

Beziehungskontinuität und Kooperation

Matthias Rosemann

Menschliches Leben ist Leben in Beziehungen. Von der ersten Lebensminute an bis zu unserem Ende ist unser Leben Ausdruck von Beziehungen. Viele dieser Beziehungen haben langjährigen Charakter: Lebenspartner, Familie, Nachbarn, die Kassiererin im Supermarkt, Arbeitskollegen, der Friseur, etc. Die Vielfalt unserer Beziehungen bildet so etwas wie das »Grundgerüst« für unser Leben. Wir benötigen Verlässlichkeit und Stabilität in unserem Beziehungsgefüge, um zugleich offen für neue, spontane und sich immer wieder anbahnende Beziehungen zu sein.

Bemerkenswert ist, dass sich sogar der Gesetzgeber über die Bedeutung von persönlichen Beziehungen im Leistungsrecht im Klaren ist: Einen persönlichen und verlässlichen Ansprechpartner zu haben, findet sich z. B. in der Gesetzgebung zum SGB II wieder (»umfassende Unterstützung durch einen persönlichen Ansprechpartner« § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB II). Leider sieht auch hier die Gesetzesrealität nicht immer so aus, wie sie der Gesetzgeber gedacht hat.

Selbstverständlich finden wir die Bedeutung von Beziehungen auch in anderen Bereichen unseres Systems sozialer Leistungen. Langjährig im Sozialamt Tätige kennen ihre Klienten oft über Jahre und auch oft recht gut. In manchen Bundesländern wurde dieser Umstand zu einem systematischen Fallmanagement in der Eingliederungshilfe ausgebaut (z. B. in Berlin). In vielen Feldern sozialer und gesundheitsbezogener Arbeit wird der Aufbau stabiler Beziehungen als wesentliche Methodik eingesetzt.

Für die Psychiatrie steht die Gestaltung der Beziehungen in nahezu jeder Hinsicht im Mittelpunkt der Arbeit. Bezogen auf die Beziehungsebene zwischen psychiatrisch Tätigen und Nutzerinnen und Nutzern des Hilfesystems diskutieren wir seit Jahrzehnten die Bedeutung von Haus- und Fachärzten, Sozialpsychiatrischen Diensten, rechtlichen Betreuern, Mitarbeitern in ambulant und stationär betreuten Wohnen, Institutsambulanzen (um nur einige Beispiele zu nennen) insbesondere unter dem Aspekt der Beziehungskontinuität.

Die Wichtigkeit stabiler und kontinuierlicher Beziehungen findet sich zunehmend auch in Konzepten von Leistungsträgern wieder. So verankern gegenwärtig verschiedene Krankenkassen in ihren Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V kontinuierliche Begleitung durch eine Bezugsperson oder ein Case-Management mit den Leistungserbringern.

Die Bedeutung von Kontinuität in den therapeutischen Beziehungen wird auch von Nutzerinnen und Nutzern des Hilfesystems oft so gesehen. Vor einigen Jahren forderte auf einer Tagung eine Mutter einer psychisch erkrankten Tochter mit längerer Behandlungsgeschichte von den professionellen Helfern, dass sie doch bitte selbst für die Weitergabe von wesentlichen Informationen Sorge tragen sollte. Es sei den Klienten und den Familien nicht zumutbar, sich immer wieder selbst neu erklären zu müssen und sich den immer wieder gleichen Fragen auszusetzen, aber jedes Mal neu einer Diagnostik unterzogen zu werden.

Auch Psychiatrie-Erfahrene machen die Stabilität von Beziehungen zu einem der Maßstäbe, an denen sie die Qualität psychiatrischer Behandlung bewerten (z. B. TINTELOTT 2014, WEGENER 2012).

Entsprechend haben wir einige Teile unseres Hilfesystems so gestaltet, dass es stabile Beziehungen möglich macht. In den schon genannten Sozialpsychiatrischen Diensten findet sich in vielen Bundesländern dieser Aspekt durch die entsprechende organisatorische Umsetzung der Aufgabe wieder (CLAUSEN u. EICHENBRENNER 2010). In der Krankenpflege spielte der Begriff der »Bezugspflege« eine tragende Rolle. Am deutlichsten findet sich die Würdigung der Bedeutung belastbarer und vertrauter Beziehungen in den Konzepten des Betreuten Wohnens wieder. Dort haben sich vielfach der Begriff des »Bezugsbetreuers« oder vergleichbare Bezeichnungen durchgesetzt (OELRICH 2008)

Die Bedeutung stabiler Beziehungen findet auch Peukert in seiner Untersuchung von psychiatrischen Tagesstätten in Rheinland-Pfalz, die er im Auftrag des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener durchgeführt hat. Dort werden Tagesstätten als Heimat oder als Lebensraum der Klienten beschrieben. Das macht sich auch an den Begriffen fest, die die Befragten benutzten: Es war ihnen wichtig, »sich aufgehoben zu fühlen« oder »gut eingebunden zu sein« (PEUKERT 2010). In dieser Untersuchung klingt schon die kritische Würdigung an, wenn dort formuliert wird, dass die Tagesstätte manchmal auch »Lebens-Ersatz-Raum« sein kann.

In den letzten Jahren ist allerdings unser aktuelles tägliches psychiatrisches Handeln von zwei gegensätzlichen Tendenzen geprägt: Auf der einen Seite ist in Teilen unseres Hilfesystems die Gefahr des Schwindens verlässlicher und stabiler Beziehungen zu verzeichnen und auf der anderen Seite finden wir die Gefahr von zu sehr bindenden und Abhängigkeiten schaffenden Beziehungen.

1. Abbau von Beziehungen

Insbesondere im Bereich der Behandlung sind erhebliche Veränderungen zu beobachten. In der Klinik begegnen die Patienten in aller Regel von Beginn der Behandlung an sehr vielen Menschen: Ärzten, Pflegekräften sowie Therapeuten aller Berufsgruppen. Gerade durch den Schichtdienst in der Krankenpflege erhöht sich die Zahl der Menschen, denen die Patienten begegnen. Durch Verlegungen von einer Station zu einer anderen Station oder in die Tagesklinik wird die Zahl der an der Behandlung beteiligten Personen noch größer.

Es ist ein außerordentlich schwieriges Unterfangen, in einem durch viele Akutaufnahmen geprägten Versorgungs Krankenhaus eine vernünftige Struktur zu entwickeln, in der die therapeutisch tätigen Personen für die Patienten und ihre Angehörigen *überschaubar* und zugleich die therapeutische Verantwortung *durchschaubar* sind.

Hinzu kommt: Wenn das gelingt, was vielfach gewünscht wird, nämlich kurze Verweildauern im Setting des Krankenhauses zu realisieren, dann ist die Beziehung zu den Behandelnden in der Klinik auch sehr kurz. Meist bricht sie nach der

Entlassung aus der Klinik ab. Selbst die Nachbehandlung durch die Psychiatrische Institutsambulanz wird vielfach von anderen Personen wahrgenommen als die stationäre Behandlung. Der durch die Ausbildung bedingte häufige Wechsel bei Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten trägt zu den Beziehungsabbrüchen bei. Wird ein ehemaliger Patient nach einigen Monaten erneut aufgenommen, sind allenfalls neben den Pflegekräften und Ergotherapeuten noch die Oberärztinnen und Chefärzte vertraut.

Die Klinik ist also oft (natürlich nicht immer!) ein Ort mit eher geringer Chance zum Aufbau einer stabilen Beziehung und es erfordert eine klare Ausrichtung sowie ein erhebliches Maß an Organisationstalent, dort Strukturen mit stabiler fachlich-therapeutischer Kontinuität zu schaffen.

Auch im Übergang von Klinikbehandlung zu anderen – ambulanten – Behandlungen ist die Herstellung von therapeutischer Kontinuität zwar ein wichtiges Element, das entgegen allen theoretischen und wissenschaftlichen Bekundungen allerdings nur selten gelingt. Die Brüche an der Stelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung kennen viele Patienten und Angehörigen besser als ihnen lieb ist. Gerade vor dem Hintergrund dieser Realität ist die Überwindung der »Sektoren der Behandlung« ein zentrales Thema in der Gesundheitspolitik – bisher allerdings mit nur mäßigem Erfolg. Hier wird für die Zukunft zu beobachten sein, ob es den Kliniken, die Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen haben, gelingt, die Behandlungskontinuität von der Klinik in die Häuslichkeit der Patienten auch personell zu gewährleisten.

Gerade bei dieser Thematik kommt dem Krankenhaus-Entgeltsystem entweder eine fördernde oder eine hindernde Funktion zu, insbesondere für die Gestaltung vernünftiger Übergänge und für Möglichkeiten zur Behandlung in der Häuslichkeit der psychisch erkrankten Menschen. Die Qualität eines neuen Finanzierungssystems für psychiatrische Krankenhausbehandlung wird sich daran messen lassen müssen, ob es Anreize setzt, diese traditionellen und organisatorischen Institutions- und Sektorengrenzen zu überwinden.

2. Beziehung und Bindung

Beziehungen bergen auch Risiken. Wir alle kennen diese Risiken aus unserem eigenen Leben. Von Kindesbeinen an bewegen wir uns im Spannungsfeld zwischen Bindung und Autonomie. Sich von den geliebten Personen zu entfernen ist zwar notwendig aber beängstigend.

Insofern sind auch Beziehungen in der Psychiatrie unter dem Aspekt zu betrachten, wann sie Bindungen hervorrufen, die nicht nur nützen, sondern auch schaden:

- Beziehungen können exklusiv werden (bezogen auf die Helfer »ich bin da am dichtesten dran«, aber auch bezogen auf andere Kontakte, z. B. zum nicht-psychiatrischen Umfeld).
- Beziehungen können abhängig machen, wenn sie in ihrer Exklusivität andauernd sind.

- Beziehungen können ein Gefälle zwischen dem professionellen Helfer und dem Klienten herstellen (»ich weiß, was für Sie richtig ist, wir kennen uns ja schon so lange«).
- Langdauernde Beziehungen können in die Gefahr führen, die therapeutische Distanz zu verlieren.

In der Psychotherapie werden diese Beziehungsdynamiken oft systematisch reflektiert. In der Psychoanalyse wird die Beziehung zum Analytiker als wesentliches therapeutisches Element genutzt (»Übertragung«) und die Reflexion dieser Beziehung ist zentraler Teil des therapeutischen Prozesses (»Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten« FREUD 1914g).

In anderen Bereichen der psychiatrischen Arbeit sind diese Fragen eher wenig reflektiert. Besondere Gefährdungen sehe ich in bestimmten Arbeitsprozessen, die die Gegenübertrag fördern: Wenn z. B. junge Mitarbeitende Klienten der Generation ihrer Eltern betreuen (insbesondere in der Betreuung chronisch suchtkrank Menschen, wenn eigene persönliche familiäre Belastungen vorliegen), umgekehrt aber auch bei Mitarbeitenden, die mit Klienten der Generation ihrer Kinder zu tun haben, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Insofern gehört auch die therapeutische Beziehung oder die Betreuungsbeziehung in den Arbeitsfeldern, in denen sie strukturell angelegt ist (und gelingt), immer wieder auf den Prüfstand; sie muss reflektiert werden und bedarf einer gewissen fachlichen Öffentlichkeit. Wenn Organisationen sich auf individuelle Beziehungen (z. B. Bezugsbetreuungssysteme) einlassen und wenn sie Hilfen möglichst ambulant gestalten, eröffnet sich für sie ein Thema, dem ihre Aufmerksamkeit gehören muss. Dieses Thema wird umso wichtiger, je ambulanter und persönlicher die jeweilige Hilfestaltung wird, je sie sich also dem nähert, was wir seit vielen Jahren als den »Vorrang von ambulant vor stationär« nennen.

Menschen, das haben wir spätestens von K. Dörner gelernt, haben das Bedürfnis, Bedeutung für andere zu haben. Das gilt auch für Mitarbeitende aus psychiatrischen Diensten, nicht nur für Klientinnen und Klienten. Daher entwickeln Mitarbeitende unwillkürlich oft das Bedürfnis, möglichst lange und intensiv mit Klienten zu arbeiten. Dieser Umstand wird umso relevanter, je bedürftiger Klienten hinsichtlich der täglichen Versorgung sind. Klienten bewusst in die Unabhängigkeit zu führen, folglich sich selbst möglichst überflüssig zu machen, ist sehr schwer, und wem dies ohne übermäßige Abwehr gelingt, dem gebührt hoher Respekt.

Wenn Klienten sich selbst entwickeln (»emanzipieren«, Autonomie gewinnen) wird das von Mitarbeitenden gelegentlich als Krise erlebt. In der Entwicklung solcher Prozesse wird tendenziell eher das Risiko für die Klienten gesehen, als die Chance zu einem selbstständigen Leben, das immer von Risiken geprägt ist. Die Balance zwischen der Förderung von Autonomie und Selbstverantwortung (mit dem Risiko des Scheiterns) und der Sicherstellung von Versorgung und der Gewährleistung von Stabilität ist schwer zu wahren und bedarf vielfältiger professioneller Aktivitäten, um sie zu halten.

Darin steckt die in der Folge auch die Gefahr, die Beendigung einer Betreuung eher als Abbruch oder Scheitern zu interpretieren. In den aus vielen Regionen berichteten zunehmenden Diskussionen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern über Dauer und Umfang von Hilfen wirkt sich diese Dynamik zusätzlich belastend aus. In einer wachsenden Misstrauenskultur zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern wird es nicht selten als Kränkung erlebt, wenn Kostenträger die gewährte Leistung reduzieren wollen (z. B. durch Absenkung von Fachleistungsstunden oder Hilfebedarfsgruppen). Dabei hätten die Mitarbeitenden eigentlich einen guten Grund, stolz zu sein und es als Bestätigung ihrer Arbeit zu werten, wenn Klienten ohne ihre Hilfe oder mit weniger Hilfen auskommen, vorausgesetzt, diese Auseinandersetzung entspringt auf der Seite der Kostenträger fachlichen Erwägungen und nicht überwiegendem Kostendenken.

Wir stehen also vor der fachliche Anforderung, Beziehungen so zu gestalten, dass sie verlässlich sind, und gleichzeitig damit die Basis zu schaffen, sie zu verlassen, wenn sie nicht mehr oder in geringerer Intensität erforderlich sind. Anders ausgedrückt, ist es unsere Aufgabe, mit Hilfe von verlässlichen Beziehungen den Weg in ein Leben ohne oder mit geringeren professionellen Hilfen zu ebnen. Das alles wird umso wichtiger, je länger Betreuungsbeziehungen anhalten und je dichter, persönlicher und intimer sie ausgestaltet sind.

Wir müssen Konzepte entwickeln, die – bei Beibehaltung oder Entwicklung von stabilen Beziehungen und ambulanten Diensten – diese menschliche Grundproblematik aufnehmen, reflektieren und angemessene Strukturen enthalten.

Wie kann das gehen? Ein paar Beispiele:

- Manche fachlichen Konzepte sehen vor, nicht nur einen Bezugsbetreuer, sondern wenigstens zwei oder drei Personen in der Betreuung zu verankern, um der Exklusivität der Einzelbeziehung und den damit verbundenen Risiken entgegen zu wirken. Dies erfordert eine hohe Qualität des fachlichen Austausches, um die Risiken im Feld des Agierens für verschiedene Seiten zu mindern.
- Regelmäßige Intervision im Team und (externe) Supervision sind dazu von wesentlicher Bedeutung.
- Es gehört zur Aufgabe von Leitung und Anleitung, Prozesse der starken Bindung bei den Teammitgliedern im Blick zu haben.
- Es ist auch eine Aufgabe der multiprofessionellen Hilfeplanung, das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft stets im Blick zu behalten.
- In den Teams muss das Thema »Bindung und ihre Wirkungen« zum Thema gemacht werden.
- In Hilfeforen können externe Dritte zum Bestandteil regelmäßiger Verlaufsbetrachtung gemacht werden.
- Im Verlauf einer Hilfeleistung ist immer wieder zu prüfen, ob andere Betreuungsformen mehr Teilhabe ermöglichen, als die aktuelle Leistung, z. B. Arbeit statt Betreutes Wohnen.
- Verlässliche, verbindliche und vertrauensvolle Kooperationsbeziehungen zwischen Institutionen machen auch möglich, solche Prozesse zu reflektieren (z. B.

durch SpDi bei Klienten in Tagesstätten oder im Betreuten Wohnen, Kollegiale Supervision über Institutionsgrenzen hinweg etc.).

Für solche Absprachen bildet ein Gemeindepsychiatrischer Verbund eine gute Grundlage. Denn unsere psychiatrische Arbeit bewegt sich zwischen diesen beiden Polen, die in unserem Hilfesystem strukturell angelegt sind: dem der zu geringen Kontinuität in fachlicher und persönlicher Hinsicht und dem der sehr hohen Kontinuität mit dem Effekt zu großer Bindung. Gemeindepsychiatrische Verbünde schaffen die Grundlage zur systematischen Reflektion dieser vielfältigen Aspekte von Beziehungen.

Koordinierende Bezugsperson

Hier lohnt ein Blick auf das Konzept der »Koordinierenden Bezugsperson«, das die AKTION PSYCHISCH KRANKE mehrfach beschrieben hat (AKTION PSYCHISCH KRANKE 1999, 2006).

Dieses Konzept sieht eine Maßnahme übergreifende Kommunikationsverantwortung insbesondere für chronisch kranke Menschen vor, die von einem der professionellen Helfer wahrgenommen wird, also aus dem Bereich der therapeutischen, begleitenden und koordinierenden Hilfen kommt. Sie trägt die Verantwortung für die Kommunikation der Helfer untereinander und mit dem Klienten. Sie ist nicht für die Einzelleistung des jeweiligen Akteurs verantwortlich, sondern trägt Sorge, dass die beteiligten Akteure voneinander wissen und aufeinander abgestimmt handeln. Oft nehmen einzelne Personen solche Aufgaben wahr (mancherorts z. B. Sozialpsychiatrische Dienste); richtig verstanden und in kooperativer Absprache umgesetzt aber handeln sie mit einem dezidierten Auftrag aller Beteiligten. Um diesen herzustellen sind wieder verlässliche Kooperationsstrukturen erforderlich, wie wir sie in manchen GPVs vorfinden.

Dieses Konzept grenzt sich deutlich von einem Case-Management ab, das nur aus Sicht eines Leistungsträgers oder von einem einzelnen Leistungserbringer im ausschließlich eigenen Auftrag durchgeführt wird, sondern es beinhaltet übergreifendes Planen und Handeln mit einer ausdrücklichen Autorisierung durch alle beteiligten Akteure.

Zweifelsfrei handelt es sich um ein ehrgeiziges Konzept, mit dem es aber gelingen kann, beide Pole, den der Kontinuität der persönlichen Beziehung und den der selbstbestimmten Veränderung im Blick zu behalten und individuell mit dem Menschen, um den es geht, abzustimmen. Es kann dazu beitragen, Kontinuität auch dort schaffen, wo die unmittelbaren Leistungserbringer häufiger wechseln. Denn auch bei sich verändernden Leistungserbringern und den dort handelnden Personen bleibt die koordinierende Bezugsperson erhalten. Gemeindepsychiatrische Verbünde sind die Voraussetzung für die Umsetzung solcher Konzepte, da ja die Logik der koordinierenden Bezugsperson der Logik von Leistungsträgern widerspricht.

Hilfeplanung und Bedarfsermittlung

Das Problem der Beziehung beginnt aber schon bei der Hilfeplanung.

Differenzierte Hilfeplanung setzt bei psychisch erkrankten Menschen ein gewisses Maß an Vertrauen voraus. Nicht jeder will sich mit seinen Problemen Fremden gegenüber öffnen; manche Menschen in psychischen Krisen oder mit seelischen Beeinträchtigungen sehen sich auch gar nicht als hilfebedürftig an. Daher benötigt Hilfeplanung gerade bei psychisch kranken oder seelisch behinderten Menschen einen angemessenen und Vertrauen schaffenden Rahmen und vor allem auch Zeit. Hilfeplanung ist oft der Auftakt von Beziehungen und die Qualität dieses Auftakts stellt bereits Weichen für die weitere Entwicklung der eigentlichen Leistung.

Bedarfsermittlung und Hilfeplanung müssen im psychiatrischen Hilfesystem nicht nur den Menschen gerecht werden, die aktiv Leistungen fordern, sondern auch denjenigen (und die sind in der Psychiatrie nicht so selten), die Hilfen skeptisch gegenüberstehen, sie trotz Bedarfs eher abwehren, oder die sich zu ihrem Bedarf nicht äußern wollen oder nicht wollen können.

Psychiatrisches Handeln steht oft zwischen verschiedenen Polen: Zum Wesen einiger Erkrankungen oder Behinderungen gehört, sich selbst als bedürftig zu erleben und daher umfangreiche Hilfen zu fordern. Aus Sicht professioneller Helfer kann es dann zum Auftrag gehören, diesem Anspruch eher Hilfen entgegen zu setzen, die die Selbstsorge und –verantwortung stärken, statt die bedürftigen Wünsche zu bedienen. Andere Klienten haben einen erkennbar hohen Bedarf an Hilfen, lassen aber krankheitsbedingt nur ganz wenig Kontakt zu, da sie den professionellen Helfern misstrauen und sich schnell bedrängt fühlen. Bei Menschen in dieser Situation gehört es zum professionellen Hilfeplanungsprozess, die spezifische und persönliche Brücke zu finden, die zu den Menschen führt. Noch andere Menschen können ihren Bedarf oder ihre Anliegen nur auf Umwegen formulieren, z. B. durch Ausdrücken von Ablehnung des Angebotenen.

Insofern müssen auch die Prozesse von Bedarfsermittlung und Hilfeplanung so ausgestaltet sein, dass die Planung zu einem ggf. gemeinsamen Verständigungs- und Aushandlungsprozess wird, der verschiedene beteiligte Akteure zusammenführt und deren Sachverstand und deren Fähigkeit, eine Verständigungsebene mit den Klienten zu finden, einbezieht. Hilfeplanung kann im Feld der Hilfen für seelisch beeinträchtigte Menschen nur sehr selten ein Prozess des Zwiegesprächs von 20 bis 30 Minuten sein. Dies ist an den häufigen Fehlbeurteilungen bei Gutachten ohne ausreichende Zeit (z. B. bei Begutachtung zur Erwerbsfähigkeit der Agenturen für Arbeit) unschwer zu erkennen. Daher bedarf es auch des Mutes, die Bedarfsermittlung und die Hilfeplanung als längeren Prozess zu sehen, in dem sich die beteiligten Akteure immer wieder über den Stand der Entwicklung gegenseitig informieren. Und mancher erste Hilfeplan formuliert als Ziele nicht Handlungs- sondern Erkenntnisziele, nämlich gemeinsam die Ressourcen und die Einschränkungen eines Klienten mit ihm gemeinsam zu entdecken.

Noch ein letzter Aspekt zur Bedeutung von Verlässlichkeit, Kontinuität und Beziehung.

Manchmal benötigen Klienten keine Hilfe, wenn sie wissen, dass sie im Bedarfsfall zur Verfügung steht. Auch das kennen wir aus unserem eigenen Leben häufig genug. Die Sicherheit, zu wissen, dass für uns eine (vertraute) Person erreichbar ist, gibt uns die Stärke, eigene Wege zu gehen, Risiken einzugehen und Erfolgserlebnisse zu gewinnen. Im Bedarfsfall muss diese Sicherheit aber begründet sein. Die Hilfe muss dann auch zur Verfügung stehen, wenn sie wirklich gebraucht wird.

Hier finden wir ein strukturelles Problem unseres Versorgungssystems. Für Menschen in Krisen stehen fast überall (mit Ausnahme weniger Regionen in Deutschland) nur sehr wenige Hilfen kurzfristig zur Verfügung. Wir sehen das an der Inanspruchnahme der Kliniken. Vielfach wird von einem Ansteigen der ungeplanten Aufnahmen, z. B. über Rettungsstellen oder Erste-Hilfe-Stellen der Krankenhäuser berichtet, insbesondere, wenn keine andere Krisenversorgung zur Verfügung steht. Aber auch wenn andere Hilfen wegen Wartezeiten, Antrags- oder Bewerbungsverfahren nicht erreichbar sind, suchen Menschen in ihrer Bedrängnis das Krankenhaus auf. Manche Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V fordern von den Leistungserbringern dazu Lösungen (»Rückzugsräume«, »Krisenpensionen« als Alternative zum Krankenhaus, vergl. RUPRECHT 2010) Es ist eine Folge des gegliederten Systems der sozialen Sicherung, dass Hilfen in Krisen nicht oder nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Denn im Grunde sind viele Leistungsträger in der Leistungspflicht, mit der Folge, dass jeder Leistungsträger die vorrangige Verpflichtung bei den jeweils Anderen findet. Ein seiner Verantwortung bewusstes Hilfesystem führt die Akteure zusammen und schafft Lösungen, die den Bürgern verlässliche Ansprechmöglichkeiten bietet. Auch an diesem Thema müssen wir in der Zukunft weiter arbeiten, wenn wir die Verlässlichkeit garantieren wollen, die die Menschen benötigen, ohne sie zu sehr zu binden.

Qualität therapeutischer Beziehungen ist also nicht nur ein Thema für die direkte persönliche Beziehung, sondern auch ein wesentliches Thema für die Gesamtorganisation unseres Hilfesystems.

Literatur:

- AKTION PSYCHISCH KRANKE (1999): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 116. Nomos Verlag Bonn
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (2006) (Hg): Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- CLAUSEN, J./EICHENBRENNER, I. (2010): Soziale Psychiatrie. Stuttgart
- FREUD, S. (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Gesammelte Werke, Bd. X, S. 126–136
- OELRICH, D. (2008): Lust und Last bei der Arbeit im »Betreuten Wohnen« – ein Erfahrungsbericht. Sozialpsychiatrische Informationen, 38 Jg. S. 42–45

- PEUKERT, R. (2010): Ich bleibe hier. Warum soll ich was Schönes aufgeben, was mich befriedigt und was mich glücklich macht? Anlage und Ergebnisse einer Nutzerbefragung in Tagesstätten des Bundeslandes Rheinland-Pfalz im Auftrag des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz. Entwurfsfassung.
- RUPRECHT, Th. M. (2010): »Patient-Centered Medical Home« und »Managed Care« in der Psychiatrie? Die Integrierte Versorgung im TK-Netzwerk psychische Gesundheit. In: FAULBAUM-DECKE, W., ZECHERT, Chr. (Hg): Ambulant statt stationär. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- TINTELOTT, D. (2014): Schnell zugänglich, wählbar, alltagsnah, ressourcenorientiert... Was ist Qualität in der Psychiatrie und wie erreichen wir sie? In: Psychosoziale Umschau Heft 012014, S. 36–37
- WEGENER, U. (2012): Qualität im Hilfesystem. Eine Betroffenenansicht. http://www.fachtagung-psychiatrie.org/index.php/id-2012.html?file=tl_files/Fachtagung_Psychiatrie/2012/Beitraege%202012/2.%20Tag%20Forum%20A%20Beitrag%201%20Wegener.pdf (Abruf 14.01.2015)