

Personenbezogene Hilfen in der  
Psychiatrischen Versorgung

Herausgegeben von  
Peter Kruckenberg  
Heinrich Kunze  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte  
Band 24



# Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung

Tagungsbericht

Bonn, 23./24. April 1997

---

Herausgegeben von Peter Kruckenberg

Heinrich Kunze

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte

Band 24



1997

Rheinland-Verlag GmbH · Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH · Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© Rheinland-Verlag GmbH Köln 1997  
Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft  
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH  
Abtei Brauweiler, Postfach 2140, 50250 Pulheim  
Alle Rechte vorbehalten  
Redaktion: Birgit Meiners  
Gestaltung: Norbert Radtke  
Satz: rvbg-Satz  
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch · Köln  
Druck: Nettesheim Druck GmbH & Co. KG  
ISBN 3-7927-1675-5

## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| <b>Redaktionelle Vorbemerkung</b> .....   | 7  |
| <i>Volker Kauder</i><br>Eröffnung und Begrüßung .....   | 9  |
| <i>Sabine Bergmann-Pohl</i><br>Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit .....   | 13 |
| <b>I. Personenbezogene Hilfen – Konzept und Umsetzung</b> .....   | 15 |
| <i>Heinrich Kunze</i><br>Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten<br>Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen<br>im gemeindepsychiatrischen Verbund ..... | 17 |
| <i>Andreas Crome</i><br>Leitlinien therapeutischer Langzeitbehandlung und Rehabilitation .....  | 27 |
| <i>Petra Gromann</i><br>Der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“<br>als Arbeitsmethode und Instrument zur Qualitätssicherung .....  | 38 |
| <i>Dieter Stahlkopf</i><br>Ambulante Komplexleistungsprogramme – Produktbeschreibung und Per-<br>sonalbemessung .....   | 45 |
| <b>II. Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen des Sozialrechtes</b> .....  | 55 |
| <i>Rainer Hölzke</i><br>Komplexleistungsprogramme: Möglichkeiten und Grenzen ihrer Umsetzung<br>im gegliederten Sozialrecht .....   | 57 |
| <i>Barbara Hüllen</i><br>Die Gestaltung und Finanzierung von integrierten Rehabilitations- und Be-<br>handlungsprogrammen durch die Gesetzliche Krankenversicherung .....                             | 66 |
| <i>Walter Heinen</i><br>Die Gestaltung von integrierten Rehabilitations- und Behandlungsprogram-<br>men durch die Rentenversicherungsträger .....   | 74 |
| <i>Gerhard Vigener</i><br>Ambulante Komplexleistungsprogramme und BSHG: Anforderungen an die<br>Träger der Sozialhilfe .....  | 82 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>III. Die Bedeutung der Steuerung für die Umsetzung personenbezogener Hilfen .....</b>  | <b>98</b>  |
| <i>Peter Kruckenberg</i>  |            |
| Die Steuerung von Leistungsentwicklung und Finanzierung auf regionaler und Landesebene .....  | 91         |
| <b>IV. Die Bedeutung personenbezogener Hilfen aus der Sicht der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen .....</b>   | <b>103</b> |
| <i>Ernst Maß</i>  |            |
| Bewertung des personenbezogenen Ansatzes aus der Sicht der Angehörigen .....  | 105        |
| <i>Hans-Jürgen Claußen</i>  |            |
| Die Realität ist anders, als sie scheint – oder: Psychiatrie ist die Geschichte der eigenen Fehler .....  | 110        |
| <b>V. Texte aus den Arbeitsgruppen .....</b>  | <b>117</b> |
| <i>Petra Gromann</i>  |            |
| Implementation und Erprobung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes .....  | 119        |
| <i>Agnes Fabian</i>   |            |
| Die praktische Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes – Ergebnisse und Erfahrungen aus Erprobungen und Praxis .....                                  | 122        |
| <i>Heiner Melchinger, Gerhard Holler</i>  |            |
| Ambulante Soziotherapie – Zwischenbilanz der Erfahrungen im Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen ..... | 129        |
| <i>Hermann Elgeti, Marc Ziegenbein</i>  |            |
| Individuelle Therapieplanung und Casemanagement im Rahmen einer psychiatrischen Institutsambulanz .....   | 148        |
| <i>Peter Mrozyński</i>  |            |
| Stellungnahme zu den Aufgaben von Kranken-, Rentenversicherung und Sozialhilfe in der psychiatrischen Versorgung .....  | 156        |
| <b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....</b>   | <b>158</b> |

## **Redaktionelle Vorbemerkung**

Außer der hier vorgelegten

### **Tagungsdokumentation Band 24**

**„Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung“**

Peter Kruckenberg/Heinrich Kunze/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg)

Rheinland-Verlag Köln, 1997

ISBN 3-7927-1675-5

ist in diesem Jahr ebenfalls erschienen:

### **Psychosoziale Arbeitshilfen 11**

**„Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung**

– **Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG ‘Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung’**

– **Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen“**

Volker Kauder/AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg)

Psychiatrie-Verlag Bonn, 1997

ISBN 3-88414-207-0

Diese beiden ähnlich lautenden Veröffentlichungen sind *nicht alternativ* zu lesen, sondern sie ergänzen sich:

Während die Arbeitshilfe 11 des Psychiatrie-Verlages, wie aus dem Untertitel hervorgeht, den Abschlußbericht (Kurzfassung) des vom BMG (1992-1996) geförderten Forschungsprojektes „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ enthält, dokumentiert der Tagungsband 24 des Rheinland-Verlages die Informationstagung (April 1997), bei welcher der Abschlußbericht einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt wurde.

Somit stellen die in Tagungsband 24 enthaltenen Artikel eine vertiefende und erläuternde Begleitlektüre zu den in Arbeitshilfe 11 formulierten Empfehlungen der Projektgruppe dar; die Lektüre der Arbeitshilfe 11 ersetzt diese Tagungsdokumentation nicht.

*„Alles was an Neuem sich auf der Erde vollzieht,  
muß sich durch den Menschen vollziehen ....“*

(Joseph Beuys)

## Eröffnung und Begrüßung

*Volker Kauder*

Ich begrüße Sie ganz herzlich und freue mich sehr, die bisher größte Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE eröffnen zu können. Ein besonders herzlicher Gruß gilt der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Frau Dr. Bergmann-Pohl. Ich freue mich, Frau Staatssekretärin, daß Sie sich für ein Grußwort Zeit genommen haben. Herzlich dankt Ihnen die AKTION PSYCHISCH KRANKE für die bisherige Unterstützung unserer Arbeit. Dies um so mehr, als wir um die finanzielle Situation des Bundes wissen. Der Dank ist die schärfste Form der Bitte. Wir sind auch in Zukunft auf finanzielle Unterstützung angewiesen.

Wir bedanken uns mit qualifizierter Arbeit, die die Psychiatrie in diesem Land voranbringt.

Die Tagung findet zu einer Zeit statt, in der in Deutschland gesundheitspolitische Themen heftig diskutiert werden. Einerseits sind wir stolz auf unser weltweit anerkanntes Gesundheitssystem, andererseits wissen alle, die als Kranke damit in Berührung kommen oder als Beschäftigte in irgendeiner Form darin tätig sind, daß in vielerlei Hinsicht Verbesserungen wünschenswert, ja in einigen Bereichen sogar dringend notwendig sind.

Im Bereich der Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen – vor allem der chronisch psychisch kranken Menschen – besteht ein Rückstand gegenüber anderen Bereichen medizinischer Versorgung. Die Psych-PV, die der Bundesrat 1990 verabschiedet hat, hat bundesweit zu einer verbesserten Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken geführt und dadurch qualitative Verbesserungen ermöglicht. Sie hat aber auch inhaltlich deutliche Impulse zu einer Verbesserung des Behandlungsangebotes gegeben.

Mit der Einteilung in (einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) 25 Behandlungsbereiche mit unterschiedlicher Personalverteilung wurde der einheitliche, am „Bett“ orientierte Tagespflegesatz aufgegeben und eine differenzierte Personalbemessung erreicht.

Als „Kernpunkt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären Behandlung“ stellt die Psych-PV heraus, der Patient soll „soweit wie möglich befähigt werden, *außerhalb* der Klinik zu leben.“ (Amtliche Begründung)

In der amtlichen Begründung zur Psych-PV heißt es auch: »...Eine wichtige Voraussetzung ist der Ausbau des komplementären Bereiches«, denn das Konzept der Psych-PV »berücksichtigt die Bedingungen einer modernen psychiatrischen Versorgung und fördert die Zusammenarbeit von stationären, komplementären und ambulanten Diensten.« (Amtliche Begründung AIV 1 u. 7).

Damit war klar, daß die Psych-PV mittelfristig nur greifen kann, wenn es gleichzeitig zu einem Auf- bzw. Ausbau eines ausreichenden Hilfsangebotes außerhalb der Klinik, im sogenannten komplementären Bereich kommt. Wenn dies nicht geschieht, entsteht ein Druck, Probleme aus dem komplementären Bereich wieder in die Kliniken zu verlagern. Das wäre das Gegenteil dessen, was beabsichtigt war.

Gemäß den »Empfehlungen der Expertenkommission...« von 1988 gilt als Grundsatz, daß die Reform bei den chronisch psychisch kranken Menschen beginnen sollte unter Beachtung des *Vorranges ambulanter Versorgung*. In der Stellungnahme der Bundesregierung im Jahre 1990 zu den »Empfehlungen der Expertenkommission...« wird festgestellt, daß »das Prinzip der Gemeindeintegration grundsätzlich für die Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderter Gültigkeit hat«.

Damit wurden Prinzipien unterstrichen, die auch schon in der Psychiatrie-Enquête aufgestellt wurden. 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête sind erhebliche Fortschritte in der psychiatrischen Versorgung erzielt worden. Das Ziel »ambulant vor stationär« ist jedoch noch nicht erreicht.

Meine Damen und Herren, das *Leitziel* der Psychiatriereform seit der Psychiatrie-Enquête von 1975, der *Kernpunkt*, wie es in der Amtlichen Begründung zur Psych-PV heißt, ist das Prinzip „ambulant vor stationär“. Diese Leitlinie ist aus fachlichen, humanitären und wirtschaftlichen Gründen nach wie vor gültig. Trotz aller Fortschritte in der Psychiatriereform sind wir jedoch noch nicht so weit sagen zu können, daß dieses Prinzip umgesetzt wird. Noch immer erhalten viele psychisch Kranke Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen, weil die entsprechenden Hilfen ambulant nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen.

Wir können daher mit der psychiatrischen Versorgung, so wie sie ist, noch nicht zufrieden sein.

Die Weiterentwicklung der *komplementären* und *ambulant* psychiatrischen Versorgung muß im Mittelpunkt der nächsten Reformschritte stehen.

Es stand und steht also auch eine Reform im *außerklinischen* Bereich an. Um diese Entwicklung zu fördern, vergab vor fünf Jahren das Bundesministerium für Gesundheit einen Forschungsauftrag an die AKTION PSYCHISCH KRANKE. Eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Kruckenberg und Prof. Kunze wurde gebildet – beide waren auch schon intensiv bei der Erarbeitung der Psych-PV beteiligt.

Eine erweiterte Kommission begleitete die Arbeitsgruppe während des gesamten Projektverlaufs. Sie bestand aus Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen verschiedener Einrichtungstypen, Berufsgruppen und Regionen sowie Vertretern von Leistungsträgern, Medizinischem Dienst der Krankenkassen, der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen.

Aber auch über die Kommission hinaus suchte die Arbeitsgruppe die Diskussion mit allen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten. Auf zahlreichen kleineren und größeren Tagungen, auf Treffen mit Verbänden und Arbeitsgemeinschaften auf Bundesebene und in den Regionen und durch fortwährendes Verschicken schriftlicher Materialien wurden die Entwürfe stets postwendend der kritischen Beurteilung der Fachleute überlassen.

Manche von Ihnen haben auch schon die Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE im April 1994 besucht. Dort wurde unter dem Titel „Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation“ über die Zwischenergebnisse des Forschungsprojektes informiert.

Nach dieser Tagung gab es zahlreiche und vielfältige Rückmeldungen, die in die weitere Arbeit der Kommission eingeflossen sind. Es kam aber auch – und das ist sehr wichtig – zu ersten Versuchen der Umsetzung der empfohlenen Konzeption. So hat der von der Kommission erarbeitete „Integrierte Rehabilitations- und Behandlungsplan“ bereits in einigen Regionen Eingang in die Praxis gefunden.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe und der Kommission beschäftigten sich neben den im engeren Sinne psychiatrischen Fragen auch mit den sozialrechtlichen Aspekten, den Möglichkeiten der regionalen Steuerung, des Aufbaus eines gemeindepsychiatrischen Verbundes, der in der Lage ist, die vorgeschlagene Konzeption umzusetzen, und mit ökonomischen Fragestellungen. Zu diesen Themen sind teilweise gesonderte Forschungsprojekte gestartet worden.

So waren viele beteiligt an dem Gesamtprozeß zur Erstellung einer neuen, grundlegenden Stellungnahme zur Psychiatriereform. Auch viele von Ihnen, verehrte Anwesende, waren daran beteiligt. Das Produkt sind Empfehlungen, die eine starke Auswirkung auf die psychiatrische Versorgung unseres Landes haben können und hoffentlich haben werden.

Ich freue mich, daß Sie gekommen sind, um darüber Näheres zu erfahren, eigene Erfahrungen einzubringen und in der Diskussion mit Ihren Beiträgen an einer Weiterentwicklung mitzuwirken.

Natürlich gibt es Bedenken, ob in Zeiten leerer Kassen an Reformschritte überhaupt zu denken ist, und Sorgen, daß Veränderungen zu Einschränkungen führen könnten. Angesichts der Spardiskussionen, die keinen Bereich ausklammern, sind diese Bedenken verständlich.

Das, was hier von der Kommission Personalbemessung vorgestellt wird, ist jedoch kein Konzept zur Kosteneinsparung. Es ist ein Konzept zur Verbesserung der Qualität psychiatrischer Versorgung und ist in besonderer Weise an den Interessen der psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen orientiert. Es ist allerdings auch kein Vorschlag, der besagt: „Wir brauchen erst einmal soundsoviel zusätzliches Geld, bevor wir anfangen können.“

Das Schlimmste wäre, wenn in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen der Reformwille schwinden würde. Es darf keine Zeit geben, in der nicht über Verbesserungen nachgedacht wird.

Das gilt für alle Beteiligten - also auch für die Politik. Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz mit dem Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE hat Minister Seehofer im Oktober letzten Jahres die Gründung einer Bund-Länder-Kommission angeregt, um die Psychiatrie-Reform weiterzuführen.

Dabei hat er auch Handlungsbedarf auf Bundesebene eingeräumt. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE wird in der Bund-Länder-Kommission mitarbeiten.

Wir Politikerinnen und Politiker werden jetzt prüfen müssen, ob bzw. welche gesetzgeberischen und sonstigen Konsequenzen aus den Vorschlägen der Kommission gezogen werden müssen.

Reformbereitschaft wird jedoch auch von den Leistungsträgern und der Fachwelt erwartet. Keiner sollte aus Höflichkeit dem anderen den Vortritt lassen. Schneller geht es, wenn jeder in seinem Bereich vorangeht.

Die Kommission hatte den Auftrag, Angaben zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung zu machen. Sie hat diese Chance genutzt zu einem Reformvorschlag, der sich auf die *Struktur* der Hilfsangebote auswirkt. Sie wendet sich gleichermaßen an die Fachwelt, die Politik, die Verwaltung und die Leistungsträger.

Als Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE danke ich der Arbeitsgruppe und der Kommission für die umfangreiche, ehrenamtlich geleistete Arbeit. Mein besonderer Dank gilt aber unserer Geschäftsstelle, die auch diese Tagung wieder professionell vorbereitet hat. Ich wundere mich immer wieder, wie so wenige Leute so viel leisten können.

Ich wünsche mir, daß das Projektergebnis den Fortgang der Psychiatrie-Reform nachhaltig prägen wird.

Ich wünsche Ihnen und uns einen guten Verlauf und eine anregende Tagung.

## Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

*Sabine Bergmann-Pohl*

Ich danke Ihnen für die Einladung zu Ihrer Tagung und möchte die Gelegenheit wahrnehmen, der AKTION PSYCHISCH KRANKE für ihre hervorragende Arbeit bei der Durchsetzung und Weiterführung der Psychiatriereform zu danken. Sie haben die Psychiatriereform seit ihren Anfängen begleitet, und Meilensteine wie die PsychiatrieEnquête und die Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung sind für immer mit Ihrem und vor allem mit dem Namen von Herrn Prof. Kulenkampff verbunden.

Ich weiß, daß Sie alle die Entwicklung der Psychiatriereform mitverfolgt haben und ihre Inhalte kennen. Aus diesem Grunde möchte ich gleich zum Kern kommen, der auch Inhalt dieser Tagung ist: Die Philosophie der Psychiatriereform war die alle Institutionen übergreifende Verpflichtung der Gesellschaft und des Versorgungssystems, psychisch kranke Menschen aus der Bevormundung und Entmündigung zu entlassen. Hierzu bedarf es eines Versorgungssystems, das abgestufte Hilfe für eine personenbezogene und lebensfeldbezogene Behandlung und Rehabilitation aller psychisch Kranken und Behinderten sicherstellen kann. Trotz vieler hochmotivierter und engagierter Anstrengungen ist es in über 20 Jahren Psychiatriereform bisher noch nicht gelungen, dieses Ziel im Versorgungssystem flächendeckend zu verwirklichen.

Dafür gibt es viele Gründe. So war das Sozialleistungssystem traditionell vorrangig auf die Diagnostik, Therapie und Betreuung somatischer Erkrankungen ausgerichtet. Entsprechend schwierig ist die Verständigung zwischen den psychiatrischen Fachleuten und den Kostenträgern, wenn es darum geht, die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker verständlich zu machen. Ein großer Fortschritt war hier die sogenannte PsychiatriePersonalverordnung, die die Personalbemessung im stationären Bereich am personenbezogenen Hilfebedarf ermittelt hat.

Für die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker im ambulanten Bereich gibt es bis heute keine Definition, die allgemeine Gültigkeit hat. Dies hat die Diskussionen bis heute immer wieder ins Stocken geraten lassen. Nun hat die Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ im Rahmen eines Forschungsauftrages des Bundesministeriums für Gesundheit Ergebnisse vorgelegt, die entscheidend zur Klärung dieser Frage beitragen. Die Kommission hat in einer hervorragenden Arbeit

- die notwendigen personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung definiert,
- die Personalbemessung auf der Grundlage integrierter Behandlungs- und Rehabilitationspläne strukturiert

und konkrete Empfehlungen

- für die funktionale Organisation eines psychiatrischen Hilfesystems in Kommunen,
- für die Umsetzung von integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen im gegliederten System der sozialen Sicherung und
- die Koordination und Steuerung von Leistungsentwicklung und -finanzierung auf kommunaler und Landesebene

gegeben.

Es sind diese Ergebnisse, die heute und morgen vorgestellt und diskutiert werden.

Ich wünsche Ihnen für Ihre Tagung und für die Diskussion, die für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von ganz besonderer Wichtigkeit ist, viel Erfolg. Ich habe die große Hoffnung, daß die Ergebnisse mit zwei anderen wichtigen Aktivitäten zusammenfließen, nämlich dem Modellprojekt der Spitzenverbände der Krankenkassen zur „Soziotherapie“ und der Wiederaufnahme der Diskussion mit Experten und Entscheidungsträgern aus Ländern und Spitzenverbänden zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Form eines Arbeitskreises unter Führung des Bundesministeriums für Gesundheit. Es muß in der Zukunft gelingen, personenbezogene und lebensfeldbezogene Hilfen für alle psychisch Kranken nicht nur auf eine sozialrechtliche Grundlage zu stellen, sondern sie auch in der praktischen Umsetzung zu verwirklichen.

# I. Personenbezogene Hilfen – Konzept und Umsetzung



## Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund

*Heinrich Kunze*

Der Paradigmenwechsel, um den es in meinem Einführungsvortrag geht, wurde von der „Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich“ nicht selbst erfunden. Vielmehr hat die Kommission vorhandene Erfahrungen und entsprechende Theorie zusammengefaßt und systematisiert. Sie stützt sich dabei auf Entwicklungen seit Jahren und Jahrzehnten in anderen Ländern, die schon länger auf dem Weg der Psychiatrie-Reform sind, aber auch auf Erfahrungen da und dort in Deutschland – diese stellen allerdings eher Ausnahmen unter besonderen Bedingungen dar:

- wenn einerseits TherapeutInnen besonders sensibel den individuellen Hilfebedarf der betroffenen chronisch psychisch kranken Personen wahrnehmen,
- und wenn andererseits das darauf zentrierte Hilfekonzept mit viel administrativer Phantasie und großem Nachdruck in die Tat umgesetzt wird.

Diese bisher besonderen Lösungen unter bisher besonderen Bedingungen hat die Kommission systematisiert, zur Regel, zur Hauptsache gemacht, weil sie überzeugt ist, daß damit chronisch psychisch kranken Menschen besser geholfen werden kann und daß die schon jetzt für diesen Personenkreis aufgewandten Ressourcen sinnvoller eingesetzt werden können. Es geht also nicht um neue Konzepte, die zusätzlich zum schon bestehenden Hilfesystem realisiert werden sollen, sondern um den *personenzentrierten Umbau* der bisher einrichtungszentrierten Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen.

Ich will in meinem Referat in folgenden Schritten vorgehen:

1. Um welchen Personenkreis geht es?
2. Die Behinderung von Rehabilitation und Eingliederung im Komplementärbereich
3. Die eigene Wohnung als Fix- und Angelpunkt für lebensfeldbezogene Rehabilitation und Eingliederung
4. Der gemeindepsychiatrische Verbund
5. Zum roten Faden der Tagung
6. Schluß: Perspektiven für den Paradigmen-Wechsel

### **1. Um welchen Personenkreis geht es?**

Es geht *nicht* um einen großen Anteil in der Bevölkerung, sondern um einen verhältnismäßig sehr kleinen Kreis von schwerer und chronisch psychisch kranken Personen. Um den Kreis zunächst einzugrenzen: es geht *nicht* um Personen,

- die ihre psychischen Störungen selbst, ohne professionelle Hilfe kompensieren können, die keine psychiatrische Hilfe wollen und eine solche auch nicht gegen ihren erklärten Willen benötigen;
- die ambulante ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung (ggf. zusätzlich ärztlich verordnete ambulante nichtärztliche Behandlung) und andere soziale Hilfen aktiv in Anspruch nehmen und für sich koordinieren können.

Vielmehr geht es um die Personen, die mit herkömmlicher ambulanter Behandlung und sonstigen ambulanten Hilfen auf Dauer in ihrem Lebensfeld nicht auskommen bzw. deren Lebensfeld nicht mit ihnen auskommt. „Ambulant“ bedeutet herkömmlich: wenig Hilfe – und ein additives Verhältnis verschiedener ambulanter Hilfen. Wenn aber mehr Hilfe nötig ist und die verschiedenen Teilleistungen integriert werden müssen, dann ist dies bisher nur „stationär“ möglich. Deshalb leben diese Menschen

- entweder unterversorgt bei überforderten Angehörigen
- oder in verschiedenartigen Einrichtungen (Übergangs-/Wohn-/Alten-)Heimen, Langzeitbereichen von Psychiatrischen Krankenhäusern, kirchlichen und anderen Anstalten (z.B. sog. Komplexeinrichtungen), Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- oder zunehmend in der Obdachlosigkeit.

Wenn Leistungen verschiedener therapeutischer Fachkräfte gleichzeitig erforderlich sind, und wenn diese Hilfen verschiedener Fachkräfte stringent aufeinander abgestimmt und unter einer Leitung notwendig sind, – dann sind solche Hilfen nur erhältlich, wenn man sich in das Bett einer Einrichtung legt, ggf. auch weitab vom Wohnort. Jemanden stationär in eine Klinik aufzunehmen, jemanden von einer Klinik in eine Einrichtung (z.B. Heim) zu entlassen, ist viel einfacher, als ein Netz von Hilfen zu knüpfen, durch das es gelingt, die in der eigenen Wohnung lebende Person ausreichend zu behandeln und zu fördern und sich kümmernde Angehörige zu unterstützen bzw. zu entlasten. Es geht also darum, komplexe Hilfen, *Komplexleistungen auch ambulant* zugänglich zu machen, die bisher nur als stationäre Behandlung, stationäre Rehabilitation, stationäre Eingliederung, stationäre Pflege usw., d.h. nur in Verbindung mit Unterbringung in den Räumen einer Einrichtung realisiert werden.

## **2. Die Behinderung von Rehabilitation und Eingliederung im Komplementärbereich**

Wir haben doch inzwischen einen mehr oder weniger entwickelten Komplementärbereich, der im Vergleich zur Anstaltsversorgung vor Beginn der Psychiatriereform zweifellos ein großer Fortschritt ist. Warum soll das differenzierte System von institutionell gestuften Hilfen (Übergangwohnheim, Rehabilitationsseinrichtung, Wohnheim, Außenwohngruppe, Wohngemeinschaft, Betreutes Einzelwohnen, Tagesstätte, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst, Institutsambulanz ...) *personenzentriert* umgebaut werden?

Diesem Hilfekonzept liegt das Konzept der sog. *Rehakette* zugrunde mit der Alternative, daß als Ergebnis die betroffene Person (vgl. die geistige Verwandtschaft mit dem Konzept der Heil- und Pflegeanstalt!)

- *geheilt* ins normale Leben zurückkehrt oder
- als *Pflegefall* auf Dauer ins Heim geht.

Das Konzept der Rehakette sieht aber nicht vor, die Krankheit und ihre Folgen im eigenen Lebensfeld zu bewältigen. In der Rehakette wechselt die hilfebedürftige Person bei verändertem Hilfebedarf zu dem für sie jeweils querschnittsmäßig passenden Hilfebaustein. Jeder Hilfebaustein ist ein in sich möglichst homogenes Standardpaket für Personen mit im Querschnitt möglichst gleichem Hilfebedarf. Denn Hilfekonzept, Personal, Räume, Kostenträgerzuständigkeit sind wie bei Stationen der traditionellen Anstalt starr verkoppelt – die hilfebedürftige Person wechselt zum passenden „Kästchen“, statt daß die Hilfe dem veränderten Bedarf der Person in ihrem Lebensfeld angepaßt wird.

So wird durch maßnahmehomogene Kästchen die *Komplexität reduziert*: für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für die Einrichtungen sowie für die verschiedenen Kostenträger, aber um den Preis, daß für die Hilfe erhaltende Person und ihre Angehörigen bei Änderungen der Hilfe die tragenden therapeutischen Beziehungen sowie die sozialen Beziehungen zu Mitpatientinnen und Mitpatienten, die Vertrautheit mit Räumen usw. abreißen. Diese fremdbestimmten Beziehungsabbrüche sind eine schwere Belastung gerade für Menschen, die krankheitsbedingt infolge von Angst, Depression, Paranoia usw. große Mühe haben, ihre sozialen Beziehungen erträglich zu gestalten, und deren soziale Bezugspersonen viel Mühe und Zeit brauchen, um mit diesen krankheitsbedingten Schwierigkeiten vertraut zu werden und zurechtzukommen.

In eine komplementäre Einrichtung geht traditionellerweise, wer in seinem eigenen Lebensfeld nicht zurecht kommt – oder wessen Lebensfeld nicht mit ihr oder ihm zurecht kommt – weil eine psychische Erkrankung mit ihren Folgen mit herkömmlicher ambulanter Behandlung oder ambulanter Beratung nicht ausreichend aufgefangen werden kann. Je länger der Aufenthalt in der komplementären Einrichtung dauert, um so mehr wird die Person aus ihrem eigenen natürlichen Lebensfeld ausgegliedert, um so mehr wird das Leben in der Einrichtung zum eigentlichen Leben und Lebensmittelpunkt. Mit der Dauer des Aufenthaltes in dieser Institution steigt die Gefahr der Ausgliederung:

- reglementierte Überversorgung erzeugt Lebensuntüchtigkeit;
- die Bezüge zum eigenen Lebensfeld schwinden mehr und mehr;
- die Bezugspersonen im Lebensfeld lernen nicht, mit der psychisch gestörten Person zusammenzuleben und sich dazu geeignete Hilfen zu holen.

Wer z.B. 2 oder 3 Jahre in einer sog. Übergangseinrichtung, einem Wohnheim, in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) oder in einem Berufsförderungswerk lebt, ist von seinem bisherigen Lebensort weggezogen. Er oder sie hat aber keinen neuen Lebensort gewählt und gefunden, sondern ist stattdessen nur noch Gast in Einrichtungen. Diese Person hat keinen eigenen

Lebensmittelpunkt mehr im Sinne von „sich zu Hause fühlen“, im räumlichen und sozialen Sinne: „Das ist mein Lebensfeld mit den von mir gesteuerten Aktivitäten, mit mir vertrauten Bezugspersonen, mit privaten Gestaltungs- und Rückzugsmöglichkeiten“. Wohnen in einer Reha- bzw. Behinderteneinrichtung bedeutet: Wohnraum und Hilfe sind ein festes Paket mit den beiden Konsequenzen

- wer noch eine Wohnung hat, aber eine solche Hilfe braucht, kann diese Hilfe nur erhalten, wenn er/sie aus seiner Wohnung in die Einrichtung geht;
- wer unabhängig von der Hilfe wird, verliert damit auch wieder ihren/seinen Wohnplatz mit dem Einrichtungs-Umfeld.

Das traditionelle System komplementärer Hilfen führt bei wechselndem Hilfebedarf immer wieder erneut zu fremdbestimmter Entwurzelung, dem Abbruch von sozialen und therapeutischen Beziehungen. Für psychisch gestörte Menschen bedeutet dies eine wesentlich höhere psychische Belastung als der Umzug für einen psychisch gesunden Menschen, der diesen Umzug auch für sich selbst entscheidet und durchführt.

Einrichtungszentrierte Rehabilitation und Eingliederung wirkt also rehabilitations- bzw. eingliederungs*behindernd*, ist deshalb nicht bedarfsorientiert und damit auch nicht wirtschaftlich.

Wegen dieser Nachteile des herkömmlichen einrichtungszentrierten Komplementärbereiches macht es keinen Sinn, Personalbedarf unter solchen Strukturen zu definieren. Man würde nur beschreiben, wie viel Personal man zum Betrieb von Einrichtungen braucht. Aber daraus ist nicht erkennbar, welche Hilfe eine Person mit welchem Reha- bzw. Eingliederungsziel erhält. Deshalb stand die Kommission vor der Aufgabe, zunächst geeignete Ziele, Strukturen und Rahmenbedingungen als Voraussetzung für Personalbedarf zu konzipieren.

### **3. Die eigene Wohnung als Fix- und Angelpunkt für lebensfeldbezogene Rehabilitation und Eingliederung**

Eine eigene Wohnung zu haben – und wenn auch nur von ganz einfachem Standard – in einer Wohnung für sich allein, mit Angehörigen oder selbst ausgewählten Personen zu leben, das ist ein menschliches Grundbedürfnis, das ist eine entscheidende Voraussetzung für soziale Verwurzelung, persönliche Identität und psychische Stabilität. Dies gilt für gesunde und gleichermaßen für chronisch kranke bzw. behinderte Personen einschließlich psychisch kranker oder geistig behinderter Personen.

Deshalb geht der Ansatz der Kommission aus vom Hilfebedarf einer Person in ihrer selbst bestimmten Lebensform, also von der eigenen Wohnung als Fix- und Angelpunkt für Rehabilitation und Eingliederung. Und wenn jemand keine Wohnung hat, dann ist die Eingliederung in eine eigene Wohnung ein *erstes* Rehabilitations- und Eingliederungsziel. Die nächsten Fragen sind dann:

Welche Fähigkeiten, Selbsthilfepotentiale hat diese Person, haben die mit ihr zusammen lebenden Personen?

Welche nichtpsychiatrischen Hilfen (ambulante ärztliche Behandlung, soziale Hilfen usw.) sind von der Wohnung aus erreichbar, können erschlossen werden?

Benötigt die Person dazu Anleitung, Beratung, Unterstützung? Und dann kommt erst die Frage: Welche krankheitsbedingten Problemfelder erfordern spezifische psychiatrische Hilfen?

Der Hilfebedarf wird also *personenzentriert* definiert, wobei die psychiatrischen Hilfen zu den nichtpsychiatrischen hinzukommen. Das ist anders als in einer klassischen psychiatrischen Einrichtung, einem psychiatrischen Wohnheim, in dem ein Gesamtpaket von psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Hilfen pauschal zur Verfügung steht.

Nach dem Ansatz der Kommission wird der Hilfebedarf personenzentriert ermittelt. Auf einer davon getrennten Ebene geht es dann um die Frage, wie diese Hilfen personell und organisatorisch realisiert werden können. Und wieder auf einer anderen Ebene muß geklärt werden, welche Hilfebestandteile oder Hilfeabschnitte welchen Leistungsträgern (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Pflegekasse) zuzuordnen sind. Die personenzentrierte Hilfe ist eben nicht untergliedert nach herkömmlichen Einrichtungsbausteinen oder Kostenträgergrenzen, sondern bei der Realisierung sollen die eigene Wohnung als Fix- und Angelpunkt sowie langfristig verlässliche personale Beziehungen zu TherapeutInnen ganz im Vordergrund stehen. z.B. eine Krankenschwester und ihre Vertreterin realisieren unterschiedliche Hilfen nach Zielen, Inhalten und Leistungsträgern; entscheidend ist, daß die helfende personale Beziehung langfristig verlässlich bleibt, auch dann, wenn Art, Umfang, Inhalt der Hilfe und die Kostenträgerzuständigkeit sich verändern. Bei einrichtungszentrierten Hilfen sind Art und Umfang sowie Kostenträgerschaft konstant, ein in sich homogenes Paket. Die personale Helferbeziehung und die Einrichtung wechseln aber immer wieder für die Klientinnen und Klienten. Es geht also darum, die professionelle Hilfe einerseits von Gebäuden der Einrichtung und andererseits von der starren Zuordnung zu nur einem Kostenträger zu entkoppeln.

#### **4. Der gemeindepsychiatrische Verbund**

Voraussetzung für personenzentrierte Hilfen ist die Verfügbarkeit von *Hilfefunktionen* und nicht ein vollständiger Kasten mit den komplementären Bausteinen/ Einrichtungen wie Übergangwohnheim, Dauerwohnheim, Wohngemeinschaft, Tagesstätte usw. Die notwendigen Hilfefunktionen soll der gemeindepsychiatrische Verbund gewährleisten. Damit haben wir einen zentralen Gedanken aus den „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) fortentwickelt. Folgende Anforderungen charakterisieren den gemeindepsychiatrischen Verbund:

Für eine definierte Zielgruppe (Art der psychischen Erkrankung, Region) leistet der gemeindepsychiatrische Verbund die grundsätzlich notwendigen *psychiatrischen* Helfefunktionen (Abb.).

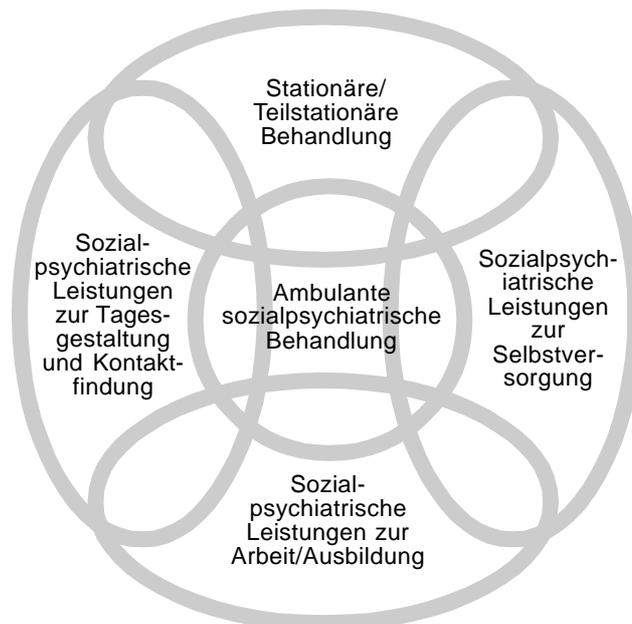


Abb. 1 Funktionsbereiche des gemeindepsychiatrischen Verbundes

Im Zentrum steht die Funktion

- ambulante sozialpsychiatrische Behandlung;
- darum herum gruppieren sich sozialpsychiatrische Leistungen
- zur Selbstversorgung,
- zur Arbeit/Ausbildung,
- zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung sowie
- stationäre und teilstationäre Behandlung.

Sie sehen: das (komplementäre) Einrichtungsbett kommt nicht vor, weil Art und Inhalt der Hilfen davon abgekoppelt sind. Der Klient/die Klientin lebt in einer eigenen Wohnung, und wenn er/sie keine hat, dann ist es die primäre Aufgabe der Rehabilitation/Eingliederung, mit ihm/ihr zusammen eine Wohnung zu suchen und die zum Leben in und von der Wohnung aus notwendigen Hilfen zu realisieren. Dies kann z.B. in erster Linie den Funktionsbereich Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung betreffen.

Ein entscheidendes Organisationsprinzip des gemeindepsychiatrischen Verbundes ist die Zuordnung einer therapeutischen Bezugsperson (mit Vertretung) zur hilfebedürftigen Person, die die Beziehung langfristig über die Wechsel von Hilfearten und Kostenträgerzuständigkeiten hinweg sicherstellt. Die Abgrenzung der Aufgaben ist wichtig für die Mitarbeiter, die Verwaltung, die Kostenträger. Aber für die Klientinnen und Klienten sind Vernetzungen hilfreich, wenn die dem Normalisierungsprinzip entsprechende Trennung der Rollenbereiche: Wohnen, Arbeit, Freizeit, Behandlung mit ihrer Beziehungskomplexität zur Überforderung wird. Dann kann es hilfreich sein, wenn z.B. die Krankenschwester im Funktionsbereich sozialpsychiatrische Behandlung auch die sozialpsychiatrischen Leistungen zur Selbstversorgung in der Wohnung übernimmt und die gewachsene Beziehung aus der gemeinsamen Bewältigung der Selbstversorgungsaufgaben auch als Basis für die ambulante sozialpsychiatrische Behandlung nutzt.

Entsprechend diesem Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes sollten traditionelle Einrichtungs- und Trägerstrukturen verändert werden.

Bisher steht das Prinzip des „small is beautiful“ noch hoch im Kurs, beispielsweise ein selbständiger Verein, der mit 2 Sozialarbeiterstellen 24 Plätze im Betreuten Wohnen betreibt. Ein solcher Verein ist aber viel zu klein, um das Spektrum von Anforderungen eines Funktionsbereiches wie sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung mit der Bandbreite von hohem und niedrigem Betreuungsbedarf zu leisten. Das bedeutet, daß eine Person, bei der der Hilfebedarf deutlich höher wird, dann in ein Wohnheim eines anderen Trägers weitergeleitet werden müßte.

Nach dem Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes muß ein Träger oder ein Trägerverbund alle Leistungen eines Funktionsbereiches für die regional definierte Zielgruppe realisieren (Stichwort: Versorgungsverpflichtung). Wenn dieser Träger die anderen Funktionsbereiche des gemeindepsychiatrischen Verbundes für diese Zielgruppe nicht vorhält, so sind entsprechend die anderen Funktionsbereiche anderer Träger verbindlich aufeinander abzustimmen und unter eine Verbundleitung zu bringen. Auf die entsprechenden vereintechnischen Lösungen: Verein der Vereine, GmbH-Konstruktion und andere administrative Lösungen will ich hier nicht näher eingehen. Diese sind kompliziert, aber machbar, wenn der Wille zu personenzentrierten Hilfen stärker ist als der Wunsch nach Reduktion der Komplexität unter Einrichtungsinteressen.

Wie kann sich z.B. ein Wohnheim verändern, in dem die Zimmer für Bewohnerinnen und Bewohner, die Arbeitsräume für Therapeuten, die Freizeiträume usw. unter einem Dach sind ? Welche Veränderungsperspektive gibt es mit Blick auf das Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes?

Es könnten Wohnungen für ein, zwei oder drei Personen im Nahbereich des Heimes gesucht werden, in die Wohnheimbewohner umziehen, damit sie eine eigene Wohnung haben, unabhängig von Art und Umfang der Hilfe, die sie erhalten: in traditionellen Begriffen Wohnheim oder Betreutes Wohnen oder ambulante Nachsorge. Sie könnten auch zu Mieterinnen und Mietern „aufsteigen“,

während sie weiter Betreuungsleistungen erhalten oder auch nicht mehr. Im Heim frei werdende Räume könnten für Service-Funktionen anderer Funktionsbereiche des gemeindepsychiatrischen Verbundes genutzt werden. Zweckbindungen bei Fördermitteln und Investitionszuschüssen erfordern eine entsprechende Flexibilisierung.

In vielen Regionen ist die komplementäre Einrichtungs- und Trägerlandschaft einrichtungszentriert gewachsen. Der bedarfs- und klientenzentrierte Umbau der komplementären Landschaft setzt eine klare kommunale Steuerung voraus sowie die Bereitschaft der vorhandenen Träger und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich entsprechend dem personenzentrierten Bedarf ihrer Klientinnen und Klienten umzuorientieren.

### **5. Zum roten Faden der Tagung**

In dieser Einführung habe ich viele Einzelheiten vorausgesetzt, weil es mir darauf ankam, den großen Bogen zu spannen. Bei Vielen hier im Auditorium konnte ich voraussetzen, daß Sie mit den wesentlichen Grundgedanken vertraut sind,

- weil Sie dieselben Vorbilder und Beispiele kennen wie wir,
- weil Sie in eigener Praxis sich schon, so gut das geht, personenzentriert orientieren;
- weil Sie aus Tagungen, Publikationen, den Probeläufen usw. mit dem Ansatz der Kommission mehr oder weniger vertraut sind.

Zentrale Teile des Kommissionsansatzes kommen in den folgenden Referaten und Arbeitsgruppen ausführlich zur Sprache:

Andreas CROME wird zur therapeutischen Philosophie sprechen.

Petra GROMANN wird den personenzentrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan darstellen, in dem eben nicht primär von Einrichtungsbausteinen und Kostenträgerzuständigkeiten ausgegangen wird.

Dieter STAHLKOPF wird im einzelnen ausführen, was denn die Leistungen des psychiatrischen Komplexleistungsprogramms sind, wenn man nicht von Einrichtungen und Betten ausgeht, und dann zu der entscheidenden Frage kommen, wie daraus der Personalbedarf abzuleiten ist. Dabei spielt z.B. der Auftrag im § 93 BSHG eine zentrale Rolle, Referenzgruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf zu bilden.

Diese Themen werden dann in den Arbeitsgruppen am Nachmittag weiter vertieft.

*Morgen befassen sich dann:*

Rainer HÖLZKE mit der Frage:

Wie kann das so konzipierte Komplexleistungsprogramm denn ggf. den verschiedenen Leistungsträgern (Krankenkassen, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Pflegeversicherung usw.) zugeordnet werden?

Peter KRUCKENBERG geht der Frage nach:

Wie kann dieser mit dem Paradigmawechsel verbundene Prozeß gesteuert werden, wobei drei wesentliche Steuerungsbereiche zu beachten sind:

- a) Der Bedarf der in der Region lebenden chronisch psychisch kranken Personen: hier geht es um den Wechsel von der Angebotsorientierung von Einrichtungen zur Orientierung am Bedarf der in der Region lebenden chronisch psychisch kranken Personen (definierte Versorgungsverpflichtung).
- b) Finanzielle Ressourcen: Insbesondere die Umschichtung mit dem Ziel der besseren Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Diese Umschichtung kann zunächst erfolgen innerhalb eines Kostenträgerbereiches, z.B. örtliche und überörtliche Sozialhilfe.
- c) Wie können die vorrangigen Leistungsträger stärker in die Pflicht genommen werden, damit die Sozialhilfe nicht mehr systemwidrig vorrangige Leistungsträgerin im komplementären Bereich bleibt?

Die Tagung schließt mit Bewertungen des Ansatzes aus Sicht der Betroffenen, der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen.

#### **6. Schluß: Perspektiven für den Paradigmen-Wechsel**

Die Zeit ist reif für einen Paradigmen-Wechsel. Zum einen aus der Logik des Psychiatrie-Reform-Prozesses in der Bundesrepublik: **Gemeindepsychiatrie** hat zum Ziel, daß auch die schwer und chronisch psychisch kranken Menschen *in* ihrer Stadt/in ihrem Kreis auf Dauer leben können. Der fachliche Begriff von „Rehabilitation“, der weitergefaßt ist als der kostentechnische, bezeichnet einen Prozeß, „der eine körperlich und psychisch behinderte Person befähigt, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen“ (BENNETT). Nach dieser Definition, die wir von den Engländern schon Mitte der 70er Jahre gelernt haben, ist niemand so gestört, so krank, so behindert, daß sie/er vom Leben in der Gemeinde ausgeschlossen werden müßte – *wenn* nur die Hilfen entsprechend gestaltet sind. Dies gilt es endlich konsequent umzusetzen durch Abkehr von einrichtungszentrierten Hilfen, deren Angebotsorientierung dazu führt, daß Personen um so weniger die Chance haben, in ihrem eigenen Lebensfeld bleiben zu können, je komplexer ihr Hilfebedarf ist. Es geht vielmehr um die konsequente Orientierung am Hilfebedarf der in einer definierten Region lebenden Personen mit dem Ziel, ihnen die Hilfen zu geben, die sie benötigen, um in ihrem Lebensfeld ihre Krankheit und die Krankheitsfolgen bewältigen zu können.

Zum anderen steht ein Paradigma-Wechsel von einer ganz anderen Seite ins Haus: die Finanzierung von Hilfen im Gesundheits- und Sozialbereich wird grundlegend geändert. Die retrospektive Finanzierung von Vorhaltekosten für Einrichtungen wird abgelöst durch prospektive Entgelte für vereinbarte Leistungen mit definierter Qualität für Personen. Dieser Paradigma-Wechsel im Finanzierungsbereich geht parallel mit dem fachlichen Paradigma-Wechsel von einrichtungszu personenbezogenen Konzepten für Komplexleistungen und bietet positive

Gestaltungsmöglichkeiten, *wenn* es gelingt, die Integration und Ganzheitlichkeit der Leistungserbringung in Einrichtungen zu erhalten, sie aber zu „ambulantisieren“, damit sie zu Hilfen für Personen in ihrem Lebensfeld werden.

### **Literatur**

BENNETT, D.H.: Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien.

In: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1975 (Bundestagsdrucksache 7/4201).

EXPERTENKOMMISSION: Strukturelle Probleme der Psychiatrie-Reform in der Bundesrepublik Deutschland, S. 66ff., und: Die Gemeindepsychiatrie in Funktionaler Betrachtungsweise, S. 137ff. in: BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988.

KUNZE, H.; KRUCKENBERG, P.; BRILL, K.-E.; CROME, A.; GROMANN-RICHTER, P.; HÖLZKE, R.; STAHLKOPF, D.: Abkehr vom Institutionalismus .- Auf dem Wege zu einer personenzentrierten Organisation und Finanzierung psychiatrischer Hilfen in der Kommune. In: BOCK, Th. u.a.: Abschied von Babylon; Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1995.

## Leitlinien therapeutischer Langzeitbehandlung und Rehabilitation

*Andreas Crome*

Im folgenden werden die wichtigsten Prinzipien psychiatrischer Langzeitbehandlungen skizziert. In der gebotenen Kürze wird hingewiesen auf

- die gemeindepsychiatrische Orientierung und das zugrunde liegende Menschenbild,
- das mehrdimensionale Konzept jeder psychiatrischen Behandlung,
- die aus dem vorherigen sich ergebenden sozialpsychiatrischen Hilfen und das dialektische Prinzip sozialpsychiatrischer therapeutischer Begleitung,
- Hinweise auf Qualitätsstandards in der sozialpsychiatrischen Begleitung,
- kurze exemplarische Erläuterungen einzelner diagnostischer Gruppen.

Ziel jeder psychiatrischen Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung muß es sein, chronisch psychisch kranke Personen zu befähigen, in einem so weit wie möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen (BENNETT). Das heißt, ein wesentlicher Aspekt der Lebensqualität ist die Integration in die Gemeinde und die Befähigung der Gemeinde, das Phänomen psychische Krankheit so zu bewältigen, daß psychisch kranke Menschen als Mitbürgerinnen und Mitbürger in allen Lebensbereichen angenommen werden.

Für das in der therapeutischen Begleitung zugrunde liegende Menschenbild sind folgende Grundsätze von besonderer Bedeutung:

- Jeder Mensch ist als Subjekt seines Handelns zu sehen – auch und gerade dann, wenn er durch seelische Störungen beeinträchtigt ist.
- Der Mensch ist als soziales Wesen einerseits auf den Schutz und die Hilfe der menschlichen Gemeinschaft angewiesen, andererseits zum sozialen Engagement aufgerufen.
- Grundlage der therapeutischen Arbeit ist es, zu dem Patienten bzw. der Patientin in ein dialogisches Verhältnis im Sinne von Martin Buber zu treten: es geht darum, den Menschen mit seinen Bedürfnissen und Zielen trotz aller krankheitsbedingten persönlichen Einschränkungen ernstzunehmen und ihn nicht zum bloßen Objekt therapeutischer Aktivitäten zu machen.

Das konkrete therapeutische Handeln muß darauf ausgerichtet sein, eine Lebensqualität zu erreichen oder aufrechtzuerhalten, die der Würde des Menschen entspricht.

Was die weiteren fachlichen Leitlinien betrifft, so ist es entscheidend, die meist gegebene Mehrdimensionalität einer psychiatrischen Erkrankung in bezug auf die Entstehung, die Ausprägung und den Verlauf in ihren jeweiligen Gewichtun-

gen zu berücksichtigen. Die mehrdimensionale Betrachtungsweise hat dabei den somatisch-biologischen Anteil, den intrapsychischen Anteil und den damit in besonders engem Zusammenhang stehenden psychosozialen Anteil in biographischer Perspektive zu beachten unter Berücksichtigung der gegenseitigen Wechselwirkungen.

Die psychosoziale (systemische) Betrachtungsweise fragt in Diagnostik und Therapie danach, wie die psychische Störung und auch die Behandlungsmaßnahmen das engere und weitere soziale Beziehungsfeld des Patienten/der Patientin beeinflussen, und was diese Folgen wiederum in bezug auf die psychische Störung bewirken. In jedem Einzelfall muß ermittelt werden, welche Bedeutung jedem einzelnen Faktorenbündel und deren gegenseitiger Beeinflussung zukommt.

Als Mitglied der betroffenen Berufsgruppe darf ich sagen, daß Ärztinnen und Ärzte ihre Aufgabe in der übergreifenden Verantwortung für Diagnostik und Therapie u.a. nur dann angemessen und mit Aussicht auf allgemeine Akzeptanz wahrnehmen können, wenn es ihnen gelingt, ihren besonderen Kompetenzbereich – die biologische Dimension – zu relativieren und in ein Gesamtkonzept zu integrieren.

Alle Aktivitäten und Maßnahmen der Rehabilitation haben einen psychotherapeutischen Aspekt, der bei der Krankheitsbewältigung besonders deutlich hervortritt.

Ausgehend von den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden haben sich inzwischen integrierte psychotherapeutische Konzepte entwickelt, die im Gegensatz zur Vergangenheit mehr personen- als methodenzentriert angewendet werden. Sie folgen allgemeingültigen Richtlinien aus dem Bereich der Psychotherapie bzw. Psychologie, aber auch aus der Entwicklungs- und Sozialpsychologie und haben gerade auch für die Begleitung schwerer psychisch Kranker eine entscheidende Bedeutung. Zur Begründung für die besondere Hervorhebung der psychotherapeutischen Prinzipien gerade auch in der Rehabilitation ist hervorzuheben, daß sich jede therapeutische Begleitung in dem Kontext vollzieht, der für alle Menschen der wichtigste ist, nämlich im Erleben und Verhalten in Beziehungen. Die psychotherapeutischen Konzepte haben die heilsame Gestaltung derartiger Beziehungen zum Gegenstand ihrer Methode.

In der Rehabilitation ist die Krankheitsbewältigung von zentraler Bedeutung. Sie stellt oft eine schwere Aufgabe dar für die betroffene Person selbst wie auch für ihre Beziehungspersonen. Dabei geht es nicht darum, die betroffene Person zur Expertin/zum Experten für die eigene Krankheit „auszubilden“ – einschließlich der Besserung von Fähigkeitsstörungen und der Förderung von kompensatorischen Fähigkeiten. Das alles ergibt für den kranken Menschen subjektiv nur Sinn, wenn die Krankheit mit ihren bisherigen sowie den möglichen Folgen in die eigene Biographie einbezogen wird. Die erkrankte Person wurde und wird vielfältig gekränkt, wenn sie sich als schwach, verletztlich, krank, eingeschränkt und behindert erfährt oder aktuell erlebt – dies besonders, wenn die Störungen als psychische Erkrankung und darüber hinaus die Grenzen von Behandlung und

Rehabilitation zu akzeptieren sind. Erschwerend kommt das weithin verbreitete Unverständnis im Umfeld hinzu.

Der Prozeß der Krankheitsbewältigung wird z.B. geprägt von

- der Auseinandersetzung mit der Situation der Ersterkrankung, der Erfahrung der Diagnose, den Auswirkungen der Erkrankung auf die eigene Lebensgeschichte;
- der Aufarbeitung von Erfahrungen der Etikettierung und Stigmatisierung, der Erfahrungen von Ausgrenzung und sozialer Entwurzelung;
- dem Ringen um ein realistisches Selbstbild jenseits von Selbstüberschätzung und -unterschätzung;
- der Frage nach Kontakten und Beziehungen zu anderen Menschen, der Frage nach Partnerschaft;
- der Auseinandersetzung mit den Angehörigen und dem Bemühen um Abstand und Versöhnung mit ihnen;
- der Angst vor dem Sterben und den Sehnsüchten danach;
- dem Wunsch nach einem „normalen“ Leben, unabhängig von Behandlung und Betreuung und den Ängsten und Befürchtungen vor eigenverantwortlichem Leben.

Alle psychotherapeutischen Schulen haben in unterschiedlichem Ausmaß, einer ganzheitlichen und pragmatischen Sichtweise folgend, theoretische und praktische Beiträge in der Begleitung chronisch Kranker geleistet. So haben sich zum Beispiel Prinzipien der sogenannten supportiven, d.h. stützenden Psychotherapie entwickelt, die in der rehabilitativen Begleitung schwer und chronisch psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen:

- keine Regressionsförderung,
- reale und personale Präsenz des Therapeuten/der Therapeutin, Adaptivität von Widerstandsäußerungen beachten;
- unkontrolliertes Anwachsen der Übertragung vermeiden,
- Gefahr des Ausagierens der Gegenübertragung zur direkten Ich-Stützung, wie Stärkung der Realitätsprüfung,
- Nutzung der Stärken des Patienten/der Patientin,
- direkte Anleitung und Strukturierung, Angstreduktion,
- direkte Stützung des Selbstwertgefühls,
- Möglichkeiten der indirekten Ich-Stützung, wie Umgebungsveränderungen, Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen, Reduktion von Triebintensität durch relative Gratifikation oder pharmakologische Beeinflussung.

Ergänzend zu den Entwicklungen in den ausschließlich verbalen psychotherapeutischen Verfahren wurden in den letzten Jahren vielfältige Erfahrungen damit gesammelt, daß gerade bei schweren psychischen Störungen der Zugang zu den betroffenen Personen und eine emotional-affektive Öffnung und psychotherapeutische Wirkungen durch Verfahren wie konzentrierte Bewegungstherapie, andere bewegungstherapeutische Methoden, Gestaltungstherapie, Entspannungsverfahren u.ä. erreichbar sind. Auf das Körpererleben bezogene Behandlungsformen dürften an Bedeutung gewinnen.

Auch bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen sind vier gesicherte Bestandteile einer allgemeinen psychotherapeutischen Veränderungstheorie zu beachten, nämlich

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung und Prinzip der realen Erfahrung
- aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Klärung oder Klärungsarbeit (GRAWE)

Zur Verminderung von Anpassungsstörungen in einem oder mehreren Lebensbereichen benötigen chronisch psychisch kranke Menschen über psychopharmakologische und psychotherapeutische Hilfen hinaus übende, ausgleichende und begleitende Hilfen zur Begleitung alltäglicher Aufgaben und Belastungen und zur Förderung der sozialen Integration.

Fähigkeitsstörungen in den psychischen Grundfunktionen und in der Alltagsbewältigung stehen meist in einem sehr engen Zusammenhang mit tiefgreifenden Beziehungsstörungen. Ängstlichkeit, Mißtrauen, besondere Verletzlichkeit, Selbstunsicherheit oder kompensatorische Überheblichkeit, Störungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Neigung zu sozialem Rückzug und Isolierung, impulsives und rücksichtsloses Verhalten, mangelnde Frustrationstoleranz, Resignation nach wiederholtem Scheitern von Beziehungen und vielfältigen Kränkungerfahrungen u.a. bestimmen auf die eine oder andere Weise das Verhalten in Alltagsbeziehungen. Sie führen in einem Teufelskreis leicht zu negativen Antworten der psychischen Grundfunktionen in der Alltagsbewältigung.

Die notwendige therapeutische Begleitung hat neben spezifischen übenden und ausgleichenden Hilfeleistungen in jedem Fall eine psychotherapeutische Qualität. In der alltäglichen Begegnung und Auseinandersetzung wird die Bezugsperson in das Problemfeld des Klienten einbezogen, wird „Mitspielerin“ auch bei Reinszenierungen vorbestehender Konfliktmuster und ist dabei in Gefahr, „Teil des Problems“ zu werden und durch ihr Verhalten alte traumatische Erfahrungen des Klienten oder der Klientin zu wiederholen. Sie hat andererseits die Chance, neue Verarbeitungsweisen anzustoßen.

Zur Verdeutlichung der Gratwanderung jeder therapeutischen Begleitung soll eine Reihe von Fragen aufgeführt werden, die man sich im Arbeitsalltag oder bei Unklarheiten im Team beantworten muß. Man kann von einem „dialektischen Prinzip therapeutischer Begleitung“ sprechen.

Diesem Prinzip entsprechend wird im therapeutischen Team rasterartig nach den Gegensätzen und dem jeweiligen Ausgleich bestimmter therapeutischer Schwerpunkte gefragt, um möglichst eine ausbalancierte und integrierte, d.h. zum jeweiligen Zeitpunkt passende Behandlung und Begleitung anzubieten. Als Beispiele, die man nach Art des Rasters im Einzelfall abprüfen kann, die ergänzbar sind und sich zum Teil überschneiden, können dienen:

- Unterstimulation – Überstimulation:  
Regt die Behandlung den Patienten genügend an, seine verfügbaren Res-

sources zu aktivieren, oder unterschätzt sie seine Möglichkeiten? Sind die Anregungen zu massiv, überschätzen oder überfordern sie die Möglichkeiten des Patienten?

- Regression – Progression:  
Ermöglicht die Behandlung genügend Fortschritte? Welche Entwicklungsziele werden gesetzt, sind sie zu hoch oder zu niedrig? Wieviel Ausruhen, Rückzug, Entlastung von Verantwortung ist für die Gesundheit notwendig? Oder wieviel Förderung, Anregung braucht ein Mensch? Dabei kann es um Entlastung in einem Problembereich und Belastung in einem anderen auch zur gleichen Zeit gehen.
- Therapeutische Überwältigung – unterlassene Hilfeleistung:  
Wo muß, notfalls auch gegen ihren ausgesprochenen Willen, für die Patientin gehandelt werden? Wo kann man krankheitsbedingte Fehlhaltungen der Patientin zulassen, um ihr selber die Entscheidung über Korrekturen zu ermöglichen?
- Behandeln – Verhandeln:  
Wie weit und wie lange muß man den Patienten (direktiv) leiten? Welche Therapieziele und therapeutischen Vorgänge müssen erörtert bzw. gemeinsam erarbeitet werden?
- Unterstützen, Begrenzen – Abwarten:  
Was muß man für die Patientin übernehmen? Wo muß man aktiv handeln (z.B. zur Gefahrenabwehr), wo begrenzen? Wo muß die Patientin angeregt werden? Wo muß man abwarten, bis die Patientin selbständig tätig wird?
- Nähe – Distanz:  
Wieviel menschliche Nähe benötigt der Patient in der therapeutischen Begleitung? Wieviel Distanz benötigt er, welches Mittelmaß muß jeweils herausgefunden werden?
- Empathie – kritische Rationalität:  
Inwieweit ist die therapeutische Arbeit von der Einfühlung geleitet? Inwieweit muß man sich kritisch distanzieren und von außen die Situation analysieren, wie erfolgt der Ausgleich?
- Latent – manifest:  
Welches sind die von der Patientin und ihrer Umgebung gewünschten eigentlichen Ziele? Hinter welchen Fassaden werden sie möglicherweise verdeckt? Wieviel Verdeckung ist hilfreich? Wieviel muß offengelegt werden?
- Handlungszentriert – Gesprächszentriert:  
Welche Probleme müssen über aktives Handeln begleitet und bearbeitet werden? Welche mehr im Gespräch reflektiert; wie ist das Verhältnis zueinander?
- Somatische Orientierung – psychologische Orientierung:  
Welche Hilfen und Ressourcen müssen bezüglich der somatischen Seite ei-

ner Erkrankung beachtet werden, welche in psychologischer Hinsicht? Wie ist das Verhältnis zueinander, wie wirken sie aufeinander ein?

- Individuelle Orientierung – soziale Orientierung:  
Inwieweit muß man den Patienten in seiner individuellen Entfaltung fördern, wo muß die individuelle Entfaltung begrenzt werden zum Zwecke notwendiger sozialer Anpassung (etwa im Hinblick auf die Rücksichtnahme von Bedürfnissen anderer Personen)?

Auf dem skizzierten fachlichen Hintergrund ergeben sich folgende Leitlinien für die Langzeitbehandlung von Menschen mit schweren chronischen seelischen Störungen, die zugleich als Qualitätsstandards dienen können:

1. Anknüpfen an die Bedürfnisse des Klienten/der Klientin,
2. Ausrichtung auf die Förderung von (noch vorhandenen) Fähigkeiten, Interessen, Neigungen, die Besserung der Befindlichkeit der Lebenszufriedenheit und nicht nur auf die Symptomreduktion,
3. Anstreben weitestgehender Mitwirkung und Autonomie des Klienten/der Klientin (Selbsthilfeprinzip),
4. Einbeziehung der Angehörigen und aller Ressourcen im Umfeld und im Vorfeld psychiatrischer Dienste mit Abstimmung und deren Zielvorstellungen,
5. Durchführung der Behandlung soweit wie möglich ohne Veränderung der Lebenswelt des Klienten/der Klientin nach den Grundsätzen des Normalisierungsprinzips (Stichworte hier: normaler Tagesrhythmus, Trennung von Arbeit – Wohnen – Freizeit; normaler Jahresrhythmus (Ferien, Feiern, Geburtstage usw.), adäquate Einstellung auf verschiedene Lebensphasen; Kontakte Frau/Mann; normaler wirtschaftlicher Standard, Integration in die normale Nachbarschaft u.ä.),
6. Ausgleich zusätzlicher sozialer Belastung (soweit irgend möglich),
7. Einbeziehung von psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Hilfen (Förderung von Fähigkeit zur Alltagsbewältigung und -gestaltung und von sozialen Beziehungen gemäß den oben beschriebenen Leitlinien, einschließlich der Einbeziehung der Ressourcen aus dem sozialen Umfeld); ferner Hilfen zur beruflichen Eingliederung auf dem jeweiligen Niveau,
8. Problemlösungsorientierung auf der Grundlage eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses (biopsychosoziale Konzeptbildung), Abstimmung klar definierter Behandlungs- und Rehabilitationsziele,
9. berufsgruppenübergreifende Durchführung der Hilfen in regelmäßiger verantwortlicher Abstimmung von Diagnostik und Vorgehen,
10. Kontinuierliche Begleitung durch „haltende“ realitätsbezugsvermittelnde, koordinierende Bezugsperson und
11. persönliches Engagement und Reflektionsfähigkeit sowie hoher fachlicher Standard der Professionellen (Fortbildung, Supervision, Qualitätsmanagement).

Was die therapeutisch orientierte Rehabilitation von Personen mit schizophrenen Störungen betrifft, so will ich aus Zeitgründen nur kurz auf die pathologi-

schen und therapeutischen Milieueinflüsse eingehen, wie sie Chompi 1981 in einer sehr hilfreichen Tabelle dargestellt hat. Etwas abseits von unserem Thema müssen wir uns als psychiatrische Klinikärztinnen und -ärzte dabei fragen, ob das zur Zeit überwiegend angebotene psychiatrische Krankenhausmilieu der Aufnahmestationen eigentlich das Milieu ist, wo sich Spannung, Angst, Erregung sowie produktiv psychotische Symptome bessern lassen.

Die Größe der Gruppe der sozial desintegrierten Alkoholkranken wird auf 0,5% der Gesamtbevölkerung geschätzt, d.h. es wären ca. 400.000 Personen in der Bundesrepublik betroffen. Wienberg nimmt an, daß diese Gruppe von allen psychisch Kranken mit Abstand am deutlichsten unterversorgt ist.

Nicht alle Abhängigkeitssyndrome verlaufen so langanhaltend und schwerwiegend, daß umfassende, lebensfeldbezogene Hilfen nötig werden. Allerdings ist bekannt, daß bestimmte Gruppen von betroffenen Personen gefährdet sind, ein chronisches und außerordentlich beeinträchtigendes Abhängigkeitssyndrom zu entwickeln. Dies gilt für Patientinnen und Patienten mit tiefer gestörter Persönlichkeit, insbesondere junge Erwachsene mit retardierter Persönlichkeitsentwicklung, ältere oder/und hirnorganisch eingeschränkte Personen (mit Hirnschädigungen bereits durch Alkohol selbst oder Hirnschädigungen anderer Genese, z.B. Schädelhirntrauma, Epilepsie u.ä.), sozial wenig kompetente Patientinnen und Patienten zunächst mit eher mäßig ausgeprägter Abhängigkeit, die erst nach dem Tod bzw. dem Verlust der sie versorgenden Personen auffällig werden.

Diesen Menschen ist gemeinsam, daß bei ihnen neben ihrem Abhängigkeitssyndrom umfassende Probleme in der Lebensbewältigung bestehen und sie u.a. meist in mehr oder minder ausgeprägtem sozialen Elend leben. Sie haben in der Regel keine Arbeit, kaum tragfähige familiäre oder soziale Kontakte, viele nicht einmal eine eigene Wohnung. Psychisch sind sie in der Bewältigung des Alltages bei bereits geringen Schwierigkeiten kaum belastungs- und planungsfähig. Viele von ihnen leben in dem Obdachlosenmilieu, in dem Alkohol zum Lebensstil gehört. Insofern bildet bei diesen Personen Alkohol einen festen Bestandteil ihrer sozialen Lebenswelt. Abstinenz bedeutet für diese Menschen dann, aus dieser Gemeinschaft, die für sie soziale Ersatzfunktion bedeutet, auszuscheren und sich zu isolieren. Der chronisch Abhängige erfährt zudem oft, daß durch die Abstinenz noch keines seiner sozialen Probleme gelöst ist.

Was die fachlichen Standards der therapeutischen Begleitung in der Rehabilitation betrifft, so gelten für diese Personengruppen die gleichen psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Grundregeln, wie sie eingangs skizziert wurden. Eine besondere Herausforderung stellen allerdings bei dieser Personengruppe die sogenannten Rückfälle in schädlichen Alkoholgebrauch dar, die meist regelhaft zum Verlauf der Krankheit gehören, merkwürdigerweise aber in der Vergangenheit oft zur sofortigen Ausgrenzung aus allen Formen von therapeutischen Settings führten („zu krank für die therapeutische Einrichtung“). Wichtig in der Rehabilitation ist demgegenüber, die Rückfälle in die Therapie und Rehabilitation zu integrieren. In bezug auf die soziotherapeutische Betreuung ist

ständig zu berücksichtigen, daß diese Patientinnen und Patienten gerade auch in modernen gemeindepsychiatrischen Settings von habituellen, unkontrollierten, aggressiven Gegenübertragungen bedroht sind und sich beispielsweise der Aspekt des Bösen, Gefährlichen, Zerstörerischen, Aggressiven in dem Unterbewußten des/der Kranken und in der Droge widerspiegelt. Dies bestätigen die oft sehr streng anmutenden Rituale der Abstinenzgruppen und rigiden Hausordnungen von Institutionen, die sich mit dieser Patientengruppe befassen. Gefährdet ist jederzeit eine Grundhaltung, die durch Respekt, Achtung und das Bemühen, sich auf die Hintergründe des einzelnen einzulassen und darauf die Hilfe auszubauen, gekennzeichnet ist, was keinesfalls grenzenloses Zulassen bedeutet. Gerade im Umgang mit chronisch Suchtkranken ist die Tugend großer Gelassenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in besonderer Weise gefordert. Dies ist nicht immer leicht durchzuhalten, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchtkrankenbehandlung von seiten der Patientinnen und Patienten im besonderen Maße in heftige Gefühlsreaktionen verwickelt werden können. Hier gilt es, eine Vielzahl von Affekten aufzuhalten, die teils nur untergründig vorhanden, teils aber auch sehr heftig sind. Diese Affekte können im Extremfalle von aggressiven Drohungen bis zu dem Wunsch reichen, von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betrafft zu werden, von eisiger Ablehnung bis hin zu dem Wunsch nach grenzenloser Zuwendung und Versorgung. Es gilt, diese Gefühle wahrzunehmen, sehr sorgfältig zu analysieren und die daraus resultierenden gefühlsmäßigen Antworten und Impulse, die im Mitarbeiterteam spürbar werden, die sogenannten Gegenübertragungen sorgfältig zu reflektieren und möglichst eine gemeinsame therapeutische Arbeit zu finden. Unter anderem geht es dabei vereinfacht ausgedrückt darum, auf Idealisierung durch den Patienten bzw. die Patientin nicht mit einem übertriebenen Helfertum zu reagieren und auf Entwertung nicht mit Wut und Ablehnung. In eine derartige Grundhaltung muß die Formulierung realistischer Therapieziele eingebettet sein. Insgesamt haben sich im Umgang mit chronisch suchtkranken Menschen bewährt:

- den Patienten akzeptieren, auf moralische Wertungen verzichten,
- strikte Vertraulichkeit in der therapeutischen Beziehung wahren,
- keine Vorwürfe machen, aber die Patientin mit der eigenen Sichtweise konfrontieren,
- nicht mit Forderungen an den Patienten beginnen, sondern seine Erwartungen abfragen, die eigenen Erwartungen gegenüber dem Patienten formulieren,
- das eigene Beziehungs- und Behandlungsangebot begrenzen, nicht mehr versprechen, als man halten kann, die eigenen Grenzen verdeutlichen, sich selbst Grenzen setzen,
- das therapeutische Angebot stetig und langfristig aufrechterhalten,
- den Kontakt unmißverständlich auf der therapeutischen Ebene belassen (Abstinenz),
- angemessener Umgang mit Rückfällen und schwierigen Verhaltensweisen der Patientin (Aggression, Autoaggression).

Qualitativ anders als bei anderen psychischen Erkrankungen wird die Therapie von chronifizierten Suchtkranken durch die Folgeschäden des chronischen Alkoholismus erschwert, und es muß in besonderer Weise der sich über Jahre entwickelnden Eigendynamik der Sucht in Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld Rechnung getragen werden. Zu berücksichtigen sind dabei die psychopharmakologischen Wirkungen des Alkohols, die zunehmenden Verletzungen des Selbstwertgefühls und die reaktive Aktivierung von Abwehrmechanismen, evtl. hirnganische Schäden bei einem fortgeschrittenen Krankheitsbild und nicht zuletzt die häufig desolate soziale Situation. In solchen Fällen steht in der Therapie und Rehabilitation nicht die Orientierung an der früheren Qualität im Vordergrund, sondern die Akzeptanz des Status Quo und der Versuch der Weiterentwicklung im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten.

Am Anfang – manchmal auch auf die Dauer – steht die abhängigkeitsbedingte Betreuung im Vordergrund im Sinne der „Hierarchie der Interventionsziele“ (SCHWOON, 1990, WIENBERG, 1992):

1. Sicherung des Überlebens
2. Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden
3. Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen
4. Verhinderung sozialer Desintegration
5. Ermöglichung längerer Abstinenzphasen
6. Einsicht in die Grunderkrankung
7. Akzeptanz des eigenen Behandlungs- bzw. Hilfebedarfs
8. Akzeptanz des Abstinenzzieles
9. Konstruktive Bearbeitung von Rückfällen
10. Individuelle therapeutische Grenzziehung („Selbsthilfe“)

Aus der Gruppe der psychisch kranken alten Menschen benötigen vor allen Dingen die Patientinnen und Patienten umfassende, lebensfeldbezogene Hilfen, die an einer (beginnenden) Demenz leiden, Menschen, die oft in starker sozialer Isolierung leben und von schweren depressiven Syndromen betroffen sind, und alt gewordene chronisch psychisch kranke Menschen.

Was die Standards der Langzeitbehandlungen für gerontopsychiatrisch erkrankte Patienten betrifft, so sind zunächst bestimmte Haltungen und Einstellungen wichtig, die von der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie wie folgt beschrieben wurden:

1. Wahrung der Eigenverantwortung der Rechte, der Würde und des Willens des älteren Menschen bei allen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen;
2. Wahrnehmung eines kranken Menschen unter lebensgeschichtlichen, psychodynamischen, biologischen, familiären und soziokulturellen Aspekten sowie seiner realen Umwelt einschließlich Wohnsituation;
3. Ausdauer und Geduld;
4. erkennen, daß das subjektive Erleben des älteren Menschen anders ist als das des jüngeren (Behandlers);

5. Schaffung eines Zugangs zum Zeiterleben, zur Zeit- und Zukunftsperspektive des älteren Menschen;
6. Bereitschaft, auch Teillösungen sowie qualitativ und quantitativ „andere“ Heilungs-/Besserungsschritte als bei jüngeren Menschen zu akzeptieren sowie „auszuhalten“;
7. „Fördern durch Fordern“: das heißt Förderung einer individuellen und maßvollen Aktivierung (Abbau überfürsorglicher und passivierender Einstellungen und Interventionen);
8. Orientierung der professionellen Hilfen am älteren Individuum und seinem sozialen Netz;
9. Wahrnehmung eigener Problembereiche mit älteren Menschen und deren Bewältigung;
10. Wahrnehmung eigener Schwierigkeiten mit Altern und Tod sowie deren Bewältigung.

Wichtiges Rehabilitationsziel bei Demenzkranken ist oft, es dem Patienten/der Patientin selbst und seiner/ihrer Familie gleichzeitig zu ermöglichen, weiter in dem gewohnten sozialen Bezugsfeld zu leben. Daher kommt der beratenden Begleitung der oft sehr belasteten Angehörigen in der rehabilitativen Behandlung eine besondere Bedeutung zu. Zunächst ist hervorzuheben, daß die Belastung der Angehörigen nicht so sehr durch die kognitiven, die Denk- oder Orientierungsstörungen der Patientinnen oder Patienten hervorgerufen werden, sondern vielmehr durch Verhaltensauffälligkeiten, wie die herabgesetzte Alltagskompetenz, emotionale Labilität, depressive Verstimmungen, Spontaneität, paranoide Erlebnisverarbeitung, psychomotorische Unruhe, nicht selten kombiniert mit Angst oder aggressiven Verhaltenstendenzen sowie Störungen im Bereich des Tag-/Nachtrhythmus. Diese Verhaltensstörungen müssen besonders sorgfältig darauf analysiert werden, inwieweit sie durch situative Änderungen beeinflusbar sind.

In der Behandlung demenzkranker Personen ist vor allen Dingen das Anknüpfen an die früheren Fähigkeiten und an das Langzeitgedächtnis wichtig, d.h. im Vordergrund der Betreuung muß die Beobachtung und der biographische Ansatz stehen: Was ist aus dem Langzeitgedächtnis und aus der früheren Kompetenz noch vorhanden, und wie kann man das in den normalen Tagesablauf übertragen.

Alte Menschen mit einer Demenzerkrankung benötigen nur in besonderen Fällen sozialpsychiatrische Komplexleistungsprogramme: Nach Abklärung und Behandlung evtl. körperlicher Grund- und Begleiterkrankungen ist im Regelfall die Zusammenarbeit von Hausarzt und (aktiven) sozialen Diensten mit dem dementen Menschen und der Familie ausreichend. Nur wenige besonders verhaltensgestörte altersdemente Menschen benötigen längerfristig eine regelmäßige sozialpsychiatrische Begleitung, etwa wenn aggressive oder paranoide Verhaltensstörungen im Vordergrund stehen und eine Beratung der Kontaktpersonen nicht ausreicht. Hier können z.B. tagesgestaltende Maßnahmen in kleinen Gruppen hilfreich sein.

### **Literatur**

SCHWOON, D.R., KRAUSZ, M. (Hrsg.): Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke-Verlag 1990

WIENBERG, G.: Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1992

# Der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ als Arbeitsmethode und Instrument zur Qualitätssicherung

Petra Gromann

## I. Der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ als Grundlage der fachlichen Arbeit

Aus den strukturellen Schwächen der bisherigen Versorgung und den Leitlinien therapeutischer Langzeitbehandlung und Rehabilitation wird deutlich, daß eine neue Grundlage der fachlichen Arbeit nötig ist.

Im psychiatrischen Bereich muß auch außerhalb der Klinik ein integriertes und komplexes fachliches Angebot im Lebensfeld der Betroffenen geleistet werden können. Entscheidend für das Gelingen eines solchen Vorhabens ist, daß sich die Zusammenarbeit der bisherigen Anbieter zu einem verbindlich getragenen, für die jeweilige Klientin zielabgestimmten Prozeß wandelt.

Ein solches Komplexleistungsprogramm ist dann im wesentlichen ein gemeinsames Verfahren, eine abgestimmte Methode der Zusammenarbeit der beteiligten Professionellen und der jeweiligen Klienten (unter Einbezug der Angehörigen wie ggfs. der gesetzlichen Betreuer).

Mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan schlagen wir ein solches Verfahren vor:

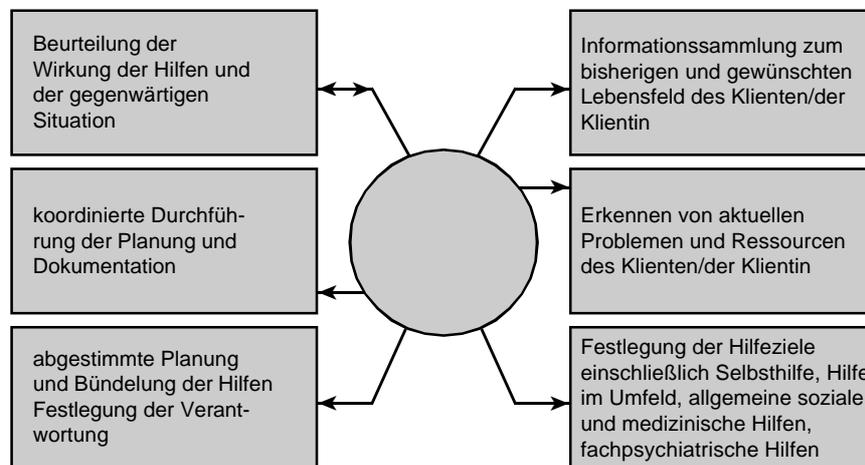


Abb. 1 Individuelle integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung

Diese Teilschritte lassen sich als Kreis darstellen im Sinne eines Problemlöse-zirkels.

Von einem Komplexleistungsprogramm ist also nur auszugehen, wenn folgende Qualitätskriterien erfüllt sind:

1. Zielorientierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung  
(mit dem Klienten/der Klientin und allen beteiligten Fachkräften)
2. Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson  
(Kontinuität der persönlichen Begleitung)
3. Abstimmung im Verlauf
4. Selbsthilfeorientierung und Normalisierung der Hilfen
5. Multiprofessionalität
6. Festlegung der Leistungsbestandteile,  
des Umfangs der notwendigen Leistungen wie des Zeitrahmens

Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan ist also als eine handlungsorientierte Diagnostik und Arbeitsmethode zu verstehen, der

- sowohl systematisch das Einbeziehen der Klientinnen und Klienten fordert und fördert (nach dem Motto „verhandeln“ statt „behandeln“) und damit die Zusammenarbeit/Compliance stärkt wie auch die Chancen des Gelingens der Hilfestrategien steigert,
- über die Forderung zu kleinschrittigen und realistischen Zielformulierungen die praktische Umsetzung wie die Überprüfbarkeit des eigenen Handelns erleichtert,
- über das Erfordernis der konkreten Absprachen und der Festlegung der Verantwortung einzelfallbezogene Kooperation und Zusammenarbeit über Einrichtungsteams und Dienste hinweg in der Region fördert,
- über die nötige schriftliche Dokumentation der Planungsschritte wie der Durchführung der arbeitsteiligen Hilfen das Entstehen gemeinsamer Sprachregelungen und Erfahrungen über die Berufsgruppen und bestehenden institutionellen Grenzen hinweg fördert,
- eine gemeinsame, auf konkrete Probleme gegründete regionale Verantwortung wachsen läßt, da Defizite der Versorgung, mangelnde Absprachen, Vernachlässigung bestimmter Problemlagen von Klientinnen und Klienten längerfristig auch übergreifend deutlich werden.

Hervorzuheben ist, daß mit diesem Vorgehen langfristig Kontinuität und Überschaubarkeit für den Klienten bzw. die Klientin und auch die beteiligten Professionellen erzielt wird, da die personenbezogene Verantwortung/Koordination bei etwa einer erneuten Wiedererkrankung oder dem Wechsel des Lebensortes nicht wechselt. So kann langfristig persönliche Vertrautheit wachsen, aus Erfahrungen gelernt werden, und die zeitraubenden, aber grundlegenden Prozesse des Beziehungsaufbaus müssen nicht immer wieder ganz neu beginnen.

Der Bogen begründet Hilfeleistung mit den Erfordernissen der Lebenslage und den Bedürfnissen und Bedarfen.

Er zwingt dazu, die „üblichen“ Verfahrensweisen der jeweiligen Einrichtungen und Dienste für jeden Klienten bzw. jede Klientin zugunsten individueller Abstimmungen und möglicher kooperativer Arbeitsweisen zu verändern.

Begründender Faktor für die Hilfebedarfe des Klienten/der Klientin sind nicht die

### 3. Übersichtsbogen

| Aktuelle Problemlage *   | Ziele*  | Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen*   |
|--|---|--|
|  |   | <p><b>I. Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung</b></p> <p>0 1 2 3 (a) Antrieb (Depressivität, Selbstwertgefühl)</p> <p>0 1 2 3 (b) Körperleben</p> <p>0 1 2 3 (c) Angstsyndrome</p> <p>0 1 2 3 (d) Realitätsbezug (Halluzinatorisches Erleben)</p> <p>0 1 2 3 (e) Abhängigkeit (Suchtverhalten)</p> <p>0 1 2 3 (f) Emotionale Instabilität</p> <p>0 1 2 3 (g) Gedächtnis/Orientierung</p> <p>0 1 2 3 (h) Auffassung/Irrtätigkeit</p> <p>0 1 2 3 (i) Sinnorientierung des Lebens</p> <p>0 1 2 3 (k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung</p> <p>0 1 2 3 (l) selbstgefährdendes Verhalten</p> <p>0 1 2 3 (m) Störredes/fremdgefährdendes Verhalten</p> <p><b>II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen</b></p> <p>+ 0 1 2 3 (a) im engeren Wohn-/Lebensbereich</p> <p>+ 0 1 2 3 (b) in Partnerschaft/Ehe</p> <p>+ 0 1 2 3 (c) in sonstigen sozialen Beziehungen</p> <p>+ 0 1 2 3 (d) im Außenbereich</p> <p>+ 0 1 2 3 (e) im Bereich Ausbildung/Arbeit</p> <p><b>III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wohnen</li> <li>- Arbeit/berufstätige Tätigkeiten/Ausbildung</li> <li>- Tagesgestaltung/Freizeit/</li> <li>- Teilhabe am gesellschaftl. Leben</li> </ul> <p>+ 0 1 2 3 (a) Ernährung</p> <p>+ 0 1 2 3 (b) Körperpflege/Kleidung</p> <p>+ 0 1 2 3 (c) Umgang mit Geld</p> <p>+ 0 1 2 3 (d) Wohnrauminrichtung und -gestaltung</p> <p>+ 0 1 2 3 (e) Mobilität</p> <p>+ 0 1 2 3 (f) körperliche Aktivitäten</p> <p>+ 0 1 2 3 (g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit</p> <p>0 1 2 3 (h) Tag-Nacht-Rhythmus</p> <p>0 1 2 3 (i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen</p> <p>0 1 2 3 (k) Inanspruchnahme medizinischer u. sozialer Hilfen</p> <p>+ 0 1 2 3 (l) Aufnahme einer Beschäftigung/ Arbeit/Ausbildung</p> <p>+ 0 1 2 3 (m) Erfüllung der Arbeits-/ Ausbildungsanforderungen</p> <p>+ 0 1 2 3 (n) Gestaltung frei verfügbarer Zeit</p> <p>+ 0 1 2 3 (o) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</p> |
| <p>* im Hinblick auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vorangige Störungen</li> <li>- Krankheitsbewältigung</li> <li>- lebensfeldbezogene Fähigkeitsstörungen</li> <li>- situative Faktoren</li> <li>- belastende Lebenssituation</li> </ul> | <p>* Vorangige persönliche Ziele bezogen auf Symptomatik, Befindlichkeit und Kompetenzen, Bewältigungsverhalten unter Berücksichtigung angestrebter Veränderungen der Wohn-/Lebenssituation</p> | <p>*) entsprechend Manual Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, bezogen auf Eingliederungsbogen B: Skizung = besondere, überdurchschnittliche Fähigkeiten, 0 keine Beeinträchtigung, 1 leichte Beeinträchtigung, 2 ausgeprägte Beeinträchtigung, 3 stark ausgeprägte Beeinträchtigung</p>   |

| Fortsetzung Übersichtsbogen  |  |   |                       |                               |
|--|--|---|-----------------------|-------------------------------|
|  | aktivierbare<br>nichtpsychi-<br>sische Hilfen <sup>1</sup> | Bedarf an<br>psychischen<br>Hilfen <sup>2</sup> | Vorgehen <sup>3</sup> | Erbringung durch <sup>4</sup> |
| <b>Bezogen auf Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung</b>   |  |   |                       |                               |
| (a)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (b)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (c)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (d)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (e)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (f)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (g)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (h)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (i)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (k)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (l)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (m)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| <b>Bezogen auf Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen</b> |  |   |                       |                               |
| (n)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (o)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (p)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (q)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (r)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| <b>Bezogen auf Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern</b>  |  |   |                       |                               |
| - Wohnen   |  |   |                       |                               |
| - Arbeitsbeschäft. Tätigkeit/Ausbildung  |  |   |                       |                               |
| - Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftl. Leben  |  |   |                       |                               |
| (s)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (t)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (u)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (v)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (w)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (x)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (y)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (z)  | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (aa)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ab)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ac)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ad)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ae)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (af)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ag)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ah)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ai)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (aj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ak)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (al)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (am)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (an)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ao)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ap)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (aq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ar)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (as)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (at)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (au)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (av)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (aw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ax)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ay)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (az)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ba)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bb)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bc)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bd)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (be)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bf)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bg)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bh)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bi)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bk)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bl)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bm)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bn)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bo)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bp)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (br)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bs)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bt)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bu)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bx)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (by)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (bz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ca)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cb)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cc)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cd)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ce)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cf)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cg)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ch)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ci)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ck)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cl)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cm)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cn)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (co)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cp)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cr)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cs)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ct)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cu)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cx)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cy)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (cz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (da)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (db)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dc)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dd)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (de)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (df)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dg)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dh)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (di)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dk)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dl)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dm)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dn)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (do)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dp)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dr)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ds)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dt)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (du)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dx)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dy)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (dz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ea)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (eb)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ec)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ed)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ee)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ef)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (eg)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (eh)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ei)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ej)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ek)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (el)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (em)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (en)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (eo)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ep)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (eq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (er)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (es)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (et)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (eu)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ev)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ew)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ex)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ey)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ez)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fa)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fb)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fc)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fd)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fe)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ff)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fg)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fh)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fi)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fk)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fl)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fm)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fn)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fo)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fp)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fr)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fs)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ft)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fu)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fx)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fy)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (fz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ga)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gb)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gc)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gd)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ge)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gf)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gh)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gi)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gk)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gl)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gm)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gn)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (go)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gp)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gr)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gs)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gt)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gu)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gx)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gy)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (gz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ha)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hb)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hc)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hd)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (he)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hf)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hg)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hh)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hi)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hk)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hl)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hm)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hn)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ho)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hp)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hr)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hs)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ht)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hu)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hx)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hy)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (hz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ia)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ib)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ic)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (id)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ie)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (if)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ig)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ih)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ii)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ij)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ik)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (il)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (im)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (in)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (io)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ip)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (iq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ir)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (is)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (it)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (iu)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (iv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (iw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ix)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (iy)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (iz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ja)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jb)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jc)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jd)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (je)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jf)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jg)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jh)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ji)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jj)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jk)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jl)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jm)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jn)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jo)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jp)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jq)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jr)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (js)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jt)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ju)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jv)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jw)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jx)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jy)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (jz)   | 0 1 2  | 0 1 2 3 4 5                                     |                       |                               |
| (ka)   | 0 1 2  | 0 1 2   |                       |                               |

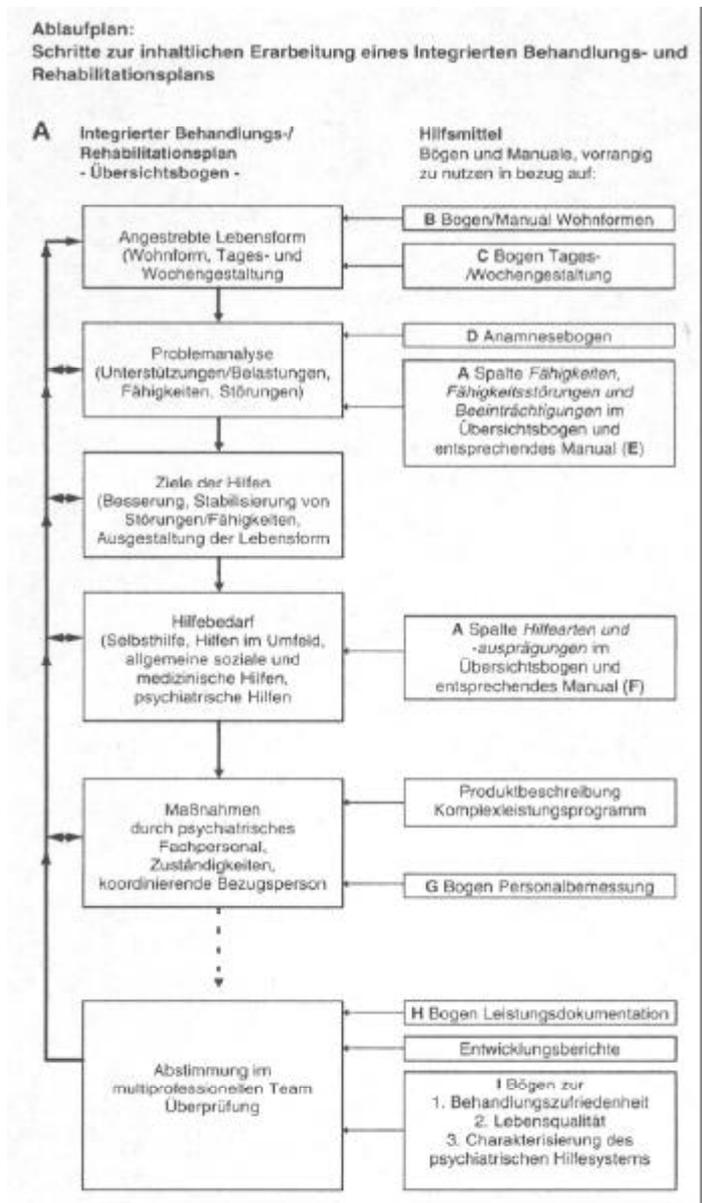


Abb. 3 Schritte zur inhaltlichen Erarbeitung eines Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans

Diagnose, die erforderliche Betriebsausstattung zur Versorgung durchschnittlicher Bedarfslagen oder die Summierung von einzelnen Items von Fähigkeitsstörungen.

Personalbedarf kann mit diesem Bogen erst zutreffend eingeschätzt werden, wenn der Prozeß der individuellen Planung mit dem Klienten/der Klientin, dem eigenen Team und anderen Einrichtungen und Diensten abgeschlossen ist. Die genauen Schritte hierzu erfahren Sie im nächsten Beitrag von Herrn Stahlkopf.

Der bedeutendste Vorteil dieses Bogens ist jedoch, daß er vom Einzelfall ausgehend regionale Abstimmung möglich macht und damit den vielfältigen Vernetzungen der Organisation psychiatrischer Hilfen in der Gemeinde Rechnung trägt.

Häufigster Einwand gegen dieses Verfahren ist der Aufwand, der für eine erste Einschätzung erforderlich ist. Angesichts der Kosten, der Mühen und der Belastungen etwa der Angehörigen durch viele Fehlplatzierungen im gemeindepsychiatrischen Bereich (so wird vielerorts im Grunde nur der „freie Platz“ in einer bekannten Einrichtung die Begründung für z.B. eine Rehabilitation nach einem Klinikaufenthalt), ist es bitter nötig, regelhaft mehr Aufwand zu betreiben.

Aus den Erfahrungen mit den verschiedenen Probeläufen des Bogens (Frau Fabian wird Interessierten dazu in der anschließend stattfindenden Arbeitsgruppe noch Genaueres berichten) wissen wir, daß die anfänglich hohen Zeitbedarfe im Wesentlichen durch mangelnde Information zu den Lebensumständen der Klientinnen und Klienten und den nicht dokumentierten Erfahrungen mit bisheriger psychiatrischer Hilfe begründet sind. Diese Informationslücken wären jedoch im Grunde auch ohne das Ausfüllen des Bogens zu schließen gewesen. Weiterhin ist eine Einarbeitung in die vorliegenden Bögen und Manuale erforderlich, die sich jedoch – wie bei allen Verfahrensschemata – nach mehrmaliger Nutzung erheblich reduziert.

Wenn die durch den Bogen vorgeschlagene Arbeitsweise im beruflichen Alltag eingeführt ist, werden nur noch die (auch ohne den Bogen) erforderlichen schriftlichen Dokumentationszeiten nötig.

Aus meinen Erfahrungen mit der Schulung im Gebrauch des Instruments sowohl mit erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der gemeindepsychiatrischen Versorgung wie auch mit wenig erfahrenen Studentinnen und Studenten kann ich bestätigen, daß die Anwendung des Bogens zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung des beruflichen Handelns führt.

## ***II. Wie ist der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ jetzt als Instrument der Qualitätssicherung zu begreifen?***

Qualitätssicherung dient der bestmöglichen Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen im Sinne optimaler Erbringung von fachpsychiatrischen Leistungen. Wir stehen derzeit vor großen Aufgaben: die immer knapper werdenden Mittel scheinen die vor uns liegende Aufgabe einer guten sozialpsychiatrischen Versorgung der schwer und chronisch psychisch kranken Menschen zu verhindern.

Interne und externe Qualitätssicherung müssen sich gegenseitig ergänzen. Unser vorgelegtes Instrumentarium läßt sich dabei sowohl für interne (z.B. Qualitätszirkel, Fortbildung, Dokumentation von Verläufen/Selbstevaluation, Kollegiale Beratung, Supervision und Arbeitsgruppe zu fachlichen „Routinen“/Standards nutzen.

Es ermöglicht aber auch die Aggregation von Daten, die Aufsichtsbehörden, Kommunen/Kreise, Sozialleistungsträger, Unternehmensberatung/Organisationsentwicklung, Betroffenenorganisationen zur Wahrnehmung von externen Qualitätssicherungsaufgaben benötigen.

Sowohl in den gebräuchlichen Qualitätsdimensionen (Prozeß- und Ergebnisqualität/Donabedian) können Ergebnisse ausgewertet wie auch die Anforderungen des Verfahrens als Strukturqualitätsparameter übersetzt werden. (Hierzu liegt ein Ergänzungsbogen vor).

Auch ein prozeßorientiertes Vorgehen (TQM) von Qualitätssicherung liegt bei unserem handlungsbezogenen Vorgehen nahe.

Die Nutzung dieses Bogens als Qualitätssicherungsinstrument zeigt jedoch unmittelbar, daß institutionsbezogene Qualitätssicherung in der sozialpsychiatrischen Versorgung nur ein vorläufiger Einstieg sein kann. Bei nahezu jedem Menschen mit schwerer und chronischer psychischer Erkrankung sind mehrere Institutionen an der Behandlung und Rehabilitation beteiligt. Die optimale Nutzung von Ressourcen und ein umfassendes Qualitätsmanagement ist so nur auf regionaler Ebene möglich.

## Ambulante Komplexleistungsprogramme – Produktbeschreibung und Personalbemessung

*Dieter Stahlkopf*

### **I. Anforderungen an eine „vernünftige“ Personalbemessung**

1. Sie muß transparent sein für
  - die Leistungsträger
  - die Leistungserbringer
  - die an der Leistungserbringung beteiligten psychiatrischen Fachkräfte und natürlich auch für die
  - Patientinnen/Klienten und ggf. deren gesetzliche Betreuer
2. Sie muß überprüfbar sein – im Streitfall bedeutet dieses, daß die Ergebnisse letztlich einer Überprüfung vor Gericht standhalten müssen.
3. Sie muß prospektiv – d.h. für einen vorhersehbaren und vorher vereinbarten Zeitraum möglich sein.
4. Sie muß einen wirtschaftlichen und zweckmäßigen Ressourceneinsatz ermöglichen.
5. Sie muß bedarfsgerecht sein und kann daher nicht das Bett, den Platz, die Diagnose und auch nicht die Fähigkeitsstörung allein zur Grundlage haben.
6. Sie muß praxistauglich sein – d. h. sie darf nicht nur in Laborsituationen oder unter Universitätsbedingungen anwendbar sein. Sie muß leicht erlernbar und mit einem vertretbaren Zeitaufwand durchführbar sein und
7. sie muß den fachlichen Standards gerecht werden, die in den vorangegangenen Referaten deutlich geworden sind.

Einiges ist auch unter den heute üblichen Finanzierungsbedingungen möglich. Gelungene Beispiele beweisen dieses. Viel erfolgreicher wären wir, wenn wir das bisherige institutionszentrierte Personalbemessungssystem gegen eine personen-bezogene Personalbemessung im Rahmen von Komplexleistungsprogrammen austauschen könnten.

### **II. Personenbezogene Personalbemessung**

Eine personenbezogene Personalbemessung und deren Finanzierung setzt die Beantwortung folgender Fragen voraus:

Für

**wen** (für welche und wie viele Patientinnen/Patienten) soll

**wer** (welcher Dienst) gemeinsam mit

**wem** (anderen Beteiligten)  
**was** (inhaltlich) durch **welche** Berufsgruppen  
**wo** (an welchem Ort) **wie** (wie lange und wie intensiv)  
**wozu** (mit welchem Ziel) und zu **welchem** Preis  
 tun?

Reicht unsere fachliche Kompetenz, um diese Fragen – im Rahmen eines gutachterlichen Ermessens – glaubhaft zu beantworten?

Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der psychosozialen Szene werden sagen – das ist nicht leistbar! Beziehungsarbeit und sprechende Medizin lassen sich nicht “messen”;

prospektiv schon gar nicht!

Im Widerspruch dazu beklagen und begründen eben diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die schlechte Personalausstattung an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz und beauftragen ihre Geschäftsführer, sich bei den Leistungsträgern für mehr Geld, für mehr Personal einzusetzen. Sie haben offensichtlich doch ganz konkrete Vorstellungen von einer angemessenen Hilfeleistung.

Die Wahrheit wird wohl in der Mitte liegen!

Personalbemessung ist und bleibt ein schwieriges Geschäft – sie gelingt leichter, besser und nachprüfbarer, wenn wir das fachlich notwendige Komplexleistungsprogramm in von einander abgrenzbare Leistungsbereiche aufteilen und dann für jeden Leistungsbereich getrennt den im Einzelfall notwendigen Personalbedarf einschätzen.

### **III. Das Komplexleistungsprogramm – Produktbeschreibung**

Ein Komplexleistungsprogramm “sozialpsychiatrische Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung” umfaßt folgende Leistungsbereiche:

1. Sozialpsychiatrische Grundversorgung durch ein multiprofessionelles Team (Diagnostik, therapeutische Begleitung und Beratung, Psychopharmakotherapie, gutachterliche Stellungnahmen)
2. Spezielle Therapieverfahren (systematische Psychotherapie, Bewegungstherapie, Therapie mit kreativen Medien u.a.)
3. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (Bereiche Wohnen, Wirtschaften, Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen)
4. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, zur Kontaktgestaltung und zur Teilnahme am öffentlichen Leben
5. Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung (Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und Arbeitserprobung, Arbeitstraining, therapeutische Hilfen zur Eingliederung in das Erwerbsleben, zur Arbeitsplatz-erhaltung auch an beschützten Arbeits- und Zuverdienstplätzen, zur Berufsfindung und -förderung)
6. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes durch eine therapeutische Bezugsperson
7. Behandlungsplanung und -abstimmung

- Zu 1.** Die Sozialpsychiatrische Grundversorgung im Rahmen eines Komplexleistungsprogrammes umfaßt das gesamte Spektrum klientenbezogener Leistungen aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen unter Ausschluß der in den anderen Ziffern beschriebenen Leistungsbereiche. Zuzuordnen sind auch alle Tätigkeiten, die sich auf das Umfeld eines Klienten/einer Klientin beziehen (z.B. Angehörigen-, Nachbarn-, Behördenkontakte) und alle Leistungen, die für den einzelnen Klienten/die Klientin auch außerhalb des persönlichen Kontaktes erbracht werden, wie z.B. Dokumentation, Schriftverkehr, Wegezeiten u.a. Es handelt sich hier um ärztlich angeordnete und unter ärztlicher Verantwortung durchgeführte Leistungen, auch wenn sie in weitgehend eigener Durchführungsverantwortung von einer anderen Berufsgruppe erbracht werden. Gruppenangebote sollten einem der nachfolgenden Leistungsbereiche zugeordnet werden.
- Zu 2.** Die hier zuzuordnenden speziellen therapeutischen Verfahren sind auf eine systematische Beeinflussung der Krankheitssymptomatik ausgerichtet, sei es über ein spezielles psychotherapeutisches Verfahren oder vermittelt über Bewegung oder kreative Medien. Die Anwendung erfolgt einzeln oder in Gruppen und setzt eine besondere Zusatzausbildung und/oder spezifische Erfahrungen voraus und ist im Rahmen von Komplexleistungsprogrammen eher selten.
- Zu 3. und 4.** Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung im Lebensfeld Wohnen und zur Tagesgestaltung werden diesen Bereichen zugeordnet, wenn sie regelmäßig (mindestens wöchentlich) einzeln oder in Gruppen im Rahmen eines systematischen Trainings zur Besserung von Fähigkeitsstörungen und/oder zur Unterstützung bei der sozialen Eingliederung erbracht werden. Wenn Klientinnen und Klienten sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung in den Bereichen Wohnen und Wirtschaften erhalten, sind diese fast immer auch mit der Notwendigkeit verbunden, darüber hinausgehende tages-, kontakt- oder freizeitgestaltende oder auch arbeitsbezogene Leistungen anzuregen, auszuprobieren oder die Teilnahme daran zu fördern. Die bloße Nutzung der offenen Angebote einer Kontaktstelle für psychisch kranke Bürgerinnen und Bürger ist dagegen nicht mit einer Leistung des Komplexleistungsprogrammes verbunden, solange mit den dort tätigen Fachkräften und dem Klienten/der Klientin keine besonderen Betreuungsleistungen vereinbart werden. Die Finanzierung offener Kontaktstellen ist Aufgabe der kommunalen Daseinsfürsorge und wird pauschal ohne personenbezogene Leistungsentgelte finanziert.
- Zu 5.** Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung umfassen das gesamte Spektrum von funktionaler Beschäftigungstherapie über Arbeitstherapie und Arbeitserprobung und Arbeitstraining bis hin zu Leistungen der Eingliederung in das Arbeitsleben, der Arbeitsplatzhalterhaltung, auch an beschützten Arbeits- und Zuverdienstplätzen und schließen die heute noch seltenen Maßnahmen der Berufsfindung und -förderung ein. Es handelt sich

um einen besonders komplexen und vielgestaltigen Leistungsbereich, der nach dem Normalisierungsprinzip möglichst räumlich und personell vom Wohnbereich getrennt werden soll.

**Zu 6.** Sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung sowie anderer notwendiger medizinischer und sozialer Hilfen durch eine therapeutische Bezugsperson sind immer dann erforderlich, wenn der Klient bzw. die Klientin Leistungen in einem der Bereiche 3-5 erhält.

Die therapeutische Bezugsperson ist hier sowohl persönlich begleitend, d.h. den Klienten/die Klientin motivierend, stützend, konfrontierend und das Umfeld beratend, wie auch prozeßbegleitend in der Vermittlung zwischen den verschiedenen Professionellen tätig.

Die Aufgabe wird meist von der Bezugsperson mit dem intensivsten persönlichen Kontakt zum Klienten/zur Klientin übernommen, in der Regel eine Fachkraft, die Hilfen in den Leistungsbereichen 3, 4 oder 5 erbringt und das besondere Vertrauen des Klienten bzw. der Klientin besitzt.

**Zu 7.** Der Leistungsbereich Behandlungsplanung und -abstimmung umfaßt den Zeitaufwand der am Behandlungs- und Rehabilitationsprozeß beteiligten Professionellen zur Behandlungsplanung, zur Verlaufskontrolle und zur Anpassung des Vorgehens sowohl situationsbedingt wie in regelmäßigen Abständen und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Fortschreibung der Maßnahme. Der Abstimmungsprozeß findet unter ärztlicher Verantwortung statt. Soweit möglich, sollten der Klient/die Klientin und seine/ihre wichtigen Bezugspersonen – auch die gesetzlichen Betreuer – direkt bei der Abstimmung anwesend und beteiligt sein.

Ein Komplexleistungsprogramm zu fordern, um es ausschließlich wieder in 7 verschiedene Leistungen aufzuteilen, ist auf den ersten Blick unsinnig – in der Praxis auch schwierig, weil sich die einzelnen Leistungsbereiche überlappen und vermengen.

Hier dient diese Zerstückelung lediglich als Hilfestellung zur Einschätzung des im Einzelfall notwendigen Zeitbedarfs.

#### ***IV. Zur Einschätzung des Zeitbedarfs***

Die Kommission schlägt vor, den gesamten zeitlichen Aufwand, der einem einzelnen Patienten bzw. einer einzelnen Patientin zuzuordnen ist, d.h.

- die Zeit im persönlichen Kontakt,
- den klientenbezogenen Zeitaufwand im Kontakt zum sozialen Umfeld, zu Mitbehandlern, zu Behörden usw. und
- die Vorbereitungszeiten, den Zeitaufwand für Dokumentation und die im Einzelfall notwendigen Wegezeiten

leistungsbereichsbezogen für alle in Frage kommenden Leistungsbereiche zusammenzufassen und einzuschätzen.

Gemeint ist hier nur der Hilfebedarf, der auch bei weitestgehender Ausschöpfung nicht psychiatrischer Hilfen durch Angehörige, Freundinnen, Freunde, Selbsthilfegruppe, Bürgerhelfer und aller sonstigen medizinischen und sozialen Dienste übrig bleibt und der durch psychiatrische Fachkräfte erfüllt werden muß.

Die Einschätzung soll sich auf den durchschnittlichen Zeitbedarf pro Woche für den vorgesehenen Planungszeitraum (3 Monate, 6 Monate oder 1 Jahr) beziehen und nicht berufsgruppenbezogen, sondern teambezogen, d.h. für die gesamte, von allen Teammitgliedern aufzuwendende Zeit angegeben werden.

Als Orientierungsrahmen gibt Ihnen die Kommission 6 Zeitstufen vor, deren Mittelwerte sich um den Faktor 2 unterscheiden (Stufe 1-10 Min/Woche, Stufe VI - 320 Min/Woche). Jedem einzelnen Leistungsbereich sind aber für den Regelfall nur bis zu 3 Zeitstufen zugeordnet.

Wollen Sie eine andere als die vorgegebenen Zeitstufen nutzen, bedarf es einer über das übliche Maß hinausgehenden Begründung.

#### Personalbemessung für ein Komplexleistungsprogramm

| <b>Leistungsbereich</b>  | <b>Regelstufen<br/>Minuten/Woche</b> | <b>individ.<br/>Zeitbedarf<br/>Minuten/Woche</b> |
|--|--------------------------------------|--|
| 1. Sozialpsychiatrische Grundversorgung  | I = 10<br>II = 20<br>III = 40        | <u>40</u>  |
| 2. spezielle Therapieverfahren   | II = 20<br>III = 40                  | <u>/</u>   |
| 3. sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung                                    | IV = 80<br>V = 160<br>VI = 320       | <u>80</u>  |
| 4. sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktstiftung                    | IV = 80<br>V = 160<br>VI = 320       | <u>160</u>                                       |
| 5. sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit  | IV = 80<br>V = 160<br>VI = 320       | <u>80</u>  |
| 6. sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson | II = 20<br>III = 40                  | <u>40</u>  |
| 7. Behandlungsplanung und -abstimmung  | I = 10<br>II = 20                    | <u>20</u>  |
|  |                                      | <u>420</u>                                       |

#### **V. Zuordnung zu einer Fallgruppe/Referenzgruppe**

Wenn Sie für einen Patienten in den für diesen Einzelfall in Frage kommenden Leistungsbereichen eine der zur Verfügung stehenden Zeitstufe auswählen, dann die Minutenwerte addieren, können Sie anhand der nachstehenden Zeittabelle diesen Patienten einer Fallgruppe zuordnen.

| <b>Minuten/Woche</b> | <b>mittlerer Zeitwert</b> |                   |
|----------------------|---------------------------|-------------------|
|                      | <b>Min./Wo.</b>           | <b>Fallgruppe</b> |
| 134 - 189            | 160                       | J                 |
| 190 - 267            | 226                       | K                 |
| 268 - 378            | 320                       | L                 |
| 379 - 534            | 452                       | M                 |
| 535 - 755            | 640                       | N                 |
| 756 - 1068           | 905                       | O                 |

#### **VI. Vom individuellen Zeitbedarf zur Maßnahmepauschale – zum Preis für die prospektiv zu vereinbarende Leistung**

Der für eine einzelne Patientin ermittelte Zeitbedarf für alle dieser Patientin direkt zuzuordnenden Zeitanteile muß aufgestockt werden um

- die Zeitanteile für einen notwendigen Anwesenheitsdienst, einen Hintergrunddienst und für die fachliche Leitung
- um die Ausfallzeiten und um
- einen Zeitanteil von ca. 25 % für mittelbar klientenbezogene Tätigkeiten (Dienstbesprechungen, Team-Supervision, Teilnahme an Sitzungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften u. a.).

Der auf diese Weise ermittelte zeitliche Hilfebedarf durch psychiatrische Fachkräfte läßt sich in eine Geldleistung nur dann umrechnen, wenn man sich darauf verständigt, mit welchen Zeitanteilen die jeweiligen Berufsgruppen an der Leistungserbringung in den unterschiedlichen Leistungsbereichen beteiligt sein müssen.

Fachlich unstrittig ist, daß alle im psychiatrischen Krankenhaus (stationäre Komplexleistung) arbeitenden Berufsgruppen auch an der Erbringung eines ambulanten Komplexleistungsprogrammes im angemessenen Verhältnis zur Verfügung stehen müssen. Alle Berufsgruppen erbringen dabei Leistungen, die nur von einer bestimmten Berufsgruppe erbracht werden können und solche, die berufsgruppenunspezifisch sind. „Berufsgruppenunspezifisch“ bedeutet nicht, daß es sich hier um Leistungen handelt, die auch von nicht psychiatrisch aus- und fortgebildetem Personal erbracht werden könnten. Vielmehr setzt z.B. die Leistung der therapeutischen Bezugsperson zur Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes eine besondere sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz voraus, ohne daß diese Aufgabe einer bestimmten Berufsgruppe allein zuzuordnen wäre.

Es gibt keine empirischen Grundlagen dafür, mit welchen Zeitanteilen die jewei-

ligen Berufsgruppen in den einzelnen Leistungsbereichen zu beteiligen sind. Die Kommission schlägt auf dem Hintergrund ihrer fachlichen Erfahrungen folgende Verteilung vor:

**Integriertes Behandlungs-/Rehabilitationsprogramm  
Beteiligung der Berufsgruppen bei der Leistungserbringung  
– ein Verteilungsvorschlag –**

| Bereich   | Ärztinnen/<br>Ärzte<br>% | Psycho-<br>loginnen/<br>Psycho-<br>logen<br>% | Kranken-<br>pflege-<br>kräfte<br>% | Sozial-<br>arb.<br>% | Ergo-<br>thera-<br>peut.<br>% | Bewegungs-<br>thera-<br>peut. u.<br>sonstige<br>% | Gesamt<br>% |
|---|--------------------------|---|------------------------------------|----------------------|-------------------------------|---|-------------|
| 1. Sozialpsychiatrische Grundversorgung   | 35                       | 15  | 25                                 | 20                   | 5                             |   | 100         |
| 2. Spezielle Therapieverfahren  | 30                       | 30  | 5                                  | 15                   | 10                            | 10  | 100         |
| 3. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung   |                          | 5   | 45                                 | 45                   | 5                             |   | 100         |
| 4. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktgestaltung und zur Teilnahme am öffentlichen Leben |                          | 5   | 30                                 | 30                   | 30                            | 5   | 100         |
| 5. Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung   |                          | 5   | 10                                 | 40                   | 40                            | 5   | 100         |
| 6. Sozialpsych. Leistungen zur Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes                            | 5                        | 5   | 35                                 | 45                   | 10                            |   | 100         |
| 7. Behandlungsplanung und -abstimmung   | 39                       | 10  | 20                                 | 25                   | 5                             | 1   | 100         |

Lassen Sie sich von dem hohen Anteil der Ärztinnen/Ärzte und Psychologinnen/ Psychologen in den Leistungsbereichen

1. ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung
2. spezielle Therapieverfahren und
7. Behandlungsplanung und -abstimmung

nicht in die Irre führen. Nach Einschätzung der Kommission machen die Leistungen in den drei o. g. Bereichen im Durchschnitt aller Fälle lediglich 10-20 % des Zeitbedarfes eines Komplexleistungsprogrammes aus.

Legt man folgende durchschnittliche Zeitanteile der einzelnen Leistungsbereiche zugrunde:

|   |     |
|---|-----|
| Ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung            | 10% |
| Spezielle Therapieverfahren                               | 3%  |
| Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung      | 30% |
| Sozialpsychiatr. Leistungen zur Tagesgestaltung/Kontaktf. | 22% |
| Sozialpsychiatr. Leistungen zur Arbeit/Ausbildung         | 25% |
| Koordination durch einen Bezugstherapeuten                | 6%  |
| Behandlungsplanung und -abstimmung                        | 4%  |

ergäbe sich die folgende Verteilung der Berufsgruppen

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Ärztinnen/Ärzte                      | 6%  |
| Psychologinnen/Psychologen           | 7%  |
| Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter   | 36% |
| Krankenpflegekräfte                  | 28% |
| Ergotherapeutinnen/-therapeuten      | 20% |
| Bewegungstherapeutinnen/-therapeuten | 3%  |

Im Vergleich zur Verteilung der Berufsgruppen nach der Psych-PV für den stationären Bereich würde eine derartige Verteilung vor allem eine erhebliche Abnahme des Anteils von Pflegekräften zugunsten von Sozialarbeitern und Ergotherapeutinnen bedeuten. Bei einer sozialpsychiatrischen Qualifizierung von Krankenpflegekräften für die ambulante Arbeit und bei Angleichung an die Bezahlung im stationären Bereich könnte diese Umverteilung geringer ausfallen.

#### **VII. Die Bildung von Maßnahmepauschalen nach § 93 Bundessozialhilfegesetz**

In § 93 BSHG wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen:

- Über den Inhalt und die Kriterien für die Ermittlung und Zusammensetzung der Maßnahmepauschalen
- die Merkmale von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf nach § 93a Abs. 2 sowie über
- die Zahl der zu bildenden Gruppen.

Damit ist der Weg frei für einen Wechsel von der bisherigen institutionsbezogenen zu einer personenbezogenen Personalbemessung.

Das von der Kommission entwickelte Instrument zur Personalbemessung auf der Grundlage eines integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplanes ist für die Bildung von Referenzgruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf wie geschaffen.

Unter der Voraussetzung, daß es sich im jeweiligen Einzelfall wirklich um eine Maßnahme nach § 39/40 BSHG handelt und nicht der Sozialhilfeträger zu einer systemwidrigen Finanzierung gezwungen ist, weil die vorrangigen Leistungsträger ihrer Verantwortung nicht gerecht werden, ist eine weitere Vereinfachung in der Handhabung des Instrumentes möglich.

Die Leistungsbereiche „Sozialpsychiatrische Grundversorgung“ und „Spezielle Therapieverfahren“ werden in der Regel durch die Krankenkassen bezahlt. Die Leistungsbereiche „Sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination durch eine Bezugsperson“ und „Behandlungsplanung und -abstimmung“ lassen sich ohne einen wesentlichen Verlust an Differenzierung zu einem Hilfebedarfswert von durchschnittlich 45 Minuten/Woche zusammenfassen.

Für die verbleibenden Leistungsbereiche

- Selbstversorgung
- Tagesgestaltung und
- Arbeit

hält die Kommission eine dreifache Stufung (A, B oder C) je Leistungsbereich für übersichtlich und in der Regel für ausreichend. Eine Addition der Hilfebedarfsmittelwerte in den zutreffenden Bereichen, ergänzt um die 45 Minuten für Koordination und Behandlungsplanung, führt über die jeweilige Fallgruppe zu einer der 5 aus der Zuordnungstabelle ablesbaren Referenzgruppen. Dabei ist lediglich zu berücksichtigen, daß nicht alle Buchstabenkombinationen zulässig sind. So können z.B. Hilfe zur Tagesgestaltung und zur Arbeit nicht gleichzeitig mit der höchstmöglichen Zeitstufe bewertet werden.

Eine 6. Referenzgruppe bedarf einer besonderen über das übliche Maß hinausgehenden Begründung.

### **Die Bildung von Referenzgruppen nach § 93 BSHG**

#### **Direkt klientenbezogener Hilfebedarf**

| <u>Minuten/Woche</u> | <u>Mittelwert</u> | <u>Fallgruppe</u> |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| 57-113               | 80                | A                 |
| 114-226              | 160               | B                 |
| 227-452              | 320               | C                 |
| (453-905)            | (640)             | (D)               |

#### **Fallgruppe je Leistungsbereich**

Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften, Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen)

A

Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktgestaltung und Teilnahme am öffentlichen Leben

B

Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung

A

### **Zuordnungstabelle zu einer Referenzgruppe**

|                |     |   |  |
|----------------|-----|---|--|
| Referenzgruppe | 1   | - | (A)  |
| Referenzgruppe | 2   | - | (B);(A,A)  |
| Referenzgruppe | 3   | - | (C); (A, B); (B, B); (A, A, A); <u>(A, A, B)</u> |
| Referenzgruppe | 4   | - | (A,C);(B,C);(A,A,C);(A,B,B);(B,B,B)              |
| Referenzgruppe | 5   |   | (C, C); (A, B, C); (B, B, C); ((D))              |
| Referenzgruppe | (6) | - | ((A, C, C)); ((A, D))                            |

**Ergebnis Referenzgruppe**

**3**

Folgen die Sozialhilfeträger und Einrichtungen den Überlegungen der Kommission zur Personalbemessung und nutzt das Bundesministerium für Gesundheit seine Verordnungsmächtigung im Sinne des heute hier Vorgetragenen, so wird für den Bereich der Eingliederungshilfe der aus fachlichen und ökonomischen Gründen gebotene Strukturwandel der psychiatrischen Versorgung von einem institutionszentrierten und angebotsorientierten zu einem personenzentrierten und bedarfsorientierten Hilfesystem im Interesse aller Beteiligten

- der Leistungsträger
  - der Leistungserbringer und insbesondere im Interesse
  - der Patientinnen und Patienten
- entscheidend gefördert.

In vergleichbarer Weise sollte – entweder durch Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern oder notfalls durch gesetzliche Vorgaben – die leistungsbezogene Finanzierung von Komplexleistungsprogrammen auch im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation geregelt werden.

## II. Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen des Sozialrechtes



## Komplexleistungsprogramme: Möglichkeiten und Grenzen ihrer Umsetzung im gegliederten Sozialrecht

Rainer Hölzke

Mein Thema hat einen inhaltlichen und einen sozialpolitischen bzw. politischen Aspekt. Auf beide werde ich im folgenden eingehen.

Wie schon in meinem Beitrag auf der Zwischenberichtstagung der Kommission 1994 in Bonn, werde ich Sie mit dem Märchen vom Hasen und Igel vertraut machen und mit einem Dilemma, was mich bei der Vorbereitung meines Beitrages stets begleitet hat:

Bei der Beschäftigung mit den Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Komplexleistungsprogrammen im gegliederten Sozialrecht wollte mir eine gewisse Zuspitzung nicht gelingen. Das hat damit zu tun, daß

- einerseits mehr möglich ist als gedacht, aber
- man schneller an die Grenzen kommt als vermutet.

**Komplexleistungen** oder Komplexleistungsprogramme – so wie wir es genannt haben – sind kurz gesagt als die Integration und Verknüpfung von wesentlichen Leistungsbestandteilen mit einem Ober- oder Hauptziel zu verstehen.

Für die Klärung der Frage, wann welcher Leistungsträger für die Erbringung welcher Leistung „eigentlich“ zuständig ist, sind zwei Prinzipien wichtig.

Das eine ist das

**Kausalitätsprinzip:** Dieses fragt nach der Ursache eines Bedarfes an Hilfen und ist allgemein maßgebend für die Zuständigkeit eines Leistungsträgers (ist die Ursache beispielsweise ein Arbeitsunfall, ist die Unfallversicherung zuständig; ist die Ursache eine Krankheit, ist die Krankenversicherung zuständig).

Für die folgende Darstellung noch wichtiger ist das

**Finalitätsprinzip:** Hierbei steht das *Ziel* von Leistungen im Vordergrund. Gemäß diesem Prinzip ist allen Personen nach Eintritt eines Bedarfes unabhängig von der Ursache die entsprechende Leistung zu gewähren.

Die finale Betrachtungsweise korrespondiert mit dem funktionalen und personenbezogenen Ansatz der Kommission und bedeutet, daß alle Hilfeleistungen zu gewähren sind, die funktional zur Erreichung eines Zieles notwendig sind, zum Beispiel auf die im Krankenversicherungsrecht genannten Ziele von Leistungen der Krankenbehandlung ausgerichtet sind und ärztlich verordnet bzw. als notwendig angesehen werden (unter anderem Heilung, Verhütung von Verschlimmerung der Krankheit oder Linderung von Krankheitsbeschwerden).

Vor diesem Hintergrund geht die Kommission davon aus, daß es sich bei personenbezogenen Komplexleistungsprogrammen in der Regel um Leistungen handelt, die von *einem* Leistungsträger zu finanzieren sind.

Um bei den *generellen Aspekten*, die beim Verhältnis von Komplexleistungen und dem gegliederten Leistungsrecht zu berücksichtigen sind, zu bleiben, seien folgende Punkte genannt:

- ambulant vor stationär
- Rehabilitation vor Pflege
- sozialrechtliche Gleichstellung von psychisch kranken mit somatisch kranken Menschen, das heißt: *Vorrang* den *vorrangigen* Leistungsträgern.

Wie schon bei dem Zusammenwirken von finaler Betrachtungsweise und funktionalem Ansatz oben geschehen, ist wiederum auf Verknüpfungen und Parallelen zwischen den genannten generellen Aspekten und dem inhaltlich-fachlichen Ansatz der Kommission hinzuweisen:

Der personenbezogene Ansatz ist am individuellen Hilfebedarf ausgerichtet. Er ist *lebensfeldbezogen*, und es ist die Hilfe zu gewähren, die notwendig ist, um das jeweilige Hilfeziel zu erreichen.

Dabei bedarf es keiner Behinderung durch die Ungleichung

- ambulant organisierte Hilfen sind gleichzusetzen mit quantitativ und qualitativ geringer, billiger und nicht integrierter Hilfeform
- stationär organisierte Hilfen sind gleichzusetzen mit quantitativ und qualitativ umfangreicherer, teurer und integrierter Hilfeform.

Um ein Motto von Willy Brandt umzudrehen: Es ist zu entkoppeln, was nicht zusammen gehört, es ist notwendig, sich von institutszentrierten und angebotszentrierten Hilfen hin zu personen- und bedarfsorientierten Hilfen zu entwickeln (die Personen haben sich nicht den Einrichtungen anzupassen, sondern die Hilfe muß zur Person kommen). Es muß eine Anpassung der Leistungserbringung an die gewählte Lebensform geben.

Hilfebedarf und Wohnform sind zu entkoppeln.

Die Diagnose bzw. das Krankheitsbild erlaubt keinen Rückschluß auf die jeweilige Hilfenotwendigkeit; es geht also um Hilfebedarfsbezogenheit und nicht um Behinderungsbezogenheit.

Aufgrund des lebensfeldbezogenen Ansatzes ist bei der Organisation psychiatrischer Hilfeleistungen darauf zu achten, daß diese gemeindepsychiatrisch ausgerichtet sind und dem Prinzip der Versorgungsverpflichtung unterliegen.

Es ist von einem umfassenden Rehabilitationsansatz auszugehen. In der Klinik zum Beispiel ist es selbstverständlich, daß ein psychisch kranker Mensch im Rahmen eines koordinierten Komplexleistungsprogramms behandelt wird. Diese Komplexleistung ist mehr als eine bloße Addition verschiedener, getrennt voneinander und nebeneinander herlaufender Therapieangebote. Das, was stationär möglich und unstrittig ist, muß auch im ambulanten Bereich möglich sein. Es ist schwer verständlich, daß hier eine bloße Addition von Leistungen nicht als problematisch angesehen wird. Eine Komplexleistung ist gerade notwendig für die psychisch kranken Menschen, die im ambulanten Bereich aufgrund ihrer Krankheit nicht zu einer selbständigen Verknüpfung der Hilfen in der Lage sind.

Dies ist häufig aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen auf der Verhaltens- und Handlungsebene der Fall.

*Zusammengefaßt heißt das Ziel in bezug auf den Kommissionsansatz und das Sozialrecht:*

Es geht darum, personen- und lebensfeldbezogene Hilfen im jeweils notwendigen Ausmaß als Komplexleistung zur Verfügung zu stellen. Im Wesentlichen wird es sich dabei um nicht stationäre Hilfeformen handeln, wobei hier nicht die erwähnte Ungleichung ambulant = wenig / billig gilt. Des Weiteren sollen die vorrangigen Leistungsträger vorrangig sein.

Diese Ausgangssituation ist im April 1997 nicht anders als zum Zeitpunkt unserer ersten Tagung im April 1994.

Die Frage damals und heute war und ist, ob dieses Ziel beim gegebenen Sozialrecht möglich ist, oder ob es (wenn ja, welche) Gesetzesänderungen geben muß.

1994 habe ich am Beispiel des Märchens vom Hasen und Igel den verzweifelten Lauf des Hasen versucht zu illustrieren, der das obige Ziel erreichen wollte, zum Teil seit 1975 (Enquête) auf dem Weg ist und immer noch, unter anderem zwischen Sozialgerichten, den Leistungsträgern und dem Gesetzgeber, hin und her läuft. Diese Stationen werden von den Igel dargestellt, im Märchen sagen sie an jeder Station: „Ich bin schon hier“.

Übersetzt für unseren Zweck bedeutet dies:

„Ich bin Dir schon wieder entwischt, Du bist weiterverwiesen, ohne daß sich etwas geklärt hat, das Ziel der Gleichstellung ist nicht erreicht“.

Auf die Untiefen (Ackerfurchen im Märchen) des gegliederten Sozialrechtes muß ich hier nicht weiter eingehen, dies werden meine NachrednerInnen zum Teil machen.

Bevor ich zu den Vorschlägen der Kommission komme, ist kurz auf einige Aspekte der geänderten sozialpolitischen Situation einzugehen:

- Das Märchen vom Hasen und Igel beginnt folgendermaßen:  
„Diese Geschichte hört sich recht verlogen an, Jungens, aber wahr ist sie doch.“ – So ist es mir gegangen, als ich im März diesen Jahres in der Frankfurter Rundschau unter der Überschrift „Beim Abbau von sozialen Leistungen ist Deutschland Spitze“ folgendes las:  
„Deutschland liegt – was Tempo und Ausmaß des Sozialabbaus angeht – nach Angaben von Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU) im Vergleich zu den wichtigsten Partnerländern in Europa an der Spitze. Wenn man die notwendigen Sozialleistungen für die deutsche Wiedervereinigung ausklammert, läßt Westdeutschland dabei alle anderen Nachbarländer hinter sich: Es weist nach Italien die zweitniedrigste Belastungsquote mit sozialen Leistungen in Europa auf.“
- Die zunehmende Budgetierung von Ausgaben im Bereich der Krankenkassen in der letzten Zeit führt dazu, daß diese in Widerspruch geraten bzw. zu

geraten drohen zu den individuellen Leistungsansprüchen von einzelnen versicherten Personen. Nicht von ungefähr, gibt es in Heft 3 aus 1997 des Nachrichtendienstes des Deutschen Vereins einen Artikel mit der Überschrift: „Verfassungsrechtliche Implikationen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen“. Die zunehmende Aushebelung der Psychiatrie Personalverordnung ist somit als eine heimliche, staatliche Rationierung von Gesundheitsleistungen anzusehen.

- Dies leitet zu meiner letzten Anmerkung zur veränderten sozialpolitischen Situation über. Im Rahmen der sogenannten 3. Stufe der Gesundheitsreform war unter anderem beabsichtigt, Rehabilitationsleistungen nicht mehr als Pflichtleistungen der Krankenversicherungen bestehen zu lassen. Diese Position konnte sich nicht durchsetzen, und im Rahmen des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (2. NOG) wird es zu Änderungen im 4. Kapitel des SGB V kommen, das die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern regelt. Hier scheint es Parallelen zum neuen BSHG zu geben. Es soll unter anderem ein neuer § 111 a (Thema: Rahmenvertrag über Vor- und Rehabilitationsmaßnahmen) eingeführt werden. Hierauf wird Frau Hüllen in ihrem Referat näher eingehen.

In der Begründung für diese Gesetzesänderung wird davon gesprochen, daß „die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Leistungsbereich Kuren und Rehabilitation erweitert werden soll“. Vertragsgegenstand seien Angelegenheiten von „grundsätzlicher Bedeutung, die bundeseinheitlich geregelt und gehandhabt werden sollten“. In der Sozialpolitischen Umschau des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung (Ausgabe 11/1997) steht, daß es das Ziel des 1. und 2. NOG´s sei, „die Leistungsfähigkeit und *Finanzierbarkeit* der sozialen Krankenversicherung auf eine solide Grundlage zu stellen.“

Es „sollen im Rahmen von partnerschaftlichen Lösungen unter Einbeziehung der Leistungserbringer in diesen Bereichen die Voraussetzungen für eine wirtschaftliche und qualitätsorientierte Versorgung geschaffen werden.“ Über die Erweiterung der Kompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln, Häuslicher Krankenpflege sowie Kuren und Rehabilitationsleistungen und über das Instrument von Rahmenempfehlungen soll das sogenannte „Partnerschaftsmodell“ verwirklicht werden. „Mit diesem Konzept wird das Ziel verfolgt, Versorgungsniveau und Versorgungseffizienz bei Heilmitteln-, Kuren und Rehabilitationsleistungen sowie Häuslicher Krankenpflege zu verbessern. Die hohen Steigerungsraten, die diese Leistungsbereiche in den letzten Jahren zu verzeichnen hatten, zeigen, daß auf solche Maßnahmen zur Vermeidung weiterhin überproportionaler Zuwächse nicht verzichtet werden kann.“ (a.a.O. S. 23)

Andererseits ist festzuhalten, daß es im Rahmen des 2. NOG´s in bezug auf Rehabilitationsleistungen zu keinen Leistungseinschränkungen gekommen ist. Von daher ist das 2. NOG kein Hinderungsgrund für die Umsetzung des Kommissionsvorhabens. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß nicht abschätzbar ist, wann dieses sogenannte Partnerschaftsmodell installiert sein wird

und wie partnerschaftlich es sein wird. Hier wird es sicher kurz- bis mittelfristig keine Ergebnisse geben.

Nicht zu unterschätzen sind zwei nicht so bekannte aber wichtige positive Ereignisse der letzten drei Jahre:

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat am 02.11.1995 „Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ verabschiedet und dann veröffentlicht. Ich zitiere aus dem Vorwort dieser Veröffentlichung: „Mit den Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation wird ein Konzept für den Auf- und Ausbau ambulanter / teilstationärer Rehabilitationsangebote zur Sicherstellung von wohnortnahen Rehabilitationsmöglichkeiten und einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur vorgelegt. Durch die Schaffung derartiger Strukturen soll die Integration der Rehabilitanden in das gewohnte berufliche und soziale Umfeld gewährleistet und vorhandene Selbsthilfepotentiale unter alltagsnahen Bedingungen verstärkt erschlossen werden. Für einen bestimmten Personenkreis sollen ambulante / teilstationäre Rehabilitationsleistungen bedarfsgerecht unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes vorgehalten werden.“
- Nicht zu unterschätzen ist schließlich die Tatsache, daß viele der ca. 60 medizinischen bzw. medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen in Deutschland (RPK), deren Arbeit überwiegend von Beginn an stationär organisiert war, zunehmend dazu übergegangen sind, teilstationäre Hilfsangebote zu machen.

Die Kommission hatte im April 1994 einige Vorschläge für Gesetzesänderungen gemacht. Dabei handelte es sich inhaltlich um:

- die Absicherung von Soziotherapie im nicht-stationären Bereich
- die (bessere) Ermöglichung von ambulanter Rehabilitation für psychisch kranke Menschen.

Zu diesen Änderungen ist es bekanntlich bis jetzt nicht gekommen, was also hat die Kommission in bezug auf Leistungsträger in den vergangenen drei Jahren gemacht?

Die Kommission hat zur Tagung als Psychosoziale Arbeitshilfe 11 des Psychiatrie-Verlages die Kurzfassung ihres Abschlußberichtes für das Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht. Dort können Sie im Kapitel 2.3 mit der Überschrift „Die Umsetzung von integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen im gegliederten System der sozialen Sicherung“ ab Seite 63 die jetzt von uns vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ausführlich nachlesen.

Dabei geht es zum einen um einen Novellierungsvorschlag in bezug auf psychiatrische Institutsambulanzen. In der Zielsetzung, die ambulante Versorgung verstärkt auf eine Vermeidung stationärer Therapie auszurichten und die Voraussetzungen für eine Verbesserung der Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten zu schaffen, wird die Novellierung von § 118 SGB V mit dem Ziel vorgeschlagen, die grundsätzliche Ermächtigung von Psych-

iatischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Versorgungsverpflichtung für eine definierte Region zu regeln und dabei als Auftrag die Erbringung von sozialpsychiatrischer Behandlung in Form von Komplexleistungsprogrammen durch multiprofessionelle Teams vorzusehen.

Um den Leistungsumfang von Rehabilitationsleistungen einschließlich Koordination und Abstimmung, der im Rahmen von stationären Komplexleistungen möglich ist, auch nicht-stationär explizit zu ermöglichen, werden Änderungen der diesbezüglichen Paragraphen des Kranken- und Rentenversicherungsrechtes vorgeschlagen; im *Rentenversicherungsrecht* bezieht sich dies sowohl auf medizinische als auch auf berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation.

Im Rahmen unserer Arbeit haben wir verschiedentlich Vorschläge zur Absicherung von soziotherapeutischen Leistungen im nicht-stationären Bereich gemacht. Zu Aspekten dieses Themas wird sich Frau Hüllen ausführlicher äußern.

Da im Bereich des BSHG die Umsetzung des Prinzips des Vorrangs der offenen Hilfen durch die problematische Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen dem örtlichen Träger der Sozialhilfe (für ambulante Leistungen nach § 99 BSHG) und dem überörtlichen Träger (für teilstationäre und stationäre Leistungen nach § 100 BSHG) erschwert bzw. verhindert wird, macht die Kommission den Vorschlag, gemäß § 99 BSHG durch Bundes- oder Landesgesetze eine Änderung herbeizuführen im Sinne der übergreifenden Finanzierungszuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Dafür spricht unter anderem, daß

- er eher in der Lage ist, einen gleichmäßigen, dem regionalen Bedarf entsprechenden Auf- und Ausbau ambulanter Hilfsangebote zu steuern;
- die durch Kapazitätsabbau im stationären Bereich frei werdenden Mittel unmittelbar zugunsten des Aufbaus ambulanter Hilfen umgeschichtet werden können.

Nachdem sich die Kommission – da es hier den größten Nachholbedarf gab und gibt – hauptsächlich um Aspekte der vorrangigen Leistungsträger gekümmert hat, verstärkte sie gegen Ende ihrer Arbeit ihre Anstrengungen in bezug auf das BSHG.

Bekanntlich kommt es im Rahmen der Reform des Sozialhilferechts unter anderem zu einer Neugestaltung hinsichtlich der Preis- und Leistungsvereinbarungen. Eine Aufteilung in Maßnahmepauschale, Investitionsbetrag und (bei stationären und teilstationären Maßnahmen) Grundpauschale für Unterkunft und Verpflegung ist vorzunehmen. Eine Stufung der Maßnahmepauschale durch Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf (sogenannte Referenzgruppen) ist dabei vorgegeben. Nach § 93 d erhält das Bundesgesundheitsministerium die Ermächtigung für eine Rechtsverordnung, die Festlegungen trifft zu den den Vergütungspauschalen zugrunde zu legenden Kostenarten und -bestandteilen sowie der Investitionsbeträge, des weiteren zu Inhalt und Kriterien für die Ermittlung und Zusammensetzung der Maßnahmepauschale sowie für die Merkmale für die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf sowie die Zahl dieser zu bildenden Gruppen.

Ogleich die Kommission im Auftrage des BMG arbeitete (mit dem Auftrag, unter anderem Vorschläge zur Personalbemessung zu entwickeln), gab eine andere Abteilung des BMG in Unkenntnis dieser Tatsache einen Projektauftrag unter anderem zur Bildung der Referenzgruppen an die Kirchliche Dienstleistungs- und Beratungsgesellschaft für soziale Einrichtungen mbH (KDsE) in Nürnberg.

Nach Bekanntwerden der ersten Arbeiten der KDsE bemühte sich die Kommission darum, daß der von ihr erarbeitete Ansatz in die weiteren Überlegungen des BMG einbezogen wird, am besten zur Grundlage der Bildung der Referenzgruppen gemacht wird.

Von daher wird die Kommission einen eigenen Vorschlag zur Bildung der Referenzgruppen nach § 93 a BSHG machen und in Kürze veröffentlichen und den Ministerien etc. zuleiten.

Die Kommission ist der Auffassung, daß der von ihr erarbeitete Vorschlag eine sehr gute Grundlage für die entsprechenden Vorhaben im Rahmen der BSHG-Reform bildet und nicht die Nachteile des Modells der KDsE enthält.

Zu diesen (Nachteilen) zählen insbesondere:

- Der institutionsbezogene, ausschließlich stationär ausgerichtete Ansatz, der als rechtlich zweifelhaft und fachlich verfehlt anzusehen ist (er widerspricht § 3 BSHG: Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles zu gewähren und § 3 a: dem Vorrang der offenen Hilfen).
- Die KDsE konstruiert einen unzulässigen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß einer Beeinträchtigung und der daraus resultierenden Hilfebedürftigkeit.
- Zwangsläufig fehlt ein Lebensfeldbezug.
- Inhaltlich wird sich überwiegend an Pflegeaspekten und nicht an Eingliederungs- und Rehabilitationsaspekten orientiert.
- Methodisch enthält der Ansatz erhebliche Schwächen und Zirkelschlüsse.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, daß in Hamburg und in Rheinland-Pfalz bei der Bildung der Referenzgruppen für psychisch kranke Menschen in Absprache mit den jeweiligen Trägern der Sozialhilfe der Kommissionssatz zur Grundlage gemacht werden.

Auf einen Schwerpunkt dessen, was die Kommission in den letzten drei Jahren in bezug auf das Leistungsrecht gemacht hat – und hier sind wir jetzt wieder bei den vorrangigen Leistungsträgern -, sei abschließend etwas ausführlicher eingegangen.

Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, einem bundesweiten Zusammenschluß unter anderem sämtlicher Sozialleistungsträger, „hat sich eine Arbeitsgruppe der Vertragspartner der Empfehlungsvereinbarung RPK konstituiert, in der Anforderungen an die Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen erarbeitet werden sollen, die – in Fortführung der RPK-Konzeption – Möglichkeiten einer umfassenden und ganzheitlichen Rehabilitation aufzeigen, die in den konkreten Lebensfeldern der betroffenen Personen ansetzt. Diese Arbeitsgruppe hat einen Entwurf für Anforderungen und Quali-

tätskriterien zur Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter erarbeitet, der im wesentlichen auf der Empfehlungsvereinbarung RPK sowie den Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation der BAR basiert. Die erarbeiteten Anforderungen und Qualitätskriterien eröffnen eine sinnvolle Perspektive, ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung miteinander zu verknüpfen und aus einem Guß zu gestalten.“ (Geschäftsbericht der BAR 1995 / 1996, Seite 19 / 20).

In der zitierten Arbeitsgruppe wurde unter Beteiligung von Mitgliedern der Kommission ein Grundlagenpapier erarbeitet mit dem Titel „Die Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen – Anforderungen und Qualitätskriterien“ (Stand: 02.08.1995) bzw. „Gegenwärtiger Stand der Überlegungen zur Modifizierung der Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte“ (Stand: 29.07.1996). Diese Papiere spiegeln den gegenwärtigen Diskussionsstand wider, sie stellen keine in Gremien der BAR verabschiedete Konzeption dar.

Von seiten der Kommission hatte diese Arbeitsgruppe das Ziel, herauszufinden, inwieweit der Kommissionsansatz (Stichwort: vorrangig finanzierte ambulante Komplexleistung im Lebensfeld) unter Ausschöpfung des bestehenden Sozialrechts und vorhandener Empfehlungsvereinbarungen ermöglicht werden kann oder ob, und wenn ja aus welchen Gründen, dafür gesetzliche Änderungen notwendig sind.

Im Kreise der an dieser Arbeitsgruppe im Vorfeld beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Sozialversicherungsträger überwog die Auffassung, daß zur Umsetzung keine Gesetzesänderungen von Nöten sind.

Aufgrund der Probleme im Zusammenhang mit den Vorschlägen des Bundesgesundheitsministeriums zur sogenannten 3. Stufe der Gesundheitsreform (Stichwort: Rehabilitationsleistungen nicht mehr als Pflichtleistungen) geriet die weitere Beschäftigung mit diesem Papier innerhalb der Arbeitsgruppe ins Stocken bzw. kam zum Stillstand.

Momentan wird versucht, in einzelnen Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern / Saarland / Rheinland-Pfalz / Hessen) zu einer probeweisen Umsetzung dieses Ansatzes zu kommen, um den Stillstand nicht Stillstand sein zu lassen.

Abschließend erwähne ich das vom BMG geförderte Projekt

„Sozialrechtliche Grundlagen für die Erbringung von Komplexleistungsprogrammen in der ambulanten und komplementären Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen unter Berücksichtigung der individuellen und regionalen Steuerbarkeit des Ressourceneinsatzes“,

das vom Dezember 1996 bis März 1998 unter der Regie der AKTION PSYCHISCH KRANKE läuft.

Mein Thema hieß: Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung von Komplexleistungsprogrammen im gegliederten Sozialrecht.

Wie Sie gehört haben, gibt es viele Möglichkeiten, Grenzen und Hindernisse.

Zu letzteren stellt Herr Rössler in einem Artikel

(Die Rehabilitation, Nr. 33, 1994, Seite 1 ff) fest:

„Die Hindernisse der psychiatrischen Rehabilitation gründen sich heute vor al-

lem in der sozialrechtlichen Benachteiligung chronisch psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken und Behinderten ... Die Schwierigkeiten der heutigen psychiatrischen Rehabilitation resultieren weniger aus dem Mangel an wissenschaftlich begründeten und überprüften Rehabilitationsverfahren, sondern gründen vor allem in der Anwendungspraxis des Sozialrechts.“

Wie ist jetzt mit Möglichkeiten und Grenzen umzugehen? Ich meine, daß alle Möglichkeiten genutzt werden müssen, um Grenzen zu überwinden. Grenzen sind von Menschen gemacht und haben mit Interessen zu tun.

Im Märchen vom Hasen und Igel benutzt das Igelpaar eine List, um den läuferisch weit überlegenen Hasen ins Leere laufen zu lassen, indem sich am jeweiligen Ende der Ackerfurche Herr Igel und Frau Igel hinstellen, beim Loslaufen dieses nur kurz antäuschen, sich dann ducken und ruhig sitzen bleiben, um dem zunehmend luftknapperen Hasen jeweils mitzuteilen: „Ich bin schon hier“.

Für meinen Vortrag mußte ich, um das Problem zu verdeutlichen, den Hasen mit mehr Sympathiewerten versehen als im Märchen. Dort ist er läuferisch überlegen, mächtig hochnäsiger und stirbt aufgrund der List der Igel letztendlich.

Die Kommission in Gestalt des so umbewerteten Hasen ist sich darüber im Klaren, daß es in den letzten 25 Jahren diverse Gesetzesänderungsvorschläge gegeben hat, die zu Verbesserungen der Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und zur sozialrechtlichen Gleichstellung von psychisch kranken Menschen führen sollten. Es hat also nicht an Vorschlägen gefehlt und es liegt auch nicht an diesen, daß bislang kein Durchbruch gelang.

Das gleiche Schicksal wie die bisherigen Initiativen werden die hier gemachten Vorschläge der Kommission erfahren, sofern sich kein politischer Akteur findet, der *sowohl* über die politische Macht (im Sinne der parlamentarischen Mehrheit in den gesetzgebenden Organen oder einer Mehrheit bei den verschiedenen Leistungsträgern) *als auch* über den entsprechenden politischen Gestaltungswillen, gepaart mit den notwendigen inhaltlichen Vorstellungen, verfügt.

Ich wünsche also dem Hasen viel Luft, daß er so lange bereit und in der Lage ist, für sein Ziel zu laufen, bis er es dann schließlich erreicht.

Vielleicht ist diese Tagung ein weiterer Schritt in diese Richtung.

Mit dieser märchenhaften Überleitung möchte ich meinen Vortrag beenden.

# Die Gestaltung und Finanzierung von integrierten Rehabilitations- und Behandlungsprogrammen durch die Gesetzliche Krankenversicherung

*Barbara Hüllen*

## **1. Einleitung**

Ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung war die Psychiatrie-Personalverordnung. Hier hatte sich der Verordnungsgeber u. a. das Ziel gesetzt, durch eine hohe Personalausstattung der stationären psychiatrischen Einrichtungen möglichst viele Patientinnen und Patienten zu einem selbständigen Leben außerhalb der Klinik zu befähigen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der bedarfsgerechte Ausbau des ambulanten Bereichs.

Die Notwendigkeit zum Ausbau solcher Strukturen einerseits und die knapper werdenden Sozialressourcen andererseits umreißen das Spannungsfeld, in dem sich die Psychiatriereform, und damit auch der psychisch kranke Mensch, bewegt. Die aus medizinischen, humanitären und ökonomischen Gründen gebotene frühestmögliche Krankenhausentlassung scheitert noch oft am Fehlen oder an der mangelhaften Finanzierung der notwendigen ambulanten Leistungen. Eine Ursache dafür liegt auch in der nicht immer ausreichenden Beteiligung der Krankenversicherung und der Rentenversicherung als vorrangige Kostenträgerinnen der Rehabilitation. Dabei scheitert das Mitwirken auch und nicht unwesentlich an den legislativen Unzulänglichkeiten entscheidender Gesetzespassagen. Möglicherweise ist die unbefriedigende und unzureichende Anwendungspraxis leistungsrechtlicher Grundlagen auch ein Spiegelbild für die grundsätzlichen Schwierigkeiten der Gesellschaft im Umgang mit psychisch Kranken.

Im folgenden will ich versuchen, die Leistungsansprüche psychisch Kranker aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung auch unter Einbezug der „Spargesetze“ darzulegen und das Modell der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker als eine Möglichkeit zur Problemlösung aufzuzeigen. Dazu erscheint zunächst ein Überblick über die vorhandenen Angebote zum Verständnis des Themas erforderlich, wobei ich mich auf die ambulanten medizinischen Leistungen beschränken möchte.

## **2. Die medizinische Rehabilitation**

Die Rehabilitation konzentriert sich auf die Aktivierung, Förderung und den Ausbau der noch verfügbaren Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten. Dabei geht es vornehmlich um die Personen, bei denen aufgrund einer Chronifizierung der Erkrankung die selbständige Lebensführung, die Teilnahme am gesellschaft-

lichen Leben oder die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen frühzeitig einsetzen, ganzheitlich alle im Einzelfall notwendigen Hilfen umfassen und bedarfsgerecht und nahtlos gewährt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sind neben den medizinischen Leistungen auch Leistungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation erforderlich.

Die medizinische Rehabilitation bildet in der Regel die Basis für die weiteren Rehabilitationsarten. Sie schafft diese Voraussetzungen durch die Behandlung des eingetretenen Schadens, der funktionellen Einschränkungen, der beeinträchtigten Alltagskompetenz und den Beeinträchtigungen der beruflichen und sozialen Fähigkeiten. Für die psychiatrische Rehabilitation ist zusätzlich der Aufbau von Motivation, die Entwicklung verbliebener Fähigkeiten und die Stärkung des Willens zur Krankheitsbewältigung von Bedeutung.

### 2.1 Die „Bausteine“ des ambulanten medizinischen Bereichs

Der in aller Regel ärztlich geleitete, multiprofessionell arbeitende und den Gesundheitsämtern zugeordnete *Sozialpsychiatrische Dienst* gilt als einer der Grundbausteine des gemeindepsychiatrischen Verbundes. Er soll beratende, vorsorgende, nachgehende und intervenierende Hilfen leisten. Obwohl er als ambulant-aufsuchender Dienst die Möglichkeit zu Krisenintervention und Case-Management vorhalten sollte, ist der Sozialpsychiatrische Dienst in aller Regel zu schlecht ausgestattet, um den veränderten fachlichen Anforderungen wirklich gerecht werden zu können. Die Aufgabenfelder des Sozialpsychiatrischen Dienstes überschneiden sich mit denen der *Institutsambulanzen*, die zumeist psychiatrischen Krankenhäusern angegliedert sind. Diese sollen vornehmlich die Nachsorge krankenhausesentlassener und rückfallgefährdeter Patienten und Patientinnen leisten. Dies gilt insbesondere für die Patientinnen und Patienten, die vom *niedergelassenen (Fach-)Arzt* nicht mehr versorgt werden können. Dieser hat, neben der eigentlichen Behandlung, bei der Steuerung des Rehabilitationsgeschehens eine zentrale Funktion und die erforderlichen Reha-Maßnahmen einzuleiten. *Sozialstationen* erbringen ambulante Dienste der häuslichen Kranken-, Familien- und Altenpflege. Nach Möglichkeit leisten sie auch eine aktivierende begleitende Betreuung. Zunehmend werden auch *nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten* in die Rehabilitation einbezogen. Sie bearbeiten vor allem die aktuellen Probleme und Konflikte der Betroffenen und leisten Hilfe bei der Bewältigung der Krankheit. *Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen* nehmen neben der Behandlung, auch bei der Berufsvorbereitung, in Form von Belastungserprobungen und Arbeitstherapie, eine wichtige Rolle ein.

Dieser Überblick macht deutlich, wie wenig transparent und auch für Expertinnen und Experten schwer durchschaubar die Leistungsangebote allein in diesem, überwiegend medizinischen Bereich für psychisch Kranke sind. Noch schwieriger ist es, dann den zuständigen Leistungs- und Kostenträger zu ermitteln.

## *2.2 Leistungsrechtliche Grundlagen der Rehabilitation*

In der Bundesrepublik existiert kein einheitliches Rehabilitationsrecht. Neben den vorrangigen Kostenträgerschaften der Sozialversicherungen findet sich im breiten Umfang auch die Kostenträgerschaft der Sozialhilfeträger, welche, in bezug auf die Grundsätze unseres Systems der sozialen Sicherung, als nachrangig zu bezeichnen ist.

In § 4 Abs. 2 Nr.1 SGB I ist für jeden Sozialversicherten das Recht auf „die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit“ festgehalten. Für alle Sozialleistungsbereiche gemeinsam faßt § 10 SGB I die Zielvorstellungen des Gesetzgebers zur Eingliederung zusammen: „Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist, oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um erstens die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern, zweitens ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“

Hiermit sollte einer zielgerichteten umfassenden Rehabilitation im Sinne des Finalprinzips zum Durchbruch verholfen werden. Es handelt sich allerdings nicht um einklagbare Rechtsansprüche.

## *2.3 Leistungen der Krankenkassen*

Im gesamtem Leistungsspektrum trägt die Krankenversicherung neben der kurativ-medizinischen Versorgung auch Maßnahmen zur Rehabilitation. Ziel ist gemäß § 1 Satz 1 SGB V die Besserung, Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit. Der Anspruch auf Krankenbehandlung gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB V beinhaltet die Erkennung, Heilung, Verhütung und Linderung von Krankheitsbeschwerden. Rehabilitationsleistungen kommen gemäß § 11 Abs. 2 SGB V zur Vorbeugung bei drohender Behinderung, zur Beseitigung oder Besserung einer Behinderung und zur Minderung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit in Betracht. In § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird ausdrücklich hervorgehoben, daß insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und der medizinischen Rehabilitation den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Desweiteren gelten die Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“.

Im Rahmen der Krankenbehandlung nimmt der niedergelassene Arzt bzw. die niedergelassene Ärztin eine Schlüsselstellung ein, da die Leistungen der anderen Berufsgruppen durch ihn/sie verordnet werden müssen. Im Gegensatz zur stationären Behandlung, in Form einer Komplexleistung, werden im ambulanten Versorgungsbereich bisher nur nebeneinanderstehende Einzelleistungen gewährt.

Die ambulanten Leistungen der Krankenkassen umfassen neben der ärztlichen Versorgung auch Arzneimittel, Psychotherapie, häusliche Krankenpflege,

Haushaltshilfen, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Heilmitteln. Zu den Heilmitteln gehören auch die Leistungen der Ergotherapie, wie Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie oder Belastungserprobung. Falls die Schwere einer Erkrankung die schrittweise Erhöhung der Belastung erforderlich macht, besteht die Möglichkeit, Leistungen zur stufenweisen Wiedereingliederung in Anspruch zu nehmen.

Bei den Leistungen ist vor allem die Gewährung soziotherapeutischer Maßnahmen umstritten. Bei Suchtbehandlungen oder psychiatrischer Krankenhausbehandlung sind sie längst ein Bestandteil der Behandlung, aber ihre Anwendung in der ambulanten Rehabilitation ist aus verschiedenen Gründen umstritten.

Bevor ich auf diese Problematik näher eingehe, möchte ich noch kurz auf die geplanten Neuregelungen durch das 1. und 2. NOG, die sich auf die Versorgung psychisch Kranker auswirken werden, eingehen.

### 3. Gesetzliche Neuregelungen

Grundsätzlich bleiben die Leistungsansprüche – wie oben beschrieben – bestehen. Allerdings werden die Leistungen für die Versicherten insgesamt teurer.

Nach den Fraktionsbeschlüssen ergeben sich für die Zukunft (geplant ist ab dem 1. Juli 1997, falls das 2. NOG bis dahin in Kraft tritt) folgende Zuzahlungserhöhungen:

|                                 |  |              |                  |
|---------------------------------|--|--------------|------------------|
| <b>Arzneimittel:</b>            | je nach Packungsgröße  | von 4 DM     | auf 9 DM         |
|                                 |  | von 6 DM     | auf 11 DM        |
|                                 |  | von 8 DM     | auf 13 DM        |
| <b>Verbandsmittel:</b>          |  | von 4 DM     | auf 9 DM         |
| <b>Krankenhaus:</b>             | je Tag für bis zu  | von 12 DM    | auf 17 DM (West) |
|                                 | 14 Tagen jährlich  | von 9 DM     | auf 14 DM (Ost)  |
| <b>Fahrtkosten:</b>             | (vorher beschlossen)   | von 20 DM    | auf 25 DM        |
| <b>Heilmittel:</b>              | proz. Kostenanteil   | von 10 v. H. | auf 15 v. H.     |
| <b>Zahnersatz:</b>              | Festzuschuß wird um 5 v. H. gekürzt  |              |                  |
| <b>Kuren und Reha-Maßnahmen</b> | Von Erhöhung ausgenommen, weil Zuzahlung schon zu Jahresbeginn 1997 auf 25 DM (West) bzw. 20 DM (Ost) erhöht wurde                               |              |                  |
| <b>Überforderungsklausel:</b>   | Für chronisch Kranke wird die Zuzahlung auf 1 v. H. des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt. Für die übrigen Versicherten bleibt es bei 2 v. H. |              |                  |

Abb. 1

Zu diesen generellen Zuzahlungserhöhungen für alle Krankenkassen werden sich noch die im 1. NOG kassenindividuellen Zuzahlungserhöhungen als Folge der Koppelung mit Beitragsatzerhöhungen gesellen. Dies soll bei Beitragssatz-

erhöhungen ab dem 11. März 1997 der Fall sein. Vorgesehen sind je 0,1 Prozentpunkte Beitragssatzerhöhung sowie weitere Zuzahlungserhöhungen um 1 DM bzw. 1 v. H.

Mit dem 2. NOG sollen auch erstmalig Rahmenempfehlungen im Vorsorge- und Rehabilitationssektor entwickelt werden. Diese Rahmenempfehlungen sollen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen abgegeben werden. Die Inhalte der Empfehlungen sind bereits vom Gesetzgeber vorgegeben. Geregelt werden sollen

- 
1. die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
  2. ein Katalog von Indikationen,
  3. die individuellen Voraussetzungen für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten,
  4. aus medizinischen Gründen notwendige Abweichungen von der gesetzlichen Regeldauer von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
  5. Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Vertragsärzten und Krankenhäusern,
  6. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
  7. Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
  8. Maßnahmen zur Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens.
- 

Abb. 2

Damit der gesamte Abstimmungsbedarf nicht zu gering bleibt, ist darüber hinaus vorgesehen, daß die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V (Reha-Richtlinien) berücksichtigt werden müssen. Dort heißt es, daß vor der Entscheidung über diese Richtlinien wiederum den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Diese Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Wer die unterschiedlichen Interessenlagen der einzelnen Leistungserbringer und Beteiligten kennt, mag sich vorstellen, daß das gesamte Verfahren sehr schwerfällig sein wird, und nicht unbedingt erfolgreich.

#### **4. Modell „Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker“**

Nach diesem groben Überblick über die Versorgungsstrukturen, die unterschiedlichen Reha-Maßnahmen und die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversi-

cherung möchte ich, anknüpfend an die vielfach geäußerte Kritik der Übernahme ergänzender Leistungen zur Rehabilitation – in diesem Fall der Soziotherapie – auf das Modell der Spitzenverbände der Krankenkassen hinweisen.

Seit dem 1. Januar 1995 läuft der Modellversuch der Krankenkassen „Vereinbarung zur modellhaften Umsetzung und Evaluation eines Konzeptes zur ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker“. In dem Modellprojekt werden soziotherapeutische Maßnahmen als integraler Bestandteil eines koordinierten Komplexleistungsprogrammes gesehen. Sie beinhalten verhaltens- und gesprächstherapeutische Elemente als stützende Begleitung zur Koordination des Reha-Prozesses.

Die Begrenzung auf je 60 Maßnahmen zu maximal 45 Minuten kann innerhalb des Leistungszeitraums von 3 Jahren um die gleiche Zahl erweitert werden. Die Behandlungseinheit kann auch auf 15 oder 30 Minuten aufgeteilt werden. Für 45 Minuten ist eine pauschale Förderung von 57,- DM vorgesehen. Dazu sind 12 Maßnahmen als Gruppen- oder Einzelgespräch mit Bezugsperson möglich. Die Finanzierung erfolgt als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 43 SGB V.

Erreicht werden sollen schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit zeitlich begrenztem Rehabilitationsbedarf, wobei Motivation und die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme weitere Voraussetzungen sind. Das Verfahren beinhaltet einen Antrag des/der Versicherten, ein ärztliches Gutachten und die Erstellung eines Rehabilitationsplanes. Dieser muß über die Vorgeschichte, die Funktionsbeeinträchtigung, die Zielsetzung, die Motivation, die Prognose und die geplanten Maßnahmen Auskunft geben.

Die Begleitforschung dieses Modells geht der Wirksamkeit, der eindeutigeren Beschreibung, der Abgrenzung von psychosozialen Maßnahmen und Entlastungseffekten sozialtherapeutischer Leistungen im stationären Bereich nach.

Bis Januar 1997 wurden in den drei Modelleinrichtungen bei 118 Patientinnen und Patienten soziotherapeutische Maßnahmen begonnen. Insgesamt erhielten bislang 51 Patienten mehr als 60 Stunden Soziotherapie. Das Kontingent von maximal 120 Stunden wurde erst bei neun Patienten ausgeschöpft. Vor dem Hintergrund, daß sich die meisten der in das Modellprojekt integrierten Patientinnen und Patienten noch in der ersten Phase befinden, können noch keine abschließenden Erfahrungen berichtet werden. Einzelne Fallberichte belegen jedoch schon jetzt recht deutlich, daß durch die engmaschige medizinische und soziotherapeutische Behandlung Klinikeinweisungen mit in der Vergangenheit mehrwöchigem Aufenthalt erfolgreich vermieden werden konnten.

Nach bisher vorliegenden Erkenntnissen der Begleitforschung kann die ambulante Soziotherapie wie folgt definiert werden:

Sie ist durch mehrere Merkmale charakterisiert, die in ihrer Kombination eine trennscharfe Abgrenzung von anderen Therapiemaßnahmen und von Maßnah-

men der sozialen Rehabilitation ermöglichen. Diese Merkmale sind im einzelnen:

- 
1. enge Indikationsstellung
  2. Fokussierung auf Probleme der sozialen Rollenerfüllung
  3. klare Definition der Behandlungsziele
  4. Teil einer ärztlich verantworteten Komplexleistung
  5. zeitliche Begrenzung der Maßnahmen
  6. Einbindung in einen institutionellen Rahmen
- 

*Abb. 3*

Der Zwischenbericht über das Modell wird im Mai vorliegen. Von den Ergebnissen wird es abhängen, ob und wie die Leistung „Soziotherapie“ zukünftig finanziert werden kann. Als eine Möglichkeit kann die Aufnahme in die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien gesehen werden, auch käme der Abschluß einer Empfehlungsvereinbarung in Anlehnung an die Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Suchtkranker“ in Betracht. Vor dem Hintergrund des auf den Reha-Trägern insgesamt lastenden Kostendrucks sind intensive Diskussionen innerhalb der Krankenkassen, aber auch mit den übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation, und hier insbesondere mit der Rentenversicherung, erforderlich.

### **5. Fazit**

Die aufgeführten Bausteine der ambulanten Rehabilitation, das Modellprojekt der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie andere Strategien, die hier nicht erwähnt wurden, wie z.B. die RPK-Vereinbarungen, machen deutlich, daß für eine sachgerechte Rehabilitation zwei Bedingungen erfüllt werden sollten:

1. Die Rehabilitation sollte als Komplexleistung angeboten werden.
2. Wege für eine Regelfinanzierung mit klaren Zuständigkeiten müssen gefunden werden.

Die Etablierung von Komplexleistungssystemen bedarf

- eines Anforderungsprofils mit wissenschaftlich begründetem Therapiekonzept
- der Bereitschaft zu Kooperation und Versorgungspflicht
- der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- der ärztlichen Gesamtverantwortung
- und einer ausreichenden Ausstattung, Multiprofessionalität und eines Qualitätssicherungskonzeptes.

Eine Regelfinanzierung, sinnvollerweise als Komplexleistung und im Rahmen einer Mischfinanzierung, setzt eine ausreichende Anschubfinanzierung für den ambulanten Bereich voraus. Dabei wird bei der Mischfinanzierung neben einer sehr engen Kooperation aller an der Rehabilitation Beteiligten auch der klare

politische Wille nötig sein. Umstrukturierungsprozesse in dieser Größenordnung sind ohne politische Gunst kaum denkbar.

Vielleicht bietet der personenbezogene Ansatz der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ ausreichend Grundlagen, die Diskussion um die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker zu beenden und mit der Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse zu beginnen.

## Die Gestaltung von integrierten Rehabilitations- und Behandlungsprogrammen durch die Rentenversicherungsträger

Walter Heinen

### **1. Aufgabe der Rehabilitation in der Rentenversicherung**

Die Aufgabe der Rehabilitation ist in § 9 Abs. 1 Sozialgesetzbuch VI festgelegt:

*„Die Rentenversicherung erbringt medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, um*

- 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und*
- 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.*

*Die Leistungen zur Rehabilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreicher Rehabilitation nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.“*

Der Rentenversicherung ist danach die Verfolgung eines spezifischen Rehabilitationszieles auferlegt – nämlich Leistungen zu erbringen, die erforderlich sind, um ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder Versicherte wieder in das Erwerbsleben einzugliedern.

Hier zeigt sich ein wesentlicher Unterschied zur Rehabilitationsaufgabe der Krankenversicherung: Rehabilitationsleistungen in der Rentenversicherung werden nicht schon um der Gesundheit selbst willen ausgelöst, sondern nur um des Ziels einer günstigen Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit!

Daraus folgt: Die Aufgabenstellung der Rentenversicherung im Bereich der Rehabilitation ist nicht gleichbedeutend mit dem allgemeinen Rehabilitationsbegriff. Dieser ist umfassender, als dies bei der Aufgabenstellung der Rentenversicherung der Fall ist.

§ 1 Abs 1 RehaAnglG vom 7. August 1974:

*„Die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation im Sinne dieses Gesetzes sind darauf auszurichten, körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.“*

Die Rehabilitation allgemein schließt also auch die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ein bzw. konzentriert sich darauf – unbeschadet der Tatsache, daß evtl. eine Teilnahme am Erwerbsleben nicht mehr möglich ist.

In der Einleitung der Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ wird ausgeführt, daß der fachliche Begriff von „Rehabilitation“ nach BENNETT, der einen Prozeß bezeichnet, „der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen“, weiter gefaßt ist als der kostentechnische.

Hier dürfen keine Mißverständnisse entstehen. Der Begriff der Rehabilitation i.S. der Rentenversicherung ist keineswegs nur von „kostentechnischer“ Bedeutung. Rehabilitation i.S. der Rentenversicherung ist immer zielorientiert und mit der Wiederherstellbarkeit der Erwerbsfähigkeit untrennbar verbunden!

## **2. Die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen**

### *2.1 Die persönlichen Voraussetzungen*

Die medizinischen, durch Einführung des 6. Buches Sozialgesetzbuch „persönliche“ genannten Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation sind in § 10 SGB VI geregelt:

*„Für Leistungen zur Rehabilitation haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,*

- 1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und*
- 2. bei denen voraussichtlich durch die Leistungen*
  - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,*
  - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder der Eintritt von Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit abgewendet werden kann.“*

Die Ziele der Rehabilitation sind somit klar festgelegt:

- Abwendung einer Minderung der erheblich gefährdeten Erwerbsfähigkeit
- wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der bereits geminderten Erwerbsfähigkeit oder Abwendung des Eintritts von EU, BU oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit

Eine *erhebliche Gefährdung* der Erwerbsfähigkeit liegt vor, wenn nach ärztlichen Feststellungen durch gesundheitliche Beeinträchtigungen in absehbarer Zeit mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist.

Die *Minderung* der Erwerbsfähigkeit ist eine länger andauernde, nicht unwesentliche Einschränkung der vollen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (u.a. BSG vom 18.2.1981 – 1 RA 93/79 – in SozR 2200 § 1236 RVO Nr. 31).

Eine *wesentliche Besserung* tritt ein, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsle-

ben durch die Rehabilitationsleistung in nicht unerheblichem Umfang und nicht nur vorübergehend gebessert wird – also keine bloße Linderung des Leidens oder eine sonstige Erleichterung in den Lebensumständen erreicht wird.

Von *Wiederherstellung* der Erwerbsfähigkeit kann nur die Rede sein, wenn die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben voll und nicht nur vorübergehend behoben wird.

Die durch die Rentenversicherung zu erbringenden Leistungen müssen im Zeitpunkt der Entscheidung über den Rehabilitationsantrag im Hinblick auf die genannten Kriterien erfolgversprechend sein. Dies ergibt sich aus dem Wort „*vor-aussichtlich*“. Es ist also nicht zulässig, die Erfolgsaussicht erst während der laufenden Maßnahme zu prüfen!

### 2.1.1 Begriff der Erwerbsfähigkeit

Sowohl in § 9 als auch in § 10 SGB VI ist bereits mehrfach der Begriff *Erwerbsfähigkeit* genannt worden.

Im Gesetz findet sich hierfür keine Definition.

In Rechtsprechung, Literatur und Praxis versteht man unter Erwerbsfähigkeit heute übereinstimmend die Fähigkeit des/der Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm/ihr nach seinen/ihren gesamten Kenntnissen und körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen (s. Brackmann, S. 664 t III; BSG 28/18 v. 29.2.1968).

Das BSG (Urteil vom 19.7.63, SozR § 1246 Nr. 27) geht von den Bestandteilen des Begriffs „Erwerbsfähigkeit“ aus und sieht in ihr die Fähigkeit zum Erwerb von Einkünften – Arbeitsverdienst, Lohn – durch eine Beschäftigung oder Tätigkeit, eine Erwerbstätigkeit; dies leitet das BSG aus den §§ 1247 Abs. 2 RVO / 23 Abs. 2 AVG / 47 Abs. 2 RKG, dem heutigen § 44 Abs. 2 SGB VI, ab.

### 2.2 Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auch noch kurz auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI eingegangen.

§ 11 Abs. 1 und 2 SGB VI besagen:

(1) *Für Leistungen zur Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung*

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) *Für die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die*

1. in den letzten 2 Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten haben,

2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.“

Hierzu sei nur angemerkt, daß beim Personenkreis der psychisch Kranken in Ermangelung der ersten Alternative des Absatzes 2 (6 Pflichtbeitragsmonate innerhalb der letzten 2 Jahre) immer nur die allgemeine Wartezeit, die 5 Jahre beträgt, geprüft wird und nicht die Wartezeit von 15 Jahren, da hier grundsätzlich davon auszugehen ist, daß verminderte Erwerbsfähigkeit bereits gegeben oder zu erwarten ist.

(Dies gilt im übrigen auch für den Personenkreis der Abhängigkeitskranken.)

### **3. Die Vereinbarung zwischen dem Landschaftsverband Rheinland und der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz zur Belegung von Übergangsheimen für psychisch Kranke durch die LVA Rheinprovinz**

Gemäß ständiger Rechtsprechung des BSG zur medizinischen Rehabilitation sind auch Leistungen in Einrichtungen der vorgenannten Art mit den gesetzlichen Vorschriften der Rentenversicherung vereinbar, da die ständige ärztliche Präsenz für die medizinische Rehabilitation nach dem SGB VI *nicht* unabdingbar ist.

Vor diesem Hintergrund hat die LVA Rheinprovinz mit dem Landschaftsverband Rheinland Köln eine Vereinbarung zur Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen in Übergangsheimen für psychisch Kranke getroffen.

Sinn dieser Vereinbarung war und ist es, eine Grundlage für die Leistungsabgrenzung zwischen dem Landschaftsverband und der LVA Rheinprovinz bei der Unterbringung von psychisch Behinderten in Übergangsheimen zu schaffen.

Diese Vereinbarung ist zum 1.12.1993 in Kraft getreten.

*Die wesentlichen Inhalte sind:*

1. Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation einschließlich des sogenannten Probewohnens gemeindenah in Übergangsheimen für Versicherte, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.
2. Behandlungs- und Personalkonzept sowie der Pflegesatz müssen von der LVA Rheinprovinz akzeptiert worden sein (Pflegesatzverhandler bleibt weiterhin der Landschaftsverband Rheinland).  
Dies schließt auch mit ein, daß jedes Übergangsheim gemäß unserem Grundsatz „medizinische Rehabilitation i.S. der Rentenversicherung erfordert medizinische Beteiligung“ ständig und eng mit einem Arzt zusammenarbeiten muß.

3. Für eine Unterbrechung von längstens 4 Wochen wird eine sogenannte Platzgebühr gezahlt, d.h. 75% des täglichen Pflegesatzes, wenn eine Akutbehandlung im Krankenhaus erforderlich ist.
4. Stellt sich während der Rehabilitationsleistung heraus, daß eine Besserung bzw. eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht (mehr) erreichbar ist, so wird die Leistung zu Lasten der LVA Rheinprovinz beendet. Die Kosten des weiteren Aufenthaltes im Übergangsheim gehen dann bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen zu Lasten des Sozialhilfeträgers.

Aufgrund der Vorgaben zu Punkt 2 wurden die Übergangsheime im Landesteil Nordrhein von uns überprüft und es kam eine regelmäßige Zusammenarbeit mit ca. 15 Einrichtungen zustande.

Die Tageskostensätze liegen z.Zt bei durchschnittlich 150,- DM, wobei Abweichungen nach oben (jenseits von 200,- DM!) durchaus vorhanden sind.

In der Praxis werden Bewilligungen für zunächst 6 Monate erteilt, danach sind Verlängerungen möglich.

In den Verlängerungsanträgen, die rechtzeitig vor Ablauf des bewilligten Zeitraumes zu stellen sind, ist von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise auszugehen – das Wiedererlernen von sozialen Kompetenzen ist zur dauerhaften Sicherung der Erwerbsfähigkeit von genauso großer Bedeutung wie Leistung und Durchhaltevermögen im arbeitstherapeutischen Bereich.

Im einzelnen sind Angaben zu folgenden Punkten erforderlich:

- Krankheitsverlauf (ressourcenorientiert, d.h., daß verstärkt auf die förderungswürdigen Restkompetenzen und die Möglichkeit, diese Restfähigkeiten zu verstärken, eingegangen wird)
- Art der ärztlichen Behandlung mit derzeitiger Medikation
- psychischer Befund mit Verlaufsbeschreibung
- Prognose zur Frage, ob und in welcher Zeit das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung (Eingliederung des/der Behinderten auf dem Arbeitsmarkt) erreichbar ist
- weitere Förderung von Fähigkeiten des/der Versicherten zum Erreichen des Rehabilitationszieles.

Folgt man der Empfehlungsvereinbarung RPK vom 17.11.1986, so können Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bis zu einem Jahr dauern.

Seit der Belegung der Übergangsheime, deren konzeptionelle Behandlungsdauer bei durchschnittlich 18-24 Monaten liegt, haben wir jedoch in nicht seltenen Fällen Kosten für Behandlungen übernommen, die 2 Jahre und länger gedauert haben.

Diese z.T. überlangen Maßnahmedauern haben dennoch in der überwiegenden Anzahl der Fälle leider nicht den gewünschten Maßnahmeerfolg.

Oftmals müssen nach bereits über 18-monatiger Therapiedauer Verlängerungsanträge abgelehnt werden, weil das Maßnahmeziel nicht erreicht werden kann, d.h. unser ärztlicher Dienst feststellt, daß dauernde Erwerbsunfähigkeit vorliegt.

Auch Erstanträge auf Bewilligung einer Rehabilitationsleistung in Übergangsheimen werden überwiegend aus persönlichen (= medizinischen) Gründen abgelehnt.

So konnten von insgesamt 240 Anträgen im Jahr 1996 nur 53 bewilligt werden, 70 allerdings waren wegen Vorliegens dauernder Erwerbsunfähigkeit abzulehnen. (68 Ablehnungen aus versicherungsrechtlichen Gründen, 40 Abgaben und sonstige Erledigungen)

Für eine definitive Bewertung der Frage, ob und inwieweit sich der Aufwand in diesem Rehabilitationsbereich lohnt, ist es sicherlich noch zu früh; hier müssen nach Ablauf eines angemessenen Zeitraumes aussagekräftige Auswertungen durchgeführt werden.

Die ersten Resultate rechtfertigen andererseits keineswegs eine optimistische Haltung, was die Rehabilitationserfolge betrifft!

#### **4. Leistungsformen der medizinischen Rehabilitation zu Lasten des RV-Trägers**

§ 15 Abs. 2 SGB VI:

*„Die stationären medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag besteht. Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein.“*

Die bis zum 31.12.1996 geltende Definition „vor allem stationär“ im 1. Satz wurde durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25.9.1996 gestrichen.

Bereits in der *Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation* vom 1.9.1984 wurde allerdings schon folgendes in § 3 Abs. 4 und 5 festgelegt:

*„Ist eine Maßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl ambulant als auch stationär bzw. teilstationär durchführbar, ist sie grundsätzlich ambulant durchzuführen, soweit dies kostengünstiger ist.“*

*„Ist eine Maßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl teilstationär als auch stationär durchführbar, ist sie grundsätzlich teilstationär durchzuführen, soweit dies kostengünstiger ist.“*

Nun handelt es sich aber bei der Rehabilitation durch die Rentenversicherung allein aufgrund der Leistungsvoraussetzungen um Versicherte mit schweren

gesundheitlichen Beeinträchtigungen – nämlich Krankheiten und Behinderungen, die die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährden, wenn nicht sogar mindern.

Vielfach können solche Maßnahmen mit Aussicht auf Erfolg daher nur stationär durchgeführt werden.

Soweit ein stationärer Rahmen jedoch verzichtbar oder sogar nicht geeignet ist, kommen teilstationäre oder ambulante Therapieangebote in Betracht.

Auf dem Gebiet der Suchtkrankenrehabilitation ist diesem Aspekt durch die „Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger“ vom 7.1.1991 bereits Rechnung getragen worden.

Ambulante Leistungen für Abhängigkeitskranke in Beratungs- und Behandlungsstätten gehören seit dieser Zeit zum Regelangebot medizinischer Rehabilitation durch die Rentenversicherung.

Die Empfehlungsvereinbarung sieht innerhalb eines Gesamtzeitraumes von 18 Monaten zunächst die Durchführung von 80 therapeutischen Einzel-/Gruppengesprächen vor mit der Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen weitere 40 Gespräche zu bewilligen.

Ambulante Leistungen können die stationäre Rehabilitation jedoch nicht nur ersetzen, sondern auch verkürzen oder ergänzen – was im übrigen gleichermaßen für die teilstationären Leistungen gilt.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß es in der Rehabilitation der Rentenversicherung keinerlei Vorrangstellung (ambulant vor stationär etc.) gibt. Die drei verschiedenen Leistungsformen stationär, teilstationär und ambulant stehen vielmehr gleichberechtigt nebeneinander.

Die Frage, welche Leistungsform gewährt wird, richtet sich nach dem Rehabilitationsbedarf im Einzelfall.

Für die Durchführungsmodalitäten aller drei Leistungsformen gelten folgende gemeinsamen Grundsätze:

Ein Sachkonzept hat darzustellen, wie das Rehabilitationsziel erreicht werden soll. Das Personalkonzept, das aus dem Sachkonzept folgt, enthält Aussagen darüber, welche Fachkräfte erforderlich sind, um das Sachkonzept umzusetzen. Der Wochentherapieplan und die Größe der Einrichtung (Platzzahl) entscheidet über die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Fachrichtungen.

Wir gehen bislang von recht unterschiedlichen Ansätzen und Konzepten aus. Das bedeutet, daß im Bereich der stationären Einrichtungen keine totale Austauschbarkeit aller Häuser herrscht, mithin auch keine schematische Gleichartigkeit etwa der personellen Besetzung.

Was die verschiedenen Behandlungsformen betrifft, kann aus unserer Sicht auch auf dem Gebiet der Rehabilitation psychisch Kranker der Beseitigung der abso-

luten Vorrangstellung der stationären Behandlungsform durch die Einführung teilstationärer und ambulanter Leistungen nur zugestimmt werden.

Der Erfolg könnte dabei sein, daß die teilweise überlangen stationären Behandlungszeiten auf das erforderliche Maß zurückgeschraubt werden können.

## Ambulante Komplexleistungsprogramme und BSHG: Anforderungen an die Träger der Sozialhilfe

*Gerhard Vigener*

Wenn im Abschlußbericht der Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“ sehr trocken vermerkt wird, daß den Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG gegenwärtig in der Versorgung chronisch psychisch kranker und behinderter Menschen große Bedeutung zukommt, dann wird damit gleichermaßen auf Chancen und Probleme hingewiesen. Die Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG umfaßt ein umfangreiches Bündel von Maßnahmen, die letztlich nirgends abschließend aufgezählt sind, die entsprechend der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere des individuellen Bedarfs, gewährt werden, um eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten bzw. die Behinderte in die Gesellschaft einzugliedern. Das Gesetz erlaubt eine große Flexibilität, hierin liegen vor allem die Chancen der Rehabilitation im Rahmen des BSHG.

Diese Hilfe nach dem BSHG wird allerdings nur nachrangig gewährt, und daraus entsteht eine Vielzahl von Problemen. Der Nachrang nach § 2 BSHG bedeutet, daß Eingliederungshilfe für Behinderte im Rahmen der Sozialhilfe derjenige bzw. diejenige nicht erhält, der/die sich selbst helfen kann oder die erforderliche Hilfe von Trägern anderer Sozialleistungen oder von Angehörigen erhält. Im Rahmen der Selbsthilfe muß der/die Behinderte Einkommen und Vermögen weitgehend einsetzen, er/sie muß also letztlich für Eingliederungsmaßnahmen im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten selbst bezahlen.

Der Nachrang gegenüber anderen Sozialleistungsträgern hat in der Vergangenheit zu endlosen Auseinandersetzungen der Sozialhilfe mit Renten- und Krankenversicherungsträgern und der Arbeitsverwaltung über die Verantwortung für die Rehabilitation psychisch Kranker geführt. Dabei waren wir gehalten, auch die Übernahme von Teilbereichen einer Rehabilitationsmaßnahme einzufordern, die in die Zuständigkeit der Sozialversicherungen fallen, da die Sozialhilfeträger nicht zum Adressatenkreis des Reha-Angleichungsgesetzes gehören und deshalb der Nachrang der Sozialhilfe nicht durch § 5 Abs. 2 Reha-Angleichungsgesetz überlagert wird.

Bis heute hat sich die Eingliederungshilfe für psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes in der Bundesrepublik in vier Schwerpunkten entwickelt:

### **1. Wohnen**

Ausgang des Betreuten Wohnens für psychisch Kranke waren Übergangsheime und sogenannte Dauerwohnheime. Realistischerweise sind heute weitgehend die beiden Begriffe, die einerseits Befristung und andererseits Resignation ausdrücken, zugunsten des Begriffs „Wohnheim“ aufgegeben worden.

Ergänzt wird das „pflegesatzfinanzierte Wohnheim“ durch vielfältige Angebote Betreuten Wohnens in Wohngemeinschaften und Einzelwohnungen.

Letztlich hat sich ein gegliedertes Wohnsystem entwickelt, das von der Sozialhilfe als Eingliederung in die Gesellschaft verantwortet wird. Da Wohnen mit all seinen Aspekten des Selbständigseins nach längerem Klinikaufenthalt zum Teil intensiv trainiert werden muß, beinhalten diese Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe sicherlich auch Elemente der medizinischen Rehabilitation.

### **2. Arbeit/Beschäftigung**

Der Schwerpunkt des Engagements der Sozialhilfeträger liegt hier zweifellos in der Hilfe zur Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte. Daneben gibt es verschiedene Projekte zur Erlangung und Erhaltung von Beschäftigungsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die insbesondere zusammen mit den Hauptfürsorgestellten organisiert und überwiegend nach dem Schwerbehindertengesetz finanziert werden.

Um den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, wird in Werkstätten für psychisch Kranke zunehmend auch Teilzeitarbeit angeboten.

### **3. Sonstige tagesstrukturierende Angebote**

Sozialhilfeträger finanzieren zum Teil Tagesstätten für psychisch Kranke, teilweise sogar über Pflegesätze. Daneben engagieren sie sich in der Mitfinanzierung von Clubs, Cafes und ähnlichen Aktivitäten.

Ich halte die Finanzierung der Tagesstätten über Pflegesätze für nicht sachgerecht; diese Einrichtungen sollen gerade für diejenigen Kranken ein Angebot machen, die nicht regelmäßig am Programm einer Werkstatt teilnehmen können. Eine institutionelle Finanzierung wäre hier sicherlich angebrachter. Die Pflegesatzfinanzierung hat letztlich etwas mit der sachlichen Zuständigkeit – und damit der Finanzierungszuständigkeit – des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe für pflegesatzfinanzierte Einrichtungen zu tun.

### **4. Ambulante persönliche Hilfe**

In vielen Bundesländern beteiligen sich die Sozialhilfeträger an der Mitfinanzierung der sozial-psychiatrischen Dienste. Dieses Engagement soll zum Ausdruck

bringen, daß wir sehen, daß sozial-psychiatrische Dienste persönliche Hilfe als ambulante Eingliederungshilfe gewähren. Sie sind zunehmend Case-Manager, die in der Angebotspalette einer Gemeindepsychiatrie unverzichtbar sind.

Aus der Darstellung des Engagements der Sozialhilfeträger kann unschwer entnommen werden, daß der Schwerpunkt bisher im pflegesatzfinanzierten stationären oder teilstationären Bereich lag. Wohnheim und Werkstatt für psychisch Kranke standen – insbesondere was den Aufwand angeht – im Vordergrund. Bei der Erwähnung der Tagesstätten habe ich schon auf die Probleme der sachlichen Zuständigkeit hingewiesen: während für die pflegesatzfinanzierten stationären oder teilstationären Maßnahmen nach dem BSHG die überörtlichen Sozialhilfeträger verantwortlich sind, obliegt die Finanzierung und Organisation der ambulanten Maßnahmen den örtlichen Sozialhilfeträgern, den Stadt- und Landkreisen. Überörtliche Träger haben sich allerdings im ambulanten Bereich – gerade im Betreuten Wohnen – oft „freiwillig“ engagiert, damit gemeindenaher Psychiatrie nicht auf das Wohnheim beschränkt blieb und die einzelnen psychisch Kranken entsprechend ihren Möglichkeiten soziale Eingliederung in die Gemeinde auch im weniger intensiv Betreuten Wohnen erfahren konnten. Daß Betreutes Wohnen häufig kostengünstiger ist als der Wohnheimplatz, war sicher nicht nur ein unmaßgeblicher Begleitaspekt. Damit sollten auch die unterschiedlichen Schwerpunkte und finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Stadt- und Landkreise ausgeglichen und einheitliche Lebensverhältnisse geschaffen werden.

Im Zuge der BSHG-Reform 1996 wurde versucht, die sachliche Zuständigkeit für die ambulante und stationäre Eingliederungshilfe für Behinderte beim überörtlichen Sozialhilfeträger zu bündeln. Dieser Versuch ist an verfassungsrechtlichen Bedenken gescheitert. Allerdings haben Ländervereine im Bundesrat ihre Bereitschaft signalisiert, durch Landesrecht eine solche Bündelung herbeizuführen. In Bayern war dies im Bereich der Hilfe für psychisch Kranke in der Vergangenheit teilweise schon geschehen. Wenn die Mitbeteiligung der Sozialhilfe bei ambulanten Komplexleistungsprogrammen eine Chance haben soll, dann halte ich die Landesrechtsregelungen für dringend geboten.

Die Sozialhilfe kennt mit § 3 a BSHG den Vorrang der offenen Hilfe schon länger als andere Sozialleistungsträger. „Die erforderliche Hilfe ist so weit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen zu gewähren. Dies gilt nicht, wenn eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar und eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.“ Gerade bei der Eingliederungshilfe für Behinderte hat die Sozialhilfe aus diesem Gesetzesauftrag bisher nicht genug gemacht. Die gespaltene sachliche Zuständigkeit ist sicherlich der Hauptgrund dafür, daß die institutionelle Hilfe derzeit noch im Vordergrund steht. Allerdings sollten wir nicht unterschlagen, daß die Lobby der Institutionen in der Vergangenheit sehr erfolgreich gearbeitet hat. Der Umzug ins Betreute Wohnen wurde zu oft mit dem Argument verhindert, der oder die psychisch Kranke sei noch nicht soweit. Warum mußte er oder sie eigentlich überhaupt nach Hospitalisierung in der Klinik im Wohnheim weiter hospitalisiert werden?

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Wir werden auch in Zukunft den beschützenden Rahmen von Klinik und Wohnheimen benötigen. Ich durfte vor kurzem im Rahmen eines zweitägigen „Kurzurlaubs“ in einem Wohnheim für psychisch Kranke, in dem ich mich gesprächs- und beschäftigungstherapeutisch betätigt habe, die Notwendigkeit eines beschützenderen Rahmens für den einen oder die andere psychisch Kranke erfahren. Mir ist allerdings auch klar geworden, daß die Angst vor dem eigenverantwortlicheren Leben durch intensivere Maßnahmen der Ergotherapie, der häuslichen Krankenpflege, der Unterstützung im Haushalt und der ambulanten Behandlung hätte vermieden werden oder früher überwunden werden können. Mir ist damit letztlich die Notwendigkeit ambulanter Komplexleistungsprogramme deutlich geworden.

Wenn Komplexleistungsprogramme eine bedarfsgerechte Rehabilitation für chronisch psychisch kranke Menschen sicherstellen wollen, dann müssen sie in der Regel Aspekte einer sozialpsychiatrischen Grundversorgung, einer betreuten Selbstversorgung einschließlich des Wohnens, der Tagesstrukturierung und der Arbeit und Beschäftigung beinhalten. Mit der Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“ bin ich der Meinung, daß zentrale Grundlage zur Konzipierung und Durchführung solcher Komplexleistungsprogramme die individuelle Rehabilitationsplanung darstellt. Rechtsgrundlage einer solchen Planung ist für die Sozialversicherungsträger § 5 Abs. 3 Reha-Angleichungsgesetz und für Sozialhilfeträger § 46 BSHG. Diesen Gesamtplan haben wir in der Vergangenheit nicht ernst genug genommen. Moderne Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG und moderne Rehabilitation wird in der Zukunft um eine solche Gesamtplanung nicht mehr herum kommen. Die Eingliederungshilfe für eine psychisch kranke Person in Wohnheim und Werkstatt kostet den Sozialhilfeträger jährlich über 60.000 DM. Eine RPK-Maßnahme ist für den zuständigen Sozialversicherungsträger noch teurer. Beitragszahler und Steuerzahlerinnen werden uns mit gutem Grund in der Zukunft nach Zielen und Ergebnissen dieses Ressourceneinsatzes fragen. Auch wenn er zwei verschiedene Rechtsgrundlagen hat, so sollte ein Gesamtplan für die einzelnen chronisch psychisch kranke Person gemeinsam aufgestellt und verfolgt werden. Wir werden also in der Zukunft nicht umhin kommen, uns *gemeinsam* mehr als bisher um die Rehabilitation des bzw. der Einzelnen zu kümmern.

#### *Wo ist der Part der Sozialhilfe dabei?*

Schwerpunkt in der ambulanten medizinischen und beruflichen Rehabilitation dürfte für uns die Absicherung eines Betreuten Wohnens sein, sei es im Wohnheim oder in ambulanten Wohnangeboten. In meinen Augen sollte auch in Kombination mit der Wohnheimunterbringung medizinische Rehabilitation als ambulante Komplexleistung möglich sein. Dieses würde der funktionalen, an den Notwendigkeiten des/der Einzelnen ausgerichteten Sicht von Rehabilitation entsprechen. Dabei müßte die Sozialhilfe sicherlich den Anspruch aufgeben, daß nach §§ 10 und 11 Reha-Angleichungsgesetz unter bestimmten Voraussetzungen

Unterkunft und Verpflegung mit zu den originären Rehabilitationsleistungen gehören.

Im ambulanten Betreuten Wohnen kann die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 BSHG, soweit es hier nicht um ergotherapeutische Maßnahmen geht, zum Leistungsfall der Sozialhilfe gehören. Auch hier muß der Sozialhilfeträger umdenken und seine Angebote verstärken, wenn es zu einem ambulanten Komplexleistungssystem kommen sollte.

Sozialhilfeträger selbst sind originär immer dann Reha-Träger, wenn mangels versicherungsrechtlicher Voraussetzungen keine vorrangigen Reha-Träger vorhanden sind.

Daneben werden wir im Rahmen des Gesamtplans unsere Zusagen für Fortführung von noch notwendigen und sinnvollen Anteilen medizinischer und beruflicher Rehabilitation geben müssen, wenn eine gesetzlich vorgegebene Leistungsdauer der Sozialversicherungen zu Ende gegangen ist. Dieser Gesamtplan muß im Gegenzug Aussagen zur Frage treffen, wie weiterhin notwendige fachärztliche Behandlung mit den Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe koordiniert wird und wann im Krisenfall die originäre Verantwortung des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung wieder eintritt.

Die Verantwortlichkeit für das Case-Management muß festgelegt werden. Im sozialpsychiatrischen Dienst, der häufig von den einzelnen Leistungsträgern gemeinsam finanziert wird, haben wir jedenfalls ein gutes Beispiel für das Zusammenwirken. Wir sollten die §§ 97 ff. SGB X extensiver auslegen, möglicherweise auch im Sinne eines § 13 Abs. 4 SGB XI.

Gemeinsames Planen der Rehabilitation im Einzelfall sollte letztlich Vorleistungen nach § 44 BSHG oder 43 SGB 1 überflüssig machen. Ein Großteil der bisherigen Streitigkeiten wird im Wege gegenseitigen Nachgebens in Gesamtplankonferenzen vermieden werden können.

In der außerstationären Psychiatrie ist der Gemeindepsychiatrische Verbund in aller Munde. Einrichtungsträger und Leistungsträger versuchen hier, miteinander besser zu kooperieren. Dabei scheint mir die institutionenbezogene Sicht zu stark zu sein. Wenn wir in unseren Versorgungsgebieten, also in den Stadt- und Landkreisen, Gesamtplankonferenzen institutionalisieren könnten, die von medizinischen Diensten gut vorbereitet wären, kämen wir in der Versorgung und Rehabilitation chronisch psychisch Kranker einen großen Schritt weiter voran. Kooperation der Leistungserbringer ist notwendig, damit ein breit gefächertes, umfassendes Angebot vorhanden ist. Um dieses Angebot im Interesse des/der psychisch Kranken optimal nutzen zu können, bedarf es der Bündelung der Kräfte der Leistungsträger. Nicht vor den Sozialgerichten gegeneinander prozessieren, sondern im Einzelfall gemeinsam Lösungen zu finden, wird die Aufgabe der Zukunft sein. Die Sozialrichterinnen und -richter und unsere Rechtsabteilungen mag es frustrieren, die Versicherten und Hilfeempfängerinnen und -empfänger werden es begrüßen und uns nicht ohne Grund dankbar sein. Letztlich werden

auch unsere Haushälter zufrieden sein können, wenn wir den Ressourceneinsatz besser als bisher koordinieren.

Durch die Finanzprobleme der öffentlichen Kassen und der Sozialversicherungen ist vieles in Bewegung geraten. Gesetze werden mehrfach im Jahr geändert. Allerdings ist von Gesetzesänderungen in diesen Zeiten keine Leistungsausweitung zu erwarten.

Wir sollten nicht auf Gesetzesänderungen hoffen, die die Probleme der Rehabilitation psychisch kranker Menschen lösen. Wir müssen versuchen, auf der gegebenen Rechtsgrundlage alle Möglichkeiten von Leistungsbündelungen zum Wohle der psychisch Kranken zu nutzen. Dabei ist gegenseitiges Nachgeben nötig, damit vor allem auch in Einzelfällen sachgerechte Kompromisse gefunden werden.



### III. Die Bedeutung der Steuerung für die Umsetzung personenbezogener Hilfen



## Die Steuerung von Leistungsentwicklung und Finanzierung auf regionaler und Landesebene

*Peter Kruckenberg*

Personenbezogene Hilfen in der Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen erfordern die Steuerung des individuellen Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprozesses ebenso wie die Steuerung der Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes und die Steuerung der für die Leistungserbringung erforderlichen Ressourcen. Man kann auf jeder Ebene beginnen – aber natürlich müssen die Steuerungsinstrumente ineinandergreifen.

Herr Kunze hat gestern einführend dargestellt, wie weit wir davon noch entfernt sind. Sie erinnern sich: „Man muß sich in das Bett einer Einrichtung legen, um die Hilfe zu erhalten, die man eigentlich zum Leben in der Gemeinde braucht“. Das ist natürlich absurd, aber wir haben uns daran gewöhnt.

Unser Versorgungssystem hat, nicht nur im psychiatrischen Bereich, Züge, die bei Außenstehenden durchaus Assoziationen an Schilda aufkommen lassen. Vielleicht handelt es sich um eine besondere Variante des Schildbürgertums. So sind gerade in der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen Defizite offensichtlich, häufig beschrieben und anerkannt.

Die gegenwärtig hauptsächlich genutzten Steuerungsinstrumente auf der individuellen, der institutionellen wie auf der Kostenträger- und politischen Ebene sind

- 1.: das Geradeausgebot oder das Festhalten am eingeschlagenen Kurs. Stichwort: „Das haben wir immer so gemacht“.
- 2.: das Verzögerungsgebot oder die Bremse. Stichwort: „Der Antrag wird noch bearbeitet“, und
- 3.: das Aussteigen. Stichwort: „Wir sind nicht zuständig“.

Da weitere Steuerungsinstrumente kaum bekannt sind, tritt ein evtl. vorhandener Gestaltungswille dabei, vorsichtig formuliert, sehr in den Hintergrund.

Die institutionszentrierten Strukturen in der Versorgung und in den Köpfen sind anscheinend so zementiert, daß ein Paradigmawechsel zu einem personenzentrierten Hilfesystem von nicht wenigen als völlig unrealistisch, ja vielleicht naiv hinsichtlich der Umsetzungschancen angesehen wird, nicht selten verbunden mit einem Lächeln, das zugleich Überheblichkeit und Hilflosigkeit widerspiegelt. Die Kommission hat sich davon nicht beeindrucken lassen. Sie hat ein ineinandergreifendes System von Steuerungsinstrumenten zusammengestellt, das in einer guten halben Stunde nur schwer darzustellen ist.

Gestern haben Frau Gromann, Herr Crome und Herr Stahlkopf Wege zur einzelfallbezogenen Steuerung personenzentrierter Hilfen aufgezeigt, die nachmittags in den Arbeitsgruppen anhand praktischer Umsetzungsbeispiele erörtert wurden.

Heute morgen haben Herr Hölzke, Frau Hüllen, Herr Heinen und Herr Vigener dargelegt, daß in unserem komplizierten gegliederten Sozialrecht die Erbringung von Komplexleistungen im Sinne integrierter Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungspläne zwar schwierig, aber schon jetzt grundsätzlich möglich ist (wobei einzelne klarstellende Novellierungen die Entwicklung erheblich fördern könnten), aber irgendwie im Bereich der vorrangigen Leistungsträger nicht in Gang kommt.

Herr Kunze hat in diesem Zusammenhang betont, daß eine integrierte Leistungserbringung im Einzelfall die Integration des Hilfesystems im Sinne einer Konkretisierung und Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes erfordert.

Dazu einleitend einige kurze Ausführungen, bevor ich näher auf die Steuerungsprobleme eingehe:

Der von der Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm vorgeschlagene Gemeindepsychiatrische Verbund ist dahingehend weiterzuentwickeln, daß das noch zu sehr institutionszentrierte System der Bausteine durch eine Gliederung in fünf Funktionsbereiche – unter Einbeziehung des klinischen Bereichs – überwunden wird. Darüber hinaus braucht der Gemeindepsychiatrische Verbund eine fachliche und administrative Leitung, damit die Rahmenbedingungen für die im Einzelfall notwendige personenzentrierte Bündelung der Hilfen geschaffen werden können.

Der Weg zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund durch Zusammenschluß der Angebotsträger in einer Region wird regional unterschiedlich, in der Regel mühsam und nur über eine Vielzahl von Teilschritten möglich sein. Der Prozeß kann grob in folgende Abschnitte aufgeteilt werden:

1. Klientenbezogene Kooperation auf der Mitarbeiterebene: spontane Zusammenarbeit der für die Klientinnen und Klienten zuständigen psychiatrischen Fachkräfte zur Aufstellung und Durchführung integrierter Behandlungs-/Rehabilitationspläne (auf der Grundlage des von der Kommission erarbeiteten Instruments).
2. Einrichtung verbindlicher Kooperationsstrukturen durch verlässliche Absprachen auf der Leitungsebene (z.B. regelmäßige Anwendung des Instruments, regelmäßige klientenbezogene Kooperationstreffen).
3. Vertragliche Kooperationsvereinbarung zwischen den einzelnen Leistungsanbietern, in denen neben den Regelungen zur klientenbezogenen Kooperation die verbindliche Versorgungsverpflichtung und die Abstimmung der Angebote festgelegt werden.
4. Bildung eines vertragsfähigen Trägerverbunds (mit Vorstand oder Gesell-

schafterversammlung u.ä.) und fachlicher wie administrativer Leitung als Vertragspartner für die Leistungsträger.

Zweifellos wird die Entwicklung zum gemeindepsychiatrischen Verbund überall dort beschleunigt werden, wo die Leistungsträger die Durchführung von Maßnahmeprogrammen an die Fähigkeit zur Erbringung von Komplexleistungsprogrammen binden.

Das bedeutet auch, daß die funktionale Organisation der Leistungsanbieter im gemeindepsychiatrischen Verbund nur ein Teilaspekt in der Koordination und Steuerung von Leistungsentwicklung und Finanzierung eines personenzentrierten Hilfesystems ist.

Für die Steuerung lassen sich drei übergreifende Entwicklungsziele formulieren

---

### Die Koordination und Steuerung von Leistungsentwicklung und Finanzierung auf kommunaler und auf Landesebene

#### Übergreifende Entwicklungsziele

- kontinuierliche Anpassung des Leistungsspektrums an den Bedarf,
  - kontinuierliche Gewährleistung und Verbesserung der Leistungsqualität (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität),
  - Optimierung der Wirtschaftlichkeit
- 

#### Abb. 1

Die drei Zieldimensionen sind gleichrangig und immer gemeinsam anzustreben.

Der Entwicklungsprozeß eines personenzentrierten Hilfesystems ist demnach eine Aufgabe komplexer Steuerung, die das zyklische Ineinandergreifen von Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen auf der Grundlage der Rahmenvorgaben des Landes erfordert (Abb. 2).

Beachten Sie zunächst den äußeren Ring, der die Abläufe im inneren Bereich der schematischen Darstellung zusammenfaßt. Es handelt sich um einen typischen Problemlösungszirkel. Die Information über Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Versorgung wird sorgfältig erhoben und aufbereitet und in einem Abstimmungsprozeß unter angemessener Einbeziehung aller Beteiligten eingebracht, der zur Erarbeitung bzw. Fortschreibung von Entwicklungsplänen führt. Diese sind die Grundlage von Entscheidungsprozessen bezüglich einer prioritätengerechten Aufgaben- und Ressourcenverteilung. Aus den Ergebnissen der Umsetzung folgen neue Informationen und damit der nächste, in der Regel jährliche Durchlauf des Lösungszirkels.

In den folgenden Ausführungen werden die einzelnen Steuerungselemente konkretisiert.



von der Arbeit des gemeindepsychiatrischen Verbundes betroffenen und mit ihm kooperierenden Personen und Dienste aus der jeweiligen Perspektive.

Die Erhebung, Bündelung und zusammenhängende Darstellung dieser Daten und Bewertungen auf kommunaler und auf der Landesebene ist Aufgabe einer zeitgemäßen Gesundheitsberichtserstattung, ohne die sowohl eine externe Qualitätssicherung wie eine angemessen begründete Entwicklungsplanung und Ressourcenzuweisung nicht möglich sind.

Die katastrophale Datenlage auf allen Ebenen der psychiatrischen Versorgung wurde mehrfach angesprochen und ist allgemein bekannt. Sie kann durchaus als ein Ausdruck der aktiven Vermeidung von Transparenz verstanden werden. An dieser Stelle kann ich nur auf die verdienstvolle, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie von Rössler und Salize vom Vorjahr: „Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen“ hinweisen.

Die Strukturierung, Zusammenführung und Aufbereitung der Daten zur Gesundheitsberichtserstattung und die Überprüfung und Beratung der gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme im Rahmen einer externen Qualitätssicherung erfordert umfassende, fachliche und methodische Kenntnisse und auch angemessene finanzielle Mittel. Dabei ist anzustreben, daß der Mitteleinsatz im Verhältnis zu den Aufwendungen für die Versorgung minimal bleibt.

Die Kommission empfiehlt, auf Landesebene mindestens an einer Stelle ein entsprechend qualifiziertes *Institut* (z.B. an einer Universität) – oder einen Kooperationsverbund mehrerer Institute mit der Konzipierung und Durchführung der *Gesundheitsberichtserstattung und externen Qualitätssicherung* und Entwicklungsberatung zu beauftragen.

Die Kosten für das Programm müßten vom Land und von den Leistungsträgern gemeinsam getragen werden.

## **2. Steuerung durch Abstimmungsprozesse**

### ***Der kommunale Psychiatriebeirat und der Landespsychiatriebeirat***

Die Kommission sieht in einem *landesgesetzlich festgeschriebenen* (im Übergang vertraglich vereinbarten) *Abstimmungsgremium auf kommunaler wie auf Landesebene* eine wichtige Struktur in der komplexen Steuerung des psychiatrischen Versorgungssystems.

Hier nimmt die Kommission die Erfahrungen auf, die seit der Psychiatrie-Enquête und dem Expertenbericht zum Bundesmodellprogramm gemacht wurden.

Der kommunale Psychiatriebeirat ist vom Gesundheitsdezernenten für eine definierte Periode zu berufen und politisch zu leiten. Es mag offenbleiben, ob eine persönliche Berufung der Mitglieder oder eine Berufung in Delegation erfolgt (die Kommission neigt eher zum letzteren Vorschlag, da der Delegierte zur Abstimmung von Vorstellungen innerhalb seines Vertretungsbereiches verpflichtet ist).

Dem Beirat sollten Vertreterinnen und Vertreter

- der Gesundheits- und Sozialausschüsse
  - der Leistungsträger (Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger)
  - der Leistungserbringer (fachliche Leitung und Geschäftsführung der Dienste und Einrichtungen)
  - des Sozialamts
  - von Patientinnen/Patienten und Angehörigen, einschließlich des/der Patientenbeauftragten
  - des Instituts für Gesundheitsberichtserstattung und Qualitätssicherung (s.u.)
  - der PSAG (psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) sowie
  - sachkundige Personen mit besonderem Engagement und Interesse für die psychiatrische Versorgung (z.B. aus den Bereichen der Gewerkschaften, der Arbeitgeber, der Kirchen, der Wissenschaft, der Medien u.a.)
- angehören.

Der Landespsychiatriebeirat ist analog zu gestalten unter ergänzender Einbeziehung von Vertreterinnen/Vertretern der Kommunen. Die Beteiligten verpflichten sich, für die Versorgungsstruktur wesentliche Entscheidungen in ihren Verantwortungsbereichen nicht ohne angemessene Berücksichtigung der Empfehlungen bzw. vorherige Anhörung des Abstimmungsgremiums zu treffen.

Der Beirat hat zwei Aufgabenschwerpunkte:

- regelmäßige Sichtung der relevanten Informationen über die Versorgungssituation, insbesondere des Gesundheits- und Qualitätsberichtes und die Erörterung und Bewertung aus den unterschiedlichen Perspektiven,
- Erarbeitung von konkreten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgung.

Beide Aufgabenbereiche setzen umfangreiche Vorarbeiten voraus, z.T. in speziellen Arbeits- und Projektgruppen. Es ist davon auszugehen, daß in den mindestens zwei jährlichen Sitzungen vorbereitete Empfehlungsvorlagen, ggf. mit Minderheitenvoten, erörtert und verabschiedet werden.

Für die Koordination der Vorarbeiten, ebenso wie für die Geschäftsführung des Beirats und die Erarbeitung des Psychiatrieentwicklungsplanes ist der *landesgesetzlich* abgesicherte *Koordinator* erforderlich. Ohne die Organisation eines regelmäßigen Informationsaustausches und vermittelnde Vorabstimmungen ist eine effiziente Gremienarbeit nicht zu leisten.

Die Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes ist ein fachlicher *und* ein gesundheitspolitischer Prozeß, der eine informierte Öffentlichkeit erfordert. Bisher wird die Öffentlichkeit in der Regel von Leistungsträgern oder Leistungserbringern oder auch den politisch Verantwortlichen aus deren jeweiliger Interessensperspektive informiert und ist angesichts der Komplexität der Prozesse kaum in der Lage zu einer angemessenen Beurteilung.

Ein gut arbeitendes Abstimmungsgremium sowohl auf der kommunalen wie auf der Landesebene fördert dagegen die Entwicklung einer gemeinsamen Spra-

che, die prägnante Gegenüberstellung unterschiedlicher Positionen und die differenzierte Begründung notwendiger Kompromisse.

Die Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm sprach in diesem Zusammenhang von einem „gemeindepsychiatrischen Bewußtsein“. Die Empfehlungen dienen der Öffentlichkeit und den jeweils zuständigen Kontrollorganen zur Überprüfung der strukturellen und finanziellen Entscheidungen.

### **3. Steuerung durch Entscheidungsprozesse**

Entscheidungen von hoher Relevanz für die Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sind

- Empfehlungsvereinbarungen der Leistungsträger und Versorgungsverträge zwischen den Leistungsträgern und Leistungserbringern
- die jährlichen Budgetverhandlungen.

#### ***Empfehlungsvereinbarungen und Versorgungsverträge***

Sozialleistungsträger dürfen nur Leistungen in der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe erbringen, wenn *Versorgungsverträge* mit Leistungserbringern geschlossen werden, in denen die Rahmenbedingungen für die Versorgungspflichten, die Entgeltvereinbarungen und die Qualitätsvereinbarungen festgelegt werden.

Über die Ausgestaltung von Versorgungsverträgen haben die Leistungsträger damit die Möglichkeit, die oben für den gemeindepsychiatrischen Verbund formulierten Qualitätsstandards zur Voraussetzung der Leistungserbringung zu machen.

Es ist anzustreben, daß die Leistungsträger auf *Landesebene* nach Beratung im Psychiatriebeirat und mit Zustimmung der Landesbehörde *Empfehlungsvereinbarungen* für Maßnahmeprogramme zur Erbringung von Komplexleistungsprogrammen in der regionalen psychiatrischen Versorgung herausgeben. Diese müßten neben den programmbezogenen Festlegungen insbesondere Regelungen für

- die Zuständigkeit für die Pflichtversorgung (definierte Region und Zielgruppe, mit der Möglichkeit der Versorgung von Klientinnen und Klienten aus anderen Regionen),
  - die verbindliche Mitwirkung im Beirat, an der Gesundheitsberichtserstattung, an der externen Qualitätssicherung,
  - Abstimmungsmaßnahmen mit anderen Leistungsträgern zur Abgrenzung und Verknüpfung mit anderen Maßnahmeprogrammen
- enthalten.

Die Empfehlungsvereinbarung wäre die Grundlage für den Abschluß regionaler Versorgungsverträge zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern, die

sich flexibel an der unterschiedlichen Situation in den einzelnen Regionen orientieren müßten.

### **Ökonomische Steuerung der Leistungsentwicklung über prospektive Budgets**

Einer funktionalen Organisation psychiatrischer Hilfen, die als Komplexleistungsprogramme zu erbringen sind, muß eine „funktionale Finanzierung“ entsprechen.

Dies gilt für jeden einzelnen Leistungsträger ebenso wie für die Gesamtheit aller Leistungsträger.

Hier nimmt die Kommission die Erfahrungen auf, die seit der Psychiatrie-Enquête und dem Expertenbericht zum Bundesmodellprogramm gemacht wurden.

Über die funktionale Finanzierung des Einzelfalls, die gestern von Herrn Stahlkopf erläutert wurde, hinaus sind als Kriterien für eine „funktionale Organisation der Finanzierung“ von Komplexleistungsprogrammen in einer Versorgungsregion festzuhalten:

1. Die Finanzierung erfolgt auf der Grundlage von regionalen Versorgungsverträgen (mit Versorgungsverpflichtung für die Leistungserbringer).
2. Zur Finanzierung werden Maßnahmeprogramme für bestimmte Leistungsbereiche und Zielgruppen durch die einzelnen Leistungsträger aufgelegt.
3. Die Finanzierung erfolgt in Form fallgruppenbezogener Leistungsentgelte.
4. Die verschiedenen Maßnahmeprogramme eines Leistungsträgers, aber auch die der anderen Leistungsträger greifen so ineinander, daß keine Versorgungslücken entstehen.
5. Die Leistungsträger verpflichten sich, Versorgungsverträge nur mit einem Träger oder Trägerverbund zu schließen, der Komplexleistungsprogramme verantwortlich erbringt.
6. Die *Steuerung* der Finanzierung erfolgt über jährliche *prospektive Budgets* für Maßnahmeprogramme, die sowohl die Personalkosten des therapeutischen Personals sowie die damit verbundenen Sachkosten und die ggf. notwendigen Hotelkosten (Grundpauschale) regeln. Für die Investitionskosten sind gesonderte Regelungen zu finden.

Ein prospektives Budget umfaßt die Gesamtsumme der voraussichtlich zu erwartenden Leistungsentgelte für ein definiertes Maßnahmeprogramm im Vereinbarungszeitraum (z.B. die Summe der kostengleichen Berechnungstage im Jahr multipliziert mit den zugehörigen Entgeltstufen).

Bei der Budgetvereinbarung sind

- die Entwicklung der Auslastung im vorausgehenden Berichtsjahr,
  - die Orientierungsdaten des kommunalen Psychiatrieplans,
  - die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. Beitragsentwicklung, Haushaltslage der Leistungsträger)
- angemessen zu berücksichtigen.

Das bedeutet, daß auch eine Deckelung oder eine Verminderung von Leistungen im Rahmen eines bestimmten Maßnahmeprogramms möglich ist, solange die gesetzlichen Ansprüche der Bürgerinnen/Bürger auf die entsprechende Sozialleistung noch angemessen befriedigt werden können.

Es ist sehr bedeutsam, daß die Verknüpfung der Instrumente

- integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
- personenbezogene Personalbemessung (mit Zuordnung zu einer Fallgruppe), Versorgungsvertrag und
- prospektives Budget

für die Vertragspartner, im Nichteinigungsfall aber auch für die Schiedsstelle oder das Verwaltungsgericht einen konsistenten Begründungszusammenhang darstellt.

Der Leistungsträger hat, unterstützt durch z.B. den Medizinischen Dienst, die Möglichkeit, die Bedarfsbemessung, d.h. die Zuordnung zur Fallgruppe, im Einzelfall zu kontrollieren (mit Widerspruchs- und Klagemöglichkeit des Leistungsempfängers). Der Leistungserbringer gewinnt über die Aggregation der anerkannten Einzelfälle im vorangehenden Jahr eine solide Anspruchsbegründung.

Unsicherheiten hinsichtlich des Versorgungsbedarfs lassen sich nicht mit sogenannten „Richtwerten“ im Sinne von Platz- und Bettenmeßziffern für bestimmte Einrichtungstypen überwinden. Diese vermischen unüberprüftes Erfahrungswissen mit subjektiven Bewertungen und können zu gravierenden Fehlentscheidungen führen (regionale Unter- oder Überversorgung etwa bei der Festlegung der Zahl der Krankenhausbetten oder Heimplätze bzw. je Region).

Ein Instrument komplexer regionaler Steuerung wird das prospektive Budget für ein Maßnahmeprogramm aber erst, wenn es mit der Leistungsentwicklung in angrenzenden Bereichen der Versorgung der Zielgruppe und mit der Entwicklungsplanung verknüpft wird. Erst dann werden die verschiedenen ambulanten, teilstationären und vollstationären Angebote der Behandlung und Rehabilitation „kommunizierende Röhren“, die unter den o.g. Zielsetzungen des gemeindepsychiatrischen Verbunds (insbesondere des Prinzips ambulant vor stationär) in der Entwicklungsplanung konkret verknüpft und gesteuert werden, z.B. durch Umschichtung von Ressourcen. Auf diese Weise entsteht rechnerisch ein leistungsträgerbezogenes „regionales Budget“, das im überregionalen Vergleich bewertet werden kann.

Ausführungen über die Umsetzung würden den Rahmen dieses Vortrages sprengen. Die Umsetzung ist ohne umfassendes Qualitätsmanagement des gemeindepsychiatrischen Verbundes nicht wirksam und wirtschaftlich zu leisten. Zur Gestaltung und Steuerung der regionalen Versorgung sind Rahmenvorgaben des Landes erforderlich.

Bisher haben die Länder ihre Gestaltungsaufgaben in der Regel nur bruchstückhaft wahrgenommen.

Zwar ist es durchaus möglich, Wege zum gemeindepsychiatrischen Verbund „von unten“ zu entwickeln, angesichts der dabei auftretenden erheblichen Interessenskonflikte bedarf ein solcher Prozeß in aller Regel strukturierender Rahmenvorgaben „von oben“.

Die Kommission schlägt deshalb vor, landesgesetzliche Regelungen (z.B. im PsychKG) zu verabschieden.

Das Gesetz müßte folgende Bereiche regeln:

1. Verfahren zur *Festlegung von Versorgungsregionen*
  - eine Voraussetzung für Gesundheitsberichtserstattung, Planung und Versorgungsverträge.
2. Festlegung der Zuständigkeiten für *Gesundheitsberichtserstattung und externe Qualitätssicherung* auf der Ebene des Landes- wie der Versorgungsregion.
3. Einrichtung *eines Psychiatriebeirates auf der Ebene des Landes wie der Versorgungsregionen* (Städte und Kreise)
  - die Grundlage für Abstimmungsprozesse.
4. Definition der Aufgaben der *Kommune bei der Koordination* der regionalen Versorgung:
  - Einrichtung eines kommunalen Psychiatriebeirates, Einsatz eines Koordinators/einer Koordinatorin,
  - Förderung der Einrichtung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes, Mitwirkung bei der Gesundheitsberichtserstattung u.a..
5. Bestellung eines hauptamtlichen *Patientenbeauftragten* auf Landesebene, einer nebenamtlichen *Patientenvertreterin* auf der Ebene der Versorgungsregionen zur Verstärkung der Nutzerkontrolle.

Weiterhin ist in den Ausführungen der Länder zum BSHG die *Vereinheitlichung der Zuständigkeit für die Leistungen der Eingliederungshilfe* festzuschreiben. Hier lautet der Vorschlag der Kommission: Zusammenfassung der sachlichen Zuständigkeit für ambulante und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe auf der Landesebene gemäß § 99 BSHG, Delegation der Durchführung an die kommunale Ebene.

Insgesamt bilden diese landesrechtlichen Regelungen das notwendige Gerüst für eine effektive Steuerung durch Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse.

### **Was ist zu tun?**

#### **Umsetzungsempfehlungen der Kommission im Übergang**

Die vorgeschlagenen Steuerungsinstrumente können schrittweise zu einem System komplexer Steuerung der Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse entwickelt werden, das eine Optimierung des Versorgungsangebotes unter sehr unterschiedlichen Ausgangsbedingungen möglich macht. Wie schnell dieser Prozeß in einer Kommune, einem Bundesland, in der Bundesrepublik

voranschreitet, hängt von der Aktivität und der Kompetenz der Beteiligten ab und nicht zuletzt davon, welcher Erwartungsdruck von der Öffentlichkeit ausgeht.

Die Leistungsempfängerinnen und -empfänger oder ihre Angehörigen können sich organisieren und über Gremien und Medien eine öffentliche Diskussion erzwingen.

Die psychiatrischen Fachkräfte können sich trotz ungünstiger Versorgungsstrukturen um die Integration von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen bemühen und auf Strukturveränderungen hinwirken.

Die Träger von Einrichtungen können integrierte Behandlungs- und Rehabilitationspläne zum Standard machen und schrittweise einen gemeindepsychiatrischen Verbund auf den Weg bringen.

Vor allem die Leistungsträger haben vielfältige Möglichkeiten, über die Gestaltung von Versorgungsverträgen und die prospektive Budgetierung effizientere Versorgungsformen zu fördern.

Kommunen, Länder und Bund haben mit ihren jeweiligen, im Verlauf der Tagung aufgezeigten Möglichkeiten als „verantwortliche Vermittler“ bedeutsame Einflußmöglichkeiten.

Die aktuelle Tendenz, Sozialleistungen nach ihrer Notwendigkeit und Qualität auf den Prüfstand zu bringen, muß nicht negativ für die Entwicklung des Hilfesystems sein, wenn sie nicht in unhinterfragte und rücksichtslose Kürzungen übergeht. Die Suche nach Rationalisierungsreserven kann die wirklichen Bedarfe, die Erfordernisse zur Bündelung der Ressourcen und die Notwendigkeit regionaler und überregionaler Steuerung deutlicher hervortreten lassen. Entscheidend wird sein, inwieweit es gelingt, Transparenz und Verantwortlichkeit herzustellen.

Die Kommission stellt hierzu ausdrücklich fest, daß sich *marktwirtschaftliche Elemente* auch im psychiatrischen Hilfesystem leistungsverbessernd auswirken können, allerdings nur wenn sie in eine *übergreifende bedarfsorientierte und ressourcenbezogene Steuerung eingebunden* sind und wenn angemessene Leistungsansprüche des einzelnen Bürgers, der einzelnen Bürgerin wirksam abgesichert sind. Unkontrollierte Marktmechanismen führen in diesem Feld dazu, daß sich das Hilfesystem an den Interessen der durchsetzungsfähigsten Leistungsempfänger und -anbieter auf Kosten der schwer und chronisch kranken Bürgerinnen und Bürger orientiert.

Modellerprobungen sind durchaus zwiespältig zu beurteilen. Sie dienen nicht selten dazu, notwendige Entscheidungen über Strukturveränderungen hinauszuschieben. Modellerprobungen sind sinnvoll, wenn sich zu einer tiefgreifenden Veränderung noch kein Einverständnis der Entscheidungsträger erreichen läßt, und wenn als Ergebnis mit Klärungen in den Sachfragen sowie mit einer Motivationsbildung zur Weiterführung der Strukturreform gerechnet werden kann.

Die Kommission ist der Auffassung, daß hinsichtlich des Aufbaues personenzentrierter kommunaler Hilfesysteme für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen eine solche Situation gegeben ist. Modellhaft sollten

- auf der Arbeitsebene integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme (einschl. einer personenbezogenen Personalbemessung),
- auf der institutionellen Ebene der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes,
- auf der Steuerungsebene die beschriebenen Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse und
- die Wechselbeziehungen zwischen den Ebenen erprobt werden.

Für eine derartige Erprobung in einer Region sind

- die aktive Mitwirkung der Kommunen und des Landes, der Leistungsträger und der Leistungserbringer sowie
- die Finanzierung der Begleitforschung (vorrangig durch die Bundesregierung, unterstützt durch das Land und die Leistungsträger) erforderlich.

Modellerprobung sollte von der aktuellen Versorgungslage in der Region ausgehen, d.h. hierfür zunächst keine zusätzlichen Mittel erfordern, soweit eine Unterversorgung der Region nicht von vornherein bekannt ist.

Die Modellvorhaben sollten in möglichst vielen Bundesländern durchgeführt werden, um einen breiten Auswertungshintergrund zu ermöglichen und zugleich konkrete Umsetzungserfahrungen zu vermitteln.

Um nicht mißverstanden zu werden – die an der psychiatrischen Versorgung einer Region Beteiligten müssen bei der Strukturreform nicht auf die Ergebnisse von Modellprogrammen warten. Sie sollten sich morgen auf den Weg machen und die Ergebnisse von Modellprogrammen auf dem Wege nutzen.

Die Kommission ist der Auffassung, daß die Entwicklung in Richtung auf ein personenzentriertes psychiatrisches Hilfesystem für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen unumkehrbar ist.

Von allein kommt allerdings nichts in Gang.

Ich möchte mit dem sehr einfachen Wort eines Künstlers schließen, der oft irritiert hat, der manchmal belächelt wurde, der mit wenigen alltäglichen Mitteln viele bewegt hat:

*„Alles was an Neuem sich auf der Erde vollzieht, muß sich durch den Menschen vollziehen ....“ (Joseph Beuys).*

Unsere sozialen Systeme sind durchaus zukunfts offen, veränderungsbereit, wenn Menschen am richtigen Ort zur richtigen Zeit gemeinsam etwas Neues versuchen. Aber dazu sind wir ja auch heute zusammengekommen.

#### IV. Die Bedeutung personenbezogener Hilfen aus der Sicht der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen



## Bewertung des personenbezogenen Ansatzes aus der Sicht der Angehörigen

*Ernst Maß*

Das Thema lautet: „Bewertung des personenbezogenen Ansatzes aus der Sicht der Angehörigen“. Ich könnte es kurz machen und sagen: „Wir stehen voll hinter den Überlegungen der Kommission“. Dennoch möchte ich noch einige, wie ich meine, wichtige Anmerkungen machen.

Der erste Schritt in eine bessere psychiatrische Versorgung war die „gemeinde-nahe Psychiatrie“. Damit darf es aber nicht sein Bewenden haben, daß die Patientinnen und Patienten aus den Großkliniken herausgeholt und in andere kleinere Einrichtungen in ihrer Heimatgemeinde untergebracht werden bzw. von vornherein in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern behandelt und dann in diesen gemeindenahen Einrichtungen weiterbetreut werden. Entscheidend ist: Welche Hilfe biete ich „wie“ an. Es herrscht heute noch überwiegend die herkömmliche Auffassung vor, daß der bzw. die psychisch Kranke nach der Akutbehandlung weitgehend vollstationär versorgt werden muß – Anstalts- und Verwahrgedanke! Dieses nicht nur, weil es an anderen Hilfen fehlt; der Grund liegt in der Grundeinstellung und der einfacheren und risikoärmeren Weiterversorgung. Die Akutklinik soll, um die Kosten, die die Krankenkassen zu tragen haben, niedrig zu halten, möglichst schnell entlassen. Da ist es natürlich einfacher, den Patienten oder die Patientin in einer vollstationären Einrichtung, einem Heim unterzubringen. Richtig kann nur sein zu ermitteln, welchen individuellen Hilfebedarf hat der Patient oder die Patientin, und wie kann ich ihn befriedigen, nicht mehr – sonst wird er/sie immer unselbständiger und damit hilfsbedürftiger. Ziel muß es aber sein, seine bzw. ihre Fähigkeiten auszunutzen und zu fördern. Darüber ist genug gesprochen worden, so daß jedes weitere Wort überflüssig ist.

Wir müssen weg vom institutionsbezogenen Denken. Es kann und darf nicht sein, daß jede Einrichtung ein Konzept hat, in das die psychisch kranke Person hineinpassen muß; ist das nicht der Fall, muß sie in eine andere. Wir wissen aber, daß für eine positive Entwicklung des Patienten/der Patientin die Kontinuität von Ort und Personen erforderlich ist. Der Wechsel überfordert den Patienten/die Patientin mit der Gefahr einer weiteren psychotischen Entwicklung, die wir gerade vermeiden wollen und müssen. Hier drängt sich der Vergleich mit einem Flipperspiel auf, in dem die Kugel immer wieder abgestoßen wird, bis sie in einem Loch landet. Und wie sieht es dann aus? Näheres hierüber würde auch zu Wiederholungen führen.

Der richtige, hier mit Recht vertretene Ansatz kann nur sein, zu ermöglichen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, und nicht gezwungen zu sein, außer in Not-

lagen, ein fremdbestimmtes Leben führen zu müssen. Der Mensch, auch der kranke, muß bei allen Überlegungen im Mittelpunkt stehen und nicht behandelt werden wie ein verwalteter, verwahrter Gegenstand. Hier liegen bei unserer verwalteten und verwaltenden Gesellschaft große Gefahren, die gerade in der Medizin auch aus anderen Gründen bestehen. Es heißt z.B. in der Klinik: „Der Bauch auf Zimmer 1“, „der Blinddarm auf Zimmer 2“ und „der Beinbruch auf Zimmer 3“. D.h. es wird die Sache – die Krankheit – vom Menschen – dem Patienten oder der Patientin – abstrahiert. Einen Sinneswandel brachte die Psychosomatik, die den Menschen in der Einheit sieht. Viel wichtiger ist aber in der Psychiatrie der Ansatz vom Patienten/der Patientin als Individuum her. Dieser Perspektive dient der heute vorgetragene Ansatz.

Es gibt aber noch große Hürden zu überwinden. Die personenbezogene Versorgung setzt voraus, daß alle an der Versorgung beteiligten Personen und Träger nach einem Konzept zusammenarbeiten. D.h. es müssen die Gräben zwischen Kliniken und komplementären Einrichtungen überwunden werden. Es müssen die in der Versorgung Tätigen aus den verschiedenen Fachrichtungen – multiprofessionell organisierten Therapeutinnen und Therapeuten – gemeinsam, oftmals unter Aufgabe eigener Zielvorstellungen, zusammenarbeiten, was erfahrungsgemäß nicht immer ganz leicht ist, ohne zeitaufwendige Teambesprechungen usw. Aber es geht nicht nur um die unterschiedlichen Berufsgruppen in der Therapie, sondern auch um den Verteilungskampf zwischen Ärzten, Psychologinnen, Sozialpädagogen und anderen Therapeutinnen und Therapeuten. Dieser Verteilungs-, vielleicht auch Machtkampf, kann in gleicher Weise kräfteverzehrend sein, wie der Verteilungskampf zwischen den Trägern der Einrichtungen, die dann gezwungen sind, sich einzuordnen. Das Spannungsfeld ist letztlich das Geld! Die Träger der Einrichtungen sind hart im Konkurrenzkampf stehende Geschäftsbetriebe.

Bei dieser Gelegenheit ist mir folgender Hinweis wichtig: Bei dieser Tagung war von drei Kostenträgern die Rede: Die Rentenversicherung, die Krankenversicherung und die Sozialhilfe. Bei der Renten- und Krankenversicherung gibt es ohne das Subsidiaritätsprinzip Rechtsansprüche. Anders bei der Sozialhilfe; sie ist subsidiär, d.h. sie tritt erst dann ein, wenn der/die Kranke und/oder die Angehörigen nicht in der Lage sind, die Kosten zu tragen. Darüber ist nicht gesprochen worden. Vorrangig sind die betroffenen Familien leistungspflichtig, und dabei geht es immer härter zu. Fehlt heute das Bewußtsein bei den Beteiligten? Geldvermögen in Höhe von 2.500,-DM (wohl für den gelegentlichen Genuß eines Lollies!) gilt als Schonvermögen und unter engen Voraussetzungen ein Hausgrundstück, das den Vorschriften des sozialen Wohnungsbaues entspricht! Wenn ein Heim der Diakonie in Lübeck für die vollstationäre Betreuung ca. 7.000,-DM an Pflegegeld im Monat verlangt, läßt sich dieses begründen: Personalschlüssel 1:1, Kost, Logie usw. Nicht ins Bewußtsein kommt dabei, daß die Familie (Eltern, Kinder und Patient) in 3 1/2 bis 4 Jahren den Wert eines verkauften Hausgrundstückes an den Träger zahlen muß! Bei den Pflegesatzverhandlungen sind aber die vorrangig Verpflichteten – die Angehörigen – nicht vertreten; es wird

über ihre Köpfe hinweg entschieden. Hier ist mehr Sensibilität gefordert. Es darf auch nicht sein, daß die sogenannten „Selbstzahlerinnen und Selbstzahler“ wegen dieser Problematik ausgegrenzt werden. Sozialpolitisch sollte auch bedacht werden, daß jede kleine Belastung eine Solidargemeinschaft übernimmt, jedoch bei diesen Größenordnungen wird die Familie voll in Anspruch genommen. Die patientenbezogene Versorgung darf nicht zu einem Zweiklassenrecht zwischen Selbstzahlerinnen/-zahlern und den übrigen Patienten verkommen.

Die Pflegeversicherung hilft nicht viel weiter, *wenn* sie überhaupt bei psychisch Kranken, die sich waschen und kämmen können, leistet; sie hat, wenn sie leistet, nur aufschiebende Wirkung angesichts der niedrigen Anteile an den Gesamtkosten – überwiegend Pflegestufe 1 oder gar keine Pflegestufe! Hier ist ein Umdenken erforderlich, wenn die patientenorientierte Versorgung als Komplexleistung funktionieren soll; darüber wurde bereits gesprochen. Die Patientinnen und Patienten und die Angehörigen sind hart betroffen, und wenn sie nicht entlastet werden, können sie zumindest nicht bei den Pflegesatzverhandlungen ausgeschlossen werden. Nur ein Gesamtfinanzierungskonzept unter weitgehender Entlastung der betroffenen Familien kann in Betracht kommen.

Erarbeitet wurden Arbeitshilfen zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung. Das ist m. E. die zwingend notwendige Ergänzung zur Personalbemessung im stationären Akutbereich. Einheitliche Standards in der Personalbemessung sind erforderlich, zumal im komplementären Bereich weitgehend ein „Wildwuchs“ beobachtet werden kann, der es unmöglich macht, die Einrichtungen zu beurteilen. Die Hilfsmittel sind zwar auf das personenzentrierte Komplexsystem abgestimmt, jedoch auch schon jetzt für die bestehenden Einrichtungen anwendbar. Qualität und Quantität des Personals sowie die Kosten/Pflegesätze gilt es kritisch zu beleuchten.

Anläßlich des Symposiums der Bundesdirektorenkonferenz am 25. April 1996 in Schleswig monierte Frau Moser, die Sozialministerin des Landes Schleswig-Holstein, daß die Pflegesätze von 80,- bis 360,-DM pro Tag im komplementären Bereich, insbesondere bei Heimen für psychisch Kranke, differierten, ohne daß man Unterschiede in der Betreuung feststellen könne. Das ist das Problem, das uns Angehörige auch beschäftigt, zumal wir, ebenso wie die Kranken, über die Rückgriffe der Sozialämter ja zur Kasse gebeten werden. Es besteht keine Möglichkeit der Einflußnahme. Ob aber der Preis gerechtfertigt ist, läßt sich jedoch nur sagen, wenn die preisbestimmenden Faktoren bekannt sind, das sind Quantität und Qualität des Personals und die inhaltliche Leistung. Es gibt nur wenige Einrichtungen, die die Angehörigen in regelmäßigen Abständen zu einer Gruppenbesprechung einladen, in denen auch diese Fragen offen erörtert werden, wobei es den Angehörigen nur selten möglich ist, sich ein objektives Bild zu machen, das sie in die Lage versetzt, die Qualität zu beurteilen, zumal sie auch keine Vergleichsmöglichkeiten haben. Und hier ist es für uns wie auch für die betreute Person wichtig, Kriterien zu haben, die einen Vergleich und eine Beurteilung ermöglichen. Wir sind sehr daran interessiert, hier Erfahrungen sammeln zu können; der zunehmende Wettbewerb ermöglicht es schließlich, eine solche

Betreuungsmöglichkeit auszuwählen, in der optimale Leistungen erbracht werden und auch das Preis-Leistungsverhältnis stimmt. Wenn die Sozialleistungsträger mit Recht die Möglichkeit einfordern, das Preis-Leistungsverhältnis prüfen zu können, so ist nicht nur die finanzielle Seite für die Angehörigen von Bedeutung, sondern insbesondere die Betreuungsqualität des/der Erkrankten. Es wäre aber verfehlt, mit einem Leitfaden einfach an die Bemessung der bestehenden Einrichtungen heranzugehen, ohne danach zu fragen, was eigentlich das Konzept der Betreuung ist; denn die Personalbemessung ist nur anhand eines Konzeptes und in vergleichbaren Betreuungsformen möglich. Wir wollen nicht nur die dezentrale Psychiatrie, die überwiegend lediglich die Verwahrung in Großeinrichtungen umwandelt in eine Verwahrung in gemeindenahen Kleinrichtungen (Heimen) mit ebenfalls vollstationärer Unterbringung, meistens auch noch unkoordiniert. Das würde nicht viel bringen. So ist es folgerichtig und notwendig, wie es die vorliegenden Empfehlungen der Kommission vorsehen, eine moderne Betreuungsform in Versorgungsbereichen zu schaffen, indem alle Betreuungsformen vorhanden sind und koordiniert angeboten werden mit dem Ziel einer patientenbezogenen Versorgung. Diese soll es dem Betreuten ermöglichen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, in dem nicht die Vollversorgung im Vordergrund steht, sondern nur der erforderliche Ausgleich vorhandener Defizite, um sicherzustellen, daß so lange wie möglich vorhandene Fähigkeiten erhalten und gefördert werden. Schon die Psychiatrie-Enquête hielt eine solche koordinierte Versorgung in Versorgungsbereichen für notwendig und richtig. Um die richtige Betreuungsform (Einrichtung) herauszufinden, ist anhand dieses integrierten Rehabilitations- und Behandlungsplans zu ermitteln, welche Defizite bei der Patientin oder dem Patienten vorhanden sind. Ausgehend von diesem einheitlichen Konzept ist auch eine Personalbemessung und ein schlüssiger Vergleich möglich.

Diese Untersuchungen und Vergleiche können nur extern erfolgen. Ob es allerdings reicht, z.B. auf der Kreisebene, d.h. in der Regel innerhalb eines Versorgungsbereiches, einen Beirat zu bestellen, erscheint uns fraglich. Wir meinen, hier muß in einem größeren Bereich eine Prüfung und insbesondere auch ein Vergleich in verschiedenen Versorgungsbereichen ermöglicht werden, etwa auf Landesebene.

Eine solche Prüforganisation bedarf dringend der Beteiligung der sog. „Nutzerinnen und Nutzer“, d.h. der Betreuten und der Angehörigen, die allein in der Lage sind, etwas dazu auszusagen, wie die diskutierten Einzelfaktoren geleistet werden. Es ist nicht ausreichend, festzustellen, ob etwas geleistet wird und in welchem Umfange dafür qualitativ und quantitativ Personal notwendig ist, sondern auch, wie die einzelne Aufgabe erledigt wird.

Für all dieses sind die Empfehlungen der Kommission ein unverzichtbares Instrument. Erscheint Handhabung des Instrumentes auch auf den ersten Blick nicht ganz einfach, so dürften im Laufe der Zeit diese Anfangsschwierigkeiten durch Gewöhnung überwunden werden. Möge diese Arbeit in gleicher Weise

wie die Psych-PV einen gerechteren und besseren Personaleinsatz in den komplementären Einrichtungen zur Folge haben mit der entsprechenden Verbesserung in der Qualität der Betreuung.

Bei dieser Gelegenheit sei noch auf ein wichtiges Problem der Betreuung hingewiesen: Keinem Patienten, keiner Patientin darf gegen seinen/ihren Willen eine Therapie (von besonderen Notlagen abgesehen), sei sie medikamentöser oder anderer Art, aufgezwungen werden. Hieran wird leider oft nicht gedacht, sondern bei der heute noch vorherrschenden, „verwahr-“ und institutionsbezogenen Versorgung wird eine unbedingte Duldung bzw. Einordnung verlangt. Dieses erzeugt unsinnige Widerstände der Betreuten und Schwierigkeiten in der Betreuung. Es muß erwartet werden, daß die patientenbezogene Versorgung, wie sie diesem Konzept zugrunde liegt, dem Patienten bzw. der Patientin ein optimales Maß an Freiheit und Mitgestaltung ermöglicht.

Bei alledem darf nicht vergessen werden, daß etwa 50% der Kranken noch in Familien betreut werden, weil eine andere Betreuungsform nicht angezeigt ist. Auch in diesen Fällen müssen personenbezogene Hilfen angeboten werden, wenn die Familien die Betreuung nicht bewerkstelligen können. Es wird aber zunehmend für Versorgungen außerhalb der Familien Kapazitäts- und Kostenprobleme geben, die nicht übersehen werden dürfen. Die soziologischen Veränderungen in der Bundesrepublik sind so gewaltig, daß man die Frage stellen darf: Gibt es in 20 Jahren noch funktionsfähige Familien, die diese Leistung namentlich in schwierigen Fällen übernehmen können? Müssen aus diesem Grunde immer mehr Leistungen vom Staat übernommen und dadurch unbezahlbar werden mit der Folge, daß wegen des Kostendruckes die erforderlichen Leistungen in Quantität und Qualität nicht mehr erbracht werden können? Meines Erachtens sind dies beängstigende Zukunftsperspektiven für die psychisch Kranken – wie auch für alle Behinderten und Alten!

## Die Realität ist anders, als sie scheint – oder: Psychiatrie ist die Geschichte der eigenen Fehler

*Hans-Jürgen Claußen<sup>1)</sup>*

Nach unserer Erfahrung brechen Psychiatrieprofis gerade in der Klinik die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten frühzeitig ab, obwohl selbst hochgradig psychotische Patientinnen und Patienten noch in der Lage sind, über Befindlichkeiten und Ängste zu kommunizieren.

Gerade dort, wo Verständnis am wichtigsten ist, in der Krise, fehlt es. Psychiatrische Profis haben kein theoretisches Konstrukt, um uns in unserem Bezugssystem zu verstehen. Sie haben zwar von den Ansätzen von Mosher, Perry, Ciompi, Laing und Stan Grof gehört, nur gelesen und verinnerlicht haben sie sie nicht. Sie haben auch nicht die Arbeiten von Varela und Maturana zur Wahrnehmung und Selbstorganisation gelesen.

Wenn sie das getan hätten und die Erkenntnisse Maturanas konsequent zu Ende denken würden, wüßten sie, daß wir alle erkennen und begreifen müssen, daß Realität und Wirklichkeit relativ sind. Wirklichkeit ist direkt abhängig von unseren inneren und sozialen Bezugssystemen, die unsere Wahrnehmung beherrschen und prägen.

Klar gesagt hat jeder seine eigene Realität und Welt. Nur durch Kommunikation wird in Teilbereichen eine gemeinsame Realität konstruiert. Dies geschieht im Bereich der Psychiatrie erstmalig in den über 80 Psychoseseminaren in Deutschland, der Schweiz und Österreich. Bis vor kurzem waren Psychoseinhalte und die subjektive Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen für Profis kranke Wahnwelten, über die man nicht redet oder verhandelt.

Es existierte also seit Jahrhunderten ein echtes Kommunikationsproblem zwischen Betroffenen, Angehörigen und Profis. Jeglicher Versuch der Konstruktion einer gemeinsamen Realität durch Reden über Inhalte und Erfahrungen wurde von Profiseite konsequent unterbunden. Profis und Angehörige hatten die Definitionsmacht über das, was Realität zu sein hat, was Realität ist.

Daß das, was wir erleben, nicht normal ist, darüber war und ist man sich schnell einig.

Bei Licht betrachtet haben wir in der Tat außergewöhnliche Bewußtseinszustände, die denen der Schamanen und Medizinmänner und ihrer Schüler in primitiven Kulturen ähneln. Genau wie die Schamanenkrankheit früher treten heute Psychosen bei einem Prozent der Bevölkerung auf.

Es gibt eine eindeutige Parallele zwischen schamanischen Initiationsriten, LSD-Erfahrungen, Traumata und Psychosen.

1) Hans-Jürgen Claußen ist Mitglied des geschäftsführenden Bundesvorstandes des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen.

Darüber hinaus weiß jeder, der meditiert, daß die gesamte Palette der Symptome von Psychosen auch während langjähriger Meditation auftreten kann. Dies sind alles Manifestationen unbewußter Materialien in uns.

Der gemeinsame Zugang zum unbewußten Material liegt in der Entschlüsselung der Symbolwelt. Die Psychosen, LSD-Erfahrungen und Träume haben die gleiche Symbolsprache. Es sind immer wieder dieselben elementaren Symbole, die auftreten. Der Code des Unbewußten kann geknackt werden.

Es gibt nur eine uns allen gemeinsame Symbolwelt. Sie umfaßt die Symbole des Unbewußten, die Sprache, unsere Theorien über uns selbst und die Welt da draußen.

Uns fehlt heute der Schamane und Mediziner, der Lehrer, der die Welt des Unbewußten, der Symbole und ihrer Bedeutungen versteht, erklärt und vermittelt.

Stattdessen haben wir Technologien, um krankhafte Wahnwelten und Realitätskonzepte zu therapieren, um die heilige intersubjektive Ordnung aufrechtzuerhalten. Man führt Kriege wegen Dogmen, zerstört die Natur mit Technologien und agiert immer mit Bezugssystemen im Kopf, die man für Wirklichkeit hält.

Warum interessiert sich keiner für die Symbolwelt, ihre Bedeutungen und die Vermittlung von Wissen über die unbewußten Vorgänge in uns?

Warum steht im Zeitalter der Technik Technologie im Vordergrund und nicht auch Empathie? Warum ignoriert die Gesellschaft und Wissenschaft die Seele des Menschen?

Das ist die Kernfrage, die sich mir stellt. Dieser Zustand muß sich ändern.

Damit sich das ändert, müssen wir ein neues Paradigma in der Wissenschaft erarbeiten und dann den Mitbürgerinnen und Mitbürgern vermitteln.

Wir müssen eine differenzierte Relativitätstheorie innerer und sozialer Bezugssysteme entwickeln. Das ist die Aufgabe der Psychiatrie, Psychologie und der Soziologie.

Wir müssen die Rätsel des persönlichen und kollektiven Unbewußten lösen, den Code knacken. Nur dadurch, daß wir uns und unsere Welt zu Objekten degradieren, werden unsere Theorien über uns und die Welt nicht gleich objektiv und wahr, sondern bleiben, was sie sind. Projektionen, Objektivität und Kausalität sind – genau wie Theorien selbst – nur ein Konstrukt, um Komplexität zu reduzieren.

Es ist nicht die Wirklichkeit selbst, die hier abgebildet wird.

Wirklichkeit und Wahrheit sind wie gesagt relativ und ändern sich mit dem Bezugssystem – und damit von Person zu Person.

Verstehen kann man nur Bezugssysteme, auf die man sich einläßt.

Einlassen kann man sich nur, indem man mit dem anderen, der anderen in einen intensiven Dialog tritt.

Was bedeuten diese philosophischen und erkenntnistheoretischen Überlegungen für die Psychiatrie? Was hat das mit der Psychiatrie, der Kommission und uns selbst zu tun?

Sehr viel!!!

1. In der Klinik und im außerklinischen Bereich werden die Patientinnen und Patienten als Black Box behandelt, die auf den INPUT von sozialpädagogischen, psychologischen und medizinischen Konzepten und Technologien positiv oder negativ reagieren, wie Ratten im Labyrinth. Und tatsächlich ist das psychiatrische Hilfesystem ein Labyrinth, wo zwar viel über den Köder der Heilung geredet wird und wo es um nichts anderes als um Heilung von psychischen Krankheiten geht, – nur daß die Heilung nicht innerhalb des Labyrinthes zu finden ist, sondern außerhalb des Systems, in uns selbst.

Heilung ist immer eine Selbstheilung.

Man muß sich in die Lage versetzen, selbst oder mit Hilfe von Profis mit der inneren und äußeren Symbolwelt umzugehen, ohne in Panik zu geraten oder euphorisch zu werden.

Das ist auch die einzige Chance, um der Psychiatrie zu entkommen.

Man muß von Profis in die Lage versetzt werden, im Sinne von Empowerment handlungsfähig zu werden innerhalb des allgegenwärtigen Dschungels der Erwartungen und Anforderungen anderer Menschen um einen herum.

Es müssen Lebens- und Überlebensstrategien entwickelt werden, um dauerhaft und würdevoll in unserer Gesellschaft als Teil der Gemeinschaft in der Gemeinde zu leben, geschätzt und geachtet zu werden.

De facto haben wir keine Gemeindepsychiatrie. 4000 Heimplätze allein in Schleswig-Holstein gegenüber nicht mal 1000 Plätzen für betreutes Wohnen zeigen, daß wir de facto immer noch Anstaltspsychiatrie betreiben.

Wir haben die Klinik durch Sondereinrichtungen in der Gemeinde ersetzt. Es ist ein gigantischer BLUFF, auf den alle Beteiligten selbst hereingefallen sind.

Von Integration kann nur in Ansätzen gesprochen werden, da die Bevölkerung bei diesem Spiel ihren Part nicht mitspielt.

Die Bevölkerung ist nach einer Umfrage der Zeitschrift Nervenarzt immer noch der Meinung, daß Psychotikerinnen und Psychotiker gewaltsam in die Psychiatrie gebracht werden sollten, fixiert werden sollten, geschockt und unter Höchstdosen von Neuroleptika gesetzt werden müssen. Ich meine, die Neurotikerinnen und Neurotiker dieser Welt müssen lernen, mit der eigenen Angst vor Fremdem und Verrücktem in sich selbst besser umzugehen, und aufhören, ihren Schatten in uns Psychotiker zu projizieren.

Damit sich das Verhältnis der Bevölkerung zu uns Betroffenen ändert, sollte intensive Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, die im Umfang gern an die Kampagne gegen AIDS anknüpfen kann, zumal 25 000 000 Menschen, ein Drittel der Bevölkerung, psychisch krank sind und ernsthafte Probleme haben.

Wir müssen ganze Arbeit leisten und die Sondereinrichtungen umfunktionieren oder abschaffen. Für beides liefert der Ansatz der Kommission die Grundlage, das Konzept und die Steuerungsinstrumente.

Ich bin der Auffassung, daß der Ansatz der Kommission flächendeckend im gesamten Bundesgebiet eingeführt werden sollte. Die Gesundheitsministerien sollten noch in diesem Jahr Richtungsentscheidungen treffen. Das Bundesgesund-

heitsministerium sollte Mittel bewilligen, um eine Institutionalisierung der Kommission als Beratungs-, Forschungs- und Ausbildungsorganisation und Motor des ganzen zu ermöglichen.

Die Kostenträger sollten die Personalbemessungskonzeption zur Grundlage der Mittelbewilligung machen und auch über Mischfinanzierungen von Einrichtungen nachdenken, statt sich selbst untereinander die unerwünschten Kosten für außerklinische Psychiatrie zuzuschieben.

Die Einrichtungen müssen ohnehin über Qualitätsstandards und Dokumentationssysteme nachdenken, und ich glaube, der Ansatz der Kommission ist die perfekte Lösung ihres Problems.

Die Einrichtungen der außerklinischen psychiatrischen Versorgung müssen endlich einheitliche Standards der Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle und des Qualitätsverständnisses gewinnen.

Es wäre fatal, wenn sich der bisherige Trend fortsetzt und wir in Zukunft in jeder Region und in jeder Einrichtung andere Konzepte der Arbeit und andere Konzepte der Hilfen hätten. Dann wäre der Dschungel für alle undurchdringlich geworden.

Deshalb sollten Einrichtungen freiwillig zu personenzentrierten Konzepten übergehen und dafür das Konzept der Kommission als Ausgangsbasis nehmen.

Das Instrument der Kommission ist die Grundlage zur Personalbemessung, ist Mittel zur Hilfebedarfsermittlung, Mittel zur integrierten Hilfeplanung, und das ist das entscheidende für uns – die Behandlungsvereinbarung im außerklinischen Bereich, entsprechend der Bielefelder Behandlungsvereinbarung im klinischen Bereich.

Wenn Qualität nicht gleichbedeutend mit individualisierten Hilfeplänen und Hilfeleistungen ist, müßte man sich ehrlich fragen, was wir bisher gemacht haben. Haben wir als Profis die Definitionsmacht über Krankheit, Gesundheit, die Spielregeln der Heilung und des gesamten Lebens unserer Patientinnen und Patienten gehabt oder nicht?

Haben wir den Patientinnen und Patienten unsere Realität und unsere Konzepte übergestülpt oder nicht?

Haben wir sie zwischen den standardisierten Hilfekonzepten und damit von Haus zu Haus, von Stadt zu Stadt und Region zu Region hin und hergeschoben, ihnen ständig neue Umwelten verpaßt und ihre Realitäten ständig verändert und gegen neue ausgetauscht, ständig die Spielregeln für die Patientinnen und Patienten geändert oder nicht?

Waren wir anstaltszentriert in unserem Denken und Realitätsverständnis, und das mehr, als wir ahnten? War unser Bezugssystem die Person, die Hilfe braucht, oder die Institution, die Hilfe leistet?

Haben wir uns jemals dafür interessiert, welche Rolle wir für die Chronifizierung unserer Patientinnen und Patienten spielen und für die Drehtürkarrieren in unseren Einrichtungen?

Haben wir uns schuldig gemacht einer neuen Form von Anstaltspsychiatrie und Verwahrungspsychiatrie, die nur nicht offen sichtbar Menschen ihrer Rechte

beraubt, sondern subtil psychische und moralische Gewalt ausübt?  
Das sind die Fragen, die Sie sich stellen müssen.

Außerdem müssen wir jetzt angesichts der Diskussion über Marktprinzipien und Konkurrenz im Gesundheitssystem und den Sparkahlschlägen der Bundesregierung auf personenzentrierte Konzepte umschwenken, anstatt an unseren erstarrten Strukturen festzuhalten, um deutliche Qualitätseinbußen zu vermeiden. Tun wir das nicht und radikalieren wir uns nicht und kämpfen nicht mit allen Mitteln gegen die Kahlschlagspolitik und den sozialen Harakiri unserer Gesellschaft, wird es die Zerschlagung der Gemeindepsychiatrie geben.

Am Ende der Reformpolitik der Bundesregierung gibt es dann nur noch das Dr. Neuroleptika Fertigenü für alle Menschen, die Probleme haben.

Die Pharmakonzerne werden zu Arbeitsplatzproduzenten und zu den Rettern in der Not. Sozialpädagogen, Psychologinnen und Ergotherapeuten sind dann Schnee von gestern und hatten sich dann leider auch, wie die übrigen fünf Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, falsch qualifiziert und ihre Lebens- und Existenzplanung am Markt vorbeigeplant.

Der nationale soziale Konsens ist gefährdet, und die Regierung macht sich selbst zur Brandstifterin sozialer Unruhen, die sie dann selbst mit der Notstandsgesetzgebung niederschlagen wird. Das wäre dann der kapitalistische Faschismus par excellence.

Noch ist es nicht passiert. Wir brauchen eine Reformpolitik, eine Perestroika, d.h. einen Paradigmenwechsel in allen gesellschaftlichen und persönlichen Bereichen. Und vor allem einen anderen Umgang mit Krankheit, Gesundheit und Medizin.

Bleibt der bisherige Trend bestehen, daß keine Partei brauchbare und adäquate Konzepte hat, wird unser Land von der politischen Klasse ruiniert.

Es geht also um die Wurst, meine Damen und Herren, und wir haben kaum Chancen, diesen Wahnsinn aufzuhalten, solange die Regierung und die Parteien meinen, mit den alten Bezugssystemen noch Erfolg haben zu können. Ich sehe im Moment unter den Politikerinnen und Politikern auch niemand, der oder die das Format hat, die alten Zöpfe abzuschneiden, also muß die Straße ihnen sagen, was sie tun sollen.

2. Nächster Punkt in meiner Analyse ist das theoretische Bezugssystem der Profis.

Derzeit hat jeder Profi sein eigenes Krankheitsmodell und Behandlungskonzept im Kopf. Daß da keine Patientin, kein Patient mehr durchblickt und nicht mehr weiß, was von ihm bzw. ihr denn nun erwartet wird, ist doch wohl offensichtlich. Ein gleiches theoretisches Bezugssystem aller therapeutisch an mir arbeitenden Profis ist für mich von alles entscheidender Bedeutung, wenn Realität für mich klar und relativ widerspruchsfrei werden soll.

Theoretische Grundlage aller Psychiatrieprofis sollte das *Vulnerabilitätsstressmodell* werden. Ciompis Modell hat den Vorzug, daß in dieser Theorie klar ist, daß der Patient bzw. die Patientin den Krankheitsverlauf selbst beeinflussen kann, in

dem er bzw. sie lernt, Stress auszuweichen oder zu transformieren. Zusammen mit einer festen dauerhaften Bezugsperson – etwa dem Case Manager und der abgestimmten Kooperation und Hilfestellung aller an Hilfeleistungen beteiligten Profis – ist es dann sehr viel besser möglich, den Weg zur Heilung zu finden – nicht zuletzt deshalb, weil das Labyrinth des außerklinischen Versorgungssystems zur Fata Morgana verblaßt und keinen harten Realitätsgehalt mehr hat – also ohne Bedeutung und vor allem ohne negative Auswirkungen bleibt.

Der Case Manager muß ein klinischer Psychologe bzw. eine Psychologin sein, da den meisten psychiatrischen Ärztinnen und Ärzten jegliche Empathiefähigkeit und tiefenpsychologische Ausbildung fremd ist, offensichtlich eine Folge ihrer einseitigen körperfixierten Ausbildung.

Ergänzt werden sollte diese theoretische Basis mit Elementen der Konzepte von Mosher, Perry, Benedetti, Laing und Stan Grof.

Alle diese Konzepte ermöglichen es, die Black Box mit Inhalt zu füllen und die Handlungskompetenz und Empathiefähigkeit der Profis auch auf nichtmedikamentöse Behandlung auszudehnen und die symbolische Realität sogenannter Schizophrener verstehbar zu machen.

Das Verständnis des eigenen bewußten und unbewußten Bezugssystems ist für uns Voraussetzung dafür, uns wieder effektiv und ohne negative Rückkopplungsschleifen in unserer Umwelt zu betätigen. Medikamententherapie allein geht also total am Problem der Patientinnen und Patienten vorbei. Medikamente beseitigen Symptome – mehr nicht, haben massive Nebenwirkungen, teilweise führen sie zu Schäden, und vor allem ermöglichen sie soziale Kontrolle abweichenden Verhaltens. Ohne Medikamente funktioniert das gesamte System nicht. Ohne Medikamente sind Profis hilflos und handlungsunfähig.

Wir brauchen Soteria-Ansätze in den Kliniken. Im Gütersloher Soteriamodell wird allein durch die Veränderung des theoretischen Hintergrundes eine Verringerung der Zwangsmaßnahmen um 98 Prozent erreicht. Dadurch, daß Profis dort nicht um jeden Preis Medikamente einsetzen müssen, wird Gewalt verhindert. Die Zwangsmaßnahmen in der deutschen Psychiatrie sind also allein von den Konzepten der Profis abhängig – liegen nie am Verhalten der Psychiatrie-Erfahrenen.

Das beweist, daß die Antipsychiatrieaktivisten in unserem Verband doch Recht haben – die Profis sind schuld. Was für die Klinik gilt, gilt auch im außerklinischen Bereich.

Sie müssen sich ändern.

Sie wollen für Ihre Arbeit geliebt werden, deshalb werden Sie sich ändern, es sei denn, Ihre Scheinsicherheit, Bequemlichkeit und ausgehöhlte Autoritätsmaske ist für Sie lebenswichtig.

Sie sind mit Sicherheit fähig, sich noch mal umzustellen, wenn Sie das wollen! In jedem Fall hängt der Erfolg unseres Projektes einer besseren und humaneren Psychiatrie maßgeblich auch von Ihnen ab, meine Damen und Herren, wenn Sie mitmachen, kann uns keiner mehr aufhalten.

Wir brauchen eine neue Phase der Psychiatriereform, an deren Ende personen-

zentrierte Konzepte im außerklinischen Bereich und Soteriaklinikansätze im stationären Bereich stehen. Wir müssen mit der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Problemen ernst machen und sie wirklich in der Gemeinde, als Teil der Gemeinschaft leben lassen und die Bevölkerung zwingen, ihre Vorurteile zu revidieren. Integration aller Behinderten muß Kennzeichen einer christlichen und modernen Gesellschaft sein. Wir brauchen eine ganzheitliche Medizin und eine heilende Psychiatrie. Wir müssen uns einmischen in die politische Diskussion, müssen die selbstgewählte Ohnmacht und Hilflosigkeit aufgeben und die Probleme in diesem Land gemeinsam lösen. Wir müssen unseren Teil der Verantwortung für das Ganze übernehmen, unsere ganze Kraft und Macht in die Waagschale werfen. Kämpfen.

Wir wollen eine soziale Gemeinschaft sein, mit Solidarität, Würde und Existenzrecht für jede und jeden. Um dieses Ziel zu erreichen und einen Rückfall in die Zeit der Verwahrspsychiatrie zu verhindern, müssen wir eine gezielte Verschwörung betreiben, in deren Zentrum, was die Psychiatrie betrifft, ein Schulterschuß von AKTION PSYCHISCH KRANKE, DGSP, BPE und den Angehörigen stehen muß. Wir müssen Verbündete suchen in der DGPPN, den Wohlfahrtsverbänden, der Bundesdirektorenkonferenz, den Krankenkassen und politischen Strukturen. Tun wir das nicht, wird der politisch industrielle Komplex endgültig die sozialverträgliche Bodenhaftung verlieren und uns Psychiatrie-Erfahrenen die Menschenrechte endgültig aberkennen. Dann sind wir bioethischer Ausschuß der kapitalistischen Produktionsgesellschaft und werden für die Forschung verwertet und als Müll der entsolidarisierten Gesellschaft preisgünstig abgewickelt und entsorgt.

Wenn wir das verhindern wollen, müssen wir innerlich radikal werden, kämpfen und uns verschwören, vom Mitläufer zum Widerstandskämpfer werden.

Dabei kommt es auf das Engagement jedes einzelnen betroffenen Bürgers, jeder einzelnen Angehörigen und jedes Profis an. Die Kunst besteht darin, eine kritische Masse zu erzeugen, die in der Lage ist, das Spiel zu ändern. Es wird niemand für uns tun.

Wir müssen es selbst tun – Wir können es nur mit Ihnen gemeinsam schaffen, eine heilende und humane Psychiatrie zu realisieren.

NUR Gemeinsam sind wir stark.

Vielen Dank.

## V. Texte aus den Arbeitsgruppen



## Implementation und Erprobung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes

*Petra Gromann*

Alle bisherigen Erfahrungen verweisen darauf, daß die Anwendung des integrierten Behandlungs- und Rehaplans wie der ergänzenden Manuale/Fragebögen/Übersichtsbögen trotz der vorliegenden ausführlichen schriftlichen Anleitung einer persönlichen Einführung bedarf.

Dies ist zum einen deshalb erforderlich, weil sich in Deutschland regional sehr unterschiedliche Standards der praktischen Arbeit entwickelt haben. Dies führt dazu, daß regional Begriffe in anderen Zusammenhängen verwendet werden und so häufig erhebliche Mißverständnisse entstehen. Zum anderen ist zu erwarten, daß auf dem Hintergrund unterschiedlich langer und dazu noch verschiedener beruflicher Vorerfahrungen, verschiedener institutioneller Praktiken und sehr unterschiedlicher Strukturen der Zusammenarbeit über Einrichtungen und Dienste hinweg sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Region erst selbst miteinander verständigen müssen, wie das Instrument in ihren gegenwärtigen Arbeitsbedingungen sinnvoll und nützlich einzusetzen ist.

Für diesen Verständigungsprozeß ist es wichtig, eine Einführung durch eine/n mit dem Instrument und seinen Möglichkeiten vertraute/n Fortbilder/in durchzuführen.

Es ist darauf hinzuweisen, daß das Instrument nicht nur als Möglichkeit der Personalbemessung und Anreiz zur strukturellen Veränderung gemeindepsychiatrischer Landschaften zu verstehen ist, sondern durchaus auch in Bundesländern und Regionen sinnvoll eingesetzt werden kann, die diese übergreifenden Möglichkeiten nicht oder noch nicht wünschen.

Auch auf der Ebene der informellen, nicht vertraglich vereinbarten Zusammenarbeit über Einrichtungen hinweg sowie der Verbesserung der Arbeitsweise einzelner Dienste und Einrichtungen wie auch bei der Einführung und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist das Instrument inhaltlich von Nutzen, kann die Qualitätssicherung und Dokumentation voranbringen und ermöglicht genauere und kompetentere Antragstellungen und -begründungen Kostenträgern gegenüber.

Eine persönliche Einführung in das Instrument hat also folgende Ziele:

- eine Vermittlung der grundlegenden Ziele der Kommission: funktionale Sichtweise psychischer Erkrankung, individuelle, abgestimmte und verantwortliche Arbeit mit Klientinnen und Klienten im Rahmen eines umfassenden gemeindepsychiatrischen Verbundes auf dem Hintergrund der beruflichen und strukturellen Vorerfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

- eine Vermittlung der Anwendung des Instrumentes und der Manuale und der Klärung von Methode und Begriffen auf dem Hintergrund der lokal üblichen Praxis,
- die Entwicklung von Ansatzpunkten zum nützlichen Einsatz des Instrumentes auf dem Hintergrund der derzeitigen beruflichen Praxis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der Entwicklung von einrichtungs-/dienstübergreifender Kooperation und Verantwortung in der Region.

Die „persönliche Einführung“ bzw. Fortbildung zur Einführung des Instrumentes sollte im Rahmen sogenannter „Schneeballsysteme“ erfolgen; das heißt, sie ist immer gleichzeitig eine Moderatorenschulung. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten nach der Fortbildung selbst in der Lage sein, andere Kolleginnen und Kollegen in das Instrument und seine Anwendungen einzuführen.

Aus den Erfahrungen mit den bisherigen Einführungen wissen wir, daß eine solche Fortbildung mehrteilig organisiert sein sollte, um die tatsächliche Bearbeitung von Bögen an einem eigenen Praxisbeispiel zu begleiten. Ohne dieses handlungsorientierte Vorgehen entstehen zuviele Unklarheiten, und der gewünschte Abstimmungsprozeß und die zunehmende Vergleichbarkeit der Ergebnisse auch im Detail werden verfehlt.

Die Einführung des Instrumentes kann

- bezogen auf eine Einrichtung/einen Dienst
- bezogen auf mehrere Einrichtungen eines Trägers
- bezogen auf verschiedene Einrichtungen/Dienste verschiedener Träger in einer Region
- und gemäß den Zielen der Kommission für alle Einrichtungen/Dienste einer Region sinnvoll sein.

Nach der Einführung des Instrumentes sollten sich die Beteiligten auf einen Erprobungszeitraum verständigen – z.B. drei Monate – und bereits einen gemeinsamen Termin zum Erfahrungsaustausch und für ggf. neu zu treffende Vereinbarungen verabreden.

Neben einem Austausch zum Zeitbedarf, zu Verständigungsproblemen und zur Arbeit mit Klientinnen und Klienten und dem Instrument (z.B. Erfahrungen mit dem Selbstausfüllen durch Klienten) sollten „Gewinne“ und „Verluste“ durch die Veränderung der Arbeitsweise aufgelistet werden.

Erfahrungsgemäß gibt es für alle Ebenen (s.o.) eine Fülle von methodischen Verabredungen, die die gemeinsame Arbeit flüssiger und inhaltlich effektiver gestalten können:

Zum Beispiel kann für sogenannte „Fallkonferenzen“ den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorab der Innenbogen des integrierten Behandlungs- und Rehaplanes direkt zur Einsicht vorgestellt werden (Datenschutzvereinbarungen bedenken). Weiterhin wäre zu vereinbaren, ob und welche Möglichkeiten der Qualitätssicherung durch die Auswertung der Bögen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewünscht werden und welche in welchem Zeitraum durchgeführt

werden können. Gegebenenfalls ist nach einem halben Jahr ein weiteres methodisches Treffen zu vereinbaren, wo erste Ergebnisse von Auswertungen der Qualitätssicherungsfragen vorliegen und weitere Verständigungen erfolgen können. Bei diesem zweiten Treffen wäre zu überlegen, eine Kollegin/einen Kollegen aus einer anderen Region (die die Bögen ebenfalls seit einiger Zeit nutzen) einzuladen, um deren Erfahrungen zu hören, die eigenen darzustellen und eine „Außenperspektive“ zum Stand der Arbeit zu gewinnen.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Bundesgeschäftsstelle Stuppstraße 14, 50823 Köln) bietet bundesweit an, sowohl inhaltliche Einführungsveranstaltungen wie auch qualifizierte Fortbildung im Sinne einer Moderatorenschulung zu organisieren.

## Die praktische Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes – Ergebnisse und Erfahrungen aus Erprobungen und Praxis

*Agnes Fabian*

Im April 1997 hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE eine Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ zusammen mit dem überarbeiteten Manual zum Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan veröffentlicht (Kauder, AKTION PSYCHISCH KRANKE, 1997). Der veröffentlichten Endversion vorausgegangen waren mehrere Erprobungsläufe, in denen erste Erfahrungen mit der Anwendung des Erhebungsbogens gesammelt werden konnten. Im folgenden werden einige Ergebnisse des letzten Erprobungslaufes sowie Rückmeldungen aus der Arbeitsgruppe zur praktischen Anwendung des Bogens dargestellt.

### ***Bisherige Erprobungen des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans***

Ein erster groß angelegter Probelauf mit den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplänen wurde im Winter 1993/94 in 5 Erhebungsregionen (Berlin, Bremen, Hamburg, Kassel und Kreis Steinfurt) durchgeführt. Von diesem Probelauf konnten 557 vollständig ausgefüllte Bögen ausgewertet werden, darunter waren 99 Doppelbegutachtungen, die eine Einschätzung der Zuverlässigkeit der Angaben ermöglichten. Die Ergebnisse dieses Probelaufs wurden bereits auf der Tagung im April 1994 und in dem zugehörigen Tagungsband dargestellt. Von Bedeutung für die Weiterentwicklung des Instruments waren vor allem folgende Ergebnisse:

- Vor allem der in dem Instrument enthaltene Übersichtsbogen erwies sich als praktikables und zuverlässiges Verfahren zur Bestandsaufnahme der bereichsspezifischen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie der Hilfebedarfe eines Klienten bzw. einer Klientin.
- Als praktikabel und zuverlässig erwies sich das Instrument weiterhin auch bei der Festlegung der Art der im Einzelfall jeweils notwendigen Hilfen.
- Als nicht praktikabel erwies sich hingegen das in den damaligen Bögen eingesetzte Verfahren, um ausgehend von dem ermittelten Hilfebedarf zur Bestimmung des im Einzelfall notwendigen Personalbedarfs zu gelangen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieses Probelaufs war es, daß für die ausfüllenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine eingehende Einweisung in die Handhabung des Instrumentes unerlässlich ist. Die damals durchgeführten Einfüh-

rungsveranstaltungen, in denen auf die Bögen nur kurz eingegangen werden konnte, haben sich als nicht ausreichend erwiesen.

Aufbauend auf den Erfahrungen mit diesem ersten Probelauf sowie im Hinblick auf eine Erweiterung der Anwendbarkeit der Bögen wurde das Instrument dann von der Kommission überarbeitet und erweitert. Im letzten Quartal 1995 wurde ein erneuter Probelauf durchgeführt. 1996 wurde eine Nacherhebung mit einer Teilstichprobe der 1995er Gruppe durchgeführt. Dabei wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an der Erprobung 1995 teilgenommen hatten, gebeten, mit einigen Klientinnen und Klienten die Bögen erneut auszufüllen und so die Fortführung des Behandlungsplanes zu dokumentieren.

Die verwendete Fassung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans fiel deutlich umfangreicher aus als die vorhergehende Version und entsprach in ihrer Gesamtstruktur den Bögen, die 1997 von der APK veröffentlicht wurden. Das Instrument enthielt u.a. gänzlich neu gestaltete Leistungs- und Personal-schlüsselbögen. Für die an der Erhebung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden jeweils regionale Einführungsseminare angeboten, in denen sowohl die Ziele der Kommission und der Stellenwert des Erhebungsinstruments in Bezug auf diese als auch die Anleitung für das Ausfüllen der Bögen vermittelt wurden.

Ziel der Erprobung war es zum einen, die Akzeptanz und allgemeine Handhabbarkeit des Instruments für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu überprüfen. Zum anderen sollte anhand verschiedener Zusammenhangshypothesen die Validität der Erhebungsbögen überprüft werden.

### ***Beschreibung der Untersuchungsgruppe***

An der 1995er Erhebung haben 175 Klientinnen und Klienten (96 Männer, 67 Frauen, bei 12 Personen fehlt diese Angabe) aus insgesamt 11 Regionen der BRD (Berlin, Bremen, Dortmund, Erftkreis, Hamburg, Hannover, Kassel, Leipzig, Merzig, Kreis Steinfurt und Rhein-Sieg-Kreis) teilgenommen. Das Alter der Klientinnen und Klienten reichte von 19 bis 82 Jahre, das Durchschnittsalter lag bei 43 Jahren. Dabei machte allerdings die Gruppe der über 65jährigen nur 6,3% der Gesamtgruppe aus, der gerontopsychiatrische Bereich war also deutlich unterrepräsentiert. Überrepräsentiert war mit 100 Klientinnen/Klienten – das sind 57,1% der Gesamtgruppe – die Gruppe der an einer schizophrenen Psychose erkrankten Klientinnen/Klienten, während der Suchtbereich mit nur 18 Klientinnen/Klienten (10,4%), bei denen als Erstdiagnose ein Abhängigkeitssyndrom oder eine substanzinduzierte Psychose genannt wurde, ebenfalls unterrepräsentiert war. 73 Klientinnen/Klienten (52,6%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung einen gesetzlichen Betreuer. An der Nacherhebung beteiligten sich 78 Klientinnen und Klienten (45% der Gesamtgruppe).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren größtenteils ledig ( $n = 123$ , 70,3%). Zum Zeitpunkt der Erhebung lebten die meisten von ihnen in einer eigenen

Wohnung ( $n = 69$ ), in einer Wohngemeinschaft ( $n = 42$ ), im Heim ( $n = 20$ ) oder in der Klinik ( $n = 20$ ). Sie bezogen in der Mehrzahl Sozialhilfe ( $n = 93$ ) oder Erwerbsunfähigkeitsrente ( $n = 50$ ).

In den von den Klientinnen und Klienten selbst auszufüllenden Bögen zu Zufriedenheit bzw. Lebensqualität wurde deutlich, daß die Klientinnen und Klienten mit den Lebensbereichen Wohnen und Behandlung zufriedener waren als mit den Bereichen Tätigkeit/Arbeit und Freizeit/Kontakte. Zwischen der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten mit ihrer Wohnsituation und ihrer tatsächlichen Wohnsituation fand sich erwartungsgemäß ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Demnach ist die Zufriedenheit mit der Wohnsituation bei denjenigen am größten, die in einer eigenen Wohnung bzw. im Einzelwohnen leben.

#### ***Mitwirkung beim Ausfüllen des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans und Beurteilung des Instrumentes durch die Mitwirkenden***

Bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehaplans waren Klinik, Institutsambulanz/ Poliklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst und Betreutes Wohnen die am häufigsten beteiligten Einrichtungen bzw. Dienste. Von den Berufsgruppen waren am häufigsten Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter (in 143 Fällen) und Ärztinnen/Ärzte (in 105 Fällen) beteiligt. In 162 Fällen waren die Klientinnen/Klienten selbst, in 50 Fällen Angehörige oder sonstige private Kontaktpersonen und in 46 Fällen gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer an der Hilfeplanung beteiligt.

Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich durch die Erstellung eines Behandlungs- bzw. Rehaplans für die Klientinnen und Klienten an der Erhebung beteiligt hatten, hielten sich die meisten ( $n = 150$ ) für einigermaßen bis gut informiert über den Ansatz der Kommission. Hingegen empfand die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ( $n = 90$ ) Vorbereitung und Einführung in die Handhabung des Instruments als zu gering. Das Instrument wurde überwiegend als hilfreich (120 mal), aber auch als zu umfangreich (135 mal) für die Erstellung eines Behandlungs- bzw. Rehaplans bewertet.

Die durchschnittlich benötigten Zeiten für das Ausfüllen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationspläne zu den beiden Erhebungszeitpunkten sind in der folgenden Tabelle 1 aufgeführt.

Daß der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Bögen in der Nacherhebung deutlich gesunken ist, ist einerseits darauf zurückzuführen, daß bei einer Fortschreibung des Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplans der ausführliche Anamnesebogen nicht mehr ausgefüllt werden muß, andererseits wird die benötigte Zeit mit wachsender Vertrautheit mit dem Instrument sinken. Die ermittelten durchschnittlichen Zeiten sind jedenfalls als akzeptabel für eine ausführlich Planung zu betrachten.

Tabelle 1

*Zeitaufwand für das Ausfüllen des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans*

|  | 1995    | 1996    |
|--|---------|---------|
| Durchschnittlicher Zeitaufwand   | Minuten | Minuten |
| des federführenden Mitarbeiters  | 338     | 191     |
| für die Abstimmung mit Mitarbeiterinnen/<br>Mitarbeitern im eigenen Team                   | 303     | 154     |
| für die Abstimmung in Gesprächen/<br>Fallkonferenzen mit anderen<br>Diensten/Einrichtungen | 229     | 148     |
| Durchschnittlicher Zeitaufwand insgesamt   | 758     | 420     |

#### **Zur Validität des Erhebungsinstruments**

Um der Frage nach der Validität des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans zumindest ansatzweise nachzugehen, wurden mehrere Zusammenhangshypothesen überprüft. Für diese Auswertungsschritte wurden aus den Einzelitems des Übersichtsboogens durch Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse) und anschließende Reliabilitätsüberprüfungen zusammenfassende Skalen gebildet. Die im folgenden mit den entsprechenden Einzelitems aufgelisteten Skalen wiesen jeweils zufriedenstellende bis gute interne Konsistenzwerte auf.

1. *Grundversorgung*: Ernährung, Körperpflege/Kleidung, Umgang mit Geld und Wohnraumreinigung und -gestaltung.
2. *Hilfesuchverhalten und Zeitstruktur*: Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen, Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen, Gestaltung frei verfügbarer Zeit und Tag-Nacht-Rhythmus.
3. *Arbeit und sprachliche Ausdrucksfähigkeit*: Erfüllung der Arbeits-/Ausbildungsanforderung, Aufnahme einer Beschäftigung/Arbeit, soziale Beziehungen im Bereich Ausbildung/Arbeit und sprachliche Ausdrucksfähigkeit.
4. *Außenaktivitäten*: Mobilität, soziale Beziehungen im Außenbereich, körperliche Aktivitäten und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
5. *Ausmaß der Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung*: alle Items dieses Bereiches.

Berechnet wurden zunächst pro Erhebungszeitpunkt Korrelationen zwischen den durch Zusammenfassung der jeweiligen Einzelitems erhaltenen Skalen zu den Fähigkeiten/Beeinträchtigungen und den entsprechenden Skalen zu den Hilfebedarfen. Die Korrelationen fielen – wie zu erwarten – relativ hoch aus. Aus dem Rahmen fallen dabei die Werte der Skalen zu „Arbeit und sprachliche Ausdrucksfähigkeit“, bei denen die Fallzahl sehr niedrig ausfiel, da ein Großteil der beteilig-

ten Klientinnen und Klienten sich nicht in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis befand.

Tabelle 2

*Korrelationen zwischen Fähigkeiten/Beeinträchtigungen und psychiatrischen Hilfebedarfen*

| Skala                                     | 1995     |          | 1996     |          |
|---|----------|----------|----------|----------|
|   | <i>r</i> | <i>n</i> | <i>r</i> | <i>n</i> |
| Fähigkeit zur Selbstversorgung            | .79      | 138      | .82      | 51       |
| Selbständige Alltagsstrukturierung        | .70      | 135      | .74      | 49       |
| Arbeit und sprachliche Ausdrucksfähigkeit | .57      | 84       | .17      | 31       |
| Physische Mobilität und soziale Kompetenz | .67      | 136      | .57      | 50       |
| Beeinträcht. durch die psych. Erkrankung  | .72      | 117      | .83      | 45       |

Durch Korrelationsberechnungen nicht bestätigt werden konnte die Hypothese, daß bei hohen Umfeldressourcen ein geringerer Hilfebedarf besteht.

Um der Frage nach einem bereichsspezifischen Zusammenhang zwischen den Angaben zu den Hilfebedarfen im Übersichtsbogen und den veranschlagten Personalbedarfen nachzugehen, wurden Varianzanalysen mit den je Leistungsbereich vorgegebenen Zeitstufen berechnet. Dabei ergaben sich statistisch signifikante Werte für folgende Zusammenhänge:

- je höher der Hilfebedarf auf der Skala *Grundversorgung*, desto höher war der Personalbedarf im Leistungsbereich *Selbstversorgung/Wohnen*;
- je höher der Hilfebedarf auf der Skala *Hilfesuchverhalten und Zeitstruktur*, desto höher war der Personalbedarf im Leistungsbereich *ambulante Behandlung*;
- je höher der Hilfebedarf auf der Skala *Arbeit und sprachliche Ausdrucksfähigkeit*, desto höher war der Personalbedarf im Leistungsbereich *Arbeit/Beschäftigung/Ausbildung*;
- je höher der Hilfebedarf auf der Skala *Außenaktivitäten*, desto höher war der Personalbedarf im Leistungsbereich *ambulante Behandlung*;
- je höher der Hilfebedarf auf der Skala *Ausmaß der Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung*, desto höher war der Personalbedarf im Leistungsbereich *ambulante Behandlung*.

Weiterhin ließ sich ein Zusammenhang zwischen dem Zeitbedarf für das Komplexleistungsprogramm insgesamt und der Wohnsituation, wie sie im Anamnesebogen erhoben wurde, feststellen. Der Gesamtpersonalbedarf wurde demnach am geringsten veranschlagt für diejenigen Klientinnen und Klienten, die in einer Wohngemeinschaft (Kleingruppe) leben. Den höchsten Personalbedarf haben diejenigen, bei denen als derzeitiger Wohnort die Klinik angegeben wurde,

sowie Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, dazwischen liegen diejenigen, die in einer eigenen Wohnung leben.

Um der Frage nach der Kontinuität in der Beurteilung der Klientinnen und Klienten hinsichtlich ihrer Fähigkeiten/Beeinträchtigungen sowie hinsichtlich ihres psychiatrischen Hilfebedarfs nachzugehen, wurden u.a. Korrelationen zwischen den 10 Skalen aus dem Übersichtsbogen aus der Hauptuntersuchung 1995 und der Nacherhebung 1996 berechnet. Dabei fanden sich durchweg hohe Korrelationskoeffizienten. Durch Quadrierung des Korrelationskoeffizienten erhält man den sog. Determinationskoeffizienten. Dieser gibt an, wieviel Prozent der Varianz der miteinander korrelierten Variablen sich aus dem Zusammenhang der beiden Variablen miteinander ergibt. So bedeutet beispielsweise ein Korrelationskoeffizient von .72, daß 52% der Varianz der miteinander korrelierten Variablen durch den Zusammenhang zwischen den beiden Variablen determiniert ist.

Tabelle 3  
Korrelationen der Skalen zueinander über die beiden Erhebungszeitpunkte

| Skala                                     | Fähigkeiten/<br>Beeinträchtigungen |          | Hilfebedarfe |          |
|---|------------------------------------|----------|--------------|----------|
|   | <i>r</i>                           | <i>n</i> | <i>r</i>     | <i>n</i> |
| Fähigkeit zur Selbstversorgung            | .70                                | 63       | .72          | 49       |
| Selbständige Alltagsstrukturierung        | .67                                | 64       | .64          | 44       |
| Arbeit und sprachliche Ausdrucksfähigkeit | .55                                | 36       | .32*         | 27       |
| Physische Mobilität und soziale Kompetenz | .72                                | 65       | .54          | 48       |
| Psychiatrische Symptomatik                | .77                                | 53       | .81          | 36       |

Anmerkung: \* Zusammenhang nicht signifikant

#### **Rückmeldungen aus der Arbeitsgruppe**

Während der Arbeitsgruppe auf der Tagung der APK im April 1997 konnten weitere Rückmeldungen über bisherige Erfahrungen mit der Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes gesammelt werden. Dabei stellte sich als positiv vor allem der Effekt der Anwendung des Bogens auf die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen vor Ort heraus. Auch in Regionen, in denen eine direkte Umsetzung der erhobenen Personalbedarfe mit den Kostenträgern in der von der Kommission vorgeschlagenen Form noch nicht möglich ist, kann die Verwendung des Bogens sowohl in Bezug auf den Einzelfall als auch strukturell zu einer Vertiefung und Konkretisierung der Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten beitragen. Andererseits wurde deutlich, daß ein Bedarf nach Anleitung hinsichtlich der Anwendung des Integrierten Behandlungs- und

Rehabilitationsplans besteht. Es ist geplant, bei entsprechender Nachfrage in Zusammenarbeit mit der DGSP regionale Seminare zu diesem Thema anzubieten.

### **Literatur**

Kauder, Volker, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (1997). *Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ und Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

# Ambulante Soziotherapie – Zwischenbilanz der Erfahrungen im Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

*Heiner Melchinger, Gerhard Holler*

## **1. Einleitung**

### *Hintergrund*

Das Spektrum gemeindeintegrierter Hilfsangebote für psychisch Kranke ist unzureichend. Die Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken ist in vielen Bereichen noch nicht erreicht. In der Versorgung von chronisch psychisch Kranken, insbesondere von Schizophreniekranken, sind Lücken manifest.

Zur Vermeidung schizophrener Rezidive stehen wirksame Behandlungsstrategien zur Verfügung. Trotzdem ist es bislang noch nicht gelungen, in der ambulanten Routineversorgung deren Potential auch nur annähernd auszuschöpfen. Die Einjahresrückfallraten schizophrener Patientinnen und Patienten liegen immer noch bei rund 50 Prozent, innerhalb von fünf Jahren erleidet fast jeder Patient einen oder mehrere Rückfälle. Jeder Rückfall bedeutet für die Betroffenen und deren Angehörige eine erhebliche Belastung, eine Beeinträchtigung sozialer Kompetenzen und eine Verschlechterung der Prognose.<sup>1</sup>

Zahlreiche Untersuchungen belegen, daß bei einer gezielten Rezidivprophylaxe die Rezidivrate erheblich reduziert werden kann und daß dadurch immense Kosteneinsparungen möglich werden. Soziotherapeutische Hilfen stellen, wie die weiter unten dargestellten Ergebnisse der Modellerprobung belegen, effektive und effiziente Instrumente einer personenzentrierten Rezidivprophylaxe dar.

Eine wirksame Verbesserung der Hilfen für chronisch psychisch Kranke kann nicht allein durch die Schaffung von neuen Einrichtungen erreicht werden. Was nützen etwa Tagesstätten oder Beschäftigungsangebote dem zurückgezogen lebenden chronisch psychisch Kranken, wenn ihn krankheitsbedingte soziale Ängste daran hindern, mit den Einrichtungen Kontakt aufzunehmen? Was nützt der chronisch Kranken die Empfehlung ihrer Ärztin, an einem Arbeitstraining teilzunehmen, wenn sie aufgrund ihrer krankheitsbedingten Unfähigkeit, Termine einzuhalten, aus der Maßnahme bald wieder entlassen werden muß?

<sup>1</sup> KISSLING, W.: Sind die hohen Rückfallraten schizophrener Patienten morbogen oder iatrogen?, *psycho* 23, 1997, 13-20

Auch wenn Hilfsangebote vorhanden sind, fehlt oft eine personenzentrierte Unterstützung, die chronisch psychisch Kranken eine ihrem Bedarf entsprechende Erschließung und Nutzung der Angebote ermöglicht. Die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zur Verfügung stehenden Hilfen zur medizinischen Rehabilitation reichen dazu nicht aus.

An diesem Defizit setzt das von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen eingerichtete Modellprogramm an. Das Modellprogramm wurde an der Schnittstelle zwischen ambulanter medizinischer Behandlung und therapeutischen Hilfen zur sozialen Rehabilitation einerseits und sozialen Hilfen andererseits angesiedelt. Erprobt werden soll, ob durch die Integration von medizinisch begründeter Soziotherapie in die ambulante ärztliche Versorgung die Rehabilitation von chronisch psychisch Kranken wirksam verbessert werden kann.

Von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen wurden für die im Jahr 1995 aufgenommene Modellerprobung folgende Randbedingungen festgeschrieben:

- fünfjährige Laufzeit,
- Einbezug von 50 Patientinnen und Patienten je beteiligter Einrichtung,
- Kontingentierung der Soziotherapie auf 60 Stunden pro Einzelfall, auf Antrag Erhöhung des Stundenkontingents auf maximal 120 Stunden.

#### *Modellprojekte*

In die Modellerprobung sind drei Projektnehmer eingebunden, eine sozialpsychiatrisch orientierte Nervenarztpraxis (Praxis Dr. Schreckling in Hürth) und zwei Verbände von Hilfsangeboten für psychisch Kranke (ARKADE-PAULINE 13 in Ravensburg und DIE BRÜCKE in Lübeck).

#### *Wissenschaftliche Begleitung*

Die wissenschaftliche Begleitung wird vom Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung Hannover durchgeführt. Die wissenschaftliche Beratung des Modellprogramms liegt bei Prof. Dr. Wulf Rössler, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

Wissenschaftliche Begleitung und wissenschaftliche Beratung werden vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

## **2. Ergebnisse empirischer Erhebungen**

### **2.1 Datengrundlagen**

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse haben den Charakter einer Zwischenbilanz. Sie basieren auf der Analyse von

- 136 Falldokumentationen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die soziotherapeutische Behandlung (Ersterhebung).

- 30 Dokumentationen über abgeschlossene Behandlungsfälle,
- 20 Dokumentationen von noch nicht abgeschlossenen Behandlungsfällen.

Die Zahl der abgeschlossenen Behandlungsfälle (30) ist zum gegenwärtigen Stand noch nicht allzu groß. Allerdings lassen

- der Abgleich der Ergebnisse mit den Erfahrungen aller Projekte bei der größeren Zahl der noch nicht abgeschlossenen Behandlungsfälle,
- die Bewertung der Ergebnisse durch Expertinnen und Experten und
- der Vergleich der Ergebnisse mit Erfahrungsberichten aus der Fachliteratur

die begründete Annahme zu, daß sich bei einer Erhöhung der Fallzahlen die nachfolgend dargestellten Trends bestätigen werden.

Als abgeschlossen wurden alle Fälle definiert, bei denen die soziotherapeutische Behandlung beendet wurde, unabhängig vom Anlaß der Beendigung. Eingeschlossen sind damit auch die Fälle, bei denen die Behandlung durch den Patienten bzw. die Patientin abgebrochen wurde, zum Beispiel weil sich der Patient bzw. die Patientin auf das vereinbarte Therapieziel und die darauf ausgerichteten Anforderungen nicht weiter einlassen wollte.

## **2.2 Soziodemographische Merkmale der Klientel**

### *Alter*

Die Mehrzahl der in die Soziotherapie aufgenommenen Patientinnen und Patienten befindet sich im mittleren Lebensalter. Mehr als die Hälfte (52 Prozent) sind zwischen 31 und 45 Jahren alt, rund ein Viertel (26 Prozent) zwischen 46 und 60 Jahren.

### *Geschlecht*

In der Gesamtklientel sind Männer (55 Prozent) leicht überrepräsentiert. Dabei unterscheiden sich allerdings die geschlechtsspezifischen Anteile der Patientinnen und Patienten nach Einrichtungstypen erheblich: Während in der modellbeteiligten Nervenarztpraxis mit 69 Prozent erheblich mehr männliche Patienten erreicht werden, sind in den vernetzten Hilfsangeboten weibliche Patienten (58 Prozent) überrepräsentiert.

### *Schulbildung*

Mehr als die Hälfte (56 Prozent) der Patientinnen und Patienten verfügt über eine Hauptschulbildung, je ein Fünftel (19 Prozent) über Realschul- und Gymnasialbildung. Lediglich 10 Prozent haben keine abgeschlossene Schulbildung.

### *Berufsausbildung*

62 Prozent der Patientinnen und Patienten besitzen eine abgeschlossene Berufsausbildung (55 Prozent eine abgeschlossene Lehre o.ä., 7 Prozent ein abgeschlossenes Studium). 30 Prozent sind ohne Berufsausbildung.

### *Lebensunterhalt*

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten lebt entweder von EU/BU-Rente, Sozialhilfe oder Arbeitslosenhilfe. Mit 34 Prozent entfällt der größte Anteil auf EU/BU-Rente. Jeder fünfte Patient (21 Prozent) verfügt über ein anderes Einkommen (Teilerwerbstätigkeit, Unterstützung durch Familienangehörige u.a.).

### *Wohnsituation*

40 Prozent aller Patientinnen und Patienten leben allein, 38 Prozent in der Herkunftsfamilie, 16 Prozent leben mit einem Partner/Ehepartner bzw. einer Ehepartnerin zusammen. Der Sachverhalt, daß mehr als Dreiviertel der Patientinnen und Patienten alleine oder in der Herkunftsfamilie leben, bringt kommunikative Defizite zum Ausdruck, die die Behinderung verstärken.

Erhebliche Abweichungen von den Durchschnittswerten ergeben sich, wenn die Einrichtungstypen getrennt betrachtet werden. Danach ist der Anteil der Alleinlebenden an der Klientel der vernetzten Hilfsangebote (ARKADE-PAULINE 13, DIE BRÜCKE) mit 48 Prozent mehr als doppelt so groß als der entsprechende Anteil an der Klientel der Nervenarztpraxis (21 Prozent). Umgekehrt ist der Anteil der in der Herkunftsfamilie Wohnenden bei Patientinnen und Patienten der Nervenarztpraxis besonders hoch.

## **2.3 Krankengeschichte und Krankheitsbild**

### *Erstmanifestation*

Die in die Soziotherapie einbezogene Klientel wird eindeutig durch chronisch psychotisch Kranke repräsentiert. Bei 79 Prozent liegt die Erstmanifestation der Erkrankung mehr als fünf Jahre zurück, bei 52 Prozent sogar mehr als zehn Jahre.

### *Psychiatrische Diagnosen*

Bei Dreiviertel der Patientinnen und Patienten handelt es sich um Psychosekranke (56 Prozent Schizophrenien, 19 Prozent affektive Störungen). Alle anderen psychiatrischen Erkrankungen spielen eher eine geringe Rolle (Abb. 1).

### *Funktionsniveau*

Gemessen mit der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) des DSM III liegen bei 80 Prozent der Klienten vor Beginn der soziotherapeutischen Behandlung starke Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit oder ernsthafte Beeinflussungen des Verhaltens durch Wahngedanken vor (Abb. 2).

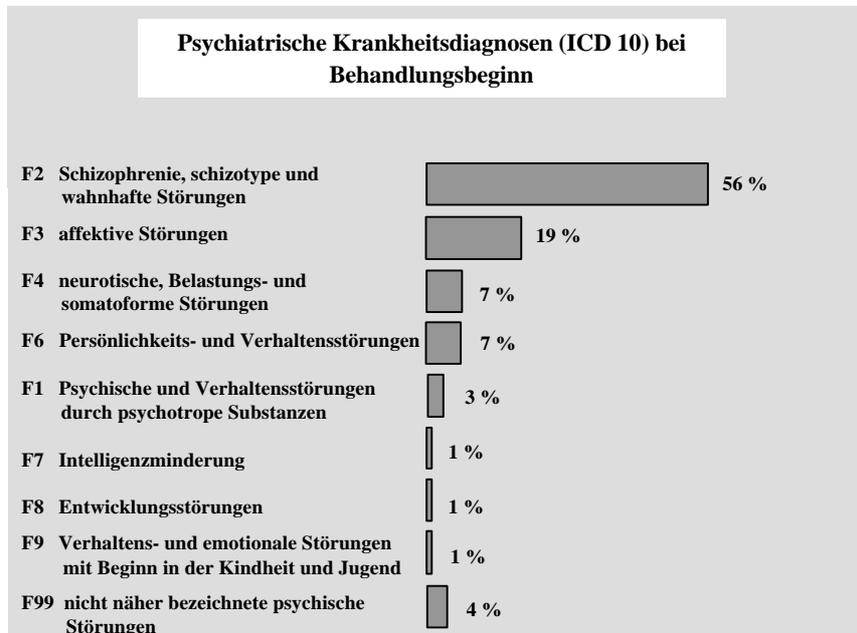


Abb. 1

#### *Psychosoziale Belastungsfaktoren*

58 Prozent der Patienten kennzeichnen bei Behandlungsbeginn schwere oder sehr schwere Belastungsfaktoren wie Verlust des Arbeitsplatzes oder erhebliche Konflikte in der Partnerschaft. Das deutliche Ausmaß der Behinderung, das die Patienten kennzeichnet, ergibt sich aus dem Funktionniveau in spiralförmiger Verstärkung mit den psychosozialen Belastungsfaktoren.

Lediglich bei 10 Prozent der chronisch psychisch kranken und in ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit eingeschränkten Patienten ist die Krankheitssituation nicht durch zusätzliche psychosoziale Belastungsfaktoren geprägt.

#### *Einfluß des sozialen Umfeldes*

Vor Behandlungsbeginn konnte nur rund ein Viertel aller Patienten (27 Prozent) bei krankheitsbedingten Problemen auf angemessene Hilfen von Personen aus dem sozialen Umfeld rechnen. Bei zwei Dritteln (63 Prozent) wurden die Einflüsse des sozialen Umfeldes auf den Krankheitsverlauf als uneinheitlich oder sogar als eindeutig negativ eingeschätzt.

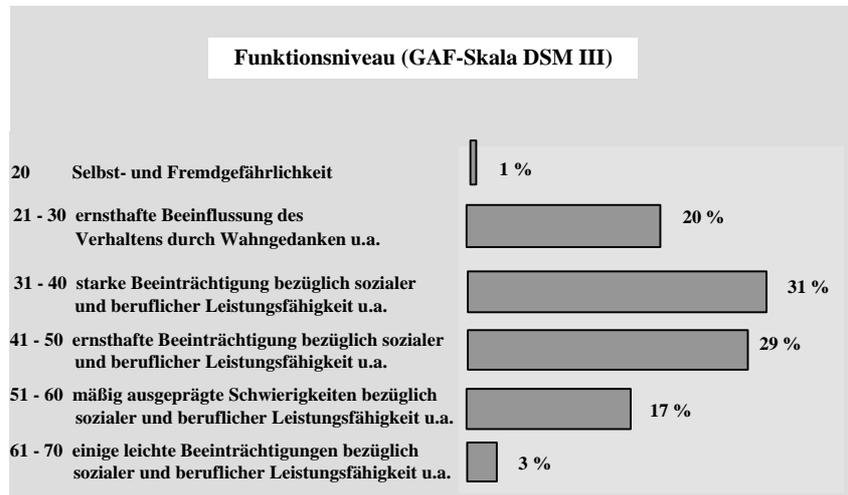


Abb. 2

## 2.4 Behandlungsverlauf

### Betreuungszeiträume

In Abhängigkeit vom Krankheitsbild können soziotherapeutische Interventionen zeitlich komprimiert oder eher zeitlich gestreckt erforderlich werden. In 36 Prozent der Behandlungsfälle erstreckte sich die Behandlung auf einen Zeitraum von bis zu einem Jahr, in 54 Prozent der Fälle auf einen Zeitraum zwischen eineinhalb und zwei Jahren.

### Behandlungsabbrüche

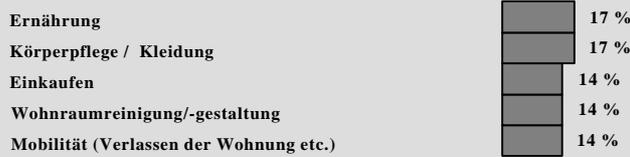
Da das Einlassen auf eine soziotherapeutische Behandlung auf der Freiwilligkeit des Patienten bzw. der Patientin basiert, sind Behandlungsabbrüche auch dann nicht auszuschließen, wenn „Soziotherapiefähigkeit“ als Kriterium für die Verordnung von Soziotherapie definiert wurde. Behandlungsabbrüche wurden bedingt durch (Reihenfolge nach Häufigkeit)

- unzureichende Kooperationsbereitschaft aufgrund von psychotischen Entwicklungen (Jähzornigkeit, Wahnvorstellungen, mangelnde Krankheitseinsicht u.a.),
- persönliche Ereignisse während der Behandlung (Tod von Angehörigen, somatische Erkrankungen, Trennung vom Partner, Drogenkonsum),
- Arztwechsel durch den Patienten bzw. der Patientin.

Ein Behandlungsabbruch darf nicht mit einem Mißerfolg der Behandlung gleichgesetzt werden. Wenn etwa für eine isoliert lebende Patientin Sozialkontakte

## Im Rahmen von Soziotherapie geleistete intensive Unterstützung

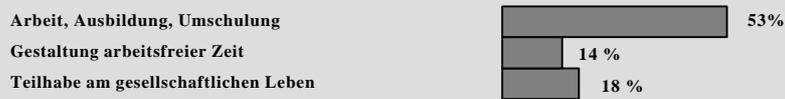
### *Selbstsorge*



### *Aufnahme/Gestaltung sozialer Beziehungen*



### *Tagesstrukturierung*



### *Spezifische Beeinträchtigungen*



### *Umgang mit psychiatrischer Erkrankung*

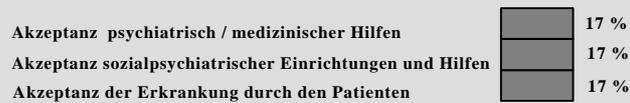


Abb. 3

hergestellt werden konnten, die auch über den Behandlungsabbruch hinaus Bestand haben, wurden damit Voraussetzungen für eine positive Entwicklung geschaffen, an die zu einem späteren Zeitpunkt angeknüpft werden kann.

#### *Personenzentrierte Hilfen nach Lebensbereichen*

Soziotherapeutische Hilfen können in allen Lebensbereichen erforderlich werden, wobei deutliche Schwerpunkte der Interventionen in den Bereichen „Arbeit, Ausbildung, Umschulung“ (in 53 Prozent aller Fälle wurden hier intensive Hilfen geleistet) und in den Bereichen „Aufnahme/Gestaltung sozialer Beziehungen“ (in knapp 30 Prozent aller Fälle intensive Hilfeleistungen) liegen (Abb. 3).

Der Sachverhalt, daß erhebliche Teile der Hilfen in den Bereich „Arbeit, Ausbildung, Umschulung“ fallen, darf nicht so verstanden werden, daß in diesen Fällen die Eingliederung in den normalen Arbeitsmarkt als Behandlungsziel definiert worden wäre. In einigen wenigen Fällen konnte ein solches Ziel tatsächlich erreicht werden, in der Mehrzahl der Fälle wurden aber tagesstrukturierende Maßnahmen und beschützte Tätigkeiten angestrebt, also Formen unterhalb der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

#### *Aufsuchende Hilfen*

Von dem Gesamtaufwand für Soziotherapie entfallen annähernd ein Fünftel (18 Prozent) auf aufsuchende Hilfen (Kontakte mit Patienten in deren Wohnung, Begleitung von Patientinnen bei bestimmten Aktivitäten u.a.).

#### *Einbezug des sozialen Umfeldes*

In 90 Prozent aller Fälle wurde Angehörige des Patienten in die soziotherapeutische Behandlung einbezogen. Bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten war dies häufig und intensiv der Fall, bei der anderen Hälfte nur gelegentlich.

#### *Einfluß des sozialen Umfeldes auf den Rehabilitationsverlauf*

In einem Viertel der Fälle (24 Prozent) konnte ein positiver Einfluß des sozialen Umfeldes auf den Rehabilitationsverlauf erreicht werden, in weiteren 38 Prozent ein positiver Einfluß wenigstens in Teilbereichen. In 28 Prozent der Fälle war der Einfluß des sozialen Umfeldes eher kontraproduktiv (Fälle von Überprotektion, Beeinflussung der Patientinnen und Patienten zu Behandlungsabbrüchen u.a.).

## **2.5 Behandlungserfolge**

#### *Erreichung definierter Therapieziele*

Bei 76 Prozent der Patientinnen und Patienten wurden die Therapieziele ganz oder wenigstens teilweise erreicht, in 24 Prozent nicht (Abb. 4).

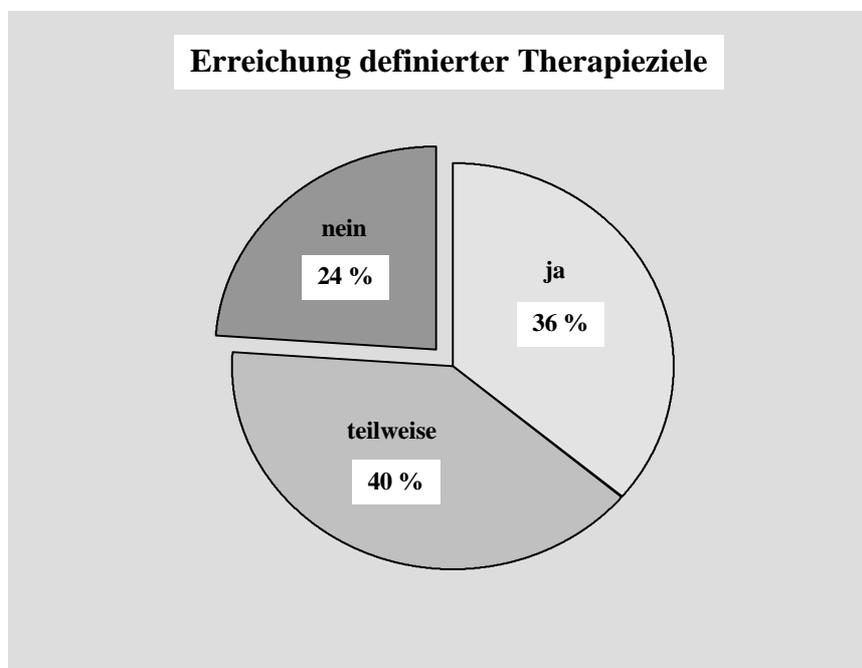


Abb. 4

Als Bezugsgröße für die Bestimmung von Behandlungserfolgen wurden alle abgeschlossenen Behandlungsfälle zugrunde gelegt, unabhängig davon, ob die Behandlung regulär oder durch Abbruch beendet wurde. Insofern muß berücksichtigt werden, daß in den Fällen, in denen die Therapieziele nicht oder nur teilweise erreicht wurden, auch die Behandlungsabbrecher enthalten sind.

#### *Funktionsniveau*

Eine Wirkung der soziotherapeutischen Behandlung manifestiert sich in der Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus: Lag vor Behandlungsbeginn das Funktionsniveau bei 40 Prozent der Patientinnen und Patienten in Bereichen gravierender Beeinträchtigungen (z.B. ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens), sind nach Behandlungsabschluß nur noch 24 Prozent der Patientinnen und Patienten dieser Kategorie zuzuordnen. Umgekehrt ist der Anteil von Patienten mit nur leichteren oder mäßig ausgeprägten Beeinträchtigungen der sozialen Leistungsfähigkeit von 60 Prozent bei Behandlungsbeginn auf 76 Prozent bei Behandlungsabschluß angestiegen (Abb. 5).

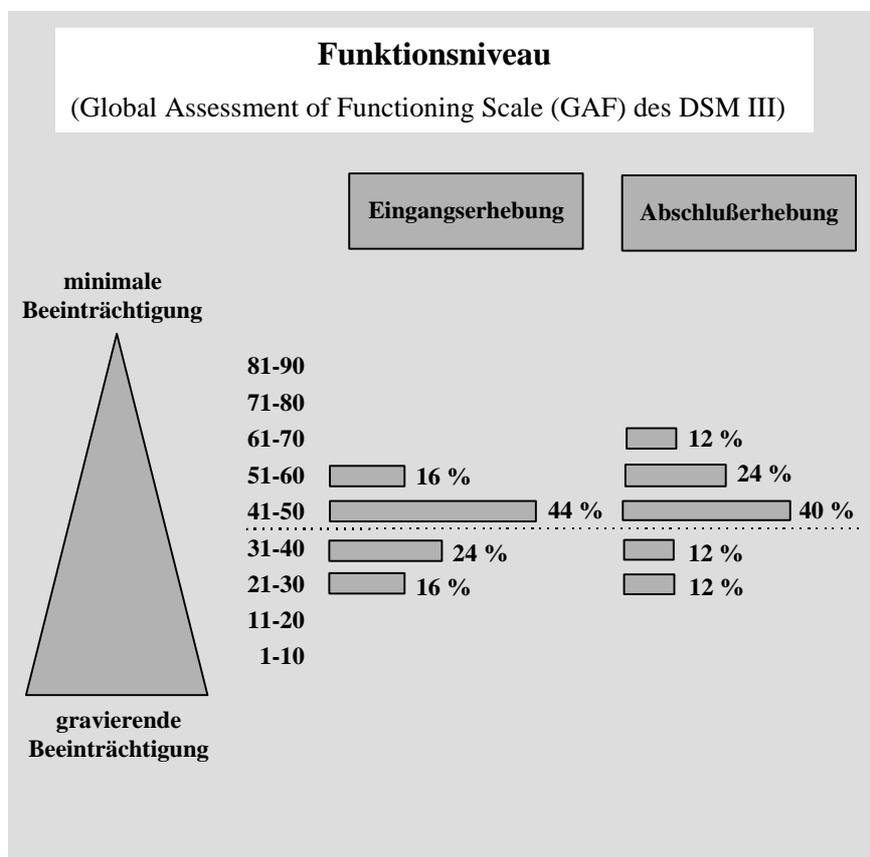


Abb. 5

#### *Psychosoziale Belastungsfaktoren*

Vor Behandlungsbeginn war die persönliche Situation von 64 Prozent der Patientinnen und Patienten durch schwere oder sehr schwere psychosoziale Belastungsfaktoren gekennzeichnet, nach Behandlungsabschluß nur noch von 43 Prozent. Umgekehrt ist der Anteil von Patientinnen und Patienten mit nur leichteren bis mittelschweren Belastungsfaktoren von 36 Prozent bei Behandlungsbeginn auf 57 Prozent bei Behandlungsende angestiegen (Abb. 6).

#### *Psychosoziale Kompetenz*

Am eindrucksvollsten läßt sich der Nutzen von Soziotherapie durch die dadurch erreichte Steigerung der psychosozialen Kompetenz belegen. In Abbildung 7

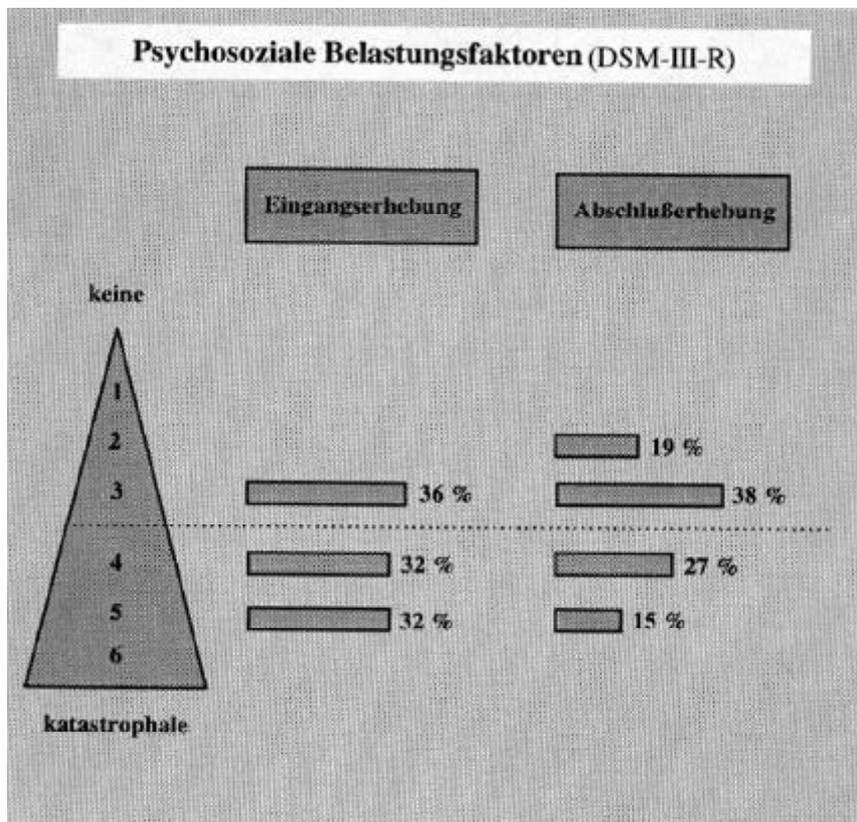
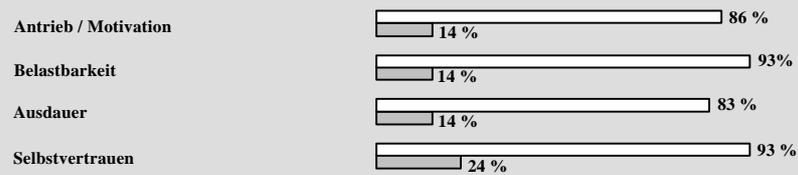


Abb. 6

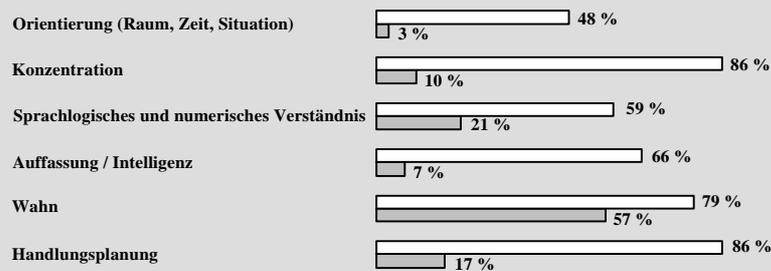
wird das Vorhandensein von starken bis massiven Einschränkungen der psychosozialen Kompetenz im Vorher-Nachher-Vergleich dargestellt. Dabei zeigt sich, daß die Häufigkeit der bei der Eingangserhebung festgestellten Kompetenzdefizite (weiße Balken) bei der Abschlußerhebung (dunkle Balken) ganz erheblich geringer wurde. Gleichzeitig läßt die Abbildung auch die Begrenzung von soziotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten erkennen. Während sich in fast allen der dargestellten Bereiche ganz erhebliche Kompetenzzuwächse ergeben, sind in Bezug auf das Symptom Wahn nur geringfügige Veränderungen festzustellen.

## Defizite psychosozialer Kompetenz (starke bis massive Einschränkungen)

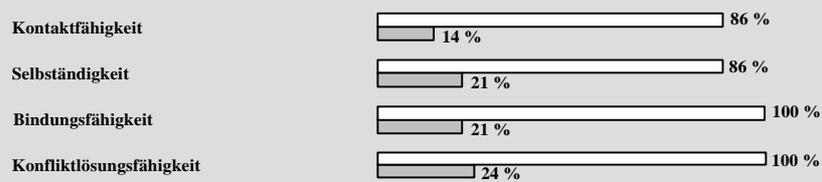
### *Psychische Grundleistungsfunktionen*



### *Kognitive Funktionen*



### *Soziale Grundleistungsfunktionen*



= Eingangserhebung  
 = Abschlußerhebung

Abb. 7

### *Fortbestehende Hilfebedarfe*

Nach Behandlungsabschluß bestehen für einen Teil der Patientinnen und Patienten weiterhin spezifische Hilfebedarfe. Am häufigsten betrifft dies die Bereiche „Arbeit, Ausbildung, Umschulung“ (22 Prozent aller Fälle), den Bereich „soziale Kontakte im Wohn- und Arbeitsbereich“ (17 Prozent) sowie einzelne Bereiche von „Selbstsorge“. Ebenso bestehen bei jedem fünften Patienten (21 Prozent) weiterhin ausgeprägte Hilfebedarfe in Bezug auf die Akzeptanz der Erkrankung.

In der Mehrzahl dieser Fälle waren die Patientinnen und Patienten so weit befähigt, daß sie in der Lage waren, sich die erforderlichen Hilfen selbst zu erschließen. In einem kleineren Teil der Fälle mußten in Absprache mit anderen Diensten nach Übergangslösungen zur Gewährleistung von Hilfen gesucht werden.

### **3. Soziotherapie als mögliche Leistung der Sozialversicherung**

Nach den Erfahrungen aus dem Modellprogramm kann Soziotherapie durch den folgenden Komplex von Definitionsmerkmalen eingegrenzt, präzisiert und von anderen Leistungen abgegrenzt werden.

#### **3.1 Enge Indikationsstellung**

Soziotherapie ist indiziert bei chronifiziert psychisch Kranken, in erster Linie bei Psychosekranken, bei denen eine krankheitsbedingte soziale Beeinträchtigung (social disability) vorliegt, die „allein durch ärztliche, psychotherapeutische, ergotherapeutische und psychiatrische Behandlung einschließlich der Heilmittelversorgung nicht bzw. nichtausreichend“<sup>2</sup>, gemildert oder behoben werden kann. Die Verordnung von Soziotherapie ist an die Voraussetzung gekoppelt, daß bei den Patientinnen und Patienten eine begründete Hoffnung auf eine Verbesserung sozialer Kompetenzen besteht. Dies bedeutet, daß Patientinnen und Patienten wenigstens ansatzweise einsichtsfähig, motiviert und absprachefähig in dem Sinne sein müssen, daß mit ihnen gemeinsam die in einem Behandlungsplan festzulegenden Schritte entwickelt und verabredet werden können.

Damit ergibt sich eine Abgrenzung zur Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz, die darauf abzielt, dem bzw. der Behinderten „die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern“<sup>3</sup> und bei der nicht als primäres Ziel die Verbesserung von sozialen Kompetenzen angestrebt wird.

<sup>2</sup> § 1 (2) der „Empfehlungsvereinbarung zur modellhaften Umsetzung und Evaluation eines Konzeptes zur ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker“ zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen

<sup>3</sup> § 39 (3) BSHG

### **3.2 Brückenfunktion zu bestehenden Versorgungsangeboten**

Soziotherapie übernimmt eine Brückenfunktion zwischen ärztlichem Behandlungsprogramm und bestehenden Versorgungsangeboten wie Tagesstätten, Wohngemeinschaften, Übergangsheimen u.a., indem sie darauf abzielt, deren Nutzung für die Patientinnen und Patienten zu erschließen.

Soziotherapie als Leistung der Krankenkassen stützt sich in ihrem Wirkungsfeld auf Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und auf freiwillige Leistungen der Kommunen, indem sie diese nutzt, aber nicht ersetzt.

### **3.3 Focussierung auf Probleme der sozialen Rollenerfüllung**

Im Mittelpunkt von Soziotherapie stehen die Auswirkungen von psychischer Erkrankung auf die verschiedenen sozialen Rollenanforderungen an den Patienten/die Patientin. Entsprechend ist Soziotherapie in ihrer Zielsetzung, eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhüten oder eine vorhandene krankheitsbedingte Beeinträchtigungen zu mildern und drohende Behinderung (handicap) zu vermeiden, auf Probleme der sozialen Rollenerfüllung focussiert. Dies bedingt häufig auch den Einbezug von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten in die soziotherapeutische Behandlung.

Da nach allgemeiner klinischer Erfahrung bei schizophrenen Patientinnen und Patienten die Medikation Voraussetzung für die Wirksamkeit soziotherapeutischer Maßnahmen ist, schließt Soziotherapie auch das Bemühen ein, die Compliance des Patienten/die Patientin (im Sinne von Einsicht in die Notwendigkeit von Medikamenteneinnahme) aufrechtzuerhalten oder zu verbessern.

### **3.4 Klare Definition eines Behandlungszieles**

Soziotherapie muß immer auf ein präzise definiertes und damit überprüfbares Behandlungs- bzw. Rehabilitationsziel hin orientiert sein. Ein Behandlungsziel könnte beispielsweise die Eingliederung eines Patienten in eine spezifische tagesstrukturierende Maßnahme oder in ein Arbeitstraining sein. „Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft“ wäre dagegen als Behandlungsziel zu allgemein und zu wenig operationabel, um eine soziotherapeutische Behandlung legitimieren zu können.

### **3.5 Teil einer ärztlich angeordneten Komplexleistung**

Soziotherapie ist integraler Bestandteil einer ärztlich angeordneten und damit ärztlich verantworteten und Komplexleistung, die multiprofessionell erbracht wird. Soziotherapie kann in Abhängigkeit vom konkreten Fall aus unterschiedlichen Komponenten bestehen. Das Behandlungsziel und ein auf dieses Ziel ausgerichteter Behandlungsplan werden zwischen Arzt/Ärztin, therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Patient/Patientin abgestimmt und festgelegt. Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse werden an den verordnenden Arzt zurückgekoppelt.

### **3.6 Zeitliche Begrenzung der Maßnahmen**

Soziotherapeutische Maßnahmen sind grundsätzlich zeitlich begrenzt. Soziotherapie ist im Ansatz darauf angelegt, den Patienten/die Patientin nur solange zu unterstützen, bis er oder sie in der Lage ist, die im Behandlungsplan vorgesehenen weiterführenden Hilfsangebote zu nutzen oder sich in seinem/ihrer Umfeld selbständig zurecht zu finden.

**Die Analyse der abgeschlossenen Behandlungsfälle zeigt, daß soziotherapeutische Interventionen im einen Fall zeitlich komprimiert (z.B. Durchführung eines spezifischen Verhaltenstrainings), im anderen Fall eher zeitlich verteilt (z.B. Begleitung einer Patientin während der Phase der Aufnahme eines Arbeitsvorbereitungstrainings mit dem Ziel, Angstbarrieren zu beseitigen und eine Kooperationsbereitschaft mit dem psychosozialen Dienst herzustellen) erforderlich werden.**

**Der für die Erreichung von definierten Therapiezielen einzusetzende Zeitaufwand variiert erheblich: Während in einigen Fällen das Therapieziel mit einem Aufwand von weniger als 60 Stunden erreicht wurde, erwies sich in – wenigen – anderen Fällen das in den Modellbedingungen vorgegebene Kontingent von maximal 120 Stunden als noch nicht ausreichend.**

### **3.7 Einbindung in einen institutionellen Rahmen**

Da Soziotherapie darauf ausgerichtet ist, dem Patienten bzw. der Patientin die Nutzung der vorhandenen gemeindepsychiatrischen Hilfsangebote zu erschließen, muß Soziotherapie in einem gesicherten institutionellen Rahmen stattfinden, also dort, wo die Zielgruppe beraten oder betreut wird. Dieser Anforderung kann eine mit gemeindepsychiatrischen Angeboten kooperierende Nervenarztpraxis ebenso gerecht werden wie Einrichtungen, die vernetzte sozialpsychiatrische Hilfsangebote vorhalten.

Insbesondere dann, wenn Soziotherapie in der nervenärztlichen Praxis verordnet wird, sollte angestrebt werden, die Bereitschaft zur wechselseitigen Kooperation zwischen der Arztpraxis und den anderen an der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung beteiligten örtlichen/regionalen Einrichtungen/Institutionen in einer formellen Kooperationsvereinbarung festzuschreiben.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Ein Beispiel für eine solche Vereinbarung ist die „Vereinbarung zwischen  
– dem Erftkreis,  
– den niedergelassenen Nervenärzten,  
– den freien Trägern und freien Wohlfahrtsverbänden,  
– der Arbeitsgemeinschaft für psychisch Kranke im Erftkreis e.V.,  
– den Rehabetrieben Erftland e.V.,  
– der Hauptfürsorgestelle,  
– dem Arbeitsamt,  
– den für stationäre Regelversorgung zuständigen Fachkliniken,  
– dem Landschaftsverband Rheinland und  
– den Rentenversicherungsträgern, den Sozialversicherungen und den Krankenkassen und -versicherungen  
zur wechselseitigen Kooperation bei der Versorgung psychisch Kranker, seelisch Behinderter und Suchtkranker“ vom Juni 1996.

Durchgeführt werden die Einzel- und Gruppenangebote von allen therapeutisch erfahrenen nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen. Dies sind DiplompsychologInnen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, ErgotherapeutInnen und psychiatrisches Krankenpflegepersonal. Angesichts des breiten Spektrums möglicher soziotherapeutischer Hilfeerfordernisse muß es darauf ankommen, Hilfen, die von den therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rahmen der soziotherapeutischen Interventionen nicht selbst erbracht werden können, bei anderen Einrichtungen innerhalb eines gemeindepsychiatrischen Verbundes zu erschließen.

Da Vernetzung und multiprofessionelle Zusammenarbeit konstituierende Merkmale von Soziotherapie sind, wäre das gedankliche Modell der Schaffung einer neuen Berufsgruppe mit einem Berufsbild „Soziotherapie“ mit dem dargestellten Konzept von Soziotherapie nicht vereinbar.

Die beschriebenen Anforderungen entsprechen den in § 3 der Empfehlungsvereinbarung der gesetzlichen Krankenkassen zur Durchführung der Modellerprobung beschriebenen Anforderungen<sup>5</sup>, deren Praktikabilität und Zweckmäßigkeit durch die Erfahrungen der Modellerprobung bestätigt wird. Insofern könnte die Empfehlungsvereinbarung Grundlage für die Erstellung einer zukünftigen Richtlinie sein.

<sup>5</sup> **§ 3 Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter Leistungen zur Rehabilitation**

- (1) Eine Festschreibung auf einzelne Einrichtungstypen zur Durchführung der ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker erfolgt nicht. Für eine Leistungserbringung kommen jedoch nur Einrichtungen in Betracht, die folgende Anforderungen erfüllen:
- Durch einen in das Leitungsteam verantwortlich eingebundenen Arzt wird die qualifizierte Erbringung der im Sinne der ergänzenden medizinischen Rehabilitation erbrachten soziotherapeutischen Maßnahmen sichergestellt.
  - Eine enge Kooperation und Koordination zwischen Einrichtung/Therapeuten und dem behandelnden Arzt wird sichergestellt.
  - Eine Kooperation im Rahmen der regionalen Versorgungsstruktur wird sichergestellt.

Die Kostenträger schließen entsprechend dem Bedarf mit dem Träger der Einrichtung, soweit dieser geeignet ist und die Voraussetzungen erfüllt, eine Vereinbarung über die Durchführung ambulanter Leistungen zur Rehabilitation ab.

- (2a) Leistungserbringer der soziotherapeutischen Leistungen können im wesentlichen sein: Nervenarztpraxen mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt, Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) / Sozialpsychiatrische Dienste und vergleichbare Einrichtungen.

Daneben können zur wohnortnahen Erbringung, wenn die Versorgung mit oben genannten Einrichtungen nicht sichergestellt werden kann, auch andere Einrichtungen in Betracht kommen.

- (2b) Soziotherapeutische Maßnahmen können in den anerkannten Einrichtungen erbracht werden durch

- Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen,
- Ergotherapeuten,
- psychiatrisches Krankenpflegepersonal und/oder
- Dipl.-Psychologen,

die für die Erbringung dieser Leistungen eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung oder mehrjährige psychiatrische Erfahrung nachweisen müssen.

### **3.8 Definition**

Mit den dargestellten Eingrenzungen lässt sich Soziotherapie wie folgt definieren:

„Soziotherapie ist therapeutischer Schwerpunkt der ambulant erbrachten medizinischen Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Psychosen, mit dem Ziel der Verbesserung bzw. der Verhinderung einer Verschlechterung der psychischen und sozialen Umgangsweisen mit der personalen und der dinglichen Umwelt.

In Abgrenzung zu den subsidiären sozialen Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz, die für chronisch psychisch Kranke lebenslang erforderlich werden können, werden unter Soziotherapie zeitlich befristete Maßnahmen verstanden, die auf ein definiertes Therapieziel ausgerichtet sind. Das Therapieziel und die für die Erreichung dieses Zieles angezeigten soziotherapeutischen Maßnahmen werden in einem ärztlich verordneten und mit anderen Berufsgruppen abgestimmten Behandlungsplan festgelegt. Insofern ist Soziotherapie immer Teil einer ärztlich verantworteten Komplexleistung.

Zur Erreichung des Behandlungszieles wird die Einbindung der Patientinnen und Patienten in bestehende Hilfsangebote angestrebt. Soziotherapie kann deshalb nur dem beschriebenen institutionellen Rahmen stattfinden.

Die Verordnung von Soziotherapie setzt voraus, daß Patientinnen und Patienten einsichtsfähig, motiviert und absprachefähig in dem Sinne sein müssen, daß mit ihnen gemeinsam ein Behandlungsplan entwickelt und verabredet werden kann.“

### **3.9 Maßgaben für die Finanzierung**

Soziotherapeutische Hilfen sind im Wege einer Lückenfinanzierung unter Bezugnahme auf die einschlägigen Bestimmungen des SGB V abzusichern. Soziotherapie trägt als integraler Bestandteil des ärztlichen Behandlungsprogramms den „besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker“ (§ 27) Rechnung. Bisher waren soziotherapeutische Hilfen nur im stationären Bereich finanziell abgesichert. Die Modellerprobung zeigt, daß Soziotherapie auch im ambulanten Bereich wirksam, wirtschaftlich und multiprofessionellen Qualitätsstandards genügend praktikierbar ist. Bei einer nicht unerheblichen Gruppe chronisch psychisch Kranker entspricht eine derart umfassende ambulante Therapie unabwiesbaren Behandlungsanforderungen. Insofern müssen soziotherapeutische Behandlungsmaßnahmen zur „Heilung, zur Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden“ (§ 27 SGB V) einsetzbar sein und entsprechend finanziert werden.

## **4. Zusammenfassung**

Die im Modellprogramm gesammelten Erfahrungen belegen nachdrücklich, daß ambulante Soziotherapie bei chronisch psychisch Kranken ein wirksames Verfahren zur Rezidivprophylaxe ist. In der dargestellten Eingrenzung kann Sozio-

therapie als eine die ambulante Krankenbehandlung ergänzende Maßnahme der medizinischen Rehabilitation unverzichtbar werden, will man dem Patienten/der Patientin neue Lebensperspektiven erschließen und damit den Drehtüreffekt unterbrechen, der oft die Krankheitskarriere von chronisch psychisch Kranken charakterisiert.

Das ambulante soziotherapeutische Angebot ergänzt die von der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellte Versorgung. Soziotherapie als Leistung der Krankenkassen ersetzt ebenso wenig ergänzende Leistungen der Sozialhilfe wie freiwillige Leistungen der Kommunen.

Nach allgemeiner Erfahrung kann nicht erwartet werden, daß ambulante Soziotherapie in jedem Fall kurzfristig stationäre Behandlungen ersetzen kann. Bei einigen der dokumentierten Behandlungsfälle konnten tatsächlich klinische Aufenthalte, die bei langjähriger Kenntnis des Patienten/der Patientin unausweichlich gewesen wären, vermieden werden. In anderen Fällen konnte eine erneute stationäre Behandlung nicht vermieden, die Anzahl der Behandlungstage im Vergleich zu vorausgegangenen Klinikaufenthalten jedoch deutlich reduziert werden.

Eine statistisch abgesicherte Quantifizierung der durch ambulante Soziotherapie erreichten Einsparungen an Krankenhaustagen ist aus methodischen Gründen derzeit noch nicht möglich. Dies liegt, sieht man von der noch unzureichenden Zahl abgeschlossener Behandlungsfälle ab, an dem Sachverhalt, daß die Dokumentation der Behandlungsfälle bislang mit Abschluß der soziotherapeutischen Behandlung beendet wird. Insofern kann die durch die ambulante soziotherapeutische Behandlung mittel- und langfristig erreichte Vermeidung oder Verkürzung von Klinikaufenthalten nur durch katamnestische Erhebungen beurteilt werden (ebenso wie beispielsweise der Nutzen einer Medikation nur in einer Längsschnittbetrachtung beurteilt werden kann, die über den Zeitpunkt der Verabgabe des Medikamentes hinausreicht).

Bei einigen anderen Behandlungsfällen, bei denen eine deutliche psychosoziale Stabilisierung erreicht wurde, die das Erfordernis erneuter klinischer Behandlungen wenig wahrscheinlich erscheinen ließen, ergaben sich während der Phase der ambulanten Soziotherapie psychotische Zuspitzungen, die eine erneute stationäre Behandlung angeraten erscheinen ließen.

Vor diesem Hintergrund muß unterstrichen werden, daß der eigentliche Nutzen von Soziotherapie in der Anbahnung von Lebensperspektiven liegt, die langfristig das Erfordernis von stationären Aufenthalten auf eine nicht beeinflussbare Restgröße reduzieren.

Soziotherapie ist Bestandteil ärztlichen Handelns. Sie wird nur nach sorgfältiger Indikationsprüfung angeordnet. Die Indikationsprüfung beinhaltet eine eingehende Abklärung von Art und Grad der Behinderung sowie des Umfangs von Hilfebedarfen. Die Anordnung von Soziotherapie ist an die Voraussetzung gebunden, daß die Patientinnen und Patienten wenigstens ansatzweise einsichtsfähig und absprachefähig sind.

Mit der Verordnung von Soziotherapie wird angestrebt, psychisch Kranke zu befähigen, das vorhandene komplexe Behandlungsangebot für sich nutzbar zu machen. Dazu wird ein vom Arzt verantworteter und zwischen Arzt/Ärztin, gemeindepsychiatrisch tätigen Berufsgruppen und Patient/Patientin abgestimmter individueller Behandlungsplan entwickelt.

Die angestrebte Einbindung des Patienten bzw. der Patientin in vorhandene Angebote macht erforderlich, daß ein Teil der soziotherapeutischen Aktivitäten auf Koordination und Abstimmung mit anderen Einrichtungen verwendet wird.

Mit dieser Zielsetzung trägt Soziotherapie zu einer Effizienzsteigerung der individuellen Behandlung und zu einer gezielteren Nutzung vorhandener Behandlungsangebote bei. Beides bedeutet Kostenreduzierung.

Soziotherapie läßt sich von Psychotherapie und anderen Therapieformen wie Ergotherapie oder Beschäftigungstherapie ebenso abgrenzen wie von Maßnahmen der Sozialhilfe. Dabei können die im Rahmen von Soziotherapie eingesetzten Hilfen isoliert betrachtet mit den im Rahmen von anderen Therapie- oder Betreuungsformen erbrachten Hilfen deckungsgleich sein. Das Spezifische von Soziotherapie, das eine Abgrenzung ermöglicht, wird nicht durch die Besonderheit der Hilfen definiert, sondern dadurch, daß diese Hilfen auf ein definiertes Ziel hin ausgerichtet und in einen ärztlich verantworteten Behandlungsplan eingebettet sind.

Auch wenn der Nutzen von ambulanter Soziotherapie empirisch belegt ist, wird niemand erwarten, daß durch zeitlich begrenzte soziotherapeutische Interventionen bei allen Psychosekranken Verhaltens- und Kompetenzdefizite abgebaut werden. Aber die Erfahrung zeigt, daß selbst bei den Patientinnen und Patienten, bei denen zunächst keine meßbaren Behandlungserfolge festgestellt werden konnten, Veränderungsprozesse angestoßen wurden. Wenn in den meisten Fällen erreicht wurde, sozial isolierte und kontaktgehemmte Patientinnen und Patienten in soziale Strukturen einzubinden, wurden wichtige Voraussetzungen für eine weitere Verbesserung von psychischen und sozialen Umgangsweisen mit der personalen und dinglichen Umwelt geschaffen.

Die hier vorgelegte Zwischenbilanz der Erfahrungen ist das Ergebnis eines gemeinschaftlichen Werkes, an dessen Erstellung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Projekte ebenso wie Prof. Dr. Wulf Rössler als wissenschaftlicher Berater mitwirkten.

## Individuelle Therapieplanung und Casemanagement im Rahmen einer psychiatrischen Institutsambulanz

Hermann Elgeti, Marc Ziegenbein

### 1. Das Behandlungsangebot der Einrichtung und seine Vernetzung

Die *sozialpsychiatrische Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)* integriert in ihrer Arbeit mehrere Funktionen in Bezug auf Lehre, Forschung, Krankenversorgung und Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Dabei sind von insgesamt 11,5 Vollzeitstellen 6,5 für die Funktion einer psychiatrischen Institutsambulanz eingesetzt, über die etwa 170 ambulante Patientinnen und Patienten (weitere 30 Wohnheimpatientinnen/-patienten werden über ein eigenes Stellenkontingent betreut) pro Quartal behandelt werden.

Tabelle 1: Das Behandlungsangebot in der sozialpsychiatrischen Poliklinik

| Bezeichnung   | Frequenz                              | Dauer   | Inhalt  | Zuordnung                                  |
|---|---------------------------------------|---|---|--|
| <b>Notfallbehandlung</b>                                      | sofort und unangemeldet               | einmalig                                      | Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung                                    | Notfall nach §115 SGB V oder ÖGD (PsychKG) |
| <b>ambulante Krisenintervention</b>                           | variabel, eher hochfrequent           | fünf Termine                                  | Problemverständnis und Klärung des Hilfebedarfs                           | Poliklinikfall nach §117 SGB V             |
| <b>dynamische Kurzzeittherapie</b>                            | variabel, eher niederfrequent         | zwanzig Termine                               | Konfliktbewältigung, ggf. Weitervermittlung an externe Hilfsangebote      | Institutsambulanzfall nach §118 SGB V      |
| <b>konfliktorientierte Einzelbehandlung</b>                   | wöchentlich mit festem Termin         | mindestens zwei Jahre                         | aufdeckende Bearbeitung der Symptome                                      |  |
| <b>stützende Einzelbehandlung</b>                             | ein- bis vierwöchentlich in Absprache | potentiell unbefristet                        | individualisierte Förderung der Krankheitsbewältigung                     |  |
| <b>arbeitstherapeutische Gruppenbehandlung</b>                | drei- bis fünfmal pro Woche           | bis zu einem Jahr                             | Arbeitsdiagnostik und -training, Vermittlung in berufliche Rehabilitation |  |
| <b>psycho-, sozio- und ergotherapeutische Gruppenbehandl.</b> | wöchentlich (verbindlich)             | teils befristet, teils potentiell unbefristet | gruppenbezogene Förderung der Krankheitsbewältigung                       |  |
| <b>psychosoziale Kontaktförderung und Beratung</b>            | fakultativ bei täglichem Angebot      | potentiell unbefristet                        | Förderung von Selbsthilfe und sozialer Unterstützung                      | Kommune (BSHG) und ÖGD                     |

Die Institutsambulanz hat eine vorher bestehende sozialpsychiatrische Ermächtigungsambulanz des Abteilungsleiters ersetzt. Die von den Krankenkassen angebotene Fallpauschale von 387,-DM ist bei weitem nicht kostendeckend, weswegen eine Einigung über die Vergütung bisher nicht erzielt werden konnte. Seit dem IV. Quartal 1996 wird die Behandlung entsprechend der in Bayern gültigen Regelungen in Form von *Komplexleistungen* dokumentiert.

Tabelle 2: Auszug aus den bayrischen Regelungen für differenzierte Vergütungssätze in psychiatrischen Institutsambulanzen

| Leistungsart  | Leistungszeit *          | Leistungserbringer             |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Einzelbehandlung   | 1. bis zu 20 Minuten     | 1. ärztlicher Dienst           |
| 2. Behandlung in Kleingruppe (2 bis 5 Teilnehmer)                       | 2. bis zu 40 Minuten     | 2. psychologischer Dienst      |
| 3. Behandlung in Großgruppe (6 bis 12 Teilnehmer)                       | 3. bis zu 60 Minuten     | 3. Krankenpflegerischer Dienst |
| 6. Fahrzeit bei Hausbesuchen (Behandlungszeit nach 1. bis 3. abrechnen) | 4. bis zu 90 Minuten     | 4. sozialpädagogischer Dienst  |
|   | 5. bis zu 120 Minuten    | 5. ergotherapeutischer Dienst  |
|   | 6. bis zu 180 Minuten    |                                |
|   | 7. bis zu 240 Minuten    |                                |
|   | 8. bis zu 300 Minuten    |                                |
| 9. Fallkonferenz im Team (1 mal pro Quartal)                            | 0. mindestens 20 Minuten | 9. multidisziplinäres Team     |

**Anmerkung:** \* = einschließlich Vor- und Nachbereitung sowie Grund- und Notfallversorgung

Durch einen Vertrag der MHH mit der Landeshauptstadt Hannover ist es seit 1980 möglich, die Kernbausteine des gemeindepsychiatrischen Verbundes für ein *Einzugsgebiet* von knapp 70.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in einem urban sehr stark verdichteten Stadtteil Hannovers zu integrieren. Dabei ist die Funktion eines sozialpsychiatrischen Dienstes (mit Amtsfunktionen nach Psych-KG) und diejenige einer ausgelagerten psychiatrischen Institutsambulanz kombiniert. Die Entfernung zur für das Einzugsgebiet zuständigen Psychiatrischen Klinik der MHH beträgt etwa 5 km.

Begünstigt durch gemeinsame Trägerschaft der Dienste wird ein traditionell enger *ambulant-stationärer Verbund* praktiziert. Die ambulant zuständigen Bezugstherapeutinnen und -therapeuten halten regelmäßigen Kontakt zu ihren stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten und können so frühzeitig in die Entlassungsvorbereitung einbezogen werden. Gemeinsam mit dem benachbarten psychiatrischen Hilfsverein werden alle Bausteine des gemeindepsychiatrischen Verbundes einschließlich intensiver Wohnbetreuung und Tagesstättenfunktion vorgehalten.

## 2. Die Patientinnen/Patienten und ihre Therapeutinnen/Therapeuten

Die in der Poliklinik behandelten Patientinnen und Patienten wohnen zu über 80% im zugeordneten Einzugsgebiet und gehören aufgrund der Art und Schwere ihrer psychischen Erkrankung überwiegend zu den *allgemeinpsychiatrischen Risikogruppen* mit sozialer Desintegration, chronischem Krankheitsverlauf und zahlreichen Hospitalisierungen in der Vergangenheit. Durch die intensive, multidisziplinäre und kontinuierliche ambulante Nachsorge konnte die Zahl der benötigten Klinikbetten und Unterbringungen in Pflegeheime vergleichsweise gering gehalten werden.

Tabelle 3: soziodemographische und psychiatrisch relevante Merkmale der Patientinnen und Patienten der sozialpsychiatrischen Poliklinik der MHH im Jahre 1995 (N = 368)

|   |   |
|---|---|
| <b>Geschlecht</b>                           | 38% Männer, 62% Frauen  |
| <b>Alter</b>                                | Durchschnittsalter 48,2 Jahre   |
| <b>Schulbildung</b>                         | 41% höchstens Hauptschulabschluß, 41% höchstens Abitur; 18% Hochschule  |
| <b>Wohnsituation</b>                        | 47% allein, 40% mit anderen, 11% in Wohnheim, 2% wohnungslos  |
| <b>Lebensunterhalt</b>                      | 19% Erwerbstätigkeit, 31% Rente, 10% Arbeitslosenunterstützung, 20% Sozialhilfe, 16% durch Partner oder Angehörige, 4% beschützte Werkstatt |
| <b>jemals stationär-psychiatrische Beh.</b> | 63% ja, 37% nein  |
| <b>Diagnose (ICD-9)</b>                     | 40% schizophrene Psychosen, 26% sonstige Psychosen, 22% Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, 12% sonstige Störungen                       |

Die Behandlung ist nach dem *Bezugstherapeutesystem* gestaltet. Jeder Patient bzw. jede Patientin hat einen langfristig verfügbaren Dialogpartner, der für psycho-, pharmako- und soziotherapeutische Maßnahmen einschließlich Angehörigengespräche und sozialarbeiterische Vermittlungstätigkeiten in Anspruch genommen werden kann. Der oder die Bezugstherapeut/-therapeutin muß in Krisen sofort verfügbar sein, bei Bedarf Hausbesuche machen und die Betreuung auch nach u.U. längeren Unterbrechungen weiterführen. Der für jeden Bezugspatienten durchschnittlich notwendige Zeitaufwand ist mit einer Stunde pro Woche (direkte und indirekte fallbezogene Arbeit einschließlich Fallkonferenzen und Supervision) berechnet.

Ein Teammitglied mit einer anderen Grundqualifikation (Ärztin versus Sozialpädagoge bzw. Krankenpfleger) ist als "Tandempartnerin/-partner" in jeden Behand-

lungsfall mit einbezogen und übernimmt auch die Abwesenheitsvertretung für den Bezugstherapeuten. Eine intensive multidisziplinäre *Zusammenarbeit* innerhalb des Teams bietet weitere Unterstützung. Für 25% der Patienten gibt es ein vielfältiges gruppentherapeutisches Angebot, bei dem insbesondere eine halbtägige ambulante Arbeitstherapie mit 10 Plätzen erwähnenswert ist.

Für die Institutsambulanz-Funktion sind je 1,5 Vollkräfte (VK) aus den ärztlichen, sozialpädagogischen und ergotherapeutischen *Berufsgruppen* sowie 1,0 VK des krankenschwägerischen und Verwaltungs-Bereichs eingesetzt. Praktisch alle therapeutischen Mitarbeiter haben eine sozialpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Zusatzausbildung absolviert. In der Aufgabenverteilung und bei der Dienstplangestaltung wird darauf geachtet, daß die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein möglichst breites Spektrum an Tätigkeiten in ihrem Arbeitsalltag realisieren können. Nur so läßt sich bei jedem eine breite Kompetenz mit gegenseitiger Vertretungsmöglichkeit im Notfall aufrechterhalten.

### **3. Die Impulsgeber für das Projekt**

Die *Finanzierung ambulanter Behandlungsangebote* für psychisch chronisch und schwer erkrankte Patientinnen und Patienten mit besonderen sozialen Schwierigkeiten ist völlig unzureichend. Gerade die gesetzlichen Krankenkassen als vorrangige Kostenträger haben auf diese Problematik bisher nicht ausreichend reagiert, obwohl mit den psychiatrischen Institutsambulanzen nach §118 SGB V die gesetzlichen Grundlagen im Prinzip vorhanden sind. Die gezahlten Vergütungen erlauben bisher weithin nicht die notwendig intensiven und flexiblen Interventionen. Aus diesem Grund werden viele Menschen aus dieser Risikogruppe immer noch in stationären Einrichtungen fehlplaziert oder gar nicht behandelt.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (APK) hat bei ihren Bemühungen um die Verbesserung der außerstationären Betreuungsangebote für chronisch psychisch Kranke die Entwicklung eines Instrumentariums angeregt, mit dem die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung auf den *individuellen Hilfebedarf* ausgerichtet werden kann. Bei der Erprobung eines entsprechenden Fragebogens haben sich auch Patienten und Therapeuten aus den ambulanten, stationären und komplementären Diensten des Einzugsgebietes der sozialpsychiatrischen Poliklinik beteiligt. In Anlehnung an diese Erfahrungen wurde die hier vorgestellte Therapieplanung für die Routinearbeit der Institutsambulanz entwickelt.

Ein dritter Impuls für das Projekt resultiert aus der Einsicht, daß die sozialpsychiatrische Arbeit eine für alle Beteiligten nachvollziehbare *Zielorientierung* braucht, um die begrenzten Ressourcen effizient und konzentriert für die schwerstgestörten Patienten verfügbar zu halten. Das beinhaltet auch die Verabredung von Fristen, nach deren Ablauf der therapeutisch-rehabilitative Prozeß kritisch bilanziert und ggf. fortgeschrieben wird. Dabei ist darauf zu achten, welche Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld und bei weniger aufwendig arbei-

tenden Diensten genutzt werden können. Eine kontinuierliche Überprüfung der Zielgruppenspezifität der Inanspruchnahme-Population gemeindepsychiatrischer Einrichtungen kann dabei helfen, daß diejenigen die intensivste Hilfe erhalten, die sie am meisten benötigen.

#### **4. Das Instrumentarium**

Zur Datenerhebung wurden, neben einem für Patienten, Bezugstherapeuten und ggf. weitere Betreuer konzipierten Fragebogen, die Patientenakten und die Quartalsberichte als Bestandteile der Leistungsdokumentation verwendet. Der Fragebogen war mit einer Erläuterung über die Hintergründe der Therapieplanung versehen und wurde vom Bezugstherapeuten ausgehändigt. Er diente einerseits der Gewinnung von Basisdaten, andererseits der Selbstbeurteilung des Patienten. Auf dieser Grundlage wurde ein kurzer Lebenslauf unter Berücksichtigung des bisherigen Behandlungsverlaufs erstellt. Daran schloß sich ein Planungsgespräch zwischen Bezugstherapeut und Patient an, indem die individuell notwendigen und durchführbaren Hilfen für einen festgelegten Zeitraum prospektiv erarbeitet wurden.

Der zur Dokumentation verwendete Datenerhebungsbogen (Abbildung 1) besteht aus vier Abschnitten, in denen die Informationen in codierter computerauswertbarer Form erfaßt wurden. Die einzelnen Abschnitte stellen einerseits selbständige Informationseinheiten dar, bauen aber andererseits aufeinander auf. Der erste Abschnitt soll die Zielgruppenspezifität in Form eines Summenscores aus soziodemographisch und psychiatrisch relevanten Indikatoren erfassen. Es sind maximal 32 Punkte zu erreichen, wobei hohe Punktwerte einer hohen Zielgruppenspezifität zugeordnet werden. Im zweiten Abschnitt wird der Behandlungsverlauf der letzten zwei Jahre dokumentiert, wobei mit der Möglichkeit der Datentransformation auf den in der Institutsambulanz verwendeten Quartalsbrief zurückgegriffen wurde. Die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Patienten im Bezug auf psychosoziale Kommunikation, lebenspraktische Alltagsbewältigung und berufliche Leistungsfähigkeit sind Bestandteil des dritten Abschnitts, wobei zwischen Selbstbeurteilung und Beurteilung durch den Bezugstherapeuten und ggf. weitere Betreuer differenziert wird. Im vierten, dem eigentlichen Therapieplanungsabschnitt, werden prospektiv in zeitlich abgestufter Form für den Patienten notwendige und durchführbare Hilfen in Regel- und Krisensituationen erfaßt. Die Therapieplanung soll alle zwei Jahre bzw. bei wesentlichen Veränderungen früher durchgeführt werden.

#### **5. Erste Erfahrungen**

Im Zeitraum 10 / 96 – 04 / 97 wurden mit dem hier vorgestellten Therapieplanungskonzept bei 10 Institutsambulanzpatienten erste Erfahrungen gesammelt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Patientenbezogene Daten der Therapieplanungsgruppe

|  |   |
|--|---|
| <b>Geschlecht</b>                      | 50 % Frauen      50 % Männer  |
| <b>Alter</b>                           | Durchschnittsalter 51,1 Jahre + / - 11,09   |
| <b>Dauer seit Erst-<br/>erkrankung</b> | 8 Pat. > 10 Jahre<br>2 Pat. > 5 / < = 10 Jahre  |
| <b>Wohnsituation</b>                   | 8 Pat. wohnen alleine in einer eigenen Wohnung<br>2 Pat. wohnen mit Angehörigen / Partner   |
| <b>Arbeitssituation</b>                | 9 Pat. sind ohne regelmäßige Arbeitstätigkeit<br>1 Pat. hat eine Tätigkeit in Sozial- oder Selbsthilfefirmen  |
| <b>Lebensunterhalt</b>                 | 7 Pat. erhalten Arbeitslosenunterstützung, Alters-, Erwerbsun-<br>fähigkeitsrenten bzw. Pensionen<br>2 Pat. werden von Angehörigen, dem Partner unterstützt<br>1 Pat. finanziert sich durch eigenes Einkommen bzw. Vermögen |
| <b>Soziale Kontakte *</b>              | 4 Pat. in der Regel täglich<br>4 Pat. mindestens wöchentlich<br>1 Pat. mindestens monatlich<br>1 Pat. nur sporadisch oder gar nicht   |
| <b>Summenscore</b>                     | Durchschnittspunktwert 23,0 + / - 2,4   |

\* Kontakte mit Freundinnen/Freunden, Bekannten oder Angehörigen außerhalb der Routinekontakte bei gemeinsamem Wohnen, bei der Arbeit oder in der Therapie

Hinsichtlich der Durchführung war es wichtig, aber auch schwierig, den geeigneten Zeitpunkt auszuwählen, wobei auch die Erfahrung des Bezugstherapeuten eine wesentliche Rolle spielte. Der zeitliche Rahmen wurde deshalb flexibel gestaltet, um auch beim Patienten/bei der Patientin keinen unnötigen Handlungsdruck zu erzeugen, der einen Erfolg gefährden könnte. Das Handling des Fragebogens bereitete nur einem Patienten, der sich in einer zugespitzten psychischen Verfassung befand, größere Probleme. Beim überwiegenden Teil der Patientinnen und Patienten war die Resonanz positiv. Es zeigte sich, daß durch den Fragebogen ein Denkprozeß aktiviert wurde, der zur kritischen Prüfung der eigenen sozialen Situation anregte. Einige Patientinnen und Patienten schilderten diesen Prozeß als ungewohnt und empfanden die damit verbundenen Anforderungen als belastend. Daher wurde der Fragebogen von einem Teil der Patientinnen und Patienten nicht weiter bearbeitet. In dieser Phase bestätigte sich die Wichtigkeit des zeitlich flexiblen Rahmens. Andererseits war Initiative von Seiten des Bezugstherapeuten gefragt, um Hintergründe zu erläutern und in der kritischen Auseinandersetzung mit der Lebenssituation stützend zu wirken. In den meisten sich anschließenden Planungsgesprächen gelang es den Patientinnen und Patienten, konkret ihre Vorstellungen und Ziele darzulegen. Die Gesprächssituation war geprägt von Initiative und Aktivität. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei zwei Patientinnen/Patienten deutlich, daß sie Angst hatten, Ziele

zu konkretisieren, weil sie diese als bindende Verpflichtung ansahen. Ein weiteres Problem resultierte aus der Verwendung des Begriffs Planung, der mit Veränderung assoziiert wurde, wodurch z.B. die Festigung des Erreichten nicht mehr als Planung angesehen wurde.

Trotz der aufgezeigten Probleme hat sich das Grundkonzept der Therapieplanung als praktikabel erwiesen und durch Akzeptanz ausgezeichnet. Für Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut ergeben sich neue, von lange bestehenden Strukturen abweichende Anforderungen, die es ermöglichen, mittels des aktiven Planungsgeschehens zu entwicklungsfähigen Ansätzen zu kommen.

## **6. Perspektiven**

Anzustreben wäre ein systematischer Ausbau der Therapieplanung in bezug auf komplementäre und stationäre Dienste. Um den Erfolg dieser Arbeit besser erfassen zu können, erscheint es notwendig, den im Gesundheitswesen immer mehr an Dominanz gewinnenden Begriff der Lebensqualität als Ziel therapeutischen Handelns in die Planung zu integrieren. Im Moment fehlen geeignete Instrumente zur Messung der Lebensqualität noch, aber entwicklungsfähige Ansätze sind bereits verfügbar. Bei einer standardisierten Erhebung sollten zunächst die Einschränkungen an Lebensqualität erfaßt werden, da diese eher zu vergleichen sind als die doch sehr individuelle Zielperspektive guter Lebensqualität. Ziel ist es, mit Hilfe der Therapieplanung patientenorientiert und zielgruppenspezifisch zu arbeiten sowie gleichzeitig die für die Qualitätssicherung notwendigen Daten zu erheben. Mit Hilfe dieser Daten wird auch eine leistungsbezogene Argumentation gegenüber Kostenträgern ermöglicht.



## Stellungnahme zu den Aufgaben von Kranken-, Rentenversicherung und Sozialhilfe in der psychiatrischen Versorgung

*Peter Mroczynski*

Insbesondere was die Abgrenzung der Leistungen der Krankenversicherung von denen der Sozialhilfe angeht ('soziale Rehabilitation') hat sich in den vergangenen Jahren eine Verlagerung ergeben. Mit dem Modellvorhaben zu den soziotherapeutischen Maßnahmen sind die Krankenkassen im Begriff, die Konsequenzen aus dieser Veränderung zu ziehen.

Ursprünglich rechnete man im wesentlichen den Komplex der sozialen Beziehungen zu den Folgen der Krankheit, für die die Krankenkasse nicht aufkommen mußte. Der entscheidende neuere Gesichtspunkt besteht in der Anerkennung der Tatsache, daß die Störung der sozialen Beziehungen keine Folge der Krankheit ist, sondern ihre spezifische Äußerungsform. Damit ist das Wort 'sozial' kein Mittel mehr zur Abgrenzung von Leistungen der Krankenkasse zu denen der Sozialhilfe im Sinne einer sozialen Rehabilitation. 'Soziale Rehabilitation' in diesem Sinne kann durchaus der Akutversorgung zuzurechnen sein.

Ein wesentlicher weiterer Gesichtspunkt für die Leistungen der Krankenversicherung ist darin zu sehen, daß sich die Akutbehandlung immer auf die elementaren menschlichen Handlungen ausrichtet ('Sehen', 'Greifen', 'Hören' usw.) Der Akutbehandlung geht es also darum, daß der Mensch in die Lage versetzt wird, eine bestimmte Handlung 'überhaupt erst' vornehmen zu können. In diesem Sinne gehörte die Arbeitstherapie schon immer zur Akutversorgung, weil sie den Menschen in die Lage versetzte, überhaupt erst eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben. Zu den elementaren Handlungen in diesem Sinne gehören auch grundlegende soziale Fähigkeiten und solche der Selbstversorgung.

Die Abgrenzung zur sozialen Rehabilitation ergibt sich also nicht mehr über den sozialen Aspekt, der einer Maßnahme zukommt, sondern daraus, daß Handlungen, die nicht den genannten elementaren Charakter haben und die sich auf einzelne Lebensbereiche beziehen (Haushalt, Freizeit, Sport, Begegnung usw.), der sozialen Rehabilitation zuzurechnen sind. Ergänzend kommen Anlaß, Ziel und Mittel als Abgrenzungskriterien zur Anwendung. Besondere Bedeutung kommt dem Gesichtspunkt zu, daß die eingesetzten Mittel immer medizinischer Natur sein müssen. In diesem Zusammenhang ist zu erwarten, daß der Gesetzgeber in Zukunft noch stärker um Regelungen im Leistungserbringerrecht bemüht sein wird (§§ 124ff SGB V).

Die Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und sozialer Rehabilitation wird in Zukunft nicht einfacher, sie verlagert sich nur von dem sozialen Aspekt auf den der Verrichtungen, deren der Mensch um seiner Existenz willen bedarf.

Was die medizinische Rehabilitation angeht, so ist zunächst festzustellen, daß allgemein die Akutbehandlung einzelne ihrer Elemente aufgenommen hat. Im Kern ist medizinische Rehabilitation noch immer als Hilfestellung bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu umschreiben (§ 107 Abs. 2 Ziff. 2 SGB V). Allgemein dient sie nicht lediglich der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Dieser letztere Gesichtspunkt spielt nur in der Rehabilitation durch die Rentenversicherung eine Rolle (§§ 9ff SGB VI). Hier wird von den Trägern der Rentenversicherung häufig auf die insgesamt nicht sehr günstige Erfolgsprognose bei psychisch Kranken abgestellt. Dieser Gesichtspunkt spielt schon bei der medizinischen Rehabilitation eine Rolle. Es ist aber zu beachten, daß die Möglichkeiten einer beruflichen Eingliederung, insbesondere die von den Werkstätten für Behinderte, den Berufsbildungs- und -förderungswerken bestimmte Leistungserbringung, in der Psychiatrie wenig geeignet ist. Man kann also sagen, daß die oft ungünstige Prognose, die übrigens nicht schematisch schon im Antragszeitpunkt gestellt werden darf, auch von der sozialen Infrastruktur mitbestimmt wird. Des weiteren ist zu beachten, daß eine berufliche Rehabilitation nicht unbedingt eine künftige volle Erwerbstätigkeit verlangt. Z.B. kann sie auch durchgeführt werden, um eine Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden, diese besteht schon dann nicht mehr, wenn der/die Behinderte noch eine Halbtags-tätigkeit ausüben kann. Schließlich ist eine Erwerbsfähigkeit auch dann gegeben, wenn sich der/die Behinderte bei der Ausübung einer Tätigkeit bestimmter, sei es auch ganz ungewöhnlicher Hilfsmittel bedient. Insoweit sind die Möglichkeiten unterstützender Beschäftigungsformen bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Insgesamt wird man also gegenüber der Prognosepraxis der Träger der Rentenversicherung in sozialrechtlicher Hinsicht eine Reihe von Einwänden erheben können.

In der Sozialhilfe – und nicht nur hier – sieht man in einer Finanzierungsform, die nicht auf der Basis von Kostensätzen (§§ 93ff BSHG), sondern in Form einer Pauschalbezuschussung – das ist nichts anderes als eine Subventionierung – z.B. bei Tagesstätten erfolgt, eine bessere Möglichkeit. Allgemein ist dagegen einzuwenden, daß Subventionen möglichst nicht die Form einer Dauerfinanzierung annehmen sollen. Außerdem darf man nicht übersehen, daß die Subvention jede Versorgung der politischen Opportunität überantwortet. Gerade in Zeiten, in denen das feste Budget in immer mehr Teilgebieten verwirklicht wird, darf man auf die Rechte des einzelnen nicht verzichten.

Auch der Weg, Kostenprobleme über die Herausnahme von Unterkunft und Verpflegung aus der stationären Versorgung zu lösen, ist m. E. zweifelhaft, obwohl er in der Pflegeversicherung bereits beschritten wird. Er führt zu einer weiteren Zerplitterung des Sozialrechts, wie dies etwa auch in § 43a SGB XI geschehen ist. Anders sieht dies nur bei der ambulanten Versorgung aus. Hier hat ja die Wohnung dieselbe Funktion wie bei gesunden Menschen, stellt also ein Stück Normalisierung dar, und schon deswegen ist eine von der sonstigen Finanzierung abgetrennte Form zu begrüßen.

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Sabine BERGMANN-POHL, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Hans-Jürgen CLAUßEN, Vorstandsmitglied des Bundesverbands der Psychiatrieerfahrenen, Kuden

Prof. Dr. Andreas CROME, Ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Klinik für Psychiatrie, Lengerich

Dr. Hermann ELGETI, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

Dr. Agnes FABIAN, Dipl.-Psychologin, Park-Krankenhaus Leipzig-Dösen, wiss. Mitarbeit im Rahmen des Projektes, Leipzig

Prof. Dr. Petra GROMANN, Professorin für Behindertenpädagogik und Soziologie, Fachhochschule Fulda, Fulda

Rainer HÖLZKE, Dipl.-Psychologe, Wohnhaus Jüthornstraße, Hamburg, Vorsitzender der „Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen in Hamburg“, Hamburg

Gerhard HOLLER, Bereichsleiter für Gesundheitswesen im Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, Hannover

Walter HEINEN, Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Abteilung Rehabilitation

Barbara HÜLLEN, BKK Bundesverband, Leiterin der Abteilung Rehabilitation und Pflege

Volker KAUDER, MdB, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Ärztlicher Leiter der Klinik für Psychiatrie, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Projektleiter, Bremen

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, Bad Emstal, Stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Stellv. Projektleiter

Ernst MAß, Vorsitzender des Landesverbands Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V., Lübeck

Dr. Heiner MELCHINGER, Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, Hannover

Prof. Dr. Peter MROZYNSKI, Jurist, Fachhochschule, München

Dieter STAHLKOPF, Sozialpädagoge, Karl-Bonhoeffer-Klinik, Berlin

Dr. Gerhard VIGENER, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe

Marc ZIEGENBEIN, cand.-med., Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

