seelischer Behinderung und auf wohnbezogene Leistungen für Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung.

Im Jahr 2009 werden im Konsens zwischen den Wohlfahrtsverbänden und den Leistungsträgern der Hessischen Vertragskommission weitere Pilotierungen dieser Verfahrensweisen in ausgewählten Regionen hinzukommen.

Auf diese Weise soll ein kontinuierlicher, kontrollierter aber auch konsequenter Umstieg auf eine personenzentrierte Systematik von Leistungen zur Teilhabe in Hessen erfolgen. Das Ziel ist die landesweite Umsetzung.

Literatur

- BREMAUER R: Projekt Leistungsfinanzierung. In: KUNZE H, KRONENBERGER G, KRÜGER U, SCHÖNHUT-KEIL E (Hg.): Der Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen. Psychiatrie-Verlag Bonn 2008; Seite 60–104
- BREME R, KRONENBERGER G, NÄDER C: Aufwand und Vergütung auf den Punkt gebracht! Personenzentrierte Finanzierung in der Eingliederungshilfe. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Hefte 5 und 6/2007, Seite 180–182
- HALFAR B: Kosten- oder Ergebnisorientierung? Socialmanagement, Heft 3/2003, S. 13
- KRONENBERGER G: Regionalbudgets – Weg oder Irrweg zur Finanzierung personenbezogener Teilhabe-Leistungen? Kritische Anmerkungen aus Sicht eines Leistungsträgers. Psychosoziale Umschau, Heft 4/2007
- KUNZE H: Stellungnahme des Fachbeirats zum Projekt ›Leistungsfinanzierung‹. In: KUNZE H, KRONENBERGER G, KRÜGER U, SCHÖNHUT-KEIL E (Hg.): Der Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen. Psychiatrie-Verlag Bonn 2008; Seite 119ff.

Sozialräumliche Finanzierungsgrundlagen im Bereich der erzieherischen Hilfen (SGB VIII, §§ 27 ff.)

Johannes Groppe, Gerhard Litges

In zahlreichen, sehr unterschiedlichen Kommunen (Großstädten in Ballungsgebieten, strukturschwachen Landkreisen, Kleinstädten am Rande von Industriegebieten usw.) wurde nach Erscheinen des Berichts der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGST 12/1998) an einer Umsetzung der dort enthaltenen Finanzierungsempfehlungen gearbeitet. Im Rahmen intensiver und aufwendiger Organisations-Entwicklungsprozesse (und in vielen Fällen unter Begleitung unseres Essener Instituts für Stadtteilbezogene Soziale Arbeit und Beratung – ISSAB) wurden die Grundlagen für eine sozialräumliche Orientierung der Hilfen zur Erziehung geschaffen. Dabei wurden oftmals auf schmerzhafte Weise Erfahrungen gemacht, von denen Nachfolgende hoffentlich profitieren können. Es haben sich nämlich einige Merkpостen herauskristallisiert, die durchaus hilfreich sein können, auch wenn es keinen eindeutigen und für alle Kommunen gültigen Weg gibt und niemals völlige Sicherheit vor Bauchlandungen bestehen kann.

Merkposten für eine sozialräumliche Orientierung

Einer dieser Merkpостen ist, dass ein beträchtlicher Teil der Arbeit *vor dem Abschluss* irgendwelcher Vereinbarungen zur Finanzierung geleistet werden muss. So sollte tunlichst zunächst die Entwicklung gemeinsamer fachlicher Ziele von öffentlichen und freien Trägern durchgeführt werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die fachlichen Ziele den finanztechnischen Notwendigkeiten untergeordnet werden, und genau das soll ja durch Sozialraumorientierung und Budgetierung vermieden werden. Die fachlichen Leitlinien für ein sozialräumliches Vorgehen im Bereich der Hilfen zur Erziehung sind in zahlreichen Publikationen dargestellt, unterschiedliche Praxisprojekte sind ausführlich analysiert und umfangreich dokumentiert worden; daher sollen sie an dieser Stelle nur kurz angerissen werden:

1. Eine passgenaue Unterstützung findet bereits im Vorfeld aufwendiger Hilfen statt.
2. Die Hilfe wird als ein auf das Kind, den Jugendlichen und/oder die Familie zugeschnittener »Maßanzug« individuell entwickelt, und zwar ausdrücklich in Abgrenzung zur gängigen Verschreibung einer Maßnahme entlang der Säulen (§§ 28–35 SGB VIII).

3. Die Hilfeempfänger werden möglichst schnell und nachhaltig von professioneller Hilfe unabhängig gemacht.
4. Nach Möglichkeit werden immer auch Ressourcen aus dem sozialen Raum in die Hilfe einbezogen.
5. Im sozialen Raum werden zur effektiveren und frühzeitigen Unterstützung der Hilfesuchenden Ressourcen aufgebaut

Qualifizierung der Akteure

Sind die fachlichen Ziele erst einmal definiert, bedarf es einer intensiven, die veränderte Praxis begleitenden Qualifizierungsphase für die Mitarbeiter/innen und das Leitungspersonal, denn diese Leute sollen schließlich in die alltägliche Praxis umsetzen, was zunächst abstrakt beschlossen wurde. Die lokalen Akteure bei öffentlichem und freiem Träger müssen also gemeinsam das fachliche Prinzip und die Finanzierungslogik verstehen; zu diesem Zweck ist es absolut notwendig, dass bisherige Routinen hinterfragt, Sichtweisen erweitert bzw. korrigiert und Techniken erlernt werden. Als zentrale Bereiche einer grundlegenden Qualifizierung sind die folgenden anzusehen:

- Zunächst sind die wesentlichen Begriffe der Sozialräumlichen Arbeit (Flexibilisierung, Regionalisierung, Lebensweltorientierung usw.) zu vermitteln, die nicht nur abstrakt verstanden, sondern durchdrungen und verinnerlicht werden müssen. Erst dann ist es sinnvoll, praktische Fragen der Lösungs- und Ressourcenorientierung im sozialarbeiterischen Alltag anzugehen und beispielsweise die wesentlichen Aspekte von Hilfeplanung und Hilfeplangesprächen nach § 36 SGB VIII zu diskutieren und einzuüben.
- Die Fachkräfte müssen lernen, dass die Nutzung von Ressourcen keine abstrakt hergeleitete Forderung ist, sondern konkreten Nutzen bringt und auf längere Sicht Entlastung und Effektivität verspricht. In ihrem eigenen Interesse muss es liegen, z. B. ehrenamtliche Arbeit zu fördern und einzusetzen. Notwendig ist es dafür etwa, Abschied zu nehmen von einer Haltung, die dem Sozialarbeiter die Verantwortung für weite Bereiche der Lebensgestaltung von Klient/innen aufbürdet.

Des Weiteren hat sich dann der Aufbau von Routinen vor Ort bezüglich des Herzstücks der Budgetierung, nämlich der Kooperation zwischen Sozialen Diensten und Hilfeträger, in regionalen Pilotprojekten bewährt. Der experimentierende Aufbau sozialräumlich organisierter Teams, die Erfahrungen

in der fallunspezifischen Arbeit sammeln und vor allem die ressourcen- und lebensweltorientierte Arbeit erproben können, zeigte sich immer wieder als unverzichtbar für eine spätere Umsetzung des Konzepts in allen Teilbereichen der jeweiligen Gebietskörperschaft.

Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) des öffentlichen Trägers, der auch kommunaler Sozialdienst o. Ä. heißen kann, sollte demzufolge nicht die Instanz sein, die besonders viel und häufig mit den Klienten in Kontakt ist. Seine Aufgabe besteht vielmehr darin, auf die Korrektheit des Verfahrens zu achten, und letztverantwortlich die Entscheidungen etwa über die zu leistende Hilfe zu tragen und zu vertreten. Entsprechend sind Arbeitsabläufe und -verfahren zu entwickeln, die zum einen darauf basieren, Selbsthilfepotenziale und Ressourcen zu nutzen, zum anderen eine Delegation der Hilfe an die freien Träger erleichtert, wenn die Möglichkeiten des ASD ausgeschöpft sind.

Organisation der Teams

Grundsätze für die Organisation der sozialräumlichen Teams lassen sich wie folgt formulieren:

1. Ein Team, bestehend aus Mitarbeiter/innen des oder der HzE-Träger, ist gemeinsam mit den Bezirkssozialarbeiter/innen des öffentlichen Trägers für einen sozialen Raum zuständig.
2. Die Mitarbeiter/innen dieses Teams bauen gemeinsam »Milieukompetenz« auf, d. h. sie erschließen sich sozialräumliche Ressourcen, suchen die Nähe zur Lebenswelt der Hilfeempfänger und bauen Kontakte und Kooperationen mit den Jugendhilfeeinrichtungen auf.
3. In einer Geschäftsordnung ist für das Team festgelegt, wie die Zusammensetzung des Teams auszusehen hat, wie Falleingang, Fallübergabe, Hilfeplanung und kollegiale Fallberatung zu gestalten sind und welche interne Besprechungsstruktur gültig ist.
4. Mit dem Aufbau sozialräumlicher Teams sollten gleichzeitig von und mit der Wirtschaftlichen Jugendhilfe Ideen zur Finanzierung entwickelt werden.

Vertragsgestaltung des Sozialraumbudgets

Erst auf diesen Grundlagen können dann regionalisierte Finanzierungsformen vertraglich vereinbart werden, die von Kommune zu Kommune z. T. erheblich differieren können. Die Gründe dafür liegen einerseits in sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen und andererseits in unterschiedlichen Schwerpunkten, die in und mit der neuen Finanzierungsform gesetzt wurden. Dringend zu empfehlen ist es, »Schnellschüsse« bei der Trägersauswahl im Vorfeld von Verhandlungen zwischen öffentlichen und freien Trägern zu vermeiden. Vielmehr bedarf es in diesem sensiblen Spannungsfeld einer hohen Transparenz in alle Richtungen: Träger, Fachbasis und Politik sollten gründlich und offensiv informiert werden; sobald der Eindruck entsteht, Informationen würden zurückgehalten oder gefiltert, kommt es zu Reibungsverlusten, die sogar dauerhaft hinderlich sein können.

Es muss deutlich werden, dass es nicht darum geht, den freien Trägern etwas wegzunehmen. Ebenso deutlich muss jedoch gesagt werden, dass die Träger sich bewegen, ggf. zusammenschließen und räumliche Schwerpunkte setzen müssen etc. Darüber hinaus muss Einigkeit bei allen Beteiligten über einige Kerngedanken der Budgetierung herrschen:

1. Der Schwerpunkträger oder die Hilfe-Träger (Trägerkooperation) erhalten ein Budget im Voraus und gehen die Verpflichtung ein, dafür alle Hilfen der vorher vereinbarten Art in einem Steuerungsbezirk zu übernehmen.
2. Der Träger kann mit diesem Geld wirtschaften, hat Planungssicherheit.
3. Für den Fall, dass das Budget nicht vollständig ausgegeben wird, können die Restmittel (bis zu einer vereinbarten Höhe) in Absprache mit dem Jugendamt anteilig als Rücklage für einen evtl. steigenden Bedarf an Hilfen in den Folgejahren festgelegt oder für fallübergreifende sowie präventive Aktivitäten im Steuerungsbezirk eingesetzt werden. Je nach Bedarf können so beispielsweise ein von Eltern organisierter Mittagstisch unterstützt, Fortbildungen von freiwilligen Helfer/innen finanziert oder Mittel zum Aufbau einer Ressourcenkartei bereitgestellt werden.
4. Sollte das Budget nicht auskömmlich sein, wird durch ein vereinbartes Finanz- und Fachcontrolling ermittelt, ob die Mehrausgaben durch Managementfehler bei öffentlichem oder freiem Träger entstanden sind oder auf eine Bedarfssteigerung etwa durch den Zuzug potenzieller Hilfeempfänger zurückzuführen oder durch durchgreifende Veränderungen der Sozialraumindikatoren verursacht sind.

5. Im Rahmen individueller Unterstützungssettings können die Mittel nicht nur für professionelle Hilfen, sondern auch etwa als Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Helfer oder für gezielte Anschaffungen flexibel eingesetzt werden, für die im Rahmen der Fallfinanzierung kein Spielraum vorgesehen war. Dies könnte etwa den Kauf von z. B. Fußballtrikots und -schuhen für die Teilnahme am Training im Kiez-Verein o. Ä. bedeuten.
6. Die im Einzelfall erbrachten Leistungen werden auf dem Hintergrund von Entgeltvereinbarungen nachträglich abgerechnet.
7. Für die Hilfen gibt es Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, die sich an fachlichen und gesetzlichen Vorgaben orientieren.
8. Durch Qualitätsmanagement und Finanzcontrolling wird die Umsetzung der fachlichen Leitlinien weiterentwickelt, und der effektive Einsatz der Mittel kann überprüft werden.

Konkret gestalten sich sozialräumliche Budgets in der Praxis derzeit wie folgt: Es wird ein regionales Trägerbudget gebildet, das die im betreffenden Steuerungsbezirk zu erwartenden Gesamtausgaben, die im Rahmen der §§ 27 ff. SGB VIII, anfallen, umfasst. Dabei bezieht sich dies auf Leistungen, denen ein individueller Hilfeanspruch zugrunde liegt, egal, ob dies ambulante, stationäre oder teilstationäre Maßnahmen betrifft. Grundsätzlich ist vorab jedoch zu klären, ob Hilfen für junge Volljährige nach § 41, Inobhutnahmen nach § 42, Vollzeitpflege nach § 33 oder andere Hilfen und Maßnahmen, die gemäß SGB VIII geleistet werden, Gegenstand des Budgets sein sollen.

Der Zeitraum, für den das Budget gebildet wird, ist in der Regel ein Jahr, da dies ein überschaubarer, jedoch nicht zu knapper Zeitraum ist, in dem sich gegenläufige Einflüsse ausgleichen können. Ein weiterer Grund liegt darin, dass die Bezugsgröße, also die Summe, an die sich das erste Budget anlehnt, in der Regel ebenfalls für ein Jahr erhoben wurde. Die ersten Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Festlegung der Jahresbudgets für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen sollte, sodass in der Startphase nicht bereits nach sechs Monaten die Budgethöhe verhandelt werden muss. In einigen Kommunen werden in der Startphase die ermittelten Ausgaben für den 3-Jahres-Zeitraum so auf die Jahresbudgets verteilt, dass im ersten Jahr 130 % ausbezahlt werden, im zweiten Jahr 90 % und im dritten Jahr 80 %. So kann der Trägerverbund im ersten Jahr durch das Budget Investitionen etwa bei der Gestaltung von Räumlichkeiten vornehmen oder prozessunterstützende Fortbildungen oder Beratungen finanzieren.

Die Höhe des Budgets bemisst sich idealtypisch an:

1. Sozialraumindikatoren: Dies sind mit statistischen Methoden zu erhebende Werte und Daten, die Auskunft darüber geben, inwieweit ein Sozialraum als »belastet« anzusehen ist, welcher Aufwand also zu erwarten ist, um, abgesehen von konkreten Einzelfällen, die Lebensbedingungen an ein Normalmaß heranzuführen.
2. Vorjahreswerten: Wie viel Geld in einem oder mehreren vorherigen Jahren im betreffenden Sozialraum für Hilfen zur Erziehung ausgegeben wurde, ist ein alle Entscheidungsträger/innen überzeugender Wert zur Bemessung des neuen Budgets.

In den meisten Kommunen wird nicht von Anfang an das Gesamtbudget an den Träger ausgezahlt. Es wird vielmehr mit verschiedenen Varianten von zwei oder drei Teilbudgets gearbeitet, aus denen z. B. die Leistungen finanziert werden, die von den Schwerpunktträgern nicht erbracht werden können. In einer Übersicht lässt sich darstellen, wie etwa die Praxis in Hannover aussieht:

Gesamtbudget

Teilbudget A

Leistungen, die von den Vertragspartnern am Stichtag erbracht werden

Mittel erhält der HzE-Träger(verbund)

Teilbudget B

Leistungen, die (noch) nicht von den Vertragspartnern erbracht werden
(»Alt-Fall-Regelung«)

Mittel verbleiben beim öffentlichen Träger (Wi-Ju)

Teilbudget C

Leistungen, die dauerhaft von erbracht werden z. B. Vollzeit-Vollzeitpflege
Kostenerstattung

Mittel verbleiben beim öffentlichen Träger (Wi-Ju)

Dabei gilt u. a. der Grundsatz, dass Mittel aus Teilbudget B nach Teilbudget A übertragen werden können. Es empfiehlt sich, eine Vorlaufphase zu vereinbaren, in der bereits eine Fallsteuerung realisiert wird, durch die möglichst viele Fälle bei den regionalen Schwerpunktträgern angesiedelt werden. Der Grund dafür ist, dass das Teilbudget A zu Beginn der sozialräumlich umorganisierten Arbeit möglichst hoch sein und damit eine größtmögliche Flexibilität für die Arbeit der Teams ermöglicht werden sollte.

Es ist notwendig, dass der HzE-Erbringer jederzeit in Absprache mit dem öffentlichen Träger Einfluss nehmen kann auf die Fälle, die im Teilbudget B verwaltet werden und etwa Kinder und Jugendliche, die in Heimen untergebracht sind, in die Familien und damit den Herkunfts-Sozialraum zurückführen kann. Damit übernimmt der freie Träger einerseits wiederum

die Verantwortung für konkret zu erbringende Hilfeleistungen respektive Maßnahmen und erhöht andererseits langfristig das ihm zur Verfügung stehende Budget. Damit wird ein weiterer Anreiz gegeben, flexible Hilfesettings zu entwickeln und sich intensiv mit den Übergängen von stationären zu ambulanten Unterbringungen (bzw. umgekehrt) zu befassen.

Literatur

- BUDDE W, FRÜCHTEL F, HINTE W (Hg.): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden 2006
- FRICKE D: Neue Ziele – Neue Wege. Ein Jahr Modellprojekt Kontraktmanagement in Hannover. Sozial extra 2003, 11–12: 33–37
- FRÜCHTEL F et al. (Hg.): Umbau der Erziehungshilfen. Weinheim/München 2001
- HINTE W, LITGES G, GROPE J: Sozialräumliche Finanzierungsmodelle. Qualifizierte Jugendhilfe auch in Zeiten knapper Kassen. Berlin 2003
- LITGES G: Jugendhilfe in Deutschland. Vorurteile und Wirklichkeit. Empirische und systemische Rekonstruktion. Hamburg 2007
- LITGES G, GROPE J: Sozialräumliche Finanzierungsformen. Grundlagen und Praxiserfahrungen. In: HELLWIG U, HOPPE J, TERMATH J: Sozialraumorientierung – ein ganzheitlicher Ansatz. Berlin 2007

III Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Einleitung

Peter Kruckenberg, Gerhard Längle

Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen eine auf ihre jeweilige seelische und soziale Situation und den Krankheitsverlauf bezogene Behandlung, die soweit erforderlich mit komplementären psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Hilfen und mit Selbsthilfeinitiativen koordiniert wird. Die Dienste und Einrichtungen für Behandlung in der Gemeindepsychiatrie sind in den letzten Jahren besonders missachtet und ausgedünnt worden – von der Politik wie von der Selbstverwaltung:

- Im ambulanten Bereich sind die Quartalsvergütungen für niedergelassene Psychiater soweit reduziert worden, dass nur noch »Minutenmedizin« möglich ist. Soziotherapie ist seit dem Jahre 2000 Pflichtleistung, aber nur punktuell etabliert – Ähnliches gilt für ambulante psychiatrische Pflege, Ergotherapie und Bewegungstherapie. Die Vergütung von Leistungen der Institutsambulanzen ist unzureichend für gebotene aufsuchende Behandlung wie für berufsübergreifend zu erbringende Komplexleistungen. Kompensatorische therapeutische Bemühungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in Tagesstätten oder im Betreuten Wohnen sind fachlich oft ohne hinreichende Qualifizierung und Anleitung und setzen außerdem voraus, dass die Nutzer zuvor die Armutsgrenze unterschritten haben.
- Der stationäre Bereich ist fast flächendeckend gekennzeichnet durch den »Sinkflug« der Personalausstattung mittlerweile auf durchschnittlich etwa 80 % des von der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vorgeschriebenen Niveaus, weil die weiterhin gültige Psych-PV aufgrund der Vorgaben einer anderen Verordnung, der Bundespflegesatzverordnung, von den Krankenhäusern nicht mehr umgesetzt werden kann. Hinzu kommt nicht selten eine krankenhausinterne »Quersubventionierung« der somatischen Disziplinen, sodass bei in den letzten Jahren erheblich reduzierten Verweildauern eine fachlich vertretbare Behandlung überwiegend nicht mehr gewährleistet ist.
- Dennoch können manche Leistungsanbieter im psychiatrisch-psychotherapeutischen Feld »gut leben«. Im ambulanten Bereich wechseln viele Kollegen in die Behandlung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie

mit besserer Vergütung und der Möglichkeit, die Patienten auszuwählen – die niedergelassenen Psychiater »sterben aus«, insbesondere in ländlichen Regionen. Im stationären Bereich werden immer neue, meist psychotherapeutisch ausgerichtete »Spezialstationen« gebildet, in denen vorab ausgewählte, im Regelfall gut angepasste Patienten behandelt werden, die wenig pflegerisches Fachpersonal benötigen, sodass auch bei niedrigem Pflegesatz noch Renditen erwirtschaftet werden können.

Behandlung muss wieder das zentrale integrierte und integrierende Element der Hilfen für psychisch kranke Menschen werden – für den Einzelnen und sein Umfeld wie als Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbunds. Trotz aller Schwierigkeiten gibt es engagierte Akteure, die sich bemühen den personen-zentrierten Ansatz auch in der Behandlung weiter zu entwickeln.

- *Hermann Munzel* berichtet über die Probleme der niedergelassenen Psychiater und über Bemühungen, mithilfe Integrierter Versorgung und anderer Vernetzungsmodelle aus der Perspektive des niedergelassenen Psychiaters Kontinuität in der ambulanten Behandlung zu verwirklichen.
- *Gerhard Längle* referiert über neue Modelle der Vernetzung innerhalb des regionalen Behandlungssystems und im Gemeindepsychiatrischen Verbund mit anderen Diensten.
- *Heinrich Kunze* hat sich im Rahmen der AKTION PSYCHISCH KRANKE mit der Evaluation der Psych-PV und der Weiterentwicklung des Entgeltsystems sowie in der klinischen Arbeit mit patientenorientierter Behandlung in regionaler Vernetzung befasst und trägt vor über »Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und ihre zukünftige Finanzierung«.
- Abschließend ein Beispiel dafür, dass bei engagierter Kooperation von Krankenkassen und Leistungserbringern auch heute schon Fortschritte in personenbezogener Flexibilisierung der ambulanten – teilstationären – stationären Behandlung möglich sind, verbunden mit verbesserter Planungssicherheit auf beiden Seiten. Hierzu der Bericht über »Das Regionale Psychiatrie-Budget im Kreis Steinburg – Erfahrungen aus einem Modellprojekt« von *Arno Deister und Hans-Jürgen Forster*.

Sicherstellung der ambulanten Behandlung

Hermann Munzel

Zunächst werde ich meine Haltung bezüglich der Zielausrichtung, der Qualität in der Leistungserbringung sowie den Zuständigkeiten für entsprechende Behandlungen am Patienten verdeutlichen. Dazu einleitend ein Auszug aus einer Online-Diskussion mit Vorstandskollegen des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte Landesverband Niedersachsen zu den Hausarztverträgen:

Nachdem aktuell Statements veröffentlicht wurden, in denen man sich Sorgen zur Bedeutung der Hausarztverträge nach § 73 b SGB V mache, dass sie letzten Endes zu einer (weiteren) Regelversorgung werden könnten, dementsgegen Verträge nach § 73 c SGB V »zur besonderen ambulanten Versorgung« dienen sollten (CASSEL et al.), könnten diese Entwicklungen – wie es da heißt – »gegen die Krankenhäuser« letzten Endes nur ein weiteres Zeugnis darüber geben, wohin das alles führen soll: die Gräben zwischen den Sektoren noch tiefer treiben, in der Folge den Weg zur Entstehung von Konglomeraten fördern, schließlich große Apparate schaffen – so transparent wie möglich – um sie somit besser steuern zu können. Ich halte diese großen, ausschließlich sektorbezogenen Sammelbewegungen, die in sich noch einmal Spaltungen vorsehen (§ 73 b- und § 73 c SGB V-Konsequenzen) für den falschen Weg.

Vielmehr sollen alle Sektoren zusammenstehen, sich nicht gegeneinander weiterentwickeln (lassen), regional bezogene Vereinbarungen treffen, die alle Sektoren einbeziehen. Dazu müssten sich allerdings die Regionen erst einmal entwickeln.

Mit dem oben dargestellten Text will ich deutlich machen, dass wir bislang viele Jahre der inhaltlichen Auseinandersetzung damit verbracht haben zu klären, wie denn mit welchen Mitteln, unter welcher Verantwortlichkeit und in welchem Umfang vernünftigerweise patientenzentriert vorzugsweise ambulant, aber auch stationär behandelt werden soll. Deutlich gemacht werden soll aber auch, dass wir dabei mittlerweile an einem Punkt angekommen sind, in dem globale Interessen entsprechende Versorgungsnotwendigkeiten diktieren und wir immer mehr die Bedürfnisse und notwendigen Grundlagen für Patienten und deren Behandler am Ort des Geschehens übergehen. Mehr noch, es gibt mittlerweile eine längere Geschichte einer langfristig angelegten Strategie, die Behandlungssektoren und deren Vertreter gegeneinander zu positionieren, um am Ende mit übersichtlichen Strukturen eine Transparenz der Systeme für das politische Geschehen zu erreichen sowie

in der Folge für die Kostenträger die Optimierung von Kostenströmen. Was das für die Behandler an der »Versorgungsfront« bedeutet und damit in der Konsequenz für den Patienten, darüber möchte ich einige Aspekte zur Darstellung bringen.

Erfahrungen bei der Umsetzung von ambulanten Komplexeleistungen

Zu meinem beziehungsweise unserem persönlichen Hintergrund: Ich bin seit 1991 niedergelassener Nervenarzt, und nach Ortswechsel und Neuniederlassung 1994 in Weyhe in Niedersachsen fand ich rasch einen Partner. Die Praxis baute sich weiter auf, zurzeit sind wir drei Fachärzte, drei Partner zusammen mit einem Weiterbildungsassistenten. Die Praxis ist Gründungsmitglied des Sozialpsychiatrischen Verbundes des Landkreises Diepholz. Wir arbeiten seit Jahren in enger Kooperation mit den diversen Leistungsträgern aus dem stationären, komplementären und ambulanten Feld eng zusammen. Ich entwickelte inhaltlich dazu 1994 das erste Konzept für eine ambulante, multiprofessionell getragene Behandlungskonzeption. Aus unserer Praxis heraus wurde 1995 der »Psychotherapeutische Verbund im Nordkreis Diepholz« gegründet, 1996 war es der Verein »Blaues Haus Weyhe e. V.«. 1999 wurde unsere Praxis neben vier anderen kliniknahen Behandlungsstandorten in Niedersachsen einbezogen in den Landesmodellversuch zur »Erprobung der ambulant psychiatrischen Behandlungspflege«. Dieses Projekt konnte 2001 erfolgreich abgeschlossen werden; zusammen mit mehreren Engagierten halfen wir dann, dass zum 01.07.2005 die Einführung dieser Behandlungsleistung als Regelversorgung umgesetzt wurde. Im Zeitraum von 2001 und 2002 waren wir als eine von drei Praxen einbezogen in eines der letzten Bundesmodellversuche im Rahmen der fünfundzwanzigjährigen Psychiatriereform mit dem Titel »Sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis«. Hier konnten wesentliche Beweise dafür geliefert werden, dass sogenannte »Heavy User« im psychiatrischen Behandlungsfeld gut qualifiziert und gesteuert von niedergelassenen fachärztlichen Praxen ambulant behandelt werden können. Zum 01.01.2004 schloss unsere Praxis dann den ersten psychiatrischen Versorgungsvertrag in Deutschland im Rahmen der Integrierten Versorgung ab, es folgten weitere Verträge. Ich gründete den »Förderverein zur Integrierten Versorgung in der Psychiatrie«; dieser ist mittlerweile in mehreren Bundesländern aktiv.

Vor Ort besteht eine Qualitätsgesicherte Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD), es gibt regelmäßige Fallbesprechungen

auch mit anderen Einrichtungen sowie Qualitätszirkel mit dem benannten SPSD, der ambulanten, psychiatrischen Pflege sowie den Hausärzten und anderen Professionellen in der Region.

Die regionale psychiatrische Versorgungsstruktur im Landkreis Diepholz

Im Landkreis Diepholz leben etwas mehr als 200 000 Einwohner in 16 Gemeinden, 50 % davon wohnen in den drei Nordgemeinden Weyhe, Stuhr und Syke. Die stationäre Versorgung für psychisch Kranke findet in der Klinik St. Annen in Twistringen statt, zum 01.07.1994 als Auslagerung aus dem damaligen Landeskrankenhaus in Osnabrück implementiert. Sie hat 84 Behandlungsplätze, zuzüglich 14 tagesklinische Plätze. Die Auslastung liegt bei 106 %, Tendenz steigend, die Bettenbemessungsquote liegt bei 0,35, was einen sehr niedrigen Standard definiert. Aktuell wurde das stationäre Angebot für psychosomatische Medizin genehmigt, die bauliche Entwicklung verzögert sich allerdings zurzeit wegen behördlicher Genehmigungsverfahren.

Zum 01.07. diesen Jahres wurde eine Sucht-Rehabilitationsklinik mit insgesamt 54 Plätzen in Bassum gegründet. Im Bereich der komplementären Dienste gibt es fünf Wohnheime für psychisch kranke Patienten, dazu mehrere Heime für chronisch- und gerontopsychiatrische Patienten ohne Fachstatus. Etwas überspitzt ausgedrückt könnte man hier von Abschiebeeinrichtungen sprechen, die in der Regel nach außen den Status als Alten- und Pflegeheim tragen. Es gibt zwei Werkstätten für psychisch Behinderte, vier Träger und entsprechende Versorgungsmöglichkeiten für ambulantes betreutes Wohnen. Wir haben vier Kontaktstellen und zwei Tagesstätten.

Im ambulanten Behandlungsbereich sind sechs fachärztliche Vertragsarztsitze besetzt, zwei Zweigpraxen an Allgemeinkrankenhäusern sind zusätzlich in Funktion, und es gibt eine psychiatrische Institutsambulanz an der Fachklinik. Ein Facharzt verließ aus wirtschaftlichen Gründen das Land in Richtung Holland, der frei werdende Sitz wird in Kooperation zwischen der Klinik und uns weiterhin aufrechterhalten, da er sonst gemäß den rechtlichen Regelungen bei fehlender Nachbesetzung gestrichen werden würde.

Der engste Kooperationspartner für uns in der Praxis ist der vormalig aus unserer Praxis heraus entwickelte und aufgebaute psychiatrische Fachpflegedienst »Prisma«. Es gibt ca. 15 niedergelassene Psychotherapeuten, etwa acht niedergelassene Ergotherapeuten und zehn Berufsbetreuer. Rein theoretisch könnten Soziotherapiebehandlungen durchgeführt werden, das passiert

allerdings nicht. Die niedrige Leistungsbezahlung und weitere schlechte Bedingungen verhindern entsprechende Umsetzungen nach wie vor.

Die Veränderungen aufgrund der Reformen im Gesundheitsbereich

Nachdem wir uns mit unserer Praxis etabliert, uns dabei inhaltlich stark engagiert und als in der Praxis tätige Ärzte sehr viel Zeit und Aufwände für inhaltliche Fortentwicklungen investiert hatten, ergaben sich gleichzeitig im Zeitraum ab ca. 1999 bis 2000 Veränderungen, die den Standort unserer Praxis im wirtschaftlichen Sinne zunehmend gefährdeten. Diese fortschreitend existenzbedrohliche Situation wurde mehr und mehr zur Triebfeder, bereits angedachte Veränderungen im inhaltlichen Sinne in Richtung Wandlung von Versorgungsstrukturen nunmehr zusätzlich aus existenziellen Gründen voranzutreiben. Wenn man denn in diesem Zusammenhang das Wort gebrauchen möchte, dass in jeder Krise eine Chance stecken würde, so möchte ich aber doch betonen, dass wir einen solchen Wandlungsprozess gerne unter weniger Existenzängsten vorangetrieben hätten.

Zu den Fakten: Trotz Arbeitszeiten von mittlerweile 65 Wochenarbeitsstunden im Durchschnitt haben sich unsere Einnahmen je Arzt im Zeitraum von 2000 bis 2007 über Einkommenssteuerbescheide nachweisbar nahezu auf die Hälfte reduziert. Es sind aber weiterhin Kreditleistungen zur Abzahlung der Praxis und Gerätschaften zu leisten, das Missverhältnis von Einnahmen und Kosten hat sich drastisch verstärkt. Ich möchte in diesem Zusammenhang bemerken, dass ich es unerträglich finde, wenn in der Öffentlichkeit bekannte Persönlichkeiten, z. B. der Gesundheitsökonom Lauterbach wiederholt die Einnahmenniveaus von Angestellten sowie selbstständigen Ärzten gleichbewertend nebeneinander stellt und von einem Jahres-Durchschnittseinkommen von um die 85 000 Euro spricht. Gleichzeitig fordert er die Abschaffung der sogenannten doppelten Facharztschiene, meint die Schließung der Praxen und sitzt bekanntermaßen selbst im Aufsichtsrat der Rhön-Kliniken.

In der Folge der verschlechterten wirtschaftlichen Grundlagen haben sich die Bedingungen an der »ambulanten Versorgungsfront« deutlich verändert: Steigerung der Behandlungsfälle je Quartal seit 2004 um fast 35 %, Absinken des Ertrags, des sogenannten Fallwertes um 24 %, Steigerung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit um knapp 25 %, zusätzlich Steigerung des Bürokratieaufwandes für die Betreuung eines Patienten auf ca. ein Drittel der für den Patienten aufgebrauchten Arbeitszeit.

Veränderungen in Richtung eines Engagements zur Umsetzung neuer Versorgungsformen schaffen in diesem Zusammenhang nicht wirklich Ausgleiche. Die Integrierte Versorgung ist im psychiatrischen Feld in der Praxis inhaltlich sicher allerbestens aufgehoben; sie ist allerdings nie dafür gedacht gewesen, ist dazu auch tatsächlich nicht in der Lage, ein finanzielles Substitut für fehlende Einkünfte aus dem Topf der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu bilden.

Beobachtet wird eine zunehmende Verweisung frei werdender Kassenarztsitze, entweder werden sie nach Abgabe aus Altersgründen nicht mehr neu besetzt oder die Kollegen gehen ohne Nachfolge ins Ausland. Der Markt ist leer gefegt, Nachfolger sind kaum zu finden; es fehlen zunehmend Fachärzte für die ambulante Versorgung, durch die Überalterung der Berufsgruppe wird es in den nächsten Jahren zu einem rapide zunehmenden Fachärztemangel kommen.

Was unsere Rahmenbedingungen zur Berufsausübung weiter angeht, bleibt festzustellen, dass die Vorteile der Zugehörigkeit zur KV immer weniger werden, sie bestehen kaum noch; wir haben allerdings kaum Möglichkeiten eines Ausstiegs aus dieser Zwangsmitgliedschaft. Das Feld ist so bestellt, dass wir bei Wunsch nach Ausstieg als Einzelne sowieso, aber auch in der Gruppe oder in größeren Konglomeraten gedacht, erhebliche Schwierigkeiten zu erwarten haben. Die Korkmodelle sind nicht ausreichend ausgereift, die Möglichkeiten zum Vereinbaren spezifischer Versorgungsverträge sind zurzeit schlecht entwickelt. Alles stoppt zurzeit, die Kassen sehen sich großen Veränderungen gegenüber, haben daher wenig Interesse an Innovationen.

Veränderte Versorgungsbedingungen für Patienten sowie Behandler

Manchmal scheint es so, als wenn unsere KV-Zugehörigkeit uns den Untergang bescheren könnte, wenn man denn sieht, welche politischen Vorgaben und Kosteneinsparungs-Diktate aufseiten der Kostenträger letzten Endes durch die KVen zu den Praxen hindurchgereicht werden. Ebenso verhält es sich mit den Qualitätssicherungselementen, die uns im Praxissystem zusätzlich belasten und erheblichen Arbeitsaufwand fordern. Dabei stammen diese Qualitätssicherungselemente aus der Industrie, der Produktion, und es ist wissenschaftlich nicht nachgewiesen oder anerkannt, dass sie sozusagen »1 : 1« übertragen werden könnten in den Dienstleistungsbereich, geschweige denn im Bereich Gesundheitswesen.

Immer mehr Arbeit muss von uns hineingesteckt werden, in derartig geprägte Maßnahmen für Überlebenskämpfe auf der einen Seite wie auch Sicherung des Standortes zur Versorgung der Patienten andererseits. Weniger Zeit steht für die Patienten zur Verfügung, oder wir müssen unsere Arbeitszeit deutlich ausweiten. Die entscheidende Frage dabei ist zu stellen: wem nützt es, wer hat etwas davon?

Ich befürchte, dass der seinerzeit schwer erkämpfte Paradigmenwechsel weg von der institutionsorientierten Versorgung, hin zur patientenorientierten Behandlung zunehmend vernachlässigt wird. Dabei ist nicht nur die individuelle Zuwendung in der niedergelassenen Praxis aus benannten Gründen bedroht. Vielmehr entstehen aktuell ganz andere Formen der Patientenbetreuung im Rahmen eines sogenannten Casemanagements. Soweit in diesem Rahmen fachlich gut ausgebildete und qualifizierte Mitarbeiter in Betrieben oder Krankenkassen in einem Netzwerk zwischen Kostenträger und Behandler mit ausdrücklicher Genehmigung des Patienten dafür sorgen, dass fachlich qualifizierte Behandlungen auf den Weg gebracht werden, besteht mit Sicherheit kein Problem. Wenn aber Patientendaten in hoher Zahl und Volumen an Callcenter womöglich börsendatierter, privater Unternehmen aus dem Bereich Gesundheitswesen abgegeben werden, dann werden an dieser Stelle missbräuchliche Praktiken allzu deutlich. Sie kennen aus der Presse die aktuelle Berichterstattung über das Unternehmen Healthways. Zu nennen wären weitere Verflechtungen bundesdeutscher Gesundheitspolitik mit dem größten amerikanischen Unternehmen im Gesundheitswesen, der Firma Kaiser-Permanente. Inwiefern auch bei uns Wege dieser Art auch zur Versorgung von Psychiatriepatienten gebahnt werden könnten, muss sich in der Zukunft zeigen. Eine Niederlassung des zuletzt genannten Unternehmens gibt es bereits in Deutschland. In gleichem Maß dürfte es kritisch zu bewerten sein, wenn am Ende nur noch wenig große Klinikbetreiber den Markt um die Versorgung von Psychiatriepatienten schlucken würden.

Solcherlei Konzentrationen und Zentralisierungen sind als kontraproduktiv für die psychiatrische Versorgung zu bezeichnen, schließlich lebt gerade der Bereich der Versorgung von Psychiatriepatienten von individuellen Strategien. Da mag es allenfalls passen, wenn ein Zusammenschluss vorhandener Kräfte mit vereinbarter Kooperation und Koordination vereinbart wird, es braucht eine Präsenz der Behandlungsvielfalt. Ein großvolumig angelegter Zusammenschluss in die Hände nur noch sehr weniger Strukturen bedeutet neben der größeren Transparenz und Übersichtlichkeit mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die beste Grundlage zu Strategien der Kosteneinsparung

und damit letzten Endes auch die Gefahr des Aushungerns auf der Seite der Behandlungsangebote.

Auf dem Weg dahin möchte ich einige Fakten aufzählen ohne Anspruch auf Vollständigkeit: ein Ausverkauf der Versorgung in private Trägerschaften kann sehr schnell zur Industrialisierung der Behandlung und Leistungserbringung führen. Wenn dabei beispielsweise ein Rentenfond Krankenhäuser unterhält, dann muss er letzten Endes doppelt verdienen: zum einen müssen Kosten und Rücklagen für das Krankenhaus verdient werden, zum anderen wollen die Aktionäre des Fonds zufriedengestellt werden. Ich erwähnte bereits die mittels Zusammenschlüsse erreichbare Transparenz der Systeme als beste Voraussetzung zur Kostensteuerung im Sinne von Dumpingstrategien. Wir wissen um die Positionierung von Lobbyisten in der offiziellen Politik, wir wissen – ganz anderer Gedanke – dass Landeskrankenhäuser in Niedersachsen verkauft worden sind. Auch die bereits benannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wachsende Bürokratisierung gehören in dieses Problemfeld hinein.

Trotz allem werden gemäß Reformbestimmungen inhaltlich bezogene Strukturveränderungen auf den Weg gebracht, die aber ebenfalls im Sinne dieser grundsätzlichen strategischen Ausrichtung missbraucht werden könnten, es gilt hier wachsam zu bleiben. Ein kurioses Projekt ist das Modell »Tante Agnes« – so benannt von den Mitbürgern in den östlichen Bundesländern – die diese Bezeichnung in frühere Zeiten für die Gemeinde-Fürsorgerinnen benutzten. Worum geht es?

Tatsächlich wurden in einem von der Europäischen Union unterstützen Modellversuch im Brandenburgischen ehemalige Fürsorgerinnen sozusagen reaktiviert, mit Laptop, Webcam und Auto ausgestattet zu Patienten geschickt. Freilich ging es hier um die hausärztliche Versorgung, dennoch soll dieses Szenario kurz beschrieben sein: schließlich klappte die fürsorgliche Kollegin ihr Laptop auf, der Patient konnte das Gesicht der Hausärztin leicht erkennen, eine größere Nähe wurde hergestellt durch das Einschalten der jeweiligen Webcams in der Praxis und in der Patientenwohnung. Ärztin und Patient unterhielten sich, die Ärztin stellte womöglich eine Diagnose, eigentlich Ferndiagnose, mit zuvor ausgestattetem Prokura konnte dann »Tante Agnes« ein Rezept unterschreiben und fertig war der Hausbesuch.

Sei es drum, vielleicht bleibt dieser mittlerweile seit einiger Zeit abgeschlossene Modellversuch ein satirisches Intermezzo, dennoch zeigt sich, mit welchen Ausrichtungen im Bereich der ambulanten Versorgung vonseiten der zuständig Verantwortlichen für die Rahmenrichtlinien gedacht wird.

Aber auch die Integrierte Versorgung steht in Gefahr, missbraucht zu werden, wenn hier nicht genau darauf geachtet wird, wer zum Beispiel im Bereich der Evaluation in welchem Umfang Patientendaten übermittelt oder empfängt. Als weitere Instrumente in diesem Sinne sollten genannt sein die E-Card sowie Schreiben von Kostenträgern direkt an den Patienten, in denen höchstpersönliche Befindlichkeiten, Behandlungen, Medikationen und dergleichen abgefragt werden.

Nun möchte ich nicht in eine Art der Betrachtung hineinfallen, in der ich in paranoider Manier die Außenwelt um den Versorgungsstandort unserer Praxis als ausschließlich feindlich ansehe. Ebenso wenig aber möchte ich vergessen machen, dass es eben diese vorgedachten oder bereits teimplizierten Strukturveränderungen gibt. Allerdings braucht es für deren Umsetzung nicht nur Verantwortliche, sondern auch Umsetzende, und das wären dann gegebenenfalls wir Nervenärzte und Psychiater selbst. Und das macht einen entscheidenden Aspekt aus: ein Kollege fragte neulich im übertragenen Sinn: »wo sind die Soldaten?«, wenn denn am 1. September im Bundesanzeiger plötzlich von der AOK eine Ausschreibung zu lesen steht für die Versorgung von bis zu 15 000 Schizophrenie-Patienten. Unzufriedenheiten der ambulanten Leistungsträger, wer ist daran schuld, immer der andere? Den inneren Feind nach außen stellen? Nein, das allein hilft nicht weiter, Veränderung fängt bei mir selbst an.

Neue Wege in der Behandlung

Nicht um mich persönlich herauszustellen, sondern nur mit dem Ansinnen, ein Beispiel zu nennen, möchte ich Ihnen meinen Weg nennen, auf den ich mich im Zeitraum der letzten zwei Jahre gemacht habe. Dem zugrunde lag die für mich eindeutige Analyse, dass es nicht angehen kann, dass das Einführen von neuen Versorgungsformen, wie zum Beispiel Integrierte Versorgung, womöglich ausschließlich gegen Krankenhäuser auf den Weg gebracht wird. Vielmehr bedarf es sicherlich des weiteren Ausbaus des Behandlungsschwerpunktes für psychische Patienten im ambulanten Bereich, die Veränderungen gehen aber nur mit dem Krankenhaus.

Auf der Basis meiner langjährigen Tätigkeit in der Region waren über die Zeit persönliche Beziehungen gewachsen, die beiden mit mir befreundeten Klinikleitungskollegen und ich begannen gemeinschaftlich über die Aspekte der aktuellen Versorgungslage sowie notwendiger Veränderungen und Zielsetzungen nachzudenken. Vor dem Hintergrund all dieser Dinge

trat ich dann eine Nebentätigkeit in der Klinik an, arbeite seit September 2007 als Facharzt in der Institutsambulanz mit. In Kürze wird diese Tätigkeit vom Aufgabenbereich her erweitert; ich werde spezifische Versorgungsprojekte für die Klinik im ambulanten Feld verantwortlich entwickeln und aufbauen und sie in die gleichfalls zunehmende Vernetzung zwischen Klinik und Praxis einbeziehen. Dieser Art Wahrnehmung zusätzlicher Aufgaben bedeutet jedoch nicht, dass ich meine Praxistätigkeit aufgeben werde, vielmehr bleibe ich weiter mit inhaltlicher und ökonomischer Verantwortung in unserer Praxis tätig.

Sicherlich sind Arbeitszeiten begrenzt, der alte Spruch – »der Tag hat 24 Stunden. Wenn das nicht reicht, nehmen wir die Nacht dazu ...« – gilt auch hier nicht. Dennoch habe ich arbeitszeittechnisch Synergien gefunden, die ein paralleles Umsetzen verschiedener Projektentwicklungen möglich machen. Dabei befasse ich mich mit der Projektleitung für den Aufbau eines fachärztlichen Versorgungszentrums, in das mit anderen ergänzenden Betrieben insgesamt 17 Unternehmen einbezogen sind.

Inwiefern sich an diesem Prozess die Klinik beteiligen wird oder eher nicht, ist zurzeit noch offen, wir haben dazu erst mittelfristig eine dement-sprechende Betrachtung der Situation vereinbart.

Im Bereich der konkreten Anforderungen an die Steuerung solcher zunehmend vernetzten Versorgungsangebote bedarf es mit Sicherheit entsprechender Steuerungsinstrumente. Beispielhaft seien hier folgende Möglichkeiten zu nennen:

- Es stehen Ratings für die Feststellung der Schwere der Erkrankungen zur Verfügung.
- Es muss überprüft werden, inwiefern Beurteilungskriterien gemäß den ICF-Bewertungen hierfür geeignet sind.
- Es bedarf genauerer Festlegung von Kriterien, die geeignet sind, die Notwendigkeit der klinischen oder klinikfernen respektive praxisfernen oder praxisnahen Behandlung begründend zu definieren.
- Gegebenenfalls würden sich Möglichkeiten zur Etablierung von sektorübergreifenden Leitstellen ergeben. Nachdem zuvor der Versorgungsbedarf in der dazugehörenden Region genauer erfasst wurde.
- Weitere Steuerungsinstrumente können ein verbessertes Engagement im Rahmen der Möglichkeiten des sozialpsychiatrischen Verbundes sein.

Visionen der Versorgungsstruktur für psychisch kranke Patienten im Landkreis Diepholz

In jedem Falle müssten solche Entwicklungen vertraglich festgelegt sein, sie hätten institutionelle Bedingungen zu beschreiben, ebenso die notwendigen Grundlagen für die Behandlung am Patienten. Eine Verbindlichkeit dafür muss definiert werden. Es geht in jedem Fall um sektorübergreifende Betrachtungen, die zum Teil über aktuell bekannte Regelungsmöglichkeiten wie nach dem § 140 und § 73 c des SGB V hinausgehen. Wir werden sicherlich weitere Entwicklungen für die Vernetzung besonders auch im Bereich der EDV auf den Weg bringen müssen, die Verantwortlichkeit zur Ausformung dieser Art Vernetzung sollte dabei aber bei dem Behandler und nicht bei den Kostenträgern liegen.

Wenn wir denn bereits Anfang der 80er-Jahre über die Bildung von regional bezogenen Behandlungstöpfen als Pool-Finanzierung nachgedacht haben, so gibt es erst zu heutigen Zeiten erste Ansätze dazu, die im grundsätzlichen Sinne sicherlich höchstgradig positiv einzuschätzen sind. Doch auch hier werden teils ganz unterschiedliche Interessen verhandelt. Wenn eine große Krankenkasse von einem regionalen Budget spricht, meint sie die Festlegung einer Ausgabensumme je Region, erwartet bei Aushandlung aber von vorneherein – weil sozusagen Exklusivvertrag – Rabatte zugunsten des Kostenträgers. Es gibt aber auch andere Beispiele, wie zum Beispiel in Schleswig-Holstein erprobt, wenn auch m. E. unter zu wenig Einbezug der ambulanten Versorgungsangebote.

Zusammenfassung

Startete ich anfangs meine Betrachtung des Versorgungssystems von außen nach innen, verlasse ich den Fokus zum Schluss wieder nach außen. Wenn wir denn im Landkreis vor Ort derartig rege unterwegs sind, werden wir uns mit folgenden versorgungs- und gesundheitspolitischen Gegebenheiten herumschlagen müssen. Es handelt sich nicht um ein transparentes Regelwerk, sondern wir werden uns auf einem Flickenteppich sich zum Teil widersprechender Bestimmungsgrundlagen bewegen müssen, schlecht für das Ganze, kostenträchtig für die Allgemeinheit und unsicher für unsere Zukunft.

Was die besondere Problemlage für das kommende Jahr angeht, so wird im Zusammenhang mit Einführen des Gesundheitsfonds für die Krankenkasse das Geld mit den Schwerkranken verdient; gleichzeitig sollen alle Kassen

bis zum Jahresende schuldenfrei werden, und eine Insolvenzfähigkeit hat der Gesetzgeber gleichermaßen neu definiert. Mittel für Innovationen wird es vor diesem Hintergrund sicher nicht geben, und einiges an Kosten für Behandlung von Patienten wird nicht bewilligt werden.

Umso mehr werden wir Behandler vor Ort uns auf uns selbst verlassen müssen, unser Vertrauen zueinander ausbauen und versuchen, so viel Qualität in der Behandlung wie möglich patientenzentriert umzusetzen.

In jedem Fall sollte vermieden werden, dass die Ressourcen für Behandlung und die konkrete Arbeit im operationalen Bereich immer mehr zulasten von Bürokratie und Verwaltung ausgedünnt werden. Es liegt letzten Endes an uns allen, wie weit wir uns trauen, aus den verschiedenen Sektoren heraus aufeinander zuzugehen. Frei nach Robert Lemke ... »welches Schweindl hätten's gern?«

Literatur

CASSEL D, EBSSEN I, GREß S et al. (Hg.): Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. WIdO-Publikation 2008

Neue Modelle der Vernetzung – »GPZ, SHN, MVZ, APD, IV!?«

Gerhard Längle

Referiert werden die neuen Modelle der Vernetzung – wie sie sich in der aktuellen ambulanten Versorgungssituation – aus der Sicht eines Kliniklers, nicht eines Niedergelassenen darstellen (vergl. zu dieser Sichtweise die Ausführungen von Herrn Dr. Munzel in diesem Tagungsband).

Der persönliche Hintergrund prägt die Wahrnehmung und die Darstellung einer Thematik, deshalb ein paar Vorbemerkungen dazu:

Der Referent ist Ärztlicher Direktor des Zentrums für Psychiatrie, Münsterklinik Zwiefalten, einem ehemaligen Landeskrankenhaus mit fast 200-jähriger Tradition. Die Münsterklinik Zwiefalten ist Teil der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie, deren Versorgungsgebiet sich von der Südregion Stuttgarts bis zum Bodensee erstreckt und u. a. die ebenfalls traditionsreichen psychiatrischen Kliniken Bad Schussenried und Weißenau (Ravensburg) beinhaltet. Die Südwürttembergischen Zentren haben sich in den letzten zehn Jahren von drei auf aktuell 26 Standorte ausgedehnt, wobei zahlreiche insbesondere der ambulanten und teilstationären Behandlung dienen. Die Südwürttembergischen Zentren betreiben zahlreiche psychiatrische Institutsambulanzen sowie medizinische Versorgungszentren in mehreren Regionen. Sie sind neben der direkten Krankenbehandlung mit eigenen Institutionen beteiligt in der Wiedereingliederungshilfe (ambulant betreutes Wohnen, sozialpsychiatrische Wohneinheiten, Werkstätten für Behinderte u. a. m.) sowie in der Pflege und der Rehabilitation. Die strategische Ausrichtung des Gesamtunternehmens hat als zentrales Ziel die wohnortnahe, niederschwellige, bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen. Erfahrungen aus der Geschäftsleitung dieses Gesundheitsunternehmens fließen ebenso in den Beitrag ein wie die langjährigen Alltagserfahrungen im Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Tübingen und Reutlingen sowie des Suchthilfenetzwerkes im Landkreis Reutlingen.

Ausgangspunkt und Grundsätze der Vernetzung

Der Ausgangspunkt für die meisten auch aktuellen Entwicklungen sind die grundlegenden Überlegungen, wie sie im Bericht der Psychiatrieenquete des Bundestages 1975 niedergelegt wurden. Die Kernforderungen sind weiterhin:

- ambulant vor stationär,
- gemeindenähe Versorgung bzw. Behandlung und Betreuung in der Gemeinde,
- regionale Versorgungsplanung und -verantwortung,
- eine Versorgungsverpflichtung aller an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Institutionen,
- die Einrichtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie Fachambulanzen und Übergangseinrichtungen.

Die Entwicklungen der letzten Jahre lassen sich, in konsequenter Fortführung dieser Überlegungen unter dem Schlagwort »Patientenorientierung statt Institutionsorientierung« zusammenfassen. Ziel ist aktuell die Gestaltung des Versorgungssystems nach den Bedürfnissen und Bedarfen der einzelnen Patienten. Es geht nicht mehr darum, neue Institutionen aufzubauen und diese dann den Patienten und Klienten anzubieten, sondern es geht im Gegenteil darum, für den Einzelnen passende Versorgungslösungen zu finden oder aus den bestehenden Angeboten heraus zu entwickeln. Hierzu bedarf es einer intensiven Vernetzung, die sich auf fünf unterschiedlichen Ebenen abspielen muss:

1. Trägerübergreifende Vernetzung:
Sie ermöglicht, dass Angebote unterschiedlicher Einrichtungsträger vom einzelnen Patienten/Klienten problemlos kombiniert werden können.
2. Vergütungssystem übergreifender Vernetzung:
Hierdurch soll gewährleistet werden, dass Leistungen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation sowie der Eingliederungshilfe in Kombination und eng aufeinander abgestimmt durchgeführt werden können.
3. Zielgruppenspezifische Vernetzung:
Dabei geht es um die Zusammenführung spezialisierter Hilfen für bestimmte Patienten oder Diagnosegruppen, z. B. für die Behandlung und Betreuung Abhängigkeitskranker.
4. Regionale Vernetzung:
Im Landkreis oder der Stadt bzw. den Stadtteilen müssen die verschiedenen Hilfen aufeinander bezogen und abgestimmt werden, Konkurrenzsituationen sollten vermieden werden, gemeinsame Anlaufstellen die Nutzung der Hilfen erleichtern.
5. Strukturübergreifende Vernetzung:
Insbesondere in der Krankenbehandlung ist eine Überbrückung und Überwindung der getrennten Systeme der ambulanten und der sta-

tionären Versorgung (Kassenärztliche Vereinigung versus Kliniken) notwendig. Ähnliches gilt für die weitgehend getrennten Strukturen von ambulant betreutem Wohnen und Wohnheimen. Hier muss durch Zwischenstufen die Möglichkeit der individuellen Hilfestellung ermöglicht werden.

Neue Formen der Vernetzung

Im Folgenden werden die in der Überschrift genannten Kürzel, die für neue Formen der Vernetzung stehen, kurz dargestellt. Sie sind geordnet nach Zielgruppe und Problemstellung, beteiligten Institutionen, Finanzierungsart und Konzept des Angebots. Diese Institutionen/Organisationsformen, die mit den genannten Kürzeln vielfältig in der aktuellen Diskussion auftauchen, sollen damit verständlich gemacht und exemplarisch für neue Vernetzungsformen vorgestellt werden.

Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)

Die gemeindepsychiatrischen Zentren entwickelten sich in Baden-Württemberg im Kontext des Aufbaus Gemeindepsychiatrischer Verbünde (GPV) nach dem Landeskonzept. In den GPVs sind alle an der Versorgung psychisch Kranker Beteiligten in einem verbindlichen Rahmenvertrag zusammengeschlossen. Sie sichern zu, gemeinsam die Versorgung psychisch Kranker aus dem Landkreis/der Stadt zu gewährleisten, sofern hierfür die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Kristallisationspunkt Gemeindepsychiatrischer Verbünde sind die vielerorts entstandenen gemeindepsychiatrischen Zentren, die sehr unterschiedliche Strukturen haben können. Vielfach sind die Zentren durch einfache Kooperationsverträge unter den beteiligten Institutionen miteinander verbunden, ein Beispiel hierfür wäre das gemeindepsychiatrische Zentrum »Kroneneck« in Münsingen auf der Schwäbischen Alb, bei dem sich zwei diakonische Träger und ein Zentrum für Psychiatrie zusammengefunden haben, um in der schlecht versorgten Albregion eine Besserung zu erzielen. Ein völlig anderes Modell ist das gemeindepsychiatrische Zentrum in Friedrichshafen, im Bodenseekreis, das als eigenständige GmbH mit eigener Geschäftsführung betrieben wird und einer Vielzahl von Gesellschaftern gehört. Dieses GPZ, das u. a. auch zahlreiche WfB-Plätze vorhält, ist der zentrale Träger ambulanter Hilfen in Friedrichshafen mit beachtlichem Jahresumsatz. Die

Finanzierung in allen gemeindepsychiatrischen Zentren wird durch die Finanzierung der einzelnen Kooperationspartner gesichert. Diese sind je nach Einrichtungsart und Maßnahmeart pauschal oder einzelfallfinanziert. Im GPZ finden sich kassenfinanzierte Angebote ebenso wie Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Nach dem Landeskonzept sind zentrale Bestandteile eines GPZ die sozialpsychiatrische Tagesstätte, der sozialpsychiatrische Dienst und die psychiatrische Institutsambulanz. Hinzu kommen ggf. weitere Einrichtungen wie psychiatrische Pflege, Angebote der Soziotherapie, Ergotherapiepraxen oder Werkstattplätze der WfBM. Häufig ist auch die zentrale Anlaufstelle für ambulant betreute Wohnangebote der Region im GPZ platziert. Die Beteiligung der niedergelassenen Nervenärzte/Psychiater und der niedergelassenen Psychotherapeuten an den Strukturen des gemeindepsychiatrischen Verbundes und insbesondere des GPZ ist in den meisten Regionen sehr spärlich. Nur wenige Niedergelassene arbeiten in einem gemeindepsychiatrischen Zentrum mit oder betreiben dort ihre Praxis.

Die wichtigste Zielgruppe der Gemeindepsychiatrischen Zentren sind psychosekranke Menschen oder chronisch psychisch Kranke aus den Diagnosegruppen bipolare Affektpsychose oder Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Kommunale Suchthilfenetzwerke (SHN)

Analog zu den geschilderten Versorgungsstrukturen in der Allgemeinpsychiatrie entwickeln sich in Baden-Württemberg, gemäß dem Landeskonzept »kommunale Suchthilfenetzwerke« seit 2006 vergleichbare Strukturen zur Vernetzung der Angebote in der Suchtkrankenversorgung.

Auch die Suchthilfenetzwerke dienen als Organisationsstruktur zur Einbindung aller an der Suchtkrankenversorgung Beteiligten in einem Landkreis. 16 Suchthilfenetzwerke sind in Baden-Württemberg bereits etabliert, als Modelllandkreise wurden die Landkreise Konstanz und Reutlingen ausgewählt. Im Landkreis Reutlingen wurde der Kooperationsvertrag im Dezember 2006 von allen an der Versorgung Beteiligten unterzeichnet. Eingebunden sind hier auch Vertreter der Hausärzte, des Qualitätszirkels der substituierenden Allgemeinärzte und der niedergelassenen Nervenärzte/Psychiater. Die Einzelfallhilfe wird wie im gemeindepsychiatrischen Verbund im Rahmen von Hilfeplankonferenzen geregelt. Dies betrifft insbesondere Patienten mit komplexem Hilfebedarf. Analog zu den gemeindepsychiatrischen Zentren

entwickeln sich in manchen Regionen sogenannte Suchttherapiezentren, modellhaft derzeit in den Städten Reutlingen und Ulm. Es sind jeweils die psychiatrischen Institutsambulanzen und die Suchttageskliniken der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie beteiligt, die Einrichtungen der Tagesrehabilitation der Zieglerschen Anstalten sowie die jeweils lokalen Suchtberatungsstellen. Ziel ist, im Laufe der Zeit unter einem Dach eine zentrale Anlaufstelle für abhängigkeitskranke Menschen zu etablieren. Die Einbindung der niedergelassenen Hausärzte und Psychiater gestaltet sich auch hier nicht ganz einfach, da strukturelle Rahmenbedingungen eine enge Alltagskooperation kaum ermöglichen. Eine persönliche Befragung aller Hausärzte in Reutlingen ergab allerdings ein grundsätzlich hohes Interesse an einer Kooperation mit dieser Struktur und eine hohe Zufriedenheit mit der bisherigen Entwicklung.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Die Grundidee des MVZ besteht darin, dass zwei oder mehr Praxen unterschiedlicher Fachrichtung sich zusammenschließen und künftig in einer gemeinsamen Gesellschaft oder einer vergleichbaren Struktur betrieben werden. Träger des MVZ können dann die Praxisinhaber sein, aber auch Dritte wie Apotheker, Reha-Unternehmer oder, was nicht selten der Fall ist, die Versorgungskliniken der Region. Im Bereich der Psychiatrie bietet sich die Verbindung einer Praxis eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie sowie eines Facharztes für Psychosomatik und Psychotherapie, ggf. kombiniert mit einer allgemeinärztlichen Praxis an. Die Finanzierung dieser MVZ erfolgt über die Einzelfallabrechnung der Patienten mit der kassenärztlichen Vereinigung/den Krankenkassen analog einer normalen Kassenarztpraxis. Zielgruppe der MVZ sind im Grunde alle ambulant behandlungsdürftigen psychisch kranken oder psychosomatisch erkrankten Personen der Region. Nach den Erfahrungen in den MVZ der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie bieten diese eine sehr gute Möglichkeit, die Nachbehandlung von entlassenen Patienten zu sichern, gelegentlich auch Klinikaufnahmen schon im Vorfeld abzuwenden. Vorteile für Patienten sind insbesondere die Behandlungskontinuität, da häufig Ärzte der Klinik oder der Tagesklinik in Teilzeitarbeit im MVZ mitarbeiten. Für die Ärzte ist gerade diese Möglichkeit, teils in der Klinik, teils in der Praxis zu arbeiten, häufig attraktiv. Außerdem fällt im MVZ ein guter Teil der viele niedergelassene Kollegen belastenden Bürokratie weg bzw. wird über die zentrale Verwaltung der Kli-

nik erledigt. Für die Region können so eng vernetzte Behandlungsangebote zur flächendeckenden Versorgung realisiert werden.

Ambulante psychiatrische Dienste (APD)

Auch im Grenzbereich der SGB V-Leistungen und im Übergang zu Leistungen der Eingliederungshilfe gibt es eine Reihe von neuen Modellen der Vernetzung. Wo vielerlei Maßnahmentearten vom selben Träger vorgehalten werden, besteht die Möglichkeit, durch Personal-Pooling und Aufgaben-Pooling eine verbesserte Versorgung der Klienten zu erreichen. Dabei gelingt es, durch eine kleinräumige Zuordnung Beziehungskontinuität zu bewahren und verschieden finanzierte Aufgaben in einer Hand zu bündeln und zu erbringen – und so den Klienten die für sie oft irritierende Vielzahl von verschiedenen Kontaktpersonen zu ersparen. Ein Beispiel hierfür sind die ambulanten psychiatrischen Dienste der BruderhausDiakonie in Reutlingen, in denen der sozialpsychiatrische Dienst, der psychiatrische Krankenpflegedienst, das Angebot der Soziotherapie und Maßnahmen des ambulant betreuten Wohnens gebündelt sind. Die getrennt finanzierten Maßnahmen müssen jeweils gesondert beantragt werden, können dann jedoch häufig von entsprechend qualifizierten Mitarbeitern quasi aus einer Hand erbracht werden, sodass u. U. der selbe Patient Maßnahmen der psychiatrischen Pflege, verknüpft mit Soziotherapie und dem Angebot des ambulant betreuten Wohnens aus einer Hand erhalten kann. Hierdurch entstehen Synergieeffekte beim einzelnen Patienten, aber auch in der Versorgung der Bewohner eines Stadtviertels, die eng aufeinander abgestimmt werden können. Wichtig ist hierbei selbstverständlich die absolut korrekte und seriöse Zuordnung der Hilfen zu den einzelnen Kostenträgern und eine detaillierte Abrechnung mit transparenter Zuordnung der jeweiligen Leistung.

Integrierte Versorgung (IV)

Die Möglichkeiten der integrierten Versorgung nach SGB V beziehen sich insbesondere auf den Übergang von Patienten vom stationären in das ambulante Versorgungssystem. Vereinzelt werden auch Übergänge vom SGB V finanzierten Bereich der Krankenbehandlung zu Maßnahmen der Rehabilitation in entsprechende integrierte Versorgungsverträge eingebunden. Grundsätzlich wird ein IV-Vertrag immer zwischen einem oder mehreren Anbietern sowie einer einzelnen Krankenkasse geschlossen. Die Patienten haben die Möglich-

keit, diesem Vertrag beizutreten, woraus sich Rechte und Pflichten ergeben. Ziel ist ein verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Betreuung, in der Regel zwischen dem System der Kliniken und der niedergelassenen Ärzteschaft. Die Finanzierung erfolgte bis Ende 2008 im Sinne einer Anschubfinanzierung, für die Gelder verwendet wurden, die den Kliniken und Niedergelassenen vorab entzogen wurden. Ab 2009 ist die Finanzierung nach diesen Verträgen noch ungeklärt, die Anschubfinanzierung soll nicht fortgeführt werden. Im Bereich der Psychiatrie gibt es nur wenig IV-Verträge, die eine gewisse Größenordnung besitzen. In Baden-Württemberg ist das einzige Beispiel der Vertrag zur qualifizierten Entzugsbehandlung, der im Kreis Konstanz realisiert wurde. Hierbei sind die psychiatrische Institutsambulanz, eine psychiatrische Tagesklinik, niedergelassene Hausärzte und Fachärzte, das Allgemeinkrankenhaus sowie die Beratungsstellen der Region eingebunden. Vertragspartner sind drei unterschiedliche Kassenarten. Die Behandlung im Rahmen von IV-Verträgen bedarf einer umfassenden Bürokratie. Aus diesem Grunde gibt es in vielen Regionen bei den Hausärzten einen großen Widerstand gegen den Beitritt zu einem solchen Vertrag.

Weitere Formen der Vernetzung sind denkbar, werden hier und da praktiziert. So gibt es mancherorts Überlegungen zu einer Fallsteuerung bei der Volkskrankheit Depression. Mögliche Partner wären hierbei die psychiatrischen Kliniken, psychosomatische Akut- und Rehabilitationskliniken, Institutsambulanzen, niedergelassene Hausärzte und Nervenärzte/Psychiater. Ziel ist, die bislang häufig unversorgten depressiv Erkrankten in einer Region frühzeitiger erfassen und einer qualifizierten Behandlung zuführen zu können. Da in den aktuellen Versorgungsstrukturen lediglich 50 % der Depressionen diagnostiziert werden und von diesen nur die Hälfte eine spezialisierte Behandlung erhält, sind hier vielfältige Möglichkeiten einer Verbesserung denkbar. Eine mögliche Variante wäre eine zentrale Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Hausärzte. Diese Anlaufstelle müsste niederschwellig erreichbar sein und auf Facharztniveau freie Beratung, Indikationsstellung und Vermittlung anbieten. Entsprechende Konstrukte sind im Raum Ravensburg/Bodenseekreis angedacht. Eine Finanzierung kann nur aus Beiträgen der Beteiligten Institutionen und Praxen erwachsen. Eine Regelfinanzierung für ein solches und dringend notwendiges Angebot gibt es derzeit nicht. Ähnliche Konstrukte wären auch im Bereich der Suchtkrankenbehandlung und der Gerontopsychiatrie denkbar. Unter dem Druck abnehmender Finanzierung und wachsender Patientenzahlen ist es notwendig intelligente Lösungen auch für die Zukunft zu finden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich durch die Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Vielzahl neuer Formen der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung in neuen Vernetzungsstrukturen entwickelt haben oder noch entwickelt werden müssen. Auch der Kostendruck erzwingt immer wieder neue, patientengerechte Kooperationsformen. Erfreulich ist, dass sich die Prinzipien der Psychiatrieenquete auch in andere Bereiche ausbreiten, so zunehmend auch im Bereich der Suchtkrankenbehandlung. Die Grenzziehung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung verschwimmt zusehends, neue Strukturen ermöglichen die Behandlung der Patienten aus einer Hand über diese Grenzen hinweg. Auch die Übergänge zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation werden neu bedacht. Zwar ist die Entwicklung noch unübersichtlich und in vielen Fällen sind die neuen Konstrukte noch nicht ganz ausgereift, z. T. widersprüchlich und zunächst mit viel administrativem Aufwand verbunden. Insgesamt bieten sich jedoch neue, positive Perspektiven, die der Versorgung der psychisch Kranken zugutekommen werden.

Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und ihre zukünftige Finanzierung¹

Heinrich Kunze, Paul-Otto Schmidt-Michel

Das Bundeskabinett hat am 24. September 2008 den Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG-E) beschlossen und auf den Weg des Gesetzgebungsverfahrens gebracht. Dieser Gesetzentwurf befasst sich mit dem »ordnungspolitischen Rahmen« zur Finanzierung der somatischen Krankenhäuser, enthält aber auch zwei für die Krankenhauspsychiatrie relevante Abschnitte, die inhaltlich miteinander verknüpft sind.

Was hat das KHRG-E mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und dem Thema Organisationsentwicklung zu tun?

Die Psych-PV setzt ein regionales gemeindepsychiatrisches Netz (Klinik als Teil) voraus, damit niemand in der Klinik bleiben muss, weil andere Hilfen fehlen. In der Pressemitteilung des damals zuständigen Arbeitsministeriums zur Ankündigung der Psych-PV (1990) heißt es: »Die geplante Verordnung dient vor allem dem Ziel, in der Psychiatrie eine Therapie zu ermöglichen, die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern.« (vgl. auch Amtl. Begründung IV.1.) Diese Aufgabe kann immer weniger erfüllt werden, weil in den Kliniken die nach Psych-PV notwendigen Therapeutenstellen (über die Bundespflegesatzverordnung – BPfIV) seit 1996 zunehmend unterfinanziert werden.

Psych-PV und neues Entgeltsystem

Bisher regelt die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) die Finanzierung der nach Psych-PV den Kliniken zustehenden therapeutischen Personalstellen. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist seit 1991 gültig (KUNZE & KALTENBACH 2005). Nach dem Personalzuwachs gemäß Psych-PV von 1991–1995 ist seit 1996 diese Finanzierung kontinuierlich wieder schlechter geworden, weil der Budget-»Deckel« der BPfIV nur eine geringe jährliche Budgetsteigerung zulässt, die die tarifliche Personalkostensteigerung unzureichend ausgleicht. Jahr für Jahr kumulierend geht die sogenannte

1 Der Beitrag wird gleichzeitig in den Sozialpsychiatrischen Informationen 01/2009 publiziert.

Kosten-Erlös-Schere immer weiter auf, was die Krankenhäuser nur durch Personalabbau ausgleichen können, denn in der Regel findet sich kein Krankenhaussträger bereit, die Defizite zu übernehmen.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) 2005 in Auftrag gegebenen Evaluation der Psych-PV (APK et al. 2007) ergab, dass im Referenzjahr 2004 in der Erwachsenenpsychiatrie die Psych-PV-Personalstellen im Mittel auf etwa 90 % abgesunken waren (30 % der Klinikplanbetten bereits unter 85 %) mit weiter sinkender Tendenz. Zusätzlich ist die enorme Leistungsverdichtung in den Kliniken durch gestiegene Anforderungen zu berücksichtigen, insbesondere seit 1991 der Anstieg der Behandlungsfälle um 80 % (dem entspricht eine Zunahme der im Jahr behandelten Personen von ca. 60 %) bei erheblicher Verkürzung der Verweildauer und einem Rückgang der abgerechneten Pflégetage. Außerdem stiegen die Anforderungen bzgl. Facharztweiterbildung, Dokumentation, Qualitätssicherung u. a. Hinzuweisen ist auch auf die Jahresberichte der großen Krankenkassen, die übereinstimmend den erheblichen Anstieg von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitstagen und Frühberentungen darstellen.

Das BMG hat den Handlungsbedarf anerkannt (KUNZE & SCHMIDT-MICHEL 2007) und im KHRG-E an zwei Stellen Regelungen eingebracht, die für die zukünftige Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken große Relevanz haben (die Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind einbezogen).

Zum einen wird der Auftrag an die Selbstverwaltungspartner (Spitzenverband der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) erteilt, im Rahmen eines »lernenden Systems« – formal orientiert am Prozess (2000–2008) der Einführung der DRGs für die somatischen Krankenhäuser – ein *eigenständiges, leistungsorientiertes, tagesbezogenes, pauschalierendes* Entgeltsystem für stationäre und teilstationäre Behandlung zu entwickeln (§ 17 d–e KHG). Unter Bezug auf das Votum der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes-Gesundheitsbehörden (AOLG – siehe Abbildung 1) wird auch der Auftrag erteilt zu prüfen, ob die Institutsambulanz in das neue Entgeltsystem einbezogen werden kann, um die Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung zu fördern.

Zum anderen soll die BPfIV mit dem Ziel geändert werden, die Finanzierung der Psych-PV-Personalstellen zu verbessern – als Eingangsvoraussetzung zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems, das in einigen Jahren die BPfIV ablösen soll. Denn die nach Leistungskomplexen differenzierten

TAGESpauschalen des neuen Entgeltsystems sollen – analog zu den FALL-Pauschalen der Somatik – in mehreren Jahresschritten entwickelt werden: In allen Kliniken wird die Leistungserfassung eingeführt, in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken unter Verwendung der Psych-PV-Behandlungsbereiche A1 bis G6 (als Tagesleistungskomplexe), und in den »Kalkulationskrankenhäusern« zusätzlich die Kosten der Leistungen pro Patient. Daraus werden für Tagesleistungskomplexe entsprechende »Relativgewichte« abgeleitet, die durch Multiplikation mit dem »BasisTAGESwert« dann die TAGESpauschalen ergeben – im Unterschied zu diagnosebezogenen FALL-pauschalen in der Somatik. Das neue Entgeltssystem soll in Jahresschritten eines lernenden Systems vom »Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK)« im Auftrag der beiden Selbstverwaltungspartner zusammen mit den Kliniken eingeführt werden.

Dieser Weg zu einem neuen Entgeltssystem wird von den verschiedenen Psychiatrie-Verbänden grundsätzlich begrüßt, doch wird ebenso einhellig kritisiert (Stand Regierungs-Entwurf 26. Sept. 2008), dass die Verbesserungen der Finanzierung der Therapeutenstellen nach Psych-PV durch die in der BPfIV vorgesehen Veränderungen unzureichend bleiben. Denn die Konsequenz wäre, dass das IST der unzureichenden Erbringung der Behandlungsleistungen gemäß Psych-PV über die neue Finanzierung zur zukünftigen NORM wird und damit *die bisher faktische weitgehende Außerkräftsetzung der Psych-PV durch die BPfIV eine gesetzliche Zementierung für die Zukunft erfährt.*

Dies ist nicht nur ein Problem der durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken behandelten Patienten und der Mitarbeiter, dies hat auch für Angehörige und Patienten sowie die mit den Kliniken kooperierenden professionellen Dienste und Einrichtungen (gemeindepsychiatrisches Netz/ gemeindepsychiatrischer Verbund, die Klinik als Teil davon) Bedeutung. Denn je schlechter die Personalausstattung, umso stärker konzentriert sich die Klinik auf Notfall- und medizinische Grundversorgung – zulasten der therapeutischen Gespräche mit Patienten und Angehörigen und die Kooperation mit den professionellen Diensten in der Region, die vor und nach der Klinik sich um den Patienten weiter kümmern sollen.

Die *Aufgaben der psychiatrischen Kliniken*, zu deren Realisierung sie die Personalausstattung nach der Psych-PV benötigen, ist in der Begründung zu einem Votum der Länder im Vorfeld des jetzigen Gesetzgebungsverfahrens eindrücklich klar zusammengefasst worden (siehe Abbildung 1).

**Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes-Gesundheitsbehörden
am 16. November 2007 in Wiesloch**

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden unterstützt den Vorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit, ein eigenständiges, tagesbezogenes, pauschaliertes Vergütungssystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhäuser und Fachabteilungen zu entwickeln. Als Ausgangsgrundlage hierfür sollen die Leistungskomplexe, die der Psychiatrie-Personalverordnung zugrunde liegen, genutzt werden. Bei der Gestaltung eines solchen Entgeltsystems ist zu beachten, dass die Kliniken aktuell und perspektivisch in die Lage versetzt werden, ihrer Verantwortung im System der regionalen Versorgung nachzukommen. Dazu gehört eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung, um die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung erfüllen zu können. Der Vorsitzende der AOLG wird gebeten, das Bundesministerium für Gesundheit von dieser fachlichen Einschätzung der Länder zu unterrichten und eine zeitnahe Befassung anzuregen.

Begründung:

Die psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen haben eine zentrale Funktion in der Diagnostik und Behandlung psychisch erkrankter und suchtkranker Menschen. Besonders in den letzten 15 Jahren hat sich deren Leistungsprofil weitreichend verändert. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen im Zeitraum 1991 bis 2004 die Fallzahlen um 80 % bei einem Rückgang der Verweildauern um 63 %, der Betten um 37 % sowie der Pfl egetage um 33 %.

Von besonderer, qualitätssichernder Bedeutung war und ist für die klinische Psychiatrie und Psychotherapie die Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV), deren Erlass im Jahr 1991 von den Ländern ausdrücklich begrüßt wurde. Auch in einer rückblickenden Betrachtung hat sich die PsychPV bewährt.

Begründet durch die weiteren Entwicklungen und Fortschritte im Fachgebiet, aber auch in den Versorgungsstrukturen ist die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems erforderlich, u. a. mit dem Ziel, im System der regionalisierten Sicherstellung der Versorgung insbesondere Flexibilisierungen bezüglich des Ortes der Leistungserbringung (z. B. als »Home-Treatment«) und damit auch Formen der integrierten Versorgung zu unterstützen.

Für das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie bedarf es intelligenter und flexibler Vergütungsregelungen, um den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen in Bezug auf medizinisch-therapeutische Behandlung und sozialkompensatorische Betreuung entsprechen zu können. Für den klinischen Bereich sind hierfür als Ausgangsgrundlage die Leistungskomplexe, die der Psychiatrie-Personalverordnung zugrunde liegen, zu nutzen. Zielstellung und leitender Gedanke sind dabei immer, dem psychisch erkrankten Menschen ein Leben so weit wie möglich außerhalb von Institutionen zu ermöglichen.

Die bundesweit zu beobachtende Entwicklung, die bei vielen Kliniken zu einer gravierenden Unterschreitung der PsychPV-Werte führt, gibt Anlass zu großer

Sorge. Aktuell wurde dies durch eine Evaluationsstudie der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit dokumentiert. Dabei hat die Personalausstattung der psychiatrischpsychotherapeutischen Kliniken erhebliche Folgewirkungen auf das gesamte gemeindepsychiatrische Hilfesystem.

Bei einer Verringerung der Personalkapazitäten reduzieren sich die Leistungen in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken auf das medizinische Mindestmaß. Qualitativ wirkungsvolle – bezogen auf aufgestellte vollstationäre Betten im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie – psychiatrische Krankenhausbehandlung ist in besonderer Weise geprägt von der Kommunikation zwischen Fachpersonal und Patienten, für die ein ausreichendes Maß an Zeit zur Verfügung zu stehen hat, um therapeutisch erfolgreich sein zu können. Außerdem erfordert sie zur Entlassung der Patientinnen und Patienten ein hohes Maß an Zusammenarbeit mit allen anderen Akteuren im Umfeld des Patienten, insbesondere mit den behandelnden und betreuenden Personen, Diensten und Einrichtungen. Der Kontakt zum familiären und – soweit vorhanden – beruflichen Umfeld der Patienten sowie die gemeinsame Einleitung und Abstimmung der ggf. im Einzelfall notwendigen Hilfen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung setzt entsprechende personelle Ressourcen im klinischen Bereich in den wesentlichen Berufsgruppen voraus.

Finden diese Kontakte und Abstimmungen nicht oder nicht sorgfältig statt, erhöht sich die Gefahr von Fehlbehandlung und Unter- oder Überversorgung.

Verschlechtert sich die Behandlungsqualität und/oder die Qualität der Überleitung in den außerklinischen Prozess, so ist in der Folge mit höherem Behandlung- und Betreuungsaufwand nach und außerhalb der Krankenhausbehandlung zu rechnen. Dies bezieht sich auf alle Felder des Hilfesystems, insbesondere aber auch auf den Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Leistungen der Eingliederungshilfe), aber auch auf die forensische Psychiatrie, wodurch eine zusätzliche Belastung der öffentlichen Haushalte vorprogrammiert ist.

Abb. 1: Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes-Gesundheitsbehörden am 16. November 2007 in Wiesloch – Der Bundesrat hat am 7. November 2008 in seiner Empfehlung zum KHRG-E an den Bundestag entsprechend die Realisierung von 100 % Psych-PV Personalstellen beschlossen.

Bis jetzt bleibt es offen, ob es gelingen wird, mit dem neuen Entgeltsystem wieder die Versorgungs- und Qualitätsziele der Psych-PV sowie die im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie seit 1991 erreichten Therapiefortschritte, und das bei der erheblich gestiegenen Zahl der Patienten, zu realisieren.

Integrierte Behandlung: maßnahme- oder personenbezogene Organisation von Behandlungs- und Rehabilitationsprozessen?

Die historisch entstandene Maßnahme-Orientierung der Finanzierung und Organisation der Leistungserbringung trägt maßgeblich zur »strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen« bei (BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988).

Problem der maßnahme/institutionsorientierten Behandlung

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

Dieses Differenzierungsprinzip setzt sich auch außerhalb der Klinik fort mit Rehabilitation, Fachärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten, komplexen Einrichtungen – für alle gilt das Prinzip der Differenzierung in je verschiedene, aber in sich möglichst homogene (Behandlungs-)Maßnahmen, die sich die geeigneten Patienten suchen. Nach dem Konzept der Behandlungs- und Reha-Kette werden die Patienten von einem maßnehmehomogenen Kästchen zum anderen »verlegt«, wenn die Veränderung des Behandlungs-/Betreuungsbedarfs dies erfordert. Dies führt zur Fragmentierung des Behandlungsprozesses (KUNZE 2001).

Aus Patienten- und Therapeutensicht

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

Außensicht

Mit dem Patient sind viele andere Personen außerhalb der Klinik befasst – *Angehörige, privater und beruflicher Bereich, professionelle Dienste*. Deren Sichtweise und Problemdefinition, Erwartungen und Befürchtungen werden im günstigen Falle von der Aufnahmestation aufgegriffen, aber die Behandler verlieren oft den Kontakt zu den externen privaten und professionellen Bezugspersonen. Diese sind aber wichtig: Unterstützen sie den Kranken z. B. gegen seine Suizidimpulse, zur Einnahme von Medikamenten? Oder heizen sie die Spannungen weiter an, bezeichnen Psychopharmaka als »Pillenkeule«?

Behandlungspfade in somatischen Krankenhäusern

In der somatischen Medizin (wie in der Psychiatrie) hielten die Behandlungseinheiten ihre jeweiligen institutionellen Eigeninteressen hoch und der Behandlungsablauf des Patienten ergab sich als der kleinste gemeinsame Nenner aus den Eigeninteressen der Einheiten und Berufsgruppen. Auch somatische Krankenhäuser waren strukturiert durch Abgrenzungen, z. B. zwischen Aufnahme, Station, Labor, Röntgen, Anästhesie und OP, deren organisatorische Eigeninteressen der Behandlungsprozess zu berücksichtigen hatte. – Unter den Anreizen der DRG (Diagnose Related Groups = Diagnose bezogene Fallpauschalen)–Finanzierung erhält nun der Verantwortliche für die effiziente Organisation von Behandlungspfaden (»Prozesseigner«) die Weisungsbefugnis gegenüber den beteiligten Subabteilungen, damit diese ihre organisatorischen Eigeninteressen den Notwendigkeiten der Behandlungspfade unterordnen, und nicht wie bisher umgekehrt. – Wie in der Somatik kann in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken durch Überwindung von institutionellen Eigeninteressen der Subeinheiten und durch patientenorientierte Prozessorganisation aus vorhandenen Mitteln mehr Nutzen geschaffen werden. *Patientenorientierung kann also auch ökonomisch vorteilhaft sein.*

Problemlösung durch »Integrierte Versorgung« (IV) und »Integrierte Behandlung«?

Der Grundgedanke der integrierten Behandlung ist in der Psychiatrie schon länger von zunehmender Bedeutung als es die »Integrierte Versorgung« in § 140 a–d SGB V gibt. Damit kontrastiert, dass in der psychiatrischen Versorgung nur wenige Verträge mit ganz geringem Volumen zustande gekommen

sind. Warum? Für die Kassen eignet sich die Psychiatrie wegen Stigmatisierung nicht für ihren Wettbewerb untereinander. Für Leistungserbringer ist sie uninteressant, weil die Kassen nur bei deutlichen Erlösreduktionen Verträge eingehen. Die Folge ist, dass der Abzug der Anschubfinanzierung aus der Psychiatrie zu einer Quersubventionierung der Somatik führte.

Abgesehen von der Finanzierungsproblematik wären IV-Verträge in der psychiatrischen Versorgung dann interessant, wenn sie für eine regional definierte Population (Versorgungsverpflichtung) und für alle für diese Population zuständigen Kassen gelten würden, damit es sich lohnt, die Behandlungsprozesse (in der Klinik und zwischen Klinik und übrigen gemeindepsychiatrischen Netzwerk) zu verändern.

Dies ist verbunden mit dem Ziel, die Schnittstellenprobleme stationär, teilstationär und ambulant von vornherein zu vermeiden, statt die weiter bestehenden Schnittstellenprobleme mit zusätzlichem Schnittstellen-Management zu kompensieren. – Außerdem ist in der Psychiatrie die Kooperation mit (kostentechnisch) den Leistungsbereichen Rehabilitation, Teilhabe und Pflege von großer Bedeutung, was bisher nur in Bezug auf Rehabilitation in der übrigen Medizin entwickelt wurde. Ambulante Behandlungsbereiche wie Krankenpflege, Ergotherapie, Soziotherapie sowie Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) sind unterentwickelt oder nicht existent (KUNZE & PRIEBE 2006; SCHMIDT-MICHEL et al. 2008).

Die bisher günstigsten Modellbedingungen, sich von den traditionellen maßnahmeorientierten Organisationsformen in der Klinik zu lösen, bietet z. B. das Regionale Psychiatrie-Budget in Itzehoe (Begleitforschung: ROICK et al. 2005).

Zu hoffen ist, dass es mit dem neuen Entgeltsystem gelingt, den Grundgedanken der Integrierten Versorgung auch in die Regelversorgung einzuführen. Der Auftrag im Gesetzentwurf, die Institutsambulanz einzubeziehen, zielt in diese Richtung. Im Rahmen der Einführung des neuen Entgeltsystems sollten unter Regionalbudget-Bedingungen die geltenden Leistungsbeschreibungen der Psych-PV fortentwickelt werden, damit das neue Entgeltsystem den Status quo nicht nur anders finanziert, sondern die Möglichkeiten zu effizienterer Behandlung erweitert und finanziell belohnt werden. Dazu müssen die Erprobungskliniken die institutsambulante Behandlung in die Behandlungspfade sowie in die patientenbezogene Leistungs- und Kostenerfassung entsprechend den Anforderungen des InEK einbeziehen.

Eine Organisations-Kasuistik: Was schon unter bisherigen Rahmenbedingungen mit administrativer Fantasie möglich ist

Seit den 1990er-Jahren haben viele Kliniken mehr oder weniger erfolgreich daran gearbeitet, die oben genannten Effizienzvoraussetzungen unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu entwickeln (SCHMIDT-ZADEL et al. 2002).

Da es darüber bisher keine empirischen Übersichten gibt, soll diese Thematik am Beispiel von Entwicklungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal/Kassel verdeutlicht werden. Manche Kliniken (u. a. das Zentrum für Psychiatrie »Weißenu« in Ravensburg, das Atrium Haus in München, die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in Ingolstadt (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2001) haben mit ähnlichen Lösungen in unterschiedlicher Ausprägung durch Änderung der Organisation der Behandlungsabläufe die Effizienz (Nutzen für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten) verbessert, um die Absenkung der Behandlungsqualität durch zunehmenden Personalmangel bei erheblicher Leistungsverdichtung zu bremsen (siehe Abbildung 2).

Patientenzentrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhaus-Behandlung – Pragmatische (Not-)Lösungen mit Teilerfolgen unter traditionellen Finanzierungsbedingungen

Dies ist eine Beschreibung, die die Ziele und Prinzipien betont, die Realität ist sehr unterschiedlich, weil »work in progress«. – Die Patienten-Orientierung pervertiert, wenn sie primär betriebswirtschaftlich als »Wertschöpfungskette« und zur »Kundenbindung« im institutionellen Eigeninteresse missbraucht wird.

Die Klinik Merxhausen (für ca. 450 000 Einwohner zuständig) richtet sich im Verhältnis zu den Kostenträgern nach der fragmentierten Realität: über stationäre und teilstationäre Berechnungstage sowie Pauschalen für die Ambulanzfälle rechnet die Klinik ab, doch im Binnenverhältnis werden die Strukturen und Abläufe möglichst patientenorientiert organisiert. Dieses Prinzip wurde über Jahre schrittweise eingeführt. Wenn man in der Klinik anfängt patientenorientiert zu arbeiten, kommt man in Konflikte mit den Zuständigkeiten, Besprechungen und Konferenzen, Stations- und Mitarbeiter-Zeitplänen, Dokumentation, Gewohnheiten usw., kurz mit den als Kästchen-Kette (»Schreiber-Gärten«) organisierten Abläufen.

Die Abteilungen werden nun möglichst nach Zielgruppen gegliedert, nicht primär nach Maßnahmenteilen wie stationär, teilstationär, ambulant. Jede Abteilung *kann* ihre Zielgruppe stationär, teilstationär und ambulant behandeln. Die Betonung liegt auf *kann*, denn manchmal ist Kontinuität und manchmal

ist Wechsel für Patienten besser. Aber ein Wechsel soll nicht primär aus anderen als patientenorientierten Gründen erfolgen.

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

- *Diagnosegruppen* mit dem Ziel der besseren störungsspezifischen Behandlung
- Orientierung auf Teilregionen des Versorgungsgebietes (Wohnortnähe); Außenstellen: *Verlagerung von Kapazitäten an somatische Krankenhäuser* näher zur versorgten Bevölkerung (HEMMEN et al. 2000)
- Vernetzung mit regionalen Kooperationspartnern (z. B. Suchthilfe, Altenhilfe)

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

Integrierte ambulante Behandlung ist vorrangig Aufgabe der Leitenden und Ober-Ärzte der Abteilungen der Klinik und nicht der Assistenten, die wechseln. Weil die Leitenden und Oberärzte so Anteile ihrer Stelle refinanzieren, konnten mehr Abteilungen mit Ltd. Ärzte und Ärztinnen geschaffen werden, als sich nach der Psych-PV ergeben. So entstanden langfristig interessante Aufgabenfelder für qualifizierte Ärzte, auch um zu verhindern, dass die Besten sich Leitungspositionen woanders suchen.

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

Die Bedeutung der Abteilung wird nicht mehr durch die Größe des »Bettenreiches«, sondern über die Aufgabe, die Behandlung (stationär, teilstationär, ambulant) einer überschaubaren Anzahl von Personen einer Zielgruppe in Kooperation mit den externen Partnern definiert. Im Rahmen der ambulanten Arbeit kann bei chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf auch die Koordination weiterer Hilfen (außerhalb der Klinik) erfolgen. – Ob die Case-

Management-Funktion von der Klinik aus, oder von einem Psychiater/Psychotherapeut in der Praxis, einem Therapeuten des gemeindepsychiatrischen Netzes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes usw. wahrgenommen wird, dies gilt es individuell zu klären (z.B. in der Hilfeplankonferenz) und wechselseitig zu respektieren.

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

Die zielgruppenorientierte Abteilungsgliederung mit intern integrierter ambulanter und teilstationärer Behandlung ermöglicht Beziehungskontinuität auch bei intermittierender Behandlung und Wiederaufnahmen. Die »Dreh-tür« bekommt therapeutische Qualität und ermöglicht längere Behandlungsdauer bei niedrigerem Ressourcenverbrauch.

Die zielgruppenbezogene Vernetzung mit Kooperationspartnern in der Region funktioniert besser in Verbindung mit zielgruppenbezogener Abteilungsgliederung in der Klinik.

Am weitesten entwickelt ist die Zusammenarbeit in Bezug auf die Zielgruppe Alkoholranke: Unsere Klinik in Bad Emstal (mit Außenstellen in Kassel und Hofgeismar) und »Das Blaue Kreuz« in Kassel kooperieren auf verschiedenen Ebenen – bei traditioneller maßnahmebezogener Finanzierung: Das Blaue Kreuz hat einen für regionale Suchtkrankenversorgung hervorragend geeigneten Standort neben dem ICE-Bahnhof in »Bad Wilhelmshöhe« und bringt Kapazitäten für Suchtberatung, medizinische Rehabilitation und Teilhabe-Leistungen ein. Die Alkohol-Abteilung der Klinik verfügt über 2 Stationen in Bad Emstal (ungünstiger Standort 20 km außerhalb von Kassel) und die Tagesklinik in Kassel, beide Standorte mit integrierter Ambulanz sowie Betreutes Wohnen. Die Klinik teilt ihren Leitenden Abteilungsarzt (und weiteres medizinisches Fachpersonal) mit der Abteilung medizinische Rehabilitation des Blauen Kreuzes, die Schwierigkeiten hatte, dieses Fachpersonal selbst zu gewinnen, und ist mit der Suchttagesklinik und der integrierten Suchtambulanz in die verkehrstechnisch hervorragend gelegenen Räume des Blauen Kreuzes gezogen. Die Institutsambulanz kooperiert eng mit der Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes sowie dem Betreuten Wohnen und dem Wohnheim für Suchtkranke. Das jüngste Kind der Kooperation ist eine gGmbH Ambulante Medizinische Rehabilitation (ganztags und ambulant im

üblichen Sinne) mit den beiden Gesellschaftern Zentrum für Soziale Psychiatrie Bad Emstal und Blaues Kreuz Kassel.

Von besonderer Bedeutung sind die Konzeptabstimmungen, die enge Kooperation und insbesondere die vielfältigen Brücken durch wichtige therapeutische Bezugspersonen über die kostentechnischen Schnittstellen hinweg.

Für Alkoholranke in der Region Kassel gibt es jetzt – »wie aus einer Hand« – wohnortnahe Angebote zur Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung (Teilhabe), so viel wie möglich ambulant und teilstationär (Reha-Terminologie: ganztags ambulant) und so wenig wie nötig stationär, finanziert über Erlöse für traditionelle Maßnahmen (siehe auch Reutlingen: LÄNGLE 2008).

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

Weitere ähnliche Entwicklungen zur zielgruppenbezogenen, maßnahmeübergreifenden Vernetzung sind auch in Arbeit.

Abb. 2: Patientenzentrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhaus-Behandlung – Pragmatische (Not-)Lösungen mit Teilerfolgen unter traditionellen Finanzierungsbedingungen

Das dargestellte Konzept der integrierten störungsspezifischen Behandlung in Verbindung mit entsprechenden gemeindepsychiatrischen Kooperationen – nach dem Prinzip: Die Struktur folgt der Funktion – lässt die alte Kontroverse um »durchmischte« Stationen (»Abteilungs-Credo«) oder »spezialisierte« Stationen (»Fachkrankenhaus-Credo«) hinter sich.

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

Therapeutischer Nutzen

In Abbildung 2 werden die organisatorischen Waben beschrieben, nun geht es um den Honig, die *kumulative Kontinuität der gemeinsamen Erfahrungen* von Patienten (und Angehörigen) und Therapeuten mit der Krankheit, ihrem

Erleben, Behandeln und Bewältigen auch über die Wechselfälle längerer Zeiten hinweg, und die *subjekt- und lebensfeldorientierte Diagnostik und Therapie, die damit immer auch eine psychotherapeutische Dimension hat.*

Die Symptomatik objektivierend zu erfassen reicht nicht. Es geht auch darum, die subjektive Bedeutung der psychischen Störung im Erleben des Patienten sowie die Wechselwirkungen zwischen der Krankheitssymptomatik und den wichtigen Bezugspersonen zu Hause, an der Arbeit, in der Nachbarschaft ins therapeutische Handeln einzubeziehen. Dabei ist die Aufmerksamkeit auch darauf zu richten, inwieweit die Lebensverhältnisse die Erkrankung verschärfen oder welche positiven protektiven Faktoren aufzufinden sind: Ressourcen, Unterstützung, zeitweise Verantwortungsübernahme durch wen usw., die zur Verkürzung der stationären durch teilstationäre und ambulante Behandlung genutzt werden können, um so auch die Wiedereingliederung qualifizierter zu erreichen. Deshalb muss Krankenhausbehandlung auch vom Krankenhaus aus im privaten und beruflichen Lebensfeld stattfinden, auch als Hometreatment – und in Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem, das der Patient zuvor schon in Anspruch genommen hat und nach der Krankenhausbehandlung (wieder) nutzen kann (KUNZE 2005).

Bei Zuständigkeit der Abteilungen für Patienten nach Krankheitsgruppen können die Patienten (und ihre Angehörigen) eher voneinander lernen, insbesondere da sie nach Krankheitsstadien und Bewältigungsstadien *durchmischt* sind und damit die neuen Patienten (und Angehörigen) von den Erfahrenen profitieren können.

Bei chronisch rezidivierenden Erkrankungen in der Psychiatrie und Psychotherapie wie in der Inneren Medizin ist ein zentrales Therapie-Ziel, die Patienten zu befähigen ihre Behandlung zu steuern, indem sie mit Medikamenten und Lebensstil-Änderung bei geeignetem Umfeld ihre Stabilisierung erreichen (z. B. Diabetes; Medikamente, Lebensstil, Ernährung, Bewegung).

Patientenorientierung und Ökonomie – Effizienz bezogen auf Personen statt Maßnahmen

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

Die traditionellen Alternativen sind obsolet geworden:

- *Unbezahlbar* ist eine ausreichend lange nur stationäre Behandlung, wie

sie nötig wäre, um die Fragmentierung des Therapie-Prozesses zu vermeiden.

- *Therapeutisch nicht vertretbar* ist die häufige Fragmentierung der therapeutischen Beziehung zur flexiblen Anpassung der »Dosis Krankenhausbehandlung«.

Patientenzentrierte Klinikbehandlung ist auch ein Beitrag zur Reduktion der »strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen«:

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

Damit ist die patientenbezogene Organisation der Behandlungsprozesse im Interesse der Qualität der Behandlung der Patienten, sie führt zu höherer Arbeitszufriedenheit der Therapeuten und ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit.

Aber die geeigneten ökonomischen Anreize fehlen im bisherigen Finanzierungssystem.

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

Nur bei der Unfallversicherung sind *Behandlung, Rehabilitation und Pflege unter einer patientenbezogenen Verantwortung*, sodass die Behandlung, die Bedarf an Rehabilitation und Pflege mindert, sowie die Rehabilitation, die Behandlungsbedarf und Pflege mindert, auch ökonomisch sinnvoll wird, *statt in einem Maßnahmebereich zu sparen, koste es was es wolle anders wo*.

Schluss

Warum wird nicht als Erstes mit der Weiterentwicklung der inzwischen 20 Jahre alten Psych-PV begonnen?

- Die Erosion der Psych-PV ist ein Problem der Finanzierung der Psych-PV-Personalstellen durch die BpflV.

- Die inhaltliche Diskussion um die Fortentwicklung der Psych-PV vorab würde ihre Gültigkeit infrage stellen und eine Verbesserung der Finanzierung um weitere Jahre aufschieben.
- Die Wiederherstellung der Realisierung der Psych-PV-Stellen durch die entsprechend geänderte BPfV ist die anerkannte Vorbedingung für den Einstieg in die Entwicklung des neuen Entgeltsystems, das die Regelungen für Leistungen (bisher Psych-PV) und die Finanzierung (bisher BPfV) zusammenführt, wie schon in der somatischen Krankenhausbehandlung durch die DRGs.
- Die eigenständige Entwicklung (nicht DRGs) des neuen Entgeltsystems für die Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eröffnet die Chance, den Grundgedanken der Integrierten Versorgung in die Regelversorgung einzuführen.
- Die Versorgungs- und Qualitätsziele der Psych-PV (regionale Versorgungsverpflichtung und Befähigung zu möglichst selbstbestimmten Leben außerhalb von Institutionen) müssen auch für das neue Finanzierungssystem gelten.

Auch wenn es gelingt, Behandlung und Rehabilitation personenbezogen integriert effizienter zu realisieren, so muss doch die Psych-PV wieder erfüllt werden als Startbedingung zur Einführung des neuen Entgeltsystems, damit auch die seit der Psych-PV hinzugekommenen Anforderungen bewältigt werden können:

- die »Leistungsverdichtung«, insbesondere die erheblich gestiegene Zahl der Patienten
- sowie die Anforderungen aus den seit 20 Jahren erreichten Verbesserungen der Behandlungsverfahren, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich.

Die folgende gesetzliche Norm hat zwei Adressaten:

SGB V § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Da psychisch kranke Personen sich nicht wie selbstbewusste Kunden behaupten können, kommt der Wächterfunktion von (organisierten) Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und den ehrenamtlich/bürgerschaftlich

Engagierten zur Aktivierung der Verantwortung der Kommune große Bedeutung zu, und zwar in zwei Richtungen:

- Die Kliniken (ebenso die anderen Träger im Gemeindepsychiatrischen Verbund) setzen die Ressourcen zum Nutzen der Patienten und Angehörigen effizient, d. h. auch kostengünstig ein.
- Die Politik sorgt erforderlichenfalls dafür, dass die Krankenkassen (und andere Leistungsträger) die notwendige Therapie (und Rehabilitation) ausreichend finanzieren.

Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRAKE e. V. (Hg.): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung – Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): Aspekte der Implementation von Umstrukturierungsprozessen in der psychiatrischen Versorgung – Abschlussbericht der Projektgruppe »Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulanter Behandlung in der Psychiatrie«. Band 138 der Schriftenreihe des BMG, Nomos, Baden-Baden, 2001
- BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988, 72f.
- HEMMEN G, KRISTEN R, KUNZE H: Die kleine psychiatrische Abteilung Hofgeismar. Ein kasuistischer Beitrag zum Thema Dezentralisierung psychiatrischer Fachkrankenhäuser. Krankenhauspsychiatrie 2000, 11: 60–63
- KUNZE H: De-Institutionalisierung im Kopf – Vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. Krankenhauspsychiatrie 2001, 12: 48–55
- KUNZE H, KALTENBACH L (Hg.): Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 5. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2005
- KUNZE H: Psychosoziale Therapie als rehabilitative Behandlungsmaßnahme für psychisch Kranke In: FRIEBOES R-M, ZAUDIG M, NOSPER M (Hg.): Rehabilitation bei psychischen Störungen. Urban und Fischer, München – Jena, 2005, Kapitel 3.1 S. 73–95
- KUNZE H, PRIEBE S: Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrische Praxis 2006, 33: 53–55
- KUNZE H: Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus – Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Psychiatrische Praxis 34: 145–153, 2007
- KUNZE H, SCHMIDT-MICHEL P-O: Zur Erosion der Psych-PV und zukünftigen Finan-

zierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 2007, 78: 1460–1464

LÄNGLE G, RÖHM A: Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: das kommunale Suchthilfenetzwerk im Modell-Landkreis Reutlingen. Psychosoziale Umschau 2008, 3: 6–9

ROICK C, DEISTER A, ZEICHNER D, BIRKER T, KÖNIG H-H, ANGERMEYER MC: Das regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen Psychiatrische Praxis 2005, 32: 1–8

SCHMIDT-MICHEL P-O, KUHN F, BERGMANN F: Debatte: Pro & Kontra: Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert. Psychiatrische Praxis 2008, 35: 57–59

SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2002

Das Regionale Psychiatrie-Budget im Kreis Steinburg - Erfahrungen aus einem Modellprojekt

Arno Deister, Hans-Jürgen Forster

Seit dem 01.01.2003 wird im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) das Modellprojekt eines Regionalen Psychiatrie-Budgets durchgeführt. Das Projekt soll Hinweise darauf geben, welcher Steuerungseffekt sich auf die psychiatrische Versorgung ergibt und wie sich die Versorgungsqualität entwickelt, wenn sich die Finanzierung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen primär nach den Versorgungsnotwendigkeiten der Menschen in einer definierten Region und den dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen ausrichtet. Nach Abschluss der ersten, auf fünf Jahre ausgelegten Modellphase wird dieses Finanzierungskonzept inzwischen weiterentwickelt und soll auf weitere Bereiche der Versorgung ausgeweitet werden.

Grundlagen

Mehr als in den meisten somatischen Disziplinen der Medizin haben sich in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in den letzten drei Jahrzehnten verstärkt komplexe integrierte und integrative Versorgungsstrukturen entwickelt. Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen ist aber auch an der Psychiatrie nicht spurlos vorübergegangen, sondern hat eine Entwicklungsphase eingeleitet, in der die Chancen und Risiken neuer Finanzierungssysteme diskutiert werden und in der verstärkt nach einem optimalen Ausbaugrad gemeindepsychiatrischer Versorgung sowie nach Möglichkeiten einer effizienten Vernetzung mit stationären Einrichtungen gesucht wird. Dabei mangelt es aber in Deutschland in der Psychiatrie – wie auch in den anderen Fachgebieten – noch an Steuerungsinstrumenten, die geeignet sind, einen nachhaltigen Strukturwandel im Gesundheitssystem herbeizuführen.

Seit Beginn der 1990er-Jahre orientiert sich die Personalbesetzung in den stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgungseinrichtungen an der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Diese definiert differenzierte Behandlungsleistungen für Patienten mit vergleichbarem Hilfebedarf. Die Umsetzung der Psych-PV hat dazu geführt, dass sich die Versorgungssituation der Psychiatrie der der anderen medizinischen Fächer weitgehend angeglichen hat. Es gibt jedoch deutliche Hinweise darauf, dass insbesondere aufgrund der in den letzten Jahren erheblich verkürzten sta-

tionären Verweildauer die Leistungssituation durch die Psych-PV weniger realistisch abgebildet wird. Das in der somatischen Medizin inzwischen etablierte DRG-System wird weitgehend übereinstimmend nicht als das geeignete Modell zur Finanzierung stationärer psychiatrischer Versorgung angesehen. Die psychiatrische Versorgung wurde deshalb aus dem DRG-System herausgenommen. Die für die Psychiatrie diskutierten Finanzierungssysteme setzen auf unterschiedliche Anreize zur Leistungssteuerung. Es erschien daher aufschlussreich zu erproben, zu welcher Versorgungsqualität ein Finanzierungssystem führt, das sich allein an der zu leistenden Aufgabe, der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Menschen einer definierten Region, unter Berücksichtigung der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen orientiert.

Das im Kreis Steinburg in Schleswig-Holstein erprobte »Regionale Psychiatriebudget« (RPB) ist ein solches Finanzierungssystem, denn es ermöglicht eine settingübergreifende regionale Versorgung für das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen. Es handelt sich dabei um ein zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbartes Modellprojekt (gemäß § 26 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung in der 2002 gültigen Fassung), das zunächst auf fünf Jahre befristet war.

Rahmenbedingungen

Das Modellprojekt basiert auf zwei Grundprinzipien: Einerseits erhält der Versorgungsanbieter der Region, die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Klinikums Itzehoe, über die Projektdauer ein festgeschriebenes jährliches Budget, das sich an den Budgets für die vollstationäre und teilstationäre Versorgung sowie an den Erlösen der psychiatrischen Institutsambulanz von 2002 orientiert. Dafür verpflichten sich die Leistungsanbieter, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für alle Patienten der Region (136 000 Einwohner) sicherzustellen, die durch einen Vertragsarzt stationär eingewiesen beziehungsweise als Notfall aufgenommen werden oder die die Voraussetzungen zur Behandlung in einer Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V erfüllen. Auf der anderen Seite erhalten die Kliniken dafür die Möglichkeit, die Behandlungsmodalität und den Behandlungsort (vollstationär, teilstationär, ambulant oder Behandlung zu Hause) frei zu wählen. Um ihr Budgetziel zu erreichen, müssen die Versorgungsanbieter in jedem Jahr des Regionalen Psychiatriebudgets eine festgelegte Anzahl von Patienten behandeln, unabhängig von der Form

der Therapie. Die Zahl der behandelten »Fälle« ist somit nicht mehr von Bedeutung, sondern nur noch die Zahl der Personen, die innerhalb eines Jahres versorgt werden. Die Zahl der zu behandelnden Menschen richtet sich ebenfalls nach der Zahl der behandelten Menschen im Jahr 2002. Sie darf während des Modellprojektes innerhalb eines Korridors von 6 % nach oben oder unten schwanken. Die Kostenträger verzichten für die Dauer des Modellprojekts auf die Befristung von Kostenübernahmen; Verweildauerüberprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) finden nicht mehr statt.

Das Budget der niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und komplementären Einrichtungen war in diesem ersten Schritt noch nicht in das Regionalbudget einbezogen.

Der erwartete Steuerungseffekt

Für den Erfolg des Projekts ist entscheidend, dass im Rahmen des neuen Finanzierungssystems ein – auch ökonomisch geprägter – Anreiz gesetzt wird, die Dauer der stationären Behandlung ausschließlich an medizinisch-psychiatrischen Kriterien auszurichten. Eine zu lange stationäre Behandlung würde zu erhöhten Kosten allein beim Leistungsanbieter führen, eine zu kurze Behandlung zu einer wahrscheinlichen Zunahme der Krankheitssymptomatik und damit einer erneuten stationären Einweisung. Die dadurch entstehenden Kosten würden wiederum vollständig zulasten des Leistungserbringers gehen (»Gewährleistungsprinzip«). Erwartet wurde deshalb eine Verweildauer, die sich möglichst exakt an der Versorgungsnotwendigkeit ausrichtet.

Es war absehbar, dass zur Umsetzung dieser Ziele eine grundlegende inhaltliche und organisatorische Umstrukturierung des Leistungsangebots erforderlich sein würde. Das Hauptziel war dabei die verbesserte Anpassung der personellen und finanziellen Ressourcen der Leistungsanbieter an die Erfordernisse der Patientenversorgung. Dies bedeutete aber auch, dass sich die Therapie im Rahmen des Regionalen Psychiatriebudgets nicht mehr wie bisher vorwiegend an der organisatorischen Struktur einzelner Behandlungsbereiche orientieren konnte, sondern dass sie primär nach der Versorgungsnotwendigkeit des individuell zu behandelnden Menschen ausgerichtet sein musste.

Begleitforschung

Im Rahmen der ersten fünfjährigen Erprobung erfolgte eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation durch die Psychiatrische Universitätsklinik Leipzig. Dabei wurden für die Diagnosegruppen der Abhängigkeitserkrankungen sowie der schizophrenen und der affektiven Störungen die ökonomischen Auswirkungen des Budgets aus gesellschaftlicher Perspektive und aus Sicht der Krankenkassen analysiert, die Entwicklung der Versorgungsqualität evaluiert und die mit der Einführung verbundenen Veränderungen der psychiatrischen Versorgungsstrukturen untersucht. Den Schwerpunkt der Begleitforschung bildete eine detaillierte Effizienz-Analyse in einem Prä-Post-Kontrollgruppendesign bei 502 Patienten aus der Modellregion und dem benachbarten Westküstenklinikum in Heide, für das das Regionale Psychiatriebudget nicht angewendet wurde.

Ab dem 01.01.2008 erfolgt auch im Westküstenklinikum Heide die Finanzierung nach den Regeln eines Regionalen Budgets. Die Begleitforschung war zu diesem Zeitpunkt bereits beendet.

Ergebnisse

Das Modellprojekt hat eine Vielzahl von Veränderungen im strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gebracht. Im Folgenden werden die Ergebnisse des Abschlussberichts nach einer Laufzeit von fünf Jahren dargestellt.

Strukturelle Veränderungen

Die Zahl der pro Jahr behandelten Menschen hat sich im Zeitraum des Modellprojektes nur geringfügig verändert. Die Schwankungen lagen innerhalb des vereinbarten Korridors. Über den gesamten Zeitraum betrachtet lag die Zahl der behandelten Menschen 3,1 % über der Situation von 2002.

Die Zahl der vollstationären Behandlungsplätze (Betten) wurde insgesamt um 18 (17,6 %) reduziert. Aktuell sind 64 Betten für Psychiatrie und 20 Betten für Psychotherapeutische Medizin im Klinikum Itzehoe aufgestellt; das entspricht einer Bettenmessziffer von 0,47 für den Bereich Psychiatrie (zum Vergleich: Land Schleswig-Holstein 0,66 – siehe Abbildung 1).

Die Zahl der tagesklinischen Plätze wurde von 15 auf 28 erhöht (Steigerung um 87 %). Die tagesklinische Bettenmessziffer beträgt 0,21 (Schleswig-Holstein: 0,15 – siehe Abbildung 2).

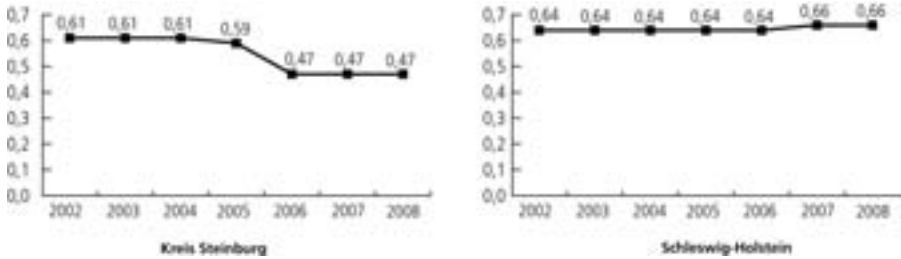


Abb. 1: Verlauf der vollstationären Bettenmessziffer im Kreis Steinburg im Vergleich zu Schleswig-Holstein

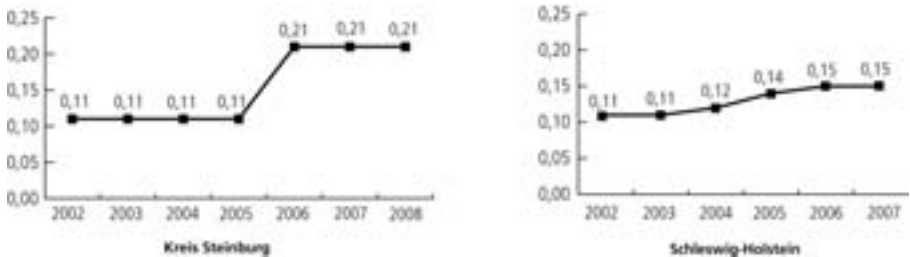


Abb. 2: Entwicklung der tagesklinischen Bettenmessziffer im Kreis Steinburg im Vergleich zu Schleswig-Holstein

Die Zahl der Behandlungstage hat sich im stationären Bereich um 21,5 % verringert.

Zum 17.12.2007 wurde in der Stadt Itzehoe durch das Klinikum Itzehoe zur Ergänzung des ambulanten Angebots ein Medizinisches Versorgungszentrum mit einem psychiatrisch/psychotherapeutischen Angebot eröffnet.

Organisatorische Veränderungen

Zum 01.09.2005 wurde eine vollständige Umorganisation der Behandlungsteams vorgenommen. Aktuell bestehen fünf stationäre Behandlungsteams (Krisenintervention und Suchterkrankungen; affektive Störungen; Psychotische Erkrankungen und Ältere Menschen; Persönlichkeitsstörungen; Patienten mit längerfristigem Behandlungsbedarf) und zwei tagesklinische Behandlungsteams.

Alle Behandlungsteams sind multiprofessionell zusammengesetzt und verfügen über alle Behandlungsmöglichkeiten der vollstationären, teilstationär-tagesklinischen und ambulanten Versorgung.

Seit September 2005 besteht ein verändertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement für die Klinik.

Seit Mitte 2007 wurde der familientherapeutische Ansatz für Menschen mit psychotischen Störungen weiter ausgebaut.

Seit Mitte 2007 wurde die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen umgestellt: Für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen steht jetzt die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Glückstadt als Regelangebot zur Verfügung. Nur die erste Phase der qualifizierten Entgiftung wird weiterhin stationär durchgeführt (fünf bis sieben Tage). Darüber hinaus wurden nachtklinische Behandlungsplätze für Patienten mit Abhängigkeitsstörungen geschaffen. Ergänzt wird dieses neue Angebot durch die Ambulante Suchtrehabilitation, die in Zusammenarbeit mit der Diakonie des Kirchenkreises Rantzaу durchgeführt wird.

Veränderungen der Versorgungssituation

Der regionale Bezug der Klinik hat sich nicht relevant verändert. Im Durchschnitt werden 84 % der Patienten aus dem Kreis Steinburg, 11 % aus den anliegenden Kreisen und weitere 5 % aus dem Land Schleswig-Holstein aufgenommen.

Die Diagnosenverteilung hat sich während des Modellprojekts nicht wesentlich verändert.

Die kumulierte jährliche Verweildauer hat sich von 25,3 Tagen auf 18,9 Tagen pro Patient und Jahr reduziert (-25,0 %), dies entspricht einer Senkung der fallbezogenen Verweildauer von etwa 18 Tagen auf etwa 13 Tagen (siehe Abbildung 3). Die Reduktion war am stärksten in den ersten beiden Jahren des Regionalen Budgets. Die Reduktion der Verweildauer erstreckt sich auf fast alle Diagnosen (außer Persönlichkeitsstörungen; F6). Am stärksten ist sie bei den schizophrenen (F2), affektiven (F3) und »neurotischen« (F4) Störungen.

Die Art der Behandlung hat sich sehr deutlich verändert (siehe Abbildung 4). Die Zahl der innerhalb eines Jahres nur stationär behandelten Patienten hat sich von 70 % im Jahr 2002 auf 53,9 % im Jahr 2007 reduziert (-19,3 %). Im gleichen Zeitraum hat die Zahl der nur ambulant behandelten Patienten von 14,1 % auf 22,8 % zugenommen (+68,9 %).

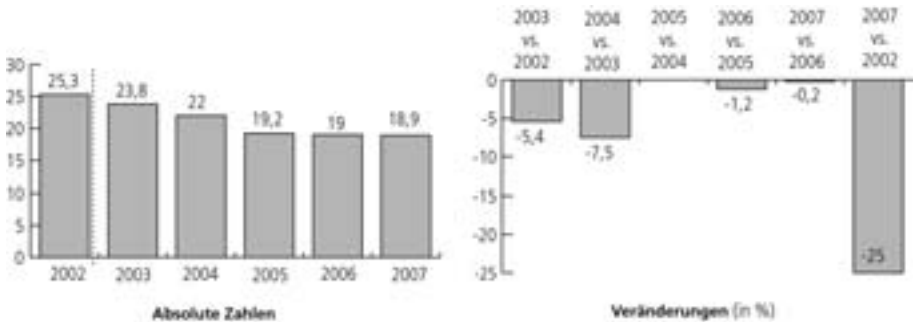


Abb. 3: Die kumulierte jährliche Verweildauer in Tagen pro Patient und Jahr

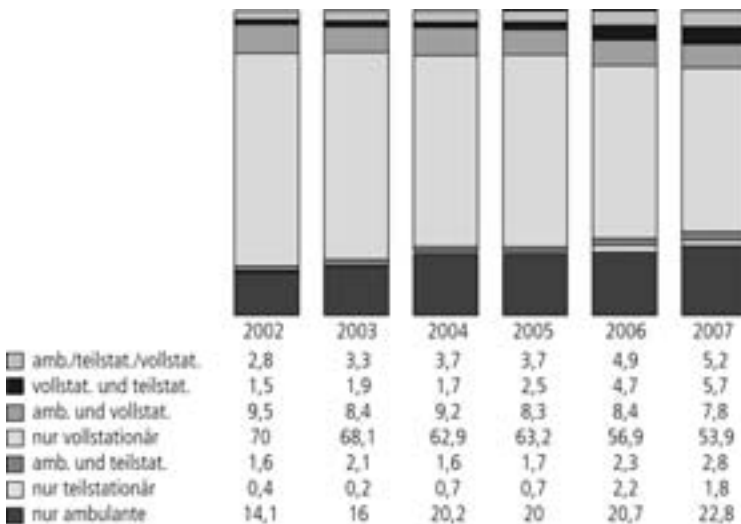


Abb. 4: Zahlen nach Art der Behandlung

Bei Menschen mit Abhängigkeitsstörungen hat sich die Dauer zwischen zwei Aufnahmen von etwa 55 Tagen auf etwa 140 Tagen erhöht.

Im Durchschnitt werden aktuell etwa 30 % der Gesamtleistung tagesklinisch erbracht (Ziel im Krankenhausplan Schleswig-Holstein 25 %).

Qualitätssicherung (Begleitforschung)

Zielgrößen der Begleitforschung waren u. a.: Behandlungsergebnis, subjektives Befinden, Lebensqualität, Situation der Angehörigen, Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Ergebnisse haben im Wesentlichen Folgendes gezeigt:

Das Behandlungsergebnis ist in keinem der untersuchten Parameter schlechter (teilweise sogar tendenziell besser) als in der Vergleichsregion, in einigen (insbesondere in der sozialen Anpassung bei Menschen mit schizophrenen Störungen) sogar besser. Die Kosten insgesamt und insbesondere im vollstationären Bereich waren geringer als in der Vergleichsregion.

Perspektiven

Nach Ablauf der Projektphase wurde das Modellprojekt zunächst für das Jahr 2008 auf der bisherigen Rechtsgrundlage verlängert.

Für das Jahr 2010 ist der Einbezug eines relevanten Anteils des Budgets der niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde im Kreis Steinburg geplant. Die grundsätzliche Zustimmung aller Beteiligten dazu liegt bereits vor. Die grundsätzliche Zustimmung aller betroffenen niedergelassenen Ärzte, der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Krankenkassenverbände liegt dazu vor. Inzwischen ist das Regionale Budget nach den im Wesentlichen gleichen Kriterien wie im Kreis Steinburg in den schleswig-holsteinischen Kreisen Rendsburg-Eckernförde (seit 2006), Dithmarschen (seit 2008) und Herzogtum Lauenburg (seit 2008) eingeführt.

Fazit

Das Regionale Psychiatriebudget könnte ein Erfolg versprechendes Modell für die künftige Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker sein. Es ermöglicht die flexiblere Behandlung der Patienten in unterschiedlichen Settings sowie teilstationäre und ambulante Interventionen als Alternative zur vollstationären Versorgung. Das Regionale Psychiatriebudget setzt – im Gegensatz zum DRG-System und tagesgleichen Pflegesätzen – keine Anreize zu einer Fallzahlausweitung beziehungsweise einer Verweildauererhöhung, sondern verfolgt einen personenbezogenen Ansatz, der die Leistungsanbieter motiviert, ihre Patienten so zu behandeln, dass bei möglichst geringem Ressourcenverbrauch eine langfristige Beschwerdefreiheit erreicht wird.

IV Selbstbestimmung und Schutz vor übergriffiger Fremdbestimmung

Einleitung und Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professionellem Hilfesystem

Ruth Fricke

Ich eröffne das Symposium mit einem Impulsbeitrag zur »Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professionellem Hilfesystem«. Ich möchte mit Beispielen beginnen, wo die Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe gut klappt und positive Ergebnisse bringt. Ich möchte aber auch darstellen, wo es noch hakt und welche Verbesserungen in der Zusammenarbeit ich mir noch wünsche.

Gute Ansätze zur Kooperation am Beispiel Herford

Als positiv empfinde ich in meinem Heimatkreis Herford, dass

- unsere Selbsthilfegruppe die Räumlichkeiten eines gemeindepsychiatrischen Trägers außerhalb von dessen Dienstzeiten kostenlos nutzen kann und sogar einen eigenen Schlüssel für diese Räumlichkeiten besitzt;
- im Kreis Herford die Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen in allen psychiatriepolitisch relevanten Gremien vom Arbeitskreis Psychiatrie der PSAG bis zum Gemeindepsychiatrischen Verbund gleichberechtigte Mitglieder sind. Auf unsere Initiative wurde für den Bau der neuen Abteilungspsychiatrie am Klinikum Kreis Herford eine Planungsbeirat eingerichtet, in dem wir den gesamten Klinikbau einschließlich Ausstattung mitbestimmen konnten;
- wir in den Beiräten der westfälischen Klinik, die bis 2004 unsere Pflichtversorgungsklinik war, das Konzept »Soteriaelemente in der Pflichtversorgung« für die Abteilung klinische Psychiatrie II (Herford/Lippe) mit entwickeln und in der Umsetzung begleiten konnten;
- wir in einer dialogischen Arbeitsgruppe der westfälischen Klinik Gütersloh auf der Grundlage der Betheler Behandlungsvereinbarung die Gütersloher Behandlungsvereinbarung entwickelt und aufgrund der gemachten Erfahrungen mehrfach überarbeitet haben. Am Ende im Jahr 2004 gab es ca. 400 Behandlungsvereinbarungen;
- wir in der psychiatrischen Klinik im Nachbarkreis Lübbecke in den Arbeitskreis Pflegestandards berufen wurden. Dort hatte man ausgerechnet

mit den Fixierungsstandard begonnen. Auf unsere Intervention hin, haben wir uns dann zunächst in mehreren Sitzungen mit dem Thema Deeskalationsstrategien befasst und einen Deeskalationsstandard entwickelt, bevor wir uns an den Standard für fachgerechte Fixierung machten und dort eine Sitzwache verankerten;

- VertreterInnen der ostwestfälischen Selbsthilfegruppen seit vielen Jahren im Weiterbildungsverbund Ostwestfalen-Lippe in die fachärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung eingebunden sind und in jedem Block ein Tag eingeplant ist, an dem Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige ihre Sicht der Dinge darstellen können;
- an den von den Selbsthilfegruppen im Kreis Herford organisierten Fortbildungen für trialogisches Publikum, professionell in der Psychiatrie Tätige aller Berufsgruppen in großer Anzahl teilnehmen und wir von der Bundesärztekammer für diese Fortbildungen sogar Fortbildungspunkte bekommen. Die letzte Fortbildung zum Thema »Soteriaelemente in der Pflichtversorgung« wurde z. B. mit sechs Fortbildungspunkten bewertet.

Die Zusammenarbeit in der »unabhängigen Beschwerdestelle Psychiatrie« von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen ist das Erfolgsprojekt schlechthin. Hier arbeiten Profis, Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene ehrenamtlich in ihrer Freizeit wirklich auf gleicher Augenhöhe zusammen. Ich will den Ausführungen von Doris Steenzen nichts vorwegnehmen, die gleich noch ausführlich zum Thema »unabhängige Beschwerdestellen« referieren wird.

Auf Bundesebene läuft die gegenseitige Unterstützung bei Forderungen und Stellungnahmen an die Politik recht gut. Ich erinnere hier nur an die Reform des Betreuungsrechts. Sehr gut entwickelt sich auch die Kooperation im »Aktionskreis T4-Opfer nicht vergessen«. Hier müssen alle Verbände jedoch ihre Kampagnefähigkeit noch steigern, indem sie ihre Mitglieder besser mobilisieren. Bei 20 Veranstaltern müsste es doch zu erreichen sein, dass an einer Gedenkveranstaltung mindestens 1000 Menschen teilnehmen.

In Bezug auf Behandlungsvereinbarungen müssen wir leider bundesweit feststellen, dass diese von vielen Menschen falsch verstanden wird. Eine Behandlungsvereinbarung, die Qualität hat, bzw. die Vorlage dazu, also das Leerexemplar, was man dann hinterher ausfüllt, sollte in der jeweiligen Klinik trialogisch erarbeitet werden. Wenn das nicht der Fall ist, finde wir sie unzureichend.

Ich möchte mal ein Gegenbeispiel nennen: Im Nachbarkreis hatten wir geworben, die sollten Behandlungsvereinbarungen einführen. Da hat der damalige Chefarzt der Klinik gesagt, er hätte sich aus der ganzen Republik Behandlungsvereinbarungen kommen lassen und dann guckte er sich das mal an und dann stricke er daraus das, was ihm am besten erschien. Das ist meines Erachtens keine Methode, wenn ich ein Instrument erarbeiten will, was sozusagen vertrauensbildende Maßnahmen zwischen Behandlern und Behandelten bilden soll, sondern schon der Prozess der Erstellung dieses Formulars, wo man seine Wünsche ankreuzen kann, ist wirklich wichtig. Die gemeinsame Erstellung mit der örtlichen Selbsthilfe, u. z. mit beiden Selbsthilfeorganisationen, sowohl den Angehörigen als auch den Betroffenen, weil auch da sind ja die Wünsche häufig recht unterschiedlich, und wenn man sich schon mal auf ein gemeinsames Formblatt geeinigt hat, ist das schon die halbe Miete.

Der nächste Punkt ist, im Gegensatz zur Patientenverfügung geht die Behandlungsvereinbarung, wenn sie gut ist, über den rein medizinischen Aspekt hinaus. Da wird nämlich auch geregelt, wenn man kleine Kinder hat, wo die versorgt werden sollen, wenn man ein Haustier hat, wo das denn bleibt, wenn man alleine wohnt, wer den Schlüssel bekommt, wer dafür sorgt, dass der Briefkasten geleert wird, damit nicht eingeknackt wird und all so ein Krimskrams. Aus meiner Sicht ist es wichtig für einen ruhigen Aufenthalt in einer Klinik, in der man sich wohlfühlt, dass man auch weiß, dass die Dinge, die einem so durch den Kopf springen: Was passiert jetzt mit meinem Hund, mit meinem Papagei oder mit meinem Kleinkind und sonst was, dass diese Dinge geregelt sind. Sie sollten in gesunden Zeiten gut durchgedacht geregelt werden, sodass der Sozialarbeiter, die Sozialarbeiterin der Klinik das anstoßen kann, damit der Patient in Ruhe seine Phase ausleben kann. Also ich kenne genügend Fälle, wo Leute, nur weil sie nicht wussten, was mit dem Hund zu Hause passierte, sich frühzeitig haben entlassen lassen. Dieser soziale Teil ist daher nicht zu unterschätzen; aber auch nicht der medizinischen Teil, das ist wirklich schon wichtig. Die Zeiten, als noch Haldol und Neurocil die Welt regierten, waren für mich total unerträglich. Ich war dann froh, als es Zyprexa gab. Was ich gar nicht so beachtet habe, weil ich mit Thrombosen früher schon viel zu tun hatte, war eine Sache, die dann bei meinem letzten Klinikaufenthalt vor fünf Jahren per Zufall, weil ein Assistenzarzt mal ein bisschen genauer hingeschaut hat, rausgekommen ist, dass ich unter Zyprexa CK-Wert von 6000 hatte. CK-Werk ist der Wert, der Auskunft darüber gibt, dass ein Gewebeaufbau stattfindet, normal ist 100,

weil uns die Haare wachsen und die Haut sich ständig erneuert und so was, aber 6000 ist nun mal ein bisschen arg viel; mit dem Ergebnis, dass man dann geschaut hat beim EKG, dass ich nicht einen Herzinfarkt bekomme, nein, bei mir war es halt die Thromboseneigung, die ich habe, und die habe ich, rückblickend betrachtet, unter Zyprexa jedes Mal gehabt. Ich bin jedes Mal mit Heparin behandelt worden. Wenn ich in erregtem Zustand, also in einer kritischen Phase, nicht in meiner Heimat in eine Klinik komme, sondern vielleicht in München, Hamburg oder Berlin, und ich sage dann: Ich will kein Zyprexa, wird das wahrscheinlich erst missverstanden, ich will überhaupt kein Medikament, so, die Folgewirkungen können wir uns jetzt alle ausmalen.

Von daher wäre für mich persönlich eine Kombination aus meiner Behandlungsvereinbarung zu Hause und einer Patientenverfügung, die auch in Berlin oder sonst wo gilt, eine ganz wichtige Geschichte. Aber ich brauche diese Möglichkeit, und ich würde, je nachdem, was da durchgeht, auch in Kauf nehmen, dass ich alle fünf Jahre erneuern muss und ein Notar unterschreiben muss, dass ich sozusagen im Zustand geistiger Gesundheit das noch mal erneuert habe: Ich kann jedem Profi oder jedem Abteilungsarzt, der da zuständig wäre, nur raten, hart zu verhandeln an den wichtigen Punkten, und nicht leichtsinnig zu sagen, damit du jetzt endlich Ruhe gibst, dann schreiben wir das da halt rein. Wenn man sich an den Punkten, wo man jetzt schon weiß, dass man sich im Zweifelsfall nicht dran halten kann, weil es eine utopische Forderung ist, nicht einig wird, gibt es eben keine Behandlungsvereinbarung.

Eine Verhandlungsvereinbarung, wo ich von vornherein weiß, die ist nicht einhaltbar, ist schlimmer als keine, weil es stellt sozusagen wieder das Vertrauen infrage. Wenn ich nächstes Mal komme, und man hat sich nicht dran gehalten, ja dann, schlechte Klinik. Hab ich doch von vornherein gewusst, dass das alles Blödsinn ist. Ich habe das jetzt bewusst so platt und etwas drastisch gesagt, weil man sich darüber klar sein muss.

Ein zweiter Punkt: Wenn die Patienten die Erfahrung gemacht haben, die Klinik hält sich da wirklich im Wesentlichen dran, das spricht sich rum in Patientenkreisen, das ist schlicht so. Dann kommen auch die Nächsten, die sagen, ich möchte auch so ein Ding verabschieden. Man soll sich nicht keine Hoffnung machen, dass jemand, wenn er das erste Mal in eine psychiatrische Klinik kommt, im Anschluss nachher so ein Ding abschließt, weil jeder glaubt, es war einmal und nie wieder. Die größte Chance ist dann, wenn der zweite Aufenthalt da ist. Dann weiß man, aha, es kann mich wieder erwischen, also schau ich mal, was ich machen kann, um vorzubeugen.

Verbesserungswünsche in der Zusammenarbeit

Auf *Bundesebene* wünsche ich mir

- mehr Unterstützung von Initiativen der Selbsthilfe, wie z. B. das Kultur-
netzwerk des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE). Hier sind
mittlerweile ca. 120 Künstlerinnen und Künstler aller Sparten vernetzt.
Ziel ist es, dass diese Menschen ihr Talent zum Beruf machen können
oder mindestens ein kleines Zubrot damit verdienen können;
- am meisten enttäuscht war ich, als ich unser Projekt »BPE-Herbstkunst-
schule« absagen musste. Naiv, wie ich war, hatte ich geglaubt, dass sich
auf unsere Bekanntmachung in den Zeitschriften »Psychosoziale Um-
schau«, »kerbe« und »Soziale Psychiatrie« mehrere gemeindepsychiatrische
Träger melden würden, die jeweils acht bis zehn Plätze buchen und
dann mit einem Bulli anreisen würden. Es meldeten sich aber nur Ein-
zelpersonen, die weit über ganz Deutschland verstreut wohnten. Da ich
knapp kalkuliert hatte und unsere Künstler die Werkstätten ja auch nicht
umsonst betreuen sollten, reichte die Zahl der Anmeldungen nicht, um
das Projekt finanzieren zu können. So musste ich dann kurz vor Ablauf
der Stornofrist absagen und den Angemeldeten ihre Teilnehmerbeiträge
zurückerstatten. Ich halte das Projekt nach wie vor für eine gute Idee
und würde mir wünschen, dass wir es mithilfe gemeindepsychiatrischer
Trägervereine irgendwann noch realisieren können;
- mehr Bereitschaft, Psychiatrie-Erfarene als Experten aus Erfahrung
in Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie gegen faire
Bezahlung zu beschäftigen, sowie die Zusammenarbeit bei der Imple-
mentation von EX-IN-Projekten;
- Unterstützung des BPE bei Projektanträgen an das Bundesministerium
für Gesundheit (BMG) oder Aktion Mensch durch positive Stellungnah-
men der Profiorganisationen. Der BPE verfügt derzeit nur über eine 400-
Euro-Kraft, die die in der Bochumer Geschäftsstelle ankommende Post
kopiert und an die Vorstandsmitglieder verschickt. Unsere Projektanträge
an das BMG und Aktion Mensch sind gescheitert. Wir hoffen jetzt, dass
ein veränderter Antrag an Aktion Mensch im Januar genehmigt wird,
sodass die Beratungstätigkeit wieder aufgenommen werden kann.

Auf der *örtlichen Ebene* würde ich mir vor allem wünschen, dass Professionelle
aller Berufsgruppen ihren KlientInnen, NutzerInnen, PatientInnen etc. den
Besuch einer Selbsthilfegruppe empfehlen würden. Dies passiert derzeit nur

selten bis gar nicht. Ich weiß nicht warum das so ist. Ist es nur Schludrigkeit, Gedankenlosigkeit oder wird befürchtet, dass die PatientInnen, KlientInnen, NutzerInnen etc. zu emanzipiert, zu selbstbewusst und damit auch kritischer werden, wenn sie regelmäßig ihre Erfahrungen mit andern Betroffenen austauschen? Bei uns in Herford gab es eine Sozialarbeiterin beim Sozialpsychiatrischen Dienst, die regelmäßig ihren KlientInnen den Besuch unserer Selbsthilfegruppe empfohlen hat. Als die Frau in Rente gegangen war, kam niemand mehr auf Empfehlung des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Unsere Flyer liegen an allen relevanten Stellen aus. Ich lege immer wieder nach. Ich weiß nicht, wo die Flyer bleiben. Wenn jemand neu zu unserer Gruppe stößt, so kommt er auf Empfehlung der Telefonseelsorge, weil er die Ankündigung unseres Gruppenabends in der Zeitung gelesen hat, oder weil er unser Gruppe in den Gelben Seiten des Telefonbuches gefunden hat.

Kurzum gerade hier würde ich mir wünschen, dass die Profis in unseren Selbsthilfegruppen wirklich Kooperationspartner und keine Konkurrenz sehen würden.

Nachfolgend sollen die folgenden weiteren Impulsreferate zur Diskussion im Plenum dienen:

- *Doris Steenzen*: Förderung von unabhängigen Beschwerdestellen
- *Jörg Utschakowski*: EX-IN Psychiatrieerfahrung als Kompetenz – ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen
- *Tilman Steinert*: Aggressives Verhalten: Prävention und Intervention

Förderung von unabhängigen Beschwerdestellen

Doris Steenzen

Ich werde über die Notwendigkeit und Förderung der unabhängigen Beschwerdestellen aus der Betroffenen­sicht berichten. Dazu werde ich erst mal meine eigenen Erfahrungen darlegen, um daran zu verdeutlichen, warum Beschwerdestellen so wichtig sind und so wie die Butter aufs Brot zur regionalen Pflichtversorgung dazugehören sollten.

Mein persönlicher Hintergrund

Die ersten Symptome, wie stetige Übermüdung, Konzentrationsstörungen und motorische Störungen bemerkte ich vor ca. 20 Jahren. Als die Beschwerden zunahmen und Krampfanfälle hinzukamen, wurde ich in die Neurologie eingewiesen, um der Ursache auf den Grund zu gehen. Der Verdacht auf Hirntumore wurde ausgeschlossen, aber für den ersten Arbeitsmarkt stand ich wegen der Beeinträchtigungen nicht mehr zur Verfügung. Laut des medizinischen Dienstes vom Arbeitsamt kam nur noch die Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen infrage, womit ich sehr unzufrieden war. Ein niedergelassener Neurologe, der die Ursache meiner Beschwerden herausfinden sollte, ignorierte mein Anliegen. Wegen eines Suizidversuchs aus Verzweiflung wurde ich in die Psychiatrie eingewiesen. Anstatt meine Beschwerden ernst zu nehmen, wurde mir die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung übergestülpt und ich wurde auf starke Psychopharmaka eingestellt.

Ich verzweifelte immer mehr und es erfolgten weitere Suizidversuche, wodurch ich immer wieder in die Psychiatrie eingeliefert wurde. Durchschnittlich zweimal im Jahr wurde ich Patient in der Psychiatrie und war mittlerweile auf starke Psychopharmaka eingestellt worden. Dadurch verschlechterten sich meine Beschwerden so extrem, dass ich für ein halbes Jahr in einem Wohnheim leben musste.

In der Psychiatrie musste ich Zwangsmaßnahmen über mich ergehen lassen. Von sechs Pflegern wurde ich ohne Grund auf ein Bett festgeschnallt und mir wurden gegen meinen Willen Psychopharmaka (Diazepan) gespritzt. Ich wurde für vier Wochen in ein Isolierzimmer eingesperrt und mir wurde jeglicher Kontakt zu den Mitpatienten untersagt. Meine Mahlzeiten durfte ich nicht im Esszimmer mit den anderen Patienten zusammen einnehmen.

Die Erlebnisse waren für mich so traumatisch, dass ich danach noch ein Jahr lang mit schweren Albträumen, Angstzuständen und starken Schweißausbrüchen zu kämpfen hatte. Schlafen konnte ich nur, wenn der Fernseher im Hintergrund lief. Dies sollte ein Ablenkungsmanöver sein, um keine Albträume mehr zu bekommen.

Nach mehreren Jahren war ich erst in der Lage, eine Strafanzeige zu erstatten. Die Anzeige wurde zurückgewiesen, da der Fall verjährt sei. Mit den Problemen fühlte ich mich sehr alleingelassen.

In dieser Situation fehlte mir eine Institution, die mir helfen konnte, meine Beschwerden zu unterstützen. Ich hätte mir zu der Zeit Menschen gewünscht, die mir zuhören, mich verstehen und ernst nehmen.

Wegen einer Lungenerkrankung hatte ich mir einen Hausarzt gesucht, mit dem ich auch über diese Probleme sprach. Er meinte, dass ich mir die Diagnosen nicht einreden lassen solle und dass es für mich besser wäre, mich von dem ganzen psychiatrischen System zu distanzieren, bzw. in eine andere Stadt zu ziehen. Der Hausarzt stellte einen Schiefhals bei mir fest, welcher auch für meine motorischen Störungen verantwortlich sei.

Ich folgte dem Rat meines Hausarztes und zog nach Osnabrück. Dort fand ich schnell den Kontakt zur Selbsthilfegruppe Psychiatrie-Erfahrener. Als ich dort über meine traumatischen Erlebnisse berichtete, stellte ich fest, dass ich längst nicht die Einzige war und bin mit solchen schlimmen Erfahrungen. Nun hatte ich endlich Leute, mit denen ich mich austauschen konnte, die mich ernst nahmen und mir sehr geholfen haben. Eine Untersuchung im Schlaflabor ergab, dass ich an einer Narkolepsie leide, die auch die Ursache meiner Konzentrationsstörungen und Übermüdung ist. Seit dem ich dem Rat meines Hausarztes gefolgt bin, war ich nicht mehr Patient in der Psychiatrie und führe ein glückliches Leben. Und das jetzt schon seit über fünf Jahren.

Die unabhängige Beschwerdestelle in Osnabrück

In unserer Selbsthilfegruppe, die ich regelmäßig besuche, haben in den letzten Jahren die Beschwerden und schlimmen Erfahrungen mit der psychiatrischen Behandlung immer mehr Raum eingenommen. Dabei handelte es sich um Einschränkungen wie z. B. beim Recht auf Einsicht in die Krankenakten, oder bei Ablehnung medikamentöser Behandlungen.

Außerdem beklagten sich viele Betroffene über Zwangsmaßnahmen, Einschränkung ihrer Selbstbestimmungsrechte, Fixierungen und geschlossener Unterbringungen u. v. m.

Bei vielen Betroffenen werden Persönlichkeitsrechte durch rechtliche Betreuungen zum Teil erheblich eingeschränkt oder gar ausgehebelt.

Schließlich haben wir uns überlegt, diese Thematik aus der Gruppe auszulagern, damit in der Gruppe die eigentliche Selbsthilfe nicht zu kurz kommt. Also gründeten wir eine unabhängige psychiatrische Beschwerdestelle. Nach ca. drei Jahren Vorbereitung ging diese nun am 3. September 2008 an den Start.

Zusammensetzung, Aufgaben und Ziele der Beschwerdestelle

Die Beschwerdestelle besteht aus einer 17-köpfigen Beschwerdekommision, die sich aus Psychiatern, Pflegern, Sozialarbeitern, Psychologen, Richtern, Betreuern, Anwälten, Angehörigen, Seelsorgern und Betroffenen zusammensetzt. Es war uns sehr daran gelegen, dass diese trialogisch besetzt ist.

Somit haben wir die Möglichkeit, komplizierte Beschwerden in dem Gremium zu besprechen und von allen Seiten unbefangen zu beleuchten. Die Kommission unterstützt Psychiatrie-Erfarene und deren Angehörige bei der Wahrnehmung ihrer Interessen gegenüber Institutionen und Behandlern.

In erster Linie versuchen wir in einem Schlichtungsgespräch den Vorfall mit allen Beteiligten zu klären und überlegen gemeinsam, wie es in Zukunft besser laufen könnte. Die Beschwerdestellen können nämlich in Fällen, wo etwas schiefgelaufen ist, zufriedenstellende Lösungsvorschläge erarbeiten, was in manchen Fällen eine erneute Einweisung in die Psychiatrie verhindern kann. Sie leisten dadurch auch eine sekundäre Prävention, und durch konstruktive Vorschläge tragen sie dazu bei, dass die Qualität der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung und Behandlung angehoben wird. Unser Ziel ist es, insgesamt eine bessere psychiatrische Behandlung bzw. Versorgung zu erreichen. Dabei kann die Einrichtung von Beschwerdestellen einen wichtigen Beitrag leisten. Wir wollen die Profis dafür sensibilisieren, dass sie sich damit auseinandersetzen, wie die Behandlung bei den Betroffenen ankommt. Zudem soll mithilfe der Beschwerdestelle die Behandlung patientenorientiert verbessert werden. Das trägt ebenfalls zur Genesung des Patienten bei. Ein weiterer Vorteil von Beschwerdestellen ist die Möglichkeit, länger zurückliegende Konfliktsituationen aufzuarbeiten und zu klären.

Wir möchten mit den einzelnen Trägern aus der psychiatrischen Versorgungslandschaft Kooperationsvereinbarungen abschließen. Doch diese werden leider nur zögerlich unterschrieben.

Um die Kompetenzen zu erweitern, wäre es besser, wenn man die Beschwerdestellen, die mittlerweile nicht mehr wegzudenken sind, gesetzlich verankern würde.

Forderungen zum Ausbau von unabhängigen Beschwerdestellen

In einem Abschlussworkshop des Projekts der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) »Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie«, in Fulda wurden bereits sieben Forderungen erarbeitet, die zur weiteren Förderung unabhängiger Beschwerdestellen durch Politik und andere maßgebliche Stellen beitragen sollen. Diese Forderungen wurden von der DGSP an politisch Verantwortliche in Bund, Ländern und Kommunen weitergeleitet.

Dieses Projekt wurde drei Jahre von der Aktion Mensch finanziell gefördert und ist nun seit dem 30. April 2008 ausgelaufen. Daher gibt es seitdem leider keine Stelle mehr, die die Arbeit der einzelnen regionalen Beschwerdestellen unterstützt und koordiniert.

Wenn man überlegt, dass durch Selbsthilfearbeit – wie bei mir – stationäre Unterbringungen in der Psychiatrie vermieden werden können, dann spart das Gesundheitssystem dadurch eine Menge Geld ein. Das eingesparte Geld, könnte doch in diese wertvolle Arbeit der ganzen ehrenamtlich Aktiven in den Beschwerdestellen investiert werden. Mir erscheint es sinnvoll, hierfür Gelder in den Haushalten von Bund, Ländern und Kommunen bereitzustellen.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es für Beschwerdestellen sehr schwer ist, finanzielle Unterstützung zu bekommen. Die Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE möge ein Anlass sein, eine breitere Öffentlichkeit über Beschwerdestellen zu informieren, sowie für deren Zielsetzung und der finanziellen Förderung eine größere Akzeptanz zu erreichen.

Ein Wunsch oder das Ziel wäre es, Beschwerdestellen überflüssig zu machen, indem alle Gesetze, so angepasst werden, dass sie der von Deutschland zu ratifizierenden UN-Behindertenrechtskonvention nicht widersprechen.

EX-IN - Psychiatrieerfahrung als Kompetenz - Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen

Jörg Utschakowski

Nach einer einjährigen Vorlaufphase, in der Organisationen gesucht wurden, die Psychiatrie-Erfahrene aktiv in der psychiatrischen Praxis oder in der Ausbildung von Fachkräften beteiligen, wurde das Projekt EX-IN (Experienced Involvement = Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener) von Oktober 2005 bis September 2007 als Pilotprojekt von der Europäischen Union gefördert. Die Koordination übernahm die Initiative zur sozialen Rehabilitation aus Bremen mit ihrem Fortbildungsträger F.O.K.U.S. in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Weiterhin waren psychiatrische Dienste, Ausbildungseinrichtungen und Vereinigungen von Psychiatrie-Erfahrenen aus England, Norwegen, Schweden, den Niederlanden und Slowenien an dem Projekt beteiligt. Ziel der Förderung war die Entwicklung einer Ausbildung, die Psychiatrie-Erfahrene dazu qualifiziert, als Experten durch Erfahrung in psychiatrischen Diensten oder in der psychiatrischen Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig zu werden.

Warum EX-IN?

Seit Anfang der 1980er-Jahre wird die Psychiatrie in Deutschland reformiert. Enthospitalisierung und Ausbau der komplementären Strukturen waren die Zielvorgaben zu Beginn, aktuell stehen Personenzentrierung und gemeindepsychiatrische Verbundarbeit im Zentrum der Diskussionen.

Trotz vielfältiger Reformbemühungen und -erfolge sehen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige weiterhin einen großen Veränderungsbedarf. Vielerorts ist die psychiatrische Versorgung nach wie vor von einer objektivierenden Außensicht geprägt, die den Erlebens- und Erklärungsweisen der Psychiatrie-Erfahrenen wenig Beachtung schenkt. »Ich hab doch keine Psychose bekommen, um Medikamente zu nehmen«, meldete sich ein Teilnehmer auf der Tagung »Die subjektive Seite der Psychiatrie« im Februar in Hamburg zu Wort. Das Zitat bringt auf den Punkt, was viele Betroffene empfinden. Nach wie vor steht die Psychiatrie dem Phänomen seelischer Erschütterungen hilflos gegenüber, oftmals sind Psychopharmaka das erste und nicht selten das einzige Mittel der Wahl. Daher ist es wichtig, dass sich die Veränderung der psychiatrischen Angebote nicht nur auf eine struktu-

rell-organisatorische, sondern auch auf eine inhaltliche Neuorientierung richtet.

Psychiatrie, die sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der Nutzer orientiert, muss sich auf eine Begegnung mit den Lebens- und Erfahrungswelten der Psychiatrie-Erfahrenen einlassen. Dabei geht es darum, das Erleben und Empfinden nicht nur als Symptome zu erfassen, sondern auch den Sinn psychischer Krisen und Ausnahmezustände zu entdecken. Um Unterstützungsangebote zu entwickeln, die Entwicklung, Wiedererstarken und Empowerment zum Ziel haben, ist es erforderlich, die Erklärungs- und Bewältigungsmodelle der Betroffenen wahrzunehmen und zu nutzen.

Während die Einbeziehung von Experten durch Erfahrung in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland noch ein absolut neuer Gedanke ist, gehört dieser Ansatz in den englischsprachigen Ländern (Großbritannien, USA, Australien, Neuseeland) schon längst zum Standard. Das nationale Gesundheitsministerium in Großbritannien empfiehlt beispielsweise für home treatment teams (Hausbehandlungsteams) die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen, die als Experten durch Erfahrung die Qualität der Dienste verbessern sollen. In Nordamerika gehört das Angebot von peer counseling (Beratung von Betroffenen für Betroffene) in der Psychiatrie flächendeckend zum Standard der Versorgung.

Der Grund für die zunehmende Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener als Mitarbeiter in der psychiatrischen Versorgung geht nicht darauf zurück, den Betroffenen aus demokratischen Gründen eine Stimme zu geben, sondern weil die Beteiligung von Experten durch Erfahrung die Qualität der Angebote erhöht und bessere Hilfen für die Klienten leistet.

Mittlerweile liegen zahlreiche Untersuchungen zu den Auswirkungen der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen in psychiatrischen Diensten aus sehr unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen vor.

Eine ältere Studie aus New York belegt, dass Case Management Teams, die Psychiatrie-Erfarene als Mitarbeiter einbezogen, im Vergleich zu den herkömmlichen Teams bei den psychiatrischen Klienten wesentlich bessere Ergebnisse in den Bereichen Lebenszufriedenheit, Regelung der Finanzen und Lebensprobleme erzielten und zu einer größeren Beständigkeit führten (FELTON et al. 1995).

Auch eine jüngst erschienene Studie im Bereich Krisenintervention belegt signifikant bessere Ergebnisse in den Bereichen psychiatrischer Symptome und Zufriedenheit mit der Behandlung in einem nutzergeleiteten Projekt im Vergleich zu dem herkömmlichen Angebot (GREENFIELD et al. 2008).

Insgesamt zeigt sich auch in Metastudien, dass die Beteiligung von Experten durch Erfahrung das Angebot nicht verschlechtert und in den meisten Fällen die Qualität der angebotenen Dienste erhöht.

Diese Ergebnisse zeigen, dass das Expertenwissen von Psychiatrie-Erfahrenen zu signifikanten Verbesserungen der psychiatrischen Angebote führen kann. Um Experten durch Erfahrung wirklich zu beteiligen, ist es allerdings erforderlich, dass die psychiatrisch Tätigen ihre professionelle Sicherheit aufgeben und akzeptieren, dass sie das Wissen von Psychiatrie-Erfahrenen nicht nur symbolisch benötigen. Wenn es zur Neubestimmung des professionellen Wissens zugelassen wird und Einfluss auf die psychiatrische Praxis gewinnt, haben wir die Chance, Hilfe zu entwickeln, die wirklich hilft.

EX-IN – aus Erfahrung lernen

Im Mittelpunkt des EU-Projekts stand die Auseinandersetzung mit der Frage, wie Erfahrung als Kompetenz nutzbar gemacht werden kann. Der Austausch über Modellprojekte und Recoverypraxis, sowie die Auswertung von Konzepten und Forschungsergebnissen führte zur Konzipierung der Ausbildung, in der die Entwicklung von Erfahrungswissen und die Vermittlung von theoretischem Fachwissen miteinander kombiniert werden. Die Erfahrung, seelische Krisen durchlebt und bewältigt zu haben, ist die Bedingung für die Teilnahme an dem EX-IN-Kurs.

Im Mittelpunkt der Ausbildung steht die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, um aus der gelebten Erfahrung Erfahrungswissen abzuleiten. Dies vollzieht sich in verschiedenen Schritten. Zunächst geht es darum, die eigene Erfahrung zu betrachten, sie zu strukturieren und zu reflektieren. Diese individuell reflektierte Geschichte ist Grundlage für den gemeinsamen Austausch unter den Kursteilnehmern. In der Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und der der anderen werden Erfahrungen wieder erkannt, bestätigt, aber auch Unterschiede und Gegensätze entdeckt. Ziel des Austausches ist nicht Übereinstimmung von Erfahrungen und Rückschlüssen, sondern viel eher ein Prozess, in dessen Mittelpunkt die Frage steht: »Kann ich die Erfahrungen der anderen nachempfinden, kann ich sie anerkennen, kann ich davon lernen?« So tritt das Ich und das Du langsam in den Hintergrund und es entsteht WIR-Wissen, in dem die individuellen Geschichten Beispiele für die kollektive Erfahrung werden. Dieses gemeinsame Erfahrungswissen ist Grundlage der Tätigkeit als Experte durch Erfahrung.

EX-IN-Kurs

Die EX-IN-Ausbildung wird von einem Team geleitet, in dem die Kompetenz der Psychiatrie-Erfahrung und der professionellen Ausbildung vertreten sein muss. Wünschenswert ist auch, dass Angehörige beteiligt werden.

Der EX-IN-Kurs umfasst ca. 250 Stunden, die sich in einen Basis- und einen Aufbaukurs gliedern. Im Basis- und im Aufbaukurs wird zusätzlich je ein Praktikum von mindestens 40 Stunden absolviert. In der Regel entscheiden sich die Teilnehmer jedoch, einen längeren Zeitraum bei der Praxisstelle zu verbringen.

Während des gesamten Kurses steht die Entwicklung von Wir-Wissen im Vordergrund. Um zu gewährleisten, dass die Teilnehmer geeignete Methoden und Kompetenzen erwerben, um die eigene Erfahrung nutzbringend für andere einzusetzen, werden auch Themen behandelt, die nicht selbstverständlich Bestandteil des Erfahrungswissens sind.

In dem Basiskurs setzen sich die Teilnehmer anhand verschiedener Schwerpunkte mit ihren Erfahrungen auseinander. Hierzu gehören Themen wie »Gesundheitsfördernde Haltungen«, »Empowerment«, »Dialog« und »Recovery«.

Themen des Aufbaukurses sind u. a. »Fürsprache«, »Assessment«, »Beraten und Begleiten«, »Krisenintervention«, sowie »Lernen und Lehren«. Ausbildungsbegleitend erstellen die Teilnehmer ein Portfolio. Das Portfolio dient dazu, sich der eigenen Möglichkeiten, Stärken und Ziele bewusst zu werden und in der Lage zu sein, am Ende des Kurses das eigene professionelle Profil beschreiben zu können und genau benennen zu können, in welchem Arbeitsfeld und mit welchen Aufgaben die jeweilige Person arbeiten möchte.

Zusammenfassend lassen sich einige Leitideen des EX-IN-Projekts benennen:

In der Evaluation der Kurse hat sich herausgestellt, dass für die Teilnehmer ein sehr wichtiger Erfolg der EX-IN-Ausbildung war, der seelischen Erschütterung, der »Ver-rückung« einen individuellen und kollektiven Sinn zu geben, der in der Regel dazu führte, die eigene Lebensgeschichte und die Erfahrung mit psychischen Krisen auch als bereichernde Erfahrung zu betrachten.

Das zentrale Anliegen des Kurses ist, das durch die Erfahrung gewonnene Expertenwissen zu entdecken und weiterzuentwickeln. Auf dieser Basis soll der Status von Experten durch Erfahrung in der psychiatrischen Arbeit

verbessert werden und dazu führen, dass die Absolventen durch die Qualifizierung ein angemessenes Einkommen erzielen.

Insgesamt soll die EX-IN-Idee dazu beitragen, die Qualität der psychiatrischen Versorgung durch die Beteiligung von Experten durch Erfahrung in der Praxis und in der Qualifizierung von psychiatrischen Fachkräften zu verbessern.

Unabdingbar verbunden mit der Projektarbeit war und ist die Öffentlichkeitsarbeit, um Kostenträger und Leistungserbringer in der Psychiatrie über die Potenziale der Einbeziehung von Experten durch Erfahrung zu informieren und die Schaffung neuer Arbeitsplätze zu fördern.

EX-IN-Auswirkungen

Nach der Modellerprobung hat das EX-IN-Projekt sehr viel Widerhall gefunden. Der EX-IN-Kurs wird mittlerweile in Bremen und Hamburg zum dritten Mal durchgeführt, in Berlin steht der erste Kurs kurz vor dem Abschluss. An vielen weiteren Orten werden EX-IN-Kurse geplant. Aufgrund der großen Nachfrage wird seit November/Oktober 2008 ein Kurs zur Ausbildung von Ausbildern angeboten, der von Experten durch Erfahrung und Experten durch Ausbildung aus dem gesamten Bundesgebiet, aber auch aus der Schweiz und Schweden besucht wird.

Von den Teilnehmern, die in Deutschland den EX-IN-Kurs abgeschlossen haben, haben bisher ca. 50 % eine regelmäßig bezahlte Arbeit gefunden. Die Arbeitsverhältnisse gehen von sozialversicherungspflichtigen Festanstellungen bis zu Geringverdienerverträgen. Die EX-IN-Absolventen haben Anstellungen bei Trägern des Betreuten Wohnens, in Tagesstätten, in der ambulanten psychiatrischen Pflege und in Kliniken gefunden. Die Tätigkeitsbereiche umfassen Genesungsbegleitung, Betreuung, Gruppenarbeit, Alltagsunterstützung, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsmanagement, Entlassungsvorbereitung und Bürotätigkeit. Darüber hinaus arbeiten viele Absolventen als Dozenten oder bieten institutionsübergreifende Gruppen auf Honorarbasis an.

In den Niederlanden und England, wo die Beschäftigung von Experten durch Erfahrung in vielen Arbeitsbereichen zum Qualitätsstandard gehört, gibt es bereits wesentlich mehr Arbeitsplätze, insbesondere im Home-treatment, in der ambulanten Krisenintervention, in ACT-Teams (assertive community treatment = intensiv aufsuchend Dienste) und im Qualitätsmanagement. Den größten Erfolg im Rahmen der EU-Förderung erreichten

die Kollegen aus Norwegen. Die Gemeinde Baerum entschied sich, die Qualifizierung berufsbegleitend durchzuführen und übernahm am Ende von 15 Teilnehmern 14 in eine Festanstellung.

Perspektiven

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Einbeziehung der Experten durch Erfahrung nicht immer reibungslos abläuft.

Zunächst bestehen viele Vorurteile von Professionellen gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen, die Anlass für vielfältige Missverständnisse und Kränkungen sein können. Die Frage z. B., ob man einen EX-IN-Praktikanten nicht auch als Patienten abrechnen könnte, oder ob bei einem EX-INler die Schweigepflicht auch gewahrt sei, weil er ja psychisch krank sei, sind keine Seltenheit. In Diskussionen über geeignete Interventionen bei einem Klienten wird die kontroverse Meinung von Experten durch Erfahrung auch einmal schnell mit der Aussage »das kannst du nicht beurteilen, da bist du zu nah dran« disqualifiziert.

Für die Experten durch Erfahrung besteht eine große Gefahr darin, zu hohe Erwartungen an die eigene Tätigkeit zu haben. Jetzt »auf der anderen Seite« als professioneller Genesungsbegleiter soll alles anders gemacht werden. Hierbei besteht eine große Gefahr, sich als Einzelkämpfer selbst zu überfordern und schnell ins Burn-out zu geraten.

Zwei Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Erfahrungen ziehen: Es scheint angebracht, psychiatrische Dienste auf die Beschäftigung von Experten durch Erfahrung vorzubereiten. Ihre Beteiligung stellt eine Herausforderung für die gesamte Organisationskultur dar. Status, Ressourcen, Entscheidungsbefugnisse und Bezahlung sind kritische Faktoren für die Realisierung positiver Veränderungen. Aber auch die Potenziale des Erfahrungswissens und die Möglichkeiten, diese innovativ zu nutzen, sollten in den Institutionen diskutiert werden. Gleichzeitig ist es erforderlich, dass die Experten durch Erfahrung, insbesondere in Situationen, in denen sie als einzige Psychiatrie-Erfarene beschäftigt sind, gezielte Unterstützung erhalten u. a. durch Supervision und den Austausch mit anderen Experten durch Erfahrung.

In Deutschland stehen wir noch am Anfang der Beteiligung von Experten durch Erfahrung.

Für die Zukunft bietet der EX-IN-Ansatz die Chance, ein neues Selbstverständnis in der Psychiatrie zu etablieren, von dem die Mitarbeiter psychi-

atrischer Dienste und die Klienten gleichermaßen profitieren. Er kann einen entscheidenden Beitrag zu einer zufriedenstellenderen, nutzerorientierten und entwicklungsfördernden Psychiatrie leisten.

Weitere Informationen stehen auf unserer Website unter www.ex-in.info zur Verfügung (E-Mail: fokus@izsr.de).

Literatur

- FELTON CJ, STASNY P, SHERN DL et al.: Consumers as Peer specialists on Intensive Case Management Teams: Impact on Client Outcomes. In *Psychiatric Sciences* 1995, 46, 10, S. 1037–1044
- GREENFIELD TK, STONEKING BC et al.: A Randomized Trial of a Mental Health Consumer-Managed Alternative to Civil Commitment for Acute Psychiatric Crisis. *Community Psychol.* 2008, 42: 135–144
- DAVIDSON L, CHINMAN M, SELLS D, ROWE M: »Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field« *Schizophrenia Bulletin* 2006, 32 (3): 443–450

Aggressives Verhalten: Prävention und Intervention

Tilman Steinert

Die 2008 erscheinende Leitlinie »Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychotherapie und Psychotherapie« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen erarbeitet. Sie gibt erstmals in Deutschland klare Empfehlungen auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Evidenz und auf der Basis eines erzielten Konsenses über »Good Clinical Practice«. In dem Beitrag werden einige Kernaussagen zu den angesprochenen Themen vorgestellt.

Einleitung

Bis vor 20 Jahren wurde aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen als Gegenstand des Fachs in Deutschland weder in Fachzeitschriften noch in Lehrbüchern thematisiert. Dabei ist das Problemfeld von Gewalt und Zwang so alt wie die Geschichte psychiatrischer Einrichtungen – denkt man daran, dass der Beginn der Psychiatrie auf die legendäre Kettenbefreiung 1793 in Paris datiert wird und dass die Diskussion um geeignete Umgangsweisen mit aggressivem Verhalten der anvertrauten Patienten seither nie endgültig und zufriedenstellend gelöst werden konnte. Inzwischen ist die Situation, was die Wahrnehmung des Problems angeht, grundsätzlich anders geworden. Unzählige Fachartikel haben sich mit dem Thema beschäftigt, es ist Gegenstand zahlreicher Fortbildungsveranstaltungen, es gibt eine europäische Forschungsgruppe (European Violence in Psychiatry Research Group) und allein im letzten Jahr beschäftigten sich zwei internationale Konferenzen in Dresden und Amsterdam nur mit dem Thema von Gewalt und Zwang in der klinischen Psychiatrie. Während es sich früher um eine Problemstellung handelte, mit der jede Klinik eine eigene in den Händen des Pflegepersonals liegende Tradition entwickelt hatte (die aber »offiziell« kaum thematisiert wurde), hat sich heute eine andere Auffassung durchgesetzt. Einerseits sind psychiatrische Kliniken verpflichtet, ihre Mitarbeiter vor aggressiven Übergriffen und deren psychischen und körperlichen Folgen zu schützen und sie dafür angemessen auszubilden. Andererseits sollen auch Patienten, die sich symptomatisch aggressiv verhalten, nach bestem

fachlichen Erkenntnisstand behandelt werden, ohne körperliche Schäden zu erleiden und psychisch traumatisiert zu werden.

Leitlinien

In dieser Situation entsteht typischerweise das Bedürfnis nach anerkannten Behandlungsleitlinien. Es ist gerade einmal zehn Jahre her, dass wir klinikintern mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe eine Leitlinie zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen erstellten, diese in der Zeitschrift »Spektrum« publizierten und einen Zusammenhang mit der Behandlungsqualität im Krankenhaus herstellten (STEINERT et al. 1998). Was damals noch etwas exotisch erschien, ist inzwischen Standard geworden. 2005 gab es dafür den Qualitätsförderpreis Gesundheit des Landes Baden-Württemberg, unsere eigene Leitlinie haben wir inzwischen nach neueren Erkenntnissen mehrfach überarbeitet und sie hat sich wesentlich geändert. 2008 schließlich erscheint nun die DGPPN-Leitlinie »Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie«, die unter Federführung des Autors von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Pflegekräften entwickelt wurde (DGPPN 2008). Vorbild war die vom britischen National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2005 herausgegebene, strikt Evidenz-basierte Leitlinie: »Violence: Managing Disturbed/Violent Behaviour« (NICE 2005). Diese Leitlinie war mit umfangreichen Literaturrecherchen und breiter Beteiligung auch der Nutzer erstellt worden. Bei der Entwicklung der deutschen Leitlinie konnten wir teilweise darauf zurückgreifen, waren aber bereits wieder mit einer großen Zahl neuer Veröffentlichungen konfrontiert. Insbesondere stellten wir aber fest, dass viele maßgebliche Aspekte des Umgangs mit aggressivem Verhalten nicht auf der Ebene vorliegender wissenschaftlicher Evidenz verbindlich zu klären sind, sondern dass es hierzu einer Konsensbildung und einer Empfehlung im Sinne der »Good Clinical Practice« bedarf. Derartige Empfehlungen im intensiven Diskurs zwischen den beteiligten Gruppen erarbeitet zu haben, dürfte eines der wesentlichen Verdienste der Leitlinie sein. Praktische Empfehlungen und Handlungsleitlinien wurden kürzlich an anderer Stelle veröffentlicht (STEINERT 2008).

Prävention von Gewalt

Eine Kultur der Gewaltvermeidung in psychiatrischen Einrichtungen ist vermutlich mindestens ebenso wichtig wie konkrete, gut geschulte Verhaltensweisen im Umgang mit manifester Gewalt. Die Prävention von Gewalt muss auf verschiedenen Ebenen einsetzen: auf der Ebene der Politik, auf der Organisationsebene psychiatrischer Einrichtungen und innerhalb psychiatrischer Behandlungsteams.

Maßgebliche Aufgaben für die Politik sind zunächst einmal die ausreichende Ausstattung und Finanzierung psychiatrischer Einrichtungen und die Schaffung ausreichender Lebensbedingungen für psychisch Kranke sowie alle Maßnahmen zur Verhinderung ihrer Stigmatisierung. Was ausreichend ist, lässt sich recht gut an dem Referenzstandard der allgemeinen Bevölkerung und der Patienten in somatischen Krankenhäusern bestimmen. Eine weitere Aufgabe der Politik ist eine vernünftige Psychiatrie-Gesetzgebung, welche einerseits Patientenrechte sichert, andererseits aber auch eine Behandlung in Notsituationen (notfalls auch unter Zwang) ermöglicht. Schließlich sollte die Politik eine externe Kontrolle psychiatrischer Einrichtungen, z. B. durch Besuchskommissionen, zur Regel machen und dafür sorgen, dass unabhängige Beschwerdestellen (z. B. Patientenfürsprecher) existieren. Wenn Patienten den Eindruck haben, dass ihre Rechte gewahrt werden und sie nie einer Willkür ausgeliefert sind, wird die Neigung zu aggressivem Verhalten erfahrungsgemäß bereits erheblich reduziert.

Nach der subjektiven, durch harte Fakten nicht eindeutig belegbaren Erfahrung des Autors im Verlauf seiner beruflichen Arbeit ist die Einrichtung eines gut funktionierenden Gemeindepsychiatrischen Verbundes mit einer spürbar eng vernetzten Zusammenarbeit vielleicht sogar das wichtigste Element einer erfolgreichen Gewaltprävention in der psychiatrischen Klinik. Wenn Patienten wahrnehmen, dass die stationären und komplementären Behandlungsangebote einen gemeinsamen Verbund darstellen und die Erfahrung gemacht haben, dass ihnen in diesen Einrichtungen immer wieder Hilfe zuteil wurde, gibt dies einen Vertrauensvorschub, der dazu führt, dass man sich auch in einer psychotischen Krisensituation eher dazu überreden lässt, Medikamente einzunehmen als sich aggressiv behaupten zu müssen. Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten, gerade aus den komplementären Einrichtungen, erlauben es, Patienten in frühen Krankheitsstadien, oft freiwillig und mit guter Compliance, aufzunehmen. Alles, was neudeutsch »Kundenorientierung« heißt und von einem Qualitätsmanagement gesteuert

wird, ist – vernünftige Planung vorausgesetzt – in aller Regel geeignet, Patientenbedürfnisse tatsächlich angemessener wahrzunehmen und unnötige Frustrationen und damit oft auch Aggressionen zu vermeiden. Unabhängige Beschwerdemöglichkeiten wie z. B. Patientenfürsprecher oder Ombudsmänner/-frauen müssen nicht nur vorhanden sein, sondern auch Teil der gelebten Kultur einer Institution sein, d. h. die Institution sollte ein Klima von Offenheit und Akzeptanz gegenüber anderen Sichtweisen praktizieren und vorleben.

Gewaltprävention innerhalb der Einrichtungen bzw. in psychiatrischen Behandlungsteams umfasst viele bekannte und vielfach propagierte Mittel: Beziehungs- und Behandlungskontinuität, Bezugspflege, ein partnerschaftliches Verhältnis zu Patienten bzw. Klienten im Sinne »Verhandeln statt Behandeln«, die Einbeziehung von Angehörigen, eine wertschätzende Grundhaltung und die alltagsnahe Gestaltung der Lebensumstände in psychiatrischen Einrichtungen. Eine besondere, bisher sicher noch zu wenig genutzte Rolle spielen Behandlungsvereinbarungen. Eine Medikamentenbehandlung, die einerseits wirksam ist, andererseits Nebenwirkungen soweit als möglich vermeidet und die Einbeziehung des Patienten in diesbezügliche Entscheidungen sollte nicht nur allgemeingültiger fachlicher Standard sein, sondern hat auch eine gewaltpräventive Wirkung. Nicht zuletzt ist ein wichtiger Aspekt der Gewaltprävention, dass Zwangsmaßnahmen möglichst wenig, vor allem aber wenn, dann möglichst kurz und in einer Atmosphäre der respektvollen Begegnung stattfinden.

In der neuen DGPPN-Leitlinie wird bezüglich in den Gewaltpräventionen u. a. ausgeführt:

(Good clinical Practice): »Eine geeignete Gestaltung der räumlichen Bedingungen und der organisatorischen Abläufe in psychiatrischen Institutionen kann maßgeblich zur Vermeidung von Gewalt und Aggression beitragen. Dabei sind die Wahrung der Intimsphäre und die Respektierung der Bedürfnisse der Nutzer nach Selbstbestimmung, Information und Transparenz von hoher Bedeutung. Die geschlechtsspezifischen Belange und Verletzlichkeiten bedürfen stets besonderer Beachtung.«

Die Sichtweise der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen hat erwartungsgemäß einen anderen Akzent:

(Good Clinical Practice): »Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Familien läge der bedeutsamste Beitrag zur Reduzierung von Gewalt und Aggression in der flächendeckenden Sicherstellung ... einer niederschweligen, aufsuchend-ambulant »Einmischung« in Situationen unterhalb der Krisenschwelle.«

Auch die aktive Beteiligung der Nutzer wird angesprochen:

(Good Clinical Practice): »Der Nutzerbeteiligung wird in den letzten Jahren zunehmend mehr Bedeutung beigemessen ... wichtige Kooperationsprojekte zwischen Nutzern und Institutionen im Hinblick auf Zwang und Gewalt in der Psychiatrie könnten beispielsweise Entwicklung und Evaluation von Behandlungsvereinbarungen oder Standards zu Zwangsmaßnahmen sein. Gewaltpräventiv wirksam könnten zudem die Beteiligung von Nutzern an der Planung von Baumaßnahmen und bei der Durchführung von Antistigma-Kampagnen sowie der Austausch im Rahmen von Trialog-Foren sein.«

Ein spezieller Aspekt der Gewaltprävention, der schon sehr nahe an der Intervention steht, ist die systematische Risikoeinschätzung. Dazu wurde in den letzten Jahren insbesondere die Broset-Violence-Checklist (BVC) propagiert. In einer randomisierten kontrollierten Studie in der Schweiz konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit von gewalttätigen Übergriffen und Zwangsmaßnahmen auf Stationen, welche systematische Risikoeinschätzung mit daraus verbundenen Handlungskonsequenzen anwendeten, um etwa ein Viertel gesenkt wurde (ABDERHALDEN et al. 2008).

Intervention

Bei der Intervention sind wiederum Maßnahmen zu unterscheiden, die noch präventiv wirken, nämlich Deeskalation, Medikamente und 1:1-Betreuung und schließlich, wenn es zu manifest aggressivem Verhalten gekommen ist, Überwältigung, Notfallmedikation und mechanische Zwangsmaßnahmen.

Deeskalationstrainings haben sich inzwischen verbreitet durchgesetzt. In der DGPPN-Leitlinie heißt es dazu:

(Good clinical Practice): »Psychiatrische Einrichtungen schulen ihre MitarbeiterInnen über Ursachen und Formen aggressiven Verhaltens und bieten Trainings an, um die Beschäftigten für Risikosituationen mit den notwendigen Optionen zur Vermeidung und ggf. zur Bewältigung aggressiver Situation auszustatten und den PatientenInnen eine optimale Sicherheit bei der Anwendung von unter Umständen unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen zu bieten.«

Die inzwischen vielfach auch kommerziell angebotenen Deeskalationstrainings sind in ihren Inhalten relativ ähnlich. Die beiden wesentlichen Schwerpunkte bilden Selbstverteidigung und sichere Durchführung von Zwangsmaßnahmen einerseits und im engeren Sinne verbale Deeskalationstechniken andererseits. Ein einseitiger Schwerpunkt wird als unangemessen angesehen, es kommt auf die ausgewogene Mischung an.

Als Medikamente zur akuten Deeskalation in Krisensituationen bieten sich vorwiegend Benzodiazepine an. Ohne pharmakologische Einzelheiten hier weiter zu vertiefen, sei daran erinnert, dass ein ganz wesentlicher deeskalierend wirkender Effekt einer Medikation letztlich auch in einem Placebo-Effekt besteht, vor dem Hintergrund, dass Arzt und Patient sich in einer solchen Situation mit der Medikamentengabe auf ein gemeinsames Behandlungsziel geeinigt haben. Aus eben diesem Grund ist es auch sehr sinnvoll, bei der Auswahl der Medikation und der Applikationsart den Wünschen des Patienten möglichst im Rahmen des medizinisch Vertretbaren entgegenzukommen.

Intensive Betreuung, am besten 1:1, wird vielfach gefordert, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass dies oft nicht nur aus Gründen der Personalausstattung schwer realisierbar ist, sondern auch sowohl für die Beschäftigten als auch für die Patienten eine sehr hohe Belastung darstellt. In der DGPPN-Leitlinie wird dazu ausgeführt: »Die Übernahme der intensiven Betreuung durch eine einzelne Person sollte zeitlich begrenzt werden auf nicht mehr als zwei Stunden ohne Unterbrechung. Bei der Durchführung intensiver Beobachtung und Betreuung muss immer berücksichtigt werden, dass dies von betroffenen Patienten als sehr belastend, einschränkend und entwürdigend erlebt werden kann.«

Bezüglich der Pharmakotherapie in akuten Erregungszuständen und auch zur Prophylaxe aggressiven Verhaltens wird an dieser Stelle auf nähere Ausführungen verzichtet. Die DGPPN-Leitlinie gibt den aktuellen Stand der Literatur wieder. Bei der Auswahl von Substanzen und Dosierungen sollte stets versucht werden, die Patienten aktiv einzubeziehen und für die Behandlung zu gewinnen. Schwieriger als die pharmakologischen Aspekte sind jedoch die äußeren Umstände einer Zwangsbehandlung, die bekanntlich von den Betroffenen in erheblichem Ausmaß traumatisch erlebt werden können. Die DGPPN-Leitlinie führt dazu aus:

(Good clinical Practice): »Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich. Die Äußerungen von Patienten, z.B. in Behandlungsvereinbarungen, ggf. auch von Angehörigen sollten soweit als möglich berücksichtigt werden. Auch bei notwendiger Zwangsbehandlung sollten dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten mit Alternativen angeboten werden, z.B. hinsichtlich Substanzwahl und Applikationsart. Die Wahl der Applikationsform (oral versus intramuskulär versus intravenös) soll nicht nur medizinische, sondern auch ethische Aspekte berücksichtigen. Ein Leiden unter Zwang sollte dabei nach Möglichkeit vermieden werden. Die Bemühungen der

psychiatrisch Tätigen sollten dahin gehen, die Würde des Patienten in derartigen Situationen im größtmöglichen Ausmaß zu wahren.«

Ähnliche Überlegungen gelten für die Anwendung mechanischer Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen und Isolierungen. Vergleichende Untersuchungen haben gezeigt, dass die Praxis diesbezüglich in verschiedenen europäischen Ländern sehr unterschiedlich ist. Es gibt zu denken, dass etwa in Großbritannien Fixierungen verboten sind und Isolierungen nur in sehr geringem Umfang zur Anwendung kommen. Der Umgang mit aggressiven Patienten besteht üblicherweise darin, diese bei gleichzeitiger Verabreichung von Medikation solange festzuhalten (»physical restraint«), bis sie sich beruhigt haben. Diese Maßnahme dauert im Durchschnitt deutlich weniger als eine halbe Stunde. In der einzigen psychiatrischen Klinik von Island wurden Berichten der dort Tätigen zur Folge Fixiergurte und Isolierzimmer schon vor einigen Jahrzehnten endgültig abgeschafft. Gerade im Bereich dieser Zwangsmaßnahmen war es auch aufgrund der gewachsenen Traditionen besonders schwierig, eine allgemeingültige Empfehlung in einer Leitlinie auszusprechen. Es wurde deshalb die Empfehlung der WHO (World Health Organization) übernommen, die auf quantitative Vorgaben verzichtet:

»Fixierungen und Isolierungen sind erlaubt, wenn sie die einzigen Möglichkeiten sind, unmittelbaren oder drohenden Schaden von der Person selbst oder anderen abzuwenden und sollten dann nur für die kürzest notwendige Dauer genutzt werden. Während Zwangsmaßnahmen muss es einen aktiven und persönlichen Kontakt mit den Betroffenen geben. Die Gesetzgebung muss sicherstellen, dass Fixierungen und Isolierungen nur als Interventionen der letzten Wahl genutzt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten, um Schaden von den Betroffenen selbst oder Dritten abzuwenden, fehlgeschlagen sind. Der Gebrauch von Isolierung und Fixierung als eine Form der Bestrafung muss abgeschafft werden.«

Der »aktive und persönliche Kontakt« während einer Fixierung ist der heikelste Punkt, der in Deutschland leider keineswegs regelmäßig gewährleistet ist (was im Übrigen bei Kollegen aus anderen Ländern häufig auf Erstaunen bis Unverständnis stößt). Genau dies kritisierte deshalb auch die Präsidentin der Europäischen Anti-Folter-Kommission (CPT) bei dem letzten Besuch in einer psychiatrischen Einrichtung in Deutschland im Dezember 2005 (CASALE 2005):

»Die Kommission muss ihrer ernsthaften Besorgnis darüber Ausdruck verleihen, wie Personen psychischem Zwang unterworfen werden, z. B. durch die ... Fixierung. (Sie) fordert alle zuständigen Behörden dazu auf, dafür zu sorgen, dass ... die betreffende Person nicht mit Polizeihandschellen fixiert

wird und dass sie von einem Mitarbeiter (Sitzwache) ständig, unmittelbar und persönlich überwacht wird.«

Der Handlungsbedarf ist gerade an dieser Stelle deutlich erkennbar und er führt zu der Frage, ob die Psych-PV-Bemessung an deutschen psychiatrischen Kliniken ausreicht, um nicht gegen die Bestimmungen des Europäischen Anti-Folter-Komitees verstoßen zu müssen.

Literatur

- STEINERT T, BRENNER R, DEIFEL G et al.: Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus: Ein Aspekt der Qualitätssicherung. Spektrum 1998; 2: 35–39
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (Hg): Behandlungsleitlinien. Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff, Darmstadt 2008 (im Druck)
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE): Clinical Practice Guidelines for the Violence: The Short Term Management of Disturbed / Violent Behaviour in Psychiatric In-Patient Settings and Emergency Departments. NICE, 2005. http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/2005_003_NICE_launches_clinical_guideline_disturbed_violent_behaviour.pdf
- STEINERT T: Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008
- ABDERHALDEN C, NEEDHAM I, DASSEN T et al.: Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2008; 193: 44–50
- Mitteilung von Fr. Silvia Casale an die Bundesregierung, zitiert aus einem vom Ministerium für Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg an die Landeskliniken adressierten Schreiben mit Aufforderung zur Umsetzung, 2005

V Altenhilfe und psychiatrisches Hilfesystem

Einleitung

Niels Pörksen, Jürgen Gohde

Dieses Symposium greift das Thema der Jahrestagung 2006 der AKTION PSYCHISCH KRANKE auf, bei der es um die Thematik »Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz« ging.

In diesem Symposium werden einige Aspekte behandelt, die für das Tagungsthema »Kooperation und Verantwortung« von besonderer Bedeutung sind.

Jürgen Gohde informiert über Zielsetzungen und bisherige Erfahrungen mit Pflegestützpunkten und ihre Integration in die Zukunft der Altenhilfe vor Ort.

Martin Kaufmann gibt einen persönlichen Einblick in die altengerechte Entwicklung der prämierten Bielefelder Wohnungsbaugesellschaft »Freie Scholle«. Miteinander in der Genossenschaft zu leben, gemeinsam alt zu werden, altersgerecht leben zu können, nachbarschaftliche Hilfe zu geben und zu erfahren und bei Bedarf auch professionelle Hilfe und Unterstützung zu erhalten, d. h. »Quartiersentwicklung mit Versorgungssicherheit« das ist Selbstverständnis der »Freien Scholle«.

In der sich anschließenden Diskussion zu seinem Vortrag wird deutlich, dass die meisten Menschen bis zum Tod in ihrer Wohnung verbleiben oder in eine behindertengerechte Wohnung innerhalb der »Freien Scholle« umziehen. Von den nachbarschaftlichen Hilfen über Alltagshilfen bis hin zur umfassenden Pflege und Begleitung ist alles in dieser Genossenschaftssiedlung möglich. Ein gelungenes Modell.

Wilhelm Stuhlmann informiert übersichtlich und präzise über »Früherkennung und ambulante Betreuung von Demenzerkrankungen«. Ohne ausführliche Kenntnisse über Demenzerkrankungen lässt sich eine Integration von allgemeiner Altenhilfe und Demenzkrankenversorgung in der Gemeinde nicht realisieren.

Brigitte Meyer integriert in ihrem Beitrag »Vernetzung psychiatrischer Hilfen mit dem regionalen Altenhilfesystem« die unterschiedlichen Aspekte und bettet sie in einen Gesamtzusammenhang ein. Sie zeigt konkret am Beispiel des Berliner Bezirks Marzahn-Hellersdorf, wie es gelingen kann, Altenhilfe und psychiatrisches Hilfesystem integrativ zu gestalten.

Aus der Diskussion mit den Teilnehmern des Symposiums wird erkennbar, dass die Zukunft der Hilfen für alte Menschen in der Gemeinde nur über vernetzte und integrative Hilfesysteme denkbar ist.

Das Projekt »Werkstatt Pflegestützpunkte«

Jürgen Gohde

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe erprobt im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekts »Werkstatt Pflegestützpunkte« (Leitung: Dr. Peter Michell-Auli) die Chancen der im Pflegeweiterentwicklungsgesetz beschlossenen Pflegestützpunkte.

Ihm und seinen Mitarbeitern danke ich für die Arbeit und die mitgeteilten Erfahrungen, die in diesen Bericht eingingen.

Ausgangspunkt des Projekts ist die Schwierigkeit, die Menschen mit vulnerablen Gesundheitssituationen haben, sich im bestehenden Versorgungssystem zurechtzufinden (Komplexität von Lebenslagen) und der verstärkt zu beobachtende Wunsch von Bürgern selbst zu bestimmen, sich einbringen und mitwirken zu wollen.

Die Kernfrage lautet: Wie ist es möglich, dass die richtige Leistung, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, im richtigen Umfang zum richtigen Menschen kommt?

Pflegestützpunkte (PSP) sollen dazu beitragen, Menschen mit vulnerablen Gesundheitssituationen, die Schwierigkeiten mit dem Versorgungssystem haben, den Weg zu bahnen in einer komplexen und unübersichtlichen Beratungslandschaft, in einem Leistungssystem mit oft desintegrierten Hilfen, durch eine Vielzahl von Instanzen und Angeboten, die vielfach nicht ausreichend vernetzt sind. Zudem fehlen oft Ansprechpartner, was eine zusätzliche Belastung für Pflegebedürftige und Angehörige bedeutet. Die gegenwärtige Lage ist durch ein engagiertes Einzelkämpfertum gekennzeichnet (siehe Abbildung 1).

Ansatzpunkte für eine zukunftsfähige Seniorenpolitik

Eine zukunftsfähige Seniorenpolitik ist durch folgende drei Veränderungen gekennzeichnet:

Veränderte Ziele

Um die Situation der Betroffenen zu verändern, müssen neue Ziele verfolgt werden. Dabei darf die Form der Hilfearrangements nicht länger der Funktion, wie bisher folgen, sondern dem jeweiligen Konzept. Pflegestützpunkte

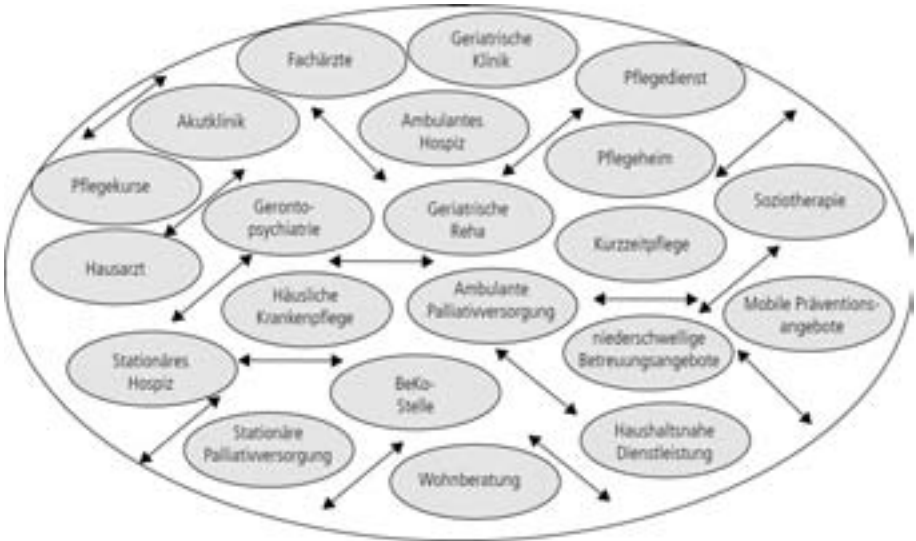


Abb. 1: Derzeitige Situation »Engagiertes Einzelkämpfertum«

sind Ansatzpunkte einer neuen Versorgungslandschaft und folgen daher nicht den Konzepten einer alten Altenhilfepolitik, sondern sind Teil einer sozialraumorientierten, teilhabeorientierten Seniorenpolitik. Die wichtigste und größte gesellschaftliche Ressource des 21. Jahrhunderts sind dabei die Seniorinnen und Senioren selbst. Im Vordergrund steht dabei die Entwicklung von Wohnkonzepten im Quartier. Sie sind ohne Alternative angesichts der demografischen und ökonomischen Entwicklung.

Die Konzeptentwicklung folgt zwei grundsätzlichen Zielen:

1. »Nicht für uns, sondern mit uns«
Wer in diesem Kontext nach Strategien der Verbesserung der Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz fragt, wird einen mehrfachen Paradigmenwechsel vollziehen müssen:
 - von der Auflösung der stationären Sackgasse durch Wahrnehmung der Ressourcen. Quartiersbezogene Lebens- und Assistenzformen sind ohne Alternative.
 - die Reform der Institutionen: Auflösung »ambulanter Paradoxien«: nämlich die gleichzeitige, gleich starke Förderung ambulanter wie stationärer Hilfen, was ansteht ist der Schritt von der Angebots- zur Personenzentrierung

- Unterscheidung und Vernetzung medizinischer, psychosozialer, pflegerischer und zivilgesellschaftlicher Hilfen
- 2. Der Bürger steuert und gestaltet die Leistung

Veränderte Voraussetzungen und Strukturen

Die Rahmenbedingungen für Wohnen und Pflege im Alter haben sich in den letzten Jahren signifikant verändert, ebenso die Interessen und Wünsche der Bürger selbst. Hier einige Stichworte:

- Erheblicher Zuwachs an Pflegebedürftigkeit bei einer gleichzeitigen Verringerung des Potenzials helfender Angehöriger
- Neues kommunales Interesse
- Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen: nach Selbstständigkeit, nach Selbstbestimmung und nach sozialer Integration und damit der Wunsch, in der häuslichen Umgebung bis zuletzt zu bleiben
- Ungehinderter Ausbau stationärer Angebote blockiert Potenziale Freiwilliger
- Seit 1999 stark ansteigende Tendenz der Motivation zu bürgerschaftlichem Engagement
- Am Horizont ein neues Pflegeparadigma: Abschied vom Minutentakt und Defizitorientierung. Achtung von – und Befähigung zu Selbstständigkeit
- Abgestufte Versorgungsformen: Förderung der Selbstpflege (Self-Care) und Förderung der Angehörigenpflege (Cover-Care) geht vor Unterstützung durch Institutionen (ambulant, teilstationär, stationär) (Professional Care)

Veränderte Voraussetzungen der Leistungserbringer

Die dritte tiefgreifende Veränderung betrifft die Leistungserbringer selbst. Dazu zählen Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen sowie gesetzliche Rahmenbedingungen. Hierzu gehören:

- Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation
- Vielzahl unkoordinierter Leistungen und das Fehlen von Leistungen
- keine wohnortbezogene Organisation der Leistungen.

Dies ist eine Chance, einen konsistenten Ansatz für die wohnortbezogene Beratung und Versorgung in Deutschland zu etablieren.

- Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI
 - Verminderung der Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation
 - Suggestion »einheitlicher« Leistungserbringung
- Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI
 - Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI im Pflegestützpunkt, in Trägerschaft von Kassen und Kommunen
 - Aufbau von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen

Strategische Ziele des Konzepts

Strategische Innovation auf dem Weg zu personenorientierter Versorgung und Pflege:

- Verbesserung der Lebenslagen von Menschen mit Demenz
- Direkter Zugang zu pflegerischer Versorgung
- Wohnortnahe Anlauf- und Informationsstelle (lokale Servicestelle)
- Pflegerisches Versorgungszentrum

Vernetzung von Akteuren, Aufgaben und Leistungen

- integrierte Versorgungsplanung
- Doppelstrukturen vermeiden

Unterscheidung von person- und systembezogenen Aufgaben

Es sind patientenbezogene und systembezogene Aufgaben/Funktionen zu beschreiben und zu unterscheiden.

Patientennahe Aufgaben haben Priorität:

- Ansprechpartner in allen Fragen rund um die Pflege
- Information, Beratung und Unterstützung bei der Wahl geeigneter Dienste und Angebote (Pflegeergänzende Dienste)
- Individuelle Versorgungsplanung und Organisation
- Sicherung von Versorgungskontinuität und Anpassung (Casemanagement)
- Unterstützung freiwilliger Helferinnen und Helfer und Expertenschaft der Betroffenen
- Vernetzung

Systembezogene Aufgaben sind:

- Informationssammlung über regionale Versorgungsangebote

- Bündelung der Dienste (Einbeziehung aller Akteure)
- Herstellung tragfähiger Kooperationsbeziehungen
- Regionale Versorgungsplanung
- Optimierung der Organisation und Steuerung von einzelfallbezogenen Leistungen hinsichtlich bedarfsgerechter Hilfen
- Vernetzung von Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürger- und professioneller Hilfe

Struktur des Projekts »Werkstatt Pflegestützpunkten«

Absicht des Gesetzgebers ist es, mit dem Modellprojekt Erfahrungen der Pilotstützpunkte zu evaluieren, praxistaugliche Instrumente zum Aufbau und Betrieb von Pflegestützpunkten bereitzustellen sowie Unterstützung beim Aufbau von Pflegestützpunkten zu leisten, d. h. Fehler zu vermeiden und beim Aufbau vergleichbarer Strukturen behilflich zu sein. Dafür sind in nahezu allen Bundesländern Modellstützpunkte eingerichtet worden, die im Rahmen des Projekts eine besondere Förderung erhalten. Die teilnehmenden Pilotstützpunkte unterscheiden sich deutlich nach den Initiatoren, bilden die Vielfalt der Träger ab, nach den jeweiligen Vorerfahrungen und Strukturen, den demografischen und geografischen Strukturen (z. B. städtischer und ländlicher Raum) und den zivilgesellschaftlichen Potenzialen. Ihre Standorte sind:

1. Mecklenburg-Vorpommern (Wismar)
2. Hamburg
3. Schleswig Holstein (Flensburg)
4. Niedersachsen (Region Hannover)
5. Berlin (Stadtmitte/Köpenick)
6. Brandenburg (Erkner)
7. Nordrhein-Westfalen (Mönchengladbach)
8. Nordrhein-Westfalen (Moers)
9. Sachsen-Anhalt (Hettstedt)
10. Hessen (Marburg-Biedenkopf)
11. Thüringen (Jena)
12. Sachsen (Plauen)
13. Rheinland-Pfalz (Ingelheim)
14. Saarland (St. Wendel)
15. Bayern (Nürnberg)
16. Baden-Württemberg (Landkreis Denkendorf)
17. Assoziiert: Dortmund, Köln, Aachen

Das Projekt hat mit folgenden Methoden und Instrumenten versucht seine Ziele zu erreichen:

- Datenerhebung (Fragebögen und Telefoninterviews)
- Einzelbesuche (Dokumentation in den Pilot-Stützpunkten)
- Werkstattgespräche
- Foren

Darüber sind Zwischenberichte sowie ein regelmäßig erscheinender Newsletter für die Teilnehmer des Projekts veröffentlicht worden.

Arbeitsschwerpunkte der gegenwärtigen zweiten Projektphase

Das Modellprojekt gliedert sich in folgende drei Projektphasen:

- Projektphase 1: bis zum 30. Juni 2008
Erste Erfahrungen, Einschätzungen und Erkenntnisse aus der Pilotphase
- Projektphase 2: bis zum 31. Dezember 2008
Detaillierte Erhebung der Situation in den Pilot-Stützpunkten
- Projektphase 3: bis zum 30. Juni 2010
Planung erfolgt auf Basis der erhobenen Bedarfe in der zweiten Projektphase

Das Projekt befindet sich zurzeit in der zweiten Phase. Zu den Arbeitsschwerpunkten gehört die Gestaltung von Pflegestützpunktverträgen, die Entwicklung von Betriebskonzepten und das Care Management.

Im Vordergrund steht dabei augenblicklich die Herausforderung verbindliche Arbeitsstrukturen in der Kooperation von Kassen, Kommunen, Zivilgesellschaft und professionellen Leistungserbringern aufzubauen, um eine verbindliche, vernetzte Pflegeplanung zu ermöglichen. Diese muss sinnvoller Weise in rechtlich fixierten, gesetzeskonformen Trägerstrukturen (Zusammenwirken von Kassen und Kommunen) geschehen, damit Versicherte vergleichbare Zugangsvoraussetzungen erhalten. Dieses Ziel soll durch die Gestaltung von Stützpunktverträgen und die Entwicklung von Betriebskonzepten für Pflegestützpunkte erreicht werden. Die Entwicklung von Betriebskonzepten stellt dabei ein Herzstück der Bemühungen dar (siehe Abbildung 2).

Hierzu müssen alle relevanten Hilfs- und Unterstützungsangebote im Quartier erhoben, Informationsmaterialien erstellt oder vorgehalten, Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen gestaltet und Versorgungslücken

identifiziert werden. Im wechselseitigen Erfahrungsaustausch sollen Impulse für innovative Versorgungskonzepte – Hilfe- und Pflegeplanung und Ansätze ehrenamtlichen/freiwilligen Engagements – entwickelt bzw. gefördert werden.

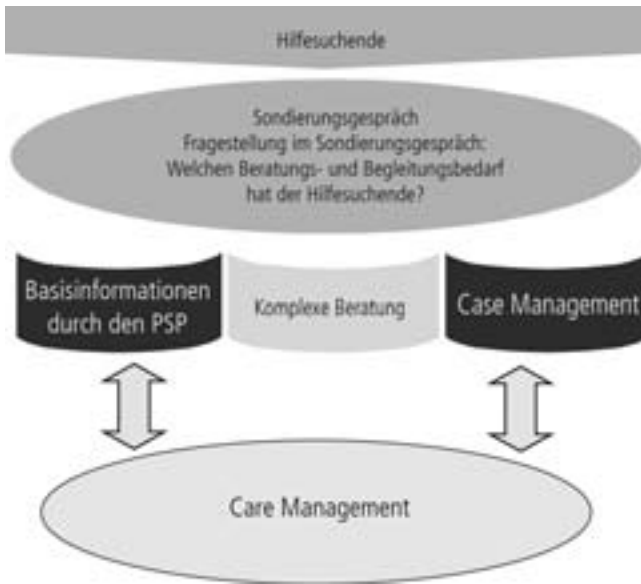


Abb. 2: Modell eines Betriebskonzepts

Die Entwicklung des Care Managements ist als kontinuierlicher Prozess zu begreifen. Dabei ist besonders die Vernetzungsfunktion zentral zu beachten und weiterzuentwickeln. Care Management vernetzt alle Leistungen der Kranken- und Pflegekassen, die kommunalen Unterstützungsangebote sowie weitere ergänzende (z.B. §§ 45 und 37 SGB XI) und spezielle Beratungsangebote, z.B. für Menschen mit Demenz oder die Wohnberatung. Aber nicht nur die Vernetzung der Leistungsträger, auch die Anbieterseite muss in abgestimmter Weise miteinander kooperieren und dabei die sozialräumlichen und zivilgesellschaftlichen Potentiale aufnehmen und einbringen. Nicht zuletzt sind alle weiteren kulturellen Hilfs- und Unterstützungsangebote im Quartier (z.B. Freizeitangebote für Senioren) zu nennen.

Durch eine verbesserte Vernetzung und Orientierung an den Lebenslagen werden hochkomplexe Beratungsleistungen umsetzbar und die Kompetenzen

zen der Betroffenen gestärkt. Ihre Expertenschaft in eigener Sache wird erkennbar.

Je besser Kooperationsstrukturen funktionieren, desto weniger Case Management ist notwendig, das Lücken in Versorgungssystemen und Probleme in der Zusammenarbeit überwindbar macht.

Von den Betroffenen werden – und das zeigen die Erfahrungen der ersten Monate – die Vorteile eines auf ein Gesamtkonzept ausgerichteten Arbeitsansatzes erkannt.

Altengemäße Infrastruktur und die Gewährleistung von Hilfen im Wohngebiet

Martin Kaufmann

Zu Beginn lege ich dar, warum ein Mensch wie ich, der von Beruf Krankenfleger und Sozialarbeiter ist, in der Wohnungswirtschaft tätig ist. Das ist auch ein Einstieg in einen Perspektivwechsel, denn ich schildere die Situation, wie sie aus Sicht der Betroffenen sein könnte oder wie sie in Bielefeld ist.

Die Baugenossenschaft Freie Scholle ist ein Wohnungsunternehmen in Bielefeld mit gut 5000 Wohnungen. Diese Wohnungen sind nicht über die Gesamtstadt von Bielefeld verteilt, sondern in sogenannte Siedlungen oder Wohnquartiere gebündelt. Das bedeutet, dass in einem Siedlungsgebiet in der Regel 300 bis fast 1000 zusammenhängende Wohnungen bestehen.

Zur Geschichte der Freien Scholle

Die Ursprünge dieser Genossenschaft sind nicht im Wohnungsbau zu sehen, sondern im Bau der Turnhalle Ost in Bielefeld. Zu Kaisers Zeiten war den Arbeitersportlern der Zugang zu den städtischen Turnhallen verwehrt. Deshalb haben sich Menschen zusammengeschlossen, und sich aus Eigeninitiative heraus ein Ziel gesetzt und verwirklicht, nämlich den Bau einer Turnhalle. Dann gab es einen politischen Wechsel, der Kaiser ging und die Weimarer Republik kam, und es war nicht notwendig, weitere Turnhallen zu bauen. Unter diesem Erfolgserlebnis, selbst etwas geschaffen zu haben, was man sich als Ziel gesetzt hat, ist dann 1911 die Baugenossenschaft Freie Scholle entstanden.

Die Mitglieder der Freien Scholle haben sich nicht darauf begrenzt oder beschränkt, preiswerten Wohnungsbau für Arbeiter zu schaffen, sondern gleichermaßen wurde soziale Infrastruktur geplant und umgesetzt. In einem der ganz frühen Siedlungsgebiete gab es z.B. ein Gemeinschaftshaus, ein Waschhaus, ein angeschlossener Kindergarten, man hat mit der Konsumbewegung kooperiert. Das heißt, Wohnen war entschieden mehr als nur der nackte Wohnraum, die Umgebung gehörte mit zum Wohlfühlen.

Die Menschen, die bei uns wohnen, müssen Mitglied in der Genossenschaft Freie Scholle werden. Das heißt, die Mitglieder sind Eigentümer der Genossenschaft und haben demzufolge Mitbestimmungsrechte.

So viel zu den Anfängen – ich mache jetzt einen großen Zeitsprung. 1987 ist deutlich geworden, dass viele Menschen, die in die Freie Scholle

eingezogen sind, das Ganze nicht als Sprungbrett benutzt haben, um preiswert zu wohnen, Geld auf die hohe Kante zu legen und dann Eigentum zu erwerben, sondern dort geblieben sind, d. h. sie sind idealtypisch in diesen Wohnquartieren alt geworden. Auf einer Vertreterversammlung, unser entscheidendes demokratisches Organ, wurden Gründe deutlich, warum dennoch Menschen aus den eigenen Wohnungen ausgezogen sind. Es fehlte Hilfe und Unterstützung, d. h. bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit mussten sie letztendlich ihr gewohntes Wohnumfeld, ihre Wohnung verlassen. Weil wir eine Genossenschaft sind, haben unsere Mitglieder zu Recht eingefordert das etwas getan wird.

Die Altenberatung

Es entstand 1988 eine eigene Altenberatung, das war auch der Beginn meiner Berufstätigkeit für die Freie Scholle. Wir haben sehr kleinräumig damit begonnen, in den Wohnquartieren Anlaufstellen zu entwickeln, die wir Nachbarschaftstreff genannt haben. Wir haben unsere Zielgruppe befragt, welche Hilfen und Unterstützungsstrukturen gewünscht sind. Im Wesentlichen wurden zwei Elemente genannt:

1. *Wunsch nach Kommunikation: Man wollte einen Ort haben, den man nutzen konnte für Mittagessen, für Kaffeetisch, für Spielenachmittage und dergleichen,*
2. *Wunsch nach konkreten Alltagshilfen vorwiegend aufsuchend.*

Dass Hilfe im Einzelfall benötigt wird, haben wir durch Menschen unseres Servicedienstes erfahren. In unseren Siedlungen besteht ein übergeordneter Handwerker bzw. Hausmeisterdienst, der z. B. für das Reparieren von Klingeln, Fenstern oder klemmenden Heizungsventilen zuständig war. Aber auch Nachbarn, Angehörige und die Betroffenen selbst haben uns darauf aufmerksam gemacht. Sie haben realisiert, dass z. B. aufgrund von Alter ein weitergehender Hilfebedarf besteht.

Wir haben unterstützend für diese Form der Kommunikation in allen unseren Häusern einen ehrenamtlichen Haussprecher. Das ist ein von der Hausgemeinschaft gewählter Mitbewohner, der als Vermittler zwischen Verwaltung und Hausgemeinschaft tätig ist. Dieser bekommt von uns einerseits frühzeitig die Information über Aus- und Einzüge und andererseits können wir bei Neuvermietung immer auf den Haussprecher verweisen, um eine Kontaktaufnahme in die Hausgemeinschaft zu initiieren. Das

ist eine Grundlage dafür, dass die Kommunikation bei uns relativ gut funktioniert.

Neben der Notwendigkeit, dass praktische Hilfen wie Einkaufshilfen oder auch Wohnungsanpassungsmaßnahmen benötigt wurden, war ganz wesentlich die Frage: Wie kann ich diese Hilfen bezahlen? Wir haben für unsere Mitglieder Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen, z. B. über Beantragung von Wohngeld und Schwerbehindertenausweis, damit diese zusätzlichen Alltagshilfen finanziert werden konnten.

Wir haben nicht den Versuch gestartet, ein eigenes System an Altenhilfe- und Altenpflege aufzubauen, sondern haben bewusst die Kooperation mit den jeweils relevanten Anbietern in den Wohnquartieren gesucht und aufgenommen. Wir haben dann gemeinsam im Sinne von Case-Management die entsprechenden notwendigen pflegerischen Hilfen implementiert und begleitet, die Finanzierungsabwicklung erledigt und bei Veränderung des Hilfebedarfs reagiert.

Das haben wir als Pilotprojekt in einem Siedlungsgebiet, wo mehr als 60 % unserer Wohnungseigentümer schon älter als 60 Jahre alt waren, erprobt. Es wurde von unseren Mitgliedern gut angenommen. Daraufhin haben in anderen Siedlungsgebieten die Leute auch gefordert, dass Derartiges bei ihnen umgesetzt wird. Kurzum, wir haben im Augenblick zehn Siedlungen. In allen unseren Siedlungen haben wir Dependancen bzw. Vorortspresenzen oder Nachbarschaftstreffs oder Nachbarschaftszentren, um sehr kleinräumig für die Belange unserer Mitglieder tätig sein zu können.

Nachbarschaftszentrum Meinolfstraße

Ich stelle Ihnen nun ein konkretes Quartiersobjekt vor. In Bielefeld entstand 1992 das Projekt »Nachbarschaftszentrum Meinolfstraße« für ein Wohnquartier mit ca. 11 000 Einwohnern. Zu diesem Zweck bildet sich eine Arbeitsgemeinschaft bestehend aus: AWO Kreisverband Bielefeld e. V., Freie Scholle Nachbarschaftshilfe e. V., Diakoniestation Ost des Evangelischen Gemeindedienst e. V. und Dienstleistungszentrum Jugend, Soziales und Wohnen der Stadt Bielefeld.

Anstoß für die Planung eines Nachbarschaftszentrums war der ursprüngliche Plan eines Trägers der Wohlfahrtspflege, auf dem städtischen Grundstück ein Altenpflegeheim zu errichten, zu dem die Arbeitsgemeinschaft eine Alternative entwickelte. Im Unterschied zu einem stationären Angebot für Pflegebedürftige sollten aus ihrer Sicht für dieses Wohngebiet generations-

übergreifend Menschen alle notwendigen Hilfen im vertrauten Wohnumfeld zur Verfügung stehen.

Ziel war es insbesondere, für hilfe- und pflegebedürftige Menschen Versorgungssicherheit zu schaffen sowie soziale Teilhabe und Hilfe zur Selbsthilfe im Quartier zu ermöglichen. Dafür wurden Wohnangebote mit sozialen Angeboten verknüpft.

Bis 1999 entstand das Nachbarschaftszentrum mit gut 90 barrierefreien Wohnungen und zwei Wohnungen für betreute Wohngruppen. Den Bedarf an Hilfeleistungen im Zentrum und im Stadtteil decken die sozialen Dienste ab, die im Nachbarschaftszentrum angesiedelt sind. Die Diakoniestation des Evangelischen Gemeindedienstes sichert die ambulante pflegerische Versorgung und bietet in Zusammenarbeit mit dem Johanneswerk eine 24-stündige Rufbereitschaft an, der Mobile Soziale Dienst der Arbeiterwohlfahrt ergänzt dieses Angebot durch hauswirtschaftliche Hilfen. Die Koordination der Dienste sowie die Beratung über die Dienstleistungen und ihre Finanzierung übernimmt der Verein »Freie Scholle Nachbarschaftshilfe«. Dieser betreibt auch eine Informations- und Wissensbörse sowie einen Demonstrationsraum für Pflegehilfsmittel. Zusätzliche Beratungsmöglichkeiten finden Bürger aller Altersgruppen im Stadtteilbüro des Dienstleistungszentrums Soziales, Jugend und Wohnen der Stadt Bielefeld.

Darüber hinaus konnte die »Freie Scholle« mit dem Nachbarschaftszentrum die gesundheitliche Infrastruktur für den Stadtteil verbessern. So wurden für eine bessere medizinische Versorgung mehrere Arztpraxen sowie eine Praxis für Ergotherapie und eine für Krankengymnastik angesiedelt.

Über diese Dienstleistungen hinaus betreibt die Arbeiterwohlfahrt ein Aktivitätszentrum mit einem umfangreichen Kursangebot für alle Altersgruppen, von Sprachkursen bis zum Mutter-Kind-Turnen. Darüber hinaus gibt es Begegnungsangebote für die Senioren. Außerdem bewirtschaftet die AWO eine Stadtteilkantine mit einer großen Auswahl an Mittagsgerichten.

Die Akteure im Nachbarschaftszentrum wirken in einer Arbeitsgemeinschaft zusammen. Weitere Angebote zur Versorgungsinfrastruktur wie Apotheke, Bäcker, Wochenmarkt, Haltestelle ÖPNV befinden sich in der Nähe. Hauptnutzer des Nachbarschaftszentrums sind vor allem alte Menschen, aber auch Familien mit Kindern. Gefördert wurde der Bau des Nachbarschaftszentrums durch den Bund (1,5 Mio. DM) und die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (0,5 Mio. DM).

Für dieses Projekt hat die Freie Scholle 2005 den ersten Preis beim Werkstatt-Wettbewerb Quartier erhalten. Dieser wurde vom Kuratorium

Deutsche Altershilfe und der Bertelsmann Stiftung ausgelobt. Dies hat aber nicht zum Stillstand geführt, sondern nach wie vor erfolgt die Weiterentwicklung der Hilfen des Nachbarschaftszentrums in enger Abstimmung mit dem Siedlungsrat der Freien Scholle, in dem gewählte Genossenschaftsmitglieder des Wohngebiets vertreten sind.

Für den Siedlungsrat versuchen wir Menschen zu gewinnen, die Veränderungen herbeiführen möchten und die Geschicke ihres Wohnquartiers mit in die Hände nehmen wollen. Ich möchte zum Abschluss in diesem Zusammenhang noch auf einen Punkt hinweisen.

Es geht darum, wenn »banale Anliegen« vorgetragen werden, z. B. wir möchten eine von außen überdachte Briefkastenanlage, wir möchten das Beleuchtungskörper oder Fahrradständer installiert werden. Wenn diese Bedürfnisse umgesetzt werden, sehe ich eine große Chance, ehrenamtliches Engagement zu befördern. Man muss den Menschen Erfolgserlebnisse geben, man muss die Menschen ernst nehmen und man muss den ehrenamtlichen Menschen nicht sagen: »Dein Anliegen setzen wir vielleicht in drei, fünf oder sieben Jahren um«, dann denke ich, sind diese Menschen schnell wieder weg. Aber wenn wir denen reale Angebote machen, die auch Früchte tragen, dann ist es um ein ehrenamtliches Engagement nicht schlecht bestellt.

Früherkennung und ambulante Behandlung von Demenzerkrankungen

Wilhelm Stuhlmann

Die Gruppe der Krankheitsbilder mit den Leitsymptomen einer Demenz ist durch verschiedenen Ursachen und Verläufe charakterisiert. Nach Jahren gehen die Verläufe, auch wenn sie sehr unterschiedlich begonnen haben, in eine gemeinsame Endstrecke der Erkrankung über. In dieser Phase stehen Pflege und Begleitung bis zum Lebensende im Vordergrund.

Die weitgehend bekannten Risikofaktoren erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, frühzeitiger an einer Demenz von Alzheimertyp zu erkranken.

In der Abbildung 1 wird daher die Demenz vom Alzheimertyp in einem typischen Verlauf über einen Zeitraum von 20–30 Jahren dargestellt. Allein oder als Mischtyp ist die Alzheimerpathologie an über 80 % aller Demenzerkrankungen ursächlich oder in Kombination beteiligt.

Die Stationen entlang der dargestellten Zeitschiene erfordern unterschiedliche diagnostische, therapeutische und betreuerische Maßnahmen. Die betrifft zunächst die Früherkennung von Risiken, die Diagnosesicherung und die rechtzeitigen Weichenstellungen zur Erhaltung der psychischen und sozialen Stabilität und der Therapie. Gerade unter dem Aspekt des stets anzustrebenden Erhalts des gewohnten Lebensumfelds (Quartier), bieten sich Ansätze, Risikokonstellationen in Bezug auf eine spätere Demenzentwicklung zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Handeln heißt auch, ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Selbststeuerung trotz Risiko zu tolerieren und gleichzeitig den notwendigen Schutz und individuellen Hilfebedarf zu installieren. Dabei ist das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Sicherheit oft ein Anstoß zur Entstehung von Konflikten.

Die Abgrenzung normalen oder physiologischen Alterns von einer bereits als pathologisch zu bezeichnenden leichten kognitiven Beeinträchtigung bis hin zum Krankheitsbild der Demenz stellt derzeit jedoch immer noch ein wesentliches diagnostisches Problem der neuropsychologischen Diagnostik bei Demenzerkrankungen dar.

Ein Schwerpunkt der Diagnostik liegt in der Früherkennung einer Demenz, das Stellen der Demenzdiagnose bereits zu dem Zeitpunkt, an dem die »Demenzschwelle« überschritten wird. Zu diesem Zeitpunkt sind die Demenzkriterien (z. B. nach ICD-10) nachweisbar. Tatsächlich wird die klinische Diagnose einer Demenz erst ca. zwei bis drei Jahre später gestellt,

Krankheitsentwicklung der Demenz vom Alzheimerstadium	Präklinisches Stadium	Übergangsphase – Risikozeitzone –	Zeitpunkt der Demenzdiagnose	Weiterer Krankheitsverlauf
Zeitschere Erkennung	10–20 Jahre Risikofaktoren – nicht beeinflussbar – beeinflussbar Kein effektives Screening verfügbar hoher Aufwand bei speziellen Fragestellungen	Ca. 5 Jahre Warnsymptome Leichte kognitive Beeinträchtigung Definition von Risikopersonen – Immer bessere diagnostische Möglichkeiten und mehr Zuverlässigkeit – Mehrere Verfahren in Anwendung und Erprobung	Meist 2–3 Jahre verschleppt Diagnose nach ICD-10 möglich Komorbidität (bes. Depression) Diagnose und Bewältigungsstrategie (z. B. Verleugnung) Besondere Aufmerksamkeit auf die Risikopersonen	Im Mittel ca. 7 Jahre bis zum Tod Schweregrade – leicht – mittel – schwer werden durch die Alltagskompetenz definiert Krankheitsverlauf in Phasen mit Knick Gemeinsame Endstrecke verschiedener Krankheitsprozesse
Therapie Betreuung Pflege	Prävention * unspezifisch ** Ernährung ** Bewegung ** psycho-soziale Aktivität * der somatischen Risikofaktoren	Konsequente Therapie aller Risikofaktoren Komorbidität erkennen und behandeln Möglichkeiten der Frühbehandlung nutzen	Zugang zur frühen Diagnostik – Angehörige – Betroffene – Sensibilisierung Schwellenproblem Erschließen von Ressourcen, individueller Hilfebedarf und Vorsorge	Zugang zur Behandlung Erkennen des Hilfebedarfs Wahrung von Grundbedürfnissen, Teilhabe und Würde bis zuletzt

Abb. 1: Typischer Verlauf bei einer Demenz vom Alzheimerstadium

als es mit den vorhandenen Leitlinien und diagnostischen Möglichkeiten derzeit geleistet werden könnte. Wertvolle Zeit zur Information, Beratung, Diagnostik und Frühbehandlung von sekundären Demenzursachen, Risikofaktoren und kognitiven Einbußen wird vertan.

Anzeichen für eine Demenzerkrankung

Eine Reihe von Warnsignalen kann auf eine Demenz hinweisen. Diese sind jedoch unspezifisch und sollen zunächst einmal für Erkennung einer möglichen Demenzerkrankung sensibilisieren. Eine Zunahme an Intensität und Häufigkeit der Auffälligkeiten kann dann eher richtig und früh genug eingeordnet werden.

1. *Rückzug von gewohnten Aktivitäten und Antriebsverlust*
Das Interesse an Hobbys und sozialen Kontakten geht häufig sehr früh verloren.
2. *Erinnerungsprobleme im Alltagsleben*
Die Kranken können sich nicht an Personen erinnern, die sie eigentlich kennen müssten. Telefonnummern fallen ihnen nicht mehr ein. Kurz zurückliegende Ereignisse sind wie ausgelöscht.
3. *Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Routineaufgaben*
Dazu gehören beispielsweise das Binden der Krawatte, der Schnürsenkel oder die Bedienung von Geräten im Haushalt.
4. *Veränderungen der Sprache*
Die Bezeichnung von ganz alltäglichen Dingen gelingt nicht mehr. Während eines Gesprächs geht plötzlich der rote Faden verloren. Der sprachliche Ausdruck und der Wortschatz verarmen. Es bestehen Wortfindungsprobleme.
5. *Orientierungsproblemen (Zeit, Ort und Situation)*
Häufig treten Orientierungsprobleme zuerst an fremden Orten auf, später auch Verlaufen in vertrauter Umgebung. Die Kranken wissen dann nicht, wie sie dort hingekommen sind, sie können sich nicht erinnern, welchen Tag oder welches Jahr wir haben.
6. *Problemen in der Beurteilung von Situationen*
Gefahren im Straßenverkehr werden nicht erkannt oder falsch beurteilt. Verleugnung von Einbußen oder Verlagerung der Verantwortung auf andere Personen.
7. *Problemen beim abstrakten rationalen Denken*
Das Verständnis für Wert und Bedeutung von Geld geht verloren. Es

gelingt nicht mehr, die Uhrzeit zu erkennen. Vorausschauendes und planendes Handeln sind erschwert.

8. *Auffällige Zerstreuung*

Dinge werden an ungewöhnliche Orte verlegt – die Armbanduhr in den Kühlschrank, die Schuhe in den Wohnzimmerschrank. Glauben sich dann gelegentlich bestohlen.

9. *Stimmungs- und Verhaltensschwankungen*

Oft treten scheinbar grundlose Stimmungsänderungen auf, wie z. B. raschen Wechsel von Stimmungslagen, Reizbarkeit bei kleinen Anlässen (»Fliege an der Wand«), häufig depressive Verarbeitung und Momente der Verzweiflung. Die Einfühlsamkeit für die Situation oder Gefühle anderer sind vermindert.

Die Identifizierung von Risikopersonen und der leichten kognitiven Beeinträchtigung (LKB) stellt einen wesentlichen Schritt in der Früherkennung der Demenzerkrankung dar und stellt die Weichen zur Einleitung weiterer gezielter diagnostischer Maßnahmen. Die Symptome der leichten kognitiven Beeinträchtigung gehören neben dem Alter zu den validesten Prädiktoren für eine Konvergenz in eine spätere Demenzentwicklung.

Diagnosekriterien für die Leichte Kognitive Beeinträchtigung (LKB)

- subjektive Gedächtniseinbußen
- fremdanamnestic Bestätigung der Gedächtnisstörungen
- ausschließlich Leistungsminderung in validierten Gedächtnistests
- normale sonstige kognitive Leistungen
- keine Einschränkungen der Alltagskompetenz

Übergang (Konversionsrate) zur Demenz pro Jahr: mit LKB ca. 10–15 %, dagegen ohne LKB nur ca. 1–2 %.

Damit ergibt sich ein Muster von Risikofaktoren, das eine Identifizierung einer Risikoperson zur Entwicklung einer Demenz erleichtert. Auch hier geht es um frühe Sensibilisierung von Angehörigen, aber auch der Ärzte, insbesondere des Hausarztes.

Danach können wir heute eine Reihe von Faktoren benennen, die eine Personengruppe mit einem erhöhten Risiko für Demenz charakterisieren:

- Alter ca. 70–80 Jahre
- Vorliegen einer Leichten Kognitiven Beeinträchtigung (LKB)
- Nachweis somatischer Risikofaktoren (Die bösen 5)

- Hochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Diabetes
- Nikotin
- Übergewicht
- Alkoholanamnese
- Bericht des Patienten oder Angehörigen über Veränderungen bei der Alltagsbewältigung, in den Gedächtnisleistungen, im Verhalten oder der Gefühlslage
- eigene (Bezugsperson/Arzt) Beobachtungen von Veränderungen

Die frühzeitige Diagnostik ermöglicht Ausgangswerte zur Verlaufsbeurteilung bei unterschiedlichem prämorbidem kognitiven Leistungsvermögen zu erheben und schon zu einem frühen Zeitpunkt den Aufbau von Entlastungsstrategien für Patienten und Bezugspersonen durch: Beratung, Psychotherapie, soziale Hilfen und Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen von Kranken und Angehörigen einzuleiten.

Bei einem begründeten Verdacht, insbesondere bei familiärer Belastung, einem frühem Beginn, sehr rascher Progredienz oder bei unklarer Symptomatik, können auch biologische oder bildgebende Marker herangezogen werden, deren Aussagekraft zunehmend sicherer wird.

Biologische Marker zur Demenzdiagnostik

- Das Risikoallel des Apolipoprotein-E-Genotyps (ApoEε4)
- Amyloid-β-Peptid, vorwiegend in einer Länge von 42 Aminosäuren, ist Hauptbestandteil der Alzheimer-Plaques (Nachweis im Liquor)
- Gesamt-Gesamt-τ-Protein (g-Tau) und hyperphosphoryliertes τ-Protein (p-Tau) (Nachweis im Liquor)
- β-Sekretase (BACE-1) im Liquor – das Enzym zur Spaltung des APP

Neuroimaging (Funktionelle Bildgebung)

- Magnetresonanztomografie (MRT) – strukturelle Volumetrie (Konversions-Vorhersagegenauigkeit bei Pat. mit LKB liegt bei 87 %)
- Bestimmung biologischer Marker mit MRT (N-Acetylaspartat – NAA) mittels MR-Spektroskopie
- Positronen-Emissions-Spektrographie (PET) zur Darstellung des kortikalen Metabolismus (Glucose) – Das Verteilungsmuster der Stoffwechselaktivität ermöglicht eine Konversions-Vorhersagegenauigkeit von ca. 80 %.

Ziel ist auch, in diesem Zeitraum bereits auf der Grundlage einer Verdachtsdiagnose, diagnostische Weichen zu stellen, Risikokonstellationen zu erkennen und evtl. entsprechende Maßnahmen vorzubereiten oder durchzuführen. Der optimale Zeitpunkt zur Einleitung therapeutischer Maßnahmen, sowohl zur Behandlung von Grunderkrankungen und Risikofaktoren, der konsequenten Behandlung psychischer Störungen insbesondere der Depression und die frühzeitige Indikationsstellung zur medikamentösen antidementiven Behandlung darf nicht versäumt werden.

Als Basis der medizinischen Behandlung sind vor allem die psychologischen und sozialen Maßnahmen der Netzwerkstabilisierung von Bedeutung. Diese ergänzen und verstärken sich in ihrer Wirksamkeit gegenseitig.

Die Grundbedürfnisse und die daraus resultierenden Behandlungsziele für demenzkranke Menschen

Alle Aktivitäten orientieren sich an den *Grundbedürfnissen* eines Menschen mit Demenz.

Diese umfassen:

- das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle über das eigene Leben, Erhalt von Autonomie und Selbstbestimmung, dabei helfen Strukturen und Rituale
- Freude zu erleben und Leid oder Schmerzen zu vermeiden
- ein Bindungsbedürfnis als Sehnsucht nach Geborgenheit, Schutz, Nähe und genährt werden, sich zugehörig erleben
- ein Bedürfnis nach Stärkung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls, Schutz des Selbstwertgefühls, Schutz vor Bloßstellung, Versagen oder Beschämung

Daraus lassen sich die allgemeinen Ziele bei der Behandlung von Menschen mit Demenz ableiten:

- Stabilisierung des Selbstwertgefühls durch Respektieren der Persönlichkeitsrechte und der Gefühlswelt des Kranken
- Stärkung von Selbstbestimmung und Autonomie trotz oft erheblicher Einschränkungen
- Förderung verbliebener Fähigkeiten und Möglichkeiten durch Aktivierung ohne Überforderung
- Stabilisierung oder Verbesserung der Hirnleistungen und der Aktivitäten des täglichen Lebens

- Verbesserung der affektiven Steuerungsfähigkeiten des Patienten – dadurch Freisetzung von Kräften zur Bewältigung einfacher Alltagsanforderungen
- soziale Integration, Gefühl der Zugehörigkeit
- Verbesserung der Lebensqualität des Kranken und der Bezugspersonen

Die Defizite bei der Umsetzung der Ziele in der ambulanten Behandlung

Die Umsetzung dieser Ziele in der ambulanten Therapie, Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz orientiert sich an den inzwischen weitgehend akzeptierten Leitgedanken einer psychosozialen Versorgungslandschaft, die sich an folgende Merkmale orientieren sollte:

- Normalitätsprinzip mit den Eckpunkten
 - Wahlfreiheit
 - Alltagsbezug
 - Dezentralisierung
- Selbstbestimmung
- Im vertrauten Lebensmittelpunkt solange wie möglich bleiben können
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Quartiersbezug
- Integrierte individuelle Hilfeplanung (Gesamtplan)
- Integration und Vernetzung der Hilfen
- Personale Kontinuität

Die Umsetzung in der Praxis ist immer noch problematisch, wie eine Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) aus dem Jahr 2008 zeigt. In der Studie wurden die Mitarbeiter/-innen von 903 ambulanten Pflegediensten befragt, die insgesamt 63 970 Menschen mit Demenz versorgten.

Zusammenfassend sollen die wichtigsten Ergebnisse dieser Befragung der aktuellen Praxis in der ambulanten Pflege vorgestellt werden.

Die medikamentöse Therapie von Demenzpatienten ist nach wie vor unzureichend.

- Mehr als die Hälfte der ärztlich diagnostizierten Demenzpatienten erhielten keine gezielte antidementive Therapie.
- Entschieden zu häufig wurden hingegen Neuroleptika verordnet. Ein Drittel der Demenzpatienten erhielten Neuroleptika.

- 12,6 % wurden mit einem Antidepressivum und
- 7,1 % mit einem Benzodiazepin (Valiumtyp) behandelt.

Demenzerkrankungen werden immer noch zu spät diagnostiziert.

Die Befragung zeigte, dass neben den 12 975 ärztlich diagnostizierten Patienten von den Pflegediensten knapp 7000 undiagnostizierte und unbehandelte Demenzkranke in ihrer Klientel vermutet wurden.

Den Pflegediensten steht zu wenig Zeit für die Pflege zur Verfügung.

Die für den jeweiligen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehende Zeit wurde von zwei Drittel der Pflegedienste als selten bzw. fast nie ausreichend empfunden.

Angehörige benötigen mehr Unterstützung in der Pflege.

Auf die Frage, welcher Grund im Einzelfall zum Umzug des Patienten ins Pflegeheim geführt hat, nannten die Pflegedienste mit überwältigender Mehrheit die Überforderung der Angehörigen.

Die Kommunikation zwischen den an der Versorgung Beteiligten muss verbessert werden.

- Eine gute Versorgung Demenzkranker kann nur im Zusammenspiel der beteiligten Professionen erfolgen. Dazu bedarf es der gegenseitigen Wahrnehmung und wechselseitigen Kommunikation.
- Die Befragung ergab, dass der Kontakt zu Hausärzten zumindest in Teilen erheblich verbesserungswürdig ist.
- Die Mehrheit der Pflegedienste beklagte eine zu seltene Kontaktaufnahme durch die Ärzte.
- Außerdem wurde eine unzureichende Informationsweitergabe bei der Entlassung nach einem Krankenhausaufenthalt deutlich.

Literatur

- GRASS-KAPANKE B, KUNCZIK T, GUTZMANN H: Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor. Schriftenreihe der DGGPP, Band 7, Berlin, 2008
- HAMPEL H, PANTEL J: Aktuelle Frühdiagnostik der Alzheimer-Demenz. Neurotransmitter 2008, 19: 26–30
- STUHLMANN W: Die Demenzerkrankung – psychologische und medizinische Aspekte. 2008, kostenloser Download: www.alzheimer-nrw.de dort unter Downloads: »Übersicht Demenz«
- STUHLMANN W: Arbeit in der Pflege nach dem Bindungskonzept. In: Demenz – eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Tagungsreihe Band 6, Berlin, 2007

Vernetzung psychiatrischer Hilfen mit dem regionalen Altenhilfesystem

Brigitte Meyer

In meinem Impulsbeitrag möchte ich zu Beginn kurz den Bezirk vorstellen, im zweiten Teil seine Kooperations- und Verbundstrukturen im psychosozialen Bereich darstellen. Insbesondere möchte ich auf die Einbindung des Gerontopsychiatrischen-geriatrischen Verbundes eingehen.

Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf von Berlin

Bezugsebene für die örtliche Planung ist der Bezirk Marzahn-Hellersdorf mit 246 195 melderechtlich registrierten Einwohnern (Stand 31.12.2007), der im nächsten Jahr auf ein 30-jähriges Bestehen zurückblicken kann. Er liegt im Osten von Berlin (Abbildung 1).



Abb. 1: Die Berliner Bezirke

Neben der Altersgruppe der unter Sechsjährigen sind in Marzahn-Hellersdorf derzeit die stärksten Anstiege in der *Altersgruppe 55 Jahre und älter* zu verzeichnen. Obwohl ihr Anteil mit 28 % im Vergleich zu anderen Bezirken noch relativ gering ist (viertletzter Rang im bezirklichen Ranking), wird ihr Anteil künftig stark wachsen: Ergänzt um die Altersgruppe 50 bis 54 Jahre erreicht der Bevölkerungsanteil dieses Personenkreises (50 Jahre und älter) bereits 37 %; mit den 45- bis 54-Jährigen, den »künftigen Alten«, deren Anteil an der Marzahn-Hellersdorfer Einwohnerschaft 19 % beträgt, weist der Bezirk berlinweit den höchsten Wert auf (Abbildung 2).

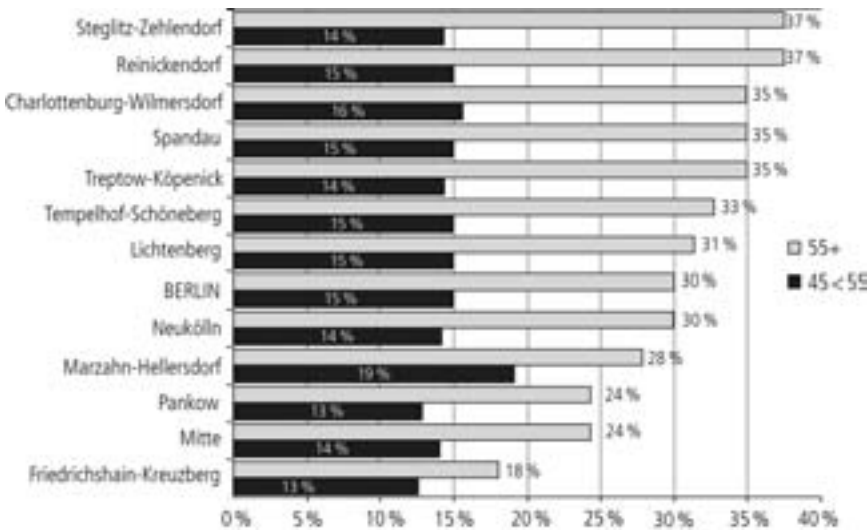


Abb. 2: Bevölkerungsgruppen ausgewählter Altersgruppen ab 45 Jahre in den Berliner Bezirken am 31.12.2007 (Quelle: AfS Berlin-Brandenburg/Darstellung: BA Marzahn-Hellersdorf)

Das Durchschnittsalter der Marzahn-Hellersdorfer Bevölkerung liegt bei 41,1 Jahre. Während vor zehn Jahren in Marzahn-Hellersdorf nur 17 % der Einwohner 55 Jahre und älter waren, liegt er heute mit dem Anteil von 28 % fast auf dem Niveau des Berliner Durchschnitts (30 %). In Marzahn-Hellersdorf war somit seit 1997 ein Anstieg um 11 Prozentpunkte zu verzeichnen, während es in Berlin nur 2 Prozentpunkte waren. Die Abbildung 3 zeigt diese unterschiedliche Entwicklung deutlich.

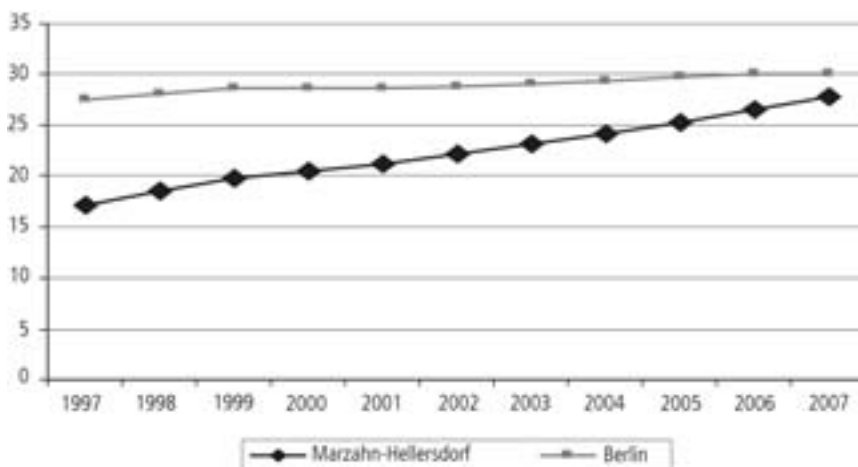


Abb. 3: Bevölkerungsanteil der Altersgruppe 55 und mehr in Berlin und in Marzahn-Hellersdorf 1997–2007 (31.12. – vgl. AfS Berlin-Brandenburg/Darstellung: BA Marzahn-Hellersdorf)

Der *Anteil der über 65-Jährigen* an der Gesamtbevölkerung des Bezirks hat sich von 7,5 % im Jahr 1997 (20 996 Einwohner) auf 15,2 % im Jahr 2007 (37 423 Einwohner) erhöht und wird gemäß Prognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung bis zum Jahr 2020 auf 50 941 Einwohner gestiegen sein, was dann einem Anteil von 21,5 % an der Bezirksbevölkerung von prognostizierten 237 119 Einwohnern entspräche.

Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf haben wir eine Bevölkerung, die in den nächsten Jahren deutlich altert – und dabei einerseits bis ins hohe Alter dynamisch und aktiv ins berufliche und soziale Leben eingebunden bleibt, andererseits nicht von altersbedingter Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit verschont bleiben wird.

Um den demografischen Wandel erfolgreich zu gestalten, sind neue Wege in der Zusammenarbeit erforderlich (Kommune, Träger, Bürger/-innen). Es sind kommunale Handlungskonzepte zu erarbeiten. Zentrale Planungsebenen sind die Altenplanung und die Psychiatrie- und Suchthilfeplanung. Zielstellung ist, Voraussetzungen zu schaffen, dass auch psychisch kranke ältere Menschen ein selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende in ihrer vertrauten Umgebung führen können. Dafür müssen von der Altenhilfe

und der Psychiatrie gemeinsame Lösungen, u. a. in den Bereichen Wohnen, Tagesstrukturierung und Unterstützung, entwickelt werden.

»Bei psychisch kranken älteren Menschen sind im Wesentlichen vier Gruppen zu nennen:

- Alt gewordene psychisch kranke Menschen
- Menschen, die erst im höheren Lebensalter psychisch erkranken
- Menschen mit demenziellen Erkrankungen
- Menschen mit primär somatischen Erkrankungen« (vgl. AOLG 2007)

Kooperationsstrukturen im Bezirk Marzahn-Hellersdorf

Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf kann dabei auf bewährte Strukturen zurückgreifen. Wesentliche Elemente für eine bedarfsgerechte Versorgung wurden und werden gesehen in:

- Vernetzung
- Verbindlichkeit
- Verlässlichkeit
- Kontinuität
- Transparenz

Diese Elemente bestimmen auch die Arbeitsweise. Das Wissen um eigene Kompetenzen und Grenzen der unterschiedlichen Leistungserbringer war ein nicht unbedeutender Sachverhalt, der die Entwicklung verbindlicher Zusammenarbeit vorantrieb.

Die gemeindepsychiatrische Versorgung wird durch Einrichtungen und Dienste innerhalb und außerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes getragen. Es besteht eine Versorgungsverpflichtung für psychisch kranke und abhängigkeitskranke Menschen nach § 8 Gesundheitsdienstgesetz (GDG). Eine abgestimmte verbindliche Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten wird über zielgruppenspezifische Verbünde erreicht (Abbildung 4).

Seit Beginn der 90er-Jahre wurde mit viel Engagement, guten Konzepten und qualifizierten Fachkräften ein differenziertes Versorgungssystem entwickelt. Dabei haben wir weiterhin die Verantwortung, Qualität und Leistung zu diskutieren.

Aufgabenstellungen der bezirklichen Verbünde beziehen sich auf folgende Ebenen:

1. Planungs- und Steuerungsebene: Bedarfsermittlung, Angebotsplanung

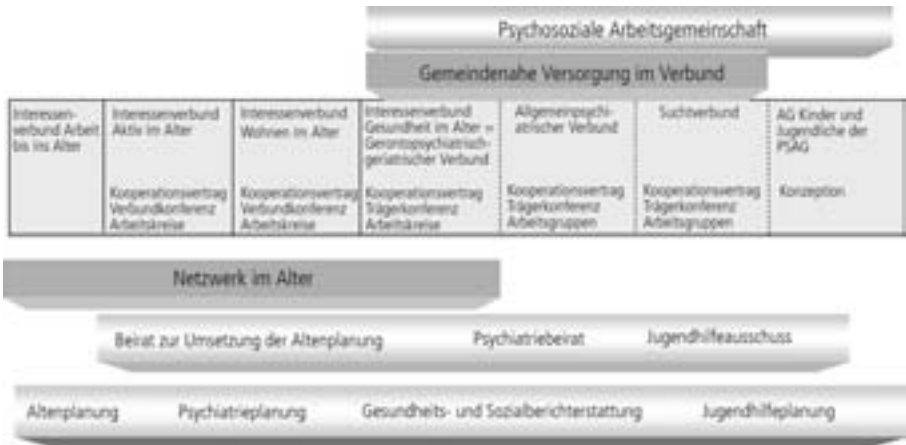


Abb. 4: Gesamtüberblick über bezirkliche Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in Marzahn-Hellersdorf

2. Klientenebene: Sicherstellung komplexer Leistungsangebote
3. institutionelle Ebene: Abstimmung von Aufgabenprofilen, Qualitätssicherung, Fort- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit

Die Aufgabenrealisierung erfolgt über Arbeitsgruppen. Die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen steht auch anderen Interessierten offen. Sie ist nicht an eine Mitgliedschaft gebunden.

Kooperationsverträge und Geschäftsordnungen regeln die verbindliche Zusammenarbeit. Die Trägerkonferenzen, die viermal im Jahr tagen, sind das beschlussfassende Gremium. Dort berichten die Arbeitskreise regelmäßig, und fachbereichsübergreifende Themen werden diskutiert.

Die Verbundstrukturen entwickelten sich unter dem Dach der *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft* (PSAG). Die PSAG wirkt auf die Zusammenarbeit aller an der psychosozialen Versorgung beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände der Versorgungsregion Marzahn-Hellersdorf hin.

Die PSAG hält den wechselseitigen Kontakt- und Informationsfluss aufrecht und trägt durch den fachlichen Austausch zur Verbesserung von Kooperation und Koordination bei.

Die AG Kinder und Jugendliche der PSAG hat Verantwortung für die Betreuung von psychosozial belasteten Kindern und Jugendlichen bzw. für

die Unterstützung von Familien, deren Kinder von seelischen Krisen, Störungen und Krankheiten betroffen sind, übernommen.

Das globale Ziel der AG Kinder und Jugendliche der PSAG ist das Erreichen einer effektiven und dem Bedarf angepassten Zusammenarbeit von Einrichtungen/Trägern. Die sich daraus ergebenden Aufgaben der AG Kinder und Jugendliche werden an dieser Stelle nicht weiter erläutert.

Der Gerontopsychiatrische Geriatriische Verbund

Seit dem Jahr 1997 entwickelten sich im Bezirk verbindliche Verbundstrukturen.

Der *Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund (GGV)/Interessenverbund Gesundheit im Alter* wurde 1997 als erster Verbund von 13 sehr verschiedenen Versorgungsträgern der Altenhilfe und Altenarbeit, der Geriatrie und Gerontopsychiatrie gegründet. Weitere Träger sind dem Kooperationsvertrag im Laufe der Jahre dem GGV beigetreten.

Die Kooperationsstruktur wird hergestellt über einen Kooperationsvertrag. Der Interessenverbund hat zum Ziel, Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegesituation und damit die Lebensqualität psychisch und somatisch kranker älterer Menschen in der Region zu verbessern. Der Verbund umfasst den Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbund und weitere Mitglieder, die eine Arbeitsvereinbarung mit dem Verbund haben. Derzeitig gehören zum GGV 30 Mitglieder, diese sind Vertreter und Vertreterinnen:

- von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
- von Einrichtungen häuslicher Krankenpflege
- von Krankenhäusern
- von den Wohlfahrtsverbänden
- von freien Trägern und Institutionen
- des Landes Berlin, vertreten durch das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
- der Seniorenvertretung Marzahn-Hellersdorf.

Durch bessere Abstimmung untereinander soll bei der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen Behandlungskontinuität ermöglicht werden, Versorgungslücken sollen aufgedeckt und behoben werden und die Qualität der Versorgung über Fortbildung, Team- und Institutionsberatung gesichert werden.

Der Verbund will dazu beitragen, dass sowohl psychisch kranke ältere Menschen eine optimale Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Betreuung und Pflege im Umfeld ihres bisherigen Lebensmittelpunktes erhalten.

Leitlinien des Verbundes sind:

- Hilfen und Unterstützung werden lebensfeldzentriert angeboten
- an jeder Stelle des Versorgungssystems wird angemessen beraten und vermittelt
- Hilfen und Unterstützung sind kontinuierlich aufeinander abzustimmen

Der Verbund ist Ansprechpartner für:

- ältere Menschen und ihre Angehörigen
- Mitarbeiter/-innen der Dienstleistungsanbieter im Bereich der Gerontopsychiatrie, Altenhilfe und Altenpflege sowie Geriatrie
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psycholog/-innen, Physio- und Ergotherapeut/-innen
- Seniorenvertretungen und Heimbeiräte
- politisch Verantwortliche

Der Verbund verfügt derzeit über folgende Arbeitskreise:

- AK 1: Klientenzentrierte Zusammenarbeit
- AK 2: Gerontoplenum
- AK 3: Planung und Öffentlichkeitsarbeit
- AK 4: Mobilitätshilfe
- AK 5: Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Beispiele der konkreten Arbeit:

- Durchführung von Fachtagungen zu Themen wie:
 - »Angehörigenarbeit in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege«
 - »Neue Wege in der Pflegelandschaft des Bezirkes« (Schwerpunkte: Hospiz, Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften)
- Vorbereitung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Verbundes und für die Öffentlichkeit:
 - »Tagespflege – eine Betreuungsform zwischen Heim und Daheim«
 - »Sachkundige Anwendung von Medikamenten im Alter«
 - »Der Mensch – Liebe und Sexualität im Alter«
 - »Sterbebegleitung und Trauerarbeit«

- Vision zur Bildung eines »Ausbildungsverbundes Marzahn-Hellersdorf«, eingegliedert in den Interessenverbund Gesundheit im Alter
- Handbucherstellung zur Entwicklung einheitlicher bezirklicher Standards in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz
- Haus- und fachärztliche Versorgung
- 07. November Fachtag zum Thema: »Menschen mit Demenz – Marzahn-Hellersdorf als demenzfreundliche Kommune«

Weitere zielgruppenspezifische Verbünde

Im Jahr 2000 entwickelten sich weitere zielgruppenspezifische Verbünde bzw. Interessenverbünde. Die breite Fachdiskussion in den 90er-Jahren in der Region (damals waren die Bezirke Marzahn und Hellersdorf noch getrennte Bezirke), u. a. auf einem Netztag Psychiatrie und in den PSAG, hatte zum Ergebnis, dass es sinnvoll war, weitere zielgruppenspezifische Verbünde zu initiieren. Einen entscheidenden Entwicklungsschub brachte die Vorbereitung auf die Umsetzung von personenzentrierten Hilfen im Jahr 2000.

Suchtverbund

Im Juni 2000 wurde nach längerer konzeptioneller Diskussion zwischen den unterschiedlichsten Versorgungsbeteiligten der *Suchtverbund* Marzahn-Hellersdorf gegründet (Abbildung 5). Er schafft eine verbindliche Kooperationsstruktur zwischen den freiwilligen Mitgliedern des Suchtverbundes. Mitglieder sind Träger und Institutionen des Bezirks Marzahn-Hellersdorf, die in Arbeitsfeldern Prävention, Therapie, Nachsorge, Selbsthilfe und/oder Betreuung Verantwortung übernommen haben. Das soll die Möglichkeit eröffnen, sich den Anforderungen an eine gemeinsame, zukunftsorientierte und effektive Suchtarbeit zu stellen.

Zu den derzeit 13 Mitgliedern des Suchtverbundes gehören:

- Freie Träger der psychiatrischen Pflichtversorgung und Wohnungslosenhilfe
- Pflichtversorgendes Krankenhaus
- Freie Träger der Jugendhilfe
- Land Berlin, vertreten durch das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf und durch die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Außenstelle Marzahn-Hellersdorf

Es bestehen aktuell sechs Arbeitsgruppen zu den Themen: Prävention; Qualitätssicherung; Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit; betroffenenorientierte Zusammenarbeit; Arbeit und Beschäftigung sowie zum Aspekt seelisch behinderte Menschen, die von Wohnungslosenhilfe bedroht bzw. wohnungslos sind.

Leitlinien des Verbundes sind:

- Suchtprävention verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz
- Suchtprävention zielt auf Förderung der Lebenskompetenz
- Gemeindenahen Ansätzen wird der Vorzug gegeben
- Entwicklung und Umsetzung eines an dem Bedarf des Hilfesuchenden orientierten Hilfeansatzes
- Sicherung von Kontinuität in der Betreuung
- Vernetzung der vorhandenen Angebote
- Suchtspezifische Qualifizierung grundversorgender Bereiche

Der Verbund ist Ansprechpartner für:

- Betroffene
- Angehörige
- Professionelle der unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereiche und grundversorgenden Bereiche
- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf dem Gebiet der Suchtprävention

Ein Beispiel für verbundübergreifende Arbeit ist die gemeinsame Vorbereitung und Durchführung der dritten Gesundheitskonferenz 2007 zum Thema »Suchtstoffe im Pflegealltag« mit dem Interessenverbund Gesundheit im Alter. Die Fachöffentlichkeit sowie interessierte Bürger/-innen und Betroffene des Bezirks wurden zum Thema »Suchtprävention bei Älteren« informiert. Dem Publikum wurden in diesem Rahmen Hilfsmöglichkeiten im Umgang bei Missbrauch von Suchtmitteln aufgezeigt und Anregungen zur Verhaltensentwicklung bzw. -beeinflussung vermittelt.

Allgemeinpsychiatrischer Verbund

Im September 2000 wurde der Kooperationsvertrag des *Allgemeinpsychiatrischen Verbundes* unterzeichnet. Der Allgemeinpsychiatrische Verbund (ApV) ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Institutionen und Freien Trägern, die im Bezirk Marzahn-Hellersdorf psychisch kranke Menschen ab dem 18. Lebensjahr betreuen und versorgen. Die verbindliche Einbeziehung der

niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte wird angestrebt, konnte aber noch nicht erreicht werden. Die Zusammenarbeit ist im Einzelfall möglich und wird auch zu fachbezogenen Themen umgesetzt.

Es gehören 14 Mitglieder der ApV an. Diese sind Freie Träger der psychiatrischen Pflichtversorgung; Pflichtversorgendes Krankenhaus; Land Berlin, vertreten durch das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf; Werkstätten für behinderte Menschen sowie stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.

Der Verbund ist Ansprechpartner für Betroffene, Angehörige, Selbsthilfegruppen und Initiativen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unterschiedlichen versorgenden Bereiche und politisch Verantwortliche.

Mit der Unterzeichnung eines Kooperationsvertrages haben sich alle Vertragspartner im Jahr 2000 verpflichtet:

- ihre Zusammenarbeit so zu verbessern, dass psychisch kranke Menschen entsprechend ihrer Betreuungsbedürftigkeit in einem optimalen Behandlungs- und Betreuungssetting versorgt werden,
- die bereits vorhandenen und noch zu schaffenden Angebote so zu vernetzen, dass eine am Hilfebedarf des Patienten/der Patientin orientierte gemeindeintegrierte Versorgung möglich ist,
- die Qualität der Versorgung über Versorgungsstandards, Erfahrungsaustausch, Transparenz und gemeinsame Fortbildung zu sichern.

Zur Umsetzung der Ziele werden Schwerpunktaufgaben in Arbeitsgruppen bearbeitet. Derzeitig arbeiten folgende Arbeitsgruppen:

- Arbeitsgruppe personenzentrierte Hilfen (ständige Arbeitsgruppe)
- Arbeit und Beschäftigung (gemeinsame AG mit dem SV)
- Arbeitsgruppe zum Thema seelisch behinderte Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht bzw. wohnungslos sind (gemeinsame AG mit dem Suchtverbund)

Drei Beispiele aus der konkreten Arbeit:

1. Erarbeitung einer bezirklichen Geschäftsordnung für das Steuerungsgremium Psychiatrie

Im Land Berlin wurde eine Rahmengeschäftsordnung für die Steuerungsgremien Psychiatrie (RGO SGP) entwickelt, die die Grundlage für die bezirklichen SGP war. Mit der RGO sollte die Arbeit der SGP einen einheitlichen verbindlichen Rahmen erhalten, die Transparenz der Arbeitsweise gefördert, ein Mindeststandard gesichert sowie die überbezirkliche Zusammenarbeit erleichtert werden.

Diese RGO regelt die fallbezogene Steuerung der Hilfeebringung für seelisch behinderte Menschen, die Zusammensetzung des Steuerungsgremiums Psychiatrie und dessen Arbeitsweise.

Die Mitglieder des Allgemeinpsychiatrischen Verbundes, insbesondere die AG personenzentrierte Hilfen, waren maßgeblich an der Erarbeitung einer bezirklichen Geschäftsordnung für das Steuerungsgremium Psychiatrie beteiligt.

Das SGP setzt sich zusammen aus dem/der zuständige/-n Psychiatriekoordinator/-in, einem/r Vertreter/-in des Trägers der Sozialhilfe (Fallmanagement), einem/r Vertreter/-in des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Vertreter/-innen der bezirklichen Leistungserbringer aus dem psychiatrischen Pflichtversorgungssystem. Eine bezirkliche Besonderheit ist die Einbindung von drei bezirklichen Pflegeeinrichtungen, die Wohnbereiche für chronisch psychisch kranke Menschen vorhalten. Eine Kooperation bzw. Abstimmung der unterschiedlichen Perspektiven ist dadurch besser gewährleistet.

Hauptaufgabe des Steuerungsgremiums Psychiatrie (SGP) ist eine einzelfallbezogene Steuerung der Hilfeebringung, d. h. die bedarfsgerechte Anpassung der Hilfeleistungen an den persönlichen Hilfebedarf eines Klienten/einer Klientin ist das Ziel der Steuerung der Hilfen im Einzelfall.

Ziel ist es, die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes, der den individuellen Hilfebedarf der Klient/-innen in das Zentrum der Bemühungen rückt. Wichtig ist, dass vor allem vor dem Hintergrund von Trägerbudgets, mehr Menschen bei gleichbleibendem Finanzvolumen versorgt werden. Die hilfebedarfsgruppenbezogene Vergütung ermöglicht flexibleres Handeln.

Andererseits erfüllt die Arbeit des SGP die Funktion einer regelmäßigen Bedarfsermittlung. Mit der Einführung des Fallmanagements in den Bereich der Eingliederungshilfe nach SGB XII im Jahr 2005 musste die Arbeit des SGP mit der Arbeit des Fallmanagements verknüpft werden.

2. Vorbereitung und Durchführung der fünften Gesundheitskonferenz
Der GGV und der ApV waren maßgeblich an der Vorbereitung und Durchführung der 5. Gesundheitskonferenz »Marzahn-Hellersdorf – Haus- und fachärztliche Versorgung in Bewegung« beteiligt. Ausgangspunkt war das von den Patientinnen und Patienten erlebte Spannungsfeld zwischen den statistischen Daten zur ärztlichen Versorgung und den

mitunter auch erfolglosen Bemühungen, einen Termin zur ärztlichen Behandlung zu erhalten. Erfahrungen von Pflegekräften und Angehörigen von hochaltrigen Menschen in Pflegeeinrichtungen sind, dass es unendlich schwerer geworden ist, eine fachgerechte Versorgung vor Ort zu erhalten.

3. Vorbereitung und Durchführung der Woche der seelischen Gesundheit

Betroffene und Professionelle sensibilisieren gemeinsam die Bürgerinnen und Bürger für das Thema psychische Gesundheit, informieren und klären auf über Möglichkeiten der Prävention von psychischen Erkrankungen und deren Behandlung (z. B. durch Fachgespräche, Ausstellungen, Tage der offenen Tür, Aktionstage). Mitglieder der zielgruppenspezifischen Verbünde unterstützen diese öffentlichen Aktivitäten. Die Woche der seelischen Gesundheit wurde zum Beispiel von der Koordinierungsstelle »Rund ums Alter« genutzt, um u. a. zum Thema Demenz zu informieren.

Interessensverbund Wohnen im Alter

Ebenfalls im Jahr 2000 gründete sich der *Interessenverbund Wohnen im Alter*. Er sieht es als seine Aufgabe an, die Vermieter für die Belange des Wohnens im Alter zu sensibilisieren und Empfehlungen an die Vermieter und die Kommunalpolitik auszusprechen. Die Aufgaben sind von strategischer/grundsätzlicher Art für die Entwicklung des Wohnens im Alter (Abbildung 5).

Konkrete Arbeitsbeispiele sind:

- Bei der Sanierung bzw. Umgestaltung von seniorenfreundlichem Wohnraum haben verschiedene Wohnungsbauunternehmen die Empfehlungen des Interessenverbundes Wohnen im Alter umgesetzt.
- Ein weiterer Schwerpunkt zur Weiterentwicklung der wohnortnahen Infrastruktur, wird einem Beispiel aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg folgend, die Schaffung eines »Generationsmarktes« angeregt. Ziel soll es sein, das Einkaufen (nicht nur für Ältere) zu erleichtern (z. B. bequeme Einkaufswagen, Lupen an den Regalen, Kühlregale mit Stufe).
- Wohnfeldumgestaltung: senioren- und behindertenfreundliche Gestaltung des Cecilienplatzes; der Interessenverbund legte Lösungsvorschläge einem Wohnungsunternehmen vor. Erste Änderungen sind erfolgt.
- Gestaltung eines Fachtages »Wohnen plus – Wohnen und Service im Alter« mit der Alice-Salomon-Fachhochschule

Aufgaben: – Entwicklung des Wohnens im Alter im Bezirk – Sensibilisierung der Vermieter für die Belange des Wohnens im Alter – Empfehlungen an die Kommunalpolitik/Vermieter – Zusammenführung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus den Arbeitskreisen – Öffentlichkeitsarbeit Mitglieder des Interessenverbundes sind Vertreter und Vertreterinnen: – der Wohlfahrtsverbände – freier Träger – von Wohnungsbauunternehmen – medizinischer Pflegeeinrichtungen – des Landes Berlin, vertreten durch das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin – der Seniorenvertretung Marzahn-Hellersdorf www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheits/wohnalter.html		
Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit	Arbeitskreis Vermieterkontakte, Bedarf, Wohnumfeld	Arbeitskreis Technik

Abb. 5: Interessensverbund Wohnen im Alter

Interessenverbund Aktiv im Alter

2001 kam ein weiterer Interessenverbund hinzu, der *Interessenverbund Aktiv im Alter*. Er setzt sich für die Belange von Kommunikation, Kultur, Bildung, Sport und Touristik im Alter sowie für nachberufliche Tätigkeitsfelder ein (Abbildung 6). Konkrete Beispiele der Arbeit sind:

- Vorbereitung und Durchführung des Familientages und Seniorenwandertages als ein gemeinsamer bezirklicher Höhepunkt auf dem Gelände der »Gärten der Welt«.
- Aufbau einer Seniorenakademie »alt-KLUG«. Gemeinsam mit der Volkshochschule Marzahn-Hellersdorf wurde ein Workshop zum Aufbau einer Seniorenakademie durchgeführt. Es entstand die Projektskizze »alt-KLUG«

Auf der Grundlage der Ergebnisse einer Sozialstudie »50 und älter in Marzahn-Hellersdorf« befindet sich die *Interessengemeinschaft Arbeit bis ins Alter* für die über 50-Jährigen mit dem Ziel der Schaffung von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen derzeit im Aufbau.

Aufgaben: – Entwicklung von Aktivität im Alter im Bezirk – Zusammenführung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus den Arbeitskreisen – Empfehlungen an die Kommunalpolitik/Vermieter – Öffentlichkeitsarbeit – Vorbereitung/Durchführung von Fachveranstaltungen – Planung von Großveranstaltungen im Bezirk – Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen Mitglieder des Interessenverbundes sind Vertreter und Vertreterinnen: – der Wohlfahrtsverbände – freier Träger und Institutionen – des Landes Berlin, vertreten durch das Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin – der Seniorenvertretung Marzahn-Hellersdorf www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheitsaktivitaet.html	
Arbeitskreis Seniorenaktivtag	Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit

Abb. 6: Aufgaben und Mitglieder des Interessenverbunds Aktiv im Alter

Aus den in zeitlicher Abfolge geschaffenen Interessenverbünden bzw. aus den zielgruppenspezifischen Verbünden entwickelte sich das *Netzwerk im Alter* und eine *gemeindepsychiatrische Versorgung im Verbund*.

Netzwerk im Alter

Das übergreifende Netzwerk im Alter, bestehend aus dem Beirat zur Umsetzung der Altenplanung (fachpolitische Ebene der Altenplanung bzw. deren Schnittstelle zur Kommunalpolitik) und den Interessenverbünden, ist praktischer Ausdruck und Ergebnis der konzeptionellen Arbeit aller Akteure der Altenplanung und wurde unter wesentlicher Mitwirkung der Seniorenvertretung entwickelt.

Wie bereits dargestellt, besitzt jeder Interessenverbund eine eigene spezifische Fachlichkeit, die einerseits eine Abgrenzung von den anderen Verbünden erfordert, andererseits aber auch aufgrund der Komplexität vieler Problem- und Fragestellungen eine verbundübergreifende Zusammenarbeit verlangt. Im *Beirat zur Umsetzung der Altenplanung* wird die Verbindung

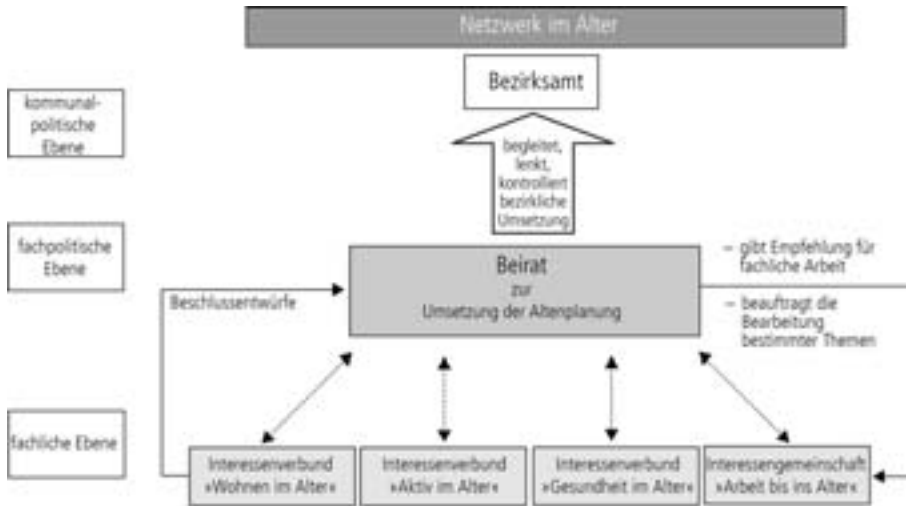


Abb. 7: Struktur des Netzwerks im Alter und Aufgaben des Beirats zur Umsetzung der Altenplanung

zwischen der fachlichen und der kommunalpolitischen Ebene hergestellt. Die Arbeit der Interessenverbünde und deren Ergebnisse werden im Beirat zur Umsetzung der Altenplanung *koordiniert* und *zusammengeführt*.

Der Beirat zur Umsetzung der Altenplanung als Bestandteil des Netzwerks im Alter *begleitet, lenkt und kontrolliert* die Umsetzung der Altenplanung des Bezirks.

Die *Mitgliedschaft* im Beirat wird begründet durch Berufung durch das für den Geschäftsbereich Soziales zuständige Mitglied des Bezirksamts nach schriftlicher Anerkennung der Geschäftsordnung. Mitglieder sind:

- Bezirksbürgermeister/-in, Bezirksstadträte/-stadträtinnen (die Bezirksamtsmitglieder sind qua Amt Mitglied des Beirats),
- Vertreter/-innen der zuständigen BVV-Ausschüsse,
- Vertreter/-innen der Wohlfahrtsverbände,
- Vertreter/-innen der Seniorenvertretung,
- Gleichstellungsbeauftragte/r, Integrationsbeauftragte/r, Bezirksbeauftragte/r für Menschen mit Behinderung,
- Vertreter/-innen der Interessenverbünde »Wohnen im Alter«, »Aktiv im Alter«, »Gesundheit im Alter« und »Arbeit bis ins Alter«

Die Altenplanung ist eine wichtige Vermittlungsinstanz zwischen den Interessen und Bedürfnissen der älteren Menschen und den sozialen Dienstleistungen. Altenplanung wird im Bezirk als ein komplexer, ressortübergreifender Planungs- und Handlungsprozess verstanden und sie basiert auf einem zielgruppen-, stadtteil-, sozialraum- und ressourcenorientierten Ansatz. Für die Altenplanung 2007–2011 wurden bezirkliche Leitlinien bestimmt, die für das Handeln der beteiligten Akteurinnen und Akteure maßgeblich sein sollten.

Gemeindepsychiatrische Versorgung im Verbund

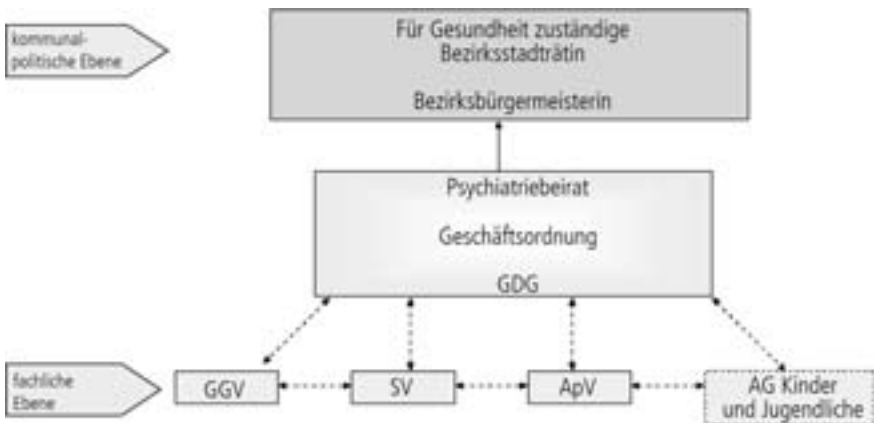


Abb. 8: Gemeindenahe Versorgung im Verbund

An der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Verbund sind der Gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbund, der Allgemeinpsychiatrische Verbund, der Suchtverbund (und die AG Kinder und Jugendliche der PSAG) beteiligt.

Auf der gesetzlichen Grundlage des § 3 (4) GDG wird für eine Wahlperiode der *Psychiatriebeirat* durch das für Gesundheit zuständige Mitglied des Bezirksamtes berufen. Er berät die Bezirksstadträtin/Bezirksbürgermeisterin in allen Fragen der Strukturentwicklung und psychosozialen Versorgung und ist vor grundsätzlichen Planungs- und Strukturentscheidungen zu hören. Mit dem Psychiatriebeirat wird ebenfalls die Verbindung zwischen der fachlichen und der kommunalpolitischen Ebene hergestellt.

Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Bezirksamts beruft die Mitglieder des Psychiatriebeirats. Dem Beirat gehören folgende Bereiche an:

- Leistungserbringer der psychiatrischen Pflichtversorgung,
- Pflichtversorgendes Krankenhaus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie,
- Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf mit den Bereichen Gesundheit, Soziales und Jugend,
- Bereich der Selbsthilfe und Angehörigeninitiativen und die zielgruppenspezifischen Verbünde

Die Geschäftsführung obliegt dem Bereich der psychosozialen Koordination.

Umsetzung der Vernetzung von Altenhilfe und Psychiatrie

Die Kooperationsstrukturen haben sich bewährt. Es entwickelte sich eine kollegiale und kritische Arbeitsweise. Die Beteiligten profitieren gegenseitig von den fachlichen Erfahrungen und fachlichen Kompetenzen.

Die Verbundlösungen streben die Bereitstellung individueller Hilfen an. Die gemeindepsychiatrische Versorgung findet ihren Ausdruck im stattgefundenen differenzierten Ausbau der zielgruppenspezifisch ausgerichteten Verbünde, einem Versorgungsverbund mit differenzierten, miteinander vernetzten Versorgungsbausteinen sowie in der Weiterentwicklung bereits bestehender Gremien. Durch die zielgruppenspezifischen Verbundsysteme wurde eine gemeinsame Versorgungsverantwortung vertraglich geregelt. Das Zusammenwachsen unterschiedlicher Versorgungssysteme hat begonnen und muss weiterentwickelt werden.

Das Versorgungssystem ist u. a. noch mehr auf den Bedarf psychisch kranker *alter* Menschen auszurichten. Pflege und Teilhabe sind weiter zu verknüpfen. Angehörige und bürgerschaftliches Engagement müssen gestärkt werden.

Mit der stetig steigenden Anzahl alter, im Alter aktiver, zunehmend aber auch pflegebedürftiger Menschen ist eine Altenplanung und eine damit eng verbundene Koordination der Altenarbeit auf Bezirks- und Stadtteilebene notwendig.

Im psychiatrischen Pflichtversorgungssystem leben ebenfalls älter werdende Bürger/-innen, die den Wunsch haben, in ihrem gewohnten Le-

bensumfeld zu bleiben. Erwartungen an das Leben ändern sich. Älter werden bedeutet nicht, auf ein aktiv geführtes Leben und befriedigendes Leben zu verzichten.

Dies hat entscheidende Auswirkungen auf die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten und bedeutet auch für die Kommune eine neue Herausforderung.

Die derzeit im Bezirk geführte qualitative Diskussion zur gemeindepsychiatrischen Versorgung bezieht alle Versorgungsbeteiligten und -bereiche mit ein und berücksichtigt auch die Situation von älter werdenden Bürger/-innen. Die Ergebnisse werden in die Fortschreibung der Psychiatrie- und Suchthilfeplanung einfließen. Dabei wird die Bedarfsermittlung als gemeinsamer Abstimmungsprozess geführt. Gemeinsame Ziele werden entwickelt und Handlungsempfehlungen für die Arbeit der kommenden Jahre werden abgeleitet.

Älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung so lange wie möglich zu erhalten – oder die Rückkehr dorthin nach Aufenthalt in Einrichtungen wieder zu ermöglichen, wird eine Zielstellung sein.

Die Kommune kann und muss hier ihren Beitrag leisten durch Einflussnahme auf die Gestaltung der Strukturen und Angebote, um den wachsenden Anforderungen zu entsprechen und um sich zur demenzfreundlichen Kommune zu entwickeln.

Literatur

ARBEITSGRUPPE PSYCHIATRIE der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.2003), Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007, Vorsitzende Dr. Monika Stolz, Baden-Württemberg (Hg): Psychiatrie in Deutschland, Strukturen, Leistungen, Perspektiven, 1. Auflage, 2007

BEZIRKSAMT MARZAHN-HELLERSDORF von Berlin, Abteilung Gesundheit, Soziales und Personal (Hg): Altenplanung für den Bezirk Marzahn-Hellersdorf 2007–2011, Eigendruck, 2007

BEZIRKSAMT MARZAHN-HELLERSDORF von Berlin, Abteilung Gesundheit, Soziales und Personal, Geschäftsstelle des Beirates zur Umsetzung der Altenplanung (Hg): Netzwerk im Alter, Vierter Bericht der Interessenverbände Wohnen im Alter, Aktiv im Alter, Gesundheit im Alter an den Beirat zur Umsetzung der Altenplanung 2007, Eigendruck, 2008

BEZIRKSAMT MARZAHN-HELLERSDORF von Berlin, Abteilung Gesundheit, und Ökologische Stadtentwicklung (Hg): Psychiatrieplanung für die Versorgungsregion Hellersdorf/Marzahn 1999, Eigendruck, 1999

BEZIRKSAMT MARZAHN-HELLERSDORF von Berlin, Abteilung Gesundheit, Soziales und Personal: Bezirkliche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen – Beispiele aus zwei Berliner Bezirken, Zuarbeit für die Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht der Senatsverwaltung Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2008 (noch nicht veröffentlicht)

VI Weiterentwicklung der Hilfeplanung

Einleitung

Petra Gromann, Kristina Krüger

In Deutschland existiert eine Vielzahl verschiedener Verfahren der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung.

Im Vortrag von *Petra Gromann* werden wichtige Entwicklungen und Grundsätze einer interdisziplinären, lebensbereichsübergreifenden und zielorientierten Teilhabeplanung vorgestellt. Um »Personen-« statt »Maßnahme«-Orientierung umzusetzen sind jedoch Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit wichtig.

Hier ist besonders der Beitrag von *Christina Nerlich und Ingmar Steinhart* vorzustellen, der wichtige Ergebnisse zu Rahmenbedingungen von Hilfeplankonferenzen – den regionale Steuerungsgremien von Hilfeplanungsverfahren – vorstellt. Dieser Projektbericht einer wissenschaftlichen Evaluation stellt erstmals wichtige Ergebnisse im Sinne von »best-practice« vor. Auch die Ergebnisse der begleitenden Nutzerbefragung sind von Bedeutung – eine gute Zusammenschau zu Qualitätsentwicklung, Umsetzung und notwendigen Bedingungen der Organisation wird in diesem Beitrag geleistet.

Der folgende Beitrag von *Marion Locher* setzt sich ebenfalls mit einem aktuellen Thema der Umsetzung von Hilfeplanung auseinander: den Anforderungen an Koordination. Neben einer Übersicht zu den vielfältigen Aufgaben der koordinierenden Begleitung und des administrativen Managements stellt dieser Beitrag eine wichtige Klärung des Verhältnisses zu den Aufgaben gesetzlicher Betreuung dar. Die Chancen eines einheitlichen integrierten Hilfeplanungsverfahrens werden aus den Problemen des Arbeitsalltags in einem vielfältig abgrenzenden und konkurrierenden System von Hilfen entwickelt.

Der letzte Beitrag dieses Symposions von *Klaus Wingenfeld* fällt zunächst aus dem Rahmen – er berichtete von den von ihm mit entwickelten Begutachtungsrichtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Das neue modularisierte Begutachtungsinstrument wird im Vortrag vorgestellt, von besonderer Bedeutung sind die über den bisherigen Pflegebegriff hinausweisenden Module wie etwa »Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte«. Der Vortrag unterstreicht die Bedeutung von lebensfeldbezogenem Assessment als Grundlage einer noch zu entwickelnden Hilfeplanung und verweist auf die Bedeutung von Zielen.

Individuelle und integrierte Teilhabeplanung – der Ansatz des ITP Hessen

Petra Gromann

Teilhabeplanung (ITP) und Hilfeplanung (IBRP) folgen der gleichen Prozesslogik, unterscheiden sich aber im Fokus: Während »Teilhabeplanung« auf Teilhabe im Sinne des SGB IX und XII ausgerichtet ist, nimmt Hilfeplanung grundsätzlich die verschiedenen Sozialrechtsbereiche in den Blick, die für eine Person (im Querschnitt und Längsschnitt) relevant sind.

Teilhabeplanungs- oder Hilfeplanungsinstrumente haben vielfältige Voraussetzungen: an die Selbsteinschätzung von Betroffenen, das Können von Mitarbeitern, das organisatorische Geschick von Trägern und den Überblick wie Regelkenntnis von Mitarbeitern der Sozialleistungsträger.

Teilhabeplanung als Verfahren ist als »höhere Kunst« im Sinne der Veränderung von Nachbarschaften, professioneller Milieus und professionellen Könnens in der individueller Begleitung von eigenen Lebenswegen zu verstehen.

Integrierte Hilfeplanung/Teilhabeplanung soll folglich vier Ebenen möglich machen:

1. Individuelle Planung von Bedarfen im Dialog mit den Betroffenen – orientiert an der Lebenssituation und den Wünschen und Zielen von beeinträchtigten Menschen.

Dies bedeutet auch, in der Beschreibung sich an einem »übergreifenden« Einschätzungssystem zu orientieren, das in Deutschland zunehmend Bedeutung für die Integration der verschiedenen Rehabilitationsträger gewinnen wird. Es ist also unerlässlich, dass ein neues System auch eine Brücke zur International Classification of Functions (ICF) bildet.

2. Teilhabeplanung soll das Erarbeiten der *professionellen* und *nachbarschaftlichen* Dienstleistungen für die Umsetzung von Teilhabezielen bzw. der Budgetplanung im Rahmen eines *persönlichen Budgets* möglich machen – mithin die wichtigste Ebene für Leistungserbringer.

3. Koordinierende Vermittlung und Abstimmung »wer macht was« in verschiedenen Angebotsbereichen (z. B. Wohnen/Arbeiten), und auch der Arbeitsteilung zwischen Selbsthilfe, professioneller, bezahlter und unbezahlter Unterstützung.

Wenn dies auf regionaler Ebene geschieht, können auch regionale Bedarfslücken und Veränderungsbedarf bei den Angebotsformen erkannt werden. Teilhabeplanung setzt folglich voraus, dass ein begleitendes

System an »runden Tischen« – Teilhabeplanungskonferenzen existiert, indem Leistungsanbieter und Leistungsträger einer Region regelmäßig zusammenkommen.

4. Teilhabeplanung muss eine inhaltlich angemessene, »wirtschaftliche« und einfache zeitbezogene Finanzierungsgrundlage bieten. Der Zeitbezug eines solchen Finanzierungssystems ist aus folgenden Gründen wichtig: Antragsteller/Betroffene müssen selbst eine Einschätzung gewinnen können, in welchem Umfang sie begleitet und unterstützt werden, Mitarbeiter müssen einschätzen können, in welchem Umfang sie tätig werden, für Träger ist die Inanspruchnahme von Mitarbeiterzeit der mit Abstand wichtigste Kostenfaktor.

Ich möchte mich mit der folgenden Diskussion von Erfahrungen an den gerade beschriebenen Ebenen orientieren.

Ebene 1: Gefährdungen der individuellen Planung von Bedarfen im Dialog mit Betroffenen

Unabhängig von jedem Hilfeplanungsinstrument setzt dieser Dialog eine grundsätzliche Bereitschaft von Professionellen voraus, auf »gleicher Augenhöhe« zu verhandeln. Dies ist nicht immer gegeben – sei es, dass Kommunikation nur eingeschränkt möglich ist, sei es, dass Mitarbeiter eine eigene Einschätzung haben und es nicht für zweckdienlich halten, wirklich ergebnisoffen zu planen. Auch scheinen oft die klaren Abläufe und Möglichkeiten einer Einrichtung/Lebensgemeinschaft oder eines spezifischen, zielgruppenorientierten Konzeptes es überflüssig zu machen, jetzt noch individuell gemeinsam zu planen.

Teilhabeplanungsinstrumente, die ja mit dem klaren fachlichen wie auch gesetzlichen Anspruch antreten, zu individuell abgestimmten Dienstleistungen zu kommen, müssen hier folglich »verstören« und auf einer ziel- und ergebnisoffenen Planung wie der Abstimmung mit Betroffenen bzw. deren gesetzlichen Vertretern bestehen.

Gefährdet ist dieser Dialog aber auch deshalb, weil für Betroffene die Verständlichkeit des Planungsprozesses und des »Teilhabe-/Hilfeplanungsinstruments« nicht immer gegeben ist. Dies betrifft nicht nur Klienten mit kognitiven oder Sinneswahrnehmungseinschränkungen, sondern auch andere.

Auszufüllende Formulare sind zunächst aversiv, sie verlangen, die eigenen Probleme, Einschätzungen und Ziele offenzulegen, um Hilfen finanziert

zu bekommen. Neben den Datenschutzproblemen wird der »Sinn« eines solchen Verfahrens erst offensichtlich, wenn durch erfolgreiche Beteiligung »Selbstwirksamkeit« erfahren wird, d. h. in der Regel erst nach dem ersten oder zweiten Planungsprozess.

Grundsätzlich ist deshalb erforderlich, dass unterschiedliche Sichtweisen dokumentiert werden können; eigentlich ist ähnlich wie beim persönlichen Budget eine »unabhängige« Budgetberatung wichtig.

Praktisch alle Teilhabeleistungen/Hilfen werden beziehungsorientiert erbracht, und deshalb spielt auch im Planungsprozess für Menschen mit Beeinträchtigungen das Phänomen der »soziale Erwünschtheit« (Anpassung an die vermeintlichen und ausgesprochenen Wünsche meiner Begleiterin/Betreuerin) eine Rolle. Diese »soziale Erwünschtheit« wirkt auch auf der Ebene von Mitarbeitern gegenüber dem Angebot der eigenen Einrichtung und führt dazu, dass nur wenig Zusammenhang der Planung mit den individuellen Zielen entsteht (irgendwie schreibt man eben alles bei allen rein, was die Einrichtung anbietet – vom Schwimmen gehen bis zur Begleitung von Angehörigen). Eine weitere deutliche Gefährdung von Teilhabeplanung liegt in dem subjektiven Verständnis von Mitarbeitern, dass gute Hilfe immer viel Hilfe ist und man sich mit »Zeithorterei« selbst aufwertet.

Die Erleichterung der Verwaltung und der Kommunikationswege durch EDV-basierte Planungsverfahren kann den Dialog ebenfalls gefährden: es scheint viel einfacher, das Instrument am PC selbst – ohne begleitende Gespräche – auszufüllen.

Hinzu kommt die neue Anforderung: Einbeziehen von ICF-basierten Beschreibungen

- Zunächst ist ICF grundlegend zu begrüßen: es stellt ein bio-psycho-soziales Modell dar, dass die Dominanz rein körper- und verrichtungs-orientierter Einschätz- und Diagnostikverfahren überwindet. Es ist kulturübergreifender »Weltstandard« von vielen Experten aus aller Welt erarbeitet (deutsche Version siehe www.dimdi.de)
- Seine Bedeutung für den Bereich Rehabilitation ist grundlegend – ICF wird in den kommenden Jahren verbindlich für Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, funktionale Diagnostik, Rehabilitationsmanagement, Interventionsplanung und Evaluation rehabilitativer Maßnahmen genutzt
- *Die ICF-Kategorien gelten für alle Menschen: das Konzept bezieht sich auf die Beschreibung von »Gesundheit« oder alle Krankheiten und damit zusammenhängende folgende Problemen*

ICF definiert als Kategorien Körperstrukturen, Aktivitäten des täglichen Lebens und der sozialen/gesellschaftlichen Teilhabebereiche sowie Kontextfaktoren. Damit können die Funktionen des menschlichen Körpers, die Alltagsvollzüge von Menschen (dazu gehören auch die psychischen Funktionen), ihre sozialen Kontakte und ihr Umfeld in dynamischer Wechselwirkung beschrieben werden. Damit erfolgt faktisch eine Abkehr von einem Defizitmodell, ohne die präzise Beschreibung von Problemen zu vernachlässigen und löst damit die Probleme von unterschiedlichen Sichtweisen und unterschiedlicher Begriffssysteme.

Besonders wichtig bei Teilhabeplanung ist die Berücksichtigung der Wechselwirkungen – so geht in eine ICF-basierte Einschätzung noch weiter ein:

- Persönliche Faktoren z. B. Alter, gewünschter Lebensstil
- Die gegenwärtige Situation wird als beeinflusst von Umweltfaktoren verstanden: dies gilt nicht nur für die materielle, technische und natürliche Umwelt, sondern auch für die soziale. Dabei ist vor allem die Einstellung des Umfeldes mit zu berücksichtigen. Ein Beispiel: die Tatsache, in einer eigenen Wohnung zu leben, hat »durchschlagende« Wirkungen auf Lebensstil, Hilfebedarf und Selbsteinstellung wie auch Kosten.
- Besonders wichtig ist die Vorschrift, systematisch die Umweltfaktoren in der Beschreibung mit zu berücksichtigen, das gilt sowohl für die materielle Lage als auch die Einstellung von professionellen Begleitern wie auch die von Freunden und Angehörigen.

Gleichwohl schafft die Einbeziehung von ICF neue Gefährdungen des Dialogs in der Teilhabeplanung:

- ICF-Einbeziehung in Planungsinstrumente verschärft die Frage der Expertendominanz und der Verständlichkeit: Die Kodierung (alphanumerisch) und die Sprache ist nicht unmittelbar alltagsverständlich.
- ICF ermöglicht zwar eine Integration der Anforderungen aller Rehabilitationsträger – aber auch die Einbeziehung deren schematisierender Standards: z. B. »evidenzbasierte Core-Sets« (im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden bestimmten Diagnosegruppen den am überzufällig häufigsten funktionalen Beeinträchtigungen zugeordnet), Messung des Rehabilitationserfolges am Grad der funktionellen Verbesserung (bei jedem Item muss der Grad der Beeinträchtigung eingeschätzt werden, nur Items, die Verbesserungen zeigen weisen auf Rehabilitationserfolge hin), und die statistische Auswertung der Beeinträchtigungen und Re-

habilitationserfolge (Prädiktoren) ermöglichen günstige Rehabilitationsprognosen, ein Effekt den man auch »creaming off the poor« nennt – d. h. dass nur diejenigen »teure« Programme bezahlt bekommen, bei denen sich von den Prädiktoren »gute« Erfolge voraussagen lassen.

Ein wichtiger Unterschied von Teilhabepanung zu Einschätzskalen in der Hilfeplanung (z. B. Einschätzung des Hilfebedarfs in der alltäglichen Lebensführung) ist, dass *Teilhabepanung sich als Prozess begreift*.

Teilhabepanungsinstrumente sind folglich keine Dokumente, in denen Leistungen festgehalten werden, sondern Arbeitsmittel in einem fortlaufenden gemeinsamen Prozess der Teilhabepanung.

Die Anforderungen an diesen Prozess sind wie folgt zu beschreiben:

- Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Zielorientierung im Prozess: diese ist gesetzlich verankert und von dem fachlich-methodischen Vorgehen her »evidenzgesichert«. Dies bedeutet, dass über gemeinsame Ziele und gemeinsame Arbeit zur Erreichung der Ziele sowie die gemeinsame Überprüfung der Zielerreichung deutlich mehr erreicht werden kann, als bei einem Vorgehen ohne Zieldefinitionen.
- Auch der Teilhabepanungsprozess ist beziehungsorientiert, d. h. er setzt voraus, dass es eine kontinuierlich begleitende Person gibt, die auch die Durchführung und Auswertung der Erfahrungen begleitet.
- Teilhabepanung ist ressourcenorientiert, und zwar von der Mitarbeit des Einzelnen wie auch von der Einbeziehung des nicht professionellen Umfelds her gesehen.
- Teilhabepanung soll integrativ in Bezug auf Methoden und Lebensfelder sein – dies bedeutet, dass unterschiedliche Hilfen auch inhaltlich abgestimmt werden.
- Teilhabepanung ist immer auf Zukunft gerichtet, d. h. prospektiv und hat damit immer einen zeitlichen Zugang (in der Regel Planung für das nächste Jahr).
- Teilhabepanung bedeutet die Unterstützung und die Umsetzung der »persönlichen Zukunftsplanung« von Klienten.
- Teilhabepanung erfordert ein übersichtliches und nicht allzu langes Instrument, was schnelle Orientierung und leichtes Ausfüllen ermöglicht.

Ein kleiner Exkurs: Zukunftsplanung unterstützen – was bedeutet das?

Nicht alle Menschen mit Unterstützungsbedarfen haben Vorstellungen, wie ihr Leben, ihre Zukunft aussehen soll. Ein übliches Hilfeplanverfahren reicht oft nicht aus, um dies herauszufinden – es bietet nur Platz, die langfristigen Ziele einer Person aufzuschreiben. Es ist insbesondere für Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen zu empfehlen, eine persönliche Zukunftsplanung (siehe hierzu auch www.people1.de) zusammen mit Freunden und ihren/seinen Bezugsmitarbeitern zu machen. Die Planung eines solchen Prozesses kann aber Inhalt eines ITP sein.

Um diese Optionen in Teilhabeplänen umzusetzen, benötigt man an prominenter Stelle Freifelder, um »Leitstern«, eigene Lebens(stil)ziele – unabhängig von Hilfezielen aufzuschreiben. Der ITP Hessen setzt dies quasi als »Überschrift« an den Beginn der Seiten zur Teilhabeplanung.

Ebene 2: Erarbeiten von privaten/professionellen Dienstleistungen in Integrierten Teilhabeplänen

Die Erarbeitung von abgestimmten professionellen Dienstleistungen und/oder persönlichen Budgets ist der inhaltliche Schwerpunkt von Hilfe-/Teilhabeplänen

- Die grundsätzliche Fragestellung lautet: Welcher Bedarf lässt sich aus dem Lebensumfeld, den aktuellen Problemlagen und Barrieren der Teilhabe im Hinblick auf die vereinbarten Ziele der Hilfen erkennen?
- Welche Grundbedürfnisse hat eine Klientin/ein Klient, die noch mitbedacht werden müssen?

Grundsätzliche Fragestellungen von Hilfe-/Teilhabeplanungen müssen in einem Instrument zu Beginn zu finden sein

- *Wie kann ich die aktuelle Problemlage oder die Ausgangslage für die Planung kurz beschreiben? (bewusst: keine »Anamnese«)*
- *Wie benenne ich in Stichworten die persönlichen Faktoren, die die Problemlage mitbestimmen? (Konzept der personenbezogenen Faktoren des ICF)*
- *Wie benenne ich in Stichworten die Umweltfaktoren/Barrieren (ICF) die Einfluss auf die Planung der Hilfen haben können?*

Hier ist es aus der Erfahrung sinnvoll, Stichworte zu möglichen Antwortbereichen vorzugeben, weil sonst häufig Aspekte vergessen werden. Der ITP Hessen sieht dies als dropdown-Listen vor, es sind jedoch auch andere Formen denkbar.

Bevor Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eingeschätzt werden, sollte bei Teilhabeplanung die »Übersetzung der langfristigen Ziele« in Ziele im nächsten Jahr in den Lebensbereichen stattfinden. Die übergreifenden persönlichen Ziele sollen in Verbindung mit personenbezogenen Zielen (z. B. soziale, gesundheitsbezogene Ziele), Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit und Beschäftigung/Tagesstruktur und Freizeit/persönliche Interessen/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gebracht werden.

Die Erfahrungen aus den bisherigen Hilfeplanungsverfahren haben gezeigt, dass es häufig schwer ist, Ziele für das kommende Jahr in einer kurzen, aktiv formulierten, realistischen und überprüfbaren Form zu beschreiben.

Dieses grundsätzliche Problem dieser sogenannten »SMART-Vorgabe« »beißt« sich damit, dass meist doch eher Zielbündel (wie etwa Umgehen mit Geld) benannt wurden. Ziele betreffen häufig ganze Lebensbereiche und sind schwer konkret, realistisch und verständlich zu beschreiben – weil es dann »zu speziell« wird.

Die im ITP Hessen umgesetzte Idee ist jetzt, neben der Angabe von Zielen ergänzend Stichworte zu Indikatoren/Anzeigern in diesem Bereich zu formulieren, die Hinweise auf Gelingen geben. Diese sollen der Regel folgen »Woran würde die planende Person und ich erkennen, dass das allgemeinere Ziel erreicht wurde« und nicht den ganzen Bereich der geplanten Veränderung betreffen, aber als Anzeiger für das Gelingen dienen können.

Wenn Ziele eingeschätzt sind, muss eingeschätzt werden können, auf welchem persönlichen Hintergrund diese umgesetzt werden können:

Alle fachlichen Grundsätze machen deutlich, dass dies zunächst auch das Identifizieren von Fähigkeiten bedeutet.

In der Praxis werden diese Dokumentationsvorgaben jedoch wenig ausgefüllt und wenn, dann eher allgemein »Jetzt entdecken wir mal was Positives«.

- Gemeint wäre eigentlich (in der Sprache des ICF): Welche personenbezogenen Faktoren können die Ziele der planenden Person unterstützen – auf was kann sie/er zählen, was muss sie/er einsetzen?
- Problem: Fähigkeiten können immer nur situationsbezogen entwickelt werden. Dennoch ist es nützlich, sich zu vergewissern, was muss ich

mittun? Auf was kann ich bei mir selbst zurückgreifen, um das Ziel zu erreichen?

Gerade weil Fähigkeiten entweder nur sehr allgemein bekannt sind oder erst an konkreten Einschätzungen deutlich werden, bietet sich an, eine Verbindung von der Einschätzung von Können im Bereich der (körperlichen inkl. psychischen) Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe mit einem frei einzutragenden Feld für persönliche Ressourcen zu wählen, weil dann diese Wechselwirkung mit bedacht werden kann.

Die zentrale Anforderung von Teilhabeplanung ist jedoch, eine gute Form zu finden, wie Beeinträchtigungen eingeschätzt werden können. Es gibt eine breite fachliche Kritik an der sogenannten »Defizitorientierung«, diese Haltung wird unterstützt durch das Argument, dass Hilfen sich doch eigentlich nur aus den Zielen ergeben, wenn wir eine »Normorientierung« aufgeben.

Unter Normorientierung wird hier verstanden, dass unabhängig von gewünschtem Lebensstil und Lebensort eine Itembatterie zusammengestellt ist, die vorgibt, welche Aktivitäten des täglichen Lebens wie durch Hilfe kompensiert werden müssen.

Funktionale Hilfebedarfsbemessung meint jedoch etwas anderes – unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sollen Hilfen umgesetzt werden können.

Ohne das systematische gemeinsame »Hinsehen« auf Probleme der Funktionen, der täglichen Aktivitäten und der Teilhabe wird die Funktion der professionellen »Sorge« und Verantwortung vergessen. Dabei ist jedoch die »Bewertung« von Problemen offen – ob und welche Hilfen zugeordnet werden, ist eine Entscheidung mit den Betroffenen.

Wegen der verbreiteten Wünsche nach einer wissenschaftlichen, »normorientierten« Einschätzskala ist eine erneute Warnung angezeigt: bei integrierter Teilhabeplanung ergeben nicht die Beeinträchtigungen fest zugeordnete »Hilfepakete« (z. B. Hilfebedarfsgruppe).

Es gilt jedoch auch: Ohne Einschätzen der erforderlichen Basis von Hilfen für die Umsetzung von Zielen läuft Hilfeplanung auf ein »Sparprogramm« hinaus.

Für den Bezug der Teilhabeplanung auf die Lebenssituation und den Sozialraum, in dem die Betroffenen leben, muss die folgende Fragestellung Vorrang vor der Planung professioneller Hilfen haben: Welche Hilfen im Umfeld können/sollen vorrangig in die Teilhabeplanung einbezogen werden?

Fachlich gehen wir von einer »Subsidiarität«, d.h. dem Vorrang natürlicher vor professionellen Hilfen aus.

Dies bedeutet konkret, dass auch die Identifizierung von möglichen Hilfen, die nur mit professioneller Unterstützung Bestand haben, in der Teilhabeplanung berücksichtigt werden muss. Hilfreich ist, dies nicht »allgemein« zu tun, sondern wirklich entlang der Probleme im Bereich Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe.

Daran schließt sich die Fragestellungen an: Welche Art (noch nicht Umfang!) von erforderlichen Hilfen ist zu planen?

Diese Überlegungen, in welche Richtung die gewünschte Unterstützung gehen muss, sind zunächst noch an die einzelnen Items der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen zu binden. Schritt für Schritt soll eingeschätzt werden, welche Hilfearten benötigt werden:

- Information, Orientierung und Anleitung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld, professionelle Kompensation von Beeinträchtigungen
- Individuelle Planung, Beobachtung, Anleitung und Rückmeldung
- Begleitende übende Unterstützung
- Regelmäßige, intensive individuelle Hilfe
- Keine Hilfe! – von besonderer Bedeutung für die planende Person: mit was komme ich selbst zurecht (Selbstwirksamkeit).

Für das im nächsten Schritt zu planende Vorgehen ist dieser Zwischenschritt von großer Bedeutung – er ermöglicht nämlich, gleichartige Hilfen, da wo sie sinnvoller Weise von einer Person erbracht werden, zu bündeln.

Eigentlich hätten wir uns aber schon längst mit der grundsätzlichen Fragestellung beschäftigen müssen: Wie integriere ich die Planung von Hilfen im Bereich Arbeit/Tätigkeit?

Die bisherigen Erfahrungen zeigen: Die Bereiche Selbstsorge Wohnen und Arbeit/Beschäftigung werden getrennt geplant, im Arbeits- bzw. Tagesstrukturbereich entsteht ein teilweise doppelter zweiter Plan. Die Kollegen aus dem Arbeits- und Beschäftigungsbereich benötigten aber eine eigene Übersicht.

Die Lösung in dem neu entwickelten Verfahren ITP Hessen verfolgt die »Extra-Seite« aus dem IBRP weiter: die Seite enthält alle für den Arbeitsbereich wichtigen Items der vorherigen und folgenden Seiten wie zusätzliche Freifelder zur genauen Planung. Im PDF-Formular schreibt sich dies automatisch in die anderen Seiten durch.

Die Möglichkeit zu einer genaueren Planung durch eigene Freifelder hat sich bewährt.

Falls Betroffene getrennte Planungen wünschen, werden eben zwei getrennte ITP erstellt und nicht miteinander abgestimmt.

Der IBRP wie der ITP Hessen setzen darauf, dass die entscheidende Bündelung bzw. Planung von Hilfen nicht durch standardisierte Übertragungen geschieht. Wenn grundsätzlich von vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Person, Umfeld und professionellen Hilfen auszugehen ist, kann eine lineare Übertragung von Punktwerten nur in einer Festschreibung des gegenwärtigen Zustandes und der an Maßnahmen/Leistungstypen orientierten Erbringung münden. Damit werden die Chancen auf eine flexiblere und zielorientierte Erbringung von Hilfen vertan. Folglich ist die offene Beschreibung des geplanten Vorgehens unerlässlich.

Im Teilhabeplan muss also eine gedankliche Zusammenfassung auf dem Hintergrund von Problemlage, Zielen im Bereich, Berücksichtigung von Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, Ressourcen des Umfelds und der Art der professionellen Hilfen erfolgen. Um die Frage zu beantworten: »Was soll von wem gemacht werden?«, ist es wichtig, von gewachsenen (oder herzustellenden) vertrauten Beziehungen auszugehen.

Ganz bewusst werden keine »Punkte« gesammelt, keine Kurzschlüsse gezogen (warnendes Beispiel: verrichtungsorientierte Finanzierungssysteme/ bisherige Pflegeversicherung). Zentrale Begründung ist die grundsätzliche »Koproduktion« von Dienstleistungen (d. h. die Leistung ist weder unabhängig von der Person des Unterstützers noch unabhängig von der Person des Empfängers). Viele dieser beziehungsbasierten Unterstützungsleistungen werden »gleichzeitig« oder miteinander verwoben erbracht. Hinzukommt, dass auch die Quantität von Unterstützungsleistungen sowohl »beziehungs- wie situationsgebunden« variiert.

Integrierte Teilhabeplanung setzt also bewusst auf die erkennbar sinnvolle Verdichtung aller Vorinformationen.

Aus meiner Sicht ist jedoch nützlich, das Vorgehen nach Bereichen zu ordnen.

Dabei ist auf die Identität der Überschriften mit den Zielbereichen zu achten.

Der Bereich

- übergreifende persönliche Ziele (z. B. gesundheitsbezogene Ziele) steht bewusst am Anfang – hier gehört nämlich auch wesentlich die Koordination der Integrierten Teilhabeplanung hinein.

- Für die folgenden Bereiche Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur und Freizeit/persönliche Interessen/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist die funktionale Zuordnung wichtig.

Ebene 3: Teilhabeplanung geht aber über die Planung des Vorgehens im eigenen Dienst/der eigenen Einrichtung hinaus

Koordinierung und Abstimmung muss bei der Beschreibung des Vorgehens berücksichtigt werden. Aus meiner Sicht sind gerade für diese praktische Koordinierung EDV-Lösungen (z. B. PDF-basierte Lösungen mit »Durchschreibfunktionen«) wichtig, damit schnelle Möglichkeiten des Austauschs (Achtung: Datenschutzvereinbarung, Zustimmung des Klienten/gesetzlichen Betreuers nötig!) funktionieren.

Das Festhalten von gemeinsamen Lösungen als Grundlage der Gestaltung ist für das kommende Jahr der Durchführung besonders wichtig.

Aus Erfahrung wissen wir, dass es nicht ohne gemeinsame Absprachen funktioniert. Treffen der »Bezugs-Mitarbeiter« aus verschiedenen Teams/verschiedenen Anbietern mit der Klientin/dem Klienten und ihres/seines persönlichen Netzwerkes und/oder den Fallmanagern der Eingliederungshilfe oder der Sozialversicherungen sind unbedingt nötig.

Darüber hinausgehend kann Steuerung und Abstimmung von weitergehenden Bedarfen nur über einzelfallübergreifende regionale Teilhabekonferenzen gelingen: Hilfeplanung/Teilhabeplanung erfordert ein regionales Steuerungsgremium unter Beteiligung der Leistungsträger.

Die erforderliche organisatorische Koordinierung verschiedener Leistungen/Leistungsanbieter ist erforderlich, fällt jedoch regional sehr unterschiedlich aus.

Die jeweiligen Steuerungsgremien erleben unterschiedliche »Realitäten« – zum Teil auch nebeneinander. So sind Regionen, in denen wenige oder sogar nur ein traditionell verwurzelter Anbieter Leistungen für alle Lebenslagen einer Zielgruppe anbieten, deutlich zu unterscheiden von Regionen, in denen eher eine »Marktmeterapher« zutrifft. Hier kommen für jede Zielgruppe eine Vielzahl von Anbietern, wie auch Leistungsformen für bestimmte Zielgruppen, zusammen. Es gibt sowohl unterschiedliche Träger wie auch unterschiedliche Vertreter für bestimmte Angebotssegmente (z. B. Arbeit/Tätigwerden).

Im Entstehen ist ja quasi auch ein »Neuer Markt« von personenbezogene Dienstleistungen für persönliche Budgets. Dies betrifft sowohl privatwirt-

schaftlich gefasste Träger wie auch das Hinzukommen privater oder nachbarschaftlicher Einzelpersonen, die bestimmte vereinbarte Dienstleistungen selbst erbringen.

Teilhabeplanung steht hier folglich für Koordinierung als inhaltliche Prozessverantwortung.

Mit der Forderung des Teilhabeplanungsinstruments, dass ohne kontinuierliche, verantwortliche »Beziehungsperson« kein Teilhabeplan genehmigt wird, ist folglich eine konkrete Person als Prozessbegleitung zu verankern: diese erarbeitet mit der Klientin bzw. dem Klient die Zielplanung für einen festgelegten Zeitraum (Care – »Sorgen für«). Dies schließt die kontinuierliche Begleitung und persönliche Evaluation und Dokumentation des Rehabilitationsprozesses und der erbrachten Dienstleistungen (Case-Management/Alltagsbegleitung) ein.

Diese Bezugsperson soll sich zur »unabhängigen Person« entwickeln können, die eine professionelle Informations- und Regiefunktion bei der »Passung« der Hilfen, wie der Sicherung von Qualitätsstandards der Erbringung, übernimmt.

Sie stellt folglich nicht nur mit ihrer Klientin/ihrem Klienten die integrierten Hilfen in der Teilhabekonferenz vor, sondern unterstützt mit den individuellen Erfahrungen auch die kollektive Verantwortung der regionalen Steuerung/Teilhabekonferenzen.

Eine Anwaltschaft für »bedarfsgerechte Angebote«, die Umsetzung der Erkenntnisse aus Nichtverfügbarkeit von gewünschten Hilfen, fehlende Ressourcen, fehlende Flexibilität muss individuell im persönlichen Prozess gewichtet werden. Dies kann zu einer deutlicheren Verantwortungsübernahme der Leistungsanbieter führen, die Verfügbarkeit schneller Lösungen in der Region fördern.

Ebene 4: Angemessene, wirtschaftliche und einfache Finanzierungsgrundlage

Meine zentrale These lautet: Individuelle Hilfeplanung ist nur verknüpft mit zeitbasierter Planung/Finanzierung machbar. Ein zeitbasiertes Finanzierungssystem: Personen/Mitarbeiterzeit bedeutet Steuerung über den wesentlichsten Einflussfaktor der Kosten.

Gefragt ist bei Teilhabeplanung die prospektive individuelle Einschätzung: wie viel direkte personenbezogene Zeit benötige ich durchschnittlich wöchentlich, um die Ziele mit dem beschriebenen Vorgehen zu erreichen?

Diese prospektiven Einschätzungen benötigen keine »festen« Zuordnungen zu Leistungstypen/Maßnahmen.

Faktisch wirkt dies wie ein individualisierter Personalschlüssel, die geforderten Hilfebedarfsgruppen werden über Zeitkorridore hinterlegt.

Auszuhandelnde Finanzierungsregelungen betreffen dann durchschnittliche Minutenwerte personenbezogener Leistungen, Regelungen für Vorhaltefunktionen (z. B. Räume, Investitionen, Bereitschaften) müssen getrennt kalkuliert werden.

Ein solches System schafft einen wirtschaftlichen Anreiz, mit vorhandenen Ressourcen in der Region mehr Klienten zu versorgen – und unterstützt ohne fragwürdige Prämien die Qualitätsmaxime: gelingende personenbezogene Unterstützung stärkt bei gleichbleibenden Bedarfen eine geringer werdende Abhängigkeit von professioneller Hilfe. Zeitbasierte Teilhabeplanung berücksichtigt, dass Zusammenhänge zwischen (diagnostischen) Einschätzungen von Klienten und erforderlichen Zeiten nicht linear sind.

Grundsätzlich muss noch deutlich werden, dass die Erfahrungen z. B. von Schätzskalen (HMB-Verfahren) zeigen: wenn Bedarfe einzeln mit Punkten versehen werden, dann darf man statistisch gerade nicht »rechnen« (Problem von Nominalskalen), praktisch bedeutet diese Festlegung eines Bewertungsmaßstabes, dass ich mich weiter auf stationäre Bezugsgrößen festlege).

Die wichtigste Erfahrung mit allen bisher eingesetzten Hilfe- oder Teilhabeplanungsverfahren ist: Sinnhafte Lösungen sind nur konsensuell zu erreichen.

Deutlich machen muss man sich immer den folgenden Zusammenhang: Personenzeit wird für vereinbarte Leistungsziele erbracht.

Sie wird nicht über die dokumentierte erbrachte Zeit oder die dokumentierten Leistungen, sondern über das Erreichen der Ziele überprüft (Prinzip der persönlichen Budgets).

A. Einige kritische Einschätzungen des Gesamtprozesses

Ohne Alternative – aber gefährdet: dialogische Teilhabeplanung

Dialog findet immer im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung statt, und das grundsätzliche Ungleichgewicht zwischen Professionellen und Betroffenen, den »Experten in eigener Sache« trifft in der Realität auf von Unterstützung abhängige Klienten.

Die Gefahren einer offenen Abschätzung liegen auf der Hand: Mitarbeiter können Teilhabeplanung zur eigenen Stellenabsicherung nutzen. Ein

Gegengewicht bilden hier transparente Planungsprozesse, die Funktion der koordinierenden Bezugsperson und ein Klima der Offenheit im Rahmen der regionalen Teilhabekonferenzen.

Auch mit individuell abgestimmter Teilhabeplanung wird die Routine der Einrichtungen weiter die erbrachten Dienstleistungen weitgehend festlegen. Mit einer transparenten Evaluation und koordinierenden Bezugspersonen, die nicht nur im eigenen Team agieren, kann sich jedoch im Sinne von lernenden Systemen langfristig einiges verändern.

Die grundsätzliche Haltung, dass Dokumentation von Mitarbeitern »aversiv« erlebt wird (das geht doch von der Zeit mit den Klienten ab) könnte sich hin zur Wertschätzung des gemeinsamen Planens, des gemeinsamen Besprechens und Überprüfens entwickeln – mit einem Instrument, dass relativ schnell Ergebnisse festhalten kann.

Die »offene« Evaluation von Leistungen »hat es was gebracht – was soll sich ändern« ist schwierig und interessengeleitet, aber die klare Orientierung an Zielen wird hier nützen.

Insgesamt ist die Frage des Umgangs mit Beschwerden (Nutzerkontrolle) wichtig: wie sind betroffene Menschen zu unterstützen, um eine qualitative und nicht nur quantitative Überprüfung der Dienstleistungen selbst vorzunehmen?

Warum die Einbeziehung von »Sozialräumen«, regionale Ebene und »Community Care«?

Das Ziel von Teilhabeplanung sind individuelle Lebensräume und Nischen – Inklusion muss nicht nur von der Einstellungsveränderung der Gesellschaft, sondern auch von den Akteuren selbst entwickelt werden.

Die eigene Beteiligung, die eigene Erfahrung, auch für andere eine Bedeutung zu haben über das, was man tut, schafft am besten ein Gegengewicht zum Phänomen der »erlernten Hilflosigkeit«.

Die Option der Koordinierung auf örtlicher Ebene schafft Möglichkeiten und Anknüpfungspunkte – gerade auch für persönliche Budgets

Dabei bleibt eine auf die Person bezogene Teilhabeplanung wichtigstes Element, das gezielt genutzt werden kann, um den Sozialraum für diese Person zu stärken.

B. Überprüfung der Anforderungen an individuelle Teilhabepläne

Die folgenden Anmerkungen sind als »Checkliste« zur Überprüfung von Teilhabeplanungsprozessen zu verstehen:

- Individuelle Zielorientierung im Prozess – ist dies tatsächlich umgesetzt?
- Beziehungsorientierte Teilhabeplanung (d.h. dialogisch/trialogisch) geschieht dies kontinuierlich? Gehört das Bezugspersonenkonzept zur Umsetzung, kann die Koordinations- bzw. Prozessbegleitungszeit berücksichtigt werden?
- Ressourcenorientiert – geschieht dies auch im Sinne des Sozialraums und des personenbezogenen »Eigensinns«?
- Integrativ in Bezug auf Methoden und Lebensfelder: Methodenkenntnis und Einsatz wird dies der »Kunst« und der Qualität der Leistungserbringer überlassen?
- »Zeitliche«, terminierte Vereinbarung einschließlich einer Evaluation der Ergebnisse, Auswertung der regionalen Erfahrungen?
- Unterstützung der »persönlichen Zukunftsplanung« von Klienten: geschieht dies wirklich?
- Ist die Weiterentwicklung zu übersichtlichen und »barrierefreieren« Instrumenten, regionale Koordination mit Beteiligung von Betroffenen, individuelle Finanzierung möglich?

Es bleibt viel zu tun!

Effiziente Ausgestaltung und Optimierung von Hilfeplankonferenzen

Christina Nerlich, Ingmar Steinhart

Viel ist in den letzten Jahren über Hilfeplankonferenzen (HPKs), ihre Funktion und ihr Für und Wider in der bundesweiten »sozialpsychiatrischen Fachwelt« diskutiert worden. Sie sind nun in der Welt, die HPKs, mit unterschiedlichen Bezeichnungen und Ausgestaltungen. Kritische Positionen zur Funktion und Durchführung von HPKs stehen neben höchst positiven Einschätzungen der zentralen Bedeutung dieses Instruments für die sozialpsychiatrische Versorgung. Eine HPK ist an sich noch kein »Wundermittel«, das die Selbst-Bestimmung durch die NutzerInnen und die Personenorientierung per se in die Praxis bringt. Wie kann das gelingen? Wie können auch die durchführenden, vielfach aus der sog. »Verwaltung« kommenden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diese Aufgabe oftmals ohne vorherige Qualifikation, Schulung o. Ä. »erhalten« haben, ernst genommen und beraten werden, um ihre Aufgaben zu ihrer eigenen und zur Zufriedenheit der NutzerInnen ausführen zu können? Sollte nicht die Einführung einer HPK durch einen qualifizierten Organisations- und Personalentwicklungsprozess begleitet werden? Schließlich geht es (auch) um viel Geld, das über eine HPK »verwaltet« wird.

Hilfe-, Teilhabe-, Fall-, Belegungskonferenzen und wie sie bundesweit weiter unterschiedlich genannt werden, leiden im Allgemeinen daran, dass sie aus der Rest- bzw. mühsam abgerungenen Zeit der Mitarbeiter realisiert werden. Sie sind ein wichtiges, in der Bedeutung nicht zu unterschätzendes »Produkt« der neueren Entwicklung im Sozialhilfe-Steuerungs-Bereich. Leider sind die zur Verfügung stehenden Ressourcen für ein solch wichtiges und zentrales Instrument überwiegend unzureichend zugeteilt. Aus diesem Grunde ist es nicht sehr erfreulich, aber umso sinnvoller, sich über dieses Thema Gedanken zu machen.

Das Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern sind seit 2004 regionale Hilfeplankonferenzen (HPK) für Menschen mit Anspruch auf psychiatrische Hilfen nach § 53 SGB XII etabliert. Nach der Übernahme der kommunalen Zuständigkeit für die Steuerung aller Leistungen der Eingliederungshilfe (ambulant und stationär) haben sich die entstehenden HPKs in den 18 Gebietskörperschaften

sehr individuell »aufgestellt« und entwickelt. Dementsprechend erreichten den Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. als Zusammenschluss aller sozialpsychiatrischen Leistungsanbieter die unterschiedlichsten Stimmungsbilder und Problemanzeigen zur Praxis der HPK. Auch die persönlichen Erfahrungsberichte der beteiligten Mitarbeitenden zeigten ein buntes Bild an Zufriedenheit und Verständnis von HPKs. Doch woran soll man in der eigenen Praxis glauben? Was bedeutet es, wenn eine HPK gut arbeitet, und was sind die Kriterien, um das feststellen zu können? Oder anders gefragt: welche Bedingungen sollten erfüllt sein, damit alle Beteiligten mit ihrer jeweiligen Sichtweise mit »ihrer« HPK zufrieden sein können?

Im Rahmen eines vom Sozialministerium finanzierten und vom Landesverband Sozialpsychiatrie durchgeführten Modellprojekts sollte hieran interessierten Gebietskörperschaften eine konkrete Praxis-Unterstützung für ihre HPK angeboten werden. Im Rahmen unserer Aktionsforschung bezogenen Ansatzes wählten wir die Methode einer prozessorientierten Evaluation, wodurch die Regionen ihre HPKs individuell weiterentwickeln konnten. Gleichzeitig konnte hierdurch ein generalisiertes »HPK-Qualitäts-Konzept« aus den Erfahrungen in der Praxis entwickelt werden. Es bezieht sich sowohl auf die inhaltliche wie auch auf die strukturelle Gestaltung von HPKs.

Vorgehen

Zu Beginn des dreijährigen Projekts wurden alle 18 Gebietskörperschaften zur Teilnahme angefragt. Es beteiligten sich acht Gebietskörperschaften des Landes, hiervon vier kreisfreie Städte und vier Landkreise. Im ersten Schritt beschäftigte sich die Projektgruppe mit der Frage, welche inhaltlichen Bereiche zu einer »guten« HPK gehören könnten. Der bis dato vorliegende bundesweite Diskussionsstand zu HPKs wurde ebenso berücksichtigt wie sozialpsychiatrische Grundwerte (z. B. Personen- und Lebensfeldorientierung). Daraus entstanden die Instrumente, die in den Regionen nach einem »Praxis-Test« in einer nicht beteiligten Gebietskörperschaft eingesetzt wurden.

Der Kern des Projekts war die Einschätzung und Optimierung der inhaltlichen Qualität der jeweiligen HPK der Regionen in einem zirkulären Evaluationsprozess (siehe Abbildung 1). Diese wurde sowohl von der Mitarbeiterin des Projekts als Außenstehende, aber auch durch die Mitarbeitenden und Klienten, die bei der HPK beteiligt waren, eingeschätzt. Im zweiten Schritt wurden diese Ergebnisse ausgewertet und jeweils vor Ort den Beteiligten rückgemeldet und hierbei miteinander diskutiert. In der »Mitte«

des Projekts stand ein gemeinsamer zentraler Workshop für alle Projektregionen, in denen die Inhalte der Evaluation miteinander praxisbezogen näher bearbeitet werden konnten. Durch eine zweite Teilnahme nach ca. neun Monaten erfolgte die Einschätzung der inhaltlichen Qualität erneut, und es konnte beobachtet werden, ob sich Veränderungen ergeben hatten. Nach der abschließenden Rückmeldung und dem schriftlichen individuellen Abschlussbericht erfolgte der entscheidende Schritt: die »Filterung« der wesentlich wichtigen Kriterien für eine »gute« HPK und die gemeinsame Weiterentwicklung mit den Projektregionen.

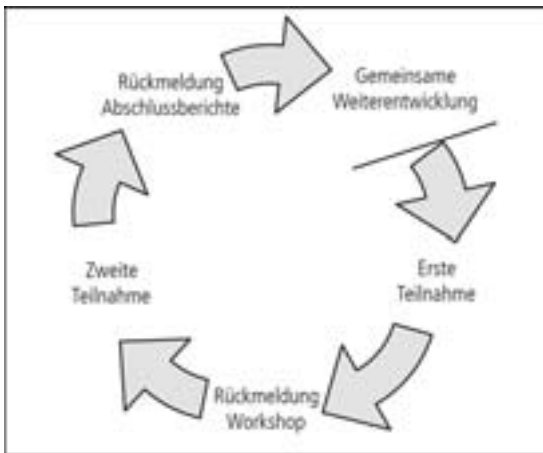


Abb. 1: Zirkulärer Evaluationsprozess der Hilfeplankonferenzen

Eingesetzte Instrumente

- Evaluation durch externe teilnehmende Beobachtung mittels Beobachtungsskala

Das Gespräch mit den Klienten/Antragsstellern verstanden wir von Beginn an als zentralen Qualitäts-Kern und Kristallisationspunkt der HPK. In der teilnehmenden Beobachtung durch die Modellprojektmitarbeiterin wurde eingeschätzt, inwieweit sich sozialpsychiatrische fachliche Grundsätze in den Gesprächen mit den Antragsstellern wiederfinden. Diese Einschätzung erfolgte mittels einer selbst entwickelten Beobachtungsskala, auf der z. B. eingeschätzt wurde, wie gut die Atmosphäre der Beteiligten untereinander ist, wie stark die NutzerInnen am Gespräch beteiligt sind, wie sehr die Stärken und Interessen der Antragssteller

berücksichtigt werden, wie zielorientiert die Gespräche verlaufen etc. Die fünf inhaltlichen Ober-Kategorien waren:

1. Atmosphäre
2. Personenorientierung
3. Lebensfeldorientierung
4. Zielorientierung
5. Veränderungsfunktion im regionalen Versorgungssystem.

Sie wurden jeweils unterteilt in mehrere konkret beobachtbare Einzel-Items, die auf einer fünfstufigen Skala von +2 bis -2 in ihrer Ausprägung eingeschätzt wurden. Durch Aufsummierung ergab sich ein Summenwert pro Ober-Kategorie und zweitens ein Gesamtwert. Letzteren verwendeten wir als wesentliches Indiz für die »Gesamtqualität« einer HPK sowohl absolut als auch im Vergleich der Gebietskörperschaften untereinander (Benchmark).

■ Fragebögen an die Mitarbeitenden der HPK

Die Einschätzung durch die Mitarbeitenden und ihre Einstellung zur HPK bestimmt die Möglichkeiten zur Veränderung im Sinne einer Qualitätsoptimierung wesentlich mit. Der hierauf bezogene Fragebogen wurde unmittelbar nach der ersten Teilnahme an die ständigen Mitglieder und auch an die fallbezogen anwesenden Mitarbeitenden und weiteren Beteiligten vergeben. Im Schwerpunkt wurden hier zwei Bereiche erfragt: Wie sehr sind aus Sicht der Mitarbeitenden einzelne inhaltliche Bereiche in der eigenen HPK ausgeprägt? Welche generelle Einstellung haben die Mitarbeitenden zur Funktion und zu den Möglichkeiten einer HPK?

■ Fragebögen an die Antragstellerinnen und Antragsteller der HPK

Die Fragebögen an die Klienten wurden bei beiden Teilnahmen eingesetzt und überwiegend unmittelbar nach dem einzelnen Gespräch von den Klienten ausgefüllt. Optional konnte der Fragebogen per frankierten Rückumschlag zurückgesandt werden.

■ Erhebung der Strukturqualität

Weil Durchführungsformen der HPK landesweit sehr unterschiedlich ausgestaltet wurden, arbeiteten wir im Gespräch mit den Mitarbeitenden u. a. zur Verankerung der HPK im regionalen System, zum Hilfeplanverfahren, zur Struktur, zu Arbeits- oder Geschäftsordnungen und zur Arbeitsweise der HPK die »Bedingungsfaktoren« der einzelnen HPKs heraus, um im Laufe des Projekts wichtige von eher randständigen Kriterien herausarbeiten zu können.

Ergebnisse

Sichtweisen zur HPK sind weiterhin leicht kontrovers

Die Mitarbeiter konnten auf einer Skala von 0–10 ihre Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Aussagen ausdrücken, die der aktuellen Diskussion um HPKs und ihre Funktion entnommen wurden (0 = lehne ich ganz und gar ab/10 = stimme ich ganz und gar zu):

»Die HPK ist das Herzstück personenzentrierter Umgestaltung des Versorgungssystems«	= 6,5
»HPKs führen zu einer Ökonomisierung des psychosozialen Sektors«	= 5,9
»Die HPK ist ein geeignetes Instrument zur Verständigung bei unterschiedlichen Interessen«	= 7,3
»Die HPK ist ein bürokratisches Verfahren des Sozialamtes«	= 2,9
»Es gelingt durch die HPK, auch für die Schwierigsten und Herausforderndsten geeignete Lösungen zu finden«	= 6,9
»Der Mensch steht bei der HPK im Mittelpunkt«	= 8,0

Hier zeigen sich insgesamt erfreuliche Ergebnisse. Die Mitarbeitenden haben generell eine eher positive Einstellung gegenüber der HPK. Sie schätzen besonders die Möglichkeiten zur personenorientierten Gesprächsgestaltung und Problemlösung sowie zur Diskussion unterschiedlicher Sichtweisen. Auch die Praxis der eigenen HPK wird in den meisten Regionen positiv eingeschätzt.

Jedoch zeigen sich auch deutliche Unterschiede bei der Einschätzung, fragt man ständige Mitglieder oder fallbezogen anwesende Mitarbeitende. Bei der Frage: »Was hat aus Ihrer Sicht in Ihrer Region bei der Entscheidung über die Hilfen die größte Bedeutung?« schätzen z. B. die Mitarbeitenden die finanziellen Aspekte als wesentlich bedeutender bei der Entscheidung über die Leistungen ein als die ständigen Mitglieder einer HPK. Dies zeigt, dass eine HPK mit unterschiedlichen Bedeutungen für die Einzelnen verbunden ist. Sich um eine Verständigung in diesen kontroversen Einschätzungen, insbesondere im Spannungsfeld Fachlichkeit versus Finanzen, zu bemühen, erscheint nicht nur aus Interesse an der Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeit und der Steuerung, sondern auch aus Klientensicht sinnvoll.

Durch kontinuierliches Feedback ist Optimierung möglich

Die acht HPKs der Projektregionen waren von Beginn an sehr unterschiedlich in ihrer Gesprächsgestaltung und auch in der Struktur der HPK. So reichten die Qualitätsgesamtwerte bei der teilnehmenden Beobachtung von -0,7 bis hin zu +1,7 (Skala -2 bis +2). In den inhaltlichen Kategorien zeigte

sich übergreifend in allen Regionen, dass insbesondere die Lebensfeldorientierung und Zielorientierung der Gespräche in allen Regionen ausbaufähig waren. Personenorientierung und Atmosphäre waren zu Beginn bereits gut ausgeprägt und machten im weiteren Verlauf keinen so großen »Sprung« wie die zuvor genannten Bereiche.

Die Übersicht über den Vergleich der ersten und zweiten Teilnahmen aller Projektregionen in Abbildung 2 zeigt, dass durch die Intervention die Qualität der HPKs insgesamt und in den einzelnen Bereichen erfolgreich verbessert werden konnte.

	Erste Teilnahme	Zweite Teilnahme
Atmosphäre	1,44	1,76
Personenorientierung	0,92	1,4
Lebensfeldorientierung	0,53	1,81
Zielorientierung	0,02	0,98
Veränderungsfunktion	0,25	1,03
Gesamtwert	0,63	1,39

Abb. 2: Positive Veränderungen durch externe Beobachtung der Hilfeplankonferenzen – inklusive Feedback-Schleife nach neun Monaten

Nicht nur die inhaltlichen, auch die strukturell-organisatorischen Gegebenheiten einer HPK wurden in dem Projekt behandelt. Weil wir kein »Patientenrezept« zur günstigen Organisation geben konnten, stellten wir im Projektverlauf zunächst eine Übersicht her, wie Fragen zu Teilaspekten (z. B. Beteiligte, Ort, Dauer, Häufigkeit, Personenkreis, Vorbereitung, Einladungen etc.) in den Regionen gelöst wurden. Am Ende des Projekts »schälte« sich heraus, welche Bereiche besonders wichtig sind, dass sie übergreifend in einer bestimmten Form organisiert sind, und welche weniger.

Wir konnten feststellen, dass dort, wo die fachliche Ausrichtung stimmt und die Zusammenarbeit gut gelingt, auch ähnliche und jeweils günstige Lösungen für die organisatorischen Fragen gefunden wurden.

Durch die Evaluation veränderten die Regionen einzelne Verfahrensweisen oder begaben sich auf den Weg, sie langfristig miteinander neu zu entwickeln. Die Intensivierung der Zusammenarbeit war dabei ein wichtiger Effekt, den das Projekt so nicht fokussiert hatte, aber ein ganz wichtiges »Nebenprodukt« darstellte. Hier wurde der Beginn für eine nachhaltige Weiterentwicklung in den Regionen gesetzt, die über den Projektzeitraum hinaus weitergeht.

Auch in den abschließenden Rückmeldungen und der schriftlichen Befragung zeigte sich, dass die Mitarbeitenden besonders die Möglichkeit zur eigenen Reflexion durch einen neutralen Dritten und die inhaltlichen Anregungen an der Evaluation geschätzt haben: die Intensivierung individuellerer (personenorientierterer) Sichtweisen, die Stärkung des Blicks auf die Ressourcen sowie auf die Lebensfeld- und Zielorientierung.

Die Antragstellerinnen und Antragsteller beurteilen die HPK gut

Von den 155 Klienten erhielten wir 120 Fragebögen (Rücklaufquote: 77 %) zurück. Hiervon waren 41,7 % der Befragten weiblich, und das Durchschnittsalter betrug 39,4 Jahre. In den 171 Gesprächen waren 90,6 % der AntragstellerInnen in der HPK anwesend.

Bei Zufriedenheitsbefragungen der NutzerInnen per Fragebogen erhält man meist überwiegend (ca. 60–70 %) positive Antworten. Die Beantwortung in unserer Befragung liegt sogar teilweise deutlich darüber. In Abbildung 3 sind die wichtigsten Fragen und Antworten im Detail dargestellt:

	Ja %	teils/teils %	Nein %	fehlend %
Konnten Sie alles sagen, was Ihnen wichtig war?	77,5	20,8	1,7	
Wurden Sie ernst genommen?	92,5	5	1,7	0,8
Konnten Sie dem Gespräch gut folgen?	81,7	16,7	1,7	
Müssen Sie Ihr gewohntes Leben sehr verändern, um die Hilfe zu nutzen?	21,7	32,5	41,7	4,2
Werden Sie nun mehr den Kontakt zur Familie und zu Freunden suchen?	18,3	40	18,3	4,2
Haben Sie das Gefühl, dass Sie nun das bekommen, was Sie brauchen?	67,5	26,7	2,5	3,3
War die Hilfeplankonferenz für Sie anstrengend?	18,3	25,8	55,8	
Hatten Sie vor der HPK schon einmal mit einem Mitarbeiter über Ihre persönlichen Ziele gesprochen?	74	7,5	18,3	
Haben Ihre persönlichen Wünsche und Ziele bei der HPK eine wichtige Rolle gespielt?	76,7	18,3	4,2	0,8
Wissen Sie nun, wer Sie in der Zukunft unterstützen wird?	83,3	10,8	2,5	3,3
War die Teilnahme an der HPK insgesamt für Sie sinnvoll?	89,2	9,2	1,7	

Abb. 3: Zufriedenheit der Antragstellerinnen und Antragsteller mit der Hilfeplankonferenz

Interessant ist aus unserer Sicht, dass die HPK für mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen nicht anstrengend war, dass dieser Wert aber sinkt, je personenorientierter die Gespräche geführt worden waren (mehr Nachfra-

gen, mehr Auseinandersetzung und miteinander Erarbeiten). Anstrengung an sich ist also nicht per se ein Problem bei der HPK, denn es steht zu erwarten, dass dadurch individueller geschaut wird. Wichtig ist, dass das Ergebnis der Leistungswahl stimmt. Hier zeigt uns die Frage danach, ob man das bekommt, was man braucht, dass das noch nicht ausreichend der Fall ist und das Verhältnis von individueller Planung und flexibler Umsetzung oftmals noch nicht günstig ist.

Ob Antragsteller bei einer HPK beteiligt sein sollten oder nicht, beantworten die Antragsteller in der letzten Frage selbst absolut eindeutig: für 89,2 % war die Teilnahme sinnvoll. Dies steht unabhängig von der Zufriedenheit mit einzelnen Inhalten der HPK. Es unterstreicht, dass der Einbezug der Nutzer selbst unbestritten sinnvoll ist. Es gilt, dies im Gesamtsystem der Region zu fördern.

»Man könnte auch mal kritisiert werden, wenn angebracht« oder »dass es nicht nur um die Aufnahme in Sozialstationen geht, sondern dass aktuelle Probleme mit angesprochen und wenigstens Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden«, »finanzielle Dinge erklären, sodass auch ein Laie sie verstehen kann«. Diese Zitate der TeilnehmerInnen drücken aus, wie Nutzerorientierung in den Gesprächen aussehen kann. Aber auch positive Rückmeldungen wie z. B. »weiter so!« kamen häufig vor. Der größte Kritikpunkt der NutzerInnen war die große Anzahl der Mitarbeiter bei der HPK, z. B. »dass nicht so viele Leute da sitzen«.

Die Lösung dieses Problems sollte nicht ausschließlich sein, die Teilnehmeranzahl zu begrenzen. Eine HPK lebt von der Bündelung aller Funktionen, die in der regionalen psychiatrischen Versorgung angeboten werden. Letztendlich profitieren die NutzerInnen von den verschiedenen Sichtweisen und Möglichkeiten, die vertreten sind. Um jedoch die Aufregung und »Befangenheit« von den NutzerInnen zu nehmen, ist es besonders wichtig, die Atmosphäre und Art des Gesprächs so zu gestalten, dass die Aufregung ein wenig genommen wird und die NutzerInnen das Gefühl haben, frei sprechen zu können. In dem Projekt hat sich gezeigt, dass dies der entscheidende Faktor war, ob NutzerInnen aktiv beteiligt waren oder nicht, weniger die Anzahl der Teilnehmer.

Qualitätsverständnis der HPK – landesweite Entwicklung

Die langfristige Verankerung der regelmäßigen, gemeinsamen Reflexion des eigenen Tuns in der HPK ist aus Sicht des Projekts und der Mitarbeitenden, die die Erfahrungen mit dem Projekt gemacht haben, eine wichtige Aufgabe

für die Zukunft. Hiermit werden zentrale Nutzerrechte gestärkt, es wird der Dialog über Schwierigkeiten und über Erfolge mit den Beteiligten vor Ort angeregt, und es werden konkrete Inhalte miteinander bearbeitet.

Daher wurde mit den Projektregionen gegen Ende des Projekts ein »Qualitätssicherungskonzept HPK« entworfen, das alle Gebietskörperschaften nutzen können. Es sieht vor, dass regelmäßig, etwa einmal jährlich, die Einschätzung der inhaltlichen Qualität der Gespräche durch einen neutralen Beobachter und auch durch die beteiligten Mitarbeitenden durchgeführt wird. Es bezieht sich aber nicht nur auf die Sicherung inhaltlicher Qualität, sondern auch auf die Optimierung der Abläufe und Strukturen. Die Ergebnisse werden mit den Beteiligten gemeinsam besprochen und konkrete Punkte zur eigenen Weiterentwicklung festgelegt. Auch die Befragung der Klienten mindestens mit den in diesem Projekt entwickelten Fragebögen der HPK wird in diesem Rahmen durchgeführt.

Zur nachhaltigen Entwicklung landesweiter Standards wurden wesentliche Projektergebnisse in einem Diskussionspapier »Empfehlung zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von Hilfeplankonferenzen« zusammengefasst (siehe www.sozialpsychiatrie-mv.de), woraus wir nachfolgend einige Auszüge darstellen.

Gleichzeitig wurde eine landesweite Arbeitsgruppe Hilfeplanung/Hilfeplankonferenz gegründet, die die Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen und landesweite Standards vorantreiben will. In ihr sind sowohl Leistungsträger wie Leistungsanbieter vertreten. Auch der neue Psychiatrieentwicklungsplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern wird Empfehlungen für die Hilfeplanung enthalten.

Was ist eine effiziente Hilfeplankonferenz?

Effizienz hat immer etwas mit dem so wenig wie möglichen Aufwand für ein bestimmtes Ergebnis zu tun. Es bedeutet, dass verschiedene Bedingungen klug miteinander kombiniert werden, sodass sie optimal ineinandergreifen. Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass es hier um klare Aufgabenteilungen geht. Das setzt Transparenz über die Verfahrensweise und eine gute Zusammenarbeit voraus.

Wir möchten im Folgenden die wesentlichen Schlussfolgerungen aus unserem Projekt zusammenfassend darstellen, wobei einigen Lesern die Inhalte nichts Neues bieten werden – andere mögen sich hierdurch anregen lassen.

Grundlegend ist, dass die organisatorischen Rahmenbedingungen bei guter Zusammenarbeit der Beteiligten vor Ort so optimal wie vor Ort möglich gestaltet werden. Übergreifend bleibt als Wichtigstes, dass die tatsächliche Nutzerbeteiligung hierbei gewährleistet ist und dass die Qualität der Gespräche nicht durch ein Einsparen der Zeit für die Nutzer leidet.

Gesamtplan, nicht Eingliederungshilfeplan

Die HPK führt im Versorgungssystem alle Beteiligten in der Region zusammen, um gemeinsam individuelle, funktionsbezogene Leistungspakete für die Antragssteller beschließen zu können. Daher ist es wichtig, neben den ständigen Mitgliedern auch weitere Kostenträger mit »an den Tisch« zu bekommen. Dem altbekannten, nie weniger aktuell werdenden Thema der »Transparenz« in unserem gegliederten Sozialleistungssystem könnte durch die Bündelung unterschiedlicher Beteiligter in der HPK ein wenig die Aktualität genommen werden. NutzerInnen sind frustriert, wenn sie 1. ihre Leistungs-Ansprüche nicht kennen, 2. ihren Unterstützungsbedarf mit niemandem reflektieren können, 3. wenn sie antragstechnische Hürden aus eigener Kraft, die ihnen oftmals fehlt, bewältigen müssen und 4., wenn sie erleben, dass Sie »weitergereicht« werden in einem System, dass sich nicht austauscht, weil wohl eher die Abgrenzung denn die Zusammenarbeit das Ziel ist.

Aus diesem Grunde schlagen wir folgende »Besetzung« für die HPK vor:

1. Als ständige Mitglieder ist der »Kern« der sozialpsychiatrischen Versorgung vertreten:
2. Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers
3. ständige Vertreter der regionalen Leistungserbringer. Hier sollte möglichst jeder Leistungserbringer vertreten sein. Um die Anzahl der Personen zu reduzieren, kann auch ein rotierendes Verfahren gewählt werden, indem max. zwei Leistungserbringer beteiligt sind und die Besetzung sich einmal jährlich ändert.
4. der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamts in Form des/der (Amts-) Arztes/-ärztin oder eines Sozialarbeiters/Sozialarbeiterin.

Einzelfallbezogene Mitglieder insbesondere der Leistungsträger:

5. ein/e Mitarbeiter/in der regionalen Servicestellen, die entsprechend ihren Aufgaben den Überblick über alle Rehabilitationsträger haben,

6. der/die Psychiatriekoordinator/in kann an der HPK teilnehmen, sollte aber zumindest eine »enge Verbindung« zu den Ergebnissen der Gespräche haben. Besonders dann, wenn in der HPK Veränderungsbedarf in Bezug auf das regionale Angebot klar werden, kann er/sie dies in der regionalen Psychiatrieplanung berücksichtigen
7. Vertreter der regionalen Arbeitsgemeinschaften (jeweiliger Fallmanager)
8. Vertreter des Fachausschuss der WfbM
9. Ansprechpartner für medizinische Leistungen nach SGB V
10. bei Klinik-Entlassung der/die SozialarbeiterIn der Station
11. weitere fallbezogene Ansprechpartner anderer Leistungsträger

Die ständigen Mitglieder bilden eine feste Arbeitsgemeinschaft mit konstanter personeller Besetzung und klarer Vertretungsregelung. Sie geben sich eine gemeinsame Arbeitsweise, die das gemeinsame Arbeitsverständnis ermöglicht und inhaltlich eine gemeinsame Grundhaltung unterstützt.

Die HPK basiert auf einer von den ständigen Mitgliedern unterzeichneten Geschäftsordnung. In ihr sind sowohl fachliche Leitlinien als auch die konkrete Verfahrensweise der HPK festgelegt. Sie wird von den ständigen Mitgliedern gemeinsam erarbeitet und abgestimmt, um sich selbst eine verbindliche, gemeinsam getragene Arbeitsweise und Ausrichtung zu geben.

Die Anzahl der Mitarbeitenden, die in der HPK am Tisch sitzen, kann dementsprechend groß sein. Für manche NutzerInnen ist dies eine Belastung, und die Möglichkeit, sich frei und offen zu äußern, während man von vielen »beäugt« wird, ist dadurch eingeschränkt. Die Lösung kann aber hier nicht ausschließlich sein, die Teilnehmeranzahl zu begrenzen. Letztendlich profitieren die NutzerInnen von den verschiedenen Sichtweisen und Möglichkeiten, die vertreten sind. Um jedoch die Aufregung und »Befangenheit« von den NutzerInnen zu nehmen, ist es besonders wichtig, die Atmosphäre und Art des Gesprächs so zu gestalten, dass die Aufregung ein wenig genommen wird und die NutzerInnen das Gefühl haben, frei sprechen zu können. In dem Projekt hat sich gezeigt, dass dies der entscheidende Faktor war, ob NutzerInnen aktiv beteiligt waren oder nicht, weniger die Anzahl der Teilnehmer.

Wann findet eine HPK statt?

Leider können wir nicht vorschlagen, HPKs nur für »intensiv zu beratende« oder Neuanträge durchzuführen. Dies ist oft die Lösung, wenn es um die Reduzierung der Anzahl der Fallbesprechungen geht. Dagegen sprechen aber drei wesentliche Gründe:

1. Die Sicherung der Ergebnisqualität und Prüfung der Leistungen auf ihre Eignung für die einzelnen Personen sollte in allen Fällen kontinuierlich gewährleistet sein.
2. Alle NutzerInnen sollen ihr Recht auf Mitbestimmung bei der Entscheidung über die für sie geeigneten Leistungen wahrnehmen können. Dies sollte sich nicht nur auf die Erstellung des Hilfeplans beziehen, sondern auch auf konkrete Entscheidungen. Und dies sollte mit den Verantwortlichen in der Region gemeinsam geschehen und der Blick offen gehalten werden für mögliche Alternativen.
3. Die regionale Versorgungsplanung benötigt einen Überblick über alle Leistungen und ihre Eignung und gegebenenfalls notwendige Veränderungen.

Die HPK tagt regelmäßig, empfehlenswert ist ein Rhythmus von zwei Wochen an einem festen Wochentag, um die langfristige Planung der Termine für die Mitglieder zu ermöglichen. Außerdem kann bei Eilfällen recht zeitnah gemeinsam miteinander entschieden werden. Mindestens trifft sich die HPK einmal monatlich.

Pro Fallbesprechung empfiehlt es sich, eine halbe Stunde einzuräumen. Falls aufgrund einer hohen Fallzahl weniger Zeit zur Verfügung steht, werden mind. 20 Minuten eingeplant. Es bietet sich an, in diesem Fall einen zeitlichen »Puffer« einzubauen. Einzelne Anträge voraussichtlich intensiver zu besprechender Fälle sollten eher ans Ende des Tagesprogramms gestellt werden.

Vorbereitung

Die wesentliche Voraussetzung für eine effiziente HPK ist eine gute inhaltliche und strukturelle Vorbereitung. Es hat sich in den Projektregionen als wesentlich erleichternd herausgestellt, wenn im Sozialhilfeträger eine Personalstelle ausschließlich für die Durchführung und Vorbereitung der HPKs zuständig ist. Damit ist »alles in einer Hand«, und der/die MitarbeiterIn

muss den mit der HPK verbundenen Aufgaben nicht neben der üblichen Tätigkeit nachgehen.

Zur inhaltlichen Vorbereitung gehört die Verwendung der zuvor nach fachlichen Grundsätzen erarbeiteten Hilfepläne. Hieraus muss den Mitgliedern der HPK klar werden, worum es dem Menschen, der den Antrag stellt, geht und was sich entwickelt hat. Weitere Unterlagen wie z. B. ärztliche Stellungnahmen und Gutachten, Klinikberichte etc. bieten weitere Hinweise auf die Situation und Entwicklung.

Die vorliegenden Unterlagen werden ca. zehn Tage vor der jeweiligen HPK an alle ständigen Mitglieder versendet, hier empfiehlt es sich, die eingescannten Unterlagen per E-Mail und verschlüsseltem Verfahren an die Mitglieder zu senden. Das erspart Papier, Zeit und Porto.

In der HPK selbst können vor Erscheinen der Antragssteller die wesentlichen Inhalte der Unterlagen kurz vorgetragen werden, und rein sachliche Fragen können geklärt werden. Wichtig ist, dass hier keine Entscheidungsrichtungen bereits festgelegt werden, sondern dass das Gespräch mit den NutzerInnen entscheidend ist.

Im Gespräch selbst ist es hilfreich, wenn die Ziele der AntragstellerInnen der Dreh- und Angelpunkt der Gespräche sind. Sie helfen, auf ihrer Grundlage Entwicklungen miteinander zu besprechen und zukünftige Perspektiven miteinander zu erarbeiten. Hierauf kann beim nächsten Gespräch wieder Bezug genommen und »der Faden wieder aufgenommen« werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich im Protokoll, das parallel während des Gesprächs geschrieben wird, die Ziele und das dafür geeignete Vorgehen als Ergebnis festgehalten sind.

Die Trennung von Zielen und Leistungen/Maßnahmen ist der wesentliche Schritt, um ein effizientes, konkretes und ergebnisorientiertes Gespräch führen zu können. Wenn man zum Beispiel fragt, ob sich durch den Besuch der Tagesstätte die Angstsymptome etwas vermindert haben, ist das ein wesentlich konkreteres Ergebnis als wenn über die Leistung und was dort gemacht wurde, gesprochen wird.

Das Protokoll wird von allen ständigen Mitgliedern und den AntragstellerInnen unterschrieben. Neben der einzelnen Unterschrift lässt sich ein Kreuz setzen, das aussagt, ob derjenige zustimmt (Kreuz) oder nicht (fehlendes Kreuz). Auch wenn dieses Protokoll keine rechtliche Verbindlichkeit hat, so spiegelt es zumindest das Ergebnis des gemeinsamen Gesprächs wider. Das Protokoll und den Bewilligungsbescheid/Ablehnungsbescheid erhält der Antragsteller und die jeweiligen Leistungserbringer (wenn in der HPK bereits

entschieden) und die koordinierende Bezugsperson per Post spätestens zwei Wochen nach der jeweiligen HPK. Hier ist auch ein Ansprechpartner des Sozialhilfeträgers für Fragen während der laufenden Hilfe aufgeführt.

Steuerung über Ziele

Wenn in einer Gebietskörperschaft sehr viele Anträge zu besprechen sind, liegt es manchmal daran, dass die Bewilligungszeiten der Leistungen konstant »eng« gelegt werden (also immer halbjährlich). Der Leistungsträger hat ein Interesse daran, regelmäßig zu erfahren, wie der Bedarf weiterhin aussieht und kontrolliert seine »Ausgaben« über die Inhalte der Maßnahmen. An diese Stelle der Steuerung über die Zeit bzw. Maßnahme sollte die Steuerung über Inhalte treten, die auf der Verwendung von Zielen der Leistungen/Maßnahmen und der NutzerInnen aufbaut. Hat man Ziele konkret und individuell vor Augen, lässt sich für manche Entwicklungen bzw. Maßnahmen mehr Zeit einräumen als für andere, sodass die Zeiten flexibler gestaltet werden können, ohne einen Steuerungsverlust zu haben. Das erfordert zum einen in der HPK viel Übung im Umgang mit Zielen, zum anderen auch in der Erstellung der Hilfepläne, die die Ziele gut vorbereiten sollten.

Herausforderungen

Vier besondere Herausforderungen, welche die HPKs in den Regionen sehr beeinflussen, die aber durch die HPKs selbst nur bedingt verändert werden können, bleiben nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern:

1. Hilfeplanung ist zeitaufwendig und kostet Geld – sie muss als eine Art Regel-Leistung in den Landesrahmenverträgen auf Anbieterseite und in der Bemessung der Stellenpläne in den Ämtern berücksichtigt werden.
2. Auch die Sicherung der Qualität von HPKs kostet Zeit und Geld: Ein ständiger zirkulärer Reflexionsprozess mit prozesshafter Evaluation und möglicherweise einem landesweiten Benchmarking zur gegenseitigen Orientierung sollte zur kontinuierlichen Optimierung der HPKs auch mit finanziellen Ressourcen unternommen werden – wenn möglich mit einem landesweiten Standard verknüpft.
3. Die HPK kann eine verantwortliche, Sozialgesetzbuch-übergreifende Beratung und koordinierende Begleitung der Klienten nicht ersetzen, sondern nur Verbindungslinien herstellen. Eine Beteiligung verschiedens-

ter (aller) Leistungsträger an der HPK, insbesondere der Service-Stellen, und die Finanzierung von Maßnahme unabhängigen koordinierenden Bezugspersonen/Case-Managern könnten hier eine Verbesserung bringen.

4. Die flexible praktische Umsetzung in passgenaue Maßnahmen und deren finanzielle Steuerung über den Einzelbedarf komplettiert die Ergebnisse individueller Planung in der HPK. Erst hierdurch wird Effizienz auch für das psychiatrische System erreicht, und es können individuellere Leistungs-Zuschnitte (effizienter) erfolgen. Der Weg zu dieser finanziellen Flexibilisierung ist nach allen bundesweiten Erfahrungen wesentlich länger, als es die Qualifizierung der HPKs in Anspruch nimmt.
5. Diskussionspapier »Empfehlung zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von Hilfeplankonferenzen« zusammengefasst (siehe www.sozialpsychiatrie-mv.de).

Gesetzliche Betreuung, koordinierende therapeutische Bezugsperson und administratives Case-Management

Marion Locher

Im Folgenden werden unterschiedliche Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch und dem Bürgerlichen Gesetzbuch dargestellt. Da der Beitrag von beruflichen Erfahrungen geprägt ist, ist es wichtig zu beachten, dass die Auslegung von Gesetzen und Ausführungsvorschriften sehr unterschiedlich in den Bundesländern und auch den Kommunen erfolgt und sich daraus in den einzelnen Versorgungsregionen abweichende Umsetzungen ergeben.

Die Erfahrungen basieren auf meiner Tätigkeit bei der Träger gGmbH in Berlin-Reinickendorf, der vielfältige Hilfen aus dem Bereich Wohnen und Betreuung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen sowie für Menschen mit einer geistigen Behinderung leistet. Es gibt innerhalb von Berlin sehr unterschiedliche Formen der Umsetzung und damit auch der Kooperation.

In meinem Impulsreferat werden drei Hilfsangebote schwerpunktmäßig herausgegriffen. Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf werden aber oftmals mit viel mehr Diensten und gesetzlichen Regelungen konfrontiert. Insbesondere für psychisch kranke Menschen – und ihre Angehörigen –, die neu in das Hilfesystem kommen, kann dies zu Verwirrungen und Irritationen führen. Sie erfahren etwas über Dienste und Hilfen, deren Finanzierungen dann auch fast immer noch unterschiedliche gesetzliche Grundlagen haben. Spätestens an diesem Punkt ist es für die betroffenen Menschen kaum mehr zu verstehen, warum eine Leistung nach SGB IX bezahlt wird und eine andere nach SGB II, XI oder XII aber nicht. Insbesondere wenn sich die Helfer über das Subsidiaritätsprinzip von Leistungen unterhalten, ist es für Nicht-Profis der Zeitpunkt aus dem Gespräch auszusteigen.

Dieser Irritation versucht der Gesetzgeber dadurch entgegenzuwirken, dass in mehreren Gesetzen für die Beratung über die jeweiligen Leistungen Ansprechpartner benannt werden. Allerdings sind diese dann wieder nur für die jeweils spezifische gesetzliche Leistung zuständig.

Vorab sollen noch einige weitere Leistungen erwähnt werden, die häufig im Rahmen der Komplexeleistungen eine Rolle spielen. Eine detaillierte Darstellung wäre jeweils ein eigenes Thema.

Ganz neu ist hier die Pflegeberatung nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zu nennen (gültig seit 01. Juli 2009). Die Pflegeberater haben die Aufgaben, den Hilfebedarf zu erkennen, Hilfen zu organisieren und zu

planen und ggf. bei Bedarf anzupassen. Hier geht der Gesetzgeber soweit, dass nicht nur über die Leistungen der Pflegekassen – also Leistungen nach SGB XI – informiert werden soll. Es sollen nun Pflegestützpunkte entstehen und das Case-Management findet Einzug. Allerdings liegt die Beratungspflicht bei den Pflegekassen, nicht bei den Stützpunkten und lässt Zweifel an der Umsetzung aufkommen.

Seit diesem Jahr ist das persönliche Budget nach § 17 SGB IX in Kraft getreten. Die Funktion der Budgetassistenten wird darin explizit beschrieben. Sie soll die Beratung im Vorfeld, die Ermittlung des Hilfebedarfs für die Beantragung, die Unterstützung während der Hilfeerbringung und die Mitwirkung bei der Überprüfung der Ziele, durchführen.

Seit Einführung des SGB II gibt es das beschäftigungsorientierte Fallmanagement. Dies ist eine Leistung, die dem administrativen Case-Management zuzuordnen ist, auf die hier aber nur kurz eingegangen wird. Die Fallmanager haben ebenfalls die Aufgabe, die Fähigkeiten, bezogen auf den beruflichen Kontext, zu erkennen und Unterstützungsangebote zu planen, die dann in Eingliederungsvereinbarungen festgelegt werden. Ebenfalls ist die Kontrolle der Zielerreichung wieder Aufgabe des Fallmanagements.

Auch hier besteht die Möglichkeit, dass Menschen parallel Hilfen durch das Job Center und weiteren Hilfen nach SGB IX bzw. (oder) XII benötigen. Hilfeplanungen erfolgen in der Regel unabhängig voneinander.

In Hilfeplanungen für Menschen mit einer Bewährungsstrafe sollten die Bewährungshelfer einbezogen werden, da diese die Einhaltung der gerichtlichen Auflagen überwachen und u. a. Verstöße dem Gericht mitteilen müssen. Auch ist es ihre Aufgabe, den Verurteilten helfend und betreuend zur Seite zu stehen.

Bei Nichtbeteiligung besteht die Gefahr, dass Planungen erfolgen, deren Realisierung die Zustimmung des Strafrichters erfordern, z. B. Wechsel der Betreuungsform oder des Wohnortes, Medikation, Arbeitsplatz, die dieser dann nicht erteilt.

Weitere Leistungen sind z. B. Soziotherapie, die als Form des Case-Managements geplant war, aber die Behandlung als vordergründigen Auftrag erhalten hat. Die Case-Management Funktion wurde aber auch bei der Soziotherapie auf Leistungen des SGB V beschränkt sowie das Versorgungs- und Überleitungsmanagement der Krankenhäuser, das im SGB V beschrieben wurde oder die Servicestellen im SGB IX im Rahmen der Rehabilitationsberatung. Kommen wir nun zu den Leistungen, auf die im Weiteren eingegangen wird.

Gesetzliche Betreuung

Die Aufgabenbereiche der gesetzlichen Betreuung sind seit Reform des Betreuungsrechts (vor allem §§ 1896 ff. BGB) sehr individuell durch den zuständigen Amtsrichter festzulegen. Der Betreuer sollte als Ziel die Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes der betreuten Person haben (DV 2008).

Die Bestellung eines Betreuers ist nur dann zulässig, wenn dem Betroffenen wegen Krankheit oder Behinderung die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen freien Entscheidung fehlt und es keine andere Form der Vertretung, z. B. Bevollmächtigte, gibt. In der zitierten Stellungnahme des Deutschen Vereines für öffentliche und private Fürsorge (DV) wird als eine Aufgabe der Betreuer die Aktivierung der vorhandenen Fähigkeiten genannt.

Nun soll aber nicht weiter auf das Gesetz eingegangen werden, sondern auf die im Alltag praktizierte Umsetzung.

In der Praxis haben die rechtlichen Betreuer inzwischen wieder die klassischen Aufgabenkreise: Vermögen, Aufenthalt, Heilbehandlung/Gesundheitspflege und Behördenangelegenheiten.

Sie sind nur gegenüber dem Gericht mitteilungs- und berichterstattungspflichtig. Die Einbeziehung der rechtlichen Betreuer in die bezirklichen psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist zumindest in Berlin nicht verbreitet. Eine Zusammenarbeit mit anderen Diensten ist daher ganz individuell gestaltet und somit vorhanden oder auch nicht.

In einer umfangreichen Studie in Berlin von R. Vock, M. Zaumseil, R. Zimmermann und S. Manderla, die im Mabuse Verlag mit dem Titel: »Mit der Diagnose chronisch psychisch krank ins Pflegeheim« erschienen ist, wurde u. a. festgestellt, dass rechtliche Betreuer neben den Kliniken und den Angehörigen diejenigen sind, die am häufigsten Klienten in stationäre Pflegeeinrichtungen vermitteln. Dies geschieht dann oftmals ohne Einbeziehung der bezirklichen Hilfeplankonferenzen und daher ohne eine Hilfeplanung.

Rechtliche Betreuer müssen keine weiteren Fachdienste für eine Planung einschalten. Ausschließlich für Fragen der Finanzierung bedarf es eventuell einer Begutachtung der dann schon festgelegten Maßnahme z. B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse. Kontrollfunktion für die Tätigkeit der rechtlichen Betreuer hat das Gericht. Ausschließlich dorthin muss sich der Betreuer wenden, wenn er z. B. wegen einer Heimverlegung das Einverständnis benötigt.

Oftmals kennen die rechtlichen Betreuer die Hilfsmöglichkeiten für die zu betreuenden Personen vorort nicht oder die Vermittlung dorthin erscheint

ihnen, ähnlich wie auch Mitarbeitern von Krankenhäusern, als ein zu mühsamer und langwieriger Prozess.

Besonders problematisch bei der Unterbringung in stationäre Pflegeeinrichtungen ist, dass es keine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Maßnahme gibt. Das bedeutet im ungünstigsten Fall auch für junge Menschen, lange bis vielleicht »lebenslanglich« in diesen Heimen zu verbleiben.

Dagegen werden z. B. in Berlin die Leistungen für Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen laut Kommissionsvereinbarung nur für längstens ein Jahr bewilligt, dann erfolgt eine erneute Planung, an der der Klient, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Fallmanager der Eingliederungshilfe, rechtliche Betreuer je nach Aufgabenkreis und Leistungserbringer beteiligt sind. Die Umsetzung dieser Vorgabe ist von Bezirk zu Bezirk unterschiedlich.

Es gibt rechtliche Betreuer, die eine Teilnahme an Fallkonferenzen mit dem Hinweis ablehnen, dass dies nicht finanziert würde, andere nehmen regelhaft teil. Dies hat leider nicht unbedingt mit dem Aufgabenkreis oder der aktuellen Situation zu tun, sondern mit den individuellen Geflogenheiten.

Rechtliche Betreuer können, müssen aber nicht auf die Angebote der regionalen Versorgung zurückgreifen. Hierfür gibt es aus meiner Erfahrung die unterschiedlichsten Gründe (Nichtwissen, schlechte Erfahrung im Sinne von Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit von Leistungserbringer und Betreuer, Zeitdruck etc.). Sie können für die zu betreuenden Menschen gravierende Entscheidungen herbeiführen, die nicht in einem Hilfeplanverfahren mit Experten abgestimmt sind und auch nicht systematisch auf deren weitere Notwendigkeit überprüft werden.

Die Zusammenarbeit mit anderen Diensten ist nicht vorgeschrieben und systematisiert, was meines Erachtens dringend erforderlich ist. Weitreichende Entscheidungen für andere Menschen sollten fachlich gut durchdacht und regelmäßig überprüft werden.

Es ist aus meiner Sicht ein »Systemfehler« und bedeutet nicht, dass die einzelnen Betreuer nicht kompetent und verantwortungsvoll handeln.

Der DV kommt in seinen Empfehlungen folgerichtig zu dem Schluss, dass dort wo es Hilfeplanungsinstrumente gibt, diese den Betreuungsplan nach § 1901 BGB einbeziehen sollen. Explizit wird hier der Integrierte Rehabilitations- und Behandlungsplan (IBRP) der AKTION PSYCHISCH KRANKE erwähnt und für eine verbindliche Kooperation folgende Punkte benannt (DV 2008):

- Transparenz und gegenseitiger, rechtzeitiger Informationsaustausch
- In die Personenzentrierte Hilfeplanung und integrierte Koordination werden die rechtlichen Betreuer entsprechend ihres Auftrages eingebunden
- Die koordinierende Bezugsperson soll im regelmäßigen Austausch mit dem Betreuer sein
- Der Betreuer »überwacht« die Umsetzung der Hilfeplanung

Um tatsächlich für einen psychisch kranken Menschen eine abgestimmte individuelle Planung zu erhalten und die Umsetzung zu begleiten, wurde im Rahmen des IBRPs die *Koordinierende therapeutischen Bezugsperson* eingeführt.

Koordinierende therapeutische Bezugsperson

Um die Beschreibung der Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson geht es nun, die der Gemeindepsychiatrische Verbund in Berlin-Reinickendorf umzusetzen versucht.

In den Leistungstypbeschreibungen für die Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf für den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen (psychisch kranke einschließlich suchtkranke Menschen) im Land Berlin sind sowohl das Hilfeplanverfahren als auch das anzuwendende Planungsinstrument – der Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP) – festgelegt. An der Hilfeplanung ist zwingend der Klient, der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD), das Krankenhaus (wenn der Klient dort bekannt ist), Angehörige, rechtliche Betreuer und Freunde des Klienten – so er es will – und die Leistungserbringer (bisherige oder auch zukünftige) zu beteiligen.

Im BRP wird der Hilfebedarf des Klienten dokumentiert. Der wesentliche Unterschied zum IBRP besteht darin, dass im BRP nur die Teilhabeleistungen nach SGB XII berücksichtigt werden. Aufgrund der in der Planung ermittelten Zeitwerte für die direkten Leistungen für den Klienten findet die Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe statt, aus der sich die Vergütung ergibt.

Im BRP werden eine federführende Person und eine koordinierende Bezugsperson aus dem Helfersystem namentlich festgelegt. Für die ergänzende Leistung »Koordination und Behandlungsplanung« erfolgt automatisch die Anrechnung eines wöchentlichen Zeitbudgets von 40 Minuten, das somit auch vergütet wird.

Die Aufgaben für die Federführung bei der Rehabilitationsplanung sind inhaltlich weitgehend identisch mit den späteren Aufgaben der Koordination, gehen dieser jedoch zeitlich voraus. Die federführende Person setzt den Prozess der Rehabilitationsplanung in Gang und begleitet ihn solange, bis die koordinierende Bezugsperson namentlich benannt ist. Das bedeutet konkret, dass die federführende Person die Einladung zu einer ersten Fallkonferenz und die Erstellung des BRP im Anschluss als Aufgabe hat sowie die Beantragung der Kostenübernahme beim Leistungsträger. Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson ist die Begleitung des Rehabilitationsprozesses unter besonderer Berücksichtigung der aufeinander abgestimmten Planungen der unterschiedlichen Dienste. In der Vergangenheit führten z. T. gegenläufige Planungen zu Überforderungen für den Klienten und zu erneuten Krisensituationen, die bei Kenntnis der jeweiligen anderen Absprachen hätten vermieden werden können. Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Notwendigkeit, dass die koordinierende Bezugsperson aus dem professionellen Helfersystem kommt.

Diskussionswürdig ist die Frage, ob eine besondere Nähe zum Klienten für den Abstimmungsprozess förderlich ist, wie sie die Bezugsbetreuer haben, oder ob eine größere Distanz für die Aufgabe der Koordination wichtig ist. Die Entscheidung sollte in jeder individuellen Rehabilitationsplanung abgewogen und dann getroffen werden. Wichtig ist, soweit möglich, dass das Vertrauen der/s Klientin/en zu der Person vorhanden ist. Der Klientenwunsch hat bei der Auswahl der Person oberste Priorität. Schwierig ist dies bei neu in das System kommenden Klienten, die noch keine Erfahrungen mit dem Helfersystem haben.

Die Hauptaufgabe der koordinierenden Bezugsperson besteht darin, darauf zu achten, dass das Handeln der professionell Tätigen aufeinander abgestimmt ist und keine sich ausschließenden Ziele mit dem Klienten verfolgt werden. Hierzu muss sich die koordinierende Bezugsperson selbst aktiv um Informationen bemühen, die sie dann an die anderen im Rehabilitationsprozess Beteiligten weitergibt.

Die koordinierende Bezugsperson hat mit darauf zu achten, dass das geplante Vorgehen umgesetzt wird und alle beteiligten Institutionen über aktuelle Entwicklungen informiert sind. Werden Änderungen aus einer Institution angedacht, so muss die koordinierende Bezugsperson einbezogen werden und diese Überlegungen an die anderen Beteiligten aus dem Helfersystem weitergeben. Sie soll den Klienten längerfristig begleiten, daher besteht die Zuständigkeit fort, auch wenn ein Klient den Aufenthaltsort

wechselt, z. B. zur Behandlung in der Klinik geht oder aus dem Heim ins ambulant betreute Wohnen.

In der Praxis gibt es bei der Umsetzung noch immer Schwierigkeiten. Hier bedarf es immer wieder der Verständigung und des gemeinsamen Beschlusses aller am Prozess beteiligten Institutionen, damit diese Funktion ausgeübt werden kann. Es setzt ein hohes Maß an Bereitschaft zur Transparenz des eigenen Handelns voraus. Eine weitere Voraussetzung ist die Bereitschaft, eigene Planungen zugunsten der Planungen anderer Dienste zurückzustellen und auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Dies ist nicht immer umsetzbar.

Administratives Case-Management

Mit Einführung des SGB XII änderten sich bei uns die Strukturen in den Sozialämtern und es wurden aus den Sachbearbeitern nun Fallmanager, die die Aufgaben eines administrativen Case-Managements übernommen haben.

Es soll ganz kurz auf den Begriff Case-Management eingegangen werden. Er kommt aus den USA und wurde in der Sozialarbeit entwickelt. Der Case-Manager soll in der Einzelfallhilfe einerseits die direkte Unterstützung für den Klienten organisieren, aber auch den Blick für die Strukturen des Hilfesystems haben und dafür sorgen, dass sich dem Klienten alle möglichen Hilfen erschließen, unabhängig von der jeweiligen Finanzierung.

Der Begriff des Case-Managements wird derzeit inflationär gebraucht und nicht immer mit dem ursprünglichen Gedanken, (wie z. B. beim Fallmanagement und dem Unterstützungsmanagement). Inzwischen gibt es weitere Konzepte, wie z. B. Sozialmanagement; Disease Management, Care Management, Pflegemanagement, Disability Management, Rehabilitationsmanagement; Eingliederungsmanagement; Managed Care. Eine Erörterung der begrifflichen Unterschiede würde hier zu weit führen.

Inzwischen findet der Begriff gelegentlich auch Verwendung für rein verwaltungsinterne Vorgänge, die Dienstleistungen mit inhaltlich begrenztem Ziel haben (z. B. nur Bewilligung der Eingliederungsmaßnahmen für Klienten).

Nun besteht in Berlin seit 2005 das Fallmanagement, auf das ich hier unter dem Begriff administratives Case-Management eingehen möchte.

Es gibt ein ca. 200 Seiten starkes Papier, in dem die Aufgaben, Ziele und das Vorgehen geregelt wurde (SenGSV 2006). Dieses Papier wurde

zwar von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ausgearbeitet, die Abteilung Gesundheit, die fachlich für den Bereich der psychisch kranken Menschen innerhalb der Senatsverwaltung zuständig ist, wurde aber nur rudimentär beteiligt. Die Senatsverwaltung für Jugend und Familie überhaupt nicht.

Die Fallmanager sind jetzt für eine bedarfsgerechte individuelle Planung zuständig, die *für* den und *mit* dem Hilfebedürftigen zu erfolgen hat. Es wurde festgelegt, dass die Fallmanager die »Herren des Verfahrens« sind und somit über das *ob*, *wann*, *wie* und *wie lange* alleine entscheiden.

Nur nach starkem Protest wurde das Hilfeverfahren, das zwischen der Liga der Wohlfahrtsverbände und dem Land Berlin für psychisch kranke Menschen vereinbart wurde, berücksichtigt, wobei noch immer Grundlagen in dem Handbuch enthalten sind, die dem widersprechen.

Große Widerstände haben die beabsichtigte Nichtberücksichtigung der Leistungserbringer am Planungsprozess erzeugt. Deutlich war das Misstrauen der Verwaltung, dass freie Träger nur zu ihrem Vorteil agieren. Die Erfahrungen, dass gemeinsame Planungen einen fachlich fundierten Hilfeplan erst möglich machen, lagen nicht vor. Erschwerend kamen die bezirklichen Einsparvorgaben, die mit Einführung des Fallmanagements festgelegt wurden, hinzu. Jedes Jahr müssen in dem Bereich Eingliederungshilfe 2 % eingespart werden. Dies wurde u. a. damit begründet, dass durch die niedrige Fallzahl (max. 75 pro Fallmanager) individuelle Planungen möglich seien und die Betreuung sich verbessert, und sich daher die Kosten für den Einzelfall verringern.

In unserem Bezirk gibt es schon lange eine gute und konstruktive Zusammenarbeit mit der Eingliederungshilfe und dem SpD, die trotz Einführung des Fallmanagements weitergeführt wird. Es finden weiterhin Fallkonferenzen für psychisch kranke Menschen statt, bei denen selbstverständlich auch die Leistungserbringer teilnehmen.

Im täglichen Handeln bestimmen eher die zwischenmenschlichen Noten das Geschehen. Zur Vermeidung von Misstrauen gehört u. a. von beiden Seiten Transparenz in ihrem Tun herzustellen. Leistungserbringer müssen zeitnah über Entwicklungen, die bedeutend z. B. für den Zeitaufwand und damit für die Vergütung sind, informieren.

Positiv hat sich das Kennenlernen der Klienten durch die Fallmanager ausgewirkt. Diese sind oft zögerlicher bei Absenkungen der Hilfebedarfsgruppen als die Leistungserbringer. Es gibt durch den persönlichen Kontakt ein größeres Verständnis für Schwierigkeiten, die sich z. T. im Umgang er-

geben und es wird deutlich, warum sich Planungen nicht immer so einfach umsetzen lassen.

Auch beim Fallmanagement ist das Problem die Begrenzung auf die Leistungen der Eingliederungshilfe nach § ??? SGB XII. Ausnahme ist hier nur das Trägerübergreifende Persönliche Budget. Damit gibt es aber meines Wissens in unserem Bezirk noch keine Erfahrung.

Probleme

Wenn unterschiedliche Kostenträger immer nur Hilfepläne für die jeweiligen Leistungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches anfertigen, können diese bei Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf zu unterschiedlichen Zielen und einem gegenläufigen Vorgehen führen.

Es kann Konkurrenz in dem Sinne entstehen, dass ein Kostenträger dominieren möchte – oder sich keiner zuständig fühlt, da der andere tätig werden soll, was die häufigere Version ist.

Klienten sind mit den unterschiedlichen Anforderungen überfordert und verzichten manchmal lieber ganz auf Leistungen als sich mit den verschiedenen Vorgaben auseinanderzusetzen.

Professionelle Helfer verfolgen nur die Ziele aus der spezifischen Hilfeplanung, an der sie teilgenommen haben und kennen die der anderen nicht.

Es findet kein Informationsaustausch statt und das Handeln wird nicht abgestimmt.

Mehrere Helfer mit unterschiedlichen nicht abgestimmten Aufträgen können, besonders in Krisensituationen, irritierend für die betroffenen Menschen sein.

Auch die professionellen Helfer fühlen sich nur den Vorgaben für die Hilfeplanung des jeweiligen Kostenträgers verpflichtet.

Die Zuständigkeit endet mit dem Ende der Unterstützung des jeweiligen Dienstes und die bisherigen Erfahrungen im Rehabilitationsprozess gehen verloren.

Lösung

Für Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf muss es ein einheitliches integriertes Hilfeplanverfahren geben. Dies muss für alle relevanten Dienste einschließlich rechtlichen Betreuern innerhalb einer definierten Versorgungsregion verbindlich sein. Kein Klient mit einem komplexen Hilfebedarf darf

ohne eine abgestimmte Hilfeplanung Leistungen erhalten – egal ob stationäre Pflege, Werkstättenplatz, betreutes Wohnen, Soziotherapie oder andere.

In den einzelnen Sozialgesetzbüchern müssen die gemeinsamen integrierenden Planungen als Pflicht aufgenommen werden, wenn Klienten gleichzeitig Hilfen von unterschiedlichen Leistungserbringern erhalten.

Der IBRP bietet die Chance, Leistungen aller Kostenträger zu planen.

Eine Person *aus dem Hilfesystem* sollte als koordinierende Person tätig werden und über einzelne Leistungsangebote hinweg den Überblick haben, alle Informationen erhalten und in relevante Entscheidungen der einzelnen Leistungserbringer und Behandler einbezogen werden. Diese Person soll nicht in die Maßnahmen der einzelnen Erbringer eingreifen, z. B. medikamentöse Behandlung, aber von den Behandlern gehört werden, wenn diese Rückmeldung gibt. Informationen müssen aktiv an die koordinierende Person gegeben werden.

Es geht nicht um eine Konkurrenz z. B. zu den rechtlichen Betreuern und Fallmanagern, sondern um die zum Glück vorhandene Vielfalt der Hilfen nutzbar zu machen.

Die koordinierende Person hat längerfristig die Funktion zu behalten, auch wenn der Klient aus der Betreuung des Dienstes geht, sich aber noch im Hilfesystem befindet. Sie dient als Erfahrungsspeicher des bisherigen Rehabilitationsprozesses und ist somit wichtig für die weiteren Planungen, um u. a. die Wiederholung ungünstiger Erfahrungen zu vermeiden.

Literatur

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE e. V.: Abgrenzung von rechtlicher Betreuung und Sozialleistungen. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2008

SENATSVORWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN (SenGSV): Handbuch für Fallmanager/innen nach SGB XII – März 2006

VOCK R et al.: Mit der Diagnose chronisch psychisch krank ins Pflegeheim, Mabuse Verlag 2007

Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Hilfeplanung

Klaus Wingefeld

Schon seit vielen Jahren wird eine Neufassung des sozialrechtlichen Begriffs der Pflegebedürftigkeit und eine Angleichung des Begutachtungsverfahrens nach dem SGB XI gefordert. Pflegebedürftigkeit sei dort, so der Kern der seit Beginn der Pflegeversicherung formulierten Bedenken, zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert. Im Jahr 2006 wurden konkrete Schritte zu einer entsprechenden Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eingeleitet. Dazu gehört die Einberufung eines Beirats durch das Bundesministerium für Gesundheit, der bis Ende 2008 eine Empfehlung zur Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeiten soll.

Zeitgleich erhielt das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) den Auftrag, mit einer breit angelegten Literatur- und Instrumentenanalyse die inhaltlichen Grundlagen zu erarbeiten, die zur Bestimmung eines pflegewissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens benötigt werden. Gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe entwickelte das IPW außerdem den Prototyp eines neuen Begutachtungsinstruments, der im März 2008 der Fachöffentlichkeit vorgestellt wurde.

Der Modelltyp eines neues Begutachtungsinstruments

Das neue Instrument zielt auf eine *umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit* ab. Die Reduzierung auf den Hilfebedarf bei bestimmten Alltagsverrichtungen, wie sie für die aktuellen Rechtsvorschriften charakteristisch ist, soll damit vermieden werden. Das neue Instrument erfasst körperliche Beeinträchtigungen ebenso wie kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen besonderen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen. Auch das Fehlen von Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen wird berücksichtigt.

Während im heutigen Begutachtungsverfahren die erforderliche Pflegezeit als Maßstab bei der Ermittlung einer Pflegestufe dient, soll zukünftig der Grad der *Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen* zugrunde gelegt werden. Das neue Instrument orientiert sich damit an renommierten Vorbildern anderer Länder und einem international anerkannten Verständnis von Pflegebedürftigkeit.

Das neue Begutachtungsinstrument gliedert sich in vier Abschnitte. Der erste Teil ist für die *Informationserfassung* vorgesehen (allgemeine Angaben zur Person des Antragstellers und zur Begutachtungssituation, Informationen zur Versorgungssituation und zur Pflegeperson bzw. den Pflegepersonen, Angaben zu Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und zur bisherigen Entwicklung von gesundheitlichen Problemen). Außerdem erhalten die begutachteten Personen hier die Gelegenheit, ihre Situation in ihren eigenen Worten zu schildern und die aus ihrer Sicht vorrangigen Problemstellungen und notwendigen Maßnahmen darzustellen. Daran schließt sich ein zweiter Abschnitt an, die *Befunderhebung*. Abgesehen von der Prüfung verfügbarer Vorbefunde oder ähnlicher Informationen hat sich der Gutachter hier ein eigenes Bild von den Schädigungen und Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen zu machen.

Das neue Begutachtungsassessment

Der dritte Teil bildet das Herzstück des neuen Verfahrens, nämlich das sogenannte neue Begutachtungsassessment (NBA), mit dem die *Einschätzung der Pflegebedürftigkeit* bzw. die Bestimmung des Grads der Pflegebedürftigkeit (und damit einer Pflegestufe) erfolgt. Dieser Abschnitt ist noch einmal in acht Bereiche bzw. »Module« untergliedert, mit denen die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen ermittelt wird. Sie enthalten alle Merkmale, die in die Bestimmung des Grads der Pflegebedürftigkeit einfließen oder zur Darstellung anderer Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (Hilfebedürftigkeit) Verwendung finden. Der dritte Teil umfasst ferner Fragen zu besonderen pflegerischen Bedarfskonstellationen, zur Einschätzung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation und zu präventionsrelevanten Risiken. Im vierten Abschnitt schließlich erfolgt die *Ergebnisdarstellung und Formulierung von Empfehlungen*, beispielsweise von Empfehlungen zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung.

Die Module im dritten Teil des NBA, mit dem der Grad der individuellen Beeinträchtigungen ermittelt wird, umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder einen Lebensbereich und mehrere Unterpunkte (»Items« oder »Merkmale«), zu denen der Gutachter eine Einschätzung liefern soll:

1. *Mobilität*: Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers.

2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:* Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Urteilen, Kommunikation (geistige und verbale »Aktivitäten«).
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:* Verhaltensweisen, die mit einer Selbstgefährdung oder mit der Gefährdung anderer Personen verbunden sein oder andere Probleme mit sich bringen können, außerdem psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen (in diesem Modul geht es um Selbstständigkeit im Umgang mit inneren Handlungsimpulsen und Emotionen).
4. *Selbstversorgung:* Körperpflege, sich Kleiden, Essen und Trinken sowie Verrichtungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen.
5. *Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:* Aktivitäten, die auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen zielen, z. B. Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwendiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.
6. *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte:* Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, sinnvolles (bedürfnisgerechtes) Ausfüllen von verfügbarer Zeit und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen.
7. *Außerhäusliche Aktivitäten:* Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten (einschl. außerhäusliche Mobilität).
8. *Haushaltsführung:* hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange (Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit Behörden, Geldangelegenheiten).

Das Verfahren liefert zunächst für jedes Modul ein Teilergebnis mit Aussagekraft (z. B. Modul 1: Aussage über den Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten, die der Fortbewegung oder Lageveränderung des Körpers dienen). In einem zweiten Schritt werden die Teilergebnisse nach bestimmten, vorgegebenen Berechnungsregeln (Bewertungssystematik) zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt. Zur Ermittlung einer Stufe der *Pflegebedürftigkeit* werden die Ergebnisse der Module 1 bis 6 zusammengeführt und als Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten dargestellt. Diese Skala ist in mehrere Bereiche unterteilt, die jeweils einer bestimmten Stufe der Pflegebedürftigkeit entsprechen. Hier sieht das Verfahren eine Unterteilung in fünf Stufen vor. Dabei soll auch solchen Personen eine Stufe zugeordnet werden,

die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen – um zu vermeiden, dass Menschen als »nicht pflegebedürftig« bezeichnet werden, obwohl sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind.

Die Module 7 und 8 werden gesondert berücksichtigt. Sie dienen dazu, in ähnlicher Weise einen Grad der *Hilfebedürftigkeit* zu ermitteln. Das Verfahren unterscheidet also zwischen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Zur Ermittlung einer Pflegestufe, d. h. um den Grad der Pflegebedürftigkeit festzustellen, ist es unter methodischen Gesichtspunkten nicht erforderlich, die Einschätzungsergebnisse aus diesen Modulen in die Berechnungen einzubeziehen.

Die Einschätzung der *Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen* erfolgt mit dem gleichen Erhebungsbogen. Die wesentlichen Unterschiede sind daher nicht äußerlich erkennbar, sie betreffen vielmehr die Methode zur Ermittlung der Pflegestufe: Das Ergebnis der Einschätzung beschreibt nicht den Grad der Selbstständigkeit, sondern dessen *Abweichung* von der Selbstständigkeit gesunder, altersentsprechend entwickelter Kinder. Außerdem soll der Bereich »Haushaltsführung« bei der Kinderbegutachtung außer Betracht bleiben.

Auch im Hinblick auf die Einschätzung von Fragen der *Prävention und Rehabilitation* werden mit dem NBA andere Wege beschritten. Sie erfolgt kriteriengeleitet und stärker formalisiert als im gegenwärtigen Begutachtungsverfahren.

Schließlich wurde ergänzend zum Einschätzungsinstrument und dem dazugehörigen Manual eine Arbeitshilfe zur Nutzung von Begutachtungsergebnissen im Rahmen der individuellen *Pflegeplanung* entwickelt.

Fazit

Betrachtet man das neue Begutachtungsverfahren als Ganzes (Informationssammlung plus Befunderhebung plus Assessment plus Empfehlungsteil), so liegt eine Informationsstruktur vor, die eine gute Grundlage für das pflegerische Assessment im individuellen Pflegeprozess bietet. Nutzen für die Pflegepraxis brächte das neue Verfahren vor allem zu Beginn der Zusammenarbeit zwischen Pflegebedürftigem und beruflich Pflegenden, d. h. in einer Situation, in der nur wenige Informationen für die Entwicklung einer ersten Pflegeplanung zur Verfügung stehen.

In ähnlicher Weise kann das Verfahren auch als *Grundlage* für die individuelle Hilfe- oder Versorgungsplanung in anderen Bereichen nützlich sein, etwa im Zusammenhang mit der individuellen Pflegeberatung nach § 7 a

SGB XI oder im Bereich der Hilfen für behinderte Menschen. Vergleicht man beispielsweise die Inhalte des NBA mit den Inhalten des Einschätzungsinstrumentes »Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung« (das sog. Metzler-Verfahren), so zeigen sich zahlreiche Gemeinsamkeiten.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass »Hilfeplanung« und »Bedarf« im modernen Pflege- und Versorgungsverständnis mehr ist als eine bloße Ableitung von erforderlichen Hilfen aus den Ergebnissen einer instrumentengestützten Einschätzung. Denn »Bedarf« ist nichts anderes als die Gesamtheit der Maßnahmen, die als erforderlich und geeignet gelten, um ein *bestimmtes* Ziel zu erreichen. Die Bestimmung des individuellen Bedarfs setzt also eine Formulierung der individuellen Ziele des betroffenen Menschen voraus. Diesen Prozess kann ein Einschätzungsinstrument (gleichgültig welches) nicht ersetzen, sondern nur unterstützen. Es dient der Erfassung von Problemen und Ressourcen, alles Weitere (Bestimmung von Zielen, Festlegung von konkreten Maßnahmen) sollte im Rahmen der Kommunikation zwischen Betroffenen und den anderen beteiligten Akteuren geschehen. Die individuelle Pflege- und Hilfeplanung stellt in dieser Hinsicht also andere Anforderungen als die Feststellung von Leistungsansprüchen, die im System der deutschen Pflegeversicherung vorgesehen ist.

Weitergehende Informationen und Materialien über des »neue Begutachtungsassessment« sind im Internet verfügbar: www.uni-bielefeld.de/IPW, www.mdk-wl.de und www.gkv-spitzenverband.de.

VII Persönliches Budget

Einleitung

Ulrich Krüger, Joachim Speicher

*»Die meisten Menschen lehnen einen gut gemeinten Rat eher ab.
Die Wenigsten hingegen verweigern die Annahme von Geld,
also ist die Gabe von Geld immer besser als ein gut gemeinter Rat.«
(Jonathan Swift, 1724)*

Dieses Zitat soll uns als Motto dienen. Wir wollen heute in diesem Symposium sehen, ob diese Aussage, die wir privat wahrscheinlich alle unterschreiben werden, auch für die berufliche Situation in der Gemeindepsychiatrie zutrifft.

Wir wollen uns dabei auf die Fragen der Umsetzung Persönlicher Budgets konzentrieren. Während die mit dem Persönlichen Budget verbundenen tatsächlichen oder vermeintlichen Gefahren vielerorts thematisiert werden, sind die Chancen noch nicht voll erkannt, geschweige denn genutzt. Doch die Risiken sollen nicht unerwähnt bleiben, z. B. Leistungsabbau, Qualitätsverlust, Überforderung der Budgetnehmer.

Wir haben dazu Referenten eingeladen, die aus unterschiedlichen Zusammenhängen kommend Erfahrungen mit Persönlichen Budgets haben. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse, aber auch die Erfahrungsberichte selbst, sollen anregen, ermutigen und nach Möglichkeit dazu beitragen, Fehler zu vermeiden.

Franz-Josef Wagner kommt aus Trier, Modellregion zur Erprobung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets. Er ist Vorsitzender des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen in Rheinland-Pfalz und seit Jahren in der Bundesrepublik unterwegs, um sich vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen für eine bessere Psychiatrie einzusetzen. Er engagiert sich schon lange in der Selbsthilfebewegung und hat weit über Rheinland-Pfalz hinaus einen guten Überblick über Hilfen für psychisch kranke Menschen. Heute wird er über die Vorteile und die Bedeutung des Persönlichen Budgets berichten und wir werden dabei hören, in welcher Art und Weise seine Erfahrung mit der Sozialhilfe vonstatten ging, aber auch mit den Sozialversicherungen,

die nach Gesetzeslage seit 2004 auch zu beteiligen sind (Krankenkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit).

Gaby Roth, Budgetnehmerin aus Mainz, wird in einem Erfahrungsbericht ihren Weg schildern, der zunächst in ein Wohnheim für psychisch behinderte Menschen in Mainz und dann mithilfe eines Persönlichen Budgets wieder aus diesem Wohnheim herausführte in eine selbstständige Lebensform. Diese Form der Leistung gibt es in Rheinland-Pfalz seit knapp zehn Jahren. Allerdings geht es hier um kein trägerübergreifendes Budget, sondern ein Budget im Rahmen der Eingliederungshilfe. Es handelt sich um relativ knapp bemessene Budgetbeträge, die aber gleichwohl eine starke Wirkung entfalten, weil sie vom Anspruchsberechtigten selbst gesteuert werden und damit besonders gut geeignet sind, neue, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Hilfeformen zu erschließen. Wir sind gespannt zu hören, was Frau Roth mit ihrem Budget tut, und wo sie die Unterschiede zu bisherigen und speziell zu ihrer damaligen Lebenssituation in einem Wohnheim sieht.

Georg Rindermann ist Geschäftsführer von »Die Kette«, Bergisch Gladbach, einer der ersten Einrichtungsträger, die das Persönlich Budget aufgegriffen haben. Die Kette bietet seit 2006 Beratung zum Persönlichen Budget an und leistet aktive Mithilfe bei der Einführung dieser Hilfeform. Er wird uns aus der Sicht eines »etablierten« Leistungserbringers darlegen, wie sich das Persönliche Budget auswirkt auf das Leistungserbringerrecht in Bezug auf Qualität und Qualitätsmanagement. Eines der wesentlichen Elemente in der Qualitätssteuerung ist die Zielvereinbarung. Auf die wesentlich zu berücksichtigenden Aspekte bei der Zielvereinbarung wird Herr Rindermann näher eingehen.

Wir möchten mit dem Vortrag von Ulrich Krüger beginnen. Es geht dabei um Qualitätsfragen beim Persönlichen Budget. Herr Krüger ist Geschäftsführer der AKTION PSYCHISCH KRANKE und Koordinator zahlreicher Projekte zur Förderung personenzentrierter Hilfe. Das erste landesbezogene Projekt zur Implementation Personenzentrierter Hilfen fand in Rheinland-Pfalz statt. Schwerpunkt war dabei die Förderung passgenauer ambulanter psychiatrischer Hilfen in der eigenen Häuslichkeit. Der Erfolg dieses Projekts führte zu dem Entschluss, die Finanzierung der Hilfen sehr viel stärker am individuellen Bedarf zu orientieren und nicht, wie traditionell üblich, an den Einrichtungs- oder Maßnahmeformen. Unter dem Titel »Hilfe nach Maß – selbstbestimmt leben« schloss sich die erste Erprobung Persönlicher Budgets in Deutschland an dieses Projekt an. Damit wurden die Erfahrungen

mit dem Konzept personenzentrierter Hilfen der AKTION PSYCHISCH KRANKE und Erfahrungen in den Niederlanden mit individuellen Hilfeleistungen in Form eines persönlichen Budgets zusammengeführt.

Anforderungen an Qualität

Ulrich Krüger

Das Persönliche Budget ist keine neue Hilfe, sondern eine neue Form oder Art und Weise, wie man erforderliche Hilfen organisieren und finanzieren kann. Diese Feststellung wird manchmal zur Abwehr von Persönlichen Budgets verwendet, zum Beispiel wenn der Eindruck entsteht, es werden neue Hilfebedarfe ins Gespräch gebracht. Für uns geht es nicht um Abwehr, sondern darum zu schauen, was die *übergeordneten* Qualitätsziele sind, die wir mit dem Persönlichen Budget möglicherweise besser erreichen können.

Die übergreifenden Qualitätsprinzipien

1. *Realisierung von Komplexleistungen*

Personenzentrierte Hilfen, haben als Idee vor allem die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf des psychisch kranken Menschen. Mit der Komplexleistung ist gemeint, dass Hilfen wie aus einer Hand geleistet werden, auch wenn Hilfebedarfe in verschiedenen Bereichen bestehen, z. B. Behandlung, Wohnen, Tagesgestaltung, Arbeit, Haushaltsführung, Pflege usw. Erforderlichenfalls heißt: Es muss nicht immer ein Komplettprogramm in Anspruch genommen werden, sondern man überlegt, was im Einzelfall erforderlich ist und organisiert werden muss. Bei einer schweren akuten psychischen Erkrankung oder einer längeren psychischen Beeinträchtigung bestehen oft mehrere Bedarfe parallel, aber die betroffenen Menschen sind krankheitsbedingt nicht gut in der Lage, sich die Hilfen jeweils einzeln zu organisieren bzw. jeweils einzeln anzunehmen.

2. *Therapeutische Kontinuität über Maßnahmegrenzen hinweg*

Nehmen wir einen Menschen mit Demenz, z. B. eine ältere Dame,

- die einen Krankenpflegebedarf hat (z. B. offene Beine, die verbunden werden müssen),
- die in der Bewegung große Schwierigkeiten hat, also physiotherapeutische Unterstützung braucht,
- die ihren Haushalt nicht mehr selbst erledigen kann, von daher Grundpflegeleistungen in Anspruch nimmt,
- vielleicht auch eine Haushaltshilfe benötigt,
- die aufgrund der Tatsache, dass sie merkt, dass ihre Orientierung verlo-

ren geht, psychische Probleme hat. Ganz häufig ist es so, dass Demenz gerade in den frühen Phasen mit depressiven Symptomen verbunden ist. Sie benötigt also eine Aufmunterung, vor allem auch eine Anleitung, überhaupt soziale Kontakte aufzunehmen bzw. zu pflegen. Wir wissen, dass es präventiv am besten wirkt, Menschen in der Aktivität und in Kontakt zu halten sowie im Gespräch intellektuell und emotional anzuregen, also in Gesetzesdeutsch, eine Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Hier wird ein großes Spektrum von Hilfen benötigt. Dabei ist es gerade bei Menschen mit einer Demenz nicht gut möglich, dass jeden Tag zwei, drei oder vier verschiedene Personen kommen. Wenn wir einen üblichen Pflegedienst nehmen, der im Schichtdienst arbeitet, da kommt morgens und nachmittags jemand anderes. Wenn nach drei Tagen die Schicht endet oder die Einsatztour geändert wird, kommt wieder jemand anderes, das ist aber nur eine Leistung, die Grundpflege. Für die nächste Leistung in dem Spektrum ist dann wieder ein anderer Dienst zuständig. Einen solchen ›Taubenschlag‹, wie es vielfach von den Betroffenen erlebt wird, kann ein demenziell beeinträchtigter Mensch überhaupt nicht verkraften. Konkret folgt daraus, dass die Menschen die Haustür einfach nicht aufmachen bzw. sie werden eher noch verwirrter. Sie sagen dann beispielsweise zum Pfleger irgendetwas, was sich im Prinzip auf eine andere Dienstleistung bezieht. Das geht so nicht, insofern ist es sehr wichtig, dass jemand therapeutische Kontinuität über Maßnahmegrenzen hinweg wahrnimmt.

3. *Normalisierung*

Es geht darum, nicht zu schauen, wie bringen wir Menschen am schnellsten zu den geeigneten Hilfen hin, sondern eher umgekehrt, wie bringen wir die Hilfen zu den Menschen. Bei Demenz, um bei dem oben genannten Beispiel zu bleiben, besteht bei Ortsveränderungen, z. B. bei der Aufnahme in ein Krankenhaus ein relativ hohes Risiko, erhöhte Schwierigkeiten bei der Orientierung zu bekommen, vielleicht auch eine sehr große Unruhe. Wenn demenzkranke Menschen in diesem Zustand eine Woche im Krankenhaus liegen, kommt der Arzt und sagt: »Ich glaube, Sie müssen sich um einen Heimplatz kümmern.« Und da das nicht gut mit dem Patienten zu besprechen ist, wird vielleicht auch gleich eine gesetzliche Betreuung veranlasst. Das heißt, es wird dieser Ausnahmesituation im Krankenhaus keine Rechnung getragen, sondern es wird vorschnell ein institutionelles

Angebot gesucht, bevor man geprüft hat, ob sich die Situation in vertrauter häuslicher Umgebung nicht bessert. Wenn man sich leiten lässt vom Prinzip, dass Hilfen möglichst dort erbracht werden sollen, wo die Menschen leben oder leben wollen, dann muss die Ausrichtung sehr viel stärker dahingehend erfolgen, die erforderlichen Hilfen am Lebensort zu organisieren.

4. *Vorrang von Selbsthilfe und nichtpsychiatrischen Hilfen*

Wenn wir Menschen in Einrichtungen bringen, ob Heim oder Tagesstätte, leisten wir einen Beitrag zur Entlastung anderer. Wir leisten aber auch einen Beitrag dazu, dass mögliche Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld nicht mehr erbracht werden. Wer geht schon in ein Wohnheim, um dort für irgendjemanden ein Essen zu kochen oder es mit ihm gemeinsam einzunehmen? Das passt einfach nicht in den Rahmen. Oder wer würde sich berufen fühlen, für jemanden, der institutionell gut versorgt in der Tagesstätte ist, noch zusätzlich auf der familiären oder nachbarschaftlichen Ebene Hilfe zu leisten? Daher ist mit dem Vorrang von Selbsthilfe gemeint, aktiv nach Möglichkeiten von Selbsthilfe und nichtpsychiatrischen Hilfen zu suchen und diese nicht nur zu ermöglichen. Das gelingt vor allem, wenn man zu den Hilfebedürftigen hinget und nicht erwartet, dass diese Menschen in irgendwelche vorgegebenen Rahmen kommen. Nur in ihrer eigenen Häuslichkeit kann man die eigenen Fähigkeiten erkennen und feststellen, welche Hilfsmöglichkeiten aus dem sozialen Umfeld bestehen.

Das sind unsere übergeordneten qualitativen Erwartungen. Wir stellen schnell fest, dass das im Moment nicht realisiert oder zumindest nur sehr eingeschränkt umgesetzt wird. Wir brauchen also Hilfen, die flexibler, passgenauer und stärker individuell vereinbart sind und die die Möglichkeit eröffnen, nichtpsychiatrische Hilfen einzubeziehen.

Vor dem Hintergrund solcher Anforderungen wird deutlich, dass Persönliche Budgets sehr viel besser geeignet sind, übergreifende Hilfeprogramme zu finanzieren als eine Koppelung von mehreren standardisierten Angeboten, also z. B. eine Koppelung von einer Pflegeleistung mit betreutem Wohnen plus ambulanter Physiotherapie oder was auch immer. Das Persönliche Budget ermöglicht durch die gebündelte Finanzierung ein komplexes übergreifendes Hilfeprogramm mit sehr viel Flexibilität.

Spezielle Anforderungen an Persönliche Budgets

Das klingt prima. Allerdings stellen wir fest, dass es nicht so gut funktioniert und dass es ganz erhebliche Widerstände gegen die Einführung von Persönlichen Budgets gibt. Insofern ein paar Überlegungen dazu, was alles schwierig ist oder was man bedenken muss.

1. Persönliche Budgets müssen bedarfsgerecht sein.

Manchmal gibt es die Alternative, entweder institutionell eine umfangreiche Hilfe zu bekommen oder Geld für eine weniger umfangreiche selbst organisierte Hilfe. Das beste Beispiel ist hier wieder die Pflege, da gibt es das Pflegegeld oder die Sachleistung. Der finanzielle Aufwand, der hinter der Sachleistung steht, ist deutlich höher – im Bereich der Pflegestufe III fast dreimal so hoch. Es wird also für die Sachleistung mehr bezahlt als für die Geldleistung, d. h. die selbst organisierte Pflege.

Solch ein Denken gibt es auch beim Persönlichen Budget. Es gibt die Möglichkeit, die »richtige« Hilfe zu bekommen, aber wer Wert darauf legt, sich selbst zu organisieren, der darf das tun, wird dann aber mit kleinen Beträgen »abgespeist«. Das ist nicht akzeptabel und hat auch gesetzlich keinen Hintergrund. Es ist nirgends festgeschrieben oder auch nur geäußert worden, dass die Persönlichen Budgets dafür da sind, Geld zu sparen. Sie sind dafür da, Hilfeleistungen in anderer Form zu organisieren.

2. Für Empfänger von Persönlichen Budgets müssen Entscheidungsmöglichkeiten gegeben sein.

Hier gibt es in der Praxis eine ganze Reihe von Einschränkungen. Wenn z. B. ein Mensch als Persönliches Budget einen Gutschein für eine Tagessstätte bekommt, ist das aus meiner Sicht kein Persönliches Budget. Denn er kann dann nur entscheiden, welches weitgehend gleichartige institutionelle Angebot er annimmt. Das konnte er im Grunde genommen vorher schon, denn das Wunsch- und Wahlrecht besteht allgemein.

Für den Bereich der Pflege gibt es gemäß SGB XI das Persönliche Budget nur in Gutscheinform. Die Pflegekassen verstehen das so, dass diese Gutscheine nur an anerkannte Dienste übergeben werden können. Diese wiederum bieten weitgehend nur Standardhilfen an. Das hat eigentlich mit Persönlichem Budget nichts mehr zu tun.

Vorteile des Persönlichen Budgets – Erfahrungsbericht

Franz-Josef Wagner

Meinen Beitrag zu den Vorteilen des Persönlichen Budgets werde ich mithilfe meiner psychiatrischen Vita als Erfahrungsbericht darstellen.

Nach unzähligen Zwangseinweisungen in 14 Jahren, gesetzlicher Betreuung und vier Jahren tiefer Depression (Phase der Resignation) habe ich langsam Selbstbefähigung (Empowerment) in der Gesundungsphase entwickelt und kann heute meine Gesundheit (Recovery) leben (Abbildung 1).

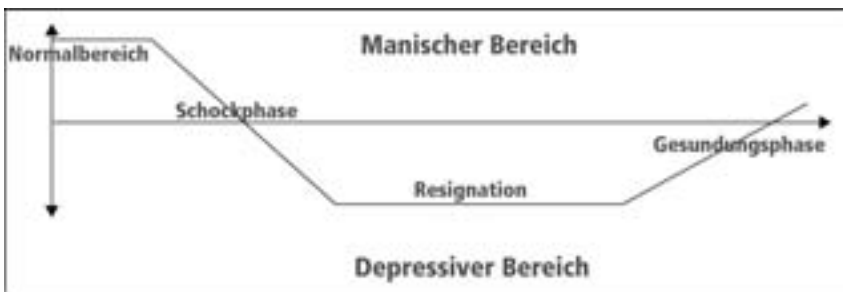


Abb. 1: Verlauf der Erkrankung bis zur Gesundung

Sechs Jahre nach der ersten Zwangseinweisung erfuhr ich von einer Selbsthilfegruppe, die sich als Bundesverband gründete. Ich fand diese visionäre Bewegung 1995 toll und gründete mit einigen Freunden eine Selbsthilfegruppe. Kurze Zeit nach dem ersten Treffen kam schon eine Einladung aus Mainz zum Eruiern von Interessenten für die Gründung eines Landesverbands. Seit Gründung bin ich Vorstandsmitglied und seit 1998 Vorsitzender des Landesverbands der Psychiatrie-Erfahrenen (LVPE) Rheinland-Pfalz e. V.

Der Prozess der Gesundung

Wesentlich zur Gesundung von der Diagnose Schizophrenie trug die Aktivierung und der gezielte Einsatz meiner äußeren und inneren Ressourcen bei: soziale Kontakte, finanzielle und logistische Möglichkeiten, soziale und intellektuelle Fähigkeiten sowie persönliche Eigenschaften. Meine Persönlichkeit hatte keine Spannung und Schwingung mehr. Patricia E. Deegan sagte 1995

am Massachusetts State House dazu: »Während dieser Zeit versuchten Leute, mich zu motivieren. Ich erinnere mich an Leute, die versuchten, mich zur Teilnahme beim Einkaufen am Mittwoch zu bringen oder zur Mithilfe beim Brotbacken oder zu einer Bootsfahrt. Aber nichts von all dem berührte oder bewegte mich oder ging mich etwas an. Ich hatte aufgegeben. Aufzugeben war eine Lösung für mich. Meine »Motivationslosigkeit« wurde als Problem gesehen von den Leuten, die mit mir arbeiteten. Aber für mich war aufzugeben kein Problem, sondern eine Lösung. Es war eine Lösung, weil es mich davor schützte, irgendwas zu wollen. Wenn ich nichts wollte, konnte man mir auch nichts wegnehmen. Wenn ich nichts versuchte, musste ich auch keinen weiteren Fehlschlag durch machen. Wenn mir alles egal war, konnte mich nichts mehr verletzen. Mein Herz war hart. Die Jahre kamen und gingen und es war mir egal. Ferien kamen und gingen und es war mir egal. Meine Freunde gingen an die Hochschule und begannen ein neues Leben, und es war mir egal. Ich erinnere mich, dass ich saß und rauchte und fast nichts sagte. Und so bald die Uhr 20 anzeigte, erinnere ich mich, dass ich meine Freundin im Satz unterbrach, sie heim schickte, weil ich ins Bett ging. Ohne auch nur Adieu zu sagen, ging ich zu Bett.« (LVPE Rheinland-Pfalz e. V., 2008). Daher versuchte ich, mich mithilfe meines rudimentären Intellekts auf das zu konzentrieren, was mir vor der Diagnose, Schizophrenie, Spaß machte. Edward M. Podvoll führt die Bezeichnung ein: »Der »zweite Zustand« wird zu einem Kampf ums Überleben.«

Peter Weimann, der das Saarländische Tageszentrum Psychiatrie Erfahrener für selbstbestimmte Alltagsgestaltung aufgebaut hat, schreibt: »Um mit solchen Erlebnissen einigermaßen überleben zu können war meine Reaktion in den 90er-Jahren, das Geschehene von mir abzuspalten, zu erstarren. Liebevoller Beziehungen zum Leben, zu Menschen, waren nicht möglich. Mein davor lebhaftes sexuelles Interesse am anderen Geschlecht ging gegen Null, ebenso dasjenige an anderen alten Leidenschaften wie Fußball, Musik, Literatur und Politik. Ich verbrachte viel Zeit im Bett, sah viel fern, rauchte viele Zigaretten und trank viele Biere. Im Traum wurde ich manchmal in die Psychiatrie gebracht und misshandelt, aber nie so drastisch wie in der Wirklichkeit.« (WEIMANN 2008) Heute ist Peter Weimann Vater einer Tochter und im Vaterschaftsurlaub.

Ich erinnerte mich an das Kochen und Saunieren. Anfangs war ich weniger als fünf Minuten im geschlossenen Bereich der Sauna – es zog mich nach Außen in die Freiheit. Trotzdem wiederholte ich wöchentlich diese Aktivität und stellte nach mehreren Monaten fest, dass ich mich schon längere Zeit

(zehn Minuten) im Saunabereich aufhalten konnte. Edward M. Podvoll vermerkt dazu: »Dieses Erwachen des Mitleids war ein großes Ereignis, eine Art Quantensprung in Percevals Genesung von der Psychose.« (PODVOLL 2004). John Thomas Perceval – Sohn des ermordeten Premierministers Georg III – gilt als erster psychiatrieerfahrener Reformator der Psychiatrie. Das waren meine ersten Erfolgserlebnisse.

Zur gleichen Zeit eröffnete die Tagesstätte für psychisch kranke Menschen (niederschwelliges Angebot), den Besuch der Tagesstätte fand ich langweilig, jedoch wollte ich meinem Leben wieder einen Sinn geben und engagierte mich beim Kochen. Ich begeisterte mich für die Aufgabe »Einkaufen«. Patricia E. Deegan notiert dazu: »Etwas, woran ich mich erinnern kann ist, dass die Leute um mich herum mich nicht aufgaben. Sie hörten nicht auf damit, mich einzuladen, Dinge zu tun. Ich erinnere mich an einen Tag, an dem ich ohne bestimmten Grund ›Ja‹ sagte zur Aufforderung, beim Lebensmitteleinkauf zu helfen. Ich stieß nur den Einkaufswagen, mehr wollte ich nicht tun. Aber das war ein Anfang. Und wirklich entdeckte ich mit kleinen Schritten wie diesem, dass ich Stellung beziehen konnte gegen das, was mir nicht gut tat.« (LVPE Rheinland-Pfalz e.V., 2008) Leider kam ich schon bei den ersten Lebensmitteleinkäufen an meine Grenzen. Ich hatte mir notiert: 750 g Reis. Reis lag im Regal als lose und gebeutelte Ware und dann noch in 500 g und 1 kg. Verpackung – können Sie sich vorstellen was bei mir los war? Ich konnte mich nicht entscheiden und wollte zurück in die Tagesstätte und um Hilfe und Rat fragen. Nur waren die äußeren Ressourcen schwieriger zu aktivieren als die Aktivierung des inneren Schweinehunds. Nach 15 Minuten vor dem Regal und der Überlegung, was ich machen soll, hatte ich mich entschieden – die inneren Ressourcen hatten gesiegt. Für normale, nicht depressive Menschen ist eine solche Entscheidung eine kleine Routine und es bedarf keiner ausführlichen Überlegungen und Entscheidungsprozesse. Zehn Jahre nach diesen Erlebnissen machte mir das Saunieren und Kochen sehr viel Spaß.

Erkennung von Frühwarnzeichen

Ein weiterer Meilenstein, nach weiteren sechs Jahren, war das Bewusstwerden des bio-psycho-sozialen Modells. Subjektives Erleben, soziales Verhalten und der biologische Bereich bestimmen über mein Empfinden zwischen Manie und Depression. Mit dem Bewusstwerden dieser Einteilung konnte ich immer mehr und stärker Empfindungen wahrnehmen (Abbildung 2).

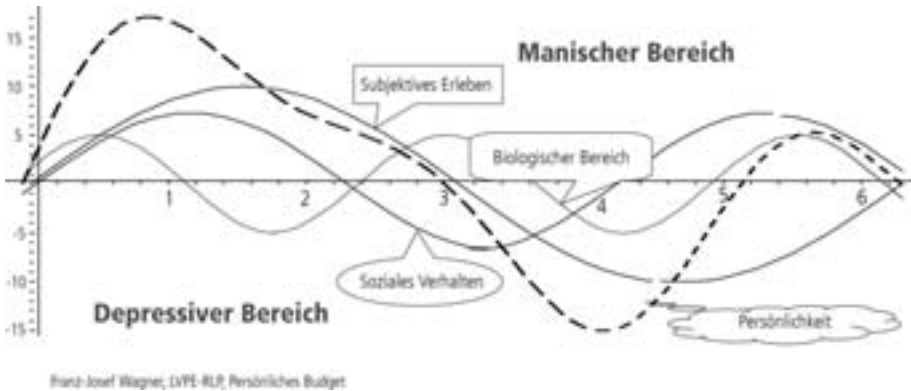


Abb. 2: Bio-psycho-soziales Modell

Diese drei Sinuskurven erhalten dann eine Bedeutung, wenn die resultierende »Persönlichkeit« in Orientierung, Alarmreaktion, Widerstands- und Erschöpfungsphase, Entspannung sowie Regeneration eingeteilt wird (Abbildung 3).

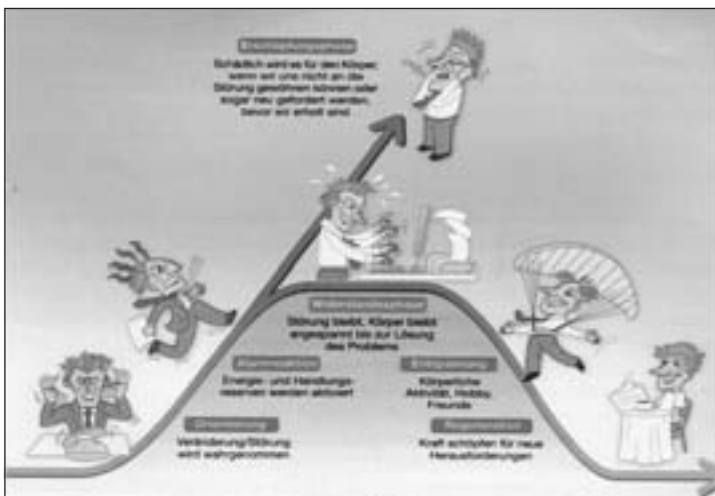


Abb. 3: Einteilung der Persönlichkeit in Phasen

Frühzeitig nehme ich nun in der »Orientierungsphase« biologische, soziale und psychische Veränderungen wahr und bemerke im »Alarmbereich« die Frühwarnzeichen wie: Verschiebung des Wach- und Schlafrythmus, Schlaflosigkeit, kein Durst, gesteigerter Hunger, Appetitlosigkeit, verlangsamt, unkoordiniert, hektisch usw. Bemerken dann auch noch meine Freunde und/oder die Mitarbeiter des Persönlichen Budgets: Veränderung der Augen wie glänzend, flackernd, unruhig, trübe, verschleiert oder/als auch bleiches, fahles Aussehen, aufgedunsen oder/und Augenringe, so gehe ich von einer verstärkten Korrelation meiner und der fremden Eindrücke aus, die meine Energie Richtung »Erschöpfungszustand« beobachten. Das machte mir aber keine Panik und führte mich nicht wie üblich in die stationäre Psychiatrie, sondern forderte mich zu Gegenmaßnahmen (Aktivierung von Handlungsreserven). Hier hatte das Persönliche Budget für mich die wesentliche Bedeutung.

Die Bedeutung des Persönlichen Budgets

Durch die regelmäßigen, wöchentlichen Kontakte des Mitarbeiters des Persönlichen Budgets, konnte ich alle Empfindungen in der Orientierung mit dem Mitarbeiter reflektieren, bewerten und eventuell einen Widerstand organisieren. Der Widerstand verhinderte dann eine Erschöpfung. Oft blieb es nicht bei wöchentlichen, supportiven Gesprächen, ein plötzliches Eingreifen mittels Begleitung zu Behördengesprächen war dann notwendig, wenn ich resignierte. So hatten wir viele meiner Probleme, die durch die stigmatisierende Diagnose »Schizophrenie« und meine offizielle Arbeit für die Psychiatrie Erfahrenen entstanden, durch die aktive Begleitung und die persönliche Unterstützung durch den Mitarbeiter des Persönlichen Budgets entkräften können.

Ein weiteres, wesentliches, positives Element des Persönlichen Budgets war für mich die Erreichbarkeit (Krisendienst): Hatte ich unerwartet und plötzlich Probleme mit meinem sozialen, ehrenamtlichen und privaten Umfeld, konnte ich fast zu jeder Zeit einen Mitarbeiter des Budgets kurzfristig ansprechen. Mit supportiven Gesprächen, gemeinsamer Aktivität bei der Wohnungsgenossenschaft, im Gesundheitsamt, beim Ordnungsamt, beim Mieterverein, in der Stadtverwaltung usw. und der Diskussion über meine aktuelle medikamentöse Einstellung haben wir viele Alarmsituationen überstanden und es nicht zu Erschöpfungsphasen eskalieren lassen. In der gleichen Zeit haben sich meine Besuche zu den Ärzten der somatischen

Medizin auf null reduziert und meine Werte des Belastungs-EKGs sind um über 25 % besser geworden.

Meine persönlichen Erfahrungen als Budgetnehmer führen dann auch zu folgenden Kriterien eines positiven Persönlichen Budgets.

- Feste Ansprechpartner
- Zielvereinbarung mit Berücksichtigung der Eigenständigkeit
- Beratung und Reflexion der Aktivitäten
- Ansprechbarkeit und Verfügbarkeit
- Zeit
- Anpassung der Aktivitäten an unsere Wünsche
- Interdisziplinärer Informationsfluss

Andreas Knuf, der mich seit 16 Jahren begleitet, schreibt in seinem Buch »Empowerment in der psychiatrischen Arbeit«: »Noch heute treffe ich Herrn Eh immer wieder auf Veranstaltungen, wir sind längst Kollegen geworden ... Die wichtigen Schritte auf dem Weg zur Gesundung von Herrn Eh wurden durch sein soziales Umfeld ermöglicht, nicht in erster Linie durch psychiatrische Hilfeangebote.« (KNUF 2006)

Ich bezeichne meinen ambivalenten Zustand wie John Custance es beschreibt: »Ein Gewitter ist vorübergezogen. Jetzt umgibt mich ein milder Abend. Die Wiese vor meinem Fenster leuchtet gelbgrün und bringt die Schönheit des Sonnenuntergangs erst richtig zur Geltung. Auf der Wiese spazieren ein Fasan und eine Fasanenhenne. Sie verkörpern für mich eine Einheit des ›Positiven‹ und ›Negativen‹ in einem in sich abgeschlossenen Ganzen, dessen Augenblick mein Herz immer noch in Brand setzt. Aber statt mich zu beklagen, sollte ich lieber dankbar dafür sein, dass ich einen Blick auf dieses alles habe werfen dürfen.« (PODVOLL 2004)

Literatur

- AMERING M, SCHMOLKE M: Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit, Bonn, 2007
- Bericht der Bundesregierung über die Ausführungen der Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), Berlin 2006
- CUSTANCE J: Adventure into the Unconscious (London: Christopher Johnson 1954)
- DAHM-MORY C: Basiswissen Kommunikation – Kommunikationstechniken im Umgang mit Betroffenen In: Mit psychisch Kranken leben – Rat und Hilfe für Angehörige (Neuaufgabe 2008), Bonn; 157 – 188
- DEEGAN PE: Gesundung als Reise des Herzens In: Broschüre des LVPE Rheinland-Pfalz e. V. »Gesundung als Reise des Herzens« 2008 und www.lvpe-rlp.de

- DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten
- ELGETI H: Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997–2005. In der Dokumentation zur »Ambulante Versorgung in der Existenzkrise« vom 15.–17. November 2006 in Reburg-Loccum
- HUCK G: Salutogenese, Empowerment, Recovery – neue Reizworte für die Psychiatrie? Psych. Pflege Heute 2008, 2, 64–71
- KNUF A: Wie werden psychisch kranke Menschen wieder gesund? In: pro mente sana aktuell 2005; 1; 26–27
- KNUF A: Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit, Bonn, 2006
- PEHE K: Ikarus fliegt wieder – Neuorganisation nach seelischen Krisen ist möglich, Kerbe 2008, 3, 27–29
- PERCEVAL JT: A narrative of the treatment experienced by a gentleman, during a state of mental derangement. London, Wilson, 1838
- PODVOLL EM: Aus Entrückten Welten – Psychosen verstehen und behandeln, Kreuzlingen/München, 2004
- SATURN P: Viele Jahre hatte die Seele keine Sprache und doch hat alles seinen Sinn, Psychosoziale Umschau, 2008, 2, 39–40
- SCHMITT-SCHÄFER T: Entwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis Bernkastel-Wittlich. Der Landkreis 2004; 7: 481–484
- SPEICHER J: Mit Persönlichem Budget nach Mallorca. In: neue Caritas 2005; 20: 12–16
- WAGNER F-J: Verhandeln statt Behandeln – Partnerschaft im psychiatrischen Alltag In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (Hg.): 2001, Band 1; 128–150
- WAGNER F-J: Personenzentrierte Hilfen aus Sicht von Betroffenen In: Kerbe 2004; 4: 19–22
- WAGNER F-J: Das persönliche Budget – Weg oder Irrweg? In: Psych. Pflege Heute 2005; 11: 183–186
- WAGNER F-J: Das Persönliche Budget – eine Pandora für wen? In: Psych. Pflege Heute 2006; 12: 276–279
- WAGNER F-J: »Unheilbar krank« – nein danke! Wege aus einem Diagnose-Trauma In Soziale Psychiatrie 2007; 3: 21–22
- WAGNER F-J: Besser Reintegration mithilfe der Persönlichen Budgets und ambulanter psychiatrischer Pflege; In: Psych. Pflege Heute 2007; 3; 120–124
- WAGNER F-J: Wie konnte ich wieder selbst bestimmt leben? In Kerbe 2008, 1, 11–12
- WAGNER F-J: Leben mit Schizophrenie, In Psych. Pflege Heute 2008, 4, 198–200
- WEIMANN P: Gewalt, Zwang und Demütigung: Psychiatrie als Trauma, Pro Mente Sana 2008, 1, 22–23

Budget statt Heim – ein Erfahrungsbericht

Gaby Roth

Es begann alles im Jahre 1995. In diesem Jahr erlebte ich eine Phase in meinem Leben, in der ich mich stark zurückzog, praktisch gar nicht mehr aus dem Haus ging. Zusätzlich erlitt ich in dieser Zeit einen kleinen Hirninfarkt. Daraus resultierte eine starke körperliche Behinderung – ich bin gehbehindert. Ich wurde durch Zufall von meinen Bruder in meiner Wohnung aufgefunden und ins Krankenhaus gebracht. Es folgte eine Zeit der Rehabilitation in Bad Godesberg und im Anschluss daran zog ich in eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen am Landwehrweg 5 in Mainz, in der ich acht Jahre, d. h. bis 2003 lebte.

Im Jahre 2003 zeigte sich, dass ich inzwischen so weit war, wieder eine eigene Wohnung zu beziehen und es wurde mir ein Persönliches Budget angeboten. Das Persönliche Budget gestaltet sich so, dass ich mit meiner Budgetassistentin meine individuelle Hilfeplanung durchspreche. Die einzelnen Punkte will ich im Folgenden kurz anreißen.

1. *Basis- und Selbstversorgung:* Ich werde bei der Erhaltung meiner Wohnung unterstützt, d. h. Hilfen bei der Hausarbeit, die ich aufgrund meiner Behinderung nicht selbst machen kann. Dazu gehören Arbeiten wie z.B. auf Leitern steigen zum Fenster putzen und das Tragen von Lasten in die Wohnung hinein und aus der Wohnung heraus sowie Räumarbeiten im Keller.
2. *Alltagsbewältigung, Tages- und Freizeitgestaltung:* Ich nehme nach wie vor von montags bis freitags am Mittagessen im Haus am Landwehrweg teil, in dem ich acht Jahre lang gewohnt hatte. Zu einem wesentlichen Teil der Alltagsbewältigung gehören die regelmäßigen Beratungs- und Entlastungsgespräche mit meiner Budgetassistentin. Mit ihr bespreche ich auch, wenn irgendwelche Veränderungen in dem Umfang der Leistungen, die für mich erbracht werden sollen, anstehen. Sie leitet dann die weiteren Schritte ein. Hierzu ein Beispiel: Ich nahm lange Zeit an der Gestaltungsgruppe im Haus teil, das ist auf meinen eigenen Wunsch inzwischen aus dem Persönlichen Budget gestrichen worden, damit ich die Zeit mit meiner Mutter verbringen kann, um die ich mich in der Zwischenzeit zunehmend kümmere. Das heißt ich bekomme nicht nur Hilfen, sondern ich leiste auch selbst Hilfestellungen. Des Weiteren erhalte ich Begleitung zum Schwimmen. Das ist ein Sport, den ich ohne

weitere Einschränkungen ausüben kann. Obwohl ich gehbehindert bin, merke ich beim Schwimmen die Behinderung nicht. Deswegen nehme ich sehr gerne an den Schwimmgruppen vom Haus am Landwehrweg teil. Gelegentlich, etwa ein bis zwei Mal pro Monat erhalte ich auch eine Begleitung zu kulturellen Veranstaltungen.

3. *Arbeit und Beschäftigung:* Hier ist es inzwischen so, dass ich eine leichte Küchentätigkeit im Haus am Landwehrweg ausübe, jeweils an Werktagen für etwa eine Stunde.
4. *Soziales oder Verwaltung der eigenen Angelegenheiten:* Ich erhalte Unterstützung bei Behördenangelegenheiten, z. B. bei der Korrespondenz mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, der Krankenkasse, dem Amt für soziale Angelegenheiten oder auch ggf. bei meiner Korrespondenz mit meiner Vermieterin.

Das Geld für das Persönliche Budget bekomme ich auf mein eigenes Konto überwiesen und ich überweise es dann im Paket an das Haus am Landwehrweg, dessen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mir diese verschiedenen Hilfen zuteil werden lassen. Das Persönliche Budget ist praktisch ein Angebot, was die verschiedenen Punkte umfasst, die alle vom Haus am Landwehrweg geleistet werden. Das ist für mich natürlich auch eine Erleichterung, ich muss mir nicht an verschiedenen Stellen Leute zusammensuchen, die mir Hilfen zuteil werden lassen, sondern es kommt alles aus einer Hand.

Zielvereinbarungen und Leistungserbringerrecht

Georg Rindermann

Lassen Sie mich vorweg etwas zu unserer Beratungsstelle und dem Verein Die Kette e. V. im Rheinisch-Bergischen Kreis sagen. Im Kreisgebiet leben etwa 288 000 Einwohner und wir, der Verein »Die Kette«, sind seit 25 Jahren dort aktiv. Ziel ist es, die erforderlichen individuellen Hilfen in der Region für alle psychisch kranken Menschen sicherzustellen, insbesondere der chronisch Kranken.

Unter dem Motto, selbstbestimmt Leben im Rheinisch-Bergischen Kreis, bieten wir seit dem 1. Januar 2006 im Rahmen eines Modellprojekts Menschen mit einer Behinderung Beratung bei der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets an. Dabei verfolgen wir das Ziel, behinderten Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben im Kreis zu ermöglichen. Das Modellprojekt soll dazu beitragen, den Grundsatz »ambulant vor stationär« zu verwirklichen und Alternativen zur Heimunterbringung zu fördern. Dies setzt Wahlmöglichkeiten bei der Gewährung von Hilfen voraus.

Tätig in der Beratungsstelle ist mit einer halben Stelle Herr Schönauer, der lange Jahre auch im stationären Kontext gearbeitet hat und von Beruf Diplompädagoge ist. Darüber hinaus ist mit der weiteren halben Stelle eine Diplompsychologin beschäftigt, die jahrelang im Integrationsfachdienst tätig war und aufgrund dessen viel Erfahrung im Zusammenhang mit Budget für Arbeit oder mit Arbeit an sich hatte. Darüber hinaus möchte ich erwähnen, weil das für die Arbeit eine wesentliche Bedeutung spielt, dass die Diplompsychologin selbst eine körperliche Behinderung hat und das Prinzip des Peer-Counseling-Teams in der Beratung beim Persönlichen Budget mehr und mehr an Gewicht gewonnen hat.

Begleitet wird das Ganze vom Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Siegen.

Zahlen und Fakten im Zusammenhang mit der Beratung zum Persönlichen Budget

In der Zeit vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2007 wandten sich insgesamt 95 Frauen und Männer mit Behinderung an die Beratungsstelle. Der überwiegende Teil dieser Personen – sie werden im Folgenden als »potenzielle Budgetnehmerinnen« bezeichnet – wohnte zum Zeitpunkt des

ersten Kontaktes im Rheinisch-Bergischen Kreis. 20 % lebten außerhalb der Gebietskörperschaft.

Der Altersdurchschnitt der potenziellen Budgetnehmerinnen lag bei 39 Jahren (Median: 42 Jahre). Die älteste Person war über 80 Jahre, die jüngste zwei Jahre alt. Etwas mehr Frauen als Männer nahmen das Angebot der Beratungsstelle wahr (Frauen: 54 %, Männer: 46 %). Ein Fünftel der Personen hatte einen Migrationshintergrund.

Im Hinblick auf die Behinderungsformen fällt nicht zuletzt angesichts der Hauptzielgruppe – Menschen mit psychischer Erkrankung – des Trägers der Beratungsstelle der große Anteil der Menschen mit Körperbehinderungen auf. Insgesamt hatten 62 % der potenziellen Budgetnehmerinnen eine Körperbehinderung. Bei 36 % der Personen stellte die Körperbehinderung dabei die primäre Behinderungsform dar. 18 % hatten neben der Körperbehinderung eine psychische Erkrankung und 3 % eine Suchterkrankung. Jeweils 2 % der Personen wiesen neben der Körperbehinderung eine kognitive Behinderung bzw. eine Körperbehinderung in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung und einer Suchterkrankung auf.

Der Anteil der Menschen, die primär oder in Verbindung mit anderen Behinderungsformen eine psychische Erkrankungen aufwiesen, war mit 38 % am zweithöchsten, wobei bei 16 % die psychische Erkrankung im Vordergrund stand und 2 % der potenziellen Budgetnehmerinnen eine psychische Erkrankung in Verbindung mit einer kognitiven Behinderung hatten.

Insgesamt ist bei 20 % der Personen eine kognitive Behinderung dokumentiert. Bei 15 % handelt es sich dabei um die alleinige Behinderungsform, jeweils bei 1 % der Personen trat die kognitive Einschränkung in Verbindung mit einer Sinnesbehinderung bzw. einer Suchterkrankung auf. Eine primäre Sinnesbehinderung wiesen 3 % der potenziellen Budgetnehmer auf.

Der Umstand, dass die Mehrheit der potenziellen Budgetnehmer dem Personenkreis der Menschen mit Körperbehinderung zugerechnet werden kann, mag nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass – wie bereits erwähnt – die Beraterin der Beratungsstelle »PeB« selbst die Erfahrung einer Körperbehinderung hat. Aufgrund ihrer Vernetzung im Bereich der Selbsthilfe und Selbstvertretung besteht ein niedrigschwelliger Zugang zu Personen mit dieser Behinderungsform, für die das Persönliche Budget auch aus Gründen des oftmals kompensatorischen Charakters der benötigten Unterstützung – nicht zuletzt hat der Assistenzgedanke in der Selbstvertretungsbewegung behinderter Menschen seinen Ursprung – eine attraktive Leistungsform darstellt.

Bis zum 31. Dezember 2007 beantragten 33 Frauen und Männer mit Behinderung mit Unterstützung durch die Beratungsstelle ein Persönliches Budget. Dies entspricht einem Anteil von etwa 35 % aller potenziellen Budgetnehmerinnen. Bei 16 Personen (17 %) waren zum Zeitpunkt der Stichtagserhebung Anträge auf Persönliche Budgets in Arbeit.

Somit hat – wenn man die Anzahl der Beantrager und die der Personen, bei denen sich Anträge in Vorbereitung befanden, addiert – etwas über die Hälfte aller Erstberatungen zu einer Antragstellung auf ein Persönliches Budget geführt.

Mit 38 Personen bzw. 40 % aller potenziellen Budgetnehmerinnen haben sich fast ebenso viele Personen gegen eine Antragstellung entschieden.

Bei sechs Personen (6 %) wurden Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung in Form von Pflegegeld- oder -sachleistungen gestellt. Der weitaus überwiegende Teil der Budgetanträge beinhaltete Leistungen im Rahmen des SGB XII (73 % bzw. 22 Anträge). Hauptsächlich wurden Unterstützungsleistungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (60 % bzw. 18 der Anträge) sowie der ambulanten sozialpädagogischen Betreuung und Begleitung – diese entsprechen der Sachleistung Ambulant Betreutes Wohnen – (53 % bzw. 16 Anträge) beantragt.

Am dritthäufigsten waren ergänzende Pflegeleistungen (33 % bzw. zehn Fälle) Bestandteil der Anträge auf Persönliche Budgets. In 23 % der Fälle (sieben Anträge) wurden Mobilitätshilfen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, in 17 % (fünf Fälle) wurde Arbeitsassistenz beantragt, 7 % (zwei Anträge) beinhalteten Elternassistenz, jeweils 3 % bzw. ein Antrag Kfz-Hilfe zur Arbeit und einen Hausnotrufdienst.

Die Anträge wurden in erster Linie beim überörtlichem Sozialhilfeträger, dem Integrationsamt, dem örtlichem Sozialhilfeträger, bei Pflegekassen sowie Rentenversicherungsträgern gestellt.

Wenn man die Budgetanträge, die sich sowohl an den örtlichen als auch an den überörtlichen Sozialhilfeträger richteten, nicht mitzählt, handelte es sich in fünf Fällen im engeren Sinne um Anträge auf Trägerübergreifende Persönliche Budgets.

Ein gelungenes Fallbeispiel

Frau A. ist 43 Jahre alt, geschieden und alleinerziehend. Sie hat einen Sohn und eine Tochter, die neun und 13 Jahre alt sind. Sie leidet an einer Sinnesbehinderung (Retinitis Pigmentosa). Der Grad der Behinderung beträgt 100 % und sie erhält Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Frau A. suchte die Beratungsstelle PeB auf, weil sie aufgrund ihrer Behinderung den Alltag nicht bewältigen kann und Hilfe bei Beaufsichtigung der Hausaufgaben ihrer schulpflichtigen Kinder haben wollte. Mithilfe des Persönlichen Budgets wollte sie folgende Ziele erreichen:

- »Ich möchte mit meinen Kindern weiterhin in unserer Mietwohnung leben.
- Ich möchte sicherstellen, dass diese eine gute Schulbildung genießen und allgemein auf das Leben vorbereitet werden.
- Gerne möchte ich Sport treiben und an kulturellen Angeboten teilnehmen; ich möchte abends etwas unternehmen können.
- Wichtig ist mir, meine Freizeit gemeinsam mit meinen Kindern, besonders den beiden jüngeren, zu verbringen und Angebote wahrnehmen zu können.
- Ich möchte Besuch empfangen, den Kontakt zu meiner Familie und meinen Freunden pflegen.
- Ich möchte meiner Rolle als alleinerziehende Mutter gerecht werden. Es ist mir wichtig, als konstante Bezugsperson weiterhin für meine Kinder zur Verfügung zu stehen.
- Gerne würde ich eine Therapie machen.«

Vor der Antragstellung mussten wir Frau A. eine Vielzahl von Fragen beantworten, wie beispielsweise:

- In welchen Lebensbereichen sind Hilfen erforderlich?
- Was ist das Persönliche Budget?
- Was muss ich tun, um das Persönliche Budget zu bekommen?
- Wer hilft mir bei der Antragstellung und der Verwaltung für den Fall, dass ich ein Budget bekomme?

Nach der Beantwortung all dieser Fragen, entschied sich Frau A., das Persönliche Budget mithilfe der Beratungsstelle zu beantragen. Für die Beantragung folgender Leistungen nutzten wir den Individuellen Hilfeplan (IHP) des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR).

Für die Aufrechterhaltung der Wohnsituation waren haushaltsnahe Dienstleistungen wie Einkaufen, Kochen und Putzen erforderlich, die durch die Familie und Nachbarn erledigt werden konnten. Insgesamt waren hierfür 445 Min. Unterstützung erforderlich.

140 Min. wöchentlich waren für die Wohnungsreinigung, Korrespondenz, etc. nötig.

Für die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen und die gemeinsame Freizeitgestaltung mit den Kindern sowie der Möglichkeit, Freunde und Bekannte zu Hause empfangen zu können, verhandelten wir 120 Min. wöchentlich.

Darüber hinaus benötigte Frau A. Assistenzleistungen bei der Beaufsichtigung und Kontrolle der Hausaufgaben der Kinder, die die Sinnesbehinderung kompensieren sollten.

Insgesamt waren für den Hilfeplanzeitraum von einem Jahr wöchentlich 1035 Min. an Hilfsleistungen erforderlich.

Der LVR übernimmt folgende Leistungen und schließt eine Zielvereinbarung mit Frau A. ab

- Haushaltsführung
 - Gestaltung sozialer Kontakte
 - Tagesstruktur
 - Regelung rechtlicher und finanzieller Angelegenheiten
- Insgesamt 630 Min. wöchentlich.

Das Budget setzt sich wie folgt zusammen

Leistung durch Fachdienst 0,5 Stunden pro Woche à 47,50 x 4,33 mon.	103 €
Leistung ungelernte Kräfte 6,7 Stunden pro Woche à 10,00 x 4,33 mon.	288 €
Leistung Haushaltshilfe 3,8 Stunden pro Woche à 20,33 x 4,33 mon.	338 €
Leistungen für Freizeitaktivitäten gemäß Anreizprogramm	35 €
Bedarf pro Monat	764 €
Abzüglich Eigenanteil	-12 €
Gesamtbudget pro Monat	752 €

Die Leistungen »Weiterer Lebensbereich« werden nicht vom LVR übernommen, da es sich hierbei nicht um Leistungen zum selbstständigen Wohnen handelt.

Diese müssen gesondert von Frau A. mithilfe der Beratungsstelle beim Amt für Jugend und Soziales des Rheinisch-Bergischen Kreises (RBK) beantragt werden. Es entstand ein Zuständigkeitsgerangel zulasten von Frau

A., das von Mai bis November 2006 dauerte. Erst im November bekommt Frau A. einen positiven Bescheid.

Das Sozialamt des RBK übernimmt folgende Leistungen:

Unterstützung bei der Mutterrolle bezogen auf die Ausbildung und Schule, d. h. Assistenz, Kontrolle, Unterstützung bei den Hausaufgaben der Kinder und Fahrdienste zu Elternsprechtagen oder Lehrergesprächen.

Insgesamt 300 Min. wöchentlich.

Aufgrund dessen wird das Budget um folgende Leistungen erweitert:

Leistung Assistenz 5,0 Std/Woche à 20,33 x 4,33 mon.	440 €
Bedarf pro Monat	1204 €
Abzüglich Eigenanteil	-12 €
Gesamtbudget pro Monat	1192 €

Damit Frau A. das Budget tatsächlich ausgezahlt bekommt, muss sie mit dem Leistungsträger LVR eine Zielvereinbarung nach § 4 der Budgetverordnung abschließen. In der Zielvereinbarung wurden folgende Regelungen vereinbart:

1. Ziele des Persönlichen Budgets und Leistungen
2. Höhe des Budgets
3. Mittelverwendung und Verwendungsnachweis
4. Qualitätssicherung und
5. Kündigung

Darüber hinaus wurden folgende Vereinbarungen getroffen:

1. Mit dieser Pauschale ist auch der vorhandene Bedarf an Beratung und Unterstützung im Umgang mit dem Persönlichen Budget abgegolten.
2. Als Nachweis für die Mittelverwendung reicht dem LVR eine Verpflichtungserklärung aus, d. h. Frau A. muss nur erklären, dass sie die Mittel zweckentsprechend und zielorientiert einsetzt.

Wesentliche zu berücksichtigende Aspekte beim Abschluss einer Zielvereinbarung

Zielvereinbarungen sollten

- (tatsächlich) individuell sein und auf den festgestellten individuellen Hilfebedarf des Budgetnehmers Bezug nehmen. Es reicht nicht aus, nur das Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu benennen. So sollte zum Beispiel nicht vereinbart werden »Die Teilhabe am Leben

in der Gesellschaft soll gefördert werden«, sondern: »Bis zum 31. März 2005 soll Frau A. das Einkufen von Grundnahrungsmitteln selbstständig und ohne die zur Zeit notwendige Unterstützung erledigen können«.

- Regelungen zum Nachweis der Leistungserbringung und Qualitätssicherung beinhalten und keine Vorgaben bzgl. der vom Budgetnehmer zu beauftragenden Dienstleister oder Unterstützer beinhalten, um dem Grundgedanken des Persönlichen Budgets nicht zuwiderzulaufen. Auf keinen Fall sollte die Zielvereinbarung namentliche Nennungen von Leistungsanbietern enthalten! Ansonsten besteht die Gefahr, dass Unterschiede zwischen Sach- und Geldleistung verwischen und für den Budgetnehmer keine tatsächliche Wahlfreiheit & Flexibilität (Hilfen aus dem privaten Umfeld) entstehen.
- klar und transparent aufgebaut und möglichst in einfacher Sprache geschrieben sein, sodass sie auch für Nicht-Sozialrechtsexperten verständlich sind und es keinen »Übersetzer« braucht.
- die Ziele entweder klar benennen, oder Bezug nehmen auf klar definierte Ziele des Hilfeplans.
- die Laufzeit beinhalten
- sowie die Höhe des Budgets und die Zusammensetzung.

Darüber hinaus möchte ich auf die Handlungsempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) verweisen und hier einige Auszüge aus den Handlungsempfehlungen zitieren:

»Anforderungen an die Zielvereinbarung

... Die BAR-Arbeitsgruppe empfiehlt auch Regelungen zum Bedarf an Beratung und Unterstützung als grundsätzlichen Bestandteil einer Zielvereinbarung aufzunehmen.

Individuelle Förder- und Leistungsziele

Die individuellen Förder- und Leistungsziele sind Bestandteil der Zielvereinbarung nach § 4 BudgetV und damit nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 BudgetV auch Teil der Stellungnahme der beteiligten Leistungsträger.

In den einzelnen Stellungnahmen wird der durch budgetfähige Leistungen des jeweiligen Leistungsträgers zu deckende Teil des individuellen Bedarfs festgestellt und im Hinblick auf die individuellen Förder- und Leistungsziele schriftlich zusammengefasst. Sie können z. B. Aussagen zu der Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigung auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund

(beschrieben durch umwelt- und personbezogene Faktoren), zu den Gründen für die Notwendigkeit der Leistungen, zum Ziel und zur Art der vorgesehenen Leistungen, zum voraussichtlichen Beginn und zur Dauer der Leistungen und zum Ort ihrer Durchführung enthalten.

Die sich aus den einzelnen Stellungnahmen im Hinblick auf die individuellen Förder- und Leistungsziele ergebenden Einschätzungen werden im Zuge des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens zusammengeführt und als Teil der abzuschließenden Zielvereinbarung gemeinsam mit der Antrag stellenden Person (und ggf. gesetzlicher Betreuer und/oder Person ihrer Wahl) vereinbart.

Eine regelhafte Überprüfung der (erreichten) Förder- und Leistungsziele erfolgt im Rahmen des nach § 3 Abs. 6 BudgetV im Abstand von zwei Jahren vorgesehenen trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens. Darüber hinaus kann eine Anpassung u. a. dann angezeigt sein, wenn sich

- aus der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets oder im jeweiligen Verlauf neue Erkenntnisse ergeben,
- die individuellen Verhältnisse geändert haben oder
- neue, für die Rehabilitation und Teilhabe wesentliche Entwicklungen (z. B. gesetzliche Grundlagen, Forschungsergebnisse, Leitlinien, Handlungsempfehlungen) ergeben haben.

Nach einem erstmalig durchgeführten trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren wird eine Überprüfung der Förder- und Leistungsziele nach 6 Monaten empfohlen. Damit soll nach einem überschaubaren Zeitraum z. B. eine Möglichkeit geschaffen werden, die bis dahin gewonnenen Erfahrungen auszuwerten, die Zusammensetzung der Komplexleistung Persönliches Budget zu überprüfen und ggf. zu verändern, um auf diese Weise die vereinbarten Förder- und Leistungsziele besser erreichen zu können. Auf das beschriebene »vereinfachte Verfahren« kann dabei zurückgegriffen werden.

Nachweiserbringung

... Ausgehend von einer für die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget notwendigen vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten, sollte eine Ausgestaltung der Nachweiserbringung in einer vereinfachten und unbürokratischen Form (»so wenig wie möglich, so viel wie nötig«) in Abhängigkeit von der Art der Leistung und dem Bedarf stattfinden. Auf diese Weise soll auch die Bereitschaft des Budgetnehmers zur Eigenverantwortung und Selbstbestimmung gestärkt und dessen Eigeninteresse an einer hochwertigen Leistungsausführung unterstützt werden.

Qualitätssicherung

Ein weiterer obligatorischer Bestandteil der Zielvereinbarung sind Regelungen über die Qualitätssicherung (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 3 BudgetV).

Sind mit der Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets bestimmte Bedingungen zu erfüllen (z. B. deren Erbringung durch eine bestimmte Profession), ist dies ebenfalls in der Zielvereinbarung zu regeln.

Der Schwerpunkt der Qualitätssicherung sollte auf der Überprüfung der Ergebnisqualität liegen, insbesondere darauf, ob und in welchem Umfang die mit Persönlichen Budget beabsichtigten Ziele erreicht wurden.

Werden Leistungen durch Angehörige des Budgetnehmers oder in Verbindung mit einem Arbeitgebermodell erbracht, gilt die Leistung dann als qualitätsgesichert, wenn der Budgetnehmer mit der Leistung zufrieden ist (Nutzerzufriedenheit) und die Ziele des Persönlichen Budgets erreicht werden können (Zielerreichung).

Beratung und Unterstützung

Empfohlen wird, Aussagen in die Zielvereinbarung aufzunehmen, die sich mit dem Bedarf an Beratung und Unterstützung befassen.

Beratung bezieht sich auf alle im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets bestehenden leistungsrechtlichen Fragen (Budgetberatung). Die Koordinierungsfunktion des Beauftragten beinhaltet auch das Angebot an den Budgetnehmer, diese Beratung für den Zeitraum des Persönlichen Budgets umfassend und aus einer Hand zu leisten. Die Entscheidung ob, wo und wie er sich im Zusammenhang mit Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets beraten lässt, trifft der Budgetnehmer selbst.

Unterstützung bezieht sich in diesem Zusammenhang vor allem auf den Verwaltungs-/Regiebedarf bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets (Budgetunterstützung) und den damit verbundenen Maßnahmen. Dazu gehören beispielsweise der Abschluss von Arbeits-, Dienstleistungs- und Beschaffungsverträgen zur Bedarfsdeckung, die Gestaltung von Dienstplänen für persönliche Assistenten bzw. Lohnabrechnungen im Arbeitgebermodell, die Unterstützung bei der Gestaltung von Aktivitäten in der Freizeit oder bei der Organisation des eigenständigen Wohnens.

Für die Budgetunterstützung können z. B. die Angebote von Verbänden der Selbsthilfe bzw. behinderter Menschen (auch in Form eines Peer-Counseling) in Anspruch genommen werden. Der Beauftragte und die beteiligten Leistungsträger leisten keine Budgetunterstützung.

Die Budgetberatung durch die beteiligten Leistungsträger ist für den Budgetnehmer kostenfrei. Sofern der Budgetnehmer kostenpflichtige Budgetberatung durch einen anderen Anbieter in Anspruch nimmt bzw. Kosten für Budgetunterstützung anfallen, sind diese Aufwendungen aus den Geldleistungen des Persönlichen Budgets zu finanzieren (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX).«

Chancen und Risiken für die Leistungserbringer

Wenn ich im Zusammenhang mit der Zielvereinbarung von Qualitätssicherung gesprochen habe, stellt sich natürlich die Frage nach der Qualität der Leistungserbringer und den damit verbundenen rechtlichen Konsequenzen. Was heißt in diesem Zusammenhang Leistungserbringerrecht?

Das Recht behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ergibt sich aus § 1 SGB IX. Die Vorschrift bestimmt, dass Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen unter der Zielstellung zu erbringen sind, »ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken«.

Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sollen in die Lage versetzt werden, ihre Belange so weit wie möglich eigenverantwortlich zu bestimmen

Der Budgetnehmer kann selbst bestimmen, bei wem und zu welchen Bedingungen er die Hilfe, die er im Alltag benötigt, einkauft (§ 17 SGB IX) – egal ob Familienangehöriger, Nachbar oder Profi.

Die Konsequenz ist, dass der Budgetnehmer einen Dienstvertrag mit dem Leistungserbringer eingeht.

Für diesen Dienstvertrag gelten folgende gesetzlichen Regelungen:

- Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet (§ 611 Abs. 1 BGB). Gegenstand des Dienstvertrags können Dienste jeder Art sein (§ 611 Abs. 2 BGB).
- Ein Schuldverhältnis ist eine Leistungsbeziehung, in der ein Teil (Gläubiger) vom anderen (Schuldner) etwas fordern kann (§ 241 Abs. 1 BGB). Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann der Geschädigte Schadensersatz verlangen (§ 280 Abs. 1 BGB).

Dies bedeutet, dass Leistungserbringer im Rahmen des Persönlichen Budgets diesen gesetzlichen Regelungen unterliegen. Schadensersatzansprüche können sich auf der Grundlage dieser Gesetze oder aus Verträgen ergeben.

Dies bringt im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget Chancen, Risiken und Unverträglichkeiten mit sich.

Chancen

- Zufriedene Kunden, weil sie sich auf differenzierte, flexible und verlässliche Angebotsstrukturen verlassen können.
- Kompetente und unabhängige Beratung und Budgetassistenz sowie eine starke und präsenste Selbsthilfebewegung und Formen des Peer Counseling (Beratung von behinderten – für behinderte Menschen)

Risiken und Unverträglichkeiten

Es fehlt eine sachkundige Budgetberatung und Budgetunterstützung. Viele Menschen mit Behinderung benötigen bei der Beantragung und Verwaltung des Persönlichen Budgets individuelle Unterstützung. Budgetberatung und Budgetunterstützung sind zudem ein gewichtiger Faktor der Qualitätssicherung bei Leistungen im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget. Es muss sichergestellt sein, dass diejenigen dazu kompetent beraten und informiert werden und die Beratung auch in der Budgetbemessung Berücksichtigung findet. Dann klappt's auch mit dem Budget und die Gefahr der Förderung von Schwarzarbeit wird minimiert.

VIII Steuerung des regionalen psychiatrischen Hilfesystems

Einleitung

Matthias Rosemann, Heinrich Beuscher

Die Kooperation in der Region und gegenseitige Informationen über die Angebote in einem Hilfesystem sind seit Jahren zum alltäglichen Standard fast überall in Deutschland geworden. Aber sind diese Strukturen – wie etwa vielfach die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften oder ähnliche mehr oder minder informelle und unverbindliche Arbeitsgruppen – ausreichend, um das Ziel einer tatsächlich individuell ausgerichteten Hilfeleistung für jeden Bürger des Versorgungsgebiets zu erreichen? Denn individuell gestaltete Hilfe setzt eine einrichtungsübergreifende Hilfeplanung und ein koordiniertes und miteinander abgestimmtes flexibles Vorgehen voraus. Auch die Versorgungsverpflichtung, d. h. die Zusage, das Hilfeangebot jedem Menschen zugänglich zu machen und keinen Menschen wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung auszuschließen, kann in der Regel nicht von einer einzelnen Einrichtung übernommen werden, sondern bedarf eines verbindlichen Verbundsystems der Anbieter. Dies gilt umso mehr, wenn Behandlung, Begleitung und Betreuung konsequent ambulant orientiert sind.

Gemeindepsychiatrische Verbünde stellen seit einigen Jahren eine konsequente Weiterentwicklung des Hilfesystems aufseiten der Leistungserbringer dar. Dabei ist zunächst zu betrachten, warum sich Träger in Gemeindepsychiatrischen Verbünden organisieren und was sie unter verbindlichen Verbundstrukturen verstehen. 17 Gemeindepsychiatrische Verbünde haben sich seither in der im Jahr 2006 gegründeten Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. zusammengefunden. Sie betrachten den Austausch untereinander als ein wesentliches Element zur Weiterentwicklung der Qualität im Hilfesystem. Denn die Umsetzung verbindlicher Verbundstrukturen stellt in jeder Region eine wesentliche Herausforderung für die beteiligten Akteure dar. Es ist daher immer wieder hilfreich, aus anderen Verbünden mit gleicher Zielsetzung die jeweils spezifischen Lösungen für Probleme und Konflikte kennenzulernen, aber sich auch gegenseitig zu ermutigen, an der Entwicklung stetig weiterzuarbeiten. Diese Thematik steht im Vordergrund der Impulsbeiträge von *Rainer Hölzke* und *Mechthild Böker-Scharnhölz*.

Nun ist die verbindliche Zusammenarbeit in Verbundstrukturen der Leistungsanbieter nur eine Seite des Themas »Kooperation und Verantwortung«.

Denn auch die politischen Gebietskörperschaften und die Leistungsträger tragen Verantwortung für die Bürger, die Versicherten und die anspruchsberechtigten Menschen. Insofern ist zu fragen, wie diese Verantwortung wahrgenommen wird und wie sie wahrgenommen werden sollte. In einigen Bundesländern sind auf der Basis von Ländergesetzen, z. B. den Psychisch-Kranken-Gesetzen, Gremien geschaffen worden, die die Kommunen bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben beraten. Nicht selten erfüllen auch Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaften diese Aufgaben. Dennoch fehlt sehr häufig diesen Gremien die Verbindlichkeit der Teilnehmer und ihres Auftrags. Es muss daher Ziel der psychiatriepolitischen Arbeit in den kommenden Jahren werden, kommunale Steuerungsstrukturen zu entwickeln, die ein höheres Maß an Verbindlichkeit auch auf der Seite der Kommunen und der Leistungsträger schaffen. Im Zusammenwirken beider Ebenen können sich dann wichtige Impulse für ein am individuellen Bedarf des Menschen ausgerichteten Hilfesystems ergeben. Auch die Verknüpfung mit den Systemen der Jugend- und Altenhilfe sowie mit anderen Sozialsystemen bedürfen einer über den engeren Bereich des Gemeindepsychiatrischen Verbunds hinausgehenden Steuerungsstruktur. Gerade unter den Aspekten von Prävention müssen dazu Akteure eingebunden werden, die nicht als Leistungserbringer im psychiatrischen Hilfesystem aktiv sind. Hierzu werden wir Näheres von *Heinrich Beuscher* erfahren.

Alle Verbundstrukturen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie auf unser gegliedertes System der sozialen Sicherung reagieren. Die Leistungsträger unterliegen sehr unterschiedlichen Anforderungen hinsichtlich der Fragen ihrer Beteiligung an individueller Hilfeplanung und der Ausgestaltung des Verhältnisses zu den Leistungserbringern. Nicht alle psychiatrischen Leistungen müssen beantragt, bzw. bewilligt werden. Insofern ist die Behandlungsplanung nicht in allen Leistungsfällen mit dem Leistungsträger abzustimmen. Gleichwohl berühren sich Leistungen aus verschiedenen Leistungsbereichen in der alltäglichen Umsetzung unmittelbar. Daher übernehmen die Verbundstrukturen die Aufgabe, die verschiedenen Leistungserbringer miteinander in Kommunikation und – sofern möglich – in eine gegenseitige Abstimmung zu bringen. Obwohl in verschiedenen Sozialgesetzbüchern die Verpflichtung der Kostenträger zur Zusammenarbeit ausformuliert ist (vgl. Beitrag von Herrn Holke), bleibt die Nicht-Beachtung dieser Verpflichtungen folgenlos. Es muss daher erwogen werden, ob über einen individuellen Rechtsanspruch auf (ggf. leistungsträgerübergreifende) Hilfeplanung dieses Ziel besser erreicht werden kann. Ansätze zu solchen

Konzepten des Gesetzgebers finden sich z. B. im Anspruch auf ein Träger-
übergreifendes Persönliches Budget oder im Anspruch auf Pflegeberatung.
Jonathan I. Fahlbusch wird zum Abschluss die sozialrechtliche Dimension
beleuchten.

Organisation der Verantwortung als Aufgabe der Leistungserbringer

Rainer Hölzke

Die im Thema postulierte Notwendigkeit der Organisation von Verantwortung als Aufgabe von Leistungserbringern ist im Zusammenhang mit dem Thema des Symposiums »Steuerung regionaler psychiatrischer Hilfesysteme« zu behandeln.

Wie kommt es zu dieser Themenstellung? Dies soll im Folgenden bezogen auf den Kerngedanken kurz abgeleitet werden.

Leistungserbringer übernehmen Verantwortung für LeistungsnehmerInnen im Rahmen der Leistungserbringung. Ob ein Leistungserbringer »die Organisation von Verantwortung als seine Aufgabe« ansieht und wie er das macht, hängt von der Beantwortung folgender Fragen ab:

- Hat er sich für die vollständige Wahrnehmung von hilfebedürftigen Menschen entschieden und ist deswegen »seine« Hilfeplanung personenbezogen ausgerichtet?
- Wird grundsätzlich der Gesamthilfebedarf erhoben, unabhängig davon, ob der Leistungsanbieter diesem gerecht werden kann bzw. will oder nicht?
- Geht er davon aus, dass er häufig für den Gesamthilfebedarf kein Angebot vorhält und deswegen kooperieren und nicht konkurrieren will?
- Hat er deswegen den Blick auf eine Region gerichtet, weil ausschließlich auf diese bezogen Verantwortung wahrgenommen und auch sinnvoll begrenzt werden kann?
- Endet also sein »Blick« nicht an der Einrichtungs- oder Trägergrenze?
- Hat er den Anspruch, auf regionale Nachfrage zu reagieren?
- Teilt er die Überzeugung, dass regionale Pflichtversorgung, personenzentrierte Hilfeplanung und Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) sich gegenseitig bedingen?
- Versteht er sich von daher eher nicht als Spezialanbieter?
- Ist er der Meinung, Ziele besser mit anderen als allein verwirklichen zu können?

Je nach Selbstverständnis bezieht sich also die Verantwortungsübernahme auf Teile oder den gesamten Hilfebedarf der LeistungsnehmerInnen. Je nachdem weist die Verantwortungsübernahme über den einzelnen Leistungserbringer hinaus.

Hier kommt dann das regionale psychiatrische Hilfesystem ins Spiel. Als das beste Mittel zur Organisation der Verantwortung im Rahmen eines regionalen Hilfesystems haben sich GPVs erwiesen. Sie bilden den entsprechenden Rahmen und regeln die Art und Weise der Verantwortungsübernahme. Auf GPVs wird an anderer Stelle im Tagungsband eingegangen. Ich verweise auf den Vortrag von Matthias Rosemann und den Impulsbeitrag von Mechthild Böker-Scharnhölz.

Die Wirkung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden

Abschließend soll mit einem anderen Blick der *Nutzen* von GPVs verdeutlicht werden.

Der Nutzen für *LeistungsnehmerInnen* ist abhängig von verschiedenen Aspekten und ergibt sich nicht zwangsläufig und für jede Person gleich. Je nach Beantwortung der folgenden Fragen ergibt sich »das Ausmaß« des Nutzens:

- Welchen Hilfebedarf habe ich und wie finde ich diesen heraus?
- Welche Leistungen benötige ich und in welcher Art?
- Kann ich mir diese Leistungen eigenständig erschließen oder bin ich dazu auf (welche) Unterstützung angewiesen?
- Bin ich auf Leistungen in meiner Nähe angewiesen?

Der Nutzen für *Leistungsanbieter* ist wiederum abhängig von verschiedenen Aspekten und ergibt sich nicht »automatisch«. Je nach Beantwortung der folgenden Fragen ergibt sich »das Ausmaß« des Nutzens:

- Welches Leitbild liegt vor und was folgt daraus?
- Welche Ziele und Wertvorstellungen liegen vor und was ergibt sich daraus?
- Welche Verantwortung soll weswegen übernommen werden?
- Welche wirtschaftlichen Interessen liegen vor und was resultiert daraus?
- Welche Leistungsangebote werden gemacht und was folgt daraus?
- An welche LeistungsnehmerInnen wenden sich die Leistungsangebote und was folgt daraus?
- Wie groß ist der Leistungsanbieter?
- Welche anderen Leistungsanbieter gibt es und wie sind diese organisiert?
- In welches »Marktumfeld« ist der Träger eingebettet?

- Welchen Chancen zur Weiterentwicklung bietet die Region und was folgt daraus?

Je nach Beantwortung der aufgeführten Fragen ergeben sich für den/die LeserIn hoffentlich Hinweise, *ob*, *wie* und *warum* die Organisation von Verantwortung eine Aufgabe von Leistungserbringern ist und welche Form dafür vorgeschlagen wurde.

Gemeinsame Qualitätsstandards – die BAG GPV

Mechthild Böker-Scharnhölz

Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) zu gründen, das schlägt schon die Expertenkommission von 1988 in ihren Empfehlungen zur Reform im psychiatrischen Bereich vor. Die Idee verbindlicher Zusammenarbeit in regionalen Verbünden hat seitdem die in der Psychiatrie tätigen Menschen inspiriert und an vielen Orten haben sich Verbünde gebildet, um in ihrer Region die Kooperation und die Koordination zu verbessern. Die Idee wurde in den folgenden Jahren weiterentwickelt und heute existieren viele unterschiedliche Interpretationen.

Gemeinsam aber sehen alle Initiativen die Aufgabe der Gemeindepsychiatrischen Verbünde darin, die notwendigen Hilfen für Menschen mit schweren akuten und langdauernden psychischen Erkrankungen in einer Region sicherzustellen. Dazu gehören auch alte psychisch kranke Menschen, Menschen mit Suchterkrankungen und straffällig gewordene psychisch Kranke.

Die fachliche Diskussion und die modellhafte Erprobung der letzten Jahre haben zu besserem Wissen darüber geführt, wie diese Hilfen organisiert werden müssen, damit chronisch psychisch kranke Menschen auch bei intensivem Hilfebedarf weiter an ihren Heimatorten leben können und nicht, wie es vorher häufig der Fall war, in wohnortferne stationäre Einrichtungen verbracht werden müssen.

Ein wesentliches Prinzip dabei ist es, Hilfen unterschiedlicher Leistungsbereiche als aufeinander bezogenes Hilfesystem zu organisieren. Modell dafür war der stationäre Bereich, in dem notwendige Unterstützungsleistungen in ganz unterschiedlichen Bereichen an einer Stelle geplant und dann aus einer Hand angeboten werden. Dies ist dort einfach möglich, weil alle Hilfen von einem therapeutischen Team verantwortet werden und in der Regel nur ein Leistungsträger zuständig ist. Auch im ambulanten Bereich soll so ein Komplexleistungsprogramm organisiert werden, das trotz des zersplitterten Hilfesystems die notwendigen Unterstützungen als personenbezogenes individuell angepasstes System »wie aus einer Hand« bereithält. Hier sind regelhaft mehrere Anbieter mit verschiedenen Teams und häufig auch unterschiedliche Leistungsträger zuständig. Große Bereitschaft zur Zusammenarbeit auf allen Ebenen und intensive Kooperation ist erforderlich, wenn die Idee eines Komplexleistungsprogramms realisiert werden soll.

Dazu sind verbindliche Regelungen erforderlich, die die Routineverfahren regeln und auch im Konfliktfall Sicherheit bieten.

Die Entstehung und die Ziele der BAG GPV

Vor allen Dingen die Regionen, die an den beiden Bundesprojekten der AKTION PSYCHISCH KRAKE »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung« 2000 bis 2002 und »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme« 2004 bis 2007 mitgewirkt hatten, waren nach Abschluss der Modellphasen interessiert an weiterem Austausch und an verbindlicherer Definition des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Insbesondere die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung standen für die Verbünde dabei im Fokus. Nach längerer Diskussion wurden Qualitätsstandards formuliert und ein bundesweiter Dachverband geplant. 13 Vertretungen regionaler Verbünde bildeten im März 2006 die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) als Verein. Ende Oktober 2008 gab es 17 Mitgliedsverbünde, weitere Regionen stehen auf dem Sprung, um ihre Mitgliedschaft zu beantragen.



Abb. 1: Übersicht über die Mitgliedsverbünde (Stand: 31.10.2008)

Das Ziel der Bundesarbeitsgemeinschaft ist die:

- Förderung der Idee der Gemeindepsychiatrischen Verbünde in Deutschland
- Entwicklung und kontinuierliche Verbesserung des GPVs-Konzepts der regionalen individuellen Hilfen
- Beratung von GPVs im Aufbau

Die Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft diskutieren die Qualitätsstandards für Komplexleistungsprogramme und die notwendigen Rahmenbedingungen regelmäßig auf ihren Mitgliederversammlungen und auf Tagungen. Zu wesentlichen Fragen gibt es Empfehlungen und Grundsatzpapiere. Richtig spannend ist die Arbeit bei den gegenseitigen Besuchen. Dort wird vor Ort in einzelnen Gemeindepsychiatrischen Verbünden der Stand der Umsetzung der Qualitätsstandards diskutiert. Bei jedem Besuch profitiert nicht nur der GPV, der besucht wird, sondern alle Mitglieder der Besuchsgruppe für ihre eigene Arbeit. Die Qualitätsstandards der BAG sind auf einem sehr hohen Niveau formuliert. Sie sind Ziele und nicht Bedingungen. Kein Mitglied erfüllt alle Bedingungen, aber es gibt einen gemeinsamen Konsens, dass das beschriebene Niveau anzustreben ist. Insofern sind die Qualitätsstandards so etwas wie ein Leuchtturm, der die Entwicklungsrichtung anzeigt.

Die Qualitätsstandards der BAG GPV

Die Qualitätsstandards lassen sich verschiedenen Ebenen zuordnen. Es gibt Aussagen zur:

1. Leistungserbringung im Einzelfall
2. Kooperation im Einzelfall
3. Sicherstellung der notwendigen Hilfen in der Region
4. Organisation der Arbeit im Verbund.

Die Qualitätsstandards der BAG im Einzelnen:

1. Leistungserbringung im Einzelfall
 - personenzentrierte Hilfen sollen bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden
 - im Versorgungsgebiet
 - konsequente Orientierung am individuellen Bedarf
 - Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen
 - Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung

- Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Fortbildung, Supervision und Qualifizierung
- Beachtung des Datenschutzes

Die Qualitätsstandards im Einzelfall berücksichtigen den aktuellen Stand der Gemeindepsychiatrie. Sie sind nicht umstritten, aber im Einzelfall ist es aufwendig, sie einzuhalten. Gemeindepsychiatrische Hilfen sind bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht und abgestimmt und wirtschaftlich zu erbringen. Wirtschaftlich heißt an dieser Stelle so viel wie notwendig und nicht mehr. Es ist bekannt, dass standardisierte Hilfen nicht jeden Einzelfall berücksichtigen können und das führt zu Über- oder Unterversorgung. Manche Menschen erhalten dann z. B. mehr Unterstützung als ihrem individuellen Wachstumsprozess dienlich ist. Das findet sich häufig im stationären Bereich.

Es gibt einen breiten Konsens auch bei den Planungsverantwortlichen in den Kommunen und den Leistungsträgern, dass in jedem Versorgungsgebiet die Basisdienste vorgehalten werden sollten und niemand seinen Wohnort verlassen muss, um Hilfe zu bekommen. Es gibt aber noch erhebliche Disparitäten in der Verteilung der Angebote in den einzelnen Kommunen und Landkreisen.

Eine anspruchsvolle Forderung ist der Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen. In der Vergangenheit ging die Entwicklung zu immer neuen Einrichtungstypen und spezifisch auf besondere Bedarfe angepassten Organisationen. Jetzt werden kritische Stimmen laut, dass auch die Gemeindepsychiatrie »kleine Anstalten« in der Gemeinde organisiert hat und sich viele Hilfesuchende hier in neuen Sonderwelten bewegen. Konsequente Berücksichtigung des Grundsatzes »nicht-psychiatrische Hilfen haben Vorrang« wirkt dem entgegen.

Selbstverständlich sind die Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung und die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Selbsthilfegruppen, auch wenn es hier im Alltag immer wieder zu Konflikten und unterschiedlichen Einschätzungen kommt.

Wir alle sind gesetzlich angehalten, die Interessen der Klienten in Bezug auf den Datenschutz zu wahren. Dabei geht es nicht nur um den sorgfältigen Umgang mit Datenschutzerklärungen und Befreiung von der Schweigepflicht, sondern an dieser Stelle fordert der Qualitätsstandard auch, sich immer darüber auseinanderzusetzen, welche Daten denn tatsächlich im Einzelfall unbedingt im Verbund ausgetauscht werden müssen und welche

Informationen zwischen Klient und Mitarbeitenden oder Träger vertraulich bleiben.

2. Kooperation im Einzelfall

- Integrierte, zielorientierte, lebensfeldbezogene Hilfeplanung (z. B. mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP)
- Mitarbeit bei Personenkonferenzen
- einrichtungsübergreifende koordinierende Bezugsperson
- Hilfeplankonferenz
- Regelungen zur Zuständigkeit

Die Basis für die Kooperation im Einzelfall ist die gemeinsame integrierte Hilfeplanung. Nur wenn die Hilfeplanung mit dem Klienten verabredet ist und seine Interessen und Wünsche berücksichtigt und auf der anderen Seite alle notwendigen Hilfen und Behandlungsschritte integriert, kann vernünftige Arbeit im Verbund geleistet werden – und nur dann kann ein Klient mit einem größeren Hilfebedarf angemessene Unterstützung bekommen. Eine der Voraussetzungen für einen solchen Hilfeplan z. B. auf der Basis des IBRP ist die verbindliche Mitarbeit an Personenkonferenzen oder Helferkonferenzen. Jeder einzelne Träger des Verbundes muss sich bereit erklären mitzuarbeiten, Mitarbeitende zu Personenkonferenzen zu schicken und die Verabredungen einzuhalten.

Es muss jemand bestimmt werden, der den gemeinsam verabredeten Hilfeplan einrichtungsübergreifend koordiniert. Über diese Funktion der einrichtungsübergreifenden koordinierenden Bezugsperson haben wir im Gemeindepsychiatrischen Verbund viel diskutiert. Häufig ist es so, dass Klienten im Wesentlichen Unterstützung von einem Träger bekommen und dann der Bezugsmitarbeiter z. B. des Betreuten Wohnens diese Funktion der koordinierenden Bezugsperson einnimmt. Das ist pragmatisch sicher richtig und hilft die Arbeit effektiv zu gestalten. Ein nächster Entwicklungsschritt wäre, der Bezugsperson erweiterte Aufgaben zu geben und die Personenkontinuität auch dann zu erhalten, wenn z. B. die intensive Hilfe im stationären Wohnbereich nicht mehr erforderlich ist und der Klient in eine eigene Wohnung mit ambulanter Hilfe zieht. Die Bezugsperson aus dem stationären Bereich bleibt weiter zuständig. Sie kennt den unterstützungsbedürftigen Menschen am besten und könnte ihn am effektivsten begleiten. Sie hat hoffentlich auch die Kontakte zu den anderen Arbeitsbereichen, hat den Klienten zu seinem Nervenarzt begleitet und kennt den Arbeitsplatz. Die Funktion der koordi-

nierenden Bezugsperson ist besonders dann schwierig zu organisieren, wenn mehrere Träger in einer Region für einen Klienten tätig sind.

Einfacher ist es dann wieder mit der Hilfeplankonferenz. Die einzelnen Hilfepläne werden hier abgestimmt und Verantwortliche für die Durchführung benannt, auch die Folgepläne werden besprochen. Die Hilfeplankonferenz ist damit ein wichtiges Element des regionalen Qualitätsmanagements. Die Hilfeplankonferenz hat auch noch Bedeutung für die Weiterentwicklung der Angebote in der Region. Hier werden regelmäßig die Bereiche der Über- und Unterversorgungen in der Region deutlich. Immer dann, wenn Klienten nicht die angemessene Hilfe kriegen können, weil es das notwendige Angebot in der Region nicht gibt, ist es notwendig, dies aufzunehmen, zu dokumentieren und im regionalen Planungsgremium bzw. im GPV zu überlegen, wie der Bedarf gedeckt werden kann und welcher Träger sich der neuen Aufgabe zuwendet.

3. Sicherstellung der notwendigen Hilfen in der Region

- Kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Angebote in der Region
- Bereitstellung der Leistungen als Komplexleistung
- Gemeinsames Beschwerdemanagement

Der nächste große Bereich für Qualitätsstandards ist die Sicherstellung der regionalen Angebote in einer umschriebenen Region. Es ist absolut erforderlich, die Angebote in der Region regelmäßig zu überprüfen und anzupassen, denn die Hilfebedarfe ändern sich und auch die Konzepte und das Wissen über Unterstützung entwickeln sich. Zum Beispiel sind bei der Diskussion über die Bedeutung von Tagesstruktur und Arbeit in der Psychiatrie und der Erprobung der neuen gesetzlichen Bedingungen in Modellprojekten vielfältige Möglichkeiten deutlich geworden, wie Arbeit und Beschäftigung in Regionen weiterentwickelt werden können. Hier muss jeder GPV diskutieren, wie er die regionalen Angebote nach den neuen Erkenntnissen anpassen kann. Wichtige Informationen dazu kommen aus der Hilfeplankonferenz, denn da wird ja die Über- und Unterversorgung deutlich.

Die Sicherstellung der regionalen Angebote bedeutet, dass die Träger vereinbaren, wie die verschiedenen Einzelleistungen gemeinsam als Komplexleistung organisiert werden können. Von da bis zu einem gemeinsamen Beschwerdemanagement ist dann nur noch ein kleiner Weg. Es ist sinnvoll, dass für die Arbeit als Verbund gemeinsame Qualitätsmanagement-Regelungen

formuliert werden. Dazu gehören ein gemeinsames Beschwerdemanagement und auch die Entwicklung einrichtungsübergreifender Dokumentationsregelungen, auf deren Basis dann regionale Gesundheitsberichterstattung einfacher möglich ist. Auch gemeinsame Standards für Fort- und Weiterbildung und Personalentwicklung können dazu gehören.

4. Qualitätsstandards zur Organisation der Arbeit im Verbund

- Schriftlicher Kooperationsvertrag
- Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer
- Beteiligung der Kommune am GPV
- Definiertes Versorgungsgebiet und Regelung zur Versorgungsverpflichtung
- Verbindliche Vertretung
- Regelungen zu gemeinsamen Qualitätsmanagement
- Pflicht, jeden aufzunehmen, der die Qualitätskriterien akzeptiert
- Kontinuierlicher Austausch mit Selbsthilfeorganisationen der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen

Der GPV ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Vertreter aller wesentlichen Funktionsbereiche, die an der Unterstützung von chronisch psychisch kranken Menschen beteiligt sind. Insbesondere angesprochen sind dabei die Bereiche Behandlung und Teilhabe. Die Zusammenarbeit unabhängiger Träger benötigt einen schriftlichen Kooperationsvertrag und verbindliche Außenvertretung, um das Ziel der (freiwilligen) Versorgungsverpflichtung erreichen zu können. In der Anfangszeit der Gemeindepsychiatrischen Verbünde gab es den Vorwurf, die Verbundsysteme wären Monopole und würden unliebsame Träger ausschließen. Entsprechend ist es eine wichtige Regelung, dass die Gemeindepsychiatrischen Verbünde jeden aufnehmen sollen, der die Qualitätskriterien erfüllt.

Auch auf der Ebene der Verbundarbeit sind die Diskussion und die intensive Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen unbedingt erforderlich. In der BAG GPV haben Vertretungen der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen einen Platz im Vorstand. Mit der Formulierung von Qualitätskriterien und der Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft hat das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes eine Plattform bekommen, auf der weitere Entwicklungsschritte möglich werden. Die zentralen Dokumente sind im Internet unter der Adresse www.bag-gpv.de zu finden

Steuerung in öffentlicher Verantwortung

Heinrich Beuscher

Steuerung des – oder auch im – regionalen psychiatrischen Hilfesystem ist aus meiner Erfahrung eine hochkomplexe Anforderung. Sehr vielschichtig sind die Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen; zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern; zwischen Leistungsberechtigten und Leistungsverantwortlichen gestaltet. Entsprechend unterschiedlich wurden die Strukturen der Hilfesysteme in den Ländern und Kommunen entwickelt. Die Unterschiedlichkeiten sind aber nicht allein der föderalen Struktur geschuldet. So stehen Flächenländer vor anderen Herausforderungen in der Gestaltung des Versorgungssystems als hochverdichtete Metropolen. Pflichtversorgungsregionen in Großstädten brauchen andere Strukturen und können andere Formen der Kooperation etablieren als in der Fläche große, ländlich strukturierte Kreise. Doch egal wie die Strukturen auch aussehen, es bedarf immer Formen der Steuerung, die möglichst fachliche, ökonomische und gesellschaftliche Aspekte beinhalten. Dabei werden sich die Form, aber auch die Inhalte der Steuerung von Bundesland zu Bundesland und von Kreis zu Kreis unterscheiden.

In meinem Impulsbeitrag verdeutliche ich am Beispiel der Umsetzung der Psychiatriereform im Land Berlin Möglichkeiten und Bedingungen zur Steuerung in öffentlicher Verantwortung. Dabei streife ich viele Punkte nur oberflächlich oder erläutere ganze Entwicklungen exemplarisch anhand von Einzelpunkten. Ich betrachte Möglichkeiten der Steuerung in öffentlicher Verantwortung ausschließlich aus der Wahrnehmung der Verantwortlichkeit für die Psychiatrie.

Die wichtigste politische Festlegung zur öffentlichen Steuerung in der Psychiatrie erfolgte in Umsetzung des Abschlussberichts der Psychiatrie-Enquete aus dem Jahre 1975 durch die Gründung spezieller Psychiatriereferate in allen Ministerien der Bundesländer. Die vordringliche Aufgabe dieser besonderen Verwaltungsgliederung war es – neben der landesseitigen Initiierung und Steuerung des politisch beschlossenen und vom Bund geförderten Modellprogramms Psychiatrie – Versorgungsstrukturen und länderspezifische Modelle zur Steuerung dieser Systeme zu erarbeiten und zu etablieren, um der bestehenden und offenkundigen Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen ein Ende zu setzen.

Bis heute tragen die Psychiatriereferate besondere Verantwortung für die Entwicklung und Steuerung des Versorgungssystems sowie des Maßregelvollzugs im jeweiligen Bundesland. Auch wenn die Ausgestaltung der Strukturen für das Zusammenwirken von Behandlung, Betreuung und Beratung psychisch erkrankter Menschen zu den originären Aufgaben der Länder zählt, ist darüber hinaus die Einflussnahme auf den Bund bei der Gesetzgebung von besonderer Bedeutung für die Ausgestaltung und Steuerung des Leistungssystems. So bilden Festlegungen in den einschlägigen Sozialgesetzbüchern und diversen weiteren bundesgesetzlichen Regelungen Rahmenbedingungen für eine aktive und verantwortliche Steuerung der für Psychiatrie zuständigen Stellen der Länder und Kommunen.

Wie bundesgesetzliche Regelungen Steuerungsmöglichkeiten auf der Ebene der Länder und Kommunen beeinflussen können, soll an Hand einiger Beispiele verdeutlicht werden:

Steuerungsmöglichkeit bei nicht bestehender Zuständigkeit im Land

Nach dem SGB V obliegt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung in der ambulanten ärztlichen und therapeutischen Versorgung der Selbstverwaltung (Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen) unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Festlegungen des gemeinsamen Bundesausschusses, den gemäß § 91 SGB V die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden.

Möglichkeiten einer direkten Einflussnahme z. B. bei Entscheidungen zur örtlichen Ansiedlung von Arztsitzen hat die zuständige Landesverwaltung nicht. Grundsätzlich hat aber die Selbstverwaltung bei der Wahrnehmung der ihr übertragenen Verantwortung zur Bedarfsplanung nach § 99 SGB V immer auch die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung zu beachten. Hier verbleibt im jeweiligen Land die Möglichkeit der Einflussnahme über Abstimmung, Kooperation und bei Bedarf auch politischer Moderation.

Steuerungsmöglichkeit durch Einflussnahme bei bundesgesetzlicher Regelung und bestehender Zuständigkeit für die Umsetzung im Land

Nach dem SGB XII ist der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe bundesweit einheitlich geregelt. Die Organisation der Erbringung liegt dann in der Zuständigkeit der obersten Landesbehörden. Dies beinhaltet neben Festlegungen zur Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe, auch

Festlegungen zum Verfahren zur Ermittlung, Erbringung, Überprüfung sowie Steuerung der Leistungen zur Erreichung des jeweiligen Leistungsziels. Hier besteht durch geeinte Verfahren der Abstimmung zwischen unterschiedlichen Landesbehörden bei gemeinsamer Zuständigkeit (hier für den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen) die Möglichkeit, strukturierend und steuernd Einfluss zu nehmen.

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) obliegt den Ländern gemäß § 6 die Krankenhausplanung. Ihre Aufgabe ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Das Nähere zur Krankenhausplanung wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei sind die Länder gehalten, ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem SGB XI abzustimmen, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten. Auch hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bei ihrer Zuständigkeit für die Bedarfsplanung Festlegungen der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

In verschiedenen Bundesländern liegt die fachlich inhaltliche Zuständigkeit der Krankenhausplanung für das Fachgebiet der Psychiatrie direkt im Psychiatriereferat. Im Zusammenwirken mit der für Soziales und ggf. Pflege zuständigen obersten Landesbehörde ergeben sich hier große Möglichkeiten der Steuerung auch im Sinne integrierter Versorgungsstrukturen.

Steuerungsmöglichkeit bei originärer Zuständigkeit im Land

Von besonderer Bedeutung für unser Anliegen sind hier die Psychiatriegesetze sowie die Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder. Da die Zuständigkeit für die Umsetzung dieser Gesetze originär im Bereich Gesundheit liegt, besteht hier das größte Steuerungspotenzial. Diese Gesetze sind besonders geeignet, verbindliche Festlegungen zur Ausgestaltung und zur Steuerung des psychiatrischen Versorgungssystems sowie zum Schutz psychisch erkrankter Menschen zu treffen.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass Steuerung und Einflussnahme in öffentlicher Verantwortung grundlegend für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen im Bereich der Organisation und Leistungserbringung in der psychiatrischen Versorgung ist. Sie wirkt über die Psychiatriereferentinnen und Psychiatriereferenten der Länder sowohl indirekt durch Mitwirkung an Gesetzgebungsverfahren auf der Bundes- und Landesebene als auch direkt durch Umsetzung gesetzlicher Vorgaben auf der Ebene der

Länder und Kommunen. Voraussetzung hierfür ist natürlich die Zuordnung der entsprechenden Zuständigkeiten, aber auch die fachlich und personell qualifizierte Ausstattung der Psychiatriereferate auf der Ebene der Länderministerien.

Steuerung und Strukturentwicklung in öffentlicher Verantwortung in Berlin

Bevor ich mich beispielhaft der Entwicklung in Berlin zuwende, zunächst ein paar Fakten zum Kennenlernen:

In dieser Stadt, die zugleich auch ein Bundesland ist, leben ca. 3,5 Millionen Einwohner in zwölf Bezirken. Im Vergleich sind das ca. dreimal so viele Einwohner wie im Saarland, wobei das Saarland bezogen auf die Landesfläche ca. dreimal so groß ist wie Berlin. In Berlin leben fast so viele Migrantinnen und Migranten wie das Land Bremen Einwohner zählt. Berlin hat eine Arbeitslosenquote von ca. 13 % was einer Arbeitslosenzahl von knapp 220 000 Personen entspricht. Statistisch trägt jeder Einwohner ca. 18 000 Euro Landesverschuldung, was bundesweit einfach spitze ist. Berlin ist eben arm, aber sexy, wie der Regierende Bürgermeister es auszudrücken weiß.

Als Nächstes ein paar Fakten zur psychiatrischen Versorgung, die sich alle auf das Jahr 2007 beziehen. In der psychiatrischen Pflichtversorgung dieser Stadt (deren Versorgungsregionen identisch mit den Berliner Bezirken sind) engagieren sich sieben Krankenhausunternehmen, mit 18 psychiatrischen Fachabteilungen/Fachkrankenhäusern, in denen ca. 2600 ordnungsbehördlich genehmigte Betten betrieben werden und in denen ausweislich der amtlichen Statistik insgesamt ca. 38 000 Fälle behandelt wurden.

In der Sicherstellung der ambulanten Behandlung engagieren sich nach den Angaben der KV ca. 640 Fachärzte/-innen und ca. 1400 Psychologen/-innen in Niederlassung. Im Leistungssegment der betreuten Wohnformen und der Tagesstrukturierung (Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII) engagieren sich ca. 75 Unternehmen und Vereine, die über 5000 psychisch erkrankten Menschen Leistungen zukommen ließen. In jeder Pflichtversorgungsregion/Bezirk ist ein Sozialpsychiatrischer Dienst und ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst in Trägerschaft der Bezirke u. a. mit Fragen der fallbezogenen Begutachtung, Krisenintervention, Beratung und auch Unterbringung zur Behandlung betraut. In allen Pflichtversorgungsregionen finden sich in der Regel mehrere Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen, Beratungsstellen für alkohol- und medi-

kamentenabhängige Menschen sowie Zuverdienstprojekte in der Steuerung der Bezirke. Rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche ist weiterhin der Berliner Krisendienst Ansprechstelle für Menschen in seelischer Not. Seine Leistungen werden ca. 50 000 Mal pro Jahr abgerufen. Jeden Tag sind somit mehrere 1000 Menschen in der Behandlung, Betreuung und Beratung psychisch erkrankter Menschen in dieser Stadt tätig.

Diese Kurzdarstellung ist nicht abschließend und soll lediglich einen ersten Eindruck in Bezug auf die Komplexität und Differenziertheit des hiesigen Pflichtversorgungssystems geben.

Abschließend noch einige kurze Ausführungen zur Verfassung Berlins. In Berlin sind staatliche und gemeindliche Tätigkeit nicht getrennt (Einheit der Berliner Verwaltung). Für die Regelung der Aufgabenwahrnehmung im Verhältnis zwischen der Berliner Hauptverwaltung (Senat) und den Bezirksverwaltungen ist das »Gesetz über die Zuständigkeiten in der Allgemeinen Berliner Verwaltung« (AZG) von zentraler Bedeutung. Es regelt die Aufgaben der Hauptverwaltung – hierzu zählen die Leitungsaufgaben (Planung, Grundsatzangelegenheiten, Steuerung und Aufsicht) – und weist den Bezirken alle anderen nicht explizit der Hauptverwaltung zugeordneten Aufgaben zu. Bestandteil der Berliner Hauptverwaltung ist die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, in die das für Psychiatrie zuständige Fachreferat eingebettet ist.

Der wohl wichtigste erste Schritt für die Strukturentwicklung in abschließender Kompetenz des Landes Berlin für die Psychiatrie war die Verabschiedung des Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG) am 8. März 1985. Mit diesem Gesetz wurden neben den zentralen Fragen des Verfahrens zur Unterbringung auch erste *gesetzliche* Festlegungen zu Fragen der Struktur und Steuerung gemacht. Von ganz zentraler Bedeutung unter dem Aspekt der Steuerung sind dabei die §§ 3, 6 und 7 (Abbildungen 1 und 2).

§ 3 Ziel der Hilfen

(1) Ziel der Hilfen ist es, durch rechtzeitige und umfassende Beratung und persönliche Betreuung sowie durch Vermittlung oder Durchführung geeigneter Maßnahmen, insbesondere von Behandlung, eine Unterbringung des psychisch Kranken entbehrlich zu machen (vorsorgende Hilfen) oder ihm nach der Unterbringung die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern und eine erneute Unterbringung zu verhüten (nachgehende Hilfen). Die Hilfen werden nach Möglichkeit so erbracht, dass der psychisch Kranke sie in Anspruch nehmen kann, ohne seinen gewohnten Lebensbereich aufzugeben.

- (2) Die Hilfen sollen ferner bei Personen, die mit psychisch Kranken in Beziehung stehen, Verständnis für die besondere Lage der psychisch Kranken wecken und insbesondere die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung von Schwierigkeiten der psychisch Kranken erhalten und fördern.
- (3) Hilfen nach diesem Gesetz werden nur geleistet, wenn sie von den Betroffenen freiwillig angenommen werden.

Abb. 1: Ziel der Hilfen

Im § 3 wird u. a. festgelegt, dass für eine zu entwickelnde Struktur und Steuerung der Regionalisierungsaspekt zu berücksichtigen ist. Leistungen und Hilfen sollen so gestaltet werden, dass sie der psychisch erkrankte Mensch in Anspruch nehmen kann, ohne seinen gewohnten Lebensbereich aufzugeben.

§ 6 Psychiatriebeirat

Das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Senats beruft einen aus fachkundigen Personen bestehenden Psychiatriebeirat, der es bei allen Fragen einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker berät.

§ 7 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

(1) Zur Erreichung des in § 3 genannten Zieles arbeiten die Sozialpsychiatrischen Dienste der Bezirke mit den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern, den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und allen anderen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen erbringen, eng zusammen.

(2) Von den Bezirksämtern sind psychosoziale Arbeitsgemeinschaften zu bilden. Sie haben auf eine Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände hinzuwirken und sind von den zuständigen Behörden bei der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages für eine gemeindenähe und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu hören.

Abb. 2: Psychiatriebeirat und Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Im § 6 wird dem für Gesundheit zuständigen Mitglied des Senats verbindlich vorgegeben, sich bei allen Fragen einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker fachkompetent beraten zu lassen und den Bezirken wird im § 7 die Verpflichtung auf Zusammenarbeit bei der Leistungserbringung auferlegt.

Der nächste Meilenstein für die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems war die Neufassung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vom 4. August 1994. Erstmals wurde hier u. a. festgeschrieben, dass

- der öffentliche Gesundheitsdienst die Versorgung psychisch Erkrankter des jeweiligen Bezirks sicherzustellen hat
- in jedem Bezirk ein Psychiatriebeirat das für Gesundheit zuständige Bezirksamtsmitglied berät
- in jedem Bezirk dem zuständigen Mitglied des Bezirksamtes ein psychosozialer Koordinator für den Aufbau und die Steuerung des bezirklichen Versorgungssystems für psychisch Kranke zugeordnet ist.

Mit dem Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) aus dem Jahre 1997 schuf der Senat von Berlin dann die Grundlage sowie den verbindlichen Rahmen für die Entwicklung der regionalisierten Pflichtversorgung psychisch erkrankter Menschen im Land Berlin. Dabei setzt das PEP den psychisch kranken Menschen mit seinen sich ändernden Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie seine Lebenswelt konsequent ins Zentrum seiner Betrachtungsweise. Zu den Zielen und Aufgaben des Psychiatrieentwicklungsprogramms zählen:

- die Schaffung eines regionalisierten Systems zur Sicherstellung der Versorgung für psychisch erkrankte und suchtkranke erwachsene Menschen
- die Erarbeitung von Vorgaben zum Aufbau der regionalen Versorgungsstruktur sowie Festlegung quantitativer Richtwerte für ihre Entwicklung
- die Umsetzung der Enthospitalisierung im Bereich Psychiatrie und Wiederbeheimatung der Menschen in den bezirklichen Pflichtversorgungsregionen.

Das PEP bildet unter Berücksichtigung seiner Teilfortschreibungen in den Folgejahren bis heute die Grundlage für die Strukturentwicklung und Steuerung in der psychiatrischen Versorgung.

Mit dem PEP wurde für die Strukturentwicklung und Steuerung im Land Berlin für alle verbindlich eine Grundsichtweise beschlossen:

»Danach steht der psychisch kranke Mensch mit seinen konkreten Bedürfnissen und Fähigkeiten in seinem gewohnten sozialen Kontext im Zentrum der Betrachtung. Behandlungs-, Betreuungs- oder Unterstützungsan-

gebote werden entsprechend seiner krankheitsbedingten Defizite in flexibler Abstimmung an ihn herangetragen oder von ihm abgerufen.« (Drs. 13/1521 v. 27.03.97)

Alle erforderlichen Angebote und Leistungen sind demnach wohnortnah in Umsetzung der bezirklichen Pflichtversorgung und dem bezirklichen Sicherstellungsauftrag zu etablieren.

All diese Entwicklungsschritte erfolgen nicht zufällig. Sie sind die sichtbaren Meilensteine langjähriger Entwicklungen und Abstimmungen und wären ohne die Arbeit und Steuerung des Psychiatriereferates im Zusammenwirken mit den Psychiatriekoordinationen in den Bezirken nicht möglich gewesen. In der Fassung von Grundlagen zur Strukturentwicklung lässt sich besonders deutlich die Steuerung in öffentlicher Verantwortung abbilden.

Wie diese greifen kann, soll anhand der Abbildung 3 exemplarisch dargestellt werden. In ihr wird anhand zweier wichtiger Leistungsbausteine des psychiatrischen Versorgungssystems – der klinischen Behandlung nach dem SGB V und Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII – die Berliner Psychiatriereform nachgezeichnet. Dieser für Berlin aufgezeigte Steuerungseffekt lässt sich ebenso für jeden einzelnen Bezirk abbilden.

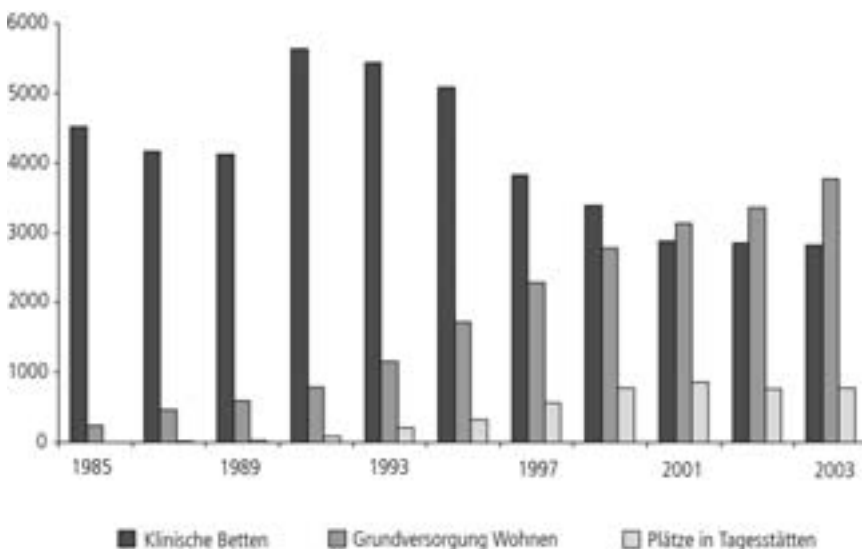


Abb. 3: Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems in Berlin

Verfahren der Strukturentwicklung und Steuerung

Im Folgenden erfolgt stichwortartig die Darstellung des Verfahrens der Strukturentwicklung und Steuerung:

Psychiatriepolitische Aufgaben auf Landesebene

- Landesgesetzliche Festlegungen zur Unterbringung und Versorgung psychisch Kranker (Gesetz für Psychisch Kranke)
- Landesgesetzliche Festlegungen zur Unterbringung von psychisch kranken Rechtsbrechern (Maßregelvollzug)
- Landesweite Psychiatrieplanung in Abstimmung und Abgrenzung zu weiteren Fachplanungen (z. B. Krankenhausbedarfsplanung, Werkstattplanung)
- Landesweite Initiierung und Steuerung der Entwicklung und Etablierung von Versorgungsangeboten
- Festlegung von Leistungsstandards, Qualitätssicherung und Dokumentation von öffentlich geförderten Versorgungsangeboten
- Festlegung struktureller Vorgaben zur Entwicklung des Systems zur Versorgung psychisch Kranker
- Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker

Psychiatriepolitische Aufgaben auf Bezirksebene

- Sicherstellung der Versorgung psychisch Kranker
- Aufbau und Anpassung des bezirklichen Versorgungssystems (Caremanagement)
- Personenbezogene Steuerung der erforderlichen Hilfen für psychisch kranke Menschen mit umfassenden Hilfebedarf (Casemanagement)
- Finanzierung und Steuerung von Leistungsangeboten der öffentlichen Hand
- Etablierung von Leistungsstandards, Qualitätssicherung und Dokumentation von öffentlich geförderten Versorgungsangeboten im Bezirk
- Förderung der Koordination und Kooperation der Leistungsanbieter im Bezirk
- Umsetzung von Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker

Grundsätze der landesweiten Psychiatrieplanung

- Vorrang der Versorgung chronisch Kranker
- Regionalisierung der Psychiatrischen Versorgung auf der Ebene der Bezirke
- Sicherstellung der Versorgung auf der Ebene der Bezirke (Prinzip der Pflichtversorgung)
- Alle wichtigen Versorgungsleistungen müssen in jedem Bezirk vorgehalten werden
- Integrierte Versorgungsplanung, bei der sich die Entwicklung der einzelnen Angebotsbausteine aufeinander bezieht
- Verbindliche Aufgabenteilung zwischen den Leistungsanbietern
- Personenbezogene Behandlungs- und Betreuungsplanung

Das Verfahren der Psychiatrieplanung

- Erarbeitung von Grundwerten für das Versorgungssystem; Entwicklung von Leitlinien für den Krankenhaussektor, das betreute Wohnen, tagesstrukturierende Angebote sowie Angebote der Bezirke – Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstprojekte und den Krisendienst; Erarbeitung von Strukturvorgaben und Standards
- Beratung der Vorschläge im Landespsychiatriebeirat
- Aufnahme der Beratungsergebnisse und Erarbeitung der konkreten Planungen
- Beratung und Beschlussfassung im Senat
- Beratung und Kenntnisaufnahme im Abgeordnetenhaus (Parlament)
- Umsetzung durch die Landes- und Bezirksverwaltungen

Zentrale Gremien

- *Landespsychiatriebeirat*
Mitglieder sind berufene Fachleute und Spitzenfunktionäre; er berät das zuständige Mitglied der Landesregierung in grundsätzlichen Fragen der Strukturentwicklung; Geschäftsführung im Psychiatriereferat
- *Bezirklicher Psychiatriebeirat*
Mitglieder sind berufene Fachleute aus dem Versorgungssystem; er berät das zuständige Mitglied der Bezirksverwaltung in grundsätzlichen Fragen des bezirklichen Versorgungssystems; Geschäftsführung beim bezirklichen Psychiatriekoordinator

- *Arbeitskreis der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren*
Gremium zur gegenseitigen Information zwischen Landes- und Bezirksverwaltung
- *Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft*
Fachliches Informationsgremium der Leistungsanbieter und der Verwaltung auf bezirklicher Ebene
- *Steuerungsgremium Psychiatrie*
Fachliches Gremium zur Steuerung der Belegung der Leistungen der Eingliederungshilfe in den zwölf Bezirken

Personenbezogene Steuerung auf Bezirksebene

Entscheidend für die psychisch erkrankte Person mit einem Hilfebedarf nach den §§ 53–54 SGB XII ist eine passgenaue (personenbezogene) Hilfeleistung. Dazu gibt es in jedem der zwölf Berliner Bezirke ein »Steuerungsgremium Psychiatrie«, das das Angebot und die Umsetzung der Hilfen innerhalb der bezirklichen Versorgungsverpflichtung durch fachliche Empfehlungen steuert. Konkret wird die Rehabilitations- und Behandlungsplanung für die betreffende Person zur Fallbesprechung im Steuerungsgremium mit dem Ziel der Erarbeitung und Abgabe fachlicher Empfehlungen zum ermittelten Hilfebedarf, zur Hilfebedarfseingruppierung und zum Leistungstyp im Hinblick auf die Umsetzungsmöglichkeiten auch unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie der Steuerung der Belegung, der Vermittlung in Angebote/Einrichtungen und der Kontrolle der Ressourcennutzung/des Budgets vorgestellt.

Gegenstand der Beratungen sind alle Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 54 SGB XII) wie z. B. Betreutes Einzelwohnen, Therapeutische Wohngemeinschaften, Wohnheime, Betreuung in Tagesstätten sowie Leistungen, die im Rahmen von Einzelfallhilfe/Sozialassistenz (gilt nur für den Bereich des SGB XII) erbracht werden. Die Grundlagen wurden geschaffen

1. durch Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe, die bindend für den Sozialhilfeträger sind,
2. durch eine Verordnung zum Verfahren in den Steuerungsgremien, die bindend für die Gesundheitsämter ist sowie
3. eine Festlegung im Landeskrankenhausesgesetz, die die klinischen Bereiche zur Kooperation mit den regionalen Steuerungsgremien verpflichtet.

Im Jahr 2006 wurden in bzw. von diesen Einrichtungen über 5200 Menschen betreut.

Für den psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen ist die personenbezogene Steuerung der erforderlichen Hilfen unter Einbindung fachlicher und ökonomischer Verantwortung von grundlegender Bedeutung.

Für die personenbezogene Steuerung erforderlicher Hilfen ist wiederum die entwickelte Struktur des Leistungssystems von grundlegender Bedeutung. Sie wird insbesondere geprägt durch die Wahrnehmung der Steuerung in öffentlicher Verantwortung.

Die Ausführungen zur Steuerung in öffentlicher Verantwortung am Beispiel des Landes Berlin und seiner Bezirke soll Anreiz für eine weiterführende Diskussion sein. Keinesfalls darf aus der Darstellung geschlossen werden, dass in Berlin alles rund läuft. Dazu sind die Interessenlagen (Politik, Kostenträger, Leistungserbringer) zu vielschichtig. Doch konnte in den letzten Jahren erreicht werden, dass das Land und seine Bezirke sich ihrer besonderen Verantwortung für psychisch erkrankte Menschen bewusst geworden sind und sich dieser Verantwortung faktisch auch stellen.

Die letzten zehn Jahre der Psychiatriereform in Berlin haben gezeigt, dass die Etablierung folgender Maßnahmen besonders förderlich waren:

1. Einigung und Verabschiedung einer Grundlagenplanung zur Entwicklung des Versorgungssystems auf der Landesebene, in Berlin das PEP
2. Etablierung verbindlicher Strukturen zur Übernahme der Versorgungsverantwortung auf der Ebene der Bezirke (Kreise, kreisfreie Städte) durch Ausweis eines Sicherstellungsauftrages im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG). Hierzu bedarf es der qualifizierten Besetzung eines/r für die Psychiatrie zuständigen Koordinators/Koordinatorin, der/die möglichst direkt beim für Gesundheit zuständigen Dezernenten/in angesiedelt sein sollte. Auch hat sich gezeigt, dass bezirkliche Psychiatriebeiräte sehr viel zur Ausbildung und Wahrnehmung von Verantwortung im bezirklichen Pflichtversorgungssystem beitragen. Sowohl die Psychiatriekoordination als auch die Psychiatriebeiräte der Bezirke sind im GDG verankert
3. Landesseitige Festlegung von einheitlichen und verbindlichen Regelungen zur personenbezogenen Steuerung bei komplexen Hilfebedarfen durch die Fassung von mit dem Kostenträger (Eingliederungshilfe) abgestimmten Ausführungsvorschriften

4. Übertragung der Haushaltsmittel (Zuwendungen) für niedrigschwellige Leistungen wie z. B. Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienste, Krisendienst vom Land auf die Bezirke

Ein noch bestehendes Problem für die Steuerung liegt in Berlin darin, dass bislang nur bedingt Fakten über das Leistungs-, Kosten- und das Krankheitsgeschehen in bezirklicher Differenziertheit vorliegen. Diese Informationen bilden jedoch eine wichtige Grundlage für eine am Bedarf orientierte Weiterentwicklung der Versorgungssysteme sowie der Leistungs- und Kostensteuerung. Neben der Etablierung verbindlich verfasster Gemeindepsychiatrischer Verbünde sehe ich hier eine wichtige Baustelle und Anforderung für die nächsten Jahre.

Sozialraum – korrigierter Wettbewerb

Jonathan I. Fahlbusch

Die nachstehenden Aspekte sind lediglich als Impulse oder Thesen zu verstehen, die sich anlässlich des Nachdenkens über die Unterstützung oder Etablierung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden (GPV) ergeben können. Diese passen vielleicht nicht allzu sehr unter die aus früheren Planungen resultierende Vortragsbezeichnung, die wegen der veröffentlichten Programme zur leichteren Zuordnung beibehalten wurde. Einige der Überlegungen mögen deshalb kursorisch oder streitig erscheinen, manche Aspekte weisen in entgegengesetzte Richtungen, was noch einiges an Arbeit erforderlich macht, ehe die Ziele und Regeln in einen Gleichklang gebracht werden können. Der Verfasser nimmt also nicht für sich in Anspruch, schon Ergebnisse vorzustellen, sondern will trotz des geschlossenen Eindrucks, den mancher Satz haben mag, zur Diskussion anregen.

Verbundstrukturen mehrdimensional sehen

GPVs stellen zunächst einmal Verbundstrukturen dar. Als solche können sie auf mehreren Ebenen gedacht und analysiert werden. Als solche Ebenen lassen sich jedenfalls fachliche rechtliche und finanzielle Dimensionen unterscheiden.

Zunächst erscheinen Verbundstrukturen als ein fachliches Handlungskonzept, das als Umsetzung der Personenzentrierung, Sozialraumorientierung und des Anliegens zur Vernetzung regionaler Träger und Professionen die soziale Arbeit prägt.

Auf einer weiteren Ebene bilden die Verbundstrukturen in den GPVs einige rechtliche Herausforderungen. Sie finden vor einem gesetzlich definierten Rahmen von Leistungszuständigkeiten, leistungserbringungsrechtlichen Rahmenvorgaben und Leistungsansprüchen der Betroffenen statt und sie werden durch vertragliche Vereinbarungen der Verbundpartner ausgestaltet bzw. etabliert, man könnte auch sagen ins Leben gerufen. Die Koordination und Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Diensten kann also in mehrfacher Hinsicht der rechtlichen Steuerung unterliegen.

In der finanziellen Dimension von Verbundstrukturen stehen die Gestaltungsmöglichkeiten der Vergütung der Leistungen im Verbund zur Diskussion, die bezogen auf die Verbundstruktur als solcher in Formen von

Budgets, über Einzelverträge oder eine institutionelle Förderung gesichert sein kann. Möglich ist aber auch anstelle einer Finanzierung der Verbundstruktur lediglich die einzelnen Leistungsansprüche zu finanzieren und die Bildung und Unterstützung der Verbundstruktur dann als Teil des Einzelleistungsanspruchs zu sehen.

Die meisten rechtlichen Fragestellungen in Verbundstrukturen haben ihren Anknüpfungspunkt in den Gestaltungen der finanziellen Beziehungen zwischen den Beteiligten. Folglich hängt auch die rechtliche Komplexität im Wesentlichen von der Wahl des Finanzierungsmodells ab.

Verbundstrukturen als Reaktion auf eine sektorierte Hilfelandschaft

Das Leistungsgeschehen in der psychiatrischen Versorgung ist geprägt durch sozialrechtliche Zuordnungen: Historisch, fachlich und sozialpolitisch gebildete Verständnisse führen zu einer Verrechtlichung von Lebenslagen in Leistungsgesetzen. In der Folge ergibt sich ein sektorierte Verwaltungsaufbau, Zuständigkeiten und eine Ordnung der Fachdisziplinen, der fachwissenschaftlichen Verständnisse und Erkenntnisse, die entlang der leistungsrechtlich definierten Grenzen verlaufen. Aus dem sektorierten System erscheinen Hilfen für psychisch kranke Menschen entweder als Interventionen bei Krankheit als Rehabilitation oder als Teilhabe, als medizinische oder als pädagogische Hilfe nicht aber per se als multiprofessionell und sektorübergreifend. Verbundstrukturen dienen der Überwindung dieser Sektoreierung und kreuzen letztlich quer den Pfaden des etablierten Systems.

(Notwendige) Merkmale von Verbundstrukturen

In Verbundstrukturen finden sich Verknüpfungen von Leistungsangeboten unterschiedlicher oder eines Trägers, die Verknüpfung von Leistungsarten eines oder mehrerer Leistungsträger und damit die Verbindung von unterschiedlichen Funktionen und Interessen. Die Verbundstruktur selbst stellt eine Institutionalisierung und Organisation der Kooperation und Zusammenarbeit dar.

Fachlich und rechtlich hat die Verbundstruktur die Herausforderungen zu bewältigen, die individuellen Leistungsansprüche bedarfsgerecht und umfassend sicherzustellen, die Sicherstellungsverantwortung zuzuordnen und durchsetzbar zu machen und die Unterschiede in den Kulturen der Leistungserbringung einzubinden bzw. zu überwinden.

Bezogen auf den Klienten muss die Verbundstruktur in der Lage sein, sein Wunsch- und Wahlrecht einschließlich der Bekenntnisfreiheit zu verwirklichen und Bedarfsgerechtigkeit herzustellen. Diese beinhaltet eine ausreichende, zweckmäßige Hilfestellung, die im notwendigen Umfang zur Verfügung steht.

Aus Sicht des Leistungsträgers sind Verbundstrukturen nur dann sinnvoll, wenn sie in ihnen die Sicherstellungsverantwortung des Leistungsträgers verwirklichen lässt, die Hilfen fachlich, professionell und disziplinär den Qualitätsanforderungen entsprechen und die Hilfeleistungen wirtschaftlich sind, also ein ideales Preis- und Leistungsverhältnis aufweisen.

Eine weitere Sicht auf Verbundstrukturen ergibt sich aus dem gesamtgesellschaftlichen und sozialpolitischen Auftrag der sozialen Arbeit, die letztlich auch die Interessen des Klienten in abstrahierter Form abbilden. Verbundstrukturen sollten nicht zu Kartellen führen und dürfen nicht die Funktionen des Wettbewerbs beeinträchtigen. Denn Wettbewerb ist für Innovationen, die Angebotsvielfalt, Qualitätsentwicklung und Preisentwicklung von großer Bedeutung, er kommt den Klienten und dem »System« als solchem zugute.

Wechselwirkungen zwischen Strukturen und ihrer Finanzierung

Hilfen für psychisch kranke Menschen gehen von der individuellen Bedarfslage aus. Als Einzelfallarbeit ist die Orientierung am Sozialrechtsverhältnis – dem Leistungsanspruch des Klienten – zwingend. Das Sozialrechtsverhältnis enthält in finanzieller Hinsicht aber nur dann einen Finanzierungsanteil für die Infrastruktur des Dienstes und/oder Verbundstrukturen, wenn dieser im Leistungsanspruch verortet wird. Dies kann in Vereinbarungen gelingen, die regelmäßig Bestandteile an investiven Kosten enthalten. Nicht enthalten sind zunächst aber originäre, über den Einzelfall hinausweisende Kosten der Infrastruktur als solcher. In unserer »Kultur« der Entgeltfindung ist die Einbeziehung von Gestehungskosten für Verbundstrukturen in die Bildung von Preisen für die Erfüllung von Leistungsansprüchen noch nicht üblich. Solche Kostenbestandteile lassen sich auch haushaltsrechtlich und sozialrechtlich nicht gut begründen, weil für ihre Bewilligung letztlich die gesetzlichen Grundlagen fehlen.

Weil sich also in der Erfüllung individueller Ansprüche Infrastrukturen nur schwer, jedenfalls nur schwer ganz finanzieren lassen, kommen Budgets für den Sozialraum, Komplexleistungen und individuelle Budgets als Lösung

in den Blick. Budgets sind aber selbst als Finanzierungsformen eine Herausforderung, weil sie die Gefahr von Bedarfsunter- und -überdeckungen enthalten, Prognosen über die Fallzahlentwicklung, die Leistungsmenge und die Wirkungen der fachlichen Interventionen erforderlich machen. Und die Finanzierungsformen der Budgets verlagern die Sicherstellung der Leistung in die Struktur des Budgetnehmers, des Individuums oder der Verbundstruktur, die das Budget bekommt. Das ist dann nicht unproblematisch, wenn die Erfüllung individueller Ansprüche gefährdet ist, weil das Einzel- oder auch ein Sozialraum-Budget unreichend kalkuliert ist oder für die besondere Bedarfskonstellation eines Klienten keine passende Intervention vorhält.

Regelungsbeispiele und Alternativen

In den Hilfen zur Erziehung der Jugendhilfe mit der Sozialraumorientierung, in den Leistungen zur Teilhabe mit den persönlichen Budgets, in der integrierten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung, in Konstrukten wie den Servicestellen und den Pflegestützpunkten usw. finden sich bereits jetzt im Sozialrecht Beispiele für auf gesetzlicher Basis gegründete Verbundstrukturen. Einige dieser Regelungsbeispiele funktionieren schon, andere sind noch nicht etabliert. Alle machen jedoch deutlich, dass Verbundstrukturen auf der Ebene der Finanzierung aufwendige Klärungsprozesse erforderlich machen und ein Nachdenken über die Verwirklichung individueller Rechtsansprüche nach sich ziehen. In Letzterem liegt ein möglicherweise manchmal nicht voll ausgeleuchtetes Problemfeld, das gegenläufige Zielsetzungen der sozialen Arbeit beinhaltet.

Fazit: Verbundstrukturen werden nur erfolgreich sein, wenn sich neben der einvernehmlichen Überwindung der sektorierten Strukturen auch eine individuell bedarfsgerechte Hilfe in und mit ihnen sicherstellen lässt. Das ist zwar einerseits selbstverständlich, in der Verwirklichung aber anspruchsvoll.

D Fazit und Chancen eines kooperativen regionalen Qualitätsmanagements

Gesprächsrunden mit Entscheidungsträgern zu den Chancen – verbindliche Festlegung der Qualitätskriterien für die Erbringung von Komplexleistungen und Sicherstellung durch kooperatives regionales Qualitätsmanagement

TeilnehmerInnen: Helga Kühn-Mengel (MdB), Gerhard Vigener (MJAGS Saarland), Peter Weiß (MdB), Wolfgang Hessenauer (LWV Hessen), Martina Hoffmann-Badache (LVR), Karsten McGovern (LK Maarburg-Biedenkopf), Peter T. Sawicki (IQWiG), Karl-Dieter Voß (GKV-Spitzenverband), Regina Schmidt-Zadel (APK), Heinrich Kunze (APK), Ulrich Krüger (APK)

Moderation: Reinhard Peukert (APK)

Einleitung

Peukert: In den beiden Tagen haben wir viele Fragen zur Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie erörtert und diskutiert. Wiederholt stellte sich die Frage: Wie überwinden wir die Hürden für die Erbringung von Komplexleistungen für psychisch kranke Menschen? Deshalb wurden für die Gesprächsrunden die Menschen eingeladen, von denen wir glauben, dass sie diese Hürden nehmen könnten oder dass sie Dinge auf den Weg bringen könnten, um diese Hürden zu überspringen.

Drei Gesprächskreise werden diese Fragen angehen.

Den Gesprächskreis Politik bilden Frau Kühn-Mengel als Mitglied des Bundestages für die SPD-Fraktion und Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Außerdem ist sie Vorstandsmitglied der APK.

Ebenfalls Mitglied des Bundestages für die CDU-Fraktion und Vorstandsmitglied der APK ist Herr Weiß.

Herr Vigener ist Minister für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales im Saarland und ein häufiger und gern gesehener Gast auf Tagungen der Aktion.

Wir kommen zur Runde der Selbstverwaltung und der Leistungsträger. Herr Hessenauer war lange Zeit Sozialdezernent in Wiesbaden. Er ist nicht allein wegen seiner ehemaligen kommunalen Rolle hier, sondern insbesondere als ein wichtiges Mitglied der Verbandsversammlung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

Frau Hoffmann-Badache hat eine lange gemeindepsychiatrische Geschichte – auch als Geschäftsführerin eines Leistungserbringers; heute ist sie

Leiterin des Dezernats Soziales und Integration des Landschaftsverbandes Rheinland.

Herr McGovern ist Sozialdezernent im Landkreis Marburg-Biedenkopf.

Zwei Experten aus dem Bereich der Krankenversicherung, komplettieren diese Gesprächsrunde.

Herr Voß ist als Vertreter des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen hier.

Herr Sawicki, ist der Leiter des IQWiG – Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Er wird uns nachher einen kurzen Einstieg zu den Aufgaben des IQWiG geben.

Als dritte Runde nehmen Vertreter der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) an der Podiumsdiskussion teil. Frau Schmidt-Zadel, die Vorsitzende; Herr Kunze, stellvertretender Vorsitzender und Herr Krüger, einer der zwei Geschäftsführer. Er hat die Aufgabe übernommen, in drei zentralen Themen jeweils kurz einführen. Wir werden dann im Rahmen der Thematik diskutieren und zwar aus den unterschiedlichen Positionen heraus.

Wenn Teilnehmer aus dem Publikum auf Beiträge der Diskutanten gerne reagieren möchten, können Anregungen und Kommentare bei Herrn Prof. Dr. Kruckenberg abgegeben werden. Er wird diese Hinweise in die Diskussion einpeisen.

Die erste Runde orientiert sich an der Frage der Sozialraumorientierung zu der wir einerseits gestern ein Symposium hatten und heute Morgen den wichtigen Vortrag von Klaus Dörner.

1. Thema: Sozialraumorientierung

Krüger: Manche Hilfen muss man kleinräumig organisieren: schnell, ortsnah, leicht verfügbar und möglichst kompetent. Das lässt sich nicht alles professionell realisieren, denn ausschließlich professionelle Hilfe bei psychischen Erkrankungen ist nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Nicht möglich bzw. sinnvoll

- a) da weder privat noch gesellschaftlich finanzierbar. Wenn wir zum Beispiel an die Personengruppe der Menschen mit Demenz denken, die auf die zwei Millionen zugehen. Es ist angesichts der demografischen Entwicklung gar nicht zu realisieren, dafür jeweils professionelle Hilfen zur Verfügung zu stellen.

- b) weil qualifiziertes Personal nicht ausreichend verfügbar ist. Selbst wenn man es bezahlen könnte, das Personal wäre nicht vorhanden.
- c) weil professionelle Hilfe nicht immer erwünscht ist. Für manche Menschen in Not ist der Aspekt der persönlichen Vertrautheit der Wichtigste. Ausschließlich professionelle Hilfe ist nicht sinnvoll, denn das führt dazu, dass der Umgang mit psychisch kranken und behinderten Menschen verlernt wird. Das ist etwas, was wir im Moment praktisch schon zu verzeichnen haben. Das wiederum führt zu Stigmatisierung – man wird sich fremd – und in der Konsequenz entstehen Ängste und Bedürfnisse sich aus dem Weg zu gehen usw.
- d) weil jeder Mensch gebraucht werden will und jeder Mensch notwendig sein will. Das heißt, wir würden Menschen, die bereit sind und das Bedürfnis haben sich zu engagieren, geradezu eine Chance nehmen. Ehrenamtliche und professionelle Strukturen können sich sehr gut ergänzen. Das geht zum Beispiel bei der Feuerwehr oder beim Fußball. Die Spieler schießen und verdienen – das sind zumindest in der Bundesliga Profis. Die Schiedsrichter pfeifen ehrenamtlich mit einer gewissen Aufwandsentschädigung. Das heißt, das Ehrenamt ist nicht immer völlig unbezahlt. Uns geht es um einen ganz speziellen Aspekt, nämlich nicht darum, die ehrenamtliche Tätigkeit selbst zu finanzieren, sondern die benötigte Infrastruktur für diese Tätigkeit. Wenn der freiwillige Feuerwehrmann und die freiwilligen Feuerwehren schon bereit sind im Notfall zu löschen, sollen sie nicht auch noch den Löschwagen und das Löschwasser bezahlen. Auch der Schiedsrichter soll nicht auch noch für den Fußballplatz zahlen und die Toiletten putzen müssen. Aber wie ist es bei Hilfen im psychosozialen Bereich? Fahrtkosten, Telefon, fachlicher Rat, Eintritt usw. müssen selbst organisiert werden. Unsere Empfehlung und unsere Forderung ist, die Infrastruktur für bürgerschaftliche Hilfen für psychisch kranke Menschen zu bezahlen. Besonders wichtig ist uns, dass es eine verlässliche, d. h. nachhaltige Finanzierung sein soll.

Peukert: Unsere Fragen an die Diskutanten: Welche Ansätze nutzen sie bereits, um bürgerschaftliches Engagement strukturell zu fördern? Gibt es in Ihren Regionen Unterstützungen, die zur Stärkung der Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden?

Hessenauer: Es gibt bereits Ansätze in Hessen, das würde ich nicht leugnen. Es gibt nur eine Selbsthilfekontaktstelle, die von dem Leistungserbringer organisiert wird, der auch die Psychosoziale Kontakt- und Bera-

tungsstelle trägt. Aber das ist eine Struktur, die sich nebenbei entwickelt hat und nicht von uns dem entscheidenden Leistungsträger in Hessen dem Landeswohlfahrtsverband gesteuert wurde. Ganz nüchtern betrachtet muss ich also sagen Fehlanzeige. Dies ist einer der Gründe dafür, warum ich in der Diskussion über die Frage, was man in Hessen braucht, sage: Wir brauchen vor Ort eine regionale Koordination von Hilfen und natürlich auch Budgets und Gelder, um so eine Struktur zu entwickeln.

Wir haben auf der kommunalen Ebene, ich rede jetzt von meiner früheren Zeit, ein Problem, dass wir, wenn es um individuellen Hilfen geht, im Rahmen der Sozialgesetzbücher relativ frei von politischen Beschlüssen arbeiten können. Das heißt ich kann an vielen Dingen zu- und abgeben, ohne dass ich jedes Mal einen Parlamentsbeschluss brauche.

Bei den strukturellen Fragen, wenn ich Institutionen finanziere, dann brauche ich immer einen Beschluss der Gremien und dann taucht automatisch bei den Finanzwirtschaftern die Frage auf Pflichtaufgabe oder nicht Pflichtaufgabe.

Das Geschickte ist, jetzt zu versuchen aus dem individuellen Anspruch eine institutionelle Förderung zu kreieren: Dass es eine dauerhafte formale Einzelförderung gibt, aber faktisch eine strukturelle Förderung ist. Manchmal muss man Umwege gehen, um z. B. eine strukturelle Förderung für eine Selbsthilfegruppe zu erzielen.

McGovern: Bürgerschaftliches Engagement im Bereich der Behindertenhilfe ist bisher eher unterentwickelt. Zwar gibt es Selbsthilfe und diese wird auch unterstützt. Dies ist jedoch bei Weitem nicht ausreichend.

Neben der sächlichen Förderung dürfen die Ehrenamtlichen und die Selbsthilfegruppen in der Fachlichkeit nicht alleingelassen werden. Das heißt, im Hintergrund ist dafür zu sorgen, dass wenn es Probleme und Fragen gibt, jemand da ist, der ihnen inhaltlich weiterhilft, z.B. ihnen Ratschläge gibt wie sie sich verhalten bzw. wohin sie sich wenden können.

Die Diskussion darf sich nicht darauf beschränken, wie jemand für seine ehrenamtliche Tätigkeit ein bisschen besser entschädigt wird. Entscheidend ist das professionelle Hilfesystem im Bereich von psychisch kranken Menschen – nicht nur bezogen auf die Eingliederungshilfe – durch einen wesentlichen Teil zu ergänzen. Man muss es nicht so machen wie bei der Feuerwehr, bei der der meiste Teil freiwillig geleistet wird. So wird es nicht gehen, aber man kann wesentlich mehr machen, wenn gemeindenah und sozialraumbezogen gedacht wird. Dazu müssen mehr Ressourcen ins System hinein. Dazu gehört auch sich zu überlegen, wie z. B. die Millionen in

der Eingliederungshilfe im Rahmen von Budgets so umgeschichtet werden können, damit wirklich ein Mix aus professionellen und ehrenamtlichen Hilfen entstehen kann.

Hoffmann-Badache: Ich vertrete den Landschaftsverband Rheinland als regionalen Kommunalverband. Wir fördern aus der Umlage unserer Mitgliedskörperschaften, also aus kommunalen Steuermitteln seit Mitte der 80er-Jahre Infrastrukturkosten von ehrenamtlicher Bürgerhilfe. Wir fördern im Rheinland ca. 80 Projekte mit einer allerdings letztendlich bescheidenen, aber verlässlichen Geldsumme von 180 000 Euro pro Jahr.

Darüber hinaus fördert der Landschaftsverband Rheinland seit Ende der 80er-Jahre finanziell und konzeptionell Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ), die eine regionale Koordinierungsfunktion bezogen jeweils auf 150 000 Einwohner wahrnehmen sollen. Wir fördern zurzeit 70 Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland. Diese stellen in der Regel ihre Räumlichkeiten auch Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Wir als Leistungsträger und somit Geldgeber wollen und werden die Arbeit der SPZ in Zukunft stärker über das Mittel der Zielvereinbarung steuern.

Die ehrenamtliche Bürgerhilfe ist in der Regel eng mit diesen Sozialpsychiatrischen Zentren aufgrund deren Koordinierungsfunktion verbunden. Die ehrenamtliche Bürgerhilfe entscheidet selbst, ob sie eng mit dem Sozialpsychiatrischen Zentrum zusammen arbeiten oder eher unabhängig davon arbeiten will. Sie hat sich aber im Rheinland in der Regel entschieden eng mit den Sozialpsychiatrischen Zentren zusammenzuarbeiten.

Die Begleitung durch eine ehrenamtliche und eine professionelle Person in Anspruch zu nehmen, ist eine Option die ein Betroffener hat, wenn er bereit ist die Gelder bei uns als Leistungsträger in Form eines Persönlichen Budgets zu beantragen. Dann ist diese Freiheit in der Mittelverwendung automatisch gegeben.

Viele Entwicklungen sind möglich, wenn man deutlich macht, dass diese Weiterentwicklung im Ergebnis nicht nur fachlich wünschenswert ist, sondern auch wirtschaftlicher ist. Das heute Vormittag vorgestellte Regionale Budget aus Schleswig-Holstein wurde nur deshalb möglich, weil es für die Krankenkassen eine kostengünstigere Variante war. Zudem hat Herr Dörner in seinem Beitrag heute Morgen die Hypothese aufgestellt: wenn wir das ehrenamtliche Engagement stärker einbeziehen, können dadurch viel mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen selbstständig leben und brauchen weniger professionelle und teure Unterstützung. Wenn ein Projekt auch für den Steuerzahler die wirtschaftlichere Variante ist, dann ist es überhaupt

kein Problem, die Unterstützung der Politik zu bekommen. Ich bekomme im Rheinland für solche Projekte die Unterstützung unserer Finanz- wie unserer Sozialpolitiker.

Voß: In der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gibt es seit über 30 Jahren Selbsthilfeengagements. Sie begannen zögerlich Ende der 70er-Jahre, sind inzwischen aber auch im Gesetz verankert. Die GKV gibt pro Jahr knapp 40 Millionen Euro für Selbsthilfeaktivitäten aus. Das ist an die Förderung von Selbsthilfeorganisationen, -gruppen und -kontaktstellen gebunden, vor allem an diejenigen Gruppen, die lokal wertvolle Arbeit unterstützend zum professionellen medizinischen Bereich leisten. In diesem Zusammenhang werden auch Selbsthilfeaktivitäten im Bereich der Psychiatrie gefördert – nicht sehr viele, aber einige.

Der GKV-Spitzenverband hat seine Arbeit am 01.07.2008 aufgenommen. Wir haben gerade den Leitfaden für die GKV als verbindliches Regelwerk zur Förderung der Selbsthilfe neu aufgelegt.

Es gibt eine institutionelle und eine projektbezogene Förderung der Selbsthilfegruppen und -organisationen. Ich kann mir vorstellen, dass Projektanträge auch aus dem Bereich der Psychiatrie gute Chancen haben, Mittel zu erhalten. Sie sind nicht nur für Gruppen, die sich um somatisch Kranke kümmern. Die Mittel werden, unter den Obergesichtspunkten Rehabilitation und zum Teil Prävention eingesetzt.

Deutliche Impulse zugunsten der Selbsthilfe haben wir durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz erhalten, und zwar dergestalt, dass u. a. Pflegestützpunkte durch Länderentscheide eingerichtet werden können. Inzwischen haben einige Länder dieses mutig getan. Anträge auf Förderung haben wir noch nicht bekommen. Etwa 1200 Pflegestützpunkte wären mit dem 60 Millionen Euro-Budget förderfähig. Für diejenigen Pflegestützpunkte, die die Selbsthilfe einbauen, erhöht sich die Fördersumme. Dann gibt es für die Pflegestützpunkte nicht nur 45 000 Euro, sondern 50 000 Euro institutionelle Förderung. Diese reicht natürlich überhaupt nicht aus, um die damit verbundenen Kosten zu decken. Es ist aber zumindest ein Anreiz, den Selbsthilfegedanken mit einzubeziehen und nicht außen vor zu lassen. Ich würde mir wünschen, dass dies nicht nur für den Bereich der Rehabilitation allgemein oder für die Pflege, sondern auch und gerade für den Bereich der Psychiatrie viel stärker gilt. Zudem wünsche ich mir, ein geregeltes Miteinander von Selbsthilfe und professioneller Hilfe, die unverzichtbar ist. Es geht nicht um Selbsthilfe, wie sie zuweilen von Ärzten kritisch gesehen wird, als Element, das den Ärzten reinreden und Versorgungsprozesse möglicherweise

verändern will. Hier würde ich mir wünschen, Selbsthilfe als willkommene Hilfe zu sehen, die Bereiche abdecken kann, wo Profihilfe nicht möglich oder unzweckmäßig ist.

Kühn-Mengel: Die Geschichte der Selbsthilfeförderung ist in diesem Zusammenhang auch wichtig. Regina Schmidt-Zadel und andere haben im Jahre 2000 ins Gesetz eingefügt, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, damals war das 1,00 DM pro Versicherten, die Selbsthilfe zu fördern. Dann haben wir in den Folgejahren gemerkt, dass das Geld nicht ausreichend ausgeschüttet wird und in der Gesundheitsreform 2007 wurde diese Förderung dann noch einmal mit Nachdruck präzisiert. Jetzt sind die Krankenkassen verpflichtet das Geld, das sie in einem Jahr nicht ausgegeben haben – 56 Cent pro Versichertem – auf das Folgejahr zu übertragen. Die Regelung hat Herr Voß vorgestellt. Die Hälfte des Geldes geht in einen kassenartübergreifenden Topf, die andere Hälfte wird lokal und regional verteilt. Also das zeigt, dass auf die Umsetzung von Gesetzen geachtet und dann auch gemeinsam gehandelt wird.

Bundesweit, kann man sagen, ist die Förderung der Länder für die Selbsthilfe zurückgegangen. Der Bund hat seine Zahlen verstetigt – die Aids-Hilfe ist genannt worden, aber es gibt z. B. auch die Förderung von NAKOS, die aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gespeist wird. Das BMG übernimmt die gesundheitliche Selbsthilfe und für die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements ist das BMFSFJ zuständig. Das BMFSFJ steckt zurzeit in den Haushaltsberatungen. Die Förderung von NAKOS ist strittig. Wir kämpfen an der Stelle, weil wir es für wichtig halten, dass hier die Infrastruktur gefördert wird, dass die Beratung für die schätzungsweise 70 000 Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik funktioniert, dass Projektvorschläge gemacht werden, über Gesetze informiert wird usw.

Ferner ist die Übungsleiterpauschale inzwischen erweitert worden. Der Sport ist mit seinen vielen Millionen Mitgliedern außerordentlich stark und hier wird bereits seit Längerem die Übungsleiterpauschale an die dort ehrenamtlich Tätigen gezahlt. Inzwischen kann diese Übungsleiterpauschale auch von sozialen Verbänden für Pflege und Betreuung psychisch Kranker usw. genutzt werden. Es ist eine steuerfreie Pauschale.

Es gibt darüber hinaus, das war dem Finanzminister sehr wichtig, die Ehrenamtspauschale von 500 Euro. Noch nicht angesprochen habe ich das Ehrenamt in Institutionen wie etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Auch da gibt es strukturelle Verbesserungen mit jedem Gesetz ein bisschen mehr. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz eröffnet die Möglichkeit Pflegestützpunkte einzurichten, aber auch die Einbindung und Förderung des ehrenamtlichen Engagements.

Wir haben in unserem Land eine ganze Menge an Selbsthilfeförderung, es muss zu Gutem zusammengeführt werden. Mein Eindruck ist, dass die psychisch kranken Menschen in all diesen Netzwerken unterrepräsentiert sind.

Vigener: Vor zehn Jahren haben wir über die Professionalisierung diskutiert, heute erörtern wir die Einbeziehung der Selbsthilfe, das Ehrenamt, die Nachbarschaft und den Sozialraum. Deshalb hat sich im Bereich der Begleitung und Betreuung von psychisch kranken Menschen einiges gewandelt und es gibt einen interessanten neuen Ansatz im Saarland.

Das Land finanziert eine Plattform für Selbsthilfeorganisationen genannt Kiss. Auf dieser Plattform treffen sich Selbsthilfeorganisationen aus allen möglichen Bereichen. Die Kiss gibt Anregungen für die verschiedensten Selbsthilfegruppen. Wir bereiten gerade einen Kongress und eine Aktivität im nächsten Jahr vor, um die Selbsthilfe für depressiv erkrankte Menschen zu verstärken. Hierfür wollen wir auch wieder Kiss nutzen, damit wir Selbsthilfe in dem Bereich entwickeln.

Es gibt sehr viele unterschiedliche Selbsthilfegruppierungen in den Ländern und in der Bundesrepublik. Dass jede eine eigene Plattform auf Landes- oder Kommunal-Ebene erhält, ist nicht realisierbar. Aber die Idee kann in der Tat sein, für unterschiedliche Selbsthilfegruppen eine Plattform zu schaffen, über die beispielsweise Know-how an die Selbsthilfe weitergegeben wird. Das heißt also, in Ländern oder auf größeren kommunalen Ebenen Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände etc. ist es sehr sinnvoll, eine solche Plattform zu schaffen und dauerhaft und solide zu finanzieren.

Zudem werden zusammen mit den Kommunen, Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken einzelne Selbsthilfeorganisationen unterstützt und finanziert, die dann in den verschiedensten Bereichen, auch in der Psychiatrie, tätig sind.

Das Nächste und das Spannendste in diesem Zusammenhang ist: Wie können wir das Persönliche Budget und die Ressourcen, die durch das Budget im Einzelfall besser als bisher über die Sachleistung erschlossen werden können, nutzen? In der Vergangenheit gab es im ambulant betreuten Wohnen für psychisch Kranke einen festen Personalschlüssel. Das bedeutet ein

Sozialarbeiter auf X, z. B. zwölf psychisch Kranke. Ich habe mir immer vorgestellt, was bewirkt ein Sozialarbeiter auf zwölf psychisch Kranke im ambulant betreuten Wohnen? Wie viel Zeit hat er für seine Klienten? Wenn Sie es durchrechnen, hat er pro Woche drei Stunden Zeit, es sind aber weniger aufgrund von Fallzeiten usw. Gehen wir von zweieinhalb Stunden pro Woche aus.

Was braucht der psychisch kranke Mensch? Braucht er tatsächlich zweieinhalb Stunden sozialarbeiterische Begleitung? Ich denke er besucht die Werkstatt für psychisch Kranke oder eine andere tagesstrukturierende Hilfe.

Er braucht denjenigen aus der Nachbarschaft, der morgens anklopft und sagt: »Fritz, bist du wach? Du wolltest heute in die Werkstatt gehen.« Er braucht denjenigen, der nachsieht, dass seine Wohnung nicht verwahrlost und er braucht den Sozialarbeiter als Case-Manager. Er muss die Möglichkeit haben, sich mit Unterstützung des Case-Managers in seinem Umfeld möglichst viele unterschiedliche Begleitungen zu organisieren. Und um denen Geld zu geben, dafür ist im Grunde das persönliche Budget als Idee gedacht und entwickelt. Ich meine, wir sollten in dem Bereich das persönliche Budget noch viel besser und zielgerichteter nutzen, als dies in der Vergangenheit der Fall ist. Dazu benötige ich eine Plattform, damit sich Menschen treffen können, wie die Nachbarin oder die Person, die in der Wohnung ab und an nach dem Rechten schaut. Das heißt, wir gehen heute in die Fläche, in die Nachbarschaft, in den Sozialraum hinein und sorgen dafür, dass unsere Klienten vom Sozialraum getragen leben können. Das ist die Kunst der Zukunft. Dazu brauchen wir Ehrenamt, aber nicht nur Ehrenamt, sondern auch diejenigen, die dann, wie die Nachbarin statt irgendwo putzen zu gehen, ihre hilfebedürftigen Nachbarn unterstützt und dafür Geld aus dem Persönlichen Budget bekommt. Solche Ressourcen brauchen wir in der Zukunft, auch bei einem Arbeitsmarkt in dem Bereich, bei dem wir nicht davon ausgehen können, dass die Zahl der Sozialarbeiter und Pfleger usw. erweitert wird. Wir brauchen hier den Sozialraum, damit wir Leistungen erbringen, die im Grunde auch integrative sind und dem Anspruch an Teilhabe mehr entgegenkommen, als dieses in der Vergangenheit nur durch die Professionellen geschah.

Es gibt natürlich noch andere Möglichkeiten, die Ressourcen umzu-
steuern. Dazu gehört ein auf Einzelleistung basierendes Regionalbudget, wie es z. B. in Berlin-Reinickendorf oder auch in Rostock bereits realisiert wird oder das, was der Landschaftsverband Westfalen-Lippe mit mir und einigen Landkreisen, bevor ich Minister war, erproben wollte. Wenn man

im Landkreis ein Budget für die Versorgung psychisch kranker Menschen festlegt und man sich darauf einigt, dass das Geld bei Unterschreitung des Budgets im System bleibt und von den Systemverantwortlichen für die Ausbreitung von Selbsthilfe usw. eingesetzt werden kann und soll, dann kann im Sozialraum nicht nur ein Wettbewerb, sondern eine sich selbst heraus entwickelnde Bewegung entstehen. Es wird dann gemeinsam überlegt: Wie setzen wir die Ressourcen dieses Regionalbudgets tatsächlich in diesem oder nächstem Jahr für unsere Region ein? Wie viele professionell betreute Plätze im stationär und im ambulant betreuten Wohnen benötigen wir? Was können wir weiterentwickeln? Wie können wir die bisherigen professionellen Strukturen aufbrechen und durch ehrenamtliche und nebenamtliche Hilfen im Sinne von Vernetzung und Nutzung des Sozialraums begleiten lassen?

Weiß: Wir haben bislang bei dem Thema »Förderung von Selbsthilfe und Bürgerhilfe« sehr stark auf den Gesundheitsbereich – Pflegekassen und Krankenkassen – geschaut. Als Mitglied im Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales möchte ich darauf hinweisen, wenn man das Thema umfassender diskutieren will, dann muss man auch auf die Arbeitswelt und die Betriebe schauen. Da haben wir z. B. mit den Schwerbehindertenbeauftragten ein Instrument, wo nicht fremdbestimmt, sondern von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Behinderungen im Betrieb ein Stück Selbstvertretung ihrer eigenen Interessen möglich ist.

Dann möchte ich noch einmal nachdrücklich unterstreichen, was meine Frau Kollegin Kühn-Mengel zur Vereinsförderung gesagt hat. Ich stelle immer wieder fest, dass das, was wir als Gesetzgeber in dieser Legislaturperiode an zusätzliche Fördermöglichkeit im Steuerrecht für Vereine verändert haben, sich erst langsam durchsetzt. Selbstverständlich können auch Selbsthilfegruppen und Organisationen von Vereinen und Verbänden für und mit Menschen mit Behinderungen diese Möglichkeiten nutzen. Es ist wahrscheinlich für sie eher die Frage, ob sie auch das Geld haben, um z. B. Auslagen für Telefon usw. zu bezahlen. Die neuen Freigrenzen gelten heute für alle gemeinnützigen Vereine.

Das Entscheidende ist, wenn wir die Förderung von bürgerschaftlichem Engagement und von Selbsthilfe im örtlichen Zusammenhang diskutieren und das ist ja der Hauptfokus, dass wir uns anschauen, ob es – neben der Förderung durch den Bundes- und Landesgesetzgeber – auf kommunaler Ebene eine Förderung von entsprechenden Strukturen gibt. Das ist eine klassisch kommunale Freiwilligkeitsaufgabe. In diesem Zusammenhang

stellt man häufig fest, dass manche Kommunalpolitiker das Wort freiwillig missverstehen. Sie meinen eine Freiwilligkeitsleistung sei eine Leistung, die man geben bzw. versagen kann. Eine Freiwilligkeitsleistung ist eine Leistung, die wir per Bundes- und Landesgesetz den Kommunen nicht zwangsweise vorschreiben. Das bedeutet aber nicht, dass man sich als kommunaler Entscheidungsträger von dem Thema verabschieden kann. Deswegen ist die erste Frage: Gibt es auf kommunaler Ebene durch die zuständige kommunale Seite entsprechende Förderungen?

Ich möchte erwähnen, dass ich, bevor ich Bundestagsabgeordneter geworden bin, auch Mitglied eines Kommunalparlamentes in einer Großstadt war. Wir haben in diesem Bereich eine Vielzahl kommunal gefördert. Dazu gehört die Förderung von Gruppierungen, die sich bürgerschaftlich engagieren, Selbsthilfegruppen unterschiedlichster Art, eine Miete für ein Büro zu übernehmen, einen Sachkostenersatz zu geben oder eine halbe Personalstelle für die hauptamtliche Koordination zu bezahlen.

Diese Strukturen auf kommunaler Ebene, die ich im Blickwinkel meiner Verantwortung der kommunalen Sozialplanung vornehmen muss, werden wir nie durch bundes- oder landeseinheitliche Regelungen ersetzen können. Das ist eine Freiwilligkeitsaufgabe der Kommune und zwar in dem Sinn, dass wir es ihr nicht vorschreiben, sondern sie es machen kann, aber sie sich nicht deswegen einfach von dieser Aufgabe verabschieden kann.

Aus dieser Verantwortung werden die Kommunalpolitiker nie herauskommen, sondern diese Verantwortung sollten sie auch wahrnehmen, denn das gehört zu kommunaler Sozialpolitik.

Peukert: Wir halten fest: es gibt eine ganze Reihe von Möglichkeiten, mit denen bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe gefördert werden. Allerdings hängt der Zugang zu Förderungen davon ab, in welcher Kommune und in welchem Bundesland man lebt. Die Förderung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement gehört auch zur kommunalen Verantwortung. Gleichzeitig gibt es auch eine ganze Reihe von Förderungen auf anderen Ebenen.

Es ist die kommunale Ebene, die die Aufgabe manchmal annimmt, und die dies manchmal nicht tut. Aber: diese Förderung kann nicht nur gegeben und nicht gegeben werden, man kann sie sogar wegnehmen. Dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Hessen, zu dem ich gehöre, ist über Nacht die Förderung völlig entzogen worden und zwar zeitgleich vom Landeswohlfahrtsverband Hessen und vom Land Hessen. Erfreulicherweise sind für einen gewissen Teil der Aufwendungen die Krankenkassen

eingetreten. Aber das, was es vorher auf Landesebene als Förderung gab, war über Nacht weg.

2. Thema: Qualität

Krüger: Wo Fehler passieren können, brauchen wir ein System, das diese identifiziert bzw. dafür sorgt, dass sie abgestellt werden. Deswegen ist schon relativ bald nach Inbetriebnahme der ersten Dampfmaschinen der Dampfkesselprüfverein geschaffen worden – der Vorläufer von dem heutigen TÜV –, denn damals sind die Kessel häufiger explodiert und Personen sind zu Schaden gekommen. Das industrielle Beispiel passt nicht mehr ganz in die heutige Zeit, aber es gibt, wie wir wissen, durchaus auch fehlerhafte Dienstleistungen mit schlimmen, äußerstenfalls sogar tödlichen Folgen, zum Beispiel im Gesundheitswesen, aber auch in anderen Bereichen. Kurzum es können auch bei den Hilfen für psychisch kranke Menschen Fehler vorkommen. Der Fehler zum Beispiel, dass man die falschen oder unnötige Hilfen erbringt. Eine Möglichkeit ist aber auch, dass man notwendige Hilfen nicht erbringt. Das Risiko ist vor allem gegeben, wenn Menschen diese Hilfen nicht selbst nachfragen.

Wir finden in diesem Zusammenhang das IQWiG besonders interessant und verbinden dieses Beispiel mit der Anregung zu überlegen, ob es nicht Möglichkeiten gibt, solch eine Struktur auch für andere Leistungsbereiche bzw. idealerweise leistungsbereichsübergreifend zu schaffen.

Peukert: Herr Sawicki, ich möchte Sie bitten, denjenigen, die das IQWiG noch nicht so gut kennen, die Aufgaben Ihres Instituts zu erläutern.

Dabei interessiert uns besonders Ihre Meinung zu unabhängiger Versorgungsforschung. Wir ärgern uns in der Psychiatrie manchmal ein bisschen darüber, dass es nicht genügend Versorgungsforschung gibt.

Sawicki: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen besteht seit 2004. Die Aufgaben sind gesetzlich geregelt und man kann sie grob in zwei Bereiche unterteilen.

Erstens beantworten wir Fragen entweder des Gesundheitsministeriums – das ist aber seltener – oder des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) bezüglich des Nutzens bestimmter Interventionen, Medikamente, nicht medikamentöse Verfahren, Screeningverfahren und diagnostische Verfahren. Hat das neue oder alte Verfahren einen Nutzen? Patientenrelevante Endpunkte sind die, die dem Patienten bezüglich seiner Erkrankung, seiner Lebensverlängerung, seiner Lebensqualität und seiner Zufriedenheit nützen.

Diese werden interessanterweise weder bei der Zulassung von Medikamenten noch bei anderen Verfahren systematisch erforscht. Screeningverfahren werden kaum untersucht, sondern sie werden meistens aufgrund einer Empfehlung in Leitlinien in die Medizin eingeschleust. Wir schauen uns systematisch an, ob ein Nutzen vorhanden ist. Das führt häufig bei vielen zu Enttäuschungen. Fortschritt ist rar in der Medizin: Große Sprünge macht die Medizin selten; kleine Schritte sind schwer zu sehen und mancher behauptet, er sei gesprungen ist es aber gar nicht. Vor allen Dingen dann, wenn man Geld haben will bzw. wenn man z. B. das Medikament bzw. das Verfahren in die Regelversorgung aufnehmen will, sollte man aufpassen, dass man hier nichts unternimmt, was Menschen schadet, gerade in der Psychiatrie. Es ist sehr aufschlussreich, wenn sie die alten Bücher lesen, was Ärzte und Psychiater bereits Menschen im besten Wohlwollen angetan haben. Das waren keine Sadisten, aber sie waren fehlgeleitet und schädeten dadurch Menschen bzw. vergeudeten viel Geld, das an anderer Stelle fehlte. Das schauen wir uns an. Wir beantworten im Grunde nur rein wissenschaftlich die Fragen, z. B. ist die Intervention A besser als B – andere Aspekte muss der GBA selbst erarbeiten. Der GBA ist die Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft, und er gibt Richtlinien für das Gesundheitswesen heraus.

Wir haben in den letzten Jahren immer wieder gesehen, dass Medikamente zugelassen werden, die durchaus Schaden erbringen nach dem man sie länger kennt.

Im Bereich der Psychiatrie beschäftigen wir uns derzeit mit zwei Aspekten. Zum einen bei den Medikamenten mit einem Antidementiva, aber auch mit nicht medikamentösen Verfahren bei Patienten mit Demenz. Zum anderen mit Antidepressiva und mit Verfahren, die ohne Medikamente bei Patienten mit Depressionen auskommen. Da haben wir die Schwierigkeit, dass gerade bei Medikamenten einige Studiendaten den Herstellern vorliegen und uns nicht zur Verfügung gestellt werden. Manche durchgeführte Studien werden als Eigentum der Hersteller betrachtet. Das ist ein großes Problem, denn unter Umständen urteilt man dann selektiv. Im Extremfall macht ein Hersteller zehn Studien, publiziert aber nur die zwei besten. Grundsätzlich muss man zwar Studien anmelden, eine Ethikkommission muss auch zustimmen, es gibt dennoch Studienregister die nicht vollständig sind. Aber selbst über Studien, die zu Beginn angemeldet werden, erhält man häufig, wenn sie abgeschlossen sind, entweder keine oder nur selektiv Informationen. Man kann dies nicht für alle Hersteller verallgemeinern, aber manche sind sehr zurückhaltend mit Informationen.

Der zweite wesentliche Aspekt des Institutes sind die Patienten- bzw. Gesundheitsinformationen. Hier hat der Gesetzgeber auch ein Defizit gesehen, dass Patienten, Angehörige und Betroffene aber auch Gesunde nur über Maßnahmen im Gesundheitswesen nach ärztlicher Beratung entscheiden können, wenn sie gut informiert sind. Das passiert in der ärztlichen Praxis unzureichend. Die Ärzte haben bei sechs Minuten durchschnittlichem Patientenkontakt in Deutschland zum Teil keine Zeit. Wir versuchen das zu verbessern, indem wir allgemein verständlich belegte Daten für Patienten zur Verfügung stellen.

Peukert: Wir haben gehört, es gibt dieses unabhängige Forschungsinstitut für das SGB V und wir haben gleichzeitig auch von den alltäglichen Problemen in der Arbeit des Instituts gehört.

Unsere Frage an alle Diskutanten ist nun: Würden Sie solch ein Institut auch für andere Bereiche der sozialen Sicherung für sinnvoll halten?

Vigener: Das Institut kann im Auftrag des GBA schon heute im gesamten Bereich der Akutpsychiatrie therapeutischen Verfahren nicht nur die Medikamentenwirksamkeit etc. untersuchen. Ich bin gespannt auf welche Reaktion die Ergebnisse des IQWiG, insbesondere bei den Leistungserbringern, den Kliniken, den Lehrstühlen stoßen und was letztlich davon in Therapieempfehlungen des GBA umgesetzt wird.

Wir haben in anderen Bereichen andere Methoden der Qualitätssicherung. Sie wissen, im Vertragssystem des SGB XII Eingliederungshilfe haben wir den gesetzlichen Auftrag, Qualitätssicherungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern abzuschließen, und da nicht nur die Struktur- und Prozessqualität zu erörtern, sondern auch die Ergebnisqualität zu messen. Das wird in der Praxis dahingehend systematisch gemacht, dass die Leistungsträger im Bereich der Eingliederungshilfe zumindest mit den Leistungserbringern interne Qualitätsverfahren verabredet haben.

Ich kann mir die Entstehung von Qualitätsinstituten, allerdings nicht ein einziges auf Bundesebene, sondern separat nach den großen Leistungsbereichen vorstellen. Allerdings nicht nur als Forschungsinstitut, sondern mit weitergehenden Konsequenzen, denn Forschung allein hilft auch im SGB V nicht weiter. Die Ergebnisse der Forschung müssen erst durch den GBA in Handlungsanleitungen und -empfehlungen transformiert werden.

Es müssten auch im Eingliederungshilfebereich daraus Konsequenzen erfolgen, die dann auch umgesetzt werden und Auswirkungen haben. Wenn das so ist, dann bin ich für eine solche unabhängige Versorgungsforschung.

Hoffmann-Badache: Meines Erachtens wissen wir viel zu wenig über die Effekte, die wir im Bereich der Rehabilitation erzielen. Es gibt diese von Herrn Vigener angesprochenen gesetzlichen Grundlagen, aber einen wissenschaftlichen Zweig, der sich gezielt mit den Effekten der Rehabilitation befasst, gibt es nur in ganz geringem Maße. Wir würden uns sehr wünschen, wenn dieser Bereich der Rehabilitationsforschung insgesamt viel stärker ausgebaut werden könnte. Das würde uns sehr helfen.

McGovern: Im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget wird auch der Verbraucherschutz diskutiert. Im Bereich der Psychiatrie ist notwendig, sich zu überlegen, wie man ein solches System aufbaut, damit Hilfeempfänger nachfragen können, ob alles mit rechten Dingen zugeht. Wie wird meine Position als Kunde in dem Zusammenhang gestärkt? Welche Chancen habe ich mich gegen den Leistungsanbieter durchzusetzen? Das ist eine schwierig umzusetzende Aufgabe. Hier ist ein Forschungsbedarf vorhanden, um zu klären, wie das gehen könnte.

Hessenauer: Viele Forschungsergebnisse kommen eher unstrukturiert zufällig zustande. Als Beispiel sei hier die Untersuchung von Herrn Prof. Dr. Peukert genannt, als wir beim Landeswohlfahrtsverband Hessen Einkommen auf die Hilfeleistung angerechnet haben. Es wurde festgestellt, dass einige Menschen sich daraufhin von Hilfen abmeldeten, obwohl sie diese Hilfen nötig hatten. Umgekehrt haben wiederum andere dies zum Anlass genommen, aus Hilfen auszuschneiden, weil sie in Wirklichkeit die Hilfe so oder in dem Maße gar nicht mehr gebraucht haben. Es sollte ursprünglich ein andere Problem bearbeitet werden, nämlich: Welche Folgen hat es, dass wegen der Anrechnung des Einkommens Leute aus dem betreuten Wohnen ausgeschieden sind? Insoweit kann man nur wünschen, dass die Dinge intensiv erforscht werden, weil es letztendlich auch ein ökonomischer Faktor ist und uns als Entscheidungsträgern erheblich weiterhilft.

Ich halte eine niedrigschwellige Beratung für alle Leistungsbereiche für sehr wichtig. In Wiesbaden gibt es acht Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter. Die Beratung erfolgt leistungsträgerübergreifend, bei der wir im Einzelfall Fachwissen hinzuziehen. Für den Betroffenen hat dies den Vorteil, dass er nur einen Ansprechpartner hat. Sie wollen nicht von Leistungsträger zu Leistungsträger wandern und jeweils sektorale Auskünfte erhalten. Aus diesen Gründen müssen solche Beratungsstellen auf kommunaler Ebene angesiedelt werden. Die Schwierigkeit für die Kommunen besteht darin, eine Refinanzierung aus den unterschiedlichen Sozialversicherungskassen zu bekommen.

Voß: Das IQWiG ist eine unabhängige Einrichtung. Sie ist zwar an den GBA angegliedert, aber hinsichtlich der inhaltlichen Tätigkeit ungebunden.

Die Krankenversicherung wünscht sich die Medizin stärker evidenzbasiert. 70 % der Anwendungen müssen bislang diesen evidenzbasierten Nachweis nicht führen. Probleme haben neue diagnostische und therapeutische Verfahren, die vor der Zulassung hohe Zugangshürden bewältigen müssen. Diejenigen die schon traditionsgemäß angewandt werden, haben diese Verpflichtung noch nicht.

Die qualitätsbewussten Rehabilitationsträger, die ihre Mitglieder nicht nur als Beitragszahler sehen, kümmern sich um die Belange der Versorgungsprozesse. Wenn es Probleme gibt, sind auch die Krankenkassen als Rehabilitationsträger Ansprechpartner. Dort wirkt auch die versichertenbezogene Selbstverwaltung mit und ist ein Korrektiv. Das wird auch an den eingelegten Widersprüchen der Versicherten sichtbar, denen häufig durch das ehrenamtliche Element der Selbstverwaltung abgeholfen wird.

Es gibt als Modellförderung seit einigen Jahren auch unabhängige Patientenberatungsstellen. Diese werden durch die Krankenversicherung mit jährlich 5,33 Millionen Euro gefördert, um zu sehen, inwieweit eine unabhängige Patientenberatung der möglicherweise etwas parteiischen und nicht ganz unbefangenen Beratung durch Träger und andere Gruppen überlegen ist. Wir hoffen, dass wir im Jahre 2010 Erkenntnisse daraus gewonnen haben, ob sie mehr als andere Beratungsstellen leisten können. Je nach Ergebnis müssen wir dann daraus auch ein Regelangebot machen.

Im Bereich der Grundlagenforschung ist die Krankenversicherung ein bisschen zurückhaltend. Versorgungsforschung kann unsere Aufgabe sein und die Kassen haben durchaus Möglichkeiten, unter dem Gesichtspunkt Erprobungsregelungen nach den §§ 63 ff. SGB V tätig zu werden. Im Bereich der Pflege haben wir jetzt durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz neue Möglichkeiten. Wir haben einen Topf von 25 Millionen Euro um Versorgungsformen für Pflegebedürftige mit besonderen Betreuungsbedarfen zu erforschen. Ich gehe davon aus, dass diese Gelder auch eingesetzt werden, um eine bessere Versorgung dieser Gruppen sicherzustellen. Und dazu gehören u. a. auch psychisch Kranke.

Die Pflege ist einer gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ich würde mir wünschen, dass dies auch für die Rehabilitation gilt, speziell auch für die bessere Versorgung chronisch psychisch Kranker. Das würde erfordern, dass man Forschung – nicht sektoral aufgesplittet – auflegt – das ist traditionelles

Denken –, sondern das man umfassender den Gesamtbedarf der Menschen sieht und evaluiert.

Sawicki: Wir brauchen für Forschung eine bessere und systematischere Struktur. Wir müssen hinschauen, wenn etwas Neues, aber vielleicht auch etwas Altes gemacht werden soll. Warum soll das, was man schon immer gemacht hat, geschützt sein? Es ist nicht unbedingt dadurch, dass man es häufiger gemacht hat, per se richtig. Wir müssen erst einmal schauen, was belegter Weise nützlich für die Patienten ist. Man muss grundsätzlich systematisch zweifeln, ob das Richtige erbracht wird, das ist Qualität.

Das Problem ist, was machen wir mit Versorgungsfragen, wo wir nicht genau wissen, was zu tun ist. Dafür brauchen wir erst einmal Mut der Universitätskliniken und der Leistungserbringer. Die tun sich sehr schwer zu sagen »Das weiß ich nicht«. Die sagen »Wir wissen alles«, obwohl man genau weiß, dass die Forscher in zehn Jahren über uns lachen werden, was wir damals zu wissen geglaubt haben. Da wo wir nicht wissen, müssen wir untersuchen. Und nichts regelhaft in die Versorgung aufnehmen, weil irgendein politischer Druck oder Herstellerdruck da ist.

In der Regel nimmt der GBA unsere unabhängigen Ergebnisse positiv zur Kenntnis und setzt sie im Prinzip um. Aber Wissenschaft ist nicht alles. Der GBA muss noch andere Dinge berücksichtigen, z. B. die Struktur der Versorgung. In diesem Fall kann es sein, dass ist ein- bis zweimal bisher passiert, dass man aus bestimmten Gründen anders verfährt. Das ist dann in Ordnung.

Das IQWiG macht keine direkte Patientenberatung. Das können wir nicht leisten. Das ist die Aufgabe anderer Institutionen bzw. der Ärzte oder der pflegenden Berufe. Wir liefern allerdings dafür die Grundlagen und die Informationen. Es werden pro Tag viele hundert Studien publiziert. Jeder, der praktisch tätig ist, ist damit überfordert, das alles zu sichten und zu beurteilen. Außerdem ist evidenzbasierte Medizin immer noch nicht Bestandteil der medizinischen Ausbildung. Somit sind die Ärzte in der Beurteilung von Studien ungenügend ausgebildet.

Bei Institutionen wie unserem Institut muss man sich, damit sie nicht wieder nur verwaltende Behörden werden, überlegen, wo die kritische Größe ist. Es muss nicht sein, dass dadurch, dass unser Institut immer größer wird, unter dem Strich mehr herauskommt. Es kann auch ineffektiver werden, wenn es zu groß wird. Also muss man sich gut überlegen, wie viel größer es noch werden soll.

Die Kooperation mit dem GBA ist sehr gut. Der GBA hat sich in diesem Jahr aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz umgestaltet. Jetzt fan-

gen die neuen Verfahrensordnungen erst an, die Unterausschüsse beginnen sich neu zu konstituieren. Das Plenum hat nach der konstituierenden Sitzung erst einmal getagt, sodass man erst einmal abwarten muss. Viele unserer Berichte befinden sich noch in der Warteschleife. Ich denke, die Berichtsergebnisse wird der GBA umsetzen. Ich kenne keinen einzigen Fall, wo der GBA gesagt hätte: »Da haben sie gute fleißige Wissenschaftlerarbeit geleistet. Dies interessiert uns aber nicht, wir entscheiden anders.«

Kühn-Mengel: Ich habe mich als Patientenbeauftragte der Bundesregierung sehr dafür eingesetzt, dass es ein solches Institut im Gesundheitswesen gibt. Zudem haben wir gesetzlich verankert, dass seit 2004 die Selbsthilfe und Patientenorganisationen im GBA vertreten sind. Bislang ohne Stimmrecht, aber daran arbeiten wir noch.

Bevor sie ein Stimmrecht erhalten, bedürfen diese Gruppen einer noch besseren Infrastruktur. Denn Krankenkassen und ärztliche Verbände haben eine sehr ausgedehnte Infrastruktur und können Wissenschaftler die Studien lesen lassen, das machen die Selbsthilfepatientenvertreter alles selbst. Wir haben aber dafür gesorgt, dass mit jedem Gesetz deren Struktur etwas besser wurde.

Die Versorgungsforschung in Deutschland ist Entwicklungsland. Erst seit einigen Jahren liegen in diesem Bereich auch Zahlen vor. Wir können feststellen, dass wir die Versorgungsqualität verbessern müssen und dass »Nicht-Qualität« Kosten verursacht. Hierzu ein paar Beispiele, die wir aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser haben. Wir haben die Krankenhäuser verpflichtet, Daten zu sammeln über Fälle, Operationen und Komplikationen. In den ersten veröffentlichten Berichten ist z. B. herausgekommen: Zu hohe Komplikationsraten bei Bypassoperationen, bei der Endoprothetik (Ausrenkungen, Abszesse) oder auch bei den Tumoroperationen und bei einem sehr hohen Anteil der Klinken nicht eingehaltene Schnittgrenzen bei Brustkrebs. Mit diesen Kliniken wird an Qualitätsverbesserungen gearbeitet.

Versorgungsforschung muss überall stattfinden. Es ärgert mich, wenn große Projekte – auch im Forschungsministerium – anlaufen, aber diese nicht immer mit der Frage der Versorgung nach Lebensqualität bei Menschen verbunden sind. Bei dem großen Demenzzforschungsprojekt zum Beispiel müssen wir darauf achten, dass die Versorgungsforschung auch gestärkt wird, dass nicht wieder »nur« Grundlagenforschung gemacht wird. Es geht darum zu schauen, was ist im wirklichen Leben mit den Menschen.

Es gibt inzwischen aber auch Gesetze, die evaluiert und nach ein paar Jahren korrigiert werden. Richtige Weichenstellungen finden an vielen Stellen statt.

Auch zu den geförderten 26 unabhängigen Patientenberatungsstellen gibt es erste Evaluationsergebnisse. Es ist z. B. herausgekommen, dass die Hilfen nicht niedrigschwellig genug sind und Migranten und Migrantinnen nicht ausreichend erfasst werden. Vor dem Hintergrund meiner Erfahrungen denke ich, dass auch psychisch Kranke diese Stellen seltener anlaufen. Aber auch diese Hypothese müsste einmal überprüft werden. Dies hat auch mit dem Verhalten von psychisch Kranken zu tun; sie sind auch bei den vielen Anfragen von Patienten, die mich erreichen, unterrepräsentiert. Ich denke, sie sind einfach nicht so offensiv, sie fordern bestimmte Dinge nicht ein und sie sind vielleicht auch durch Medikamente gelähmt – also muss man nachgehen. Die Versicherten, die mich ansprechen, anschreiben oder anrufen (niedrigschwelliges Angebot), die benötigen zum Teil Informationen zur Praxisgebühr oder zur Chronikerregelung. Vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes wissen viele Menschen noch nicht, dass es eine hälftige Zuzahlung für chronisch Kranke gibt. Ich bin jedes Mal wieder fassungslos, aber es ist so. Es gibt Fragen nach Heilmittelrichtlinien und nach Arzneimitteln, das ist ein riesiger Markt. 45 000 Medikamente, da gibt es wirklich viel zu fragen, auch nach gesetzlichen Regelungen, Festbeträge usw. Da sind Patienten und Patientinnen in einer ganz schwierigen Situation und werden oft auch instrumentalisiert. Aber man muss aus all dem und das tun wir, die Härtefälle, die Ungerechtigkeiten und die Fehlentwicklungen herausfiltern. Das ist eine ganz wichtige Aufgabe meiner Stelle. Ich sage ganz selbstkritisch, dass ist ein schwieriger Punkt und ich komme gar nicht nach, umso wichtiger ist der Dialog.

Manches betrifft auch die Umsetzung von Gesetzesregelungen. Als Beispiel seien hier die im SGB IX verankerten Servicestellen genannt. Es ist ein gutes Gesetz aber es ist, wie man so sagt, ein zahnloser Tiger oder ein Bettvorleger geworden. Es war anders gedacht, z. T. gibt es lobenswerte Ausnahmen. Ziel war, flächendeckend eine umfassende Beratung aus erster Hand zu realisieren.

Gerontopsychiatrische und geriatrische Rehabilitation gehört seit der letzten Gesundheitsreform zur Pflichtleistung und befindet sich noch nicht flächendeckend positiv in der Umsetzung. Es ist keine Satzungsleistung der Krankenkassen, sondern eine Pflichtleistung, deshalb müssen wir die Umsetzung einfordern. Dafür setzt sich auch die AKTION PSYCHISCH KRANKE ein.

Im Moment habe ich eine Verdichtung von Fällen im Hilfsmittelbereich. Vor zwei Jahren hatte ich allein 1000 Briefe aus Nordrhein-Westfalen zu nicht verordneten Heilmitteln erhalten. Aus den Schreiben kann ich die Gegenden manchmal auch die Städte entnehmen, wo bestimmte Probleme verstärkt auftreten und dann ist es meine Aufgabe, zu den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, Selbsthilfeorganisationen oder Verbänden, zu Vertretern aus der Politik oder zur Ministerin usw. zu gehen, um mit denen gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Dies gelingt nicht immer, nicht immer schnell genug – aber das ist eine Aufgabe meiner Stelle.

Ich kann mir ein unabhängiges Institut, das Versorgungsforschung zur Aufgabe hat, gut vorstellen. Ich kann mir aber auch vorstellen, dass die Versicherten bereit wären, dafür einen kleinen Beitrag zu leisten, wenn sie den wüssten, dass die Ergebnisse dort auch umgesetzt werden. Wir sehen bereits beim IQWiG, was für wichtige Ergebnisse dort herausgekommen. Wie auch manches, was sehr teuer bezahlt wird, in diesem System sich nicht als Innovation erweist, sondern schlicht überbezahlt und als Innovation verkauft wird. Das sind Ressourcen und für Patienten ist eine sehr wichtige Frage: Wie werde ich versorgt? Wie ist meine Versorgung in der Zukunft? Unter den demografischen Verhältnissen verschärft sich die Frage, das ist eine Sorge von Älteren. Deswegen bin ich sehr für einen bestimmten Anteil unabhängiger Versorgungsforschung. Die Umsetzung ist nicht einfach und hat keine Kultur, aber vieles von dem, was wir hier heute besprochen haben, hatte in Deutschland noch keine Vergangenheit. Wir sind vor einigen Jahren in diese Felder eingestiegen und diese Entwicklung ist nicht mehr aufzuhalten. Die Patienten wollen informiert sein und sind an Ergebnissen interessiert.

Weiß: Mein Eindruck ist, dass unser Sozialversicherungssystem in Deutschland tendenziell in der Bevölkerung die Haltung befördert hat, man werde schon irgendwie versorgt. Es gibt Leistungen, aber ob die wirken, welche Qualität die haben und ob tatsächlich die Ziele mit den Leistungen möglichst effizient erreicht werden, diese Fragen hat man nicht gestellt. In dem System haben sich viele relativ gemütlich eingerichtet, die sich massiv wehren, wenn man an irgendetwas kratzen will. Ich glaube die Frage nach einem solchen Institut muss man für jeden Sozialversicherungszweig einzeln beantworten, weil die Unterschiedlichkeiten zu groß sind.

Im Arbeitsbereich haben wir viele gute arbeitsmarktpolitische Instrumente geschaffen. Aber ist das herausgekommen, was man sich gedacht hat? Jetzt wird danach gefragt und die Veränderungen z. B. in der Bundesagentur für

Arbeit (BA) sind dramatisch. Früher war die weit überwiegende Mehrheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BA schlichtweg mit dem Verwalten beschäftigt. Heute schaffen wir es, dass über 50 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BA für die Beratung und Begleitung des Arbeitslosen beschäftigt sind. Wir haben erkannt, dass es, wenn die BA nur verwaltet und nicht den einzelnen Arbeitslosen im Blick hat, sehr ineffizient läuft. Daher brauchen wir in allen Sozialversicherungen auf die jeweilige Aufgabenstellung bezogene stärkere Qualitätskriterien und Qualitätskontrollen.

3. Thema: Hilfeplanung und Organisation der Hilfen – Gemeindepsychiatrische Verbünde

Krüger: Wir haben bei dem zuletzt diskutierten Themenbereich gehört, dass es einen sehr hohen Beratungsbedarf gibt, der sich u. a. an den vielen Anfragen bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung deutlich macht, dass aber nicht genügend Ressourcen auf kommunaler Ebene für eine Beratung vorhanden sind. Beratung sollte auf kommunaler Ebene angesiedelt sein bzw. eher noch kleinräumiger organisiert werden. Beispielhaft sei hier das SGB XI genannt: Bei den Pflegestützpunkten ist man von einer Größenordnung von ungefähr 20 000 Einwohnern ausgegangen.

Eine gute psychiatrische Leistungserbringung muss sich verstehen als regionale Sicherstellung des individuellen Bedarfs auf der Grundlage von integrierter Hilfeplanung und durch koordinierte Umsetzung. Wir gehen davon aus, dass bei vielen psychischen Erkrankungen parallel oder hintereinander mehrere Hilfen in verschiedenen Bereichen nötig sind: Behandlung, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben vielleicht Pflege, eventuell noch andere Hilfen. Diese verschiedenen Leistungen werden in der Regel unkoordiniert erbracht und der Zugang zu diesen Hilfen wird jeweils nur spezifisch für den einzelnen Bereich geklärt, d. h. es gibt jeweils eigene Begutachtungsdienste und Hilfeplanungsverfahren oder Ähnliches. Dem wollen wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE etwas entgegensetzen. Hierzu unsere Forderungen:

1. *die gesetzliche Verpflichtung zur leistungsbereichsübergreifenden Kooperation und Koordination.*

Solch eine übergreifende Verpflichtung gibt es eingeschränkt im SGB IX für die verschiedenen Rehabilitationsbereiche. Das ist gut, vielleicht noch ein bisschen zu weich formuliert. Dies ist trotzdem ein positives Beispiel, aber die Kooperationspflicht ist nur bezogen auf die Hilfen zur

Teilhabe. Es gibt so etwas nicht im SGB V und SGB XI, allerdings gibt es Ansätze dafür im SGB XI, zwar nicht als Kooperationsverpflichtung aber als Angebot durch die Pflegestützpunkte. Diese sollen nicht nur auf Pflegeleistungen bezogen sein, sondern nach Möglichkeit von anderen Leistungsträgern und den Kommunen mitgetragen werden, sodass übergreifende Beratungen stattfinden können.

2. *ein gesetzlicher Anspruch auf einen individuellen Hilfeplan/Behandlungsplan*

Die Beratung hat in vielen Fällen die Konsequenz, dass ein Hilfebedarf deutlich wird. Es geht darum, die notwendigen Hilfen in Gang zu setzen und hier ist uns am wichtigsten der Aspekt der integrierten Hilfeplanung. Wir haben im Moment eine fragmentierte Hilfeplanung, auch wenn im SGB XII von einem Gesamtplan die Rede ist oder vielleicht an anderen Stellen. So etwas findet nicht wirklich integriert statt.

3. *gesetzliche Verankerung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden*

Es mangelt an Koordinierung und wir brauchen gemeindenahen Ansätze. Unser Stichwort zu dem Thema ist der Gemeindepsychiatrische Verbund. In einigen Regionen, viele sind es leider noch nicht, aber doch zahlreiche immerhin, haben sich bereits Gemeindepsychiatrische Verbünde als verbindliche Strukturen gebildet. Lose Zusammenschlüsse mit informellem Austausch gibt es natürlich vielerorts.

Strukturierte Verbünde sind für eine leistungsbereichsübergreifende Entwicklung notwendig, um die geforderte Koordination, aber auch die gemeinsame Hilfeplanung zu organisieren. Solche Gemeindepsychiatrischen Verbünde haben im Moment noch keine gesetzliche Verankerung mit einigen Ausnahmen. In einigen Psych-KGs der Länder sind die GPVs erwähnt. Es ist aber nicht verankert, dass es für den Hilfeempfänger einen Anspruch auf einen Gesamthilfeplan, an dem er mitwirkt, gibt und auf den Erhalt von koordinierten Leistungen. Im SGB V gibt es die Integrierte Versorgung, aber für die Erbringung von leistungsträgerübergreifenden Hilfen gibt es keine gesetzliche Regelung. Genau diese empfehlen wir.

Peukert: Wenn es diese gesetzlichen Regelungen gäbe, wäre das für Ihre Kommune oder für Ihren Aufgabenbereich in Ihrer Institutionen hilfreich?

McGovern: Eine gesetzliche Vorschrift alleine reicht nicht aus. Ein gutes Beispiel dafür sind die im SGB IX verankerten Servicestellen. Normalerweise müsste der Gesetzgeber Strafmaßnahmen verhängen, um die konsequente

Umsetzung der Servicestellen durchzusetzen. Man sieht an dieser Stelle, dass eine gesetzliche Verankerung nicht unbedingt etwas bringt. Der Gesetzgeber hat vor Einführung der Servicestellen versäumt, mit den Rehabilitationsträgern, die für die Umsetzung zuständig sein sollen, zu verhandeln, mit welchen Ressourcen sie es umsetzen sollen. Ich finde grundsätzlich den Vorschlag Servicestellen zu schaffen gut, auch die gesetzliche Verankerung, aber man muss es dann konsequent durchdeklinieren, damit diejenigen, die diese Leistung erbringen sollen, auch verpflichtet werden, ggf. auch finanziell die Verantwortung für die Umsetzung zu tragen.

Ich fände es gut, hier einen Akteur klar zu benennen, der dann auch verantwortlich gemacht werden kann, wenn die Umsetzung nicht oder nicht richtig erfolgt. Ich hätte überhaupt nichts dagegen, wenn der Gesetzgeber in einem Gesetzgebungsprozess mit den Bundesländern aushandelt, dass die gemeinsamen Servicestellen von den Kommunen zu leisten sind. Das ist in Hessen ganz einfach, wenn das Bundesland und alle anderen zustimmen, dann gilt das Konexitätsprinzip. Die Kosten für die Leistung stellen dann die Kommunen dem Land in Rechnung. Für die anspruchsvollen Aufgaben der Servicestellen wird eine hohe Fachlichkeit benötigt. Die gemeinsamen Servicestellen könnten dann auch die Funktion der Koordination von Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder anderen Netzwerken in den Bereichen der Eingliederungshilfe übernehmen. In dem Zusammenhang ist auch wichtig, dass der überörtliche Sozialhilfeträger in dieses Feld entsprechend eingebunden ist und sozusagen seine Koordinationsnotwendigkeiten dann auch auf der regionalen Ebene abbildet. Ich kann mir das für die Zukunft sehr gut vorstellen. Ich sage nur ganz deutlich, wie momentan die sektorale Verantwortung im Land Hessen verteilt ist, sind die Kommunen das schwächste Glied in der Kette und daran kann was geändert werden. Ich halte dies für einen lohnenswerten Weg, es müssten aber auch die Bundesländer davon überzeugt werden, die Kosten dafür zu tragen.

Eine kurze Bemerkung zum Thema Pflegestützpunkt. Wir haben bei uns im Landkreis ein Modell Pflegestützpunkt. Die Arbeit läuft erst seit einigen Monaten, aber sehr erfreulich. Ich beobachte, dass sich an dieser Stelle die Pflegekassen gut einbinden lassen. Wünschenswert wäre, dass die Pflegekassen auch die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt stattfinden lassen. An der Stelle gibt es aber bislang Empfindlichkeiten.

Hessenauer: Es lohnt sich, in diesem Zusammenhang das Stichwort personenzentrierte Hilfen ins Auge zu nehmen. Wir müssen vom individuellen Hilfebedarf des Klienten ausgehen, diesen in einer Hilfeplankonferenz

erörtern und dann gemeinsam überlegen, wer diese Hilfen erbringen kann. Hierbei ist wichtig, dass der Betroffene und seine Angehörigen einbezogen werden und an der Umsetzung der Hilfen mitwirken. Wenn man das aus der Sicht betrachtet, wird vieles sehr viel leichter. Ich gebe Herrn McGovern recht, dass die Beschreibung eines Anspruchs alleine uns nicht weiterbringt, sondern das Handeln vor Ort ist das Entscheidende. Dazu gehört auch die Bereitschaft der vor Ort Tätigen, sich einzubringen und möglicherweise auch einmal Verzicht zu üben, was allein den Vertretungsanspruch für die Sorge um den Klienten angeht.

Voß: Ich glaube, dass die mangelnde Beteiligung der Krankenkassen an der Hilfeplanung und an den Hilfeplankonferenzen damit zusammenhängt, dass sie Angst haben, die Souveränität über das Verfahren zur Versorgung ihrer Versicherten zu verlieren. Hier werden sektorale Gesetze benutzt, um zu sagen, das geht nicht. Hinzu kommt, dass in der Krankenversicherung natürlich auch ein gewisser Wettbewerb herrscht. Die Kassen müssen, künftig vielleicht noch ein bisschen mehr durch den Gesundheitsfond, zusehen, dass sie mit den zugewiesenen Geldern auskommen. Sie müssen die Versorgung noch effizienter gestalten oder gestalten lassen. Die Kassen beschäftigen inzwischen Fallmanager. Ich hatte mir immer gewünscht, dass das geschieht, um die Versorgungsprozesse zu optimieren. So z. B. im Rahmen der Disease-Management-Programme oder der Integrierten Versorgung. Dies geschieht aber nicht immer. Man versucht auch mithilfe dieser Manager die Kosten zu senken, möglicherweise manchmal auch zulasten der Inhalte. Ich weiß von Leistungsträgern nicht nur aus dem Bereich der Krankenversicherung, dass die eigenen Casemanager anderen Akteuren zum Teil misstrauen.

Der Gesetzgeber hat das seinige getan. Nehmen sie die Integrierte Versorgung, ein sinnvolles Instrument, um die ambulante und stationäre Versorgung zusammenzufügen. Die Kassen könnten daraus sehr viel mehr machen, z. B. die Selbsthilfe verpflichtend mit einzubinden. Aber der Gesetzgeber hat ja nicht einmal vermocht, die medizinische Rehabilitation beispielsweise durch den Rentenversicherungsträger mit einzubinden und wir als Krankenversicherung bemühen uns ebenso wie die Rentenversicherung, zumindest fallweise Rehabilitation zu integrieren. Das liegt nahe, dass es ein gemeinsames SGB IX gibt. Wie viel schwerer muss es dann sein, auch Hilfen nach SGB XII beispielsweise mit zum Gegenstand einer umfassenderen Planung zu machen? Ich denke die Theorie ist gut, die Wirklichkeit scheitert manchmal auch an menschlichen Grenzen derjenigen, die es machen sollen.

Hoffmann-Badache: Aus der Perspektive des Leistungsträger nach SGB XII kann ich das, was Herr Voß gesagt hat, nur unterstreichen. Er hat es auf den Punkt gebracht: Viele Kassen wollen einfach nicht.

Wir hätten ein großes Interesse, dass solche Entwicklungen, wie Herr Krüger sie beschrieben und gefordert hat, eintreten. Als nachrangiger Leistungsträger sind wir vielfach in der Situation, Leistungen finanzieren zu müssen, von denen wir glauben, dass eigentlich ein vorrangiger Leistungsträger zuständig ist. Was im Rahmen einer integrierten Teilhabeplanung auch sehr deutlich zum Tragen kommen würde, wenn sie denn stattfinden würde. Aber sie findet nicht statt und man kann die Gründe nicht besser beschreiben, als Herr Voß es getan hat.

Ich weiß aber auch nicht genau, wie eine gesetzliche Regelung aussehen könnte, die uns Leistungsträger – solange wir das gegliederte System der sozialen Sicherung haben – zu einer anderen Form der Zusammenarbeit verpflichten könnte. Solange ich und auch Krankenkassenvertreter daran gemessen werden, wie sehr wir unseren eigenen Haushalt finanziell entlasten oder belasten, ist es einfach unheimlich schwierig, solche Prozesse auch über gesetzgeberische Maßnahmen zu initiieren. Es gibt Länder in Europa, die andere Wege gehen, die haben aber auch andere Finanzierungsformen für die Leistungen in unserem Bereich.

Weiß: Man kann eine wunderbare Diskussion darüber führen, ob man ein gegliedertes Sozialversicherungssystem oder eine Art Einheitsversicherung braucht. Da wo es die Einheitsversicherung gibt, sind die Probleme auch nicht besser gelöst und das mit dem finanziellen Aspekt ist dort genauso vorherrschend wie anderswo auch. Der Vorteil des gegliederten Systems ist, dass wir relativ genau wissen, für welche Leistungen wir welchen Beitrag bezahlen. Die meisten Menschen haben einen Leistungsanspruch an einen der Sozialversicherungszweige.

Allerdings ist der arm dran bei uns, der gleichzeitig mehrere Hilfen aus verschiedenen Leistungsbereichen benötigt. Ich denke an eine Familie, die bei mir in der Sprechstunde war. Mir war schnell klar, dass da Ansprüche an die Krankenkassen und an die Eingliederungshilfe sind, aber auch Ansprüche nach dem SGB II bestehen. Nur ist dieser Familie nirgendwo vorher, wo sie um Rat nachgefragt hatte, das umfassend gesagt worden. Ich finde dort, wo ein Klient als Erster aufläuft, müsste inzwischen Beratung so sein, dass der Berater nicht nur die Ansprüche an den eigenen Träger – an die Krankenkassen, an die Eingliederungshilfe, an SGB II, III usw. – kennt, sondern wenigstens sagen kann, da sind noch Ansprüche und Leistungen

anderer Träger möglich und zu erwarten und dann dies mit den Betroffenen zusammen angeht.

In dem konkreten Fall habe ich das so gemacht. Ich habe den Sozialdezernenten des Landkreises angerufen und ihn gebeten, die Familie mit allen möglichen Leistungsträgern an einen Tisch zu holen. Das hat er gemacht, aber eigentlich sollte es nicht eines Anrufs eines Abgeordneten bedürfen, sondern Beratung sollte überall so aussehen, dass dort, wo ein Klient zuerst aufläuft, er immer umfassend darüber informiert wird, an welche Leistungsträger er welche Ansprüche hat.

Kühn-Mengel: Ich meine, man kann das gesetzlich regeln und ich gehöre nicht zu denjenigen, die sagen, weil es an einer Stelle nicht funktioniert, macht ein Gesetz grundsätzlich keinen Sinn. Dann kann man immer noch überlegen, ob man präzisieren muss. Mit dem Argument könnten wir alles streichen. Es wäre richtig, ein Recht auf einen Behandlungsplan zu verankern. Wir müssen bei den psychisch Kranken auch immer sehen, dass die reine Angebotsstruktur für sie schwierig ist. Ich kann mich an eine Anhörung im Bundestag vor einigen Jahren erinnern, da wurde von einem Wissenschaftler gesagt, psychisch Kranke »wandeln« sieben Jahre durch das System. Daraufhin sagte jemand anders: »Es sind nur noch sechs Jahre.« Wir wissen, dass viele multimorbide Menschen eben auch psychisch Kranke fehlbehandelt sowie nicht umfassend und ganzheitlich betrachtet werden. Wir haben ein stark sektorisertes System wie kaum ein westliches Land. Das hat in vielen Fällen auch Vorteile, aber es hat auch Nachteile, was die Versorgung betrifft, weil an allen Schnittstellen Informationen, Qualität und Geld verloren geht. Das haben auch Studien bewiesen. Die deutschen Patienten und Klienten schildern sehr deutlich, dass sie nicht gut informiert sind. 61 % der befragten chronisch kranken Menschen im Krankenhaus wissen nicht, wie es nach Entlassung weitergeht. Wir haben deswegen das Entlassungsmanagement als kleinen Baustein geregelt. Wir und die Versorgenden haben Schwierigkeiten mit diesem komplexen System und deswegen ist es richtig, eine Anlaufstelle zu schaffen, wie sie im Pflegeweiterentwicklungsgesetz angedacht ist. Eine Beratungsstelle, die umfassend die Betroffenen informiert und wir könnten so etwas in diesem Bereich auch für psychisch Kranke machen. Wie man das gesetzlich macht, ob das Teil eines Patientenrechtegesetzes wird, an dessen Eckpunkten ich zurzeit arbeite oder ob man das Recht auf einen Behandlungsplan anders regelt, das muss mit vielen Menschen besprochen werden. Aber im Prinzip ist es richtig, weil viele in diesem System zu viele Fragen haben, die nicht beantwortet werden.

Vigener: Früher war in § 46 BSHG geregelt, dass ein Gesamtplan aufzustellen ist. Es ist ein Rechtsbefehl, d. h. es besteht ein Rechtsanspruch des Bürgers auf den Gesamtplan. Im SGB IX ist – außer die Ansprüche für den Bereich Integrationsamt, Schwerbehindertenrecht – nur die Ausgestaltung von übergreifenden Dingen geregelt. Man müsste also das Recht auf eine Teilhabeplan als eine tatsächliche Anspruchsgrundlage im SGB IX formulieren und dann müsste man denjenigen ausmachen, gegen den sich dieser Rechtsanspruch richten soll. Das kann nur ein staatlicher Leistungsträger sein. Das kann beispielsweise nicht der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) sein, denn der GPV kann nicht verklagt werden. Das heißt, es wäre einer der potenziellen Leistungsträger auszugucken, gegen den sich dieser Rechtsanspruch auf Aufstellung eines Gesamtplanes richtet.

Es ist im SGB IX bereits so etwas festgeschrieben. Der zuerst angegangene Träger soll beraten, ob dieser tatsächlich der richtige für die Aufstellung des integrierten Hilfeplans ist, ist eine andere Frage. Man muss also überlegen, wer könnte unter all den Rehabilitationsträgern derjenige sein, der für einen umfassenden integrierten Hilfeplan oder Leistungsplan zuständig wäre. Das könnte der für die Eingliederungshilfe zuständige Sozialhilfeträger sein, weil der nachrangig immer beteiligt ist. Das wäre eine Idee, die könnte man so in das Gesetz formulieren. Aber mit der Konsequenz, dass dann auch deutlich wäre: Die Dinge, die im Hilfeplan festgelegt sind, die müssen auch von allen Leistungsträgern nachvollzogen und umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang erinnere ich an den »Terz«, den wir bei der Frühförderung hatten und noch haben. Hier besteht ein gesetzlich festgeschriebener Rechtsanspruch und trotzdem ist die Komplexleistung sehr schwer umzusetzen. Einige haben unser gegliedertes System, das auf der anderen Seite auch Chancen bietet, beklagt. Einfacher haben es die Franzosen im Bereich außerstationäre Psychiatrie oder der Psychiatrie. Die haben die Sektorenpsychiatrie. Der Ansprechpartner für die Leistung ist die Klinik und aus der Klinik heraus dirigiert und organisiert sich im Grunde alles. Das ist einfacher, aber wir leben nun einmal seit über hundert Jahre mit diesem getrennten System und wir müssen versuchen, dies zusammenzuführen. Ich glaube, dass es uns mit der Einheitsversicherung nicht gelingen wird, die sowohl Krankenversicherung als auch staatliche Leistungen umfasst. Das heißt also, der einfachere und richtigere Weg wäre, mit einer großen Verbindlichkeit denjenigen festzulegen, gegen wen sich der gesetzliche Anspruch auf Erstellung eines integrierten Behandlungsplanes richtet. Und

noch einmal in aller Deutlichkeit, das muss ein Leistungsträger sein, dass kann nicht der GPV sein.

Ich beschäftige mich im Saarland gerade mit der Umsetzung des Pflege-weiterentwicklungsgesetzes. In den Pflegestützpunkten sollen die Angehörigen, die Pflegebedürftigen usw. umfassend beraten werden. Es soll ihnen Hilfe vermittelt werden und die Beratung soll trägerneutral durchgeführt werden. Es gibt keinen Rechtsanspruch gegen den Pflegestützpunkt. Es gibt einen Rechtsanspruch auf Beratung durch die Pflegekassen nach § 7a SGB XI. Das heißt, mit den Pflegestützpunkten ist kein Rechtsanspruch auf eine übergreifende Beratung geschaffen worden, sondern ich habe auf der einen Seite das Pflegestützpunktangebot, das die beteiligten Kassen und Kommunen leisten, und ich habe auf der anderen Seite § 7a SGB XI, der im Einzelfall einen Rechtsanspruch auf Beratung aber nicht gegen den Pflegestützpunkt, sondern die Pflegekassen sichert. Wir haben im Saarland den ersten Modell-Pflegestützpunkt und wir werden im nächsten Jahr in allen Landkreisen und im Regionalverband einen haben. Der Rahmenvertrag wird noch vor Weihnachten mit den Kassen abgeschlossen.

Das andere ist, den GPV über diesen Weg ins Geschäft zu bringen. In diesem Zusammenhang möchte ich auf die beiden Urteile der Oberverwaltungsgerichte zum Thema Sozialraumbudget in der Jugendhilfe hinweisen. Die Aussage gilt auch hier: Das Wunsch- und Wahlrecht des jeweiligen Leistungsempfängers muss gesichert sein. Das heißt ich kann vermutlich einen GPV in der Kommune nicht so umfassend umsetzen, dass er der alleinige Erbringer von Leistungen für psychisch kranke Menschen sein wird. Wir kommen da in den Bereich der Verfassung hinein. Ich kann somit wahrscheinlich nicht den GPV tatsächlich verpflichtend zum Dreh- und Angelpunkt der psychiatrischen Versorgung in der Region machen.

Abschluss

Peukert: Zum Abschluss informiert uns Herr Kruckenberg, welche Stellungnahmen und Anregungen aus dem Publikumskreis eingegangen sind.

Kruckenberg: Es gab eine Reihe von Rückmeldungen zum ersten Punkt »Ehrenamt/Selbsthilfe«. Das eine war die Bitte, Selbsthilfe und Ehrenamt nicht zu verwechseln und zu vermischen, sondern differenziert zu betrachten. Das Zweite war, dass die Gefahr gesehen wurde, dass Selbsthilfe und Ehrenamt Lückenbüßer werden oder instrumentalisiert werden könnten.

Es wurden auch Klagen formuliert: Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) würde vom BMG keine Förderung bekommen und von den Krankenkassen sei der BPE gerade um 11 000 Euro gekürzt worden. Die bundesweite Koordination aller Selbsthilfe-Organisationen NAKOS solle geschlossen werden.

Bei der angestrebten Förderung des Sozialraums müsse man aufpassen, dass man schon vorher nicht wichtige Bereiche im Sozialraum schließt, wie z. B. die Post- und Bahnkantinen. Diese seien ein wichtiger ganz »normaler« Treffpunkt für viele einkommensschwache Bürger, auch für psychisch Kranke. Es dürften Bürgerhäuser nicht nur in reichen Gemeinden bestehen, und Bildungsangebote für einkommensschwache Bürger sollten eintrittsfrei gestaltet werden.

Als besonderes Problem wurde benannt, dass der Aufwand für komplexe Versorgungsforschung in einem regionalen Hilfesystem sehr erheblich sei. Man würde für den Bereich der psychosozialen Hilfen Schwerpunkte bilden und die Finanzierungsfrage klären müssen. Diese Aufgabe wäre nicht mit einer Erweiterung von IQWiG getan, sondern es wäre ein Verbund von Organisationen mit entsprechenden Forschungsprogrammen zu entwickeln. Als Einstieg sollte eine begleitende Evaluation sämtlicher Modellerprobungen realisiert werden.

Zum letzten Punkt – der Finanzierung der Hilfeplanung – wurde angemerkt: Die Leistungserbringer müssten zurzeit, damit ein Leistungsantrag zustande kommt, die Hilfeplanung vorbereiten und damit vorleisten. Diese Hilfeplanung würde nämlich nicht bezahlt, obwohl sie relativ zeitaufwendig sei. Darüber hinaus würden die umsonst Arbeitenden sich oft noch dem Vorwurf aussetzen müssen, dass sie die Hilfeplanung im Eigeninteresse durchführen würden. Hier bedürfe es in Kürze einer vernünftigen Klärung.

Zum Schluss ein eher ironischer Kommentar mit ernstem Hintergrund: Warum dürfen Leistungsträger Gesetze einfach missachten, die sie nicht mögen, z. B. die Aufgaben bezüglich Soziotherapie, medizinischer Rehabilitation, Servicestellen, integrierter Hilfeplanung, Persönlichem Budget u. a.? Könnte man dieses Verhalten auch ungestraft auf die Straßenverkehrsordnung übertragen?

Peukert: Vielen Dank, Herr Kruckenberg. Ich bedanke mich auch bei allen, die an den Gesprächskreisen teilgenommen haben.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Andreas ADELMAYER, Teamleiter, Hilfeplanung/Sozialpsychiatrischer Krisendienst, Kreis Herzogtum Lauenburg, Otto-Brügmann-Straße 8, 21502 Geesthacht

Dr. Richard AUERNHEIMER, Geschäftsführer, Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie im Rheinland e. V., Hauptstraße 31, 55576 Badenheim

Joachim BARLOSCHKY, Quartiersmanager, Geschäftsführer der Projektgruppe Tenever, Wormser Straße 9, 28325 Bremen

Dirk BENNEWITZ, Gesamtleiter, Psychosoziales Zentrum, Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen e. V., Tungerstraße 9 a, 99099 Erfurt

Heinrich BEUSCHER, Landesbeauftragter für Psychiatrie, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Mechthild BÖKER-SCHARNHÖLZ, Geschäftsführerin, Stiftungsbereich Integrationshilfen, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Verler-Straße 183, 33689 Bielefeld

Ludger BUITMANN, Referatsleiter, VdAK e. V. Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel

Prof. Dr. Arno DEISTER, Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Klinikum Itzehoe, Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe

Prof. Dr. Klaus DÖRNER, ehem. Ärztlicher Direktor, Autor, Nissenstraße 3, 20251 Hamburg

Dr. Jonathan FAHLBUSCH, Gutachtenreferent, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Michaelkirchstraße 17/18, 10179 Berlin-Mitte

Hans-Jürgen FORSTER, Casemanager, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Klinikum Itzehoe, Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe

Ruth FRICKE, Mitglied des Vorstandes, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V., Mozartstraße 20 b, 32049 Herford

Evelyne GEBHARDT, Mitglied des Europäischen Parlaments, Europabüro, Keltergasse 47, 74653 Künzelsau

Dr. Jürgen GOHDE, Vorsitzender, Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Prof. Dr. Petra GROMANN, Professorin, Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Fulda, Marquardstraße 35, 36039 Fulda

Johannes GROPE, Akad. Direktor, Institut für Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung (ISSAB), Universität Duisburg-Essen, Holzstraße 7–9, 45141 Essen

Wolfgang HESSENAUER, Fraktionsvorsitzender SPD-Fraktion, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Ständeplatz 6–10, 34117 Kassel

Rainer HÖLZKE, Geschäftsführer, Gemeindepsychiatrische Dienste Hamburg-Nordost GmbH, Jüthornstraße 42, 22043 Hamburg, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Martina HOFFMANN-BADACHE, Landesrätin, Dezernat Soziales und Integration, Landschaftsverband Rheinland, Kennedy Ufer 2, 50679 Köln

Jörg HOLKE, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Martin KAUFMANN, Mitgliederbetreuung, Baugenossenschaft Freie Scholle eG, Jöllenbecker Straße 123, 33613 Bielefeld

Gerhard KRONENBERGER, Fachbereichsleiter, Regionalverwaltung Darmstadt, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Steubenplatz 16, 64293 Darmstadt

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Eystruperstraße 6, 28325 Bremen

Kristina KRÜGER, Sachgebietsleiterin, Sachgebiet Soziales, Sozialamt – Amt für Soziales, Jugend und Sport, Landkreis Rügen, Billrothstraße 5, 18528 Bergen

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Helga KÜHN-MENGEL, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Bundesministerium für Gesundheit, Wilhelmstraße 49, 10717 Berlin, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, stellv. Vorsitzender, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Neckarweg 4, 34131 Kassel

Prof. Dr. Gerhard LÄNGLE, Ärztlicher Direktor, Münsterklinik Zwiefalten, Südwürttembergische Zentren für Psychiatrie, Hauptstraße 9, 88529 Zwiefalten

Armin LANG, Mitglied des saarländischen Landtages, Vorstandsbeauftragter für politische Kommunikation beim VdAK, VdAK e. V./AEV e. V., Talstraße 30, 66119 Saarbrücken

Gerhard LITGES, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Stadtteilbezogene Soziale Arbeit, Institut für Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung (ISSAB), Universität Duisburg-Essen, Universitätsstraße 12, 45117 Essen

Marion LOCHER, Bereichsleitung, Träger gGmbH, Namslaustraße 15, 13507, Berlin

Dr. Karsten MCGOVERN, erster Kreisbeigeordneter, Landkreis Marburg-Biedenkopf, Im Lichtenholz 60, 35043 Marburg

Brigitte MEYER, Psychiatriekoordinatorin, Plan- und Leitstelle für Gesundheit und Soziales, Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf, 12591 Berlin

Dr. Hermann MUNZEL, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärztliche Schwerpunktpraxis Weyhe, Krefelder Straße 1–5, 28844 Weyhe/Kirchweyhe

Christina NERLICH, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Modellprojekt KoDE, Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V., Doberaner Straße 47, 18057 Rostock

Prof. Dr. Reinhard PEUKERT, Professor, Fachhochschule Wiesbaden, Fachbereich Sozialwesen, Kurt-Schumacher-Ring 18, 65197 Wiesbaden, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Dr. Niels PÖRKSEN, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Schmargendorfer Straße 11, 33619 Bielefeld

Georg RINDERMAN, Geschäftsführender Vorstand, Die Kette e.V., Pfaffrather Straße 70, 51465 Bergisch-Gladbach

Matthias ROSEMAN, Geschäftsführer, Träger gGmbH, Alt-Reinickendorf 45, 13407 Berlin

Gaby ROTH, Budgetnehmerin, Essenheimer Straße 57, 55128 Mainz

Prof. Dr. Peter T. SAWICKI, Leiter, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Dillenburger Straße 27 51105 Köln

Prof. Dr. Paul-Otto SCHMIDT-MICHEL, Ärztlicher Direktor, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Regina SCHMIDT-ZADEL, Vorsitzende, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Hegelstraße 1, 40882 Ratingen

Staatssekretär Dr. Klaus Theo SCHRÖDER, Bundesministerium für Gesundheit, Am Probsthof 78 a, 53121 Bonn

Joachim SPEICHER, Geschäftsführer, Lebenshilfe Einrichtungen Worms GmbH, Kurfürstenstraße 3, 65749 Worms

Doris STEENKEN, Vorstand, Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V., Spindelstraße 26 b, 49080 Osnabrück

Prof. Dr. Tilman STEINERT, Leiter der Forschung des südwestfälischen ZfP, Ärztlicher Direktor ZfP Weissenau, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Geschäftsführer, Bethel Stiftungsbereich Vor Ort, Von-der-Tann-Straße 38, 44143 Dortmund, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Dr. Wilhelm STUHLMANN, Vorsitzender, Landesverband der Alzheimer Gesellschaften Nordrhein-Westfalen e.V., Rathelbecker Weg 3 D, 40699 Erkrath

Jörg UTSCHAKOWSKI, Projektkoordinatorin, Fortbildungsträger F.O.K.U.S., Initiative zur Sozialen Rehabilitation e.V., Vegesacker Straße 174, 28219 Bremen

Minister Prof. Dr. Gerhard VIGENER, Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, Franz-Josef-Röder Straße 23, 66119 Saarbrücken

Karl-Dieter Voß, Vorstand, GKV-Spitzenverband, Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Franz-Josef WAGNER, Budgetnehmer, Vorsitzender, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener, Rheinland-Pfalz e. V., Gratianstraße 7, 54294 Trier

Peter Weiß, Mitglied des Bundestags, CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin, Vorstand, AKTION PSYCHISCH KRANKE

Dr. Klaus WINGENFELD, wissenschaftlicher Geschäftsführer, Institut für Ple-gewissenschaft an der Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Veröffentlichungen und Informationstagungen

- Band 1** »Gemeindenahe Psychiatrie«
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2** »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- Band 3** »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
vergriffen Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4** »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
vergriffen Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- Band 5** »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
vergriffen Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 6** »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- Band 7** »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
vergriffen Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Sonderdruck** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn

- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
vergriffen Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 12** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
vergriffen gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 14** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
vergriffen Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch
Kranker – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
vergriffen Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 17** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
vergriffen Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
vergriffen antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 19** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch
vergriffen Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem
Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
- nicht* **Regionalkonferenzen über den Bericht**
dokumentiert »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991
in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
vergriffen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn

Sonderdruck »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«

Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde

Sonderdruck »Personalbemessung im komplementären Bereich –

vergriffen **vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«**

Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn

Band 22 »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die

vergriffen **gemeindepsychiatrische Versorgung«**

Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn

Band 23 »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«

vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 in Bonn

»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«

Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn

Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997

Band 24 »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«

vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn

Band 25 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«

vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn

Band 26 »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«

Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn

Band 27 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«

1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn

Band 28 »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«

Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn

Band 29 »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«

Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin

Band 30 »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven«

Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel

Band 31 »Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«

Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin

- Band 32 »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 33 Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 34 »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel

Bezug lieferbarer Titel durch:
AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Download unter:
www.apk-ev.de
