Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation

Dokumentation zur Informationstagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE
am 27. und 28. April 1994 in Bonn-Bad Godesberg

Herausgegeben von Peter Kruckenberg
Bernhard Jagoda
AKTION PSYCHISCH KRANKE

2. überarbeitete Auflage
August 1995

1. Auflage: November 1994

Selbstverlag durch

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Graurheindorfer Str. 15
53111 Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

AKTION PSYCHISCH KRANKE

1994, 2. Auflage 1995

Graurheindorfer Str. 15
53111 Bonn

Liebe Leserin, lieber Leser,

den meisten von Ihnen sind die Tagungsbände der AKTION PSYCHISCH KRANKE mit ihrem typischen Einband bekannt: der Stadtteilansicht mit den vielen Bausteinen psychosozialer und sozialer Hilfen und den dazwischen stehenden bunten Bäumen.

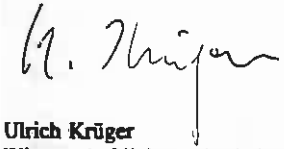
Wenn wir bei dieser Tagungsdokumentation auf unsere Tradition verzichtet, eine vereinfachte Form der Herstellung gewählt und einige Abstriche bei der Druckqualität in Kauf genommen haben, so hat dies vor allem einen Grund: Wir wollten Ihnen die Beiträge der Tagung "Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation" noch in diesem Jahr zugänglich machen.

Die im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes gebildete Kommission hat mit dieser Tagung etwa zur Mitte der 4jährigen Laufzeit dieses Projekts ihre Zwischenergebnisse vorgelegt und zur Diskussion gestellt. Damit verbunden war die eindringliche Bitte zur Teilnahme an diesem Austausch und zur Mitwirkung bei der Erarbeitung von Standards für die Personalbemessung im komplementären Bereich. Mit der beschleunigten Veröffentlichung der Tagungsreferate wollen wir sicherstellen, daß ausreichend Zeit zur Verfügung steht, Ihre Kommentare und Ergänzungen vor Abschluß des Projekts aufnehmen zu können.

Wir richten auch an Sie, liebe Leserin, lieber Leser, die herzliche Einladung zu kritischer Stellungnahme und ergänzenden Hinweisen. Insbesondere interessieren uns bereits bestehende oder angestrebte Konzeptionen, Betreuungs- und Finanzierungsmodelle, die in der Zielorientierung der Kommission liegen, regionale Rahmenvereinbarungen zur Kooperation zwischen Einrichtungsträgern und Ihre Erfahrungen mit diesen. Selbstverständlich können Sie sich auch mit Fragen an uns wenden.

Bitte senden Sie Ihre Beiträge und Materialien an die AKTION PSYCHISCH KRANKE in Bonn. Sie werden dann in die weitere Arbeit der Kommission einfließen.

An dieser Stelle danken wir für die vielfältige Unterstützung, die wir bereits bisher erhalten haben. Ein besonderer Dank gilt den Mitwirkenden bei der Erprobung der Erhebungsbögen in den Proberegionen, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ebenso wie den Klienten und Klientinnen.



Ulrich Krüger
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Inhaltsverzeichnis

- *B. Jagoda*
Vorwort 9

- *V. Kauder*
Begrüßung 13

- *R. Schmidt-Zadel*
Grußwort 15

- *C. Redel*
Die Ziele der Kommission aus der Sicht des Bundes 16

- *N. Pörksen*
Fortschritte und Grenzen bei der Umsetzung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (1975) und der Experten-Kommission (1988) 21

- *F. Böcker*
Die Notwendigkeit der Erarbeitung von Standards für die Personalbemessung auf dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Psychiatrie-Personalverordnung 29

I. Von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation - eine Standortbestimmung

- *H. Döring*
Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung aus Sicht der Betroffenen 34

- *H. Steinhilber*
Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung aus Sicht der Einrichtungsträger 38

- *K. Jöllenbeck*
Der Gedanke des Dienstleistungsunternehmens 43

- *H. Rebscher*
Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung aus Sicht der Leistungsträger 48

- *G. Vigener*
Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung aus Sicht der Leistungsträger 53

Forum 1: Allgemeine Psychiatrie

- *M. Rosemann*
Über die Möglichkeiten und Grenzen, ein am individuellen Hilfsbedarf orientiertes Betreuungssystem im Wohnbereich zu gestalten 56

Forum 2: Gerontopsychiatrie

- *R. Möller-Flohr*
Von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation im komplementären Bereich der Gerontopsychiatrie 61

- *H. von Kutzschenbach*
Seelische Erkrankung im Alter - Chancen und Grenzen der Behandlung und Betreuung 63

Forum 3: Suchtkrankenversorgung

- *E. Sundermann*
Die doppelte Aufgabe der Suchtkrankenhilfe - von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung 83

- *K. Lehmann*
Zusammenfassung der Diskussion im Forum 3 87

II. Wege zur personenzentrierten Organisation von Hilfen - Lösungsansätze der Kommission

- *H. Kunze*
Personenzentrierte Orientierung der Hilfen 95

- *A. Crome*
Personenzentrierte Ermittlung des Hilfsbedarfs (Klienten/innen- Profile) 108

- *P. Gromann-Richter*
Wohnen, Arbeiten und Tagesgestaltung - die funktionale Organisation von Hilfen 114

- *D. Stahlkopf*
Personenzentrierte Hilfen - Verordnung, Koordination und Steuerung 121

- *R. Hölzke*
Personenzentrierte Hilfe und sozialrechtliche Umsetzung 128

- *P. Kruckenberg*
Kommunale Steuerung und Umsetzungsprobleme im Übergang 141

Forum 1: Im Mittelpunkt steht der Klient

- *U. Gerke*
Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung der Sozialversicherungsträger 155

- *I. Steinhart*
Im Mittelpunkt steht der Klient - von der institutionsgebundenen zur personenbezogenen Sicht - Können wir heute schon beginnen? 161

Forum 2: Der Klient und seine Lebenswelt als Bezugspunkt

- *E. Kludas*
Der Klient und seine Lebenswelt als Bezugspunkt für die Organisation von Hilfen - eine Herausforderung (nicht nur) für die Träger von Einrichtungen und Diensten 166

- *S. Rudas*
Der Klient als Bezugspunkt für die Organisation von Hilfen 170

Forum 3: Finanzierung, Bedarfsplanung und Steuerung

- *P. Lubecki*
Finanzierung, Bedarfsplanung und Steuerung 173

- *K.-D- Voss*
Finanzierung, Bedarfsplanung und Steuerung 177

- *K.-E. Brill*
Abschlußplenum 184

- Verzeichnis der ReferentInnen 186

- Verzeichnis der Kommissionsmitglieder 188

III. Anhang

- *E. Mass*
Ein Beitrag zum Thema Datenschutz 189

- Bögen zur Ermittlung der Fähigkeiten und des Hilfebedarfs 192

- *K.-E. Brill und A. Fabian*
Erprobung der Bögen zur Ermittlung des klientenbezogenen Hilfebedarfs - Zusammenfassung der Ergebnisse 211

Vorwort

Bernhard Jagoda

Die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Hilfen hat seit der Vorlage der Psychiatrie- Enquete 1975 enorme Fortschritte gemacht. Gefördert durch Modellprogramme des Bundes und der Länder wurden Innovationsprozesse eingeleitet und begünstigt, die zeigten, daß auch chronisch psychisch kranken Menschen ein Leben in der Gemeinde ermöglicht werden kann. Das Ziel der Gemeindeintegration für diese Personengruppe wurde von der Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zu den Empfehlungen der Expertenkommission 1988 ausdrücklich hervorgehoben.

Für eine konsequente Abkehr von der auf psychiatrische Anstalten zentrierten Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen fehlen noch grundlegende Voraussetzungen im sogenannten komplementären Bereich. Deshalb beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit die AKTION PSYCHISCH KRANKE mit dem Forschungsvorhaben "Bestimmung von Leistungsprofilen und Richtwerten zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung." Seit April 1992 arbeiten eine Kommission sowie eine Arbeitsgruppe, denen Fachleute aus verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung angehören. Mit der Tagung am 27./28. April 1994 in Bonn/Bad Godesberg wird ein ausführlicher Zwischenbericht vorgelegt.
Der Untertitel des Tagungsthemas "Von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation" bringt programmatisch den Ansatz und die Zielorientierung der Kommission zum Ausdruck, die insbesondere an die Empfehlungen der Expertenkommission (1988) anknüpft:

* Die notwendigen Hilfen sind funktional zu definieren, statt die Vielfalt von Einrichtungen und Diensten noch weiter zu treiben.

* Gemeindepsychiatrische Hilfen sind auch und gerade für schwerer und chronisch psychisch kranke Menschen notwendig, damit sie in ihrem Kreis/in ihrer Stadt leben können statt ausgegliedert zu werden, weil sie an ihrem Wohnort keine ihrem Bedarf entsprechende Hilfe finden.

Die Kommission entwickelt ein Verfahren zur Personalbemessung, das die Beschreibung der im Einzelfall notwendigen Hilfen ermöglicht. Wie in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) soll die Personalbemessung bezogen auf Personen und nicht bezogen auf Einrichtungen erfolgen.

Das Arbeitsprogramm umfaßt insbesondere:

* Personenbezogene Personalbemessung: Entwicklung eines Verfahrens zur zuverlässigen, klientenbezogenen Ermittlung des Bedarfs an psychiatrischen Hilfen als Grundlage für die Bereitstellung (Verordnung, Verschreibung bzw. Beantragung) der im Einzelfall notwendigen Hilfen.

* Leistungsrechtliche Einordnung der Hilfen: Voraussetzung ist die differenzierte Beschreibung von Art und Intensität psychiatrischer Hilfen nach Zielen und Funktionen.

* Strukturelle Anforderungen zur Gewährleistung
  - der personenbezogenen Koordination und Steuerung von Hilfen;
  - der bedarfsorientierten Koordination und Steuerung von Hilfen in einer Region.

Integraler Bestandteil dieser komplexen Aufgabenstellung ist die Entwicklung von Maßstäben und Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung im ambulanten und komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung.

Aus diesem Ansatz zur Weiterentwicklung und Absicherung von Hilfen ergeben sich vielfältige Anforderungen im Hinblick auf Umorientierungen bzw. Umschichtungen, die auf verschiedenen Ebenen und parallel zueinander erforderlich werden:

* Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychiatrischer Einrichtungen und Dienste sind gefordert, sich von institutions- auf personenbezogene Hilfekonzepte umzuorientieren: statt für vorhandene institutionelle Konzepte die passenden Personen zu suchen, geht es darum, für die vorhandenen Personen die passenden Hilfekonzepte zu entwickeln.

* Die Träger von Einrichtungen und Diensten sind gefordert, Konzepte zur personenbezogenen Orgsanisation von Hilfen mitzutragen und ihre Aufgaben in verbindlicher Kooperation und Abstimmung mit anderen Trägern orientiert am Hilfebedarf der Personen in der Region wahrzunehmen.

* Die verschiedenen Leistungsträger (insbes. Kranken- und Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit, örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe) sind gefordert, die vorhandenen leistungsrechtlichen Regelungen zur Finanzierung bedarfsorientierter Hilfen offensiv anzuwenden und sehr flexibel Umschichtungen vom bisher dominanten vollstationären Bereich in ambulante, offene und teilstationäre Hilfeformen zu ermöglichen.

* Politik und Gesetzgebung auf Bundesebene sind gefordert, den Leistungsträgern die erforderliche rechtliche Absicherung zu geben und das Leistungsrecht weiterzuentwickeln.

* Politik und Verwaltung auf der Ebene der Länder wie auch der kommunalen Gebietskörperschaften sind gefordert, die politische Verantwortung für die Bereitstellung bedarfsgerechter Hilfen zu übernehmen und im Sinne der Schaffung vergleichbarer Lebensbedingungen in den einzelnen Regionen die hierzu erforderlichen Rahmenbedingungen (u.a. auch die Einführung einer Psychiatrie-Berichterstattung) zu schaffen.

Im Unterschied zum klinisch-stationären Bereich gibt es für die Inkraftsetzung von Kriterien für die Personalbemessung im komplementären Bereich keine Verordnungszuständigkeit des Bundes oder der Länder. Die Umsetzung der von der Kommission zu erarbeitenden Ergebnisse erfordert daher in besonderer Weise die Abstimmung mit und das Zusammenwirken von allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Instanzen und Bereichen.

Auf dem Hintergrund der komplexen Aufgabenstellung und der Perspektive, daß die Umsetzung von Arbeitsergebnissen nur in einem mit den Sozialleistungsträgern wie auch den Trägern von Angeboten gemeinsam gestalteten Prozeß möglich ist, kommt der frühzeitigen Information über erste Ergebnisse und dem gemeinsamen Gespräch eine Schlüsselstellung zu.

Die unerwartet hohe Zahl von über 450 Teilnehmern und Teilnehmerinnen an der Tagung ist nicht nur Ausdruck des Interesses, sondern auch Ausdruck der Bedeutung, die der Arbeit und den ersten Ergebnissen der Kommission für die Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen beigemessen wird. Belegt wird dies nicht zuletzt dadurch, daß bei der Tagung neben zahlreichen Experten und Expertinnen aus den

verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung vor allem auch Fachkräfte sowie Schlüsselpersonen aus dem Bereich der Leistungsträger, aus den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, der Politik und der Administration vertreten waren.

Bei der Tagung ging es zunächst um eine Standortbestimmung und dann um die Darstellung von Lösungsansätzen der Kommission. Am ersten Tag kamen Betroffene, Einrichtungsträger, Leistungsträger, Vertreter aus Politik und Verwaltung zu Wort. Sie legten die Probleme der gegenwärtigen Situation dar und formulierten die notwendigen Anforderungen an eine Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen. Am zweiten Tag wurden die von der Kommission entwickelten Konzepte und Lösungsvorschläge vorgestellt.

Ein wesentliches und ermutigendes Ergebnis der Tagung ist die breite Zustimmung, die das von der Kommission vorgestellte Rahmenkonzept erhielt. Damit sind gute Bedingungen gegeben, daß die Kommission in der Projektzeit bis Herbst 1996 mit den verschiedenen Beteiligten gemeinsam Lösungen für die aufgezeigten Probleme erarbeitet. Ich hoffe, daß die Publikation der Tagungsergebnisse diesen Prozeß nachhaltig fördert.

Volker Kauder

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie im Namen der APK und unseres Vorsitzenden, Herrn Bernhard Jagoda, der leider heute nicht dabeisein kann, sehr herzlich hier im Wissenschaftszentrum in Bonn.
Wir sind stolz und auch etwas überrascht darüber, daß sich soviele, die in diesem Bereich arbeiten, heute in Bonn eingefunden haben. Es zeigt, wie wichtig es ist, die Fragen einer wohnortnahen, gemeindenahen, auf den Menschen zentrierten Hilfe zu diskutieren und vor allem miteinander zu fragen: "Was ist nötig?" und schließlich auch die Frage zu stellen: "Wie kann es finanziert werden?"

Die Lebensbedingungen und die Lebensqualität der psychisch kranken Menschen weiter zu verbessern ist unser gemeinsames Ziel. Dies kann nur dadurch erreicht werden, daß Therapie und Hilfe im unmittelbaren Lebensumfeld erfolgen. Wenn wir uns anschauen, wie die Arbeit vorangegangen ist - darüber haben wir auch schon mit anderen gesprochen - hätten wir ja zunächst einmal das ganze Umfeld der gemeindenahen, ambulanten Psychiatrie ordnen müssen. Es ist anders gekommen: wir haben uns zunächst einmal um den Personalbedarf an Kliniken und um die stationäre Psychiatrie gekümmert. Das Wichtigere aber ist, daß wir den Menschen ermöglichen, so lange wie möglich und so häufig wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben.

Sie werden vielleicht fragen: "Was macht ein Bundestagsabgeordneter hier - er begrüßt uns - welche Erfahrungen hat er eigentlich?". Ich leite seit 10 Jahren einen Förderkreis für psychisch Kranke in einem kleinen Landkreis, weil ich durch ein ganz konkretes Erlebnis in meinem Beruf festgestellt habe, wie urplötzlich jemand in solche Nöte kommen kann. Es war ein Mensch, der vorher ein ganz normales Leben geführt und überhaupt nicht daran gedacht hat, daß er einmal psychisch krank werden könnte. Er war der Meinung, "psychisch krank" sei etwas, was nur eine ganz kleine Gruppe trifft, die man halt irgendwo unterbringt, und wir kümmern uns nicht groß drum. Durch dieses Erlebnis habe ich auch die Schwierigkeiten und Probleme gesehen, die wir haben, die verschiedenen, notwendigen Hilfen zu koordinieren, die vorhandenen Einrichtungen weiterzuentwickeln, bestehende Lücken zu schließen und die Angebote zusammenzuführen. Wir haben hier gerade im Bereich der Hilfe für psychisch kranke Menschen ein großes und vielfach auch nicht geordnetes Arbeitsgebiet, was es auch vielen so schwer macht, überhaupt noch durchzusteigen, was hier passiert. Dazu soll auch die heutige Tagung einen Beitrag leisten.

Ich komme aus Baden-Württemberg, wo wir einen ersten wichtigen Schritt mit der Einrichtung von sozialpsychiatrischen Diensten gemacht haben. Aber wir sehen, daß auch dies alles nur Ansätze sind; und so geht es darum, daß wir all diejenigen, die wir für unsere Arbeit brauchen, zusammenführen, bündeln, um hierdurch noch mehr Verständnis, beispielsweise bei den Krankenkassen, aber auch bei den Rentenversicherungen dafür zu wecken, daß die Arbeit, die wir in sozialpsychiatrischen Diensten machen, nicht irgendwelche Humanitätsduselei, sondern vielmehr eine wichtige therapeutische Funktion ist, die auch entsprechend finanziert werden muß.

Bei der heutigen Tagung soll ein Beitrag geleistet werden, Abgrenzungen vorzunehmen, welche Funktion die einzelne Arbeit hat und wie sie dann auch finanziert werden kann.

Ich habe immer wieder in meiner Arbeit vor Ort betont, wenn es uns nicht gibt, wenn es die sozialpsychiatrischen Dienste nicht gibt, wenn es nicht Menschen gibt, die bereit sind, im ambulanten Bereich zu helfen, dann wird dies Kosten haben, die dann von den Krankenkassen getragen werden. Wir haben eine entlastende Funktion, und deshalb meine ich, daß sie auch finanziert werden muß.

Die gemeindenahe Psychiatrie ist diejenige Therapie und Hilfe, die den meisten psychisch Kranken am gerechtesten wird. Und deshalb bin ich froh und dankbar, daß die Bundesregierung hier ein Forschungsprogramm finanziert. Für uns, die wir in der Politik tätig sind, bleibt dann die Verpflichtung, dafür zu sorgen, daß die Forschungsergebnisse, die wir heute und morgen miteinander diskutieren, auch umgesetzt werden können. Forschung ist notwendig, aber sie muß dann in praktische Hilfe umgesetzt werden.

Ich sage Ihnen allen, die Sie heute hier sind und die Ergebnisse auch nach draußen tragen, einen herzlichen Dank für Ihren Dienst in einer gemeinsamen Sache. Für den Dienst an Menschen, die unsere Hilfe brauchen. Ich wünsche dieser Veranstaltung einen fruchtbaren Erfolg.

Grusswort

Regina Schmidt-Zadel

Sehr geehrte Damen und Herren,

die heutige Tagung der APK steht unter dem Titel "Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation".

Ohne Ergebnisse der Tagung vorwegzunehmen, möchte ich feststellen, daß die Weiterentwicklung der Psychiatrie-Reform und die unbestritten notwendige Stärkung des komplementären Bereichs mit einer angemessenen Personalausstattung steht und fällt.

Insofern findet die Diskussion um die Personalbemessung in der Psychiatrie - wie in vielen anderen Bereichen - statt im Spannungsfeld zwischen bedarfsorientierten Notwendigkeiten und finanziellen Sparzwängen. Dieses Abwägen ist in der Vergangenheit leider nicht immer zugunsten der betroffenen Menschen ausgegangen. Chronische psychiatrische Erkrankungen führen bisher allzu häufig in die Abhängigkeit von Sozialhilfe. Hier ist einer der Hauptgründe dafür zu suchen, daß die Reform der Psychiatrie auch fast 20 Jahre nach den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete immer noch nicht vollständig umgesetzt ist. Ich appelliere an die gesetzgeberische Zuständigkeit des Bundes für die Einbeziehung der vorrangigen Leistungsträger, damit die Gleichstellung psychisch kranker mit körperlich kranken Personen endlich erreicht wird.

Angesichts der Sparmaßnahmen, die zur Zeit bei den öffentlichen Haushalten und den Sozialversicherungen getroffen werden, gilt es nun aufzupassen, daß sich die Reform in der Psychiatrie nicht noch weiter verlangsamt. Vor allem den Angeboten, deren Finanzierung zu großen Teilen von kommunalen Haushalten abhängt, muß besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Ich setze in diesem Zusammenhang einige Hoffnung in die Bereitschaft der Kommunen und der überörtlichen Sozialhilfeträger, die durch die Einführung der Pflegeversicherung ab 1996 eingesparten Gelder auch für Maßnahmen im Bereich der Psychiatrie einzusetzen.

Ich wünsche der Tagung einen guten und harmonischen Verlauf und grüße Sie alle recht herzlich.

Die Ziele der Kommission aus der Sicht des Bundes

Christiane Redel

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat auf ihren jährlichen Tagungen immer wichtige Themen aufgegriffen. Das Thema der diesjährigen Tagung erscheint mir ein besonders wichtiges zu sein.

Auch wenn heute primär über ein Forschungsprojekt berichtet werden soll, das sich der Personalbemessung im komplementären Bereich widmet, führt es uns zu dem Punkt, an dem die aktuelle Frage steht:
Wo steht die Psychiatriereform heute, und wo liegen Zuständigkeit und Verantwortung für die Weiterentwicklung des Reformprozesses?

Schwerpunkt der Psychiatriereform war und ist die ambulante Versorgung aller, d.h. auch chronisch psychisch Kranker. Gerade die Versorgung dieser Gruppe ist der Gradmesser, wenn die Frage nach dem Stand der Reform gestellt wird.

Wir alle wissen, daß die psychiatrische Versorgung, insbesondere was die Bereitstellung von Hilfen zum betreuten Wohnen, zur Tagesstrukturierung und zur beruflichen Wiedereingliederung betrifft, noch weit davon entfernt ist, flächendeckend gleich gut zu sein.

Über die grundlegenden Defizite besteht ein allgemeiner Konsens. Das Ihnen bekannte Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat bereits 1988 zusammenfassend folgende Mängel benannt:

- unterschiedliche Finanzierung psychiatrischer Versorgungsaufgaben im Rahmen variierender Mischfinanzierung in einzelnen Bundesländern;
- Vielfalt und Inhomogenität der Versorgungslandschaft in und zwischen den Bundesländern;
- keine Realisierung flächendeckender Ansätze zu Verbesserung der Versorgung.

Diese Kritikpunkte sind unverändert aktuell. Die entscheidende Frage ist: "Sind es konzeptionelle, strukturelle oder sozialrechtliche Hindernisse, die die gewünschten Verbesserungen blockieren?" bzw.: "Wer ist für was verantwortlich? Wo muß der Hebel angesetzt werden?"

Seit Jahren, spätestens seit dem Vorliegen der Stellungnahme der Bundesregierung zu den Expertenempfehlungen, steht der mehr oder weniger qualifiziert und selten differenziert vorgebrachte Vorwurf im Raum, die Psychiatriereform gehe nicht weiter und die Bundesregierung sei schuld daran. Diese Einstellung ist mir verständlich als Reaktion auf zu hohe und unrealistische Erwartungen an die Bundesregierung in dem Sinn: Das, was die Experten empfohlen haben, ist so optimal, daß die Bundesregierung nun alles so regeln muß. Diesbezügliche Erwartungen kann die Bundesregierung aufgrund verfassungsrechtlich geregelter Zuständigkeiten nicht erfüllen. Die Experten haben in ihren Empfehlungen eine richtungsweisende idealtypische Gesamtkonzeption psychiatrischer Versorgung gezeichnet. Die Realität hat mehr Facetten, und vor der Zuweisung von Verantwortlichkeiten bedarf es einer differenzierteren Fragestellung nach den Zuständigkeiten.

Die Bundesregierung hat sowohl in ihrer Stellungnahme zu den Expertenempfehlungen als auch in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der SPD keinen Zweifel daran gelassen, daß über das Konzept der gemeindepsychiatrischen Versorgung allgemeiner Konsens besteht. Sie hat ebenso die bestehenden strukturellen Mängel der Versorgung immer benannt, aber gleichzeitig auch immer betont, daß die strukturelle Umsetzung der Konzepte zu einer flächendeckend gleich guten Versorgung in der Verantwortung der Länder und der Kommunen liegt. Die Bundesregierung hat nicht die Möglichkeit, über ein Gesetz auf eine bundeseinheitliche psychiatrische Versorgung hinzuwirken. Sie hat über eine großzügige Modellförderung die Erarbeitung der Konzepte einer bedarfsgerechten Versorgung ermöglicht und die rechtlichen Rahmenbedingungen, die grundsätzlich eine ausreichende Grundlage für deren Umsetzung bieten, geschaffen, wie vielerorts beispielhaft gezeigt werden konnte. Es ist Aufgabe der Länder, durch Psychiatriepläne für die strukturelle Umsetzung zu sorgen, und Aufgabe der Kommunen, hierfür die politische Verantwortung zu übernehmen und zu handeln, indem sie die regionale psychiatrische Versorgung zum integrierten Bestandteil der kommunalen Sozial- und Gesundheitsplanung machen.

Einige Länder haben bereits ihre Zuständigkeit nach §§ 99 und 100 Bundessozialhilfegesetz genutzt und die traditionelle, starre und für den Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen nachteilige Trennung der Finanzierungszuständigkeit zwischen dem örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgers besser geregelt. Wir wissen, daß die psychiatrische Versorgung, gemessen am gemeindepsychiatrischen Konzept der Experten, an vielen Stellen unzulänglich und schlecht ist. Wir wissen aber auch, daß sie an anderen Stellen sehr gut ist.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß positive Entwicklungen in der Regel leider oft nur dort stattgefunden haben, wo persönliches Engagement der Motor war. Es gibt keine administrative Kraft, die die Entwicklung gemeindeintegrierter Versorgungsstrukturen unmittelbar durchsetzen kann, und zu oft bleibt man angewiesen auf Förderungsmaßnahmen, Überredungskunst, mühsam abgerungene Vertragsabschlüsse und regionale Einzellösungen.

Schwierigkeiten in der realen Versorgungssituation können aber nicht zu der Behauptung führen, daß die Hindernisse für die strukturellen Defizite ausschließlich oder vorrangig auf Mängel der rechtlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen seien, für die der Bund Verantwortung trägt. Die vielerorts noch unzureichende Versorgungssituation ist vorrangig ein Versäumnis in der strukturellen Umsetzung der allgemein anerkannten Konzepte. Dies betrifft sowohl den ambulant-komplementären Bereich wie die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusen und von psychiatrischen Institutsambulanzen (IA) an Abteilungen mit Pflichtversorgung. Für eine ausreichende Zahl von Abteilungen haben die Länder in ihren Krankenhausplänen zu sorgen. Bei den IA scheint sich eine neue positive Entwicklung abzuzeichnen, wie das Ergebnis einer Fragebogenerhebung im Frühjahr 1993 gezeigt hat. Von 88 angeschriebenen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern haben 66 geantwortet. Von diesen 66 haben 32 angegeben, daß sie über eine IA verfügen, und zusätzliche 22, daß sie über Ermächtigungsverträge ambulant behandeln können. Leider hat die Umfrage keine Antwort auf die politisch wichtige Frage gegeben, wieviele Anträge auf IA vom Zulassungsausschuß abgelehnt wurden.

Zurück zur eingangs gestellten Frage nach den Hindernissen für den Aufbau flächendeckend gleich guter Versorgungsstrukturen: Die Konzepte liegen vor und sind im Grundsatz allgemein anerkannt.

Die strukturelle flächendeckende Umsetzung liegt in der Verantwortung von Ländern und Kommunen. Länder und Kommunen berufen sich auf angeblich noch nicht ausreichend geklärte Fragen der Finanzierung.

Wie sieht die sozialrechtliche Situation aus?

Die rechtlichen Rahmenbedingung reichen im Grundsatz aus, um eine bedarfsgerechte Versorgung unter Einbeziehung ambulanter und komplementärer Hilfen möglich zu machen, wenn sie denn konsequent mit Verständnis und mit Verantwortung ausgefüllt werden. Hier gibt es Schwierigkeiten, die sich insbesondere im ambulant/komplementären Bereich negativ auswirken.

Aufgrund ihrer Besonderheiten erfordern psychische Erkrankungen, anders als körperliche Erkrankungen, immer komplexe Hilfen, bei denen somatische, psychische und soziale Aspekte zum therapeutischen Ansatz gehören und somit integrierter Bestandteil einer ärztlich verordneten medizinischen Komplexleistung sind. Dies ist keine neue Erkenntnis. Fachlich gebotene Komplexleistungsprogramme in diesem Sinne finden im stationären Bereich seit langem Anwendung. Dies nicht deshalb, weil im stationären Bereich mehr Sachverstand vorhanden wäre, sondern weil diese Komplexleistungen stationär sozusagen unter einem Dach und in der Regel aus einer Hand finanziert durchgeführt werden können. Demgegenüber ist dies im ambulanten Bereich ungleich schwieriger.

Das hat zum einen strukturelle Gründe - mehrere Träger und Einrichtungen können im Rahmen eines Behandlungs- oder Rehabilitationsplanes abgestufte und aufeinander abgestimmte Hilfen bieten, was Bereitschaft zu Koordination, zu verbindlichen Kooperationsbezügen und Transparenz erfordert - und auch Finanzierungsgründe, da unser gegliedertes System der sozialen Sicherung die Finanzierungszuständigkeit für die gebotenen Hilfen verschiedenen Leistungsträgern zuweist.

Eine Komplexleistung ist im ambulanten Bereich am ehesten auf sozialhilferechtlicher Grundlage möglich. Die wirtschaftlichen Konsequenzen für den Leistungsempfänger und unterhaltspflichtigen Familienangehörigen durch den Einsatz von Vermögen und Einkommen sind bekannt. Zudem sollen die Leistungen der Sozialhilfe nachrangig sein.

Die Bundesregierung hat wiederholt an die der Sozialhilfe vorrangigen Leistungsträger appelliert, den bestehenden rechtlichen Rahmen mehr zu nutzen als dies bisher noch geschieht. Hierbei erweist sich die Trennung von sozialer und medizinischer Behandlung und Rehabilitation im Sozialversicherungsrecht in seiner traditionellen Ausrichtung auf somatische Erkrankungen für psychiatrische Erkrankungen als nachteilig. Für psychisch Kranke sind bedarfsgerechte ambulante Hilfen aber von entscheidender Bedeutung. Untersuchungen haben gezeigt, daß sie nicht nur die subjektiv erlebte Lebensqualität erhöhen, sondern auch die Rückfallquote reduzieren und damit längerfristig den stationären Bereich auch strukturell entlasten und sich so als ökonomisch erweisen können.

Die Zielvorgabe der Psychiatriereform, die sich am ambulanten gemeindepsychiatrischen Konzept orientiert, deckt sich mit dem erklärten politischen Ziel, den Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen zu stärken und die Verzahnung des stationären und ambulanten Bereichs zu fördern. Im Krankenversicherungsrecht werden psychisch Kranke mit somatisch Kranken in der ambulanten Versorgung gleichgestellt; beiden werden grundsätzlich gleiche Leistungen gewährt.

Der Bundesgesetzgeber hat in § 27 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) klar seine Intention zum Ausdruck gebracht, daß den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker bei der Krankenbehandlung Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation und bei der Verordnung von Heilmitteln.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat Zweifel daran aufkommen lassen, ob die Regelung des Bundesgesetzgebers in § 27 SGB V ausreicht, um die notwendige Klarheit zu schaffen, die psychisch Kranke für die Durchsetzung ihrer ambulanten Leistungsansprüche und Krankenkassen ihrerseits für die Festlegung ihrer Leistungsnorm benötigen. Aufgabe des Gesetzgebers ist es, die sozialrechtlichen Bedingungen zu überprüfen, wenn sich herausstellt, daß sie in der vorliegenden Form nicht zu dem gewollten Ziel führen, was hier heißt, die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken zu realisieren.

Die Sozialgesetzgebung ist kein statischer, sondern ein dynamischer Prozeß, der Entwicklungen offensteht bzw. sich verändernden Entwicklungen anpassen muß. In diesem Sinne hat die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zu den Expertenempfehlungen betont, daß sich erst dann, wenn sich die Verantwortlichen auf sinnvolle Lösungen geeinigt haben, zeigen wird, welche Lücken im Bereich der Gesetzgebung noch zu schließen sind. Sie hat in ihrer Stellungnahme auch nicht verkannt, daß die Verankerung des Leistungsspektrums der sog. "Psychosozialen Hilfen" innerhalb des gegliederten Systems der sozialen Sicherung noch nicht gelungen ist, und an die Leistungsträger appelliert, in einen Abstimmungsprozeß über ihre Verantwortung bzw. über ihre Finanzierungszuständigkeit zu treten.

Für die gesetzlichen Krankenkassen besteht in diesem Prozeß die große Schwierigkeit, ihren Handlungsspielraum für Leistungen festzulegen, für die es bisher noch keine traditionellen Muster gibt, weil das Sozialversicherungsrecht zu lange einseitig auf die Belange somatisch Kranker ausgerichtet war.

Eine zusätzliche, aber entscheidende Schwierigkeit liegt darin, daß in Diskussionen um den Abstimmungsprozeß mit dem Begriff "Psychosoziale Hilfen" operiert wird, ohne daß hierüber definitorische Klarheit zwischen den Beteiligten besteht. Unter dem Begriff "Psychosoziale Hilfen" werden sowohl medizinische Anteile verstanden, die in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallen, als auch psychosoziale Betreuungsleistungen zur sozialen Eingliederung, die über die gesetzlich festgelegte Zuständigkeit der Krankenkassen für medizinische Leistungen hinausgehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft deshalb, ob es aufgrund der Besonderheit psychiatrischer Erkrankungen der Präzisierung der notwendigen medizinischen Leistungen i.S. eines eigenständigen medizinischen Therapiebegriffs für psychisch Kranke bedarf und entsprechend die dafür zugelassenen Leistungserbringer neu festgelegt werden müssen.

Unabdingbar hierfür sind aber im Vorgriff eine Konkretisierung des Hilfebedarfs zur Behandlung und Rehabilitation und eine präzise Definition der medizinischen Anteile der Komplexleistungsprogramme, die neben medizinischen Anteilen in der Regel auch betreuende Maßnahmen zur sozialen Eingliederung umfassen, die nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherung fallen. Es hat sich gezeigt, daß die Fragen differenziert und präzise beantwortet werden müssen.

Lassen Sie es mich unmißverständlich sagen: Es ist illusorisch, mit der Vorstellung in die Diskussion einzutreten, daß alles, was z.B. in tagesstrukturierenden Einrichtungen, in betreuten Wohnformen an psychosozialen Hilfen geboten wird, Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sei. Diese Vorstellung führt die Diskussion nicht weiter. Eine nicht geringe Zahl von psychisch Kranken wird auf Dauer auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sein.

Es kann nicht darum gehen, der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen aufzubürden, die die hierfür eigentlich zuständigen Stellen aus finanziellen Gründen nicht erbringen wollen. Unter diesem Aspekt kann nicht davon ausgegangen werden, daß eine gesetzliche Ausweitung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Aussicht auf Erfolg angestrebt werden könnte.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Bestimmungen des geltenden Rechts im Lichte der Erkenntniss der Psychiatriereform mit einem Inhalt gefüllt werden können, der den medizinischen Bedürfnisse psychisch Kranker eher gerecht wird als die bisherige Praxis.

Bisher hat die Psychiatriereform die Kernfrage, was medizinische Anteile und was Anteile der soziale Eingliederung im therapeutischen Komplexleistungskonzept sind, nicht beantwortet.

Diese Kernfrage zu beantworten und damit den nächsten Schritt der Psychiatriereform mit vorzubereite ist Ziel des Forschungsvorhabens. Hier liegt das Verdienst und die psychiatriepolitische Verantwortun der Kommission aus Sicht des Bundes. Mein Wunsch an die Tagung ist, daß auch die Diskussion um di bereits vorliegenden Ergebnisse des Forschungsvorhabens dazu beitragen wird, in diesem wichtige Punkt mehr Klarheit zu schaffen.

Bei der Frage nach der sozialversicherungsrechtlichen Situation müssen auch die großen Gesetze de Pflegeversicherung und die Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts ins Sozialge setzbuch Erwähnung finden. Beide sind für psychisch Kranke von entscheidender Bedeutung. In de Pflegeversicherung ist es mit Hilfe vieler, auch der AKTION PSYCHISCH KRANKE, gelungen, di Rechtssicherheit psychisch Kranker auf ihren Leistungsanspruch, sofern die Voraussetzungen vorliegen eindeutig klarzustellen.

Ich hoffe, daß es bei der Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts auch gelinge wird, die Ansprüche psychisch Kranker auf bedarfsgerechte Hilfen nicht nur übersichtlicher, sonder auch mit der notwendigen Rechtssicherheit festzulegen und es damit den für die sozialrechtliche un strukturelle Umsetzung Verantwortlichen leichter zu machen, ihrer Verantwortung nachzukommen.

Fortschritte und Grenzen bei der Umsetzung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (1975) und der Expertenkommission (1988)

Niels Pörksen

Wer sich - wie ich - seit den Tagen der Psychiatrie-Enquete mit Fragen psychiatrischer Versorgung und Psychiatrie-Politik befaßt, der freut sich auf diese Arbeitstagung und auf die Gelegenheit, auf die Fortschritte und Grenzen der vergangenen 25 Jahre Psychiatrie-Reform einzugehen.

Ich werde versuchen, einiges von den Errungenschaften und Schwachstellen deutlich zu machen.

Manch einer von Ihnen wird sich an den Zwischenbericht der Enquete-Kommission erinnern, der von brutaler Realität und menschenunwürdigen Verhältnissen in den psychiatrischen Krankenhäusern sprach. Chronisch psychisch Kranke lebten unter den unwürdigsten Bedingungen: in großen Sälen, ohne auch nur den kleinsten persönlichen Bereich wie etwa Nachtschrank oder Schließfach für die kleinen Habseligkeiten.

Dieser Bericht und folgende Zeitungs-, Rundfunk- und Fernsehberichte über unhaltbare Zustände in psychiatrischen Krankenhäusern riefen die unmittelbar für diese Verhältnisse verantwortlichen Landespolitiker auf den Plan.

So entstanden - zum Teil parallel zur Enquete - kurzfristig Landespsychiatrie-Pläne, aus denen zwei zentrale Tendenzen erkennbar wurden.

1. Landespsychiatrie-Pläne verkümmerten nicht selten zu Landeskrankenhaus-Bauprogrammen. Im Gefolge verbesserte sich die bauliche Situation der Krankenhäuser rapide und mit hohem Kostenaufwand.

2. Um das zu ermöglichen, wurden die überfüllten Krankenhäuser geleert und von vielen ihrer chronisch psychisch Kranken "befreit", d.h. in sogenannte Heime verlegt.

Das Geschäft mit den chronisch Kranken entstand anfangs in leer gewordenen Tuberkulose-Sanatorien, Heilstätten und später in neu erbauten Heimen, zumeist auf der Basis privatwirtschaftlicher Initiativen.

Wieviele Patienten es wirklich waren, die damals diesen Verschiebeaktionen zum Opfer fielen, ist unbekannt. Alle Bundesländer haben sich daran beteiligt. KUNZE hat darüber eindrucksvolle Analysen erstellt. Manche Skandale sind bundesweit bekannt geworden, vieles blieb im dunkeln.

So war der erste Teil der psychiatrischen Krankenhausreform, der sich allerdings nur ansatzweise auf die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete stützte, in seinem Ergebnis außerordentlich zweifelhaft. Die Reform der Folgen, d.h. die Reform der Heim-Psychiatrie, hat erst begonnen.

Der Zusammensetzung der Enquete-Kommission und den sie begleitenden Arbeitsgruppen entsprechend waren alle Ansätze der Psychiatriereform krankenhauszentriert.

Arbeitsgruppen hießen u.a. "intramural" und "extramural". Bei allen Modellzeichnungen der Anfangszeit stand jeweils das Krankenhaus in der Mitte, und von ihm aus wurde das Versorgungsgebiet gedacht, geplant und entwickelt.

Dies führte zu der bemerkenswerten Schaffung sogenannter Standard-Versorgungsgebiete (Einzugsbereiche von 250 000 Einwohnern für das zuständige psychiatrische Krankenhaus) - unabhängig von kommunalen Verwaltungsstrukturen.

Auch wenn wir heute darüber schmunzeln, die zentrale Rolle der Krankenhäuser ist geblieben.
Die Psychiatriereform, die sich im Wesen auf gemeindepsychiatrische Strukturen konzentriert, geht immer noch überwiegend vom psychiatrischen Krankenhaus aus.
Dies hängt im wesentlichen damit zusammen, daß nur im psychiatrischen Krankenhaus Zuständigkeiten, Pflichtaufgaben und Gesamtverantwortung gegeben sind - und nicht außerhalb!

Grundsätze, Leitlinien und Prinzipien der Psychiatrie-Enquete wurden festgeschrieben, wie
- gemeindenahe Versorgung
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste und
- Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken.

Viele von uns - allen voran WALTER PICARD, Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke - sind nicht müde geworden, diese Grundsätze und Leitlinien gebetsmühlenartig unter das Volk zu bringen und ihre Umsetzung zu fördern.
Unser allgemeines Verständnis damals war - im Gegensatz zum psychiatrischen Krankenhaus und bezogen auf die gemeindepsychiatrischen Aktivitäten - im wesentlichen "angebotsorientiert".

Entsprechend heißt es dann auch in der bekannten tabellarischen Übersicht Angebote in einem Standardversorgungsgebiet, und hier gibt es das sogenannte Vorfeld psychiatrischer, therapeutischer und rehabilitativer Dienste:

- die ambulanten Dienste selbst,
- die ambulanten Dienste am Krankenhaus,
- halbstationäre und stationäre Dienste,
- komplementäre Dienste,
- spezielle rehabilitative Dienste und
- Dienste für Behinderte.

"Alles, was das psychiatrische Herz begehrte", war wie ein bunter Blumenstrauß "im Angebot".
So stellte man sich die psychiatrische Landschaft vor - und so gestaltete sie ein Grafiker als "psychiatrische Bilder einer Stadt" - heute noch von der Aktion Psychisch Kranke als Buchumschlag genutzt und Ihnen allen bestens bekannt.

Mit der Forderung nach Planung und Koordination, nach psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, psychosozialen Ausschüssen und Trägerkooperationen meinte man, das breite Spektrum der Angebotspalette entsprechend gestalten zu können.

Es ist der Aktion Psychisch Kranke, Herrn Bialonski und Herrn Ernst vom Ministerium sowie vielen anderen zu verdanken, daß die Psychiatrie-Enquete nicht einfach in den Schubladen verschwand, sondern daß zunächst in kleinerem Rahmen versucht wurde, einige Blumen aus diesem Strauß notwendiger Angebote modellhaft wachsen zu lassen.

1976 entstand der sogenannte Kleine Modellverbund mit geförderten sozialpsychiatrischen Diensten, Kontaktstellen, Wohngruppen, Beratungsdiensten und anderen.

Der Kleine Modellverbund ist inzwischen erwachsen geworden und hat seine Existenzberechtigung vielfach und wiederholt unter Beweis gestellt. Ich bin froh, daß es ihn noch gibt.

Ich selbst bin dankbar, einmal als Projektleiter einen sozialpsychiatrischen Dienst, ein anderes Mal eine gerontopsychiatrische Tagesstätte mitaufgebaut haben zu können.

Innerhalb weniger Jahre wurde alle Beteiligten klar, daß mit der Entwicklung einzelner Angebote an einzelnen Orten die Psychiatriereform insgesamt nicht vorangebracht werden konnte - auch nicht durch die Landespsychiatrie-Pläne, die im Gefolge der Psychiatrie-Enquete entstanden, oder durch die Gesetze zu Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, die in den meisten Bundesländern in dieser Zeit von den Landesparlamenten verabschiedet wurden.

Von daher war es nur konsequent, daß die Grundsätze und Leitlinien, so wie die gemeindenahe, bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten in einer Versorgungsregion, nicht ohne ein Gesamtkonzept möglich schienen.

Den meisten von uns, die sich im Alltagsgeschäft abmühen, schien das insbesondere vom damaligen Bundesfinanzminister Matthöfer geforderte Modellprogramm eher geneigt, ein Gesamtversorgungskonzept in sogenannten Modellregionen zu erproben.

Jetzt wurde nicht mehr gekleckert, es wurde geklotzt. Modellregionen waren rasch gefunden, die meisten in Nordrhein-Westfalen.
Die CDU-geführten Länder scherten leider aus.

Dennoch müssen das Bundesmodellprogramm der Jahre 1980 bis 1985 und der begleitende Ausschuß der Berater-Kommission sowie später die Experten-Kommission als die entscheidenden impulsgebenden Kräfte zur Weiterentwicklung und Umsetzung der Forderungen der Psychiatrie-Enquete angesehen werden.

Die Modellregionen orientierten sich nicht mehr an Standard-Versorgungsgebieten, sondern an klaren kommunalen Strukturen und Gebietskörperschaften.

Im Zentrum des Interesses standen nicht mehr einzelne neu zu entwickelnde Einrichtungen, sondern die notwendige Entwicklung aller für eine Region erforderlichen Dienste und Einrichtungen und deren verbindliche Kooperation untereinander.

Während man in den Zeiten nach der Enquete die sogenannte "therapeutische Kette" erfand - vom Vorfeld bis zur Rehabilitation -, so war das Zauberwort zu Zeiten des Modellprogramms "Vernetzung".

Mit der Phase des Modellprogramms, mit der Beteiligung all derjenigen, die in den Regionen gearbeitet haben, ist es trotz aller Kritik gelungen, zwei zentrale Akzente zu setzen, die von bleibender Bedeutung sind.

1. In nahezu allen Modellregionen galt das besondere Interesse den chronisch psychisch Kranken.
Damit unterscheidet sich unser Modellprogramm von dem der Vereinigten Staaten in den 60er Jahren, in denen die Community Mental Health Centers (psychiatrische Gemeindezentren) sich zwar auch auf ein umfassendes Versorgungskonzept einigten, die chronisch Kranken aber vernachlässigten.
Bei uns hat es allerdings eine Weile gedauert, bis wir gerontopsychiatrische Patienten und vor allem Abhängigkeitskranke - insbesondere chronisch Alkoholabhängige - mit berücksichtigen lernten.
Abhängigkeitskranke wurden nur in einer der Modellregionen berücksichtigt.

Wer weiß, ob es gelungen wäre, chronisch Kranke und Behinderte in den Katalog der Pflegeversicherung aufzunehmen, wenn es nicht das Modellprogramm mit seiner besonderen Ausrichtung gegeben hätte.

2. In der Auswertung der Erfahrungen des Modellprogramms zeigte sich, daß "therapeutische Ketten" und "Vernetzungen" allein nicht ausreichen. Alle Institutionen tendieren dahin, ihren Auftrag, besonders aber eigene Grenzen zu definieren.
Sie entwickelten sich zu geschlossenen Systemen und wurden kooperationsunfähig.
Von daher ist letzten Endes der Experten-Kommission dafür zu danken, daß sie empfohlen hat, Leistungen und Maßnahmen in der Region institutionsübergreifend zu definieren, und zwar in funktionaler Betrachtungsweise:

- Behandlung, Pflege, Rehabilitation;
- Hilfen im Bereich des Wohnens,
- Hilfen im Bereich "Arbeit" und
- Hilfen zur sozialen Teilhabe und der Verwirklichung materieller Rechte.

Mit der Umsetzung der funktionalen Betrachtungsweise haben wir erst begonnen.
Der Auftrag zur Personalbemessung im komplementären Bereich, mit dem wir es in diesen beiden Tagen zu tun haben, ist eine notwendige Konsequenz daraus.

Wo stehen wir nach 25 Jahren Psychiatrie-Reform?

Im Zentrum der psychiatrischen Versorgung steht nach wie vor das psychiatrische Krankenhaus, ob als verkleinertes Großkrankenhaus oder als Abteilung am Allgemeinkrankenhaus.
Das breite Spektrum der schon während der Enquete empfohlenen Dienste und Einrichtungen ist im wesentlichen aufgebaut.

Die Orientierung an den Grundsätzen und Leitlinien der Psychiatrie-Enquete, an kommunalen Strukturen usw. wird nicht mehr hinterfragt.
Institutsambulanzen und nichtärztliche Leistungen sind abgesichert, auch wenn sie an Abteilungen noch fehlen.

Tagesklinische Behandlung ist etabliert, allerdings noch nicht für die Abhängigkeitskranken, obwohl diese in besonderer Weise vom tagesklinischen Setting profitieren würden, meist mehr als von heimatferner Fachklinik-Behandlung.
Auch die Rentenversicherungsträger beteiligen sich z.B. an ambulanter Behandlung, an Übergangseinrichtungen etc..
Die Liste der Fortschritte ließe sich ergänzen, sie sind uns allen bekannt.

3. Was fehlt - und womit wir uns zu beschäftigen haben - sind folgende Punkte:

1) klare Definitionen von Aufgaben,
2) Orientierung der ambulanten Dienste und Einrichtungen an den Gruppen der chronisch Kranken und Schwachen (Suchtberatungsstellen haben z.B. - mit Ausnahme von Drogen-Beratungsstellen - nach wie vor ausschließlich eine Komm-Struktur.),
3) die ungeklärten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in nahezu allen Bereichen ambulanter und komplementärer Versorgung,
4) das Fehlen jeglicher Standards sogenannter ambulanter Pflichtversorgung (dies, obwohl in vielen Landespsychiatriegesetzen vor- und nachsorgende Hilfen den Gesundheitsämtern als Daseinsvorsorge zugeordnet wurden.),
5) das Fehlen komplexer kostenträgerübergreifender und gleichzeitiger Maßnahmen von Behandlung, Pflege und Betreuung in einer Hand,
6) das institutionsunabhängige funktionale Denken in allen Bereichen und
7) klare, verbindliche Finanzierungsregelungen.

Die Aufstellung ließe sich ergänzen.

Dies alles ist nicht vergessen worden.
Bereits zu Beginn der Tätigkeit der Berater-Kommission und des Begleitausschusses des Modellprogramms haben wir uns energisch dafür eingesetzt, einen sogenannten Kosten- und Finanzierungsausschuß zu fordern mit dem Ziel, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in verbindliche Finanzierungsregelungen zu überführen.
Diesen Ausschuß hat es unter der Führung von BMA und BMJFG gegeben. Alle Kosten- und Leistungsträger sowie einige Experten haben sich über Jahre an der Arbeit dieses Ausschusses beteiligt.

Herr Kulenkampff wird mir recht geben, daß die Bereitschaft der beteiligten Kosten- und Leistungsträger, über die Zuständigkeiten eigener Gliederung (oder Z e r gliederung) hinauszudenken, außerordentlich gering war; sie ging gegen Null.
Es wurde über lange Zeit in der Arbeit dieses Ausschusses schlichtweg geleugnet, daß - wie im stationären Bereich selbstverständlich - auch in der ambulanten Versorgung Komplex-Leistungen von Behandlung, Beratung, Pflege und Rehabilitation zum gleichen Zeitpunkt und beim gleichen Patienten notwendig sein können.

Selbst Besuche vor Ort - in Weinsberg oder Osnabrück - oder ausgesuchte Fallbeispiele wurden in ihrer Aussagekraft relativiert, bagatellisiert oder einfach geleugnet.

Mit dem Satz, "Der überwiegende Kostenträger ist im gegliederten System der alleinige Kostenträger", sei letzten Endes alles geregelt. Dieser Satz würde sämtliche Schwächen unseres gegliederten Systems mit einem Federstrich beenden.

Wir alle machen täglich die Erfahrung, daß sich kaum ein Kostenträger an diesen angeblich verbindlichen Leitsatz hält.

Im Kosten- und Finanzierungsausschuß wurde schließlich von den Mitgliedern der Berater-Kommission ein Vorschlag gemacht mit der Zielsetzung, die Hemmnisse in der Zuständigkeit zu überwinden.
Dieser Vorschlag lautete: außerhalb der Krankenhäuser gilt in der ambulanten und komplementären Versorgung (mit Ausnahme der Hotelkosten) der schlichte Grundsatz:

1/3 zahlt die Kommune,
1/3 zahlt das Land bzw. der überörtliche Sozialhilfeträger,
1/3 zahlt die Krankenversicherung.

Und nur dort, wo die Rentenversicherung unmittelbar beteiligt ist, zahlen entweder die anderen Kostenträger je 30% und die Rentenversicherung 10%, oder die Rentenversicherung zahlt über einen Zeitraum von 6 oder 12 Monaten alles; danach gilt dann die vorgenannte Drittel-Regelung.

Die Aufgaben müssen beschrieben werden, ebenso die Standards. Kosten- und Leistungsträger seien in einem Ausschuß unter Federführung der Kommune zuständig für Planung, Steuerung, Koordination und die Umsetzung dieses Vorhabens.
So einfach lassen sich die Defizite unseres gegliederten Systems offenbar nicht überwinden.

Es gab einen zweiten Ansatz, den des sogenannten Regionalbudgets. Mit hohem Kostenaufwand und viel Fleiß wurde das psychiatrisch/psychosoziale Gesamtbudget des Oberbergischen Kreises ermittelt.
Erschreckenderweise wurde klar, in welch hohem Maße Angehörige herangezogen werden.
Aus den IST-Kosten ließ sich nur schwer ein SOLL-Konzept entwickeln.

Ansätze vorhandener Regionalbudgets - aus Frankreich oder Italien - wurden nicht aufgegriffen.
DGSP, DGVT und GWG hatten bereits in einer gemeinsamen, von der Arbeiterwohlfahrt (AWO) mitunterstützten Initiative die psychosozialen Hilfen im regionalen Verbund als Perspektive zur Überwindung der Struktur- und Finanzkrise 1982 vorgeschlagen.

Auch diese Ansätze zur sozialen Sicherung Kranker und Behinderter wurden nicht aufgegriffen.

Und nun ist es dem Bundesgesundheitsminister zu verdanken, daß er nach Festsetzung von Standards in der psychiatrischen Krankenversorgung, wie sie in der Psych-PV zum Ausdruck kommt, eine Kommission eingesetzt hat, um für den ambulant-komplementären Bereich in ähnlicher Weise Komplexleistungen zu definieren und Standards zu entwickeln.

1977 war in den USA eine nationale Kommission damit beauftragt worden, eine Konzeptionsversorgung chronisch Kranker und Behinderter in der Gemeindepsychiatrie festzulegen.

Die Vorschläge sahen ähnlich aus wie die, mit denen wir es heute zu tun haben.
Das 1978 vorgeschlagene System hieß "Community Support System".

Ergebnis war nicht die Forderung neuer Institutionen, sondern differenziertere Formen der Unterstützung auf der Ebene der Kommune (Community Support).

Es wurden die Hilfen definiert - für Betreuung, Wohnen, Arbeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Behandlung, Pflege, Unterstützung, Begleitung usw..
Das Community Suppport Programme wurde leider aufgrund der politischen Entwicklungen in den Vereinigten Staaten nicht umgesetzt.

In ähnlicher Weise werden wir uns während dieser Tagung mit dem vielfältigen Spektrum komplexer individueller Hilfen für die unterschiedlichen Personengruppen beschäftigen.
Dazu will ich jetzt nichts weiter beitragen.

Was mich allerdings in diesem Zusammenhang beschäftigt, sind die Fragen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Dazu einige wenige Beispiele aus unserem psychiatrischen Alltag:
Wir sorgen in den psychiatrischen Kliniken für angemessene Behandlungsstandards für psychisch Kranke und für Abhängigkeitskranke; aber uns fehlt das verbindliche Gegenüber!

Wir können z.B. psychisch Alterskranke nicht auf die Straße entlassen, wenn sie keine Wohnung haben. Bei etwa 80 Alterskranken, die wir Jahr für Jahr aus unserer Gerontopsychiatrie in Pflegeheime verlegen, sind nur wir es, d.h. unsere eigenen Mitarbeiter, die innerhalb und außerhalb Bielefelds entsprechende Heimplätze ausfindig machen müssen, die durch persönliche Kontaktpflege zu Heimleitungen auch einmal einen Patienten auf der Warteliste nach vorn rutschen lassen.Trotz aufwendigen Altenplans und hauptamtlicher Altenkoordination usw. ist dafür niemand zuständig.

Wir haben im vergangenen Jahr 1500 Personen in unserer Suchtabteilung stationär behandelt und obendrein als freiwillige Leistung der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel Langzeiteinrichtungen umdefiniert, um chronisch Abhängigkeitskranke nicht auf die Straße oder aufs flache Land verschieben zu müssen: 80 Plätze in den vergangenen 10 Jahren.

Es gibt keine verbindlichen Ansprechpartner außerhalb der Klinik, zumindest nicht bei den Alkoholabhängigen. Für Alkoholabhängige sind allenfalls die Nichtseßhaftenhilfe und in beschränktem Umfang der Sozialpsychiatrische Dienst, nicht aber die Suchtberatungsstellen zuständig.

Seit 20 Jahren bemühen wir uns alle darum, im Betreuten Wohnen voran zu kommen.
Über Jahre sind wir wie der Hase im Märchen vom Hasen und dem Igel von örtlicher zu überörtlicher Sozialhilfe geschickt worden, um uns jeweils sagen zu lassen, die Zuständigkeit liege beim jeweils anderen.

Die Beispiele ließen sich vermehren. Dabei ginge es auch anders: In Bielefeld arbeitet z.B. seit 6 Jahren ein Krisendienst, der gemeinsam von der Stadt, den Beratungsstellen und den v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel wahrgenommen wird. Wir haben einen Trägerverein für das Betreute Wohnen, dem die Stadt Bielefeld, die v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel und der Paritätische Wohlfahrtsverband gemeinsam angehören mit dem Ziel, das Betreute Wohnen für die Stadt Bielefeld verbindlich zu gestalten.

Nun haben sich die kommunalen Spitzenverbände in Nordrhein-Westfalen allerdings darauf geeinigt, daß für das Betreute Wohnen nur 1 Platz für 5 000 Einwohner notwendig sei.
Das wären für Bielefeld 60 Plätze. Es gibt bereits über 100 Plätze und 60-80 Personen jeweils auf der Warteliste. So bleibt uns nichts anderes übrig, als den einfachen Weg zu gehen, indem wir wieder Patienten in großer Zahl ohne Not in Stationäre Langzeiteinrichtungen vermitteln.

Mein Anliegen ist es heute, schon jetzt darauf hinzuweisen, daß das hier entwickelte System institutionsabhängiger, individueller und komplexer Hilfeleistungen letzten Endes nur dann eine Chance auf angemessene Umsetzung erhält, wenn es uns gelingt, den

S i c h e r s t e l l u n g s a u f t r a g

für die ambulante und komplementäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter festzuschreiben.

Wir kennen den ambulanten Sicherstellungsauftrag für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete.

Wir kennen den Sicherstellungsauftrag der psychiatrischen Krankenhausbehandlung.

Darüber hinaus gibt es jedoch keine klaren und eindeutigen Zuordnungen von Kranken und Behinderten.

Uns allen sind die offenen Fragen seit langem bekannt. Schon zu Zeiten der Psychiatrie-Enquete gab es die Überlegung, einen sogenannten regionalen Psychiatrierat einzusetzten, der die Zuständigkeiten regelt. Mit der Angst vor einem sogenannten "Rätesystem" wurde dieser Vorschlag verworfen.

Die von uns eingebrachten Lösungsvorschläge im Kosten- und Finanzierungsausschuß, die anhand des Oberbergischen Kreises in Erwägung gezogene Festsetzung eines Regionalbudgets und vergleichende Initiativen wurden ebenso verworfen wie Ansätze zu Psychiatrie-Gesetzen, die Aufgaben der Vor- und Nachsorge und die der Begleitenden Hilfen als Pflichtaufgaben - und nicht wie bisher immer noch von Kommunen dargestellt - als freiwillige Leistungen festsetzen.

Es darf also bei der Umsetzung der hier gemachten Lösungsansätze nicht bei der Freiwilligkeit bleiben.

Und dies heißt, den § 100 BSHG in seiner bisherigen Form nicht bestehen zu lassen.

Dies heißt, verbindliche Qualitäts-Standards als kommunale Pflichtaufgaben in ambulanter und komplementärer Versorgung für alle Komplexleistungen, d.h. für alle beteiligten Kosten- und Leistungsträger festzusetzen.

Der für Brandenburg zuständige Staatssekretär Affelt oder der Psychiatrie-Referent für die Stadt München, Schulte-Sassen, haben anläßlich der Tagung "Standortbestimmung in der Gemeindepsychiatrie" Anfang März 1994 in Bethel klare Aussagen in diesen Fragen gemacht. Sie gehen davon aus, daß eine Lösung nur dann denkbar ist, wenn sich die unterschiedliche Zuständigkeit örtlicher und überörtlicher Sozialhilfe grundlegend ändert.

Frau Fugmann-Heesing, ehemalige Finanzministerin des Landes Hessen, macht es deutlich:
"Aufgaben und Ausgaben müssen verbindlich zusammengeführt werden."
Dies heißt: Alles in kommunale Zuständigkeit und kommunale Steuerung!

Die Psychiatrie-Reform ist weit vorangekommen. Deshalb habe ich die Hoffnung, daß die Lösungsansätze dieser Kommission, die Schubkraft der Pflegeversicherung und die Bereitschaft der Kosten- und Leistungsträger dazu beitragen, mehr Verläßlichkeit und Verbindlichkeit in die Sicherstellung ambulanter und komplementärer Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten zu bringen.
Diese Hoffnung ist unsere wichtigste Motivation, an diesem Vorhaben weiterzuarbeiten.

Die Notwendigkeit der Erarbeitung von Standards für die Personalbemessung auf dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)

Felix Böcker

Die Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Herr Pörksen hat soeben auf die Psychiatrie-Enquete und auf die Empfehlungen der Expertenkommission als zwei wichtige Säulen der skizzierten positiven Entwicklung hingewiesen. Die Psychiatrie-Personalverordnung tritt als dritte Säule an ihre Seite.

Langwierige Verhandlungen in den achtziger Jahren zwischen Kostenträgern und Krankenhausträgern erzielten, wie zu erwarten, keine Einigung über eine angemessene Personalausstattung in den psychiatrischen Kliniken. Darum war - ich sage: zum Glück! - der Bundesgesetzgeber nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgerufen, eine entsprechende Verordnung zu erlassen.

Expertengruppen für die Erwachsenenpsychiatrie und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten in zweijähriger intensiver Beratung die fachlichen Grundlagen für diese Verordnung erarbeiten. Sie trat im Herbst 1990 in Kraft (5).

Nach Eberhard Luithlen, der sie von seiten des Bundesministeriums kräftig förderte, anerkennt die Fachöffentlichkeit, daß es mit der Psych-PV erstmals gelungen ist, die Personalbemessung an den diagnostischen und therapeutischen Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Damit habe das Krankenbett als Maßstab ausgedient (6).

Mit dieser Bemerkung nennt E. Luithlen eine der wesentlichen Neuerungen der Personalbemessung. Eine zweite, ebenso wichtige ist die Erarbeitung von Tätigkeitsprofilen aller am Krankenbett tätigen Berufsgruppen.

Im klinischen, und damit im Zuständigkeitsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hat sich die Psychiatrie-Personalverordnung zweifellos bewährt. Die Arbeit im Krankenhaus ist wesentlich teamorientierter, deshalb und infolge der größeren Betreuungsdichte eindeutig effektiver geworden, die Zahl der sogenannten KHG-Betten ist erheblich zurückgegangen, die mittlere Verweildauer in den psychiatrischen Kliniken hat deutlich abgenommen.

Leider gilt die Psych-PV nur für die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen, nicht eo ipso im forensischen, und schon gar nicht im sogenannten Pflegebereich. Damit sind wieder die eigentlichen Notwendigkeiten zur angemessenen Versorgung der chronisch Kranken unzureichend berücksichtigt. Obwohl die Väter der Enquete schon Anfang der siebziger Jahre gerade die brutalen Realitäten in den Großkrankenhäusern im Visier hatten, und obwohl diese brutalen Realitäten in ganz besonderer Weise die chronisch Kranken getroffen haben und auch heute noch keineswegs ganz überwunden sind, konnte auch die Personalverordnung-Psychiatrie die Situation dieser kranken oder behinderten Menschen vom Grundsatz her nicht entscheidend verbessern.

Statt diese längst gebotene Verbesserung der Situation der Patienten in den Langzeit- und Pflegebereichen der Krankenhäuser nachdrücklich zu fördern, beginnt mancherorts - anachronistisch und makaber - erneut eine Diskussion um Finanzierungsdefizite durch Bettenabbau. Über diese Absurdität kann und darf man zornig werden.

Was wiegen passagere Engpässe und Finanzierungslücken gegenüber den erheblichen Versäumnissen in der Betreuung der chronisch-psychisch Kranken?

Zweifellos hat auch die Psychiatrie diese Versäumnisse sowohl wissenschaftlich wie in ihrer Praxis zu verantworten. Gleiche Schuld trifft aber die Allgemeinheit, das Volk, das durch sich selbst, durch seine Politiker, durch seine Gemeinden, durch seine Krankenhausträger, durch seine Wohlfahrtsverbände, durch seine Kostenträger und nicht zuletzt durch seine Medien repräsentiert ist. Die Zeit ist überreif, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln diesen chronisch kranken Menschen zu helfen, in größtmöglicher Freiheit und größtmöglicher Selbstbestimmung - d.h. auch größtmöglicher Selbstverantwortung - und von den Mitbürgern akzeptiert zu leben.

Leider fehlt dem Verordnungsgeber der Psychiatrie-Personalverordnung - also der Bundesregierung - die gesetzliche Grundlage auch in den sogenannten Pflegebereichen verordnend tätig zu werden. Allerdings kann er durchaus im gesetzlichen Rahmen durch Änderungen an geeigneter Stelle im SGB V oder im SGB IX entsprechende Voraussetzungen schaffen, wie es auch die Länder durch Novellierungen der Maßregelvollzugsgesetze können.

Die Sozialhilfe ist schon deshalb als Kostenträger ungeeignet, weil sie von der Struktur her ein Instrument zur Hilfe in einzelnen individuellen Notlagen ist und nach der Idee des BSHG subsidiär tätig werden soll.

Bei der Hilfe für chronisch-psychisch Kranke handelt es sich aber um regelmäßig notwendige Maßnahmen. Eine Notlage tritt für die Betroffenen nur dann ein, wenn diese regelmäßige Hilfe nicht gewährt wird. Im übrigen steht die Rückgriffsverpflichtung im Sozialhilferecht einer angemessenen Beachtung der Bedürfnisse psychisch-chronisch Kranker ideell und praktisch entgegen.

Dankbar ist anzuerkennen, daß die Bundesregierung die Ermittlung der Personalanhaltszahlen im komplementären Bereich vom Ansatz her und finanziell fördert. Dadurch wird der Stellenwert dieser zweifellos mühevollen Arbeit mit Nachdruck betont. Wir hoffen, daß dieses deutliche Signal von den Einrichtungs- und Leistungsträgern registriert und angemessen gewürdigt wird.

Ziel jeder Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen muß es sein, die Krankheit zu überwinden. Gelingt dies nicht, muß dennoch alles daran gesetzt werden, um für den Patienten größtmögliche Freiheit und Selbstverantwortlichkeit herbeizuführen. Immerhin hat dieser Grundsatz Verfassungsrang.

Das Krankenhaus ist von seiner Struktur her nicht in der Lage, diese Zielvorgaben zu erfüllen. Bei noch so liberalen Binnenverhältnissen, bei noch so aufgeklärter Psychiatrie können einige strukturelle Gefahren in der Institution nicht hinreichend beherrscht werden, so z.B. die Gefahr, daß zu vielen Patienten Nischen geboten werden; die Gefahr, daß ihnen durch die vorgegebenen Versorgungsstrukturen eigene Aufgaben vorenthalten werden und damit die Pflege vor Rehabilitation gesetzt ist; die Gefahr, blind zu werden für die Möglichkeiten, die der Patient eigenständig hat und verwirklichen kann.

Dieses Manko in der klinischen Versorgung ist viel zu lange nicht erkannt worden. Darüber hinaus hat die Situation vieler Patienten in Heimen Scheinargumente geliefert, dieses eindeutige Manko als Stärke des Krankenhauses zu verkennen.

Zweifellos ist auch die Situation im extramuralen Bereich noch keineswegs rosig. Einige Stichworte mögen dies kennzeichnen: in Heimen und Wohngruppen wird oft durch die bestehenden Strukturen oder

durch zu behütende, oft autoritäre Pflege und Versorgung Selbständigkeit verhindert. Viel zu viele Medikamente werden gegeben (1, 4). Eine fachliche Betreuung findet keineswegs überall statt.

Noch fehlen in vielen Versorgungsgebieten überhaupt Möglichkeiten, z.B. in den Bereichen Wohnen und Arbeiten. Nur hier und da nehmen die Kommunen und die großen Wohlfahrtsverbände ihre Verantwortung wahr, mitunter erlebt man langwierige, ermüdende und auch entwürdigende Streitereien zwischen Träger und Kostenträger.

Da, wo im komplementären Bereich Einrichtungen vorhanden sind, zeichnet sich die Versorgungslage mancherorts eher durch Zufälligkeit und Episodenhaftigkeit aus. Gelegentlich werden Wege beschritten, von denen nicht sicher ist, zu welchen Zielen sie tatsächlich führen. An manchen Orten fehlen Entwicklungen überhaupt. Diese Unsicherheiten und Schwächen sind nicht zufällig, sondern vielmehr die Folge von fehlenden Forschungsressourcen und fehlender Koordination (2, 3).

Vor allem besteht ein erhebliches Defizit an Fachwissen. Bis heute ist es noch nicht gelungen, die Methoden zur Rehabilitation und Wiedereingliederung der chronisch Kranken bezogen auf die einzelnen krankheitsbedingten Defizite oder Schwächen übereinstimmend zu beschreiben. Die im Außenraum benötigten Hilfestrukturen sind bisher ebenfalls nicht einvernehmlich definiert, die bestehenden sind nur partiell auf ihre Effektivität hin überprüft.

Auf die Mitarbeit der Universitäten muß leider weitgehend verzichtet werden, weil ihnen der Personenkreis der chronisch Kranken nicht zugeordnet und damit fremd ist; in den Versorgungskrankenhäusern fehlen die wissenschaftlichen Ressourcen (2, 3).

Nur relativ wenige Kräfte im komplementären Bereich verfügen über genügend Kenntnisse und hinreichende persönliche Erfahrung. Bei den anderen kann eine noch so begeisterte Einsatzfreudigkeit mangelndes Fachwissen nicht hinreichend ersetzen. Besonders nachteilig ist es, daß im extramuralen Bereich keine definierten Vorgaben für den Personaleinsatz erarbeitet worden sind.

Um es einmal banal auszudrücken: Niemand hat bisher denen draußen verbindlich gesagt, wieviele Personen mit welcher Fachkompetenz in welchen Einrichtungen benötigt werden, um chronisch kranke Menschen suffizient zu betreuen. Auch die Betreuungsbedürfnisse der betroffenen Menschen sind bisher nur unzureichend beschrieben.

Trotz dieser aufgezeigten Lücken in der Forschung und in der Koordination haben sich inzwischen an vielen Orten Wege gefunden, auf denen Rehabilitation und Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker erfolgreich durchgeführt werden kann.

Im klinisch-stationären Bereich hat die Psychiatrie-Personalverordnung zu einer besseren Gliederung der administrativen Strukturen, zu einem besser begründeten und verstärkten Personaleinsatz, zu einer höheren Transparenz dieses Einsatzes, zu besserer Teamarbeit, d.h. zur Zusammenführung unterschiedlichen Fachwissens am Krankenbett, und vor allem zu einer wesentlich besseren Orientierung am Kranken selbst und seiner Erkrankung geführt.

Die Psychiatrie-Personalverordnung hat insofern auch für den komplementären Versorgungsbereich Wege aufgezeigt, als sie von den Behandlungsbedürfnisssen in definierten Situationen ausgegangen ist und erabeitet hat, welche Berufsgruppen mit welchen Maßnahmen die Behandlung bewirken können.

Der Personaleinsatz im extramuralen Bereich wird diesen inzwischen als fachlich richtig erwiesenen Wegen ebenfalls folgen müssen.

Wenn in der Klinik das Bett als Maßstab ausgedient hat, so muß außerstationär die Struktur der Einrichtung als Maßstab aufgegeben werden; d.h., alle extramuralen Einrichtungen müssen sich an den Defiziten und Betreuungsbedürfnissen der zu versorgenden Menschen orientieren, und nicht an administrativen Vorgaben.

Im Krankenhaus gliedert sich die Psych-PV nach relativ globalen Zuordnungen zu Fachgebieten, und zwar in Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychiatrie der Suchterkrankungen. Diesen drei Fachgebieten sind jeweils sechs Untergliederungen nach Behandlungsmodalitäten zugeteilt. Die Psych-PV definiert also nur 18 Einzelbereiche.

Die Erfahrung hat inzwischen gelehrt, daß diese Aufgliederung psychiatrisches Handeln effektiver macht. In komplementären Diensten und Einrichtungen wird man ebenso wenig auf organisatorische und administrative Strukturen ganz verzichten können, sie müssen jedoch noch enger als im stationären Bereich an die Versorgungsnotwendigkeiten des einzelnen gebunden sein und sich so flexibel wie eben möglich diesen Notwendigkeiten anpassen.

Voraussetzung einer Personalbemessung im komplementären Bereich ist danach erstens eine genaue Beschreibung der Behinderungsarten und der möglichen Defizite sowie eine Gliederung nach ihren jeweiligen Ausprägungsgraden.

Auf diese Beschreibung muß sich zweitens die Definition von notwendigen Hilfen nach Art, Umfang und Ort beziehen.

An Behinderung und notwendiger Hilfe muß drittens orientiert sein, welche Fachkenntnisse erforderlich sind, um die Hilfe zu leisten; dabei ist Kooperation und fachlicher Austausch unbedingt notwendig.

Zweifellos hat die Erarbeitung von Tätigkeitsprofilen der einzelnen Berufsgruppen am Krankenbett wesentlich mehr Klarheit geschaffen und die Kooperationsfähigkeit bei allen deutlich gestärkt. Allerdings sind diese Tätigkeitsprofile auf die klinische Arbeit bezogen. Sie lassen sich nur in Grundzügen, aber nicht in allen Einzelheiten auf die Situation außerhalb der Klinik beziehen.

Auf die Erarbeitung spezieller Tätigkeitsprofile kann daher viertens nicht verzichtet werden.

Danach lassen sich fünftens - wie für den klinischen Bereich geschehen - Zeitwerte ermitteln, die schließlich Grundlage einer Personalbemessung werden.

Wir erstreben mit der Personalbemessung im außerstationären Bereich eine erhebliche Verbesserung der Situation der psychisch Langzeitkranken. Wir gehen von einem Menschen und Gesellsschaftsbild aus, das dem Einzelnen im größtmöglichen Rahmen ein selbstbestimmtes und damit würdiges Leben erlaubt, frei von den Zwängen, die eine stationäre Einrichtung unausweichlich mit sich bringt.

Die Psychiatrie-Personalverordnung hat die therapeutischen Möglichkeiten der Klinik wesentlich verbessert. Wenn diese Entwicklung nur dazu führt, die Drehtür zu beschleunigen, weil außerhalb der Klinik ein angemessenes Versorgungssytem fehlt, war diese Verordnung letztlich ein Schlag ins Wasser.

Die Aktivierung in der Klinik, d.h. die Rehabilitation der psychisch Kranken hat nur Sinn, wenn es draußen weitergeht. Daß es draußen weitergehen kann, ist an vielen Orten längst erwiesen.

Ich sehe kein einziges Alibi, einem psychisch Kranken Rehabilitation und Wiedereingliederung zu versagen.
Unsere Gesellschaft muß ihre psychisch kranken Mitbürger wieder aufnehmnen, sie muß aus ihrem humanen Selbstverständnis heraus Ausgliederung und irrationale Angst überwinden.
Die Erarbeitung von Personalanhaltszahlen im komplementären Bereich wird dann außerhalb der Kliniken ebenso segensreich für die psychisch behinderten Mitbürger werden, wie es die Psychiatrie-Personalverordnung in der Klinik geworden ist.

Literatur:

1. Beckmann, H.: Neuropsychobiology 26, 50, 1992.
2. Böcker, F.: Forschungsethik. In: Weig, W., K.H. Wiedl (Hrsg.): Forschung im psychiatrischen Krankenhaus. Forschungsberichte der Universität Osnabrück, 95, 44, Osnabrück 1992.
3. Böcker, F.: Psycho, 20, 104, 1994.
4. Franzek, E. u. Beckmann, H.: Psycho, 18, 326, 1992.
5. Kunze, H., e.a.: Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1992.
6. Luithlen, E.: In: Kunze, H., e.a.: Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1992.

I. Von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation: eine Standortbestimmung

Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation – eine Standortbestimmung aus der Sicht der Betroffenen

Heinz Döring

Als im vorigen Jahrhundert Arbeiten, Wohnen, Leben im Zuge der industriellen Revolution auseinanderfielen und psychisch kranke und behinderte Menschen bei gleichzeitig entstehender Kleinfamilie vorgeblich nicht mehr in das so entwickelte gesellschaftliche Leben paßten, mußten sie "untergebracht" werden. Unterbringung heißt es heute noch.

Zu jener Zeit gab es in Deutschland reichlich verfallende regionalfürstliche und klösterliche Gebäude, die im Gedanken milder Fürsorge um- und ausgebaut wurden. Bis weit in unser Jahrhundert hinein baute man aus gewonnener Erfahrung heraus Anstalten für psychisch Kranke, die kirchlich und die staatlich verantworteten. Ich bin mir sicher, daß der Anstaltsbau von Menschen guten Willens betrieben wurde, von Menschen, die helfen wollten: von zu Hause weg, hin in die zu Institutionen werdenden Einrichtungen vor den Toren der Stadt oder irgendwo zufällig in Wald und Wiesen, wo solche Häuser standen. Dort führten und führen die Einrichtungen ihr Eigenleben. Freunde und Angehörige konnten die psychisch krank Gewordenen damals aus Verkehrsgründen und später wegen Entfremdung nur noch selten erreichen. In allen Landesteilen finden sich in Deutschland solche organisatorisch funktionierenden Einheiten unterschiedlicher Größe in großer Selbstverständlichkeit. Die Macht dieses besonderen Faktischen in der Psychiatrie herrscht weiterhin vor, obwohl sich die Bedürfnisse der psychisch Kranken und Behinderten, der Angehörigen und gerade auch der Gesellschaft mittlerweile geändert haben.

Von Kindheit an weiß ich davon und fürchtete mich davor. Gedroht wurde uns: Sei brav und ordentlich, sonst kommst du in die Anstalt. Meine Kindheit lag zeitlich genau in der Nazizeit. Als junger Mensch habe ich einiges von dem Furchtbaren in Anstalten erfahren. Hier will ich nur anmerken: Es war für die ideologiebesessenen Nazis leichter möglich, Kranke und Behinderte in verbrecherischer Weise in Anstalten verhungern zu lassen oder aus ihnen heraus den Gaskammern zuzuführen, als wenn sie bei ihren Angehörigen, in ihrem Wohnort gewesen wären. Sie hätten sie unter aller Augen abtransportieren müssen. Ich kann ohne diese Anmerkung nicht von "institutionsbezogener Rehabilitation" sprechen, obwohl ich die humane, soziale, medizinische Ausrichtung heutiger Großkrankenhäuser kenne und sie keinesfalls in die Nähe dieses Schrecklichen bringe.

Aber leider sind chronisch Kranke vorwiegend noch draußen. Eine einzelne von vielen Krankheiten, die jeden betreffen kann, ist heute noch ausgelagert und kann nicht ins Bewußtsein gelangen. Weil psychische Erkrankung unbekannt ist, bleibt sie für zu viele Menschen unheimlich. Das darf so nicht bleiben. Wir brauchen jetzt neue Vorsorge, Angebote und Strukturen in den Gemeinden, damit seelisch kranke und behinderte Menschen unter uns sein können. Sie werden sonst zu Hause nicht gesehen. Und so kann sich wegen ihrer Abwesenheit unser Denken und Handeln ihnen gegenüber nicht verändern, auch nicht das der Nachbarn und das der politischen Entscheidungsträger.

Meine dringende Forderung: Laßt psychisch Kranke in ihrer persönlich angestammten oder gewählten Umgebung leben, bringt die weitab Lebenden wieder an ihren Wohnort zurück - wenn das noch ihrer ist. Denkt an den einzelnen, an seine persönlichen Lebensbedürfnisse!

Vielleicht mußten auf dem Weg von der "institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation" psychiatrische Reformen tatsächlich zuerst in den Großeinrichtungen draußen vor den Toren einsetzen, ehe sie gemeindenah umzusetzen sind. Jedenfalls sehe ich in den mir bekannten Häusern enorme Veränderungen im Laufe der letzten 20 Jahre. Aus Bewahrungsanstalten wurden psychiatrische Krankenhäuser: eine geringere Anzahl von Betten in den Räumen, mehr Therapeuten in den Häusern. Auch eine ansprechende Umgebung sehe ich. Von besserer Medizin höre ich. Kürzlich war ich zu Fortbildungsveranstaltungen der beiden psychiatrischen Krankenhäuser in meiner Region eingeladen. Jeweils 30 bis 40 Fachleute trafen sich. Eine Vervielfachung während der von mir zu überblickenden Zeitspanne. Das ist so gut. Aber es ist nicht alles, für mich ein einseitiges Unternehmen.

Die Expertenkommission der Bundesregierung, entsprechende Fachgremien der Länder, der Städte- und der Landkreistage plädieren nun schon länger für Enthospitalisierung, für frühe Intervention bei Krisen, für ambulanten Verbund: Wir Angehörige, die wir täglich mit Betroffenen leben, schließen uns aus Überzeugung in überwiegender Mehrzahl solchen Vorhaben an und fordern die "ganz normale Behandlung" der Kranken im Krankenhaus in allernächster Nähe und gleichberechtigt vielgestaltige psychosoziale Möglichkeiten in allen Regionen, Städten und Landkreisen. Ich traue jedoch dem Frieden der weithin propagierten Gemeindepsychiatrie noch nicht, da die angestammte Macht der großen psychiatrischen Einrichtungen zur Unterbringung zu dominant ist.

Ich will das an zwei Begriffen verdeutlichen, die mir öfter begegnen: "extramural" und "komplementär". Ich höre heraus: Außerhalb der Mauern psychiatrischer Krankenhäuser geschieht von innen gesehen Unbedeutendes, mehr Zufälliges als klassisch Psychiatrisches. Innen ist die eigentliche Psychiatrie am Werk. Dieses Bild wird verstärkt, wenn die Initiatorin dieser Veranstaltung sich "Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich" nennt. - Ich halte die inhaltliche Zielsetzung dieses Zusammenkommens für richtig und notwendig, doch müßte sich auch die Sprache danach richten, weil sie eine große Rolle bei der Umsetzung in der Öffentlichkeit spielt. - Ich möchte später auch nicht sagen, daß aus einer etablierten Gemeindepsychiatrie heraus das psychiatrische Krankenhaus "intramural" sein soll. Die Aufgaben "draußen" und "drinnen" sind unterschiedlich wichtig. Für mich besitzt Gemeindepsychiatrie Priorität.

Ich komme zu eigenem Erleben in den letzten zwölf Jahren. In der Familie, in Gruppengesprächen, in der Verbandsarbeit hat sich meine Sichtweise gebildet. Zugegeben die eines einzelnen, aber mit relativ vielen Sekundäreinträgen, die ich für bare Münze halte. Mir liegen z. B. 52 schriftliche Aussagen von Angehörigen über Krisenerleben vor. Ich spreche täglich mit Betroffenen und Mitbetroffenen. Es muß sich noch vieles ändern. Und wir wollen mitentscheiden.

Gehen wir als Angehörige in ein Allgemeinkrankenhaus und erkundigen uns nach dem Befinden des Patienten, wird uns alles Wesentliche verständlich erklärt. Gehen wir als Angehörige in ein psychiatrisches Krankenhaus und erkundigen uns nach dem Befinden des Patienten, werden wir zuerst beäugt, als seien wir völlig Unbekannte und Unbeschriebene. Dabei ist seit der ersten Einlieferung unseres Angehörigen eine umfangreiche Krankenakte entstanden, in der wir auch vorkommen. Wir spüren öfter Ablehnung und fühlen uns nicht selten für dumm gehalten. Betriebliche Abläufe sind so dominant, daß zusätzlicher Zeitaufwand mit uns nicht möglich ist; das kann ich belegen.

Meist zeugt so etwas von geringer Sensibilität der kenntnisreichen Therapeuten und läßt nicht selten den Verdacht von Schuldzuweisung wieder hochkommen. Wir erfahren das Eigengewicht, das doch Besondere der Institution "psychiatrisches Großkrankenhaus". Das macht uns stumm und zu therapeutischer Kooperation unfähig. Interne Zwänge, Schweigepflicht, bessere Kenntnis der individuellen Krankheit sind uns bekannt. Das müßte jedoch jedem einzelnen erklärt werden, wenn jemand neu hinzukommt.

Beim Hinhören auf Klagen von Betroffenen und vielen Angehörigen aus den Ländern der Bundesrepublik Deutschland drängt sich das Bild einer besonders verwalteten Krankheit in Deutschland auf. Wir trafen uns mit Angehörigenvertretern der Länder in den letzten Monaten zweimal und gaben uns jeweils drei Tage Zeit zur Aussprache, auch über das, was mit uns geschieht, wenn unsere kranken Familienmitglieder eingewiesen werden. Ergebnis: ohne unsere örtlichen und überörtlichen Zusammenschlüsse wären die meisten von uns hilflos und alleingelassen. Dabei ist die Zusammenarbeit von Therapeut, Patient und Angehörigem bei seelischer Erkrankung unabdingbar. Bei aller Problematik, die die Familie auch in die Therapie hineinbringt, können und wollen wir den Ärzten und Pflegern vor allem Partner sein und nicht nur als Last empfunden werden.

Bei unserem eigenen Erleben als Angehörige ist uns zu Beginn wie selbstverständlich Schuld zugeschoben worden, wir wurden ausgeschaltet. Nach der zweiten oder dritten Einweisung begann dann die krankenhausinterne einjährige Nutzung verschiedener Abteilungen. Unsere regelmäßigen Besuche wurden dort kaum wahrgenommen. Einmal gab es ein Gespräch. Aber daß steifer Gang, eigentümliche Handhaltung, die uns bei Wochenendbesuchen Angst machten, Nebenwirkungen von Medikamenten waren, erzählte man uns nicht. Und was die internen Umzüge zu bedeuten hatten, erfuhren wir auch nicht. Betriebsroutine.

Nach dem Krankenhaus kam dann das "Übergangswohnheim" (vom Begriff her für psychisch Kranke etwas Katastrophales). Das anschließende verordnete Zusammenwohnen von drei kranken Menschen in einer wohnortfernen sogenannten Wohngemeinschaft mußte scheitern. Es wurden mehrere Krankenhausaufenthalte notwendig, weil "nichts mehr lief". So konnte es nicht weitergehen. Wir mußten selbst handeln - der Kranke wollte es. Von zu Hause aus haben wir dann versucht, auf der ambulanten Schiene für ihn und mit ihm das Beste herauszusuchen. Dabei half uns die sozialpsychiatrische Beratungsstelle, die sich entwickelnde Angehörigenselbsthilfe und die niedergelassene Ärztin.

Wir sind allmählich zum Mittragen befähigt worden. Ich bin dankbar dafür, daß wir in dieser Phase von Fachleuten begleitet wurden, ehe wir relativ selbständig denken und handeln lernten und mit dem Kranken wie mit Therapeuten den jeweiligen Weg suchen konnten. Es brauchte seine Zeit, um nicht immer wieder auf institutionsbezogene Zwänge hereinzufallen. Die derzeitigen Bemühungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE hinsichtlich bedarfsgerechter individueller Versorgung sind überfällig. Dutzende von Beispielen könnte ich nennen, bei denen institutionelle Strukturen und das Handeln darin scheitern, dagegen aber individuelles Herangehen, das nach dem Bedarf des einzelnen fragt, zu ertragbarem Leben von Kranken und Angehörigen führt.

Leider ist die abwehrende Einstellung gegenüber Angehörigen in vielen Institutionen noch nicht beseitigt. Nicht alle von uns sind aus der Schuld- und Unwissenheitsecke befreit worden. Einige haben den einigermaßen "aufrechten Gang" wieder gelernt. Sie geben ihre Erfahrungen weiter - immer in dem Bewußtsein, daß wir dann in der Versorgung unserer kranken Angehörigen weiterkommen, wenn wir in Absprache mit dem Betroffenen und in Gemeinschaft mit den unterschiedlich beauftragten therapeutischen Fachleuten im Gespräch bleiben. Leider sehe ich diesbezüglich große Defizite, wie mir eine eigene Umfrage gezeigt hat.

Ich möchte nun nicht in einer "institutionsbezogenen Kampfeshaltung" verharren, sondern praktische Kooperation signalisieren. Es gibt inzwischen eine "Ständige Konferenz der Angehörigen" aller Bundesländer, die dreimal im Jahr tagt und sich ebenfalls darum bemüht. Und es gibt in vielen Städten und Landkreisen Betroffene und Mitbetroffene, die helfen wollen, dazu jedoch immer wieder neuen Mut brauchen. Um in einem Ausblick zu zeigen, wie sich Angehörige in die "personenbezogene Rehabilitation" in einer Region einfügen, verweise ich auf folgendes Beispiel. Mir ist klar, daß landauf, landab weiter um vernünftiges Miteinander geworben werden muß, wenn es exemplarisch wirken soll. Einige wenige ähnliche Kooperationen sind mir bekannt.

Im Landkreis Kassel sind eine Reihe von Angehörigen und Betroffenen durch ihre Nähe zur psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle und auch durch das zuständige Landeskrankenhaus zunächst ausgebildet und dann in eine selbständige Spur gesetzt worden, so daß sie in verschiedenen gemeindenahen Initiativen mitwirken konnten. Die "personenbezogene Rehabilitation" beginnt also von unerwarteter Seite her zu greifen, nämlich bei denen, um die es geht.

Im genannten Landkreis reift etwas heran, was beachtenswert ist. Wenn alle Beteiligten Kraft und Einsicht behalten, wird vielleicht aus einem Stück Utopie ein Stück Wirklichkeit. Über drei Jahre hin konnte der Psychiatrieplan des Landkreises Kassel relativ ungestört entwickelt werden. 42 Persönlichkeiten, die mit der gemeindenahen Versorgung befaßt sind, trugen ihren Teil dazu bei, natürlich auch die Angehörigen. Das ist tatsächlich Psychiatrie von unten, nicht Landes-, sondern Kreispsychiatrieplan zuerst. Uns fiel ein Stein vom Herzen, als dieser für ländliche Regionen exemplarische Plan vor ein paar Wochen vom Kreistag akzeptiert wurde. (Erhältlich: Landkreis Kassel, Humboldstr. 24, 34117 Kassel; DM 10,-.) Wir waren mit etwa 30 Befürwortern als applaudierende Zuhörer mit dabei. Das alles ist auch ein politisches Geschäft, wo die "Kraft der Schwachen" auch einmal in Erscheinung tritt.

Es gibt in unserem Landkreis kontinuierlich betreute Angehörigen-Gruppen, die sich mehr und mehr zu selbständigen entwickeln, zur Zeit zwölf. Für die Begegnungsstätten wurden "Laien-Experten" unter den Betroffenen und Angehörigen vorbereitet. Es haben in den letzten 15 Jahren bisher mehr als 50 Wochenendseminare mit Betroffenen und Angehörigen stattgefunden. Werkstätten für seelisch Behinderte erstritten Angehörige mit dem Rückenwind der Beratungsstelle. So konnte eines der fünf im Psychiatrieplan festgelegten psychosozialen Zentren mit Tagesstätte, Gruppenwohnen und Betreutem Wohnen in diesen Tagen verwirklicht werden. Ein weiteres ist im Entstehen. Wohlgemerkt: ländliche Gegend, weite Wege, jeweils etwa 50.000-Einwohner-Hintergrund. Uns ist es wichtig, daß zu Hause, in der Wohnregion, sozial-psychiatrische Verbesserungen einsetzen. Hier liegt der zukünftige Versorgungsschwerpunkt.

Es ist ein humanitäres, ein Anliegen der Nächstenliebe und eine vergessene Selbstverständlichkeit, psychisch kranke und behinderte Menschen in unserer unmittelbaren Umgebung zu behalten oder zurückzugewinnen und mit ihnen und für sie einzeln zu verhandeln, wie erträglich zu leben ist. Das ist schwer für alle Beteiligten. Aber es hilft am besten, Leben mitzutragen, auch das von Kranken. Therapeutisch Tätige, organisatorisch Zuständige und politisch Verantwortliche haben die Pflicht, sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen zu richten und herkömmliche Institutionen viel stärker in Frage zu stellen.

Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung aus der Sicht der Einrichtungsträger

Horst Steinhilber

Der Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung e.V., für den ich hier spreche, ist ein Bundesfachverband im Diakonischen Werk der EKD. Nach unserer eigenen Einrichtungsstatistik (Stand 1991) waren dem Diakonischen Werk aus dem Bereich Psychiatrie 28 Krankenhäuser für Psychiatrie, 87 Heime und Wohnheime für psychisch kranke und seelische behinderte Menschen, 52 Wohngemeinschaften/Betreutes Wohnen sowie 12 Übergangseinrichtungen bundesweit angeschlossen.

Erwähnen möchte ich auch noch, daß es in Trägerschaft des Diakonischen Werkes bundesweit 76 Sozialpsychiatrische Dienste gibt sowie 2 Rehabilitationseinrichungen für psychisch Kranke (RPKs).

Im Rahmen des mir vorgegebenen Zeitbudgets möchte ich zum Tagungsthema - also zur Frage, ob man, und wenn ja wie, von einer institutions- und einrichtungsorientierten Hilfesystematik zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation kommen kann - gleichsam in einem Dreierschritt

- etwas zur "Institution" bzw. zur "Entinstitutionalisierung", sodann etwas
- zum Verhältnis Person und Lebensqualität sagen, um anschließend
- daraus einige Zielvorstellungen bzw. Rahmenbedingungen abzuleiten, die für die Träger von Einrichtungen und Diensten bei dieser Fragestellung von Bedeutung sind.

1. Die Institution und die Entinstitutionalisierung

Anläßlich eines Symposiums in Tübingen im Jahre 1988 zur Frage der häuslichen und außerhäuslichen Betreuung behinderter Menschen hat die Vertreterin des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Frau Keinath-Vogel, zu Beginn ihres Vortrages eine Zukunftsvision aufgezeichnet, die mir sehr gefallen hat, da in ihr Institutionskritik und die Forderung nach einer überschaubaren gemeinwesenorientierten Angebotsstruktur zum Ausdruck kommt: "Würde ich dennoch - unbelastet von den realen Möglichkeiten - ein Szenario entwerfen für etwa das Ende dieses Jahrtausends, so enthielte dies z.B. keine Großeinrichtungen mehr und ab sofort die Umwandlung der großen Einrichtungen in dörfliche oder stadtteilartige Strukturen, durchmischt mit Wohnungen für Menschen mit und ohne Behinderungen, mit Kinder- und Familientreffs, mit Bildungs- und Freitzeiteinrichtungen, Läden und Serviceangeboten, in denen behinderte und nichtbehinderte Menschen miteinander leben und arbeiten, offene Schulen mit vielfältigen Lernerfahrungen - ein bedarfdeckendes Angebot an offenen Wohnformen mit den jeweils offenen Diensten, damit jeder die ihm mögliche Autonomie wirklich leben kann; dabei vorrangig nachbarschaftliche Unterstützung, ohne den professionellen Bereich ganz außer acht lassen zu wollen; gemeinsames Arbeiten behinderter und nichtbehinderter Menschen mit einem Einkommen, das für den Lebensunterhalt ausreicht, und ein Grundeinkommen für diejenigen, die sich nicht an der Erwerbsarbeit beteiligen können. Und eine Sozialhilfe, die dies alles klaglos zahlt. Aber ich breche hier ab und kehre zurück zur rauhen Wirklichkeit des Jahres 1987." (Wacker, Metzler, 1989, Seite 17-18).

Wenn man die rauhe Wirklichkeit des Jahres 1994 vor Augen hat, vor allem auf dem Hintergrund der Kürzungen bei Mitteln der Länder- und Kommunalhaushalte, die für die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie eine entscheidende Rolle gespielt haben, so ist von der beschriebenen Zukunftsvision noch sehr wenig realisiert worden, obwohl durchaus von einigen Modellregionen in Städten und Gemeinden erfolgversprechende Ansätze generell zu verzeichnen und nicht von der Hand zu weisen sind.

Psychiatriereform bedeutete zunächst Kritik an psychiatrischen Großkliniken, die i.d.R. außerhalb der Städte und Gemeinden lagen und in denen desolate und menschenunwürdige Zustände herrschten. Die teilweise im letzten Jahrhundert gebauten Einrichtungen hießen "Heil- und Pflegeanstalten" und waren zu ihrer Zeit als Abbilder der damaligen Gesellschaft zumindest teilweise adäquate und angemessene Reaktionen auf die Nöte der Zeit. Das Heilen und Pflegen sollte unter einem Dach, in einer Institution geschehen, also ohne Ausgrenzung der damals als unheilbar Abgeschriebenen. Heute muß es uns wieder darum gehen, beide Aspekte gemeinwesenorientiert zusammenzubringen. Wir haben gerade in kirchlich-diakonischer Trägerschaft doch noch einige Einrichtungen, die sich "Anstalt" nennen, obwohl sie sich zumeist in den letzten Jahren erheblich verändert haben, nämlich durch die Einrichtung verschiedener Wohnformen, durch das Angebot unterschiedlicher Arbeitsplätze, durch Förderung und Therapie.

Aus vielen ehemaligen "Heil- und Pflegeanstalten", in denen geistig behinderte und psychisch kranke Menschen untergebracht waren, sind heute Komplexeinrichtungen geworden, die sehr spezialisierte Angebote und Dienste vorhalten. Grundsätzlich bedeutet dies aber, daß die angebotsorientierte Sichtweise als Grundprinzip geblieben ist und wir heute vor dem Problem stehen, daß wir eine Versorgungskette mit hochspezialisierten Einrichtungen und Diensten aufgebaut haben, die fatalerweise dazu führten, daß sich Menschen mit psychischen Störungen auf die Wanderschaft begeben müssen, um die für sie richtige Einrichtung, den für sie richtigen Dienst zu finden.

Die Spezialisierung hat also dazu geführt, daß zwar diejenigen, für die das spezielle Angebot entwickelt wurde, eine bessere Versorgung bzw. eine bessere Hilfe erhalten können; diejenigen aber, die kein Glied in dieser Kette finden konnten, das zuständig für sie ist oder war, gehen leer aus und fallen durch die geknüpften Maschen hindurch. Erst seit geraumer Zeit wird erkannt, daß das Kettenmodell, also das Aneinanderreihen hochspezialisierter und professioneller Dienste zu systemimmanenten Verrücktheiten geführt hat und aufgelöst werden muß zugunsten eines Netzmodelles. Daß es so gekommen ist, liegt sicher nicht allein am vorhandenen bzw. nicht vorhandenen politischen Willen, sondern auch an der Entwicklung des Sozialversicherungsrechts in der Bundesrepublik Deutschland.

Angesichts der berechtigten Kritik an den Großinstitutionen und angesichts der Forderungen nach Entinstitutionalisierung scheint es mir aber auch richtig und wichtig zu sein, auf die Rolle der Kliniken und Anstalten selbst bei der Reformpsychiatrie in den letzten 20 Jahren hinzuweisen. Viele Anregungen sind in letzter Zeit gerade von den kritisierten Großinstitutionen ausgegangen und haben dazu beigetragen, daß sich extramurale, teilstationäre und ambulante Angebote entwickeln konnten. Ressortdenken und das Beharren auf Zuständigkeiten tragen heute vielerorts dazu bei, daß außer dem guten Willen sich in der Praxis oft nicht viel bewegt. Enthospitalisierungsprogramme lassen sich aber nur gemeinsam sinnvoll umsetzen: Überörtliche Sozialhilfeträger, Landessozialämter, Städte, Kreise, Gemeinden und Wohlfahrtsverbände, Betroffene und Angehörige müssen gemeinsam und aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten.

2. Personen und Lebensqualität

Heute wird viel über Qualitätssicherung und über die Erstellung von Qualitätssicherungssystemen gesprochen. Gerade für Einrichtungen und Dienste ist es von entscheidender Bedeutung nachzuweisen, welche Qualitätsstandards sie anzubieten haben bzw. durch welche Faktoren sich ihre Qualität ausweist. Zu unterscheiden ist m.E. zwischen Qualitätsstandards bei der Versorgungsqualität (Anzahl von qm pro Raum oder die Belegung von Räumen) oder Qualitätsstandards in Form von Lebensqualität, die sich bspw. in einem Personalschlüssel für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen und Dienste ausdrücken kann. Sicher wird man die Frage der Lebensqualität unterschiedlich beurteilen, je nachdem, ob man dies von Einrichtungsseite, von Kostenträgerseite oder von Angehörigenseite aus tut. Grundsätzlich gilt aber, daß bei den Kriterien, die für die Bestimmung von Lebensqualität ausschlaggebend sind, keine Unterschiede zu machen sind zwischen Menschen mit oder ohne Behinderungen. Behinderten und psychisch kranken Menschen muß ein Ausgleich ihrer durch Behinderung oder Krankheit bedingten Nachteile im Lebensalltag gewährt werden, der nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg festgestellt und vom System der Professionellen dann etabliert wird. Chancengleichheit, Wahlfreiheit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind elementare Rechte, die nicht nur für die sogenannten Nichtbehinderten gelten dürfen.

Erst in den zurückliegenden Jahren gab es eine Reihe von Versuchen, den quantitativen und qualitativen Hilfe- und Pflegebedarf in Behinderten- und Altenhilfeeinrichtungen zu untersuchen und zu ermitteln. Die Psychiatriepersonalverordnung ist m.E. auch in diese Ebene einzuordnen. Das jetzige Forschungsprojekt "Bestimmung von Leistungsprofilen und Richtwerten zur Personalbemessung im komplementären Bereich" will einen Beitrag zur Lebensqualität dadurch erreichen, daß es analog zur Psych-PV verläßliche Werte für eine Personalausstattung im ambulanten und komplementären Versorgungssystem entwickelt. Leitziel dabei ist, allen Menschen mit psychischen Störungen, besonders den Langzeitkranken, ein in ihrem Gemeinwesen orientiertes Leben zu ermöglichen. Dazu bedarf es vielfältiger Unterstützungen, die als Voraussetzungen für ein Leben in Eigenverantwortung zu sehen sind. Damit geht auch ein Perspektivwechsel einher. Lebensqualität und Qualitätssicherung darf zukünftig weniger aus der pädagogischen, therapeutischen, heilenden oder pflegerischen Perspektive betrachtet werden, sondern muß sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger, die Hilfe benötigen, orientieren.

Mit diesem Perspektivwechsel bekommen auch die notwendigen Handlungen und praktischen Schritte einen anderen Namen und eine andere Bedeutung. Lebensqualität läßt sich also nach unserem Verständnis nicht dadurch erreichen, daß immer mehr differenzierte und spezialisierte Einrichtungen und Dienste in einer Region geschaffen werden, die - wie die Praxis gezeigt hat - dazu tendieren, Bürgerinnen und Bürger mit besonderen Schwierigkeiten zu vernachlässigen und auszugrenzen. Eine personengebundene Rehabilitation schafft dann Lebensqualität, wenn sie die Betroffenen aktiv und offensiv mit ihren Wünschen und Bedürfnissen einbezieht, wenn die zu schaffenden Einrichtungen und Dienste umfassend und integrativ in einer überschaubaren Versorgungsregion entwickelt werden. Gerade der Personenkreis der chronisch psychisch Kranken braucht über lange Zeit hier Angebote und vielfältige Hilfssysteme in den unterschiedlichen Bereichen Pflege, Behandlung, Wohnen, Arbeit, soziale Teilhabe und Absicherung materieller Rechte.

Um dies zu erreichen, ist unseres Erachtens der gemeindepsychiatrische Verbund ein wichtiges Instrumentarium, um eine an den Bedürfnissen orientierte, bedarfsgerechte Versorgung vor allem der chronisch psychisch kranken Menschen sicherzustellen. Nach Meinung des Diakonischen Werkes muß der jetzt begonnene Weg weiter beschritten werden. Die Einbeziehung der schon jetzt vorhandenen Rechtsträger der Einrichtungen und Dienste spielt dabei eine besondere Rolle. Allerdings scheint mir ein

Fortschritt auch davon abzuhängen, daß es gelingt, über verbesserte Kooperation und Kombination der vorhandenen Dienste und Einrichtungen hinaus klare gesetzliche Regelungen zu schaffen, nicht nur auf die regionalen Zuständigkeiten der stationären, teilstationären und ambulanten Dienste, sondern auch hinsichtlich ihrer Finanzierung. Gerade daran hat es bisher gemangelt, mit "freiwilligen Leistungen" läßt sich keine Gemeindepsychiatrie verläßlich und dauerhaft aufbauen, vor allem dann nicht, wenn, wie jetzt, rigoros gekürzt wird, weil Pflichtleistungen unantastbar sind.
Lassen Sie mich nunmehr abschließend zu meinem dritten Punkt kommen.

3. Perspektiven und Rahmenbedingungen

Wenn es richtig ist, daß das oberste Ziel für psychisch kranke Menschen ein Verbleiben in der gewohnten Umgebung sein muß bzw. für diejenigen, die als Langzeitkranke fehlplaziert in Großeinrichtungen leben, eine Rückkehr in die Gemeinde ermöglicht werden muß, dann verfolgt das Forschungsprojekt den richtigen Ansatz, nämlich sich an den Bedürfnissen und dem Hilfebedarf der einzelnen betroffenen Personen zu orientieren und nicht für vorhandene Institutionen bzw. kostenträgerorientierte Systeme Personalschlüssel bzw. Personalbemessungen zu empfehlen. Wir begrüßen ausdrücklich diese Vorgehensweise, nicht zuletzt auch deshalb, weil in ihr ein Menschenbild zum Ausdruck kommt, dem wir uns verpflichtet fühlen. Dies gilt gerade auch dann, wenn uns vorgehalten wird, die Einrichtungsträger hätten zu allererst das Wohl der Einrichtungen und erst in zweiter Linie das Wohl bzw. die Bedürfnisse der Bewohner/Klienten vor Augen.

Ein zentraler Problempunkt bei diesem Ansatz ist selbstverständlich für uns die notwendige Versorgungsverpflichtung. Ich denke, daß es schwierig sein wird, im Rahmen eines solchen Netzwerkes alle notwendigen Einrichtungen und Dienste zu verbinden und mehr herzustellen als freiwillige Kooperationsvereinbarungen. Der Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung e.V. hat bereits vor einem Jahr Diskussionsthesen zur Pflichtversorgung psychisch kranker Menschen vorgelegt und diese Thematik aufgegriffen. Allerdings ist die Resonanz darauf bisher nicht groß gewesen. Wir haben aber in diesen Thesen - auf die ich hier nicht im Detail eingehen kann - deutlich zum Ausdruck gebracht, daß freigemeinnützige Träger keine Hoheitsaufgaben des Staates i.S. des Ordnungsrechtes übernehmen können und eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit nur unter dem Gesichtspunkt des Respekts und der Achtung der Selbständigkeit der freien Träger geschehen kann. Die Diakonie kann aufgrund ihres Selbstverständnisses grundsätzlich keine staatlichen Aufträge verfolgen, sondern leitet ihr Engagement unmittelbar aus dem Subsidiaritätsprinzip ab. Insofern besteht zur Frage der Pflichtversorgung ein Spannungsverhältnis. Ich sage hier nichts Neues, wenn ich darauf hinweise, daß einige Träger und Regionalverbände damit Schwierigkeiten haben. Dennoch ist die Forderung nach einer Pflichtversorgung letztlich die unvermeidliche Konsequenz, um zu verhindern, daß nicht diejenigen, für die sich keiner zuständig erklärt, für die großen stationären Einrichtungen übrig bleiben.

Die Umsetzung einer Gemeindepsychiatrie i.o.g.S. ist eine therapeutische, pädagogische und ökonomische Herausforderung, nämlich dahingehend, zukünftig für alle, d.h. auch und vor allem meist für die schweren und schwierigsten Patientinnen und Patienten vor Ort und gemeindebezogen alle notwendigen Hilfen und Dienste anzubieten. Um dies durchzusetzen, bedarf es neben dem politischen Willen auf regionaler Ebene auch bei den Kostenträgern eines Umdenkungsprozesses. Zu Recht darf man danach fragen, warum es in einem so reichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland, das auf vielen Gebieten seine Leistungsfähigkeit immer wieder unter Beweis gestellt hat, nach vielen Jahren Diskussion in der Psychiatrie noch immer nicht gelungen ist, die als notwendig erkannten und geforderten gemeindepsychiatrischen Angebote auf eine vernünftige und verläßliche Finanzierungsbasis zu stellen. Ich kann

mir diesen Sachverhalt nur dadurch erklären, daß in unserer Gesellschaft nach wie vor eine latente Bereitschaft vorhanden ist, Minderheiten, Randgruppen und Menschen ohne Lobby auszugrenzen. Als Träger von Einrichtungen und Diensten ist es für uns eine wichtige Aufgabe - zusammen mit Angehörigen und Betroffenen - unsere Stimme für diejenigen zu erheben, die am wenigsten und schlechtesten leistungsrechtlich und sozialrechtlich beachtet werden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege haben sich in der Vergangenheit beim Ausbau und der fachlich-konzeptionellen Weiterentwicklung von Diensten und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung engagiert und immer wieder darauf hingewiesen, daß die Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission nicht ohne Erweiterung und Umbau des Leistungsrechts möglich ist. Ich will hier nur kurz auf folgende Punkte hinweisen:

1. Psychosoziale Hilfen müssen als elementare Bestandteile und ergänzende Leistungen der medizinischen Rehabilitation verwirklicht werden. Die RPK Entwicklung haben wir als Einstieg gesehen - leider ist in dieser Frage zur Zeit Stagnation zu verzeichnen. Die Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger vom 20.11.1978 für den Suchtbereich ist u.E. wegweisend für die Psychiatrie und könnte in Analogie zur Sucht die ambulante Rehabilitation psychisch Kranker entscheidend verbessern.

2. Sozialtherapie muß als praktische Heranführung im Bereich des Wohnens als selbstverständlicher und wesentlicher Teil der medizinischen Behandlung begriffen werden.

3. Personengebundene Rehabilitation ist immer auch soziale Rehabilitation, da es beim Personenkreis psychisch kranker Menschen vorrangig um die Ermöglichung von Lebensqualität geht. Unser gegliedertes Sozialsystem leidet daran, daß die Sozialleistungsträger keine Absprachen miteinander treffen, sondern in Abgrenzungsstrategien miteinander verkehren. Neben der Sozialhilfe müssen also die Renten- und Krankenversicherungen zukünftig stärker die Belange der psychisch kranken Menschen berücksichtigen. Die vorgesehenen psychosozialen Leistungen in §17 des SGB IX-Entwurfs vom 15. November 93 weisen in die richtige Richtung.

4. Um Ausgrenzungsprozesse zu vermeiden, ist es legitim zu fragen, ob es nicht an der Zeit wäre, eine materielle Grundrichtung zu schaffen, damit alle Klienten oder Patienten als Konsumenten auftreten könnten, um Dienstleistungen einzukaufen. Unser jetziges System orientiert sich bei der Finanzierung zu sehr an den entstehenden Kosten und weniger an Qualitätskriterien.

Der Gedanke des Dienstleistungsunternehmens

Klaus Jöllenbeck

Grundsätzlich gehen wir davon aus, daß soziale Einrichtungen - genauso wie Wirtschaftsunternehmen - eine eigene Dynamik entfalten müssen zur laufenden Veränderung ihrer Arbeit, um sich so auf veränderte Bedingungen bei den Betreuten und bei den Kostenträgern einstellen zu können. Zwar wird jeder, der sich einen sozialen Beruf erwählt, ein Interesse daran haben, anderen Menschen zu helfen, es kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß dieses Helfen leistungsorientierten Maßstäben unterliegt.

Um diese Anforderungen erfüllen zu können, ist es für den Träger von Sozialeinrichtungen notwendig, sich als ein Dienstleistungsunternehmen zu begreifen. Kunden sind hierbei die Betreuten, die ja unmittelbar oder mittelbar über den Staat empfangene Leistungen auch vergüten.

Versteht man sich als Dienstleistungsunternehmen, so wird die Einrichtung ihren Betreuten auch vermitteln, daß sie nicht als Bittsteller deren Leistung in Anspruch nehmen. Diese grundsätzliche Haltung hat sowohl Einfluß auf die Umgangsformen als auch auf die eigentliche pädagogische Arbeit. Selbst die Umgangsform ist schon Teil der Pädagogik.

Kommt ein psychisch kranker Mensch zum Träger der psychosozialen Einrichtung, so kann schon bei dem ersten Kontakt deutlich gemacht werden, daß er als gern gesehener Gast Anrecht auf die Hilfeleistung hat. Ängste werden schneller überwunden, wenn dieser Kontakt in einer angenehmen Atmosphäre stattfindet.

Ziel der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter muß es sein, im Laufe der Betreuung eine Willensbildung bei den Betreuten zu ermöglichen. Dieses Ziel wird in der Alltagsarbeit nur allzu schnell vergessen, auch wenn es für alle pädagogischen und therapeutischen Konzepte an sich selbstverständlich ist.

In finanzieller Hinsicht hat das Dienstleistungsunternehmen die Aufgabe, das pädagogisch und therapeutisch Notwendige so preiswert wie möglich zu leisten. Dies bedeutet, daß z. B. eine Pflegesatzverhandlung nicht dann automatisch erfolgreich ist, wenn der Pflegesatz sehr hoch ausfällt. Vielmehr ist es zu begrüßen, wenn die Einrichtung im Rahmen eines eher niedrigen Pflegesatzes die notwendigen Leistungen erbringen kann. Insofern müssen hier die Kostenträger auch als mittelbare Kunden angesehen werden. Die freie Wohlfahrtspflege ist in gewisser Hinsicht ein "Subunternehmer" des Staates. Das Interesse des Kostenträgers, für eine zu erbringende Betreuungsleistung möglichst wenig Mittel zur Verfügung stellen zu müssen, ist zu berücksichtigen. In den meisten Fällen korrespondiert dieses Ziel mit dem pädagogischen Ziel, den Betreuten Möglichkeiten zu eröffnen, ohne weitere Betreuung auszukommen. Der Träger muß also ausbalancieren, welche Leistungen erbracht werden müssen, um dem Anspruch des betreuten Menschen gerecht zu werden, und wo auf Betreuungsleistungen verzichtet werden kann, damit der Kostenträger nicht mehr belastet werden muß als unbedingt notwendig. Wie wenig zwischen diesen beiden Polen ein Widerspruch zu finden ist, wird in der Betreuung von psychisch Kranken deutlich. Eine Vollversorgung von Langzeitpatienten in einer Klinik ist weder aus pädagogischer noch aus finanzieller Sicht zu begrüßen.

Die Oberbergische Gesellschaft (OGB) hat in einem streng abgegrenzten Versorgungsgebiet ein nahezu komplettes System psychosozialer Einrichtungen aufgebaut. Schon sehr früh wurde an den jeweiligen Einzelfällen untersucht, ob die Häufigkeit von Klinikaufenthalten nach Aufnahme der Betreuung

zurückgeht. Die eindeutigen Ergebnisse sowohl bei Langzeitpatienten in Heimen als auch bei Kontaktstellenbesuchern gaben zu der Hoffnung Anlaß, daß diese Ergebnisse sich irgendwann auch bei den Kostenträgern auswirken werden. Nach einigen Jahren konnte mit Hilfe der Allgemeinen Ortskrankenkasse nachgewiesen werden, daß die Anzahl der zu bezahlenden Pflegetage in der psychiatrischen Klinik um nahezu 25 % zurückgegangen waren. Die Folge davon war, daß nun die Krankenkassen bereit waren, sich an der Finanzierung der Kontaktstellenarbeit zu beteiligen. Parallel dazu wurden Betten im klinischen Bereich abgebaut.

Ursache für den Rückgang der klinischen Pflegetage ist nach übereinstimmender Meinung aller Beteiligten die Zusammenarbeit zwischen dem Oberbergischen Kreis, der Klinik und der OGB.

Grundsätze des organisatorischen Aufbaus

Eine gar nicht neue, aber doch immer wieder mißachtete Erkenntnis ist, daß eine therapeutische oder sozialtherapeutische Betreuung in kleinen, überschaubaren Einrichtungen sehr viel mehr Erfolg verspricht, weil die Betreuten in ihrer Eigeninitiative gefördert werden und weil Großeinrichtungen in ihrer Größe an sich schon ein Eigenleben haben, das auch eigene Probleme produziert. Selbst eine Wohngemeinschaft von nur vier psychisch Kranken produziert schon eigene Probleme als Wohngemeinschaft. Wer wäscht z. B. ab? Wer hört wie laut Musik?

Zwar wird man in diesem Bereich immer wieder auch Kompromisse schließen müssen, prinzipiell kann jedoch davon ausgegangen werden, daß die Einheiten sowohl aus wirtschaftlicher als auch aus pädagogischer Sicht so klein wie möglich sein sollten. Hat beispielsweise ein Heim mit 100 Plätzen Küchenpersonal beschäftigt, das für die Herstellung des Essens zuständig ist, so werden sich die pädagogischen Mitarbeiter sehr schwer tun, im Rahmen einer Rehabilitation einem Bewohner beizubringen, wie man sich selbst versorgen kann. Das Argument, das in diesem Zusammenhang immer wieder von Verwaltungsleitern vorgebracht wird, daß gerade Wohneinrichtungen erst von einer gewissen Größe an wirtschaftlich zu führen sind, hat sich in der Praxis in keiner Weise bestätigt. Langzeiteinrichtungen mit zehn bis 15 Bewohnern können in der Psychiatrie mit 100 bis 130 DM pro Kalendertag und Bewohner geführt werden.

In kleinen Einrichtungen wird die Verantwortung des einzelnen größer. Er wird durch das System an sich schon mehr gefordert. Er erfährt durch eine stärkere Identifikation mit seinem Zuhause auch mehr Anreiz zur Eigeninitiative. Für die Mitarbeiter gilt dies genauso. So wird z. B. der Mangel an Hausmeistern in einer solchen Einrichtung zur Tugend gemacht, indem die Mitarbeiter zusammen mit dem Betreuten kleine Reparaturen selbst durchführen.

Sehr wichtig erscheint es mir, daß die Einrichtungen ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz vor Ort erhalten. Immer wieder kann in diesem Zusammenhang beobachtet werden, daß selbst sehr konservative Träger die gesamte Verantwortung in Einrichtungen mit einer geringen Größe von einem Team gleichwertig wahrnehmen lassen. Gerade dann, wenn ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz in einer solchen Einrichtung vorhanden sein soll, ist die klare und unmißverständliche Zuordnung der Kompetenzen notwendig. Die Entscheidung z. B., welche Bewohner in ein Heim aufgenommen werden, muß nach Beratung mit den anderen Mitarbeitern bei der Leitung des Hauses liegen. Auch ist eine im Organigramm festgehaltene klare Zuordnung von Kompetenzen und Zuständigkeitsbereichen der einzelnen Mitarbeiter unbedingt erforderlich, damit sich nicht alle um alles kümmern müssen, aber auch, um nicht die Vorteile einer kleinen Einrichtung durch die Verwässerung von Entscheidungsstrukturen in kleinen

Teams zunichte zu machen. Es muß auch eine kleine Einrichtung in "Abteilungen" unterteilt werden, die von der jeweiligen Leitung koordiniert und zu einem Ganzen zusammengefügt werden.

Existieren mehrere Einrichtungen solcher Art unter einem Träger, so ergibt sich ein dringender Bedarf, den fachlichen Standard dieser Einrichtungen einheitlich weiterzuentwickeln und die Einrichtung konzeptionell aufeinander einzustellen. Es ist keineswegs zufällig nur von den jeweiligen Mitarbeitern abhängig, ob in den einzelnen Einrichtungen für die psychisch Kranken viel oder nicht so viel getan werden kann. Ein gutes Hilfsmittel ist hierbei eine Konferenz der jeweiligen Einrichtungsleiter mit der Geschäftsführung. Diese Konferenz dient in erster Linie dem Entwickeln von gemeinsamen fachlichen Standards.

Eine besondere Rolle hat in diesem Zusammenhang die Verwaltung. Sie ist Mittel zum Zweck für die pädagogische Arbeit. Es würde fürs erste naheliegen, ihr eine relativ schwache Rolle in der Gesamtkonstellation zu geben. Dagegen spricht, daß die Arbeitsweise der Verwaltung entscheidend auch den pädagogischen Alltag bestimmt. Die Organisation und die Verwaltung des Geldes wird immer auch Einfluß auf die Versorgung der Betroffenen haben. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, daß sie ihre Entscheidungen und Handlungsweisen erklärt und begründet. Die Arbeit in der Verwaltung sollte auch für pädagogische Mitarbeiter durchsichtig sein. Ein entscheidender Faktor hierbei ist die Erarbeitung des Haushaltes und die Überwachung der Ausgaben. Wird einmal jährlich für jede Einrichtung ein Budget erstellt, in dessen Rahmen die Einrichtungsleiter Entscheidungskompetenzen haben, so bietet eine zeitnahe Überwachung Sicherheit und ermöglicht den Leitern die Ausschöpfung ihrer Entscheidungskompetenz. Die Verwaltung dient also dem eigentlichen Zweck des Trägers, was sie keinesfalls abwertet. Sie hat sich allerdings auch - wie die Einrichtungen - den Zielen des Trägers zu verschreiben. Das Entwickeln von Eigeninteressen der Verwaltung ist hierbei kaum möglich.

Organisation der Arbeit in der Einrichtung

Wie dies schon oben angeklungen ist, sollte gerade auch in einer kleinen Einrichtung sehr sorgfältig eine organisatorische Planung mit dem Festlegen von Organisations- und Kompetenzbereichen vorgenommen werden. Die jeweiligen Mitarbeiter haben so Verantwortungsbereiche, die aber auch Gestaltungsspielräume ermöglichen. Gute oder schlechte Arbeit kann für sie selbst leichter erkannt werden, und die Gefahr der Vernachlässigung von einzelnen Aufgabenbereichen wird so gebannt. Der Mitarbeiter hat auf diese Weise ein eigenes "Reich" zugesprochen bekommen. Es handelt sich also um Verantwortungsbereiche. Es wäre falsch zu sagen, daß der jeweilige Mitarbeiter nur in diesen Bereichen arbeitet. Zum Beispiel kann ein Mitarbeiter, der für die Küche zuständig ist, für die gesamte Planung der Kücheneinrichtung, Planung der Haushaltsausgaben u. ä. zuständig sein; trotzdem ist er durchaus nicht derjenige, der dauernd in der Küche steht.

Die einzelnen Bereiche werden von dem jeweiligen Leiter kontrolliert, der Leiter wird von der Geschäftsführung kontrolliert, und die Geschäftsführung wird vom Vorstand oder der Gesellschafterversammlung überwacht. Die Diskussion über die Kontrolle in der Arbeit sozialer Einrichtungen ist immer wieder sehr hitzig verlaufen. Oftmals wird in diesem Bereich Kontrolle zunächst als etwas Negatives empfunden. Mitarbeiter der sozialen Berufe lehnen dies ab, solange nicht klar wird, nach welchen Kriterien sie eigentlich kontrolliert werden sollen. Voraussetzung für eine sachgerechte Kontrolle ist also zuerst einmal, daß die Kriterien für gute oder schlechte Arbeit festgelegt werden. Organigramme und die grundsätzlichen Vorgaben des Trägers bieten hierfür zunächst einmal eine ganz gute Grundlage. Wenn mich jemand kontrolliert, dann kann ich ihm auch Verantwortung übertragen, wenn ein Problem mit den

mir zur Verfügung stehenden Mitteln nicht gelöst werden kann. Ich stehe also nicht allein und kann mich im Zweifelsfall an kompetenter Stelle beraten lassen. Die Beratung mit einem Vorgesetzten bindet diesen Vorgesetzten auch in die Verantwortung zurückübertragen ein und sichert den handelnden Mitarbeiter in schwierigen Situationen ab. Daß dieses Problem erkannt wird, zeigen die zunehmenden Diskussionen unter Mitarbeitern in sozialen Einrichtungen über das Thema "Qualitätskontrolle in der sozialen Arbeit".

Die OGB hat das Institut für Kommunale Psychiatrie beauftragt, die Arbeit nach folgenden Kriterien zu überprüfen (finanziert wird diese Prüfung vom Landschaftsverband Rheinland):

1. Die OGB sollte eine möglichst bedarfsgerechte, umfassende Versorgung und Betreuung von allen Gruppen chronisch psychisch Kranker auf dem aktuellen fachlichen Stand im Oberbergischen Kreis gewährleisten.

2. Die OGB sollte eine möglichst kostengünstige Erbringung der unter 1. genannten Leistungen gewährleisten. Im übrigen gilt der Gesellschaftervertrag der OGB.

Ziele der Prüfung:

1. Überprüfung der Effizienz der Betreuungsleistungen in einzelnen Einrichtungen.
2. Überprüfung der Effizienz des Verbundes der Gesamteinrichtung für die regionale Gesamtversorgung.

Beide Themenbereiche sind jeweils unter dem Gesichtspunkt
a) Nutzerorientierung
b) Kostenträgerorientierung
c) Mitarbeiterorientierung
zu beleuchten.

Mittel der Prüfung sind sowohl die Überprüfung von Konzepten als auch die Überprüfung von Arbeitsweisen in den einzelnen Einrichtungen sowie die Befragung von Nutzern. Darüber hinaus werden im Auftrag des Prüfers laufende Statistiken erstellt.

Die Überprüfung findet analog zu dem Bericht der Wirtschaftsprüfer statt. Auftraggeber ist die Gesellschafterversammlung.

Grundlage aller Qualitätsprüfungen ist die Sicherheit, daß man, von einigen Grenzfällen abgesehen, beurteilen kann, was eine gute und was eine nicht so gute Betreuung ausmacht.

Qualitätsmerkmale

Qualitätsmerkmal in der Arbeit mit psychisch Kranken ist zum Beispiel der Umgang der Betreuer mit den kranken Menschen. Die Umgangsform spielt hierbei eine wesentliche Rolle.

Wichtiges Merkmal der Arbeit ist auch: Welche Regeln gibt es für das Zusammenleben? Wie werden Verhaltensgrenzen festgelegt? Welche gemeinsamen Verhaltensregeln für welche psychisch Kranken gibt es? Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Institutionen? Wird für jeden Betreuten eine Art soziales Behandlungskonzept erstellt? Wird der psychisch Kranke bei der Erstellung dieses Behandlungskonzeptes einbezogen, und wird es ihm im Ergebnis durchsichtig gemacht? Wie ausgeprägt

ist die Selbstdisziplin der Mitarbeiter in diesem Zusammenhang? Hat die Einrichtung die Möglichkeit, in besonderen Einzelfällen abweichende Behandlungskonzepte aufzustellen? Wie beweglich wird mit Konzepten umgegangen, um eine individuelle Betreuung zu ermöglichen?

Abschließend möchte ich noch anmerken, daß alle von mir angesprochenen Punkte Gegenstand von heftigen Diskussionen innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie im Rheinland sind, einem Zusammenschluß von Trägern, dessen Aufgabe nicht nur in der Interessenvertretung nach außen besteht, sondern der auch ein wichtiges und sehr kritisches Standbein in der Weiterentwicklung der eigentlichen Arbeit vor Ort ist.

Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung aus der Sicht der Leistungsträger

Herbert Rebscher

Auf den ersten Blick betrachtet, steht in der Bundesrepublik Deutschland ein weit ausgebautes und differenziertes Netz unterschiedlicher Versorgungsangebote für psychisch Kranke zur Verfügung. Auch nach den gesetzlichen Leistungsvorschriften der Krankenversicherung (vgl. § 27 SGB V) müssen die Belange psychisch Kranker bei der Gewährung von Leistungen besonders berücksichtigt werden. Wenn man die Versorgungssituation jedoch etwas stärker ausleuchtet, stellt sich schnell die Frage, ob die Strukturen aus der Sicht der Betroffenen, insbesondere der schwer und chronisch psychisch Kranken, ausreichen und auch - soweit vorhanden - bedarfsgerecht genutzt werden. Verschiedene Anzeichen sprechen dafür, daß der Aufbau von Einrichtungen und Diensten primär nach institutionellen Gesichtspunkten und Interessen, weniger jedoch aus der Perspektive der Betroffenen erfolgt.

Versorgungslandschaft

Seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 und dem Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung von 1980 bis 1985 sind - und dies ist unbestritten - wichtige Schritte eingeleitet worden zugunsten einer gemeindenahen, bedarfsgerechten, umfassenden und koordinierten Versorgung psychisch kranker Menschen. Hierzu ein kurzer Blick auf die Versorgungslandschaft:

- Die Klinifizierung der Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker in Großkrankenhäusern der Psychiatrie wurde erheblich reduziert. Von 1976 bis 1991 wurde die Zahl der Betten von 150.000 auf 73.000 zurückgefahren.

- In den Bundesländern wird der ambulante und komplementäre außerklinische Bereich in Ergänzung zur medizinischen Versorgung auf- und ausgebaut. Die Verantwortung hierfür tragen in erster Linie die Bundesländer. Von Land zu Land gibt es jedoch noch erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich einer flächendeckenden komplementären Versorgung.

- Die durchschnittliche Verweildauer einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung konnte auf 70 Tage verkürzt werden.

- Die Qualität der stationären Versorgung ist u. a. durch die Psychiatrie-Personalverordnung des Bundes vom 18.12.1990, die am 01.01.1991 in Kraft getreten ist, spürbar verbessert worden. Die Umsetzung erfolgt bis zum 31.12.1995. Das Konzept der Verordnung orientiert sich an dem jeweiligen Behandlungs- und Betreuungsbedarf und definierten Patientengruppen. Zugrunde liegt ein Therapiekonzept, das die Bedingungen einer modernen psychiatrischen Versorgung berücksichtigt und die Zusammenarbeit zwischen stationären, ambulanten und komplementären Diensten fördert. Damit ist die Entwicklung von patientenorientierten Behandlungsstandards vorgezeichnet. Das Konzept wird - so ist zu hoffen - zur Verbesserung und zu mehr Effektivität in der psychiatrischen Versorgung führen.

- Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater hat sich seit 1975 verdreifacht (31.12.1991 rd. 5.500 Ärzte). Hinzu kommen die im Delegationsverfahren tätigen nicht-ärztlichen Dipl.-Psychologen.

- In der Bundesrepublik bestehen 134 Institutsambulanzen für psychisch Kranke.

- Sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Beratungsstellen und Tagesstätten haben sich als wichtige Elemente der komplementären Versorgung durchgesetzt.

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz einige Initiativen unter Mitwirkung der Krankenversicherung zur Verbesserung der Rehabilitation psychisch Kranker ansprechen.

Zur Verbesserung der stationären Rehabilitation insbesondere schwer psychisch kranker Menschen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sowie die Bundesanstalt für Arbeit modellhaft das Konzept der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) erprobt. Zugrunde liegen die von Experten entwickelten Anforderungsprofile, welche die inhaltlichen und personellen Anforderungen an die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation definieren. Das Konzept hat sich nach den Ergebnissen des von 1988 bis 1993 durchgeführten Modells grundsätzlich bewährt. Die RPK ermöglicht eine psychische Stabilisierung des Patienten und eine Wiedereingliederung in das berufliche und soziale Umfeld. Sie erfüllt damit eine Brückenfunktion zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

In einer gemeinsamen Erklärung haben die beteiligten Spitzenverbände im Herbst 1993 ihre Bereitschaft unterstrichen, die Rehabilitation in diesen Einrichtungen in die Regelversorgung zu übernehmen. Das bedeutet, daß in den einzelnen Bundesländern im Rahmen des festgestellten Bedarfs weitere qualifizierte stationäre Einrichtungen zugelassen werden können. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der stationären Rehabilitation.

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz auch die Bemühungen der Kranken- und Rentenversicherung ansprechen, die Rehabilitation Suchtkranker zu verbessern. Hier ist auf die Empfehlungsvereinbarungen für die ambulante und stationäre Entwöhnung von 1978 und 1991 zu verweisen. Allerdings kann auch hier festgestellt werden, daß die Entwöhnung immer noch vorrangig im stationären Bereich stattfindet, obwohl ambulante Rehabilitationsmaßnahmen vielfach ausreichen. Es ist jedoch geplant, Auswahlkriterien zu entwickeln, damit der richtige Patient in die richtige Einrichtung gelangen kann und vorrangig ambulante Maßnahmen durchgeführt werden.

Den besonderen Belangen psychisch kranker Menschen ist auch durch die Neufassung der Richtlinien für die Ergotherapie, durch die Richtlinien für häusliche Krankenpflege und das von den Ersatzkassen entwickelte Konzept der gerontopsychiatrischen Tagespflege Rechnung getragen worden. Bei dem letztgenannten Konzept ist vorgesehen, zur Entlastung von betreuenden Angehörigen, aber auch zur Sicherstellung der kurativen und rehabilitativen Versorgung psychisch Kranke vorübergehend in gerontopsychiatrischen Tagesstätten unterzubringen. Die nach Qualitätsvorgaben erbrachten Leistungen werden von den Ersatzkassen vergütet.

Gestatten Sie mir noch eine kurze Bemerkung zu dem Personenkreis der psychisch Kranken mit weniger schweren Krankheitsbildern. Hier dürfte die Versorgungssituation grundsätzlich positiv zu beurteilen sein, wenngleich die ständige Zunahme der Zahl stationärer Maßnahmen in psychosomatischen Kliniken und die Defizite in der psychotherapeutischen Grundversorgung bei niedergelassenen Ärzten zunehmend

Probleme aufwerfen. Ich möchte mich in meinen weiteren Ausführungen jedoch auf die Versorgungssituation schwer psychisch Kranker konzentrieren.

"Ambulant vor stationär" verwirklichen

Das A und O der zukünftigen Versorgung sind m. E. die Verbesserung und der Ausbau der ambulanten und komplementären Rehabilitation. Das Prinzip "ambulant vor stationär" ist auch die gesundheits- und sozialpolitische Vorgabe für die Leistungsträger. Eine bedarfsgerechte und qualifizierte ambulante und komplementäre Rehabilitation kann in vielen Fällen die stationäre Behandlung und Rehabilitation verkürzen oder entbehrlich machen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der geringer werdenden finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen ist eine sinnvolle und bedarfsgerechte Mittelverwendung oberstes Gebot. Wir können es uns in Zukunft nicht weiter leisten, stationäre Maßnahmen durchzuführen, wenn eine ambulante Versorgung ausreicht.

In der ambulanten und komplementären Versorgung sind noch Lücken vorhanden. Es fehlt auch ein Qualitätssicherungskonzept. Hinzu kommt, daß vorhandene Versorgungsstrukturen (ambulant, teilstationär, stationär, komplementär) vielfach ungeordnet und in Konkurrenz zueinander stehen. Wie die Ergebnisse des Modellprogramms Psychiatrie gezeigt haben, suchen sich Leistungsanbieter vielfach ihren Patientenkreis, ohne den individuellen Versorgungsbedarf zu berücksichtigen. Die notwendige Verzahnung der Versorgungsangebote und die bedarfsgerechte Zuweisung von Patienten sind verbesserungsbedürftig. Die Folge einer nicht bedarfsgerechten oder fehlenden Versorgung ist vielfach die wiederholte und unsinnige Krankenhausbehandlung.

Die Defizite im ambulanten und komplementären Bereich sind nicht nur auf fehlende Planungsvorgaben zurückzuführen, sondern natürlich auch auf Geldmangel der öffentlichen Hand und die immer noch vorhandenen Abgrenzungsprobleme zwischen medizinischer und sozialer bzw. psychosozialer Rehabilitation. Die Situation im medizinischen Bereich der Versorgung sieht zwar - wie meine Zahlen verdeutlichen - nicht schlecht aus. Auch hier fehlt jedoch die Verbindung zu den anderen Versorgungsstrukturen. Der niedergelassene Arzt ist vielfach Einzelkämpfer.

In diesem Zusammenhang stellt sich - hierauf muß man leider immer wieder hinweisen - ein Kernproblem dar: die Sicherstellung der Finanzierung im ambulanten komplementären Bereich. Nach dem geltenden Recht ist die Krankenversicherung nicht zuständig für soziale und psychosoziale Leistungen, die z. B. in sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten, psychosozialen Beratungsstellen, Übergangsheimen und therapeutischen Wohngemeinschaften angeboten werden und für den Erfolg bzw. die Sicherung der Rehabilitation von großer Bedeutung sind. Für diese Leistungen ist nach geltendem Recht (Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz) der Träger der Sozialhilfe zuständig, jedoch nur subsidiär und mit der Folge, daß Einkommen und Vermögen bei der Leistungsgewährung anzurechnen sind. Es fehlt somit ein Träger der sozialen Rehabilitation mit einem eigenen Leistungsgesetz. Die Sicherstellung der sozialen Rehabilitation ist jedoch unerläßlich, da insbesondere die soziale Problematik bei psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt. Realistisch muß man sehen, daß eine Verlagerung psychosozialer Leistungen zur Krankenversicherung zu einer erheblichen Kostenausweitung - auch unter Berücksichtigung anderer Krankheitsbereiche - führen würde, die angesichts der Sparzwänge im Gesundheitswesen kaum realisierbar erscheint.

Die notwendige Verbindung zwischen medizinischen und sozialtherapeutischen/ psychosozialen Maßnahmen spielt insbesondere bei chronisch psychisch Kranken eine besondere Rolle. Zur Zeit wird im Bereich der Krankenversicherung ein Modellversuch vorbereitet, bei dem die Wirkung sozio-therapeutischer Maßnahmen als Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation in Ergänzung zur Krankenbehandlung erprobt werden soll. Das Modell soll insbesondere dazu dienen,

- mögliche Grenzlinien zwischen sozio-therapeutischen und sozialen bzw. psychosozialen Maßnahmen zu definieren,
- die ambulanten bzw. komplementären Rehabilitationsangebote weiter auszubauen,
- die Rehabilitation stärker in den ambulanten Bereich zu verlagern und stationäre Maßnahmen entbehrlich zu machen,
- die Wirkung dieser Maßnahmen festzustellen,
- Kostenentlastungseffekte im stationären Bereich darzulegen.

Zielvorstellungen

Aus meiner Sicht benötigen wir für den weiteren Aus- und Aufbau bedarfsgerechtere, wohnortnähere Versorgungsangebote für psychisch Kranke, konkrete und qualitätsorientierte Vorgaben

- für die Auswahl der Patienten,
- für die Inhalte komplementärer rehabilitativer Maßnahmen,
- für personelle Anforderungen,
- für die Kooperation der Beteiligten,
- für die Zuständigkeitsabgrenzung.

Die Überlegungen der Kommission zur Ermittlung des Bedarfs notwendiger Hilfen im ambulanten komplementären Bereich aus der Sicht der Betroffenen kann ich grundsätzlich nur unterstützen. Allerdings sollten die zu entwickelnden Kriterien nicht zu bürokratisch und perfektionistisch im Sinne einer totalen Verplanung des Patienten, sondern flexibel und verwaltungspraktikabel entwickelt werden. Zur weiteren Umsetzung sehe ich insgesamt fünf Punkte:

1. Ein wichtiger Schritt ist zunächst, für den Patienten im Sinne einer Rehabilitationsabklärung den individuellen Rehabilitationsbedarf bezogen auf die Notwendigkeit medizinischer, beruflicher und sozialer Maßnahmen zu ermitteln. Die Rehabilitation muß sich nach dem Bedarf des Patienten bzw. seiner Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen und nicht nach den Versorgungsangeboten richten. Als Grundlage für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs sollten die Kriterien der WHO-Definition einer Behinderung (Impairment, Disability und Handicap) dienen. Insofern erscheint die Entwicklung von Standards für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und für die Zuweisung von Patienten zu bestimmten Einrichtungen m. E. sinnvoll. Eine systematische Erfassung des individuellen Rehabilitationsbedarfs kann dann auch zu einer bedarfsgerechteren Zuweisung in die entsprechende Einrichtung führen. Die Ermittlung des individuellen Reha-Bedarfs ist nach meinem Dafürhalten nicht die Aufgabe einer einzelnen Fachkraft, sondern eine interdisziplinäre Aufgabe von Ärzten, nicht-ärztlichen Therapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern. Gefragt ist der Teamgedanke. Eine Federführung des Arztes und eine Mitwirkung des Medizinischen Dienstes erscheinen durchaus sinnvoll. Hierzu gehört auch, die vertragsärztliche Versorgung zu qualifizieren im Sinne einer besseren Steuerung und Koordinierung der Rehabilitation.

2. Die Festlegung des individuellen Hilfebedarfs erfordert eine konkrete Definition der verschiedenen Versorgungsangebote und -aufgaben. D. h., es müssen Anforderungskriterien für die inhaltlichen und personellen Vorgaben einschließlich der Qualifikation der Fachkräfte entwickelt werden. Diese Forderung steht m. E. mit der individuellen Feststellung des konkreten Hilfebedarfs in engem Zusammenhang. Dies ist eine Aufgabe aller Leistungsträger - auch der Träger der Sozialhilfe - im Rahmen der Zuständigkeiten.
   Hierzu gehört auch, das Berufsbild des Sozio-Therapeuten zu konkretisieren und zu qualifizieren. Bisher gibt es für die in diesem Bereich tätigen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen keine einheitlichen und qualifizierten Weiter- und Fortbildungsangebote.

3. Benötigt werden innerhalb der Region - hierbei kann man von den Modellregionen von 150.000 bis 250.000 Einwohnern ausgehen - Verbundstrukturen im Sinne einer interdisziplinären und integrierten Kooperation der an der Rehabilitation Beteiligten. Die unterschiedlichen Aufgaben sollten hierbei klar voneinander abgegrenzt bleiben. Erforderlich ist eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen, Stellen und Fachkräfte im Rahmen regelmäßiger Gesprächskreise. Hierbei könnte die Kommune bzw. der Kreis eine Federführungsrolle übernehmen. Aufgabe der Gesprächskreise ist auch, eine auf die Region bezogene Planung der Strukturen vorzunehmen.

4. Das gegliederte Versorgungssystem innerhalb der Region muß für alle Beteiligten ausreichend transparent sein, damit der psychisch Kranke zum richtigen Zeitpunkt der richtigen Einrichtung zugeführt werden kann. Hierzu bedarf es einer ständigen Aufklärung und gegenseitigen Information.

5. Zwischen den beteiligten Kostenträgern, d. h. zwischen Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und insbesondere der Sozialhilfe, muß eine eindeutige Zuständigkeitsabgrenzung für die Leistungsgewährung getroffen werden, die verhindert, daß ständig über Leistungszuständigkeiten gestritten wird. Eine eindeutige Aufgabenabgrenzung ist die Grundlage einer engeren Zusammenarbeit im Sinne der Betroffenen.

Mit diesen fünf Thesen möchte ich meine Ausführungen beenden und Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit danken.

Von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung aus Sicht der Leistungsträger

Gerhard Vigener

Die Arbeit der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich hat durch das 2. Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms eine ganz neue Bedeutung bekommen. Zum 01.07.1994 tritt aufgrund des o.g. Gesetzes mit dem neugefaßten §93 BSHG eine Regelung in Kraft, die Leistungsträger und -erbringer zwingt, von den allermeisten der bisher praktizierten Pflegesatzsysteme Abschied zu nehmen und sich gemeinsam auf ein Verfahren prospektiver Pflegesätze zu einigen, das als Inhalt die Vereinbarung "leistungsgerechter Entgelte" bei vereinbartem Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen hat.

Die Anwendung des Selbstkostendeckungsprinzips, die in der Sozialhilfe in der Vergangenheit bei der Ermittlung der Pflegesätze Regel war - obwohl das BSHG im Gegensatz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz sich auf ein bestimmtes Pflegesatzsystem nicht festgelegt hatte - muß damit aufgegeben werden. Das ist gut so! Die Pflegesatzvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern, die zur Ermittlung der "zu übernehmenden Kosten" die Vorlage eines "Selbstkostenblattes" vorsahen, waren immer komplizierter geworden. Die Regelungsdichte in diesen Vereinbarungen wurde von Jahr zu Jahr größer, damit weiter sichergestellt werden konnte, daß die Selbstkosten gedeckt und Gewinn und Verlust der Einrichtungen vermieden würden. Die Pflegesatzberechnungen sind letztlich so kompliziert geworden, daß 1993 in einem Bundesland für einzelne Einrichtungen Pflegesatzvereinbarungen noch für das Jahr 1986 ausstanden und man sich mit Abschlagszahlungen behalf.

Die Neuregelung von §93 Abs.2 BSHG geschah letztlich vor dem Hintergrund der Erkenntnis, daß die - auch nach altem Recht - geforderte Wirtschaftlichkeit mit dem Selbstkostendeckungsprinzip nicht erreicht werden konnte. Da letztlich jede nachgewiesene Ausgabe Einnahmen in derselben Höhe nach sich zog, fehlte jeglicher Anreiz, Ausgaben zu vermeiden und wirtschaftlich zu arbeiten. Diese Wirtschaftlichkeit soll in der Zukunft insbesondere über den prospektiven Pflegesatz erreicht werden. Vereinbarungen über leistungsgerechte Entgelte werden also nur noch für die Zukunft abgeschlossen; Erhöhungsnachzahlungen für die Vergangenheit sind damit ausgeschlossen. Diese neue Regelung bringt Einrichtungen wie Leistungsträgern den großen Vorteil, daß sie für ihre Haushalts- und unternehmerischen Planungen mit sehr viel sichereren Daten arbeiten können als in der Vergangenheit. Sie führt im übrigen dazu, daß Einrichtungen in Zukunft bei besonders wirtschaftlichem Verhalten auch Gewinne machen können.

Die Pflegesätze nach dem 01.07.1994 sollen nicht nur prospektiv sein, sondern leistungsgerecht "und einer Einrichtung bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, eine bedarfsgerechte Hilfe zu leisten". So sieht es §93 Abs.2 in seiner neuen Fassung vor. Damit ist deutlich, daß nicht nur ein Abgehen vom "Selbstkostendeckungsprinzip" und damit mehr Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten geboten sind, sondern eine neue Leistungsgerechtigkeit, die man mit dem Schlagwort "Gleiches Entgelt für gleiche Leistung!" ausdrücken kann. Mit Verwirklichung dieser Leistungsgerechtigkeit kann endlich auch die Transparenz erreicht werden, die pflegebedürftige und behinderte Menschen von Leistungserbringern und Leistungsträgern schon seit langem fordern. Die großen Pflegesatzsteigerungen der vergangenen Jahre führten dazu, daß vor allem in der Altenpflege Heimbewohner, die nicht auf Sozialhilfe angewiesen waren, Rechnungslegung für die monatlich zu bezahlenden 4.000,--DM verlangten.

Der wichtigste Schritt in der Entwicklung eines Systems leistungsgerechter Entgelte dürfte die Trennung des Entgelts für Pflege und Betreuung des einzelnen Leistungsempfängers in ein einrichtungsbezogenes Grundentgelt und einrichtungsunabhängige, klientenbezogene Leistungsentgelte sein. Eine solche Trennung ist bereits im neuen Entgeltsystem im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgenommen worden; auch die Pflegeversicherung gliedert die Pflegesätze in verschiedene Bestandteile.

Das Grundentgelt kann dabei für die Einrichtung sehr unterschiedlich sein, während klientenbezogene Leistungsentgelte einrichtungsunabhängig für alle Leistungsempfänger derselben Klientengruppe gleich hoch sind. Grundentgelt und diagnose- oder klientenbezogenes Leistungsentgelt werden addiert, um insgesamt zum leistungsgerechten Entgelt für Pflege und Betreuung des Leistungsempfängers zu kommen.

Das Grundentgelt beinhaltet die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und besteht neben den Gebäudekosten im wesentlichen aus Personal- und Sachkosten für diese Grundleistung. Andere Variablen, die sich z.B. aus dem Altersaufbau des Personals ergeben, können auch - allerdings in pauschalierter Form - ins Grundentgelt einbezogen werden.

Klientenbezogene Leistungsentgelte können in Pflegeentgelte und Eingliederungsentgelte aufgeteilt werden. Denkbar wäre auch, aus den Pflegeentgelten und Eingliederungsentgelten die medizinisch-therapeutischen Bestandteile eigens herauszurechnen. Wenn das Gesundheitsstrukturgesetz 160 Sonderentgelte und 40 Fallpauschalen kennt, kann man sich vorstellen, daß gerade in dem sehr differenzierten Bereich der Hilfe für Behinderte nicht die drei Leistungsstufen des Gesetzentwurfes zur Pflegeversicherung die notwendige Differenzierung der klientenbezogenen Leistungsentgelte widerspiegeln, sondern daß dies vielmehr durch das künftige Leistungssystem in den Krankenhäusern geschieht.

Diese System differenzierter Leistungsentgelte wird im übrigen den Anforderungen von §3 BSHG wesentlich gerechter als das bisherige Pflegesatzsystem. Ein solches neues System führt außerdem dazu, daß es in der Zukunft wieder leichter gelingen wird, auch schwerstbehinderte Menschen in Einrichtungen unterzubringen, die in den vergangenen Jahren bei knappem Platzangebot häufig abgewiesen wurden.

Die Ermittlung der diagnose- oder klientenbezogenen Leistungsentgelte wird in den nächsten Jahren viel Arbeit machen. Fraglich ist, ob für die Entwicklung der neuen Systeme Kommissionen geeignet sind, die schwerpunktmäßig aus Kreisen der Leistungserbringer besetzt sind. Meine Kritik an der Zusammensetzung der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich darf ich daher an dieser Stelle wiederholen. Leistungserbringer mögen zwar den Bedarf der Behinderten in Erhebungsbögen zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs - wie der Verband Kath. Einrichtungen dies getan hat - oder in einem Verfahren zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs, das innerhalb der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich diskutiert wird, aus ihrer Sicht beschreiben, die Definition der Leistung zur Bedarfsdeckung muß allerdings von Leistungsträgern und -erbringern gemeinsam vorgenommen werden.

Denkbar wäre, daß man sich zur Leistungsbeschreibung auf Referenzgruppen festlegt und den dort auf den einzelnen Behinderten bezogenen Personal- und Sacheinsatz, also die Leistung, feststellt. Anschließend kann dann im Rahmen von Durchschnittsbildungen aus dem Personal- und Sacheinsatz für Behinderte der einzelnen Referenzgruppen das jeweilige Entgelt ermittelt werden. Dies sollte meiner Meinung nach im Gegensatz zum Gesundheitsstrukturgesetz nicht bundesweit geschehen, sondern muß länderbezogen vorgenommen werden. In Nordrhein-Westfalen könnte man sogar daran denken, daß dies in den beiden großen Landschaftsverbänden getrennt durchgeführt wird.

Die Ermittlung der einrichtungsunabhängigen Leistungsentgelte scheint auf den ersten Blick sehr verwaltungsaufwendig und kompliziert zu sein. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die bisherigen Sonderpflegesätze für die vielen hundert Einrichtungen im Dienstbereich eines einzigen überörtlichen Trägers der Sozialhilfe manchmal jährlich neu berechnet wurden, weil sich neben anderen Faktoren auch der "Schweregrad der Behinderung" verschoben hatte. Im Gegensatz dazu geschieht die Festlegung der diagnosebezogenen Leistungsentgelte in der Regel einmalig. Das Ergebnis kann mit allgemeinen Steigerungsraten fortgeschrieben werden. Wissenschaftliche Institute, die bereits bei der Ermittlung von Fallpauschalen und Sonderentgelten im Krankenhausbereich Vorarbeit geleistet und Erfahrungen gesammelt haben, können unterstützend beauftragt werden.

Im Rahmen des Wechsels von der institutions- zur personenbezogenen Versorgung und Rehabilitation ist neben der gemeinsamen Leistungsdefinition für die einzelnen Klientengruppen auch eine Eingruppierung der Leistungsempfänger vorzunehmen. Aufgrund der Erfahrungen der Vergangenheit werden die Leistungsträger der Sozialhilfe die Eingruppierung der Leistungsempfänger allein durch die Einrichtungen nicht mehr unbedingt akzeptieren können. Denkbar wäre, einen qualifizierten öffentlichen Gesundheitsdienst oder den medizinischen Dienst der Krankenkassen mit dieser Aufgabe zu betrauen. Immer dann, wenn auch Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz beansprucht werden, wird der medizinische Dienst der Krankenkassen mit Bindungswirkung für die Sozialhilfe ohnehin die Eingruppierung vornehmen. Im Nachbarland Frankreich wird eine vergleichbare Aufgabe von einer Kommission durchgeführt, die bei der Sozial- und Gesundheitsdirektion des Departements angegliedert ist. Bei den Werkstätten für Behinderte haben wir schon heute einen Fachausschuß, der über die Aufnahme entscheidet. Ob Kommission, multidisziplinär besetzter Fachausschuß, der Medizinische Dienst oder der öffentliche Gesundheitsdienst - es geht darum, Eingruppierungen, die Auswirkungen sowohl auf das Leistungsspektrum für den einzelnen Behinderten als auch auf den von der öffentlichen Hand zu tragenden Preis für diese Leistungen haben, durch eine neutrale Stelle vornehmen zu lassen.

Lassen Sie mich zusammenfassen: aufgrund der Änderung des Bundessozialhilfegesetzes durch das 2. Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms hat die Arbeit der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich eine ganz neue Dimension erhalten. Das BSHG fordert Leistungsträger und -erbringer auf, in der Zukunft leistungsgerechte Entgelte zu vereinbaren und sich über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen einig zu werden. Eine praktikable Leistungsgerechtigkeit kann insbesondere dadurch erreicht werden, daß Leistungen für die verschiedensten Klientengruppen definiert und mit einem einheitlichen Entgelt für die jeweiligen Gruppen vergütet werden. Diese klientenbezogenen Leistungsentgelte werden im Rahmen von Durchschnittsbildungen ermittelt. Mit dem einrichtungsbezogenen Grundentgelt bilden sie zusammen den Pflegesatz der Zukunft.

Über die Möglichkeiten und Grenzen, ein am individuellen Hilfebedarf der Klienten orientiertes Betreuungssystem im Wohnbereich zu gestalten

Matthias Rosemann

Die Gestaltung von personenbezogenen Hilfen ist in einigen Einrichtungen des Berliner Bezirks Reinikkendorf seit wenigen Jahren ein dringendes Anliegen. Ich will im folgenden nur die wichtigsten Konsequenzen aus unserer Betreuungsphilosophie schildern, die sich dem Anspruch nach flexibler, dem Hilfebedarf des einzelnen angemessener und von außen gesteuerter Hilfe stellt. Dabei werde ich mich auf Aspekte aus dem Leben in einem Übergangsheim und aus der Betreuung im ambulanten Betreuten Einzelwohnen beschränken.
Ein Vergleich mit der Hauspflege, wie sie von Sozialstationen und privaten Pflegestationen angeboten wird, kann dabei helfen.

Unsere Einrichtungen befinden sich innerhalb eines Versorgungsgebietes in Berlin, das im wesentlichen einen Bezirk, Reinickendorf, mit rund 255.000 Einwohnern umfaßt.

Einige Vorbemerkungen

Bisher gilt für alle Hilfen im Wohnbereich der Psychiatrie, daß der Hilfesuchende den Ort der Hilfe aufsuchen muß. Wer intensive Betreuung, besonders auch nachts benötigt, muß in der Regel in ein Wohnheim oder ein Übergangsheim ziehen. Dieser Wohnortwechsel bedeutet für den Bewohner zugleich die Auseinandersetzung mit institutionellen Regeln, die teils aus dem gemeinsamen Leben unter einem Dach entstehen, teils aber auch durch die Finanzierungsart bedingt sind. Auch bei Maßnahmen und Einrichtungen mit geringerer Betreuungsintensität, z. B. den Wohngemeinschaften, ist das Leben der Bewohner durch die Gruppe und damit institutionell mitbestimmt. Nur das sog. Betreute Einzelwohnen kann sich auf die Wohnverhältnisse der Klienten - sofern sie vorhanden sind - einstellen.

Bei den institutionellen Strukturen ist zwischen den Interessen der Bewohner, denen der Mitarbeiter und denen der Kostenträger als den primären Interessen zu unterscheiden. Weitere Einflüsse könnten und müßten betrachet werden (z. B. die der Nachbarn), sollen aber der nötigen Kürze dieses Beitrags zum Opfer fallen.

Die Betreuung psychisch Kranker in Übergangsheimen, Wohngemeinschaften und Betreutem Einzelwohnen ist in Berlin seit einigen Jahren intensiv ausgebaut worden. Die Tatsache, daß die Angebote in Reinickendorf bis zum Ende der 80er Jahre sehr dünn waren, gab uns die Gelegenheit, beim nun erfolgten Aufbau neuer Einrichtungen und Strukturen auf die Gestaltung von personenzentrierten Hilfen besonderes Augenmerk zu legen.

Zum Leben und zur Betreuung in Heimeinrichtungen

Seit einigen Jahren bemühen wir uns, die Betreuung in unserem Übergangsheim soweit wie möglich am individuellen Bedarf der Bewohner zu orientieren. Dies bedeutet, daß wir beispielsweise bereits bei dem ursprünglichsten aller Bedürfnisse, dem Essen, verschiedene Möglichkeiten gestalten mußten. So sollen sich die Menschen allein oder mit Hilfe von Betreuern selbst versorgen können, sollen an einer Gemeinschaftsverpflegung in der Wohngruppe teilnehmen können und sollen ggf. von einer zentralen Küche

versorgt werden, wenn die Teilnahme am Essen in der Wohngruppe ihnen oder der Gruppe nicht zuzumuten ist. Theoretisch sollte auch die Möglichkeit bestehen, daß sich Bewohner durch externe Küchen ("Essen auf Rädern") versorgen lassen können. Dies ist aber durch die Essensbeträge in den Kostensätzen ausgeschlossen. Hier wird eine Grenze durch die Finanzierungsart gezogen.

Das Übergangsheim muß also baulich und personell die verschiedenen Möglichkeiten vorhalten, um den unterschiedlichen Ansprüchen gerecht werden zu können. Hier ergaben sich wenige Schwierigkeiten.

Die Übertragung des Individualisierungsprinzips auf die Wohnform gerät schon schwieriger: Im idealen Fall sollte der Bewohner - seinem individuellen Hilfebedarf angemessen - allein in einem Appartement oder mit einigen Bewohnern gemeinsam in einer Wohngruppe wohnen können. Dies war baulich leider nur begrenzt zu realisieren. Unser Haus bietet nun drei Ein-Zimmer-Appartements und sieben Wohngruppen in verschiedenen Größen an. Im alltäglichen Vollzug stellt sich nun die Frage, welche der Bewohner die Einzelappartements am dringendsten benötigen und wie zu häufiger Umzug und zusätzliche Fluktuation in den Wohngruppen in Grenzen zu halten sind.

Auch in anderen Lebensbereichen steht die Heim- oder Gruppenbetreuung in tendenziellem Widerspruch zur Gestaltung der personenbezogenen Hilfe: Die individuellen Hygieneansprüche müssen mit den Gruppenansprüchen in einen Kompromiß gebracht werden. Der Tag-Nacht-Rhythmus muß so gestaltet werden, daß die gegenseitigen Belastungen erträglich bleiben. An der Frage, wann ein Bewohner aufstehen "muß", bilden sich so viele verschiedene Normen und Haltungen heraus, wie die Wohngruppe Bewohner und Mitarbeiter hat.

Diese Beispiele sollen illustrieren, daß die Gestaltung der personenbezogenen Hilfe in jeder Gruppen-Wohnform an ihre Grenzen stößt. Am schwerwiegendsten erweist sich jedoch die Bindung der Betreuung an die Wohnung: Wer mit weniger Hilfe auskommt, als sie angeboten und finanziert wird, muß die Institution verlassen. Den anderen Fall, den "Auszug" der Betreuung (und der Betreuer) aus dem Heim bei Beibehaltung des Mietverhältnisses des Bewohners, haben wir bisher nur konzeptionell gewünscht; realisiert haben wir diese Variante noch nicht. Hier erleben wir bei den Mitarbeitern gelegentlich innere Barrieren, die sich etwa in der Frage ausdrücken, wie denn eine Gruppe zu betreuen sei, in der ein Mensch lebt, der keiner Betreuung bedarf und daher auch keine erhalten soll.

Zur Realisierung der personenbezogenen Hilfe im ambulanten Betreuten Wohnen

Im ambulanten Feld haben wir mit der Vereinigung der Finanzierungsart für Wohngemeinschaften und Betreutes Einzelwohnen in unserem Bezirk einen gewissen Durchbruch erzielt, der mehr Flexibilität möglich macht. Wir verfügen über eine Konzession für gegenwärtig 40 Plätze, die für die ambulante Betreuung zur Verfügung stehen. Diese Plätze können in allen Wohn- und Lebensformen mit Ausnahme eines Heims sein. Die Betreuung wird mit einem Durchschnitts-Personalschlüssel berechnet und soll für alle Betreuungserfordernisse ausreichen. Wir können also einzelne Menschen täglich mit hoher Stundenzahl betreuen, wenn zum Ausgleich andere Menschen mit nur geringem Zeitbedarf betreut werden. Für jeden Betreuten wird der gleiche Tagessatz berechnet. Das Betreuungssystem lehnt sich eng an den Sozialpsychiatrischen Dienst des Bezirks als dem Zentrum der ambulanten psychiatrischen Versorgung an. Die Entwicklung dieses Systems soll die notwendige Flexibilität für die ambulante Betreuung ermöglichen.

In dieser ambulanten Betreuung entwickeln sich die Grenzen der personenbezogenen Hilfen anders als im Heimbereich. Denn die Realisierung einiger verschiedener, in der bezirklichen Psychiatrieplanung entwickelter Ansprüche wie

- Vorrang des Hilfebedürftigsten,
- Befriedigung des individuellen Hilfebedarfs und
- personelle Betreuungskontinuität

führen unserer ersten Erfahrung nach zu einigen systemimmanenten Grundwidersprüchen, die stets gegeneinander auszugleichen sind.

1. Der Vorrang der chronisch psychisch kranken Menschen erfordert die personelle Kontinuität und Stabilität in der Betreuungsbeziehung. Dieses Bemühen um personelle Kontinuität kollidiert jedoch u. U. mit dem Vorrangsprinzip, wenn nämlich eine Betreuung beendet, verändert oder gemindert werden muß, um eine noch dringendere andere Betreuung gewährleisten zu können oder um dem erhöhten zeitlichen Hilfebedarf eines anderen Klienten aktuell gerecht werden zu können. Das Prinzip "Vorrang des Hilfebedürftigsten" steht damit tendenziell gegen das Prinzip "personelle Kontinuität".

2. Der Hilfebedarf der Klienten sowohl hinsichtlich der benötigten Zeit als auch hinsichtlich der Verteilung dieser Zeit über den Tag ist nicht selten erheblichen Schwankungen unterworfen. Die hierzu erforderliche Flexibilität findet ihre Grenzen in den Möglichkeiten der Personalbewirtschaftung. Der Träger muß zum einen möglichst kurzfristig Personalressourcen bereitstellen sowie flexibel auf die Klienten reagieren können und zugleich auf eine stabile Auslastung der Mitarbeiter, aber auch auf deren Vertretung bei Ausfällen achten. Hier liegt die Schwierigkeit in der Bereitstellung der erforderlichen Personalressourcen an sich, d. h. ungeachtet der persönlichen Betreuungsbeziehungen, um den Träger wirtschaftlich nicht zu überfordern.

3. Je kleinräumiger eine Organisationsstruktur ist, desto leichter sind persönliche Kontakte und Beziehungskonstanz - auch zwischen den Mitarbeitern der verschiedenen Institutionen - zu realisieren. Wir versuchen, durch eine Sektorisierung des Bezirks diese Kleinräumigkeit zu gestalten. Gleichzeitig ist aber eine kleinräumige Organisationsstruktur aufgrund ihrer geringen Zahl von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ein Hindernis bei dem Anspruch, flexibel auf die Veränderungen im Hilfebedarf der Klienten zu reagieren.

4. Je ambulanter die Arbeit der Betreuer wird, und je länger die Betreuungsbeziehung andauert, desto exklusiver wird die Betreuungssituation. Obgleich Stabilität und Vertrauen für die Öffnung von Handlungsspielräumen in der Betreuungsbeziehung unerläßlich sind, entsteht zugleich die Gefahr von Abhängigkeitsstrukturen, unreflektierten Routinen und Allmachtsphantasien. Mit zunehmender Exklusivität der Beziehung wächst auch der natürliche Widerstand gegen die Steuerung und Kontrolle von außen.

5. Das pauschale Abrechnungssystem benachteiligt psychisch Kranke mit geringem zeitlichen Betreuungsbedarf zugunsten der Menschen, die einen hohen zeitlichen Betreuungsaufwand erfordern. Schmerzhaft empfinden dies insbesondere Selbstzahler mit geringem zeitlichen Betreuungsbedarf, obwohl das Prinzip für alle gleichermaßen nachteilig ist.
Im Gesamtpool des Sozialhilfeträgers kann immerhin von einem gegenseitigen Ausgleich gesprochen werden.

Der Vergleich zwischen den Abrechnungsprinzipien der Hauspflege und des Betreuten Wohnens offenbart noch einmal einige dieser Konflikte:

In der Hauspflege wird eine bestimmte Zeiteinheit verordnet, die in jedem Fall vollständig durchgeführt werden muß. Abgerechnet wird nur jede tatsächlich geleistete Stunde, die beim Klienten verbracht wird. Zeiteinheiten, die nicht unmittelbar beim Klienten anfallen, können nicht abgerechnet werden. Dieses System erlaubt eine präzise Rechnungslegung, die am Zeitumfang der Betreuung orientiert ist, und zwingt zu einer sehr genauen Einsatzplanung.

Die Betreuungsintensität kann ebenfalls von etwa einer Stunde je Woche bis zu mehreren Stunden an sieben Tagen in der Woche variieren. Jede Veränderung bedarf einer neuen Verordnung bzw. Begutachtung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Gemindert sind aber die Möglichkeiten, auf den aktuellen Hilfebedarf der Klienten einzugehen. Auch die Betreuungskontinuität wird erschwert, denn durch die Festlegung auf bestimmte Zeiteinheiten je Woche, die in vollem Umfang ausgeführt werden müssen, ist in jedem Fall eine gleichmäßige Betreuung zu gewährleisten. Die Lücke, die etwa der Ausfall einer Mitarbeiterin reißt, muß durch Einsatz zusätzlicher Kräfte oder durch geschicktes Verschieben mehrerer Pflegekräfte innerhalb des Dienstplanes gefüllt werden.

Zum Prinzip der Steuerung von außen

Die ersten zaghaften Versuche mit der Steuerung durch externe, in der Mitte eines Systems stehende Dienste, sollen nun nur noch kurz angedeutet werden:

Hier muß zwischen der Steuerung hinsichtlich der Belegung von freien Plätzen und hinsichtlich der Durchführung der Betreuung unterschieden werden. Die externe Belegung eines Betreuungsangebotes, d. h. die Minderung der Selektion durch die Einrichtung selbst, wird benötigt, um sicherzustellen, daß die Hilfen auch die Menschen erreichen, die diese Hilfen am dringendsten benötigen. Hier ist das Interesse handlungsleitend, den Hilfebedürftigsten, also denjenigen, die sich die Hilfen nicht selbst beschaffen können, einen Zugang zu den Angeboten zu ermöglichen.

Anders ist die Steuerung aus der Sicht des betreuten Menschen anzusehen. Dort meint "Steuerung" die Sicherstellung, daß das jeweilige Angebot erforderlich, angemessen und ausreichend ist. Dies bezieht notwendigerweise die Inhalte der Betreuung mit ein.

Unsere ersten Erfahrungen beziehen sich zunächst auf die strukturellen Überlegungen zur Steuerung der Belegung. In unserem Übergangsheim erfolgte gemeinsam mit den Partner-Institutionen im Versorgungsgebiet eine Festlegung von Platzkontingenten mit Belegungsrechten für die Einrichtungen. Diese schlagen nun künftige Bewohner für freiwerdende Plätze vor.

Im ambulanten Betreuten Wohnen erfolgt die Belegung durch einen gemeinsamen Ausschuß, der über Aufnahmeprioritäten und Betreuungsziele und -intensität befindet. An diesem Ausschuß sind neben dem Träger vorrangig der Sozialpsychiatrische Dienst, aber auch die Klinik beteiligt.

Die sonst häufig vorzufindende Praxis, daß sich Interessenten für die Wohnplätze in den Einrichtungen bewerben müssen, entfällt damit grundsätzlich und vollständig.

Die "abgebenden Einrichtungen", wie wir sie nennen, müssen sich als Gegenleistung für soviel Belegungsrechte verpflichten, für die Dauer der weiteren Betreuung beratend und begleitend zur Seite zu stehen. Im Falle des Übergangsheimes hat sich bewährt, eine regelmäßig tagende Beratungskommission einzurichten, die über die Schwierigkeiten, die aus dieser Zusammenarbeit entstehen, und über die

Betreuungskonzeption der Einrichtung berät.

Für das ambulante Betreute Wohnen suchen wir nach entsprechenden Organisationsformen, die der engen Anbindung an den Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Anspruch an eine kollegiale Zusammenarbeit mit der Klinik gerecht werden. Wir stellen fest, daß dies umso notwendiger und damit auch einsichtiger wird, je mehr Langzeitpatienten aus der Klinik in die Gemeinde ausziehen. Durch die auf Klienten bezogene Zusammenarbeit entsteht nunmehr ein wachsendes Bewußtsein von der gemeinsamen Verantwortung für die im Versorgungsgebiet lebenden psychisch kranken Bürger.

Von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation im komplementären Bereich der Gerontopsychiatrie

Ralf Möller-Flohr

Dank der guten medizinischen Versorgung ist unsere Lebenserwartung gestiegen. Allerdings steigt damit aber auch die Multimorbidität. Anders ausgedrückt heißt dies: wir werden immer älter, aber nicht unbedingt gesünder.

Irgendwann nicht mehr gesund, gar alt und krank zu sein, darauf wollen wir uns nicht einstellen, das kann mit unserer Biographie nichts zu tun haben. Wenn wir vitale Alte sehen, wie z.B. den Dauertalkshowgast Lotti Huber, die dichtend und singend eine enorme Lebenslust versprüht, sind wir beruhigt und denken, alt sein ist dufte - außerdem ist es ja noch ein Weilchen hin. Aufgeschreckt wird man vielleicht, wenn man wie von der Volksschauspielerin B. Mira im O-Ton und ein bißchen vulgär erfährt: "In Würde alt werden - daß ich nicht lache; alt werden ist Scheiße!"

Betroffen von den Beschwernissen des Alterns ist die Gruppe der psychisch kranken alten Menschen, für die Vita sich mit verantwortlich fühlt. Ca. 24% der über 65-jährigen leiden an psychischen Störungen, 7-8% sind so schwer psychisch krank, daß sie psychiatrischer Therapie bedürften. Dieser Personenkreis hat aufgrund seiner Erkrankung häufig mit fatalen Konsequenzen zu rechnen. Nicht selten droht die zu frühe Einweisung und ein zu langer Verbleib in der Fachklinik bzw. im Allgemeinkrankenhaus oder die Verlegung auf Chronikerstationen, weil es an nachsorgender ambulanter bzw. komplementärer Versorgung fehlt. Dies muß nicht unbedingt so sein.

Auf der Grundlage der Interventionsgerontologie hat Vita ein Versorgungskonzept entwickelt, welches die Übergangspflege, das betreute Alterswohnen, den Wohnverbund (Altenwohngemeinschaft), tagespflegende/tagesbetreuende Einrichtungen wie gerontopsychiatrische Tagesstätten als Elemente vorsieht. Wir hätten als innovationsfreudiger Träger eigentlich zufrieden sein können. Immerhin wurden durch die genannten Bereiche mehr als 100 Menschen versorgt.

Unerwartet kam nach folgender Begebenheit eine weitere Betreuungsvariante zu unseren Versorgungsangeboten hinzu: Ein kompetenter Vita-Mitarbeiter - in der Absicht zu prüfen, ob ein Dementer für unseren Wohnverbund geeignet sei - klingelt an der Wohnungstür des potentiellen Klienten. Es öffnet eine offenbar verwirrte Person. Der Flur sieht chaotisch aus. Auf dem Boden bemerkt er einen schweren, sehr gewellten Teppich. Trotzdem stolpert er. Der Demente läuft um die Stolperschwelle herum. Beim Verlassen der Wohnung schlägt der "gesunde" Vita-Mitarbeiter an gleicher Stelle der Länge nach hin. Der Demente hüpft über das Gewellte. Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, aber mich erinnert das an F. Frimpton in "Dinner for one".

Derart beeindruckt von den residualen Fähigkeiten des Dementen und seinen Coping-Strategien im gewohnten Umfeld, forcierte der Mitarbeiter das Projekt "externes Altenwohnen", welches darauf abzielt, den psychisch Kranken so lange wie irgend möglich in seinem vertrauten Milieu zu belassen.

So beweglich wie in dem gerade geschilderten Fall sind wir leider viel zu selten. Wir haben bisher versäumt, niedrigschwellige Angebote zu schaffen bzw. diese in Kooperation mit anderen gemeindenahen Trägern zu ermöglichen. So kommt es häufig zu der schizophrenen Situation, daß aufgrund von wiedererworbenen Kompetenzen Tagesgäste den Besuch der Tagespflegeeinrichtung nicht mehr nötig haben.

aber der tatsächliche Hilfebedarf mit den betriebswirtschaftlichen Überlegungen der Geschäftsführung kollidiert, ja kollidieren muß.
Oder Herr X., Jahrgang 33, Diagnose Defektschizophrenie mit Wahnresten, lebte mehr als 20 Jahre kontinuierlich in psychiatrischen Kliniken. Seit 1990 wohnt er im Rahmen des Betreuten Alterswohnens. Eine Indikation für die an den festen Betreuungsschlüssel gekoppelte Betreuungsleistung gibt es außer aus wirtschaftlichen Gründen (Sicherung unserer Arbeitsplätze) z.Zt. nicht.

Das "Aufdröseln" des angerissenen Problems - berechtigte Trägersicherheit=starre Versorgungsangebote versus flexible, individuelle Hilfebedarfe=Trägerunsicherheit - wird nicht leicht fallen. Ich hoffe auf intensive Diskussionen, viele Anregungen und auf die eine oder andere umsetzbare Idee, die uns in die Lage versetzen wird, endlich eine klientenzentrierte Pflichtversorgung zu realisieren.

Seelische Erkrankung im Alter - Chancen und Grenzen der ambulanten Behandlung und Betreuung

Hartwig von Kutzschenbach

Zunächst möchte ich Ihnen gern ein paar Zahlen nennen, damit Sie die Tragweite des Problems der psychischen Erkrankungen im Alter auch quantitativ erkennen können. In der Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer) sind ca. neun Millionen Einwohner älter als 65 Jahre. Hiervon weisen insgesamt 2,2 Millionen (24 %) psychische Störungen auf. Bei rund 700.000 (7 - 8 %) bestehen schwere, beeinträchtigende und eindeutig psychiatrischer Therapie bedürfende Krankheiten. Auf den Landkreis Esslingen umgerechnet, bedeutet dies, daß zwischen 5.000 und 7.000 Menschen über 65 Jahren einer psychiatrischen Behandlung bedürfen.

Wie Sie vielleicht wissen, leben zwischen 80 % und 90 % aller pflegebedürftigen alten Menschen zu Hause. Daher stellt sich die Frage, welche Hilfen die Patienten und Angehörigen brauchen, vor allem im häuslichen Umfeld.
Dazu möchte ich Ihnen die Arbeit des SOFA im Gefüge und in der Zusammenarbeit mit vorhandenen Hilfen vorstellen und zeigen, worauf wir in unserer Arbeit besonderen Wert legen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst für alte Menschen (SOFA) arbeitet seit Januar 1986. Er ist eine Einrichtung des Landkreises Esslingen, die bis Ende 1989 aus Mitteln des sogenannten "kleinen" Modellverbundes des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit gefördert wurde. Seit Januar 1990 wird der Dienst überwiegend aus Mitteln des Landkreises Esslingen finanziert.

Das Versorgungsgebiet des Dienstes entspricht dem Landkreis Esslingen. Während der Modellphase bis Ende 1989 umfaßte das Gebiet den Altkreis Nürtingen mit 180.000 Einwohnern, für das fünf praktisch tätige Mitarbeiter zuständig waren. Ab 1990 wurde das Einzugsgebiet zunächst auf 300.000 Einwohner, ab 1992 auf 360.000 Einwohner mit 6 1/2 (bzw. von 1990 bis 1992 mit 7 1/2) Stellen und ab 1993, bei leider nicht erweitertem Personalstand, auf den gesamten Landkreis mit 490.000 Einwohnern ausgedehnt.

Im Versorgungsgebiet arbeitet SOFA im ambulanten Bereich eng mit den Sozialstationen mit regionalisierter Zuständigkeit und angeschlossener Haus- und Familienpflege sowie den niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und Nervenärzten zusammen. Zunehmend werden Menschen auch durch Behörden und Ämter zugewiesen. Hinzu kommen Kontakte zu den sozialpsychiatrischen Diensten, die nach den Baden-Württembergischen Landesrichtlinien für (jüngere) chronisch psychisch Kranke eingerichtet wurden.

Im stationären Bereich stehen je ein Allgemeinkrankenhaus in Esslingen, Filderstadt, Kirchheim, Nürtingen und Plochingen zur Verfügung. Für die stationäre psychiatrische Versorgung sind die psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Nürtingen mit einer 27-Betten-Station für gerontopsychiatrische Patienten und das Psychiatrische Landeskrankenhaus Zwiefalten zuständig.

Im komplementären Bereich werden im Landkreis in 23 Alten- und Pflegeheimen ca. 2.000 Plätze angeboten. Tagespflegeeinrichtungen gibt es in Esslingen, Filderstadt und Kirchheim. Seit etwa einem Jahr betreibt die Seniorengenossenschaft Köngen KLIMA eine Tagesstätte mit acht Plätzen, ebenfalls auch für psychisch veränderte alte Menschen.

Was macht SOFA?

SOFA betreut und berät ambulant psychisch kranke alte Menschen ab 60 Jahren, deren Angehörige sowie die professionellen Helfer.

Unter den häufigsten psychischen Erkrankungen der SOFA-Klientel finden sich die "Altersverwirrtheit" (z. B. Alzheimer'sche Krankheit), Veränderungen in der Stimmungslage (z. B. Depressionen), aber auch Verkennung der Realität (z. B. Kontaktmangelparanoia).

Die Arbeit mit psychisch kranken alten Menschen und ihren Angehörigen erfordert viel Zeit, die die meisten professionellen Helfer nicht mehr aufbringen können. Durch die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen im SOFA-Team (Altenpflegern, Ärztin, Krankenschwestern und Sozialpädagogen) kann ein gut durchdachtes, dem Einzelfall angepaßtes Betreuungsangebot gemacht werden.

Da bei knapp 80 % der Patienten neben einer psychischen Erkrankung mindestens auch eine körperliche Erkrankung festgestellt wurde, ist die multiprofessionelle Zusammensetzung eines Dienstes bei psychisch Alterskranken von besonderer Wichtigkeit. Das Vorhandensein pflegerischer, sozialpädagogischer und ärztlicher Kompetenz gewährleistet einen ganzheitlichen Betreuungsansatz, der den verschiedenen Aspekten der erkrankten Patienten gerecht wird.

Neben diesen, direkt auf die Patientenbetreuung bezogenen Aufgaben ist SOFA auf der Ebene versorgungsrelevanter, vermittelnder Aktivitäten tätig, indem es dazu beiträgt, die Zusammenarbeit der anderen, ambulant und stationär arbeitenden Institutionen durch sein Fachwissen (von SOFA) zu ergänzen und weiter zu fördern, vorhandene regionale Versorgungsangebote besser zu nutzen, die verschiedenen Elemente miteinander zu vernetzen und neue erforderliche Hilfen zu initiieren.

Das Verbleiben im gewohnten Lebensumfeld bedeutet für den Patienten den geringstmöglichen Eingriff in seine Situation. Es ermöglicht, die ihn belastenden Faktoren in ihrem Entstehungsumfeld zu erkennen und zu verändern. Angehörige, Nachbarn und Helfer nehmen in diesem Umfeld für die Patienten eine wichtige Rolle ein, sie repräsentieren Kontinuität und Verläßlichkeit. Andererseits sind sie selbst wiederum beteiligt in Konfliktsituationen. Sie sind oft überfordert in der Betreuung der Patienten, benötigen Hilfestellung im Umgang und Informationen über die Erkrankung.

Die praktisch tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten sektorisiert, das heißt, für jeden Sektor der Region ist ein bestimmtes Teammitglied primärer Ansprechpartner. Die Sektoren orientieren sich im wesentlichen an den Grenzen der Sozialstationen. Die Sektorisierung ist also berufsgruppenunabhängig.

In den acht Jahren seines Bestehens hat SOFA ein umfangreiches Wissen um die Versorgungsstruktur im Landkreis erarbeitet. Es haben sich vielfältige Verbindungen zu den an der Versorgung Beteiligten herausgebildet: von Gemeindeschwestern und Nachbarschaftshelferinnen über Hausärzte und Fachärzte bis hin zu den Heimen und Krankenhäusern. Das vorrangige Ziel, die Patienten möglichst wieder in die Regelversorgung einzugliedern, kann nur so verwirklicht werden.

Die folgenden, patientenbezogenen Aussagen basieren auf Daten, die nach der Modellzeit in den Jahren 1986 bis 1989, also 1990 bis 1993 erhoben und ausgewertet wurden.

Die Patienten waren zu etwas mehr als zwei Dritteln Frauen und etwas unter einem Drittel Männer, ihr Altersdurchschnitt betrug 77 Jahre. Im Vergleich der Altersverteilung der über 60jährigen SOFA-Patienten mit der gleichaltrigen Wohnbevölkerung des Landkreises Esslingen zeigt sich der hohe Anteil der Höchstaltrigen in der SOFA-Klientel (s. Abb. 1).

Knapp 42 % der Patienten hatten eine alterstypische Erkrankung aus dem Bereich der organischen Psychosyndrome (überwiegend senile Demenzen), etwas mehr als 14 % sind dem Bereich der paranoid-halluzinatorischen Psychosen zuzuordnen. Depressiv erkrankt waren fast ein Viertel der Patienten. An Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie psychosomatischen Erkrankungen litten 7 % der Patienten. Knapp 12 % wurden akuten Krisensituationen anderer Genese zugeordnet (s. Abb. 2 und 3).

Die Lebensverhältnisse und den Familienstand zeigen die Abbildungen 4 und 5.
Erwartungsgemäß ist der Anteil alleinlebender Patienten hoch, lediglich die Zahl der mit einer Partnerin lebenden Männer ist prozentual höher. Beim Familienstand dominiert die verwitwete Patientin vor dem verheirateten männlichen Patienten.

Die Patienten wurden zu ca. 5 % von den niedergelassenen Ärzten und der Psychiatrischen Abteilung, zu 8,6 % durch Sozialstationen und zu 48,5 % durch Angehörige zugewiesen. Die Zuweisungen durch Allgemeinkrankenhäuser betrugen 3,5 % und durch Selbstinitiative 6,6%, durch Ämter 6,6 %, knapp 12 % wurden durch andere Institutionen zugewiesen. (s. Abb.6).

Neben den länger andauernden Betreuungen bei einer Besuchsfrequenz von einmal täglich bis vierwöchentlich, bei einem Schnitt von einmal wöchentlich, gibt es noch zwei andere Formen des Kontakts. Es handelt sich dabei um solche Kontakte, bei denen der Patient nur einmal gesehen wurde, beziehungsweise die nicht zu einem direkten Patientenkontakt führten. Bei diesen Patienten kam es zu keiner weiteren Betreuung, da die Patienten einen weiteren Kontakt ablehnten, weil es zu einer Heim- bzw. Krankenhausaufnahme kam oder eine einmalige Information zur Problemlösung genügte. Bei einem Teil der Patienten bestand keine psychiatrische Indikation, oder die seitherige Versorgung wurde durch den Dienst als ausreichend eingeschätzt. Bei einem zunehmend größer werdenden Teil erstreckte sich die weitere Betreuung ausschließlich auf die Angehörigen bzw. Bezugspersonen.

Abb 1

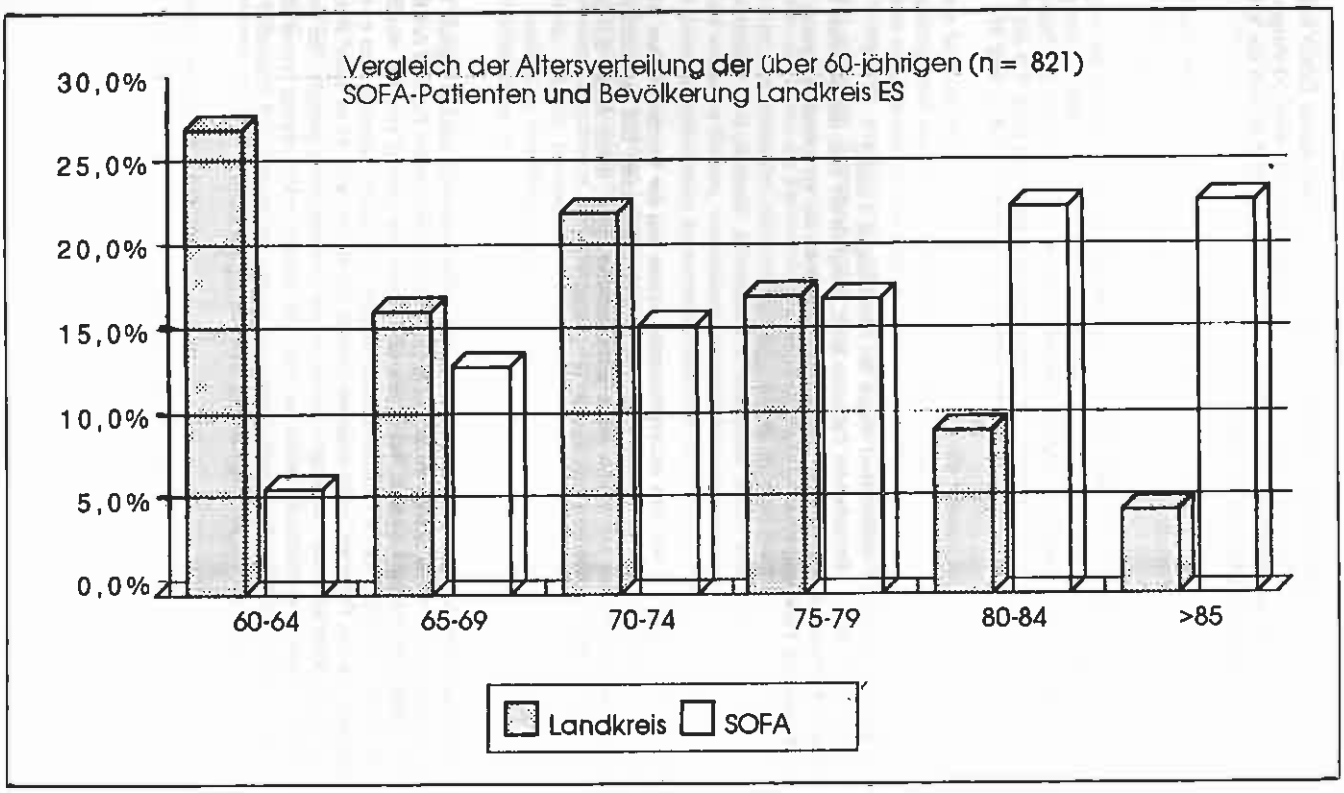

Vergleich der Altersverteilung der über 60-jährigen (n = 821)
SOFA-Patienten und Bevölkerung Landkreis ES
30,0%
25,0%
20,0%
15,0%
10,0%
5,0%
0,0%
60-64
65-69
70-74
75-79
80-84
>85
Landkreis
SOFA

Abb 2

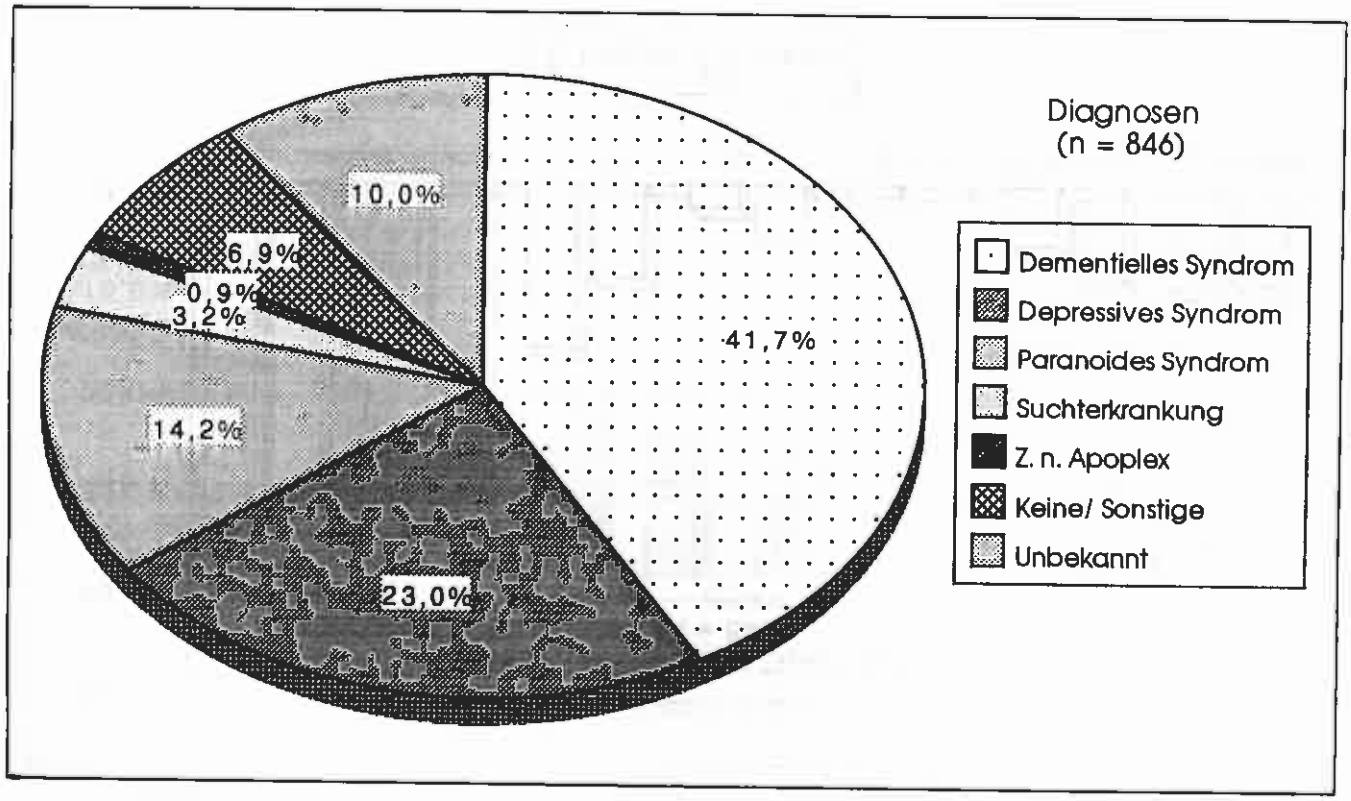

Diagnosen
(n = 846)
10,0%
6,9%
0,9%
3,2%
14,2%
23,0%
41,7%
Dementielles Syndrom
Depressives Syndrom
Paranoides Syndrom
Suchterkrankung
Z. n. Apoplex
Keine/ Sonstige
Unbekannt

Abb 3

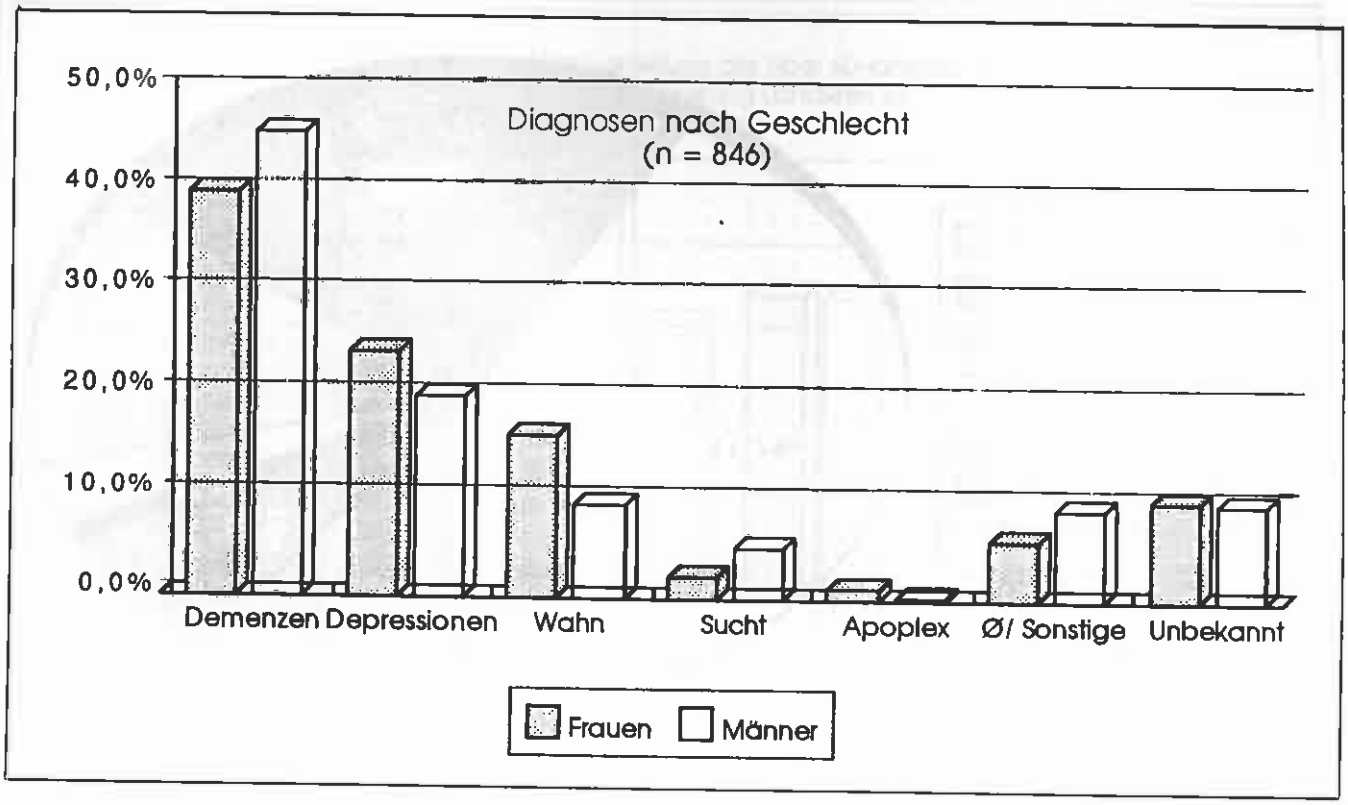

Diagnosen nach Geschlecht
(n = 846)
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
Demenzen
Depressionen
Wahn
Sucht
Apoplex
Ø/ Sonstige
Unbekannt
Frauen
Männer

Abb 4

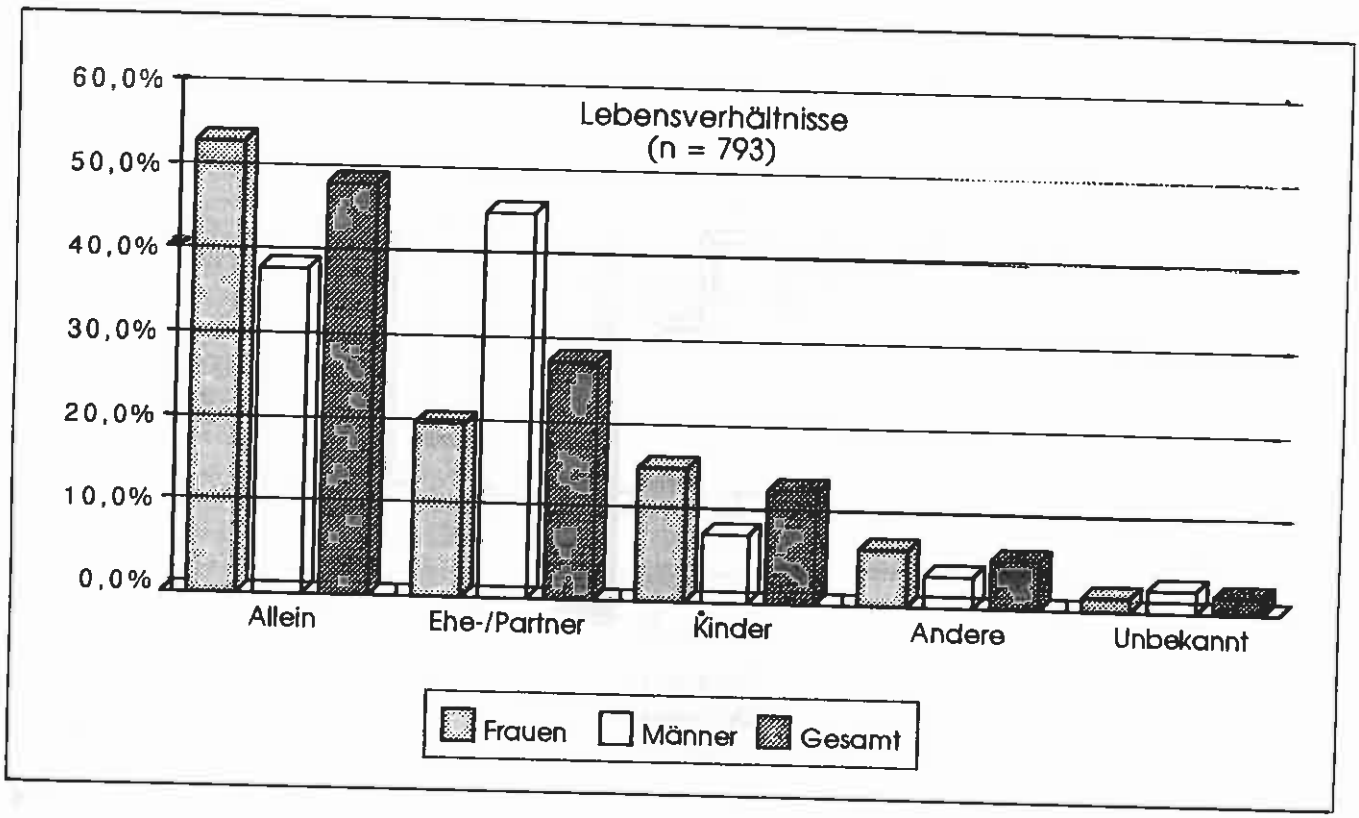

Lebensverhältnisse
(n = 793)
60,0%
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
Allein
Ehe-/Partner
Kinder
Andere
Unbekannt
Frauen
Männer
Gesamt

Abb 5

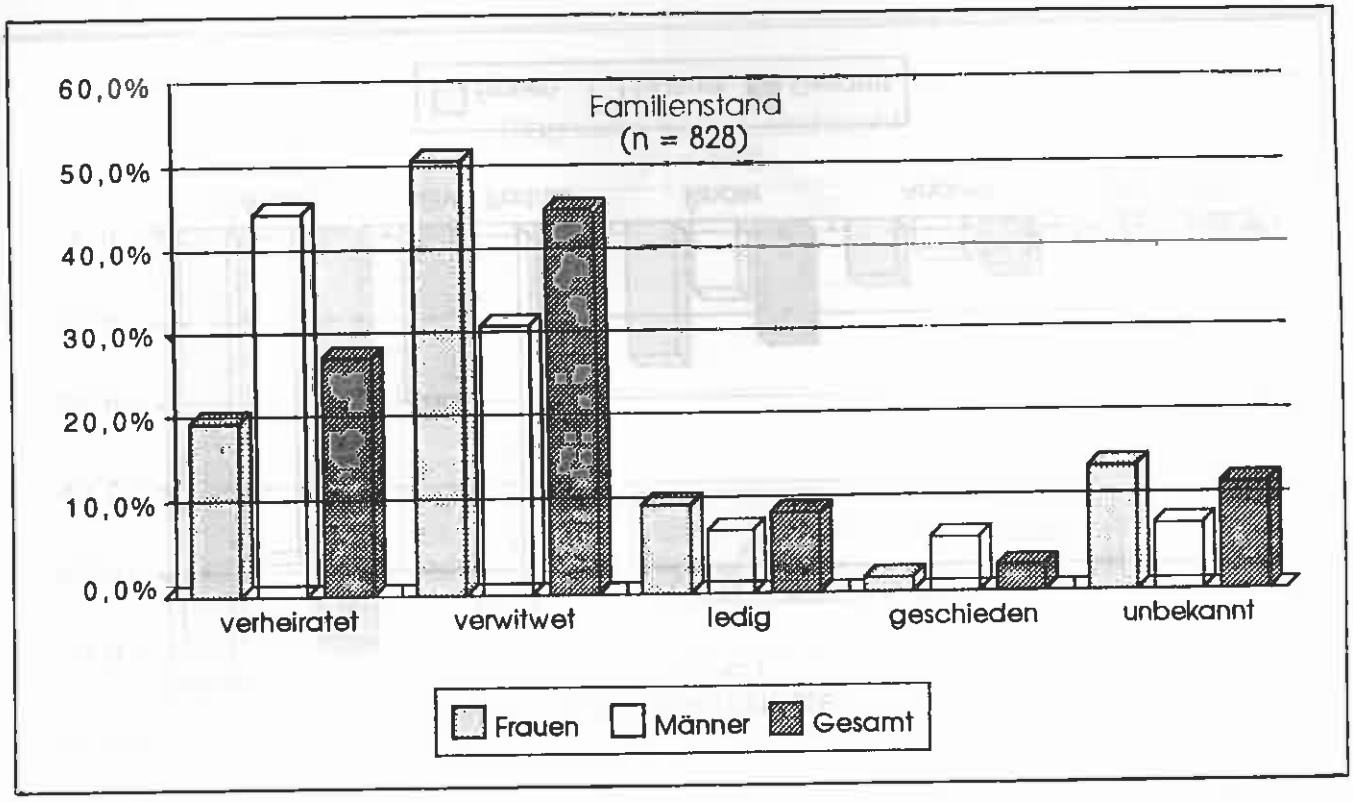
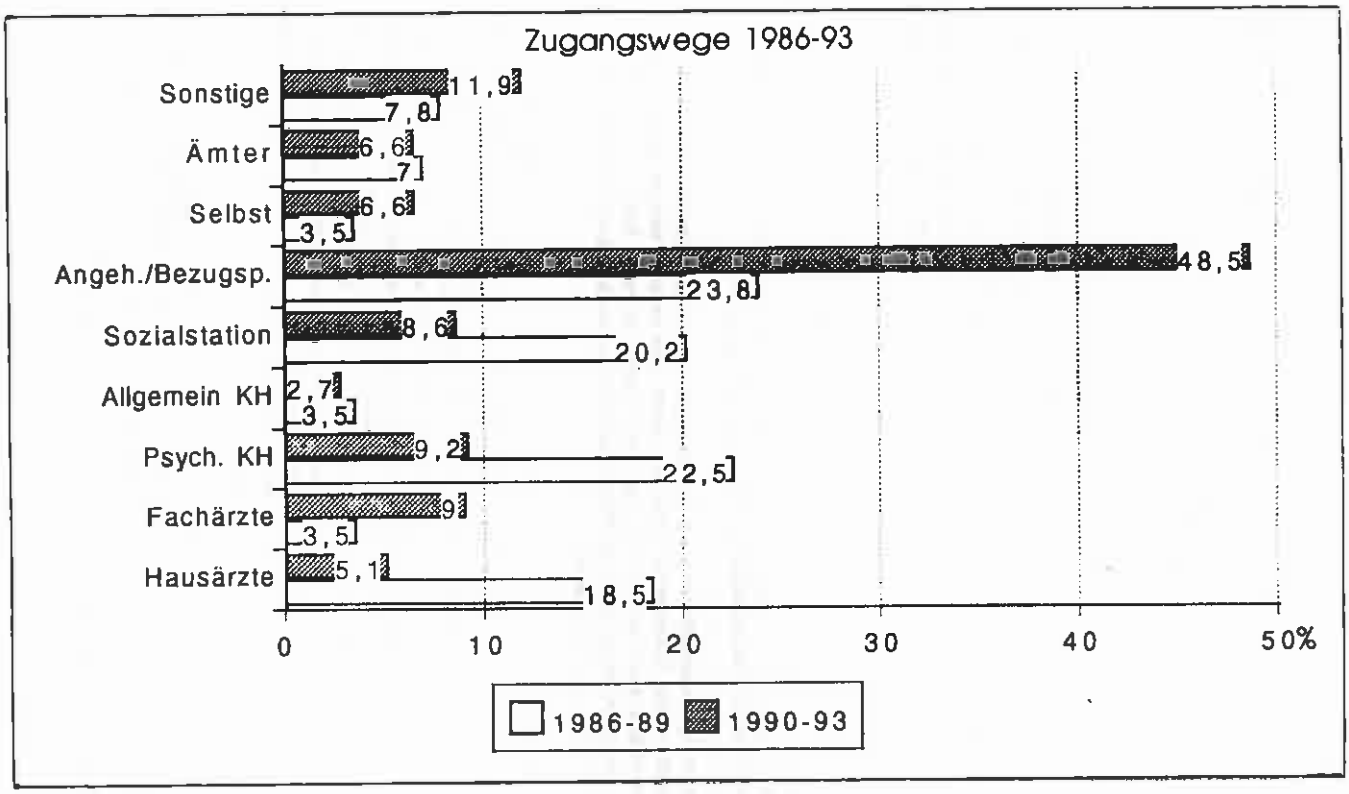

Familienstand
(n = 828)
60,0%
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
verheiratet
verwitwet
ledig
geschieden
unbekannt
Frauen
Männer
Gesamt

Abb 6


Zugangswege 1986-93
Sonstige
11,9
7,8
Ämter
6,6
7
Selbst
6,6
3,5
Angeh./Bezugsp.
48,5
23,8
Sozialstation
8,6
20,2
Allgemein KH
2,7
3,5
Psych. KH
9,2
22,5
Fachärzte
9
3,5
Hausärzte
5,1
18,5
0
10
20
30
40
50%
1986-89
1990-93

Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Die Informations- und Kooperationsarbeit wurde von Beginn an besonders intensiv durchgeführt. Die Ziele dieser Arbeit waren

- die Integration des neuen Fachdienstes in die bereits bestehende Versorgungsstruktur,
- das Kennenlernen der Arbeitsweisen, Zielgruppen und Probleme in der Arbeit der anderen Institutionen.

Dazu einige Beispiele:
So verlor sich bei den Sozialstationen die Befürchtung vor Konkurrenz um die Patienten durch die Erfahrung der gemeinsamen Betreuung dieser Patienten. Die Möglichkeit, sich kurzfristig, auch telefonisch Rat und Unterstützung holen zu können, wurde durch die Zuständigkeit eines bekannten Regionalbetreuers erleichtert. Bei Patienten, die sich aggressiv verhielten, äußerten Gemeindeschwestern Probleme im Umgang, insofern als sie das Verhalten der Patienten als persönliche Kränkung erlebten und es zunächst nicht als krankheitsbedingt verstehen konnten. Unterschiedliche Hygienevorstellungen zwischen Patienten, den SOFA-Mitarbeitern und den Gemeindeschwestern führten zu Problemen bei der Vermittlung zur Weiterbetreuung an die Sozialstationen.

Hinderlich für die Bereitschaft - vor allem in der Haus- und Familienpflege -, Patienten zu betreuen, wirkte sich die Tatsache aus, daß SOFA mit der Zeit erheblich kränkere und im Umgang schwierigere Patienten zur Mit- und Weiterbetreuung vermittelt hatte. Um eine bessere Abstimmung im gemeinsamen Umgang mit den Patienten zu erreichen, wurde das Angebot zur regelmäßigen Teilnahme von SOFA-Mitarbeitern an Dienstbesprechungen der Sozialstationen gemacht.

Auch in der Zusammenarbeit mit den Heimen zeigte sich, daß gemeinsame Erfahrungen in der Betreuung der Patienten einer Kooperation förderlich waren. Aus dieser Erfahrung heraus entwickelte sich die Zusammenarbeit auch bei anderen, von SOFA nicht betreuten Patienten in Form von Fallbesprechungen. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach einer institutionsübergreifenden Fortbildung seitens der Heime besonders deutlich geäußert.

In der Zusammenarbeit mit Nervenärzten zeigte sich, daß nur wenige Patienten (9 %) zur Mitbetreuung dem SOFA zugewiesen wurden. Die Wünsche an SOFA waren in der Regel klar und konkret formuliert (z. B.: Suche nach Entlastungsmöglichkeiten von Angehörigen). Sie erforderten meist einen zeitlich begrenzten Einsatz des Dienstes. Aufgrund der klar definierten Wünsche kam es bisher in der Kooperation nicht zu Konflikten. In der Zusammenarbeit mit den Hausärzten wurde SOFA in Anspruch genommen mit der Bitte um Klärung von Familienbeziehungen, Klärung von Konflikten im nachbarschaftlichen Umfeld, als Hilfestellung bei der Klärung finanzieller Fragen, zur Sicherung der ärztlichen Diagnostik und Einstellung von Medikamenten sowie für eine gezielte Rückmeldung durch genaue Krankenbeobachtung. Schwierigkeiten zeigten sich vor allem bei den unterschiedlichen Erwartungen und Einstellungen zwischen Hausärzten und SOFA. Anders als andere Institutionen erlebten sich die Hausärzte als Zentren, denen zugearbeitet werden sollte, während sie selbst andererseits bzw. bei Änderungen von Behandlungsstrategien diese dem SOFA nicht mitteilten.

Entgegen den ursprünglichen Erwartungen wurden beschäftigungstherapeutische Angebote von den Patienten zu Hause kaum angenommen. Deshalb wurde dem Bedarf an tagesstrukturierenden Maßnahmen durch das Angebot einer beschäftigungstherapeutischen Gruppe in den Räumen des SOFA Rechnung getragen. Die Nachfrage erwies sich als so groß, daß später eine zweite Gruppe eingerichtet wurde. Nach Ablauf der Modellphase konnte dieses Angebot nicht weiter aufrechterhalten werden.

Weitere Probleme zeigten sich bei der Rückvermittlung von Patienten in die Regelversorgung, deren Betreuung SOFA wegen der vielfältigen Problemlagen (Verwahrlosung, Multimorbidität, soziale Randständigkeit etc.) zunächst alleine oder zum überwiegenden Teil übernommen hatte. Die anfänglich schwierige Vermittlung zur Weiterbetreuung an die Sozialstationen besserte sich mit der Zeit. Einerseits änderte der Dienst seine Aufnahmepraxis und arbeitete schon vom Beginn der Betreuung an mit der jeweiligen Sozialstation eng zusammen. Andererseits führten diese gemeinsamen Erfahrungen und die angebotene und wahrgenommene Beratung der Gemeindeschwestern im Umgang mit schwierigen Patienten zu einer vermehrten Bereitschaft, solche Patienten auch längerfristig selbst zu betreuen. Gerade auch an dieser Stelle wurde der Bedarf an Fortbildung und Supervision deutlich. Dies aufgreifend, wurde eine Arbeitsgruppe "Gerontopsychiatrie" innerhalb der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Landkreis Esslingen initiiert. Die beiden wichtigsten Aufgaben dieser Gruppe bestehen darin, eine Fortbildungsreihe für Gemeindeschwestern und Pflegepersonal aus Heimen durchzuführen sowie die an der gerontopsychiatrischen Versorgung Beteiligten zusammenzuführen und die Arbeit gegenseitig zu vermitteln. Langfristig können dann sorgfältig aufeinander abgestimmte Angebote innerhalb der gerontopsychiatrischen Versorgung geplant werden. Voraussetzung dafür ist eine permanente Kooperationsarbeit.

Wie arbeitet SOFA?

1. Patientenbetreuung

SOFA besucht die Patienten in der Regel zu Hause. Zunächst geht es darum, eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Dabei achtet SOFA darauf, daß die Patienten in ihren Ängsten und Bedürfnissen ernstgenommen werden. Regelmäßige und verläßliche Besuche zu vereinbaren und klare Absprachen über den Umgang miteinander zu treffen ist genauso wichtig, wie das Vermeiden von Veränderungen gegen den Willen der Patienten. In Einzel- und Familiengesprächen werden die Vorstellungen und Bedürfnisse der psychisch kranken alten Menschen sowie ihrer beteiligten Familienmitglieder geklärt und daraufhin überprüft, wie sie sich miteinander vereinbaren und verwirklichen lassen. Für die SOFA-Mitarbeiter gilt das Arbeitsprinzip, daß sie keine Partei für oder gegen ein Familienmitglied ergreifen.

Notwendige Hilfen werden von SOFA-Mitarbeitern in Zusammenarbeit mit anderen professionellen Helfern geleistet. Sie bestehen beispielsweise aus Beistand bei der Bewältigung des täglichen Lebens (Einkaufen, Behördengänge etc.), ausführlichen Gesprächen mit den Patienten über Lebensprobleme infolge ihrer Erkrankung, Informationen über Krankheitssymptome sowie über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, Planung und Durchführung einer Tages- und Wochenstruktur, Orientierungshilfen geben, Unterstützung bei der (Wieder-) Aufnahme von Beziehungen und Ermunterung, Tätigkeiten wieder aufzunehmen, die krankheitsbedingt brachliegen.

2. Angehörigenberatung

Pflegende Angehörige kommen im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen schnell an die Grenze ihrer Belastbarkeit. Körperliche und seelische Störungen sind mögliche Folgen. Freundschaften, Hobbys und Beruf müssen aufgegeben oder eingeschränkt werden; Partnerschaft und Familienleben leiden darunter. Deshalb ist die Unterstützung der Familienangehörigen mindestens gleichrangig zur Behandlung und Betreuung der Patienten. Gespräche, die den Angehörigen die Möglichkeit bieten, sich über die vielfältigen Auswirkungen der Pflege eines alten Menschen auszusprechen, wirken entlastend.

Informationen über die Erkrankung und Hinweise auf Änderungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Patienten sind notwendige Bestandteile einer Beratung. Unter Berücksichtigung von Wünschen und Vorstellungen der beteiligten Familienmitglieder kann dann gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden. Der daraus entstehende Veränderungsprozeß bedarf weiterer, langfristiger Begleitung und Unterstützung. Schnell wirksame Rezepte kann SOFA nicht anbieten.

Neben diesen, den Einzelfall betreffenden Familiengesprächen besteht das Angebot der Teilnahme an Angehörigengruppen. Die derzeit neun Gruppen werden in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen anderer Institutionen von den zuständigen SOFA- Betreuern und Betreuerinnen angeleitet. Angesprochen sind sowohl Angehörige von psychisch kranken als auch Angehörige von körperlich pflegebedürftigen alten Menschen. Neben der Beantwortung von Fragen durch die professionellen Helfer stehen Gespräche und die gegenseitige Unterstützung von gleich oder ähnlich Betroffenen im Mittelpunkt der Treffen.

3. Zusammenarbeit mit professionellen Helfern

SOFA arbeitet eng mit allen professionellen Helfern in der Region zusammen.
SOFA motiviert Patienten zum Arztbesuch, überwacht die Medikamenteneinnahme, reicht gegebenenfalls die Medikamente und kontrolliert die medikamentös bedingten Wirkungen und Nebenwirkungen.

SOFA führt auf Nachfrage Fortbildungsveranstaltungen bei allen Institutionen durch, die sich mit der Betreuung von psychisch kranken alten Menschen befassen, besucht diese Einrichtungen und führt fachbezogene Beratungen durch. Hierzu gehören auch regelmäßige Fallbesprechungen und Teamberatungen in Alten- und Pflegeheimen sowie bei ambulanten Pflegeteams.

SOFA vermittelt diese Kenntnisse nicht nur in der Versorgung gemeinsam betreuter Patienten, sondern berät professionelle Helfer auf Anfrage auch im Umgang mit deren Patienten.

SOFA ist ein ergänzender Dienst, dessen Mitarbeiter über spezielles gerontopsychiatrisches Wissen und über umfangreiche Erfahrung im konkreten Umgang mit Patienten verfügen.

4. Multimorbidität erfordert Multiprofessionalität

Wie schon erwähnt, leiden die betreuten Patienten meist an mehreren psychischen und körperlichen Erkrankungen gleichzeitig. Um bei den daraus resultierenden vielschichtigen Problemlagen differenzierte Hilfestellung geben zu können, bedarf es eines multiprofessionellen Teams. In der gegenseitigen Ergänzung (in der Morgenübergabe, bei gemeinsamen Erstbesuchen, Betreuungen zu zweit, Fallbesprechungen und Supervision) gelingt es, Therapiepläne zu erarbeiten, die einerseits umfassend genug, andererseits auf die "geringstnötige Hilfe" ausgerichtet sind.

Die im multiprofessionellen Team gegebene Auseinandersetzung über Möglichkeiten und Grenzen der eigenen und der anderen Berufsgruppen hat unmittelbare, positive Auswirkungen auf die Kooperation mit professionellen Helfern außerhalb des Teams. Zudem erleben Patienten und Helfer, daß ein einzelner nicht alles können muß, aber die nötigen Hilfen aus einer Hand vermittelt werden können.

5. Gemeindenähe durch Sektorisierung und Hausbesuche

Die Arbeit des SOFA ist gemeindenah, da das Aufsuchen der Patienten und Angehörigen zu Hause nicht nur Kenntnis über die aktuelle Situation der Betroffenen erbringt, sondern auch die patientenbezogene Kooperation mit Gemeindeschwestern, Hausärzten, Nachbarschaftshelferinnen etc. ermöglicht. Dies ist vor allem wichtig im Hinblick auf das Ziel der Integration in die Regelversorgung.

Vor allem scheint es ein Problem zu sein, psychische Krankheit oder Veränderung zu erkennen und ernst zu nehmen. Wenn alte Menschen angstvoll und mißtrauisch werden, mit sich nicht mehr zurecht kommen, sich zurückziehen oder verweigern, nächtlich unruhig, verwirrt oder aggressiv sind, können dies Hinweise auf eine ernste psychische Erkrankung sein.

Zum Beispiel stellen wir immer wieder fest, daß Angehörige von verwirrten Patienten sich erst an professionelle Helfer wenden, wenn sie mit den Begleitsymptomen wie Unruhe, Aggressivität, Inkontinenz etc. überfordert sind. Die Grunderkrankung wie zum Beispiel "senile Demenz" (eine Form dieser Erkrankung ist die Alzheimer'sche Krankheit) wird vielfach dem Alter zugeschrieben: jemand gilt als verkalkt, und da könne man doch nichts machen. Dabei ist dies falsch. Der Verlust von Leistungsfähigkeit im Alter stellt an sich schon eine psychische Belastung dar, zumal in der heutigen Zeit mit ihrer Orientierung auf Jugendlichkeit, Schönheit, aber auch Schnelligkeit und Flexibilität. Bezogen auf zum Beispiel die Alzheimer'sche Krankheit, heißt dies aber auch, daß es entscheidend darauf ankommt, wie die Umgebung eines verwirrt werdenden Menschen beschaffen ist. Umgebung meint hier sowohl die räumliche Umgebung (Wohnung, Haus, Gemeinde) als auch die Menschen, die im Bezug mit dem Erkrankten stehen. Es ist mir wichtig, darauf hinzuweisen, daß nach dem heutigen Stand der Erkenntnis keine ursächliche Behandlung gegen die senile Demenz möglich ist. Es gibt also keine Medikamente, keine Operationsmöglichkeiten, keine "richtige Ernährung", kein Gedächtnistraining zu früheren Zeiten. Es ist aber möglich und enorm wichtig, die Hilfen zu geben, die der Orientierung und dem Vertrauen, man kann auch sagen: der gefühlsmäßigen Sicherheit dienen. Wir wissen, daß demente Menschen in ihren kognitiven, also geistigen Fähigkeiten eingeschränkt sind und darin immer weiter nachlassen, bis hin auch zum Verlust von Sprache. Das emotionale, also gefühlsmäßige Erleben bleibt hingegen erhalten.

6. Tätigkeitsdokumentation

Neben dieser Beschreibung des Dienstes und seiner Tätigkeiten scheint in Hinblick auf die Personalbemessung eine genaue Beschreibung der einzelnen Tätigkeiten notwendig. SOFA hat dies über einen Zeitraum von acht Wochen im Rahmen einer Tätigkeitsdokumentation erhoben (Abb. 7, 8 und 9).

Abb 7

Ziffern für die Tätigkeitsdokumentation

1.	**Krankenkassen/Pflege**	
1.1.	**Grundpflege**	
1.1.1	Körperpflege, Betten, Prophylaxe (Dekubitus, Pneumonie, Thrombose, Kontrakturen), Versorgung der Ausscheidungen, Inkontinenzversorgung	8
1.1.2	Vollbad / Reinigungsbad	0
1.1.3	Teilbad	0
1.1.4	Umschlag / Wickel	0
1.1.5	Tagwache	0
1.1.6	Pflegerische Beratung	6
		14
1.2	**Behandlungspflege**	
1.2.1	Verband anlegen und wechseln	0
1.2.2	Injektionen	0
1.2.3	Dekubitusbehandlung	0
1.2.4	Blutdruckmessung	2
1.2.5	Medizinische Einreibung	3
1.2.6	Bewegungsübungen	37
1.2.7	Verabreichung bzw. Überprüfung von Medikamenten (bis 3 x täglich)	31
1.2.8	Hausbesuche zur Entwicklung eines Tagesprogramms bei krankheitsbedingten / u.o. -verstärkenden Strukturverlusten	

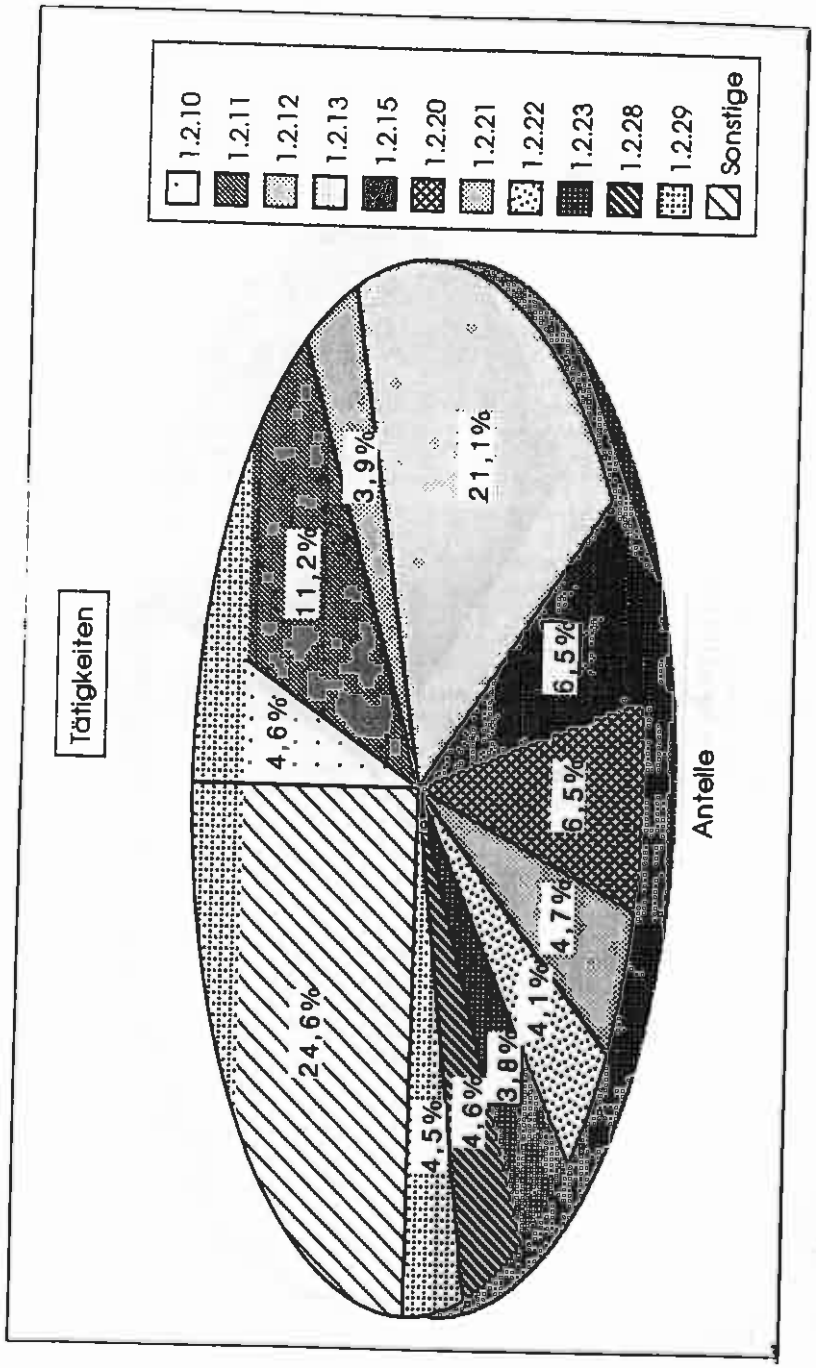
1.29	Ermöglichung und Verbesserung der Orientierung, Orientierungshilfen schaffen (Kalender, geschriebene Hinweise etc.)	24
1.2.10	Herausfinden von verbliebenen Fähigkeiten, die noch als ausfüllend erlebt werden; Aufforderung, diese auszuüben; ggfs. einfache Aktivitäten beginnen	60
1.2.11	Krankheitsbedingte Gefühlsstörungen erfassen und darauf eingehen	146
1.2.12	Übungen zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, der Aufmerksamkeit und des Antriebs	51
1.2.13	Kontinuierliches Kontaktangebot	276
1.2.14	Planung der notwendigen, alltäglich wiederkehrenden Verrichtungen (Grundbedürfnisse)	39
1.2.15	Aktivierung zur Bewältigung der Anforderungen des Alltags	85
1.2.16	Hinführung zur ärztlichen u.o. medikamentösen Behandlung	18
1.2.17	Krankenbeobachtung bei Umstellung der Medikation im häuslichen Milieu	8
1.2.18	Begleitung zur ärztlichen Behandlung	4
1.2.19	Kooperation mit dem Arzt	26
1.2.20	Symptombezogene Krankenbeobachtung im häuslichen Bereich	85
1.2.21	Gelegentliche Überwachung der Medikamenteneinnahme nach Verordnung/ Motivierung zur Medikamenteneinnahme	61
1.2.22	Beobachtung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Medikamenten	53
1.2.23	Sachinformationen über die Erkrankung geben; Erarbeiten von Verständnis für die Erkrankung und einer evtl. geänderten Umgangsweise der Angehörigen mit dem Patienten	50
1.2.24	Schlafrythmus überprüfen, ggfs. das frühe Zubettgehen beeinflussen	35
1.2.25	Beobachtung und Feststellung von krankheitsbedingten Einschränkungen, die nur in der häuslichen Umgebung auffallen	18
1.2.26	Einübung der Aufnahme von sozialen Kontakten bei krankheitsbedingtem Rückzugsverhalten	18
1.2.27	Suizidprophylaxe durch Treffen von Abmachungen und deren Überprüfung	15
1.2.28	Entlastungsgespräche mit Angehörigen	60

1.2.29	Laufende Vermittlung und Koordination des Einsatzes von Gemeindeschwestern / Nachbarschaftshilfen / SpD / ASD	59
1.2.30	Unterstützung und Beratung von Gemeindeschwestern/Nachbarschaftshilfen	15
1.2.31	Einleitung einer Krankenhausbehandlung	0
1.2.32	Fallbesprechung / Supervision	5
1.2.33	Beratung des Umfeldes (Hausmeister, Nachbarn, Vermieter etc.)	5
1.2.34	Kooperation mit Ämtern und Behörden	2
1.2.35	Kooperation mit Krankenhäusern	3
1.2.36	*Gespräch mit dem Patienten über seine Erkrankung, deren Verlauf und Behandlung*	
1.2.37	*Gespräch mit dem Patienten über die krankheitswirksamen Faktoren in der Beziehung zu seinen Angehörigen*	
		1294
1.3.	**Ärztliche Diagnostik und Therapie (siehe auch EBM bzw. § 368 n Abs.6 RVO)**	
1.3.1	Erhebung des vollständigen psychischen Status incl. Lebensgeschichte und sozialen Daten	17
1.3.2	Behandlung eines psychisch definierten Krankheitsbildes (Gespräch)	11
1.3.3	Behandlung eines psychopathologisch definierten Krankheitsbildes bei akuter psychischer Dekompensation (Krisenintervention)	2
1.3.4	Fremdanamnese	2
1.3.5	Beratung von Bezugspersonen	6
1.3.6	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen (Kooperationsarbeit, z.B. mit Sozialstationen, Kliniken usw.)	8
		46

2.	**Sozialhilfe**	
2.1.	**Persönliche Hilfen (§ 8 BSHG)**	
2.1.1	Beratung in Fragen der Sozialhilfe	7
2.1.2	Beratung in sonstigen sozialen Angelegenheiten	10
2.2	**Eingliederungshilfe (§ 39/40 BSHG)**	
2.2.1	Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht	
2.2.2	Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft	4
2.3	**Hilfe zur Pflege (§ 68/69 BSHG)**	
2.3.1	Vermittlung von angemessener Bildung und Anregung kultureller oder sonstiger Art	
2.3.2	Pflege und Wartung zu Hause	0
2.4	**Hilfen im Haushalt (§ 70 BSHG)**	
2.4.1	Persönliche Betreuung von Haushaltsangehörigen	0
2.4.2	Tätigkeiten, die zur Weiterführung des Haushalts erforderlich sind	0
2.5	**Altenhilfe (§ 75 BSHG)**	
2.5.1	Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht	9
2.5.2	Hilfe/Beratung in allen Fragen der Aufnahme in eines Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes, Motivierung zur Übersiedlung, auch bei Kurzzeitpflegeplatz	62

2.5.3	Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste	3
2.5.4	Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen	34
2.5.5	Hilfe, die den alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht	4
2.5.6	Hilfe zu einer Betätigung, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird	13
		146

Abb 8



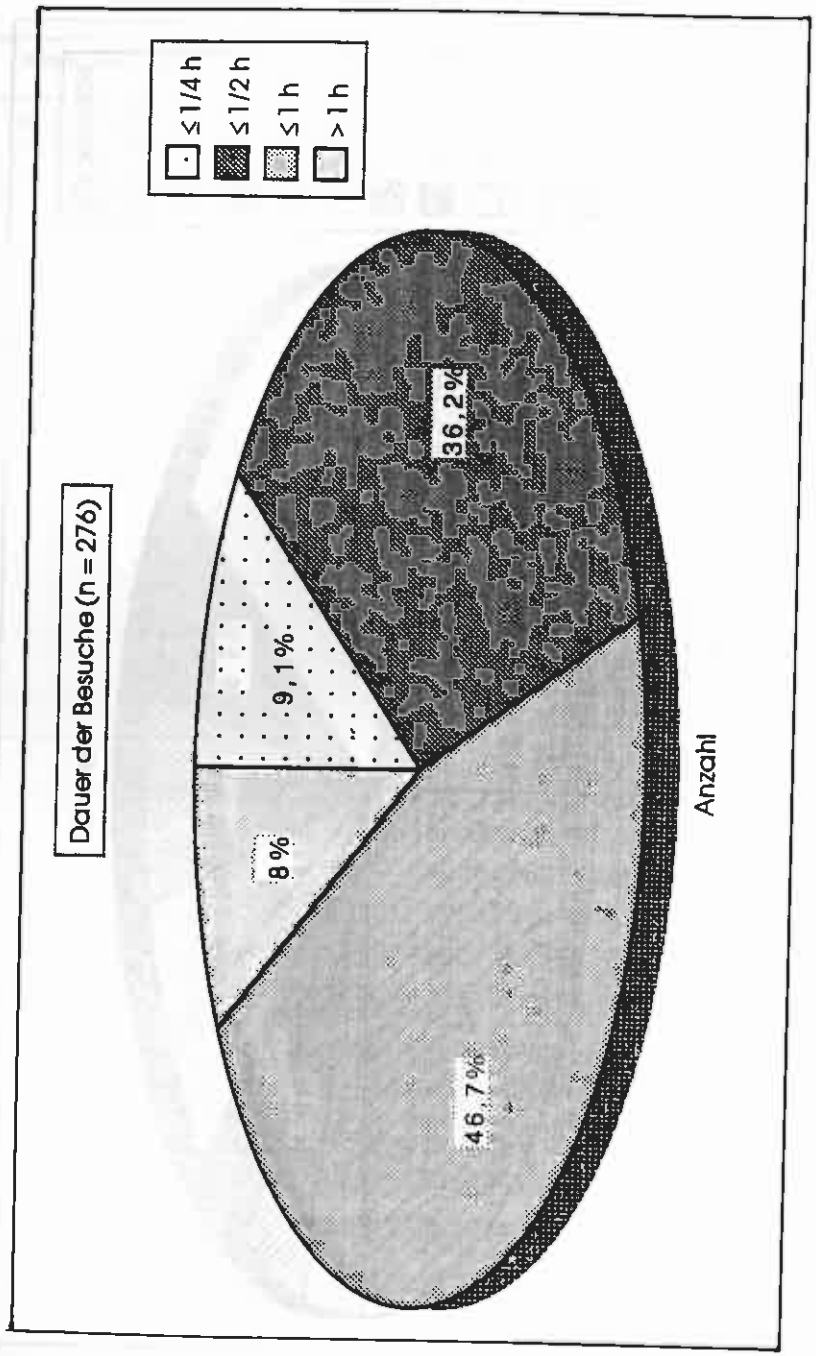


Abb 9

Die doppelte Aufgabe der Suchtkrankenhilfe - von der institutions- zur personenbezogenen Rehabilitation - eine Standortbestimmung

Eckhard Sundermann

Mir ist aufgetragen, einen Kurzbeitrag zu Thema Suchtkrankenversorgung zu leisten. Da im Mittelpunkt des Forums die Diskussion der Vorträge des Vormittags stehen soll, möchte ich bei meinem Betrag die Betonung auf "Kurz-" legen.
Um die Diskussion einzugrenzen und diese anzustoßen, werde ich im folgenden plakativ sein müssen.

Ich habe Ihnen zur Illustration meiner ersten These die Titelseite der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung vom Donnerstag letzter Woche mitgebracht.
Ganz oben auf der Seite findet sich folgender Artikel: "Keiner trinkt so wie wir. Deutsche lösen die Franzosen ab. Mit 12,1 Liter reinen Alkohols pro Kopf und Jahr sind die Deutschen neuer Weltmeister." Darunter der Aufmacher des Tages mit der Überschrift: "Wirtschaft: Aufschwung in Sicht, aber 500.000 Stellen fallen weg", und die Überschrift über dem darauffolgenden Artikel lautet: "Bahn baut 100.000 Stellen ab."

Sie sehen, es geht wieder vorwärts. Wir werden wieder Weltmeister. Dafür muß man schon mal über 4 Millionen Arbeitslose und 2,5 Millionen Suchtkranke in Kauf nehmen.

1. These

Die zunehmende Teilung der Gesellschaft vollzieht sich auch im Gesundheitswesen, im psychosozialen Hilfesystem und im System der Suchtkrankenhilfe.

Gesundheitsstrukturgesetz, Pflegeversicherung, Psychotherapeutengesetz, Änderungen beim Arbeitsförderungsgesetz und dem BSHG fördern neben ihren zum Teil durchaus positiven Absichten diesen Prozeß durch eine Tendenz zur Individualisierung des jeweiligen Lebensrisikos und Privatisierung von Hilfen. Im Sinne eines "creaming off" wenden sich gewerbliche Anbieter mit spezialisierten Angeboten finanziell potenten und attraktiven Klientengruppen zu. Jede Zusatzleistung wird ihren Preis haben, der natürlich nicht von jedem bezahlt werden kann.

Die jetzt schon bestehende Schieflage bei der Versorgung von Suchtmittelabhängigen - gekennzeichnet dadurch, daß für die Hilfebedürftigsten die wenigsten Finanzmittel und der niedrigste Qualitätsstandard zu Verfügung steht - droht ausgebaut und zementiert zu werden. Hier sei, bei allem sozialrechtlichen Fortschritt durch Einbeziehung der Renten- und Krankenversicherungsträger, auf die hochschwelligen und damit ausgrenzenden Zugangsvoraussetzungen der ambulanten Rehabilitation verwiesen.

2. These

Die Zunahme der Beziehungslosigkeit in der Gesellschaft auf der einen Seite und die Beziehungslosigkeit zu sich selbst und zu anderen als ein Grundproblem des Suchtmittelabhängigen auf der anderen Seite finden eine Entsprechung innerhalb des Suchtkrankenhilfesystems.

Die schleichende Zerstörung gewachsener, sicherheitsspendender und entwicklungsfördernder Strukturen in der Familie, im vertrauten Wohnviertel, auf der Arbeit führt zu Verunsicherung, Resignation und Beziehungslosigkeit. Individualisiertes Kleinkriegverhalten und Entsolidarisierung sind festzustellen. Die Suchtkrankenhilfe kennt dieses Phänomen besonders gut bei ihrer Klientel. Um so erstaunlicher ist daher die Beobachtung, daß sich das Suchtkrankenhilfesystem selbst analog dazu verhält. Egozentristische Sichtweisen, Abschottungstendenzen und nur dürftig entwickelte interne und externe Kooperationsbeziehungen sind dafür kennzeichnend.

3. These

Die Beziehungslosigkeit des Suchtkrankenhilfesystems resultiert aus der institutionsbezogenen Organisation der Hilfen.

Scheint diese Hilfeorganisation bei ausschließlicher Suchterkrankung noch angemessen, so verliert sie bei Zunahme der Probleme des Einzelnen ihre Effektivität.

Je schwieriger die Problemlagen der Klientel, desto geringer die Selbsthilfepotentiale, um so kontraproduktiver werden institutionsbezogene Hilfeformen:
für die Suchtprobleme zur Suchtberatung, für die Schulden zum Schuldnerschutz, ohne Arbeit zum Arbeitslosenzentrum, ohne Wohnung zur Wohnungslosenhilfe und so weiter; überall qualifizierte Hilfen, aber beziehungslos, unabgestimmt, nebeneinander oder doppelt oder gegenläufig, daher problematisches Vermeidungsverhalten, Orientierungs- und Beziehungslosigkeit eher fördernd und, nicht zu vergessen, teuer. Der Klient geht als Person in dieser Versorgungslandschaft verloren.

4. These

Die Suchtkrankenhilfe steht vor einer doppelten Aufgabe.

Im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie hat sie nicht nur einen, sondern gleich zwei Schritte zu tun. Bevor man sich vom institutionsbezogenen Hilfeansatz löst und sich auf den Weg zur personenbezogenen Organisation der Hilfen begibt, sind von der Suchtkrankenhilfe selbstverständliche Grundprinzipien psychiatrischer Versorgung wie Regionalisierung, Sektorprinzip, Versorgungsverpflichtung, Koordination und verbindliche Kooperation, multiprofessionelle Teamarbeit weitestgehend erst noch anzueignen und umzusetzen. Die Diskussion darum wird seit einiger Zeit hoch emotional von zum Teil verhärteten Positionen aus geführt.

Die in der Gemeindepsychiatrie infolge dieser Grundsätze inzwischen entwickelten differenzierten Hilfeangebote fehlen überwiegend in der Suchtkrankenversorgung. Hier sind mindesten zehn Jahre Rückstand aufzuholen.

Aber dies birgt natürlich auch die Chance, aus den dort gemachten Erfahrungen zu lernen, die Fehler zu vermeiden und heutige Erkenntnisse leichter umzusetzen.

Was ist zu tun? Wie können die Schritte umgesetzt werden? Am morgigen Tag wird dieses genauer beleuchtet. Dennoch möchte ich Ihnen einige mir wichtige Aspekte für die Suchtkrankenhilfe nennen.

Lassen Sie uns, der ersten These folgend, der Spaltung der Gesellschaft eine Suchtkrankenhilfe entgegensetzen, die fachlich angemessene Hilfen für alle abhängigkeitskranken Bürger ohne Unterschied vorhält.

Dies setzt eine Übernahme der Prinzipien der Gemeindepsychiatrie, wie sie oben genannt sind, voraus. Nur wenn wir uns verpflichten, unsere Hilfen so zu organisieren und zu entwickeln, daß sie für jeden Mitbürger eines definierten Gebietes auch wirklich hilfreich sind, können wir dem Sog und der Verlokkung des "creaming-off" entgehen.

Und es zwingt uns zu einer Prioritätensetzung. Wenn zunehmend gewerbliche Unternehmen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten spezialisierte Therapien und Rehabilitationseinrichtungen anbieten, müssen freie und öffentliche Wohlfahrtspflege nicht dasselbe tun.

Deren fachlich hochqualifizierte Hilfen sind zu allererst den Menschen anzubieten, die nirgendwo ankommen oder angenommen werden, den eher unattraktiven, wenig motivierten, ihre eigenen Rechte kaum wahrnehmenden, rückfallgefährdeten oder -erprobten, manchmal verwahrlosten, vielfach wohnungslosen "multiproblembehafteten" Menschen.

Weil bei Ihnen gute Berater schon häufig gescheitert sind, brauchen wir hier bessere Ideen und die besten Mitarbeiter.

Prioritätensetzung heißt dabei nicht, daß die anderen abgewiesen werden müssen, sondern nur, daß es eine Reihenfolge der Zuwendung gibt.

Eine darauf ausgerichtete Versorgungsstruktur macht eine Veränderung der Zielsetzung suchttherapeutischen Handelns notwendig.

Die Leitidee der Suchtkrankenhilfe - die volle Verantwortung für sich an den Klienten zurückzugeben und Autonomie und Selbstbestimmung wiederherzustellen - muß ohne Aufgabe der Idee erweitert werden um reale Lebenshilfen mit Hilfs-Ichfunktionen.

Dies bedeutet auch eine Veränderung der Sichtweise von Abhängigkeit. Das am Primat der Abstinenz orientierte lineare Modell der Behandlung und Rehabilitation wird durch ein zirkuläres, diskontinuierliches Prozeßmodell mit einer neuen Zielhierarchie abgelöst. Bei über 20.000 Alkoholtoten jährlich in der Bundesrepublik (bei Zugrundelegung der Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) wird das vorrangigste Ziel jeder Hilfe die Sicherung des Überlebens sein müssen. Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens, Reduzierung der Trinkmenge und -exzesse, Verlängerung der alkoholfreien Perioden, dauerhafte Abstinenz und eine Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit wären weitere Teilziele einer solchen Hierarchie (KÖRKEL, 1991).

Weiterhin wird eine in diesem Sinne entwickelte Suchtkrankenhilfe eine veränderte Organisationsstruktur aufweisen müssen.

Gefordert ist der Aufbau multiprofessionell besetzter mobiler Basisteams, die auf der Grundlage der Versorgungsverpflichtung für ein festgelegtes Versorgungsgebiet flexible, dem jeweiligen individuellen Bedarf angemessene Hilfen organisiert oder selbst vorhält. Dabei geht es nicht darum, neue zusätzliche Dienste zu schaffen, sondern zunächst die vorhandenen umzustrukturieren und auszubauen.

Diesen Basisdiensten kommt neben der Sicherung der Beziehungskontinuität als vorrangige Aufgabe die Verknüpfung vorhandener Hilfen zu. Dazu bedarf es verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen unterschiedlichen Institutionen, Fachdiensten und Professionen der medizinischen, psychosozialen und sozialen Hilfesysteme.

Dieses Verknüpfen von Hilfen im Sinne eines "case-managements" ist vor allem gefordert. Es muß fachlich gelernt werden.

Die so erreichte Bündelung der vorhandenen unterschiedlichen Fachkompetenzen ermöglicht personelle Kontinuität durch das Basisteam und konzeptionelle Kontinuität durch abgestimmtes Handeln aller Beteiligten auf der Grundlage möglichst weitgehender gemeinsamer Behandlungs-, Betreuungs- bzw. Förderpläne.

Ein so gestaltetes Suchtkrankenhilfesystem sichert m.E. die vollständige Wahrnehmung des Individuums, seiner Bedürfnisse und seines jeweiligen Hilfebedarfs und daraus abgeleitet einen angemessenen, flexiblen, ganzheitlichen Behandlungs- und Rehabilitationsansatz.

Zusammenfassung der Diskussion im Forum 3 (Abhängigkeitskranke) [1]

Knut Lehmann

1. Grundsätzlich ist der Ansatz der Kommission, den Hilfebedarf personenbezogen und nicht institutionsbezogen zu beschreiben, unterstützt worden.

2. Auch die von der Kommission vorgeschlagene Vorgehensweise bei der Beschreibung des individuellen Hilfebedarfs fand prinzipielle Zustimmung.

3. Die vorgeschlagenen Kategorien und die Operationalisierung dieser Katgegorien ermöglichen auch für Abhängigkeitskranke die Beschreibung des individuellen Hilfebedarfs.

   Ein eigenes Instrument für Abhängigkeitskranke wird nicht für erforderlich gehalten.

4. Aus der der Kommissionsarbeit zugrunde liegenden Einschätzung, für Abhängigkeitskranke, insbesondere mehrfachgeschädigte chronisch Abhängigkeitskranke, gäbe es beträchtliche Versorgungslücken, ergibt sich nicht nur eine fachlich-konzeptionelle Aufgabe. Es ist auch erforderlich, sozialrechtliche Voraussetzungen zu schaffen. Diese Position fand - nicht überraschend - breite Zustimmung.

5. Deswegen wurde die Intention der Kommission unterstützt, über die Entwicklung der Instrumente Grundlagen für die Definition von sozialrechtlichen Ansprüchen zu schaffen.

6. Die der Kommissionsarbeit ebenfalls zugrunde liegende Annahme, die Realisierung des personenbezogenen Hilfeansatzes erfordere die Vernetzung der verschiedenen Angebote und Träger im komplementären Bereich, fand einhellige Unterstützung. Dazu ist einerseits von den Trägern der Einrichtungen und Angebote Kooperation einzufordern und zum anderen ist die notwendige Koordination sicherzustellen.

---

[1] Die Diskussionen und Hinweise beziehen sich auf die zum Zeitpunkt der Tagung vorgelegten Formen der Manuale, nicht auf ihren aktuellen Stand. Insofern sind manche der Einwände und Hinweise, die in der Zusammenfassung enthalten sind, entweder überholt oder auch gegenstandslos geworden.

Die Koordination bezieht sich sowohl auf die Koordination der personenbezogenen Hilfen wie auch die Koordination der Träger bzw. ihrer Einrichtungen und Angebote innerhalb einer Versorgungsregion.

7. Neben dieser grundsätzlichen Zustimmung zu den Ansatzpunkten der Kommissionsarbeit gab es eine Reihe von Hinweisen zu den vorgelegten Instrumenten bzw. Manualen.

7.1

- Den Manualen liegt kein Defizitmodell der Klienten zugrunde. Es gab jedoch gewisse Zweifel, ob die Manuale in der vorgelegten Form geeignet seien, die Fähigkeiten der Klienten zu beschreiben.

- Es wurde vorgeschlagen zu überlegen, ob im Bereich der Stärken und Fähigkeiten nicht eine differenziertere Beschreibung und auch eine größere Stufung angemessener wäre.

- Vermißt wurde in der Beschreibung der Stärken und Fähigkeiten eine Kategorie, die es ermöglicht, die Bereitschaft, die Motivation und das Lernvermögen bzw. die Entwicklungsmöglichkeiten zu beschreiben.

- Vorgeschlagen wurde auch, den Bereich der beruflichen Bildung bzw. Qualifizierung ausführlicher zu berücksichtigen.

7.2

- Die Gegenüberstellung von Fähigkeiten und Beeinträchtigungen auf der einen und den Hilfen auf der anderen Seite, könnte das Mißverständnis produzieren, nun seien in ganzer Breite Förderungsmaßnahmen notwendig.

- Hier sollte in den Manualen ein Hinweis enthalten sein, daß das Ausmaß der erforderlichen Hilfen abhängig vom angestrebten Rehabiliationsziel, der aktuellen Situation des Klienten sowie den tatsächlich zur Verfügung stehenden Hilfe- und Förderungsmöglichkeiten ist.

- Dies könnte z.B. mit einem allgemeinen Hinweis erreicht werden, daß zu einem gegebenen Zeitpunkt Prioritäten im Rahmen der Rehabiliationsziele zu setzen sind.

7.3

- Die beiden Manuale wurden für in sich stimmig und auch verständlich gehalten.

- Dennoch bestand die Befürchtung, ihre Einführung auf breiter Ebene könnte mit Schwierigkeiten verbunden sein, denn die Logik und Stimmigkeit erschließe sich erst bei näherer Beschäftigung mit den Manualen. Deswegen wurde vorgeschlagen, darüber nachzudenken, auf welche Weise die Einführung durch Schulungen unterstützt werden könnte.

- Diese Frage wurde insbesondere deswegen für wichtig gehalten, weil die mit den Manualen angestrebte Professionalisierung vor allem dadurch unterstützt wird, daß für eine angemessene Implementation gesorgt wird.

- Auch für die Diskussion mit Kostenträgern ist die "Beherrschung" des Instruments eine wichtige Voraussetzung.

7.4 Die Handhabbarkeit des Übersichtsbogens wurde aus zwei Gründen kritischer eingeschätzt.

Auf der einen Seite erscheint der Übersichtsbogen zu kompliziert, d.h. auf den ersten Blick nicht verständlich und damit in seiner Funktion, einen gut nachvollziehbaren Überblick über den erforderlichen Hilfebedarf und den damit verbundenen Zeitaufwand zu bieten, nicht im vollem Umfange gewährleistet.

Zum anderen werden Schwierigkeiten gesehen, mit Hilfe des Übersichtsbogens den tatsächlichen Zeitbedarf ableiten zu können. Es bleibt ein erheblicher Interpretationsspielraum und -bedarf. Hier wurde vorgeschlagen, nochmals grundsätzlich darüber zu diskutieren, ob das vorgeschlagene Verfahren der Zeitauffassung über Stunden bzw. Minuten für den Personenkreis der Abhängigkeitskranken geeignet sei.

Der tatsächlich erforderliche Zeitbedarf pro Klient schwankt von Tag zu Tag relativ stark. Deswegen sind andere Bezugsgrößen wie z.B. Arbeitsstunden pro Woche / pro Klient oder pro Monat / pro Klient denkbare Alternativen.

Dieser Zeitbedarf pro Klient könnte dann in regelmäßigen Abständen, z.B. alle sechs Monate, überprüft werden.

7.5 Kritisch wurde angemerkt, daß bei den Fragen zur Bewältigung spezifischer Gefährdungen bzw. nach der Bewältigung von spezifischen Gefährdungen der Begriff des "Rückfalls" nicht auftaucht.

Hier wurde empfohlen, diesen Begriff mit aufzunehmen.

Dabei gab es unterschiedliche Vorschläge, in welcher Weise dies erfolgen sollte. Der weitestgehende Vorschlag war, dabei zwischen Suchtmittelkonsum, "kleinem" Rückfall und "großem" Rückfall zu unterscheiden. (Unter dem "großen" Rückfall wird Kontrollverlust verstanden.)

Allerdings waren die kritischen Anmerkungen nicht einheitlich. Es gab vereinzelt Stimmen, den Begriff des Rückfalls nicht aufzunehmen.

7.6 Verschiedentlich wurde vorgeschlagen, die Manuale mit Beispielen zu erläutern. Dies ist eine ohnehin von der Kommission verfolgte Absicht und insoweit sind diese Hinweise eine Aufforderung, Beispiele in die Manuale mit aufzunehmen.

7.7 Im Anschluß an die Diskussion der Manuale sowie der bisherigen Arbeit der Kommission wurden eine Reihe von Fragen formuliert, die in der weiteren Diskussion der Arbeit der Kommission Berücksichtigung finden sollten.

Diese Fragen werden im folgenden aufgelistet.

- Wie wird sichergestellt, daß der Klient nicht in eine permanente Rehabiliationsverpflichtung gerät und auf diese Weise vom Hilfesystem instrumentaliert wird?

  Bei dieser Frage spielt auch der Eindruck eine gewisse Rolle, das Instrument sei von dem Klienten nicht ausreichend zu verstehen.

- Wer definiert die Bedürfnisse des Klienten und wie ist sichergestellt, daß seine Definition in die Beschreibung des Hilfebedarfs ausreichend einfließt?

- Sind mit diesem Instrument die chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken ausreichend beschreibbar oder, anders gefragt, besteht über diese Instrumente die Gefahr der Ausgrenzung gerade dieses Personenkreises?

- Auf welche Weise und durch wen werden die notwendigen Koordinationsleistungen sowohl klientenbezogen wie auch versorgungsstrukturbezogen erbracht?

- Für Abhängigkeitskranke stellt sich die Frage, auf welche Weise und durch wen die Selbsthilfe einbezogen wird?

- Da der Medizinische Dienst der Krankenkassen für die Feststellung des Leistungsumfanges eine wichtige Rolle spielen wird, ergaben sich aus dieser Überlegung mehrere Fragen:

  Wie sind Behandlung und komplementäre Versorgung voneinander abzugrenzen?

  Wie ist das Verhältnis des durch die Mitarbeiter mit Hilfe der Manuale festzustellenden Hilfebedarfs und der gutachterlichen Rolle der Leistungsträger bei der Feststellung des erforderlichen bzw. zu bezahlenden Leistungsumfanges?

- Gerade bei Abhängigkeitskranken spielen häufig justitielle Fagen eine Rolle, die für die Art und Weise und den Umfang der Betreuung wichtige Konsequenzen haben und die jedenfalls in der vorliegenden Fassung der Manuale noch keine Berücksichtigung gefunden haben.

8. Vereinzelt gab es prinzipiell kritische Stimmen.

So wurde die Befürchtung geäußert, das Instrument könnte in einem gut vernetzten und koordinierten System zu einer Art von neuer Institutionalisierung führen, indem der Klient über seinen Verordnungsbogen und über die Manuale zu einem lebenslangen Rehabilitanten wird.

Dies würde bzw. könnte zu dem angestrebten Ziel der Verselbständigung in Widerspruch geraten und die Verfolgung dieses Zieles beeinträchtigen.

Bei dieser Einschätzung spielt eine Rolle, daß der Klient in der Regel weniger gut in der Lage ist, seine Interessen gegenüber dem Hilfesystem durchzusetzen, als dieses in der Lage ist, die institutionellen und Trägerinteressen gegenüber dem Klienten zur Geltung zu bringen.

In einer anderen grundsätzlichen Anmerkung wurde die Befürchtung geäußert, das Instrument sei zu technokratisch angelegt und beeinträchtige die ganzheitliche Sichtweise der Professionellen bei der Arbeit mit den Klienten und berge die Gefahr einer Bewertung des Klienten durch die Skalierung.

Die Manuale in ihrer vorliegenden Form seien eher dazu geeignet, einem kleinen Kreis von Experten sowohl in der Einrichtung wie beim Kostenträger die Möglichkeit zu geben, über den Klienten zu sprechen und über ihn zu entscheiden als mit ihm zu entscheiden und zu arbeiten.

II. Wege zur personenzentrierten Organisation von Hilfen - Lösungsansätze der Kommission

H. Wege zur personenzentrierten Organisation von Hilfen - Lösungsansätze der Kommision

Personenzentrierte Organisation von Hilfen

Heinrich Kunze

Einleitung

Es geht um die eigentlich ganz einfache Frage: Haben Menschen ihren Hilfebedarf nach den vorhandenen Einrichtungen auszurichten? Oder sollten die Hilfen sich am Bedarf der hilfebedürftigen Menschen orientieren?

Wer von Ihnen im sogenannten Komplementärbereich[1] tätig ist, weiß aus Erfahrung um diese Probleme. Der gestrige Tag war dem gewidmet. Personenzentrierte Orientierung der Hilfen wird schon vielerorts im Graubereich, im Unschärfebereich, der institutionszentrierten Strukturen praktiziert. An einigen Orten in Deutschland gibt es mit administrativer Phantasie entwickelte gute Beispiele. Von Entwicklungen in einigen anderen Ländern können wir viel lernen.

Wir wollen diesen personenzentrierten Ansatz zur Grundlage der Personalbemessung im Komplementärbereich machen, weil der institutionszentrierte Ansatz rehabilitationsbehindernd und damit auch unwirtschaftlich ist. Der personenzentrierte Ansatz entspricht auch dem Sozialleistungsrecht: Nur Personen können Leistungsansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern haben - dagegen Institutionen nur mittelbar, wenn sie für Personen Leistungen erbringen.

[1] Der Begriff "komplementär" ist in seinem Bezug auf das Krankenhaus problematisch. Ich verwende ihn vorerst als allgemein bekannten Begriff weiter, weil andere Begriffe zu umständlichen Definitionen Anlaß geben würden. Ein geeigneter Kurzbegriff wird gesucht.

Kritik des institutionszentrieren Ansatzes

Wer mehr Hilfe braucht, als dem herkömmlichen Umfang ambulanter Hilfen entspricht, muß sich (auch wenn sie/er eine eigene Wohnung hat) in das Bett einer Einrichtung legen, um damit die Finanzierung komplexerer Hilfen sozialrechtlich auszulösen. Dies gilt sowohl für Krankenbehandlung wie auch für andere Hilfen zur Rehabilitation und Eingliederung.

Die vorhandenen Formen von Hilfen im sogenannten Komplementärbereich strukturieren sich nach

- Kostenträgern und Paragraphen (Krankenkassen oder Reha oder Sozialhilfe ...)
- Einrichtungsträgern (Diakonie, Caritas, DPWV, AWO usw.)
- Angeboten (Therapieprogrammen mit Indikations- und Ausschlußkriterien).

Dabei geht es darum, nach diesen und weiteren Kriterien (z. B. Altersstufe) möglichst viele gleichartige Fälle gleichzeitig zu haben: Das gibt maßnahme-homogene Kästchen als Strukturmuster. So entstehen viele verschiedene, jedoch jeweils in sich homogene Standard-Hilfepakete. Personen mit einem bestimmten Hilfebedarf gehen zu dem jeweiligen Standard-Hilfepaket, das ihrem individuellen Bedarf am nächsten kommt - und wenn sich ihr Hilfebedarf ändert,

- müssen sie zum nächsten Standard-Paket weiterwechseln ("Reha-Kette"), damit werden tragende soziale und therapeutische Beziehungen unterbrochen: Entwurzelung
- oder sie geraten in den Zustand der Fehlplazierung, ohne sich bewegt zu haben
- oder sie entwickeln (sozusagen, um bleiben zu können) den für das Standard-Paket passenden Hilfebedarf (einrichtungsinduzierte [sekundäre] Behinderungen, vgl. Hospitalismus).

Dieses institutionszentrierte Denken ist geprägt vom Modell Krankenhaus, auch wenn viele der komplementären Einrichtungen sich alternativ zum Krankenhaus verstehen und von anderen Profis als Ärzten geleitet werden.

Aber: Bei Personen, die zur Behandlung im Krankenhaus sind, und bei Personen, die zur Reha und Eingliederung in einer komplementären Einrichtung sind, gibt es einen entscheidenden Unterschied: Wer ins Krankenhaus geht, hat einen Lebensmittelpunkt außerhalb. Sein Wohnplatz und sein Platz in verschiedenen sozialen Rollen (Familienmitglied, Nachbar, Berufstätiger, Freundeskreis ...) wird bis zur Rückkehr in absehbarer Zeit freigehalten.

In komplementäre Einrichtungen geht, wer in seinem eigenen Lebensfeld nicht zurechtkommt - oder sein Lebensfeld nicht mit ihm zurechtkommt -, weil eine psychische Erkrankung mit ihren Folgen mit herkömmlicher ambulanter Behandlung oder ambulanter Beratung nicht ausreichend stabilisiert 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. Wer z. B. 2 oder 3 Jahre in einer Übergangseinrichtung oder in einem Berufsförderungswerk lebt, ist von seinem bisherigen Lebensort weggezogen, aber stattdessen nur Gast in der Einrichtung.

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 gewünschten Aktivitäten, sozialen Bezugspersonen, privaten Gestaltungs- und Rückzugsmöglichkeiten". Die Konsequenz des "erfolgreichen" Abschlusses einer solchen Reha-Maßnahme ist die persönliche, subjektive Entwurzelung aus dem Lebensfeld der letzten 2 bis 3 Jahre - und dann?

Einrichtungszentrierte Reha und Eingliederung wirkt also Reha- und eingliederungsbehindernd, ist nicht bedarfsorientiert und damit auch nicht wirtschaftlich. Bedarfsorientierte Reha und Eingliederung muß personenorientiert konzeptualisiert und organisiert werden. Nachrangig sind dann die Fragen zu klären:

- Wie können personenzentrierte Hilfen organisatorisch realisiert werden?
- Welchen Leistungszuständigkeiten nach dem gegliederten System der sozialen Sicherung sind die Hilfen bzw. Hilfekomponenten zuzuordnen?

Personalbemessung im komplementären Bereich macht nur Sinn unter bestimmten Zielsetzungen und Rahmenbedingungen. Auch bei der Psychiatrie-Personalverordnung wurde die Personalbemessung mit einem therapeutischen Konzept verbunden, das bestimmte strukturelle Voraussetzungen hat. Es wäre unverantwortlich, neuen Wein einfach in alte Schläuche zu füllen.

Um welche Ziele geht es und um welchen Personenkreis?

Personenzentrierte Rehabilitation und Eingliederung im fachlichen Sinne meint nicht nur die Personen, die auch leistungsrechtlich bisher unter den Begriff Rehabilitation fallen, sondern keine Person ist zu gestört, zu behindert, als daß sie nicht unter die fachliche Zielsetzung Rehabilitation und Eingliederung fiele. Dies gilt im individuellen Sinne und daraus abgeleitet auch für alle Personen mit entsprechenden Problemen aus einer überschaubaren Region im Sinne einer komplementären Versorgungsverpflichtung.

Der Begriff Rehabilitation ist bei uns leistungsrechtlich in einer bestimmten Weise definiert. Davon zu unterscheiden ist die Bedeutung im fachlichen Zusammenhang, die übergreifend reicht von dem, was kostentechnisch Behandlung ist, bis zum kostentechnischen Begriff Pflege (Pflegefall BSHG § 68 oder zukünftig Pflegeversicherung = SGB XI):

- Klinisch-stationäre psychiatrische Behandlung hat immer auch eine rehabilitative Orientierung. Klinische Krankenhausbehandlung im Sinne der Psych-PV soll Patienten befähigen, "außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also in die Gesellschaft einzugliedern". (Presseerklärung des BMA 1990)
- Aktivierende Pflege ist rehabilitativ. Dies wird gerade auch im Pflegeversicherungsgesetz hervorgehoben.

In einem Beitrag zur Psychiatrie-Enquete 1975 berichtet BENNETT über den in England verwendeten Reha-Begriff, 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." Im Sinne dieses fachlichen Reha-Begriffes ist niemand zu gestört, zu krank und zu behindert, um ausgeschlossen zu werden.

Dies entspricht auch der in SGB I § 10 schon in den 70er Jahren niedergelegten Norm für die "Eingliederung Behinderter": "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

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern."

Es geht also um das Ziel: Auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen sollen befähigt werden, in ihrem Kreis/ihrer Stadt menschenwürdig zu leben. Es geht um Hilfen für Menschen

- im Erwachsenen- bis zum hohen Alter
- mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen aus den Teilgebieten Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (vgl. Psych-PV)
- für die ambulante ärztliche Behandlung und/oder ambulante Beratung nicht ausreichen
- für die stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.

Die bisherigen institutionszentrierten komplementären Hilfen selektieren und wählen die zum eigenen Programm passenden hilfebedürftigen Personen aus (nach Kostenträgerzuständigkeit, nach Indikations- und Ausschlußkriterien usw.). Je komplexer und aufwendiger der Hilfebedarf von Personen ist, um so geringer sind bisher die Chancen, wohnortnahe Hilfe zu finden. Menschen mit komplexen und schwierigen Problemen sammeln sich in psychiatrischen Krankenhäusern (im Sinne ihrer Funktion als Pflegeanstalt) oder in kirchlichen Großanstalten oder in bestimmten überregional aufnehmenden Heimen. Diese Institutionen haben eine komplementäre Ersatzfunktion für unzureichend entwickelte komplementäre Hilfen in den Kreisen und Städten, aus denen die Bewohner dieser Einrichtungen stammen ("Selektion der Sozialpsychiatrie"). Darüber hinaus driften viele Menschen mit schweren psychischen Störungen in die Obdachlosigkeit.

Von der Angebots- zur Bedarfs-Orientierung

Zentrale Prämisse unseres Ansatzes ist die Orientierung am Bedarf der Personen einer überschaubaren Region (Stadt/Kreis): Welche Hilfen benötigen diese Personen, damit sie im eigenen Lebensfeld menschenwürdig auf Dauer leben können?

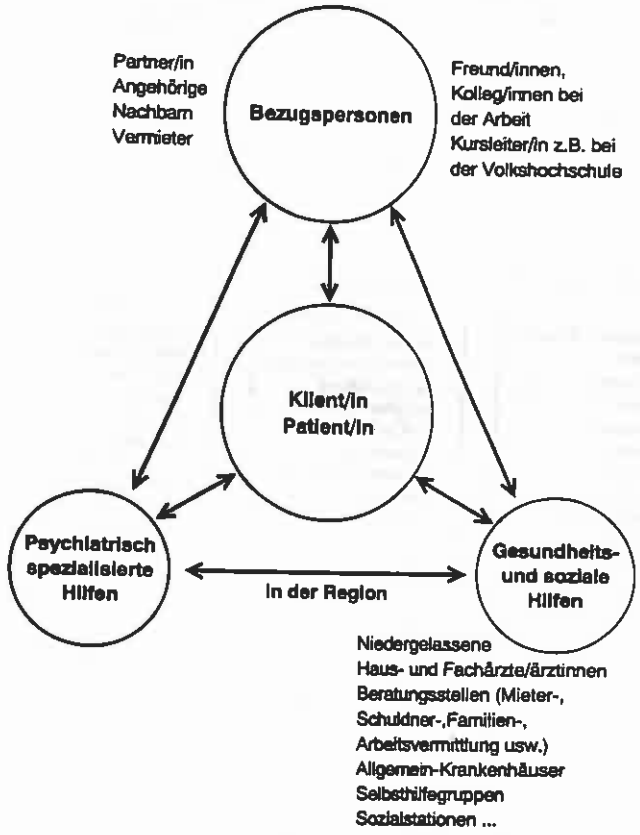
Der Begriff der Versorgungsverpflichtung, auch auf den komplementären Bereich angewandt, bekräftigt: Vom Bedarf der in der Region vorhandenen Personen ausgehen - statt die zum eigenen Angebot passenden Personen von nah und fern zu suchen.

Die Umorientierung von der Angebots- zur Bedarfsorientierung gilt sowohl für die individuelle Ebene (hilfebedürftige Personen) wie auch auf der Planungsebene für überschaubare Regionen.

Stabilisierung im eigenen Lebensfeld und Subsidiarität der psychiatrischen Hilfen

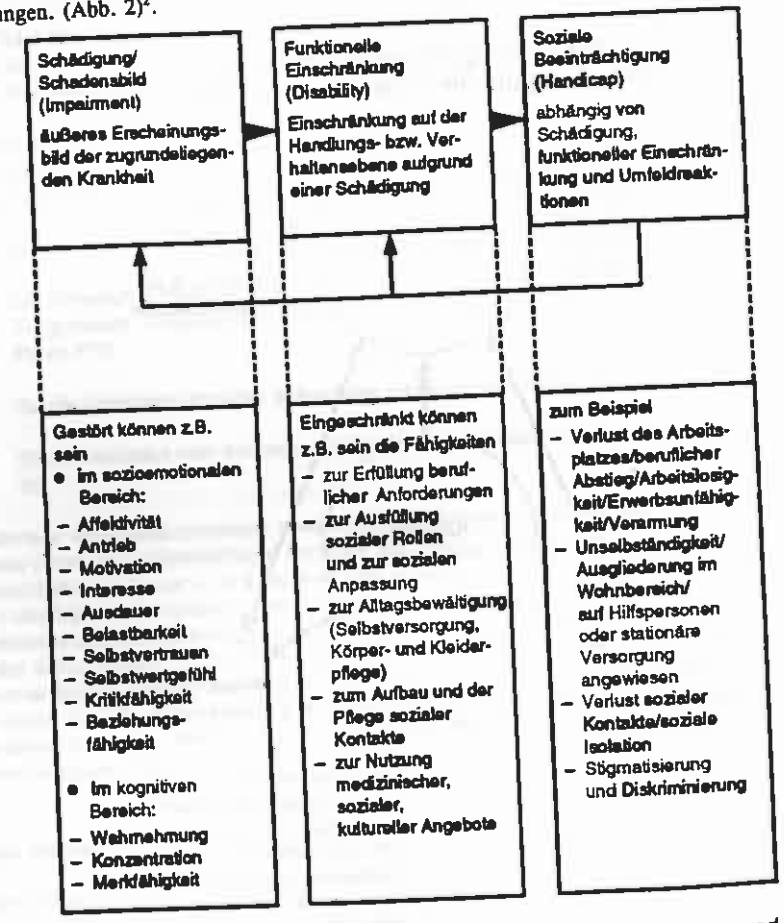
Wenn das Ziel der personenzentrierten Hilfen die Stabilisierung der Person im eigenen Lebensfeld ist, so erfordert dies eine Abkehr von einrichtungszentrierten Problemlösungen.
Stabilisierung im eigenen Lebensfeld erfordert: (Abb.1)

Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung im eigenen Lebensfeld



- Hilfen kommen entsprechend dem individuellen Bedarf ins eigene Lebensfeld der Person, statt das Lebensfeld durch eine Einrichtung zu ersetzen.
- Fachpsychiatrisch spezialisierte Hilfen unterstützen und ergänzen nicht-psychiatrische Hilfen, die vom eigenen Lebensfeld aus erreichbar sind - statt sie zu ersetzen.

Es geht also um eine konsequente, gestufte Subsidiarität im Verhältnis zum eigenen Lebensfeld des Hilfebedürftigen. Um dies konkreter erläutern zu können, will ich zunächst auf das **WHO-Konzept der Krankheitsfolgen** hinweisen. Dieses Konzept setzt Krankheit und Behinderung in einen funktionellen Zusammenhang und gilt sowohl für somatische als auch für psychische Erkrankungen bzw. Behinderungen. (Abb. 2)[2].



Das Konzept der Kranheitsfolgen ermöglicht eine differenzierte Betrachtung und Erfassung von Schädigung, funktioneller Einschränkung und sozialer Beeinträchtigung sowie der Wechselwirkung. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die wissenschaftliche Diskussion der Abgrenzungen und Zusammenhänge noch im Gange ist.

2.) aus: ARBEITSHILFE für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter - Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Heft 9 (1992)

a. **Schädigung/Schadensbild (impairment)**: Damit wird das äußere Erscheinungsbild der zugrundeliegenden Krankheit bezeichnet. Dies könnte bei psychischen Erkrankungen der Störung von Affektivität, Antrieb, Wahrnehmung, Konzentration, Merkfähigkeit usw. entsprechen.

b. **Die funktionelle Einschränkung (disability)** ist die Folge der Schädigung auf der personalen bzw. Verhaltensebene. Eingeschränkt sein können z. B. die Fähigkeiten zur Erfüllung beruflicher Anforderungen, zur Erfüllung sozialer Rollen, zur Alltagsbewältigung usw..

c. **Soziale Beeinträchtigungen (handicap)** sind die möglichen Folgen der beiden vorigen Ebenen. Dabei geht es insbesondere um Umfeldreaktionen, z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, Ausgliederung aus dem Wohnbereich, den Sozialversicherungen, soziale Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung.

Bekanntlich besteht ein Wirkzusammenhang zwischen den drei Ebenen Schädigung, funktionelle Einschränkung und soziale Beeinträchtigung nicht nur in der bisher beschriebenen Richtung, sondern es gibt Rückkoppelungseffekte, Wechselwirkungen im negativen wie im positiven Sinne zwischen den 3 Ebenen.

Was bringt nun diese Konzeptualisierung für das bessere Verständnis der Unterschiede zwischen institutions- und personenbezogener Rehabilitation und Eingliederung?

Die traditionelle Einrichtung bietet ein den funktionellen Einschränkungen angepaßtes künstliches Lebensfeld und gleicht soziale Beeinträchtigungen aus. Damit ist aber die Stabilisierung an die Einrichtung als fest verschnürtes Paket von Hilfen gebunden. Das WHO-Konzept definiert jedoch die Hilfekomponenten differenziert und bezogen auf das reale Leben.

Mit dem Begriff der **funktionellen Einschränkungen** (b) wird die Person in ihren Alltagsrollen thematisiert. Für eine Stabilisierung im eigenen Lebensfeld gibt es zwei miteinander verschränkte Ansatzpunkte:

- die Handlungsfähigkeit der erkrankten Person in bezug auf die Alltagsrollen zu verbessern,
- die Rollenerwartungen der Rollenpartner in den Alltagssituationen den Einschränkungen der erkrankten Person anzupassen.

Von zentraler Bedeutung ist, daß zwischen erkrankter/behinderter Person und den für sie wichtigen Bezugspersonen Übereinstimmung in der Sichtweise und der Einschätzung der Bedeutung der Erkrankung/Behinderung in bezug auf die Bewältigung des Alltags und die Perspektiven der weiteren Lebensplanung erreicht wird. Dies ist kein rational-logischer Vorgang, sondern ein langwieriger Prozeß im Sinne von Trauerarbeit. Dazu gehört auch die Klärung der Ursachen von wahrgenommenen Problemen zwischen der chronisch erkrankten Person und den realen Bezugspersonen in der Familie, an der Arbeit usw., wenn die erkrankte Person z.B. viel weniger als früher tut, sich vernachlässigt, bei der Arbeit verlangsamt ist.

Entscheidend für die Reaktion der Rollenpartner ist die Beantwortung der Frage: Ist die Ursache Faulheit oder krankheitsbedingtes Nichtkönnen? Je nach Antwort ist die mögliche Reaktion der Rollenpartner Druck, Sanktionen - oder Entlastung, Verständnis.

Ob eine langfristig psychisch gestörte Person in ihrem eigenen Lebensfeld weiter integriert bleiben kann, hängt also auch und entscheidend davon ab, ob die verschiedenen Bezugspersonen im realen Lebensfeld damit qualifiziert umgehen können und wie sie dabei gefördert, unterstützt und entlastet werden. Wenn die Profis in einer Einrichtung damit umgehen können, so hilft das den Bezugspersonen im Lebensfeld zunächst gar nicht, schafft allenfalls Schuldgefühle.

Bei den **sozialen Beeinträchtigungen** (c) geht es um Ausgrenzungsprozesse im Berufsleben, im Wohnbereich und der Nachbarschaft, aus dem Freundeskreis sowie aus den sozialen Sicherungen (Krankenversicherung usw.). Es kommt darauf an, im realen Leben diese Ausgrenzungsprozesse möglichst früh zu verhindern oder erfolgte Beeinträchtigungen spezifisch auszugleichen (z. B.: Übernahme der Mietkosten für eine Wohnung; Finanzierung einer Haushaltshilfe).

Mit dem Leben in einer Einrichtung sind die sozialen Beeinträchtigungen ausgeglichen. Die Einrichtung bietet mehr oder weniger Vollversorgung in bezug auf Wohnen, Ernährung, Arbeit und Tagesstrukturierung, materielle Grundsicherung usw..

Wenn eine Person mit funktionellen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen durch das Hilfepaket in einer Einrichtung stabilisiert wird (statt durch differenzierte Hilfen im eigenen realen Lebensfeld), so könnte diese Person von der Einrichtung nur unabhängig werden, wenn ihre psychische Schädigung (i. S. des WHO-Konzeptes) sich nachhaltig bessern würde. D. h., solche komplementären Einrichtungen warten unausgesprochen doch auf Heilung - wie Kliniken - oder verlieren irgendwann die Geduld und gehen mit der immer noch nicht gesund gewordenen Person um wie traditionelle Kliniken mit sog. Pflegefällen.

Die traditionelle Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Personen folgt ja dem Vorbild der Rehabilitation bei somatischen funktionellen Einschränkungen. Dabei wird aber ein wesentlicher Unterschied nicht beachtet:

Eine körperliche Schädigung, z. B. die Lähmung der rechten Hand, führt zu instrumentellen Funktionseinschränkungen, z. B. beim An- und Auskleiden, bei der beruflichen Arbeit oder bei Freizeitaktivitäten. Die Rehabilitation zielt einerseits auf Minderung der Lähmung, z. B. durch chirurgische und andere Behandlungsverfahren incl. übende Krankengymnastik und funktionelle Ergotherapie. Bleibende Funktionseinschränkungen können durch die Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten, z. B. die Übernahme von Funktionen durch die linke Hand gemindert oder ausgeglichen werden. Dies sind alles instrumentelle Besserungen, die die betroffene Person in soziale Situationen außerhalb der Institution mitnehmen kann, unabhängig davon, an welchem Ort diese Besserungen erreicht wurden. Zu Hause, am Arbeitsplatz usw. können ggfs. instrumentelle Anpassungen erfolgen: z. B. veränderte Haltegriffe im Bad oder veränderte Hebel und Schaltknöpfe am Arbeitsplatz. Für die betroffene Person wie auch ihre Rollenpartner sind die instrumentellen Funktionseinschränkungen leicht erkennbar, man kann sich darauf einstellen. Anders bei Personen mit psychischen Funktionseinschränkungen! Zum einen ist die Wahrnehmung und Akzeptierung sowohl für die betroffene Person wie für ihre Rollenpartner viel schwieriger. Zum anderen ist die Anpassung von Rollenmustern im konkreten Lebensfeld ein wesentlich komplexerer Vorgang als z. B die instrumentelle Anpassung eines Arbeitsplatzes bei einer körperlichen Funktionseinschränkung. Deshalb muß Rehabilitation und Eingliederung von Personen mit psychischen Funktionseinschränkungen in einem auf langfristige Kontinuität angelegten Prozeß im realen Lebensfeld unter Einbeziehung der Bezugspersonen in ihren verschiedenen Rollen erfolgen.

Die Subsidiarität der fachpsychiatrisch spezialisierten Hilfen zu den verschiedenen in der Region vorhandenen nichtpsychiatrischen Hilfen

In der klassischen Anstalt wird nicht nur das ganze natürliche Leben künstlich nachgestellt; auch alle verschiedenen Hilfen, die ein Mensch benötigt, erhält er aus einer Hand: der Institution. Die Notwendigkeit dazu entsteht einmal wegen der Wohnortferne der Anstalt und zum anderen, weil die Hilfe-Institutionen (praktischer Arzt, somatischer Facharzt, die verschiedenen Beratungsstellen usw.) und die sozialen Lebensräume wie Schwimmbad, Kino, Volkshochschule usw., die es gegebenenfalls am Wohnort gibt, unzureichend in der Lage sind, mit psychisch gestörten Personen umzugehen und diese zu integrieren.

Beides ließe sich ändern: wenn am Wohnort vorhandene psychiatrische Hilfen ihre Arbeit (auch) darauf ausrichteten, nicht-psychiatrische Hilfen und vorhandene Lebensräume im Kontakt mit psychisch gestörten Personen zu unterstützen - statt ihnen alle Aufgaben für diesen Personenkreis abzunehmen.

Diese Kooperation ist ein längerer, wechselseitiger Lernprozeß, der um so eher gelingt, je überschaubarer, regelmäßiger und personenbezogener die Kooperationsformen zwischen den psychiatrisch spezialisierten Profis und den verschiedenen Profis für andere nicht-psychiatrische Hilfen sind.

Dieser Prozeß der möglichst weitgehenden Integration von längerfristig psychisch gestörten Personen in die vorhandenen Hilfenetze an ihrem Lebensort ist in zwei Richtungen zu sehen:

- Reintegration aus dem anstaltszentrierten Gesamt-Hilfe-Paket in normale Hilfen im natürlichen Lebensfeld der Person (= Enthospitalisierung) und umgekehrt:

- die Minderung der Ausgliederungsprozesse aus den "normalen" (allgemein zugänglichen, nicht psychiatrisch spezialisierten) Hilfen in die psychiatrisch spezialisierten Hilfen.

Ich möchte kurz verweisen auf die klassischen Arbeiten von GOLDBERG und HUXLEY.
Die Autoren analysieren, wie Personen mit psychischen Störungen in einer definierten Bevölkerung die Wege zu verschiedenen medizinischen und sozialen sowie psychiatrischen Hilfen finden. Dazu entwerfen sie ein Filtermodell und benennen Kriterien, Identifikations- und Zuweisungsmechanismen - von der Einschätzung von Problemen als Gesundheitsprobleme, als psychiatrische Probleme bis zu den Zugängen zu den unterschiedlichen Hilfeformen (Gesundheits- und soziale Dienste, primäre und spezialisierte Dienste, ambulante und stationäre Dienste).

Auf dem Hintergrund dieser klassischen Studien sind die in England schon recht weit entwickelte Bemühungen zu verstehen,

- einerseits die Filtermechanismen zwischen verschiedenen Hilfeformen bedarfsgerecht zu gestalten, damit die Personen in die geeigneten Hilfeformen kommen und nicht die einen über- und die anderen unterversorgt werden,

- und andererseits die primären Gesundheits- und Sozialdienste zu befähigen, mit einem möglichst hohen Anteil von Personen mit psychischen Störungen bedarfsgerecht umgehen zu können und nicht alle psychiatrisch identifizierten Probleme den psychiatrischen Spezialisten zuzuweisen.

Zusammenfassendes Beispiel:

Ich will die dargestellten Punkte zusammenfassend an einem "wahr-erfundenen" Beispiel illustrieren und dabei den institutionszentrierten und den personenzentrierten Hilfeansatz gegenüberstellen. Ich nenne als Institution ein Berufsförderungswerk (BFW), genauso gut könnte man aber auch eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) oder eine Übergangseinrichtung oder einen anderen Einrichtungstyp wählen.

- Weil eine berufliche Rehabilitation nicht in einem von zu Hause erreichbaren Betrieb stattfinden kann:
  Aufnahme in ein BFW - statt das bisherige eigene Arbeitsfeld mit Reha-Unterstützung weiter zu nutzen.

- Weil das BFW zu weit weg vom Wohnort entfernt ist:
  Aufnahme ins Internat des BFW mit Hotelversorgung - statt in der eigenen Wohnung zu bleiben mit Selbstversorgung bei subsidiärer Unterstützung.

- Weil der Rehabilitand es nicht schafft, in der ihm fremden Umgebung seine freie Zeit selbst zu gestalten:
  Teilnahme am professionell angeleiteten Freizeitprogramm des BFW - statt weiter an bisherigen Freizeitaktivitäten im vertrauten Feld ggfs. mit Unterstützung teilzunehmen.

- Weil der Rehabilitand nicht mehr zu den ihm seit langem bekannten ambulanten Hilfen (Facharzt, Hausarzt, Zahnarzt, Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe usw.) gehen kann:
  Inanspruchnahme entsprechender Hilfen im BFW.

Diese Art von beruflicher Eingliederungsmaßnahme zielt auf Kompetenzverbesserung der Person, nicht auch auf Anpassung des auf Kontinuität angelegten realen eigenen Arbeitsfeldes. Die Eingliederungsmaßnahme hat die Ausgliederung aus verschiedenen anderen Lebensfeldern zur Folge, sie unterbricht tragende soziale und therapeutische Beziehungen. Als Folge der (beruflich erfolgreichen) Beendigung der Reha-Maßnahme muß der Rehabilitand alle sozialen und therapeutischen Beziehungen, in denen er in den 2 bis 3 Jahren im BFW Wurzeln geschlagen hat, aufgeben und woanders wieder praktisch neu anfangen. Denn das frühere eigene Lebensfeld ist subjektiv so weit weg wie nach einem Umzug vor 2 bis 3 Jahren. Und im früheren Lebensfeld sind die Rollenplätze des Rehabilitanden inzwischen von anderen Personen eingenommen worden.

Der personenzentrierte Ansatz geht davon aus, daß insbesondere bei Personen mit längerfristigen schweren psychischen Störungen für die Identität und Stabilität der Persönlichkeit von grundlegender Bedeutung ist

- die Stabilität des als das eigene erlebten Lebensfeldes im räumlichen und im sozialen Sinne,

- die Kontinuität tragender therapeutischer Beziehungen im ambulanten Bereich (vgl. auch Stichwort "case-management").

Dem wird das Konzept der "Kette von Reha-Einrichtungen" nicht gerecht, weil dabei in bezug auf beide Punkte immer wieder Brüche entstehen.

Die Standard-Hilfe-Pakete (genannt Einrichtungen) müssen also aufgeschnürt werden, in teilstationäre und ambulante Komponenten zerlegt werden, damit die einzelnen Hilfen individualisiert genutzt werden können, d. h. die Hilfen auch in Art, Dosierung und Kombination dem sich langfristig verändernden Bedarf einzelner Personen in ihren je besonderen Lebenssituationen angepaßt werden können. Von dem Standard-Paket werden nur diejenigen Hilfen genutzt, die ergänzend zum eigenen Lebensfeld wirklich erforderlich sind, diese aber solange wie notwendig. So könnten andere Hilfekomponenten des Standard-Paketes eingespart werden, die gegenwärtig wegen der Wohnortferne und des Paket-Charakters in Anspruch genommen werden müssen. So könnten institutionelle Verunselbständigung sowie die Ausgliederung aus dem eigenen Lebensfeld erheblich vermindert werden.

Schluß

Der personenzentrierte Ansatz: Rehabilitation und Eingliederung mit dem Ziel, die Person in ihrem eigenen Lebensfeld zu stabilisieren, ist auch in Deutschland als Konzept nicht ganz neu, aber bisher kaum umgesetzt worden. Unser Konzept in diesem Projekt ist eine Konkretisierung des Ansatzes in den "Empfehlungen der Expertenkommission" von 1988, dort insbesondere im Kapitel "Die Gemeindepsychiatrie in funktionaler Betrachtungsweise".

Die Funktionen "Behandlung, Pflege, Rehabilitation" wirken in die Lebensfelder der Person:

- Wohnen

- Arbeit und berufliche Bildung

- Funktionsbereich Kontaktstiftung, Alltagsgestaltung, Tagesstrukturierung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die "Empfehlungen ..."[3] haben zum Ziel, daß gerade auch die Menschen mit schwereren chronischen psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen in ihrem Kreis/ihrer Stadt integriert leben bleiben können oder dorthin aus wohnortfernen Institutionen enthospitalisiert werden können, weil sie in ihrem eigenen Lebensfeld die nötigen Hilfen bekommen und ihre Bezugspersonen und ihre Helfer befähigt werden, mit den andauernden psychischen Störungen und Auffälligkeiten umzugehen.

Personalbemessung im komplementären Bereich mit diesem gemeindepsychiatrischen Ziel ist nur möglich in Verbindung mit entsprechenden konzeptionellen und strukturellen Voraussetzungen. Ihre Umsetzung ist eine Herausforderung

- für die MitarbeiterInnen, sich von institutions- auf personenzentrierte Hilfekonzepte umzuorientieren

- für Einrichtungsträger: Verzicht auf die Freiheit,sich nach dem eigenen Angebot die passenden Klienten auszuwählen, und stattdessen Orientierung am Hilfebedarf der in der Region vorhandenen Personen (=vereinbarte Beteiligung an der regionalen Versorgungsverpflichtung)

---

[3] Vgl. auch: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen, 1991

- für Leistungsträger: die geltenden leistungsrechtlichen Regelungen zur Finanzierung bedarfsorientierter Hilfen offensiv anzuwenden

- für PolitikerInnen auf Bundesebene: unzureichende Leistungsgesetze zu verbessern

- für PolitikerInnen auf kommunaler und auf Landesebene: alle zuvor genannten Beteiligten für die Integration chronisch psychisch kranker und behinderter Mitbürger ihrer Kreise und Städte in die Pflicht zu nehmen.

Von alldem wird in den folgenden Vorträgen die Rede sein.

Vor 50 Jahren wurde den "Unheilbaren" das Lebensrecht abgesprochen, und sie wurden ermordet. In den Nachkriegs-Jahrzehnten waren die "Unheilbaren" ausgegrenzt in vernachlässigte Langzeitstationen von psychiatrischen Krankenhäusern und kirchlichen Anstalten oder in unzureichend ausgestattete und wohnortfern gelegene Heime oder in die Obdachlosigkeit.

Als Alternativen zu psychiatrischen und anderen Anstalten als Ort zum Leben entwickelten sich verschiedene Einrichtungen, bei denen die Stabilisierung des Rehabilitanden aber an das Leben in der Einrichtung gebunden ist.

Ziel von Gemeindepsychiatrie ist es, chronisch psychisch kranke und behinderte Personen zu befähigen, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen. Gemeindepsychiatrie definiert die politische Verantwortung, dafür zu sorgen, daß Leistungsträger, Träger von Diensten und Einrichtungen und therapeutische Profis die Hilfen in einer Region schaffen, die notwendig sind, damit auch die schwerer psychisch kranken Personen mit komplexen Problemen Mitbürger ihres Heimatkreises/ihrer Heimatstadt bleiben - bzw. wieder werden können. Das wäre die positive Antithese zur Vernichtung der "Unheilbaren" vor 50 Jahren: Kranke und Behinderte, deren Leben im Dritten Reich als lebensunwert galt, sollen heute und morgen als Mitbürger in der Gemeinde leben.

Literaturverzeichnis

1) Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. Schriftreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 9. Frankfurt, 1992.

2) BENNETT, D. H.: Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien. In: Deutscher Bundestag: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4201, Bonn, 1975.

3) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Hrsg.: BMJFFG, Bonn, 11. Nov. 1988.

4) GOLDBERG, D. u. HUXLEY, P.: Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care. London: Tavistock, 1980.

5) GOLDBERG, D. u. HUXLEY, P.: Common Mental Disorders. London: Tavistock, 1992.

6) KUNZE, H., PICARD, W., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland Verlag, 1992.

7) World Health Organisation (WHO): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneve, 1980.

8) Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen. Gutachten im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit, 1991.

Personenzentrierte Ermittlung des Hilfsbedarfs (Klienten/innen- Profile)

Andreas Crome

Die Arbeitsgruppe Personalbemessung im komplementären Bereich hat ein vorläufiges Erhebungsinstrument (siehe Anhang) zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes ermittelt.
Im folgenden will ich zunächst, durchaus subjektiv und vereinfacht, einige mir wichtige Leitgedanken erläutern, die dem Instrumentarium zugrunde liegen (1), danach soll es in einer kurzen Übersicht dargestellt werden (2), und schließlich werde ich über erste Erfahrungen mit dem sicherlich noch zu verändernden Instrumentarium berichten (3).

1. Zugrunde liegende Leitgedanken des Erhebungsinstrumentariums:

Im Mittelpunkt steht das passende Konzept für den Klienten und nicht das Konzept der Institution (für das sich der Klient passend zu machen hat, sich einzurichten hat, sich zu "institutionalisieren" hat).

Sozialpsychiatrische Anstrengungen der Vergangenheit sind teilweise zu lange gefühlsmäßig, sozusagen aus dem Bauch heraus vollzogen worden. Dies geschah aus einem wichtigen leitenden Affekt, nämlich dem unbedingten Wunsch, den schwer und chronisch psychisch Kranken aus den Fesseln der kustodialen psychiatrischen Versorgung zu befreien. Unter anderem als Ausdruck einer Protestbewegung gegen väterliche/elterliche Instanzen wurde auch in übertriebener Weise das herkömmliche soziale Umfeld als schädigend angesehen.

Als Antwort auf diese Problematik wurden Lebensformen der Studentenbewegung angeboten, nämlich Wohngemeinschaften, und die Patienten unkritisch mit umfangreichen psychosozialen Segnungen (was immer man sich im einzelnen darunter vorzustellen hat) überzogen, die schon für sich alleine genommen als gut und hilfreich galten.

Das alles schützte jedoch nicht vor der Entwicklung neuer aggressiver Rituale wie z.B. Pflichtteilnahme an Bewohnerversammlungen. Auf diese Weise entwickelten sich zum Teil die Wohngemeinschaften als antiautoritäre antithetische Institutionen zur herkömmlichen Anstalts- und Heimverwahrung. Später kam es zu der Entwicklung von differenzierten Konzeptionen mit der Tendenz, die hohen therapeutischen Ideale der Mitarbeiter in den Vordergrund zu rücken, und zu der Gefahr, daß diese Konzepte für schwer und/oder chronisch psychisch Kranke nicht geeignet waren. Dieser sicherlich überspitzte und nur wenige Aspekte betonende Hintergrund behinderte eine fachlichere Differenzierung notwendiger Hilfen in bezug auf eine möglichst weitgehende (Wieder-)Eingliederung chronisch und schwer psychisch Kranker in die sogenannte normale soziale Umwelt.

Sie werden sich fragen, mit welcher Berechtigung der ärztliche Leiter eines Psychiatrischen Krankenhauses zu solchen kritischen Ausführungen kommt.

Die Antwort lautet: Als Vorsitzender eines psychiatrischen Hilfsvereines hat er diese sozialpsychiatrischen Entwicklungen selber miterlebt und teilweise mitgestaltet, so daß die Kritik eher eine Selbstkritik ist. Sie berücksichtigt auch überhaupt nicht, welche wesentlichen Impulse trotzdem für die Reform der psychiatrischen Versorgung von diesen außerklinischen Anstrengungen ausgegangen sind.

Zunehmend entwickelt sich in der letzten Zeit ein Konsens darüber, daß geeignete psychiatrische und sozialtherapeutische Hilfen als entscheidende Regelleistung zur Versorgung der schwer und chronisch Kranken außerklinisch zu entwickeln sind, die psychiatrische Klinikbehandlung dagegen mehr und mehr den Charakter einer vorübergehenden und komplementären Hilfe bekommen soll und muß.

Die entscheidende Regelleistung der Wiedereingliederung sollte dann aber genauso klar strukturiert und organisiert werden, wie es sich z.B. in ähnlicher Weise in den letzten Jahren in den Kliniken entwickelt hat bzw. zu entwickeln beginnt, unter anderem aufgrund der Psychiatriepersonal-Verordnung und den Bemühungen zur Qualitätssicherung.

Im Mittelpunkt muß also das differenzierte Konzept für den Klienten bzw. Patienten stehen. Die Grenzen des angebotsorientierten Marktes an Institutionen, in denen Mitarbeiter häufig Klienten nach ihren Neigungen und inneren Konzepten aussuchen, sind deutlich geworden, beispielsweise in der Form, daß die Hilfen tendenziell immer eher den leichter Kranken zugute kommen.

Diese werden allerdings manchmal auch noch durch eine partielle Überversorgung regressionsfördernd geschädigt. So entsteht die bekannte Gefahr, daß die Einrichtung mehr denen dient, die darin arbeiten, als denjenigen, denen als Patienten geholfen werden soll.

Auch und gerade in einer kapitalistischen Marktwirtschaft, die sich auch soziale Marktwirtschaft nennt, wird mehr denn je verläßliche soziale Planung verlangt, um schwache und randständige Mitglieder der Gesellschaft nicht verelenden zu lassen. Dies wird um so wichtiger in einer Zeit, in der sich wirklich oder angeblich die Mittel für soziale Leistungen eher verknappen. Diese Mittel müssen dann auch den wirklich Bedürftigen zugute kommen. Dies erfordert Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die gleichzeitig fachlich fundiert sind sowie rational und angemessen auch Kostengesichtspunkte berücksichtigen.

Der von uns vorgelegte erste Entwurf eines Erhebungsinstrumentariums versucht, sich diesen Zielen zur Qualitätssicherung anzunähern, und soll vor allen Dingen auch die Qualität der Arbeit für die Nutzer, die professionellen Helfer und die Kostenträger transparent machen.

Als Ausgangspunkt zur Ermittlung der Hilfen haben wir den Lebensmittelpunkt des Menschen, nämlich die Wohnung, gewählt; diese ist sozusagen der Heimathafen, das Dach über dem Kopf - sicherlich neben der Nahrung eines der elementarsten Grundbedürfnisse des Menschen, wenngleich man befürchten muß, daß schon diese Bedürfnisse für manche chronisch psychisch Kranke - z.B. in großstädtischen Ballungsgebieten - in ihrer Erfüllung gefährdet sind.

Wenn wir jedoch eine differenzierte Bemessung für eine ambulante Komplexleistung, insbesondere für schwer und chronisch Kranke, beschreiben wollen, so können wir zwar primär von der Wohnung bzw. von der Wohnform ausgehen, werden uns jedoch noch differenzierter Gedanken darüber machen müssen, welche personellen Ressourcen zur Tagesgestaltung angeboten werden müssen und wie sie derzeit bzw. in Zukunft zu organisieren sind. Das heißt, die Themen bzw. Verknüpfung und Abgrenzung der Tagesgestaltung, Arbeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und ambulante Behandlung müssen von uns noch bearbeitet werden.

2. Das Erhebungsinstrumentarium

Das Erhebungsinstrumentarium besteht aus folgenden Teilen:

2.1 Bogen zur Erfassung der sozialen Situation, der Biographie und der Eingliederungsziele

Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und der aktuellen Lebenssituation sollen möglichst gemeinsam mit dem Klienten zunächst die (angestrebte) Wohnform und die Hilfeziele festgelegt werden. Wünschenswert wäre es auch, wenn wichtige, vertrauenswürdige Bezugspersonen an diesem Prozeß teilnehmen würden bzw. auch die gesetzlichen Vertreter (z.B. Betreuer).

Dies soll als Grundlage zu einer differenzierten Kenntnis des Klienten und der komplexen Abstimmung der Hilfeziele auch mit dem Klienten dienen.

2.2 Die Manuale "Fähigkeiten und Beeinträchtigungen" und "Hilfearten und -ausprägungen"

Die Manuale "Fähigkeiten und Beeinträchtigung" und "Hilfearten und Ausprägung" sollen dazu dienen, funktionale Einschränkungen und soziale Beeinträchtigung und einen daraus resultierenden Hilfebedarf der Klienten möglichst individuell zu erfassen.

Und zwar soll dies geschehen in Bezug auf Selbstversorgung, Kontakte und soziale Beziehungen, Tagesgestaltung, Arbeit sowie in bezug auf besondere Problemlagen aufgrund der psychiatrischen Erkrankung.

Bei der Aufgabe, den Bedarf an Hilfen des einzelnen psychisch erkrankten und/oder behinderten Menschen möglichst exakt zu erfassen, ist zu berücksichtigen, daß bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen diese Einschränkungen und Beeinträchtigungen in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlicher Ausprägung auftreten und in Wechselbeziehung zur Lebenssituation (Familie, Wohnen, Arbeit usw.) stehen.

Deswegen wurden die Manuale konsequent lebensweltbezogen konzipiert: Im Vordergrund stehen dabei die funktionale Betrachtung von Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen und Hilfen im Hinblick auf eine möglichst eigenständige Lebensführung; es geht also darum, unabhängig von der Ursache zunächst zu klären, ob und in welchem Ausmaß die Fähigkeiten zur eigenständigen Alltagsbewältigung und Lebensgestaltung beeinträchtigt sind, bzw. in welchem Umfang Beeinträchtigungen deutlich werden würden,wäre der Klient ohne spezifische Hilfe auf sich alleine gestellt.

Bewertungsmaßstab müssen dabei die sozialen Verhältnisse und Standards der Person sein, wenn sie nicht psychisch krank wäre, in Bezug auf Personen gleichen Geschlechts, Alters- und sozialer Schichtzugehörigkeit. Eine weitergehende Eingrenzung des Hilfebedarfes ergibt sich auch daraus, daß diese Folge einer psychiatrischen Erkrankung nicht nur vorübergehender Natur sein muß und daß die Person diese Hilfe selbst will oder sie unbedingt braucht (formal z.B. im Rahmen des Betreuungsrechtes).

Anhand des Manuales sind die Schwerpunkte und Ausprägungen notwendiger Hilfen unter Berücksichtigung der Ziele der Eingliederung zu bestimmen:

- In welchen Teilbereichen werden Veränderungen angestrebt, für die dem Schwerpunkt nach fördernde Hilfen notwendig sind?
- In welchen Teilbereichen sind schwerpunktmäßig kompensatorische Hilfen erforderlich in der Annahme, daß wesentliche Veränderungen auf diesem Gebiet in nächster Zeit nicht oder nicht mehr erzielt werden können im Gegensatz zu den fördernden Hilfen?
- In welchem Umfang ist es möglich bzw. erforderlich, notwendige Hilfen als Einzelmaßnahme oder Gruppenmaßnahme anzubieten?

Bei der Bestimmung von Art und Ausbildung der zu erreichenden Ziele notwendiger Hilfen ist zu berücksichtigen, daß

- keinesfalls jede Funktionsbeeinträchtigung eine Hilfe erfordert und Klienten - insbesondere nach dem Erreichen von Teilzielen - im Einzelfall auch Zeitabschnitte benötigen, um (wieder-)erlangte Möglichkeiten des Lebens bzw. Erlebens zu integrieren, und in denen ein weitergehender Änderungsdruck überfordern würde; an dieser Stelle ist auch noch einmal auf die besondere Wichtigkeit der Abstimmung zwischen dem Klienten und den wichtigsten Beziehungspersonen hinzuweisen;
- die Selbsthilfekräfte des Klienten und seines Umfeldes einzubeziehen sind; das bedeutet auch den unbedingten Vorrang der Hilfen durch nicht-psychiatrische Institutionen bzw. das Bemühen, den Klienten zu befähigen, derartige nicht-psychiatrische Hilfen "normalerer" Art in Anspruch zu nehmen;
- ein Zuviel an Hilfen und Hilfearten überfordern kann;
- die von der begutachtenden und verordnenden Stelle vorgenommene Einschätzung der Prüfung standhalten muß und daher
- auch im Sinne der Wirtschaftlichkeit das Maß der angemessenen und notwendigen Hilfen nicht überschritten werden darf.

2.3 Übersichtsbogen

Auf einem Übersichtsbogen werden quantifizierend Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie Hilfearten und Ausprägung der Hilfen eingetragen. Es soll auch festgehalten werden, ob die Erbringung der Hilfen einzeln und/oder in Gruppen erfolgt und welche Hilfen durch andere Institutionen erfolgen.

2.4 Eingliederungsplan

Die vorhergehenden Schritte bilden die Grundlage für die Erstellung und Fortschreibung eines Eingliederungsplanes, der folgendes umfaßt:

- die Beschreibung der Zielsetzung notwendiger Hilfen im Sinne der Begründung und Darstellung des therapeutischen Konzeptes;

- die Benennung konkreter kleinschrittiger Ziele, zu deren Erreichung die Hilfen innerhalb eines - auch für den Klienten - überschaubaren Zeitraumes führen bzw. beitragen sollen;

- die Beschreibung der notwendigen Hilfeleistung, ihre Bündelung zu Einzel- und /oder Gruppenmaßnahmen sowie die Koordination mit anderen medizinischen und sozialen Hilfen;

- die Einschätzung, in welcher Form und Intensität ein Hintergrunddienst notwendig ist;

2.5 Die Ermittlung des klientenbezogenen Zeitbedarfs

Zur Bestimmung des im Einzelfall notwendigen Zeitbedarfs wurde ein Bogen (Verordnungs- oder Antragsbogen) entwickelt, der sich in einer ersten größeren Erprobung als nicht praktikabel erwies, um zu zuverlässigen Einschätzungen zu gelangen.

In dem Bogen war vorgesehen, daß daß die im Eingliederungplan beschriebenen Maßnahmen übersetzt werden sollten in Hilfen, die
- durch regelmäßige Gruppenangebote,
- durch regelmäßige Einzelkontakte,
- durch unregelmäßige Einzelkontakte,
- ohne direkten Klientenkontakt
- durch sonstige Angebote (z.B. Freizeiten)

erbracht werden. Für jede dieser Hilfeformen sollte dann der durchschnittliche wöchentliche Zeitaufwand für den Klienten angegeben werden.

In der Erprobung wurde deutlich, daß es erhebliche Probleme bereitet, die im Übersichtsbogen differenziert erfaßten Hilfebedarfe und die im Eingliederungsplan beschriebenen notwendigen Maßnahmen in Zeitwerte umzusetzen. Insbesondere wenn Klienten eine Änderung der Wohnform anstrebten, sahen sich die Gutachter häufig außerstande, den erforderlichen Zeitbedarf zuverlässig abzuschätzen.

Um hier zu einer Verbesserung zu gelangen, wurde beispielsweise angeregt, einen Indikationskatalog zusammenzustellen, der grobe Kategorien krankheits- oder behinderungsbedingter Einschränkungen bestimmten Betreuungsschlüsseln zuordnet.

Auf dieser Grundlage der Ergebnisse der Erprobung und der dabei gegebenen Anregungen wird die Kommission diesen Bogen grundlegend überarbeiten.

3. Erste Erfahrungen mit dem Erhebungsinstrumentarium

Das Erhebungsinstrumentarium wurde in mehreren Regionen Deutschlands bei 557 Klienten systematisch erprobt, und zwar analog der Psychiatrie-Personalverordnung für die Bereiche Allgemeinpsychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie. Es wurden bisher ca.460 Bögen ausgewertet, über 50% erfaßten dabei die Allgemeinpsychiatrie, ca 20% die Sucht und ca. 30% die Gerontopsychiatrie. Bei den bisher ausgewerteten Bögen fand sich eine ungefähr gleiche Geschlechtsverteilung. Die Erhebung wurde auch in allen

Wohnformen durchgeführt (Einzelwohnen, Kleingruppe, Großgruppe), aber auch in Kliniken und bei Personen, die obdachlos waren. Interessant ist sicherlich der Befund, der vielleicht auch eine gewisse rehabilitative Richtung angibt, daß das Erhebungsinstrumentarium zu fast 50% bei Bewohnern in Einzelwohnungen bzw. Kleingruppen angewendet wurde und daß dies in über 70% der Fälle der angestrebte Lebensort war. Die Erhebung erfaßte auch alle Formen sozialpsychiatrischer Einrichtungen (Sozialpsychiatrischer Dienst, Betreutes Wohnen, Wohnheim, Klinik u.ä.). Das Instrumentarium wurde auch von allen in der Sozialpsychiatrie eingesetzten Berufsgruppen erprobt, die größte Gruppe mit über 30% stellte dabei die Berufsgruppe der Sozialarbeiter dar.

Faßt man global die bisherigen Rückmeldungen über das Erhebungsinstrumentarium zusammen, so kann man sagen, daß die Akzeptanz bei betreuenden und verschreibenden Mitarbeitern überwiegend positiv war. Vor allen Dingen der Übersichtsbogen wurde als gute Strukturierungshilfe bei der Planung der Rehabilitation - auch gemeinsam mit dem Klienten - angesehen. Die Kritik war dementsprechend konstruktiv und teilweise sehr detailliert, das heißt, es wurden Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Gliederung, Anleitung oder inhaltlicher Ausformulierung der Kategorien vorgetragen, ohne daß hier in Einzelheiten darauf eingegangen werden soll. Eine klare Gestaltung und eine Verbesserung der zum Teil unvollständigen Instruktionen wurden gewünscht.

Hilfreich waren die speziellen Hinweise aus dem Bereich der Sucht und der Gerontopsychiatrie. Bei den Suchtpatienten wurde vor allen Dingen auf die großen Schwankungen im Hilfebedarf hingewiesen, je nachdem, ob ein Rückfall auftritt oder nicht, außerdem auf die besondere Bedeutung therapeutischer Einzelkontakte. Der Bogen wurde hier als unbefriedigend empfunden, obwohl wir entsprechende Betreuungsbedürfnisse vorgesehen hatten. Gleiches gilt für den gerontopsychiatrischen Bereich mit der Schwierigkeit, eine oft notwendige 24-Stunden-Grundbetreuung mit dem Bogen richtig zu erfassen, was wir bisher ausdrücklich nicht vorgesehen hatten.

Als überaus kritischer Punkt erwies sich - wie bereits erwähnt - die Übersetzung von dem Übersichtsbogen auf den Verordnungsbogen einschl. der Einschätzung des Zeitbedarfes. Hier gewannen wir den Eindruck, daß nach der probeweise detaillierten Erfassung des einzelnen Hilfebedarfes und der daraus entwickelten Zeitbedarfe möglicherweise doch wieder gröbere Raster angewendet werden müßten, z.B. in Form von bestimmten Personalschlüsseln.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Erprobung des Erhebungsbogens findet sich im Anhang.

Wohnen, Arbeiten und Tagesgestaltung - die funktionale Organisation von Hilfen

Petra Gromann-Richter

Funktionale Sichtweise ist der zentrale Inhalt eines weiterentwickelten Rehabilitationsverständnisses, das von der Förderung von Kompetenzen und der Kompensation psychischer Beeinträchtigungen im Lebensfeld ausgeht. Gerade die Menschen, die zu einer selbständigen Verknüpfung der für sie erforderlichen Hilfen nicht in der Lage sind und deren Hilfebedarf das von uns vorgestellte Konzept der Personalbemessung insbesondere berücksichtigt, wurden nämlich von dem bisher dominierenden Verständnis symptomorientierter Behandlung und Rehabilitation doppelt benachteiligt. Nach dem Abklingen akuter psychischer Dekompensation bleiben bei ihnen sowohl primäre psychische Beeinträchtigungen in unterschiedlichem Ausmaß zurück als auch deutliche Einschränkungen auf der Handlungs- und Verhaltensebene, die als Bewältigungsverhalten zu verstehen sind.

Organisatorisch war als einzige Antwort auf diese komplexen Hilfebedarfe meist langfristig nur stationäre Unterbringung möglich, die zu den bereits zusätzlichen negativen Reaktionen des sozialen Umfeldes (Verlust der Ausbildungs- oder Berufsperspektive, Verlust persönlicher Beziehungen, ggf. auch des Wohnortes, Stigmatisierung) die schnell eintretende Verfestigung von Behinderung wie eine zusätzliche Behinderung durch Hospitalismusfolgen mit sich bringt.

Vollversorgung, die institutionsbezogene Gestaltung des Lebensraumes Einrichtung und ein Hilfekonzept, das von feststehenden bzw. sich verschlechternden Funktionseinbußen des Klienten ausgeht, sind organisatorische Merkmale eines nur auf die primären Schädigungen zielenden Versorgungs- und Rehabilitationsansatzes.

Demgegenüber orientiert sich die funktionale Organisation von Hilfen an der üblichen und altersangemessenen Trennung der Lebensfelder Wohnen, Arbeiten und Tagesgestaltung und bietet sowohl dem Lebensfeld wie den jeweils unterschiedlichen Beeinträchtigungsanteilen entsprechende rehabilitative und begleitende Hilfen an.

In der bundesdeutschen Fachdiskussion wurden diese Gestaltungsprinzipien zunächst unter der Forderung nach "Zwei-Milieus" bekannt, einer Forderung, die sich aus der Kritik an der "totalen Institution" (E. Goffmann) und ihren Folgen für psychiatrische Langzeitpatienten entwickelt hat. Das "Zwei-Milieu-Prinzip" trifft jedoch nicht den Kern der funktionalen Sichtweise.

Es geht gerade nicht nur darum, dem Patienten quasi zur therapeutischen Behandlung (innerhalb und außerhalb der Klinik) auch noch berufliche Rehabilitation zukommen zu lassen oder dem späteren "Dauerkunden" zur Wohnversorgung auch noch einen Arbeitsplatz oder Betätigung zu verschaffen, wobei der hier unter Freizeit benannte dritte Funktionsbereich Tagesgestaltung mehr oder weniger ein Schattendasein fristete.

Das Vorhalten von - dem Klienten wie dem Lebensfeld angemessenen - Hilfen ist im Gegensatz hierzu kein additives Konzept . Es geht von den konkreten, sich individuell auch immer wieder verändernden Funktionseinbußen des Klienten aus und berücksichtigt die jeweiligen Anforderungen der Umwelt des konkreten Lebensbereiches. Es ist so im Kern ein ökologischer Rehabilitationsbegriff - bildlich ausgedrückt ein aktives "Sich-Einrichten-in-der-Welt".

Wenn z. B. eine langzeiterkrankte Frau mit der Hilfe einer ambulanten Komplexleistung wieder in einer eigenen Wohnung leben kann und gerne stundenweise im Bereich der Sozialstation Einkaufs- und Haushaltsdienste für alte Menschen leistet, so ist das zunächst ein anerkannter Rehabilitationserfolg. Der Weg dorthin wird nun allerdings nicht über Trainingsprogramme, z. B. in einer Rehabilitationseinrichtung herkömmlicher Art, eröffnet, sondern vielleicht zunächst über die Wahl und Realisierung einer für diese Frau angemessenen Wohnform gebahnt - in diesem Fall die eigene Wohnung- , wobei sich die sachlichen und personellen Hilfen miteinander verbinden müssen.

Dieser Schritt - von jahrelangem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in eine eigene Wohnung - ist sehr groß und kann nur über den Wunsch und den Mut der Betroffenen und ein erworbenes Vertrauen in die Bezugspersonen getragen werden. Dieses Vertrauen in die Bezugspersonen wird unterstützt durch das breite Angebot im Rahmen eines Verbundsystems von Hilfen im Wohnbereich: Es ist möglich, viele jahrelang verlernte Fähigkeiten der Selbstversorgung wie Einkaufen, Wäsche besorgen, Sich-in-der-Wohnung-Einrichten zunächst für die Klientin zu organisieren und dann schrittweise in die eigene Wohnung und die Eigentätigkeit zurückzunehmen. Ein zentraler Konflikt - die Angst, bestohlen zu werden - wird durch die Überschaubarkeit der eigenen Wohnung gemildert, die Gefahr der Isolierung durch das zunächst verbindlich vereinbarte gemeinsame Mittagessen in einem Tageszentrum aufgefangen.

Die 24-stündige Erreichbarkeit im Rahmen eines Wohnverbundes und die Möglichkeit, bei einer sich zuspitzenden Krise sowohl in die Klinik zurück zu können als auch das Gastbett des Verbundsystems in Anspruch zu nehmen, gibt Sicherheit und die Erfahrung, daß Krisen gemeistert werden können. Damit kann dann erreicht werden, daß die Anforderungen dieser Wohnform in Eigenleistung und ergänzenden Hilfen so bewältigt werden können, daß das "Festsetzen" in diesem Lebensfeld ermöglicht und gewährleistet ist.

Auch wenn Versorgungsaspekte bereits lange reduziert worden sind, kann in einem solchen Beispiel die Erreichbarkeit und Verläßlichkeit des Betreuungsrahmens rund um die Uhr noch über längere oder nicht absehbare Zeiträume erforderlich sein und im Rahmen eines koordinierten Systems von Hilfen im Wohnbereich auch geleistet werden. Erforderlich ist ein Angebot, das die Wohnform nicht mit standardisierten Hilfepaketen verbindet.

Typisch für die derzeitige Situation ist jedoch, daß für die Langzeitpatientin unseres Beispiels nichts anderes in Frage kommt als die Verlegung in ein Wohnheim, und das bedeutet vielerorts noch wohnortferne, große, vollversorgende Einrichtungen, die günstigenfalls bereits nach einem Gruppenprinzip, meistens jedoch ähnlich wie die Langzeitstationen geführt werden und im schlechten Fall die Verlegung in ein unspezifisches Pflege- oder Altenheim.

Dabei ist dann nicht nur die fortschreitende Hospitalisierung der Patientin zu beklagen, die dann dort wahrscheinlich lebenslang versorgt wird, es werden auch auf lange Zeit finanzielle Ressourcen an Angebotsformen gebunden, die zum Aufbau funktionaler Hilfesysteme in den entsprechenden Regionen fehlen.

Das Beispiel läßt sich noch weiter ausführen; ich will hier damit nur verdeutlichen, daß es bei der funktionalen Sichtweise um den Aufbau von Beziehungssystemen geht, die den Besonderheiten der Person Rechnung tragen sowie die aktive Passung in den Rahmen des Lebensfeldes ermöglichen. Genau diesen Reibungsprozeß zwischen individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie den konkreten Chancen und Anforderungen der Umgebung gilt es im Rahmen ambulanter Komplexleistungen zu begleiten.

Die jeweiligen Lebensbedingungen in den Teilbereichen Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte usw. bilden sich so im Aktivwerden von Klientin und Mitarbeitern, sie sind dann sowohl Ergebnis wie neue Anfänge des tätigen Sich-Einrichtens.

Diese Arbeitsweise ist in "guten" Einrichtungen und Diensten üblich und wird trotz behindernder struktureller Regelungen durch informelle Kontakte, gute persönliche Kooperation und hohe Einsatzfreude erreicht. Sie verändert häufig das Selbstbild der Mitarbeiter, und deshalb verfügen wir im Bereich der komplementären psychiatrischen Hilfen über eine ganze Reihe von engagierten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die gelernt haben, sich für ihre Klienten individuell einzusetzen. Organisation, Verwaltungsprobleme und strukturelle Veränderungen erscheinen in ihrer Arbeitsweise als fremd und behindernd.

So stehen in der bisherigen Alltagspraxis institutionelle Organisation und das Engagement für einzelne Klienten häufig in einem Spannungsverhältnis.

Die funktionale Organisation von Hilfen will die bisher nur institutionelle Definition und Gestaltung von Hilfen ablösen. Sie versucht, über eine personenzentrierte Angebotsorganisation

- sowohl die gesellschaftlichen Integrationschancen (über die Verankerung und Angemessenheit der Angebote im Lebensfeld/Normalisierungsgedanke) sowie
- die persönlichen Chancen der Integration von Krankheitsschädigung und den daraus folgenden sozialen Einschränkungen in das jeweilige Lebenskonzept zu fördern und
- damit die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, daß chronisch psychisch kranke und behinderte Personen in einem möglichst normalen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren Fähigkeiten machen können und ein Höchstmaß an Selbständigkeit erlangen.

Vor diesem Hintergrund kann auch der dritte Lebens- bzw. Funktionsbereich Tagesgestaltung/Gestaltung sozialer Beziehungen mehr Bedeutung gewinnen: Es geht nicht nur um das Bewältigen der Selbstsorge und der Anforderungen von Wohnen, nicht nur um die Teilhabe an produktiver Arbeit, bedeutungsvoller Tätigkeit oder Ausbildung, sondern auch um die Gewinnung und Erhaltung von sozialen Netzwerken und eines persönlichen Rhythmus, der auch Erholung, Anregung und Bildung mit in die Alltagsanforderungen integriert.

Wie läßt sich eine solche funktionale Organisation von Hilfen umsetzen?

Ehe ich jetzt das Hohelied der organisatorischen Flexibilität singe, möchte ich alle an eine Tatsache erinnern, die sehr viel zur Kultur und Atmosphäre von jetzt bestehenden Angeboten beiträgt:
Es ist - allerdings in unterschiedlichem Ausmaß - üblich und Alltagspraxis, daß sich professionelles und institutionelles Handeln an den Bedürfnissen und der Lebenssituation von Klienten orientiert.

Hierzu folgende Beispiele:

Welchen Mitarbeiter interessiert es nicht, ob seine Bemühungen beim Klienten ankommen - sei es, daß er diesen direkt fragt oder durch Kollegen/Supervision zum Nachdenken über die Angemessenheit seiner Hilfestellungen angeregt wird und diese daraufhin verändert (Was nützt mein Handeln für diesen speziellen Mensch, wie kann ich es besser machen? - ein Beispiel für flexible Selbst- und Ergebniskontrolle).

Welches komplementäre Angebot arbeitet noch ohne Bezugspersonensystem und zumindest offengelegten oder gar zusammen vereinbarten Zielen (Wie ist das umzusetzen? - ein Beispiel für Prozeßflexibilität)?

Welches Heim lädt nicht zu seiner Weihnachtfeier "ehemalige" Bewohner ein (Wie ist das abzurechnen? - ein Beispiel für strukturelle Flexibilität)? Alle tun es also bereits mehr oder weniger - in dem Rahmen, den sie persönlich überschauen und verantworten können.

Der Rahmen jedoch, in dem die professionellen Mitarbeiter des komplementären psychiatrischen Bereiches ihre Flexibilität seit langem üben und ausbilden, ist meist eng begrenzt und geht von den jeweiligen institutionellen Bedingungen aus.

Der Schwerpunkt der Angebote muß sich jedoch von der künstlichen Lebenswelt der jeweiligen Angebote auf die Lebenswelt der Klienten richten, was bedeutet,

- daß die Auswahl von Klienten für Angebote umgekehrt werden muß in ein System interner und über die Einrichtung hinausgehender Flexibilität, um passende Angebote gerade auch für die schwierigsten und damit anforderndsten Klienten einer Region vorhalten zu können,

- daß über die Vernetzung verschiedener Angebote in den Lebens- bzw. Funktionsbereichen Wohnen, Arbeit/Beschäftigung und Tagesstruktur/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch wechselnden Hilfebedarfen eines Klienten über die Zeit entsprochen werden kann, ohne ständigen Wohnortwechsel und Beziehungsabbruch für diesen.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen sozialräumliche Bezogenheit (Teilhabe an einem Versorgungsauftrag) und sozialräumliche Integration der Angebote verbessert werden.

Die Erreichbarkeit der Hilfen ist jedoch nicht nur vom Klienten her zu denken: Hilfen müssen - gerade bei der funktionalen Organisation von Hilfen - an und in der Lebenswelt der betroffenen Menschen geleistet werden.

In meinen Beispielen beschränke ich mich auf das Lebensfeld Wohnen - sie ließen sich genauso auch für die anderen Lebensbereiche ausführen. Da jedoch die finanziellen Ressourcen des komplementären Bereiches überwiegend an den Funktionsbereich Wohnen gebunden sind, hat die Kommission mit der Bearbeitung dieses Lebensfeldes begonnen.

Vor einer Beschreibung der Lebensorte steht jedoch das gemeinsame Erarbeiten der von der Klientin/dem Klienten gewünschten Wohnform. Dies schließt ein, daß ich Vor- und Nachteile möglicher Wohnformen kenne, und diese wirken sich auf meinen Privatbereich, auf meine Gestaltungsmöglichkeiten, auf die Art, mich zu versorgen, Kontakte aufzunehmen und zu pflegen und anderes mehr aus. Ohne das Einbeziehen der konkreten Erfahrungen und Vorlieben von Klienten entstehen schon beim Beheimaten im neuen Lebensfeld viele Probleme, die wiederum höhere professionelle Hilfe nach sich ziehen. Aus dem Mangel an vor Ort vorhandenen Möglichkeiten, aber auch oft aus der Einfachheit von Hilfepaketlösungen ("Die Kollegen in der neuen Wohnform werden schon wissen, wie sie mit Eingewöhnungsproblemen umgehen.") wird gerade dieser grundsätzliche Abstimmungsprozeß oft vorschnell abgekürzt oder nur global ("Wollen Sie in die Wohngemeinschaft ziehen? - da ist gerade ein Platz frei...") in Gesprächen abgeklärt.

Wie ließen sich jetzt diese Vorstellungen organisatorisch umsetzen?

Am Beispiel eines Verbundsystems Wohnen (zu dem hin sich die bestehenden Angebote im Lebensfeld Wohnen entwickeln können) will ich diese funktionale Organisation von Hilfen darlegen:

Welche Funktionen muß ein Verbundsystem Wohnen vorhalten können:

- es muß alle üblichen Wohnformen (Einzelwohnen, Familienwohnen, Kleingruppenwohnen) vorhalten bzw. betreuen können (Normalisierungsprinzip);
- es muß über Wohnungen/Wohneinheiten verfügen, wo Mitarbeiter direkt erreichbar sind;
- es muß über Wohnungen/Wohneinheiten verfügen bzw. diese betreuen, die fußläufig oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind (Prinzip der sozialräumlichen Integration);
- es muß nur noch die Dienstleistungen flexibel anbieten, die von Klienten augenblicklich nicht im Rahmen der vorhandenen Ressourcen in der Gemeinde genutzt werden können (d. h., es muß ein Servicekonzept vorhanden sein u. a. für die Bereiche Essensversorgung, Wohnungsreinigung, Besorgung der Wäsche, Handwerksdienste, Geldverwaltung, Behördenkontakte usw.);
- es muß über Mitarbeiter verfügen, die aus verschiedenen Berufsfeldern stammen und die in bezug auf die komplexen Hilfebedarfe zur Entwicklung von komplexen und dem einzelnen angemessenen Hilfestrategien in der Lage sind; dies gilt sowohl für intensive rehabilitative wie für intensive kompensatorische Hilfepläne (klientenzentrierte Fachlichkeit);
- es muß Gesprächskontakte, niedrigschwellige Treffs, Gesprächsgruppen, Möglichkeiten zum Tätigsein, gezielte Bildungs- und/oder therapeutische Gruppen auch in einem anderen Milieu anbieten oder vermitteln können sowie auch die eigene Arbeit mit Diensten in den anderen Lebensfeldern abstimmen (lebensfeldbezogene Kooperation);
- es muß eine 24-stündige Erreichbarkeit als Hintergrunddienst für alle gewährleisten;
- es muß mit all diesen Angeboten auch für Klienten mit körperlichen Beeinträchtigungen sowie für Klienten mit sich und andere gefährdendem Verhalten einen stabilen und verläßlichen Lebensort bieten (Übernahme von regionaler Versorgungsverantwortung);
- es muß Mitarbeiter bei sich verändernden Hilfebedarfen flexibel einsetzen können und dennoch personelle Kontinuität gewähren (klientenzentrierte Organisation und Verwaltung).

Auffallendstes Merkmal dieses Verbundsystems Wohnen ist die räumliche Differenzierung und die Normalisierung der Wohnformen.

Diese Funktionen müssen nicht nur gebündelt von einem Träger erbracht werden können - denkbar ist auch die Kooperation verschiedener Träger, die sich aufgabenspezifisch und inhaltlich über die gemeinsame Versorgungsverantwortung abstimmen.

So können z. B. Heime dezentralisiert werden, indem eine räumliche Kerneinheit aus verschiedenen Wohnungen neben Mitarbeiter- und Funktionsräumen beibehalten wird, freiwerdende Raumkapazitäten vermietet bzw. getauscht werden und ein vielleicht schon bestehendes Netz aus mehr oder weniger entfernten Außenwohnungen weiter aufgebaut wird.

Träger von Wohngemeinschaften/Betreutem Wohnen könnten zentrale Servicefunktionen, 24-Stunden-Betreuung und eine gewisse Verdichtung von Wohnungen im regionalen Zentrum aufbauen, parallel mit einem ggf. notwendigen Ausbau von einzelbetreutem Wohnen.

Zentral für diese Umstrukturierungsprozesse wird jedoch die regionale Planung und die Orientierung an den Bedarfen der Klienten im Lebensfeld sein.

Wichtig für die Entwicklung bestehender Angebote im Lebensfeld Wohnen ist, daß Organisations-, Leitungs- und Verwaltungsstrukturen sich im Hinblick auf die klientenzentrierte Arbeitsweise entwickeln und dies parallel durch klientenbezogene Finanzierung gestützt wird. Das erfordert eine differenzierte Erfassung von sachlichen und personellen Leistungen, was im Rahmen von elektronischer Datenverarbeitung nicht unbedingt einen erheblichen Mehraufwand bedeutet, insbesondere wenn hier sinnvolle Pauschalierungen von Einzelleistungen vereinbart werden können.

Das Kernstück klientenzentrierter Arbeitsweise ist jedoch der entsprechend dem aktuellen Hilfebedarf flexible Einsatz der Mitarbeiter mit gleichzeitiger Wahrung einer größtmöglichen Kontinuität.

Diese Grundsätze bedeuten für das Verbundsystem Wohnen insgesamt eine bestimmte Mindestgröße - insbesondere zur Abdeckung eines Hintergrunddienstes. Wir schätzen eine Mindestgröße von ungefähr 15 bis 20 Vollzeitmitarbeitern zur Wahrnehmung aller Funktionen eines Wohnverbundsystems (dieses kann - wie bereits gesagt - aus einem Verbund von Trägern bestehen).

Kann bei den Mitarbeitern ein Bezugspersonenkonzept von jeweils zwei Mitarbeiter/innen als Bezugspersonen für eine Klientin/einen Klienten aufgebaut werden, so ist selbst bei sich verändernden Betreuungsleistungen Kontinuität aufrechtzuerhalten - durch eine andere Verteilung der Kontakthäufigkeiten oder durch begleitenden Wechsel nur einer Bezugsperson.

Viele Einrichtungen im Lebensfeld Wohnen arbeiten bereits mit Anteilen der funktionalen Organisation von Hilfen - sie stoßen jedoch auf strukturelle Grenzen. Dennoch haben viele engagierte Projekte gezeigt, daß man innerhalb der bestehenden Grenzen schon sehr weit kommen kann - wir sprechen hier also nicht nur über Visionen, sondern auch über praktische Erfahrungen. Mehr über die bestehenden Grenzen bei dieser Arbeitsweise werden wir noch in den folgenden Beiträgen erfahren.

Ich möchte jedoch abschließend betonen, daß das entscheidende Moment der funktionalen Organisation von Diensten die "Zielgenauigkeit" des Mitarbeitereinsatzes in bezug auf die Hilfeanforderungen der Klienten ist. Sie trägt somit zu einem Qualitätsverständnis der komplementären Dienste bei, das nicht bei der bloßen Zumessung von Schlüsseln für meist wenig definierte globale Angebotspakete (z. B. Heimunterbringung) stehenbleibt.

Entscheidend für die Qualität der Hilfen ist, wieviel und was genau an persönlicher Unterstützung bei jedem Klienten ankommt.

Viele Untersuchungsergebnisse (Zusammenfassung hierzu G. SHEPHERD, Institutional Care and Rehabilitation, Kapitel 4, New York 1986) machen deutlich, daß ein Personalschlüssel (über einer gewissen Mindestausstattung) nichts über die Qualität der Versorgung aussagt, weil Anwesenheit zu den wichtigen Zeiten, individuelle Begleitung von Klienten und die Kontinuität des Kontaktes sehr viel mehr zur Qualität beitragen als die Anzahl der Mitarbeiter.

Gerade im Hinblick auf Qualitätssicherung auch im komplementären Bereich bietet sich an, von der funktionalen Organisation von Hilfen auszugehen, umgesetzt als komplexe Leistungsprogramme in einem regionalen Verbundsystem.

Personenzentrierte Hilfen - Verordnung, Koordination und Steuerung

Dieter Stahlkopf

Die Versorgungsangebote für psychisch Kranke im ambulanten und komplementären Bereich müssen zukünftig besser auf den Hilfebedarf des einzelnen abgestimmt werden!

Noch deutlicher formuliert: Der im konkreten Einzelfall differenziert nachzuweisende Hilfebedarf eines Patienten muß die unabdingbare Voraussetzung für die Finanzierung eines notwendigen Hilfeangebotes sein. Daraus ergibt sich, daß das Angebot eines Trägers sich dem Hilfebedarf einer einzelnen Person anpassen muß und nicht umgekehrt.

Angeregt durch die Psychiatrieenquete (1975) und das Modellprogramm Psychiatrie (1980 - 1985) ist an vielen Orten in der alten Bundesrepublik ein Versorgungsangebot für psychisch Kranke entstanden, welches diese Forderung nur teilweise erfüllt. Nach dem Motto: "Laßt viele bunte Blumen blühen", haben wir im ambulanten/komplementären Bereich immer neue Angebotsformen und Einrichtungstypen kreiert, um deren Konzepte gestritten und nach Finanzierungswegen gesucht.

Während wir in der Start- und Aufbauphase zunächst so ziemlich alles gut geheißen haben, was als Alternative zum Krankenhausbett geeignet schien, haben wir in den letzten Jahren feststellen müssen, daß eine Addition von immer neuen Einrichtungstypen oder immer "mehr desselben" die Versorgung zumindestens der chronisch Kranken nicht wesentlich besser, dafür aber wesentlich komplizierter gemacht hat.

In den Empfehlungen der Expertenkommission müssen wir lesen, daß in vielen Regionen die Versorgungssituation durch mangelnde Kooperation, Abschottung der Träger gegeneinander, kontraproduktives Konkurrenzverhalten und Zersplitterung des Leistungsangebotes gekennzeichnet sei. Gerade in vermeintlich gut ausgestatteten Versorgungsregionen steigt die Zahl derjenigen Patienten, die kein für ihren individuellen Hilfebedarf geeignetes Angebot finden.

Diese paradoxe Situation entsteht dadurch, daß sich im anbieterorientierten Psychomarkt, den Träger- und Mitarbeiterinteressen folgend, immer engere, speziellere Konzepte durchsetzen, in die die schwerer Kranken mit ihrem umfassenden und komplizierten Hilfebedarf immer weniger passen.

Während die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich Empfehlungen zur Verbesserung der Koordination und Steuerung der Dienste und Einrichtungen als Aufgabe der kommunalen Gebietskörperschaften und zur Bildung eines gemeinde-psychiatrischen Verbundes als Fundament der allgemeinpsychiatrischen ambulanten Versorgung abgeben hat, stellt die Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich die klientenzentrierte Ermittlung des Hilfebedarfes und dessen inhaltliche und organisatorische Umsetzung in ein personenbezogenes Konzept der regionalen Hilfeangebote in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen.

Zur Begründung der Notwendigkeit von Koordination und Steuerung personenzentrierter Hilfeprogramme

Die Entstehung und der Verlauf seelischer Krankheiten wird beeinflußt durch das Zusammenwirken seelischer, biologischer und sozialer Faktoren. Dementsprechend muß die Behandlung und psychiatrische Rehabilitation das Zusammenwirken von medizinischen, psychologischen, pflegerischen, pädagogischen und berufsfördernden Maßnahmen im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit gewährleisten. Dabei sind die notwendigen Hilfen nach Art und Umfang der häufig wechselnden Leistungsfähigkeit bzw. Hilfebedürftigkeit der psychisch kranken Menschen unter Vermeidung sowohl von Unter- wie Überforderung anzupassen. Erschwerend kommt hinzu, daß diejenigen Menschen, welche den umfassendsten und kompliziertesten Hilfebedarf haben, zu einer eigenverantwortlichen Koordination der Hilfen am wenigsten fähig sind und die notwendigen Hilfen aufgrund ihrer Erkrankung bzw. der eingetretenen funktionellen Einschränkung sogar zeitweise ablehnen.

Wenn also Menschen mit einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung nach den Erfordernissen des Einzelfalles unterschiedlich ausgeprägt und in wechselnder Intensität

- psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Hilfen,
- fördernde, übende, stützende und ausgleichende Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen,
- Hilfen zur Inanspruchnahme notwendiger medizinischer und sozialer Angebote
- und Hilfen zur Realisierung der ihnen zustehenden Sozialleistungen

brauchen, dann wird deutlich, daß eine bloße additive Ergänzung von Hilfen den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker nicht gerecht werden kann. Stabilisierende und verunsichernde Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen sind durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden. Ein unkoordiniertes Aufeinanderstapeln von Bausteinen/von Hilfen führt zwangsläufig zu Überforderungs- oder Unterforderungssituationen, weil es den wechselnden Hilfebedarf eines psychisch Kranken nicht berücksichtigt.

Die zentrale Funktion der Koordination und Steuerung ist also die verbindliche Verknüpfung aller individuell notwendigen psychiatrischen Hilfen mit dem Ziel, daß die in das Programm einbezogenen Klienten ein Höchstmaß an Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit im Sinne des bestmöglichen Gebrauchs vorhandener bzw. verbliebener Fähigkeiten in den Lebensbereichen

- Wohnen
- Arbeit
- Kontaktstiftung/Tagesgestaltung

entwickeln können. Die notwendigen Hilfen sind auf die einzelnen Lebensbereiche bezogen zu planen, entsprechend dem individuellen Hilfebedarf in den jeweiligen Lebensbereichen zu erbringen und in regelmäßigen Abständen an den sich ändernden Hilfebedarf anzupassen.

Die derzeitige Praxis entspricht dem eben Geforderten nicht. Die Suche eines Patienten nach einem Hilfeangebot gleicht oft einem Rouletspiel. Dort, wo die Kugel zufällig zum Stillstand kommt, wird entschieden:

- Gewinn oder Niete, paßt ins Konzept oder nicht!
- Nach dem Motto "alles oder nichts" ist der Patient und auch der Finanzierungsträger gezwungen, das ganze Paket/das ganze Angebot z. B. eines Heimes abzulehnen oder anzunehmen und, damit verbunden, auch zu bezahlen. In der Praxis bedeutet dieses oft mehr Hilfe als notwendig und, davon abhängig,leider auch mehr Hilfe,als gut tut!
- Oftmals entscheidet nicht der tatsächliche Hilfebedarf eines Patienten, sondern die Tatsache, daß gerade ein Platz in der angesprochenen Einrichtung frei ist.

Gerade in gut ausgebauten Regionen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Dienste mit zum Teil überlappenden Angeboten wächst die Einsicht, daß es einer regional organisierten Form der einzelfallbezogenen Kooperation und Steuerung bedarf.

Schwieriger wird es bei der praktischen Umsetzung dieser Erkenntnis. Wer soll bestimmen, wieviel ein Klient wovon, wie lange und in welcher Intensität erhält?

Wer mixt bei einer sich gegenseitig nicht in die Karten gucken lassenden Vielzahl von Einrichtungen und Trägern den angemessenen Cocktail in den Hilfebereichen

- Behandlung/Pflege/Rehabilitation
- Wohnen
- Arbeit
- Kontaktstiftung und Tagesgestaltung,

und wer paßt die einmal gefundene Mixtur an einen wechselnden Hilfebedarf des Klienten an?

Welche Arbeitsschritte gehören zur Verordnung, Koordination und Steuerung eines auf den Einzelfall abgestimmten Hilfeangebotes?

1. Kontaktaufnahme zu den psychisch Kranken, die Hilfe benötigen, aber diese infolge ihrer Erkrankung und Behinderung nicht oder nicht in erforderlichem Umfang für sich in Anspruch nehmen und/oder koordinieren können;
2. Begleitung von Personen, die zwar psychiatrische Hilfen benötigen, die Inanspruchnahme aber (zunächst) ablehnen und/oder derzeit nicht in der Lage sind, angemessene Hilfeziele anzustreben;

3. Ermittlung des personenbezogenen Bedarfs an (fördernden/kompensatorischen) Hilfen der Behandlung/Rehabilitation/Pflege, bezogen auf die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Kontaktstiftung/Tagesgestaltung;

4. Festlegung der Hilfeziele;

5. Erstellung eines mit dem psychisch erkrankten und behinderten Menschen, seinen für ihn wichtigen Bezugspersonen und ggf. mit dem gesetzlichen Betreuer abgestimmten Hilfeplanes. Das Ziel, die Art und der Umfang sowie die Dauer und Intensität der Hilfen richten sich nach den Erfordernissen und Besonderheiten des Einzelfalles. Bei einer Erstbegutachtung, z. B .in Anschluß an eine Behandlung im Krankenhaus, sollte die Ermittlung des Hilfebedarfes und der Hilfearten und der ersten groben Einschätzung der Hilfeziele zunächst nur für einen kürzeren Zeitraum (z. B. 3 Monate) erfolgen, um in einer späteren weiteren Verordnung die in dieser Zeit gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse berücksichtigen zu können.
Ein Zeitraum von 6 Monaten sollte für Personen zugrundegelegt werden, bei denen im Rahmen einer kleinschrittigen Hilfeplanung kurz- bzw. mittelfristige Hilfeziele angestrebt bzw. erreicht werden sollen.
Bei Personen mit einem längerfristigen Hilfebedarf sind Überprüfungs- bzw. Fortschreibungszeiträume von 12 Monaten angemessen.

6. Unterstützung/Begleitung im Antragsverfahren bei den Leistungsträgern;

7. Vermittlung und Koordination des dem Hilfebedarf des einzelnen angepaßten Angebotes in der Region;

8. Kontrolle, ob die Art, Intensität und Qualität der von den an der Behandlung/Rehabilitation/Pflege beteiligten Personen, Diensten und Einrichtungen erbrachten Leistungen dem individuellen Hilfebedarf angemessen sind; Voraussetzung hierfür ist, daß die Leistungserbringer an der Erarbeitung und Fortschreibung des Hilfeplanes angemessen mitwirken, ihre eigene Arbeit inhaltlich und organisatorisch in den Hilfegesamtplan integrieren und dieses durch eine qualitative und quantitative Leistungsdokumentation überpüfbar machen lassen.

9. Fortschreibung des Hilfeplanes bei sich veränderndem Hilfebedarf und bei der Festlegung neuer Ziele unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorstellungen der psychisch erkrankten Menschen und der Erfahrungen der Leistungserbringer.

Nur eine solche Vorgehensweise ermöglicht eine flexible und individuelle Zuordnung notwendiger Hilfen und damit eine übersichtliche und bedarfsgerechte Personalbemessung sowie eine wirtschaftliche und regional steuerbare Finanzierung.

Sie ist gleichzeitig die Voraussetzung dafür, daß sich auch für chronisch psychisch Kranke der gesetzliche Auftrag des Vorrangs ambulanter vor stationärer Rehabilitation erfüllen läßt.

Im Bundessozialhilfegesetz ist der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe (§ 3 a BSHG) gesetzlich geregelt. Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung wird der ambulanten Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen ebenfalls Vorrang vor stationären Leistungen eingeräumt (z. B. §§ 39 und 40 SGB V). Auch bei den für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation vorrangig zuständigen Rentenversicherungsträgern werden inzwischen ambulante und teilstationäre Leistungen zur Rehabilitation ermöglicht.

Die BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (1992) stellt fest: "Die Verwirklichung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Wahrnehmung des Betroffenen wie auch der angemessenen Nutzung der Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten erfordert bei der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen besondere Anstrengungen". (S. 50)

Die REHA-KOMMISSION des VERBANDES DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (1991) fordert: "Die in der stationären Rehabiliation entwickelten Grundsätze (Rehabilitationszielordnung, interdisziplinärer Ansatz, Rehabilitationsteam) müssen auch in der ambulanten und teilstationären Rehabilitation gewährleistet sein. Ambulante und teilstationäre Leistungen erfordern besondere Organisationsformen. Hierfür müssen zunächst Konzepte entwickelt und in Modellversuchen erprobt werden" (S. 31, vgl. auch das von der REHA-KOMMISSION vorgelegte Rahmenkonzept für die medizinische Rehabilitation,1992).

Der gesetzliche Auftrag des Vorrangs ambulanter vor stationärer Rehabilitation kann für den Personenkreis der chronisch psychisch Kranken nur erfüllt werden, wenn sich auch bei der ambulanten Rehabilitation dem stationären Bereich vergleichbare und dort erfolgreich erprobte Finanzierungs- und Angebotsformen entwickeln. Wie bei stationären Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sind auch bei der ambulanten Versorgung chronisch psychisch erkrankter Menschen Komplexleistungsprogramme die angemessene Lösung für die besonderen Bedürfnisse dieses Personenkreises.

Im Rahmen eines solchen ambulanten Komplexleistungsprogrammes sollen alle im Einzelfall notwendigen Hilfen

der Behandlung,
der medizinischen Rehabilitation,
der Pflege,
der beruflichen Rehabilitation und
der behindertengerechten Arbeit

zu einer sinnvollen Gesamtmaßnahme gebündelt, verordnet, regional organisiert und kontrolliert erbracht werden.

Die sozialrechtliche Einordnung solcher Komplexleistungsprogramme für einen bestimmten Zeitabschnitt erfolgt - entsprechend dem Prinzip der finalen Orientierung - nach der überwiegenden Zielsetzung der zu erbringenden Leistungen:

- Leistungen zur Krankenbehandlung,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/Eingliederung,
- Leistungen zur beruflichen Rehabilitation,
- Leistungen zur Eingliederung Behinderter gemäß den Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes.

Unter welchen Voraussetzungen kann solch ein anspruchsvoller (auch angstmachender), aber unverzichtbarer Auftrag gelingen?

- Die Koordination und Steuerung von auf den Einzelfall bezogenen integrierten Hilfeprogrammen ist keine Aufgabe eines einzelnen Menschen oder einer Berufsgruppe! Sie setzt ein multiprofessionelles Team, z. B. mit Krankenpflegekraft, Arzt, Psychologen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten voraus.

- Eine alleinige "Komm-Struktur" ist nicht ausreichend! Sowohl die weniger motivierten und/oder für uns schwierigeren Patienten, aber auch das Wissen um die Konzeptrealitäten vor Ort machen eine ambulant aufsuchende Arbeitsweise notwendig.

- Die einzelfallbezogene Koordination und Steuerung von Hilfen setzt eine zumindest akzeptierende, besser: vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den übrigen Leistungserbringern in den Funktionsbereichen Behandlung/Pflege, Wohnen, Arbeit und Kontaktstiftung sowie Tagesgestaltung voraus. Hier müssen die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten sauber abgegrenzt sein. Nur so lassen sich unnötiges Konkurrenzverhalten und teure, fachlich nicht notwendige oder gar kontraproduktive Überschneidungen vermeiden.
  Ein Beispiel für solch eine Zusammenarbeitsform könnte das Dreiecksverhältnis zwischen einem Bauherrn, dem Architekten und den bauausführenden Firmen sein.
  Bei der Planung des Neubaues eines Einfamilienhauses verhandelt der Bauherr auch nicht allein mit der Gemeindeverwaltung, dem Statiker und den bauausführenden Firmen, sondern sucht sich zur Planung und Durchführung dieser Aufgabe einen Architekten. In der Planungsphase bringt dieser die Wünsche des Kunden/des Bauherrn mit dem finanziell, technisch, rechtlich und fachlich Machbaren zu einem fairen Interessenausgleich. Hierbei kommt es zwischen allen Beteiligten zu sich gegenseitig beeinflussenden Interaktionsprozessen, die nur dann zum Erfolg führen, wenn alle daran Beteiligten (Bauherr, Kreditgeber, Statiker, Gemeindeverwaltung, Handwerker und andere) nicht nur ihren eigenen fachlichen Beitrag leisten, sondern auch die Koordinations- und Steuerungsaufgabe des Architekten akzeptieren.
  Während der eigentlichen Bauphase arbeiten die einzelnen Leistungserbringer (Maurer, Zimmermann, Dachdecker, Elektriker u. a.) nach einem zielgerichteten, zeitlich begrenzten und auf die einzelnen Arbeitsschritte abgestimmten Plan in eigener Durchführungsverantwortung. Aber auch hier hat der mit der Bauausführung beauftragte Architekt Koordinations- und Steuerungsaufgaben (z. B. bei unvorhersehbaren technischen Problemen, einer zeitlichen Verzögerung eines einzelnen Bauabschnittes oder bei sich verändernden Kundenwünschen) und ist darüber hinaus mit der Erfolgskontrolle für die Gesamtmaßnahme beauftragt.
  Wenn Sie jetzt dieses Bild auf das Ihnen bekannte Versorgungsangebot für psychisch Kranke vor Ort/in Ihrer Region übertragen, wird deutlich, daß es auch hier Kundenwünsche, maßnahmehomogene Hilfeangebote und sogar mehrere Finanzierungsträger gibt. Die Funktion der einzelfallbezogenen Verordnung, Koordination und Steuerung einschließlich der Erfolgskontrolle eingeleiteter Maßnahmen fehlt weitgehend.
  In der Praxis führt dieses dazu, daß diejenigen psychisch Kranken, die aktiv Hilfe suchen und die Angebote für sich koordinieren können, mit dem in der Praxis gewachsenen System halbwegs zurechtkommen. Die chronisch psychisch Kranken mit ihrem oft eingeschränkten Hilfesuchverhalten und dem komplizierten Hilfebedarf sind durch das Fehlen einer Koordinations- und Steuerungsfunktion so benachteiligt, daß sie oftmals keine oder unzureichende Angebote erhalten.Dieses wiederum hat zur Folge, daß sie unnötig oft und lange auf vollstationäre Aufenthalte in Krankenhäusern oder Heimen angewiesen sind.

Organisatorische Umsetzung

Eine einzelfallbezogene Verordnung, Koordination und Steuerung eines regional integrierten Komplexleistungsprogrammes setzt die Anerkennung dieser Funktion und den Auftrag der Finanzierungsträger voraus!

Die rechtlichen Voraussetzungen hierfür finden sich im § 5 Abs. 3 Reha-Angleichungsgesetz und im §46 Bundessozialhilfegesetz, die eine Erstellung eines Gesamtplanes vorsehen, der alle im Einzelfall notwendigen Maßnahmen zur vollständigen und dauerhaften Wiedereingliederung umfassen und sicherstellen soll, daß die Maßnahmen nahtlos ineinandergreifen.

Wie die gemeinsame Verantwortung von Kostenträgern und Leistungserbringern zur Verordnung Koordination und Steuerung klientenzentrierter Hilfen vor Ort geregelt werden wird, hängt von den regional sehr unterschiedlich gewachsenen Strukturen ab.

Nicht immer wird hierzu ein neuer zusätzlicher Dienst notwendig sein. Mancherorts können z. B. vorhandene Fall- oder Helferkonferenzen, die Institutsambulanzen oder die Sozialpsychiatrischen Dienste in diese Funktion hineinwachsen.

Zur Erfüllung der inhaltlichen Aufgabe ist es notwendig, daß sich alle an der Leistungserbringung beteiligten Einrichtungen und Dienste zu einer verbindlichen Zusammenarbeit unter einer gemeinsamen Steuerungsfunktion, z. B. durch den Abschluß von Kooperationsverträgen, zusammenfinden.

Um als Vertragspartner gegenüber den Kostenträgern auftreten zu können, wird die beschriebene Funktion nur in einer rechtsfähigen Form (z. B. als Verein der Vereine) zu erfüllen sein. Dabei ist zusätzlich die leistungsrechtliche Anforderung der ständigen ärztlichen Verantwortung der Gesamtmaßnahme zu beachten.

Personenzentrierte Hilfen - sozialrechtliche Umsetzung

Rainer Hölzke

Im Mittelpunkt meines Referates steht ein Vorschlag für vorzunehmende gesetzliche Veränderungen im Leistungsrecht der Krankenversicherung, um

- die in den vorherigen Referaten vorgestellten inhaltlichen Vorgaben im außerklinischen Bereich leistungsrechtlich zu ermöglichen und
- darüber die fast 20 Jahre alte Forderung der Psychiatrie-Enquete nach der sozialrechtlichen Gleichstellung von psychisch mit somatisch kranken Menschen endlich einzulösen.

Im folgenden werde ich nach einer Vorbemerkung als erstes kurz die wesentlichen inhaltlichen Gesichtspunkte des Vorschlages der Kommission zusammenfassen. Ich folge dabei der Kommissionsphilosophie des personenbezogenen Hilfeansatzes, die Inhalte nicht schon mit einer leistungsrechtlichen Schere im Kopf zu denken. Als erstes müssen die Phantasieschlösser gebaut werden, um demnächst darin dann wirklich einziehen zu können.

Anhand des Märchens vom Hasen und Igel, dessen Inhalt ich diesmal der sozialrechtlichen und sozialpolitischen Realität entnommen habe, werde ich als nächstes begründen, weshalb ein weiteres Vorankommen im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation nicht ohne entsprechende Gesetzesänderungen möglich ist.

Im letzten Teil meines Referates werde ich die Gesetzesänderungen benennen und erläutern.

Vorbemerkung:

Im Rahmen dieses Referates beschäftige ich mich hauptsächlich mit Krankenversicherungsrecht. Diese bewußte Einseitigkeit soll nicht die Bedeutung anderer Rechtsgrundlagen herunterspielen, wurde aber gewählt, da für die sozialrechtliche Gleichstellung psychisch kranker mit organisch kranken Menschen das Krankenversicherungsrecht (im Rahmen von medizinischer Rehabilitation) die größte Bedeutung hat.

Ich hoffe, daß am Ende meines Referates die gewählte Einseitigkeit auch gerade vor dem Hintergrund des Zuständigkeitsbereiches der Personalkommission nachvollziehbar und somit entschuldbar geworden sein wird.

Jetzt kurz zu den inhaltlichen Eckpunkten des Kommissionsansatzes:

1. Wie schon von meinen Vorrednern ausgeführt, haben wir uns für eine funktionale und somit nicht institutionsbezogene Vorgehensweise inhaltlich entschieden. Diese inhaltliche Vorgabe wird gut ergänzt durch das sozialrechtliche Prinzip der finalen Betrachtungsweise. Dieses bedeutet leistungsrechtlich, daß alle die Hilfeleistungen zu gewähren sind, die funktional auf die zum Beispiel im Krankenversicherungsrecht genannten Behandlungsziele von Leistungen (zum Beispiel Vermeidung von Chronifizierung, Förderung von Heilung) ausgerichtet sind und ärztlich verordnet bzw. als notwendig angesehen werden.

2. Im Rahmen der Behandlung sollen psychisch kranke Menschen soweit wie nur irgend möglich im eigenen Lebensfeld bleiben können. Diesen Verbleib zu sichern und zu ermöglichen ist notwendiger Teil der Behandlung. Die Hilfen müssen zur Person kommen können, die Person muß nicht zwangsläufig zu den Hilfen kommen müssen. Das heißt, bei der Organisierung psychiatrischer Hilfeleistungen ist darauf zu achten, daß diese gemeindepsychiatrisch ausgerichtet sind und dem Prinzip der Versorgungsverpflichtung unterliegen.

   Wichtig ist, daß ein Wechsel der Hilfenotwendigkeit bzw. Hilfeintensität nicht zwangsläufig mit einem Ortswechsel verbunden ist. Dem schon erwähnten Prinzip der Kontinuität ist auch insofern Rechnung zu tragen, als daß ein Wechsel im Hilfebedarf und/oder ein Wechsel der Kostenträgerschaft nicht zwangsläufig Wechsel personeller Art nach sich zieht.

   Andersherum: Bei der Gewährung von Hilfeleistungen ist darauf zu achten,daß eine langfristige Kontinuität möglich ist, sofern diese sinnvoll und notwendig erscheint und gewünscht wird.

3. Ambulante Hilfeleistungen sollen Vorrang vor stationären Hilfen haben; rehabilitative Leistungen sollen Vorrang vor pflegerischen Leistungen haben.

4. 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 nebeneinanderher laufender 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.

5. Die Psychiatrie-Personalverordnung, die für Krankenhäuser und Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern mit einer Versorgungsverpflichtung gilt, ist ein sehr wesentlicher Meilenstein weg von einer globalen Personalbemessung (Koppelung der Personalstärke an die Anzahl belegter Betten) hin zu einer ganz deutlich aufgabenbezogenen und zielorientierten Personalbemessung. Der Intention dieser Personalverordnung kann aber nur entsprochen werden, wenn auch der außerklinische Bereich gut ausgebaut und funktionsfähig ist. Ist dies nicht der Fall, besteht eher die Gefahr einer Sogwirkung von psychisch kranken Menschen in die Klinik hinein. Von daher ist es notwendig, daß die Personalverordnung in ihren qualitativen und quantitativen Bestandteilen nicht auf Kliniken beschränkt bleibt, sondern für die Definition von Standards im außerklinischen Bereich Bedeutung erlangt. Gelingt dies nicht, entsteht das Paradox, daß der rehabilitative Gedanke der Personalverordnung einer vorzeitigen Entlassung und Weiterrehabilitation in offener ambulanter gemeindepsychiatrischer Form durch die im außerklinischen Bereich bestehenden Versorgungs- und Leistungsdefizite zur Gefährdung der Rehabilitation führt.

Zwei Zitate sollen die Notwendigkeit der später folgenden Gesetzesänderungsvorschläge deutlich machen. Herr Rössler vom Zentralinstitut in Mannheim schreibt in einem Artikel (Die Rehabilitation, Nr. 33, 1994, Seite 1 ff):

> "Die Hindernisse der psychiatrischen Rehabilitation gründen sich heute vor allem 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." Im Klartext: Der inhaltlichen Argumente sind genug gefallen, es müssen jetzt endlich sozialrechtliche und sozialpolitische Taten folgen.

Bei Rehabilitation handelt es sich **inhaltlich** um eine **umfassende** Aufgabe. Es ist aber jeweils nur eine **begrenzte** Zuständigkeit der einzelnen Leistungsträger vorhanden (siehe die nur leistungsrechtlich begründete Unterteilung von Menschen in soziale, medizinische und berufliche Rehabilitation (-santeile)). Die sich daraus ergebenden Probleme werden auf dem Rücken der betreffenden Personen, ganz besonders der psychisch kranken Menschen ausgetragen.

Die Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Frau Bergmann-Pohl, hat auf der 202. Sitzung des Bundestages am 13. 1. 1994 bei der Debatte über die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD-Fraktion zur Lage der Psychiatrie unter anderem gesagt:

> "Es bedarf weiterer Anstrengungen in der Zukunft, dies gilt auch für die Finanzierungsregelung für ambulant-rehabilitative Maßnahmen ... Wir müssen alles dafür tun, um die soziale Desintegration der Betroffenen zu vermeiden."

Bei der Ausarbeitung dieses Referates ist mir folgendes aufgefallen:
Im täglichen Umgang sind es gerade psychisch kranke Menschen, die mir immer wieder Doppeldeutigkeiten, Ungenauigkeiten und Ungereimtheiten in meiner verbalen und nonverbalen Kommunikation deutlich machen. Bei der Beschäftigung mit der Frage, welche leistungs- und sozialrechtlichen Probleme der Umsetzung der oben genannten inhaltlichen Prinzipien entgegenstehen, ergab sich für mich die parallele Beobachtung, daß Fragen der Versorgung psychisch kranker Menschen sehr grell auf sowieso vorhandene Widersprüche, Ungereimtheiten und Unklarheiten im Sozialversicherungsrecht aufmerksam machen. Ist in der geschilderten sozialen Interaktion der Schmerz und die Freude dieser Aufhellung grundsätzlich beiden Kommunikationspartnern gegeben, sind bei der "sozialrechtlichen Sensibilisierung" die Lasten einseitig zuungunsten der psychisch kranken Menschen verteilt.

Die uns in diesem Zusammenhang heute interessierenden Unklarheiten und Hindernisse (es gibt noch sehr viele mehr) liegen in dem Widerspruch begründet, daß Rehabilitation inhaltlich-fachlich nur als ein ganzheitlich zu sehender Gesamtkomplex und Prozeß zu betrachten ist, während das Leistungsrecht diese Ganzheitlichkeit vermissen läßt. Wie Ihnen bekannt ist, gibt es drei verschiedene Rehabilitationsarten (beruflich, medizinisch und sozial), denen verschiedene Leistungsträger zugeordnet sind. Diese Zuordnung entbehrt jeglicher Fachlichkeit, ist willkürlich und umstritten. Eine grundsätzliche Reform ist seit langer Zeit gefordert. Etliche Probleme sollten durch einen IX. Band des Sozialgesetzbuches behoben werden. Bekanntlich wird in dieser Legislaturperiode dieses schon seit langer Zeit geforderte und in Arbeit befindliche Gesetzesvorhaben nicht verwirklicht werden.

Für das Vorhaben der Personalkommission sind Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes, des V. und VI. Bandes des Sozialgesetzbuches, des schon erwähnten neu zu schaffenden IX. Bandes des Sozialgesetzbuches, der neugeschaffenen Pflegeversicherung sowie die Empfehlungsvereinbarung RPK und ein Vorstoß einiger Spitzenverbände von Krankenversicherungen (die "Vereinbarung zur modellhaften Umsetzung und Evaluation eines Konzeptes zur ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker") wichtig. Um mich jetzt zum Kern des Problems vorzuarbeiten, räume ich kurzerhand folgende Vereinbarungen, Vorhaben und Gesetze wie folgt beiseite:

- Das zuletzt genannte Vorhaben verschiedener Krankenkassenarten ist in vielen inhaltlichen Gesichtspunkten sehr zu begrüßen, bietet aber keinen Ausweg für unser Dilemma. In diesem Zusammenhang ist auf die problematische Akzeptanz und Umsetzungsmöglichkeit der "Vereinbarung ambulante Suchtrehabilitation" in der Praxis hinzuweisen.

- Die RPK-Empfehlungsvereinbarung war in bezug auf ihre Wirkungsweise fast 7 Jahre lang eher ein Instrument zur Verhinderung der sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch kranker mit somatisch kranken Menschen. Nichtsdestotrotz ist es nicht verkehrt, sie zu ambulantisieren. Einige RPK-Einrichtungen bieten ihre Leistungen auch schon in teilstationärer Form an.

- Auf die Pflegeversicherung gehe ich in diesem Zusammenhang nicht näher ein, da ihre Bedeutung noch nicht genau für die Versorgung psychisch kranker Menschen einzuschätzen ist.(Das Referat wurde im April 1994 gehalten!)

- § 17 des SGB IX hätte uns zusammen mit einem gleichlautenden Paragraphen für die berufliche Rehabilitation erheblich vorangebracht, gäbe es ein verabschiedetes SGB IX, bzw. stände dessen Verabschiedung unmittelbar bevor. Dies ist wie gesagt nicht der Fall, und gerade dieser Paragraph ist zwischen verschiedenen Bundesministerien sehr heftig umstritten.

- Bei meiner Aufräumarbeit habe ich mich jetzt schon zum SGB VI vorgearbeitet, dem Rentenversicherungsrecht. Hier definiert § 15 medizinische Leistungen zur Rehabilitation. Obwohl der Rentenversicherungsträger vom Leistungsrecht her gesehen der primäre Träger von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und die Krankenversicherungen der sekundäre Träger sind, meine ich, daß wir uns heute nicht sehr intensiv mit dem Rentenversicherungsrecht auseinandersetzen müssen (siehe unten). § 15 schließt die Erbringung ambulanter Komplexleistungen nicht aus.

Die sogenannte Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat sich sehr eindeutig dafür ausgesprochen, die Leistungen vermehrt ambulant anzubieten, was auch schon in einigen Bereichen der Fall ist. Für die Versorgung psychisch kranker Menschen gibt es aufgrund eindeutiger höchstrichterlicher Rechtsprechung eine deutlich geklärte Situation im außerklinischen Bereich, die dazu geführt hat, daß die LVA Westfalen-Lippe und die LVA Rheinprovinz mit einer erheblichen Zahl von Übergangseinrichtungen eine Zusammenarbeit vereinbart haben.

Schließlich kann das Rentenversicherungsrecht heute insofern vernachlässigt werden, da die Krankenversicherung im Rahmen medizinischer Rehabilitationsleistungen aufgrund der jeweiligen persönlichen Voraussetzungen psychisch kranker Menschen faktisch der Hauptleistungsträger ist bzw. sein wird.

Um zum Krankenversicherungsrecht zu gelangen, liegt jetzt noch das Bundessozialhilfegesetz vor Ihnen und mir. Herr Mrozynski hat in einem Aufsatz in der Zeitschrift "Recht und Psychiatrie" (Heft 1, 1994) darauf hingewiesen, daß eine Komplexleistung, verstanden als Integration wesentlicher Leistungsbestandteile, im Sozialhilferecht ganz gut zu verwirklichen ist bzw. auch schon verwirklicht wird. Im Sozialhilferecht gibt es nun den Widersinn, daß dies für die betroffenen Personen, stationär dargeboten, finanziell vorteilhafter ist als bei ambulanten Leistungen, da unterschiedliche Heranziehungsgrundsätze gelten. Eine Lösung unserer Problematik im Bereich des Sozialhilferechts scheidet aber aus, da sie nicht die eingangs von mir aufgestellte Bedingung erfüllt, psychisch kranke mit somatisch kranken Menschen gleichzustellen. Sozialhilfemaßnahmen bedeuten, wie Sie wissen, im Gegensatz zu versicherten-finanzierten Maßnahmen immer den Einsatz eigenen Einkommens bzw. Vermögens. Der frühere Bundeskanzler Kurt-Georg Kiesinger hat 1973 (Drucksache 7/553 vom 11. 5. 1973), als er sich in der Opposition befand, für die Bundestagsfraktion der CDU gefordert, das Leistungsrecht für Behinderte aus der Nachrangigkeit herauszunehmen, das heißt auf die Zahlung von Eigenanteilen bzw. Vermögen zu verzichten. Im Rahmen der Schaffung eines IX. Bandes des Sozialgesetzbuches ist erneut die Forderung von verschiedenen Seiten zum Teil recht lautstark erhoben worden, Leistungen zur Eingliederungshilfe nach dem BSHG aus der Nachrangigkeit herauszunehmen. So sinnvoll diese Forderung auf der einen Seite ist, führt sie uns aber meiner Meinung nach kurz- und mittelfristig bei der Lösung unseres Problems nicht weiter.
Neben dem gravierenden Problem der Heranziehung zu den Behandlungskosten wartet das Sozialhilferecht noch mit einem weiteren Problem auf. Für ambulante Leistungen ist der örtliche und für stationäre Leistungen der überörtliche Sozialhilfeträger zuständig. Dies hat zur Folge, daß es bei fachlich gewünschter Ambulantisierung der Angebote zu Finanzverschiebungen verschiedener Körperschaften kommt und jede Seite daran interessiert ist, finanzielle Lasten loszuwerden, bzw. gar nicht erst aufgebürdet zu bekommen.
Hier gibt es verschiedene Lösungsmöglichkeiten; die Bundesländer könnten bestimmen, daß die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger bestimmte Maßnahmen gemeinsam erfüllen, oder es könnte zum Beispiel wie in Bayern geregelt werden. Dort haben ab 1. 1. 1994 die Bezirke als überörtliche Träger der Sozialhilfe die Zuständigkeit auch für den ambulanten Bereich bekommen, was dann aber dazu führt, daß eine kommunale Verantwortlichkeit "ausgehebelt" worden ist.
In diesem Zusammenhang noch eine Klarstellung zu kommunaler Verantwortlichkeit: Diese ist politisch gemeint und nicht im Sinne einer Zuständigkeit des (örtlichen) Sozialhilfeträgers. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß ab 1. 7. 1994 der § 93 des BSHG in neuer Fassung gilt. Es ist dann mit sogenannten prospektiven Pflegesätzen zu arbeiten, die sich aufteilen in ein einrichtungsbezogenes Grundentgelt und in ein einrichtungsunabhängiges diagnose- und klientenbezogenes Leistungsentgelt. Die Schaffung dieser prospektiven Pflegesätze ist ganz eindeutig vor dem Hintergrund eines Einsparungsinteresses zu sehen. Der Aspekt des diagnose- und klientenbezogenen Leistungsentgeltes ist für uns im Zusammenhang mit dem funktionalen Ansatz ein wichtiger Gesichtspunkt.

Mittlerweile habe ich mich also zur Kernproblematik vorgearbeitet, zum Krankenversicherungsrecht. In § 27 (SGB V), also dem Krankenversicherungsrecht, steht unter anderem:

> "Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation." Sie wundern sich, weshalb das ein Kernproblem ist, und Sie wundern sich noch mehr, wenn Sie hören: "Das Krankenversicherungsrecht unterscheidet nicht zwischen körperlich und psychisch Kranken. Bei der Umsetzung des Leistungsanspruches werden die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker insbesondere in den genannten Leistungsbereichen oft nicht ausreichend berücksichtigt. Die Einfügung des Satzes 3 soll dazu beitragen, die Situation der psychisch Kranken zu verbessern." (Beschlüsse des 11. Ausschusses vom 15. 11. 1988 zur Beratung des Regierungsentwurfes des Gesundheitsreformgesetzes vom 29. 4. 1988).

Sie werden mich etwas besser verstehen, wenn Sie sich folgenden Satz langsam auf der Zunge zergehen lassen:

> "Bei Rehabilitationsleistungen ist darauf zu achten, daß psychisch Kranke mit somatisch Kranken gleichgestellt werden. Psychosoziale Maßnahmen, die bei der Betreuung psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen, gehören allerdings weiterhin nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, da sie über deren gesetzlich festgelegte Zuständigkeit hinausgehen." (Der schon genannte Ausschuß auf der gleichen Sitzung an anderer Stelle).

Das Problem ist folgendes: Der Gesetzgeber ist der Meinung, daß sogenannte psychosoziale Maßnahmen für die Behandlung von psychisch kranken Menschen sehr wichtig sind, legt aber ausdrücklich fest, daß dafür die Krankenversicherung nicht zuständig ist. Allerdings gilt dies nicht im stationär klinischen Bereich; die Personalverordnung Psychiatrie nennt ausdrücklich als Berufsgruppen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen und nennt ausdrücklich als Behandlungsmittel Soziotherapie. Diese meint das gleiche wie psychosoziale Maßnahmen.

Die folgende Geschichte vom Hasen und dem Igel wird es noch deutlicher machen, aber hier liegt aus unserer Sicht der wesentliche Grund, der es notwendig macht, eine gesetzliche Änderung zu fordern, um die am Anfang meines Referates genannten inhaltlichen Ziele umsetzen zu können.

Die Geschichte der Auseinandersetzungen um die leistungsrechtliche Zuständigkeit für den außerklinischen Bereich der letzten 20 Jahre macht deutlich, daß es unterhalb einer Gesetzesänderung nicht geht.

Zur von Ihnen sicher schon mit Spannung erwarteten Geschichte vom Hasen und dem Igel:
Sie erinnern sich: In der Buxtehuder Heide, das ist in der Nähe von Hamburg - ich komme von dort -, fordert ein hochnäsiger Hase siegesgewiß den Igel zum Wettlauf heraus. Dieser Igel ist nun sehr klug, er verabredet mit seiner Frau, die genauso aussieht wie er, daß er an einem Ende und seine Frau an dem anderen der Rennstrecke (der Ackerfurche) stehen soll. Beim Loslaufen täuschen sie beide nur kurz die Laufbewegungen vor, laufen dann nicht weiter, und der Hase trifft am Ziel immer wieder auf einen Igel, der sagt: "Ich bin schon hier".
Der Hase ruft aus: "Das geht nicht mit rechten Dingen zu! Noch einmal gelaufen!" So geht es insgesamt über 70 Mal, bis der Hase stürzt und tot auf dem Acker liegen bleibt.

So, wie der Hase sich verzweifelt bemühte, ständig an der Richtigkeit seiner Wahrnehmung zweifelte und immer wieder an der ihm vorgegaukelten (heilen Schein-) Welt scheiterte, ergeht es aus meiner Sicht der Forderung nach sozialrechtlicher Gleichstellung:
Diese Forderung wurde in den letzten 20 Jahren immer wieder gestellt, sie wurde immer wieder begründet. Die verschiedenen Gegenüber täuschten Bewegung/ein Eingehen auf diese Forderung immer wieder nur vor und ließen so diese Forderung ins Leere laufen.

Ich hoffe sehr, das Ende des Hasen bleibt der Forderung nach Gleichstellung erspart.

Die Forderung ist einzulösen; die sozialrechtlichen Stolpersteine für die Komplexleistung sind aus dem Weg zu räumen !

Mit dieser umgedeuteten Parabel soll im folgenden die Notwendigkeit der am Ende des Referates vorgeschlagenen gesetzgeberischen Veränderungen nachhaltig untermauert werden. Mitspieler in dieser Parabel sind: der Gesetzgeber, Sozialgerichte, Leistungsträger, verschiedene Gesetze und Ministerien, die Forschung. Diese treten jetzt jeweils in Form von Zitaten auf:

Wir wenden uns zuerst an den größtmöglichen Zusammenschluß aller Beteiligten, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (abgekürzt: BAR). Diese sagt:

> "Die faktische Gleichstellung der psychisch Kranken im System der sozialen Sicherheit kann nur erreicht werden, wenn es gelingt, die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen und Regelungen, die überwiegend mit Blick auf den somatisch Kranken entwickelt wurden, für die Belange der psychisch Kranken umfassend paßfähig zu machen." (BAR, Herausforderungen und Perspektiven der Rehabilitation, 1992, Seite 61)

Mit dieser Auskunft versehen, nehmen wir unser Rennen auf und wenden uns an den Gesetzgeber. Dieser sagt:

> "Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sieht die Bundesregierung keine Möglichkeit, durch die Einführung zusätzlicher Vorschriften im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zur weiteren Entlastung der psychisch Kranken und ihren Angehörigen beizutragen. Eine Ausweitung der Leistungsansprüche für psychisch Kranke wäre mit dem Ziel der Gesundheitsreform, den Beitragssatz zu stabilisieren, nicht vereinbar." (Bundestagsdrucksache 12/4016, Seite 18)

Demgegenüber wurde noch eine Legislaturperiode früher etwas ausführlicher ausgedrückt, daß laut Gesundheitsreformgesetz den besonderen Belangen psychisch kranker Menschen Rechnung getragen werden solle. Auch gingen die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages übereinstimmend davon aus,

> "daß die Versorgung psychisch Kranker mit Leistungen des Gesundheitswesens im besonderen Maße verbesserungsbedürftig sei." (Deutscher Bundestag, Drucksache 11/3460, Seite 37)

Schließlich bestand in diesem Gremium Übereinstimmung darüber,

> "daß es um den Ausbau einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker gehe, daß psychisch und somatisch Kranke in der medizinischen Versorgung gleichbehandelt werden müßten und daß der ambulante und komplementäre Bereich auszubauen seien." (Ebenda, Seite 37/38)

Allen denjenigen, die damals Hoffnung geschöpft haben, wird dann allerdings mitgeteilt: Zu der Frage,

> "ob und in welchem Umfang Verbesserungen für psychisch Kranke aufgenommen werden sollten, spreche man sich für eine allgemeine Regelung aus, wonach bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen sei, die Einfügung einer zusätzlichen Vorschrift im Leistungsrecht, wie sie auch der Bundesrat vorgeschlagen habe, werde abgelehnt, da dies den finanziellen Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes gefährde." Man wolle prüfen, "welche Vorschläge bei künftigen Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung verwirklicht werden könnten." (Ebenda, Seite 38)

Es wird also einerseits gesagt, es müßte Verbesserungen geben, für diese Verbesserungen sei man aber andererseits als Gesetzgeber nicht zuständig und würde dies doch angenommen, wird hinzugefügt, daß kein Geld vorhanden sei, erst recht nicht für psychisch Kranke, die sämtliche Sparvorhaben zu sprengen drohen.

Wie schon in der Antwort der Bundesregierung auf die Empfehlungen der Expertenkommission vertritt die Bundesregierung folgende Auffassung:

> "Das V. Buch des Sozialgesetzbuches enthält die ausdrückliche Vorschrift, daß den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist... , es liegt in der Verantwortung der Selbstverwaltung, diesen Grundsatz auszufüllen." (Bundestagsdrucksache 12/4016, Seite 18/19).

Der Gesetzgeber verweist also an die Leistungsträger und betont, er habe ansonsten sein Haus ausreichend bestellt.

Im Sinne einer Vorwärtsverteidigung sagt der Gesetzgeber weiterhin: Für die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten im Januar 1988 aufgeführten, unter anderem in der psychiatrischen Versorgung bestehenden Mängel liege die Verantwortung nicht bei der Bundesregierung; allerdings sehe die Bundesregierung die gemeinsame Verantwortung mit den Ländern, Kommunen, Leistungsträgern und Leistungsanbietern und werde auch weiterhin im Rahmen ihre verfassungsmäßigen Zuständigkeit ihrer Verantwortung nachkommen.

Dem Hasen, der schon mehrere Furchen umsonst zurückgelegt hat und außer Atem ist, wird die beruhigende Mitteilung gemacht, daß die Verantwortung weiterhin übernommen werde, gleichzeitig wird mitgeteilt, daß die Verantwortung für die genannten Probleme aber auf keinen Fall bei der Bundesregierung liege.

So vom Gesetzgeber informiert und gleichzeitig abgewiesen, wenden wir uns mit dem Satz: "Unser Name ist Hase" den Leistungsträgern zu, hier insbesondere den Krankenversicherungen. Hier wurde einerseits in der letzten Zeit von einigen Spitzenverbänden ein begrüßenswerter Vorschlag gemacht. Dieser Vorschlag bezieht sich auf die Gewährung von soziotherapeutischen Leistungen im ambulanten Bereich. Allerdings ist es leider so, daß das, was einmal als eine flächendeckende Initiative gedacht war, mittlerweile zu einem sehr begrenzten Modellvorhaben degeneriert ist.

Interessant sind aber für uns grundsätzliche Stellungnahmen der Krankenversicherungsverbände: Hierbei handelt es sich

a) um die "Stellungnahme zum Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Bereich" vom 20. 7. 1989.

b) um die Stellungnahme zur Großen Anfrage der SPD-Fraktion zur Situation der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland (Bundestagsdrucksache 12/ 2019)

c) und um die Stellungnahme zum "dritten Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation" vom 30. 9. 1992.

In der Folge geht es um die beiden zuletzt genannten Stellungnahmen; in einem Schreiben sämtlicher Krankenkassenverbände an das Bundesgesundheitsministerium vom Februar 1994 wird deutlich gemacht, daß diese beiden Stellungnahmen noch Gültigkeit haben.

In der Stellungnahme vom 15. 6. 1992 wird ausgesagt:

> "Die Regelungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung psychisch Kranker werden im allgemeinen als ausreichend angesehen. Das SGB V berücksichtigt durch eine ganze Reihe allgemeiner Hinweise die besonderen Belange psychisch Kranker ... Mängel werden hinsichtlich der Vorschriften für die soziale Rehabilitation gesehen. Die Sozialhilfe leistet nur subsidiär, das heißt ausnahmslos nur dann, wenn der Kranke oder seine Angehörigen selbst die entsprechenden Maßnahmen nicht oder nicht mehr finanzieren können. Hier wird seit längerem eine Regelung durch den Gesetzgeber für zwingend erforderlich gehalten, mit der die Erbringung und Finanzierung der sozialen Rehabilitation den Sozialhilfeträgern unter Ausschluß jeglicher Subsidiaritätsvorbehalte abschließend zugewiesen wird."

Dieses schon seit Ende der 60er Jahre bekannte Argument kann in dem hier zugrunde liegenden Kontext nur als eine Weiterverweisung verstanden werden, da dies bedeutet, daß die Krankenversicherungen im ambulanten Bereich psychisch kranken Menschen die Leistungen weiter vorenthalten, die sie ihnen im stationären klinischen Bereich widerspruchslos als umfassende Komplexmaßnahme einschließlich soziotherapeutischer Leistungen zubilligen. Der unsinnige Widerspruch zwischen stationärem und ambulantem Leistungsvolumen kann nicht dadurch gelöst werden, wichtige Anteile dieser Komplexmaßnahme im ambulanten Bereich einem anderen Leistungsträger zuschieben zu wollen.

In der Stellungnahme vom 30. 9. 1992 wird zwar auf Seite 6 einerseits gesagt, die bisherigen Ergebnisse der RPK-Erprobung seien positiv zu werten,

> "allerdings wird es für erforderlich angesehen, insbesondere Fragen des Bedarfs und der Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen noch im einzelnen wissenschaftlich zu untersuchen."

Es wird also der Anschein erweckt, als ob wissenschaftliche inhaltliche Probleme noch zu klären seien und kein sozialpolitischer Handlungsbedarf bestände.

Da der Hase in diesem Märchen sowieso schon so viel gelaufen ist, läuft er noch einmal an den Anfang meines Referates zurück und ruft folgendes Zitat von Herrn Rössler vom Zentralinstitut in Mannheim in Erinnerung, den ich für viele Wissenschaftler mit gleicher Aussage hier zu Wort kommen lasse:

> "Die Hindernisse der psychiatrischen Rehabilitation gründen sich heute vor allem 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." (Die Rehabilitation, Nr. 33, Seite 1 ff, 1994)

In einer solchen Situation, nach dem Anklopfen beim Gesetzgeber und bei den Leistungsträgern, gelangt man in der Regel zwangsläufig zu den Sozialgerichten. Deren Aufgabe ist es, durch höchstrichterliche Rechtsprechung Unklarheiten, die in der sozialpolitischen Landschaft vorgefunden werden, klarzustellen.

Diese Funktion haben Sozialgerichte im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen häufiger gespielt; zu erwähnen sind höchstinstanzliche Urteile in bezug auf Rentenversicherungsträger und Übergangseinrichtungen. Daß dies allerdings nicht immer so sein muß, illustriert ein Urteil vom Sozialgericht Düsseldorf vom 30. 3. 1992 (Aktenzeichen: 4 Kr 234 / 90). Gegenstand des Prozesses war die Klage auf Kostenübernahme der Behandlung in Übergangseinrichtungen durch eine Krankenkasse.

Im Urteil wird unter anderem festgestellt:

> "Allerdings soll nach § 27, 3 SGB V, insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation, den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker (zu denen auch Suchtkranke zählen) Rechnung getragen werden. In dieser Vorschrift wird aber lediglich abstrakt dem Gebot der Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken Rechnung getragen, die Vorschrift hat lediglich Hinweisfunktion, ohne daß damit grundsätzlich das Leistungsspektrum der Krankenkassen erweitert werden sollte...
> - Aus der Entstehungsgeschichte der §§ 11, 2 / 27 / 40 SGB V ergibt sich eindeutig, daß die hier angebotenen psychosozialen Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählen sollen... Die vom Bundesrat vorgeschlagene Einführung zusätzlicher Vorschriften im Leistungsrecht wurde abgelehnt, da dies den finanziellen Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes gefährde...
> - Die Frage der Zuständigkeit und Finanzierung sei noch ungelöst, die Übertragung weitgehender Aufgaben auf die gesetzlichen Krankenkassen seien nicht nur aus finanziellen, sondern auch aus grundsätzlichen finanzverfassungsrechtlichen Erwägungen nicht unproblematisch. Die psychosoziale Versorgung sei Aufgabe der Länder. Ständig werde versucht, Leistungen, für die in erster Linie die Länder oder Kommunen zuständig seien, der gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen...
> - Der Kammer ist bewußt, daß im Rahmen der Rehabilitation psychisch Kranker medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation Hand in Hand gehen müsse und die einzelnen Maßnahmen kaum voneinander zu trennen sind...
> - Nach Auffassung der Kammer ergibt sich... , daß der Gesetzgeber zwar die bestehenden Defizite bei der Versorgung psychisch Kranker gesehen hat, aber bewußt wegen der finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung von einer Änderung abgesehen hat. Die Kammer hält sich an diese Entscheidung des Gesetzgebers gebunden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine exakte Definition der Hilfearten, die eindeutig medizinischen Charakter im Sinne der Heilung, Besserung oder Linderung psychischer Krankheiten aufweist und die deshalb "originär" von den Krankenkassen zu tragen sein werden, nicht existiert... Dies würde bedeuten, daß auf die gesetzlichen Krankenkassen eine erhebliche Kostenbelastung überwälzt würde... Die Unmöglichkeit der trennscharfen Abgrenzung medizinischer Maßnahmen von denen der sozialen und beruflichen Rehabilitation ist aber nach Auffassung der Kammer ein weiteres Argument, die insoweit erforderliche Entscheidung dem Gesetzgeber zu überlassen...
> - Es liegt auf der Hand, daß diese Aufgabe nur vom Gesetzgeber geleistet werden kann."

Hier werden noch einmal sehr schön die vielen Strecken, die der Hase umsonst gelaufen ist, ohne an ein Ziel zu gelangen, illustriert, garniert mit dem zusätzlichen Hinweis, daß die Länder und Kommunen, also die Sozialhilfeträger, zuständig seien für die Lösung der Problematik. Diese sehen das wiederum anders und klagen seit Anfang der 80er Jahre - siehe das Beispiel Nordrhein-Westfalen - gegen die Leistungsträger.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß dem Bund zwar die Gesetzeszuständigkeit für ein umfassendes Gesetz zur Reform der psychiatrischen Versorgung aus verfassungsrechtlicher Sicht zu fehlen scheint, aber der Bund kann bzw. muß in Leistungsgesetzen regeln, wer welche Kosten zu tragen hat. Gemäß Artikel 74 Nummer 12 Grundgesetz hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die Sozialversicherung.

Ich erachte es für eine bemerkenswerte Tatsache, daß ein Sozialgericht faktisch vor der ihm gestellten Aufgabe kapituliert und auf eine klärende Rechtssprechung verzichtet. Es wird also wieder an den Gesetzgeber verwiesen. Dieser hat zuletzt in Form des Bundesgesundheitsministeriums am 17. 2. 1994 festgestellt, man habe alles gut geregelt, "eine Änderung von Vorschriften des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung" werde nicht für erforderlich gehalten. Als Beleg hierfür wird die schon zitierte Begründung zum Regierungsentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 1989 (zu § 11, 2 SGB V) angeführt: "Bei Rehabilitationsleistungen ist darauf zu achten, daß psychisch Kranke mit somatisch Kranken gleichbehandelt werden. Psychosoziale Maßnahmen, die bei der Betreuung psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen, gehören allerdings weiterhin nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, da sie über deren gesetzlich festgelegte Zuständigkeit hinausgehen. Dies gilt auch für berufsfördernde Maßnahmen und solche der sozialen Wiedereingliederung."

Im Gegensatz zum Sozialgericht beruft sich der Bund auf den Satz mit der besonderen Berücksichtigung der Belange psychisch kranker Menschen in dem Sinne, daß mit diesem Satz alles gesetzgeberisch Notwendige getan sei.

Mit der Feststellung des Sozialgerichts, daß die Festlegung in § 27, 3 SGB V (den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen) nur ein abstraktes Gebot sei und lediglich eine Hinweisfunktion habe, macht wiederum das Sozialgericht deutlich, daß es dem Bund nicht glaubt bzw. in dieser Frage eine andere Auffassung hat.

Das angeführte Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf macht auf überraschende und interessante Art und Weise auf eine therapeutische Vorgehensweise aufmerksam: Wenn verschiedene andere Beteiligte sich "streiten", kann es nützlich sein, die angetragene "Schiedsrichterrolle" abzulehnen. Das kann besonders angebracht sein bei sich widersprechenden Kommunikationsebenen mit gleichzeitiger Handlungsaufforderung. An den Gesetzgeber wiederum zurückverwiesen, könnte man also auch auf die Idee kommen, sich an einzelne Bundesministerien zu wenden, insbesondere an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und an das schon eben erwähnte Bundesgesundheitsministerium.

Diese Idee wird aber nicht viel nützen, da von beiden Häusern auf unterschiedlichen Ebenen (finanziell und fachlich) sich widersprechende Interessen verfolgt werden. Dies ist in letzter Zeit ganz besonders am Beispiel der Auseinandersetzung zur Schaffung eines IX. Bandes des Sozialgesetzbuches deutlich geworden - auch und gerade bei der Auseinandersetzung, ob es in diesem Sozialgesetzbuch einen § 17 geben soll, der psychosoziale Leistungen nach der finalen Betrachtungsweise eindeutig den vorrangigen Leistungsträgern zuschlägt.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir folgende Änderungen im Krankenversicherungsrecht vor:

- In § 27 (Krankenbehandlung) ist Punkt 6 folgendermaßen zu formulieren:
"Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation **einschließlich Soziotherapie** sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie". Wichtig ist, daß der strittige Punkt der psychosozialen Leistungen bzw. der Soziotherapie ganz eindeutig in diesem Paragraphen geregelt wird, der die Leistungsansprüche festlegt.

- Als Konsequenz aus dieser Änderung und der Forderung, ambulante Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung (besser) für psychisch kranke Menschen nutzbar zu machen, müssen in § 40 (medizinische Rehabilitationsmaßnahmen) Änderungen vorgenommen werden:

  a) Da § 27 des SGB V früher aus einem Absatz bestand, dies mittlerweile aber nicht mehr der Fall ist, muß noch eine redaktionelle Änderung - wenn man denn schon dabei ist - vorgenommen werden. Der erste Satz von § 40 muß dann lauten: "Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht aus, um die in § 27 Absatz 1 Satz 1 und ...". Damit wäre also der Genauigkeit Rechnung getragen.

  b) Um eine ambulante Komplexleistung für psychisch kranke Menschen im Krankenversicherungsrecht abzusichern, reicht § 40 Absatz 1 nicht aus. Wir haben es nicht als sinnvoll angesehen, diesen Absatz zu ändern, da dies auch Änderungen von Absatz 3 nach sich gezogen hätte.
  Um aus diesem Bereich herauszukommen, schlagen wir die **Einfügung** eines **zusätzlichen** Absatzes 1 a) vor: "Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse ambulante und teilstationäre Behandlung von einer Rehabilitationseinrichtung erbringen lassen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht." In diesem Zusammenhang wäre zu diskutieren, ob diese Leistung nur psychisch kranken Menschen gewährt werden soll.

  c) Des weiteren schlagen wir vor, nach Absatz 3 einen **Absatz 3 a)** einzufügen mit folgendem Wortlaut: "Über den Zeitraum der jeweiligen Leistungsgewährung und über die Möglichkeiten einer erneuten Beantragung entscheidet nach § 275 der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach Antragstellung."

- § 43 ist unter Punkt 2 folgendermaßen zu ändern: "Solche Leistungen zur Rehabilitation, **insbesondere** Soziotherapie **nach § 27, 1, 6,** erbringen die unter Berücksichtigung ..."

- Absatz 2 von § 107 (Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) ist wie folgt zu ändern: "Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die 1. der **ambulanten, teilstationären und** stationären Behandlung dienen, um ..."

- Des weiteren muß Ziffer 3 dann folgendermaßen lauten: "Die Patienten, die **bei teilstationärer und stationärer Behandlung** untergebracht und verpflegt werden können."

- § 111 (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen):
Hier sollte aufgrund sprachlicher Klarheit jeweils das Wort **Rehabilitation** durch die Worte **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ersetzt werden.

- In **Absatz 1, Absatz 2 Nr. 2 und Absatz 4** werden jeweils vor den Worten "stationäre" oder "stationären" die Worte **ambulante, teilstationäre oder oder ambulante, teilstationäre** eingefügt.
  In diesem Zusammenhang noch ein Wort zu einem **Widerspruch**. In **§ 32** wird als Heilmittel **nur Beschäftigungstherapie** aufgeführt, während nach den **Heil- und Hilfsmittelrichtlinien** sowohl Beschäftigungstherapie als auch Arbeitstherapie und Belastungserprobung dazugehören. Hier schlagen wir eine entsprechende Korrektur des § 32 im Sinne der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien vor.

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinem Kollegen Udo-Frank Haase für dessen Unterstützung und hilfreiche Diskussion bei der Formulierung der Gesetzesvorschläge bedanken. Weiterhin möchte ich erwähnen, daß Herr Haase mit Christian Reumschüssel-Wienert und mir einen sehr ausführlichen und umfangreichen Novellierungsvorschlag des SGB V im Hinblick auf die besondere Berücksichtigung der Belange psychisch kranker Menschen erarbeitet hat.

Mit obigen Änderungen wird im Krankenversicherungsrecht ermöglicht, daß es bei der Versorgung psychisch kranker Menschen keinen qualitativen Unterschied mehr zwischen stationär und ambulant organisierten Hilfsangeboten gibt und daß ambulante Rehabilitationsmaßnahmen als Komplexleistung durchgeführt werden können.

Ich betone ausdrücklich, daß wir nicht auf dem Wortlaut bzw. jedem Komma der vorgeschlagenen Änderung bestehen. Hier sind uns weitere Verbesserungsvorschläge sehr willkommen. Wir halten allerdings an der Notwendigkeit einer gesetzlichen Veränderung der dargestellten Ziele fest.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß es hier nicht um eine Leistungsausweitung geht, sondern um rechtliche Klarstellungen bzw. um die Einebnung sozialrechtlicher Unebenheiten. Schon gar nicht ist es beabsichtigt, von den Krankenversicherungen die Bezahlung der Miete von Wohnungen zu fordern, in denen psychisch kranke Menschen leben. Es geht darum, anerkannte Leistungen für psychisch kranke Menschen diesen in sämtlichen Organisationsformen von Hilfsangeboten zugänglich zu machen. Von daher kann aus unserer Sicht auch nicht als Gegenargument ins Feld geführt werden, daß dieser Absicht die Deckelung des Gesundheitsstrukturgesetzes entgegensteht.

Es hat eine unselige Tradition, psychisch kranken Menschen aus finanziellen Gesichtspunkten heraus notwendige Hilfeleistungen vorzuenthalten. Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß im Gegensatz zum Rentenversicherungsrecht keine höchstinstanzlichen Grundsatzurteile vorliegen, die eine notwendige Klärung hätten herbeiführen können.

Meine Damen und Herren, ich hoffe, diese "märchenhafte Geschichte" hat deutlich gemacht, daß gesetzgeberische Aktivitäten im vorgeschlagenen Sinne notwendig sind, um die außerklinische Versorgung psychisch kranker Menschen nachhaltig zu verbessern.

Kommunale Steuerung und Umsetzungsprobleme im Übergang

Peter Kruckenberg

Personalbemessung im ambulanten und komplementären Bereich ist nur bezogen auf die aktuelle Situation des einzelnen Klienten und für einen überschaubaren Zeitraum möglich, denn der individuelle Bedarf an psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Hilfen sowie an psychiatrischen Hilfen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesgestaltung, Kontaktstiftung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist zwischen verschiedenen Patienten gleicher Diagnose, aber auch bei einzelnen chronisch kranken Menschen in verschiedenen Lebensabschnitten sehr unterschiedlich.

Der Personalschlüssel insgesamt, d.h. für Hilfen in allen Lebensbereichen, muß zwischen dem Gesamtpersonalschlüssel für klinisch stationäre Behandlung von 1:1 bis 1:1,3 und dem für Institutsambulanzen von ca 1:40 bis 1:50 liegen. Soweit gegenwärtig überhaupt Personalschlüssel für die verschiedenen Leistungsbereiche bestehen, sind diese im Regelfall institutionsbezogen festgelegt und führen zum Ausschluß von Klienten mit höherem oder geringerem Hilfebedarf bzw. zu deren Unter- oder Überversorgung.

Die vorangegangenen Referate auf dieser Tagung haben gezeigt, daß eine fachlich, organisatorisch und wirtschaftlich angemessene Leistungserbringung und damit auch die dafür erforderliche Personalbemessung nur im Rahmen integrierter berufsgruppen- und institutionsübergreifender Komplexleistungsprogramme möglich ist.

Die Erbringung von personenbezogenen Komplexleistungsprogrammen setzt wiederum eine flexible und verbindliche Organisation und Steuerung des regionalen Hilfesystems einschließlich seiner Finanzierung voraus.

Die Notwendigkeit der Koordination der Hilfen auf kommunaler Ebene ist spätestens seit der Psychiatrieenquete allgemein anerkannt. Die Enquetekommission sprach von einem "integrierten Versorgungssystem", das allerdings noch um ein stationäres Behandlungszentrum gruppiert war.

Die Vorschläge zur einzelfallbezogenen Integration der Hilfen waren relativ unverbindlich. Angesichts des sich danach entwickelnden sogenannten "Wildwuchses" von Leistungsangeboten in verschiedenen Regionen schlug die Expertenkommission für das Bundesmodellprogramm 1988 den "gemeindepsychiatrischen Verbund" für die Versorgung chronisch psychisch Kranker vor. Bei diesem Verbund sollte es sich um eine vertraglich vereinbarte Trägergemeinschaft mit einer gemeinsamen fachlichen Leitung handeln. Das psychiatrische Krankenhaus war gänzlich ausgeklammert.

Leider blieb die Beziehung zwischen den beiden Modellen, dem weiteren des integrierten Versorgungssystems und dem engeren des gemeindepsychiatrischen Verbunds für die chronisch Kranken, weitgehend offen. Es wurde auch nicht ausreichend deutlich, warum und unter welchen Bedingungen ein Trägerverbund eine alle Hilfebereiche übergreifende fachliche Leitung benötigt. So wurde der gemeindepsychiatrische Verbund eine Leitidee, aber noch kein konkretes Modell für die Praxis.

Die Kommission für die Personalbemessung im komplementären Bereich möchte beide Modelle daraufhin überprüfen - und eventuell modifizieren - inwieweit sie die Implementation und die Steuerung integrierter berufsgruppen- und institutionsübergreifender Komplexleistungsprogramme ermöglichen.

Einen Überblick über Ziele, Aufgaben und Instrumente der kommunalen Steuerung gibt Abbildung 1:

Kommunale Organisation und Steuerung psychiatrischer Hilfen

	Ziele und Aufgaben	Instrumente
1.	Bedarfsermittlung und -gewichtung	Gesundheitsberichterstattung
2.	bedarfsorientierte und koordinierte Einbindung aller Angebotsträger in die regionale Versorgungsverpflichtung	Versorgungsverträge
3.	Regelung der einzelfallbezogenen Kooperation (synchron und diachron)	Kooperationsverträge, Trägerverbund
4.	Regelung der einzelfallbezogenen Finanzierung	Richtlinien der Leistungsträger
5.	Qualitätssicherung und Evaluation	Nutzerkontrolle Jahresbericht durch externes Institut
6.	Planung und Finanzierung der Weiterentwicklung des Hilfesystems	Kommunaler Psychiatrieplan Kommunales Psychiatriebudget

1. Bedarfsermittlung und -gewichtung

Bedarfsermittlung und -gewichtung sind die Grundlage für die regionale Steuerung.

Es geht darum, für jede Zielgruppe, z.B. allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtkranke (bzw. für bestimmte Untergruppen) die Zahl der nicht- oder teil- oder unterversorgten, der fehlplazierten oder auch überversorgten Klienten zu ermitteln, Ursachen für Fehlsteuerungen zu beschreiben - etwa Angebotsdefizite, Zugangsschwellen, Zuweisungs- und Selektionseffekte - und Prioritäten für die Umverteilung innerhalb der bestehenden Dienste in der Kommune und für den Ausbau von Angeboten festzulegen.

Auch heute noch wissen die Kommunen in der Regel nicht, wo ihre schwer und chronisch psychisch Kranken sind, ob und wie sie betreut werden, wissen auch die Sozialleistungsträger nicht, für wie viele Patienten aus einer Region sie z.B. stationäre Behandlung finanzieren, kann der überörtliche Sozialhilfeträger die regionale Herkunft der Klienten, die teilstationäre oder vollstationäre Hilfen nach § 100 BSHG erhalten, ebensowenig angeben wie die regionale Verteilung der Orte, an denen die Hilfen erteilt werden.

Mit anderen Worten, die vorrangig Zuständigen wissen nicht einmal die Zahl der relativ kostenaufwendig versorgten Patienten, viel weniger noch die der unterversorgten oder der eindeutig fehlplazierten. So ist die Zahl der als sogenannter Pflegefall im Krankenhaus oder in Altenheimen fehlplazierten chronisch psychisch Kranken in der Regel ebenso unbekannt wie die Zahl der unterversorgt bei den Angehörigen lebenden oder der obdachlosen psychisch Kranken oder auch die Zahl der arbeitslosen Patienten, die ein Reha-Programm benötigten usw..

Es hat den Anschein, als würde niemand diese Zahlen wissen wollen, vielleicht weil man sich dann ernsthafter mit den daraus erwachsenden Problemen auseinandersetzen müßte.

Aus diesem Grunde sind sämtliche Schätzwerte bezüglich der pro 100.000 Einwohner benötigten Plätze in verschiedenen Einrichtungen und Diensten weitgehend aus der Luft gegriffen. Dies gilt auch für die Zahlen der Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm für den gemeindepsychiatrischen Verbund aus aufsuchend ambulantem Dienst, Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit und zur Tages- und Kontaktgestaltung: an keiner Stelle des Berichts wird erwähnt, wie groß denn die Zahl der vom gemeindepsychiatrischen Verbund nicht erfaßten "alten chronisch Kranken" im psychiatrischen Landeskrankenhaus oder in Heimen geschätzt wird. Die Versorgung chronisch psychisch Kranker dort und durch den gemeindepsychiatrischen Verbund ist aber offensichtlich ein System kommunizierender Röhren.

Wenn in einer Region der Bedarf qualitativ und wenigstens annähernd quantitativ erhoben ist, bedarf er anschließend der Gewichtung durch Kommune, Leistungsträger und Angebotsträger. Es ist spätestens seit der Psychiatrieenquete sozialpsychiatrisches Grundprinzip, daß diejenigen zuerst Hilfe erhalten müßten, die sie am meisten benötigen; d.h., daß schwerstkranke und behinderte Menschen erste Priorität haben müßten. Dies ist bekanntlich im Versorgungsalltag gewöhnlich nicht der Fall. Die schwer Gestörten, noch mehr die schwer Störenden, werden immer noch vielerorts abgelehnt und abgeschoben und landen letztlich in der Obdachlosigkeit oder in den Langzeitbereichen von Anstalten und Großheimen, oder sie gehen auf die eine oder andere Weise zugrunde.

Instrument zur Darstellung der Bedarfsermittlung und -gewichtung ist die jährlich vorzunehmende Gesundheitsberichterstattung durch die Kommune. Die Daten können nur in Zusammenarbeit mit Leistungs- und Angebotsträgern erhoben werden. Der Bericht muß sowohl die Struktur der Angebote und ihre Nutzung wie Fehlbelegungen, Fremdplazierungen (außerhalb der Kommune oder gar des Bundeslandes), Unterversorgungen, Wartefristen nach Zahl und Dauer u.a. darstellen. Manches spricht dafür, die erforderlichen Daten und Bewertungen wenigstens teilweise im Auftrag durch ein Forschungsinstitut (s. unten) erheben zu lassen.

2. Koordination und regionale Versorgungsverpflichtung

Die Notwendigkeit der Koordination der Angebote ergibt sich aus der Notwendigkeit der Anpassung der Leistungsprofile an den Bedarf der einzelnen Klienten. Es darf in einer Einrichtung nicht mehr heißen: "Dieser Klient oder jene Klientin paßt nicht zu uns", sondern es muß heißen: "Da wir für diesen Klienten oder jene Klientin zuständig sind - wie müssen wir also unser Angebot verändern, damit es für ihn oder sie hilfreich sein kann?"

Diese Fragestellung fördert übrigens auch die Kreativität und schließlich die Kompetenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Klare Zuständigkeitsregelungen im Sinne regionaler Versorgungsverpflichtung für bestimmte Klientengruppen und Leistungen sowie die Abstimmung der Angebote zwischen den Angebotsträgern sind gefragt.

Instrument hierfür sind Versorgungsverträge, die ein Angebotsträger (z.B. der Freien Wohlfahrtspflege) mit der Kommune und dem Leistungsträger gemeinsam abschließt.

Die Versorgungsverträge müssen insbesondere beinhalten, daß

- kein Klient aufgrund der Schwere seiner Krankheit oder Behinderung von dem jeweiligen Angebot ausgeschlossen werden darf (die Abgrenzung zwischen klinisch-stationärer Behandlungsbedürftigkeit und ambulanter und komplementärer Behandlungs- und Betreuungsfähigkeit vorausgesetzt),
- eine Verpflichtung zum Ausbau der Angebote besteht, falls diese für die Versorgung der Region nicht ausreichen, und daß hierfür der Leistungsträger die angemessenen und notwendigen Mittel zur Verfügung stellen muß.

Derartige Verträge sind im komplementären Bereich noch selten, aber möglich und durchaus wirksam. Sie können von einzelnen Trägern, aber auch von einem Trägerverbund abgeschlossen werden. Die Verträge müssen im Rahmen der regionalen Versorgungsstruktur (vergl. unten) kontrollierbar und bei unzureichender Erfüllung kündbar sein.

3. Regelung der einzelfallbezogenen Kooperation

Institutionsübergreifende einzelfallbezogene Kooperation ist ohne klare, verbindliche Regelungen meist ein Schönwettergeschäft. Es gibt eine Unzahl von Gründen, warum die Zusammenarbeit von im Prinzip durchaus gutwilligen psychiatrischen Helfern häufig unzureichend funktioniert, und zwar sowohl bei verschiedenen aufeinander zu beziehenden Angeboten zum gleichen Zeitpunkt (synchron) als auch bei der Überleitung von Klienten von einem Angebot in das nächste (diachron) - etwa bei der Einweisung ins oder der Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus.

Zu diesen Gründen gehören unterschiedliche fachliche Einschätzungen, verschiedene institutionelle Perspektiven, ökonomische und persönliche Eigeninteressen ("mein/unser Klient"), Gegenübertragungsagieren u.a.m.. Sogar innerhalb eines Teams, mehr noch zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen einer Institution, gehören Kooperationsprobleme zum Arbeitsalltag.

Komplexleistungsprogramme setzen eine verbindliche, enge und kontinuierliche Kooperation aller Beteiligten im Rahmen eines kompetenten Case Managements voraus - ich erinnere an das Referat von Herrn Stahlkopf. Ein erster Schritt in diese Richtung ist in manchen Regionen mit Kooperationsverträgen zwischen den Leistungsanbietern getan worden. Diese regeln u.a. das Verfahren der Zusammenarbeit im Einzelfall einschließlich Abklärung der Zuständigkeit, Festlegung der Reihenfolge auf Wartelisten, Erarbeitung eines Reha-Gesamtplanes, die Einberufung von Fallkonferenzen in Krisensituationen, Konfliktmanagement bei Nichteinigung der unmittelbar zuständigen Mitarbeiter.

Komplexleistungsprogramme im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind ohne eine koordinierende Leitung - wie etwa in der stationären Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) - nicht denkbar. Sollten ambulante Reha-Programme von mehreren Trägern erbracht werden, müßten diese einen Trägerverbund etwa entsprechend dem Gemeindepsychiatrischen Verbund, d.h. mit koordinierender Leitung, vertraglich vereinbaren.

4. Regelung der einzelfallbezogenen Finanzierung

Bis heute sind viele Leistungen der ambulanten und komplementären psychiatrischen Versorgung nicht gesichert oder nicht eindeutig abrufbar regelfinanziert.

Im allgemeinen ist es immer noch leichter, stationäre Leistungen (z.B. Heimunterbringung, Klinikeinweisung) als angemessene ambulante und teilstationäre Hilfen zu erhalten, auch wenn diese in den meisten Fällen kostengünstiger sind. Mit wenigen regionalen Ausnahmen suchen die Leistungsträger nicht nach den Spielräumen, die die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen vielleicht doch hergeben, sondern sie konzentrieren ihre Anstrengungen auf die weitestgehende Kosteneingrenzung bei Pflichtleistungen, Ablehnung der Kostenübernahme bei Ermessensleistungen und das gegenseitige Zuschieben von Leistungszuständigkeiten. Die Klienten sind dem mehr oder weniger hilflos ausgeliefert. Sogar die gesetzlichen Betreuer stoßen oft an Grenzen, wenn sie die Klienten bei der praktischen Realisierung grundsätzlich gegebener Leistungsansprüche unterstützen wollen.

Viele Angebotsträger versuchen zu improvisieren - z.B. mit inneren Umschichtungen der Pflegesatzeinnahmen und Abstufung der Leistungen für die Einzelfälle bis zur Unterversorgung bestimmter Klienten, damit andere ausreichend oder überhaupt betreut werden können - durch Einsatz von ABM-, BSHG-§-19-Kräften, Zivildienstleistenden, durch Einwerbung von Euromitteln, etwa um Tagesgestaltung und Reha-Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Ungesicherte, unregelmäßige oder instabile Finanzierungen führen aber zu Verunsicherungen bei Mitarbeitern und Klienten, zu Diskontinuitäten und zu Minderungen der Qualität der Leistungen.

Die erforderlichen Instrumente für dieses Steuerungsfeld sind offensichtlich:
Der örtliche und der überörtliche Sozialhilfeträger und die Sozialversicherungsträger sind aufgefordert, die Rahmenbedingungen für ihre Leistungen, d.h. die Zugangsvoraussetzungen, die Anforderungsprofile, den Leistungsumfang und die Personalbemessung in einem ersten Schritt genau zu definieren und in einem zweiten mit den Leistungsanbietern die danach noch vorhandenen Lücken im Leistungsangebot zu bestimmen.

5. Qualitätssicherung und Evaluation

Besonders in Zeiten knapper werdender Mittel sind Aufgabenkritik, Qualitätssicherung und Kontrolle sowie Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen ständig erforderlich.

Dabei muß es zu einem Wechselspiel der Leistungsanpassung und Verbesserung "von innen heraus", d.h. durch "Qualitätszirkel" der Mitarbeiter vor Ort mit Bewertungen "von außen", kommen. Mit anderen Worten: Maßnahmen der internen Qualitätssicherung einschließlich Fortbildung und Supervision sind durch externe Qualitätskontrolle im regionalen Kontext zu ergänzen. Dabei geht es zum einen um die Leistungsbewertung seitens der Nutzer und ihrer Angehörigen, zum anderen um die Leistungsüberprüfung anhand allgemein akzeptierter Standards in Verbindung mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen und schließlich um die vertiefte Untersuchung besonderer Problemfelder.

Nutzer und Angehörige sollten gemeinsam mit gesetzlichen Betreuern unter Einbeziehung eines Patientenbeauftragten regionale Arbeitskreise gründen, die den verschiedenen Diensten, aber auch den regionalen Gremien (s.u.), der Politik und der Öffentlichkeit regelmäßig Rückmeldung über ihre Bewertung spezieller Aspekte psychiatrischer Hilfen oder auch über die Gesamtsituation geben und evtl. Änderungsvorschläge machen.

Für die externe Leistungsbewertung sind die Medizinischen Dienste der Leistungsträger zuständig, aber angesichts der dort gegebenen personellen Ressourcen und auch angesichts der besonderen Interessenlage der Leistungsträger nur begrenzt dazu in der Lage. Die Kommune, die Leistungs- und die Angebotsträger sollten gemeinsam ein Institut für psychiatrische Versorgungsforschung beauftragen - evtl. ein solches auch mit anderen Kommunen als Institut an einer Universität gründen - das jährlich einen Bericht zur Lage der regionalen Versorgung mit konkreten Empfehlung zur Weiterentwicklung erstellt.

Dies kostet natürlich auch Geld, ist aber auf mittlere Sicht unverzichtbar.

Wenn die Leistungsträger weniger als 1 % der Kosten, die sie für Behandlung, Rehabilitation und Betreuung ausgeben, für begleitende Evaluationsforschung und Entwicklungsberatung einsetzten, wäre das Geld aufzubringen und zweifellos gut angelegt. Man stelle sich im Vergleich ein Großunternehmen ohne Entwicklungsabteilung vor. Es wäre nach kurzer Zeit nicht mehr konkurrenzfähig.

6. Regionale Entwicklungsplanung und Budgetierung

Die Konkretisierung der regionalen Entwicklungsplanung ist zweifellos eine kommunalpolitische Aufgabe. Versorgungslücken ebenso wie kostspieligem Wildwuchs im ambulanten, komplementären und auch klinisch stationären Bereich kann man nur mit einer konkreten kommunalen Psychiatrieplanung begegnen. Diese muß mit klaren **Zielvorgaben und Terminen** versehen sein hinsichtlich der erforderlichen bedarfsorientierten Umstrukturierungen, des Aufbaus neuer Einrichtungen, der Erweiterung, der Umgestaltung oder auch des Abbaus von Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsplätzen, nicht zuletzt der Weiterentwicklung der Kooperations- und Koordinationsstrukturen.

Aus der Zielplanung muß u.a. hervorgehen, wie der Wiedereingliederungsprozeß fehl- oder fremdplazierter chronisch Kranker vom Träger der Kommune gesteuert werden soll, in welchem Umfang Tagesgestaltung, Kontaktfindung und berufliche Integration geleistet werden soll, wann und wie ein Rund-um-die-Uhr-Krisen- und Notdienst eingerichtet wird usw..

Gegenwärtig werden derartige Planungsüberlegungen häufig schon im Stadium erster Erörterung abgebrochen, weil angeblich "doch kein Geld da sei". Dies ist in zweifacher Hinsicht kurzschlüssig.
Zum einen bedeutet kommunale Verantwortung keinesfalls kommunale Kostenträgerschaft - dies gilt nur für einen Teil der Aufgaben. Vielmehr ist Gemeidepsychiatrie **kommunalpolitische** Aufgabe im Sinne der Interessenvertretung der chronisch psychisch kranken Bürger der Kommune.
Zum anderen gibt es sowohl im Bereich der Kostenträgerschaft der Sozialhilfeträger wie der Krankenkassen neben unterversorgten Klienten auch solche mit Überversorgung, etwa diejenigen, die stationäre Behandlung, Rehabilitation und Betreuung nicht oder nicht mehr benötigen. Hier könnten Umschichtungsmodelle erarbeitet werden, vorausgesetzt, alle Beteiligten sind zu fairen Lösungen bereit.

Am ehesten ist dies in den Stadtstaaten bei der Umschichtung von Sozialhilfemitteln schon gelungen: So ist in Bremen der Abbau von sogenannten Pflegefällen im Krankenhaus von 509 im Jahre 1980 auf 40 im Jahre 1993 konsequent mit dem Aufbau von ambulanten Diensten in der Gemeinde verrechnet worden.

Für die abgebauten 469 Plätze sind 603 neu geschaffen worden, die Gesamtkosten einschließlich Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld u.a. sind ca 20 % niedriger, als sie bei Anwendung des aktuellen Pflegesatzes für Pflegefälle für die 469 Plätze heute betrügen.

Ein solches Vorgehen ist in Flächenstaaten angesichts der unglücklichen Rollenverteilung zwischen überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträgern erschwert, bei entsprechendem Engagement auf beiden Seiten aber durchaus möglich (z.B. Landschaftsverband Rheinland). Die Bundesländer haben die Möglichkeit, die Zuständigkeiten nach dem § 100 BSHG zu verändern. Ähnliche Umschichtungsprozesse sind auch im Bereich der Krankenkassen denkbar. Hier könnte der Abbau von Krankenhausbelegung in regionaler Abstimmung konkret mit dem Aufbau und Ausbau von Institutsambulanzen (oder Beteiligung am SpsD), stationären (RPK) oder ambulanten Rehabilitationsprogrammen verknüpft werden.

Hierzu noch eine ergänzende Bemerkung:
Derartige Umschichtungen sind **planbar**, wenn man sich auf die **Erbringung und Finanzierung von Komplexleistungsprogrammen** einigt, die in der medizinischen Rehabilitation für jeweils 1/4 oder 1/2 Jahr bewilligt werden. Anders als bei Einzelleistungen, die fachlich nicht sinnvoll sind und kostenmäßig regional praktisch nicht gesteuert werden können, lassen sich Komplexleistungsprogramme zahlenmäßig begrenzen und im Zusammenhang mit Umschichtungen aus dem stationären Bereich regional vereinbaren.

Nicht vergessen werden dürfen die investiven Mittel. Hier müssen für den Sozialhilfebereich Investitionsprogramme auf Landesebene oder auf der Ebene der Kommunalverbände aufgelegt werden (vergl. etwa das 70 Mill.-Programm im Rheinland). Es sind aber bei Belegungsabbau in der Krankenhausbehandlung auch Rationalisierungsinvestitionen der Krankenkassen denkbar und durchaus wirtschaftlich.

Umschichtungen von Kosten sind natürlich nur dort möglich, wo im stationären Bereich Überkapazitäten vorhanden sind und finanziert werden. In unterversorgten Regionen und Bereichen muß man den Nachholbedarf einfordern, der vor allem für bestimmte Zielgruppen noch erheblich ist (z.B. chronisch Kranke und mehrfach geschädigte Suchtkranke).

Um die regionalen Erfordernisse beurteilen und entscheiden zu können, bedarf es eines schon im Zusammenhang mit dem Bundesmodellprogramm erprobten, aber noch nirgendwo konsequent benutzten Instrumentes, des **kommunalen** Psychiatriebudgets.

Mit relativ geringem Aufwand sollte es möglich sein, die Kosten für Behandlung, Rehabilitation und Betreuung für die verschiedenen Zielgruppen zusammenzutragen. Angesichts der Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung ist es eigentlich ein Skandal, daß die Leistungsträger wie auch die Kommune dazu immer noch nicht in der Lage sind.

Das kommunale Psychiatriebudget, als rechnerischer Bezugsrahmen zur Verbesserung der Übersicht über Kosten und Leistungen, **nicht** als Topf, in den alle einzahlen und aus dem alles pauschal finanziert wird (um Mißverständnissen vorzubeugen), ist aber eine unerläßliche Voraussetzung für eine solide langfristige Versorgungsplanung in wirtschaftlich schwierigen Zeiten.

Sozialleistungsträger haben immer die auf Erfahrungen gegründete und insoweit verständliche Sorge, daß eine Differenzierung des Angebots mit unkontrollierbarer Leistungsausweitung einhergeht. Die Deckelung der Punktbewertung von Einzelleistungen im ambulanten Bereich war eine Art Notbremse, z.T. mit problematischen Auswirkungen, ist aber in der Psychiatrie offensichtlich unbrauchbar. Die Aufstellung eines regionalen Psychiatriebudgets mit der Verknüpfung von klinisch-stationären Leistungen, rehabilitativen Komplexleistungsprogrammen und Quartalspauschalen für Institutsambulanz bzw. Teilfinanzierung des SpsD und der Leistungsentgelte der niedergelassenen Nervenärzte für die hier angesprochene Patientengruppe der schwer und chronisch Kranken ermöglichen eine kontrollierte bedarfsorientierte Finanzierung psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation durch die Sozialversicherungsträger.

7. Strukturelle Aspekte der kommunalen Steuerung

Die regionale Steuerung der Versorgung mit einer angemessenen Handhabung der Instrumente im Sinne der Ziele und Aufgaben benötigt eine in die Kommune eingebundene Informations- und Entscheidungsstruktur. Hier kann nach unserer Auffassung auf die Empfehlung der Expertenkommission zum Modellprogramm weitgehend zurückgegriffen werden (siehe Abbildung 2).

Zuständig für die Steuerung sind seitens der kommunalen Legislative der Gesundheits- und der Sozialausschuß des Kommunalparlaments, seitens der Exekutive das Gesundheits- und Sozialreferat.

Dort, wo Gesundheits- und Sozialreferate und die entsprechenden Ausschüsse getrennt sind, ist zwischen ihnen ein geeignetes Abstimmungsverfahren verbindlich abzustimmen. Nicht selten werden nämlich auf kommunaler, wie übrigens auch auf Landesebene unterschiedliche, teilweise gegenläufige Konzepte und Strategien beider Behörden verfolgt mit wechselseitigen Blockaden und verheerenden Folgen in der Versorgungslandschaft.

Die Vermittlungs- und Steuerungsfunktion ist durch einen beim Gesundheits- und Sozialreferat eingestellten **Koordinator** wahrzunehmen. Hinsichtlich des Aufgabenspektrums und der Ausfüllung dieser Funktion gibt es in den alten wie in den neuen Bundesländern in den letzten Jahren schon vielfältige Erfahrungen, die hier nicht im einzelnen erörtert werden sollen. Es genügt festzuhalten, daß es **vorrangig Aufgabe des Koordinators** ist, den Informationsfluß zwischen Leistungsträgern, Leistungsanbietern und Betroffenenvertretern untereinander und zur Kommune zu fördern, die Geschäfte des Beirats zu führen und Planungsvorlagen und Berichte vorzubereiten. Im **Beirat** sind Abgeordnete des Gesundheits- und Sozialausschusses sowie Delegierte der Leistungsträger, der Angebotsträger, der Betroffenen und Angehörigen und, soweit existent, der Patientenbeauftragte vertreten.

Der Beirat ist ein Gremium, das grundsätzliche Fragen der Entwicklung des regionalen Hilfesystems erörtert und bewertet und Empfehlungen zur Weiterentwicklung ausspricht. Dazu greift er u.a. auf Ausarbeitungen seiner Arbeits- und Projektgruppen (z.B. zur Versorgung bestimmter Zielgruppen, zum Bereich Arbeit, Krisenintervention, zum regionalen Budget u.ä.), aber auch auf eventuelle Ergebnisse der begleitenden Evaluation und auf Anregungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) zurück.

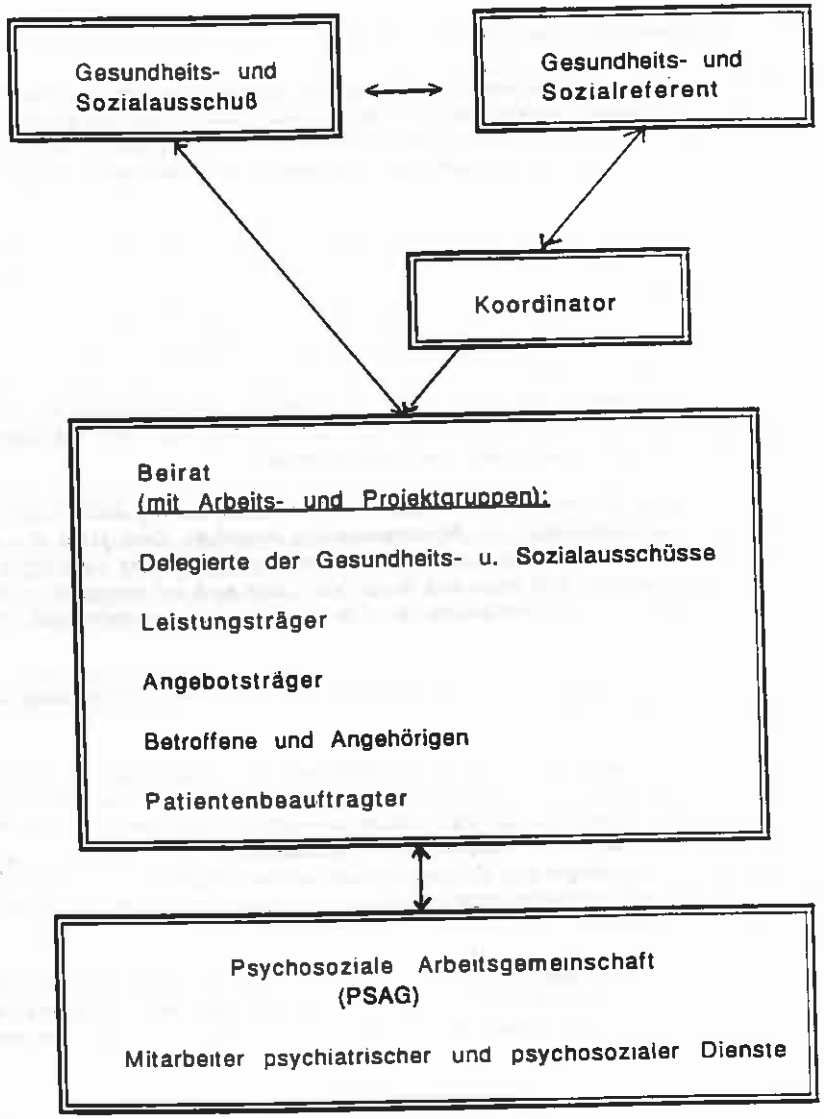
Der Beirat kann die zentrale Drehscheibe der regionalen Abstimmung und Entwicklungsplanung werden, er kann aber auch vor sich dahindämmern.

Seine Effektivität hängt im wesentlichen davon ab, inwieweit sich die Beteiligten aktiv in die gemeinsame Arbeit einbringen, vor allem aber davon, inwieweit sie grundsätzliche Entscheidungen zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgung an die Verpflichtung zur vorherigen Erörterung im Beirat binden und wie das Kommunalparlament und die Öffentlichkeit auf Beiratsempfehlungen reagiert. Mit anderen Worten: es geht darum, Entscheidungen über Veränderungen der Leistungsangebote aus den Hinterstuben persönlicher, verbandlicher oder politischer Beziehungen in die Transparenz der öffentlichen kommunalpolitischen Diskussion zu verlagern.

Die Chance hierzu wächst in dem Maße, wie es gelingt, zum einen unter allen Beteiligten eine gemeinsame Motivation - nach der Diktion der Expertenkommission ein **gemeindepsychiatrisches Bewußtsein** - zu entwickeln, zum anderen über ein kommunales Psychiatriebudget die Transparenz der ökonomischen Rahmenbedingungen und Entscheidungsfindung zu erhöhen.

Abbildung 2

Strukturen der kommunalen Steuerung



Die Bedeutung der nach der Psychiatrieenquete vielerorts entstandenen PSAG ist an verschiedenen Orten sehr unterschiedlich. Manche PSAGen haben sich zu beiratsähnlichen Strukturen mit festen Delegierten und verbindlicher Geschäftsordnung entwickelt. Andere stellen eher informelle Treffen der im psychosozialen Bereich vor Ort Tätigen dar.

Manche sind nach einer Phase des stimulierenden wechselseitigen Kennenlernens mehr oder weniger eingeschlafen, andere haben durch aktives Aufgreifen aktueller Problemlagen und durch konzeptionelle Vorarbeiten und kommunalpolitische Aktivität Einfluß gewonnen.

Dort, wo eine PSAG von den Mitarbeitern der Basis weiterhin gewünscht und organisiert wird, sollte sie als Form der regionalen Selbstorganisation von den Trägern und der Kommune und den Angebotsträgern gefördert werden.

8. Umsetzungsprobleme im Übergang

Abschließend einige Bemerkungen zu Problemen des Übergangs (siehe Abbildung 3):
Die Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems zu personenzentrierten integrierten Hilfen und zu einer kommunalen Steuerung ist ohne Zweifel überall auf dem Wege, wenn auch in vielen Regionen noch sehr am Anfang.

Abbildung 3

Probleme des Übergangs

Kommunale Steuerung der psychiatrischen Versorgung -
ein politischer Prozeß:

- jeder kann beginnen, alle werden gebraucht
- Integrationsarbeit (Übersetzungs- und Konfliktarbeit) ist Mehrarbeit
- Bund und Land müssen die Rahmenbedingungen verbessern
- Fortschritte und Konvergenzen

Dort, wo das System institutionszentrierter Hilfen ohne regionale Koordination noch vorherrscht, kann die Initiative zur Verbesserung der einzelfallbezogenen Kooperation und der regionalen Integration von jedem der Beteiligten oder auch von mehreren zugleich ausgehen:

- von den Betroffenen oder ihren Angehörigen, die sich mancherorts schon zu eigenen Gruppen und Vereinigungen zusammengeschlossen haben,

- von den Professionellen an der Basis sowohl über eine Verbesserung der alltagspraktischen Kooperation wie über eine PSAG und öffentliche Veranstaltungen z.B. der Fachgesellschaften,

- von den Angebotsträgern über eine freiwillige regionale Versorgungsverpflichtung, eine regionale Differenzierung der Angebote und über Kooperationsverträge, evtl. sogar von den Leistungsträgern, etwa über eine regionale Budgetierung ihrer Ausgaben und über Konzepte zur Umschichtung aus dem stationären in den ambulanten Bereich,

- von der Kommune selbst bzw. den im Kommunalparlament vertretenen Parteien über die Einstellung eines Koordinators, über Initiativen zur Bedarfsermittlung zur Herstellung runder Tische mit allen Beteiligten zur verbindlichen Vereinbarung regionaler Strukturen,

- auch von der Öffentlichkeit und den regionalen Medien über eine kritische Beleuchtung der regionalen Versorgungssituation.

Auf jeden Fall sind vielfältige Initiativen auf verschiedenen Ebenen erforderlich, um den Prozeß der regionalen Psychiatriereform für schwer und chronisch psychisch kranke Bürger voranzubringen.

Die dazu notwendige, über die alltägliche berufliche Tätigkeit hinausgehend erforderliche Arbeit nenne ich Integrations- oder Vernetzungsarbeit, und ich zitiere gern sinngemäß Gorbatschow, der wiederholt betonte, daß Perestroika zunächst mit Mehrarbeit verbunden ist.

Hierzu am Rande bemerkt: Mit Gorbatschow scheint diese Vorstellung in Rußland in den Hintergrund getreten zu sein - man scheint in dem Wahn-Sinn befangen zu sein, daß Wettbewerb und Markt allein gesellschaftliche Probleme lösen könnten.

Ähnliche Vorstellungen sind auch in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in der Bundesrepublik wirksam. Im Gesundheits- und Sozialsystem führen Wettbewerb und Markt allein, ohne eine qualitätsorientierte, integrierende, komplexe fachliche und politische Steuerung letztlich zur einseitigen Ausbeutung gesellschaftlicher Produktivität durch Minoritäten, zur Entsolidarisierung mit nachfolgender sozialer Desintegration mit immensen Folgekosten, zur Vergeudung von Ressourcen.

Integrationsarbeit **kann** und **muß** auf **allen** Ebenen geleistet werden. Ich teile sie auf in **Übersetzungsarbeit** und **Konfliktarbeit**.

Übersetzungsarbeit ist nötig, um von unterschiedlichen Standorten aus Probleme zu sichten, Lösungsmodelle auf dem Erfahrungshintergrund der verschiedenen Beteiligten zu entwickeln und eine gemeinsame Sprache zu finden. So wird das für einen chronisch psychisch kranken, arbeitslos gewordenen, mit seiner schon etwas gebrechlich gewordenen Mutter zusammenlebenden Menschen erforderliche langfristige und ständig zu überprüfende Hilfsprogramm von den beiden Hauptbeteiligten, vom Sozialarbeiter des Sozialamts, vom Hausarzt, vom SpsD, von der Klinik, der Kontaktstelle der Krankenkasse, dem

Sozialamt, den Kommunalpolitikern usw. sehr unterschiedlich unter den vom jeweiligen Kontext bestimmten Perspektiven gesehen. Diese können von den Beteiligten oft nicht zu einer Gesamtsicht verknüpft werden, so daß vernünftige Lösungen allein dadurch häufig blockiert werden. Um das gemeinsame Ziel zu erreichen, sind Übersetzer nötig und die Bereitschaft, von allen Beteiligten wenigstens in Grundzügen die Sprache der anderen zu lernen.

Diese Tagung ist in ihrer zentralen Intention eine Übung in Übersetzungsarbeit.

Übersetzungsarbeit stößt dort an die Grenze, wo persönliche Vorurteile oder materielle Interessen klientengerechte Lösungen dauerhaft blockieren. Dann geht es nicht ohne **Konfliktarbeit**, etwa konkrete Forderungen, direkte Konfrontation, die Suche nach Verbündeten, Öffentlichkeitsarbeit, evtl. auch den Rechtsweg.

Natürlich sind die Machtmittel in der Regel sehr ungleich verteilt. Dies wird sehr schnell deutlich, wenn man sich den um seinen Anspruch auf medizinische Rehabilitation bemühten chronisch kranken Menschen auf der einen Seite und den Verwaltungsapparat einer Krankenkasse oder einer Rentenversicherungsanstalt auf der anderen Seite vorstellt.

Dennoch gibt es auch in solchen Situationen Erfolge.

In Bremen lebt ein geistig und mehrfach behinderter Bürger in einem Heim in der Nähe der Wohnung seiner Mutter und besucht eine Tagesstätte. Es gab eine längere Auseinandersetzung mit dem Sozialminister seines heimatlichen Bundeslandes, der die Pflegesätze nicht bezahlen wollte und eine Rückführung vorschlug. Zur Konfliktarbeit gehörten die Einleitung eines Prozesses, die Zusicherung des Rechtsbeistandes durch renommierte Sozialrechtler, ein Artikel im STERN, drei Sendungen des regionalen Fernsehens, zuletzt mit persönlichem Interview des Ministers, bis die Kostenzusage erfolgte.

Danach schickte ein Minister hochrangige Beamte und Leiter von Einrichtungen seines Bundeslandes nach Bremen, um die Angemessenheit der Leistungen zu überprüfen. Diese Delegation schlug danach dem betreffenden Bundesland tiefgreifende Änderungen in der Versorgung geistig Behinderter vor. Konfliktarbeit kann so in Übersetzungsarbeit übergehen.

Ob sich, um das erstgenannte Beispiel aufzunehmen, der regionale Geschäftsführer eines Sozialversicherungsträgers in einer ihn betreffenden Angelegenheit von derartigen Aktivitäten hätte beeindrucken lassen, sei dahingestellt - in diesem Feld erscheint die öffentliche Kontrolle noch deutlich geringer als im politischen Raum.

Das Beispiel mit dem Sozialminister verweist darauf, daß nicht alles im kommunalen Raum geregelt werden kann, ja, daß die von Kommunalverbänden, vom Bundesland oder auch vom Bundesgesetzgeber vorgegebenen Rahmenbedingungen auf manchen Gebieten den kommunalen Reformprozeß lähmen können.

Herr Hölzke hat hierzu einiges zu dem unsäglichen Schwarzepeter-Spiel zwischen örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern wie zur Problematik der medizinischen Rehabilitation von psychisch Kranken im SGB V - im Gesetz ausdrücklich gefordert wie gleichzeitig praktisch verhindert - ausgeführt. Dennoch gibt es auch hier Spielräume für Übergangszeiträume, die in wechselseitiger Abstimmung in der Kommune genutzt werden können. Der Landschaftsverband Rheinland hat hier im deutlichen Gegensatz zum Landschaftsverband Westfalen im gleichen Bundesland einiges auf den Weg gebracht.

wenn man an die sozialpsychiatrischen Zentren und das Enthospitalisierungsprogramm denkt. Regionale Krankenkassen haben Mittel für Sozialpsychiatrische Dienste, Betreutes Wohnen nach Klinikaufenthalt, teilstationäre Arbeitstherapie u.a. eingebracht. Neuerdings sind sogar Investmittel für ambulante komplementäre Einrichtungen als Rationalisierungsinvestitionen der Krankenkassen im Abbau klinisch stationärer Betten zumindest in einem Bundesland im Gespräch.

Regionale Fortschritte gibt es vielfältig in der kommunalen Steuerung. Als Beispiel für viele nenne ich mein eigenes Arbeitsgebiet, die Stadtgemeinde Bremen. Hier gibt es in den letzten Jahren in allen 6 in Tabelle 1 genannten Aufgabengebieten deutliche Fortschritte, die von innen heraus entwickelt wurden:

- Anfänge einer Gesundheitsberichterstattung mit Angebotsübersicht, Übersicht über Fremdplazierungen und erste Bedarfsschätzungen sowie Wartelistenabgleiche
- Einigung der Träger der Freien Wohlfahrt auf Zuständigkeit in bestimmten Regionen, vertraglich geregelte regionale Versorgungsverpflichtung
- Kooperationsverträge zwischen ambulanten, komplementären und stationären Bereichen, die auch gemeinsame Belegungsentscheidungen regeln
- Richtlinien für die Finanzierung des Betreuten Wohnens mit einem Schlüssel von 1:8 bis 1:2,5, teilstationäre Arbeitstherapie
- Pilotprojekte zur Evaluationsforschung und Qualitätssicherung
- Rahmenprogramme der Kommune für die Weiterentwicklung der Versorgung zumindest in Teilbereichen, finanzielle Umschichtungsprogramme von Sozialhilfemitteln aus dem stationären in den ambulanten Bereich, eine Arbeitsgruppe des Beirats zur Erstellung eines Psychiatriebudgets

Die einzelnen Schritte sind eingebunden in ein Abstimmungssystem mit kommunalem Beirat und Regionalkonferenzen. Jedes einzelne Instrument und jede der Strukturen ist noch recht unvollkommen, stellt aber immerhin einen kleinen Schritt auf dem Weg von einem institutionszentrierten zu einem personenzentrierten Hilfesystem und einen Schritt in Richtung kommunaler Steuerung dar.

Es gibt eine Reihe weiterer Städte und Kreise in der Bundesrepublik, in denen Ähnliches auf dem Wege ist.

Mit dieser Tagung möchten wir seitens der Kommission den Erfahrungsaustausch auf dem Wege zu personenzentrierten Hilfen und zur kommunalen Steuerung intensivieren und durch eigene Beiträge befruchten. Darüber hinaus hoffen wir einen Kooperationszusammenhang zu fördern, mit dem Ziel, die sozialrechtlichen Stolpersteine auf dem Weg zu integrierten Komplexleistungsprogrammen für chronisch psychisch Kranke mittelfristig aus dem Wege zu räumen.

Personenzentrierte Hilfen, die Finanzierung von Komplexleistungsprogrammen, kommunale Organisation und Steuerung der Hilfen sind die Fundamente, auf denen eine Personalbemessung im ambulanten und komplementären Bereich möglich erscheint, für die die Kommission praktikable Instrumente erarbeiten will.

Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung der Sozialversicherungsträger

Ulrich Gerke

I. Konzeption der Kommission

Die Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich hat in ihrer Projektinformation vom Oktober 1993 ihre Zielsetzung klar umrissen, nämlich den psychisch Kranken (und hier insbesondere der Gruppe der chronisch psychisch Kranken) ein menschenwürdiges Leben in der Gemeinde zu ermöglichen durch die Bereitstellung eines angemessenen, regional koordinierten Behandlungs- und Betreuungsangebotes im außerklinischen Bereich, das von den verschiedenen Kosten- und Leistungsträgern (Sozialhilfe, Kranken- und Rentenversicherung) anteilig finanziert wird.

Dabei richtet sich der von der Kommission gewählte Ansatz am Hilfebedarf der betroffenen Menschen aus, kann also als funktional, personen- und bedarfsbezogen gekennzeichnet werden - im Unterschied zur klassischen institutionsbezogenen, und damit angebotsorientierten Sichtweise.

Um dieses Konzept realisieren zu können, bedarf es nach Ansicht der Kommission einer verantwortlichen und flexiblen Koordination und Steuerung der ambulanten und komplementären Dienste im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundsystems sowie der rechtlichen und finanziellen Absicherung eines solchen Hilfekonzepts.

II. Rolle der SV-Träger bei der Konkretisierung und Umsetzung des Konzepts

In diesem Konzept werden ganz konkret neben den Trägern der Sozialhilfe die Sozialversicherungsträger (vorrangig die Kranken- und Rentenversicherung) angesprochen, und es wird ihnen eine wichtige Rolle bei der Realisierung dieses Konzepts zugewiesen.

Die Möglichkeiten und Grenzen der Mitwirkung der SV-Träger sollen im folgenden umrissen werden, um so zu einer realistischen Einschätzung der Konkretisierung und Umsetzung dieses Konzepts beizutragen. Dabei handelt es sich um Anregungen, die keine abgestimmte Aussage der SV-Träger darstellen.

Sowohl bei der Kranken- als auch bei der Rentenversicherung gibt es Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation mit der Zielperspektive, den Behinderten und von Behinderung Bedrohten ein Leben so normal wie möglich zu gestalten.

Stichwortartig lassen sich diese Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung umschreiben mit:

- Vorrang der Prävention vor der Rehabilitation,
- Vorrang der Rehabilitation vor Rente,
- Vorrang der Rehabilitation vor Pflege,
- Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung im Rahmen eines gestuften Systems der Rehabilitation.

Darüber hinaus werden sowohl in der medizinischen als auch der beruflichen Rehabilitation Möglichkeiten zum Ausbau und zur Vernetzung wohnortnaher Angebote und Leistungen, Vervollständigung rehabilitativer Leistungen um personelle und sozialpädagogische Hilfen und psychosoziale Betreuung, stärkere Verknüpfung medizinischer, schulisch-beruflicher und sozialer Leistungen, Aufwertung der sozialen Rehabilitation, stärkere Nutzung der Frührehabilitation/-mobilisation sowie qualitätssichernde Maßnahmen auf allen Ebenen erörtert (vgl. Steinke/Kirsten 1993, S. 144).

Die SV-Träger, die in der Bundesrepublik vorrangig Leistungen zur Rehabilitation erbringen, sind einerseits durch entsprechende Gesetze (RehaAnglG, SGB I, SGB V und SGB VI, AFG) in ihrer Leistungsgewährung an bestimmte Voraussetzungen gebunden, haben aber andererseits die Möglichkeit, die Handlungsspielräume, die die Leistungsgesetze zulassen, nach ihrem Ermessen auszugestalten. Diese Handlungsspielräume sollen im folgenden verdeutlicht werden.

III. Ansätze einer klientenzentrierten Rehabilitation

Ein strittiger Punkt, der die gesamte Reformdiskussion seit der Erstellung der Psychiatrieenquete im Jahre 1975 wie ein roter Faden durchzieht, ist die sozialrechtliche Zuordnung der sogenannten psychosozialen Leistungen bzw. der Soziotherapie. Die Umsetzung des Konzepts wird somit letztlich durch die Frage geprägt, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen die Sozialversicherungsträger bereit sein werden, psychosoziale Leistungen für psychisch Kranke im außerklinischen Bereich als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation zu finanzieren.

Sozialrechtlich problematisch wird es, wenn psychisch Kranke in eine komplementäre Einrichtung aufgenommen werden. Weil nach Ansicht der SV-Träger in diesen Einrichtungen allgemeine soziale Eingliederungsmaßnahmen mit Beschütztem Wohnen, und nicht medizinische Maßnahmen, dominieren, sehen diese ihrerseits Leistungsmöglichkeiten nicht oder nur zum Teil gegeben, da sie nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen keine Träger allgemeiner sozialer Eingliederungsmaßnahmen sind (vgl. Voß, 1987, S. 231).

Damit obliegt auch die Finanzierung des komplementären Bereichs im wesentlichen den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe (vgl. Tiedt 1987, S. 307).

Diese grundsätzliche Problematik wurde eingehend im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung in den Jahren 1980 bis 1985 erörtert. Zum einen war es das Ziel der Reformbestrebungen, den komplemetären Bereich auszubauen, zum anderen wurden Überlegungen angestellt, die SV-Träger sowohl leistungsmäßig als auch finanziell verstärkt in diese Reformbemühungen einzubinden.

Die Beratungen über diese Problematik erfolgten im Kosten- und Finanzierungsausschuß zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung im Hinblick auf die Entwicklung eines Einrichtungstyps für den Übergangsbereich zwischen stationärer Versorgung in psychiatrischen Krankenhäusern und ambulanter Versorgung, der qualifizierte Maßnahmen zur medizinischen und auch bestimmte Leistungen zur beruflichen Rehabilitation nach den Leistungsvoraussetzungen der Kranken- und Rentenversicherung sowie der Bundesanstalt für Arbeit anbietet.

Nach langwierigen Beratungen verabschiedete dieser Ausschuß am 5. September 1985 "Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (Anforderungsprofil RPK)". Zur Umsetzung dieses Anforderungsprofils wurde am 17. November 1986 auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine Empfehlungsvereinbarung beschlossen, mit dem Ziel, die Zuständigkeitsbereiche und das Verfahren im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen in den RPK festzulegen.

Bei der RPK handelt es sich um eine möglichst gemeindenahe stationäre Einrichtung mit einem spezifischen therapeutischen Milieu, die medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen bei begleitender psychosozialer Betreuung erbringt. Der Betreuungsschwerpunkt liegt bei ärztlich verantworteten Maßnahmen und psychosozialer Betreuung. Damit wird die Einbindung des Arztes in die Verantwortung zu einer wesentlichen Voraussetzung für die Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen in der RPK (vgl. Tiedt 1987, S. 308).

Seit dem 1. Januar 1994 (nach Abschluß der Erprobungsphase) gehören die Leistungen in den RPK auf Dauer zum Leistungsangebot der beteiligten SV-Träger, Kranken- und Rentenversicherung sowie Bundesanstalt für Arbeit. Damit wurde eine Konzeption umgesetzt, bei der medizinische und berufsfördernde Leistungen bei begleitender psychosozialer Betreuung als Gesamtleistung dieser Einrichtungen erbracht werden.

Dieses integrative Konzept im Rahmen eines spezifischen therapeutischen Milieus, das den Rehabilitanden unter therapeutischer Anleitung eine Stabilisierung in alltagsnahen Lebens- und Arbeitsbedingungen ermöglicht, hat sich nach Ansicht der Vereinbarungspartner grundsätzlich als geeignet erwiesen.

Dieses Konzept entspricht weitgehend den Forderungen an eine klientenzentrierte Rehabilitation, indem die Leistungen als Gesamtleistung erbracht werden und die Kosten der Behandlung zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern geregelt werden, ohne den Rehabilitationsablauf zu beeinträchtigen. Darüber hinaus wird für jeden Rehabilitanden ein individueller Behandlungsplan aufgestellt und für die Dauer des Aufenthalts in der RPK ein Bezugstherapeut zur Seite gestellt. Zudem arbeitet das therapeutische Personal in einem fachübergreifend zusammengesetzten Team zusammen, das unter ärztlicher Verantwortung steht.

IV. Umsetzung im komplementären Bereich

Was im klinischen Bereich mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vom 18. Dezember 1990 und im außerklinischen stationären Bereich im Rahmen der RPK gelungen ist, nämlich die Soziotherapie in die medizinische Rehabilitation einzubeziehen und sie damit auch von der allgemeinen sozialen Rehabilitation abzugrenzen, erweist sich für den komplementären Bereich mit seiner heterogenen Zusammensetzung aus unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten als sehr viel schwieriger.

Im außerklinischen Bereich gibt es eine medizinische Rehabilitation bislang nur in Ansätzen. Jedoch werden Möglichkeiten der Ausweitung medizinischer Rehabilitationsleistungen im außerklinischen und insbesondere im ambulanten Bereich sowohl bei den Trägern der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung erörtert.

In den Gremien des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK BV) wird ein Konzept diskutiert, mit dem - in Anlehnung an die ambulante Rehabilitation Suchtkranker - auch für den Kreis der psychisch Kranken angemessene Regelungen getroffen werden können (vgl. Wehmhöner 1992, S. 742). Die Problematik der ambulanten Rehabilitation liegt aus Sicht der Krankenversicherung darin, daß die stationär noch gebündelt und strukturiert erbrachten multidisziplinären Leistungen im ambulanten Bereich

weitgehend unverbunden nebeneinander stehen. Daher wird gefordert, zur Strukturierung der ambulanten Rehabilitation für jeden Rehabilitanden einen ganzheitlich strukturierten, individuell abgestimmten und entsprechend dem Krankheits- und Rehabilitationsverlauf fortgeschriebenen Rehabilitationsplan zu erstellen, in dem auch soziotherapeutische Maßnahmen als integrativen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation vorgesehen sind. Sofern den Krankenversicherungsträgern klare Zielrichtungen vorgelegt werden, die zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Behandlung und Rehabilitation beitragen und dabei auch den ambulanten Bereich nicht aussparen, besteht nach Ansicht des BKK BV die Bereitschaft, hierfür auch die Kosten zu übernehmen (vgl. Wehmhöner 1992, S. 741).

Die Rentenversicherung hat im Rahmen der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation erarbeitet. Darin wird ein gestuftes System ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitationsangebote für erstrebenswert gehalten, um so die Behandlung flexibler den Erfordernissen des Einzelfalls anpassen zu können. Allerdings hält es die Reha-Kommission für notwendig, daß die in der stationären Behandlung entwickelten Qualitätsgrundsätze einer integrierten und interdisziplinären Behandlung auch für die nichtstationäre Rehabilitation Anwendung finden. Hierzu müssen die jeweiligen Rehabilitationsziele spezifiziert, die für die Zielerreichung praktikablen Konzepte bestimmt und die zu deren Umsetzung notwendigen Organisationsformen entwickelt werden (vgl. Reha-Kommission 1992, S. 152).

Darüber hinaus empfiehlt die Reha-Kommission zu prüfen, inwieweit nachsorgende Leistungen in Übergangseinrichtungen für psychiatrische Indikationen einschließlich Suchterkrankungen als Teil der medizinischen Rehabilitation zu verstehen sind und in geeigneten Fällen als Rehabilitationsleistung übernommen werden können (vgl. Reha-Kommission 1992, S. 166). Insbesondere im Rahmen der Nachsorge könnten psychosoziale Hilfen als flankierende Leistungen im Zusammenhang mit medizinischen und beruflichen Leistungen zur Rehabilitation zur Anwendung kommen, wenn und soweit sie erforderlich sind, das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung zu erreichen (vgl. Reha-Kommission 1992, S. 17).

Die Überlegungen sowohl der Kranken- als auch der Rentenversicherung zur Weiterentwicklung der Rehabilitation machen deutlich, daß eine Bereitschaft besteht, das Rehabilitationsgeschehen flexibler zu gestalten und stärker an den Bedürfnissen der Rehabilitanden zu orientieren. Allerdings müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein, damit Kranken- und Rentenversicherung im Rahmen ihrer Leistungsgesetze Leistungen erbringen können.

So müßte klar erkennbar sein, daß die Einrichtungen und Dienste im komplementären Bereich in der Lage sind, bestimmte Standards zur Erbringung medizinischer Rehabilitationleistungen zu erfüllen, z.B. durch Sicherstellung der ärztlichen Verantwortung, Anwendung anerkannter therapeutischer Konzepte sowie Bereitstellung entsprechend qualifizierten Personals. Als Beispiel sei hier nochmals auf das Anforderungsprofil RPK verwiesen (vgl. BAR 1993).

V. Abschluß von Vereinbarungen

Zur Umsetzung der Anforderungen und zur Festlegung der Zuständigkeitsbereiche sowie der Verfahrensregelungen im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen im komplementären Bereich bedarf es bestimmter Vereinbarungen zwischen den beteiligten Trägern von Rehabilitationsleistungen. Ähnliche Vereinbarungen gibt es bereits für die RPK sowie die ambulante Rehabilitation von Suchtkranken.

Die Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger vom 7. Januar 1991, die nach Ansicht der Krankenversicherung die Bedingungen für eine qualifizierte ambulante Rehabilitation eines Teils der psychisch Kranken entscheidend verbessert, könnte als Muster für weitere Empfehlungsvereinbarungen über Leistungen zur Rehabilitation psychisch Kranker im komplementären Bereich zugrundegelegt werden (vgl. Wehmhöner 1992, S. 741).

Partner dieser Empfehlungsvereinbarung sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Ein wichtiges Ziel dieser Empfehlungsvereinbarung ist, durch die Übernahme der ambulanten Therapie die Suchtkrankenarbeit strukturell zu verbessern und nicht lediglich die Kosten innerhalb des Bereichs der öffentlichen Finanzmittel zu verlagern (vgl. Beyer 1991, S. 98).

Diese strukturelle Verbesserung soll dadurch erreicht werden, daß die Behandlung von Abhängigkeitskranken als eine Gesamtbehandlung verstanden wird, der ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept zugrundeliegen muß. Mit der Betonung auf "Gesamtbehandlung" soll verdeutlicht werden, daß der gesamten Behandlung ein abgestimmtes Sachkonzept zugrundeliegt, das eine enge Kooperation zwischen den Behandlungseinrichtungen fordert, insbesondere wenn verschiedene Einrichtungen denselben Rehabilitanden in verschiedenen Phasen der Gesamtbehandlung rehabilitieren.

Darüber hinaus wird damit intendiert, daß das gesamte Programm der Rehabilitation über die Elemente der Behandlung hinausgeht und das Konzept die Integration aller erforderlichen Leistungen einschließt. Dementsprechend müssen die Einrichtungen sicherstellen, daß sie sich nicht nur auf die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in ambulanter Form beschränken, sondern ein darüber hinausgehendes Angebot begleitender und ergänzender Hilfen bereitstellen und die Integration in das bestehende Gesamtleistungssystem gewährleisten müssen(vgl. Beyer 1991, S. 100).

Die Mitwirkung eines Arztes an der ambulanten Rehabilitation ist ein unverzichtbarer Bestandteil dieser Vereinbarung. Von den Therapeuten wird eine geeignete Zusatzausbildung auf psychotherapeutischer Grundlage gefordert. Hauptamtliche Mitarbeiter sollten in der Regel Diplom-Psychologen und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sein. Mit der Formulierung "in der Regel" soll die Möglichkeit eröffnet werden, vorhandenes, bewährtes Personal, das nicht zu den genannten Berufsgruppen gehört, weiterzubeschäftigen.

Die kursorischen Ausführungen zur Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht sollen verdeutlichen, daß hier Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen formuliert sind, die möglicherweise auch auf andere Bereiche übertragbar sind. Durch Verhandlungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen beteiligten Trägern, z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Trägern der Sozialhilfe, könnten derartige Anforderungen konkretisiert und ihre Umsetzung durch entsprechende Vereinbarungen ermöglicht werden.

Damit könnten Regelungen geschaffen werden, die der Zielsetzung der Konzeption der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich entgegenkommen könnten.

Literatur

BEYER, H., Die Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger vom 7. Januar 1991 und ihre Stellung innerhalb des Gesamtkonzepts der Renten- und Krankenversicherung zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken, in: MITTEILUNGEN DER LVA RHEINPROVINZ (1991) Heft 3, S. 94-105

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (BAR), RPK-Abschlußbericht und Arbeitsmaterialien, Frankfurt 1993

STEINKE, B. und KIRSTEN, H., Rehabilitation in den 90er Jahren - Schwerpunkte der Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, in: DIE KRANKENVERSICHERUNG (1993), Heft 6, S. 144-147

TIEDT, G., Die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in Rehabilitationseinrichtungen nach dem Anforderungsprofil, in: DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (1987), Heft 4-5, S. 306-323

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGTRÄGER (VDR), Bericht der Reha-Kommission. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt 1992

VOSS, K.-D., Rehabilitation in der Psychiatrie, in: DIE BETRIEBSKRANKENKASSE (1987), Heft 7, S. 230-233

WEHMHÖNER, M., Vision einer effektiven und effizienten ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker?, in: DIE BETRIEBSKRANKENKASSE (1992), Heft 12, S. 740-742

Im Mittelpunkt steht der Klient - von der institutionsgebundenen zur personenbezogenen Sicht - Können wir heute schon beginnen?

Ingmar Steinhart

1. Einleitung

Auf dieser Tagung wird erstmals ein "neues" Konzept der breiten Öffentlichkeit vorgestellt: Im Mittelpunkt steht der Klient, heißt es. Die Ermittlung des Hilfebedarfs soll klientenzentriert erfolgen und in ein personenbezogenes Konzept zur Eingliederung umgesetzt werden.

Wenn man das "neue Konzept" so hört, fragt man sich: "Was ist das Neue?"

Alle PraktikerInnen werden sagen: Ja, das wollten wir schon immer - Modelle gibt's hierzu schon einige, die Literatur ist voll von guten Ideen und einigen praktischen Umsetzungsbeispielen. Andererseits ist die psychiatrische Versorgung bundesweit nach wie vor gekennzeichnet durch institutionsgebundene Strukturen und Sichtweisen. Beklagt werden im allgemeinen die mangels fehlender bzw. falscher Finanzierungsstrukturen nicht vorhandenen Möglichkeiten zur Umsetzung.

Müssen wir also auf die neue "Psychiatrie-Personalverordnung für die ambulant/komplementären Bereiche" warten, oder können wir heute - trotz aller Hürden - mit der Umsetzung schon beginnen? Ich möchte mich in meinem Beitrag auf die Probleme, die bei der Umsetzung entstehen, konzentrieren und über das jetzt aus unserer Sicht schon Machbare anhand einer konkreten Planung in unserem Landkreis sprechen.

2. Bedürfnisse der NutzerInnen in einem Komplexleistungssystem

Ich selbst habe 10 Jahre in einem Berliner Versorgungssystem, der universitären Abteilung für Sozialpsychiatrie in Kooperation mit dem Verein "Platane 19 e. V.", gearbeitet, das die hier erhobenen Forderungen nach einer Komplexleistung weitestgehend - zumindest strukturell - verwirklichte[4]:

- Oberstes Prinzip war Kontinuität der Behandlung und die langfristige Begleitung in der Gemeinde.
- Bei Aufnahme wurde der/die einzelne nicht PatientIn einer Institution, sondern NutzerIn eines Gesamtpaketes, das man heute Komplexleistungsangebot nennen würde.
- Es wurde die - wenn erforderlich - lebenslange ambulante Begleitung durch zwei Bezugspersonen, Ärztin und SozialarbeiterIn, garantiert (Case-Management-System). Diese hatten für ihre KlientInnen den Zugriff auf verschiedene Institutionen für die Funktionen Behandlung, Therapie, Rehabilitation, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Tagesgestaltung. Auch im Rahmen der

[4] Im übrigen wäre dies unter den strukturellen Rahmenbedingungen der DDR-Psychiatrie im Prinzip auch möglich gewesen, sofern eine entsprechende Vielfalt an "institutionellen Möglichkeiten" wie z. B. Tagesangebote, unterstütztes Wohnen gegeben gewesen wäre.

ambulanten Unterstützung und innerhalb der Einrjchtungen konnte die Betreuungsintensität gestuft verstärkt bzw. reduziert werden. Am Anfang stand meist eine "diagnostische Phase" in der Tagesklinik, in der eine individuelle Therapiezielplanung mit zeitlichen Perspektiven koordiniert in einem multiprofessionellen Team erfolgte.

Wir haben damals die NutzerInnen dieses Komplexleistungssystems im Hinblick auf ihre Bedürfnisse befragt. Da die NutzerInnen auf dieser Tagung insgesamt zu kurz kamen, möchte ich sie auf diesem Wege zumindest zu Wort kommen lassen. Die von ihnen geäußerten "Bedürfnisse" lassen sich in zwei Themenschwerpunkte[6] gliedern (s. Abb. 1, Abbildungen siehe Anhang Seite 243-245):

Sozialpsychiatrie

Bei den Bedürfnissen nach professionellen Hilfen werden schwerpunktmäßig nicht die medizinischen bzw. (psych)iatrischen Aufgaben im engeren Sinne beschrieben, sondern ein weiter zu fassendes (psycho)soziales und rehabilitatives Arbeitsfeld. Bis auf die medikamentöse Behandlung, die für viele aufgrund eigener positiver Erfahrungen z. T. einen sehr hohen Stellenwert hat, könnten fast alle Bedürfnisse auch in einem Setting befriedigt werden, das überhaupt nicht mit dem Label "Psychiatrie" etikettiert werden muß.

Normalität

Die zu diesem Thema geäußerten Bedürfnisse beinhalten vor allem den Wunsch nach Geborgenheit, Sicherheit und Vertrauen. Man sucht Nähe und Kontakte, weil das Sicherheit gibt und die Angst lindert. Diese langfristig orientierten Wünsche werden deutlich von den Bedürfnissen einer (klinischen) Akutbehandlung abgegrenzt. Psychiatrische Wohneinrichtungen sollten nach Meinung der Betroffenen im Prinzip für akut Kranke genutzt werden, aber viele leben dort, weil sie keine Alternativen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit sehen. Sie fühlen sich "dort nicht alleine gelassen" wie z. B. in einer eigenen Wohnung. Insgesamt überwiegt der Wunsch nach einem normalen Leben, möglichst selbstbestimmt und unabhängig von der Psychiatrie.

Der weite Fächer der in unserer Befragung geäußerten NutzerInnenbedürfnisse beinhaltet die Forderung nach einem bedarfsgerechten "Kompaktangebot" medizinischer, therapeutischer, psychosozialer und sonstiger Lebenshilfen unter einem (sozialpsychiatrischen) Dach.

Die beiden beschriebenen Themenkreise wurden auch hinsichtlich ihrer zeitlichen Dimension unterschieden: bis auf wenige Ausnahmen werden die professionellen Aktivitäten eher zeitlich befristet, manchmal auch langfristig, aber dann nur "punktuell" in schwierigen Lebenssituationen (z. B. in erneuten Krankheitsphasen) gewünscht. Dagegen weisen die Alltagsbedürfnisse einen langfristigen Charakter auf. Insgesamt zeigte sich, daß "Betreuungsbedürfnisse" nicht nur individuell sehr unterschiedlich und schwankend sind, sondern auch über längere Zeiträume hin Entwicklungen unterliegen. Hierauf müssen sich psychiatrische Versorgungssysteme einstellen. Offenbar läßt sich somit auf der Bedürfnisebene eine Unterscheidung von "diskontinuierlichen" und "kontinuierlichen" Bedürfnissen treffen.

[6] Siehe hierzu Steinhart 1989

Hierfür sprechen auch die Ergebnisse von BREIER und STRAUSS (1984), die ebenfalls eine Entwicklung und Veränderung von PatientInnenbedürfnissen nach einer "psychotischen Episode" feststellten. Während in der ersten Phase ("Convalescence") die sozialen Beziehungen eher als einseitig und abhängig charakterisiert werden können, erfolgte in der zweiten Phase ("Rebuilding") eine deutliche Orientierung nach außen: die PatientInnen fühlten sich weniger als Ex-PatientInnen, mehr als "normale" Mitglieder der Gesellschaft. Die Betroffenen versuchten ihre Beziehungen mit der Psychiatrie zu reduzieren und stattdessen neue, andere Kontakte aufzubauen. Gelang es ihnen, mit anderen partnerschaftliche Beziehungen aufzubauen, die mit einem beidseitigen "Geben und Nehmen" beschrieben werden können, trug dies entscheidend zu ihrer weiteren Entwicklung bei.

3. Komplexleistungsangebote in der Gemeinde als Alternative zur Anstalt

Heute arbeite ich in einer Anstalt, wo der Alltag immer noch durch die Macht der Institution über die "InsassInnen" charakterisiert wird. Personenbezogene Personalbemessung bedeutet "Schlüsselzahlen": pro x betreuten Personen bekommen wir soundsoviel MitarbeiterInnen.
Stellt man diesem Alltag die Ansprüche der Expertenkommission gegenüber - personenbezogenes Konzept sowie Komplexleistungssystem - so herrscht bei uns stattdessen eine "Normierung der InsassInnen" vor. Eine große Institution wirkt den von der Expertenkommission erarbeiteten Kriterien völlig entgegen. Es kann zwar in einer Anstalt bzw. einem größeren Heim auch eine Komplexleistung angeboten werden mit Wohnen, Arbeit, Tagesgestaltung, Rehabilitation, Therapie und medizinischer Versorgung, alles unter einem Dach, aber normiert, für die meisten "gleichgeschaltet" und eben nicht personenbezogen. Zwar können in größeren Heimen erste Schritte unternommen werden, um diese Prinzipien zu verwirklichen, letztlich kann dem von den NutzerInnen gewünschten Bedürfnis nach Normalität (s.o.) und eigener "Macht" über ihre Lebensbedingungen nur durch eine radikale Veränderung der Rahmenbedingungen entsprochen werden. Daher müssen wesentliche Aspekte der in einer Anstalt erbrachten "Komplexleistung" inkl. einer umfassenden Gestaltung des Lebensumfeldes auch unter veränderten Bedingungen in der Gemeinde ermöglicht werden: Wohnen, Essen, soziale Kontakte, Arbeiten, Freizeit, Tagesgestaltung, Behandlung und Therapie.

4. Verläßlichkeit

Ein ganz wesentlicher Aspekt eines Anstaltslebens ist, daß sich die BewohnerInnen auf bestimmte Dinge, die sie kennen, die immer wiederkehren, absolut verlassen können. Unter den veränderten Rahmenbedingungen von Komplexleistungen in der Gemeinde ist daher die Verläßlichkeit der Strukturen etwas Unabdingbares. Sie drückt sich aus in der Kontinuität bzw. Verläßlichkeit von
1. Haltungen,
2. Personen,
3. bestimmten Unterstützungsangeboten.

Daher kommt Kontinuität und Case-Management-Systemen in der gemeindepsychiatrischen Arbeit eine besondere Bedeutung zu. Gelingt es nicht, für Menschen mit psychischen Lebensbeeinträchtigungen diese Verläßlichkeit herzustellen, und wird stattdessen ein formalisiertes System mit standardisierten "Verschreibungen" in Anlehnung an die Allgemeinmedizin installiert, ist die Reform zum Scheitern verurteilt.

5. Personenbezogenes Hilfesystem im Landkreis Ost-Prignitz-Ruppin

Erschwerend für den Aufbau gemeindepsychiatrischer Komplexleistungsangebote ist in Brandenburg unsere ländliche Struktur. Erreichbare dezentrale Hilfesysteme in ländlichen Regionen müssen daher anders strukturiert werden als in städtischen Ballungsgebieten, von denen zumeist die wenig übertragbaren Konzeptionen ausgehen (z. B. Bremen, Berlin). Als Alternative zu den beiden großen Anstalten in unserer Region im nördlichen Brandenburg - der psychiatrischen Landesklinik in Neuruppin und dem ehemaligen Krankenpflegeheim in Wittstock, beide mit insgesamt über 1000 Betten - wird angestrebt, unter Bündelung vorhandener bzw. finanzierbarer institutioneller Bausteine ein dezentrales Hilfesystem mit personenbezogenen Komplexleistungen aufzubauen. Wesentlicher Inhalt ist hier die enge Kooperation derjenigen, die wesentlich an der Basis- und Pflichtversorgung beteiligt sind wie z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst, der ambulante Dienst, die Institutsambulanz, die Tagesklinik, eine Kontakt- und Beratungsstelle, die Wohnangebote etc.. Dies bedeutet auch, daß die Träger der Einzelinstitutionen ihre Eigeninteressen hinter das Wohl des Pool-Systems zurückstellen und tatsächlich die Optimierung der Komplexleistung, ausgerichtet an den individuellen Nutzerinteressen, anstreben.

An drei Standorten soll durch die institutionelle Bündelung ein Pool von MitarbeiterInnen bereitgestellt werden, die unabhängig von ihrem finanziellen "Hintergrund" eine personenbezogene Komplexleistung erbringen. Diese Komplexleistung soll sich ausschließlich am individuellen Hilfebedarf orientieren, von den unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen soll der Nutzer dieses Systems möglichst wenig spüren (s. Abb. 2). Das "Service-Zentrum" soll an den drei dezentralen Standorten (Wittstock, Kyritz, Neuruppin) mit einem niedrigschwelligen Angebot gekoppelt werden, in unserem Fall einer Kontakt- und Beratungsstelle.

6. Von Institutionen zum individuellen Komplexleistungsangebot

Ist es durch entsprechende Vernetzung und Kooperationsverträge gelungen, den MitarbeiterInnen-Pool für das Gemeindepsychiatrische Zentrum zu entwickeln, so muß die Komplexleistung individuell an die NutzerIn angepaßt werden. Nur so kann sich die Komplexleistung auch bedarfsgerecht entwickeln. Im Rahmen unserer ersten Wohnprojekte erfolgte eine Analyse von Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und Hilfebedarf in gemeinsamer Absprache zwischen

- den zukünftigen NutzerInnen
- den MitarbeiterInnen des Hilfesystems, die die NutzerInnen schon lange kennen, und
- dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Aus dieser Analyse entstand ein Hilfebedarf-Profil, mit dem die entsprechenden Bausteine aus dem Dienstleistungsangebot ausgewählt werden können: z.B. Beratung, Unterstützung beim Wohnen, Tagesgestaltung, Arbeit etc.. Hieraus wird ein Reha-Plan entwickelt, der in eine Komplexleistung für die NutzerIn mündet. Z. B. wird die Form der Wohnbetreuung (allein, kleine oder größere Gruppe), Intensität und Art der Unterstützung beim Wohnen, in der Freizeitgestaltung, Arbeitsmöglichkeiten, medizinische Behandlung etc. zunächst einmal festgelegt, dann aber kontinuierlich beobachtet. Unsere ersten Erfahrungen im Rahmen der Enthospitalisierung zeigen, daß der Unterstützungsbedarf und die Inhalte ständigen Veränderungen unterworfen sind und in regelmäßigen Abständen angepaßt werden müssen.

7. Der Unterstützungsbedarf ändert sich

Ein weiteres Problem bei der "Verschreibung" von Komplexleistungen ist die damit möglicherweise verbundene statische Betrachtungsweise des Unterstützungsbedarfes.

Neben den krankheitsbedingten Schwankungen ergeben sich z. B. im Rahmen der Enthospitalisierung völlig neue Felder, in denen Unterstützungsbedarf besteht: z. B. verändert sich das Verhältnis zu den Angehörigen, nachdem man nicht mehr AnstaltsinsassIn, sondern normale BürgerIn geworden ist. Neue Beziehungen werden eingegangen. Ein neuer Arbeitsplatz bereitet ebenfalls erhebliche Probleme, dafür ist z. B. im Haushalt der Betreuungsbedarf wieder geringer etc..

Wesentlich ist, daß ein Komplexleistungsangebot so flexibel ist, daß es sich auch tatsächlich an den Betreuungsbedürfnissen des/der einzelnen orientiert. Einmal festgelegte "Verschreibungen" sollten keinesfalls zu individuell nicht angepaßten Dienstleistungen führen. Wie sich Unterstützungsbedarfe in unterschiedlichen Bereichen bereits im Laufe eines halben Jahres erhöhen oder verringern oder ständigen Schwankungen unterworfen sind, ist an zwei Fallbeispielen (s. Abb. 3) dargestellt.

Insbesondere muß es möglich werden, die Intensität der Unterstützung in Wohnangeboten zurückzunehmen, ohne daß die NutzerInnen die Wohnung wechseln müssen.

8. Zusammenfassung

Die Frage, ob wir auf die Ergebnisse der Expertenkommission warten sollten, muß eindeutig mit "Nein" beantwortet werden. Bereits unter den gegebenen Rahmenbedingungen sind erste - zugegebenermaßen noch bescheidene - Schritte möglich, um den KlientInnen und ihren Hilfebedarf in den Vordergrund gemeindepsychiatrischer Arbeit zu stellen. Wesentlich ist jedoch,

1. daß ein flexibel einsetzbarer und mobiler Pool von MitarbeiterInnen aus verschiedenen "Institutionen" gebildet wird,
2. daß kleine dezentrale "Service-Zentren" insbesondere in ländlichen Regionen geschaffen werden,
3. daß Träger Kooperationen eingehen, eigene - traditionell institutionelle - Interessen zurückstellen und gemeinsam auf die Optimierung der Komplexleistung für die NutzerIn zielen,
4. daß eine koordinierte Zusammenstellung der Komplexleistung z. B. in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt,
5. daß die sich verändernden Unterstützungsbedarfe kontinuierlich aktualisiert werden,
6. daß für den Nutzer eine absolute Verläßlichkeit von Dienstleistungsangeboten insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität von Haltungen, Personen und Hilfen gewährleistet ist.

Literatur:

Breier, A. & Strauss, J.S. (1984) The role of social relationships in the Recovery from Psychiatric Disorders. American Journal of Psychiatry 141 (8), 949 - 952

Steinhart, I. (1989) Zur Forderung nach Kontinuität in psychiatrischen Versorgunsstrukturen. Dissertation FU Berlin.

Der Klient und seine Lebenswelt als Bezugspunkt für die Organisation von Hilfen - eine Herausforderung (nicht nur) für die Träger von Einrichtungen und Diensten

Elisabeth Kludas

Es ist schwierig, ohne einseitig zu werden, in zehn Minuten die Erfahrung darzustellen, die wir in den letzten acht Jahren mit der Umstrukturierung im Wohnheimverbund Üchtingstraße des Sozialwerks St. Georg gemacht haben.

Bei uns leben zur Zeit 284 Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung oder geronto-psychiatrischer Pflegebedürftigkeit. Das sind etwa halb so viele Menschen wie zu den schlimmsten Zeiten vor dem Skandal um das Jahr 1980. Sie leben in elf Häusern mit Wohngruppengrößen zwischen acht und 20 Plätzen.

Für einen zweiten Lebensraum gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- eine anerkannte Werkstatt für Behinderte mit einer
- anerkannten Werkstatt für psychisch Behinderte;
- eine Tagesstätte, die Menschen aller drei Behinderungsgruppen aufnimmt und die in die Bereiche Arbeit und Beschäftigung unterteilt ist;
  Werkstatt und Tagesstätte sind etwa ein Kilometer entfernt, Träger ist ebenfalls das Sozialwerk St. Georg.
- für Menschen mit besonderen Verhaltensproblemen, die dort nicht betreut werden können, haben wir drei Tagesgruppen innerhalb unseres Geländes eingerichtet, wo jeweils sechs Bewohner mit zwei bis drei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einen Teil des Tages gemeinsam verbringen.

Trotzdem ist es bislang weniger als die Hälfte der Heimbewohner, die einen zweiten Lebensraum hat. Die im Modellprogramm des LWL neueröffnete Tagesstätte für psychisch Behinderte in anderer Trägerschaft wird aus dem Wohnheimverbund noch nicht genutzt.

Der Wohnheimverbund Üchtingstraße hat zwei Besonderheiten:
Zum einen leben für unser heutiges Verständnis zu viele behinderte Menschen auf einem Fleck, zum anderen war er traditionell innerhalb des Sozialwerks St. Georg das Auffangbecken für die schwierigsten, störendsten, häufig schwer dekompensierenden oder schwerstbehinderten Menschen, die überregional aus den Langzeitbereichen der Landeskrankenhäuser verlegt worden waren. Inzwischen erfolgen neue Heimaufnahmen nur noch regional.
Da es aber wenig neu zu belegende Plätze gibt, sind es wiederum die Schwerstgestörten, die nach gemeindepsychiatrischen Prinzipien aufgenommen werden.

Den Luxus, uns die Menschen nach einer schönen Konzeption auszusuchen, haben wir nie genossen. Wir mußten uns mit den Konzeptionen für die einzelnen Häuser und Wohngruppen nach den Menschen richten, die da waren oder für die dringender Aufnahmebedarf bestand.

Nachdem die erste Reformer-Generation in unserem WHV in dem Spannungsfeld zwischen Wunsch und Wirklichkeit sich verschlissen und aufgegeben hatte, besannen wir uns auf Bescheidenheit der Ziele und Großzügigkeit der Mittel.

Dies muß ich erklären: Die erste Reformer-Generation wollte die Auflösung der Institution, die ja im Beispiel von Kloster Blankenburg in Bremen gelungen ist. Dazu fehlten hier sowohl der politische Wille als auch ein tragfähiges Netzwerk psychosozialer Dienste in der Kommune. Organisationsstrukturen wurden abgelehnt unter der Vorstellung, daß diese die wesentlichen Hemmnisse für Entfaltung seien. Bewohnerparlamente wurden etabliert. Viele anspruchsvolle Außenaktivitäten in Gruppen wurden durchgeführt, deren Personalbegleitung bei dem gegebenen knappen Personalschlüssel die Grundversorgung des Heimes ins Wanken brachte. Die ersten Bewohner zogen aus ins Beschützte Wohnen oder in pflegesatzabhängige Außenwohnungen und sollten aus den Heimen heraus betreut werden. War unter den hergebrachten Strukturen bei absolut unzureichender Personalbemessung von den Mitarbeitern kaum mehr als "warm, satt, sauber" zu realisieren, sollten sie jetzt die Bewohner aktivieren, Selbständigkeit und soziale Kompetenz fördern. Die erste Grunderhebung des LWL zur Personalbemessung 1988 bereitete uns Schwierigkeiten. Zum einen waren wir gerade dabei, unsere Aufmerksamkeit auf die möglichen Fähigkeiten der Bewohner zu richten - was im Prinzip richtig ist - und unsere Wünsche färbten die Bewertung des Hilfsbedarfs. Zum anderen war in jedem Haus das vorhandene Klientel in der jeweiligen Bandbreite des Hilfsbedarfs Maßstab für die Einschätzung des Umfangs der Hilfeleistungen in die Kategorien "gelegentlich, häufig, ständig" und das Zusatzkriterium "Aufwand extrem hoch". So fielen vor allem in den Wohnbereichen der Schwerstbehinderten die Beurteilungen zu niedrig aus. Hier möchte ich ausdrücklich feststellen, daß mir die *hier* vorgestellten Ermittlungsbogen zum individuellen Hilfebedarf sehr brauchbar erscheinen, um zu einigermaßen objektiven Einschätzungen zu kommen.

Im Ergebnis reichte der geringe Stellenzuwachs in keiner Weise aus, den im Vergleich zu früher sehr viel komplexeren Aufgaben gerecht zu werden. So entstand ein Kampf zwischen den neuen Mitarbeitern, die begeistert ihre Ziele und das Bewohnerwohl vor sich hertrugen, und den alten Mitarbeitern, die aus *ihrer* Sicht das Wohl der Bewohner nicht verraten wollten, sie nämlich nicht in ihren Ausscheidungen liegen oder herumlaufen lassen wollten, während irgendwelche Ausflüge stattfinden sollten.

Dadurch verloren die behinderten Menschen nicht nur die unangemessenen Strukturen, sondern auch die Orientierung an den zunehmend verunsicherten Mitarbeitern. Die Bewohner stürzten in psychotische und somatische Krisen. Schwere Magenblutungen, drei Fenstersprünge, zahlreiche stationäre psychiatrische Kriseninterventionen fielen in diese Phase.

Im Rückblick gesehen, entwickelte sich eine typische "highly-expressed-emotions-Situation" mit Verzweiflung und Schuldgefühlen der Mitarbeiter und zunehmender Selbst- und Fremdaggressivität der Bewohner.

Bescheidenheit der Ziele hieß nun, zunächst einmal zu akzeptieren, daß wir für die meisten Menschen noch keine Alternative zum Heim haben, bei jedem einzelnen aber, der mit oder ohne ambulante Hilfe ausziehen konnte, dies konsequent und zuverlässig zu begleiten. Weiter hieß es, die Lebensbedingungen *im* Heim zu verbessern. Hier half uns der Bezug von vier Neubauten mit Wohngruppen zu acht Personen, der uns erlaubte, in den alten Häusern Belegung zu reduzieren, Wohngruppen differenziert nach Behinderungsarten zu gestalten, ein besonders großzügiges Raumangebot für die besonders Verhaltensgestörten zu machen sowohl im Wohnbereich als auch im Bereich der Tagesstrukturierung. Die Bewohnerzahl wurde nicht erhöht.

Die zweite Grunderhebung des LWL zur Personalbemessung 1990 brachte deutliche Verbesserungen im Stellenschlüssel. Einerseits hatten wir dazugelernt, andererseits hatten die Bewohner auf ihre Weise ihren Hilfebedarf klargemacht. Den Stellenzuwachs konnten wir nutzen, qualifiziertes Fachpersonal neu einzustellen, und die personelle Decke reichte, um vorhandene Mitarbeiter beruflich zu qualifizieren, so daß wir heute mit multiprofessionellen Teams arbeiten.

Das Prinzip, daß jeder Bewohner eine bestimmte Bezugsperson im Team hat, haben wir aus der ersten Zeit übernommen und konsequent gefördert. Die Bezugsperson erhält die notwendige Unterstützung im multiprofessionellen Team. Außenaktivitäten, Urlaubs- und Reha-Maßnahmen sind selbstverständlich geworden, wobei zahlenmäßig die Aktivitäten der einzelnen Bewohner mit ihren Bezugspersonen deutlich zugenommen haben. In den Wohngruppen wird dabei die notwendige Mindestpräsenz von Mitarbeitern nie unterschritten, so daß in allen Wohnbereichen die Tätigkeiten gemeinsam mit Bewohnern aus einer Atmosphäre von Sicherheit und vielleicht sogar Geborgenheit heraus entstehen. Die erforderliche Mindestpräsenz in zwei Tagschichten und einer Nachtschicht auch an Wochenenden und zu Zeiten einer Grippewelle war für unsere interne Stellenverteilung ein wichtiges Kriterium. Die Mindestpräsenz erschien uns abhängig vom Umfang der zu leistenden Grundpflege und von Verhaltensstörungen, die zu Selbst- und Fremdgefährdungen führen. So ist in einem Haus mit 32 psychisch behinderten Bewohnern in vier Wohngruppen auch mal eine Wochenendpräsenz von einem Mitarbeiter ohne große Gefährdung zu überstehen, auch wenn es eigentlich zwei Mitarbeiter sein sollten, um individuelle Begleitung von Bewohnern zu ermöglichen.

In Stellen ausgedrückt, hört sich das recht großzügig an:
- 9 Stellen Pflege und Betreuung im Tagdienst, besetzt durch:
  3 Altenpfleger/-innen,
  3 Erzieher/-innen,
  1 Heilerziehungspflegehelfer,
  1 Pflegehelfer,
  1 Stelle teilzeitig mit fachnahen Studenten
- 2 Stellen Pflege im Nachtdienst
- 1/2 Stelle Sozialpädagoge
- 1 Stelle Heimleitung

Über alle Stellen ohne Heimleitung ergibt dies einen Schlüssel von 1 : 2,78, also zwischen Stufe F und G der hier vorgestellten Personalbemessung, für den Tagesbasisdienst 1 : 3,56. Für die geschlossene Wohngruppe mit 16 psychisch behinderten Menschen darf die Mindestpräsenz von zwei Mitarbeitern tags nicht unterschritten werden, weil bei vier Bewohnern chronisch akute Selbst- und Fremdgefährdung und bei weiteren vier Bewohnern latente Selbst- und Fremdgefährdung vorliegt. In der Nacht ist ein Mitarbeiter präsent, der weitere zwei Mitarbeiter im Haus zu Hilfe rufen kann.

In Stellen ausgedrückt heißt das:
- 10 Stellen Pflege und Betreuung im Tagdienst, besetzt durch:
  2 Krankenschwestern/-pfleger,
  5 Pflegehelfer/-innen,
  1 Stationshilfe,
  1 Stelle Pädagogikstudenten in Teilzeit
- 2 Stellen Pflege im Nachtdienst
- 3/4 Stelle Heilpädagogin für die Wohngruppenleitung
- 1 Stelle Heilpädagogin für die Tagesgruppe

Von den Basismitarbeitern arbeiten zwei in der Woche in der Tagesgruppe, leisten aber Wochenenddienst in der Wohngruppe.

Der Stellenschlüssel über alle Mitarbeiter ohne Heimleitung ist 1 : 1,07, also wesentlich mehr als Stufe H mit 1 : 1,5 der hier vorgestellten Personalbemessung. Der Tages-Basisdienst hat einen Schlüssel von 1 : 1,45. Wir würden am liebsten diese 16-Personen-Gruppe unterteilen, könnten dann aber weder die Sicherheit von Bewohnern und Mitarbeitern garantieren noch Außenaktivitäten regelmäßig durchführen, die in einem geschlossenen Wohnbereich besonders wichtig sind.

Für das gerontopsychiatrische Haus mit 32 Bewohnern in vier Wohngruppen, davon 16 bettlägrig, vier mit schweren Verhaltensproblemen bei Demenz, elf mit Selbst- und Fremdgefährdung, kommen wir zu einem Personalschlüssel über alle Mitarbeiter ohne Heimleitung von 1 : 1,36, also mehr als Stufe H mit 1 : 1,5. Der Tagesbasisdienst hat einen Schlüssel von 1 : 1,83. Enthalten ist darin die personelle Besetzung für die zugehörige Tagesgruppe.

Wir haben bewußt in den Wohnbereichen mit den schwerstbehinderten Menschen auch die personellen Mittel konzentriert, weil es uns hier am dringlichsten erschien. Dafür wurden die übrigen Wohnbereiche personell knapp gehalten. Unser schlechtester Schlüssel ist 1 : 4 und 1 : 3,2 in den Häusern, die die meisten Bewohner in pflegesatzabhängige Außenwohnungen und ins Betreute Wohnen ausgegliedert haben. Die Möglichkeit, die Bewohner draußen selbst zu betreuen, hat die Mitarbeiter sehr zur Ausgliederung ermutigt. In den pflegesatzabhängigen Außenwohnungen gab es noch die Serviceleistungen und die Sicherheit des Heims und die Möglichkeit, bei Krisen ohne Aufwand ins Heim zurückkehren zu können. Für die Bewohner war es ein Erproben der eigenen Kräfte mit der Gewißheit, notfalls aufgefangen zu werden.

Auch das Betreute Wohnen haben anfänglich die Bezugspersonen aus den Teams der entlassenden Heime geleistet. Inzwischen sind zwei eigene Mitarbeiterinnen dafür zuständig, die vorher Heimerfahrung gesammelt hatten.

16 ehemalige Heimbewohner werden zur Zeit ambulant von ihnen betreut. Fünf haben keine professionelle Begleitung mehr, können sich aber bei Bedarf melden. Einer nimmt noch an den Kegelausflügen des entlassenden Heims teil. Zur Zeit liegen unsere Begrenzungen eher in der Wohnraumbeschaffung als in der Bereitschaft von Bewohnern und Mitarbeitern, den Schritt nach draußen zu gehen.

Der Klient als Bezugspunkt für die Organisation von Hilfen

Stephan Rudas

Es wäre als eine deutliche Verbesserung der gegenwärtigen Situation psychisch Kranker anzusehen, wenn die Grundsätze, die für die anderen medizinischen Gebiete anerkannt sind, auch für die Psychiatrie unbestritten wären. Immer wieder muß sich die Psychiatrie einem aufwendigen (und für die Psychiatrie scheinbar traditionellen) "Legitimierungs- und Argumentationsparcours" stellen, wenn es um die Forderung nach solchen Rahmenbedingungen ihrer täglichen Arbeit geht, wie sie in den meisten anderen medizinischen Fächern bereits allseits akzeptierte Selbstverständlichkeiten sind.

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

Von einer medizinischen Vollversorgung einer Region kann dann gesprochen werden, wenn für diese Region fachspezifische, sinnvoll ausgestattete und sinnvoll arbeitende stationäre, teilstationäre, ambulante und rehabilitative Einrichtungen sowie eine entsprechende Zahl niedergelassener Fachärzte vorgehalten werden. Es besteht kein Grund, bezüglich der psychiatrischen Versorgung andere Maßstäbe anzulegen.

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

Eine der wichtigsten und zugleich schwierigsten Aufgaben beim "Design" psychiatrischer Hilfen ist die Einbindung der tatsächlichen Bedürfnisse der "Konsumenten" der Leistungen.

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

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

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

In Wien (1,53 Mio. Einwohner) wurde in den Jahren zwischen 1978 bis 1994 die psychiatrische Versorgung weitgehend verändert.

Anhand eines Zielplanes sollte das von Mängeln im stationären Bereich und vom Mangel an extramuralen Einrichtungen gekennzeichnete System in eine regionalisierte, integrierte, flächendeckende Versorgung übergeführt werden. Das Stadtgebiet wurde in acht Versorgungsregionen geteilt, die stationäre und die extramurale Versorgung arbeiten miteinander verbunden. In allen acht Regionen wurden extramurale Einrichtungen nach einem identischen Design aufgebaut. Träger ist ein privatrechtlich organisierter Fonds der Stadt.

Die regionalen extramuralen (psychiatrischen) Dienste (ohne spezialisierte Einrichtungen wie z.B. Drogenberatung) wurden bereits in den Jahren 1980 bis 1993 von insgesamt 1,1% der Gesamtbevölkerung in Anspruch genommen.

Angebote der regionalisierten Dienste sind:

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

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

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

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

Es wurde dabei von der Überlegung ausgegangen, daß extramurale Einrichtungen alle jene Leistungselemente anbieten müssen, die auch der stationäre Bereich aufweist, um eine kompetente Alternative darzustellen. Deshalb wurde die Betriebsform der Krankenanstalt gewählt. Nachdem der Träger der Krankenanstalten "Sozialpsychiatrisches Ambulatorium" der Fonds PSD ist, wird die Finanzierung des Betriebes in Verhandlungen der zentralen Fondsorgane mit den zuständigen administrativen Abteilungen der Stadt Wien über die jeweilige (Objekt)Förderung sichergestellt.

Literatur:

Kulenkampff, C.: Regionale psychiatrische Versorgung - Probleme ihrer Steuerung und Finanzierung aus fachlicher Sicht. Soziale Sicherheit, 9 (1986), S. 179-182

Kunze, H.: Psychisch Kranke und Behinderte - Stiefkinder der Rehabilitation. Die Rehabilitation 21, 3 (1982), 106-110

Pittrich, W., Kitzig, P., Kunze, H.: Zielstetzung und Orientierungsdaten für komplementäre Einrichtungen einer regionalisierten psychiatrischen Versorgung - Hilfen für chronisch psychisch Kranke und psychisch Behinderte. Spektrum 3 (1985), 128-148

Rudas, St.: Comprehensive mental health services - who needs them? Acta Psychiatr. Belg., 86 (1986), 630-635

Rudas, St.: Evaluation sich verändernder psychiatrischer Versorgungssysteme. Psychiat. Prax. 17 (1990), 206-215
Rudas, St.: On measuring the changes in psychiatric care systems: results in an urban area. Psychiatric Bulletin. The Royal College of Psychiatrists. Volume 14, Number 5, (1990), 262-266

Spengler, A., K. Böhme: Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. Nervenarzt (1989), 226-232

Spengler, C., Th. Keller, P. Kruckenberg: Erfahrungen und Materialien zur inneren Sektorisierung psychiatrischer Großkrankenhäuser. Psychiat. Prax. 14 (1987), 60-69

Finanzierung, Bedarfsplanung und Steuerung

Paul Lubecki

Herr Voß und ich werden als Vertreter der Krankenkassen in zwei kurzen Statements einige Gedanken zur Bedarfsplanung und zur Finanzierung komplementärer Leistungen vortragen. Ich werde mich auf einige Aussagen für eine Bedarfsplanung beschränken, Herr Voß wird anschließend zu Finanzierungsfragen Stellung nehmen.

Die komplementäre Versorgung psychisch kranker Menschen ist - wie wir hier wiederholt gehört haben - Teil eines Versorgungsnetzes und eng verknüpft mit den anderen Versorgungsbereichen. Daher können Aussagen zum Bedarf an komplementären Leistungen nur unter Berücksichtigung der anderen Bereiche der Versorgung psychisch Kranker gemacht werden.

Ich möchte deshalb meinen Ausführungen über den Bedarf komplementärer Versorgung eine Aussage über den Gesamtbereich voranstellen.

Aufgrund verschiedener Modellprogramme des Bundes und der Länder hat sich die Versorgung psychisch kranker Menschen in den vergangenen Jahren - auch nach Auffassung der hier anwesenden Experten - in vielen Bereichen erheblich verbessert.

Aus der Sicht der gesetzlichen Krankenkassen möchte ich insbesondere

- die Auflösung der Großkrankenhäuser,
- die Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen, Tageskliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern,
- die Vereinbarungen zur stationären Sucht-Entwöhnung und zur Sucht-Nachsorge,
- die Richtlinien und Vereinbarungen über ambulante Psychotherapie und Psychosomatik,
- regionale Vereinbarungen über Sozialpsychiatrische Dienste und therapeutisches Wohnen sowie
- die Psychiatrie-Personalverordnung

anführen.

Damit ist die Versorgung psychisch kranker Menschen den Zielen der Psychiatrie-Enquete, nämlich

- der Gemeindenähe,
- einer bedarfsgerechten Versorgung
- der Koordination aller Dienste und
- der Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken

bereits recht nahe gekommen.

Trotz dieser positiven Bilanz gibt es aber noch Defizite. So stellte die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker 1988 insbesondere noch Mängel hinsichtlich der sozialen und materiellen Situation psychisch kranker Menschen fest. Darüber hinaus fehlen Kriterien für den Bedarf an Leistungen und Einrichtungen in der komplementären Versorgung sowie Richtwerte für die Personalbemessung.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen es daher, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE versucht, dieses Defizit im Versorgungsnetz für psychisch kranke Menschen auszugleichen.

Nach den Erfahrungen mit den bestehenden Planungsansätzen in der ambulanten und stationären Versorgung und nach den auch hier getroffenen Aussagen über die ambulante, stationäre und komplementäre Versorgung psychisch Kranker ist auch bei der Ermittlung des Bedarfs an komplementären Leistungen die Berücksichtigung der Vernetzung von zentraler Bedeutung. Ein unkoordiniertes Nebeneinander führt zu einer unzureichenden Festlegung des Bedarfs und der Personalbemessung, zu Fehlbehandlungen, Qualitätsminderung und zu einem unwirtschaftlichen Einsatz der bei allen öffentlichen und privaten Haushalten beschränkten Mittel.

Lassen Sie mich dies beispielhaft an der 1991 in Kraft getretenen Psychiatrie-Personalverordnung kurz illustrieren: Ziel der Psych-PV ist es vornehmlich, die Patientinnen und Patienten aufgrund der vorgeschriebenen Personalaufstockung und eines hierdurch verbesserten Behandlungsangebotes schneller als bisher zu entlassen. Zugleich sollen die Patienten befähigt werden, nach der Entlassung ein weitgehend selbständiges Leben - ggf. mit entsprechenden Hilfen der ambulanten und komplementären Versorgung - zu führen. Damit soll die Zahl der Krankenhaustage von chronisch kranken Menschen und die Belegung insgesamt vermindert und der stationäre Bereich schon mittelfristig verkleinert werden.

Dieses Ziel wird - auch falls die Personalaufstockung zu einem entsprechenden Behandlungsangebot geführt hat - gefährdet, wenn im komplementären Bereich oder in der ambulanten Versorgung nicht genügend adäquate Hilfen zur Verfügung stehen oder nicht entsprechend genutzt werden. Nach Auffassung von Experten führen fehlende komplementäre Hilfen, aber auch Mängel in der ambulanten Versorgung zu einer Ausweitung des Drehtüreffekts und zu einer Sogwirkung des Krankenhauses. Dieses übernimmt eine Ersatzfunktion, die dem Ziel der Enthospitalisierung entgegensteht und darüberhinaus unwirtschaftlich ist.

Aus diesen Vorüberlegungen möchte ich nun einige Vorgaben für eine Ermittlung des Bedarfs an komplementären Leistungen und Einrichtungen ableiten. Dabei müssen der Klient und seine soziale Umwelt in der Gemeinde im Vordergrund stehen.

1. Oberster Grundsatz für die komplementäre Versorgung psychisch kranker Menschen ist aus der Sicht der Krankenkassen in Abwandlung des allgemein akzeptierten Leitsatzes "Soviel ambulant wie möglich und soviel stationär wie nötig" der Leitsatz
"Soviel ambulant wie möglich und soviel stationär und komplementär wie nötig".

2. Chronifizierungen und hierdurch notwendige stationäre und komplementäre Leistungen können - wie MEYER, RICHTER u. a. in ihrem Gutachten für ein Psychotherapeutengesetz 1991 feststellen - durch präventive und ambulante Maßnahmen teilweise vermieden werden. Erst nach sieben Jahren kommt es danach erstmalig zu einer notwendigen fachpsychotherapeutischen Behandlung. "Statt früh und ambulant kommt es spät (und dann meist stationär) zur Psychotherapie. Diese Versorgungssituation bedeutet nicht nur eine Unterversorgung, sondern ist zudem mit einer erheblichen Fehlallokation öffentlicher Mittel verbunden."

Nach dieser Aussage müßte ein am Patienten und an Qualitätsgesichtspunkten orientierter Ausbau der ambulanten Versorgung, z. B. eine Steigerung der Zahl der qualifizierten Therapeuten durch ein Psychotherapeutengesetz, und Präventionsmaßnahmen zu einem Rückgang der Zahl der chronisch kranken Menschen führen. Es wären weniger Leistungen, Kapazitäten und Finanzmittel im stationären

und komplementären Bereich erforderlich. Bei der Ermittlung des Bedarfs an komplementären Leistungen sind deshalb z. B. zunächst die möglichen Auswirkungen einer steigenden Zahl von Psychotherapeuten aufgrund eines Psychotherapeutengesetzes, einer Änderung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Prozeß- und Strukturqualität in der ambulanten Versorgung entsprechend zu berücksichtigen.

3. Der Bedarf an komplementären Leistungen wird ferner durch die Umsetzung des in der Psych-PV enthaltenen Qualitätssicherungsprogramms durch die beteiligten Krankenhäuser, Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenkassen beeinflußt. Mit der Schaffung eines besseren Behandlungsangebots aufgrund der Personalaufstockung können weitere Voraussetzungen für eine Enthospitalisierung und damit eine Verringerung der Chronifizierung und der in der komplementären Versorgung erforderlichen Kapazitäten erreicht werden.

4. Der Bedarf an komplementären Leistungen in einer Region hängt jedoch nicht nur von der Effektivität des ambulanten und des stationären Sektors und von der Koordination der ambulanten und stationären Einrichtungen mit komplementären Diensten ab, sondern auch von der Koordination der komplementären Dienste. Hierzu wurde z. B. während dieser Tagung auf eine bessere Kooperation der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger und auf eine engere Zusammenarbeit aller Beteiligten in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften hingewiesen.

5. Der Bedarf an professionellen Hilfen wird schließlich auch von der Ausschöpfung des vorhandenen Selbsthilfepotentials oder der Unterstützung neuer Initiativen in diesen Bereichen abhängen. Nach Auffassung von Fachleuten weisen insbesondere die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen von Abhängigkeitskranken große Erfolge auf.

Aus der Sicht der Krankenkassen sind in das Forschungsprojekt der Personalbemessung im komplementären Bereich neben den angeführten Kriterien für eine Bedarfsplanung auch Fragen der Einführung einer Bedarfsplanung und Personalbemessung einzubeziehen:

1. Bei der Ermittlung des typischen Hilfebedarfs in der komplementären Versorgung ist ebenso wie in der Psych-PV als Ziel ein möglichst selbständiges und eigenverantwortliches Leben zugrunde zu legen. Es ist zu berücksichtigen, daß der Staat auch anderen Gesellschaftsgruppen hierfür in verschiedener Weise Hilfestellungen gewährt.

2. Ebenso wie in der Psych-PV ist eine Konzeption für ein gestuftes Vorgehen bei der Einführung neuer Strukturen, Einrichtungen und Leistungen erforderlich. Zusätzliches Personal und zusätzliche sonstige Hilfestellungen dürfen nur mit entsprechenden Fortschritten im Leistungsangebot, in der Qualitätssicherung und bei einer Verbesserung der Versorgungssituation erfolgen.

3. Die Weiterentwicklung der ambulanten Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung hat ebenso wie die Umsetzung der Psych-PV gezeigt, daß die Beteiligten rechtzeitig informiert und vor allem zur Umsetzung der neuen Konzeptionen, Bemessungszahlen und Vorschriften motiviert werden müssen. Deshalb sind bereits im Vorfeld bei der Konzeption und laufenden Anpassung des Forschungsprojektes und im Abschlußbericht die Beteiligten oder mögliche Beteiligte entsprechend ihres Versorgungsauftrages einzubeziehen.
Wesentlich für die Motivation ist dabei, daß Erfahrungen in einzelnen Bereichen, z. B. über die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg, die therapeutischen Wohngemeinschaften in Berlin

oder die ambulante Rehabilitation hinreichend berücksichtigt und daß inhaltliche Fragen zur Konzeption und zur Struktur der Versorgung vor rechtlichen Zuständigkeitsfragen geklärt werden. Erst dann kann entschieden werden, ob und inwieweit eine Ausschöpfung des geltenden Rechts oder eine Rechtsänderung erforderlich ist.

4. Aufgrund der finanziellen Situation des Staates und der Sozialleistungsträger sowie der nach Auffassung von Experten in verschiedenen Bereichen noch vorhandenen Rationalisierungsreserven sind bei dem Projekt der Personalbemessung zunächst auch die Möglichkeiten für Umschichtungen von Kapazitäten in allen Versorgungsbereichen und im Umfeld der medizinischen Versorgung wie in einem System kommunizierender Röhren vorrangig zu ermitteln.

5. Schließlich ist nach Auffassung der AOK mit der Ermittlung von Personalbemessungskriterien für die komplementäre Versorgung psychisch kranker Menschen ein Dokumentationssystem als Grundlage für eine Qualitätssicherung und für Effizienzanalysen einzuführen, das zumindest in wesentlichen Teilen mit anderen Dokumentationen in der ambulanten und stationären Versorgung kompatibel ist, z. B. mit dem EBM und der Dokumentation der Psych-PV oder der heute in einem anderen Symposium des Bundesministers für Gesundheit über Qualitätssicherung vorgestellten Basisdokumentation für die psychosomatische Versorgung.

Finanzierung, Bedarfsplanung und Steuerung

Karl-Dieter Voß

Wahrscheinlich bleiben auch nach meinem Beitrag viele Fragen übrig. Ich hoffe aber, daß zumindest auch einige beantwortet werden.

Herr Hölzke hat sich in seinem wahrlich "fabelhaften" Beitrag und in Anlehnung an das Märchen vom Hasen und dem Igel zu Finanzierungsfragen geäußert. Ich will und kann diesen Darlegungen nicht wiedersprechen. Er hat aus seinem Blickwinkel heraus die Wirklichkeit weitgehend zutreffend dargestellt und sieht das Allheilmittel für notwendige Veränderungen zugunsten psychisch Kranker allein in einer Nutzung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Sollte dies allerdings das alleinige Ergebnis der heutigen Forums-Veranstaltung sein, wäre ich persönlich enttäuscht. Denn wenn ich die Gesetzgebung und deren Handlungsmöglichkeiten auf dem Hintergrund dessen sehe, was bisher geschehen ist, gegenwärtig diskutiert wird und über die bald zuendegehende Legislaturperiode hinaus möglich ist, erkenne ich kaum Möglichkeiten, daß der Gesetzgeber kurz- oder mittelfristig entscheidend handeln wird. Von daher denke ich, sollte es unsere gemeinsame Aufgabe und vor allen Dingen auch Aufgabe der Kassen sein, möglicherweise vorhandene Gestaltungs-, Ermessens- und Beurteilungsfreiräume zu suchen, zu finden und auch produktiv zu nutzen, um insbesondere für chronisch psychisch Kranke weitere Versorgungs- und Finanzierungsverbesserungen zu erzielen. Ansonsten hieße es nämlich, daß in den nächsten 2-3 Jahren vermutlich nichts geschehen wird. Dies kann nicht im Interesse der Verantwortlichen und schon gar nicht der Betroffenen liegen.

Durch den vorangegangenen Beitrag ist der Eindruck entstanden oder auch bewußt geweckt worden, daß die Krankenversicherung alleiniger Akteur im Bereich der Versorgung und Finanzierung psychisch Kranker ist. Daß dies nach unserer Rechtsordnung so nicht zutrifft, dürfte zumindest den meisten Teilnehmern dieser (Fach-)Veranstaltung bekannt sein.

Wir haben im Rahmen des gegliederten Sozialversicherungssystems unterschiedliche Zuständigkeiten für rechtlich abgegrenzte Versorgungsformen und zuweilen auch nach Versichertenstatus. Sie erkennen dies aus dem Schaubild.

Die Krankversicherung ist allein für die medizinische Versorgung - auch was psychisch Kranke angeht - zuständig. Sie ist nicht Träger der Gesamtversorgung. Dies soll keine Ausrede sein, um vielleicht Defizite, die in der Vergangenheit liegen und auch heute noch zuweilen zu beklagen sind, zu beschönigen. Aber es gibt neben der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Akteure, die auch ihren Part leisten müssen, und zwar zweckmäßigerweise gemeinsam mit der Krankenversicherung, gemeinsam mit den Kommunen und anderen Verpflichteten. Psychisch Kranke dürfen von keinem Leistungsträger ausgegrenzt werden.

Ob die gegliederte Zuständigkeit für eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung geeignet ist, mag dahinstehen. Sie ist gesetzlich vorgegeben.

In vielen Referaten ist die Komplexleistung als Chance angesprochen worden, um hierüber auch finanzierungstechnische Weiterentwicklungen zu erreichen, aber auch um die Hilfsangebote bedarfsgerechter als bisher zu gestalten.

Kassenfinanzierte Leistungen im Rahmen der Psychiatrie						
Maßnahmen Art der Versorg.	Ärztliche Behandlung durch Ärzte	Grund- und Behandlungspflege durch Krankenpflegepersonal	Psychotherapie durch Dipl.-Psychologen	Beschäftigungs- und Arbeitstherapie durch Ergotherapeuten	Physiotherapie durch Physiotherapeuten	Spziotherapie, psychosoziale Betreuung, Reha-Beratung durch Sozialarbeiter etc.
voll- oder teilstationäre Behandlung im Krankenhaus oder in Reha-Einrichtung	Komplexleistung bei voller Kassenfinanzierung und begrenzter Eigenbeteiligung (§§ 39/40 SGB V)					
ambulante Behandlung	Kassenärztliche Versorgung (§§ 27/28 und 76 SGB V)	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	Kassenärztliche Versorgung; ggf. Delegation (§§ 27/28 und 76 SGB V); Richtlinien § 92 SGB V)	"Heilmittel" Belastungserprobung/ Arbeitstherapie (§ 27 Nr. 3 SGB V I.V. Richtlinien § 42 SGB V)	"Heilmittel" (§ 27 Nr. 3 SGB V I.V. Richtlinien)	Keine ausdrückliche amb.GKV-Leistung; evtl. ergänzende Leistung zur Reha? (§ 43 Nr. 2 SGB V)
	rechtlich eigenständig geregelte "Einzelleistungen"					

Wir kennen auch in der Krankenversicherung faktisch die Finanzierung von Komplexleistungen, allerdings nur in der stationären Versorgung. Wenn es um die stationäre Versorgung geht, haben wir unabhängig davon, ob es sich um eine medizinische Akutversorgung im Krankenhaus oder um eine Maßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung handelt, eine Komplexversorgung. Unterkunft, Verpflegung, alle individuell notwendigen therapeutischen Leistungen werden angeboten und über den bisher tagesgleichen Pflegesatz von der Krankenkasse finanziert. Dies gilt solange, wie ein Behandlungs- oder Rehabilitationsfall vorliegt.

Wenn der Patient allerdings entlassen wird, beginnt das Problem der paßgerechten Finanzierung. Denn dann wird die Komplexleistung "Krankenhauspflege" oder "stationäre Rehabilitation" aus Rechtsgründen in Einzelbausteine zerlegt. Für jede einzelne Leistung gibt es dann (leider) unterschiedliche Rechts- und Finanzierungsgrundlagen. Dies soll das zweite Schaubild in Anlehnung an die Psych-PV vom 18.12.1990 verdeutlichen:

Finanzierung von Reha-Maßnahmen nach Reha-Leistungsträgern

Leistungsträger	Maßnahmeart		
	medizinisch	beruflich	sozial
Krankenversicherung	+	-	-
Rentenversicherung	+	+	-
Unfallversicherung	+	+	+
Kriegsopfer-Versorgung/ Fürsorge	+	+	+
Bundesanstalt für Arbeit	-	+	-
Sozialhilfe	+	+	+

Rechtsgrundlage für die Leistungsansprüche gegenüber der Krankenversicherung ist das Sozialgesetzbuch, Teil V. Den Sicherstellungsauftrag für die kassenfinanzierte ambulante Heilbehandlung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den angeschlossenen Vertragsärzten. Bei ihnen liegt auch die Verantwortung für das (nicht ärztliche) ambulante Therapiegeschehen, das die Krankenversicherung zu finanzieren hat.

Wenn es um diese oder gar weitere, für psychisch Kranke auch oder gerade in der nachstationären Phase notwendigen Versorgungsbestandteile geht, die ihre Stabilisierung bewirken und ihre Integration in die Gesellschaft oder sogar in den Beruf fördern sollen, muß die Krankenversicherung aus Rechtsgründen jede einzelne Leistung auf ihre Finanzierbarkeit im Rahmen der medizinischen Versorgung prüfen.

Sie finden im Schaubild die Leistungen/Maßnahmen unter ihren versicherungstechnischen Begriffen dargestellt. Sie sind leider mit den Begriffen der therapeutischen Welt nicht immer ganz identisch. Wichtige Komponenten, die auch zentraler Gegenstand der Veranstaltung sind, nämlich die komplementäre Versorgung, die Soziotherapie, die psychosoziale Betreuung und ähnliche Bestandteile einer notwendigen Gesamtversorgung für psychisch Kranke in der nachstationären Phase, sind für den Bereich der Krankenversicherung nicht geregelt. Herr Hölzke hat das zutreffend dargestellt und auch auf die Widersprüche, auch in den Gesetzgebungsverfahren, hingewiesen.

Während die Krankenversicherung bei stationärer Behandlung und Rehabilitation alle Versorgungsbestandteile zahlt, ist die Finanzierung nicht ausdrücklich medizinischer Maßnahmen bei einer ambulanten Versorgung nicht vorgesehen, bzw. unter Berücksichtigung der Rechtsmaterialien insbesondere zum Gesundheits-Reformgesetz von 1989 sogar ausgeschlossen. Dies kann auf dem Hintergrund der Psych-PV vom 18.12.1990, mit der etwa 7000 neue Stellen in der vollstationären Versorgung psychisch Kranker geschaffen worden sind und werden, dazu führen, daß die vollstationäre Versorgung sehr viel attraktiver wird. Nicht zuletzt die bessere Finanzierung und Personalaustattung könnten bei unsensibler Umsetzung der Psych-PV durch Kassen und Krankenhäuser zu einer gesundheitspolitsch bedenklichen Trendwende zugunsten der stationären und zu Lasten der außerstationären Versorgung führen. Die Psychatrie-Enquete von 1975, diverse Modellprogramme und der oft mühevolle Aufbau außerstationärer Versorgungsstrukturen zumindest in einzelnen Regionen wären umsonst gewesen.

Das ist sicherlich ein Mangel in der Gesetzgebung, die die insbesondere von der betrieblichen Krankenversicherung wiederholt geforderte Klarheit bisher nicht geschaffen hat und - wie ich vermute - in den nächsten Jahren auch nicht schaffen wird, vielleicht auch nicht schaffen kann. Und wenn dies so ist, zugleich aber auch die Erkenntnis zunimmt, daß eine außerstationäre Versorgung, wenn sie der Wiedereingliederung und nicht Drehtüreffekten dienen soll, mehr umfassen muß als die klassischen Medizinleistungen, bedarf es kreativer, mutiger Ansätze.

Hierfür sind die vorhandenen "Bordmittel" der Krankenversicherung so intelligent und zielführend zu nutzen, um auch andere Versorgungsbestandteile, die im Einzelfall die medizinische Versorgung erst ermöglichen oder abrunden, im Sinne einer bedarfsgerechten Gesamtversorgung bereitzustellen und auch unter Mitverantwortung der Krankenversicherung zu finanzieren. Diese Überlegungen müssen dann auch für andere Reha-Träger, z. B. die Rentenversicherung, gelten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bis auf eine Ausnahme unter unserer Federführung und unter Beteiligung des BMG entsprechende konzeptionelle Ansätze entwickelt. Sie sollen in einigen Modellregionen umgesetzt werden. Mit Herrn Hölzke hätte auch ich mir lieber vorgestellt, daß diese Ansätze, die sich stark an das therapeutische Spektrum der stationären Versorgung im Sinne der

Psych-PV anlehnen und eine vernetzte gemeindenahe Gesamtversorgung anstreben, von vornherein etwas breiter angelegt worden wären. Dies um so mehr, als zumindest mittel- und langfristig begründete Entlastungseffekte für den vollstationären Bereich erzielbar erscheinen. Dieses hätte aber - wie im Gesundheitswesen leider fast schon Tradition - kurzfristig zu Mehrausgaben geführt. Eine solche Vorinvestition zu Lasten der Krankenversicherung war bundesweit jedoch im Moment nicht durchzusetzen.

Ihnen ist sicherlich nicht verborgen geblieben, daß die Krankenversicherung in den vergangenen Jahren immense finanzielle Probleme hatte, die 1993 zum Gesundheitsstrukturgesetz geführt haben. Die jüngsten in der Presse verkündeten Überschüsse der Krankenversicherung von 10 Mrd. DM sind keine Überschüsse. Vielmehr sind die Defizite vergangener Jahre ausgeglichen worden. Finanzieller Spielraum, zumal in einer beachtlichen Größenordnung, der jetzt für gesundheitspolitische Innovationen z. B. zugunsten der psychisch Kranken genutzt werden könnte, ist leider in der hinreichenden Breite nicht erkennbar.

Wenn überhaupt etwas geschehen soll, muß man wieder einmal, wie es in der Psychiatrie auch in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten leider üblich war, mit kleinen Schritten versuchen voranzukommen. Dies muß man aber auch, wenn man ein Ziel vor Augen hat, wirklich tun. Und so laufen eben unsere Vorstellungen darauf hinaus, unter Finanzierungsbeteiligung der Krankenversicherung auch solche nachstationären Angebote mitzufördern, die unter Rehabilitationsgesichtspunkten im Rahmen einer bedarfsgerechten Gesamtversorgung notwendigerweise auch Bestandteil einer medizinischen Versorgung sind oder sein müßten.

Nur so ist erreichbar, daß psychisch Kranke auch außerhalb der Klinikmauern eine hinreichende Stabilität erreichen, damit sie echte Wiedereingliederungschancen erwerben und nicht als Drehtürfälle mit Folgewirkungen für sie persönlich, aber auch mit Kostenwirkungen für die Krankenversicherung wieder in der Klinik landen.

Die Krankenversicherung wird auch bereit sein, hier ggf. finanzielle Vorleistungen dergestalt zu tragen, daß sie in einer Übergangsphase additive Mehrkosten in Kauf nimmt. Dies geschieht in der begründeten Erwartung, daß durch ein entsprechendes Engagement der Krankenversicherung in den bisher nicht geregelten Leistungsbereichen mittelfristig die übersetzten Angebote in der vollstationären Versorgung mit entsprechenden Kostenwirkungen zurückgefahren werden, also Entlastungseffekte bringen. Dann wird es auch möglich werden, solche Ansätze flächendeckend umzusetzen, um so insgesamt zu einer geregelten, bedarfsgerechten außerstationären Gesamtversorgung zu gelangen, die dann auch hinlänglicher finanziert werden kann als bisher. Denn es ist auch für die Krankenversicherung unerträglich, daß stationär so gut wie alles bezahlt werden kann und wird, während im Rahmen der ambulanten Versorgung psychisch Kranker nur das bezahlt werden soll, was eindeutig Medizinbezüge aufweist und zugleich andere notwendige Maßnahmen ausgrenzt.

Entsprechende Bemühungen der Krankenversicherung werden sicherlich begünstigt, wenn die Überlegungen auch Fragen eines evtl. Psychatriebudgets umfassen. Wenn tatsächlich für definierte Versorgungsregionen ein Gesamtbudget aufgestellt werden kann, in das sich alle an der Versorgung Beteiligten einbinden lassen müssen und das durch intelligente Steuerung und ökonomische Anreize dafür sorgt, daß die verfügbaren Ressourcen für die einzelnen Patienten bedarfsgerecht und kostengünstig genutzt werden, sind Befürchtungen zu Kostenausweitungen unbegründet und auch Mischfinanzierungen unter Loslösung vom strengen Einzelleistungs- und Einzelfallbezug durchsetzbar. Es darf nicht dabei bleiben, daß per Zufall oder mangels vorhandener ambulanter Versorgungsstrukturen im Zweifelsfall die stationäre

Versorgungsform gewählt wird. Sie ist am teuersten und möglicherweise für den psychisch Kranken am wenigsten wirksam.

Die Überlegungen zum Psychatriebudget korrespondieren im Prinzip auch mit gesetzgeberischen Ansätzen im Gesundheitsstrukturgesetz von 1993. Nur haben die Ansätze im Gesundheitsstrukturgesetz den Mangel, daß sie sektoral bezogen sind. Es werden getrennte Budgets für die ärztliche Versorgung, zahnärztliche Versorgung, für Arznei- und Heilmittel und für die stationäre Versorgung gebildet, dies auch nur zeitlich begrenzt und überregional. Es ist auch kein vernetztes Gesamtbudget mit der Folge, daß wie bei kommunizierenden Röhren Mehrbelastungen in bestimmten Bereichen zu entsprechenden Kostenentlastungen in anderen Bereichen führen oder umgekehrt.

Wenn es gelingt, die Budgetphilosophie weiter zu entwickeln, zu einem Gesamtbudget zu vernetzen und auch nutzbar zu machen für bestimmte Krankheitsgruppen, beispielsweise für den Bereich der Psychiatrie, wäre sie sicherlich auch eine hilfreiche Strategie, um wünschenswerte Innovationen in der Versorgung zu fördern und nicht zu unterdrücken.

Das Gesamtbudget der gesetzlichen Krankenversicherung hat inzwischen die 200 Mrd. DM-Grenze im Jahr überschritten. Bei dieser Größenordnung ist davon auszugehen, daß erheblicher Rationalisierungsspielraum vorhanden ist, der auch genutzt werden könnte, um eine Finanzierung von verbesserten Angeboten für psychisch Kranke zu realisieren. Aber dies ist leichter gesagt als getan. Es entspricht der Wirklichkeit, daß die an der Versorgung Beteiligten - und dies gilt leider auch für die Psychatrie - einen zunehmenden Konkurrenzkampf untereinander entwickeln. Im Rahmen der Verteilungskämpfe nehmen therapeutisch nicht begründete Egoismen zu und erschweren übergreifende Lösungen oder verhindern sie gar.

Unter finanzierungstechnischen Gesichtspunkten sollte man allerdings auch eines selbstkritisch sehen. Die Krankenversicherung selbst wird sich auch wandeln. Im Moment haben wir es noch mit der gesetzlichen Krankenversicherung in sozialer Ausgestaltung zu tun. Die Krankenversicherung tritt 1996 in den totalen Wettbewerb um Mitglieder ein. Gesetzlich zugewiesene Mitglieder wird es künftig nicht mehr geben. Alle Kassen sind dann reine Wahlkassen. Ich habe die Hoffnung, aber leider nicht die Sicherheit, daß dieser Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auch noch eine Gesundheitspolitik, und dann auch zugunsten der Versichertenkreise zuläßt, die schon bisher nicht im Fokus des Interesses standen. Ich meine speziell die psychisch Kranken.

Ob die Pflegeversicherung, die nach immensen Schwierigkeiten und Wirren gerade zustande gekommen ist, für die Psychatrie und die Versorgung psychisch Kranker eine gelungene Lösung ist, muß sich noch zeigen. Die Frage, ob der Auftrag der Krankenversicherung, die Rehabilitation vor Pflege aus den Mitteln der im Wettbewerb stehenden Kassen zu bestreiten, und nicht zu Lasten der Pflege-Einheitsversicherung gehen zu lassen, richtig plaziert ist und richtig gelebt werden wird, läßt sich noch nicht abschätzen. Da erfolgreiche Rehabilitationsbemühungen der Pflegekasse zugute kommen, wäre eine andere Lösung systemgerechter. Dennoch oder gerade deswegen müssen wir gemeinsam darauf achten, daß psychisch Kranke nicht vorschnell als Pflegefälle definiert und von Therapie- und Rehabilitationsbemühungen ausgenommen werden.

Was die regionale Verantwortung unter Beteiligung der Kostenträger, auch und gerade der Kassen angeht, muß man auch verfolgen, ob die gegenwärtigen Umstrukturierungsprozesse in der Kassenlandschaft mit Zentralisierungstendenzen begünstigend, neutral oder eher problematisch wirken. Denn viele der künftigen Kassen werden vermutlich nicht mehr die Kassen sein, die vor Ort agieren. Es werden

Kassen sein, die sehr viel weiträumiger geschnitten sind, Kassen, die für Länder oder gar bundesweit tätig sind. Ob diese Kassen noch Planungs- und Finanzierungsprozesse, die auf örtliche oder regionale Verhältnisse abstellen, eingeben können, ist zumindest zweifelhaft.

Die Kassen müssen sich allerdings - nicht zuletzt aus Wettbewerbsgründen - umstrukturieren. Das erfordern die Prozesse, die mit dem Gesundheits-Strukturgesetz in Gang gesetzt worden sind. Daß hierdurch regionalspezifische Planungsprozesse und Finanzierungsregelungen eher erschwert als erleichtert werden, liegt auf der Hand. Dies soll allerdings keine Ausrede für mich oder die Krankenversicherung sein, wenn nichts oder Unzureichendes geschieht, sondern nur ein realistischer Hinweis auf das, was in der Krankenversicherung vor sich geht und auch Auswirkungen auf den Bereich der Psychiatrie haben kann, aber hoffentlich nicht haben wird.

Abschlußplenum am 28.04.94 - Anregungen für die weitere Arbeit und Umsetzungsperspektiven

Karl-Ernst Brill

Nach zwei Tagen dicht gedrängter Information wurde das Abschlußplenum als Rahmen genutzt, um ein erstes Resümee über den Arbeitsansatz und die vorgestellten ersten Ergebnisse der Kommission zu ziehen sowie Anregungen für die weitere Arbeit zu formulieren.

Zu den von den Mitgliedern der Kommission vorgestellten konzeptionellen Überlegungen, den Vorschlägen zur personenbezogenen Organisation von Hilfen sowie den vorgelegten Materialien zur klientenbezogenen Ermittlung des Hilfebedarfs, wurde in den Diskussionsbeiträgen durchgängig Zustimmung geäußert und ausdrücklich herausgestellt, daß sie wichtige Ansätze zur Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen beinhalten und die Kommission mithin auf dem richtigen Weg sei.

Zugleich wurde eine Vielzahl von Aspekten genannt, die bei der weiteren Arbeit zu berücksichtigen sind. In ihrer Gesamtheit verdeutlichen diese beispielhaft die Komplexität der Aufgabenstellung und benennen die unterschiedlichen Ebenen, die bei der Entwicklung von Umsetzungsperspektiven zu berücksichtigen sind.

Die hierbei gegebenen Anregungen und formulierten Erwartungen für die weitere Arbeit beinhalten jeweils Teile eines "Puzzles", bei dem auf den ersten Blick manche zusammengehörige Teile überhaupt nicht zusammen zu passen scheinen. Ein zusammenhängendes Bild ergibt sich erst, wenn man auch die verschiedenen Ebenen berücksichtigt:

So wurde in einem Beitrag zum Verfahren bei der klientenbezogenen Ermittlung des Hilfebedarfs darauf hingewiesen, daß bei der Erstellung klientenbezogener Leistungs- bzw. Hilfeprofile herauszustellen ist, daß hierbei der Bedarf aus Sicht des jeweiligen Klienten zu erkunden und nicht nur eine Beurteilung durch Experten zugrunde zu legen ist.

Demgegenüber wurde in einem anderen Beitrag darauf verwiesen, bei der Darstellung des personenbezogenen Ansatzes darauf zu achten, daß er von den Leistungsträgern nicht als zu individualistisch mißverstanden werden kann. In eine ähnliche Richtung zielt die geäußerte Erwartung, daß von der Kommission nicht nur individuelle Hilfebedarfe und Bedürfnisse beschrieben werden, sondern auch Leistungen (tätigkeits- und zielorientiert) in einer Form dargestellt werden, die von allen Beteiligten (insbesondere von Leistungsträgern und Leistungsanbietern) gleichermaßen verstanden werden.

Einen weiteren Schwerpunkt in der Diskussion bildete die Frage der Finanzierungszuständigkeit der Leistungsträger. Hierbei wurde hervorgehoben, daß die Einbeziehung der vorrangigen Leistungsträger und dabei insbesondere der Krankenkassen ein wichtiges Ziel sei, daß aber zugleich auch im Bereich der Leistungszuständigkeit der Sozialhilfe Veränderungen notwendig seien. Dabei wurden vor allem die Neuregelung des Verhältnisses zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger sowie der Verzicht auf die Heranziehung der Betroffenen und unterhaltspflichtiger Angehöriger zu den Kosten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe angesprochen. Daneben wurde bezugnehmend auf die zum 1. Juli 1994 in Kraft tretende Neuregelung im Bundessozialhilfegesetz Wachsamkeit gefordert, damit bei der Umstellung vom bisherigen Verfahren der Vereinbarung von Pflegesätzen auf die Einführung prospektiver Leistungsentgelte (vgl. das Referat von Dr. Gerhard Vigener) die Arbeit der

Kommission nicht zu Kosteneinsparungen zu Lasten der Betroffenen mißbraucht werden.

Im Hinblick auf die Einbeziehung der Leistungserbringer in den weiteren Diskussionsprozeß wurde neben den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern ausdrücklich auch die Berücksichtigung der in eigener Praxis tätigen Anbieter - neben den niedergelassenen Nervenärzten insbesondere auch die niedergelassenen Ergotherapeuten - gefordert.

Schließlich wurden in der Diskussion noch eine ganze Reihe von Erwartungen hinsichtlich der Konkretisierung von konzeptionellen Vorstellungen geäußert, insbesondere zur Entwicklung von Modellen der Koordination und Steuerung auf regionaler Ebene (u.a.: Wer soll an der regionalen Bedarfsplanung beteiligt werden?), zur exemplarischen Darstellung, wie kommunale Pflichtversorgung aussehen kann sowie zur klientenbezogenen Koordination und Steuerung (u.a.: Welche Instanzen bzw. wie viele Personen sind zu beteiligen?). Bei der Entwicklung von Strategien bzw. Konzepten zur regionalen Umsetzung wurde dazu aufgefordert, auch Vertreter aus dem Bereich der Kommunalpolitik und -verwaltung einzubeziehen.

Als besondere Anforderung an die weitere Arbeit der Kommission wurde die stärkere Berücksichtigung der Situation in den neuen Bundesländern formuliert, die von vielfältigen drängenden Probleme beim Aufbau gemeindepsychiatrischer Hilfen geprägt ist.

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

Prof. Dr. Felix Böcker
Ärztlicher Direktor des Medizinischen Nervenkrankenhauses, Bayreuth

Dr. Andreas Crome
Vorsitzender des Arbeitskreises der ärztlichen Leiter (Direktoren) der psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland, Lengerich

Dr. Heinz Döring
Vorsitzender des LV Hessen der Angehörigen psychisch Kranke e.V., Hofgeismar

Dr. Ulrich Gerke
Referent für soziale Rehabilitation und internationale Beziehungen, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt

Prof. Dr. Petra Gromann-Richter
Professorin für Behindertenpädagogik und Soziologie, Fachhochschule Fulda

Rainer Hölzke
Dipl.-Psychologe, Wohnhaus Jüthornstraße, Hamburg, Vorsitzender der "Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen in Hamburg"

Bernhard Jagoda
Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Nürnberg

Klaus Jöllenbeck
Geschäftsführer, Oberbergische Gesellschaft zur Hilfe für psychisch Behinderte mbH, Gummersbach

Volker Kauder
Bundestagsabgeordneter, Mitglied des Vorstandes der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dr. Elisabeth Kludas
Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Bereichsleitung Wohnheimverbund, St. Georg e.V., Gelsenkirchen

Dr. Peter Kruckenberg
Ärztlicher Leiter der Klinik für Psychiatrie, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost

Prof. Dr. Heinrich Kunze
Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bad Emstal/ Kassel

Hartwig von Kutzschenbach
Dipl.-Päd., Leiter von SOFA (Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen), Nürtingen

Knut Lehmann
Dipl. Soziologe, Geschäftsführer des Gesamtverbandes der Suchtkrankenhilfe e.V., Kassel

Dr. Paul Lubecki
Referatsleiter Berufsplanung, AOK- Bundesverband, Bonn

Ralf Möller-Flohr
Geschäftsführer, Vita e.V., Berlin

Dr. Niels Pörksen
Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik, v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Herbert Rebscher
stellv. Geschäftsführer des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

Dr. Christiane Redel
Ministerialrätin, Psychiatriereferentin des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn

Matthias Rosemannn
Geschäftsführer, Träger e.V., Berlin-Reinickendorf / Wedding

Dr. Stephan Rudas
Leiter des Psychosozialen Dienstes und Psychiatriereferent, Wien

Regina Schmidt-Zadel
Bundestagsabgeordnete, Mitglied des Vorstandes der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Dieter Stahlkopf
Sozialpädagoge (grad.), Karl-Bonhoeffer-Klinik, Berlin

Dr. Ingmar Steinhart
Leiter des AWO-Zentrums Dosse-Park, Wittstock

Horst Steinhilber
Dipl.Päd, Psychiatriereferent im Verband Evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung e.V., Diakonisches Werk der EKD, Stuttgart

Eckhard Sundermann
Fachbereichsleiter psychosoziale Hilfen der Inneren Mission - Diakonisches Werk Bochum e.V.

Dr. Gerhard Vigener
Leitender Verwaltungsdirektor, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe

Karl-Dieter Voß
Stellv. Geschäftsführer des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen

Verzeichnis der Kommissionsmitglieder

Arbeitsgruppe der Kommission

66

Andreas Crome, Lengerich
Petra Gromann-Richter, Fulda
Rainer Hölzke, Hamburg
Peter Kruckenberg, Bremen (Vorsitzender)
Heinrich Kunze, Bad Emstal/Kassel (stellv. Vorsitzender)
Dieter Stahlkopf, Berlin

Erweiterte Kommission

Dieter Banaski, Bonn
Gerda Bechmann, Leipzig
Josef Bernardy, Trier
Felix Böcker, Bayreuth
Mechthild Böker-Scharnhölz, Bielefeld
Wolfgang Guth, Alzey
Ulrich Hoffmann, Potsdam
Ulrich Hohenbrink, Münster
Rainer Kukla, Köln
Caspar Kulenkampff, Lübeck
Knut Lehmann, Kassel
Peter Mrozynski, Gauting
Hanns-Georg Poppe, Kassel
Stephan Rudas, Wien
Arnd Schwendy, Köln
Ingmar Steinhart, Wittstock
Karl-Dieter Voß, Essen
Eduard Willis, Weinsberg

Wissenschftliche Mitarbeiter

Karl-Ernst Brill, Recklinghausen
Ulrich Krüger, Bonn

III. Anhang

Die Sprachlosikgkeit der Angehörigen psychisch Kranker - ein Diskussionsbeitrag

Ernst Maß

Anläßlich der APK-Tagung am 27./28. April 1994 fiel wiederum auf, wie wenig Angehörige psychisch Kranker anwesend waren. Dieses muß doch zu denken geben. Allein die bisher ins Feld geführten Gründe wie: Verleugnen der Krankheit aus Scham. Scheu vor einem größeren Auditorium zu sprechen usw. können es allein nicht sein, zumal es sich doch um eine Versammlung handelte, bei der Experten und Betroffene anwesend waren; d.h. kein ersichtlicher Grund gegeben war, sich auch hier zu verstecken. Mag sein, daß vielfach die enorme persönliche Belastung und die bisherigen Erfahrungen mit "Profis" von einer Teilnahme abhielten. Ich möchte aber noch auf etwas aufmerksam machen, was bisher kaum diskutiert wurde und selbst unter Angehörigen nicht gern erörtert wird, nämlich die Rücksichtnahme in den Familien, die ein wichtiges und nicht zu übersehendes und zu unterschätzendes Motiv für eine Zurückhaltung namentlich in der Öffentlichkeit sind.

Der psychisch Kranke fühlt sich - außer in akuten Phasen - verpflichtet, auf die Familie Rücksicht zu nehmen. Er will nicht, daß die Eltern und Geschwister wegen seiner Krankheit beruflichen und gesellschaftlichen Schaden erleiden. Er macht sich häufig in dieser Beziehung große Sorgen, was ihn allerdings auch gesundheitlich beeinträchtigt. In gleicher Weise möchten auch die Eltern nicht, daß durch ihr öffentliches Auftreten der Kranke bloßgestellt wird. Eine öffentliche Aktivität schadet dem Krankheitsverlauf offensichtlich, aber auch den Geschwistern des Kranken. Eine gegenseitige Rücksichtnahme ist sicherlich angezeigt und wird auch erwartet: Wer stellt sich und seine Familie an den Pranger?

Besonderer Beachtung bedarf das, was ich als "Sippenhaftung" bezeichne. Diese wirkt sich besonders gravierend in militärisch, politisch oder technologisch bedeutsamen Bereichen aus. Bei Einstellungsgesprächen wird danach gefragt, ob u.a. Alkoholiker oder psychisch Kranke in der Familie wären. Wiederholt werden die letzten Fragen auch bei der Einstellungsuntersuchung durch den Betriebsarzt.

Auf sehr unterschiedliche Weise wird nach meiner Erfahrung darauf geantwortet: Es wird die Frage verneint, da ja wegen der ärztlichen Schweigepflicht die Diagnose ohnehin nicht bekannt sein kann oder erklärt, daß in der Familie Erbkrankheiten nicht bekannt seien, da z.B. die Vererblichkeit der Schizophrenie ja nicht bewiesen ist usw. Dieses Ausweichen bei derartigen Situationen ist sehr bedrückend und auch das Gewissen belastend und verstärkt sich dann, wenn anschließend bei der betriebsärztlichen Untersuchung die gleichen Fragen beantwortet werden sollen.

Aber hierbei bleibt es nicht. Die Daten werden nach meinen Erkenntnissen einer eingehenden Prüfung (z.B. durch den Militärischen Abschirmdienst) unterzogen, ohne daß den Beteiligten dies bekannt ist.

Angesichts dieser Vorgänge fragt man sich, ob und in welcher Form eine Arbeit in der Angehörigenbewegung mit Rücksicht auf familiäre Interessen verantwortet werden kann, unabhängig von der Gefahr, daß der Kranke durch sein öffentliches Auftreten in einer manischen Phase hier Unheil anrichtet, möglicherweise auch durch Schreiben an die Arbeitgeber in extrem links-pazifistischer unrealistischer Vorgehensweise.

Hat man auch einmal daran gedacht, daß, wie in den Anamnesen der ärtzlichen Berichte und Gutachten, auch in den Personalfragebogen und den Gutachten der Betriebsmediziner umfangreiche Daten Dritter vorhanden sind? Selbst wenn der Kranke in eine Offenbarung einwilligt, kann er das auf keinen Fall bezüglich dieser Drittdaten.

Bei den Drittdaten ist besonders bedenklich und wird von den Angehörigen immer wieder kritisiert, daß diese sich in der Regel nur auf die Erklärungen des Kranken stützten. Sicherlich ist für den Ansatz der Therapie wichtig, wie der Kranke seine Situation und seine Umwelt sieht; jedoch sind diese in den seltensten Fällen objektiv. Werden diese aber anderen zugänglich gemacht, führen sie zu völlig falschen Schlußfolgerungen.

Soweit zur Sprachlosigkeit der Angehörigen. M.E. müßte verboten werden, bei Einstellung nach Erb- oder psychischen Erkrankungen in der Familie zu fragen. Bei Frauen darf nach einer bestehenden Schwangerschaft nicht gefragt werden, um so mehr verbietet es sich, nach Erb- und psychischen Erkrankungen zu fragen. Ich meine, man sollte beim Arbeitsministerium doch den Versuch unternehmen, etwas in dieser Hinsicht zu erreichen.

Vorbemerkung
Seit der Tagung der "Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung" am 27. und 28. April 1994 wurde das Instrument zur Ermittlung des personenbezogenen Hilfebedarfs einschließlich der personenbezogenen Personalbemessung weiterentwickelt und ergänzt. Hierdurch haben sich insbesondere in den Bereichen der Erstellung des Hilfeplans sowie zur Abschätzung des Personalbedarfs Veränderungen gegenüber dem in dem Beitrag von Andreas Crome (Seite 108 ff) beschriebenen Vorgehen ergeben. Im Folgenden ist daher neben der aktuellen Fassung der Instrumente auch die Anleitung zur Handhabung des Instruments dokumentiert.

Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan für psychisch kranke Menschen

(einschließlich personenbezogener Personalbemessung)

- Stand Juli 1995 -

Anleitung	192
Manual Wohnformen (Auszug)	200
Manual Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen	202
Manual Hilfearten und -ausprägungen	210
Erhebungsbögen	
I. Mitwirkung an der Planung des Programms	218
II. Anamnesebogen	220
III. Hilfeplan	227
IV. Personalbedarf	235

Anleitung zur Erarbeitung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms

I. Mitwirkung an der Planung des Programms

I. 1. Bisher an der Behandlung/Betreuung des/der Klient/in beteiligte Einrichtungen/Dienste

Die Erstellung eines integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplanes soll durch ein multiprofessionelles Team, möglichst unter Beteiligung aller Einrichtungen und Dienste erfolgen, die an der Erbringung von Hilfen beteiligt sind.
Hierzu vermittelt die Übersicht zum einen Überblick über in den letzten 12 Monaten sowie aktuell bestehende Behandlungs- und Betreuungskontakte zu verschiedenen Einrichtungen und Diensten und über die aktuell an der Erbringung von Hilfen beteiligten Berufsgruppen.

I. 2. Abstimmung/Koordination/ Behandlungsplanung

Die Fragen zu 2.1 und 2.2 sollen zunächst darüber Auskunft geben, ob bei der bisherigen Erbringung von Hilfen zumindest ansatzweise eine integrierte Behandlungsplanung gegeben war und ob eine koordinierende Stelle (und Bezugsperson) benannt wurde.

Die Fragen zu 2.3 bis 2.6 beziehen sich auf den zu erstellenden integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplan.

Dabei geht es zunächst - anknüpfend an die Übersicht zu 1. um die Frage, welche Einrichtungen und Dienste sowie Berufsgruppen an der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans beteiligt sind.

Die Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans erfordert regelmäßig die Einbeziehung des Klienten/der Klientin insbesondere hinsichtlich der Festlegung der Hilfeziele wie auch im Hinblick auf die Abstimmung der zur Erreichung der Ziele notwendigen Maßnahmen.

Ebenso sind, wenn der Klient/die Klientin einverstanden ist, im Regelfall Angehörige oder relevante Bezugspersonen des Klienten/der Klientin in die Behandlungs-/Rehabilitationsplanung einzubeziehen, um ein möglichst hohes Maß an Übereinstimmung zwischen allen Beteiligten über die angestrebte Zielorientierung, über die realistisch in nächster Zeit zu erreichenden Ziele sowie die hierfür erforderlichen Maßnahmen zu erreichen.

Gleiches gilt ggfls. für die Einbeziehung eines gesetzlichen Betreuers, die insbesondere dann unerläßlich ist, wenn eine Betreuung mit dem Aufgabenkreis "Heilbehandlung" und/oder "Aufenthaltsbestimmung" angeordnet worden ist.

II. Anamnesebogen (Bogen zur Erfassung der sozialen Situation und der Biographie)

Der Anamnesebogen erfaßt Grundinformationen, die auch im Hinblick auf die Art und Ausprägung von Hilfen bedeutsam sind bzw. Anknüpfungspunkte für Hilfen enthalten (z.B. bisherige Lebenssituation, Wohnsituation, Ausbildung und bisherige Berufstätigkeit).

Als eine Voraussetzung für eine möglichst einfache Handhabung des Anamnesebogens, sind in den einzelnen Teilbereichen Raster mit Vorgaben zur Verfügung gestellt worden, die durch ankreuzen auszufüllen sind.

Da ein solches Vorgabenraster aber nur in beschränktem Umfang die im Einzelfall bedeutsamen Aspekte biographischer Entwicklung und der Lebenssituation erfassen kann, wurde bei den einzelnen Teilbereichen jeweils Raum für ergänzende Angaben gelassen, zu denen insbesondere auch subjektive Einschätzungen und Erfahrungen aus Sicht des Klienten/der Klientin gehören.

Im einzelnen gliedert sich der Anamnesebogen in die Bereiche:

II. 1. Sozialdaten: Für den Fall, daß ein gesetzlicher Betreuer bestellt worden ist, sind hier die möglichen Aufgabenkreise der Betreuung nur grob erfaßt. Da das Betreuungsrecht eine möglichst präzise Beschreibung und differenzierte Festlegung von Aufgabenkreisen vorsieht, sind solche Angaben gesondert zu vermerken, ebenso, wenn für bestimmte Aufgabenkreise ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet worden ist.
Des weiteren kann in diesem Zusammenhang von Bedeutung sein, ob die Beschreibung/Festlegung der Aufgabenkreise aus fachlicher Sicht wie auch aus Sicht des Klienten/der Klientin angemessen ist.

II. 2. Lebenssituation: Über die Erfassung der aktuellen Lebenssituation anhand des Rasters hinausgehend können im Einzelfall ergänzend zu erfragende biographische Erfahrungen von großer Bedeutung sein, wie beispielsweise wiederholte Erfahrung von Beziehungsabbrüchen oder Trennungen (beispielsweise früher Tod der Eltern oder eines Elternteils; Scheidung(-en); eigene Erfahrungen im Hinblick auf Partnerschaften wie auch im Hinblick auf Erfahrungen mit einer eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung (z.B., ob jemals die Erfahrung gemacht wurde, allein zu leben und sich selbst zu versorgen).

II. 3. Ausbildung und Berufstätigkeit: Ergänzende Angaben zur Ausbildung und Berufstätigkeit können sich beispielsweise auf das Nachholen eines (höheren) Schulabschlusses zu einem späteren Zeitpunkt beziehen oder auf Aspekte der Berufswahl (z.B. von wem ging die Initiative zur Ausbildung ein einem Beruf aus, entsprach die Berufswahl den Neigungen/Fähigkeiten; welche Ziele wurden mit der schulischen und/oder beruflichen Ausbildung verfolgt?).

II. 4. Spezifische Interessen und Neigungen können wichtige Hinweise für die Zielorientierung wie auch Ausgestaltung von Hilfen geben.

II. 5. Psychiatrische Behandlung/Krankengeschichte: Ergänzend können hier insbesondere Aspekte der Bewertung vorausgegangener Behandlungen und Rehabilitationsversuche durch den Klienten/die Klientin, die Bezugspersonen, die therapeutischen Mitarbeiter/innen von Bedeutung sein.

II. 6. Ergänzende Angaben zur Anamnese
Sofern ergänzende Angaben zur Biographie, wie sie insbesondere zu den Punkten 1. bis 3. bereits oben angesprochen worden sind, nicht direkt vermerkt worden sind, besteht hier zunächst bei 6.1 Raum, diese zu vermerken.
Die Fragen zu 6.2 beziehen sich auf Veränderungen in dem unmittelbar zurückliegenden Zeitraum. Bei der Erstanamnese sollen sie einen Überblick über Änderungen in der Lebenssituation in dem zurückliegenden Zeitraum von 3, 6 oder 12 Monaten ermöglichen.
Da im Laufe eines Hilfeprozesses Veränderungen im Bereich der Lebenssituation des Klienten eintreten können, sind die bei 6.2 enthaltenen Fragen in einem Ergänzungsbogen nochmals zusammengefaßt.

Dieser Ergänzungsbogen ist bei jeder Fortschreibung des Behandlungs-/Rehabilitationsplanes auszufüllen. Er ermöglicht eine Ermittlung und Erfassung der zwischenzeitlich eingetretenen Veränderungen, die zur Überprüfung der im bisherigen Behandlungs-/Rehabilitationsplans angestrebten Ziele wie auch zu dessen Fortschreibung bedeutsam sind. Darüber hinaus ist ggfls der Anamnesebogen durch wichtige neue Informationen zu vervollständigen.

II. 7. Ergänzende Angaben zur aktuellen Behandlungs-/Betreuungssituation
Von besonderer Bedeutung sind hier vor allem Angaben zu Mängeln im Bereich der (Ausgestaltung) von Hilfeangeboten - wie z.B. (Tendenz zu) Unter- oder Überversorgung - sowie Hinweise auf Hilfen und Maßnahmen, die sich als hilfreich bzw. nicht hilfreich erwiesen haben.

II. 8. Zusammenfassende Beurteilung
Hierbei geht es um eine erste Beschreibung und Verdeutlichung der vorrangigen Probleme, die im Rahmen eines integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans zu lösen sind. Die Darstellung der vorrangigen Probleme soll dabei auf die Ebenen bezogen sein, auf denen die Hilfen zu organisieren sind.

Hierzu wird eine Differenzierung zwischen den Ebenen der psychischen Störungen, den Folgen der Erkrankung/Behinderung in den Bereichen der Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen sowie der Lebensfelder/-bereiche
- Selbstversorgung/Wohnen,
- Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung,
- Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

vorgenommen.

Die hier eingeführte Unterscheidung von psychischen Störungen und lebensweltbezogenen Fähigkeitsstörungen wird später im Hilfeplan wieder aufgenommen.

III. Hilfeplan

Aufgabe und Zielsetzung des Hilfeplans
Der Hilfeplan umfaßt eine Beschreibung der
- aktuellen Wohnsituation sowie der angestrebten Veränderungen (anhand der Eingliederungsbögen),
- Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des Klienten/der Klientin im Hinblick auf die angestrebten Veränderungen,
- im Umfeld zur Erreichung dieser Ziele vorhandenen und zu berücksichtigender Ressourcen,

- vorrangigen therapeutischen Ziele und die hierzu erforderlichen Maßnahmen (Art und Intensität notwendiger psychiatrischer Hilfen)
- verbindlich vereinbarten Zuständigkeiten im Rahmen der Durchführung des Hilfeplans.

III 1. Die Eingliederungsbögen

Ziel und Aufgabe der Eingliederungsbögen ist

a) einen Überblick über aktuelle Wohnsituation und die Struktur des gegenwärtigen Tages- / Wochenablaufs zu erhalten (Eingliederungsbogen A);

b) mit dem Klienten (sowie ggfls. des gesetzlichen Betreuers und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld) abzustimmen und festzulegen, ob und in welchen Bereichen (hinsichtlich Wohnsituation, Tages- und Wochenablauf) Veränderungen in der nächsten Zeit (entsprechend dem im Hilfeplan vorgesehenen Zeitraum von 3, 6 oder 12 Monaten) angestrebt werden (Eingliederungsbögen B und C).

Hierbei ist zu berücksichtigen: Das bestehende System an psychiatrischen Hilfen ist in den einzelnen Regionen unterschiedlich ausgebaut und entwickelt bezüglich

- der vorhandenen Hilfeangebote für die verschiedenen Zielgruppen in den Bereichen Behandlung (im engeren Sinne) sowie rehabilitativer Hilfen in den Bereichen Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/arbeitsähnliche Beschäftigung/Ausbildung, Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben;

- der Zugänglichkeit (z.B. Niedrigschwelligkeit, Versorgungsverpflichtung) und der qualitativen Ausgestaltung der Hilfen;

- der Möglichkeit der Abstimmung und Koordination der Hilfen zu einem integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsprogramm;

- der Finanzierung der Hilfen u.a..

Nicht selten werden eine vom Klienten gewünschte, angemessene Lebensgestaltung bzw. die dafür erforderlichen Hilfen nicht realisierbar sein. Die konkrete Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (***Eingliederungsbogen B***) muß deshalb das bestmögliche Vorgehen bei der gegebenen regionalen Situation wählen. Wenn dabei von der angestrebten Lebensform stark abgewichen wird, diese aber unter verbesserten Rahmenbedingungen erreichbar wäre, sollte ein zweiter, gegenwärtig nicht umsetzbarer Eingliederungsplan (***Eingliederungsbogen C***) erstellt werden.

Im Eingliederungsbogen B ist zunächst die mit dem Klienten abgestimmte und unter den gegebenen regionalen Bedingungen realistisch angestrebte Form des Wohnens sowie der Tages-/Wochengestaltung festzuhalten.

Im Eingliederungsbogen C geht es um die Darstellung der (eigentlich) angestrebten und angemessenen, in der Region aber gegenwärtig (noch) nicht realisierbaren Veränderung der Lebenssituation.

Die sich aus etwaigen Diskrepanzen zwischen Eingliederungsbogen B und C ergebenden Konsequenzen für den Klienten bzw. die Behandlungs-/Rehabilitationsplanung sind in der Begründung/Erläuterung zum Eingliederungsbogen (1.4) zu vermerken.

Daneben ergeben sich aus den ermittelten Diskrepanzen auch wichtige Hinweise und Orientierungsdaten für die Notwendigkeit der Weiterentwicklung und Flexibilisierung der Hilfen in der Region.

Bei der Ermittlung der aktuellen wie auch der angestrebten Struktur der Tagesgestaltung/Arbeit geht es nicht um eine "rund-um-die-Uhr" Erfassung. Zeiten ohne strukturierte Tätigkeit (Muße, Entspannung, "Nichtstun") werden hier nicht gesondert erfaßt. Sofern ein/e Klient/in mehr (oder auch weniger) Zeit ohne strukturierte Tätigkeit anstrebt, ergibt sich diese Veränderung implizit über eine Verringerung (oder Erhöhung) des Anteils unstrukturierter Tätigkeiten. Die in dem Bogen enthaltene Abfolge der verschiedenen Formen der Tagesgestaltung/Arbeit beinhaltet keine Wertungshierarchie.

Zum Ausfüllen der Eingliederungsbögen

Wohnsituation
Einzutragen ist die gegenwärtige bzw. die angestrebte Wohnsituation. Für die Abstimmung der angestrebten Wohnsituation mit dem Klienten/der Klientin ist ggfls. das **Manual Wohnformen** als Leitfaden bzw. Orientierungsrahmen zu nutzen.

Formen der Tagesgestaltung und Arbeit

Definitionen:

1. Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung
Hierzu gehören alle regelmäßigen Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung wie z.B. Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Wohnraumreinigung und Kleiderpflege.

2.a Tätigkeiten für andere
Dieser Bereich umfaßt alle Aktivitäten, die sich auf die Bedürfnisse anderer ausrichten und/oder nur mit anderen zusammen vollbracht werden können. Dazu gehören sowohl auf gemeinsame oder auf die Bedürfnisse anderer ausgerichtete Tätigkeiten im unmittelbaren Familien- oder Freundeskreis (z.B. hauswirtschaftliche Mitversorgung) wie auch solche in weiteren soziokulturellen Zusammenhängen, wie beispielsweise ehrenamtliche oder gering bezahlte Mitarbeit in Vereinen und Verbänden, Kontakt- und Begegnungsstätten, Tagesstätten und Firmen.

2.b Teilnahme an speziellen Trainingsangeboten
Zu diesem Bereich gehören z.B. die Teilnahme an gezielter Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Bewegungstherapie oder die Teilnahme an kommunikationsfördernden Gruppen. Dem Training und der Erprobung funktionaler Kompetenz sind auch mehr oder weniger unterstützte "Schnupperpraktika" oder Hospitationen im gewünschten Aktivitäts- oder Berufsbereich - sowohl im beschützten Bereich wie auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt -, nicht aber gezielte berufsfördernde Rehabilitationsleistungen wie Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen (siehe 2.c) zuzurechnen.

2.c Qualifikation / Ausbildung
Hier sind alle Maßnahmen der schulischen und beruflichen Bildung und Ausbildung einschließlich Fortbildung sowie betrieblichen und überbetrieblichen berufsbezogenen Praktika zu berücksichtigen. Auch spezielle Maßnahmen der medizinischen (Belastungserprobung) und beruflichen Rehabilitation (berufsbildende und -fördernde Maßnahmen, Arbeitserprobung) gehören dazu, ebenso ggfs. das Arbeitstraining in der WfB.

2.d Einkommen sicherndes Beschäftigungsverhältnis
Hierbei geht es um alle Arten von Arbeitseinkommen, also auch um Zuverdienstmöglichkeiten zu anderen (Versorgungs-) Bezügen (z.B. Rente, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz) oder um zeitlich befristete Beschäftigungsverhältnisse (z.B. im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen der Bundesanstalt für Arbeit oder von Arbeitsgelegenheiten, die auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes eingerichtet worden sind). Die Arbeitsverhältnisse können in Sonder- oder Mischformen (WfB, Selbsthilfe-/Integrationsbetriebe) oder auch als durch Mittel und Instrumente des Schwerbehindertengesetzes (Lohnkostenzuschüsse, psychosozialer Fachdienst der Hauptfürsorgestellen) gestützte Beschäftigungsformen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen.

3. Gestaltung frei verfügbarer Zeit
In diesem Bereich geht es insbesondere um Tätigkeiten, die der Pflege von Neigungen und Interessen dienen. Hierzu gehört ein breites Spektrum von unterschiedlichen Beschäftigungen und Aktivitäten, beispielsweise

- von anderen abgesonderte, individuelle Beschäftigungen (von eher passiv-rezeptiven aber aktiv gewählten, wie beispielsweise Musikhören, Fernsehen über Sammeln bis hin zu produktiven oder kreativen Hobbies);
- Tätigkeiten oder Beschäftigungen außerhalb des Wohnbereichs, von Spaziergängen über das Aufsuchen von (beschützten) Kontaktangeboten bis hin zum Besuch von kulturellen, sozialen, oder sportlichen Veranstaltungen.

Handhabung der Eingliederungsbögen

In den einzelnen Rubriken sind für die verschiedenen Formen der Tagesgestaltung und Arbeit zum einen unter Verwendung der vorstehenden Definitionen in den Textfeldern jeweils die konkreten Formen der Tätigkeit, zum anderen die konkreten Zeitwerte einzutragen.

Bei den Zeitwerten soll das Ziel am Ende des Planungszeitraumes angegeben werden, wenn eine schrittweise Veränderung in einzelnen Bereichen angestrebt wird.

> ***Beispiel*** Gegenwärtig erfolgt keine Teilnahme an speziellen Trainingsangeboten außerhalb des Wohnbereichs. In einem ersten Schritt soll zunächst an einem Tag in der Woche eine solche Tätigkeit (z.B. in einer Cafeteria) für zwei bis drei Stunden ausprobiert werden und ggfs. langsam auf eine regelmäßige Tätigkeit an vier oder fünf Tagen/Woche mit jeweils vier Stunden als "Endziel" innerhalb der nächsten sechs Monate gesteigert werden. Letzteres ist anzugeben.

Ebenso besteht die Möglichkeit, daß innerhalb eines Zeitraumes Veränderungen in verschiedenen Bereichen aufeinander aufbauen, beispielsweise wenn innerhalb des Zeitraumes eine Ausbildung oder ein

Einkommen sicherndes Beschäftigungsverhältnis aufgenommen werden soll bzw. angestrebt wird, zunächst jedoch eine Belastungs- oder Arbeitserprobung vorgesehen ist. In solchen Fällen sind nachfolgend unter 1.4 Anmerkungen zu machen.

III 1.4 Begründungen/Erläuterungen zu den Eingliederungsbögen

Hier sind Besonderheiten, z.B. gestufte Veränderungen, darzustellen. Außerdem ist auf etwaige Diskrepanzen zwischen "eigentlich angestrebten und angemessenen Veränderungen" (Eingliederungsbogen C) und den unter denen gegebenen Bedingungen regional realisierbaren Veränderungen (Eingliederungsbogen B) und deren Auswirkungen auf die Behandlungs-/Rehabilitationsplanung kurz zu benennen sowie Erläuterungen von angestrebten Veränderungen wie auch ergänzende Anmerkungen zu den beispielhaft aufgeführten Aspekten (Bedürfnisse/Vorstellungen des/der Klienten/in, Einwänden oder Bedenken der übrigen Beteiligten, mögliche Alternativen zu den in den Eingliederungsbögen angegebenen Formen der Eingliederung) zu dokumentieren.

Für die nächsten Schritte bitte den **Übersichtsbogen** (Seite B - 14a) ausklappen.

III. 2. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des Klienten/der Klientin im Hinblick auf die Umsetzung des Eingliederungsplans
(Übersichtsbogen, linke Seite)

Die linke Seite des Übersichtsbogens sind die Ergebnisse der mit Hilfe des *Manuals "Fähigkeiten und Beeinträchtigungen"* durchgeführten Erhebung anzukreuzen. Sollte im Einzelfall eine eindeutige Zuordnung zu den Abstufungen (+ / 0 bis 3) nicht möglich sein, können auch zwei Felder angekreuzt werden.
Leitfrage ist dabei, in welchen Bereichen ***im Hinblick auf die angestrebte Lebensform*** in den einzelnen Teilbereichen Fähigkeiten vorhanden und verfügbar sind oder Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bestehen.

Bei einigen Teilbereichen ist es möglich, daß diese entfallen, beispielsweise, wenn keine körperliche Erkrankung/Behinderung vorliegt oder wenn keine Partnerschaft/Ehe besteht. In dem Übersichtsbogen ist dann in dem jeweiligen Teilbereich keine Eintragung vorzunehmen.

III. 3. Bedeutsame Ressourcen im Umfeld des Klienten/der Klientin
(Übesichtsbogen, mittlere Spalten)

Entsprechend dem Grundsatz, daß qualifizierte psychiatrische Hilfen nur dann und nur dort zum Tragen kommen sollen, wo sie unabdingbar notwendig sind, ist zunächst zu ermitteln, ob und in welchem Umfang Hilfspotentiale im unmittelbaren sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde, Nachbarn usw.) bzw. im Rahmen von Diensten und Einrichtungen aus dem Bereich der medizinischen oder sozialen Regelversorgung vorhanden bzw. zu erschließen sind.

Diese Hilfen bzw. Hilfspotentiale sind in den Erläuterungen kurz aufzuführen und im Hinblick auf ihre Bedeutung für den Klienten bzw. die angestrebten Hilfeziele zu beschreiben.
Daneben ist in der ersten Spalte des Übersichtsbogens anzukreuzen, ob gegenwärtig nichtpsychiatrische Hilfen bzw. Hilfspotentiale verfügbar sind. In der dort aufgeführten Stufung ist anzukreuzen

0 wenn keine Hilfen/Hilfspotentiale
1 wenn geringe Hilfen/Hilfspotentiale
2 wenn wesentliche Hilfen/eine deutliche Unterstützung

in dem jeweiligen Teilbereich vorhanden und verfügbar sind.

Bei der Planung psychiatrischer Hilfen (siehe III 4. und 5.) ist zu beachten, ob und in welchem Umfang ggfls. zur Erschließung, zum Erhalt bzw. zur Förderung vorhandener nichtpsychiatrischer Hilfen spezifische Maßnahmen erforderlich sind (z.B. fachliche Anleitung/Begleitung, Erschließung/Bereitstellung von Angeboten zur Entlastung).

III.4. Vorrangige therapeutische Ziele und Maßnahmen

In diesem Bogen sind die vorrangigen therapeutischen Zielsetzungen und die darauf ausgerichteten vorrangigen Maßnahmen im Hinblick auf die im Eingliederungsbogen angestrebte Lebensform zusammenfassend darzustellen. (Eine Detailplanung geht über den Rahmen dieses Instruments hinaus und ist für die Durchführung des Behandlungs- und Rehaplans ergänzend zu leisten.)
Erfahrungsgemäß ist die Formulierung konkreter Zielsetzungen bezogen auf die psychischen Störungen und die Fähigkeitsstörungen in einem Behandlungs- und Rehabilitationsplan besonders schwierig. Bitte lassen Sie sich hiervon nicht entmutigen. Eine grobe, stichwortartige Skizzierung vorrangiger Zielsetzungen genügt. Entsprechendes gilt für die Darstellung der zugehörigen Maßnahme. Hier genügen Stichworte zur Methodik (z.B. regelmäßige Familiengespräche, täglich Arbeitstherapie).

III. 5. Art und Intensität notwendiger Hilfen
(Übersichtsbogen, rechte Spalte)

Hierzu ist das ***Manual "Hilfearten und -ausprägungen"*** zu nutzen. Bezogen auf die im Eingliederungsbogen B angestrebte Lebensform und die vorrangigen therapeutischen Ziele und Maßnahmen geht es hier um eine differenzierte Abstufung der notwendigen psychiatrischen Hilfen. (Bitte beachten Sie, daß nicht jede Fähigkeitsstörung einen Hilfebedarf auslöst!)
Außerdem ist anzukreuzen, ob es sich um einzel- oder gruppenbezogene Hilfen handeln soll. In den Erläuterungen sollte insbesondere auf konzeptionelle Zusammenhänge und mögliche Überlappungen der Hilfearten hingewiesen werden.

III. 6. Durchführung des Hilfeplans

Hier ist zunächst festzulegen, welche Dienste und Einrichtungen (ggfls. Arbeitsbereiche) verantwortlich in die Durchführung des Hilfeplans bezogen auf die einzelnen Funktionsbereiche zu beteiligen sind.

Im weiteren sind dann die für die Koordination und Abstimmung der Durchführung des Hilfeplans verantwortliche Bezugsperson des Klienten/der Klientin zu bestimmen und schließlich Angaben zur fortlaufenden Abstimmung des Hilfeplans einzutragen.

Die sozialrechtliche Zuordnung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogramms erfolgt nach den Zuständigkeitsregelungen des gegliederten Systems der Sozialen Sicherung und der Prüfung, ob der Klient/die Klientin die individuellen sowie die versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt.

IV. Personalbedarf

IV. 1. Leistungsbogen zur Ermittlung des Zeitbedarfs

Zur Ermittlung des Zeitbedarfes für die im Einzelfall notwendigen psychiatrischen Hilfen enthält der Leistungsbogen ein Raster von funktional differenzierten Hilfen und Maßnahmen.

Dieser Bogen ist zunächst im Hinblick auf die geplanten und realisierbaren Veränderung der Lebenssituation (***Hilfeplan, Eingliederungsbogen B***) auszufüllen.

Wurde im Hilfeplan auch der Eingliederungsbogen C ausgefüllt, weil Diskrepanzen zwischen der geplanten und realisierbaren und der angemessenen, aber gegenwärtig regional nicht realisierbaren Form der Eingliederung bestehen, bitte wenn irgend möglich den der Leistungsbogen ein weiteres Mal in Bezug auf den *Eingliederungsbogen C* auszufüllen.

Handhabung des Leistungsbogens

In der ersten Spalte des Bogens enthält die vier Funktionsbereiche mit den Hilfen in den Bereichen
- ambulante Behandlung,
- Selbstversorgung, Wohnen,
- Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung und
- Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Bei der Differenzierung dieser Funktionsbereiche ist zu berücksichtigen, daß es im Hinblick auf die in den einzelnen Funktionsbereichen erbrachten Hilfen und Maßnahmen zum Teil erhebliche Überschneidungen geben kann.

Der Funktionsbereich ambulante Behandlung umfaßt hier die Hilfen und Maßnahmen, die oft auch eine lebensfeldbezogene Perspektive haben, aber in der Regel nicht im Lebensfeld des Klienten/der Klientin zu erbringen sind.
Demgegenüber umfassen die folgenden Funktionsbereiche Hilfen und Maßnahmen zur Behandlung und Rehabilitation, die in der Regel unter stärkerer Einbeziehung des Lebensfeldes des Klienten bzw. im jeweiligen Lebensfeld selbst erbracht werden.

Diese Unterscheidung zwischen lebensfeldbezogenen Hilfen und Hilfen, die im Lebensfeld erbracht werden, ist insbesondere für die Bestimmung des Umfangs und der Häufigkeit von soziotherapeutischen Maßnahmen von zentraler Bedeutung.

Während die Personalverordnung Psychiatrie (Anlage 1 zu § 4 Abs. 1) unter *Soziotherapie* "alle handlungsorientierten Einflußmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld" versteht und mithin alle lebensfeldbezogenen fördernden Hilfen umfaßt, wird ***hier im Funktionsbereich "ambulante Behandlung" eine engere Definition zugrundegelegt: Soziotherapie umfaßt***
- entlastende und Orientierung gebende Gespräche im Sinne einer verhaltens- und ge-

sprächstherapeutischen stützenden Begleitung sowie
- Maßnahmen zur Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses
umfassen.
Unter Soziotherapie wird hier nur die therapeutische und koordinierende Begleitung durch eine Bezugsperson verstanden, unter Ausschluß des lebensfeldbezogenen Kompetenztrainings (das evtl. ganz oder teilweise von der gleichen Person durchgeführt wird).

Bei den lebensfeldbezogenen Funktionsbereichen Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung, Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist zu berücksichtigen, daß die gegenwärtig bestehenden institutionellen Hilfeangebote jeweils ein mehr oder weniger breites Spektrum von Hilfen anbieten. Dieses Spektrum von Hilfen ist zum Ausfüllen des Leistungsbogens in seine lebensfeldbezogenen Bestandteile zu zerlegen.

Zur Veranschaulichung zwei Beispiele:

a) Hilfen im Bereich des "Betreuten Wohnens"
Hilfen im Bereich dieser Hilfeform können je nach regionaler Ausprägung und Entwicklung und Hilfebedarf des/der einzelnen Klienten/Klientin umfassen
- soziotherapeutische Maßnahmen (im o.g. Sinne),
- Unterstützung/Hilfen zur Selbstversorgung und im Wohnbereich,
- Unterstützung/Hilfen zur Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und
teilweise auch begleitende Hilfen im Bereich Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung.

b) Hilfen im Rahmen einer "Tagesstätte"
Die in einer Tagesstätte erbrachten Hilfen können, je nach konzeptioneller Orientierung und Ausgestaltung des Hilfeangebotes Maßnahmen umfassen, die
- Fähigkeiten zur Selbstversorgung fördern,
- Arbeitsfähigkeiten trainieren oder auch ein regelmäßiges Arbeits- und Beschäftigungsangebot (Zuverdienst) bieten,
- der Freizeitgestaltung und/oder der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dienen.

Unabhängig davon, welcher Dienst oder welche Einrichtung letztlich die im Einzelfall notwendigen Hilfen erbringen soll, sind im Leistungsbogen klientenbezogen die einzelnen Maßnahmen so gut wie möglich abzugrenzen, um Überlappungen (und damit überhöhte Zeitbedarfe) zu vermeiden.

Spalte 2: Zahl der Klienten / Mitarbeiter
Hierzu sind zu den einzelnen Maßnahmen in der zweiten Spalte zunächst jeweils die Zahl der beteiligten Klienten und Mitarbeiter einzutragen.
Bei der Zahl der Klienten ist mit Ausnahme von Gruppenangeboten jeweils ein Klient bereits als Vorgabe in dem Bogen enthalten. Bei Gruppenangeboten ist jeweils die durchschnittliche Zahl der Klienten pro Mitarbeiter anzugeben.
Da bei Gruppenangeboten bei der Zahl der Mitarbeiter bereits "eins" als Vorgabe eingetragen ist, wäre dementsprechend bei einer Gruppe von 12 KlientInnen, die von 2 MitarbeiterInnen geleitet wird als durchschnittliche Gruppengröße 6 KlientInnen anzugeben; bei einer Gruppengröße von durchschnittlich 9 Klientinnen, die von 2 MitarbeiterInnen geleitet wird, sind dann je MitarbeiterIn durchschnittlich 4,5 KlientInnen einzutragen.

Bei einigen einzelfallbezogenen Maßnahmen im Bereich der ambulanten Behandlung, insbesondere Diagnostik/Behandlungsplanung, Soziotherapie mit Partner/Familie sowie Krisenintervention ist jeweils die durchschnittliche Zahl der beteiligten MitarbeiterInnen einzutragen.

Spalte 3: Dauer
Hier ist jeweils die durchschnittliche Dauer von klientenbezogenen Aktivitäten einzutragen. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß neben der Kontaktzeit etwaige Wegezeiten wie auch Zeiten zur Nachbereitung/Dokumentation und sonstige Tätigkeiten für den Klienten mit einzubeziehen sind.
Dauert also der persönliche Kontakt durchschnittlich 40 Minuten und es werden 10 Minuten Wegezeit sowie 5 Minuten für die Dokumentation benötigt, sind dementsprechend 55 Minuten als durchschnittliche Dauer einzutragen.

Spalte 4: Häufigkeit
Hier ist nur in der jeweils zutreffenden Spalte die durchschnittliche Haufigkeit der Kontakte anzugeben.
Sollte eine Maßnahme z.B. 14-tägig notwendig sein (beispielsweise Soziotherapie), so ist entweder in der Spalte "Häufigkeit je Woche" 0,5 anzugeben oder in der Spalte "Häufigkeit je Quartal" 6,5 (ein Quartal umfaßt regelmäßig 13 Wochen).

Letzte Spalte nicht ausfüllen!

Anwesenheitsdienst/Hintergrunddienst
Der erforderliche Personalschlüssel ist anzukreuzen.
a) Anwesenheitsdienst
Bei Anwesenheitsdienst (einschließlich Nachtdienst) muß sich eine Betreuungsperson immer im Lebensfeld aufhalten und in Abständen aktiv beobachten.

Hierbei ergebe sich bei den angegebenen Personalschlüssel folgende Mitarbeiter/Klienten-Relationen:
Personalschlüssel 1 : 5 entspricht 1 Mitarbeiter für 16 Klienten,
Personalschlüssel 1 : 10 entspricht 1 Mitarbeiter für 33 Klienten. [1)]
b) Hintergrunddienst
Hierbei ergeben sich bei den angegebenen Personalschlüsseln folgende Mitarbeiter/Klienten-Relationen:
Personalschlüssel 1 : 20 entspricht 1 Mitarbeiter für 40 Klienten,
Personalschlüssel 1 : 40 entspricht 1 Mitarbeiter für 80 Klienten. [2)]

IV. 2. Personalschlüsselbogen

Der Personalschlüsselbogen stellt eine vereinfachte Zuordnung des Personalbedarfs zum Hilfeplan dar.
Hier ist den verschiedenen Funktionsbereichen ein Personalschlüssel zuzuordnen. Um die Zuordnung zu erleichtern, sind in jeder Zeile die sich daraus ergebenden Zeitwerte je Woche für klientenbezogene Tätigkeiten aufgeführt (Kontaktzeiten, Wegezeiten, Dokumentation, andere Tätigkeiten für den Klienten, wie Behördenkontakte, Umfeldkontakte, Abstimmung der Hilfen u.a.).
Von der Gesamtarbeitszeit (38,5 Stunden/Woche) wurden hierzu abgezogen: 20 % Ausfallzeit, 33 % Zeit für mittelbar klientenbezogene Tätigkeiten (insbesondere: Rüstzeit, Organisation, Arbeit in Gremien, Verwaltung, Supervision und Fortbildung).

Achtung:
Beim Ausfüllen des Personalschlüsselbogens ist die Gefahr noch größer als beim Leistungsbogen, durch ungenügende Abgrenzung der Funktionsbereiche zu überhöhten Personalbemessungen zu gelangen!

Zu Anwesenheitsdienst/Hintergrunddienst siehe die Erläuterungen zu IV. 1.

1) Es wird davon ausgegangen, daß tagsüber zu rund 50 % andere Tätigkeiten ausgeführt werden können (unmittelbare Hilfen, Organisation, Hintergrunddienst u.a.), nachts zu rund 25 %, D.H., von 98 Stunden/Woche Tagesdienst fallen 49 Stunden/Woche, von 70 Stunden/Woche Nachtdienst 52,5 Stunden/Woche auf den Anwesenheitsdienst, zusammen 101,5 Stunden/Woche - entsprechend 3,3 Vollzeitkräfte. Wenn eine diensthabende Person etwa 33 Klienten betreuen kann, ist dies ein Schlüssel von 1 : 33; bei 16 Klienten von 1 : 5.

2) Eine rund-um die-Uhr Bereitschaft muß pro Woche 168 Stunden abdecken. Es wird davon ausgegangen, daß von dieser Zeit effektiv 25 % für den Hintergrunddienst anzusetzen sind (in den verbleibenden 75 % kann der Hintergrunddienst andere Tätigkeiten ausüben).
25 % von 168 Stunden = 42 Stunden.
Bezogen auf ein regionales "Verbundsystem Wohnen" wären dann
- bei rund 80 Klienten/Klientinnen je Klient / Klientin durchschnittlich 0,5 Std/Woche - dies entspricht einem Personalschlüssel von 1 : 40
- bei rund 40 Klienten/Klientinnen je Klient / Klientin durchschnittlich 1,0 Std/Woche - dies entspricht einem Personal-schlüssel von 1 : 20
anzusetzen

Manual Wohnformen

Das Manual Wohnformen bietet einen Leitfaden und Orientierungsrahmen, der gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin durchgegangen werden soll, um dessen/deren subjektive Präferenz, Wünsche und Gewichtungen hinsichtlich der Wohnform herauszufinden.

Bei der Wahl der Wohnform steht die Entscheidung des Klienten/der Klientin im Vordergrund. Als Entscheidungshilfe für diese Wahl sehen wir es als wichtig an, gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin die Vor- und Nachteile der einzelnen Wohnformen zu besprechen.

In dieser Zielsetzung bietet das Manual Wohnformen einen Überblick über die zentralen Strukturmerkmale der einzelnen Wohnformen sowie die mit den einzelnen Wohnformen verknüpften Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Alltagsgestaltung. Das Manual bietet dabei nur einen strukturellen Orientierungsrahmen, der jeweils um Aspekte der spezifischen regionalen Situation zu ergänzen ist.

Aus dem Manual Wohnformen ist nachfolgend nur die Übersichtstabelle mit zentralen Strukturmerkmalen dokumentiert.

Übersichtsbogen Wohnformen (im Verbund)

verschiedene Wohnformen unterscheiden sich in bezug auf:	Großgruppenwohnen (GGW)	Wohnverbundanlage (WV)	Kleingruppenwohnen (KGW)	Einzelwohnen (EW)
(1) Objektive Rahmenbedingungen: Räumliche Verhältnisse für Schlafen, Sanitärbereich, Essen,/Küche, Freizeit	Mehr als 5 Personen teilen sich Sanitärbereich, Wohnzimmer, Speiseraum/Küche (z.B. Stationen mit 16 oder mehr Personen)	Je nach Wohnform wie bei KGW / EW, im Übergang auch wie bei GGW	Bis 5 Personen in Einzel- und Doppelzimmern, die sich Sanitärbereich, Wohnzimmer, Eßraum/Küche usw. familienähnlich teilen	Eine Person (ggfs mit Partner/in) in Ein- bzw. Zwei-Zimmer-Wohnung oder Appartement. Weitere Einheiten (auch Gruppenwohnungen usw.) sowie Stützpunkte für professionelle oder sachliche Hilfen (z.B. für Wäschereinigung, Essen) oder Kontaktstelle/Tagesstätte für den Bewohner selbständig erreichbar
Vertragsform	Heimvertrag	möglichst Miet-/Untermietvertrag	möglichst Miet-/Untermietvertrag	Mietvertrag Untermietvertrag
(2) Sicht der/ des Betroffenen: Subjektive Präferenz des/ der Bewohners/-in, Bedürfnis nach Privatsphäre, Rückzug von Kontakten, individuelle Lebensform	Bewohnerin wünscht Gemeinschaftsleben und akzeptiert (stark) eingeschränkte Privatsphäre, subjektiv entlastet durch vorgegebene Raumgestaltung, soziale Regeln, allgemeine Versorgung. Gegenseitige Unterstützung möglich. Anpassung an institutionelle Lebensform.	Je nach Wohnform wie bei GGW, KGW, EW. Möglichkeit Wohnform innerhalb eines gewohnten/vertrauten Umfeldes zu wechseln	Anerkannte Wohnform für junge Menschen, beziehungsarme Personen (Nutzerinnengemeinschaft) Gruppen mit spezieller Ausrichtung (z.B. Frauenwohngruppen); persönliche Wohnraum und gemeinschaftliche Wohnungsgestaltung. Alltagsbewältigung mit gegenseitiger Absprache und Unterstützung, ggfs. auch verteilte Spezialisierung; soziale Regeln gemeinschaftlich gestalten. Sozialer Rückzug von sowie soziale Kontrolle durch Mitbewohnerinnen möglich	Eigene Privatsphäre selbst gestalten und volle Kontrolle über Kontakt zu Dritten. Kontakte zu anderen im Verbund betreuten Personen wie zu anderen Menschen gleichermaßen möglich. Binnenspannungen wegen Problemverhalten minimiert.
(3) Hilfebedarf aus Therapeutensicht: Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, medizinische/ pflegerische/ psychische Betreuung, Kontrolle	Professionelle Unterstützung, Betreuung, Kontrolle: am einfachsten zu realisieren bei hohem Hilfebedarf wegen - körperlicher Gebrechen - Antriebsmangel - Orientierungsstörung - Selbst- und/oder Fremdgefährdung/Problemverhalten Gefahr der Pauschal- oder Überversorgung	Durch räumliche Nähe professionelle Unterstützung einfach zu realisieren (ähnlich GGW)	Zugehende professionelle Unterstützung. Problemverhalten erzeugt Spannungen im Binnenverhältnis. Betreuung, Kontrolle aufwendiger.	Hilfen holt sich die Bewohnerin selber (Erreichbarkeit); zugehende, aktiv aufsuchende Hilfe möglich aber aufwendig.
(4) Integration in das Wohngebiet	Wegen der Größe erschwert, aber Problemverhalten hat geringere Außenwirkung	Je nach räumlicher Gestaltung im Vergleich zum GGW erleichtert; Problemverhalten kann Integration belasten	Wegen noch normaler Haushaltsgröße eher unproblematisch. Problemverhalten außerhalb der Wohnung belastet Integration	Wegen unauffälliger Haushaltsgröße einfach; nur Problemverhalten außerhalb der Wohnung belastet soziale Integration

Manual Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

Zur Handhabung des Manuals

Dieser Erhebungsbogen ist als Leitfaden sowohl für eine Erörterung mit dem Klienten/Patienten wie auch mit Betreuern/Bezugspersonen zu nutzen, um im Gespräch - - unter Einbeziehung der Erfahrungen aus der praktischen Erprobung - einen Überblick darüber zu erhalten, inwieweit Fähigkeiten zu einer eigenständigen Lebensführung vorhanden bzw. beeinträchtigt sind.

Leitfrage bei der Anwendung dieses Erhebungsbogens ist: Verfügt der Klient/Patient über die erforderlichen Fähigkeiten zu einer eigenständigen Bewältigung der in dem jeweiligen Teilbereich genannten Anforderungen im Hinblick auf die angestrebte Lebenssituation (Wohnform, Form der Tagesgestaltung/Arbeit) - oder ist er, wäre er auf sich allein gestellt, hinsichtlich der Bewältigung dieser Anforderungen beeinträchtigt. Zur Beurteilung der Frage, inwieweit Fähigkeiten vorhanden/entwickelt bzw. nicht vorhanden/beeinträchtigt sind, werden zumeist vier, teilweise fünf Abstufungen vorgegeben:

(+) besondere, überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) Fähigkeiten sind vorhanden/entwickelt - keine Beeinträchtigung;
(1) Fähigkeiten sind weitgehend vorhanden/entwickelt - leichte ausgeprägte Fähigkeitsstörungen/gelegentliche Beeinträchtigung;
(2) Fähigkeiten sind unzureichend vorhanden/entwickelt - deutliche Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigung;
(3) Fähigkeiten sind nicht vorhanden/entwickelt; fortbestehende deutliche Fähigkeitsstörungen, schwere Beeinträchtigung.

Maßstab für die Beurteilung des Ausprägungsgrades von Fähigkeiten bzw. Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bildet dabei jeweils der Vergleich zur altersgleichen durchschnittlichen Person gleichen Geschlechts, wobei auch die Zugehörigkeit zur sozialen Schicht und ggfs. zu einer ethnischen Gruppe als Vergleichsmaßstab zu berücksichtigen sind.

Die Kategorien von (+) bis (4) beinhalten graduelle Abstufungen auf einer Skala von besonders ausgeprägten, überdurchschnittlichen über vorhandene / entwickelte bis hin zu nicht entwickelten/weitestgehend bis vollständig beeinträchtigten Fähigkeiten. Die Berücksichtigung von besonderen, überdurchschnittlichen Fähigkeiten ist hier insofern bedeutsam, als der Klient/Patient, der in einzelnen Bereichen über besondere, überdurchschnittliche Fähigkeiten im sozialen Kontext verfügt, mit diesen evtl. Beeinträchtigungen in anderen Bereichen kompensieren kann.

Da das Ausmaß vorhandener bzw. beeinträchtigter/nicht entwickelter Fähigkeiten letztlich erst beim Fortfall von Hilfen eindeutig erkennbar wird, kann eine eindeutige Zuordnung in dem vorgegebenen Raster gelegentlich schwierig sein. In diesen Fällen bietet sich die Möglichkeit an, auch eine Spanne (z.B. 0 und 1, 1 und 2 oder 2 und 3).

Ziel dieses Erhebungsbogens ist, abschätzen zu können, in wie vielen Teilbereichen die erforderlichen Fähigkeiten vorhanden sind bzw. inwieweit Fähigkeiten nicht entwickelt/beeinträchtigt sind.

Manual
Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

I. Ausprägung spezifischer Beeinträchtigungen / Gefährdungen durch die psychische Erkrankung / Behinderung

im Hinblick auf die Beeinträchtigung der subjektiven Befindlichkeit durch die psychische Erkrankung

(a) Störungen des Antriebs und/oder des Selbstwertgefühls (z.B. Depressivität, Antriebsverminderung oder übersteigerter Antrieb, manisches Verhalten);
(b) Störungen des Körpererlebens (z.B. psycho-somatische Störungen, Schlafstörungen, Störungen der Sexualität);
(c) Angstsyndrome, Panikattacken;
(d) Störungen des Realitätsbezuges (halluzinatorisches Erleben und / oder paranoide Erlebnisverarbeitung) Störungen der Ich-Identität;
(e) Abhängigkeit (Suchtverhalten);
(f) emotionale Instabilität, Affektlabilität;
(g) Störungen der Konzentrations und Merkfähigkeit, des Gedächtnis und der Orientierung;
(h) Störungen der Auffassung, Intelligenz.

(0) keine Beeinträchtigung;
(1) häufige geringe oder gelegentliche deutliche Beeinträchtigung;
(2) nahezu andauernde deutliche oder wiederholte deutliche Beeinträchtigung;
(3) schwere wiederholte, nahezu andauernde Beeinträchtigung;

I. (i) im Hinblick auf die Sinnorientierung des eigenen Lebens
(0) keine Beeinträchtigung; stabile gegenwarts und zukunftsbezogene Sinnorientierung;
(1) leichte Beeinträchtigung, zeitweise verminderte oder dauernd unklare Sinnorientierung - ohne wesentlichen Leidensdruck;
(2) wiederholt unter Krisen der Sinnorientierung oder dauerhaft unter Mangel der Sinnfindung leidend;
(3) fast durchgehend durch Sinnverlust gequält oder verzweifelt.

I. (k) in Verbindung mit einer bestehenden körperlichen Erkrankung/Behinderung und/oder einer Beeinträchtung der Sinne
Sofern gleichzeitig eine (chronische) körperliche Erkrankung/Behinderung und/oder eine Beeinträchtigung der Sinnesorgane vorliegt: Ergeben sich hieraus besondere psychische Belastungen/Beeinträchtigungen?
(0) keine Beeintrachtigung;
(1) geringe fortbestehende oder wiederholt deutlich ausgeprägte Beeinträchtigung;
(2) ausgeprägte, zeitweise starke Beeinträchtigung;
(3) stark ausgeprägte fortbestehende Beeinträchtigung.

I. (l): im Hinblick auf selbstgefährdendes [1] Verhalten und Suizidalität
(0) keine Beeinträchtigung;
(1) gelegentliche deutliche Beeinträchtigung;
(2) nahezu andauernde deutliche oder wiederholte schwere krisenhafte Beeinträchtigung;
(3) schwere nahezu andauernde Beeinträchtigung.

[1] auch infolge schwerer Orientierungsstörung

I. (m) im Hinblick auf störendes und / oder fremdgefährdendes Verhalten
(z.B. ruhestörendes Lärmen, verbale oder körperliche Aggressivität, Stehlen, sexuelle Belästigung, Zündeln)
(0) keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. gelegentliches sozial störendes und / oder tendenziell bedrohliches Verhalten (ohne soziale Isolierung);
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. wiederholtes sozial störendes und / oder tendenziell bedrohliches Verhalten mit Gefahr der sozialen Isolierung;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. sehr häufiges sozial störendes und / oder wiederholt schwer bedrohliches Verhalten mit Gefährdung des Verbleibens im sozialen Feld.

II. Ausprägung der Selbständigkeit / Fähigkeiten bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen

II. (a) im engeren Wohn- / Lebensbereich
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. Tendenz zu Inaktivität, Rückzugsverhalten / Vereinsamung, leiden unter fehlender Partnerschaft und/oder Tendenz zu Distanzlosigkeit, Überaktivität, gelegentlich belastendes Konfliktverhalten, gelegentliche Überforderung mit Tendenz zur Dekompensation;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ausgeprägtes Rückzugsverhalten / Vereinsamung, Inaktivität, ausgeprägtes Leiden unter fehlender Partnerschaft/fehlenden familiären Kontakten und/oder ausgeprägte Distanzlosigkeit, häufiges und / oder stark belastendes Konfiktverhalten; wiederholte Überforderung mit Tendenz zur Dekompensation;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. stark ausgeprägtes Rückzugsverhalten / Vereinsamung, Inaktivität, ausgeprägtes Leiden unter fehlender Partnerschaft/fehlenden familiären Kontakten und/oder stark ausgeprägte Distanzlosigkeit, fehlende Fähigkeiten zur Aufnahme und Gestaltung von Beziehungen oder ständiges destruktives Konfliktverhalten oder ständige Überforderung, Dekompensation.

II. (b) in der Partnerschaft / Ehe (auch im Hinblick auf Sexualität/Geschlechtsrolle)
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. Tendenz zu Rückzugsverhalten, Inaktivität oder gelegentliche Beziehungskrisen mit subjektiver Belastung;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ausgeprägtes Rückzugsverhalten oder häufige und / oder schwere Beziehungskrisen mit deutlicher subjektiver Belastung;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. stark ausgeprägtes, fortdauerndes Rückzugsverhalten oder andauernd bestehendes Spannungsfeld mit schwerer subjektiver Belastung.

II. (c) in sonstigen familiären Beziehungen (z.B. zu Eltern, Kindern, Geschwistern)
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. Tendenz zu Rückzugsverhalten / Vereinsamung, Inaktivität oder gelegentliche Beziehungskrisen mit subjektiver Belastung;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ausgeprägtes Rückzugsverhalten / Vereinsamung oder häufige und / oder schwere Beziehungskrisen mit deutlicher subjektiver Belastung;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. stark ausgeprägtes, fortdauerndes Rückzugsverhalten / Vereinsamung oder andauernd bestehendes Spannungsfeld mit schwerer subjektiver Belastung.

II (d) im Außenbereich (Außenkontakte)
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. Tendenz zu Rückzugsverhalten / Vereinsamung und Inaktivität oder gelegentlich belastendes Konfliktverhalten, vereinzelt subjektive Belastung durch Kontaktabbrüche, Isolation oder Tendenz zu Vereinnahmung, Distanzlosigkeit;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ausgeprägtes Rückzugsverhalten / Vereinsamung oder häufiges und / oder stark belastendes Konfliktverhalten; wiederholte Beziehungskrisen mit deutlicher subjektiver Belastung bzw. Rückfallgefährdung oder ausgeprägte Vereinnahmungstendenzen, Distanzlosigkeit;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. stark ausgeprägtes, fortdauerndes Rückzugsverhalten / Vereinsamung; stark ausgeprägte Vereinnahmungstendenzen, Distanzlosigkeit oder andauernd bestehendes Spannungsfeld mit schwerer subjektiver Belastung bzw. rezidivierender Dekompensation.

II. (e) im Ausbildungs-/Beschäftigungs-/Arbeitsbereich

(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. Tendenz zu Rückzugsverhalten (Kontaktvermeidung) oder gelegentlich belastendes Konfliktverhalten;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ausgeprägtes Rückzugsverhalten oder stark belastendes Konfliktverhalten;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ausgeprägtes und fortdauerndes Rückzugsverhalten oder andauernd bestehendes Spannungsfeld durch belastendes Konfliktverhalten.

III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern
- Wohnen
- Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeit, Ausbildung
- Tagesgestaltung, Freizeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
bezüglich

III (a) der Ernahrung
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten:
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeintrachtigung;
(1) gelegentliche Schwierigkeiten durch fehlende bzw. beeintrachtigte Fähigkeiten, z.B. bei der Nahrungsbesorgung / -zubereitung, durch einseitige oder nicht diätgerechte Ernährung, durch Probleme bei der Vorratshaltung und/oder leichte Eßstorungen;
(2) ständige und / oder deutliche Schwierigkeiten durch fehlende bzw. beeinträchtigte Fähigkeiten, z.B. bei der Nahrungsbesorgung, durch ständige einseitige oder nicht diätgerechte Ernährung, durch ständige Probleme bei der Vorratshaltung und/oder deutliche Eßstorungen;
(3) schwere Beeinträchtigung, durch fehlende bzw. beeinträchtigte Fähigkeiten, z.B. bei der Nahrungsbesorgung / -zubereitung, Fehl- oder Unterernahrung, Nahrungsverweigerung und/oder stark ausgepragte Eßstörungen.

III (b) der Körperpflege und Kleidung
(+) besondere, eher uberdurchschnittliche Fahigkeiten;
(0) erforderliche Fahigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeintrachtigung;
(1) leichte bzw. zeitweise Beeinträchtigung, z.B. durch Vernachlässigung oder Umständlichkeit, die gelegentlich soziale Beziehungen und / oder die eigene Befindlichkeit beeintrachtigt;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. durch Vernachlässigung oder Umständlichkeit oder Inkontinenz, die ständig und / oder erheblich soziale Beziehungen und / oder die eigene Befindlichkeit beeintrachtigt;
(3) stark ausgepragte Beeintrachtigung, z.B. durch Vernachlassigung oder Umstandlichkeit oder Inkontinenz regelmäßig soziale Abwendung bzw. Ablehnung und / oder gesundheitliche Beeinträchtigung der eigenen Person hervorruft.

III (c) des Umgangs mit Geld
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten:
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfugbar / keine Beeintrachtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. gelegentliche Belastung durch selbstverursachte finanzielle Engpasse oder unangemessene Ausgaben (seltener überzogene Sparsamkeit);
(2) ausgepragte Beeintrachtigung, z.B. fehlende Übersicht und mangelnde Planung der finanziellen Einkünfte (z.B. regelmäßige und / oder erhebliche finanzielle Engpasse) und / oder unangemessenes Handeln mit Eigentum, z.B. Verschenken von Mitteln des persönlichen Bedarfs (seltener: stark ausgeprägte überzogene Sparsamkeit);
(3) stark ausgepragte Beeintrachtigung, z.B. ständiges und / oder unkontrolliertes Geldausgeben, Schuldenmachen, Spielsucht und / oder häufiges Versetzen von Eigentum (seltener: stark ausgepragte überzogene Sparsamkeit, "krankhafter Geiz").

III (d) der Wohnraumreinigung und -gestaltung
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten:
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfugbar / keine Beeintrachtigung;
(1) leichte bzw. zeitweise Beeintrachtigung, z.B. Vernachlässigung / Gestaltungsmangel, die gelegentlich soziale Beziehungen und / oder eigenes Befinden beeintrachtigt (seltener: überzogenes Reinigungs-/Putzverhalten);
(2) standige oder erhebliche Beeintrachtigung, z.B. Vernachlassigung / Gestaltungsmangel, die haufig soziale Beziehungen und / oder das eigene Befinden beeintrachtigt (seltener: deutlich überzogenes Reinigugs-/Putzverhalten);
(3) stark ausgepragte Beeintrachtigung, z.B. Vernachlassigung / Gestaltungsmangel mit der Folge von z.B. Vermullung / Verödung, die soziale Isolation bzw. Kündigungsgefahr bewirkt (seltener: stark überzogenes Reinigugs-/Putzverhalten).

III (e) der Mobilität (Fähigkeit, sich im Wohnbereich und in der Region entsprechend den Bedürfnissen und Erfordernissen zu orientieren und zu bewegen)
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten vorhanden und gelebt:
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden, verfügbar und gelebt / keine Beeintrachtigung;
(1) deutliche, die Lebensvollzüge nachteilig beeinflussende Beeintrachtigung der Mobilitat in der Region (z.B. bei der Benutzung offentlicher Verkehrsmittel) oder deutliche Unruhe / Mobilitatsdrang;
(2) deutliche, die Lebensvollzüge nachteilig beeinflussende Beeintrachtigung der Mobilität im Wohnumfeld oder stark ausgepragte Unruhe / Mobilitatsdrang;
(3) deutliche, die Lebensvollzüge nachteilig beeinflussende Beeintrachtigung der Mobilitat in der Wohnung oder extrem ausgepragte Unruhe / Mobilitatsdrang..

III (f) korperlicher Aktivitäten
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fahigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeintrachtigung;
(1) leichte Beeintrachtigung, z.B. Tendenz zu Inaktivitat und / oder leicht ausgepragte Bewegungsstorungen (z.B. ungerichteter Bewegungsdrang);
(2) ausgepragte Beeintrachtigung, z.B. ausgepragte und / oder haufige korperliche Inaktivität mit der Gefahr der Gesundheitsschädigung und / oder haufige motorische Unruhe;
(3) stark ausgepragte Beeintrachtigung, z.B. dauerhafte umfassende korperliche Inaktivität mit gesundheitsschadigenden Folgen und / oder standige erhebliche motorische Unruhe

III (g) des sprachlichen Ausdrucks in den alltäglichen Lebensbezugen
(+) besondere, eher uberdurchschnittliche Fahigkeiten:
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfugbar / keine Beeintrachtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. in der Fähigkeit, sich themenbezogen klar auszudrücken, Gespräche in angemessener Weise zu beginnen und zu beenden, Gesprachsinhalte auf die jeweiligen Zuhorer abzustimmen;
(2) ausgepragte Beeintrachtigung, mangelnde Fähigkeit, sich z.B. bezuglich aktueller Bedürfnisse sprachlich auszudrücken oder sich über alltagspraktische Fragen (Regeln, Wege, Zeiten) auszutauschen oder Gesprachsinhalte auf die Gesprachspartner zu beziehen;
(3) stark ausgepragte Beeintrachtigung - nur geringe oder fehlende Möglichkeiten der sprachlichen Verstandigung.

III (h) des Tages- und Nachtrhythmus
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. gelegentliches Verschlafen, deutlich verkürzte oder verzögerte Nachtruhe;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. häufiges Verschlafen, Bettruhe am Tag, nächtliche Ruhelosigkeit, ausgeprägte Schlafstörungen.
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. Umkehrung des Tag-Nacht-Rhytmus mit starker subjektiver Beeinträchtigung und / oder ständige schwere Schlafstörungen.

III (i) der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen

(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. gelegentliche / unregelmäßige Inanspruchnahme professioneller Hilfe und / oder fehlende Auseinandersetzung mit Risikofaktoren bzw. Rückfallgefahren;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. häufige Rückfallgefährdung bzw. Krankheitsprogredienz durch Krankheitsverleugnung und/oder fehlende aktive bzw. nicht ausreichend regelmäßige Inanspruchnahme professioneller Hilfe und / oder fehlende Auseinandersetzung mit Risikofaktoren bzw. Rückfallgefahren und / oder Krankheitsverleugnung;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. völlige Unfähigkeit zur Erkennung von Risikofaktoren bzw. Rückfallgefahren und Abweisung professioneller Hilfen, z.B. medizinische Behandlung und / oder wiederholtes krankheitsverstärkendes Verhalten.

III (k) der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen und Rechte sowie medizinischer Hilfen

(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. gelegentliche Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme sozialer Dienste und Rechte mit Beeinträchtigung der materiellen und sozialen Grundlagen;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. häufige Schwierigkeiten bei bzw. teilweise Ablehnung der Inanspruchnahme sozialer Dienste und Rechte mit Beeinträchtigungen der materiellen und sozialen Grundlagen;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. völlige Ablehnung der Inanspruchnahme sozialer Dienste und Rechte mit der Folge erheblicher Gefährdung der materiellen und sozialen Existenz.

III (l) der Suche und Aufnahme einer Beschäftigung / Arbeit / Ausbildung einschließlich Belastungserprobung / Arbeitstraining
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten und Fertigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten und Fertigkeiten vorhanden / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. Tendenz zu Inaktivität, Rückzugsverhalten, mangelnde Entwicklung bzw. leichte Beeinträchtigung bestimmter Fähigkeiten;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. durch Inaktivität, Rückzugsverhalten, ungenügende Entwicklung bzw. ausgeprägte Beeinträchtigung bestimmter Fähigkeiten;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung z.B. durch Inaktivität, Rückzugsverhalten, ungenügende Entwicklung bzw. stark ausgeprägte Beeinträchtigung bestimmter Fähigkeiten.

III (m) der Erfüllung der Anforderungen im Bereich Beschäftigung / Arbeit / Ausbildung
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten und Fertigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten und Fertigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. gelegentliche Schwierigkeiten im Sinne von Fehlzeiten, Leistungsdefiziten, Anpassungsproblemen oder subjektiver Belastung;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. häufige und/oder erhebliche Schwierigkeiten im Sinne von Fehlzeiten, Leistungsdefiziten, Anpassungsproblemen oder subjektiver Belastung;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ständige oder sehr häufige erhebliche Probleme im Sinne von Fehlzeiten, Leistungsdefiziten, Anpassungsproblemen oder subjektiver Belastung.

III (n) Gestaltung frei verfügbarer (nicht durch Arbeit und andere Anforderungen gebundener) Zeit, Wahrnehmung persönlicher Interessen, Hobbies
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. gelegentlich subjektiv belastender Mangel an strukturierter Aktivität;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. häufiger krankheitsverstärkender und / oder subjektiv belastender Mangel an strukturierter Aktivität;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ständiger krankheitsverstärkender und / oder subjektiv sehr belastender Mangel an strukturierter Aktivität.

III (o) der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Vereine, Kirchen, Aktionsgruppen, Parteien)
(+) besondere, eher überdurchschnittliche Fähigkeiten;
(0) erforderliche Fähigkeiten vorhanden und verfügbar / keine Beeinträchtigung;
(1) leichte Beeinträchtigung, z.B. Tendenz zur Inaktivität und / oder gelegentlich als belastend empfundener Mangel an Teilnahme;
(2) ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. ausgeprägte Inaktivität und / oder subjektiv als deutlich belastend empfundener Mangel an Teilnahme;
(3) stark ausgeprägte Beeinträchtigung, z.B. stark ausgeprägte, krankheitsverstärkende und / oder stark subjektiv belastende fehlende Teilnahme.

Manual Hilfearten und -ausprägungen

Zur Handhabung des Manuals

Das Manual Hilfearten entspricht in seiner Systematik und der Differenzierung von Teilbereichen dem Manual "Fähigkeiten und Beeinträchtigungen". Nachdem es zuvor um die Abschätzung vorhandener Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen ging, gilt es nun in einem zweiten Schritt zu ermitteln: Sind zur Erreichung der Rehabilitationsziele Hilfen notwendig - und wenn ja, welche und mit welcher Intensität.

Die Teilbereiche in diesem Manual sind im Hinblick auf die Intensität und den Umfang notwendiger Hilfen jeweils in Stufen von (0) bis (5) unterteilt, wobei die Stufe (0) keinen Bedarf an Hilfe, Stufe (1) den geringsten und Stufe (5) den umfassendsten Hilfebedarf in einem Teilbereich enthält. Diese Abstufung ist so zu verstehen, daß die in einer höheren Stufe genannten Hilfen die in den niedrigeren Stufen angeführten mit einschließen, daher in der Regel auch einen höheren Zeitbedarf erfordern. Die Einschätzung sagt nichts darüber aus, wieviel höher der Zeitbedarf in einer höheren Stufe ist und wie sich die Zeitbedarfe unterschiedlicher Hilfen zueinander verhalten.

Übersicht:

Stufung der Hilfen	Hilfestufe				
Information und Beratung	1				
Erschließung/Erhaltung von Hilfen im Umfeld		2			
Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung			3		
Begleitende/übende Unterstützung				4	
Regelmäßiges intensives individuelles Angebot					5

Bei der Ermittlung von Art und Ausprägung von Hilfen ist erstens zu berücksichtigen, daß nicht jede Beeinträchtigung des Klienten eine Hilfe erfordert und zweitens der Nutzung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld sowie von Einrichtungen und Diensten der Regelversorgung Vorrang vor der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen einzuräumen ist.

Der Grundsatz des Vorrangs der Nutzung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld sowie durch andere Einrichtungen und Dienste der Regelversorgung findet sich auch in der Stufung des Manuales Hilfearten und -ausprägungen wieder, indem hier (sofern die Information und Beratung des Klienten, insbesondere auch über Möglichkeiten der Selbsthilfe und der Nutzung von Hilfen im Umfeld bzw. der Regelversorgung, nicht ausreicht) die Erschließung bzw. der Erhalt von Möglichkeiten der Hilfe im Umfeld bzw. durch Angebote der Regelversorgung vorgesehen ist. Sie umfaßt sowohl die Aktivierung und Erschließung (z.B. durch Kontaktaufnahme und Information im sozialen Umfeld) wie auch die Erhaltung von Hilfen im Lebensumfeld (z.B. Information und Entlastung betreuender/pflegender Angehöriger).

Manual
Hilfearten und -ausprägungen

I. Unterstützung zur Bewältigung / Verminderung spezifischer Beeinträchtigungen / Gefährdungen

im Hinblick auf die Verminderung / Beseitigung der Beeinträchtigung der subjektiven Befindlichkeit durch die psychische Erkrankung

(a) Störungen des Antriebs und/oder des Selbstwertgefühls (z.B. Depressivität, Antriebsverminderung oder übersteigerter Antrieb, manisches Verhalten;
(b) Störungen des Körpererlebens (z.B. psycho-somatische Störungen, Schlafstörungen, Störungen der Sexualität);
(c) Angstsyndrome, Panikattacken;
(d) Störungen des Realitätsbezuges (halluzinatorisches Erleben, und / oder paranoide Erlebnisverarbeitung), Störungen der Ich-Identität;
(e) Abhängigkeit (Suchtverhalten);
(g) emotionale Instabilität, Affektlabilität;
(h) Störungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit, des Gedächtnis und der Orientierung; einschließlich hirnorganischer Störungen (HOPS, Epilepsie);
(h) Störungen der Auffassung, Intelligenz.

(0) keine Hilfe;
(1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, Krankheitsverlauf und und Behinderungsfolgen sowie Kompensationsmöglichkeiten;
(2) Motivation zur Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) entlastende soziotherapeutische und/oder psychotherapeutische Gespräche, Orientierungshilfen zur Bewältigung der Störung, zur Erarbeitung und Planung von alternativen bzw. krankheitsangepaßten Verhaltensweisen, Rückfallprophylaxe;
(4) Begleitung bei der Erarbeitung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggfls. unter Einbeziehung des Umfeldes;
(5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggfls. unter Einbeziehung des Umfeldes, regelmäßige intensive Begleitung bei der Bewältigung der seelischen Belastung und bei der regelmäßige Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

I. (i) im Hinblick auf die Sinnorientierung des eigenen Lebens
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten, sich zu orientieren und/oder an frühere Sinnerfahrung anzuknüpfen;
(2) Einbeziehung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld (aktuelle oder frühere Bezugspersonen, Pastoren u.a.) zur Unterstützung der Suche nach einer situationsgemäßen Sinnorientierung;
(3) entlastende Gespräche zur Bewältigung der Situation und Neuorientierung;
(4) begleitende und motivierende Unterstützung im Alltag, ggfs. unter Einbeziehung des Umfeldes;
(5) regelmäßige Zuwendung und persönlich stützende Begleitung und logotherapeutische Behandlung, wiederholte intensive Krisenintervention.

I (k) in Verbindung mit einer bestehenden körperlichen Erkrankung/Behinderung und/oder einer Beeinträchtigung der Sinne
(0) keine Hilfe;
(1) Information, Beratung bezüglich Krankheits- und Behinderung(-sfolgen) sowie -verlauf und/oder Vermittlung von Informations- und Beratungsmöglichkeiten zur Bewältigung/Behandlung;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale; Motivation zur Nutzung von Hilfen und ggfs. Hilfsmitteln;
(3) individuelle Planung krankheitsangepaßter Ver-haltensweisen, ggfls. Veranlassung und Unter-stützung bei notwendigen Maßnahmen zur dia-gnostischen Abklärung, Rückfallprophylaxe, Or-ganisation anderer Hilfen;
(4) wiederholte Begleitung und Anleitung zur Ent-wicklung krankeits-/behinderungsangepaßter Ver-haltensweisen, eingreifen bei Gefahr der Verschlimmerung;
(5) regelmäßiges intensives integriertes Hilfeangebot (einschließlich aktivierender Pflege, Funktionstraining).

I (l) im Hinblick auf die Verminderung / Beseitigung selbstgefährdenden Verhaltens und Suizidalität
(0) keine Hilfe;
(1) begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich Hilfs und Kompensationsmöglichkeiten;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) entlastende Gespräche und Orientierungshilfen zur Vorbeugung und Bewältigung von Krisen, Rückfallprophylaxe;
(4) Begleitung bei der Einübung alternativen Verhaltens, Krisenintervention, ggfls. unter Einbeziehung des Umfeldes;
(5) wiederholte Intervention bei protrahierten Krisen, ggfls. unter Einbeziehung des Umfeldes.

I (m) im Hinblick auf die Verminderung / Beseitigung störenden und/oder fremdgefährdenden Verhaltens
(0) keine Hilfe;
(1) begleitende Beobachtung, Wahrnehmung, Beratung (Information über mögliche Konsequenzen);
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) entlastende und konfrontierende Gespräche, Orientierungshilfen, Beratung, Veränderung des Umfeldes und Hilfen zur Konfliktprophylaxe;
(4) Krisenintervention, ggfls. unter Einbeziehung des Umfeldes;
(5) häufige Krisenintervention, regelmäßige Erarbeitung und Einübung alternativer Verhaltensweisen.

II. Unterstützung bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen

II. (a) im engeren Wohn-/Lebensbereich
(0) keine Hilfe
(1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen (Isolation, Überforderung, Konflikte);
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
(4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes;

II. (b) in der Partnerschaft/Ehe (auch im Hinblick auf Sexualität/Geschlechtsrolle)
(0) keine Hilfe;
(1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
(4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

II. (c) in sonstigen familiären Beziehungen
(0) keine Hilfe;
(1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale, Unterstützung bei der (Wieder-) Aufnahme von Kontakten zur (Herkunfts-) Familie;
(3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
(4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

II. (d) im Außenbereich (Außenkontakte)
(0) keine Hilfe;
(1) Beobachtung und Einschätzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation; Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
(4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

II. (e) im Ausbildungs-/Beschäftigungs-/Arbeitsbe-reich
(0) keine Hilfe;
(1) Beobachtung und Einschatzung, Rückmeldung und Beratung über Verhaltensalternativen;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) regelmäßige Gespräche über die Beziehungssituation: Planung und Überprüfung von Verhaltensänderungen;
(4) aktive Begleitung in das Beziehungsfeld, Vermittlung, Einüben von Verhaltensänderungen;
(5) eigene Angebote zur Entlastung und Umstrukturierung des Beziehungsfeldes.

III. Hilfen zur Alltagsbewältigung und -gestaltung in den Lebensbereichen
- Wohnen
- Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung
- Tagesgestaltung, Freizeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bezüglich

III. (a) der Ernährung
(0) keine Hilfe;
(1) Information, Beratung über Ernahrung, Einkauf von Lebensmitteln, Vorratshaltung;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstutzung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) Unterstützung bei der praktischen Planung, Motivation z.B. zu angemessener Ernahrung und/oder angemessenem Eβverhalten;
(4) übende Begleitung beim Einkauf, gelegentliche Anleitung / Unterstützung bei der Vor- / Zubereitung und/oder zur Entwicklung angemessnerer Ernährungsgewohnheiten;
(5) regelmäßige Begleitung beim Einkauf und Anleitung bei der Zubereitung / Vorbereitung von Mahlzeiten; intensives ANgebot zur Einübung angemessener Ernährungs-/Eβgewohnheiten; gemeinsames Essen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

III. (b) der Körperpflege und Kleidung
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung über Körperpflege und Körperpflegemittel, Kosmetik, Kleidung (einschließlich Ausbesserung), Reinigung und Hilfsmittel (z.B. bei Inkontinenz), einschließlich Kosten und Einkaufsmöglichkeiten;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) individuelle Reinigungs und Einkaufsplanung, Motivation zur Verhaltensmodifikation;
(4) begleitende Unterstützung bei der Körperpflege, Kleidungspflege, beim Einkaufen, einschließlich z.B. Kontinenztraining;
(5) intensive Pflege / Training bei weitgehender Beeinträchtigung der Selbstversorgung.

III. (c) des Umgangs mit Geld
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung uber Geldverkehr, Sparen, Bankkonten;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) Motivation und Planung der bedurfnis- und situationsangepaßten Geldeinteilung, Eigentumsbildung und -bewahrung;
(4) begleitende / übende Unterstützung bei der Geldeinteilung, Bankverkehr (ggfls. im Auftrage des / der gesetzlichen Betreuers/-in), ggfls. Schuldenregulierung;
(5) regelmäßige Kontrolle des Umgangs mit Geld, Bestellungen und Verkäufen zur Vermeidung der Schädigung der eigenen wirtschaftlichen Situation, z.B. im Auftrage des/der gesetzlichen Betreuers/in und/oder schrittweises Einüben der Verwaltung kleinerer Beträge.

III. (d) der Wohnraumreinigung und -gestaltung
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung uber Gestaltungs-, Reparatur- und Einkaufsmoglichkeiten, Reinigungsmittel und -hilfsmittel;
(2) Erschließung von Hilfsmoglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) begleitende Beobachtung und individuelle Ruckmeldung; Reinigungs-, Instandhaltungs- und Gestaltungsplanung, Motivation zur Verhaltensmodifikation;
(4) begleitende/übende Unterstützung bei der Wohnraumgestaltung, bei der Reinigung, ggfls. bei der Organisation von Fremdreinigung, bei Reparaturen usw.;
(5) standige ubende und direkte Unterstutzung einschließlich der Organisation von Fremdreinigung zur Verhinderung und Vermeidung von Vermüllung/Verödung.

III. (e) der Mobilitat
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten der Benutzung von Hilfsmitteln;
(2) Erschließung von Hilfsmoglichkeiten im Umfeld, Unterstutzung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) Motivation zur Verhaltensmodifikation, z.B. Einubung der Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes;
(4) unterstutzende und übende Begleitung zur Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes;
(5) intensives individuelles Angebot zur Erweiterung oder zur Strukturierung des Bewegungsfeldes.

III. (f) körperlicher Aktivitäten
(0) keine Hilfe;
(1) Beratung uber Möglichkeiten zu körperlicher Aktivitat und uber gesundheitliche Folgen von Inaktivitat und Verhaltensalternativen;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstutzung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) Motivation und individuelle Planung zur körperlichen Aktivitat;
(4) unterstutzende/übende Begleitung zu körperlichen Aktivitaten; ggfls. aktive Beteiligung bzw. Veranstaltung von Spielen und Aktivitaten; Angebot von gestaltenden Aktivitaten / Entspannungsubungen bei Bewegungsdrang;
(5) intensives individuelles Angebot zur Aktivierung bzw. zur Verminderung der Unruhe.

III. (g) des sprachlichen Ausdrucks
(0) keine Hilfe
(1) Information und Beratung uber Moglichkeiten zur Verbesserung / Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit;
(2) Erschließung von Hilfsmoglichkeiten im Umfeld, Unterstutzung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) begleitende Beobachtung und individuelle Ruckmeldung, Motivation zur Verhaltensmodifikation;
(4) regelmäßiges Angebot zur Verbesserung / Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit;
(5) intensives individuelles Angebot zur Verbesserung / Erweiterung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit.

III. (h) des Tages- und Nachtrhythmus
(0) keine Hilfe;
(1) Beratung und Information uber die Gestaltung eines gesunden Tag-Nacht-Rhytmus, mogliche Selbsthilfe;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) Motivation und individuelle Planung der Verbesserung des Tag-Nacht-Rhytmus mit unterstützenden Hilfen;
(4) unterstützende/übende Hilfen, z.B. Wecken, angeleitete Entspannungsübungen;
(5) regelmäßige intensive individuelle Unterstützung zur Regulierung bzw. Umstellung des Tag-Nacht-Rhytmus bzw. zur Verminderung der Schlafstorungen.

III. (i) der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) Planung, Abklärung von Erwartungen und Vorgehensweisen;
(4) Begleitung, unterstutzende Anwesenheit;
(5) ständige Sicherung der Durchführung von notwendigen Untersuchungen und Verordnungen und der Koordination der medizinischen Angebote.

III. (k) der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen und Rechte
(0) keine Hilfe;
(1) Information, Beratung, Motivation, Unterstutzung bei der Beantragung;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt natürlicher Hilfspotentiale;
(3) Planung, Abklärung der Erwartungen und Vorgehensweisen, Neuorientierung, Verarbeitung;
(4) Begleitung, unterstützende Anwesenheit;
(5) zeitlich intensive Sicherstellung der Wahrnehmung sozialer Rechte durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

III. (l) der Suche und Vorbereitung der Aufnahme einer Beschäftigung / Arbeit / Ausbildung einschließlich Belastungserprobung / Arbeitstraining
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten und Zugangswege entsprechend der individuellen Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten;
(2) Erschließung von Hilfsmoglichkeiten im Umfeld, Unterstutzung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) Motivation, Planung und Ergebnisbewertung, Beschaffung / Erschließung von Möglichkeiten zur Tätigkeit;
(4) aktive Anleitung und begleitende Hilfe zur Belastungserprobung (z.B. Praktikum, Arbeitstraining);
(5) intensives individuelles Angebot zur Belastungserprobung und/oder Förderung von Fähigkeiten einschließlich z.B. wiederholter Bearbeitung von Belastungen und Konflikten.

III. (m) der Erfüllung der Anforderungen im Bereich Beschäftigung / Arbeit / Ausbildung
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung über Verhaltensalternativen und/oder Möglichkeiten der Anpassung /Umgestaltung des Arbeitsplatzes - ggfs. einschließlich gelegentlicher Beobachtung und Einschätzung des Arbeitsverhaltens und Rückmeldung;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) regelmäßige Gespräche über die Situation am Arbeits-/Ausbildungsplatz und gelegentliche begleitende Hilfen/Anleitung;
(4) regelmäßige Gespräche und/oder Anleitung am Arbeits-/Ausbildungsplatz unter Einbeziehung von Vorgesetzten/Kollegen;
(5) Arbeits-/Beschäftigungsangebot mit integrierter individueller Anleitung /Hilfe und/oder wiederholte Bearbeitung von Konflikten und anderen Belastungen am Arbeitsplatz.

III. (n) der Gestaltung frei verfügbarer (nicht durch Arbeit und andere Anforderungen gebundener) Zeit, Wahrnehmung persönlicher Interessen, Hobbies
(0) keine Hilfe;
(1) Information und Beratung über Möglichkeiten der Gestaltung der Freizeit bzw. der Entwicklung/Ausubung persönlicher Interessen und Hobbies unter Berücksichtigung der vorbestehenden Interessenlage;
(2) Erschließung von Hilfsmöglichkeiten im Umfeld, Unterstützung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) Motivation, individuelle Planung und Ergebnisbewertung mit Klient/-in; Erschließung von Möglichkeiten zur Tagesgestaltung und gelegentliche begleitende Unterstützung;
(4) aktive Anleitung (z.B. Wecken) und regelmäßiges Angebot an tagesgestaltenden Aktivitäten; unterstützende, übende zur Entwicklung bzw. bei der Ausübung von Interessen;
(5) regelmaßiges tagesgestaltendes Angebot oder intensives individuelles Angebot zur Aktivierung.

III. (o) zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Vereine, Kirchen, Aktionsgruppen, Parteien)
(0) keine Hilfe;
(1) Beratung und Information über Möglichkeiten, Zugang zu Interessengemeinschaften zu bekommen, bzw. Zugehörigkeit zu bewahren;
(2) Erschließung von Hilfsmoglichkeiten im Umfeld, Unterstutzung zur Erschließung oder zum Erhalt naturlicher Hilfspotentiale;
(3) Motivation und individuelle Planung, Bearbeitung von Enttäuschungen und Konflikten; übende, stützende Begleitung zur Teilnahme an Interessengemeinschaften (Veranstaltungen, Aktionsgruppen einschl. Clubs);
(4) intensive wiederholte Vorbereitung und regelmaßige Begleitung;
(5) intensives individuelles Angebot und längerfristige Begleitung.

793-B1a.ixt

Integriertes Behandlungs-/Rehabilitationsprogramm

I. Mitwirkung an der Planung des Programms

1. Bisher an der Behandlung/Betreuung des/der Klient/in beteiligte Dienste/Einrichtungen

Bitte kreuzen Sie in den ersten beiden Spalten an, zu welchen Einrichtungen bzw. Diensten Kontakte bestanden haben bzw. aktuell bestehen.

Auf der rechten Seite kreuzen Sie bitte an, welche Berufsgruppen and der Behandlung bzw. Betreuung des/der Klient/in der beteiligt sind.

Behandlungs-/Betreuungskontakte

Einrichtung/ Dienst	haben in den letzten 12Monaten bestanden	bestehen aktuell	Berufsgruppen (mit aktuellem Klientenkontakt) Arzt/innen	Psycho-log/innen	Sozial-arbeit	Kranken-pflege	Ergo-therapie	sonstige
A Klinik	[ ]	[ ]						
B Tagesklinik	[ ]	[ ]						
C Nachtklinik	[ ]	[ ]						
D Fach-/Kurklinik (Sucht,Psychosomatik)	[ ]	[ ]						
E Institutsambulanz/Poliklinik	[ ]	[ ]						
F Niedergelassener Psychiater	[ ]	[ ]						
G Sozialpsychiatrischer Dienst	[ ]	[ ]						
H ambulanter psychiatr. Pflegedienst	[ ]	[ ]						
I Reha-Einrichtung (RPK, Ü-Heim)	[ ]	[ ]						
K Wohnheim	[ ]	[ ]						
L Betreutes Wohnen	[ ]	[ ]						
M Familienpflege	[ ]	[ ]						
N Kontakt- und Beratungsstelle	[ ]	[ ]						
O PSD (berufsbegleitender Fachdienst)	[ ]	[ ]						
P beschützter Arbeitsplatz (WfB/Selbsthilfebetrieb)	[ ]	[ ]						
Q Psychiatr. Tagesstätte/Tagespflege	[ ]	[ ]						
R ambulante Arbeitstherapie/ med. Rehabilitation	[ ]	[ ]						
S Hausarzt	[ ]	[ ]						
T sonstige Fachärzte	[ ]	[ ]						
U Allgemeine soziale Dienste	[ ]	[ ]						
V mobiler sozialer Hilfsdienst	[ ]	[ ]						
W Allg. Hilfsdienste (z.B. Haushaltshilfe, Essen auf Rädern, Fahrdienst)	[ ]	[ ]						
X Altenheim/Altenpflegeheim	[ ]	[ ]						
Y Alten-Tagespflege	[ ]	[ ]						
Z Sonstige (bitte angeben)	[ ]	[ ]						

2. Abstimmung/Koordination/Behandlungsplanung

2.1 Gab es bisher einrichtungs- bzw. dienstübergreifende Abstimmungen (bzgl. Situationseinschätzung, Zielen, Vorgehen)?

a) [ ] ja [ ] nein

b) Wenn ja, folgende Dienste/Einrichtungen waren beteiligt (bitte Buchstaben gemäß S. 1 eintragen):

☐☐☐☐☐☐

folgende Berufsgruppen waren beteiligt

[ ] Ärzt/in [ ] Psycholog/in [ ] Sozialarbeiter/in
[ ] Krankenpfleger/in [ ] Ergotherapeut/in [ ] Sonstige

c) Die Abstimmung erfolgte (ggfls. mehrfach ankreuzen)

[ ] schriftlich [ ] mündlich [ ] in Fallkonferenzen

d) die Häufigkeit der dienstübergreifenden Abstimmungen betrug durchschnittlich

_____ pro Monat / Jahr (unzutreffendes bitte streichen)

2.2 War eine koordinierende Stelle für die Behandlungs-/Betreuungsleistungen benannt?

a) [ ] ja [ ] nein

b) wenn ja, folgende Stelle (bitte Buchstaben gemäß S. 1 eintragen) ☐

folgende Berufsgruppe:

[ ] Ärzt/in [ ] Psycholog/in [ ] Sozialarbeiter/in
[ ] Krankenpfleger/in [ ] Ergotherapeut/in [ ] Sonstige

2.3 Folgende Dienste/Einrichtungen sind an der Aufstellung dieses Behandlungs-/Rehaplans beteiligt:

(bitte Buchstaben gemäß S. 1 eintragen)

☐☐☐☐☐☐

folgende Berufsgruppe:

[ ] Ärzt/in [ ] Psycholog/in [ ] Sozialarbeiter/in
[ ] Krankenpfleger/in [ ] Ergotherapeut/in [ ] Sonstige

2.4 Ist die/der Klient/in an der Hilfeplanung beteiligt?

[ ] Ja [ ] Nein

2.5 Sind Angehörige oder private Kontaktpersonen der/des Klient/in an der Hilfeplanung beteiligt?

[ ] Ja [ ] Nein [ ] entfällt

2.6 Ist ggfls. ein gesetzlicher Betreuer an der Hilfeplanung beteiligt?

[ ] Ja [ ] Nein [ ] entfällt

795-B2.txt

II. Anamnesebogen

Bogen zur Erfassung der sozialen Situation und der Biographie

1. Sozialdaten

Name _____

Vorname _____

Geschlecht:
[] männlich [] weiblich

geboren am _____

Straße _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Telefon _____

Konfession _____

Staatsangehörigkeit
[] deutsch [] andere

Nächste/r Angehörige/r:

Name _____

Wohnort _____

Straße _____

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?
[] Ja [] Nein

Wenn Ja:
Name _____

Anschrift: _____

Wirkungs-/Aufgabenkreise des Betreuers:

[] Aufenthaltsbestimmung
[] Heilbehandlung
[] Vermögenssorge
[] Sonstige

_____

2. Lebenssituation

2.1 Familienstand:

[] ledig
[] verheiratet seit _____
[] verwitwet seit _____
[] geschieden seit _____
[] getrennt lebend seit _____

Zahl der Kinder: _____

2.2 Lebensform

[] Alleinlebend

zusammen mit
[] Ehepartner/in/Lebensgefährte/in
[] Mutter
[] Vater
[] Eltern
[] Kind/ern
[] Verwandten
[] Freunden
[] Anderen

2.3 Wohnsituation

[] Eigene Wohnung
[] Elterliche Wohnung
[] Wohngemeinschaft
[] Möbliertes Zimmer
[] Heim
[] Klinik (keine Wohnung außerhalb)
[] Obdachlos
[] Sonstige (bitte angeben)

_____

Falls nicht in einer eigenen Wohnung:
Jemals in einer eigenen Wohnung - alleiń oder mit anderen - gelebt? [] Ja [] Nein

2.4 Für den Klienten bedeutsame soziale Kontakte bestehen

[] zu Angehörigen
[] zu Freunden
[] zu Kollegen
[] zu Nachbarn, Mitbewohnern
[] durch Vereins- oder Clubtätigkeit (auch: Selbsthilfegruppen, Besuch von (Alten-) Begegnungsstätten
[] sonstige (bitte angeben)

_____

2.5 Einkommensverhältnisse
(Mehrfachangaben möglich)

[] Eigene Erwerbstätigkeit
[] Berufsunfähigkeitsrente
[] Erwerbsunfähigkeitsrente
[] Altersrente
[] Witwenrente
[] Krankengeld
[] Arbeitslosengeld
[] Arbeitslosenhilfe
[] Sozialhilfe
[] Unterhalt durch Familienangehörige

(Wer?)

_____

[] Sonstiges Einkommen (bitte Art angeben)

_____

Höhe des Nettoeinkommens (bitte angeben)

ca. _____ (pro Monat)

2.6 Derzeitiger Unterhalt

[] weitgehend durch eigenes Aufkommen (auch Rente, Stipendium, Krankengeld, Hausfrauenfunktion)
[] weitgehend durch Fremdaufkommen (Verwandte, Sozialhilfe)
[] etwa zu gleichen Teilen durch eigenes Aufkommen und Fremdaufkommen
[] unbekannt

2.7 Ergänzende Angaben zur Lebenssituation

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. Ausbildung und Berufstätigkeit

3.1 Schulbildung

von _____ bis _____

Höchster erreichter Schulabschluß:

[] kein Schulabschluß
[] Sonderschulabschluß
[] Hauptschulabschluß
[] Mittlere Reife/Polytechnikum
[] Fachoberschule
[] Abitur
[] anderer Schulabschluß (bitte angeben)

_____

[] gegenwärtig in Schulausbildung

3.2 Berufsausbildung

von _____ bis _____

Höchster erreichter Abschluß:

	mit Abschluß	abgebrochen
Berufsgrundbildungsjahr	[]	[]
berufl. Vorpraktikum/ Volontariat	[]	[]
Lehre	[]	[]
Fach-/Meisterschule	[]	[]
Fachhochschule	[]	[]
Hochschule	[]	[]
sonstige berufliche Ausbildung	[]	[]

(bitte angeben)

_____

[] gegenwärtig in Ausbildung/Umschulung

(bitte angeben)

_____

[] Berufliche Zweitausbildung

(bitte angeben)

_____

3.3 *Derzeit (oder zuletzt) ausgeübter Beruf*

seit____________________

- [] un-/angelernter Arbeiter
- [] Facharbeiter, unselbst. Handwerker
- [] einfacher Angestellter/Beamter
- [] mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst
- [] höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst
- [] hochqualifizierter/ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst
- [] selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)
- [] selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)
- [] selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
- [] nie erwerbstätig

Gegenwärtige bzw. letzte Tätigkeit

- [] entspricht bzw. entsprach der Ausbildung
- [] liegt/lag unter dem Ausbildungsniveau
- [] liegt/lag über dem Ausbildungsniveau

Stellenwechsel (ggfs. Gründe für Stellenwechsel)

____

____

3.4 *Gegenwärtig beschäftigt als*

____________________(Text)

- [] berufstätig, Vollzeit
  - [] befristet [] unbefristet
- [] berufstätig, Teilzeit
  - [] befristet [] unbefristet
- [] berufstätig, gelegentlich
- [] mithelfender Familienangehöriger
- [] Hausfrau/-mann, nicht erwerbstätig
- [] Ausbildung, Umschulung
- [] Wehr-/Zivildienst, FSJ
- [] beschützt beschäftigt
  - [] WfB Dauerarbeitsplatz
  - [] Selbsthilfefirma
  - [] Belastungserprobung / Arbeitstraining
  - [] Sonstige (bitte angeben)

____

- [] arbeitslos gemeldet
- [] Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente, Rentenverfahren, Frührente
- [] Altersrente/Pension
- [] anderweitig ohne berufliche Beschäftigung

3.5 *Schwerbehindertenausweis*

[] ja, mit _____ % [] nein

wenn nein: als gleichgestellt anerkannt

[] ja [] nein

3.7 *Ergänzende Angaben zur Ausbildung und Berufstätigkeit*

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

4. Spezifische Interessen und Neigungen

(Hobbies, berufl. Interessen, besondere Fähigkeiten)

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

5. Psychiatrische Behandlung/ Krankengeschichte:

5.1. *Krankengeschichte*

- In welchem Alter erfolgte erstmals eine psychiatrische Behandlung?

  mit [ ][ ] Jahren

- In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre psychiatrische Behandlung?

  mit [ ][ ] Jahren

- Wie viele stationäre Aufenthalte sind bisher erfolgt?

  [ ][ ]

- In welchem Jahr war der letzte stationäre Aufenthalt?

  [ ][ ][ ][ ]

- Wie viele Wochen dauerte dieser?

  [ ][ ][ ] Wochen

5.2 *Letzte Diagnosen*

[] ICD-9 [] ICD-10

1. [ ][ ][ ][ ][ ]
2. [ ][ ][ ][ ][ ]

5.3 *Sind bereits Rehabilitationsversuche vorausgegangen?* *

____

____

____

____

____

____

____

____

5.4 *Ergänzende Angaben zur Krankengeschichte (auch zu körperlichen Erkrankungen):*

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

* Hier sind alle Maßnahmen mit einer rehabilitativen Zielsetzung anzuführen und Angaben über Art der Maßnahme und Erfahrungen aus Sicht der Klienten zu machen. Neben Rehabilitationsversuchen in speziellen Einrichtungen sind hier auch zu berücksichtigen, z.B. Hilfen im Rahmen betreuter Wohnangebote, tagesklinische Behandlung, Ergotherapie und Belastungserprobung. Bei gerontopsychiatrischen Klienten z.B. auch neurologische Reha, Hirnleistungstraining, Nachtkliniken, Tagespflege, (nicht nur psychiatrische) ambulante Hilfen.

6. Ergänzende Angaben zur Anamnese

6.1 Ergänzende Angaben zur Biographie

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6.2 Ergänzende Angaben zur Lebenssituation

In welchen Bereichen haben sich in den vergangenen 3 6 12 Monaten Veränderungen ergeben?
(bitte den gewählten Zeitraum einkreisen)

6.2.1 Gerichtlich angeordnete Betreuung

a) Wurde eine gerichtlich angeordnete Betreuung aufgehoben?

[] Ja [] Nein

b) Wurde der Aufgabenkreis eines gerichtlich bestellten Betreuers geändert?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

c) Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?

[] Nein
[] Ja, mit folgenden Aufgabenkreisen

_____

Name und Anschrift des Betreuers:

Name: _____

Anschrift: _____

6.2.2 Lebenssituation

a) Hat sich die Lebens- oder Wohnsituation geändert?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

b) Haben sich in den persönlichen Beziehungen/im sozialen Netzwerk nachhaltige Veränderungen ergeben?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

6.2.3 Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/ Ausbildung

a) Wurde eine schulische oder berufliche Ausbildung begonnen?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

b) Wurde eine schulische oder berufliche Ausbildung abgeschlossen?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

c) Haben sich im Bereich Arbeit/ arbeitsähnliche Tätigkeit Veränderungen ergeben?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

d) Haben sich die Einkommensverhältnisse geändert?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

e) Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder eine Anerkennung als Schwerbehinderter aufgehoben?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

6.2.4 Behandlungs-/Betreuungssituation

a) Gab es Veränderungen in der Befindlichkeit/der Schwere der psychischen Störung?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

b) Wurde eine klinisch-stationäre Behandlung notwendig?

[] Nein
[] Ja, von _____ bis _____

Gründe:

_____

c) Haben sich Veränderungen hinsichtlich der Beteiligung von Einrichtungen/ Diensten an der Behandlung/Betreuung ergeben?

[] Nein
[] Ja, und zwar

_____

6.2.5 Gab es andere bedeutsame Veränderungen?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Ergänzende Angaben zur aktuellen Behandlungs-/Betreuungssituation

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Zusammenfassende Beurteilung (aktuelle Problemlage auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte und der Behandlungssituation)

8.1 Fähigkeitsstörungen, Beeinträchigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung

8.1.1 Symptomatik/Befindlichkeit

8.1.2 Krisensituationen (Selbst- und Fremdgefährdung)

8.2 Soziale Beziehungen

8.3 Lebensfeldbezogene Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

8.3.1 Selbstversorgung/Wohnen

8.3.2 Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung

8.3.3 Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

8.4 Wechselbeziehungen der Problemebenen

1. Eingliederungsbögen III. Hilfeplan

1.1 Derzeitige Lebenssituation [1]

(Eingliederungsbogen **A** *)*

Wohnsituation:

Formen der Tagesgestaltung/Arbeit

	Stunden pro Tag						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1. Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung (Text)							
2. Arbeit/Beschäftigung 2.a Tätigkeiten für andere (z.B. im Haushalt, gesellschaftliche Aktivitäten) (Text)							
2.b Teilnahme an speziellen Trainingsangeboten (Text)							
2.c Qualifikation/Ausbildung (Text)							
2.d Einkommen sicherndes Beschäftigungsverhältnis (Text)							
3. Gestaltung frei verfügbarer Zeit (Text)							

[1] Bei vollstationärer Behandlung ist der Wochenplan nicht auszufüllen.

1.2 *Geplante und realisierbare Veränderung der Lebenssituation*

(Eingliederungsbogen B *)*[2]*:*

Wohnsituation: _____

Formen der Tagesgestaltung/Arbeit	**Stunden pro Tag**						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1. Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung (Text)							
2. Arbeit/Beschäftigung 2.a Tätigkeiten für andere (z.B. im Haushalt, gesellschaftliche Aktivitäten) (Text)							
2.b Teilnahme an speziellen Trainingsangeboten (Text)							
2.c Qualifikation/Ausbildung (Text)							
2.d Einkommen sicherndes Beschäftigungsverhältnis (Text)							
3. Gestaltung frei verfügbarer Zeit (Text)							

[2]Ggfls. auch Weiterführung der Klinikbehandlung/-unterbringung als Wohnsituation angeben.

1.3 *Angemessene, nicht realisierbare Form der Eingliederung*

(Eingliederungsbogen C *)*

Wohnsituation: _____

Formen der Tagesgestaltung/Arbeit	**Stunden pro Tag**						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1. Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung (Text)							
2. Arbeit/Beschäftigung 2.a Tätigkeiten für andere (z.B. im Haushalt, gesellschaftliche Aktivitäten) (Text)							
2.b Teilnahme an speziellen Trainingsangeboten (Text)							
2.c Qualifikation/Ausbildung (Text)							
2.d Einkommen sicherndes Beschäftigungsverhältnis (Text)							
3. Gestaltung frei verfügbarer Zeit (Text)							

1.4 *Begründungen/Erläuterungen zu den Eingliederungsbögen*

(insbesondere zu den Bedürfnissen/Vorstellungen des/der Klienten/in und zu Einwänden/Bedenken der übrigen Beteiligten, sowie zu möglichen Alternativen zu den in den Eingliederungsbögen angegebenen Formen der Eingliederung)

2. **Welche Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des/der Klient/in bestehen im Hinblick auf die Umsetzung des geplanten und realisierbaren Eingliederungsplans (bzgl. Eingliederungsbogen B)?**

(Bitte füllen Sie zu dieser Frage die linke Seite des **Übersichtsbogens** anhand des Manuales ***Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen*** aus !)

3. **Bestehen im Umfeld des/der KlientIn bereits Ressourcen (einschließlich nichtpsychiatrischer medizinischer und sozialer Hilfen)?**

(Bitte füllen Sie zu dieser Frage die entsprechende Spalte auf der rechten Seite des Übersichtsbogens aus!

Erläuterungen (insbesondere bzgl. bedeutsamer Hilfen/Ressourcen):

4. **Vorrangige therapeutische Ziele und Maßnahmen bezogen auf Symptomatik/Befindlichkeit und Kompetenzen/Bewältigungsverhalten (bezogen auf Eingliederungsbogen B)**

	Ziele	**Vorgehen** (therapeutische/rehabilitative Maßnahmen)
4.1 Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung		
4.1.1 Symptomatik/Befindlichkeit		
4.1.2 Krisensituationen (Selbst- und Fremdgefährdung)		
4.2 Soziale Beziehungen		
4.3 Lebensfeldbezogene Fähigkeiten/ Beeinträchtigungen		
4.3.1 Selbstversorgung/Wohnen		
4.3.2 Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/ Ausbildung		
4.3.3 Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben		

Übersichtsbogen

Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen [1]		Hilfebedarf: nichtpsychiatrische Hilfen/Ressourcen [2]	psychiatrische Hilfen [3]	Einzel oder Gruppe
	I. Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung			
0 1 2 3	(a) Antrieb (Depressivität, Selbstwertgefühl)	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(b) Körpererleben	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(c) Angstsyndrome	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(d) Realitätsbezug (Halluzinatorisches Erleben)	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(e) Abhängigkeit (Suchtverhalten)	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(f) Emotionale Instabilität	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(g) Gedächtnis/Orientierung	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(h) Auffassung/Intelligenz	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(i) Sinnorientierung des Lebens	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(l) Selbstgefährdendes Verhalten	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(m) Störendes/fremdgefährdendes Verhalten	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
	II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen			
+ 0 1 2 3	(a) im engeren Wohn-/Lebensbereich	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(b) in Partnerschaft/Ehe	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(c) in sonstigen familiären Beziehungen	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(d) im Außenbereich	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(e) im Bereich Ausbildung/Arbeit	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
	III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern - **Wohnen** - **Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeiten/ Ausbildung** - Tagesgestaltung/Freizeit/ Teilhabe am **gesellschaftl. Leben**			
+ 0 1 2 3	(a) Ernährung	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(b) Körperpflege/Kleidung	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(c) Umgang mit Geld	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(d) Wohnraumreinigung und -gestaltung	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(e) Mobilität	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(f) körperliche Aktivitäten	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(h) Tag-Nacht-Rhythmus	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
0 1 2 3	(k) Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(l) Aufnahme einer Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(m) Erfüllung der Arbeits-/Ausbildungsanforderungen	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(n) Gestaltung frei verfügbarer Zeit	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g
+ 0 1 2 3	(o) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	0 1 2	0 1 2 3 4 5	e g

1) entsprechend Manual Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, bezogen auf Eingliederungsbogen B

2) Erläuterung der Stufung: 0 keine Ressourcen, 1 geringe, 2 wesentliche entlastende Hilfen/Unterstützung

3) entsprechend Manual Hilfearten, bezogen auf Eingliederungsbogen B

5. Art und Intensität notwendiger psychiatrischer Hilfen (bezogen auf die Ziele und Maßnahmen zur geplanten und realisierbaren **Form der Eingliederung** - Eingliederungsbogen B)

(Bitte füllen Sie zu diesem Punkt die entsprechenden Spalten auf der rechten Seite des Übersichtsbogens aus!)

Erläuterungen und ergänzende Anmerkungen:

6. Durchführung des Hilfeplans
(Zuständigkeiten/Koordination/fachliche Abstimmung - gemäß Eingliederungsbogen B)

6.1 Zuständig/verantwortlich für die Durchführung der Hilfen:

Funktionsbereich	Dienste/Einrichtungen
Behandlung/Koordination	
Selbstversorgung/Wohnen	
Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/ Ausbildung	
Tagesgestaltung/Freizeit/ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	
Hintergrunddienst/Nachtdienst	

6.2 Koordinierende Bezugsperson:

Name: _____

Berufsgruppe: [] Ärzt/in [] Psycholog/in [] Sozialarbeiter/in
[] Krankenpfleger/in [] Ergotherapeut/in [] Sonstige

Dienst (bitte Buchstaben gemäß untenstehendem Schlüsselverzeichnis angeben) ☐

Vertretung:

Name: _____

Berufsgruppe: [] Ärzt/in [] Psycholog/in [] Sozialarbeiter/in
[] Krankenpfleger/in [] Ergotherapeut/in [] Sonstige

Dienst (bitte Buchstaben gemäß untenstehendem Schlüsselverzeichnis angeben) ☐

6.3 Fachliche Abstimmung des Hilfeplans

verbindlich vereinbart: [] Ja [] Nein

vorgesehen durchschnittlich _____ mal pro Monat / Jahr (unzutreffendes bitte streichen)

bei Krisen [] Ja [] Nein

unter Beteiligung folgender Dienste/Einrichtungen
(bitte Buchstaben untenstehendem Schlüsselverzeichnis angeben):

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6.4 Nach der vorrangigen Zielsetzung handelt es sich um eine Maßnahme

☐ der Krankenbehandlung
☐ der medizinischen Rehabilitation
☐ der beruflichen Rehabilitation
☐ der sozialen Rehabilitation

Schlüsselverzeichnis: Einrichtungen und Dienste

A	Klinik	K	Wohnheim	S	Hausarzt
B	Tagesklinik	L	Betreutes Wohnen	T	sonstige Fachärzte
C	Nachtklinik	M	Familienpflege	U	Allgemeine soziale Dienste
D	Fach-/Kurklinik (Sucht, Psychosomatik)	N	Kontakt- und Beratungsstelle	V	mobiler sozialer Hilfsdienst
		O	PSD (berufsbegleitender Fachdienst)	W	Allg. Hilfsdienste (z.B. Haushaltshilfe, Essen auf Rädern, Fahrdienst)
E	Institutsambulanz/Poliklinik				
F	Niedergelassener Psychiater	P	beschützter Arbeitsplatz		
G	Sozialpsychiatrischer Dienst	Q	Psychiatr. Tagesstätte/Tagespflege	X	Altenheim/Altenpflegeheim
H	ambulanter psychiatr. Pflegedienst	R	ambulante Arbeitstherapie/med. Rehabilitation	Y	Alten-Tagespflege
I	Reha-Einrichtung (RPK, U-Heim)			Z	Sonstige (bitte angeben)

795-B5.txt

IV. Personalbedarf

1.1 Leistungsbogen zur Ermittlung des Zeitbedarfs *(bezogen auf Eingliederungbogen* **B***)*

Zeitbedarf bezogen auf geplante und realisierbare Veränderungen der Lebenssituation

für den Zeitraum von []3 []6 []12 Monaten

Funktionsbereich	Zahl der[1] Klienten	Zahl der[1] Mitarbeiter	Dauer[2] (Minuten)	Häufigkeit je[3] Tag	Woche	Quartal	nicht ausfüllen
1. Ambulante Behandlung							
1.1 Diagnostik/ Behandlungsplanung (einschl. Fallkonferenz)	1						
1.2 Soziotherapie[4]							
einzeln	1	1					
mit Partner/Familie	1						
Gruppe		1					
1.3 Psychotherapie							
einzeln	1	1					
mit Partner/Familie	1						
Gruppe		1					
1.4 Pharmakotherapie	1	1					
1.5 Krisenintervention	1						
1.6 Sonstige							
2. Selbstversorgung/Wohnen							
einzeln	1	1					
Gruppe		1					
3. Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung							
3.1 spezielles Setting							
einzeln	1	1					
Gruppe		1					
3.2 begleitende Hilfe							
einzeln	1	1					
Gruppe		1					
4. Tagesgestaltung/Freizeit/ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben[5]							
einzeln	1	1					
Gruppe		1					
Nutzung offener Kontaktangebote		1					
5. Anwesenheitsdienst Hintergrunddienst	Personalschlüssel (ankreuzen)		O 1:5	O 1:10	O 1:20	O 1:40	

1 Wenn gelegentlich bei Behandlungsplanung oder Familientherapie zwei oder mehr Mitarbeiter tätig wurden, dies als Dezimalzahl angeben (z.B.: 1,3 bedeutet, daß bei jedem dritten Mal 2 Mitarbeiter pro Klient teilgenommen haben = (1 + 1 + 2) : 3 = 1,3). Bei Gruppen die Zahl der Klienen angeben.

2 Umfaßt Kontaktzeit und Wegezeiten und nicht im persönlichen Kontakt erbrachte klientenbezogene Leistungen, z.B. Dokumentation, Behördenkontakte.

3 Bitte nur die jeweils zutreffende Spalte ausfüllen!

4 Soziotherapie: entlastende/Orientierung gebende Gespräche einschließlich Koordination der Behandlungsleistungen. Bitte an dieser Stelle berücksichtigen und nicht in den Funktionsbereichen 2, 3 oder 4.

5 Soweit nicht schon bei den Funktionsbereichen 1, 2 oder 3 berücksichtigt (Überlappungen vermeiden!).

1.2 Leistungsbogen zur Ermittlung des Zeitbedarfs *(bezogen auf Eingliederungbogen* C*)*

Zeitbedarf bezogen auf die angemessene, nicht realisierbare Form der Eingliederung)

für den Zeitraum von ☐3 ☐6 ☐12 Monaten

Funktionsbereich	Zahl der[1] Klienten	Zahl der[1] Mitarbeiter	Dauer[2] (Minuten)	Häufigkeit je[3] Tag	Woche	Quartal	*nicht ausfüllen*
1. Ambulante Behandlung							
1.1 Diagnostik/ Behandlungsplanung (einschl. Fallkonferenz)	1	___					
1.2 Soziotherapie[4]							
einzeln	1	1					
mit Partner/Familie	1	___					
Gruppe	___	1					
1.3 Psychotherapie							
einzeln	1	1					
mit Partner/Familie	1	___					
Gruppe	___	1					
1.4 Pharmakotherapie	1	1					
1.5 Krisenintervention	1	___					
1.6 Sonstige	___	___					
2. Selbstversorgung/Wohnen							
einzeln	1	1					
Gruppe	___	1					
3. Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung							
3.1 spezielles Setting							
einzeln	1	1					
Gruppe	___	1					
3.2 begleitende Hilfe							
einzeln	1	1					
Gruppe	___	1					
4. Tagesgestaltung/Freizeit/ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben[5]							
einzeln	1	1					
Gruppe	___	1					
Nutzung offener Kontaktangebote	___	1					
5. Anwesenheitsdienst Hintergrunddienst	Personalschlüssel (ankreuzen)		○ 1:5	○ 1:10	○ 1:20	○ 1:40	

1 Wenn gelegentlich bei Behandlungsplanung oder Familientherapie zwei oder mehr Mitarbeiter tätig wurden, dies als Dezimalzahl angeben (z.B.: 1,3 bedeutet, daß bei jedem dritten Mal 2 Mitarbeiter pro Klient teilgenommen haben = (1 + 1 + 2) : 3 = 1,3). Bei Gruppen die Zahl der Klienten angeben.

2 Umfaßt Kontaktzeit und Wegezeiten und nicht im persönlichen Kontakt erbrachte klientenbezogene Leistungen, z.B. Dokumentation, Behördenkontakte.

3 Bitte nur die jeweils zutreffende Spalte ausfüllen!

4 Soziotherapie: entlastende/Orientierung gebende Gespräche einschließlich Koordination der Behandlungsleistungen. Bitte an dieser Stelle berücksichtigen und nicht in den Funktionsbereichen 2, 3 oder 4.

5 Soweit nicht schon bei den Funktionsbereichen 1, 2 oder 3 berücksichtigt (Überlappungen vermeiden!).

2.1 Personalschlüsselbogen *(bezogen auf Eingliederungbogen* B*)*

Funktionsbereich	S Personalschlüssel (Mitarbeiter : Klienten) Min Zeitwerte (je Klient und Woche in Minuten)							notwendiger Personalschlüssel (bitte eintragen)
ambulante Behandlung	S	1 : 10	1 : 20	1 : 40				
	Min	120	60	30				
Selbstversorgung/ Wohnen	S	1 : 2	1 : 4	1 : 6	1 : 8	1 : 12	1 : 16	1 : 20
	Min	600	300	200	150	100	75	60
Arbeit/ Beschäftigung Ausbildung	S	1 : 5	1 : 10	1 : 15	1 : 20	1 : 30	1 : 40	
	Min	240	120	80	60	40	30	
Tagesgest./ Teilhabe/ Kontakte	S	1 : 5	1 : 10	1 : 15				
	Min	240	120	80				
Freizeit/ gesch. Kontaktang.	S	1 : 40						
	Min	30						
Anwesenheits-dienst/ Hintergrund-dienst	S	1 : 5	1 : 10	1 : 20	1 : 40			

Erläuterung:

Die Minutenwerte sind gerundet und umfassen die direkt klientenbezogene Arbeitszeit einschließlich Wegezeiten und klientenbezogener Dokumentation.
Für die Ermittlung der Minutenwerte wurde von folgenden Voraussetzungen ausgegangen:
Von der Gesamtarbeitszeit wurden abgezogen: 20 % Ausfallzeit, 33% Zeit für mittelbar klientenbezogene Arbeitszeit (insbesondere: Rüstzeit, Organisation, Arbeit in Gremien, Verwaltung, Supervision und Fortbildung)

2.2. Personalschlüsselbogen *(bezogen auf Eingliederungbogen* C *)*

Funktions-bereich	S Personalschlüssel (Mitarbeiter : Klienten) Min Zeitwerte (je Klient und Woche in Minuten)							notwendiger Personalschlüssel (bitte eintragen)
ambulante Behandlung	S	1 : 10	1 : 20	1 : 40				
	Min	120	60	30				
Selbstver-sorgung/ Wohnen	S	1 : 2	1 : 4	1 : 6	1 : 8	1 : 12	1 : 16	1 : 20
	Min	600	300	200	150	100	75	60
Arbeit/ Beschäftigung Ausbildung	S	1 : 5	1 : 10	1 : 15	1 : 20	1 : 30	1 : 40	
	Min	240	120	80	60	40	30	
Tagesgest./ Teilhabe/ Kontakte	S	1 : 5	1 : 10	1 : 15				
	Min	240	120	80				
Freizeit/ gesch. Kontaktang.	S	1 : 40						
	Min	30						
Anwesenheits-dienst/ Hintergrund-dienst	S	1 : 5	1 : 10	1 : 20	1 : 40			

Erläuterung:

Die Minutenwerte sind gerundet und umfassen die direkt klientenbezogene Arbeitszeit einschließlich Wegezeiten und klientenbezogener Dokumentation.
Für die Ermittlung der Minutenwerte wurde von folgenden Voraussetzungen ausgegangen:
Von der Gesamtarbeitszeit wurden abgezogen: 20 % Ausfallzeit, 33% Zeit für mittelbar klientenbezogene Arbeitszeit (insbesondere: Rüstzeit, Organisation, Arbeit in Gremien, Verwaltung, Supervision und Fortbildung)

Erprobung der Bögen zur Ermittlung des klientenbezogenen Hilfebedarfs

- Zusammenfassung der Ergebnisse -

von Karl-Ernst Brill und Agnes Fabian

Vorbemerkung

Der von der Kommission zum Personalbedarf entwickelte "Erhebungsbogen zur einzelfallbezogenen Ermittlung des Hilfebedarfs im Bereich Wohnen" (Bearbeitungsstand Dezember 1993) wurde für in der Zeit von Dezember 1993 bis Februar 1994 in einer in fünf Regionen durchgeführten Erhebung einer ersten umfassenderen Erprobung unterzogen.

Mit der Durchführung der Erhebung sollte zum einen die Praktikabilität der Erhebungsinstrumente (insbesondere der Manuale Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie Hilfearten und -ausprägungen, Übersichtsbogen, Eingliederungsplan und die Ermittlung des Zeitbedarfes im Verordnungsbogen) erprobt und zum anderen empirisch überprüft werden, inwieweit die entwickelten Instrumente geeignet sind, bei Klienten aus den Teilbereichen

- allgemeine Psychiatrie,
- Gerontopsychiatrie und
- Suchtkranke (vorwiegend Alkohol- und Medikamentenabhängige)

a) den Hilfebedarf eines Klienten zu ermitteln,
b) Art und Umfang der im Einzelfall notwendigen Hilfen festzulegen und
c) den zeitlichen Umfang dieser Hilfen möglichst zuverlässig abzuschätzen.

Beteiligung an der Erprobung

Der Untersuchungsrücklauf war mit 557 Bögen zufriedenstellend. Dabei waren die großstädtischen gegenüber den eher ländlichen bzw. städtisch-ländlichen Regionen deutlich überrepräsentiert:

Von den 557 Bögen kamen
149 aus Berlin,
146 aus Bremen,
74 aus Hamburg,
75 aus Kassel,
113 aus dem Kreis Steinfurt.

Berufsgruppenzugehörigkeit der Gutachter/ -innen

An der Erprobung haben sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus den verschiedenen Berufsgruppen beteiligt, wobei
142 Bögen im Team,
42 Bögen von Ärzten/Ärztinnen,
52 Bögen von Psychologen/Psychologinnen,
193 Bögen von Sozialarbeitern/-arbeiterinnen,
53 Bögen von Pflegekräften und
67 Bögen von Mitarbeiter/innen aus anderen Berufsgruppen
ausgefüllt wurden. Bei 8 Bögen war keine Angabe zur Berufsgruppenzugehörigkeit enthalten.

Verteilung der Gutachter/-innen auf Einrichtungstypen

Auch hinsichtlich der Einrichtungstypen war ein breites Spektrum vertreten:

Einrichtung	Zahl der Bögen
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	108
Betreutes Wohnen (Bewo)	125
Wohnheim	60
Klinik	168
Sonstige	79
Bewo und Wohnheim	7
SpDi und Bewo	5
	239

Die begutachteten Klientinnen und Klienten

Fast die Hälfte der begutachteten Klientinnen und Klienten gehören der Zielgruppe 'Allgemeine Psychiatrie' an. Die Repräsentativität der Untersuchungsgruppe hinsichtlich Alter, Geschlecht und Lebensorten wäre noch anhand von Vergleichszahlen aus dem Bundesgebiet genauer zu bestimmen.

Klienten und Klientinnen nach den drei Teilbereichen

Allg. Psychiatrie	271
Sucht	86
Gerontopsychiatrie	125
Allg. und Sucht	57
Allg. und Gerontop.	11
Sucht und Gerontop.	6
keine Angabe	1

Klientinnen und Klienten nach Geschlecht

weiblich	284
männlich	268
keine Angabe	5

Klientinnen und Klienten nach Alter

30 oder jünger	92
31 bis 40	122
41 bis 50	81
51 bis 60	90
61 bis 70	64
71 bis 80	64
81 oder älter	35
keine Angabe	9

Rückmeldungen zur Praktikabilität der Erhebungsinstrumente

Die Manuale Fähigkeiten und Beeinträchtigungen sowie Hilfearten und -ausprägungen

Während in einigen Rückmeldungen die Manuale als "sehr gut definiert" und "im Gegensatz zu früheren Fragebögen erfreulich praktikabel" bewertet wurden, gab es auch eine Reihe von kritischen Rückmeldungen, von denen einige die Anleitung als "viel zu kompliziert und zeitaufwendig", andere die Abstufungen als teilweise zu unpräzise bezeichneten und weitergehende Konkretisierungen forderten.
Neben den allgemeinen Einschätzungen wurden zu den einzelnen Teilbereichen der Manuale vielfältige Anregungen und Vorschläge zur Ergänzung und Präzisierung.

Der Übersichtsbogen

Der Übersichtsbogen wurde hinsichtlich der Praktikabilität insgesamt positiv beurteilt, wobei auch hier eine Reihe von Anmerkungen und Anregungen deutlich machten, daß in etlichen Punkten eine weitere Bearbeitung bzw. Erläuterung erforderlich ist, insbesondere hinsichtlich der geforderten Differenzierung zwischen fördernden und kompensatorischer Zielorientierung der Hilfen sowie der letzten Spalte, in der Hilfen durch andere einzutragen sind.

Der Eingliederungsplan

Auch zum Eingliederungsplan überwogen die positiven Rückmeldungen, in denen z.B. hervorgehoben wurde: "Der Eingliederungsplan unterstützt die eigene Arbeit und fordert auf, eigene Arbeitsstrukturen zu hinterfragen." Während in einigen Rückmeldungen der Eingliederungsplan als "klar und sinnvoll" bewertet wurde, wurde in anderen vermerkt, daß der "Umgang mit dem Eingliederungsplan unklar" sei.

Der Verordnungsbogen

Die meisten Probleme bereitete das Ausfüllen des Verordnungsbogens. Besondere Schwierigkeiten bereitete dabei zum einen die geforderte Bündelung von Hilfen in einzelnen Teilbereichen zu Maßnahmen, zum anderen die Aufgabe der Abschätzung des erforderlichen Zeitbedarfes.
Diese in den Rückmeldungen genannten Probleme bestätigten sich auch bei der Auswertung der ausgefüllten Bögen, bei der auf Verwendung der Angaben aus dem Verordnungsbogen wegen uneinheitlicher Ausfüllungspraktiken größtenteils verzichtet werden mußte. Aufgrund der Schwierigkeiten der Gutachter mit dem Umsetzen der Angaben zu Hilfeintensitäten in Minutenwerte hat darüberhinaus eine Reihe von Gutachtern keine Gesamtzeitbedarfe angegeben.
Um zu einer zuverlässigeren Abschätzung des im Einzelfall erforderlichen Zeitbedarfes zu gelangen, wurde neben einer eingehenden Schulung der Begutachtenden eine Reihe von Vorschlägen gemacht, die sich auf die Bildung von Referenzgruppen beziehen, wie z.B.:

- "Für die Umsetzung von Übersichtsbogen zu Verordnungsbogen wären Standards oder Richtwerte hilfreich."
- "Man sollte einen Indikationskatalog zusammenstellen, der grobe Kategorien krankheits- oder behinderungsbedingter Einschränkungen bestimmten Betreuungsschlüsseln zuordnet."

Zeitaufwand für die Begutachtung

In zahlreichen Rückmeldungen wurde das Begutachtungsverfahren als "sehr" bis "zu zeitintensiv" bewertet, wobei in einigen Rückmeldungen auch darauf hingewiesen wurde, daß sich der Zeitaufwand nach einer Einarbeitung vermindert.
Der bei der Erprobung benötigte Zeitaufwand verteilt sich bei den 557 Bögen wie folgt:

bis zu 30 Minuten	93
31 bis 60 Minuten	172
61 bis 90 Minuten	83
91 bis 120 Minuten	64
über 121 Minuten	57
keine Angabe	88

Die Zuverlässigkeit der Manuale zur Ermittlung von Beeinträchtigungen und des Hilfebedarfs

Die Validität des Erhebungsinstrumentes wurde anhand der internen Konsistenz der Angaben untersucht. Für die Validität der Angaben spricht, daß sich seitens der Gutachter keine berufsgruppenspezifischen sowie seitens der Klienten keine zielgruppen- oder altersspezifischen Unterschiede im Gesamtzeitbedarf feststellen ließen, andererseits jedoch mit der Einrichtungszugehörigkeit der Gutachter sowie mit den Lebensorten der Klienten entsprechende Unterschiede im Gesamtzeitbedarf einhergehen. Letzteres gilt sowohl bezüglich der überwiegenden Lebensorte während der letzten zwölf Monate als auch bezüglich der angestrebten Lebensorte.

Entsprechende Unterschiede hinsichtlich der angestrebten Lebensorte fanden sich auch auf der Ebene der einzelnen Items zum Beeinträchtigungsgrad sowie bei den per Faktorenanalyse entwickelten Skalen zu Beeinträchtigungen und Hilfeintensitäten.

Skalierung der Items zum Beeinträchtigungsgrad und zum Hilfebedarf

Die durch eine Hauptkomponentenanalyse ermittelten vier Skalen zeigten jeweils zufriedenstellende bis gute interne Konsistenzen.
Die vier Skalen umfassen folgende Einzelitems:

Skala 'Grundversorgung'
- Ernährung
- Körperpflege/Kleidung
- Umgang mit Geld
- Wohnraumreinigung und -gestaltung

Skala 'Außenaktivitäten"
- Mobilität
- soziale Beziehungen im Wohnbereich
- soziale Beziehungen im Außenbereich
- Gestaltung arbeitsfreier Zeit
- Persönliche Interessen/Hobbies
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Skala 'Alltagsleben'
- Tag-Nacht-Rhythmus
- soziale Beziehungen in der Partnerschaft
- soziale Beziehungen im sonstigen familiären Bereich
- Arbeiten einschl. Zuverdienst, Ausbildung / Umschulung, Mitversorgung

Skala 'Hilfesuchverhalten'
- sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen
- Inanspruchnahme sozialer Dienste und Einrichtungen
- Bewältigung körperlicher Erkrankung / Behinderung
- körperliche Aktivitäten

Zwischen den Angaben zu Beeinträchtigungen und den Angaben zu Hilfeintensitäten bestehen starke Zusammenhänge, es wurde jedoch keineswegs schematisch jeweils die dem Beeinträchtigungsgrad entsprechende Hilfeintensität angekreuzt. Abweichungen liegen in beide Richtungen vor, d.h. es wurden sowohl Hilfebedarfe bei nicht vorhandener Beeinträchtigung angegeben, als auch trotz vorhandener Beeinträchtigung kein Hilfebedarf konstatiert.

Die Zusammenhänge zwischen Angaben zu Beeinträchtigungen bzw. Hilfeintensitäten und dem Gesamtzeitbedarf fielen erwartungsgemäß geringer aus.

Auswertung der Doppelbegutachtungen

Den vorherigen Ergebnissen entsprechend fiel auch die Untersuchung der Übereinstimmung zwischen den Angaben der Begutachter bei 99 Fällen von Doppelbegutachtungen aus. Die Übereinstimmung der Begutachter war am geringsten bei den Gesamtzeitbedarfen, deutlich höher bei den Angaben zu Beeinträchtigungen und Hilfeintensitäten.

Anhand von zwei Diskriminanzanalysen konnte gezeigt werden, daß sowohl die Items zu den Beeinträchtigungen als auch die Items zu den Hilfebedarfen in hohem Maße in der Lage sind, zwischen den Zielgruppen zu unterscheiden.

Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse aus Sicht der Kommission

Im Hinblick auf die eingangs beschriebene Fragestellung für die Erprobung ist festzuhalten, daß die entwickelten Bögen von ihrem Ansatz her ein praktikables und zuverlässiges Verfahren beinhalten, um

a) den Hilfebedarf eines Klienten zu ermitteln und
b) die Art der im Einzelfall notwendigen Hilfen festzulegen.

Einer grundlegenden Neukonzipierung bedarf demgegenüber das Verfahren, um ausgehend von dem ermittelten Hilfebedarf zur Bestimmung des im Einzelfall notwendigen Zeitbedarfes zu gelangen.

Die Ergebnisse der durchgeführten Erprobung, die aufgrund der begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen von vornherein nicht mit dem Anspruch verknüpft war, eine repräsentative Untersuchung zu sein, haben darüber hinaus wichtige Hinweise und Anregungen für die weitere Bearbeitung ergeben, die in der weiteren Bearbeitung zu berücksichtigen sind.

Überarbeitung und Ergänzung der Bögen

Auf der Grundlage der Rückmeldungen zur Praktikabilität der Bögen erfolgte zwischenzeitlich eine erste Überarbeitung und Ergänzung der Bögen sowie der Anleitungen für den Bereich der Allgemeinpsychiatrie.

Hierbei wurden zum einen die vielfältigen Anregungen zur Ergänzung bzw. Präzisierung der Manuale "Fähigkeiten und Beeinträchtigungen" sowie "Hilfearten und -ausprägungen" berücksichtigt, zum anderen die Anleitungen zur Handhabung der Manuale, des Übersichtsbogens sowie des Eingliederungsplanes entsprechend den Anregungen und Hinweisen überarbeitet (hierbei stand insbesondere das Anliegen nach klaren und eindeutigen Erläuterungen im Vordergrund, z.B. bei der Unterscheidung kompensatorisch / fördernd).

Auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Erprobung, bei der nur eine kurze Information über die Handhabung der Bögen möglich war, wurde in der Einführung deutlich herausgestellt, daß vor einer Anwendung der Bögen eine eingehende Unterweisung oder Schulung in der Handhabung eine unverzichtbare Voraussetzung ist. Darüber hinaus wurde in der einführenden Vorstellung der einzelnen Bögen herausgearbeitet, wie diese aufeinander aufbauen.

Eine entsprechende Bearbeitung der Bögen für die Bereiche Gerontopsychiatrie und Suchtkranke ist für die nächste Zeit vorgesehen.

Parallel zur Überarbeitung der Bögen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Erprobung erfolgte auch eine Bearbeitung, um diese zur Ermittlung des Gesamtbedarfes an Hilfen (nicht nur im Wohnbereich, sondern auch in den Bereichen Tagesgestaltung / Arbeit und psychotherapeutische sowie pharmakologische Behandlung) eines Klienten anwenden zu können.

Neufassung des Verordnungs-/Antragsbogens

Der Verordnungsbogen hat sich in der vorliegenden Form als nicht praktikabel erwiesen. Die Kommission wird ihn grundlegend überarbeiten.

Abbildungen zum Text: I. Steinhart, Im Mittelpunkt steht der Klient - von der institutionsgebundenen zur personenbezogenen Sicht - Können wir heute schon beginnen?

Abb. 1: Bedürfnisse in bezug auf Hilfen durch das psychiatrische Versorgungssystem

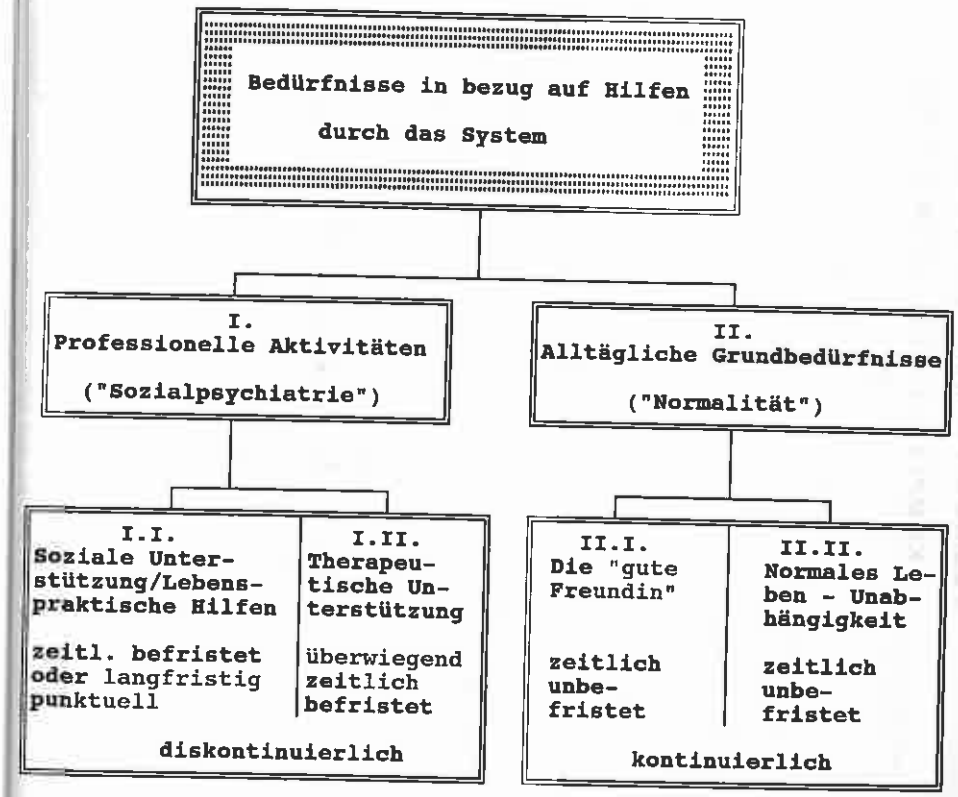


Abb.2: PERSONENBEZOGENES HILFESYSTEM IM LANDKREIS OSTPRIGNITZ-RUPPIN (in Planung)
3 Standorte: Neuruppin, Kyritz, Wittstock

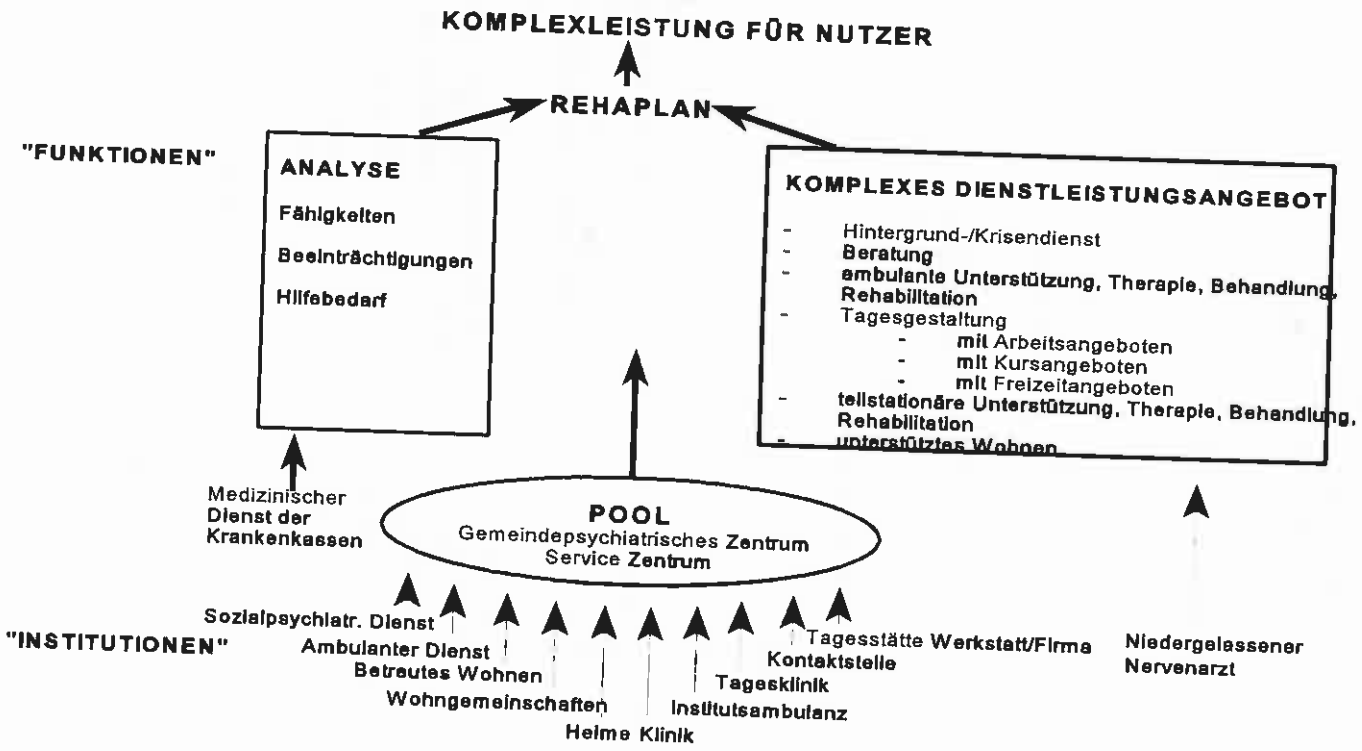


Abb. 3: Hilfebedarfe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Frau K.

Betreuungsinhalte	Betreuungsbedarf
- Selbständigkeit	→
- Umgang mit Ämtern	↗
- Umgang mit Geld	↗↘↗↘
- Tochter/Familie	↗
- Beziehung zu Freund	↗
- Arbeit	→
- Freizeitgestaltung	→

Herr O.

Betreuungsinhalte	Betreuungsbedarf
- Körperpflege	↗
- Umgangsformen	↗
- Beziehungen in der WG	↗
- Sauberkeit und Ordnung	↗
- Beziehungen zu Freunden	↗
- Familie	↗
- Umgang mit Ämtern	↘
- Offenh./Beweg./Freizeitgest.	↗
- Arbeit (Arbeitgeber)	↗

Frau C.

- psychisches Befinden	↗
- Beziehung zum eig. Körper	↗
- Gesundheitsverhalten	↗
- Hygiene	↗
- Umgang mit Geld	↗
- Unterst. b. Arztbesuchen	↗
- Haushalt	↘
- Selbständigkeit	↘
- Verhalt. anderen gegenüber	↗
- Beziehungen in WG	↗
- Familie	↗
- Arbeit	→
- Freizeitgestaltung	→

Herr N.

- Selbständigkeit	↗
- Hygiene	↗
- Ausdrucksvermögen	↗
- Ordnung/Sauberkeit	↗ (↘)
- Umgang mit Geld	↗
- Umgang mit Ämtern	↗ (↘)
- Einkauf	↘
- Familie	↗
- Arbeit	→
- Freizeit/Hobby	→

Entwicklung des Hilfebedarfs innerhalb der letzten 6 Monate:

↗ :gestiegen → :gleichbleibend ↘ :gesunken ↗↘ :wechselnd