

Personenzentrierte Arbeitsorganisation

Heinrich Kunze

Es geht um Mittel für den Zweck *gute Qualität therapeutischer Beziehungen*. Ich begrenze mich hier auf die Kliniken. Man könnte auch von der Teilhabe oder dem Pflegebereich ausgehen und von der Perspektive aus die anderen Versorgungsbe-
reiche aus der Sicht der Menschen mit psychischen Erkrankungen einbeziehen. Denn bei sektoral gegliederter Versorgung und Finanzierung werden Beziehungen immer wieder unterbrochen.

Dass die Patienten sich den seit über 100 Jahren praktizierten Ordnungsinteressen von Leistungsträgern und Leistungserbringern – hier besonders Krankenkassen und Kliniken – anpassen müssen, wurde durch die Psychiatrie-Enquête umgekehrt, indem sie verlangte, dass die Psychiatrie zu den Menschen kommt, da wo sie leben, und die Versorgung nach dem Bedarf der erkrankten Menschen auszurichten sei. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV, 1991) hat maßgeblich dazu beigetragen. Die APK widmete ihre 28. Jahrestagung dem Thema: »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«. (SCHMIDT-ZADEL et al. 2002)

Das *Problem* ist die Zuständigkeit nach Maßnahmeformen.

Die *Lösung* ist die Zuständigkeit für Personen, die unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen integriert erhalten.

Die Fragmentierung der Beziehungen

In herkömmlich organisierten Kliniken gibt es Abteilungen und Einheiten nach Maßnahmeformen: Stationen, Tageskliniken, Institutsambulanzen usw. weitere Unterdifferenzierungen nach Behandlungsmethoden usw.

Das therapeutische Prinzip bei Veränderung des Behandlungsbedarfs sieht vor, dass Patienten von einer Einheit zur andern »verlegt« werden, entlang der »therapeutischen Kette« – im Krankenhaus und zwischen den Institutionen – statt dass die Veränderung der Organisation dem veränderten Bedarf flexibel folgt.

Wenn alle diese differenzierten Einheiten ihre eigene Leitung haben, ihre eigene Diagnostik und Behandlungsplanung sowie ihr Regelwerk inszenieren, lohnt es sich vorzustellen, wie das auf Patienten und Angehörige wirkt.

Von einer Patientin, die sich wegen einer »Verlegung« wieder einem neuen Team vorstellen sollte, wurde erzählt: Sie hatte einen Kassettenrecorder mitgebracht, stellte ihn auf den Tisch mit den Worten: »Ich habe meine Geschichte schon so oft erzählt, hören Sie sich das doch bitte an. Ich gehe inzwischen ins Café. Wenn ich einen Kaffee getrunken habe, komme ich wieder und wir machen weiter«.

Das ist von Seiten der Patientin ein souveräner Umgang mit einer leicht absurden Situation, die entsteht, wenn die Therapeuten nicht in der Lage sind, ihr Beziehungsangebot so zu organisieren, dass dieses verlässlich gilt, unabhängig von

Veränderungen der Behandlungsform. Das bedeutet ja nicht, dass therapeutische Beziehungen unverändert bleiben *müssen*, aber dass sie *unverändert bleiben können*, wenn Patient und Therapeut das für sinnvoll halten, also fremdbestimmten Abbrüche von außen nicht vorgegeben werden.

Ich konnte sehr früh in meiner Weiterbildung real erfahren, was es für Patienten und Therapeuten bedeutet, in einer therapeutischen Beziehung zu arbeiten, die im häuslichen Umfeld beginnt, unabhängig von den Wechselfällen des therapeutischen Setting weiter gilt, bis zur Entlassung aus der therapeutischen Beziehung, wenn der Patient wieder die Fähigkeit erreicht hat, ohne psychiatrische Hilfe in seinem Alltag zurecht zu kommen. – Das begann für mich in einem Community Mental Health Center in Denver, Col. USA (1973). Die Bedeutung dieser therapeutischen Beziehung für die Patienten, die die Alltagsrealität des Patienten und die der Institution überspannt, sowie die damit verbundenen Anforderungen an uns Therapeuten, hat mit uns Maxwell Jones als Supervisor bearbeitet (der heute noch für sein Konzept der »Therapeutische Gemeinschaft« bekannt ist). Eine wichtige Unterscheidung lernten wir: Langfristige therapeutische Bezugsperson (als Tandem), oder therapeutische Beziehung begrenzt auf ein Setting oder einen situativen Anlass. Alle Therapeuten waren gemäß Absprache im Team in beiden Arten von Beziehungen aktiv.

In der Tagesklinik von Douglas Bennett am Maudsley Hospital in London waren die therapeutischen Beziehungen ähnlich differenziert (1973). Am Psychiatrischen Krankenhaus Burghölzli am Rand von Zürich, eine Institution aus dem 19. Jahrhundert mit einem Trakt für Frauen und einem für Männer, gab es Mitte der 1970-er Jahre ein bemerkenswert ähnliches Konzept der therapeutischen Beziehung unter Anstaltsbedingungen: Der Frauen- und der Männertrakt bildeten je eine »therapeutische Kette« von der Aufnahme- bis zur Entlassungs-Station, dazwischen Stationen, die nach verschiedenen therapeutischen und Betreuungsgesichtspunkten differenziert waren. Jeder Arzt war einerseits als kontinuierlicher Bezugstherapeut für eine Anzahl von Patienten zuständig, von der Aufnahme bis zur Entlassung, und andererseits arbeitete er als Stationsarzt in einer begrenzten Beziehung.

Erst mit *einer* therapeutischen Beziehung, die die Patienten in ihrem Alltagsleben und den therapeutischen Settings erreicht, können die psychosozialen Probleme und Ressourcen im Alltag in der Wechselwirkung mit den Symptomen der Erkrankung sowie die subjektive Verarbeitung durch die Patienten verstanden und therapeutische bearbeitet werden.

Dann beginnt die Diagnostik und Therapiezielplanung in der Aufnahmesituation mit Bezug auf das Lebensfeld oder ggf. im Lebensfeld. Dann arbeiten Patient und Therapeut mit der Fragestellung zusammen: was muss erreicht werden, damit der Patient möglichst selbstständig außerhalb einer Institution leben kann.

Diese beziehungsorientierte Arbeit ist für viele Therapeuten viel interessanter als der kleine Ausschnitt der Versorgung, den die einzelnen institutionellen Bausteine der Versorgung zu bieten haben. Der Blick durch einen solchen institutionellen »Sehslitz« vermittelt einseitig falsche Bilder von den Menschen mit psychischen

Erkrankungen, z. B. eine »geschlossene Akutaufnahme-Station«, die Tagesklinik oder die Institutsambulanz.

> < = Kontinuität oder Schnittstelle?

Eine entscheidende organisatorische Voraussetzung dafür ist die Alternative:
Leitung zuständig für Personen oder für Maßnahmeformen?

Patienten > < Therapeuten
Angehörige > < Therapeuten

Therapeuten & Patienten > < sonstige Medizin:
Hausärzte, Psych-Fachärzte, Psychotherapeuten, somatische Kliniken,
Pflegedienste, Soziotherapie...

Patienten & Therapeuten > < externe professionelle Dienste:
Arbeiten und Wohnen, Betreuung (BGB), Suchthilfe, Behinderten-,
Alten- & Jugendhilfe, Kirchengemeinde, Volkshochschule, Schuldner-
beratung, Polizei, Justiz, JVA

Abb. 1

Mit dem Alltag kommen auch die Angehörigen und andere wichtige private oder professionelle Bezugspersonen in die Beziehung (siehe Abb. 1), was für beide Seiten ja nur Sinn macht, wenn die Kooperation nicht durch »Verlegungen« immer wieder unterbrochen wird.

Integrierte Behandlung durch die Klinik – bei sektoraler Finanzierung

Das praktizieren Kliniken seit der Psych-PV in begrenztem Umfang, so auch die Klinik, die ich ärztlich bis 03-2007 geleitet habe. Denn die Psych-PV hat den Personalbedarf funktional als Behandlungsbereiche beschrieben und die organisatorische Umsetzung in ein Behandlungskonzept den Kliniken überlassen. Das ist die Grundlage für die Praxis: Die Leitung von therapeutischen Einheiten ist zuständig für Patienten als Personen und die Therapeuten *können* (!) stationär, teilstationär und ambulant mit Beziehungskontinuität behandeln. Oder sie planen mit Patienten den Wechsel in die separate Tagesklinik oder PIA.

Als wir eine neue Pflegedirektion bekamen, führte diese das Bezugstherapeuten-Konzept als Bezugspflege (statt Funktionspflege) ein, mit der Möglichkeit der Ausdehnung auf integrierte teilstationäre und institutsambulante Behandlung. Die Pflege nutzte auch die schon mit der Psych-PV eröffnete Perspektive der Krankenhaus-Pflege im Lebensfeld, z. B. die Bezugspflege (als Teil der integrierten Gerontopsychiatrischen Abteilung) begleitet die Überleitung der Behandlungsergebnisse auf Station in die häusliche Umgebung oder ggf. in die ambulante oder stationäre Altenhilfe. Das waren alles ungewohnte Anforderungen. Zu unserer Überraschung wurde die Klinik eine attraktive Adresse für Pflegekräfte aus somatischen Kranken-

häuser der Region, die Patienten beziehungsorientiert pflegen wollten. Die neue Pflegedirektion war nicht mehr erpressbar durch Mitarbeiter, die nichts ändern wollten. – Das waren auch ungewohnte Anforderungen an die Verwaltung. Aber wir haben gemeinsam ein Konzept entwickelt, das für die Leitung der integrierten Einheiten transparent machte, für welche Leistungen (X belegte Betten, Y tagesklinische Plätze, Z ambulante Quartalsfälle) der Einheit wie viel therapeutisches Personal zusteht. Das Personal arbeitet seine Wochenarbeitszeit verteilt auf die sektoral getrennte Kostenstellen, die sektoral getrennten Budgets werden gebildet aus den virtuellen Anteilen, z. B. separate Tageskliniken plus tagesklinische Anteile der primär stationären Einheiten.

Die Reichweite dieses Ansatzes wird eingegrenzt durch die möglichen Erlösverluste, wenn die Eckwerte der sektoral getrennten Budgets für stationäre, teilstationäre und ambulante Krankenhausbehandlung nicht erreicht werden. Wir hoffen, dass die Entwicklung des neuen Psych-Entgelts die Finanzierung von flexibilisierten Behandlungsformen verbessert.

Literatur

- APK Projektbericht (2013): Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf (gesehen 141228)
- KUNZE, H./FRANZ, M. (2009): Integrierte störungsspezifische Konzepte im klinischen Bereich und darüber hinaus – auch ohne Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V möglich. In: WEATHERLY, J. N., LÄGEL, R.: Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosoamtik. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin, S. 213–222
- RINKENS, S. (2012): Personen- und lebensfeldorientierte Krankenhausbehandlung In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, WEISS P /Hg.) Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum. Psychiatrie Verlag, Bonn, S. 137–145
- SCHMIDT-ZADEL, R./KUNZE, H./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) (2002a): Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Band 28, Psychiatrie-Verlag: Bonn