

Die Zukunft hat begonnen

Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven

Tagungsbericht
Kassel, 03./04. Juni 2003

Herausgegeben von
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze
AKTION PSYCHISCH KRANKE



Die Zukunft hat begonnen

Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven

Tagungsbericht
Kassel, 03./04. Juni 2003

Herausgegeben von
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Aktion Psychisch Kranke; Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze (Hg.) /
**Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und
Perspektiven.** 1. Auflage
ISBN 3-88414-371-9

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.ddb.de>

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

© Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.
Redaktion: Birgit Weißleder
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln
Satz: Marina Broll, Dortmund
Druck: Clausen & Bosse, CPI Books, Leck

Inhalt

Begrüßung und Eröffnung	
<i>Regina Schmidt-Zadel</i>	11
Grüßwort der Referatsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Der Mensch im Mittelpunkt	
<i>Anna Brockmann</i>	14
I. Grundsätze	
Die Idee des personenzentrierten Ansatzes	
<i>Heinrich Kunze</i>	17
Von Beispielen lernen – Die Projekte zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes	
<i>Ulrich Krüger</i>	30
Der Gemeindepsychiatrische Verbund	
<i>Niels Poiksen</i>	42
Nicht ohne uns – Personenzentrierter Ansatz und Selbsthilfe	
<i>Ruth Fricke</i>	52
Koordinierte Hilfen – Personenzentrierter Ansatz und Familienselbsthilfe	
<i>Reinhard Peukert</i>	63
II. Rechtliche Rahmenbedingungen	
Rechtliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung personenzentrierter Hilfen	
<i>Knut Lehmann</i>	78
Personenzentrierte Hilfen im gegliederten System der Sozialen Sicherung	
Podiumsdiskussion mit den Leistungsträgern	
<i>TeilnehmerInnen:</i> Fritz Baur (BAG Überörtlicher Träger der Sozialhilfe), Ferdinand Schliehe (VDR), Hermann Schulte-Sasse (Land Berlin), Hans-Uwe Stem (Bundesanstalt für Arbeit), Klaus-Dieter Voß (BV BKk), <i>Moderation:</i> Heinrich Kunze	87

Zukunft der sozialen Sicherungssysteme und die Psychiatriereform	
<i>Regina Schmidt-Zadel</i>	113

Finanzierung personenzentrierter Hilfen

Einführung	
<i>Ulrich Krüger, Heinrich Kunze</i>	121
Die Umstellung der Finanzierung	
<i>Ralf Bremner</i>	123
Trägerübergreifendes Budgetmodell in Berlin-Reinickendorf	
<i>Ute Hoffmann</i>	133
Tagesstätte ohne Tagesstätte oder der personenzentrierte Ernstfall	
<i>Michael Merkt</i>	137
Umsetzung personenzentrierter Hilfen auf der Grundlage persönlicher Budgets in Gera	
<i>Christiane Neudert</i>	145
Die Regelungen des § 93 BSHG als Chance für die Entwicklung personenzentrierter Hilfen	
<i>Bernhard Scholten</i>	148

III. Gelebte Praxis

Einführung in den Personenzentrierten Ansatz

Einführung	
<i>Reinhard Peukert</i>	162
Sozialpsychiatrie ist intersubjektive Psychiatrie – oder sie ist keine	
<i>Peter Kruckenberg</i>	165
Für die Einführung integrierter personenbezogener Hilfeplanung ist Fortbildung unverzichtbar	
<i>Hiltrud Kruckenberg</i>	170
Personenzentrierte Hilfeplanung	
<i>Dorothea Rau</i>	176

Organisationsinterne und regionale Unterstützungsprozesse
zur Einführung des IBRP
Maria Augmann-Pfeiffer

183

Integrierte Hilfeplanung

Einführung

Rainer Hölzke, Petra Gromann

186

Erfahrungen mit individueller Hilfeplanung im Heim oder:
»Hilfeplanung ist mit jedem Menschen möglich«

Nadja Bier

188

Individuelle Hilfeplanung als methodisches Kernstück
einer personenbezogenen Suchtkrankenhilfe

Eckhard Sundermann

194

Der IBRP und die Teilhabe am Arbeitsleben

Karl-Ernst Brill

201

Koordinierte Leistungserbringung

Einführung

Ulrich Krüger, Joachim Speicher

211

Koordinierende Bezugspersonen†

Marion Locher

214

Hilfeplanungskonferenz

Wolfgang von Woyna

218

Eckpunkte der Hilfeplanung und die derzeitige Planung
der Einrichtung eines Gemeindepсихиатриischen Verbunds
in Mainz

Wolfgang Müller

222

Personenzentrierte Hilfen – Anforderungen und ihre Umsetzung in Einrichtungen

Einführung <i>Ingar Steinhat, Heinrich Kunze</i>	229
Überlegungen zu einem prozessorientierten Teambegriff <i>Walter Kistner</i>	234
Das psychiatrische Behandlungszentrum Bremen-Nord <i>Martin Bühig</i>	245
Flexible Nutzung von Tagesstättenplätzen in Berlin-Reinickendorf <i>Günter Geil</i>	248
Die Auflösung eines Heimes und Umwandlung in ein ambulantes/teilstationäres Angebot am Beispiel des Wohnhauses Jüthornstraße in Hamburg <i>Brigit Hamann</i>	256
Neue Anforderungen an Geschäftsführungen <i>Matthias Rosemann</i>	262
ProPsychiatieQualität – leitzielorientierte Qualitätsentwicklung im gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen <i>Jürgen Armbruster</i>	269

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Einführung <i>Dieter Stahkopf</i>	286
Rechtstragen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds <i>Peter Mrozynski</i>	291
Kommunale Verantwortung bei der Durchsetzung von Qualitätsstandards im Gemeindepsychiatrischen Verbund <i>Sabine Mayer-Dölle</i>	297
Das Gemeindepsychiatrische Zentrum als Mittelpunkt des Gemeindepsychiatrischen Verbunds im Bodenseekreis <i>Sabine Gnannt-Kroner</i>	302

Teilhabe am Arbeitsleben

Einführung

Karl-Ernst Brill, Niels Pöksen

307

Arbeit und Zuversicht auf der Basis von Ergotherapie
als Eckstein kommunaler Psychiatrie

Mathias Heißler, Carmen Mucha

309

Vielfältige Optionen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Norbert van Eickels

321

Mut zu finanzierbaren Lösungen

Arnd Schwendy

328

IV. Dokumentation und Evaluation

Sinn und Unsinn von Dokumentation

Einführung

Peter Kruckenberg

334

Konzeption eines integrierten EDV-gestützten psychiatrischen
Dokumentationssystems in einer Region

Peter Kruckenberg

336

Das Integrierte Psychiatrische Dokumentationssystem:
Struktur und Auswirkungen

Andreas Brand

344

Vorstellung der EDV-Arbeitshilfe »HPK-doku«

Harald Goldbach

350

Datenschutz in einem Integrierten Psychiatrischen
Dokumentationssystem

Peter Grampp

355

Integrierte Dokumentation und Psychiatrieberaterstattung

Christian Reumtschüssel-Wienert

357

Evaluation

Einführung

Petra Gromann

369

Evaluation qualitativer und quantitativer Hilfeplanung –
Personenzentrierung in der Praxis als Grundlage für die
zukünftige Versorgungs- und Vergütungsstruktur

Albrecht Hegener

371

Leistungsprofile und Kosten einer gemeindeintegrierten
psychiatrischen Versorgung

Michael Welschhold-Greife

384

Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen in der
Region Hannover – Forschungsergebnisse und Folgerungen
für die Praxis personenzentrierter Hilfeplanung

Hermann Elgeti, Lothar Schlieckau

395

Evaluation zur Umsetzung des Berliner Behandlungs-
und Rehabilitationsplans

Patrizia Di Tolla

406

Qualitätsmanagement durch Nutzerbeteiligung

Nils Greve

415

V. Ausblick

Perspektiven nach Abschluss des Bundesprojekts »Implementation«

Ulrich Krüger

428

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

437

Veröffentlichungen und Informationstagungen der Aktion PSYCHISCH KRANKE

441

Begrüßung und Eröffnung

Regina Schmidt-Zadel

Meine Damen und Herren,
ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserer diesjährigen Jahrestagung.

Mit über 850 Anmeldungen ist dies die mit Abstand größte Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE, und ich freue mich außerordentlich, dass Sie so zahlreich unserer Einladung gefolgt sind.

Die Stadt Kassel haben wir wegen ihrer zentralen Lage als Tagungsort gewählt. Das hat vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Anreise am heutigen Tag ermöglicht. Einige werden noch kommen. Viele von Ihnen, die schon da sind, mussten den Wecker auf eine frühe Zeit stellen. Wir hoffen, dass der Tagungsverlauf keine Müdigkeit aufkommen lässt.

Kassel hat aber auch bei dem Projekt, um das es heute geht, eine nicht unwesentliche Rolle gespielt. Nicht nur, dass der Projektleiter, Herr Prof. Kunze, hier zu Hause ist. Er hat es auch geschafft, die Arbeitsgruppe des Projekts von den Vorzügen dieser Stadt zu überzeugen, sodass ihre etwa monatlichen Treffen in der Regel hier stattfanden. Es dürfte also hier manche hitzige Diskussion gegeben haben und manche gute Idee ist hier entstanden.

Die Bezeichnungen der Projekte der AKTION PSYCHISCH KRANKE sind oft reine Zungenbrecher. Vor sechs Jahren wurden unter dem Titel »Von institutionszentrierten zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung« die Ergebnisse der »Kommission Personalbemessung im komplementären Bereich« vorgestellt. Wenn es nun um die »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung« geht, klingt das auch nicht viel besser.

Wie viel eingängiger und überzeugender sind die Inhalte

- mehr auf die einzelne Person achten,
- stärker zusammenarbeiten und
- gemeinsam Verantwortung übernehmen.

Dass dieses allgemeine Credo so schwierig in die Praxis umzusetzen ist, war schnell klar, als der »personenzentrierte Ansatz« vor sechs Jahren vorgestellt wurde. Wie sehr haben wir uns daran gewöhnt in

den Kategorien Krankenhaus, Heim, Betreutes Wohnen, Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle, Werkstatt für behinderte Menschen, Integrationsbetrieb, Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke oder Nervenarztpraxis zu denken. Natürlich gibt es noch viel mehr Einrichtungsbezeichnungen, aber immer bleibt es dabei, dass eine Einrichtung ein mehr oder weniger feststehendes »Angebot« macht, das der psychisch kranke Mensch annehmen oder ablehnen kann. Angebotsorientiert nennt man das, wenn der Kunde zwischen gegebenen Angeboten entscheiden kann.

Beim personenzentrierten Ansatz geht es dagegen darum, mit dem psychisch erkrankten Menschen gemeinsam den individuellen Hilfebedarf festzustellen und dann ein passendes Hilfspaket zu organisieren, möglichst im gewohnten Lebensfeld des psychisch kranken Menschen und unter möglichst »normalen« Bedingungen; das heißt weitgehend außerhalb von Spezialeinrichtungen für psychisch Kranke.

Personenzentriert heißt aber nicht nur, sich von starren Einrichtungskategorien zu lösen, sondern auch von einrichtungsbezogenen Finanzierungen. Nicht mehr über »Betten« und »Plätze« soll verhandelt werden, sondern über Leistungen, deren individuelle Notwendigkeit und deren Ergebnisse.

Wenn viele Einrichtungen und Träger beteiligt sind, auch viele Leistungsträger und unterschiedliche Entscheidungsebenen, regionale und überregionale, dann ist klar: Dies ist ein schwieriger Prozess.

Das sollte im Rahmen eines Projektes in einzelnen Regionen begleitet und unterstützt werden, damit es Beispiele gibt, die zeigen, wie man personenzentrierte Hilfen in einer Region organisieren kann, wenn die Beteiligten es wollen.

Wenn wir unter diesem Motto »Die Zukunft hat begonnen« tagen, dann ist damit schon angedeutet, dass es wichtige Fortschritte auf dem langen Weg zu personenzentrierten Hilfen gegeben hat. Die Geschichte des Implementationsprojekts ist eine Erfolgsgeschichte: An das Bundesprojekt haben sich inzwischen mehrere Landesprojekte angeschlossen, auch hier in Hessen, wo wir heute tagen.

Aber ich will den Inhalten nicht vorgreifen. Nur so viel: Die Fortschritte, die erzielt werden konnten, sind allem voran dem Engagement der Beteiligten in den Projektregionen zu verdanken. Sie haben viel Arbeit und manche Unsicherheit auf sich geladen, um die Pionierleistungen zu erreichen, über die hier berichtet wird. Für

dieses außerordentliche Engagement möchte ich den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern herzlich danken, die in den Projektregionen beteiligt waren und sind.

Dem entspricht auch die geänderte Tagungsstruktur bei dieser Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRAKE. Es gibt weniger Plenumsvorträge und dafür mehr Zeit für Fragen, Erfahrungsaustausch und Diskussion.

Dies soll eine praxisorientierte Tagung werden, die hilft, gewonnene Erfahrungen für viele nutzbar zu machen und dazu ermutigt, auch nach dem Abschluss des Bundesprojektes »Implementation« und dem künftigen Ende der Landesimplementationsprojekte mit der Zusammenarbeit fortzufahren und im Sinne von »Benchmarking« sich wechselseitig zu beflügeln und zu unterstützen.

Die AKTION PSYCHISCH KRAKE hat nur eine begleitende Beratung geleistet. Dass dieses »nur« oft hilfreich war und manchmal gerade das Quäntchen bedeutete, das zum Durchbruch verhalf, wird aus den Regionen berichtet. Ich möchte daher auch ganz herzlich der Arbeitsgruppe und den Mitarbeitern des Projekts und insbesondere Ulrich Krüger danken.

Ermöglicht hat das Projekt das Bundesministerium für Gesundheit und (jetzt auch) Soziale Sicherung. Das BMGS hat nicht nur finanziell gefördert, sondern durch das kontinuierliche Interesse am Implementationsprojekt ermutigt und Gelegenheit zu Rückkopplungen an die Politik gegeben.

Das Projekt erprobt die Praxistauglichkeit der Sozialgesetze und liefert Erkenntnisse für weitere gesetzliche Änderungen in einem Prozess der lernenden Gesetzgebung.

Ministerin Ulla Schmidt, die Staatssekretäre Schröder und Tiemann, Herr Abteilungsleiter Wilmerstadt und andere haben sich mehrfach in persönlichen Gesprächen über das Projekt informiert. Dafür an dieser Stelle bereits meinen herzlichen Dank.

Besonders erwähnt sei noch die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit dem zuständigen Psychiatrie-Referat im BMGS. Frau Dr. Brockmann und Herr Dr. Stracke werden an der Tagung teilnehmen, Herr Kneipp war vor der Tagung und wird nach der Tagung mit ihrer Finanzierung befasst sein. Ihnen allen, auch stellvertretend für Ihre Vorgänger, unser herzlichster Dank.

Grußwort der Referatsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Der Mensch im Mittelpunkt

Anna Brockmann

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, heute im Namen von Frau Ministerin Schmidt ein Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung anlässlich der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRAKE zu übermitteln.

Zunächst möchte ich der APK ein herzliches Dankeschön aussprechen! Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung weiß zu schätzen, was die AKTION PSYCHISCH KRAKE geleistet hat:

Seit der Psychiatrie-Enquete Mitte der 70er-Jahre war und ist die AKTION PSYCHISCH KRAKE führend bei der Erstellung von Konzeptionen zur Neu- und Umgestaltung von Hilfen für psychisch kranke Menschen.

Stets standen dabei die schwer und chronisch psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Vordergrund – jene also, die aufgrund ihrer Erkrankung oft Schwierigkeiten haben, eigenständig geeignete Hilfen aufzufinden und aufzusuchen. Diese Menschen benötigen in besonderem Maße ein offenes, flexibles, bei Bedarf auch mobiles Gesundheitssystem.

Die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland in den fast 30 Jahren seit der Psychiatrie-Enquete ist eine Erfolgsgeschichte:

Die traditionelle Anstaltspsychiatrie, die Verwahrpsychiatrie im entlegenen Großeinrichtungen, in denen unter welenen und menschenunwürdigen Zuständen viele Patienten oft lebenslang ihr Dasein fristeten, gibt es so nicht mehr. Sie ist ersetzt worden durch ein therapeutisch ausgerichtetes System von unterschiedlichsten Angeboten an Behandlung und Rehabilitation auf stationärer, teilstationärer und ambulanter Ebene. Hervorzuheben ist besonders auch die verbesserte Einbindung der Angehörigen psychisch Kranker sowie der Betroffenen selbst.

Aus dem »Schlusslicht Psychiatrie« ist ein anerkannter, gleichwertiger, in manchen Bereichen sicher vorbildlicher Teil des Gesundheitswesens geworden.

Grußwort: Der Mensch im Mittelpunkt

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 ist die Psychiatrie noch einmal deutlich gestärkt worden:

Beispielhaft möchte ich auf die Punkte Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen und Soziotherapie hinweisen. Auch allgemeine Neuregelungen waren für die Psychiatrie bedeutsam, insbesondere der Vorrang von ambulanter Rehabilitation, die Integrative Behandlung, die Stärkung der Patientenrechte und die Qualitätssicherung.

Mit dem SGB IX wurde ein zusammengefasstes und modernes Rehabilitationsrecht geschaffen, das in seiner Grundausrichtung auch den Empfehlungen der AKTION PSYCHISCH KRAKE entspricht: Leichter Zugang, einheitliche Rehabilitationsplanung, abgestimmte und vernetzte Leistung und bei allem Orientierung am individuellen Bedarf bei höchstmöglicher Berücksichtigung der Wünsche der Patientinnen und Patienten.

Erwähnt seien hier auch das Pflegequalitätsicherungsgesetz und das Heimgesetz. Beide stärken ebenfalls die Stellung der Nutzerinnen und Nutzer und verpflichten die Leistungsträger zu flexibler, passgenauer Hilfeleistung auf hohem fachlichem Niveau.

Trotz der unbestrittenen Fortschritte bei der Psychiatrie-Reform kann jedoch nicht darüber hinweggesehen werden, dass nach wie vor Benachteiligungen psychisch kranker Menschen bestehen und die Versorgungssituation weiter verbessert werden muss.

Dies hat bereits die Expertenanhörung vor dem Bundestagsausschuss für Gesundheit im Mai 2001 gezeigt und auch die in der Folge im Juli 2002 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Entschliebung »25 Jahre Psychiatriereform – Verstetigung und Fortentwicklung«.

Vor dem Hintergrund des weiterhin bestehenden Handlungs- und Verbesserungsbedarfs wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im Mai 2002 der »Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung« aktiviert. Darin erarbeiten Vertreterinnen und Vertreter zahlreicher Verbände der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Angehörigen- und Betroffenen- sowie der Fachverbände abgestimmte Empfehlungen zur Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen. Auch in diesem Arbeitskreis ist die AKTION PSYCHISCH KRAKE mit großem Engagement und großer Sachkenntnis vertreten.

Der personenzentrierte Ansatz ist in der deutschen Psychiatrie-

landschaft untenbar mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE verbunden. Die APK hat sich nicht damit begnügt, das Konzept der »personenzentrierten Hilfen« vorzulegen, sondern hat angeboten, die Umsetzung dieses Konzeptes zu begleiten und zu fördern.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat dies durch die Förderung des »Implementationsprojekts« aufgegriffen und unterstützt.

Der Umfang, in dem die Möglichkeit des wissenschaftlich begleiteten Umbaus regionaler psychiatrischer Hilfesysteme ohne zusätzliche finanzielle Mittel von den verschiedenen Regionen aufgegriffen worden ist, hat uns positiv überrascht und beeindruckt.

Besonders erfreulich ist, dass die Länder Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen sowie der Bezirk Oberbayern die Projektidee aufgegriffen haben. Durch eigene Förderungen wurde so eine Ausweitung des Projekts bzw. eigene Landesprojekte gleicher Ausrichtung ermöglicht.

Wir haben bisher die Ergebnisse der Projekte mit großem Interesse verfolgt und sind entsprechend gespannt auf die zusammenfassende Darstellung im Rahmen dieser Tagung und in dem kommenden Abschlussbericht.

Sicher gibt es, wie gesagt, auch Schwierigkeiten. Nicht immer läuft alles reibungslos bei den Bemühungen um die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes, wie überall gibt es auch Kritik und Verzögerungen.

Was jedoch unabhängig davon bereits erreicht wurde – und das ist zweifellos nicht zuletzt auch den Aktivitäten der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu verdanken – ist eine breite Übereinstimmung hinsichtlich der dahinter stehenden Idee:

Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen, nicht die Institution.

Ich bin überzeugt, dass dem personenzentrierten Ansatz in Behandlung und Rehabilitation und der vernetzten Arbeit in regionalen Verbünden auch in Zukunft ein wichtiger Stellenwert zukommt. Dies gilt nicht nur für den Bereich Psychiatrie.

Ihrer Tagung wünsche ich einen guten und erfolgreichen Verlauf.

Die Idee des personenzentrierten Ansatzes

Heinrich Kunze

Einleitung

Die Idee des personenzentrierten Ansatzes ist den meisten hier Anwesenden vertraut. Viele haben die praktischen Umsetzungen seit Jahren vorangetrieben, um die es bei diesem Kongress geht. Was ich vortrage, ist für die einen ein »warning up«, für andere eine Einführung. Für alle möchte ich eine Orientierung geben in der Fülle von konkreten Problemanalysen und Lösungsansätzen, die bei diesem Kongress in den Plenarvorträgen, den Symposien und Poster-Ausstellungen dargestellt und diskutiert werden.

Den personenzentrierten Ansatz haben wir in Deutschland nicht gefunden. Es geht dabei nicht um alle psychisch Kranken, sondern speziell um die mit längerfristigem komplexem Hilfebedarf. Ich erlebte diesen Ansatz bei meinen psychiatrischen Lehr- und Wanderjahren in Denver (USA), London und Heilbronn. Mit der *Wiener Psychiatrie-Reform* wurden schon Anfang der 80er-Jahre die Psychosozialen Dienste nach diesen Prinzipien geschaffen: Für Stadtsektoren zusätzliche multiprofessionelle Teams als ambulante Stationen einer nicht Betten führenden Krankenanstalt (listige administrative Fantasiel!). Die *Berner Sozialpsychiatrie* (seit Ciampi) arbeitet ambulant und lebensfeldzentriert. *England* hat in den 90er-Jahren den so genannten *Care Programme Approach* (CPA) allgemein verbindlich eingeführt [2]. In den »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ...« (1988) wurde der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) funktional beschrieben [6].

Die Herausforderung in Deutschland besteht darin, für die Realisierung von personenzentrierten Hilfen die personellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen – ausgehend von den gewachsenen Versorgungstraditionen und -strukturen.

Traditionell wird das Versorgungssystem geprägt von Eigeninteressen der Kostenträger (die sich jetzt als Leistungsträger definieren) und der Einrichtungen (Leistungserbringer), und der Patient muss seinen Bedarf danach ausrichten. *Der personenzentrierte Ansatz geht von dem Bedarf der Person aus und fragt erst in der zweiten*

und dritten Ebene nach der entsprechenden Organisation der Hilfen und ihrer Finanzierung. Wer schon immer primär von den Patienten her seine Arbeit als Therapeut konzipiert hat, kennt die vielfältigen Schwierigkeiten, die ein solcher *Perspektiv-Wechsel* hervorruft. Aber viele Therapeuten haben die kognitive Dissonanz für sich entschärft, indem sie ihr *fachliches Bewusstsein durch das Sein der Finanzierungs- und Organisationsformen bestimmen lassen* [9]. Selbst die Versorgungsforschung ist *strukturkonservativ*, wenn sie die vorhandenen einrichtungszentrierten Versorgungsformen einfach als gegeben hinnimmt und so den modernen Institutionalismus nicht zum Gegenstand wissenschaftlicher Kritik macht.

Personenzentrierte Hilfen haben zum *Ziel Integration und Normalisierung* bei den in Abb. 1 dargestellten Arbeitsrichtungen: Die psychiatrischen Dienste fördern die eigenen Fähigkeiten des Patienten und seiner Angehörigen, sowie auch die Nutzung von nicht psychiatrischen Gesundheits- und Sozialdiensten.

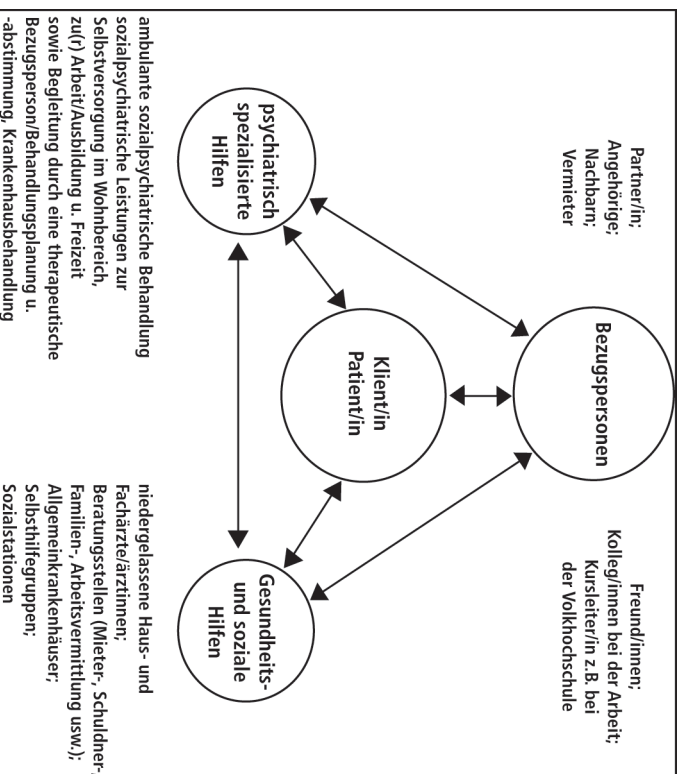


Abb. 1: Integration und Normalisierung als Kooperations-Ziel

Im nächsten Abschnitt werden aus der Kritik des Konzeptes der Reha-Kette die Anforderungen an den GPV abgeleitet. Die weitere Gliederung meiner Einführung orientiert sich an den Realisierungsebenen in Abb. 2. Sie stellt den Paradigmenwechsel dar: Die traditionellen Verhältnisse würden durch einen Pfeil von unten nach oben gekennzeichnet, für den personenzentrierten Ansatz ist der Pfeil von oben nach unten maßgeblich.

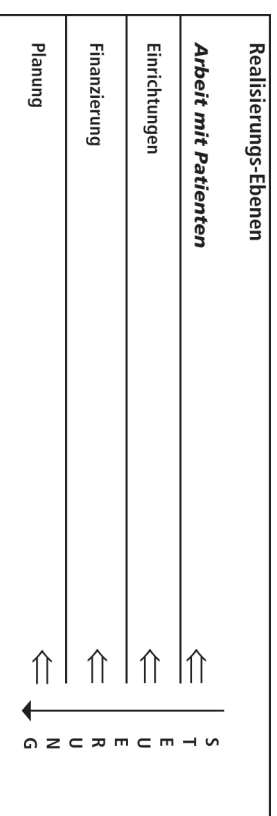


Abb. 2: Von der Reha-Kette zum regionalen personenzentrierten Hilfesystem

Kritik der Reha-Kette

Vom Konzept der personenzentrierten Hilfe als Maßstab ausgehend will ich die Nachteile des Konzeptes der Reha-Kette (Abb. 3) in Erinnerung rufen [7, 4]. Dieses differenzierte System von Hilfen wurde zwar als Alternative zur alten Anstalt entwickelt und war insofern ein großer Fortschritt. Aber gleichwohl bleibt es einem *zentralen Grundprinzip der Anstalt* weiter verhaftet [9]: Auch die Bausteine der Reha-Kette sind *viele verschiedene, aber in sich möglichst homogene Standardpakete für Personen mit im Querschnitt möglichst gleichem Hilfebedarf*. In eine herkömmliche komplementäre Einrichtung geht eine Person mit einer chronischen psychischen Erkrankung, wenn sie im eigenen Lebensfeld nicht zurecht kommt, oder die Bezugspersonen mit ihr nicht zurechtkommen, weil ambulante Behandlung und soziale Beratung nicht ausreichen. Bei *Veränderung des Hilfebedarfs nach Art und Umfang erfordert dies den Wechsel von einem homogenen Maßnahmekästchen zum anderen, wie früher Verlegungen von einer Station zur anderen in der alten Anstalt*.

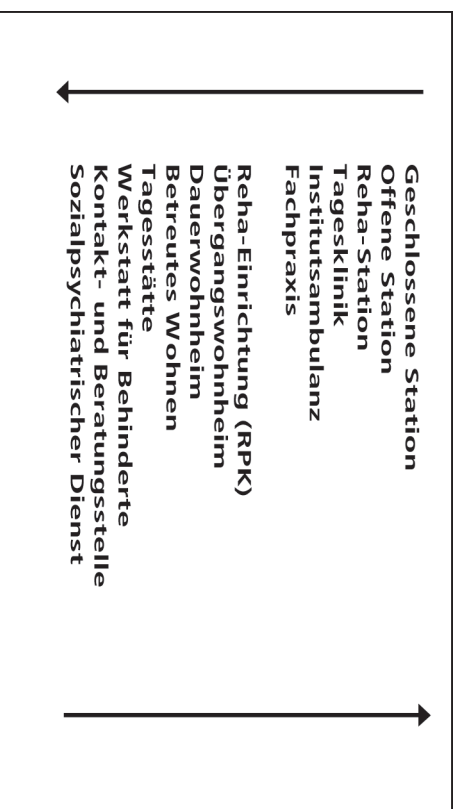


Abb. 3: Konzept der Reha-Kette

Wer in diesem Feld arbeitet, kann erfahren, wie der Hilfeprozess fragmentiert wird, wie die therapeutischen Beziehungen, die privaten Beziehungen, die Vertrautheit mit der Situation immer wieder unterbrochen und damit Teilfortschritte im Behandlungs-Prozess wieder zunichte gemacht werden, und wie die Beziehungen im professionellen Vor- und Nachfeld der längerfristigen Behandlung und Betreuung durch diese Fragmentierung abreißen. Dies erzeugt Widerstände gegen Veränderungen im therapeutischen Prozess nicht nur bei Patienten, sondern auch beim therapeutischen Personal.

Die Folgen dieser negativen Effekte sind, dass Menschen entweder immer erneut enturzelt werden oder in einem institutionellen Platz stecken bleiben. *Die Integration in eine Einrichtung macht die Menschen abhängig von ihr durch die Anpassung an die präformierten institutionellen Lebensbedingungen, die Entfremdung vom bisherigen sozialen Kontext. Und die Angehörigen sowie andere relevante Bezugspersonen im privaten Bereich und bei der Arbeit lernen nicht, mit der chronisch kranken Person zurechtzukommen, und sie lernen nicht, geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen.*

Das Konzept eines Systems von je verschiedenen, jedoch in sich homogenen Hilfepaketen (Stationen in traditionellen psychiatrischen Kliniken, Einrichtungseinheiten der Reha-Kette) in Verbindung mit

der Strategie, Patienten von einer Einheit zur anderen weiter zu bewegen, kann verstanden werden als ein Versuch der Reduktion der Komplexität: Für das Personal, für die Institution, und für die Kostenträger. Aber die Patienten sind besonders verletzlich für die oben beschriebenen schädigenden Effekte und sie müssen die Bürde tragen, die sich aus der Reduktion der Komplexität zu Gunsten von therapeutischem Personal, Administrationen und Kostenträgern ergibt.

Konsequenzen für das neue Konzept

Die zentrale Folgerung aus dieser Kritik ist, dass Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung dort stattfinden bzw. von dort aus in Anspruch genommen werden, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden [4, 7]. Ein besonders beeindruckender Beleg für dieses Prinzip ist eine in den USA von Drake et al. (1999) durchgeführte kontrollierte Studie [5], in der die Effektivität von zwei unterschiedlichen Ansätzen der beruflichen Rehabilitation bei Personen mit schweren psychischen Störungen untersucht wurde (Abb. 4). Wenn bei der beruflichen Rehabilitation das Arbeitsfeld zuerst gefunden wird und dort in der realen Arbeitswelt die rehabilitative Intervention stattfindet, so ist dies wesentlich erfolgreicher als wenn in Reha-Institutionen rehabilitiert und die Platzierung in der realen Arbeitswelt erst am Schluss des Reha-Prozesses eingeleitet wird. Drake: Erst platzieren, dann dort rehabilitieren! – Analog sind kontrollierte Studien notwendig zur Wirksamkeit der beiden Strategien im Wohn- und Alltagsbereich: Reha-Kette mit Übergangshaus – Wohnheim – therapeutische Wohngemeinschaft – Betreutes Wohnen ... oder früh die eigene Wohnsituation klären mit dem Ziel, sie während und nach Beendigung der Rehabilitation und Eingliederung zu behalten, gemäß dem personenzentrierten Ansatz.

Rehabilitationsansatz	Erreichte Integration in	
	Allgemeinen Arbeitsmarkt	Beschützte Beschäftigung
Betrieblich mit Unterstützung; erst platzieren, dann dort rehabilitieren	61 %	9 %
Durch Rehabilitationseinrichtung: erst trainieren, dann in Betrieb platzieren	11 %	71 %

Abb. 4: Erst platzieren, dann dort rehabilitieren (Drake)

Die entscheidende strukturelle Voraussetzung für die Realisierung dieser Prinzipien ist, die Räume zum Leben und die professionellen Hilfen zu entkoppeln,

- um den *Lebensmittelpunkt*, die *eigene Wohnung* mit ihren sozialen Bezügen auch zum Bezugspunkt für alle professionellen Hilfen zu machen: *Integration im Lebensfeld statt Institutionalisierung*; und
- Hilfen so *flexibel* zu organisieren, dass Veränderungen nach Art und Umfang verwirklicht werden können ohne Unterbrechung wichtiger therapeutischer und sozialer Beziehungen: *Kontinuität statt Fragmentierung*.

So kann die *eigene Wohnung Dreh- und Angelpunkt* sein: Eine eigene Wohnung zu haben (allein, mit Verwandten oder befremdeten Personen) ist ein menschliches Grundbedürfnis und die entscheidende Voraussetzung für psychische Stabilität und personale Identität. *Wohnen ist der spezifische Bezugspunkt für Integration in die Gemeinde, für soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten und Arbeit* [4, 7, 12].

Therapeutische Arbeit mit Patienten

Die herkömmliche Steuerung auf der Einzelfallebene funktioniert ganz schlicht: Wenn die psychiatrische Krankenhausbehandlung zu Ende ist und ein Patient nicht in (nur) ambulante Behandlung nach Hause entlassen werden kann, so kann die Klinik ihr Problem lösen, indem sie für diesen Patienten einen Platz in einer Einrichtung sucht. Der Bedarf des Patienten wird definiert gemäß Konzept der Einrichtung, damit ist auch der Leistungsträger zufrieden. Die Einrichtung ist zufrieden, weil ein Platz finanziert wird. Die verschiedenen Hilfen, die der Patient in der Einrichtung erhält, sind durch die zentrale therapeutische Leitung der Einrichtung integriert. Aber: Der institutionelle Kontext für den Hilfeprozess ist so vorab festgelegt und es wird damit sehr schwierig, den institutionellen Kontext selbst zum Gegenstand der Reha-Planung zu machen. Dagegen geht der IBRP vom Bedarf des Hilfeempfängers aus (Abb. 5).

Die vorbereitete Hilfeplanung wird in der *regionalen Hilfeplan-konferenz* von verschiedenen Seiten geprüft und vervollständigt sowie verabschiedet. Über personenzentrierte Hilfeplanung und die Hilfeplankonferenz wird an verschiedenen Stellen während dieses Kongresses ausführlich die Rede sein.

IBRP – Integrierter Behandlungs- und Rehabilitations-Plan

Personenzentrierte Hilfeplanung

mit Patient verhandeln
individualisiert und integriert
Ziel- und lebensfeld-bezogen

übergreifend in Bezug auf im Quer- und Längsschnitt beteiligten

- Berufsgruppen
- Einrichtungen
- Kostenträger

Vorrang haben

- eigene Ressourcen und die von Bezugspersonen (privat, beruflich)
- vor nicht psychiatrischen professionellen Hilfen
- vor psychiatrischen professionellen Hilfen

Abb. 5: IBRP – Integrierter Behandlungs- und Rehabilitations-Plan

Organisation von Einrichtungen und Diensten

In den meisten Regionen gibt es einen mehr oder weniger entwickelten Komplementärbereich im Sinne der Reha-Kette bzw. Stufenrehabilitation, d. h. bestehend aus Bausteinen im Sinne von maßnahmemogenen Kästchen. Hier kann man nicht einfach alles Bestehende einreißen und alles neu aufbauen. Hier muss ein gemeindepsychiatrisches Bewusstsein entstehen, dass die Mühen der Transformation sich lohnen im Hinblick auf das gemeinsam gewollte Ziel der besseren Versorgung im Sinne von Qualität und Ressourcenschonung. Dieser Prozess kann durch finanzielle Anreize im Rahmen von Leistungsvereinbarungen (z. B. § 93 f BSHG) [10] der Kostenträger mit den Leistungserbringern befördert werden.

Zum *Gemeindepsychiatrischen Verbund* wird Niels Pörksen einen Vortrag halten und zwei Symposien werden sich damit befassen.

Finanzierungs-Ebene

Die Fragmentierung des Hilfeprozesses hat ihre entscheidende Ursache in der *Fragmentierung der Finanzierungs-Zuständigkeiten* in Verbindung mit dem Prinzip, die *Zuständigkeit an abgegrenzten Einrichtungen statt an – (einrichtungs- bzw. orts-unabhängigen) – Funktionen festzumachen*.

Das neue SGB IX versucht dem gegen zu steuern und übergreifende patientenzentrierte Verantwortung im Sozialrecht zu verankern. Ein vorsichtiger Einstieg in Personen-bezogene Kooperation im SGB IX ist das Konzept der Servicestellen. Die Sozialhilfeträger und Jugendhilfe wurden in den Kreis der Reha-Leistungsträger aufgenommen. Dabei konnte sich der Gesetzgeber aber noch nicht entschließen, die Leistungsträger in eine gemeinsame Verantwortung für personenzentrierte integrierte ambulante Komplexleistungen (Leistungsträger übergreifend integrierte Leistungserbringung) einzubinden, die für die Betroffenen »aus einer Hand« (Kontinuität, Integration) kommen und die dann vom Leistungserbringer entsprechend den wechselnden Leistungszuständigkeiten mit verschiedenen Leistungsträgern abschnittsweise oder anteilig abgerechnet werden [4, Band II]. Immerhin hat der Deutsche Bundestag zum Ende der Legislaturperiode 2002 eine programmatische Entscheidung zur Psychiatrie-Reform verabschiedet, in der an zentraler Stelle die Förderung nach ambulanten Komplexleistungen steht.

Der allgrößte Anteil von Rehabilitation für psychisch kranke Menschen wird von der Sozialhilfe finanziert, weil ihr Bedarf nicht zu den Angeboten der vorrangigen Reha-Leistungsträger (Rentenversicherung, Krankenkassen) passt oder die durch Beiträge erworbenen Ansprüche unzureichend sind. Dies zeigt, dass die Gleichstellung chronisch psychisch Kranker in sozialrechtlicher Hinsicht noch nicht erreicht ist. – Den etwa 700 RPK-Plätzen (von der Sozialversicherung finanziert) stehen 21.431 Plätze Betreutes Wohnen und 30.831 Plätze in Wohnheimen (Sozialhilfe oder Selbstzahler finanziert) gegenüber [3].

Die verschiedenen Sozialhilfe finanzierten komplementären Bausteine werden traditionell über Pflegesätze finanziert, was eine bestimmte Interessenausrichtung bewirkt. Am besten geht es einer Einrichtung bei möglichst unterdurchschnittlich aufwändigen Personen, die möglichst lange bleiben, was ja durch die schwierigen Übergänge bei der Fragmentierung in andere geringer aufwändige Bewohnungsformen noch gefördert wird.

Von entscheidender Bedeutung könnte der 1999 in Kraft getretene neue § 93 BSHG sein [10]. Mit dieser Gesetzesänderung wird das Ziel verfolgt, Eingliederungshilfe in Bezug auf Leistungsinhalte, Vergütungen, Wirtschaftlichkeit und Qualität transparent und vergleichbar zu machen und zu einer prospektiv pauschalierenden Fi-

nanzierung zu kommen (und zu einer Steuerung der steigenden Kosten). Damit soll das bisherige System abgelöst werden, mit dem der Betrieb einer Einrichtung nach dem Bedarfsdeckungsprinzip durch Pflegesätze finanziert wurde. Diese Novellierung hatte übrigens nichts mit den fachlichen Zielsetzungen zu tun.

Der neue § 93 a BSHG verlangt eine Leistungsvereinbarung, in der auch die »Verpflichtung ... aufzunehmen« zu definieren ist:

- Traditionell angebotsorientierte Selektion, d. h. zum Konzept passende Personen aufnehmen von nah und fern, bis die Einrichtung voll ist?
- Oder im Sinne der regionalen Versorgungsvereinbarung?

Eine solche Versorgungsverpflichtung setzt voraus, dass Kostenträger und Einrichtungsträger vereinbaren, mit der finanzierten Ausstattung die Versorgungsverpflichtung und die ausreichende Qualität in Bezug auf die regional definierte Zielgruppe zu realisieren.

Der neue § 93 BSHG eröffnet außerdem die Möglichkeit, die therapeutische Maßnahme von Unterkunft und Verpflegung sowie Gebäudekosten zu entkoppeln. Damit könnte die Stufung der therapeutischen Maßnahmen erfolgen unabhängig davon, ob die Patienten in der eigenen Wohnung bleiben oder Wohnraum einer Einrichtung benötigen. In der herkömmlichen Eingliederungshilfe bedeutet aber ambulant »wenig« (Ressourcen), dafür ist der örtliche Sozialhilfeträger zuständig – und wer »mehr« braucht, muss das Gesamtpaket eines Einrichtungsbausteines nutzen, z. B. aus seiner Wohnung in die Einrichtung ziehen. Dafür ist der überörtliche Sozialhilfeträger zuständig. Für die Kommunen ist damit der finanzielle Anreiz gesetzt, ambulante Hilfen zu vermeiden und abzuwarten, bis die Hilfen bedürftiger Personen in die Zuständigkeit der überörtlichen Sozialhilfe kommen. Der überörtliche Sozialhilfeträger darf Hilfen im Rahmen seiner Zuständigkeit nur in Einrichtungen und nicht ambulant realisieren. Dies trägt bei zum Sog in stationäre Einrichtungen – ein Beispiel für die »strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen«¹ [6].

Die wichtigste und schwierigste Aufgabe des neuen § 93 BSHG ist der Auftrag, »Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf« zu bilden als Grundlage für die Kalkulation der Maßnahmenpauschalen. Weit verbreitet ist noch der institutionszentrierte An-

¹ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, 1988: 72.

satz, der von Personen ausgeht, die sich in Einrichtungsbausteinen befinden und fragt, welche Hilfen sie unter diesen Umständen benötigen – statt personenzentrierte Hilfeplanung voranzustellen und zu fragen: Welche psychiatrischen Leistungen sind notwendig, wenn Selbsthilfe und Ressourcen im Umfeld unterstützt und nicht psychiatrische professionelle Hilfen einbezogen werden?

Eine hoffnungsvolle Perspektive zur Überwindung der Einrichtungs-zentrierten Problemlösungen ist das jetzt auch im SGB IX verankerte »*Persönliche Budget*«. In diesem Zusammenhang geht es um die Finanzierung von *individuell maßgeschneiderten Hilfen als Sachleistung*. – Ein Symposium morgen wird sich mit der Finanzierung befassen.

Planung

Übrigens ist der sozialrechtlich einklagbare individuelle Anspruch auf Rehabilitation und Teilhabe nicht von dem Vorhandensein von Plätzen abhängig. Deshalb hat Bedarfsplanung sich an dem in der Bevölkerung tatsächlich vorhandenen Bedarf zu orientieren und nicht an (finanz-)politisch gewünschten Richtwerten.

Es geht darum, von den vorhandenen Personen in einer Region ausgehend, deren individuellen Hilfebedarf zu ermitteln (von der Hilfeplankonferenz, den Statistiken der Leistungsträger und Einrichtungsträger) und daran das regionale Hilfenetz auszurichten. Planungsprozesse haben zum Ziel, den Abstand zwischen IST und SOLL zu verkleinern [7, 8].

Die herkömmliche Planwirtschaft von Plätzen und Einrichtungen hat bisher noch eine weitere wichtige Funktion: Sie wird zur Steuerung und Begrenzung des Ressourcenverbrauchs genutzt. Der individuelle Hilfebedarf wird bestimmt über den gefundenen Einrichtungsplatz, also kann das Finanzvolumen durch die Planung der Plätze/Einrichtungen begrenzt werden. Der personenzentrierte Ansatz entzieht dieser Art von Steuerung die Grundlage, weshalb die Finanzverantwortlichen zunächst am einrichtungszentrierten Ansatz festhalten.

Der Umstieg von der Steuerung über Platzkontingente zur Budgetsteuerung – auf den Ebenen der Person, der Einrichtung sowie der Region – beginnt gerade in einigen Regionen.

Meine Damen und Herren, ich habe beschrieben, dass personenzentrierte Hilfen viele Veränderungen auf den Ebenen: Arbeit

mit Patientinnen und Patienten, Einrichtungen, Finanzierung und Planung notwendig machen. Ich will aber damit keinen voraussehlenden Pessimismus verbreiten! Wer glaubt, bevor nicht alle diese Veränderungen erreicht seien, könne personenzentriert nicht gehandelt werden, hat mich gründlich missverstanden! Der Kongress wird zeigen, dass auch unter den gegebenen Verhältnissen schon sehr viel erreicht werden kann, allerdings oft nur mit erhöhter Anstrengung, besonderer Flexibilität und listiger Fantasie. Dieser Kongress zeigt – wie auf einer Messe – welche Problemlösungen in Projekt-Regionen entwickelt wurden, was sich alles bei den gegebenen Gesetzen verändern lässt, wenn die Beteiligten nur wollen. Ulrich Krüger spricht anschließend über: »Von Beispielen lernen ...«.

Allerdings zeichnen sich auch Vorschläge für Gesetzesänderungen ab, damit personenzentrierte Hilfe nicht nur im Gegenwind, sondern mit Rückenwind umgesetzt werden können. Das Bundesinteresse am Implementationsprojekt ist einerseits, die Sozialgesetze auf ihre Praxisauglichkeit hin zu prüfen und andererseits Vorschläge für legislative Verbesserungen zu erarbeiten.

Psychiatrie-politisches Ziel: Integration oder Ausgliederung?

Das gemeindepsychiatrische Ziel heißt allgemein: Niemand soll deswegen auf Dauer aus seiner Stadt/aus seinem Kreis ausgegliedert werden, weil die Hilfen für diese Person unzureichend sind [1, 4, 7, 8]. An dieser Stelle wird Gemeindepsychiatrie politisch, denn es geht darum, dass dieses Ziel politisch gewollt und beschlossen ist und regelmäßig überprüft wird. In diesem Ziel müssen sich alle Beteiligten einig sein: Politik, Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, komplementäre Einrichtungen und Dienste, Kliniken, niedergelassene Ärzte und die Kostenträger.

Früher war die alte Anstalt die Restkategorie, zuständig für all die Personen, für die andere sich selber für nicht zuständig hielten. Die Klinik nach Psych-PV – egal ob Abteilung oder Fachkrankenhaus – hat den Auftrag zu behandeln und sie ist kein Ort zum Leben auf Dauer. So ist von der alten Heil- und Pflegeanstalt die Funktion zu Heilen an die Psychiatrischen Kliniken übergegangen und die Pflegefunktion an die Gemeinde-integrierten Dienste und Einrichtungen [11, 9]. – Aber wenn diese sich angebotsorientiert verhalten, so werden Personen, die in die Angebote nicht passen, in andere Versor-

gungsbereiche ausgegliedert, die *heute die Restfunktion* haben: wohnortferne Heime, Obdachlosenhilfe, die forensische Psychiatrie und Gefängnisse. – Das Qualitäts-Prinzip der regionalen Versorgungs-verpflichtung darf nicht nur für Kliniken gelten, sondern auch für alle anderen regionalen Dienste und Einrichtungen.

Literatur

1. AKTION PSYCHISCH KRA NKE (Hg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001
2. BECKER T. Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung – Erfahrungen aus England. In: KAUDER V, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRA NKE (Hg.). Qualität und Steuerung. Köln: Rheinland-Verlag, 1999: 65–87
3. BRILL KE. Psychisch Kranke im Recht – Ein Wegweiser. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003
4. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.). Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band I Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich« der psychiatrischen Versorgung. Band 116/I Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 1999
- Band II Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 116/II Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 1999
5. DRAKE RE, Mc HUGO GJ et al. A Randomized Clinical Trial of Supported Employment for Inner-City-Patients with Severe Mental Disorder. Arch Gen Psychiatry 1999, 56: 627–633
6. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988
7. KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRA NKE (Hg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen 11. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
8. KAUDER V, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRA NKE (Hg.). Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland-Verlag, 1999
9. KUNZE H. De-Institutionalisierung im Kopf – Vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. Krankenhaupsychiatrie 2001, 12: 48–55
10. KUNZE , H. Von der Institutions- zur Personenzentrierung. Kritische

- Bilanzierung der bundesweiten Umsetzung des § 93 BSHG. Ein notwendiger Paradigmenwechsel. Kerbe 2003, 3: 10–13
11. SCHMIDT-ZADEL R, KUNZE H, AKTION PSYCHISCH KRA NKE (Hg.). Mit und ohne Bett – Personen-zentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
 12. SCHMIDT-ZADEL R, PÖRKSEN N, AKTION PSYCHISCH KRA NKE (Hg.). Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002

Von Beispielen lernen – Die Projekte zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes

Ulrich Krüger

Der Tenor des Referats von Herrn Kunze war sehr überzeugend: *Personenzentrierte Hilfen sollen im eigenen Lebensfeld, mit dem psychisch Erkrankten gemeinsam geplant und in Kooperation erbracht werden.* Dies ist eigentlich so klar und einleuchtend, dass man sich fragt: Was daran ist ein Forschungsergebnis? Wo liegt das Problem? Dies ist auf jeden Fall oft die Reaktion von Außenstehenden. Auch Profis in der Psychiatrie reagieren oft erst einmal mit der Feststellung: »Das machen wir bereits seit Jahren so!«

Bei näherem Hinschauen zeigt sich allerdings sehr schnell die Herausforderung. Wir sind alle gewohnt, in Einklassungskategorien zu denken. Deren konzeptioneller, personeller und finanzieller Rahmen hat die Sicherheit gegeben, was zu tun und zu lassen ist, bzw. (aus der Sicht der Nutzer) mit welchen Hilfen man rechnen kann und welche Verpflichtungen man eingeht. Dass dieser Rahmen oft hinderlich ist, weil der jeweils aktuelle Hilfebedarf der konkreten psychisch kranken Menschen nicht selten mehr, weniger oder andere Hilfen, oder die gleichen Hilfen an einem anderen Ort benötigt, ist zwar bekannt, aber was soll die Konsequenz daraus sein? Ist die Alternative der universal kompetente, allzeit verfügbare, grenzenlos flexible Einheitsdienst oder Megatherapeut, für den natürlich immer die erforderliche Finanzierung zur Verfügung steht???

An dieser Stelle kippt die Überzeugung leicht ins Gegenteil: Das ist völlig unmöglich, utopisch, selbst wenn man es wollte, nicht umsetzbar.

Als auf der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) im Jahr 1997 der personenzentrierte Ansatz vorgestellt wurde, gab es wenig grundsätzliche Kritik an der Konzeption – aber erhebliche Zweifel an der Realisierbarkeit. »Die APK – das sind die Idealisten: Die Konzepte sind vorzüglich, aber die Welt ist anders«, konnte man hören. Aber auch: »Wir sind bereit, den Weg zu gehen, doch wir sehen enorme Detailprobleme. Wer kann dabei helfen?«

In dieser Situation entstand die Idee eines Umsetzungsprojekts. Es ging dabei weder um ein Forschungsprojekt, in dem eine neue oder die alte Expertenkommission konkretere oder entwickelte kon-

Von Beispielen lernen – Die Projekte zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes

zeptionelle Vorstellungen erarbeitet, noch um ein Evaluationsprojekt, in dem regionale Entwicklungsprozesse ausgewertet werden. Noch viel weniger gab es Geld für die Regionen, um Modellproben zu fördern.

Die Projektidee bestand einzig darin, eigenverantwortlich tätigen regionalen psychiatrischen Verbänden wissenschaftliche Begleitung und Beratung anzubieten und ihren Austausch untereinander zu organisieren.

Das Bundesministerium für Gesundheit war so freundlich (oder besser: so weitsichtig), ein Projekt zu finanzieren,

- bei dem die Projektregionen nicht bekannt waren, noch nicht einmal klar war, ob sich überhaupt Regionen beteiligen;
- und bei dem die konkreten Projektziele unklar waren; diese sollten nämlich jeweils spezifisch ausgehandelt werden.

Klar war nur, dass in drei bis vier Regionen exemplarisch personenzentrierte Hilfsstrukturen auf- bzw. ausgebaut werden sollten, um anschließend als positives Beispiel für andere interessierte Verbände zu dienen.

Zunächst wurde ein »Vorprojekt« von sechs Monaten vereinbart, an dessen Ende die Entscheidung stehen sollte, ob dann ein dreijähriges »Implementationsprojekt« zustande kommt.

Das Angebot für die Regionen war also klar: Es wird eine Menge Arbeit geben, viel Unsicherheit und dafür kein Geld – aber vielleicht die Chance, bei einem Prozess, den man ohnehin vorhat, ein wenig Unterstützung zu bekommen. Optimistisch – wenn auch nicht ohne Zweifel, ging die Arbeitsgruppe des Projekts davon aus, dass eine solche Motivation bei einigen Regionen vorlag.

Kriterien zur Auswahl von geeigneten Regionen

Da die Aufgabe anspruchsvoll war, sollten in ihren Verbundstrukturen bereits fortgeschrittene Regionen einbezogen werden. Als Erstes wurden daher Kriterien zur Auswahl von geeigneten Regionen ausgearbeitet. Dazu wurde der Bogen »Beschreibung der Versorgungsstruktur« entwickelt. Darin wurden zu den Realisierungsebenen¹ (Arbeitsebene, Organisatorische Ebene, Steuerungsebene und

¹ Siehe Beitrag von Herrn Heinrich Kunze »Die Idee des personenzentrierten Ansatzes« in diesem Band.

Leistungsrechtliche Ebene) Fragen formuliert, die den Stand der Entwicklung in der Region abbildeten.

Schon damals bestand die Idee, dass dieser Bogen nicht nur zur einmaligen Verwendung bei der Entscheidung über die Projektteilnahme dienen sollte, sondern generell eine Hilfestellung bei der Selbsteinschätzung des regionalen Entwicklungsstandes geben sollte. Dieser Bogen wurde im weiteren Projektverlauf weiterentwickelt zum »Bogen zur regionalen Zielplanung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes« (*ReZiPsych*) und spielte in dieser Form auch im weiteren Projektverlauf noch eine größere Rolle.

Außer dem Entwicklungsstand wurden die Bereitschaft zur Mitwirkung am Projekt und sonstige Rahmenbedingungen abgefragt. Unter »sonstigen Rahmenbedingungen« wurden bisherige Verbundprojekte und Möglichkeiten zur finanziellen Beteiligung erfragt.

Dieser Bogen wurde im Dezember 1997 an die Psychiatriereferenten der Länder verschickt mit der Bitte, sie an zur Projektteilnahme geeignete und eventuell daran interessierte Regionen weiterzuleiten. Innerhalb von drei Wochen (über Weihnachten) sollten sich interessierte Verbünde bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE melden und sich anschließend mit dem ausgefüllten Bogen um Teilnahme bewerben. Wohlgemerkt: »Verbünde«. Die Rückmeldungen mussten also in der Region abgestimmt werden. Im Nachhinein erscheint das Unterfangen recht kühn.

Auswahl der Referenzregionen

Zu unserer größten Überraschung gingen bis Januar etwa 50 Interessenbekundungen ein – ein mächtiges, sehr ermutigendes Aufbruchsignal. Es folgte ein sehr aufwändiger, aber höchst interessanter Auswahlprozess, der deutlich machte, in wie vielen Regionen ein hohes Interesse an der Implementierung personenbezogener Hilfen bestand, aber auch in wie vielen Regionen eine hohe Bereitschaft zur einrichtungs- und trägerübergreifenden Kooperation bestand. Die Psychiatrie nimmt diesbezüglich im Vergleich zum sonstigen Gesundheits- und Sozialsystem sicherlich eine Vorreiterrolle ein.

Die Auswahl war entsprechend schwierig. Letztlich entscheidend war die regionale Verteilung und die letzten beiden Punkte: Projekterfahrung und besondere Rahmenbedingungen, z. B. weitgehende Zusagen der Landesministerien oder Leistungsträger oder zusätzli-

che Projektmittel. Für das Implementationsprojekt wurden ausgewählt:

- Berlin-Reinickendorf
- Gera
- Kaiserslautern (Stadt und Kreis)
- Kaufbeuren/Ostallgäu
- Mainz
- München-Süd

In Rheinland-Pfalz war bereits ein Vorläuferprojekt abgeschlossen: In Kaiserslautern und Trier waren unter den Bezeichnung »Wohnverbundprojekt« für die sozialhilfefinanzierten Betreuungsformen personenzentrierte Verbundstrukturen aufgebaut worden. Dieses Projekt hat dem folgenden Implementationsprojekt auf Bundesebene in vieler Hinsicht als Vorbild gedient. Die beteiligten Regionen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Rheinland-Pfalz waren so stark an einer Fortführung der Entwicklungsprozesse interessiert, dass eine eigene Zusatzfinanzierung aufgebracht wurde. Dadurch konnte eine zweite Region aus Rheinland-Pfalz als Referenzregion des Bundesprojekts aufgenommen werden.

Durch Zusatzfinanzierung des Bezirks Oberbayern konnte München-Süd als zweite bayerische Region aufgenommen werden. Nun hatten wir sechs Referenzregionen.

Rheinland-Pfalz ging aber noch einen Schritt weiter und legte ein an gleichen Zielen orientiertes Landesprojekt »Implementation« auf, über das auch die anderen Regionen des Landes, die sich um Teilnahme beworben haben,

- Bernkastel-Wittlich,
 - Stadt Trier, Landkreis Trier-Saarburg,
 - Ludwigshafen und
 - Pirmasens, Südpfalz, Zweibrücken
- in ein Implementationsprojekt kamen.

Den Verbünden, die nicht berücksichtigt werden konnten, wurde angeboten, selbstorganisiert an den Projektzielen zu arbeiten. Sie sollten Informationen aus den Referenzregionen bereits während des Projektverlaufs erhalten und so schnell die dort gewonnenen Erfahrungen für sich nutzen können. Fast alle Bewertungsregionen haben dies genutzt. Es gab drei gemeinsame Workshops und diverse bilaterale Kontakte.

Viele dieser »selbstorganisierten Projekt-Regionen« bemühten sich jedoch um eigene Finanzierungen für eine Projektbegleitung. In der Zwischenzeit hat dies zu einer ganzen Reihe von weiteren Landesprojekten geführt :

Landesprojekt Baden-Württemberg mit vier beteiligten Verbünden

- Bodenseekreis, Ravensburg, Friedrichshafen
- Lörrach
- Reutlingen
- Stuttgart (eigenes Implementationsprojekt)

Landesprojekt Nordrhein-Westfalen mit acht Regionen

Rheinland

- Heinsberg
- Köln-80
- Mettmann
- Solingen
- Wuppertal

Westfalen

- Bochum
- Herford
- Steinfurt

Landesprojekt Hessen seit März diesen Jahres mit sechs Regionen (in der Phase – Vereinbarungen noch nicht unterschrieben), im nächsten Jahr sollen vier weitere hinzukommen

- Stadt Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg
- Lahn-Dill-Kreis
- Mainz-Kinzig-Kreis
- Wetteraukreis
- Wiesbaden
- Vogelsbergkreis

Die weiteren selbstorganisierten Projektregionen waren und sind teilweise ebenfalls sehr aktiv. Hierzu gehören:

Berlin	Hellersdorf, Marzahn, Mitte, Tiergarten, Wedding, Steglitz-Zehlendorf, Spandau
Bremen	Bremen-Ost, Bremen-Süd
Hamburg	Altona, Bergedorf, Hardorf, Nord
Hessen	Kreis Groß-Gerau
Mecklenburg-Vorpommern	Schwerin
Niedersachsen	Hannover
Saarland	Landkreis St. Wendel
Sachsen	Grimma, Muldentalkreis, Vogtlandkreis
Sachsen-Anhalt	Halle
Schleswig-Holstein	Kreis Pinneberg
Thüringen	Altenburger Land, Weimar

In den Projektregionen wurden »projektbegleitende Arbeitsgruppen« gebildet, die sich in der Regel vierwöchentlich trafen und treffen, in Berlin-Reinickendorf sogar zweiwöchentlich. Sie werden von den kommunalen Psychiatriekordinatoren geleitet. Darin sind Vertreter der Leistungserbringer, der Leistungsträger (zumindest der Sozialhilfeträger) und zumeist der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen. In den projektbegleitenden Arbeitsgruppen wurden schriftliche Projektvereinbarungen mit den jeweiligen Projektzielen ausgehandelt. Diese Vereinbarungen wurden in öffentlichen Veranstaltungen unterzeichnet, oft mit politischer Prominenz und Presse.

Eckpunkte der regionalen Projektvereinbarungen

Worum ging es inhaltlich? Im Mittelpunkt standen und stehen Qualitätsverbesserungen durch

- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf,
- personenzentrierte Zusammenarbeit der Therapeuten,
- Übernahme regionaler Verantwortung/Beteiligung an regionaler Steuerung.

- Die Eckpunkte der regionalen Projektervereinbarungen waren und sind*
- individueller Gesamtplan für Behandlung und Hilfe zur Teilhabe (IBRP),
 - transparente Beschlussfassung über individuellen Hilfebedarf (Hilfepan Konferenz),
 - therapeutische Kontinuität und Abstimmung im Verlauf der Hilfen (koordinierende Bezugsperson),
 - gemeinsame Verantwortung für regionale Bedarfsdeckung (Pflichtversorgung) – obligatorisches Hilfeangebot in der Region,
 - lebensweltbezogene Hilfen weniger stationär – mehr ambulant; weniger psychiatrisch – mehr nicht-psychiatrisch,
 - weniger Sozialhilfe – mehr versicherungsfinanzierte Leistungen,
 - Flexibilisierung der Hilfeleistungen,
 - gemeinsame Verantwortung für Qualitätsentwicklung und finanzielle Steuerung.

Vorgehen und Ergebnisse in den Regionen

Der Projektablauf war in allen Regionen ähnlich:

1. Zunächst wurde die Hilfeplanung mit und nach dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan eingeführt. Dazu gab es Fortbildungen.
2. Dann wurden Hilfepan Konferenzen gebildet, in denen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung vorgestellt und Beschlüsse über die Hilfeleistungen getroffen werden.
3. In den Hilfepan Konferenzen wurden routinemäßig koordinierende Bezugspersonen benannt.
4. Es wird von einer regionalen Pflichtversorgung ausgegangen. Auch wenn es dazu noch keine vertragliche Vereinbarung im Sinne eines Sicherstellungsauftrags gibt, wird alles daran gesetzt, für psychisch kranke Menschen aus der Region in der Region Hilfemöglichkeiten anzubieten.
5. Aus dieser Hilfeplanung ergibt sich die Notwendigkeit einer Flexibilisierung der Hilfeleistungen. Bisher standardisierte Hilfen auf die individuellen Hilfebedarfe wurden angepasst: Manchmal weniger, manchmal mehr, oft an einem neuen Ort. Dazu mussten auch die Finanzierungsformen flexibilisiert werden.
6. Das Erreichte soll über die Projektaufzeit hinaus erhalten werden. Die formelle Verbundgestaltung wird zum Thema.

Der Schlüssel zur personenzentrierten Hilfeleistung ist die integrierte individuelle Hilfeplanung. Es geht dabei nicht um das Instrument, sondern um das Verfahren, mit dem Klienten einen mit allen beteiligten Therapeuten und Helfern abgestimmten Gesamtplan zu erstellen. Es gibt dabei nur einen Hilfeplan pro Person. Darin sind alle erforderlichen Hilfen behandelt, auch die nicht-psychiatrischen.

Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) ist ein einheitliches Instrument und geeignet zur

- Planung: zielorientiert, lebensweltbezogen, integriert;
- Koordination im Verlauf und
- Evaluation.

Der IBRP war in den Referenzregionen bereits bekannt und wurde teilweise auch schon genutzt. Trotzdem haben die trägerübergreifenden Schulungen eine starke Wirkung entfaltet. Sie schafften die Grundlage für einen gemeinsamen Sprachgebrauch und haben die Kooperationsbereitschaft ungemein erhöht.

Während die Projektervereinbarungen auf der Leitungsebene verhandelt und beschlossen wurden, waren hier die Mitarbeiter mit all ihren Fragen und auch Zweifeln am Projekt noch nicht beteiligt. Dadurch, dass einzelfallbezogen anhand individueller Hilfeplanungen über mögliche Änderungen gesprochen werden konnte, haben sich auch auf dieser Ebene die Projektziele erschlossen. Auch in der Folge sind es immer wieder die individuellen Hilfeplanungen, die auf Mängel im Hilfesystem aufmerksam machen. Immer wieder wird festgestellt, dass die Standardangebote nicht passen. Wenn dann gemeinsam innovative Lösungen gefunden werden, wissen alle Beteiligten, warum sich die Mühe von individueller Hilfeplanung und gemeinsamer Besprechung lohnt.

Der Ort der gemeinsamen Besprechung ist die Hilfepan Konferenz (HPK). Dort werden die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung in ca. zehn Minuten vorgestellt und anschließend diskutiert. Auch das soll im Durchschnitt nicht mehr als zehn Minuten in Anspruch nehmen. Falls das nicht reicht, wird beschlossen, eine Personenkonferenz, also eine individuelle Hilfebedarfsbesprechung mit den Beteiligten abzuhalten. Wichtig ist, dass die Teilnehmer der

HPK autorisiert sind, damit sichergestellt ist, dass die gefundenen Lösungen anschließend auch umgesetzt werden. Dafür bedarf es keiner formalen Entscheidungskompetenz. Die liegt weiterhin beim zuständigen Leistungsträger.

Die Teilnehmer der Hilfeplan-Konferenz waren und sind:

- (autorisierte) Vertreter der Leistungserbringer darunter:
 - ☐ Klinik
 - ☐ Sozialpsychiatrischer Dienst
 - ☐ Wohnungslosenhilfe
- Auf Wunsch: Betroffene, Angehörige, gesetzliche Betreuer
- Leistungsträger

In den Projektregionen hat sich für die Hilfeplan-Konferenzen ein vierwöchiger Rhythmus entwickelt. Die Dauer soll 2,5 Stunden nicht überschreiten. Dies gelingt noch nicht immer. Die Leitung der Hilfeplan-Konferenz erfolgt durch den Psychiatriekoordinator.

Die Hilfeplan-Konferenz ist der *Dreh- und Angelpunkt der regionalen einzelfallbezogenen Steuerung*. Der Qualitätsgewinn durch die Überprüfung und Ergänzung der individuellen Hilfeplanungen durch ein solch fachkompetentes Gremium ist erheblich. Da alle für die Entscheidung erforderlichen Personen anwesend sind, ist eine sehr zügige und transparente Entscheidung möglich. Lücken im regionalen Hilfesystem werden für alle Beteiligten sofort deutlich.

So wie die Einführung der integrierten individuellen Hilfeplanung mit einem Lernprozess verbunden ist, so müssen auch bei der Einführung einer Hilfeplan-Konferenz einige Hürden übersprungen werden. Anfangs sind Hemmnisse zu überwinden, die eigenen Überlegungen zur Hilfeplanung offen zu legen. Es könnte etwas vergessen sein oder man fürchtet, die Dramatik des Einzelfalls nicht deutlich genug zu machen. Erste Hilfeplan-Konferenzen sind oft zu detailliert und dauern daher zu lang. Manchmal werden Diskussionen geführt, die weit über den Einzelfall hinausgehen. Fragen des Datenschutzes, der Finanzierung, der Einbeziehung gesetzlicher Betreuer oder der Gerichte usw. sind natürlich nötig. Sie gehören aber nicht in die Hilfeplan-Konferenz.

Die koordinierende Bezugsperson

Auf die koordinierende Bezugsperson möchte ich hier nur kurz eingehen. Sie wird im Symposium zur koordinierten Leistungserbringung eingehend besprochen. Hier sei nur erwähnt, dass dies eine psychiatrische Fachkraft ist, die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht und als Ansprechpartner für den Klient und sonstige beteiligte Therapeuten dient. Es ist also kein außen stehender »case-manager«, der nur dirigiert, was andere erledigen.

- Die koordinierende Bezugsperson ist:
- einrichtungsübergreifend und leistungsbereichsübergreifend zuständig (verschiedene Leistungsträger),
 - Ansprechpartner für Klient und sonstige beteiligte Therapeuten,
 - zuständig für die nächste Hilfeplanung und Einbringen in die HPK,
 - nach Beschluss der HPK im Amt, bis der Beschluss aufgehoben wird,
 - ohne Entscheidungskompetenz, hat aber Informationsrecht und Recht zur Stellungnahme.

Die gemeinsame Verantwortung für die regionale Bedarfsdeckung und Pflichtversorgung beginnt zunächst mit einer Absichtserklärung. Zumindest kann eine klare Zuständigkeit ab der ersten Besprechung in der Hilfeplan-Konferenz sichergestellt werden, auch in den Fällen, in denen noch nicht sofort die optimale Hilfe geleistet werden kann.

Die Hilfeaufnahme darf sich auch und gerade bei Menschen mit schwankender Motivation, störenden Verhaltensweisen oder komplexem Hilfebedarf nicht verzögern. Dies ist in den Referenzregionen weitgehend gelungen. Die Ausnahmen werden zumindest offen und können so problematisiert werden.

Wie sich Hilfeangebote geändert haben, wird im Symposium »Personenzentrierte Hilfen – Anforderungen und ihre Umsetzung in Einrichtungen« dargestellt. Die flexible Leistungserbringung erfordert spätestens mittelfristig eine flexible Vergütung. In Rheinland-Pfalz, Berlin-Reinickendorf und Gera sind dafür Lösungen gefunden worden. Sie werden im Symposium »Finanzierung personenzentrierter Hilfen« dargestellt. In diesen Projektregionen gibt es Vereinbarungen über flexible Hilfeleistungen

- ohne Platzbegrenzung,
- ohne inhaltliche Festlegung,
- ohne Trägerzuordnung,
- auf der Basis der Entscheidung in der Hilfeplankonferenz, die sich an der individuellen Bedarfserhebung orientiert, nicht an Einrichtungsvorgaben.

Benchmarking

Alle Projektregionen berichten von einer deutlich erhöhten Entwicklungsdynamik in der Projektklaufzeit. Wie kommt das? Niemand hat ihnen die Arbeit abgenommen oder Parentrezepte geliefert.

Ein wesentliches Element war der schnelle Informationsfluss zwischen den Regionen. Dadurch konnte aus erzielten Ergebnissen auch in anderen Regionen ein schneller Nutzen gezogen werden. Das hat Arbeitsteilungen ermöglicht und viel Mühe erspart. Auch ohne entsprechende Vorgabe ähneln sich die Projektvereinbarungen auffällig. Es war einfach hilfreich, andernorts bereits erzielte Einrichtungen weitgehend zu übernehmen und nur bei Erfordernis auf die regionalen Besonderheiten anzupassen.

Natürlich freut uns besonders, dass auch über die Projektregionen hinaus Wirkung erzielt wurde oder sich abzeichnet. Am IBRP orientierte Formen und Instrumente der Hilfeplanung werden in einer Reihe von Ländern als Regelverfahren vorgesehen oder zumindest erprobt. Die neuen Finanzierungsformen über *persönliche Budgets* wurden bundesweit auch im Zusammenhang mit personenzentrierter Hilfe diskutiert und nicht selten in Regionen der Implementationsprojekte erprobt.

Sicherung der Entwicklungsfortschritte

In den Projektregionen des Bundes-Implementationsprojektes geht es jetzt vor allem darum, die erzielten Entwicklungsfortschritte zu sichern. Teilweise sind schon entsprechende Vereinbarungen geschlossen worden, teilweise in Vorbereitung. Unsere Absicht war es, einen möglichst unbemerkten, nahtlosen Übergang von der Projektklaufzeit zur weiteren Arbeit im Verbund zu ermöglichen.

Unsere Bilanz des Implementationsprojektes ist positiv. Wir sehen die Aufgabe, positive Beispiele von personenzentrierter regio-

naler Verbundstruktur zu schaffen, als in weiten Bereichen geglückt an. Über die Einschränkungen wird auf dieser Tagung auch noch zu sprechen sein. Im Mittelpunkt stand bisher die Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Schon jetzt ist eine Ausstrahlung auch auf andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens festzustellen. Das Bundesprojekt ist formal zu Ende, aber die Landesprojekte laufen weiter.

Die Entwicklung soll einmünden in *personenzentrierte Gemeinde-psychiatrische Verbünde*, die ihre Entwicklung gemeinsam managen und sich dabei an gemeinsamen personenzentrierten Qualitätsstandards orientieren.²

² Siehe Beitrag von Herrn Niels Pörksen »Der Gemeindepsychiatrische Verbund« in diesem Band.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund

Niels Pörksen

Einleitung

Die Geschichte der Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland ist den meisten hier Anwesenden bekannt. Grundsätze, Leitlinien und Empfehlungen der Enquete-Kommission von 1975 wurden in Modellprojekten und einem Modellprogramm der 80er-Jahre erprobt und umgesetzt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Reform zusammengefasst [3].

Die funktionale Betrachtungsweise zur Überwindung der institutionellen Orientierung psychiatrischer Versorgung war Grundlage der Idee des personenzentrierten Ansatzes, die von der personenbezogenen, integrierten Hilfeplanung zur Neuorientierung gemeindepsychiatrischer Versorgung geführt hat.

Noch ist dieser Prozess nicht zum Abschluss gekommen; noch sind Strukturen, Finanzierungsabläufe und nicht zuletzt unser eigenes Denken und Handeln der institutionellen Betrachtungsweise zu sehr verhaftet. Die Überwindung der Anstaltsphilosophie und des Denkens in Reha-Ketten und Institutionen hat leider noch nicht zu einer an den Erfordernissen des Einzelfalls gewachsenen Struktur der Hilfen geführt. Das Versorgungsdenken haben wir von den Anstalten und Heimen mit in die komplementären Strukturen hineingetragen, und damit auch Hospitalisierungs- und Betreuungsrituale tradiert. Noch führen wir Tagungen durch mit dem Titel »die Anstalt kommt in die Gemeinde« und eröffnen weiterhin neue statonäre Einrichtungen und dezentrale Wohnheime.

Letzten Endes wird nur die konsequente individuelle Hilfeplanung und die Realisierung der Hilfen im persönlichen oder personenbezogenen Budget zur Überwindung des institutionellen Denkens und Handelns führen, so wie bereits Franco Basaglia [1] dies forderte.

Diejenigen, die wie ich, seit Beginn der Psychiatriereform die psychiatrische Entwicklung aktiv begleitet haben, stellen fest, dass die

Der Gemeindepsychiatrische Verbund

Psychiatrie zwar in der Gemeinde angekommen ist, aber sie neben dem Versorgungsdenken und der institutionellen Orientierung auch den Denkfehler der Psychiatrie-Enquete übernommen und die Angebotsorientierung fast überall zur Grundlage gemeindepsychiatrischen Handelns gemacht hat. Mit den »Angeboten im Standardversorgungsgebiet« wurden viele kleine Dienste und Einrichtungen geschaffen, die unverbunden nebeneinander stehen und nicht selten in Konkurrenz zueinander treten. Angebotsorientierung kennen wir von nahezu allen Diensten und Einrichtungen, von Beratungsstellen, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, betreutem Wohnen und Heimen. Das Angebot wird definiert, in Konzepten niedergelegt und die Klienten werden entsprechend der Konzepte gesucht und gefunden. Derjenige der nicht ins Angebot passt und dennoch auf Hilfen angewiesen ist, pendelt von Angebot zu Angebot und landet letztendlich entsprechend dem vor Ort vorrangigen Konzept:

- Alternative 1 »fürsorgliche Belagerung« in der Anstalt, im Heim oder einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM); oder
- Alternative 2 »unterlassene Hilfeleistung« in der unbetreuten Wohnungslosigkeit.

Dabei müsste sich doch das gesamte Handlungsfeld der Gemeindepsychiatrie in dem Zwischenraum von »fürsorglicher Belagerung« und »unterlassener Hilfeleistung« organisieren lassen, wenn die *Prinzipien von Sicherstellung der Versorgung in möglichst ambulanten Strukturen bei Multiprofessionalität und integrierter personenbezogener Komplexleistung* zugrunde gelegt würden.

Mithilfe des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) können und müssen die Handelnden die oben genannten Defizite überwinden.

Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 [3] wird der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbunds als Fundament allgemeinspsychiatrischer ambulanter Versorgung beschrieben. Dort wird der abgestufte Aufbau eines Verbunds funktionsgerechter Einrichtungen im Raum der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft für ca 100.000 bis 150.000 Einwohner dargestellt, dessen Organisationsform sich den örtlichen Be-

dingungen anpassen muss: »Grundsätzlich können entweder geeignete Verträge zwischen den verschiedenen Trägern abgeschlossen werden oder es wird einer einheitlichen Trägerschaft der Vorzug gegeben: Holding-Lösungen, Verein, GmbH etc. sind denkbar. In jedem Fall muss gewährleistet sein, dass der gemeindepsychiatrische Verbund eine rechtsfähige Form erhält, die ihn in den Stand versetzt, als Vertragspartner gegenüber den Kostenträgern aufzutreten.«¹

Der GPV muss die *Rolle eines Motors* in der gemeindepsychiatrischen Entwicklung übernehmen, nicht nur vorhandene Hilfen koordinieren und absichern, sondern vielmehr dafür sorgen, das gesamte Spektrum erforderlicher Hilfen in der Stadt oder dem Landkreis aufzubauen und zu koordinieren: Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, medizinische Rehabilitation, Entwicklung angemessener Wohnformen, soziale Kontakte etc. Soweit zu den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988, die im Wesentlichen unverändert gelten.

Regionale Steuerung in der psychiatrischen Versorgung

Heute, 15 Jahre später, sind wir mit dem GPV in einigen Bereichen über diese Empfehlungen hinausgegangen. So sind wir der Überzeugung, dass gemeindepsychiatrische Versorgungsprinzipien auch Geltung in der Suchttrankenversorgung und für die Strukturen der Versorgung alter Menschen mit psychischen Störungen haben und nach gleichen Kriterien umgesetzt werden müssen.

In der Realisierung sind wir bei der Angebotsorientierung stecken geblieben. Im Zuge der Organisation des bundesdeutschen Gesundheitswesens übertrug vor Jahrzehnten der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die »Sicherstellung« der ambulanten medizinischen Versorgung. Dieser Sicherstellungsauftrag wurde zu Beginn sehr ernst genommen. So ernst, dass die KV Niederlassungssteuerung durch regionale Begrenzungen vorgenommen hat. Ähnlich wie bei den damals limitiert zugelassenen Apotheken haben letzten Endes Klageverfahren bis hin zu den höchsten Gerichten dafür gesorgt, dass die Prinzipien der Sicherstellung durch klare Vorgaben der Steuerung – und die bedeuten immer Zuordnung und Begrenzung und nicht Liberalisierung und Wettbewerb – auf-

geweicht wurden. Die Kosten explodierten und die ungleiche Versorgungslandschaft, die wir heute beklagen, hielt Einzug. Die Anstrengungen und Kämpfe, die es kostet, diese Fehlentwicklungen zu korrigieren, erleben wir derzeit in der aktuellen Reformdebatte im Gesundheitswesen.

Ähnlich ist die Situation heute in der gemeindepsychiatrischen, komplementären Versorgungslandschaft. Die Rechtsansprüche des Einzelnen, niedergelegt in den Sozialgesetzen, entstehen dann, wenn ein entsprechender Hilfebedarf festgestellt wurde. Sie haben zu einer institutionellen Angebotsvielfalt geführt, wobei erforderliche Begrenzungen durch den fehlenden Sicherstellungsauftrag immer wieder unterlaufen werden. Steuerung findet, wenn überhaupt, in Form von Verweigerungen bei Genehmigungen statt, z. B. indem Leistungen als freiwillig definiert oder nicht nachvollziehbar kontingiert werden. So gibt es in der Eingliederungshilfe Landkreise, z. B. in NRW der Landkreis Warendorf, die ambulante Eingliederungshilfe, wie das Betreute Wohnen nicht als Pflichtleistung anerkennen. Der Landkreistag NRW hatte bei der Überlegung zur »Hochzonung«² gefordert, örtlich zuständig zu bleiben, um die Leistung als freiwillige dann ablehnen zu können.

Solche Blüten treibt derzeit unsere Versorgungslandschaft, weil offensichtlich keine konzeptionellen oder sozialrechtlichen Perspektiven gesehen werden, aus konkurrierender Interessenlage oder konkurrierender Rechtslage klare Prioritäten in der Steuerung oder in der Fallzahlbegrenzung zu setzen.

Wir müssen steuern, aber wie? Sind die von der Wirtschaft geforderten Instrumente von Wettbewerb und Deregulierung geeignet? Was wäre denn in einer Familie, in der jeder – Mutter, Vater und Kinder – seine berechtigten Ansprüche durchsetzen wollte? Wie liefe denn da der Einigungsprozess? Ob Vater allein, Mutter allein, beide zusammen oder als Familienkonferenz ... was immer, keiner käme auf die Idee, über den Prozess von Wettbewerb und Deregulierung die Probleme zu lösen. Man hat, was man hat und muss damit auskommen, innerhalb der vorhandenen Mittel und Grenzen steuern – wie auch immer. Nur das kann am Ende dabei he-

¹ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, 1988: 295 ff.

² Ein preisverdächtiges Unwort, dass die Zusammenlegung der Eingliederungshilfe vom örtlichen und überörtlichen Leistungsträger auf die Ebene des Überörtlichen bezeichnet und demnächst in NRW vollzogen wird.

rauskommen. Immer noch mehr desselben wird es nicht geben. Und das im Wesentlichen um Umsteuerungsprozesse geht, ist es wichtig, sich an die Spitze der Entwicklung zu stellen.

Mit der Steuerung tut sich unser Gemeinwesen aber auf allen Ebenen sehr schwer, wie die derzeitige Diskussion zur Neuordnung unseres Sozialstaates zeigt. Auch in der Gemeindepsychiatrie fehlt derzeit der Mut zur Steuerung. Es ist aber zu befürchten, dass Deregulierung und Wettbewerb als die Lösungswege angestrebt werden. Derjenige, der die Lage in anderen Ländern kennt, kann dort erleben, dass diese Steuerungswege immer zu einer Erhöhung des Bedarfs, zur Bevorzugung der geringen Risiken (»Rosinenpickerei«) und zu exorbitanten Leistungsausweitungen führen müssen, z.B. Punktwertsenkung bei Leistungsausweitungen durch niedergelassene Ärzte, rapider Anstieg der Depressionsbehandlungen in den USA in den vergangenen zehn Jahren [2].

Wir von der AKTION PSYCHISCH KRA NKE sind der Auffassung, dass in den kommenden Jahren wirksame Steuerungsprozesse in den sozialen Sicherungssystemen erfolgen müssen, wenn nicht Leistungsausweitung, Standardabsenkung, chaotische Vielfalt, Deregulierung und so weiter erfolgen sollen.

Reporter der New York Times haben nach Skandalberichten über psychiatrische Heime im Staat New York (NY) ein Jahr lang (2002–2003) in Heimen verschiedene Personengruppen, z.B. Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, gesetzliche Betreuer, befragt. Die veröffentlichten Berichte aus den Heimen wurden mit klaren Forderungen an die Regierung im State NY verbunden. Die Ergebnisse dieser Aktion werden hoffentlich nicht im Sande verlaufen. Fehlende Steuerung und fehlende Kontrolle lassen sich aber im Verbund mit Privatisierung, Deregulierung und Wettbewerb als Ursachen ausmachen.

Ich bin nicht sicher, ob uns die Steuerung gelingen wird. Mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) [4] gab es erste Erfolge in der Steuerung durch Qualitätsverbesserung, Minderung von Fehlbelegungen und letzten Endes auch in den Fragen der zukünftigen Gestaltung psychiatrischer Krankenhausbehandlung.

Mit dem personenzentrierten Ansatz haben wir die Schaltstelle des Handelns richtig gewählt. Mit der Ermittlung des individuellen und komplexen Hilfebedarfs sind wir auf dem einzig richtigen Weg. Nur die Lösung darf nicht wieder auf halbem Wege stecken bleiben, wie es jetzt scheint. Komplexleistungen lassen sich bislang kaum

realisieren. Fast alles regelt sich über die Eingliederungshilfe – und auch da ist der ambulante Institutionalismus voll in die Systeme eingezogen. Ambulante Eingliederungshilfe wird in vielen Regionen mit dem betreuten Wohnen gleichgesetzt und im Interesse bürokratischer Sprachvereinfachung als »BeWo« bezeichnet, so als ob die Vielfalt der Hilfen für Menschen in der Gemeinde sich mit dem Unwort »BeWo« kennzeichnen ließe. Es fehlen vor allem die niedrighin-schweligen Zugänge zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ausgehend vom individuellen Hilfebedarf muss die komplexe Hilfestruktur erkennbar werden, Selbsthilfe in allen Variationen, auch professionell unterstützte Selbsthilfe sowie nicht professionelle und nichtpsychiatrische professionelle Hilfen müssen bezeichnet und entwickelt, die Vielfalt der Berufsgruppen muss gewährleistet werden. Die gemeindepsychiatrische Arbeit muss vielfältig und multiprofessionell werden, darf sich nicht zur alleinigen Domäne der Sozialarbeit verengen. Teilhabe in allen Lebensbereichen, in der Arbeitswelt, im gesellschaftlichen Leben (das sich bekanntlich nicht in einer Kontaktstelle oder einer Tagesstätte abspielt), Normalisierung und Selbstbestimmung sind hier die Orientierungswerte. Die Wiederentdeckung der im Zuge der um sich greifenden Professionalisierung in den 80er-Jahren verschwundenen »Gemeinwesenarbeit« ist unverzichtbar. Ergotherapie, psychiatrische Krankenpflege, medizinische Rehabilitation in vielfältiger Ausprägung, subventionierte und unterstützte Tätigkeit in unterschiedlichsten Betrieben und Beschäftigungsinitiativen, Einbindung in gesellschaftliche Strukturen außerhalb der Psychiatriewelt, das alles gehört zur Gemeindepsychiatrie.³

Wenn wir im Interesse der einzelnen Menschen in der Gemeinde, die auf unterschiedliche Hilfen angewiesen sind, personenbezogene Hilfen nach den genannten Kriterien vorhalten wollen, dann muss es klare Steuerungsprozesse vor Ort geben. Dabei sind diejenigen, die die Hilfen empfangen, die den Bedarf haben und diejenigen, die den Bedarf durch Handeln decken, im Prozess der Hilfeplanung hoffentlich eng verzahnt.

Will man den individuellen Anforderungen gerecht werden, dann muss zukünftig die konkrete Hilfeplanung ein eigener kom-

³ Ich empfehle Ihnen in diesem Zusammenhang das Buch von Sibylle Prins [6] zu lesen.

petenter Leistungsbereich werden. Sie darf nicht nebenher mitgemacht werden und auch nicht nur von denen, die anschließend die Hilfen leisten.

Hilfepflichtkonferenzen (HPK) können die Ergebnisse der Hilfeplanung konkretisieren, verbessern, Empfehlungen aussprechen. Der *Gemeindepsychiatrische Verband* ist nicht die HPK, er ist auch nicht das Steuerungsgremium in der Gemeindepsychiatrie. Er ist der *Zusammenschluss aller Anbieter im komplexen Hilfesystem, der die Pflichtversorgung sicherstellt, der die Qualität garantiert, der die genannten Kriterien der Teilhabe aller Betroffenen am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben, in den sozialen Kontakten, in der Alltagsbewältigung, im Wohnen etc. erfüllt*. Dabei kann es nicht darum gehen, alle Hilfen auf simple Alternativen wie betreutes Wohnen oder Heim zu reduzieren, sondern es muss der Vielfalt der Lebensentwürfe, den Anforderungen an Normalisierung, Selbstbestimmung und Teilhabe entsprochen werden.

Wolfgang Scholz und ich [5] haben zur (Un-)Verbindlichkeit in der Nachsorge forensischer Patienten an Hand eines konkreten Falles Stellung bezogen und klar gefordert, dass in der ambulanten gemeindepsychiatrischen Arbeit mehr als Kooperation und Koordination zu geschehen hat, wenn man es mit schwierigen Patienten zu tun hat und viele Dienste beteiligt sind. Die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind ad personam und rund um die Uhr fest zu legen. Es bedarf eindeutiger Krisenpläne für den Notfall, nur dann kann es gelingen, auf stationäre Einrichtungen zu verzichten.

Fazit und Ausblick

Diese Tagung findet zum Abschluss des bundesweiten Implementationsprojekts zur Umsetzung des personenbezogenen Ansatzes in der gemeindepsychiatrischen Versorgung statt. Dieser Prozess ist weit vorangekommen. Das Interesse an integrierter Hilfeplanung, an Hilfepflichtkonferenzen, persönlichen Budgets, Standards der gemeindepsychiatrischen Entwicklung war für uns überwältigend. Wir wollen diesen Prozess aufgreifen und fortführen, in dem wir die Organisationsform zur Sicherstellung der gemeindepsychiatrischen Versorgung, den GPV, in den kommenden Jahren aus dem Schattendasein in die Regelversorgung führen. Als einen Schritt hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE bereits Eckpunkte zum GPV verfasst.

In einem weiteren Schritt werden wir hier in einem eigenen Forum über die Eckpunkte, den Bedarf, Inhalte, Strukturen und Organisationsformen des GPV informieren und diskutieren. Im Anschluss an diese Tagung werden wir in einem eigenen Workshop die Gründungsvorbereitungen zu einer Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) GPV erörtern. Diese BAG wird dann nach einer, von der AKTION PSYCHISCH KRANKE moderierten Vorbereitungszeit, gegründet.

Wir erhoffen uns davon, dass dieser wichtige Baustein gemeindepsychiatrischer Versorgung die Sicherstellung in Zukunft auf der Basis personenbezogener Hilfen garantiert und wir damit Steuerungssysteme abwehren können, die nicht dem Anliegen der Patienten dienen.

Der GPV muss also in Zukunft Garant der Teilhabe und Selbstbestimmung werden. Er muss die Versorgungsleistungen innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Handlungsfelder sicherstellen und sich nicht nur zuständig fühlen für rein psychiatrische Angebote (z. B. Wohnen, Tagesstätten). Nur dann ist er quantitativ und qualitativ etwas anderes als ein Anbieterkartell. Er muss deshalb vor Ort in der Kommune integriert sein, die soziale, kulturelle, sportliche, kirchliche und selbsthilfebezogene Landschaft kennen, die darin liegenden Potenziale nutzen, damit aus dem »Umnzug der Anstalt in die Gemeinde« ein »Ort zum Leben« wird. Diese Präsenzpflicht – früher für Pfarrer und Dorflehrer eine Selbstverständlichkeit – muss in der Gemeindepsychiatrie wieder einen Stellenwert bekommen und sich im GPV wiederfinden. Die der Professionalisierung zum Opfer gefallene Gemeinwesenarbeit muss wieder entdeckt werden. Denn es geht letztendlich nicht nur um Vernetzung im psychiatrischen Handlungsfeld.

Der GPV muss dazu

- unabhängig (also nicht weisungsabhängig von Großträgern mit vorrangig anderen oder rein wirtschaftlichen Interessen),
- handlungsfähig und
- rechtsfähig (also der Leistungsverträge abschließen kann) sein.

Die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbunds müssen die personenbezogene Orientierung voll verinnerlicht haben. Damit wird der GPV zum Motor der gemeindepsychiatrischen Bewegung vor Ort. Dies gilt auch dann, wenn mehrere rechtsfähige Träger den GPV bilden.

Damit kommt eine neue Dimension in die gemeindepsychiatrische Landschaft, in der weitergehendere als alleinige Trägerinteressen das Handeln bestimmen. Er ist damit Verhandlungspartner auf Augenhöhe mit den Kommunen, die mehr als bisher ihre Steuerungsverantwortung übernehmen müssen und mit den Geldgebern. In welcher Form die Kommunen ihre Steuerungsverantwortung wahrnehmen, gehört nicht hierher. Der in Bremen eingeschlagene Weg – Steuerungsstelle Psychiatrie beim Gesundheitsamt – ist ein denkbare.

Meine Aufgabe war es, Ihnen die Bedeutung des GPV für die Zukunft in der Gemeindepsychiatrie vorzustellen. Sie anzuregen, sich mit an die Spitze dieser Bewegung zu stellen, mit dafür Sorge zu tragen, dass die Interessen der Schwachen in unserer Gesellschaft in dem Interessenkampf der sozialen Handlungsfelder nicht ans Ende geraten. Zum GPV gehören *Pflichtversorgung und Sicherstellung, Zuständigkeit und Verantwortung, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit* im Ganzen und im Einzelfall. Der GPV ist der Ansprechpartner in der Kommune, der Hilfen nicht ablehnen kann, keine Verschiebehahnen zulassen darf, also immer zuständig ist, wenn er angefragt wird. Die Wahlfreiheit der Klienten wird dadurch nicht berührt. Pflichtversorgung ist immer nur die Pflicht der Leistungserbringer. Dass all dies in enger Zusammenarbeit mit den Klienten und – wenn gewünscht – deren Bezugspersonen erfolgt, ist selbstverständlich.

Wenn wir diesen Schritt tun und im Vollzug mit dafür sorgen, dass die Teilhabe am Arbeitsleben – in welcher Form auch immer – vorrangiger Teil der Umsetzung wird, dann sind wir unserem Ziel der Verwirklichung der Psychiatriereform, wozu die AKTION PSYCHISCH KRANKE 1970 angetreten ist, wieder einen Schritt näher gekommen.

Literatur

1. BASAGLIA F (Hg.). Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Aus dem Italienischen von A. Ascheri-Osterlow. 3. Auflage. Frankfurt: Suhrkamp, 1980
2. DÖRNER K. Die allmähliche Umwandlung aller Gesunden in Kranke. Frankfurter Rundschau 26.10.2002
3. BUNDESMINISTERIUMS FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988
4. KUNZE H, KALTENBACH L (Hg.). Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 4. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2003
5. PÖRKSEN N, SCHOLZ W. Wer hat den Schwarzen? Zur (Un-)Verbindlichkeit in der Nachsorge forensischer Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag, Recht & Psychiatrie 2003, 2: 47–51
6. PRINS S. »Gut, dass wir mal darüber sprechen!« – Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen. Paranus, 2001

Nicht ohne uns – Personenzentrierter Ansatz und Selbsthilfe

Ruth Fricke

Als ich die erste Hälfte des für meine Ausführungen zugedachten Titels »Nicht ohne uns« das erste Mal las, dachte ich: »Das ist ja nun eine Ironie, denn ohne uns Psychiatrie-Erfahrenen brauchte man über personenzentrierte Hilfen nicht nachzudenken, wären alle in der Psychiatrie Tätigen arbeitslos. Ohne uns und unsere Lebens- und Leidensgeschichte gäbe es keine Psychiatrie.« Was soll also dieser Spruch: »Nicht ohne uns«? Wäre es nicht viel weitgehender zu sagen »Macht eure Psychiatrie ohne uns. Behandelt, betreut und betümdelt euch selbst« ??? Spaß beiseite!

Aber diese einfache Wahrheit, dass Psychiatrie und alle die in ihr im stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich tätig sind, nur vorstellbar ist, weil Menschen in psychische Krisen geraten sind, oder wie die Profis lieber sagen, weil es »psychisch Kranke« gibt, war wohl nicht gemeint. Und doch ist es wichtig, diese schlichte Wahrheit auszusprechen: »Alle Psychiatrie-Profis leben von unserer Leidensgeschichte und das zum großen Teil nicht schlecht, jedenfalls meistens besser als die Menschen, von deren Leidensgeschichte sie leben. Ohne uns können sie ihren Beruf nicht ausüben.«

Insofern ist es in jedem Fall richtig, ohne uns geht es nicht. Aber vielleicht geht es ja dereinst ohne Psychiatrie-Profis, wenn sich die Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen entsprechend weiterentwickelt. Und dann steht ein Profi hier oben und fordert: »Nicht ohne uns!«

Aber keine Angst. Dies ist derzeit nur eine – aus unserer Sicht – schöne Utopie, und es muss hier in Kassel noch viel Wasser die Fulda herunterfließen, bis wir soweit sind.

Spannungsbogen zwischen Fremd- und Selbstbestimmung

Der zweite Teil des mir zugedachten Themas »Personenzentrierter Ansatz und Selbsthilfe« zeigt den Spannungsbogen auf zwischen Selbst- und Fremdhilfe und damit auch das Spannungsfeld zwischen Fremd- und Selbstbestimmung sowie Fremd- und Selbstverantwortung.

tung für Psychiatrie-Erfahrene im psychiatrischen System unserer Zeit.

Zwischen Fremd- und Selbstbestimmung liegt irgendwo die Mitbestimmung und hier stellt sich die Frage: »Wer bestimmt und wer bestimmt mit?« Bestimmen die Psychiatrie-Erfahrenen, und die Psychiatrie-Profis unterstützen den Psychiatrie-Erfahrenen dabei, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, leisten also Hilfe zur (individuellen) Selbsthilfe, oder bestimmen die Psychiatrie-Profis was gut und richtig für uns Psychiatrie-Erfahrene ist, und wir Psychiatrie-Erfahrenen dürfen mal mehr mal weniger Einfluss auf unsere ureigensten Angelegenheiten nehmen?

Wovon hängt es ab, an welcher Stelle auf der Skala von totaler Fremdbestimmung bis totaler Selbstbestimmung wir Psychiatrie-Erfahrenen uns befinden? Wovon hängt es ab, ob wir uns auf dem Weg von Fremdbestimmung zu zunehmend mehr Selbstbestimmung und damit auch zu mehr Selbstverantwortung befinden oder ob die Entwicklung eher umgekehrt verläuft?

Und hier sage ich, das hängt nicht von der Diagnose und vom Krankheitsbild der einzelnen Psychiatrie-Erfahrenen ab, sondern von der Einstellung der Psychiatrie-Profis. Das fängt beim Krankheitsverständnis an und hört bei dem auf, was als Ziel seiner Arbeit angesehen wird. Es hängt aber auch von der Autoritätsgläubigkeit und vom Widerspruchsgesicht von uns Psychiatrie-Erfahrenen ab. Für Letzteres bin ich selbst, glaube ich, ein gutes Beispiel. Bei meinem ersten Klinikaufenthalt drängte ich meinen behandelnden Arzt auf baldige Entlassung, weil die Gesellenprüfungen kurz vor der Tür standen und ich in dem Orchideenberuf Augenoptiker die einzige Lehrkraft an unserer Schule war, die diese Fachtheorie vermitteln konnte. Der behandelnde Arzt antwortete mir: »Glauben Sie etwa, dass Sie noch einmal unterrichten können?« Hätte ich diese Aussage ernst genommen und mich entsprechend verhalten, ich würde hier heute dieses Referat nicht halten können. Wahrscheinlich säße ich dann heute auch von morgens bis abends in einer Teestube und ließe mich von den dortigen Sozialarbeitern betüdeln.

Personenzentriertes Denken und Handeln

Wenn heute landauf und landab viel vom personenzentrierten Ansatz geredet wird und damit gemeint ist, dass die Person des Psychiatr-Erfahrenen der Ausgangspunkt aller Überlegungen sein soll, dann zeigt dies doch, dass dies bisher nicht so war. Offensichtlich hat bisher nicht die Frage: »Wie können wir den Betroffenen helfen, ihre seelische Stabilität zu gewinnen?« im Vordergrund des Handelns gestanden, sondern Überlegungen wie zum Beispiel:

- Wie können wir am besten dafür sorgen, dass ein Mensch der eine psychische Krise durchlebt, seine Familie, Freunde, Nachbarn etc. nicht stört?
- Wie können wir ihn am schnellsten zu unserer eigenen Entlastung ruhig stellen?
- Wie arbeitet unsere Einrichtung oder unser Dienst (scheinbar) am ökonomischsten?
- Wie kommen wir zu bequemem Dienstplänen?
- Welche Art der Arbeitsorganisation und welche Art von (scheinbaren) Hilfen sichert uns am besten einen unbefristeten Arbeitsplatz?

Ich weiß nicht, welche Überlegungen sonst noch eine Rolle dabei gespielt haben, ein System so zu organisieren, dass durch die Art des Umgangs mit den betroffenen Menschen sehr häufig eine Chronifizierung vorprogrammiert ist. Auch wenn es hier heute vorrangig um die personenzentrierten Hilfen für die Menschen geht, bei denen »das Kind schon in den Brunnen gefallen ist«, die also bei ihrer Erstekrankung nicht die richtige und notwendige Behandlung und Therapie erfahren haben, meine ich, dass es vor allem darum gehen muss, derartige »Karrieren« künftig zu vermeiden. Dennoch muss man selbstverständlich denen helfen, deren Leben – meines Erachtens durch falsche Erstbehandlung – verpfuscht worden ist. Für diese Menschen braucht man dann in unserem zergliederten System von Kostenträgern und Leistungserbringern offensichtlich so etwas wie einen Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), um ihnen ein halbwegs erträgliches Leben in ihrer Heimatgemeinde zu ermöglichen. Aber diese Hilfen müssen dann emanzipatorisch ausgerichtet sein, d. h. jeder einzelne Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin, egal welcher Berufsgruppe er oder sie im psychiatri-

schen System angehört, hat seine bzw. ihre Arbeit so anzulegen, dass er bzw. sie sich nach und nach bezogen auf den Einzelfall selbst überflüssig macht, sodass der betroffene Mensch seine Angelegenheiten schließlich (wieder) selbst regeln kann. Dieser Prozess kann individuell unterschiedlich lange dauern, vielleicht gibt es auch Einzelfälle, in denen das angestrebte Ziel nicht oder nicht mehr vollständig erreicht werden kann. Aber wenn man nicht glaubt, dass dieses Ziel erreichbar ist und deshalb die gemeinsame Arbeit mit dem Betroffenen nicht so ausrichtet, wird man dieses Ziel auch nie erreichen. Bevor ich auf den IBRP und wie er aus meiner Sicht umgesetzt werden sollte noch etwas ausführlicher eingehe, möchte ich doch noch ein paar Worte zum Krankheitsverständnis und zur Erst-erkrankung sagen, denn aus meiner Sicht muss der personenzentrierte Ansatz hier beginnen.

Vom Klienten her denken

Personenzentrierung heißt nach meinem Dafürhalten, vom Patienten, Klienten, Nutzer – oder wie immer die jeweiligen Leistungserbringer uns sonst noch nennen mögen – her zu denken.

Das Prinzip »vom Kunden her zu denken« kommt aus den modernen Management-Theorien. Viele Großkonzerne versuchen seit Jahren, dem Einzelhandel und dem Handwerk mit aufwändigen Schulungen diese Denkweise zu vermitteln. Hintergrund ist unsere Überfluss- oder besser ausgedrückt Überproduktionsgesellschaft und der damit einhergehende Wandel vom Verkäufermarkt zum Käufermarkt, wo nur der am Markt bestehen kann, der die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Kunden gut erfüllt.

Dieser Perspektivwechsel fällt den Leistungserbringern und Leistungsanbietern in der freien Wirtschaft schon schwer. Im Gesundheitswesen und hier insbesondere im Bereich der Psychiatrie ist das Ganze noch viel schwieriger.

Denn erstens ist aus Sicht der Leistungserbringer in der Regel nicht der Patient der Kunde, sondern die Krankenkasse oder ein sonstiger Sozialversicherungsträger. Sie zahlen die Rechnung. Somit werden mit ihnen die Verträge ausgehandelt, und folglich legen auch sie die Qualitätskriterien fest und nicht die Patienten.

Zweitens sind die Verhältnisse in der Psychiatrie nun bekanntermaßen noch etwas komplizierter. Selbst wenn der Patient die Kun-

denfunktion inne hätte, kommt es ja nicht selten vor, dass er gegen seinen Willen in die Psychiatrie gebracht wird und sich die Klinik gar nicht aussuchen kann. Aber selbst wenn er das könnte, wer kommt schon in gesunden Zeiten auf die Idee, dass er einmal Psychiatriepatient werden könnte und macht sich deshalb Gedanken, wie er sich eine psychiatrische Behandlung wünschen würde. Dies können allenfalls Selbsthilfeorganisationen wie der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) und die örtlichen Selbsthilfegruppen stellvertretend im Rahmen von Interessenvertretung übernehmen, indem sie mit Kliniken, Berufsverbänden etc. patientengerechte Behandlungskonzepte erarbeiten und durchsetzen.

Vielleicht ist hier der Kostendruck im Gesundheitswesen eine Chance, und der Wettbewerb führt dazu, dass die Kliniken und sonstigen Anbieter mit den besten Heilungserfolgen größere Chancen haben, am Markt zu bestehen. Die größten Heilungserfolge werden aber diejenigen haben, die es gelernt haben, vom Patienten her zu denken.

Zuhören

Wenn man aber vom Patienten her denken will, muss man ihm zunächst einmal zuhören, denn wenn man ihm nicht zuhört, weiß man ja nicht was ihn plagt oder bewegt oder was er will. Wenn dem Patienten auch und gerade in der akuten Phase richtig zugehört würde und ernst genommen würde, was er sagt, wäre für den weiteren Verlauf schon viel gewonnen. Denn nur in der Akutphase erfährt man, welche seelischen Verletzungen den Menschen aus der Bahn geworfen und traumatisiert haben, und diese Traumata gilt es aufzuarbeiten. Geschichte das nicht, wirkt eine vergleichbare Situation als Auslöser für eine erneute Psychose, und in kürzester Zeit kommt das Ursprungstrauma als Flashback, und zwar mit oder ohne Langzeitmedikation zurück.

Wer aber glaubt, wir redeten in der Akutphase nur wirres Zeug und man müsse uns deshalb nicht zuhören, sondern die lästigen Symptome mit Psychopharmaka unterdrücken, ohne die Ursachen mit uns aufzuarbeiten, wird unweigerlich das produzieren, was die Proffs dann einen chronischen Verlauf nennen und dies insbesondere dann, wenn Zwangs- und Gewaltmaßnahmen angewandt wurden. Die so im Laufe der Jahre angesammelten Traumata verweben sich

schließlich so miteinander, dass sie kaum noch zu entwirren sind. In halbwegs stabilen Zeiten werden sie ins Unterbewusstsein verdrängt und brechen sich in der nächsten Akutphase, die durch irrenden Trigger hervorgerufen wurde, in einem nicht enden wollenden Strom von Flashbacks ins Bewusstsein und in einem eben solchen Redestrom aus dem Betroffenen heraus.

Es würde den Betroffenen viel Leid und dem Gesundheitswesen hohe Kosten erspart werden können, wenn bei Erstekrankung die Traumata aufgearbeitet würden, welche die psychische Krise ausgelöst haben. Es sollte darüber hinaus zum fachlichen Standard gehören, den betroffenen Menschen den regelmäßigen Besuch einer Selbsthilfegruppe anzuraten, da der Erfahrungsaustausch mit ebenso Betroffenen zur Stabilisierung beiträgt, individuelle Selbsthilfepotenziale freisetzt, Vorsorgestrategien entwickeln hilft und auch dazu beiträgt, das durch die psychische Krise und die Art, wie auch heute noch mit Psychiatriepatienten umgegangen wird, stark angeschlagene Selbstbewusstsein wieder aufzubauen.

Einrichtung von qualifizierten Krisendiensten

Ein wirklich integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan muss aus meiner Sicht für jeden Patienten und jede Patientin schon während des ersten und damit hoffentlich einzigen Klinikaufenthaltes beginnen. Eigentlich noch ein Stück vorher. Ein an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Betroffenen ausgerichtetes Hilfesystem muss meines Erachtens mit einem qualifizierten Krisendienst beginnen, der sieben Tage in der Woche 24 Stunden rund um die Uhr erreichbar ist. Der Ausbruch psychischer Krisen richtet sich nun einmal nicht nach Bürozeiten oder Sprechstunden, die von montags bis freitags bestenfalls von 8.00 bis 16.00 Uhr angeboten werden. Wer sich in der Szene auskennt, weiß, dass sich die Krisen häufig in den Abendstunden und an Wochenenden zuspitzen. Und damit die Proffs ihren Feierabend und ihr Wochenende in Ruhe genießen können, ist dann die Selbsthilfe sehr gefragt. Verzeifelte Angehörige, Nachbarn, Freunde etc. rufen bei uns an, weil sie von den Professionellen niemanden erreichen können.

Um nicht missverstanden zu werden: Ich bin sehr wohl der Meinung, dass Psychiatrie-Erfahrene in Krisendiensten mitarbeiten sollten – hauptsächlich und gegen Bezahlung – weil sie aufgrund ihrer

eigenen Erfahrungen sehr zur Entspannung der Situation beitragen und so manche Zwangseinweisung mit Tätürata, Handschellen etc. vermeiden helfen könnten.

Es kann nicht angehen, dass die Kontaktpersonen unserer örtlichen Selbsthilfegruppen in den Abendstunden und an Wochenenden ehrenamtlich und kostenlos arbeiten, hauptamtliche Arbeit ersetzen und das alles ohne Supervision, ohne die eingesetzte Freizeit im Dienst wieder abfeiern zu können oder sonstigen Luxus, der den Profis selbstverständlich zur Verfügung steht.

Dass wir untereinander für Mitglieder unserer Selbsthilfegruppen ein Krisennetzwerk vorhalten, Krisenbegleitung machen und uns, falls nötig, auch gegenseitig in die Klinik begleiten, versteht sich von selbst. Aber wir können nicht in unserer Freizeit kostenloser Dienstleister für die Allgemeinheit sein. Auch wir brauchen unsere Freizeit und unsere Freiräume, um uns unsere seelische Stabilität zu erhalten.

Wie gesagt, es wäre anzustreben, dass in jedem Krisenteam ein(e) *Psychiatrie-Erfahrene(r) hauptamtlich mitarbeitet*, um den Betroffenen traumatisierende Zwangsmaßnahmen zu ersparen. Denn wir Psychiatrie-Erfahrenen haben derartige Situationen alle schon am eigenen Leib und an eigener Seele erlebt. Wir wissen, was dann in den Menschen vorgeht und können sie daher auch in diesen Ausnahme-situationen noch besser erreichen als die Menschen, die über keine eigene Psychose- oder Depressionserfahrung verfügen.

Gleichzeitig wäre dies eine gute Möglichkeit Psychiatrie-Erfahrene in eine qualifizierte Arbeit zu vermitteln, bei der sie zudem ihre Psychiatrie- und Krankheitserfahrung nutzbringend einsetzen können.

Kann eine Krise nicht ambulant abgefangen werden und ist ein stationärer Aufenthalt notwendig, so muss der betroffene Mensch dort eine verständnisvolle Atmosphäre vorfinden, die ihn zur Ruhe kommen lässt und ihn nicht nur chemisch ruhig stellt und ihm glaubwürdig vermittelt, dass man ihm wirklich helfen will, seine Krise zu überwinden und seelische Stabilität wiederzuerlangen.

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben

Neben der rein medizinisch-therapeutischen Hilfe ist es aber auch wichtig, sich gemeinsam mit dem Patienten um dessen Umfeld zu kümmern, d. h. darum, wie es nach dem Klinikaufenthalt weitergehen kann. Schon in der Klinik muss integrierte Behandlung und Rehabilitation einsetzen. Bei Menschen, die im Erwerbsleben stehen, ist schon von der Klinik aus der psychosoziale Fachdienst der Hauptfürsorgestellten einzuschalten, um das bestehende Arbeitsverhältnis zu erhalten, sofern nicht Mobbing am Arbeitsplatz Krisenauslöser war.

Mit Menschen, die während der Berufsausbildung oder des Studiums erstmals in die Krise gekommen sind, muss nach Wegen gesucht werden, wie diese Ausbildung abgeschlossen oder eine andere berufliche Qualifikation erworben werden kann. Erwerbsarbeit bestimmt in unserer Gesellschaft in hohem Maße das Selbstwertgefühl, sie garantiert ökonomische Unabhängigkeit und wirkt sinnstiftend. Dies alles erhöht die seelische Stabilität und schützt vor seelischen Krisen.

Falls durch die seelische Krise die Partnerschaft zerbrochen ist oder das Verhältnis zu der Familie, in der man lebt, nachhaltig gestört ist, sind gemeinsam mit dem Betroffenen Überlegungen zur künftigen Wohnsituation anzustellen; diese Frage muss bei Entlassung aus der Klinik geklärt sein.

Das Prinzip »nicht-psychiatrische Angebote haben Vorrang vor psychiatrischen Hilfen« sollte bereits in der Klinik gelten. Es ist weder notwendig noch sinnvoll, innerhalb des psychiatrischen Systems immer neue kostenträchtige Subkulturen aufzubauen. Wenn alle psychiatrischen Angebote in der Gemeinde vorhanden sein sollen, warum nutzt dann die Psychiatrie nicht auch die Angebote, die es in der Gemeinde ohnehin gibt? Warum können z. B. für Seidenmalerei, Laubsägearbeiten etc. nicht die Angebote der Volkshochschule genutzt werden, die allen anderen Bürgerinnen und Bürgern auch offen stehen? Warum nutzt man z. B. für Sport und Gymnastik nicht die Angebote der örtlichen Sportvereine usw.? Wenn man dies täte, würden Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung gar nicht erst für teures Geld ausgegliedert und separiert, um dann später wieder für teures Geld mehr oder weniger erfolgreich integriert werden zu müssen. Die Tatsache, dass Bürgerinnen und Bürger diese Angebo-

te in gemischten Gruppen mit Psychiatrie-Erfahrenen wahrnehmen, hätte zudem eine bessere und nachhaltigere Wirkung als jede mit viel Werbeaufwand produzierte Antistigmakampagne. Gleichzeitig würden die »normalen Bürger« in diesen gemischten Gruppen entdecken, dass auch wir Psychiatrie-Erfahrenen eigentlich ganz normale Menschen sind, dass wir weder Hörnchen am Kopf noch einen Pferdefuß oder sonstige Eigentümlichkeiten besitzen, sondern Menschen sind »wie du und ich«, die lediglich durch Ereignisse, die jeden treffen können, aus der Bahn geworfen wurden und eine Krise durchleben.

Einbeziehung der Selbsthilfegruppen

- Wenn Personenzentrierung zum Ziel hat »vom Patienten her zu denken«, warum wird das Erfahrungswissen der Psychiatrie-Erfahrenen – vermittelt durch Psychiatrie-Erfahrene selbst – dann in vielen Bereichen immer noch nicht mit einbezogen? Beispielsweise sollte das Erfahrungswissen der Psychiatrie-Erfahrenen ein obligatorischer Bestandteil der Aus- und Weiterbildungsordnungen für alle in der Psychiatrie Tätigen sein,
- die örtliche Selbsthilfegruppe mit regelmäßigen Gesprächskreisen in das Therapieangebot der Kliniken und sonstigen Einrichtungen integriert sein,
 - ein Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen-Selbsthilfe dort, wo Projekte zur Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes laufen, sowohl in der projektbegleitenden Gruppe als auch in der Hilfeplankonferenz vertreten sein. Bistlang sind sie allenfalls – wenn überhaupt – in den projektbegleitenden Gruppen vertreten;
 - auch in den Hilfeplankonferenzen der regelmäßige Besuch der örtlichen Selbsthilfegruppe Betroffenen empfohlen werden, wenn der Grundsatz »Selbsthilfe vor Fremdhilfe« kein leeres Wort sein soll.

Dass all dies noch nicht geschieht, liegt das daran, weil man Angst hat, die Psychiatrie-Erfahrenen könnten in den Selbsthilfegruppen wirklich das Selbstbewusstsein entwickeln, das sie brauchen, um ihre Rechte einzufordern, angebotene Hilfen kritisch zu hinterfragen oder sich von überflüssigen Hilfen, die zu immer größeren Abhängigkeiten und zunehmender Unselbstständigkeit führen, freizustrampeln?

Schlussbemerkung

Wie bereits hier gesagt worden ist: Der IBRP als Papier ist nicht so wichtig. Wichtig ist, dass sich das Denken und Handeln der psychiatrisch Tätigen aller Berufsgruppen ändert. Es geht nicht darum, alten Wein in immer neue Schläuche zu füllen und immer neue Schläuche zu konstruieren. Solange der Wein, der in immer neuen Schläuchen fließt, der alte bleibt, wird sich für die Patienten, Klienten, Nutzer ... des psychiatrischen Systems nichts verbessern. Die Betroffenen selbst müssen definieren, welche Hilfen sie brauchen. Hilfen müssen stets Hilfen zur Selbsthilfe sein. Es geht nicht darum, alles Mögliche vom Essen kochen über Wäsche waschen, Knöpfe annähen, Behördengänge und Anträge ausfüllen *FÜR* die Betroffenen zu erledigen, sondern ihnen zu zeigen, wie es geht, solange bis sie es (wieder) alleine können. Es geht darum, Mut zu machen eigene Wege zu gehen und auf eigenen Beinen zu stehen, und nicht darum, durch eine Rundumsorgelosversorgung dafür zu sorgen, dass sie am Ende all das nicht mehr können, was sie einmal gekonnt haben, und so den individuellen Hilfebedarf stetig zu steigern.

Alle Therapien und Hilfen müssen sich an den Ressourcen und nicht an den Defiziten der betroffenen Menschen orientieren. Wer das tut, was er kann, vielleicht sogar besser kann als viele andere, hat Erfolgserlebnisse und diese stärken das Selbstbewusstsein und damit auch die seelische Stabilität. Mit gestärktem Selbstbewusstsein ist man eher in der Lage zuzugeben, wo man Hilfe braucht, und man findet auch eher die Kraft, an seinen Defiziten zu arbeiten.

Alle Einrichtungen und Dienste, die mit Psychiatrie-Erfahrenen zu tun haben, müssen am gleichen Strick und in die gleiche Richtung ziehen. Es darf nicht sein, dass die Patienten, Klienten, Nutzer ... zum Spielball der unterschiedlichen Hobbys (theoretischen Ansätze) der beteiligten Profs werden und damit immer unsicherer. Art, Ziele und Umsetzungsschritte der psychiatrischen Arbeit müssen gemeinsam mit dem Betroffenen erarbeitet und umgesetzt werden.

Nun werden Sie sagen: Wenn wir so arbeiten, Volkshochschule, Sportvereine usw. nutzen, Menschen zur Selbsthilfe anregen und ihre Selbstständigkeit stärken, dann sinkt ja der Hilfebedarf, und was wird dann aus unseren sicheren Arbeitsplätzen? Da kann ich nur sagen: Es ist Ihre Aufgabe, den Menschen dabei zu helfen, ihre seelische

Gesundheit und Stabilität zu erhalten bzw. wiederzufinden. Ich kann meinen Unterricht auch nicht so organisieren, dass die Auszubildenden reihenweise durch die Gesellenprüfung fallen, um sie so länger im Schulsystem zu halten und die Lehrerbearbeitungsplätze zu sichern. Ich kann Ihnen aber auch sagen: Es ist ein tolles Gefühl, wenn alle die Prüfung bestanden haben – auch die Sorgenkinder – und das Ziel, auf das man gemeinsam hingearbeitet hat, erreicht wurde. Genau so wird es Ihnen auch ergehen, wenn Sie sehen, dass Ihre gemeinsamen Bemühungen von Erfolg gekrönt waren und Ihre Klienten nun ohne Ihre Hilfe ein selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben führen können.

Also haben Sie Mut. Kippen Sie den alten, inzwischen sauer gewordenen Wein weg. Pflücken Sie neue Trauben und füllen Sie den neuen Wein notfalls auch in alte Schläuche, wenn für neue Schläuche kein Geld da sein sollte, denn frischer Wein in alten Schläuchen schmeckt allemal besser als alter Wein, der x-mal in neue Schläuche umgefüllt wurde.

Koordinierte Hilfen – Personenzentrierter Ansatz und Familienselbsthilfe

Reinhard Peukert

Auf das Thema gibt es aus Angehörigen Sicht eine ganz einfache Antwort. Die Hilfen sind wohl koordiniert, die sich mit dem familiären Hilfesystem koordinieren! Leider wird in der Regel dem Zusammenhang des familiären und des professionellen Hilfesystems zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet – dabei könnten sich beide Hilfesysteme ergänzen, und dabei haben beide Systeme vergleichbare Probleme. Dazu ein Beispiel.

Wir organisierten Angehörigen, die zumeist mit chronifizierten Familienmitgliedern zu tun haben, kennen Schlüssel-situationen, an denen sich unsere eigene, aber auch die Hilflosigkeit der Profis und des Hilfesystems erweist. Ich denke an einen jungen Mann, der trotz allen Zuredens sich immer wieder zurückzieht und sich in sein Zimmer einschließt. Er will mit niemandem – außer seinen Eltern und zwischenzeitlich nur mit seiner Mutter – Kontakt haben. An manchen Tagen will er das Essen vor die Tür gestellt bekommen und wartet, bis niemand in der Nähe ist, um es sich dann hereinzuholen. Die Eltern können das Haus nicht mehr gemeinsam verlassen – sie haben Angst um ihr ca. 40-jähriges Kind. Für alle Beteiligten wird die Welt immer enger und bedrohlicher. Hin und wieder aufkeimende laute Aktionen des Sohnes (er trommelt nachts ohne ersichtlichen Grund an die Schlafzimmertür der Eltern) erscheinen auf einmal gefährlich und der so stille und zurückgezogene Sohn als aggressiv. Eine Hilfe ist nicht in Sicht, denn: Er scheint nicht einzusehen, dass er Hilfe bräuchte, da ihm die »Hilfeeinsicht«¹ fehlt. Und: Zieht sich der Sohn in sein Zimmer zurück, zieht der Profi nach kurzer Zeit von dannen!

Alle Angehörigen kennen solche Situationen, die uns und augenscheinlich auch so manche Professionelle hilflos machen. Die geschilderte Situation könnte so eine Schlüssel-situation sein, denn sie beinhaltet das wesentliche Problem aus Sicht von uns Angehörigen:

Wie kann sichergestellt werden, dass unsere kranken Angehörigen

¹ Mir scheint »hilfeeinsichtig« bzw. »hilfe-unseinsichtig« angemessener zu sein als »krankheitsseinsichtig« bzw. »krankheitsunseinsichtig«.

gen die Hilfen erhalten, die für sie nützlich sind und die sie bereit sind anzunehmen? Wäre das sicher gestellt, hätte das den Effekt, dass wir nicht länger hinter den Angeboten herlaufen müssten und dass endlich Schluss damit ist, dass es nach wie vor passiert, dass der konkrete Bedarf unserer Angehörigen von den vorhandenen Einrichtungen gerade nicht erfüllt werden kann und wir Angehörigen die Ausfallbürgen spielen müssen. Dann könnten wir unserem kranken Angehörigen *die* Hilfen unserer Familie geben, die *er* für sich nutzen kann und zu denen *wir* in der Lage sind, und das wären die ganz normalen und typischen familiären Hilfen: Wir sind für ihn da, wenn er uns sehen will; wir beziehen ihn wie unsere Cousinsen, Tanten, Enkel usw. in unser Familienleben ein; wir unterstützen ihn bei der Suche nach Arbeit, Ausbildung oder einer sonstigen Beschäftigung, so wie wir es bei seinen Geschwistern auch tun. Kommt er mal mit seinem Alltag nicht zurecht, gehen wir ihm helfend zur Hand – so wie sein Bruder bei Dienstreisen seiner Frau auch seine Wäsche zu seiner Mutter bringen darf usw.

Die Familie als Muster psychiatrischer Versorgung

Die Wirklichkeit sieht anders aus: Wir selbst müssen auch heute noch häufig das leisten, was wir uns von Ihnen, den Proffs, erhoffen – nämlich eine flexibel angepasste Unterstützung. Anders ausgedrückt: Der Einrichtungstyp »Familie« ist auch heute noch nicht nur das größte, sondern auch das flexibelste sozialpsychiatrische Angebot! Familien halten im schnellen personenorientierten Wechsel unterschiedlichste Hilfen vor, z. B. »vollstationäre«:

Der »Patient« ist schwer erkrankt, in hohem Maße unselbstständig – in dieser Lage lebt er bei seinen Eltern zu Hause und wird von ihnen in allen Funktionen des täglichen Lebens voll versorgt; sobald es ihm ein bisschen besser geht, bieten die Eltern aber auch die sozialtherapeutischen Leistungen gem. § 27 a SGB V, z. B. in der Form: »Stärkung der Compliance«, indem sie ihn zum niedergelassenen Nervenarzt begleiten und in der Form: »Soziotherapie als Brückenfunktion«, da sie ihm auch – nachdem es unserem Protagonisten noch besser geht – das teilstationäre Angebot »Tagesstrukturierung« zugänglich machen: Mitarbeit in der elterlichen Küche, nachmittäglich eine Stunde Therapiegang mit Mutter und Hund. Fakultativ wird ein Krisenbett im Wohnzimmer der Eltern vorge-

halten, denn er lebt regulär bereits wieder in seinem Einzimmerapartment.

Irgendwann reduziert sich dann dieses Angebot auf wechselnd intensive ambulant-stützende Hilfen zur Selbstversorgung und zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz – natürlich mit bedarfsgerechter Variabilität im Umfang und der Intensität der Betreuungsleistung. Wenn nötig, überzeugt sich z. B. die Mutter eine Woche lang telefonisch, dass er auch aufgestanden ist, der Vater holt ihn – wenn nötig – um sieben Uhr ab und bringt ihn zu seinem Arbeitsplatz.

Bald ist es völlig ausreichend, über Monate regelmäßigen Kontakt zu halten, z. B. sich zunächst einmal wöchentlich zu treffen, alle zwei Tage zu telefonieren und im Hintergrund bereit zu sein, das eigene Angebot bei Bedarf schlagartig, unverzüglich und im Ausgleich von Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit (d. h. unter Abschätzung und Einsatz der verfügbaren eigenen Ressourcen) personensorientiert zu intensivieren – und dabei werden noch familienfremde Ressourcen aktiviert, z. B. die freundliche Bürgerhelferin im Patientenclub, die sich redlich bemüht, ihn zweimal wöchentlich zu sehen. So lief das z. B. bei uns zu Hause über viele Jahre, meine Mutter sagte immer nur: »Na ja, man tut halt, was man kann«; sie war damals – im Gegensatz zu mir heute – des gemeindepsychiatrischen Dienstleistungsjargons nicht mächtig.

Was meinen Sie – klingt das nicht ein wenig wie der Fallbericht aus einer gut funktionierenden Modellregion?

Sind solche Familien nicht gemeindepsychiatrische Verbünde mit personenzentrierten, flexiblen und integrierten Hilfen? Man könnte annehmen, die Familien würden Urheberrechte oder Lizenzgebühren einklagen; tatsächlich wünschen wir uns etwas anderes: Wir sind vielmehr froh, wenn möglichst viele »Raubkopien« erstellt werden!

Die Schilderung der Familien als Verbund mit koordinierter, flexibler und personenorientierter Hilferbringung zeigt aber vor allem eins: Die Bereitschaft der Familien, über längere Zeiträume enorme Belastungen auf sich zu nehmen – und das hat Folgen!

Belastungen von Angehörigen beim bisherigen Versorgungssystem

Von den professionellen Helfern werden unsere Belastungen sehr wohl gesehen, sie werden sogar wissenschaftlich untersucht.² Mehr noch: Darauf wurde sogar eine eigenständige Theorie- und Forschungstradition gegründet [1]; eine Tradition, die »High-Expressed-Emotions«³ von den »Low-Expressed-Emotions« in den Familien unterscheidet – und in den »High-Expressed-Emotions« in Familien den wesentlichen Grund für vermehrte Rückfälle empirisch nachweisen konnte. Noch heute spukt in den Köpfen eine falsche Interpretation der Ergebnisse herum, nämlich die Auffassung, es gäbe diese beiden Familientypen unabhängig von den erfahrenen Belastungen. Dabei wurde zwischenzeitlich nachgewiesen, dass die »High-Expressed-Emotions« Reaktionen auf die Belastungen sind und nicht etwa davon unabhängige familiendynamische Konstanten⁴ [2]. Außerdem wurden »High-Expressed-Emotions« auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern festgestellt, die belastende Betreuungsbeziehungen aushalten müssen.

Das ist die eine Richtung der professionellen Wahrnehmung von Belastungen der Angehörigen. Andere Professionelle [4] entdecken in ihren Forschungen, dass bei uns Angehörigen die psychosoziale Stressbelastung ebenso hoch ist wie bei Prüfungskandidaten vor dem Staatsexamen, dass 60 % der Angehörigen eigentlich aufgrund der Belastungen behandlungsbedürftig wären, dass die mit objektivi-

Koordinierte Hilfen – Personenzentrierter Ansatz und Familienselbsthilfe

renden Verfahren (dem General Health Questionnaire) gemessene gesundheitliche Belastung doppelt so hoch ist wie unter der Normalbevölkerung usw.

Diese Forscher stellen auch fest, dass wir Angehörigen nicht so sehr unter der Krankheit unserer Familienmitglieder leiden, sondern unter den Umständen des »caring«, d. h. unter den Umständen der Hilfestellung – womit wir wieder beim Ausgangspunkt unserer Überlegungen wären:

Belastend sind die vom Versorgungssystem diktierten Bedingungen, die definieren,

- wie und welche professionellen Hilfen unsere Familienmitglieder bekommen,
- wie wir in diese Hilfestellungen eingebunden werden, oder eben nicht einbezogen werden,
- und wie und welche Hilfen wir in Kompensation der Lücken und der sonstigen Mängel des Versorgungssystems selbst zu übernehmen haben, damit unser Familienmitglied mit seiner Krankheit und den Krankheitsfolgen möglichst angemessen fertig werden kann.

Aber nun gibt es einige Zaubерwörter, die uns Angehörige seit einiger Zeit elektrisieren:

- »Koordinierte Hilfen«
- »Gemeindepsychiatrischer Verbund«
- »Personenzentrierte, integrierte Hilfeplanung«
- »Hilfepiankonferenz«
- »Koordinierende Bezugsperson«

Ich muss hier nicht erklären, was diese Worte beinhalten – das wurde bereits ausführlich erläutert. Ich möchte Ihnen sagen, was diese Zaubерwörter für uns Angehörige bedeuten: *Die Perspektive auf koordinierte, integrierte und personenzentrierte Hilfen löst bei uns Angehörigen ungeheure Hoffnungen aus – und diese Hoffnungen treffen ins Zentrum unserer Wünsche und Träume!*

Wir Angehörigen klagen seit Beginn der Angehörigenbewegung für uns und unsere kranken Familienmitglieder die Möglichkeit ein, dann und genau dann Hilfen zu bekommen, wenn wir und/oder unsere kranken Familienmitglieder nicht mehr weiter wissen – und wir fordern, dass diese Hilfen dort verfügbar sein sollen, wo sie zu

dem Zeitpunkt gebraucht werden: Also an den Orten, wo wir und/oder unsere Familienmitglieder gerade leben.

Diese Forderung bzw. dieser Wunsch kommt seit Jahren in unterschiedlichen Gewändern daher:

- die Einrichtung von Krisendiensten (heute sprechen wir lieber von der »Krisenfunktion«, die in einer Region erfüllt sein muss),
- die Kritik an den niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern, zu wenig Hausbesuche durchzuführen,
- die Kritik an den Sozialpsychiatrischen Diensten, sehr häufig nur dann zur Verfügung zu stehen, wenn unser krankes Familienmitglied mit ihnen sprechen will (verbunden mit dem gut gemeinten Hinweis, sie kämen allerdings auch dann, wenn wirklich Gefahr im Verzuge sei ...).

Alles dies ist Ausdruck des Ringens um die Lösung des Problems, gerade in kritischen Zeiten schnell und flexibel Hilfe zu erhalten, damit das familiäre Hilfesystem nicht an den aktuell hohen Belastungen zusammenzubrechen droht – mit dem Effekt, dass wir Angehörigen dann die Abgabe unserer Teil-Verantwortung und die »Abgabe« unseres Familienmitglieds an eine die totale Verantwortung übernehmende Institution herbeisehen – herbeisehen mit gemischten Gefühlen. Gemischt sind die Gefühle, weil wir sehr wohl die völlige Entlastung nach der Zuspitzung der Belastung herbeisehen – und zugleich Scham, Schuld und Trauer empfinden, weil wir in vielen Fällen glauben, auf die »harte« Version der Abgabe an eine totale Verantwortung übernehmende Institution könnte verzichtet werden, wenn wir und unser Angehöriger vorher »weiche« Hilfe in ausreichender »Stärke« erhalten hätten.

Übrigens: Diese Gefühle treiben uns Angehörige in diesen Zeiten, und in der Erinnerung an diese Zeiten um – unabhängig davon, ob es nun tatsächlich zu der »harten« Hilfe kommt oder nicht: Oft genug erweisen sich die Ressourcen der Familien einschließlich der Ressourcen der Erkrankten doch größer als befürchtet, und die Bereitschaft, auch extreme Belastungen sogar über längere Zeiträume auf sich zu nehmen, gehört scheinbar zu den Vorzügen – aber auch Nachteilen – von Familien mit psychisch kranken Familienmitgliedern.

Auf diesen Hintergrund fallen die Zauberwörter! Die Zauberwörter vermitteln uns den Eindruck, dass im Laufe des langen Re-

formprozesses der Psychiatrie der Zug nun endlich in den richtigen Gleisen fährt.⁵

Sie erinnern sich an das zentrale Problem von uns Angehörigen? Wie kommt unser Angehöriger zu den für ihn nützlichen Hilfen, die es uns erlauben, uns auf die Rolle des Familienmitglieds zurückzuziehen? Wir wünschen uns dafür eine sich selbst verantwortliche machende Hilfe – und nun hören wir beglückt von »koordinierenden Bezugspersonen«. Wir fordern schon lange, dass die Anbieter mit ihren Diensten und Einrichtungen die Verantwortung für die Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe unserer Familienmitglieder übernehmen; und nun verständigen sich die Träger auf Versorgungsverpflichtung und fragen, welche Hilfe benötigt dieser Mensch. Es werden keine konfektionierten Hilfen mehr angeboten, die nur den fiktiven Durchschnittsgrößen (sprich: Hilfebedarfen) entsprechen, sondern die Hilfen werden den Bedürfnissen und dem Bedarf unseres Angehörigen angepasst! Dabei werden nicht von einander isolierte Kleidungsstücke gefertigt; vielmehr entsteht in einem wohl abgestimmten Prozess ein mehrteiliges Kleidungsstück, das ihm gut passt und bei dem die einzelnen Teile ein wohl geformtes Gesamtbild abgeben. An dem Entwurf sowie der schrittweisen Fertigstellung der Kleidung ist er beteiligt: Er wird gefragt, welche Stoffe und Schritte er möchte und benötigt und in einem Basar, der sich Hilfeplankonferenz nennt, werden dann die verschiedenen Stoffe und die unterschiedlichen Schneider für die Hose, das Hemd, die Krawatte usw. ausgewählt. Und was das Beste ist: Wir Angehörigen sollen in alle diese Prozesse einbezogen werden, auf allen Ebenen und in allen Gremien!

Ich glaube, die meisten von Ihnen können sich gar nicht vorstellen, was diese Botschaften für Angehörige bedeuten! Nun gibt es natürlich auch Skeptiker, die sagen: »Es wird viel geredet und geschrieben.« »Was auf dem Papier steht, nutzt nix; es gehören die Leute dazu, die das engagiert wollen und auch können!«

Das Implementationsprojekt eröffnet zum Ende seiner Laufzeit die Möglichkeit zu erkunden, wie die versprochenen Veränderungen auf die Familien gewirkt haben, und was aus diesen Versprechungen geworden ist.

⁵ Allerdings hier und da als Bummelzug, der nur langsam über beschwerliche Klippen kommt.

Ergebnisse einer kleinen Umfrage unter Angehörigenvertretern in den Modellregionen

Es scheint unter den Angehörigen zwei Reaktionstypen zu geben: die »spontan Überzeugten« und die »bekehrten Skeptiker«. Die einen sind als »spontan Überzeugte« sofort Feuer und Flamme, sie reiben sich fasziniert die Augen angesichts der soeben noch erfahrenen Versorgungswirksamkeit und unterliegen der Gefahr einer enormen Enttäuschung. Daher kann ich nur an die Professionellen appellieren: Setzen Sie die proklamierten Ziele »eins zu eins« um und setzen Sie die Instrumente richtig ein! Die anderen sind zunächst eher Skeptiker, die nur eine neue Verschleierungs- und Verzögerungstaktik der Professionellen erwarten; nach einiger Zeit sind sie »voll gespannter Erwartungen, was sich da entwickelt«, um sich schließlich zu engagierten Verfechtern zu wandeln, deren Anliegen es ist, dass die proklamierten Ziele »eins zu eins« umgesetzt und die Instrumente richtig eingesetzt werden.

Ein großer Wunsch und ein guter Rat: Profis bzw. Träger arbeiten Sie an Ihren Widerständen! Bei der Umfrage bekam ich oft zu hören: »Die Entwicklung hat mit vielen Vorbehalten und Widerständen zu kämpfen«, »es gibt immer noch Profis, die sich mit dem IBRP nicht abfinden mögen und mit ihrer Haltung natürlich die Klienten misstrauisch machen«, »es gibt viel zu viele, die immer nur bremsen«, »die niedergelassenen Ärzte halten sich vornehm zurück«, »bei uns gibt es einen großen Träger, der sich standhaft weigert, sich auf den Verbund einzulassen«.

Manchmal hieß es aber auch: »Die meisten sind hoch engagiert und bemühen sich um die praktische Umsetzung des Modellprojektes – aber das erweist sich als schwierig bzw. muss sich noch einspielen.«

Sie sehen: Die Angehörigen stehen voll hinter dem personenzentrierten Ansatz!

Es wurden auch folgende Ergebnismomente direkt abgefragt:

■ Zielkategorie: Flexibilisierung der Hilfen

Die Flexibilisierung wird in Rheinland Pfalz als Ergebnis der »Hilfen nach Maß« erlebt: »Es sind die kleinen Sachen, die es machen: z. B. der zusätzliche Gitarrenkurs.« Ansonsten erweitern sich viele Hilfeüberlegungen den neuen Ideen gegenüber resisten: »Es erfolgt eher die Zuweisung zu den üblichen Maß-

nahmen« – zwar effektiver, aber immer noch in das Übliche« (mehrere Aussagen!). »Das Denken der Profis ist aber noch sehr im Einrichtungsraster gefangen.« »Viele Träger scheinen nur an das Geld zu denken.«

Es gibt aber auch diese Einschätzung: »Gelegentlich sind sehr unkonventionelle und sehr differenzierte (ambulante) Hilfen für »eigentliche Heimkandidaten« und Heimverweigerer gestrickt worden, die zunächst als äußerst aufwändig angesehen wurden; aber bald haben sie bei den Psychiatrie-Erfahrenen unvermutete Potenziale freigesetzt, sodass sie allmählich reduziert werden konnten; damit haben sie sich letztendlich als kostengünstiger erwiesen.«

■ Zielkategorie: Einbeziehung der unmittelbar betroffenen Angehörigen in die Hilfeplanung

Die erfolgt eher selten, obwohl dadurch – und/oder durch die Beteiligung in der Hilfeplankonferenz – den Fachleuten ein Eindruck der aktuellen Lage gegeben werden könnte, so die Aussage eines Befragten.

■ Zielkategorie: Beteiligung von Angehörigenvertretern in der Hilfeplankonferenz

Dies ist in einigen Regionen ein unproblematisches Faktum, in anderen wird das problematisiert, in den meisten Regionen findet eine Beteiligung nicht statt – obwohl die Teilnahme von den Angehörigen, die in den Konferenzen sitzen, als äußerst hilfreich empfunden wird – insbesondere was das Ziel der Flexibilisierung der Hilfen angeht. Da haben sie sich oft kreativer wahrgenommen als die Professionellen.

Zusammenfassung der Befragungsergebnisse

Angehörige erleben sich als Triebkräfte der Entwicklung, als Sachwalter der Intentionen des Personenzentrierten Ansatzes, als inhaltsbezogene Controller, damit die Entwicklung in die richtige Richtung voranschreitet – und das aus ganz eigennützigen Erwägungen heraus!

Sie erleben, wie schwerfällig und gebremst sich der heiß herbeigeschante Umsetzungsprozess teilweise gestaltet; sie müssen das einrichtungsbezogene Denken vieler Träger und Mitarbeiter zur Kenntnis nehmen; sie müssen erfahren, dass Angehörige in der Hilfeplanung

– den Proklamationen zum Trotz – eher selten beteiligt werden. Man kann das auch anders formulieren.

Angehörige erleben, wie verführerisch es ist, sich als Profi an den bisherigen Erfahrungen zu orientieren, anstatt sich z. B. bei der Hilfeplanung voll und ganz auf die Bedürfnisse und den Bedarf unseres psychiatriefähigen Angehörigen einzulassen. Die Hilfeplanung wird »verfahrensbedingt« so gesteuert, dass möglichst keine Diskrepanz zwischen den bisherigen Angebotsformen und dem konkreten Hilfebedarf entsteht, denn die Erfahrung hatte wiederholt gezeigt, dass die im betreuenden Diskurs herbeigedrehte Passung des Gewünschten mit dem Möglichen die beste Gewähr für erfolgreiche Hilfe bildet: Die Zustimmung der Klienten zu den vorhandenen Hilfen ermöglicht schnell und komplikationslos herbeizuführen war jahrelang die Voraussetzung dafür, hilfreich sein zu können; konnte die Passung durch Überzeugungsarbeit am Klienten nicht hergestellt werden, konnte auch die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter weder Hilfe geben noch konnte der Klient Hilfe erhalten! Heute sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf einmal in jeder Hilfeplanung die Hilfen *passgenau* für die jeweilige Person *erfinden*, unter Berücksichtigung der potenziellen Kompetenzen in der Region – wozu ein Paradigmenwechsel! Weil wir die Verführung durch die vergebende Faktizität immer wieder erleben, wächst uns – zusammen mit den Psychiatrie-Erfahrenen – die Aufgabe der Sachwalterschaft bzw. des inhaltsbezogenen Controlling zu!

Darum habe ich mir vorgenommen, zusammen mit Frau Fricke die Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen aus den Modellregionen zu einem Wochenende einzuladen, an dem wir gemeinsam überlegen, wie man dieses inhaltliche Controlling gestalten könnte, denn die Teilnahme von vereinzelt Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen an den Hilfeplankonferenzen kann nicht die Lösung sein.

Das wäre eigentlich schon ein guter Schluss: Eine regionsübergreifende Controlling-Task-Force für personenzentrierte Hilfen! Aber Angehörige müssen ordentlich nörgeln und trotz allem, was schon erreicht ist, mehr fordern! Diesem Ruf genügend will ich Ihnen jetzt noch sagen, woran wir erkennen würden, dass die personenzentrierten koordinierten Hilfen umgesetzt sind.

Qualitätsindikatoren personenzentrierter koordinierter Hilfen aus Angehörigensicht

Uns würde es noch nicht genügen, dass die regionalen Einrichtungen und Dienste die koordinierte Erbringung und die Flexibilisierung der Hilfen im Sinne einer Differenzierung und Rekombination von Hilfeelementen aus dem Effeff beherrschen (das ist das, was der IBRP leisten kann). Auch wenn parallel dazu die Leistungsträger Verfahren entwickeln, die diesen Prozess stützen und nicht erschweren, sind wir noch immer nicht zufrieden.

Für uns wären damit nur die Voraussetzungen erfüllt – Voraussetzungen für vier Wirkungen, die uns voraussichtlich zufrieden stellen würden.

1. Leistungsanbieter gehen über die Koordinierung der Hilfen hinaus und schaffen durch Integration eine *ambulante Kernstruktur*, z. B. aus psychosozialen Dienst, Institutsambulanz und den Betreuungseleistungen in den verschiedenen und unterschiedlich intensiv betreuten Wohnangeboten; die niedergelassenen Fachärzte nehmen mit der Psychotherapie daran teil. Diese ambulante Kernstruktur bildet den Mittelpunkt der psychosozialen Zentren, die wiederum das Zentrum der Verbünde darstellen.

Diese ambulante Kernstruktur wäre dann ein

- flexibles,
- regional zuständiges,
- multiprofessionell zusammengefasstes,
- bereichsübergreifend finanziertes,
- vornehmlich ambulant tätiges Team
- mit Versorgungsverpflichtung,

das sich der vorhandenen Ressourcen der Gemeinde bedient und bereit ist, seine Leistungen dem sich ständig verändernden Bedarf flexibel anzupassen, bzw. seine Leistungen bedarfsgerecht zu variieren.

Diesen Dienst wünschen sich Angehörige schon ewig; und dieser Dienst könnte auch die Krisenfunktion erfüllen – an sieben Tagen in der Woche, jeweils 24 Stunden lang. Eine derartige, durch Integration entstandene ambulante Kernstruktur setzt Ressourcen für weitere Qualitätsverbesserungen frei.

2. Damit eröffnet sich u. a. die Möglichkeit einer persönlichen Verantwortung für die Sicherstellung und Koordination des gesamt-

ten Hilfebedarfs – auch den der Familien! Zum gesamten Hilfebedarf gehört nicht nur die Verantwortung für die Koordination von Behandlung, Rehabilitation und Hilfen zur Teilhabe in Bezug auf unser krankes Familienmitglied, sondern auch die Verantwortung für die Regelung der Probleme der Familie, d. h. für Hilfe, Unterstützung und Begleitung der Familienangehörigen, und zwar sowohl als organisatorische, behördliche und juristische, aber auch als psychologische Unterstützung,⁶ denn: Die Krankheit trifft die ganze Familie!

3. Ein deutlicher Indikator einer veränderten Versorgung wäre, dass die mehr oder weniger radikalen Hilfeverweigerer sich viel leichter auf die Profs einlassen könnten, da eine alte Anglerweise zum allgegenwärtigen Prinzip erhoben wurde: Der Wurm muss dem Fisch schmecken und nicht dem Angler.

4. Ein letzter Indikator. Die Einrichtungen und Dienste der Region kreieren gemeinsam (auf der Basis von wechselseitiger Integration) neue, bedürfnisangepasste und bis dahin nicht bekannte Helferrollen gemäß des abgewandelten Prinzips personenzentrierter Hilfen: Nicht die Einrichtung, der Hilfebedarf definiert die Helferrolle – womit sich eine neue systemische Erfahrung erschließt: Der Flexibilität des Systems folgt die Kreativität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zur Konkretisierung erinnern wir uns der einleitenden Schlüssel-szene:

Die Eltern rufen verzweifelt einen Dienst an, der von den Eltern als gefährdet und krank erlebte Sohn will mit niemandem sprechen. Und nun geschieht das Unerwartete! Der Dienst schickt eine fachkompetente Person, die ohne Zeitdruck und Zeitbegrenzung mit den Eltern spricht – nicht mit dem Sohn, denn der will ja nicht. Im Zuge des Gesprächs wird deutlich, dass die Eltern erschöpft sind, außerdem haben sie Angst um ihren Sohn und hin und wieder vor ihrem Sohn. Auch waren sie seit langem nicht mehr im Theater, das sie früher so sehr liebten. Und da macht die fachkompetente Person einen ganz unfachlichen und banalen Vorschlag. »Gehen Sie ins Theater, ich bleibe hier; zeigen Sie mir, wo das Essen steht und die

sonstigen Örtlichkeiten des Haushaltes. Und wollen sie zusammen eine ruhige Nacht verbringen, ich bleibe auch länger, so lange wie sie in ein Hotel ziehen wollen oder bei Freunden sich ausruhen können.«

Was passiert?

Es dauert ein wenig, bis die Eltern erkennen, dass der Vorschlag tatsächlich ernst gemeint ist, dann ziehen sie mit bangen Gefühlen los und müssen in der Theaterrunde anrufen, ob auch alles in Ordnung ist und sie nicht doch gebraucht werden. Werden sie nicht! Für den Sohn kommt die Welt ein wenig durcheinander – nicht zu viel – aber immerhin! Er bleibt in der ihm Schutz gewährenden Umgebung, niemand rückt ihm bedrohlich auf die Pelle, aber wenn er sein Zimmer verlässt, trifft er auf eine freundliche, unaufdringliche Person, die einfach nur da ist, die ihm auf Fragen antwortet und gegebenenfalls kleine Bitten (z. B. nach Tee) erfüllt.

In der Zukunft greifen die Eltern häufiger auf dieses neue, atypische Medikament zurück: Die Person steht kontinuierlich zur Verfügung, in der Wohnung ist sie alles andere als aufdringlich, hält sich ansprechbereit und ist einfach nur erwartungsfrei anwesend – aber jederzeit zu Rat und Tat bereit. Dies führt sehr bald dazu, dass sich Vater und Mutter entlastet fühlen. Sie schöpfen wieder Hoffnung, die Demoralisierung weicht mit der Zeit vorsichtig-positiven Zukunftserwartungen: Eine gute Voraussetzung für Erfolge (und seien es auch ganz kleine) bei dem kranken Familienmitglied! [3]

Der Sohn in dieser Modellfamilie zeichnete sich vor allem durch Rückzug aus. Ein paar Straßen weiter lebt eine andere Familie, bei der es immer wieder aus unterschiedlichen Anlässen zu sich eskalierenden Auseinandersetzungen kommt. So ist die Tochter z. B. manchmal davon überzeugt, dass das Essen vergiftet sei – und ihr dann Essen anzubieten, ist für sie gleichbedeutend mit einem Anschlag auf ihr Leben. Aus dieser Bedrohung heraus wirft sie den Suppenteller auf den Boden, was die Mutter nachvollziehen kann, den Vater aber sichtlich ärgerlich macht, was wiederum die Angst der Tochter vergrößert usw., usw.

Wir haben also eine der vielen alltäglichen Krisen in Familien mit einem kranken Angehörigen vor uns, und zwar eine von solchen Krisen, die sehr anstrengend und beängstigend sind und den normalen Lauf der Dinge vorübergehend durcheinander bringen können. Nun ist es leider auch in diesem Falle so, dass die Tochter nicht

⁶ Diese Anregung verdanke ich der Angehörigenvertreterin aus der Modellregion Kreis Steinfurt, Frau Wesselmann.

einsieht, warum sie mit einem Arzt oder einer sonstigen sozialpsychiatrischen Fachkraft reden sollte – wie wir Angehörigen wissen, kein seltener Fall.

Was tut unser ambulanter Dienst? Er tut das Gleiche wie so eben bei dem Sohn der anderen Familie: Es kommt jemand in die Wohnung, stellt sich den Eltern zur Verfügung und bleibt, und wenn es erforderlich ist, über Stunden. Diese außerhalb der Familie stehende Person deeskaliert mit ihrer ruhigen, Sicherheit gebenden Art das Geschehen – und sie bleibt, sie ist einfach da, sie drängt der Tochter kein therapeutisches Gespräch auf, ist aber jederzeit ansprechbereit.

Diese Person haben wir Angehörige »Familiengast« genannt, obwohl es eine hoch professionelle Rolle ist. Für unseren Familiengast gilt, was für alle Gäste zu gelten scheint: Man freut sich, wenn sie kommen und freut sich genau so, wenn sie nach einiger Zeit wieder gehen. Zur Professionalität unseres Familiengastes gehört also neben der unaufdringlichen Hilfsbereitschaft die Kompetenz, sich rechtzeitig zu verdünnern, um gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt wieder zur Verfügung zu stehen.

Zur Erinnerung die einleitende Antwort auf das Thema: Die Hilfen sind wohlkoordiniert, die sich mit dem familiären Hilfesystem koordinieren und der Familie die Hilfen lässt, die sie erbringen kann und der kranke Angehörige von ihr anzunehmen bereit ist: die ganz alltäglichen und familientypischen! Ich bin am Ende und habe wieder einmal bestätigt: *Angehörige sind nie zufrieden – aber vielleicht ist das unsere Funktion bei der Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung!*

Literatur

1. OLBRICHT R. Expressed Emotion (EE) und die Auflösung schizophrener Episoden: Eine Literaturübersicht. Nervenarzt 1983, 53: 113–121
2. SENNEKAMP W. Aspekte der emotionalen Belastung von Angehörigen Schizophrener. Psychiatrische Praxis 1995, 22: 27–29
3. GROMP L, DAUWALDER HP. Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. Nervenarzt 1970, 59: 366–378
4. FRANZ M. In: Dokumentation des Hessischen Psychiatertages, Stand und Perspektiven der Psychiatriereform in Hessen. Wiesbaden, Offenbach: Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V., 2000

II. Rechtliche Rahmenbedingungen

Rechtliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung personenzentrierter Hilfen

Knut Lehmann

Die folgenden Ausführungen über die rechtlichen Rahmenbedingungen beschränken sich auf die Darstellung bundesrechtlicher Rahmenbedingungen.

Zu den grundsätzlichen Möglichkeiten des Sozialrechts

Zur Geschichte der Psychiatriereform seit der Enquete von 1975 gehörte auch immer die Auseinandersetzung und die rechtlichen und damit auch finanziellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Reform. Seitdem hat es eine Vielzahl von Novellierungen des Sozialrechts gegeben, die insbesondere mit dem SGB IX die legislativen Voraussetzungen für die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes geschaffen haben, nicht als zwingende Handlungsverpflichtung der Leistungsträger, wohl aber als rechtlich abgesicherte Möglichkeit.

Das SGB IX als normativ wichtigstes Sozialgesetzbuch enthält im Teil 1 Kapitel 1 'Allgemeine Regelungen' eine Reihe von rechtlichen Normen, deren Sinn und Zweck die Verbesserung der Rehabilitation im Sinne des personenzentrierten Ansatzes ist. Liest man dazu die Begründung des Gesetzgebers, insbesondere zum Teil 1, aber auch zu den einzelnen Paragraphen des Kapitels 1, so wird klar, dass der Gesetzgeber genau dies auch gemeint hat.

Es geht ihm darum, das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterzuentwickeln und mit dieser Weiterentwicklung den Prinzipien und Zielen des interfraktionellen Entschließungsantrages »Die Integration von Menschen mit Behinderung ist eine dringliche politische und gesellschaftliche Aufgabe«¹ umzusetzen. Wesentliche Leitsätze sind nach Auffassung des Gesetzgebers die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die der Chancengleichheit entgegenstehen. In diesem Zusammenhang wird vom Gesetzgeber in der Erläuterung auf die Ergänzung des Artikels 3 Abs. 3 Grundgesetz um den Satz 2 im

Jahre 1994 verwiesen. Der Bundestag hat damit eine Verpflichtung für Politik und Gesellschaft geschaffen, sich aktiv um die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Familie, in den Beruf und in das tägliche Leben zu bemühen.

Auf der praktischen Ebene soll mit dem Sozialgesetzbuch IX anstelle von Divergenz und Unübersichtlichkeit im bestehenden Rehabilitationsrecht Bürgernähe und verbesserte Effizienz auf der Basis eines gemeinsamen Rechtes und einer einheitlichen Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik gesetzt werden.

So sind im – zusammen mit dem SGB IX – verabschiedeten novellierten Schwerbehindertengesetz (als Teil 2 des SGB IX) eine Reihe von Rechtsnormen ab § 68 formuliert worden, die im Wesentlichen eine Übernahme von bereits vorhandenen Regelungen des kurz vorher novellierten Schwerbehindertengesetzes darstellen. Es handelt sich z. B. um die gesetzlichen Regelungen zur Arbeitsassistenz (§ 102 ff.), den Integrationsfachdiensten (§ 109 ff.), den Integrationsprojekten (§ 132 ff.), es wurden besondere Pflichten der Arbeitgeber definiert (§ 81 ff.), insbesondere die Integrationsvereinbarung (§ 83).

Im SGB IX ist der Kreis der Rehabilitationsträger um die Sozialhilfeträger und die Jugendhilfeträger erweitert worden.

Die wesentlichen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung personenzentrierter Hilfen finden sich dann konkreter in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern im Grundsatz »alles in allem« ausreichend normiert. Verwiesen werden soll beispielhaft auf die SGBV, VI und das BSHG.

So ist im SGB V u. a. geregelt die Berücksichtigung der besonderen Belange der psychisch Behinderten (§ 27), mit die Soziotherapie die wichtige Koordination der Leistungen (§ 37), ambulante medizinische Rehabilitation in Einrichtungen nach § 111 (§ 40), ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43), integrierte Versorgung (§ 140). Zusammen mit der Psych-PV sind Rahmenbedingungen definiert, die im Prinzip die wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante, personenzentrierte Leistungserbringung gewährleisten könnten.

Auch im SGB VI sind in den Regelungen zur Leistung der Rentenversicherung Leistungen zur Rehabilitation festgeschrieben (§ 9 ff.), die den einzelnen Versicherten (insb. § 13 ff.) die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation ermöglichen.

¹ BT-Drucksache 14/2912.

Im BSHG sind durch den Grundsatz der Individualisierung die Möglichkeiten differenzierter Hilfeangebote nach den Prinzipien der personenzentrierten Versorgung normiert und ebenfalls im Grunde ausreichend geregelt. Sie werden in der Praxis, mehr als in anderen Sozialleistungsbereichen, auch entsprechend genutzt.

Im § 93 insbesondere werden durch die Regelung zu den Leistungsträgern das Wohnen und die im Einzelfall notwendigen Hilfen entkoppelt, d. h., der § 93 könnte zur Entinstitutionalisierung genutzt werden.

Und in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern sind Regelungen für einen individuell zu planenden Rehabilitationsverlauf enthalten, wie z. B. in § 46 BSHG, in § 83 SGB IX, das Profiling im SGB III. Diese Leistungen können von der Sache her nur personenbezogen erbracht werden, so wie die rehabilitativen Leistungen nach SGB V oder SGB VI oder die pflegerischen Leistungen nach SGB XI.

An keiner Stelle ist in den rechtlichen Rahmenbedingungen der Sozialgesetzbücher I–XI sowie im BSHG ein Vorrang stationärer Leistungserbringung festgeschrieben. Im Gegenteil, der Grundsatz »ambulanz vor stationär« ist normativ verpflichtend formuliert, genauso wie die Nahtlosigkeit der Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen und die Verpflichtung zur Kooperation der Leistungsträger untereinander, um dies sicherzustellen.

Diese durchaus unvollständige Beschreibung entsprechender rechtlicher Regelungen lässt den Schluss zu, die rechtlichen Voraussetzungen des personenzentrierten Ansatzes sind im Prinzip gegeben.

Auswirkungen zur Praktikabilität des Sozialrechts

Wir sind aber mit einer Merkwürdigkeit im deutschen Sozialrecht konfrontiert. Es wird behauptet, 80 % des juristischen Schrifttums in Europa erschienen in deutscher Sprache. Es scheint mir die Behauptung nicht übertrieben, im Bereich des Sozialrechts liegt die Quote vermutlich deutlich darüber. Man kann auch sagen – es klingt freudlicher – das Sozialrecht der Bundesrepublik entwickelte sich dynamisch.

So sind in den letzten Jahren das SGB IX und das SGB XI verabschiedet worden. Das SGB III, V, VI und XI sind in den letzten Jahren in nicht mehr zu überschauendem Umfang und zunehmender Häufigkeit novelliert und/oder ergänzt worden.

Daneben wurden und werden eine Vielzahl von Modellversuchen durchgeführt, die ihrerseits neuen Novellierungsbedarf beschreiben:

- Im Rahmen der »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker (BMAS)« wird Novellierungsbedarf des SGB IX zur beruflichen Rehabilitation gesehen.
- Im Modellprojekt »Integrationsprojekte« des BMAS wird im Abschlussbericht angeregt, die Förderung der Integrationsprojekte neben einer im SGB III, SGB IX und SchwerbAV festgelegten regelhaften Förderung von Investitionen, Nachteilsausgleichen, betriebswirtschaftlicher Beratung und Kosten für besondere Aufgaben durch die zusätzlichen Förderatbestände zu erweitern.
- Und im ebenfalls vom BMAS durchgeführten Modellprojekt bzw. im Abschlussbericht zum Modellprojekt »Integrationsfachdienste zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Deutschland« wurde festgestellt, dass unter Bezug auf dieselben Grundsätze in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedliche, z. T. nur sehr schwer mit den Intentionen der vorgegebenen Regelungen zu den Integrationsfachdiensten (»Vorläufige Grundsätze« und »Förderrichtlinien« und die »Förderrichtlinien für die Arbeit der Integrationsfachdienste«) in Übereinstimmung zu bringende Verfahrensweisen realisiert wurden. Deswegen gibt es Novellierungsbedarf in Bezug auf die Zielgruppe, die Beauftragung und institutionelle Anbindung, Empfehlungen zu rechtlichen Angleichungen, zur Finanzierung, zum Bedarf und dem Personalschlüssel der Integrationsfachdienste.
- Die zurzeit diskutierte Novellierung des SGB III (Hartz I–IV) und die bereits praktizierten, veränderten rechtlichen Regelungen werden ihrerseits – so kann man mit ziemlicher Sicherheit annehmen – erneuten Novellierungsbedarf produzieren.
- Zusätzlicher Novellierungsbedarf zum BSHG, zum SGB V, zum SGB VIII und zum SGB IX ist angemeldet bzw. wird intensiv diskutiert. Erste Entwürfe kursieren bzw. sind durch die gesetzgebenden Körperschaften in die Diskussion gebracht worden.

Obwohl, wie dargestellt, im Prinzip alle notwendigen sozialrechtlichen Grundsätze und Regelungen formuliert sind und die gütliche Rechtslage darstellen, gelingt die Umsetzung der Prinzipien der Rehabilitation, wie der Aufbau personenzentrierter Hilfen, flächendeckend in der Praxis nur unzureichend. Beispiele dafür sind:

- Soziotherapie: Die Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/ Krankenkassen, die gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen und auch die Begutachtungsrichtlinien des MDK ermöglichen die notwendige Erbringung der Koordinationsleistungen nur unzureichend. Von einer flächendeckenden Umsetzung der Soziotherapie ist man auch in dieser eingeschränkten Weise aber in der Bundesrepublik weit entfernt.
- Von der Umsetzung des § 93 BSHG in Form von Leistungsverträgen, die der Intention des Gesetzgebers Rechnung tragen sollen, ist man ebenfalls weit entfernt. Im Gegenteil, es wird diskutiert, den § 93 wieder abzuschaffen.
- Integrierte Versorgung: Die differenzierte und bedarfsgerechte Leistungserbringung außerhalb des Krankenhauses auf der Grundlage z. B. der Psych-PV (aber auch im somatischen Bereich insg.) ist jedenfalls in der Psychiatrie nur in einigen Modellversuchen (Krefeld, München) erprobt und wird als Regelleistung finanziert. Von einer flächendeckenden Umsetzung der integrierten Versorgung kann überhaupt keine Rede sein.
- Finanzierung ambulanter Hilfen: Nach wie vor werden im Geltungsbereich des BSHG wie im SGB V, im SGB VI und im SGB XI stationäre Hilfsformen bevorzugt, und insbesondere im BSHG behindert die Trennung der Zuständigkeit von ambulant und stationär die Entwicklung von integrierten Versorgungsangeboten und damit die Realisierung des Grundsatzes »ambulant vor stationär«. Auch dort, wo die Zuständigkeit in einer Hand ist, kann von einer flächendeckenden konsequenten Umsetzung des Grundsatzes »ambulant vor stationär« nicht die Rede sein.
- Arbeitsförderung: Obwohl im Kapitel I des SGB IX Allgemeiner Teil und im integrierten Schwerbehindertentrecht der Frage der beruflichen Rehabilitation programmatisch große Bedeutung beigemessen wird und dies sich in der Begründung durch den Gesetzgeber auch sehr deutlich wiederfindet, werden durch die Neuregelungen im Rahmen des Hartzkonzeptes nach allem, was man weiß, diese Möglichkeiten für Behinderte drastisch reduziert. Auch aktuell werden z. B. die degressiven Eingliederungszuschüsse mit dreijähriger Laufzeit so gut wie gar nicht mehr bewilligt (das bedeutet, die sehr viel teure Betreuung in Werkstätten für Behinderte, die bei Anhalten des demographischen Trends gar nicht über genügend Kapazitäten verfügen, wie

Con-Sens in einer vergleichenden Untersuchung festgestellt hat), AB-Maßnahmen werden verkürzt und abgebaut, die Forderung einer rund 70%igen Erfolgsquote wird eingeführt (die schon auf dem normalen Arbeitsmarkt für Normalarbeitnehmer überhaupt nicht erfüllt werden kann), eine ausreichende qualifizierte Abklärung des Rehabilitationsbedarfes und die Einleitung entsprechender Maßnahmen fachlich und verfahrensmäßig wird nicht angemessen geregelt. Als Konsequenz aus diesen Neuregelungen droht ein möglicher Rückzug von Ländern und Kommunen aus dem Programm Arbeit statt Sozialhilfe mit dem Hinweis auf die Zuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit.

- Pflegeversicherung: Die größte Gruppe der gerontopsychiatrischen Erkrankten ist durch die Pflegeversicherung nicht ausreichend abgesichert. Zwar ist die Demenz grundsätzlich anspruchsbegründet im Sinne des SGB XI. Allerdings gilt gerade für Demenzkranke, dass der in der Pflegeversicherung nicht berücksichtigungsfähige Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung die entscheidende Voraussetzung für eine angemessene Versorgung darstellt. Gerade deswegen ist die prinzipiell mögliche ambulante Betreuung von Demenzkranken sozialrechtlich nicht oder nicht ausreichend abgesichert. Auch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz löst dieses Problem nicht, denn mit 460 Euro jährlich ist diese Lücke finanziell nicht zu schließen. Die ehrenamtliche Betreuung ist ebenfalls unzulänglich ausgestaltet und kann für die ambulante Betreuung, z. B. von Demenzkranken, nicht in ausreichendem Maße genutzt werden.

Alle diese Probleme sind ja nicht neu. Die Regelungen des Sozialrechts sind – obwohl umfänglich und quantitativ immer weiter zunehmend – bei komplexerem Hilfebedarf unpraktikabel. Weder dem Gesetzgeber noch der Sozialgerichtsbarkeit ist es gelungen, die Intentionen des Gesetzgebers in der Praxis flächendeckend verbindlich umzusetzen. In Anbetracht der zunehmenden finanziellen Probleme in den sozialen Sicherungssystemen steht eher das Gegenteil zu befürchten. Das Bemühen um die Vermeidung bei den einzelnen Sozialleistungsträgern könnte zunehmen, weil die Leistungsbereitschaft aufgrund der finanziellen Situation eher abnehmen wird.

Verbindliche Kooperation und Koordination

Da es die hier dargestellte Kritik allerdings schon wesentlich länger gibt als die aktuellen Finanzierungsprobleme, können diese auch nicht ursächlich für die genannten Schwierigkeiten sein. Steht sich also die Frage, woran es liegt, dass – bei aller Würdigung sozial-rechtlicher Fortschritte – die prinzipiellen Möglichkeiten des Sozial-rechts insgesamt zu wenig für die Entwicklung personenzentrierter Hilfen, differenzierter regionaler ambulanter Versorgungsangebote und ambulant organisierter Hilfen nicht genutzt werden (können).

Ich möchte dazu abschließend einige Fragen stellen:

1. Werden die weiteren laufenden und angekündigten Novellierungen die Probleme lösen in Anbetracht der Tatsache, dass offensichtlich über die Rechtsentwicklung die Steuerung der Leistungserbringung nicht oder nur unzulänglich geleistet werden kann und neue leistungrechtliche Differenzierungen die vorhandenen Probleme nicht reduzieren, sondern neuen Abstimmungs- und Abgrenzungsbedarf produzieren?
2. Wie können wir die Qualitätssicherung nutzen, um stärker ergebnisorientiertes Handeln anzuregen, oder anders formuliert, auf welche Weise kann erreicht werden, dass die Leistungsträger und Leistungserbringer den bürokratischen Aufwand deutlich zugunsten ergebnisorientierten Handelns verringern können?
3. Auf welche Weise ist die Verpflichtung der Leistungsträger zu verbindlicher Koordination und Kooperation durchzusetzen?
4. Wie kann die Regionalität im Handeln und die Transparenz des Systems der Rehabilitation erhöht werden?
5. Wie kann die verbindliche Kooperation der Leistungsträger durchgesetzt werden im Sinne einer regionalen Vollversorgungsverpflichtung?
6. Wie kann das persönliche Budget zur Stärkung der Autonomie der Behinderten genutzt werden?
7. Wie kann die Handlungsautonomie der Leistungserbringer vergrößert, gleichzeitig aber die Transparenz des Leistungsgeschehens und des Erfolgs der Leistung durch Definition der Ergebnisqualität und Dokumentation verbessert werden?

Wie dargestellt haben wir nicht das Problem mangelnder sozial-rechtlicher Normierung, sondern ein Kooperations-, Koordinations-

sowie ein Steuerungsproblem. Die Beantwortung der hier gestellten Fragen erfordert nicht die Weiterentwicklung des Sozialrechts, sondern ist eines der Durchsetzung der Prinzipien der Rehabilitation in der alltäglichen Praxis der Leistungsträger.² Im 4. Behindertenbericht der Bundesregierung [1] von 1998 sind folgende Feststellungen getroffen worden: »Vielen Betroffenen fällt es schwer, sich zurechtzufinden, auch Fachleuten, die ihre konkrete Praxis und Fallarbeit zunehmend dadurch beeinträchtigt sehen, dass im Komplex und in Teilen manchmal nicht miteinander kompatible Regelungen zu beachten und zu prüfen sind.«³ Eine wichtige Aufgabe des SGB IX ist eine bessere Koordinierung der vorhandenen Instrumente und eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Träger, um die Leistungen noch wirksamer zu gestalten. Hier gibt es verschiedene Ansatzpunkte, um zu Verbesserungen zu kommen, beispielsweise ... den Gesamtplan, der die Bildung von Arbeitsgemeinschaften oder die Festlegung von Koordinierungsaufgaben.«⁴

Insbesondere in den §§ 4, 10, 13, 17 und 22 sind deswegen in dem verabschiedeten SGB IX ausführliche Regelungen zur Koordination aufgenommen und damit normativ verpflichtend gemacht worden.

Nimmt man den legislativen Rahmen und die normativen Verpflichtungen beim Wort, so sind in der regionalen Kooperation und Koordination verschiedene Steuerungsaufgaben zu lösen:

- Da ist zunächst die Ebene des Einzelfalls, des Casemanagements. Hierbei geht es darum, die individuellen Förder- und Rehabilitationspläne. Besondere Verantwortung tragen in diesem Zusammenhang die Einrichtungen und Dienste der primären und komplementären Versorgung.
- Eine zweite Aufgabe besteht in der Entwicklung eines angemessenen Angebots an Maßnahmen, Diensten und Einrichtungen, um bedarfsgerechte personenzentrierte regionale Rehabilitation zu ermöglichen. Hierbei sind insbesondere die Leistungsträger und Leistungsanbieter gefordert.
- Eine dritte Ebene der Kooperation und Koordination ist die

² Mit der Ausnahme des § 12 SGB IX, in dem die regionale Kooperation der Leistungsträger verbindlich zu regeln ist.

³ BMA (Hg.). 1998: 144.

⁴ BMA (Hg.). 1998: 145.

Sicherstellung der Finanzierung der regionalen Angebote und Maßnahmen. Hierbei sind insbesondere die Leistungsträger gefordert.

- Eine vierte Ebene der Kooperation und Koordination stellen die Aufgaben der Qualitätssicherung, des Benchmarking und des Controlling dar. Hier tragen die Leistungserbringer und die Leistungsträger gemeinsame Verantwortung.

Diese Aufgaben sind, wie viele regionale Erfahrungen z.B. im Rahmen des Implementationsprojektes der AKTION PSYCHISCH KRANKE zeigen, auf vertraglicher Grundlage lösbare Steuerungsfragen. Anregungen dazu finden wir nicht nur im eigenen Lande, sondern die Erfahrungen mit Systemen wie in Schweden oder Großbritannien sollten in der Bundesrepublik genutzt werden, weil man aus ihnen lernen kann, dass die Bewältigung dieser Aufgabe keine rechtliche, sondern eine fachliche und politische Frage ist.

Die Durchsetzung des personenzentrierten Ansatzes, die professionelle Dokumentation der Arbeit und der Ergebnisse dieser Arbeit wären übrigens auch ein notwendiger und wichtiger Beitrag zur institutionellen und strukturellen Reform des Sozialstaates und böten eine große Chance, die Frage nach der Effektivität und der Effizienz sozialstaatlicher Leistungserbringung deutlich besser zu beantworten als bisher.

Literatur

1. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hg.). Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Vierter Bericht der Bundesregierung. Bonn: Bonner-Universitäts-Buchdruckerei, 1998

Personenzentrierte Hilfen im gegliederten System der Sozialen Sicherung

Podiumsdiskussion mit den Leistungsträgern

TeilnehmerInnen: Fritz Baur (BAG Überörtlicher Träger der Sozialhilfe), Ferdinand Schliehe (VDR), Hermann Schulte-Sasse (Land Berlin), Hans-Uwe Stern (Bundesanstalt für Arbeit), Klaus-Dieter Voß (BV BKK)

Moderation: Heinrich Kunze

Kunze: Bei der folgenden Podiumsdiskussion mit den Leistungsträgern geht es um die Frage, wie man den personenzentrierten Ansatz unter den gegebenen leistungrechtlichen Bedingungen und mit den Leistungsträgern realisieren kann. Ein zentraler Aspekt ist dabei, ob der Bedarf der Personen die Leistungserbringung steuert oder das Angebot der Leistungsträger oder der Leistungserbringer den Bedarf.

Die Diskutanten sind:

Herr Schulte-Sasse vom Land Berlin, den wir nicht als Kostenträger eingeladen haben, sondern als Vertreter der politischen Ebene.

Herr Baur vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe, den wir in seiner Eigenschaft als Sprecher oder Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger eingeladen haben. Bekanntlich ist die Sozialhilfe der größte Finanzier lebensfeldbezogener Hilfen zur Teilhabe und Rehabilitation, die bei dieser Tagung im Mittelpunkt stehen.

Herr Stern vertritt die Bundesanstalt für Arbeit, ein wichtiger Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Herr Schliehe kommt vom Verband der Deutschen Rentenversicherer, dem klassischen Rehabilitationsträger im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

Herr Voß ist stellvertretender Geschäftsführer des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen und repräsentiert die Perspektive der Kostenträger für Krankenbehandlung und für medizinische Rehabilitation.

Zur Einführung werden die Podiumsteilnehmer ein kurzes Eingangsstatement abgeben.

Baur: Dem von Herrn Kunze für diese Diskussion formuliertem Thema kann man sich auf zwei Wegen nähern:

- Man kann fragen, was haben wir für Rahmenregelungen und wie füllen wir diesen Rahmen aus?
- Man kann aber auch fragen, sind die Rahmenbedingungen eigentlich so gestaltet, dass ich das, was ich erreichen will, wirklich erreichen kann?

Nach langen Jahren des Tätigseins als überörtlicher Träger der Sozialhilfe bin ich zu dem Ergebnis gekommen, dass das geltende Deutsche Sozialleistungssystem nicht geeignet ist, eine wirklich personenzentrierte Hilfe anzubieten. Es betrachtet – je nach Zuständigkeit eines Leistungsträgers – immer ausschließlich nur einen Ausschnitt des Hilfebedarfs ein und desselben Menschen. Darin liegt eines der entscheidenden Hindernisse überhaupt für die Weiterentwicklung von personenzentrierten Hilfen.

Diese Zersplitterung des Systems ist die Voraussetzung für ein SGB IX. Dieses Gesetz hat keinen einzigen neuen Leistungstatbestand geschaffen. Es hat nur versucht, dieses vielgliedrige System zusammenzufassen. Und dieser Versuch harzt noch des Praxisbestehens.

Ganz kurz und holzschnittartig: So, wie das gegliederte System derzeit organisiert ist, lassen sich bislang Leistungsträgerübergreifende personenzentrierte Hilfen nicht realisieren. Aber wir haben dieses System nun mal und müssen also auch damit arbeiten. Deswegen ist meines Erachtens auch der gemeindepsychiatrische Verbund notwendig. Nun haben wir aber ein stark institutionell differenziertes System, bei dem dann auch jeder Leistungsanbieter dabei sein will und auch sein sollte, was dann wiederum teilweise zu einer Vielzahl von Gremien, Untergremien und Arbeitskreisen führt, was im Hinblick auf eine effiziente Arbeitsstruktur nur als Notlösung angesehen werden kann.

Eine Übergangslösung ist für mich das personenbezogene Budget unter Beteiligung aller Sozialleistungsträger, weil sie alle für die selbe Person auch gewisse Zuständigkeiten haben können. Deshalb bin ich sehr daran interessiert, was der Bund derzeit unter dem Stichwort personenbezogenes Budget in dem neuen BSHG formuliert, das als Anspruch und nicht wie jetzt noch im SGB IX sozusagen als Kann-Leistung ausgestaltet werden soll. Meines Erachtens sollte dies relativ schnell eingeführt werden.

Eine zeitgemäße, den heutigen Bedingungen entsprechende Lösung erfordert, dass wir auch gesetzlich die »Kästchen« ambulant – teilstationär – stationär überwinden müssen. Diese Unterscheidung spielt gerade in der Sozialhilfe eine große Rolle, aber auch in der Krankenversicherung, wo sich ambulant und stationär gelegentlich sogar betreffen.

Außerdem müssen wir noch sehr viel mehr darüber nachdenken, ob gewisse Sozialversicherungsbereiche zusammenzulegen sind. Ich und auch andere denken darüber nach, ob es richtig ist, Krankenversicherung und Pflegeversicherung getrennt laufen zu lassen. Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe sollen auf Bundesebene zusammengelegt werden, darüber besteht inzwischen Einigkeit. Unter dem Blickwinkel gemeindepsychiatrischer Verbund könnte man sich aber auch sehr gut vorstellen, dass die Hilfen kommunal organisiert werden. Über eine solche Zusammenlegung besteht keine Einigkeit.

Ein nächster Gedanke wäre, die Grundversicherung als ein bundesfinanziertes Gesetz unter Einbeziehung von sonstigen Leistungen etwa Kindergeld und Wohngeld auszugestalten. Da könnten vielleicht auch noch einige andere Leistungen mit hinein.

Der letzte Schritt wäre, dass sich die Sozialversicherungssysteme von der Bindung an den Arbeitsplatz lösen. Es werden nicht mehr Arbeitsplätze, sondern weniger. Und die Zahl der Arbeitenden nimmt auch ab. Das kann man demographischer Wandel nennen, ich nenne das die »Vergreisung«. Dies ist bereits sehr genau mit Zahlen belegt. Wir werden immer weniger Arbeitnehmer haben und ob wir dann noch die Sozialsysteme finanzieren können, ist zumindest fraglich. Damit stellt sich auch die Frage, ob wir nicht unser bisher bewährtes Bismarcksystem überwinden müssten wie es inzwischen alle westeuropäischen Länder getan haben. Das wäre nun sicherlich ein sehr weitgehender Schritt, der aber bei dieser Gelegenheit auch mal öffentlich angesprochen werden sollte, um nicht in einem engen Rahmen zu bleiben und zu beklagen, dass wegen der Zergliederung vieles nicht funktioniert.

Kunze: Herr Baur, wir kennen alle die leidvolle Geschichte als »kleine Lösung«, die örtliche und überörtliche Sozialhilfe für Eingliederungshilfe in eine Hand zusammenzufassen. Beruht Ihr Vorschlag einer »großen Lösung« auch auf der Einschätzung: Eine kleine Lösung kriegen wir nicht zustande und deswegen brauchen wir eine »große Lösung«?

Baur: In diesem strategischen Problem ist man eigentlich immer, wenn man was Neues vor hat. Ziehe ich die kleinere Lösung erst mal vor und warte ab, wie ich an die große Lösung ran komme – oder peile ich gleich die Große an, damit sie überhaupt in der Diskussion bleibt. Aber diese Positionen müssen sich nicht unbedingt ausschließen. Die Trennung von örtlichem und überörtlichem Träger in der Eingliederungshilfe ist eindeutig kontraproduktiv. In Bayern ist diese vor einiger Zeit aufgehoben worden, in Nordrhein-Westfalen wird das wahrscheinlich zum 01.07. oder 01.08.2003 der Fall sein und die Stadtstaaten haben eine solche Trennung bisher nicht gehabt.

Kunze: Als Nächsten möchte ich Herrn Voß ansprechen. Die Krankenkasse ist, nach der Anzahl der Patienten sicher am häufigsten zuständig. Denn praktisch alle Personen in diesem System sind zumindest in ambulanter hausärztlicher und fachärztlicher Behandlung, viele werden in Kliniken behandelt, und außerdem ist die Krankenkasse auch noch Reha-Leistungsträger.

Voß: Ein personenzentrierter Ansatz ist meines Erachtens auch ausgehend von der gegenwärtigen Rechtsordnung eigentlich gescheitert. Es kann und darf nicht sein, dass die Steuerung von anderen Gesichtspunkten ausgeht. Die Kostenträger sollen bedarfsgerecht steuern, dass heißt unter Rücksichtnahme auf die Bedarfe des zu versorgenden psychisch Kranken.

Nun steuern im Bereich der Krankenversicherung überwiegend die Kostenträger, daneben aber auch die Leistungsanbieter. Das muss man feststellen und davon sind auch unsere Haushalte und die Ausgabenpositionen geprägt. Diese Situation soll mit der aktuellen Gesundheitsreform, was den strukturellen Teil angeht, angegangen werden. Sie enthält Ansätze, die für weitere Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker wichtig, notwendig und auch hilfreich sind. Wir haben in der Krankenversicherung, zu berücksichtigen, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker bei der Realisierung von Leistungsansprüchen Rechnung zu tragen ist. Dass es nicht geschieht, muss behoben werden. Und es lässt sich auch beheben, wenn wir uns einig sind.

Es ist die Situation angesprochen worden, dass trotz vielfältiger Bemühungen nach wie vor die stationäre Versorgung dominiert. Jeder zehnte Krankenhauspatient, der zu Lasten der Krankenversicherung versorgt wird, ist ein psychisch Kranker. Das heißt, hier

wandern sehr viele Gelder in die stationäre Versorgung. Und ich muss selbstkritisch bekennen, dass es bisher nicht gelungen ist, die ambulante Versorgung strukturell so zu entwickeln, dass sie eine adäquate Versorgung mit den Möglichkeiten auch der stationären Versorgung organisieren kann. Hier gibt es Defizite: inhaltlich, strukturell, aber auch Finanzierungsbedingt. Wir müssen daran arbeiten und uns davor hüten, dass wir – wie es leider für den Bereich der somatischen Krankheiten geschehen ist – die ambulante Versorgung für den Bereich der psychisch Kranken als Abbild der stationären Versorgung organisieren. Wir brauchen hier eine Versorgungsstruktur, die die Umfeldverhältnisse aktiv mit einbezieht und nicht nur eine stationäre Einrichtung ohne Bett ist. Das wäre für psychisch Kranke völlig unzureichend.

Einige Elemente dazu sind möglich im Rahmen der integrierten Versorgung. Sie ist seit Jahren Bestandteil der vertragsrechtlichen Leistungsmöglichkeiten der Krankenversicherung. Die entsprechenden Regelungen der §§ 140 a bis 140 h SGB V weisen eine imposante Regelungsschicht auf.¹ Diese kann man behördlich nennen und genauso wird sie gelebt, nämlich gar nicht. Das hängt aber weniger damit zusammen, dass die Kassen dies nicht wollen und die Versicherten dies nicht reklamieren. Es hängt mit einer Blockade zusammen, die entstanden ist, weil der Gesetzgeber bei der Gesetzgebung häufig Kompromisse eingeht bzw. eingehen muss, um die parlamentarischen Mehrheiten zu gewinnen. Und bei der notwendigen strukturellen Reform sind die Kassenärztlichen Vereinigungen als diejenige Instanz, die den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung haben, nicht gerade hilfreich. Sie blockieren aus Interessen, die möglicherweise mit der Versorgungssituation psychisch Kranker nicht immer etwas zu tun haben, mit eigenen Einkommenserwartungen vielleicht ein bisschen mehr. Von daher hilft gutes Wollen alleine beim Umsetzen bezogen auf die Krankenversicherung nicht. Wir brauchen auch Rechtsgrundlagen, die es ermöglichen, diese Dinge durchzusetzen, auch gegen Widerstände derjenigen, die andere Interessen verfolgen.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation psychisch Kranker sind Ansätze vorhanden. Wir als BKK-Bundesverband haben uns

¹ Anmerkung der Herausgeber: Dies wurde im Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz 2004 geändert.

sehr engagiert für weitere Verbesserungen in der Psychiatrie, so auch für die Sozialtherapie, die als Element erfunden worden ist, das eine Personenzentrierung der ambulanten Hilfen ermöglichen soll. Hier muss ich allerdings bekennen, dass es hinsichtlich der Umsetzung hapt, gerade auch seitens der Krankenkassen. Es gibt Kolleginnen und Kollegen auf der Bundesebene, auf der Länderebene, auf der lokalen Ebene, die von der Sozialtherapie nichts halten. Es sind Kolleginnen und Kollegen, die nicht begriffen haben, dass es hier darum geht, eine vernünftige medizinische Versorgung, eine vernünftige Rehabilitation zu ermöglichen unter Nutzung des neuen Elementes Sozialtherapie. Die Sozialtherapie kann Rahmenbedingungen schaffen, damit psychisch Kranke versorgt werden können, damit psychisch Kranke stabilisiert werden können. Immerhin gibt es trotz der Widerstände inzwischen Regelungen in einigen Ländern, leider nicht in der Mehrzahl der Länder. Ich habe bei der Anreise nachgezählt: Es gibt inzwischen über 100 Verträge für die Erbringung von Sozialtherapie. Viel zu wenig gemessen am Bedarf, aber immerhin ein Ansatz, der hoffnungsfroh stimmt.

Außerdem haben wir in gemeinsamer Selbstverwaltung mit anderen Trägerbereichen der Rehabilitation – ausgehend von den Diskussionen zur Umsetzung der Psychiatrie-Enquete – die RPK, die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte, entwickelt. Dieser Einrichtungstyp war im Grunde auch ein Kunstgebilde, weil damals festgestellt worden ist, dass es spezifische Angebote für die Rehabilitation psychisch Kranker nicht gibt. Wir haben »top down« diese Idee entwickelt und an die Träger weitergegeben. Entsprechend ist die Umsetzung defizitär. Es gibt kein bedarfsgerechtes Angebot, obwohl inzwischen einige Inseln der RPK, wie bei der Sozialtherapie, entstanden sind. Aber von einem flächendeckenden Festland im Sinne einer bedarfsdeckenden Versorgung kann nicht ausgegangen werden. Von daher bin ich froh, dass wir jetzt gemeinsam – auch mit der AKTION PSYCHISCH KRA NKE – darüber nachdenken, wie man Elemente der RPK für ein vernünftiges Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker nutzen kann.

Die Selbsthilfe, die hier durch ein mich sehr beeindruckendes Referat angesprochen worden ist, ist ebenfalls eine wirkliche Chance für den personenzentrierten Ansatz. Es geht darum, dass Betroffene, insbesondere auch psychisch Kranke, ihre Belange selbst in die

Hand nehmen und sich dann der Organisation oder Gruppierung bedienen, die dafür entstanden ist und sich als Patientensprecher versteht. Seitens der gesetzlichen Krankenversicherung fördern wir entsprechende Initiativen. Nicht nur, weil es der Gesetzgeber inzwischen vorsieht in § 20 SGB V, sondern weil wir die Selbsthilfe schon seit Jahren als eine vernünftige und eigenständige Säule im Gesundheitswesen ansehen. Die Chance, die in einer vernünftigen Selbsthilfe steckt, ist nicht in Form von Selbstbeteiligung zu sehen, sondern darin, Selbsthilfe und Selbsthilfepotenziale auch durch eine entsprechende Förderung zu wecken und zu nutzen. Hier sind wir auf einem guten Wege. Dass diese Förderung weiter optimiert werden kann, ist keine Frage. Aber auch hier müssen wir feststellen, dass der Gemeinsinn der Krankenkassen nicht sehr ausgeprägt ist. Wir haben mit einigen der kleineren Kassenarten einen Selbsthilfepool aufgelegt. Möglicherweise ist das ein Vorbild für die Gesetzgebung, die unmittelbar vor uns liegt; aber andere Krankenkassen stehen einer Poollösung, die auch Vorbild sein könnte für gemeindepsychiatrische Verbünde und deren Finanzierung, ablehnend gegenüber. Das heißt, an dem Pool sind nur einige, aber längst nicht alle kostenträglich beteiligt. Auch dieses muss sich ändern.

Ich bin nicht der Auffassung, dass man durch radikale Maßnahmen, wie Herr Baur sie angesprochen hat, in der Trägerorganisation Verbesserungen erzeugt. Ich bin Freund eines dezentralen Ansatzes, weil er in der Lage ist, individuellen Bedarfen betroffener Versicherter besser Rechnung zu tragen, als dies Mammutbehörden zuweilen können. Eine Überlegung ist aber sicherlich richtig: Die Pflegeversicherung eventuell in die Krankenversicherung einzubeziehen. Bevor das SGB XI kam, hatten wir Elemente der Pflegeversicherung im SGB V. Dies ist damals aus politischen, nicht aus sachlich-funktionalen Gründen, anders gelöst worden.

Eine andere Überlegung ist, ob man die Zuständigkeit für die medizinische Rehabilitation in eine Trägerhand legt und nicht den Dualismus zwischen Kranken- und Rentenversicherung dauerhaft beibehält. Damit will ich nicht sagen, dass dies notwendigerweise auf die Krankenversicherung zulaufen muss. Meines Erachtens ist die Abgrenzung, wie sie zwischen SGB VI und SGB V vollzogen ist, nicht unbedingt funktional. Wenn man sie verändert und dann Prozesse auch anders gestaltet, kann es ein Zugewinn für die Rehabilitation und für die Rehabilitation psychisch Kranker erst recht sein.

Kunze: Vielen Dank Herr Voß. Ich gebe an Herrn Schliehe weiter und bin gespannt, ob Sie auch die Zuständigkeit für die Rehabilitation in einer Hand fordern.

Schliehe: Diese Frage möchte ich zunächst zurückstellen und daran anknüpfen, dass Herr Kunze eingangs die Rentenversicherung als einen klassischen Rehabilitationsträger vorgestellt hat, der sich auf dem Gebiet der medizinischen und beruflichen Rehabilitation engagiert.

Unter den Aufgaben der Rentenversicherung bildet die Rehabilitation einen Schwerpunkt, zu der in den letzten Jahren – ausgehend von den Vorschlägen der »Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung« Anfang der 90er-Jahre – zahlreiche Maßnahmen im Bereich der Konzeptentwicklung und Qualitätssicherung ergriffen worden sind. Hierzu gehört auch, dass mit dem Bundesministerium für Forschung und Technologie ein gemeinsamer Förderschwerpunkt in der Rehabilitation entwickelt worden ist. Grenzen werden dem Enggement der Rentenversicherung dabei nur durch ihren gesetzlichen Auftrag und die Budgetierung der Rehabilitationsleistungen gesetzt.

Ich möchte an dieser Stelle aber auch darauf hinweisen, dass es nicht nur um die Trägervielfalt geht. Wir haben auch eine Vielfalt von Einrichtungen, die man nicht allein auf die Trägerstrukturen zurückführen kann, und zudem haben wir eine Vielzahl von Professionsen.

Vor dem Hintergrund des SGB IX halte ich es für eine vorrangige Aufgabe, das Denken in den Köpfen aller Beteiligten zu verändern – bei den Professionen ebenso wie auf Träger- und Einrichtungsebene – und dabei Scheuklappen abzulegen, die auch durch rechtliche Rahmenbedingungen mit entstanden sind.

Zu den Leitbildern des SGB IX gehören die Selbstbestimmung des behinderten Menschen und die Verwirklichung seiner Teilhabe. Zugrunde liegt dabei ein personenzentrierter Ansatz. Bevor wir sagen, dass das SGB IX überflüssig sei, sollten sich alle zusammensetzen und sich fragen, wie wir die Ziele dieses neuen Rechts im Sinne personenzentrierter Hilfen besser umsetzen können. Hier ist auch die Rentenversicherung gefordert zu lernen, sich auch zu bewegen und zu verändern. Das ist durchaus selbstkritisch an dieser Stelle anzumerken.

Mit dem SGB IX sind neue normative Voraussetzungen für eine

Weiterentwicklung geschaffen worden. Dass dabei alle Rehabilitationsträger in ein Boot gesetzt worden sind und auch die Sozialhilfe und die Jugendhilfe dazu gehörten, halte ich für einen Fortschritt. Vor allen so genannten »großen Lösungen« kann ich im Augenblick eigentlich nur warnen, da sie nur neue Probleme produzieren würden.

Zum Stellenwert psychischer Erkrankungen, die sowohl in der Rehabilitation aber auch im Frühberatungsgeschehen eine enorm große Rolle spielen, möchte ich einige Zahlen nennen.

Im Bereich der Rehabilitation sind es heute über 16 % der Leistungen, die wir wegen psychischer Erkrankungen einschließlich der Abhängigkeitserkrankungen gewähren. Dies sind rund 150 000 Maßnahmen im Jahr, die wir überwiegend, man kann auch sagen, fast ausschließlich stationär erbringen. Deswegen ist für mich der Ausbau der ambulanten Rehabilitation ein ganz wichtiger Punkt. Hierfür sind inzwischen auf der Ebene der BAR die Voraussetzungen geschaffen worden, um stärker die ambulante Rehabilitation zu fördern. In diesem Zusammenhang aber auch ein Hinweis zur Betroffenen-Orientierung: Wenn sie heute Versicherte oder Patienten fragen, ob diese eine stationäre oder eine ambulante oder teilstationäre Rehabilitation wollen, dann antworten ihnen die überwiegende Zahl der Patienten und Versicherten – zumindest für den Bereich der Rehabilitation, den ich hier zu vertreten habe –, dass sie lieber in eine stationäre wollen. Das ist zum Teil auch nachvollziehbar. Gerade berufstätige Frauen mit Kindern und von der Belastung her vergleichbare Personenzirkel haben solche Vorstellungen. Das muss uns auch zu denken geben. Das heißt, wir dürfen meines Erachtens das stationäre Angebot auch für den Bereich der psychischen Erkrankungen nicht leichtfertig über Bord werfen, vor allen Dingen nicht, solange keine ausreichenden Alternativen da sind.

Zum Thema Frühberentung noch eine kurze Anmerkung: Inzwischen bilden psychische Erkrankungen bei einem Viertel aller Frühberentungen wegen geminderter Erwerbsfähigkeit den Anlass. Und wenn ich dann betrachte, welcher Anteil von diesen frühberenteten Personen vorher eine Rehabilitation erhalten hat, dann liegt der bei 45 %. Dies ist für mich ein ganz klarer Hinweis auf Unterversorgungsaspekte. Hierzu müssen wir uns zusammensetzen und Strategien entwickeln, wie man dies ändern kann.

Zum Abschluss möchte ich in dieser kurzen Runde noch zwei wichtige strategische Punkte ansprechen:

Das eine ist, die ambulante Rehabilitation muss gestärkt werden. Hierbei sollte man aber – Herr Voß hat diesen Aspekt bereits angesprochen – nicht einfach das stationäre Modell übertragen. Allerdings gibt es wichtige Komponenten der ganzheitlichen und interdisziplinären Rehabilitation die im stationären Bereich entwickelt worden sind. Was derzeit auf der BAR-Ebene bezüglich des Ausbaus der ambulanten Rehabilitation gerade auch bei psychischen Erkrankungen angedacht ist und dem Rahmenkonzept entspricht, wird wahrscheinlich nicht ganz so einfach umzusetzen sein. Hier wird man sich möglicherweise auf größere Regionen konzentrieren müssen. Dabei ist für mich die entscheidende Frage, wie ein solches Konzept in Verbindung mit anderen Angeboten stärker flexibilisiert werden kann.

Der zweite Punkt ist, dass ich in dem weiteren Ausbau der RPK-Einrichtungen einen wichtigen Schritt sehe. Bei diesen Einrichtungen gibt es eine erhebliche Ungleichheit der Verteilung in den Ländern, die wir überwinden müssen. Daneben müssen wir aber auch dieses Angebot weiterentwickeln und flexibler gestalten. Hierzu haben sich derzeit die Träger auf der Ebene der BAR zusammengesetzt, um die RPK-Empfehlungsvereinbarung zu überarbeiten. Im Mittelpunkt der Überlegungen stehen hier kleinere und auch ambulante Angebote, wie sie sich in der Praxis bereits entwickelt haben.

Kunze: Herr Schliehe, Sie haben zwei wichtige Dinge angesprochen: Sie haben zum einen darauf hingewiesen, dass die Umsetzung des SGB IX bei allen Beteiligten einschließlich der Leistungsträger auch eine Veränderung im Denken erfordert. Eine solche Änderung braucht einen Prozess und kann nicht einfach angeordnet werden.

Zum anderen haben Sie die derzeitigen Beratungen zur Weiterentwicklung der RPK-Konzeption angesprochen. Ich bin für die Aktion PSYCHISCH KRANKE in dieser Arbeitsgruppe und möchte an dieser Stelle die Aspekte benennen, die für die fachlich-konzeptionelle Weiterentwicklung entscheidend sind:

Erstens ist die bisherige RPK konzeptionell nur als stationäre Einrichtung vorgesehen, während die Praxis, insbesondere in Niedersachsen, schon darüber hinaus gegangen ist. Ziel ist, dass die RPK nicht nur stationär, sondern auch teilstationär und ambulant Rehabi-

litationsleistungen aus einer Hand entsprechend dem aktuellen Bedarf des Patienten erbringen kann.

Der zweite wichtige Punkt ist, dass die Integration und Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation aus einer Hand erhalten bleibt, bei der auch bei einem Wechsel der Zuständigkeit des Leistungsträgers der Rehabilitand die Hilfen weiter von der gleichen Einrichtung erhalten kann und die Kontinuität therapeutischer Beziehungen gewahrt wird.

Ein dritter Punkt betrifft die ganz enge Vernetzung mit dem kurativen Hilfesystem, niedergelassene Ärzte, Fachärzte und Kliniken, sowie der regionalen Nachsorge, die bisher überwiegend sozialhilfefinanziert ist. Diese Vernetzung ist notwendig, um zu einer nicht nur »möglichst gemeindenahen«, sondern zu einer tatsächlich gemeindenahen oder gemeindeintegrierten Hilfe zu gelangen.

Bezugnehmend auf die Feststellung, dass bei der Umsetzung der RKP-Vereinbarung Defizite in der Fläche bestehen, wäre es eine bemerkenswerte Entwicklung, wenn es gelingt, die Empfehlungsvereinbarung wirklich in Richtung des personenzentrierten Ansatzes fortzuschreiben und wir die Zusage der Leistungsträger erhalten, dass dieses Angebot dann nicht nur an ein oder zwei Orten in einem Bundesland besteht, sondern geeignete Versorgungsregionen zu Grunde gelegt werden, um überall Wohnortnah für die Menschen mit Rehabilitationsbedarf ein Angebot zu schaffen. Ich wäre dem Auditorium dankbar, wenn sie den Leistungsträgern, die hier neben mir sitzen, für diese Zielrichtung ein klares Votum geben würden. (Applaus)

Ich danke ihnen für dieses klare Votum und leite zur Arbeitsverwaltung über, die auch zu den Partnern bei der RPK-Empfehlungsvereinbarung gehört.

Stern: Aus der Sicht der Bundesanstalt für Arbeit möchte ich zunächst auf einige Entwicklungen hinweisen: Wir haben in der beruflichen Rehabilitation ein starkes Anwachsen des Rehabilitationserfolgens über die Jahre hinweg zu verzeichnen, wobei der Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich steigt. Diese Entwicklung führt dazu, dass psychische Erkrankungen ein Thema sind, dem wir uns heute auch intern stärker zuwenden, als das vielleicht in der Vergangenheit der Fall gewesen ist. Wir stellen außerdem fest, dass von psychischen Störungen immer mehr jüngere Menschen betroffen sind. Hier stehen wir vor der entscheidenden

den Frage, wie wir diese Menschen, die noch vor Berufswahl und Berufsausbildung stehen, beruflich integrieren können.

Diese Entwicklung trifft zusammen mit dem Problem einer hohen Arbeitslosigkeit bzw. eines Arbeitsplatzdefizits. Diese Situation verschärft sich tendenziell eher, als dass sie sich entspannt und trägt so dazu bei, dass die Hürde zur beruflichen Integration heute höher ist als in früheren Jahren. Hinzu kommt, dass die heutigen Arbeitsplatzanforderungen eher gestiegen sind und damit den Einstieg für Personen mit psychischer Behinderung erschweren.

Wenn gegenwärtig das Leistungsangebot der Bundesanstalt für Arbeit in der beruflichen Rehabilitation diskutiert wird, dann wird es häufig am Haushaltsbudget und den geförderten Maßnahmen festgemacht. Dabei hat es leider auch immer wieder Falschinformationen gegeben, sodass ich diese Gelegenheit nutze, einiges richtig zu stellen: Obwohl wir für die Bundesanstalt für Arbeit einen sehr engen Haushaltsrahmen für 2003 haben, ist der Etat für die berufliche Rehabilitation ausgeweitet und nicht gekürzt worden und wir haben 2003 mehr geförderte Rehabilitanden als 2002. Wir haben also nicht die Förderung zurückgenommen, sondern ganz im Gegenteil ausgeweitet. Entscheidend für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation ist allerdings, weniger das Budget als vielmehr die richtige Strategie im Einzelfall zu haben. Dazu gehören gute und umsichtige Berater, die unter Einbezug der Betroffenen einen Eingliederungsplan erarbeiten.

Sie wissen, dass die Bundesanstalt für Arbeit im Umbau begriffen ist. Diesen Umbau gestaltet sie zum Teil selbst, zum Teil gestalten ihn andere. Stichworte hierfür sind »Hartz III« und »Hartz IV«, die arbeitsrechtlichen Bezeichnungen für die anstehenden Gesetzesvorhaben. Dieser Umbauprozess führt auch dazu, intern Positionen neu zu bestimmen, zu überarbeiten und Ziele für die Weiterentwicklung festzulegen. Insgesamt wollen wir dabei zu einer stärker kunden- oder personenbezogenen Sichtweise sowie zu einer stärker kundenorientierten Betrachtung gelangen. Für meinen Aufgabenbereich, zu dem die berufliche Rehabilitation neben anderen Arbeitsmarktinstrumenten gehört, kann ich fünf Punkte benennen, die zwar noch in der Diskussion sind, mit denen sich unsere gegenwärtige Herangehensweise umreißen lässt.

1. Die psychische Erkrankung hat kein einheitliches Erscheinungsbild. Wir wissen um sehr unterschiedliche Erscheinungsformen

und persönliche Situationen, die jeweils individuelle Lösungen erfordern und nicht angebotsorientierte Programme und Maßnahmen. Insoweit teile ich ihre Einschätzung, dass wir aufpassen müssen, hier nicht falsche Steuerungen in den Prozess hineinzubekommen.

2. Wir müssen und werden stärker als in der Vergangenheit Fallmanagement und Assessment einsetzen. Wir müssen bereits bei der ersten Begegnung erkennen, welche Fragen zu klären sind, worum wir uns kümmern müssen und wer einzubeziehen ist. Hierbei werden uns geeignete Assessmentverfahren helfen, die richtigen Entscheidungen zu treffen.

3. Gerade bei der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen wir ein stabilisierendes Umfeld und setzen deshalb in erster Linie auf ein wohnortnahes Angebot vor überregionalen Angeboten. Es sei denn – und diese Fälle gibt es ja auch –, dass gerade aus dem bisherigen Umfeld heraus Störungen resultieren; dann sind andere Überlegungen angezeigt. Aber Grundprinzip sollte sein, wohnortnah in dem gewohnten Umfeld, bevor man zu überregionalen Angeboten greift.

4. Ziel aller Maßnahmen ist die Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt. Und deshalb hat eine Ausbildung nur dann einen Wert, wenn sie wirklich integrationsfördernd ist. Ausbildungsmaßnahmen ohne Beschäftigungsperspektive haben keinen Wert an sich und können eher falsche Hoffnungen begünstigen; hier ist im Zweifel die Möglichkeit einer direkten beruflichen Integration vorzuziehen.

5. Jede berufliche Rehabilitation wird gedanklich zumeist an dem Punkt abgeschlossen, wenn es gelungen ist, dem Betroffenen wieder einen Arbeitsplatz zu vermitteln. Und genau da hört der Gedankengang zu früh auf. Denn gerade in den ersten Tagen und Wochen können Situationen auftreten, die ein Scheitern verursachen. Hier brauchen wir nicht nur für die Betroffenen ein Betreuungsangebot, sondern auch für die Arbeitgeber, die im Umgang mit diesen Situationen ebenfalls häufig unsicher sind. Ein entsprechendes Beratungs- und Betreuungsangebot wollen wir ausbauen, wobei noch offen ist, ob wir dies nun selber durch unsere Vermittler und Berater leisten oder hierfür stärker auch Dritte mit einbeziehen. Wichtig ist dabei, dass wir über den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme hinaus den Rehabilitations-

verlauf im Sinne einer nachhaltigen und nachgehenden Betreuung absichern müssen.

Kinze: Vielen Dank für ihr klares Bekenntnis zur Bedeutung der beruflichen Rehabilitation und das mit dem Anspruch, sehr individualisierte Strategien zu fördern. Wir hatten vor einem Jahr in Berlin die große Tagung, die ich in Erinnerung rufen will auch deswegen, weil sie bei uns Fachleuten ein Defizit deutlich gemacht hat in unserem Denken, dass wir nämlich den Bereich des Arbeitslebens viel zu sehr aus dem Blick verloren haben. Und deswegen finde ich es gut, dass wir hier mit der Arbeitsverwaltung mit solchen Perspektiven zusammenarbeiten können, denn erzwungene Untätigkeit erzeugt Betreuungsbedarf und Hilfebedarf an anderen Stellen.

Ich komme jetzt zu Herrn Schulte-Sasse, den wir als Vertreter der politischen Ebene eingeladen haben, um zu erfahren, welche Rolle die Politik bei der Frage »was sind die geeigneten Hilfen?« haben kann. Auch hier geht es wieder um Aspekte der Steuerung auf den verschiedenen Ebenen, und um die Frage nach geeigneten Steuerungsprozessen. Denn wenn Politik mit Gesetzen nur den allgemeinen Rahmen absteckt und die Umsetzung den Selbstverwaltungen überlässt – ist das zu viel Deregulierung? Wie kann man steuern ohne in falschen Zentralismus zu verfallen?

Schulte-Sasse: Ich werde mich den gestellten Fragen aus der Perspektive eines Staates nähern. Die Erfahrungen, die ich in Berlin mache, sind in weiten Teilen staatspezifisch, da hier Landes- und kommunale Aufgaben zusammenfallen. Von daher sind diese Erfahrungen nicht ohne weiteres auf die Ebene der Flächenstaaten zu übertragen.

Eben hat eine Bemerkung relativ viel Beifall gefunden: Die Aussage, dass das Geld immer erst an der zweiten Stelle kommt; diese ist durchaus sympathisch und sehr nachvollziehbar. Es ist auch eine Handlungs- oder Denkorientierung, der ich mich verpflichtet fühle. Aber von dem Hintergrund von zehn Jahren Teilhabe am Politikgeschehen weiß ich, dass sie idealistisch ist. Insoweit halte ich es für notwendig ist, dass sich alle Beteiligten darüber verständigen, wie sie mit den Problemen der Zuweisung knapper Ressourcen an die unterschiedlichen gesellschaftlichen Handlungsfelder umgehen wollen.

Berlin ist bekanntlich in einer extrem schwierigen finanziellen Haushaltssituation. Wir werden trotz aller Sparbemühungen auf ab-

sehbare Zeit, d.h. mehrere Jahre, nicht in der Lage sein, die laufenden Einnahmen den laufenden Ausgaben anzupassen. Berlin ist in einer Art und Weise verschuldet wie kein anderes Bundesland. Der Schuldenberg alleine führt durch Zinsaufwüchse zu einer permanenten Steigerung der Schuldenlast. Das ist das so genannte Primärdefizit. Vor diesem Hintergrund ist sicher leicht verständlich, dass es einen extrem scharfen Verteilungskampf um die Zuweisung finanzieller Ressourcen zwischen den verschiedenen Senatsverwaltungen gibt, die jeweils für unterschiedliche gesellschaftliche Bereiche zuständig sind.

In dieser Situation müssen wir uns gemeinsam darüber verständigen, wie wir in einer plausiblen und für die Öffentlichkeit auch nachvollziehbaren Art und Weise deutlich machen können, dass das Geld, das wir heute zur Verfügung stellen, in hoch effizienter Weise den Klienten, den Patienten zugute kommt und es keine unnötigen Verschwendungen gibt.

Damit bin ich auch schon Mitten im Thema dieser Diskussion: Es ist ja schon mehrfach darauf hingewiesen worden, dass aufgrund der sozialrechtlichen Vorgaben die Strukturen des Hilfesystems nicht optimal sind. Wir haben aufgrund der Zuständigkeiten im gegliederten System in der Versorgung für den betroffenen Menschen immer ein und das selbe Problem, aber sozialrechtlich unterschiedliche Leistungszuständigkeiten. Hier haben wir eine Menge Schnittstellenprobleme, die überhaupt nicht gut behandelt werden.

Mit der zunehmend geführten Diskussion über Lohnnebenkosten und die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme entsteht auch ein zunehmend stärker werdender Druck auf die Verantwortlichen innerhalb der einzelnen Sozialversicherungssysteme, jeweils ihre Gelder zusammenzuhalten. Damit sinkt auch deren Bereitschaft, sich im Bereich der Schnittstellen zuständig zu fühlen.

Nach meiner Prognose haben wir in den nächsten Jahren eher eine wachsende Problemlage vor uns liegen und nicht eine sich verringende. Das SGB IX hat zu einem besseren Umgang mit diesen Problemen beigetragen, aber es ist nicht die Lösung.

Wir haben auf der einen Seite die gesetzlichen Strukturen und auf der anderen Seite die in diesen vorhandenen Strukturen ablaufenden Prozesse in der Betreuung von einzelnen Klienten oder Patienten. Und diese Prozesse haben viel mit dem Denken derjenigen zu tun, die diese Prozesse gestalten.

Das sind zum einen die Leistungsträger, zum anderen die Leistungserbringer. Auf beiden Ebenen haben wir das Problem, dass sich die einzelnen Leistungsträger wie auch die Leistungserbringer jeweils nur für sich selber, aber nicht für das System verantwortlich fühlen. Hier haben wir Effizienzdefizite. Und dann gibt es noch ein weiteres großes Thema, das mehr in die originäre Frage der wissenschaftlichen Fundierung dessen hineinfällt, was man tut: Das Thema der Handlungskonzepte und -methoden, zu denen es nicht überall selbstkritische, offen geführte effizienzorientierte und patientenzentrierte Diskussionen gibt. Vielmehr finden wir hier häufig auch Schulbildungen mit entsprechenden Präferenzen, die außerhalb von Transparenz oder Unterfütterung durch entsprechende Untersuchungen stehen, was natürlich auch ein Problem beinhaltet.

Wenn das nun alles so ist, wie es ist: Was kann das Land und was kann die Kommune machen?

Die Länder und natürlich auch die Kommunen – in einigen Flächenstaaten auch die überörtlichen Kommunalverbände – werden zunehmend stärker Verantwortung übernehmen müssen im Schnittstellenmanagement und sich dabei natürlich auch mit der Frage auseinander setzen, wie man die finanzielle Knappheit mit dem Anspruch auf möglichst hohe Qualität der Versorgung miteinander zusammenbringen kann.

Hierbei stellt sich als zentrales Problem, dass die Verantwortung für die Finanzen und die Verantwortung für das Betreuen nicht in einer Hand liegen, sondern auseinander fallen. Es ist deshalb eine leichte und populistisch immer wieder gepflegte Übung, als Leistungserbringer die Defizite ausschließlich den Finanzen zuzuschreiben, während die Finanzverantwortlichen die Defizite ausschließlich der Ignoranz der Leistungserbringer anhängen wollen.

Wenn wir finanzielle Verantwortung und Leistungserbringungsverantwortung zusammenbringen, also zum Beispiel regionale Budgets bilden, in denen dann möglichst auch der leistungsträgerübergreifende Aspekt zum Tragen kommt, dann wird es eher möglich sein als heute, die personenzentrierte Hilfeplanung leistungsträger- und leistungserbringerübergreifend zu realisieren.

Wir haben in Berlin versucht, solche Ansätze in ersten kleinen Schritten auf die Beine zu stellen und das weiterentwickeln. Wir wollen jetzt im Rahmen der Haushaltsersetzung für die nächsten beiden Jahre, die notwendigen Mittel dafür erkämpfen. Diese Mit-

tel stellt einem niemand, weder der Finanzsenator noch die anderen Senatoren, freiwillig zur Verfügung. Wir müssen diese Mittel erkämpfen, um kleinräumig erprobte und bewährte Modelle auf andere kleine Räume in Berlin auszudehnen und auszuweiten. Mit einer langfristigen Perspektive, beispielsweise von zehn Jahren, wenn sich das alles in der Praxis bewährt, wird es vielleicht gelingen sein, in allen Berliner Bezirken ein solches Zusammenbringen von Finanz- und Leistungsverantwortung in einer Hand umzusetzen.

Die Veränderung des Denkens wird sicherlich nicht auf appellativer Ebene gehen, sondern nur prozessbegleitend möglich sein. Und das auch nur dann, wenn diejenigen, die diese Prozesse begleiten, miteinander zusammensitzen und diskutieren, sich die hier gestellten Fragen auch in radikaler Offenheit und Ehrlichkeit permanent selber stellen. Das heißt insbesondere, von ihrer trägerspezifischen Kirchturnspolitik Abschied zu nehmen. Eine solche Kirchturnpolitik gibt es nicht nur bei den Sozialversicherungsträgern, sondern ebenso auch bei den Leistungserbringern.

Vor dem Hintergrund des sehr zergliederten Systems und den damit zusammenhängenden Defiziten in der Steuerung, ist es aus meiner Sicht wichtig, dass sich die Politik auf der Landesebene wie auch der kommunalen Ebene ihrer Verantwortung bewusst wird und diese annimmt, indem sie selber als Initiator und Moderator von Steuerungsprozessen eine aktive Rolle übernimmt.

In der Vergangenheit hat man viel von Gesundheitskonferenzen geredet, diese institutionalisiert und dabei von der Aufgabenstellung her überladen. Von daher bin ich selber sehr skeptisch, was die Funktionalität solcher Gesundheitskonferenzen als Institution angeht. Was wir aber brauchen, sind viele verschiedene, kleinere und problembezogene aktuelle Gesundheitskonferenzen, zu denen die jeweils zu Beteiligten von der Politik eingeladen werden. Nur dann können sie den Prozess der Diskussion, des gemeinsamen Abstimmens der Absprache nicht entweichen.

Wenn Politik bereit ist, diese Moderatorrolle einzunehmen, die nichts mit Gesetzen und Verordnungen zu tun hat, sondern darauf zielt, die Leute zum sprechen zu bringen, die entweder gar nicht miteinander sprechen oder, wenn sie sprechen, nicht die gleiche Sprache sprechen. Es geht darum, die Beteiligten zu einem gemeinsamen problemorientierten Dialog zusammenzubringen. Wenn Politik das tut, dann kann man auch in diesem sehr zergliederten und

von den Verantwortungen nahezu unüberschaubaren System, das wir in Deutschland haben, wesentliche Fortschritte erzielen.

Für die Einleitung eines solchen Prozesses bedarf es nicht notwendigerweise weiterer sozialrechtlicher Änderungen, denn nur auf die Gesetzgebung zu schauen, ist eine völlige Überbewertung der strukturellen Komponente im Prozess von Leistungserbringung.

Ich kenne Strukturen, die sind perfekt, funktionieren aber überhaupt nicht, weil die Menschen, die in diesen Strukturen arbeiten, andere Ziele haben und Prozesse für sich organisieren, die mit den Strukturen nicht zusammenpassen oder gesetzgeberische Freiräume – jedes Gesetz hat viele davon – fleißig und innovativ nutzen. Ich kenne allerdings auch Prozesse, die relativ gut funktionieren trotz schlechter Gesetze, also schlechter Strukturen, einfach weil die Menschen die richtigen Motive haben und richtiges Engagement an den Tag legen. Im Idealfall haben wir beides zusammen, was wir aber wohl nie erreichen werden

Um in den gegebenen Strukturen und mit den gegebenen Motivationen optimale Versorgungsprozesse aufzubauen, ist aus meiner Sicht einer der wesentlichen Hebel die Moderatorenfunktion von Politik. Sie ist damit natürlich auch eine ganz neuartige Form der Mitübernahme von Verantwortung bei der Gestaltung von Versorgungsprozessen.

Kunze: Durch die verschiedenen Beiträge, vor allem durch den letzten Beitrag von Herrn Schulte-Sasse, haben wir verschiedene Perspektiven aufgezeigt bekommen. Ich habe jetzt zwei Wortmeldungen von Herrn Lehmann und Herrn Pötksen.

Lehmann: Was Herr Schulte-Sasse eben sagte, halte ich für keine schöne Perspektive, sondern für einen Verzicht auf politische Gestaltung. Wir haben – wenn ich das richtig verstanden habe – Einigkeit in drei Punkten:

1. Alle – Herr Baur ein bisschen ausnehmend – sagen, dass das bestehende Sozialrecht eigentlich ein ausreichendes normatives Gerüst bietet, um den personenzentrierten Ansatz umzusetzen.
2. Der personenzentrierte Ansatz ist nicht ein Fremd- oder Zaubewort, sondern für alle auf dem Podium normative Verpflichtung, so habe ich es jedenfalls verstanden.
3. Alle haben auf unterschiedliche Weise dargestellt, dass das bestehende Sozialrechtssystem die ihm übertragene Aufgaben nicht effizient und effektiv organisieren kann. Und dann haben

wir das SGB IX, in dem der Versuch gemacht worden ist, eine verpflichtende Kooperation der Leistungsträger zu generieren. Ziel ist, die Verwerfungen des gegliederten sozialen Systems über die Kooperation und Koordination der Leistungsträger untereinander sowie der Leistungserbringer auf der anderen Seite zu minimieren oder vielleicht sogar abzuschaffen. Wenn das so ist, dann ist doch die Frage an Sie die auf dem Podium und alle anderen: Was wollen wir tun, um den normativen Anspruch des § 10 SGB IX zur verpflichtenden Kooperation, Koordination der Leistungsträger tatsächlich auch durchzusetzen und wirklich praktisch werden zu lassen?

Pötksen: Ich habe einige konkrete Fragen, zunächst an Herrn Baur: Örtliche und überörtliche Sozialhilfe werden jetzt in Nordrhein-Westfalen zusammengelegt. Da müsste es doch über den Weg der persönlichen Budgets als Form der individuellen Hilfeleistung und der Poolbildung in Verhandlung mit dem gemeindepsychiatrischen Verbund als der kommunalen Trägerorganisation möglich sein, aus dem bisherigen Dilemma herauszukommen, nach der die individuelle Hilfeplanung immer zu einer Leistungsausweitung geführt hat.

Herr Voß, haben Sie die ambulante psychiatrische Pflege vergessen oder ist sie nicht Teil der personenbezogenen Hilfeleistung?

An Herrn Schliehe die Bitte, die Änderung des Denkens wirklich auch in den Köpfen innerhalb der eigenen Organisationsform umzusetzen. Die derzeitigen Vorgaben der ambulanten Rehabilitation sind stationäre Rehabilitation ohne Bett. Die ambulante Reha kann integraler Bestandteil anderer Hilfen vor Ort sein.

An Herrn Stern die Frage, ob Sie die Einschätzung von Herrn Gerster teilen, dass wir einen ehrlichen großen zweiten Arbeitsmarkt brauchen. Einen subventionierten Arbeitsmarkt, gerade für unseren Personenkreis der psychisch Kranken, die ja zu 90 % nicht am Erwerbsleben teilnehmen.

Eine letzte Frage an Herrn Schulte-Sasse. Unser Wunsch ist, dass in Zukunft präzise und klar in Richtung personenzentrierter Handlung gesteuert wird. Können Sie das auch für die Flächenstaaten präzisieren?

Kunze: Vielen Dank. Wir haben hervorragende Vorlagen an das Podium und Herr Baur hat sich schon vorbeugend gemeldet. Er wurde auch direkt angesprochen. Ich gebe Ihnen das Wort und bit-

te dann auch die anderen, zu den aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen.

Baur: Die Stellungnahmen schwanken zwischen der Analyse, dass das System nicht so ganz und überhaupt nicht in Ordnung ist; es wird jedenfalls bemängelt. Und dann gibt es den klaren Appell, dass sich das Denken ändern muss. Aus meiner Sicht zeigt die Erfahrung, dass ein solcher Appell nutzlos ist, wenn sich nicht auch die Rahmenbedingungen ändern.

Ich teile die Auffassung, dass man auch für heute und morgen Lösungen haben muss, wenn man langfristig das System überwinden will. Dabei ist für mich das personenbezogene Budget eine ganz zentrale Lösungsmöglichkeit. Auch das Regionalbudget ist sicherlich bedenkenswert. Ich kann mir sogar vorstellen, dass man, wenn man ein Regionalbudget so durchführt wie es gedanklich bisher skizziert wurde, nach einer gewissen Zeit zu der Feststellung kommt, dass man die dahinter stehende Vielfalt von Einzelkostenträgern eigentlich gar nicht braucht, wenn dieses Regionalbudget funktioniert. Weil aber eigentlich jeder schon ahnt, dass das so ist, gibt es erhebliche Widerstände gegen das Regionalbudget.

Sie wissen, dass in Baden-Württemberg ein solcher Versuch eigentlich gemacht werden sollte. Da haben sich dann aber die vorrangigen Sozialleistungsträger zunächst mal zurückgehalten. Dass eine Krankenkasse und ein Rentenversicherungsträger nicht in so ein Budget reingehen will, kann ich nachvollziehen, weil dann auch die Entscheidungsgewalt auf andere übergegangen wäre. Hierin besteht ein Riesenproblem.

Deshalb bleibe ich bei meiner Meinung, dass dieses System derzeit zumindest reparaturbedürftig ist, wir es aber auf mittlere Sicht von acht oder zehn Jahren zwingend überwinden müssen. Und da bin ich nicht der Erste und nicht der Einzige, der das sagt. Das höre ich in Berlin beim Bundesbeauftragten für Fragen behinderter Menschen, Karl-Hermann Haack, der das bereits im kleineren Kreise angesprochen hat. Diese Dinge kann man erst mal klein ansprechen, aber man muss allmählich das Bewusstsein dafür wecken, dass hier so mancher sozusagen sein Gärtchen aufgeben muss. Das gilt für uns alle, für mich natürlich auch. Ich glaube daran müssen wir uns gewöhnen.

Kunze: Ich würde gerne die anstehende Frage noch einmal zuspitzen. Herr Schulte-Sasse hat darauf hingewiesen, dass im Sozial-

recht die Verantwortung immer nur für die eigene Zuständigkeit gegeben ist. Es gibt an keiner Stelle die Verankerung einer Zuständigkeit für die verschiedenen Bedarfe einer Person, wenn diese in unterschiedliche Leistungszuständigkeiten fallen. Wir haben das Denken geändert mit dem IBRR, indem wir nicht mehr von den Leistungszuständigkeiten ausgegangen sind, sondern vom Bedarf der Person. Auf diesem Weg nehmen wir die notwendigen Hilfen unterschiedlicher Leistungsträger bei der Hilfeplanung in den Blick.

Hierdurch ergibt sich eine Änderung des Denkens und der Betrachtungsweise, die aber auch im Sozialleistungsrecht umgesetzt werden muss. Die Frage ist, wie kann man eine sozialrechtliche Verantwortlichkeit für eine Person verankern, deren Hilfebedarf bisher in unterschiedliche Leistungszuständigkeiten fällt. Sie plädieren für eine moderate Politik, die die Leistungsträger in die Verantwortung nimmt. Geht das? Oder brauchen wir eine sozialrechtliche Änderung, um diese personenbezogene sozialrechtliche Zuständigkeit bindend zu machen? Und wie könnte eine solche Änderung aussehen? Vielleicht können sich die Leistungsträger hierzu äußern.

Baur: Ich versuche – soweit es geht – einige Antworten zu geben. Zunächst noch zu dem Aspekt, den Herr Pörksen vorhin angesprochen hat: Wie verändert man das Denken in den Köpfen?

Es ist sicherlich richtig, dass dies durch gesetzliche Regelungen allein sicher nicht geht, insbesondere dann nicht, wenn auch Interpretations- und Handlungsspielräume da sind, die ja ausgefüllt werden müssen. Aus meiner Sicht ist der einzige Weg der der Kooperation, und das ist der Weg, den das SGB IX vorschreibt. Verändern können wir uns nur, in dem wir zusammen miteinander reden und das geschieht teilweise noch zu wenig.

Ich darf diejenigen, die sich in der Szene allgemein auskennen, daran erinnern wie wir auf der BAR-Ebene beispielsweise die Behindertenverbände einbezogen haben. Das war zunächst sehr restriktiv und das ist sicherlich nicht richtig gewesen. Wir müssen mit allen Beteiligten Plattformen finden, um im Gespräch zu bleiben, und zwar nicht nur auf der Bundesebene, sondern vor allen Dingen auch regional.

Nur im Gespräch und auch im Aufzeigen von praktischen Lösungen, die sich schon in vielerlei Hinsicht entwickelt haben, können wir weiter. Die Finanzen sind dabei sicherlich ein gewisser Hemmschuh, weil hier alle Träger Begrenzungen haben: Die Ren-

tenversicherung hat ihr Budget, das sie von Gesetzeswegen einhalten muss. Hierzu wird sie auch durch entsprechende Aufsichtsorgane und Behörden angehalten.

Die Erprobung von Regionalbudgets kann ich mir im Bereich der Psychiatrie noch mit am ehesten vorstellen. Solche Budgets generell in der gesamten Reha einzuführen, ist für mich derzeit noch in weiter Ferne, allein deswegen, weil die Finanzverantwortung der Träger damit letzten Endes untergraben wird. Dann sollte man meines Erachtens konsequenter sein und die Finanz- und die Leistungsverantwortung in einer Hand zusammenfassen.

Bei den Regionalbudgets stellt sich aber auch die Frage, wer entscheidet darüber, in welcher Höhe diese angesetzt werden. Sind das die Leistungsträger, die Professionellen, die Einrichtungsvorteiler? Das müsste man noch durch deklinieren.

Gegenwärtig würde man doch eher den Weg in den Vordergrund stellen, dass wir das individuelle Budget stärken, und das sage ich auch in Richtung Rentenversicherung. Wir haben jetzt mit dem SGB IX dieses Instrument.

Wir haben zum Beispiel eine Anfrage erhalten von den Integrationsämtern, die eigentlich für Schwerbehinderte und deren Integration in den Beruf zuständig sind. Die sagen nun, dass sich sehr viele psychisch Behinderte oder psychisch kranke Menschen ohne Schwerbehindertenausweis an sie wenden, die gern deren Leistungen in Anspruch nehmen möchten. Hier besteht sozusagen eine Lücke, denn für diese Aufgabe sind sie ursprünglich gar nicht vorgesehen und im SGB IX steht nur ganz allgemein drin, dass die Rehabilitationsträger die Integrationsfachdienste auch in Anspruch nehmen können. Hier sind wir jetzt im Gespräch, ob wir nicht in bestimmten Fällen so etwas wie Budgets einführen können. Dies ist aber ein Weg der kleinen Schritte.

Daneben kann ich nur noch mal meine Bereitschaft erklären sowohl auf der BAR-Ebene als auch hier Gespräche fortzusetzen und fortzuführen.

108: Hier ist vielfältig das knappe Geld beklagt und als Gefahr dargestellt worden. Ich denke, es sollten auch die Chancen eines knappen Geldes gesehen werden. Denn zu viel Geld, das zeigt auch die Erfahrung der Krankenversicherung, macht begerlich und führt zu Strukturen, die wir später bedauern und kaum noch verändern können.

Die Chance besteht darin zu schauen, wie man denn unter knappen Budgets ideenreich und problemorientiert die richtigen Prioritäten setzt. Ich denke, dass gesundheitspolitisch Prioritäten zugunsten derer gesetzt werden müssen, die sich wirklich selbst nicht helfen können. Das sind beispielsweise chronisch Kranke, das können psychisch Kranke sein. Solche Prioritäten gehen dann zulasten derjenigen, die sich krank fühlen, die befindlichkeitsgestört sind, aber möglicherweise wesentliche Mittel abzwiegen, die dann wiederum denjenigen fehlen, für die eine Versorgung organisiert werden muss.

Die Kassen betreiben zunehmend bei knappem Geld eine Kostensteuerung, ein Fallmanagement zugunsten besserer Prozesse. Ich hoffe, dann auch zugunsten einer Perspektive, die den Betroffenen im Auge hat. Wir haben gesetzlich vorgegeben Disease-Management-Programme, die genau dies bewirken sollen und mit voller Einbindung des Betroffenen sowie seiner Selbsthilfepotenziale ein Vehikel sind, das in die richtige Richtung geht. Ob der Gesetzgeber gut beraten war, dieses kassenmäßig mit einem Bonusssystem zu verquickern und damit auch eine Inflation von Programmen zu erzeugen, die an den Bedarfen vorbei gehen, ist eine andere Sache.

Die Hinweise auf die Verantwortung der Rehabilitationsträger in der Diskussion haben mich ein bisschen irritiert. Ich gehe davon aus, dass alle Rehabilitationsträger eine gemeinsame Verantwortung nicht erst seit dem SGB IX haben, sondern zuvor schon durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz. Hier hatten wir schon das Element des Gesamtplanes und damit die Notwendigkeit, sich zu Beginn eines Rehabilitationsprozesses darüber Gedanken zu machen, was auch jenseits der Grenzen der eigenen Zuständigkeit erforderlich ist. Dies ist mit dem SGB IX weiterentwickelt worden, und wir müssen auch das Tätigwerden anderer und weiterer Phasen mit einbeziehen.

Zur Frage von Herrn Pörksen nach der Einbeziehung ambulanter psychiatrischer Pflege: Auch die ambulante Krankenpflege, hier in Form der psychiatrischen Krankenpflege, kann im Rahmen einer vernetzten Versorgung durchaus ihren Platz haben. Es ist allerdings erforderlich, dass diese Leistung, wie auch alle anderen Elemente einer stimmigen ambulanten Versorgung, nicht isoliert angewandt wird, sondern im Wege einer Vernetzung im Rahmen eines Verbundes. Nur da macht sie einen Sinn.

Nun höre ich aber auch, dass es hier egoistische Tendenzen gibt;

beispielsweise wer Sozialtherapie betreibt, gegen oder nicht gerade mit denen zusammenarbeitet, die häusliche Krankenpflege anbieten oder anderen Akteuren, die auch am ambulanten »Kuchen« beteiligt sind. Dies sind kontraproduktive Berufsgruppen- und Institutions-Egoismen, mit denen wir es als Krankenversicherung leider auch tun haben.

Wenn es darum geht, personenzentrierte Hilfen auch wirksam werden zu lassen, Prozesse besser zu gestalten und Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren, geht dies manchmal auch gegen die Interessen von einzelnen Leistungsanbietergruppen.

Kunze: Herr Voß, ich würde gerne eine direkte Nachfrage zur Konkretisierung stellen. Sie haben davon gesprochen, dass die Kassen beginnen sich personenzentriert zu orientieren und das Stichwort Fallmanagement genannt. Nun machen wir in den Implementationsregionen die Erfahrung, dass sich die Einführung personenzentrierter Hilfen bisher fast nur auf den Sozialhilfebereich konzentriert. Die Frage ist: Wie könnte man die Perspektive des personenzentrierten Ansatzes, die verschiedenen Bedarfe einer Person in den Blick zu nehmen, die in verschiedene Leistungszuständigkeiten fallen, mit dem Fallmanagement aus Krankenkassensicht verknüpfen?

Voß: Ja, das kann dann nur über den Weg geschehen, den Herrn Schulte-Sasse aufgezeigt hat. Die Kassen sind nicht auf diesen Weg gekommen durch den personenzentrierten Ansatz, sondern durch den Gesichtspunkt des knappen Geldes. Dabei hat man auch erkannt, dass dieses Fallmanagement dann auch Patienteninteressen dienen kann.

Wir denken bei uns im Hause darüber nach, wie man denn andere Akteure einbeziehen kann. Wir überlegen das auch modellhaft für Regionen in der Eifel, die nicht gerade ein hochverdichteter Ballungsraum sind, wo aber interessante Ansätze entstanden sind, bei denen es um eine trägerübergreifende Fallsteuerung geht, die die Gesamtbedarfe Betroffener zum Gegenstand hat.

Die Realisierung setzt aber auch voraus, dass man Träger-Egoismen, daneben aber auch Egoismen von Berufsgruppen, in den Griff bekommt zugunsten eines gemeinsamen Verständnisses von Rehabilitation und entsprechender Prozesse, wenn mehrere Träger beteiligt sind. Das setzt natürlich auch ein anderes Denken voraus. Das ist nicht einfach und möglicherweise auch ein ganz entscheidender Hemmschuh. Ich habe manchmal die Befürchtung, dass

anderes Denken im Sinne des Vorschlages von Herrn Schliehe fast ein generatives Problem ist. Das wäre mir viel zu lange. Deshalb müssen wir etwas anderes erfinden. Es müssen gute Beispiele auf den Weg gebracht werden, die wirksame Erfolge haben und dann entsprechende Nachahmer erzeugen. Aber auch dies ist unglaublich schwierig.

Ich bin froh, wenn überhaupt Kassen und andere Rehabilitationsträger eine entsprechende Prozesssteuerung angehen unter dem Aspekt der Versorgungsqualität und unter ökonomischen Gesichtspunkten. In dieser Reihenfolge. Dazu gehört auch ein personenzentriertes und nicht wiederum nur ein von Institutions-Interessen geleitetes Vorgehen.

Stern: Ich möchte zu drei Punkten etwas sagen.

Erstens zum Haushalt der Bundesanstalt: Mir ist wichtig deutlich zu machen, dass – entgegen anders lautenden Meldungen in der Öffentlichkeit – die Bundesanstalt für Arbeit ihren Haushalt im Bereich der beruflichen Rehabilitation 2003 nicht zurückgenommen hat. Gleichwohl gelten hier sehr enge und harte Bandagen. Dabei steht vieles auf dem Prüfstand, auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation.

Zweiter Punkt regionales Budget: Ich glaube, dass die jetzt im SGB IX gefundene Lösung noch nicht wirklich überzeugend in der Praxis funktionieren kann. Meines Erachtens ist zu berücksichtigen, was sie sehr deutlich gemacht haben: Wenn wir die Verantwortung für die Betreuung konzentrieren und zusammenführen, dann müssen wir auf der anderen Seite auch die Verantwortung für die Finanzen entsprechend konzentrieren und zusammenführen. Das ist in meinen Augen nicht ausreichend gelöst. Es bleibt bisher dabei, dass jeder Träger für seinen Finanzbereich weiterhin eigene Verantwortung trägt, was aus meiner Sicht eine gemeinsame Herangehensweise eher behindert. Bei der notwendigen Weiterentwicklung ist für mich der Beweis noch nicht erbracht, ob nicht verbindliche Kooperationen zu gleich guten Ergebnissen führen können wie ein regionales Budget.

Drittens zur Frage nach einem ehrlichen zweiten Arbeitsmarkt. In der Tat stellt sich die Frage, ob und aus welchen Mitteln ein zweiter Arbeitsmarkt zu finanzieren ist, bei dem es um Arbeitsmöglichkeiten für Personenkreise geht, die möglicherweise dauerhaft subventioniert werden müssen. Es ist dabei in Frage zu stellen, ob das in dem star-

ken Maß wie bisher zu Lasten der Bundesanstalt für Arbeit gehen kann, oder ob hier nicht neue Finanzierungsmechanismen zu finden sind. Denn beim zweiten Arbeitsmarkt geht es nicht nur um Arbeitsplätze für die Betroffenen; es besteht auch ein starkes Interesse an den Dienstleistungen und dem Ergebnis, was im Rahmen dieser Arbeit erbracht wird. Dieser Nutzen müsste angemessen mit berücksichtigt und auch von finanzieller Verantwortung der entsprechenden Nutznießer mitgetragen werden.

Künze: Herr Kruckenberg hat das allerletzte Wort.

Kruckenberg: Ich habe versucht, aus den von Ihnen angesprochenen unterschiedlichen Aspekten und Facetten Gemeinsamkeiten herauszufinden und möchte Ihnen einen Interpretationsversuch anbieten.

Sie alle haben gesagt, dass bei der Rehabilitation von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen der Weg zu einer personenzentrierten, Leistungserbringer und Leistungsträger übergreifenden Hilfe einschlagen ist. Hierzu bedarf es einer präzisen Kooperation sowohl bei der Leistungserbringung als auch beim ökonomischen Steuerungsmanagement. Diese Aussage würde ich so interpretieren, dass Sie alle sehr dafür sind, dass man einen solchen Weg regional gut vorbereitet, erprobt und Sie in ihren jeweiligen Bereichen dafür sorgen werden, dass die entsprechende Unterstützung und die entsprechenden Mittel zur Verfügung stehen.

Künze: Ich denke das war eine hervorragende Zusammenfassung der Gemeinsamkeit der Ziele. Um diese zu erreichen wird es notwendig sein, das gemeinsame Gespräch fortzusetzen, von der jeweils trägerbezogenen Kirchturnspolitik abzuweichen und gemeinsam konkrete Schritte zu vereinbaren.

Zukunft der sozialen Sicherungssysteme und die Psychiatriereform

Regina Schmidt-Zadel

In der Geschichte der Psychiatriereform haben Expertenkommissionen eine große Rolle gespielt. Unvergessen ist die »Psychiatrie-Enquete« von 1975, in deren Folge der Bundestag umfangreiche Modellprogramme beschloss. Deren Ergebnisse wurden 1988 im »Bericht der Expertenkommission« zusammengefasst. [1]

Eine Expertenkommission des BMA bereite die Psychiatrie-Personalverordnung vor. Mit der Psych-PV wurde 1991 der Übergang zu einer modernen, therapeutisch ausgerichteten multiprofessionellen Krankenhausbehandlung besiegelt. Dies führte in der Folge zu erheblich verkürzten Verweildauern. Die Langzeitstationen der früheren Großkliniken verschwanden nach und nach. Es entstanden zunehmend psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und gemeindeintegrierte psychiatrische Krankenhäuser, die sich als »Zentren für Psychiatrie und Psychotherapie« als Teil eines regionalen Hilfesystems verstehen.

Dies setzt natürlich voraus, dass es weitere Teile gibt: flächendeckende und bedarfsgerechte Angebote an ambulanter psychiatrischer Behandlung, die qualitativ der Krankenhausbehandlung nicht nachstehen. Aber auch Angebote der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Diesem Bereich widmete sich eine weitere Expertenkommission, die »Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich« (1992 bis 1996). [2] Der von dieser Kommission entwickelte »personenzentrierte Ansatz« bildet bekanntlich die Grundlage der auf dieser Tagung vorgestellter Umsetzungsprojekte. Die Kernthesen haben aber auch die Politik beschäftigt und stimmen sehr weitgehend mit unseren Absichten überein:

1. Der *individuelle Bedarf* muss Grundlage jeder Leistung und ihrer Finanzierung sein. Dies bedeutet die Abkehr von einrichtungsbezogener Finanzierung. Wie hieß es bei der Einführung der Psych-PV so zutreffend (zitiert vom damals zuständigen Referatsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung): »Das Bett als Maßstab hat ausgedient.« Diesen Weg sind wir in unserer Gesundheitsreform 2000 weiter gefolgt.
2. Bei der Planung, Durchführung und Auswertung aller Leistun-

gen der Behandlung und Rehabilitation sind die Patientinnen und Patienten einzubeziehen, wo erwünscht auch ihre Angehörigen und Bezugspersonen. Die *Stellung der Nutzerinnen und Nutzer* von Leistungen im Gesundheitswesen soll deutlich gestärkt werden.

3. Insbesondere für schwer oder chronisch psychisch kranke Menschen sind *ambulante Komplexleistungen* erforderlich. Man kann keinem akut oder chronisch Kranken, insbesondere keinem psychisch kranken Menschen zumuten, sich selbst ein Programm aus Behandlung, Pflege, sozialer Beratung, Ergo- oder Psychotherapie zu organisieren. Es muss Aufgabe der Professionellen sein, solche integrierten Hilfeprogramme zu planen und ihre abgestimmte Durchführung sicherzustellen. Bisher ist die Standardproblemlösung bei komplexem Hilfe-Bedarf: Krankenhaus oder Heim.

Mit der *GKV-Gesundheitsreform 2000* haben wir für psychisch kranke Menschen gesetzliche Verbesserungen beschlossen:

- Die Psych-PV als ein bedarfs- und leistungsorientiertes Finanzierungssystem für psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen wurde trotz sonstiger grundsätzlicher Änderungen der Krankenhausfinanzierung erhalten und gestärkt. Die Psych-PV gilt weiter, die Psychiatrie wurde nicht ins DRG-System einbezogen.
- Die ambulanten psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern wurden gestärkt. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern können generell Institutsambulanzen unterhalten.
- Die Psychotherapie wurde in den Leistungskatalog aufgenommen. Für schwer psychisch erkrankte Menschen wird damit in Verbindung mit der psychiatrischen Fachpraxis eine Unterstützung beim Zugang zu erforderlichen psychiatrischen Hilfen möglich. Im Übrigen sollen diese Hilfen besser koordiniert werden.
- Die medizinische Rehabilitation wurde gestärkt. Der Vorrang ambulanter vor stationärer medizinischer Rehabilitation dürfte im Hinblick auf gemeindenahe Hilfsstrukturen für psychisch kranke Menschen besonders bedeutsam sein.
- Integrierte Versorgungsformen wurden im Gesetz aufgenommen. Dabei können sich verschiedene Leistungserbringer zusammenschließen und abgestimmte Leistungen erbringen. Die

AKTION PSYCHISCH KRAKE nennt das »ambulante Komplexleistung«.

Alles geht in Richtung ambulanter Komplexleistungen. Die Stärkung der Patientenrechte war ebenfalls ein wichtiger Teil der SGB V-Reform.

Die nächste große Reform des Sozialrechts war die Schaffung des SGB IX. Hier wurden alle Bereiche der Rehabilitation – jetzt »Hilfe zur Teilhabe« in einem Gesetzbuch zusammengeführt. Der Zugang zu Hilfen zur Teilhabe wurde erheblich erleichtert. Alle Fragen der Zuständigkeit haben nun die Rehabilitationsträger untereinander zu klären. Die Fristen, in denen Anträge zu bearbeiten sind, wurden erheblich verkürzt. Im Vordergrund steht auch hier wieder die Verzahnung der Rehabilitationsbereiche. Ausdrücklich gehören nun auch die Sozialhilfe-finanzierten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dazu.

Nimmt man noch die Grundgesetzänderung mit dem Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen und das Behindertengleichstellungsgesetz hinzu, kann man schon sagen: Es ist einiges erreicht worden.

Aber hat sich dadurch auch die Lage der psychisch kranken oder behinderten Menschen verbessert? In Teilbereichen gewiss. Die Antragbearbeitungszeiten für Rehabilitationsmaßnahmen wurden deutlich verkürzt. Einige neue Institutsambulanzen sind entstanden oder stehen vor der Eröffnung. Ein Gerichtsurteil, das behinderte Menschen wegen »untypischer Laute« an der Nutzung ihres Gartens hindert, ist so wohl nicht mehr möglich.

Viele Beschlüsse wurden jedoch nicht oder äußerst zögerlich umgesetzt. Noch immer gibt es nur wenig soziotherapeutische Leistungen. Integrierte Versorgungsformen für psychisch kranke Menschen außerhalb von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen sind mir nicht bekannt. Medizinische Rehabilitation findet nach wie vor fast ausschließlich stationär statt. Insgesamt gibt es zu wenig medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen.

Der Gesundheitsausschuss widmete der Psychiatrie eine Sonder-sitzung mit Expertinnen und Experten und bereite eine Bundestagsentscheidung vor. Am 04.07.2002, dem letzten Sitzungstag der letzten Legislatur, befasste sich der Bundestag mit dem Thema »Psychiatrie« und beschloss mit großer Mehrheit die Entschließung

»25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung.«
 »Trotz nicht zu leugnender Fortschritte durch die Psychiatrie-Reform« stellte der Bundestag fest, dass »nach wie vor Benachteiligten psychisch kranker Menschen bestehen und die Versorgungssituation weiter verbessert werden muss«. Unter den genannten erforderlichen Maßnahmen findet sich keine einzige Gesetzesreform, aber eine ganze Liste von Umsetzungsnotwendigkeiten.

Sie sehen: Das Parlament stellt (mit gewissem Unmut) fest, dass beschlossene Gesetze nicht oder nicht ausreichend umgesetzt wurden und fordert Handeln ein. Gleichzeitig wird der Wille des Gesetzgebers konkretisiert.

Gemäß verfassungsmäßiger Gewaltenteilung ist für die Umsetzung von Gesetzen die Exekutive zuständig, bzw. wie im konkreten Fall die gesetzlich bestimmten Organe der Selbstverwaltung. Doch heißt dies, dass der Gesetzgeber sich nach dem Beschluss nicht mehr darum kümmern braucht. Keineswegs! Wir verstehen es so, dass die Gesetze Instrumente sind, bestimmte Wirkungen zu erzielen, und unsere Aufgabe erst dann endet, wenn die Wirkungen eingetreten sind.

Die Erkenntnis, dass es nicht reicht ein Gesetz zu verabschieden, sondern dass sich der Gesetzgeber auch um dessen Wirkungen zu kümmern hat, scheint mir besonders in letzter Zeit gewachsen zu sein. Das hängt wohl auch damit zusammen, dass das Vertrauen in die Selbstverwaltung etwas gelitten hat. Selbstverständlich, soll die Selbstverwaltung auch weiterhin so viele Umsetzungsfragen wie möglich lösen. Doch da, wo Selbstverwaltung nicht zu Lösungen kommt, darf dies nicht zum Stillstand führen. »Selbstverwaltung« bedeutet, dass sich sehr unterschiedliche Interessenvertreter einigen müssen, z. B. die Krankenkassen und die organisierten Ärzte. Wie schwierig dies oft ist, erleben wir täglich.

Im SGB IX wurde erstmals eine Vorschrift aufgenommen, die mit zeitlicher Festlegung die Befassung mit Wirkungen des Gesetzes vorschreibt. In § 66 SGB IX heißt es:

»Die Bundesregierung unterrichtet die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bis zum 31. Dezember 2004 über die Lage behinderter Frauen und Männer sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe, gibt damit eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Aufwendungen für Prävention, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirk-

samkeit ab und schlägt unter Berücksichtigung und Bewertung der mit diesem Buch (Anmerkung: dem SGB IX) getroffenen Regelungen die zu treffenden Maßnahmen vor.«

Im Gesetz wird die Auswertung seiner selbst festgelegt: Das nennt man »lernende Gesetzgebung«. Diesen Begriff hat meines Wissens erstmalig Prof. Kunze bei einer Anhörung des Sozialausschusses eingeführt. Ich finde ihn sehr geeignet, die Vorgehensweise zu beschreiben.

Sie finden darüber hinaus im SGB IX eine Fülle von Verordnungsermächtigungen des zuständigen Ministeriums, die insbesondere dann greifen werden, wenn es zu keinen Selbstverwaltungslösungen kommt.

Ich gehe davon aus, dass dieses Beispiel Schule macht. Auch für die Sozialtherapie wurde eine Evaluation beschlossen. Es freut mich sehr, dass die AKTION PSYCHISCH KRANKE damit beauftragt wurde. Die Evaluation wird noch in diesem Jahr durchgeführt.

Ich möchte nun auf die geplante Gesundheitsreform eingehen. In der Öffentlichkeit werden fast ausschließlich die finanziellen Aspekte der Reform diskutiert. In der Tat geht es auch darum, die Beitragsbelastungen zu reduzieren und langfristig auf einem akzeptablen Niveau zu halten. Dies ist jedoch nicht mit Qualitätseinbußen bei der Krankenkassenfinanzierten Gesundheitsversorgung verbunden. Durch eine Reihe von Maßnahmen soll die Stellung der Patientinnen und Patienten im System gestärkt und für eine definierte und kontrollierte Qualität gesorgt werden.

Insbesondere soll die Kooperation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und sonstigen Therapeuten gestärkt werden. Dazu sind auch neue Formen der Finanzierung vorgesehen. Die integrierte Versorgung wird weiter ausgebaut. Auch die Krankenhäuser werden daran beteiligt. Dies stärkt das Wahlrecht der Patientinnen und Patienten und erhöht die Möglichkeiten der therapeutischen Kontinuität.

Nicht zuletzt soll die Prävention noch einmal deutlich gestärkt und teilweise Krankenkassenübergreifend organisiert werden. Ein Teil der für Prävention vorgesehenen Mittel soll in einen Gemeinschaftsfonds für »Prävention und Gesundheitsförderung« beim Bundesversicherungsamt einfließen. Damit wird sichergestellt, dass auch Menschen mit hohen Behandlungsbedarfen und behinderte Menschen angemessen berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang

möchte ich auch darauf hinweisen, dass auch die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen verstärkt werden soll. Auch hier ist ein krankenkassen-übergreifender Gemeinschaftsfonds vorgesehen.

Auch auf dem Gebiet der Rehabilitation soll es in dieser Legislatur noch gesetzliche Entwicklungen geben. Die Regierung und insbesondere der Behindertenbeauftragte verfolgen weiter die Absicht, ein Leistungsgesetz zum SGB IX vorzulegen. Vor allem auf dem Gebiet der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (früher: »Eingliederungshilfe«) besteht dringender Handlungsbedarf.

Die Umsetzung der §§ 93 ff. BSHG, die im Jahr 1996 beschlossen wurden und am 01.01.1999 in Kraft getreten sind, gestaltet sich in vielen Ländern immer noch schwer. Auch hier wurde die Abkehr von der einrichtungsbezogenen Finanzierung beschlossen und Maßnahmenpauschalen für »Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf« zur Grundlage der Vergütung beschlossen. De facto besteht aber im Wesentlichen die einrichtungsbezogene Finanzierung fort. Es stellt sich die Frage, ob für die gewollte Umstellung weitere gesetzliche Schritte erforderlich sind.

Eine Alternative zur Einrichtungsfinanzierung ist das »persönliche Budget«. Diese Hilfeform wurde in Rheinland-Pfalz unter Bezugnahme auf den personenzentrierten Ansatz der AKTION PSYCHISCH KRANKE erprobt und hat sich dort bestens bewährt. Es werden nicht mehr Einrichtungen finanziert, sondern individuelle Leistungen nach Maß. Damit werden die Leistungen viel flexibler, und das Selbstbestimmungsrecht der Empfängerinnen und Empfänger von Rehabilitationsleistungen wird gefördert.

Einige Erprobungen in anderen Bundesländern laufen bereits. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE ist daran direkt und indirekt in den meisten Fällen beteiligt.

Die Gesundheits- und Sozialministerin Schmidt will die im SGB IX als neue Finanzierungsform eingeführten »persönlichen Budgets« weiter ausbauen. Zurzeit werden im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Regelungsentwürfe erarbeitet.

Die Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist als Sozialhilfeleistung subsidiär geregelt. Durch das SGB IX und die in diesem Jahr eingeführte »Grundsicherung« sind unterhaltsverpflichtete Angehörige weitgehend entlastet worden. Es wird nun geprüft, ob hinsichtlich der rehabilitativen Leistungen nicht auch eigene

Einkommen unberücksichtigt bleiben können. Dann wäre auch in diesem Punkt eine Gleichstellung der Sozialhilfe-finanzierten Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft mit den anderen (beitragsfinanzierten) Formen der Rehabilitation erreicht, der medizinischen Rehabilitation und den Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ich habe mich hier auf die Maßnahmen bezogen, die den Parlamentarierinnen und Parlamentariern zur Verfügung stehen. Letztlich wird es allerdings nur zu Entwicklungen kommen, wenn gesetzlich getroffene Regelungen anschließend konstruktiv aufgegriffen und behetzt umgesetzt werden. Natürlich gibt es bei Änderungen immer auch Bedenken und Detailprobleme, die zu lösen sind. Angesichts der Zeiträume, die für Umstellungen benötigt werden, kann man bisweilen etwas ungeduldig werden – vor allem, wenn es um beschlossene Verbesserungen für kranke und behinderte Menschen geht.

Umso erfreulicher ist es, dass auf diesem Kongress aus einer ganzen Reihe von Modellregionen von positiven Entwicklungen berichtet werden konnte. Das zeigt, dass es Fortschritte geben kann, wenn die Beteiligten es wollen. Besonders beeindruckt mich, dass es in allen Projektregionen schriftliche Vereinbarungen gibt, in denen der individuelle Bedarf betont und nach denen allen psychisch kranken Menschen aus der jeweiligen Region zeitnah Hilfen in der Region angeboten werden. Bedarfsgerechte Hilfen für alle Einzelfälle einer Region – das ist ein funktionierendes Hilfesystem. Offenbar hat es nicht mehr gekostet als vor der Umstellung auf personenzentrierte Hilfen.

Wir wollen keine einrichtungsbezogenen Standardprogramme, keine fragmentierten Leistungen von isoliert arbeitenden Therapeuten und Diensten und keine Leistungsausschlüsse oder Ausschlüsse von Patientinnen und Patienten mit hohem oder komplexem Hilfebedarf.

Es ist bemerkenswert, dass die Psychiatrie vom Schlusslicht und oft Sorgenkind des Gesundheitssystems inzwischen in vieler Hinsicht zu einem Vorbild auch für andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialsystems geworden ist.

Wenn wir die Qualität des Gesundheitssystems erhalten und verbessern wollen, dann heißt das vor allem

- verstärkte Kooperation der Therapeuten und Verzahnung der Leistungen einzelfallbezogen und in der Region

- qualitätsgesicherte und passgenaue individuelle Hilfeprogramme, bei Bedarf Komplexleistungen
- Transparenz und Einbeziehung der Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, Nutzerinnen und Nutzer
- Dies bei vorrangiger Stärkung von Selbsthilfe und Prävention

In der psychiatrischen Fachwelt sind diese Prinzipien bereits weitgehend anerkannt und teilweise eingeführt.

Ich sehe hohe Übereinstimmung bei den Zielen der AKTION PSYCHISCH KRANKE und den gesundheits- und sozialpolitischen Vorhaben der Koalition. Das Beschriebene wird der Weg zu mehr Effektivität und Effizienz werden. Dies scheint mir auch kein fraktionspezifischer Weg zu sein. Ich hoffe sehr, dass es wie bei der erwähnten Bundtagsentschließung zur Psychiatriereform zu einem breiten Konsens kommt.

Literatur

1. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hg.). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988
14. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.). Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band I Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich« der psychiatrischen Versorgung. Band 11 6/I Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 1999
- Band II Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 11 6/II Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden. Nomos, 1999

Finanzierung personenzentrierter Hilfen

Einführung

Ulrich Krüger, Heinrich Kunze

Hier geht's ums Geld! – aber nicht um ein Mehr oder Weniger an Beträgen, sondern um die Frage: Zementiert die in 150-jähriger Tradition entwickelte Finanzierung von Einrichtungen und Diensten die institutionszentrierte Versorgung? Oder gelingt es, die Finanzierung so zu verändern, dass sie die personenzentriert integrierte Organisation von Hilfen und damit auch die Realisierung von personenzentrierten Hilfen im Einzelfall fördert?

Regionen, die sich auf den Weg machen, treffen auf die Problematik: Therapeuten planen die Hilfe mit und vom Patienten her (statt: welcher Patient passt zu unserem Konzept?), sie wollen dann den Plan in der Hilfeplan-Konferenz leistungserbringender und leistungsträger-übergreifend abstimmen. – Aber in der Region verfügbar sind nur traditionelle Bausteine wie Plätze im Wohnheim, in der Tagesstätte usw. Und die Einrichtungen und Dienste sind so wie sie sind, weil dies herkömmlich die Bedingung dafür ist, dass ihre Arbeit auch bezahlt wird.

Die Beiträge dieses Symposiums zeigen, dass eine resignative Haltung völlig fehl am Platze ist: »Gehst nicht, gibst nicht!« Was sind schon die wenigen Jahre auf dem Weg zu personenzentrierten Hilfen im Vergleich zu der 150-jährigen institutionszentrierten Tradition, die es zu überwinden gilt!

Bedeutende Veränderungen in die richtige Richtung sind möglich bei langem Atem, administrativer Kreativität und klarem politischem Willen, wenn die konkreten Schritte auf den vier Ebenen

- therapeutische Arbeit mit Patienten
- Organisation der Hilfen
- Finanzierung
- Planung

in vernetztem Kontext von allen Beteiligten betrieben werden.

Herr Brennauer als Betriebswirt belegt, dass die Umstellung von

der institutionszentrierten zur personenzentrierten Finanzierung gelingen kann. Er stellt den Nutzen für die Qualität der Hilfen heraus und legt gleichermaßen Wert auf das Sicherheitsbedürfnis der Leistungserbringer wie der Leistungsträger. Er weckt aber auch nicht die Illusion, die Umstellung sei mal flott soeben und nebenbei zu erledigen. Vielmehr ist dies eine Aufgabe, die sorgfältige Vorbereitung, betriebswirtschaftliche, organisatorische und therapeutische Fachkompetenz erfordert und ausreichend Zeit, also eine richtige Herausforderung.

Frau Hoffmann beschreibt ganz konkret den Start zu einem Träger-übergreifenden Budgetmodell in Berlin-Reinickendorf, noch klein, überschaubar und ausbaufähig.

Herr Merkert stellt dar, wie man aus dem traditionellen Institutionsbaustein Tagesstätte flexible und individualisierte Hilfen zur Tagesbewältigung für Personen macht, für die die Hilfen personenzentriert geplant werden. Die Funktion der »Alltagsbewältigung, Tages- und Freizeitgestaltung« wird entinstitutionalisiert und als Leistungskomplex zur Finanzierungsgrundlage für ambulante Hilfen.

Entscheidend ist der langfristige und zielorientierte politische Wille der kommunalen und der Landesebene.

Frau Neudert, ergreift die kommunalpolitische Initiative und bringt Einrichtungsträger sowie die örtliche und überörtliche Sozialhilfe auf der Grundlage persönlicher Budgets zum Einstieg in personenzentrierte Hilfen.

Herr Scholten beschreibt aus der Perspektive des Landes die Reform der psychiatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz (aus dem auch der Beitrag von Herrn Merkert kommt) in Richtung auf strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen für personenzentrierte Ausrichtung der Hilfen.

Die Umstellung der Finanzierung

Ralf Bremauer

Der im Rahmen dieser Veranstaltung mögliche, kurze Impulsbeitrag muss auf die detaillierte und differenzierte Darstellung der sehr komplexen betriebswirtschaftlichen Sachverhalte verzichten. Ich hoffe, dass diese Darstellung dennoch für betriebswirtschaftlich interessierte Leserinnen interessante Impulse liefert und die Zusammenhänge verständlich darstellt.

Weitere Rückfragen werde ich gerne beantworten, wenn Sie mir diese per E-Mail zukommen lassen (Ralf.Bremauer@web.de).

Für differenzierte Betrachtungen und Diskussionen unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation in den Regionen und Bundesländern ist eine ausführliche Analyse unumgänglich. Zwar ist das hier aufgezeigte Grundprinzip einer Vergütungsumstellung für alle heute bekannten leistungsrechtlichen Bedingungen grundsätzlich geeignet – der jeweilig notwendige Anpassungsprozess bedarf jedoch der differenzierten Diskussion und Kalkulation vor Ort.

- Die Impulse, die von meiner Seite eingebracht werden, sollen die wichtigsten Grundlagen einer Vergütungsumstellung hervorheben,
- einen möglichen Umstellungsprozess (die budgetgleiche Umstellung) aufzeigen,
 - die Erkenntnisse verschiedener Kalkulationen darstellen und einen Hinweis auf neue zu erwartende Herausforderungen bzw. Schwierigkeiten im neuen Hilfesystem personenzentrierter Hilfen geben:

Für die erfolgreiche Einführung und Umstellung auf das neue Hilfesystem ist die Anwendungssicherheit und Praxiserfahrung mit dem eingesetzten Hilfeplanungsinstrument (z. B. Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan [IBRP]) ebenso wichtig wie die Eignung des Hilfeplanungsinstrumentes selbst. Aufgrund der Erfahrungen in Erprobungsprojekten (z. B. Baden-Württemberg) ist die gute Qualität des Verfahrens in Bezug auf die Realitätsnähe der Planungsergebnisse dokumentiert. Dieses Ergebnis ist durch die Planungskurve (gestrichelte Linie) bzw. Dokumentationskurve (durchgezogene Linie) in Abbildung 1 dargestellt.

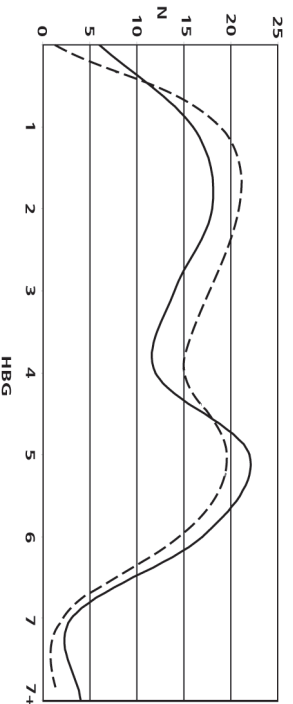


Abb. 1: Gesamtverteilung der Klienten Plan- und Kontrollwochen

Somit lässt sich feststellen, dass in diesem Projekt der IBRP als ein geeignetes Verfahren zur Hilfeplanung und darüber hinaus als Erhebungsinstrument für Kalkulationsmessgrößen geeignet ist.

Voraussetzungen

Allerdings muss vor der monetären Umsetzung die Anwendungskompetenz bei den Mitarbeitern erarbeitet werden. Nur so kann dieses Hilfeplanungsverfahren kompetent Anwendung finden.

Aufgrund der großen Anzahl der zu erhebenden Klientendaten für eine stichtagsbezogene budgetgleiche Vergütungsanstellung wird klar, dass die Ersterhebung nur durch die Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste geleistet werden kann. Die Klienten verfügen bereits über eine gültige Kostenzusage. Diese sollte gemäß § 46 BSHG auch einen Hilfeplan beinhalten, der zu dem Umstellungszeitpunkt mit einem neuen Verfahren budgetgleich bewertet, erarbeitet und dargestellt wird. *Budgetgleichheit* heißt: Die Summe der je Einrichtung vom Leistungsträger bezahlten Vergütungen ist vor und nach einer Umsetzung des Abrechnungsverfahrens zu einem bestimmten Stichtag gleich hoch.

Der Rechtsanspruch der Leistungsträger, grundsätzlich über die Hilfe zu entscheiden bleibt somit unberührt und führt selbstverständlich dazu, dass die Erhebungen für »neue« Klienten nur unter der Beachtung der Rolle der Leistungsträger erfolgen kann.

Ein Zeitraum für die Schulung sowie für die Anwendung des Verfahrens von je sechs Monaten (insgesamt zwölf Monaten) schließt

sicherlich die Möglichkeit von Nachschulungen für Anwendungsfehler mit ein.

Zum Stichtag (Abb. 2) werden die bisher vereinbarten sozialhilferechtlichen Vergütungen in ein neues *personenorientiertes Vergütungssystem* überführt. Hierbei sind keine Veränderungen des Umfangs der Leistungen oder so genannte Standardveränderungen (z. B. Verbesserung oder Verschlechterung der Personalschlüssel für eine bestimmte Maßnahme) beabsichtigt. Die Umsetzung soll nur das neue Hilfeplanungsverfahren durch die Einführung eines geeigneten Abrechnungs- und Kalkulationsverfahren unterstützen.

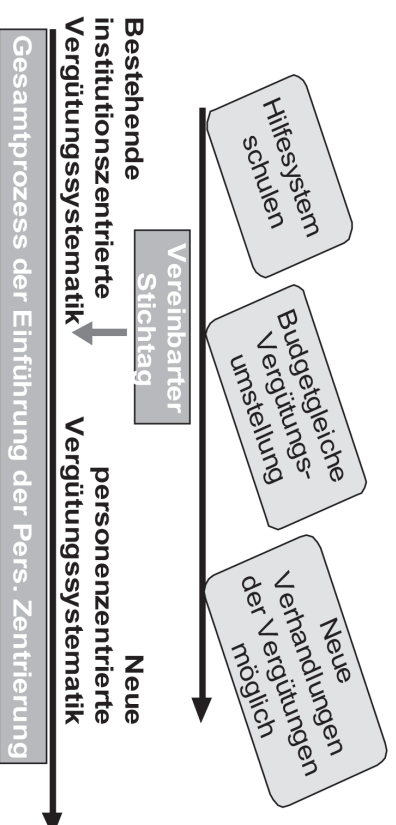


Abb. 2: Zeitschema für die Umsetzung der Finanzierung auf personenzentrierte Hilfesysteme

Nutzen der Umsetzung

Gelingt eine derartige Umsetzung, wird hiermit die Grenze zwischen dem bisherigen stationären und ambulanten Leistungsbereichen aufgehoben. Dies bedeutet einen großen Fortschritt für alle Beteiligten:

- Kein Leistungsempfänger muss in eine bestimmte Institution (stationäres Heim) aufgenommen werden, um die notwendige Hilfeintensität (Zeitmfang) zu erhalten.
- Leistungserbringer können ihre Arbeit mehr in die Nähe des gesellschaftlichen Umfeldes ihrer Klienten integrieren und erreichen somit eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz ihrer Arbeit.

- Aufgrund des geeigneten Hilfeplanverfahrens kann die Hilfeleistung erfolgreicher und zielgerichteter organisiert werden
- Leistungsträger müssen weniger Mittel für die Versorgung der heute im System versorgten Klienten aufwenden, da
 - die in den Fixkosten stationärer Einrichtungen gebundenen Mittel bei jeder gelungenen Umwandlung in eine ambulanten Versorgungsleistung gespart werden,
 - und aufgrund der erweiterten ambulanten Versorgungsmöglichkeiten weniger Hospitalisierungseffekte eintreten
 - sowie die bisherigen sozialen Strukturen der Klienten besser in die Versorgung mit eingebunden werden können.

Die *betriebswirtschaftlichen Anforderungen* für die Kalkulation dieser prospektiven Hilfeleistung entspricht nach meiner Einschätzung den Anforderungen, die an eine *Prozesskostenkalkulation* zu stellen sind.

Im Leistungsbereich des Dienstleistungssektors müssen zur Lösung dieser Aufgabe viele Werte bzw. Annahmen gesetzt werden. Aufgrund dieses Umstandes wird verständlich, dass eine qualifizierte Diskussion über diese Annahmen nur nach ausreichender Praxiserfahrungen geführt werden kann. Daher sollte für eine Phase von sechs bis zwölf Monaten nach der Umstellung die Diskussion über die Kalkulationsfaktoren eingeplant werden um dann, je nach Wunsch, neue Verhandlungen der Kalkulationen (Vergütungsverhandlungen) zu ermöglichen (Abb. 3).

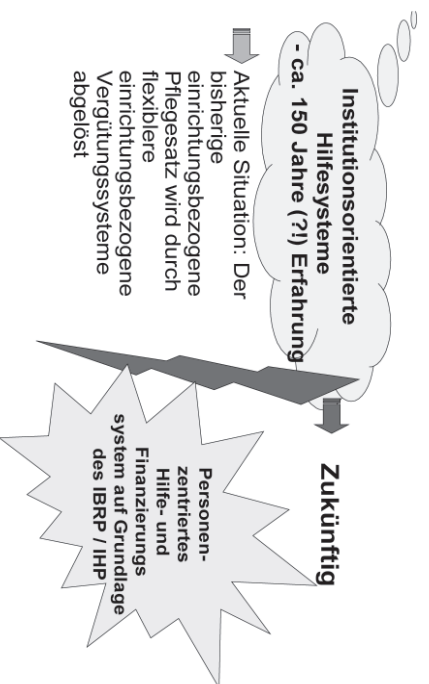


Abb. 3: Sozialpolitische Wegzeichen

Die Einführung der umfassenden Systematik personenzentrierter Hilfen wird sicherlich einen weit größeren Zeitraum und weitere Reformen erfordern.

Dennoch ist in einem Zeitraum von 18–24 Monaten der Einstieg in diese Hilfesystematik zu schaffen. Nachdem das institutionszentrierte Hilfesystem nun nach ca. 150 Jahren keine große Reformfähigkeit mehr zu beinhalten scheint, ist dieser Zeitraum für einen Umstieg in ein neues chancenreiches Hilfesystem sehr überschaubar.

Nach der Erfahrung in der Begleitung mehrerer Umstellungsprozesse empfehle ich die budgetgleiche stichtagsbezogene Umstellung der sozialhilferechtlichen Leistungen als das fairste und kalkulierbarste Verfahren für Leistungsträger und Leistungserbringer.

Für den Klienten (Leistungsempfänger) wird so die größtmögliche Stabilität in der Hilfeleistung gesichert.

Rechenweg: ein Musterbeispiel

In dieser Musterbeispielrechnung (Abb. 4) sollen die Grundzüge der *stichtagsbezogenen budgetgleichen Vergütungs-umstellung* dargestellt werden. Um Rundungsdifferenzen zu vermeiden wurde in der Beispielrechnung mit mehreren Kommastellen gearbeitet.

Zur Vereinfachung gehe ich von einer Einrichtung aus, die heute

- einen Investitionsbetrag (IK)
- eine Grundpauschale (GP)
- und eine einheitliche Maßnahmenpauschale (MP)

mit dem Leistungsträger für 20 Plätze in der stationären Versorgung verfügt. Für diese 20 Klienten wurden mit dem Hilfeplanverfahren 11.013 Leistungsminuten (nach Hilfebedarfsgruppen) geplant.

Vor und nach der Umstellung steht der Einrichtung ein Wochenbudget von 11.592,52 Euro zur Verfügung (Abb. 4).

Die Einnahmen werden nach dem bisherigen Vergütungsverfahren zu einem bestimmten Stichtag errechnet. Hierbei ist zu beachten, dass alle Vergütungen auf den Abrechnungsmodus von 365 Tagen im Jahr bzw. sieben Tagen in der Woche umzustellen sind. Der Wochenzeitraum in der Umstellung ergibt sich aus dem Hilfeplanverfahren und führt zu dem Wochenfaktor sieben (Tage).

Um die Umstellung für die Leistungsträger wie auch die Leistungsempfänger kalkulierbar zu gestalten, muss die neue Vergütungsstruktur in

- einen institutionsgebundenen, angebotsstrukturabhängigen und
 - einen personenabhängigen
- Vergütungsbestandteil aufgeteilt werden.

Schematische Darstellung bei Unterstellung einer 100 % Auslastung Vergütungen:
Stand 31.12.2002

1. Einnahmenberechnung:

Vergütungsbestandteil	€-Vergütungs- betrag	Anzahl Klienten	Zwischensumme	Wochen- faktor	Einnahmen/Woche
Investitionskosten	6,62 €	20	132,42 €	7	926,97 €
Grundpauschale	19,17 €	20	383,47 €	7	2.684,28 €
Maßnahmenpauschale	57,01 €	20	1.140,18 €	7	7.981,27 €
Summe	82,80 €		Summe		11.592,52 €

Abb. 4: Beispiel: Berechnung der Einnahmen

Diese Anteile findet man in den Leistungsprozessen aller Einrichtungen und Dienste und lassen sich daher auch in der Kostenrechnung ermitteln. Für die Umstellung von Vergütungen müssen für diese Abgrenzung entsprechend den Gegebenheiten der Vereinbarungsregion Festlegungen gefunden und vereinbart werden.

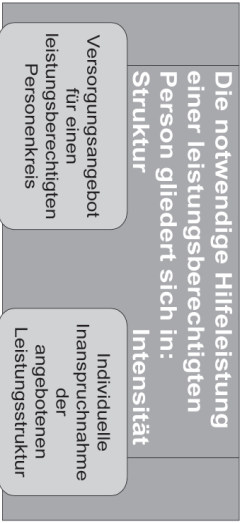


Abb. 5: Systematische Darstellung einer Hilfeleistung

Diese inhaltliche Differenzierung wird bei der Vergütung durch die Aufteilung in

- eine Basispauschale (-betrag) und
 - eine Maßnahmenpauschale (-betrag)
- Rechnung getragen.

Soweit die Vergütungen bisher einrichtungsindividuell vereinbart wurden, kann bei einer Umstellung auch nur wieder ein individueller Wert vereinbart werden. Dieser sollte jedoch innerhalb eines Rechtsträgers in einer Versorgungsregion eine Angleichung erfahren, um eine möglichst hohe Durchlässigkeit des Hilfsystems für die Klienten zu erreichen.

Die Zuordnung zur Basispauschale und der Maßnahmenpauschale kann aufgrund einer Vereinbarung über die Zuordnung von Kostenarten erfolgen (z. B. Landesrahmenvertrag vom 15.12.1998 in Baden-Württemberg). Sind bereits die einzelnen Pauschalen (IK, GP, MP) gemäß § 93 BSHG vereinbart, können diese entsprechend einer Vereinbarung aufgeteilt werden.

2. Basisbetragsberechnung (€ je belegtem Platz)

Gesamt	€-Vergütungsbetrag	Anteil Basisbetrag	Zwischensumme
Investitionskosten	926,97 €	100 %	926,97 €
Grundpauschale	2.684,28 €	100 %	2.684,28 €
Maßnahmenpauschale	7.981,27 €	15 %	1.197,19 €
			4.808,44 €

Divisor (7 Tage x 20 Plätze)
Tagesbetrag je Platz

140	Prüfung
34,35 €	4.808,44 €

3. Berechnung des Minutenwertes (je Minute) (Grundlage der Maßnahmenpauschale)

Gesamt	€-Vergütungsbetrag	Anteil MP	Zwischensumme
Investitionskosten	926,97 €	0 %	0,00 €
Grundpauschale	2.684,28 €	0 %	0,00 €
Maßnahmenpauschale	7.981,27 €	85 %	6.784,08 €
			6.784,08 €

Divisor (geplante Minuten je Woche)
Betrag je geplanter Minute

11013	Prüfung
0,616 €	6.784,08 €
	11.592,52 €

Abb. 6: Beispiel: Berechnung neuer Vergütungswerte

Der Basisbetrag wird kalendertäglich ermittelt und ist somit pro belegtem Platz und Tag abrechenbar.

Für die Kalkulation wird der Fixkostenblock, der in den betreu-
erischen Kosten beinhaltet ist, dem Basisbetrag zugeordnet. Der
restliche Vergütungsbetrag wird der Maßnahmenpauschale zugeord-
net und durch die Summe der Hilfebedarfsgruppenminuten geteilt.

Der entstandene Euro-Wert je Minute muss mit dem jeweiligen
Mittelwert der Hilfebedarfsgruppen multipliziert werden. So entsteht
der Vergütungssatz je Klient und Tag in einer Hilfebedarfsgruppe.

Die neuen Vergtungswerte je Klient (Abb. 7) lassen sich wie
folgt darstellen:

Klient Hd. Nr.	Summe Minute	 Betrag je Minute	 Betrag Woche	 Betrag Basisbetrag	 Betrag MP je Tag	 Betrag Klient und Tag	 Betrag je Tag	 Betrag bisherige Vergütung
1	160	0,616	98,56	34,35	14,08	48,43	82,80	
2	905	0,616	557,49	34,35	79,64	133,99	82,80	
3	452	0,616	278,43	34,35	39,78	74,12	82,80	
4	640	0,616	394,24	34,35	56,32	90,67	82,80	
5	320	0,616	197,12	34,35	28,16	62,51	82,80	
6	905	0,616	557,49	34,35	79,64	133,99	82,80	
7	452	0,616	278,43	34,35	39,78	74,12	82,80	
8	905	0,616	557,49	34,35	79,64	113,99	82,80	
9	452	0,616	278,43	34,35	39,78	74,12	82,80	
10	320	0,616	197,12	34,35	28,16	62,51	82,80	

Abb. 7: Beispiel: Darstellung der neuen Vergtungswerte je Klient

Solange diese Umstellung nur innerhalb eines Angebotes (sta-
tionres Wohnen) dargestellt wird, bleibt der große Nutzen der
Flexibilisierung der Vergütungen und Leistungen in Bezug auf un-
terschiedliche Leistungserbringungsorte verborgen. Daher sei, nach-
dem die Funktionsweise der Umstellungsrechnung erläutert wur-
de, noch darauf hingewiesen, dass der *große Nutzen dann entsteht*,
wenn jetzt ein Klient z. B. in das ambulant betreute Wohnen dieses
Trägers wechselt. In dem Kostenbescheid wird sich nur der Basis-
betrag den geringeren Fixkosten dieses Angebotes anpassen, die
Maßnahmenpauschale bleibt jedoch voll erhalten.

*Somit gelingt es im neuen System, den Ort der Leistungserbringung
von der Frage des Umfanges der Leistungsintensität zu lösen.*

*Erfreulicherweise lässt sich feststellen, dass bei der Kalkulation unter-
schiedliche Personen in unterschiedlichen Regionen vergleichbare Ergeb-
nisse erzielen. Unterschiede entstehen in einem derartigen Verfahren
und Leistungsprozess aufgrund vielfältiger Faktoren und sind in-
nerhalb gewisser Schwankungsbreiten auch für die Steuerung von
Budgets unproblematisch.*

Neue Kalkulationen im Vergleich

- Vorgeschlagene Kalkulation im ambulanten Bereich in Kaiserslautern:
- Basisbetrag: 110 Euro/Klient/Monat
 - Vergütung je Stunde: 36 Euro/Stunde (0,60 Euro je Minute)

- Aus der Untersuchung bei bestehenden Vergütungen
im ambulanten Bereich ermittelten Vergütungen:
- Basisbetrag: 114 Euro/Klient/Monat
 - Vergütung je Stunde: 30 bis 40 Euro/Stunde

Abb. 8: Neue Kalkulation im Vergleich zu bestehenden Vergütungen

Den Anforderungen des Leistungsrechtes an den Hilfeplan und an
die Prospektivität von Vergütungen wird bei diesem Verfahren Rech-
nung getragen (Abb. 9).

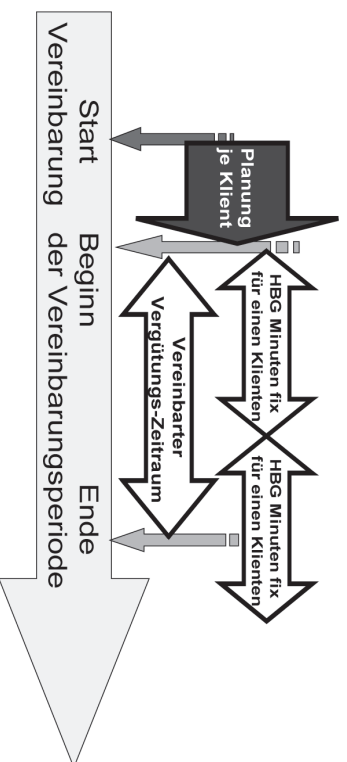


Abb. 9: »Prospektive Vereinbarungen« und betriebswirtschaftliche Steuerung

Für Leistungserbringer und Leistungsträger ergeben sich bei diesem Systemwandel vielfältige Herausforderungen. Die wesentlichen Fragen erscheinen heute für beide Seiten in einem fairen Prozess lösbar, lohnend und in der Folge kalkulierbar.

Für die Klienten werden die Leistungen ohne eine Bindung an einen bestimmten Ort in der jeweilig notwendigen Intensität erreichbar.

Das trägerübergreifende Budgetmodell »BEW« Berlin-Reinickendorf

Uta Hoffmann

Grundlage für den Auf- und Ausbau des ambulant komplementären Versorgungssystems für psychisch kranke Menschen im Land Berlin ist das PsychiatrieEntwicklungsProgramm (PEP).

In diesem Planungswerk werden qualitative Aspekte der Versorgungsstruktur beschrieben, wie z. B. die in jedem Bezirk (Bezirk = Versorgungsregion) notwendigen Bausteine: Kontakt- und Beratungsstelle, Zuversdienst, Suchtberatungsstelle sowie der ambulante Krisendienst.

Ausgehend von dieser Beschreibung wurde in der so genannten »Modellrechnung« der finanzielle Bedarf je Bezirk zur Sicherstellung dieser zuwendungsfinanzierten Angebote beziffert. Die Modellrechnung wird seit 1999 bei der Zuweisung der Globalsumme je Bezirk durch die Senatsverwaltung für Finanzen berücksichtigt.

Im PEP wurden zugleich quantitative Rahmenvorgaben für Angebote nach §§ 39, 40 BSHG gesetzt. Für jeden Bezirk wurden Platzkontingente für das betreute Wohnen und die Tagesstätten festgelegt. Die Bemessung der Kontingente berücksichtigte sowohl Einwohnerzahl als auch Sozialstruktur des Bezirks.

Das für den Bezirk Reinickendorf zur Verfügung stehende Platzkontingent im Bereich des Betreuten Wohnens war bis zum Jahr 2002 noch nicht ausgeschöpft.

Vor dem Hintergrund der mit der AKTION PSYCHISCH KRAANKE geschlossenen »Vereinbarung zur Implementation der personenbezogenen Hilfen in die psychiatrische Versorgung« bestand Einvernehmen, die noch freien Kapazitäten nicht – wie bisher üblich – durch einrichtungsbezogene Platzzerweiterung zu binden.

Für das noch verfügbare Platzkontingent wurde ein Modell entwickelt, das statt der bisherigen festen Zuordnung von Plätzen zu Trägern nunmehr die klientenorientierte und zugleich einrichtungübergreifende Leistungserbringung vorsieht.

Zielsetzung ist hierbei, die Betreuung entsprechend dem Hilfebedarf des Klienten so individuell wie möglich auszugestalten. Dies betrifft sowohl Art und Umfang der Betreuungsleistung als auch die Auswahl des Leistungserbringers.

Zugleich soll das erforderliche Maß an *Beziehungskonstanz* zwischen den professionellen Helfern und den Klienten hergestellt werden.

Das *trägerübergreifende Budgetmodell* bietet auch neue Möglichkeiten der engen Kooperation der beteiligten Träger, die als Schritte auf dem Weg zu einem rechtlich verbindlich ausgestalteten Gemeindepсихиатrischen Verbund zu werten sind.

Von Seiten des Landes Bethuns (hier in seiner Funktion als Sozialhilfeträger) war mit Blick auf die angespannte Haushaltslage die Möglichkeit zur Steuerung der Ausgabenentwicklung im Bereich der Eingliederungshilfe bei gleichzeitiger Absicherung des Einzelanspruchs des behinderten Menschen von besonderem Interesse.

Als zentrale Fortschritte gegenüber der bisherigen Angebotsstruktur werden folgende Aspekte gewertet:

1. Vier Träger mit bisher unterschiedlichen Aufgaben, inneren Strukturen und Arbeitshaltungen verständigen sich auf ein gemeinsames Konzept.
2. Die Betreuungsleistung kann durch die Einbeziehung von Trägern mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten individuell auf den Hilfebedarf des Einzelnen zugeschnitten werden.
3. Im Vorgriff auf eine spätere Vergütungssystematik, die sich an notwendigen Zeitbedarfen von Klienten orientiert (Hilfebedarfsgruppen) werden verschiedene Betreuungsdimensionen definiert und finanziert.
4. Die Beschreibung eines Budgets ermöglicht die Versorgung von mehr als fünfzig Menschen mit dem Budget von 50 Plätzen.
5. Es findet keine feste Zuordnung von Plätzen zu einem Träger statt.
6. Die Steuerungsstruktur, die sich im Bezirk seit rund zehn Jahren entwickelt hat, wird erstmalig in wesentlichen Teilen verbindlich vereinbart.

Vertragliche Grundlagen für die Budgetvereinbarung sind der Berliner Rahmenvertrag gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG sowie die Leistungstypbeschreibung »Therapeutisch betreutes Einzelwohnen für seelisch behinderte Menschen«.

Erstmalig wurde eine Vergütungsvereinbarung nach § 93 (2) BSHG zwischen dem Land Berlin und vier Trägern (Albatros e. V., Der Steg e. V., Rettungsring e. V., Träger e. V.) geschlossen.

In Abweichung zur bisherigen Praxis wurde statt einer Platzkapazität ein betragslich beziffertes Budget vereinbart. Der Budgetbetrag bezieht sich dabei auf einen definierten Zeitraum (zunächst 01.06.–31.12.2002, Folgevereinbarung 01.01.–30.06.2003).

Bemessungsgrundlage für das vereinbarte Budget waren 50 Plätze in der Betreuungsdimension 1:4. Zugleich wurden vier Vergütungssätze gestaffelt nach Betreuungsdimensionen (1:4, 1:6, 1:8, 1:10) vertraglich festgelegt.

In die *Vergütungsvereinbarung* zwischen Land und Trägern wurden folgende Klauseln aufgenommen:

- Leistungen können durch jeden der beteiligten Träger erbracht werden.
- Die Träger erklären sich bereit, Entscheidungen der Steuerungsgremien anzunehmen.
- Im Fall der Beauftragung und Durchführung einer Maßnahme obliegen dem durchführenden Träger alle Rechte und Pflichten aus dieser Vereinbarung.
- Keiner der beteiligten Träger kann einen Anspruch auf einen bestimmten Umfang von Leistungen geltend machen.
- In Abhängigkeit von den Betreuungsbedarfen der Klienten kann die Zahl der Betreuten die Orientierungsgröße von 50 übersteigen, sofern das Gesamtbudget im Vereinbarungszeitraum nicht überschritten wird.
- Nach einem Jahr ist ein Erfahrungsbericht zu erstellen insbesondere zur Budgetauslastung (z. B. Betreuungsquantitäten) sowie Budgetsteuerung (z. B. Arbeit der Steuerungsgremien).

Anlage und damit Teil des Vertrags mit dem Land wurde eine Vereinbarung der oben genannten Träger mit dem Bezirksamt Reinickendorf. In dieser bezirklichen Vereinbarung wurden folgende *Rahmenbedingungen* festgelegt:

- Im Rahmen der Leistungserbringung werden die *Grundprinzipien der personenzentrierten Hilfen* (einheitliche, integrierte und an Zielen orientierte Hilfeplanung, Einbeziehung des Klienten etc.) umgesetzt.
- Die Träger erklären ihre Bereitschaft, keinen psychisch kranken Menschen wegen Art oder Schwere seiner Behinderung auszu-schließen. Insofern übernehmen sie *im Bezirk die Versorgungs-verpflichtung* für Hilfen zur Teilhabe in der Gesellschaft.

- Die *Steuerung* der Ressourcen obliegt den bezirklichen Steuerungsregionen.
- Das *Steuerungsregionium* (hier *Sektorkonferenz*) beschließt über die notwendige Betreuungsdichte und Dauer der Maßnahme.

Die Versorgungsregion Berlin-Reinickendorf ist räumlich in drei Sektoren aufgeteilt. Einzig der Suchtbereich folgt dieser Systematik nicht und stellt einen eigenen Sektor dar.

Die vereinbarte Budgetsumme wurde betragsmäßig auf diese vier Sektoren verteilt.

In den *Sektorkonferenzen* (*entspricht der Hilfeplankonferenz* anderer Bundesländer) wird basierend auf der klientenbezogenen Hilfeplanung die erforderliche Betreuungsdichte sowie der Leistungserbringer festgelegt. Die Budgetauslastung wird auf Sektorebene dokumentiert.

In der Steuerungsrunde werden die Daten aller Sektoren zur Auslastung des Gesamtbudgets zusammengeführt.

Aktuell werden auf der Grundlage des vereinbarten Budgets vier Menschen in unterschiedlichen Betreuungsdichten betreut.

Tagesstätte ohne Tagesstätte oder der personenzentrierte Ernstfall

Michael Merkert

Offen gestanden bin ich nicht recht glücklich darüber im Rahmen dieser Tagung ein Projekt zu präsentieren, bei dem zwar Ideen und Pläne weit gediehen und verbindliche Absprachen, sogar was Art und Weise der Finanzierung angeht, getroffen sind, das aber noch nicht wirklich umgesetzt und erprobt ist. Ich berichte damit gegenwärtig noch von Plänen, den Ernstfall zu proben, wie der personenzentrierte Ernstfall am Ende wirklich aussehen wird, kann ich dagegen nicht beschreiben.

Was jetzt in Kaiserslautern praktisch erprobt werden soll, wäre ohne die vorangehenden Erfahrungen aus den Modellprojekten mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE nicht denkbar und umsetzbar gewesen. Deshalb will ich Ihnen zunächst erzählen »Wie das alles begann ...«.

Vorgeschichte

Ab 1997 beschäftigt man sich in Stadt und Landkreis Kaiserslautern sozialpsychiatrisch mit der zweiten Stufe der Psychiatriereform, der Einführung des personenzentrierten Ansatzes in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Die Region Kaiserslautern, dort leben ca. 210 000 Pfälzer, ist ab diesem Jahr, begünstigt durch einige glückliche Umstände, zu einer sozialpsychiatrischen Modellregion geworden. Dies kann zustande durch:

- Das Land Rheinland-Pfalz und der zugehörige Psychiatriereferent, Herr Scholten, haben früh und mit erheblicher innovativer Kraft begonnen, neue und ältere Ideen der Psychiatriereform aufzugreifen und auf die psychiatrische Versorgungssituation in ihrem Bundesland anzuwenden.
- Es war das erklärte Ziel, ausreichende ambulante, komplementäre Hilfen zu entwickeln, die stationäre Aufnahmen vermeiden oder verkürzen bzw. Betroffene nach der Entlassung aus stationärer Behandlung so frühzeitig und intensiv erreichen sollten, dass erneute stationäre Aufnahmen vermieden werden (vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen).

- Der psychiatrische Reformeifer des Landes hat die Region Kaiserslautern auch deshalb erreicht, weil die Entwicklung personenzentrierter ambulanter Komplexleistungsprogramme in einem großstädtischen und einem mehr ländlich strukturierten Umfeld erprobt werden sollte. Beides stand in der Planungsregion Kaiserslautern zur Verfügung.

Das Modellprojekt »Wohnverbund« der AKTION PSYCHISCH KRA NKE begann 1997 und damit wurden die Ideen und Ziele zum »Personenzentrierten Ansatz« in die Region transportiert.

- Die *Hilfepflichtkonferenz*, sie hieß zu Beginn noch Aufnahmekonferenz, nahm 1998 ihre Arbeit auf.
- Der *Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)*, nebst Personalbemessungsbogen wurde bekannt gemacht und schließlich eingeführt. Erste personenzentrierte Pläne begannen.
- Leistungsanbieter und Kostenträger fanden sich in einer *Trägerkonferenz* zusammen, um über Psychiatrie-Planung, vernetzte Zusammenarbeit und neue Finanzierungsmodelle zu reden.
- Ein *regionales Psychiatrie-Budget* wurde mit viel Mühe und Aufwand ermittelt – es zeigte sich nämlich, dass Zahlen auf Einrichtungsebene, bei den örtlichen Sozialhilfeträgern und beim überörtlichen Sozialhilfeträger nicht übereinstimmen.
- Festgestellt wurde, dass bisherige Verwaltungs- und Finanzierungswege mit einem flexiblen, personenzentrierten Handlungsmodell der Umsetzung ambulanter sozialpsychiatrischer Komplexleistungsprogramme unvereinbar sind (ein Begriff, der zu dieser Zeit erst ausführlich erklärt werden musste).
- Einige Sonder- und Modellvereinbarungen für die Region Kaiserslautern konnten abgeschlossen werden, die es nach und nach – nicht immer, aber immer öfter – möglich gemacht haben, Hilfen für psychisch Kranke individuell zu planen, umzusetzen und zu finanzieren.

Weil auf diesem Weg, der über Jahre ging und auch jetzt weiter geht, nicht immer ohne Schmerzen und Wehklagen, eine *andere Art des Miteinander-Umgehens* nicht nur zwischen Kommunen und Leistungsanbietern, sondern auch zwischen Psychiatrie-Profis und Betroffenen bzw. Angehörigen entstanden ist, kam es zur *Bildung des sozialpsychiatrischen Wohnverbundes*, sozusagen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes »Light«, der als besonderes Merkmal bereits

eine *Pflichtversorgungsvereinbarung* für die Region enthielt. Das war im Jahr 2000.

Das Folge-Projekt der AKTION PSYCHISCH KRA NKE, »Die Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung«, schloss sich ab 2001 an, in dem die bisher gewonnenen Erfahrungen weiterentwickelt und erprobt werden sollten.

Im gleichen Jahr, nicht unbeeinflusst durch die Erfahrungen aus den Modellregionen Kaiserslautern und Trier, aber nicht deshalb entstanden, wurde in Rheinland-Pfalz – sie erinnern sich an die psychiatrisch probierfreudige Landesregierung – »*Das persönliche Budget – Hilfe nach Maß für Behinderte*« auch und gerade für psychisch kranke Menschen verfügbar.

Damit war es erstmals wirklich möglich, dem persönlichen Bedarf angepasste, nötigenfalls auch sehr intensive ambulante Hilfen praktisch umzusetzen. Kommunen und Land teilten sich die Kosten, wie sie es bisher schon bei stationären und teilstationären Hilfen und im »Betreuten Wohnen« getan hatten. Ein Durchbruch mit weitreichenden Folgen. Jetzt konnte gedacht, geplant und praktisch erprobt werden, was bislang nur Theorie war. Erstmals war es möglich auszuprobieren, zwar noch in kleinem Rahmen weil Angebote fehlten (!), aber doch unter realistischen Bedingungen, ob das geht was die AKTION PSYCHISCH KRA NKE im »Personenzentrierten Ansatz« der psychiatrischen Fachwelt ans Herz gelegt hat:

- Sozialpsychiatrische Unterstützung in allen Lebensbereichen anzubieten,
- dort wo die psychisch kranken Menschen leben wollen,
 - in einer Art und Weise und in einem Umfang, der dem jeweiligen persönlichen Bedarf entspricht,
 - unabhängig von der Wohnform, das heißt z. B. auch bei intensivem Hilfebedarf außerhalb von stationären Einrichtungen.

Es gab konkrete Möglichkeiten und Beispiele, die zeigten: »Es geht – nicht immer, aber ...«

Entstanden sind die *praktischen Erfahrungen* erstaunlicherweise nicht am Reißbrett innovativer Psychiatrie-Pläne, sondern im *Alltag der Hilfepflichtkonferenzen mit Pflichtversorgungsauftrag* nämlich dann, wenn es darum ging, intensive Hilfen für besonders umgangswandige Betroffene zu finden, die das, was angeboten wurde, so

nicht annehmen wollten, aber Unterstützung benötigten, oder wenn stationäre Kapazitäten, die in der Hilfeplanungsphase alle für un- ausweichlich notwendig empfanden, nicht oder nicht gleich zur Ver- fügung standen. *Es mussten und wurden kreative, holprige, unvollkom- mene und elegant gute Lösungen gefunden.* Die Sache mit der Pflichterversorgung hatte, weil von allen Beteiligten inhaltlich wirk- lich gutgeheißen, die gewünschte Wirkung erzielt.

Jahrelanger Umgang mit dem IBRP, einschließlich routinemä- ßiger Nutzung des zugehörigen Personalbemessungsbogens in »Tro- ckenübung« (konkrete Finanzierungsfolgen ergaben sich daraus bislang nicht), Hilfeplankonferenzen und die Erfahrungen aus der Nutzung der Möglichkeiten des »Persönlichen Budgets« hatten die Beteiligten ermutigt, nächste Schritte in Angriff zu nehmen.

Über Jahre und über viele praktische Gedanken- und Hand- lungswissenschaftliche Schritte kam es zum Wunsch, das Modell des perso- nenzentrierten Ansatzes mit all seinen Folgerungen (z.B. Aufhebung der Trennungen stationär, teilstationär, ambulant; Wechsel der Fi- nanzierungsideologie, verbundorientierte Leistungserbringung usw.) in die Tat umzusetzen.

Mit verbindlicher, landesweiter Einführung eines personenzentrierten Hilfeplanungsinstrumentes – Integrierter Hilfeplan (IHP) – gültig für alle Behindertengruppen, im Jahr 2003 hat das Land Rheinland-Pfalz nachdrücklich und für alle erkennbar bestätigt, dass man sich den Zielen der *Psychiatriereform und des personenzentrierten Ansatzes lang- fristig verpflichtet fühlt.*

Damit sind wir bei dem Thema über das heute eigentlich zu berichten ist, nämlich dem Aufbau, der Organisation und der Fi- nanzierung tagesgestaltender Hilfen in Form einer *Tagesstätte ohne Tagesstätte* (nach der Begrifflichkeit des Integrierten Hilfeplans im Rheinland-Pfalz heißt der zugehörige Leistungskomplex »Alltagsbe- währgung, Tages- und Freizeitgestaltung«, LK 4).

Tagesstätte ohne Tagesstätte

Lange schon wurde von allen Seiten in der Planungsregion Kaisers- lautern gedrängt und gefordert, ein Angebot im Bereich Tages- gestaltung, Freizeit und Beschäftigung zu schaffen. Auf die vorhan- denen, in anderen Regionen ausgiebig genutzten, Möglichkeiten klassischer psychiatrischer Tagesstätten wurde hingewiesen.

Darüber hinaus war die Einsicht gewachsen, dass gemeindenah nicht stadtnah meint und dass künftig zu schaffende Angebote so zu planen sind, dass auch die psychisch kranken Bürger und deren Angehörige und Bezugspersonen aus dem Landkreis angemessen berücksichtigt werden. Die bekannten Schwierigkeiten und Um- setzungshemmnisse angemessene Hilfen auch in mehr ländlichen Regionen zur Verfügung zu stellen brauchen hier nicht näher erör- tert zu werden. Jedenfalls entstanden daraus zusätzliche Argumen- te anders zu überlegen und zu planen, nämlich personenzentriert, verbundorientiert und gemeindeorientiert.

Die gemeinsam geteilte Idee war auf diesem Entscheidungs- hintergrund die Schaffung einer *Tagesstätte ohne Tagesstätte*, d.h. alle Aufgaben und Funktionen einer klassischen Tagesstätte, und neue dazu, sollten organisiert werden, ohne dass eine neue Einrichtung, nämlich eine klassische Tagesstätte, geschaffen wird. Es handelt sich sozusagen um eine *virtuelle Tagesstätte*. Die Überlegung ist und war, die personellen und räumlichen Mittel der vorhandenen Einrich- tungen und Dienste in diesem Bereich zu nutzen und zu ergänzen durch Angebote, die ohnehin in der Region zur Verfügung stehen (das machen moderne »klassische Tagesstätten« übrigens auch so, wie wir bei verschiedenen »Hausbesuchen« feststellen konnten).

Weil alltagserfahrungs-gestützt aus den Hilfeplankonferenzen klar war, dass die *Menschen, die als Hauptzielgruppe in Frage kommen, auch Unterstützung aus anderen Leistungskomplexen benötigen werden*, gingen die Überlegungen bald in die Richtung, insgesamt *intensive, ambulant zu erbringende, personenzentrierte Komplexleistungsprogramme zu ermöglichen.*

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Maßnahmen soll es all- tags- und bedarfsorientiert zugehen. Die Rehabilitationsangebote sollen *bevorzugt dort angeboten werden, wo ihr Erfolg später dauerhaft genutzt werden soll, nämlich im gewohnten Lebensumfeld der Betroffenen.* Einzel-, Kleingruppen- und Gruppenangebote nach gewohntem Zuschnitt sollen sich dabei bedarfsorientiert ergänzen.

Wenn man so weitreichende Veränderungen umsetzen will, braucht man kompetente Partner, die bereit sind, Neuland zu betre- ten, Risiken auf sich zu nehmen und verbindlich, durch vertragliche Vereinbarungen abgesichert, zu handeln. Es muss sich um verlässli- che, sachkundige Vertragspartner handeln, die die Grundgedanken und Zielsetzungen des personenzentrierten Ansatzes und der gemein-

depsychiatrischen Verbundidee teilen. Die handelnden Leistungsanbieter in der Planungsregion Kaiserslautern sind *über die Jahre der Modellprojekte solche Partner geworden*. Es war deshalb möglich und auch die richtige Zeit, ein solches Vorhaben zu beginnen.

Oft scheitern weitreichende Ideen am Ende an der *Finanzierung* und an der Bereitschaft sich verbindlich vertraglich zu vereinbaren. Diese Hürden wurden in der Planungsregion Kaiserslautern fürs Erste genommen.

Eine vertragliche Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarung wurde in den Grundzügen im Mai 2003 zwischen den regionalen Kostenträgern und den Leistungsanbietern abschließend verhandelt, mit Ergebnissen, die beide Partner zurückhaltend und mit Vorsicht bewerten, weil noch niemand weiß ob, alles so klappt wie geplant und ausgedacht.

Die Leistungsanbieter sorgen sich, wie sie das neue Angebot in Stadt und Kreis umsetzen sollen und ob die verhandelte Vergütung kostendeckend ist.

Die Kostenträger haben erhebliche Sorgen, was eine ungebremste Leistungs- und damit Kostenausweitung angeht. Die Vorgabe der Kostenneutralität zu bisherigen konventionellen Lösungen steht im Raum.

Erlebbar besteht aber die tiefe Bereitschaft, das Modell personenzentrierter Hilfen unter »Ernstfallbedingungen« zu erproben und aus den gemachten Erfahrungen zu lernen. Gerade der Aspekt *des erfahrungsgebundenen Lernens, mit der Bereitschaft Absprachen kurzfristig zu verändern und anzupassen*, wird in den vertraglichen Regelungen als eigenes *Qualitätsmerkmal* seinen Niederschlag finden.

Bisherige Verhandlungsergebnisse

Weil ich weiß, dass immer großes Interesse besteht, was in Geld-
dingen vereinbart wurde, sind folgend die bisherigen Verhandlungsergebnisse, nicht nur das Geld betreffend, in Stichworten genannt. Der IHP angepasste Personalbemessungsbogen steht Interessierten zur Verfügung. Vereinbart wurde:

1. Gleicher Personalmix für alle Leistungskomplexe; siehe Vorschlag der AKTION PSYCHISCH KRANKE, gleichwertig Vorlage MASFG

Tagesstätte ohne Tagesstätte oder der personenzentrierte Ernstfall

2. Maßnahmepauschale für alle Leistungskomplexe in gleicher Höhe
3. Leistungskomplex Planung und Koordination wird vergütet (es sollen nicht mehr als drei Std. für Planung und Erstellung IHP abgerechnet werden; Koordination nach strengen Maßstäben berechnen); Vorgehen im Bereich Hilfeplanung nach »Hilfeplanungspapier MASFG«
4. Bei Gruppenangeboten wird von Gruppengröße von sechs Personen ausgegangen und gerechnet (Gruppengröße minimal vier, höchstens acht Personen; d. h. eine Std. in Gruppe bedeutet angerechnete Zeit = zehn Minuten)
5. Zeitbedarf wird endgültig ermittelt aus einer Stufenzuordnung entsprechend dem Personalbemessungsbogen der AKTION PSYCHISCH KRANKE; angepasst an den IHP. Mit der Kopplung des Personalbemessungsbogens und IBRP gibt es lange und gute Erfahrungen in Kaiserslautern. Dieses Verfahren ist eingeführt und braucht nicht erst breit eingeführt und erläutert zu werden. »Leichtlohngruppen«, die in der praktischen Arbeit nicht auftauchen, wurden aus Vereinfachungsgründen zusammengefasst.
6. Maßnahmepauschale 36 Euro;
7. Sachkostenpauschale 110 Euro/monatlich; darin enthalten: Grundpauschale, Investitionsbetrag, Fahrtkosten; personenbezogen ausbezahlt; bei mehreren Leistungserbringern entsprechend Zeitaufwand aufgeteilt;
8. Bei vorzeitigem Abbruch von Maßnahmen werden Maßnahmepauschale und Sachkosten entsprechend der Beschlussdauer in der HPK gezahlt, jedoch nicht länger als drei Monate (Beispiel: Beschluss sechs Monate; Abbruch nach einer Woche; gezahlt drei Monate);
9. Inhaltliche Umsetzung, Kostenentwicklung und praktische Umsetzung sollen in fest vereinbarten Zeitabschnitten (vorgesehen einmal alle drei Monate) in gemeinsamen Gesprächen verfolgt, bewertet und nötigenfalls korrigiert werden.
10. Dauer der Vereinbarung: zwölf Monate;
11. Beginn: 01.07.2003 (sofern alle administrativen Fragen bis dahin geklärt werden konnten)

Zum Personalmix sei beispielhaft auf die bekannten Zusammenstellungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE verwiesen.

Sowohl die inhaltliche Ausgestaltung, als auch die konkrete Umsetzung im Alltag erfordern eine sorgfältige, sachkundige und realistische Hilfeplanung und Hilfekoordination. Diese sollte deshalb möglichst neutral erfolgen, aber durchaus durch Mitglieder des Verbundes, d. h. nicht ausschließlich durch Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) oder der Kostenträger.

Die *Beschlüsse der Hilfeplankonferenz*, die auf der Basis dieser Hilfeplanung erfolgen, bestimmen am Ende die tatsächlichen Kosten. Die Hilfeplankonferenzen werden damit zur entscheidenden Stelle im Hilfeplanungsprozess. Sie bilden die *Schnittstelle zwischen fachlichen, inhaltlichen Anforderungen und realistischer, leistungsgerechter Finanzierung*. Sie sind aber auch der wunde Punkt des gesamten Prozesses, weil möglicherweise in Zukunft Freundschaft und Eintracht aufbrechen, wenn es tatsächlich um Euro und Cent geht.

Es ist damit zu rechnen, dass die bislang harmonisch und reibungslos funktionierenden Hilfeplankonferenzen organisatorisch angepasst werden müssen. Vermutlich werden wir ein standardisiertes Konfliktmanagement zu entwickeln haben, mit klaren Verfahrensregeln, wie bei Uneinigkeit vorzugehen ist.

Das ist die Situation, die ich den personenzentrierten Ernstfall nennen möchte. Wie es ausgeht, werden wir, zumindest in ersten Ansätzen, in einigen Monaten erkennen können. Bis dahin haben wir in der Planungsregion Kaiserslautern, was die Umsetzung sozialpsychiatrischer Komplexleistungsprogramme angeht, die *Leitlinie* einer großen deutschen Bauplan-Kette übernommen:

Gehet nicht, gibt's nicht!

Umsetzung personenzentrierter Hilfen auf der Grundlage persönlicher Budgets in Gera

Christiane Neudert

Ausgehend vom § 17 SGB IX zur Ausführung der Leistungen kann nach Absatz 1 »der zuständige Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe ... nach Punkt 4, durch ein *persönliches Budget* ausführen ...«. Entsprechend Absatz 3 erproben die Rehabilitationsträger »die Einführung persönlicher Budgets durch Modellvorhaben«.

In Gera, als eine der sechs Referenzregionen des Bundes-Implementationsprojektes, wurde mit Unterstützung der AKTION PSYCHISCH KRANKE nach Schulung zum Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) das Hilfeplanverfahren eingeführt und ab Dezember 2001 verbindliche Hilfeplanungskonferenzen durchgeführt.

Je besser und integrierter entsprechend den festgelegten Kriterien der individuelle Hilfebedarf ermittelt wurde, desto häufiger wurde festgestellt, dass der individuelle Bedarf nicht den vorhandenen Regelangeboten entspricht. Es wurde erforderlich, Möglichkeiten zu suchen, flexible Angebote entsprechend dem individuellen Bedarf zu implementieren und diese auch zu finanzieren.

Einführung des persönlichen Budgets

Die im Modellprojekt integrierten Leistungserbringer erklärten sich bereit, zusätzliche Leistungen anzubieten. Beratungen mit dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG) zwecks Beteiligung des Landessozialamtes (LASF) am Projekt sowohl zu Fragen des regionalen und persönlichen Budgets als auch der direkten Teilnahme an der Entscheidung zu den Einzelfällen führten zum Abschluss der »Ergänzenden Vereinbarung zwischen dem TMSFG, dem LASF und der Stadt Gera zur Implementation der personenzentrierten Hilfe auf der Grundlage persönlicher Budgets« vom Dezember 2002.

Somit konnte in Gera als neue Finanzierungsform für Pflichtleistungen nach dem BSHG für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Menschen aus Gera das persönliche Budget eingeführt werden.

Durch Ausreichung des persönlichen Budgets sollen stationäre oder teilstationäre Aufnahmen vermieden werden und eine effektivere und effizientere Versorgung durch flexible von den Regelanbietern abweichende Hilfe ermöglicht werden. Auf der Basis der §§ 39, 40 BSHG i. V. m. der Verordnung zu § 47 BSHG werden sozialpsychiatrische und sonstige Hilfeleistungen finanziert.

Sozialpsychiatrische Hilfeleistungen sind direkt klientenbezogene Hilfen zum Beispiel im Bereich

- Selbstversorgung,
- Tagesstrukturierung,
- Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
- und Zugangshilfen zur Ausbildung, Beschäftigung und Arbeit.

Sonstige Hilfeleistungen im Sinne dieser Vereinbarung sind z. B. Haushaltshilfen und Begleitung.

Übernahme der Kosten

Die Kosten werden zu 75 % vom Landesamt für Familie und Soziales und 25 % von der Stadt übernommen.

Es wurde ein Gesamtbudget von 105 000 Euro vereinbart. Dabei reduzieren sich die Mittel in dem Umfang, wie gegebenenfalls eine Ausweitung des stationären Bereiches notwendig wird.

Darüber hinaus können alle Träger über persönliche Budgets finanzierte Leistungen erbringen, sofern die entsprechenden Mittel im Rahmen bewilligter Plätze des Regelangebots nicht in Anspruch genommen werden.

Grundlage für die Vergabe von Mitteln im Rahmen des persönlichen Budgets bildet der Beschluss der Hilfeplanungskonferenz. Hier wird die Hilfeart, die Quantität und der Leistungserbringer festgelegt.

In der Modellphase wurden durch die Vereinbarungspartner Geld- oder Barleistungen nicht berücksichtigt.

Die »Zusätzliche Vergütungsvereinbarung nach § 93 Absatz 2 zwischen dem Thüringer Landesamt für Familie und Soziales, der Stadt Gera und einem Trägerverbund in Gera über flexible individuelle sozialpsychiatrische Hilfen zur Teilhabe« vom 23.01.2003 sichert mit den etablierten Trägern im sozialpsychiatrischen Verbund

die Leistungserbringung. In der Anlage zur Vereinbarung werden die Grundprinzipien, die Steuerungsstruktur, die Übernahme von Betreuungsaufträgen sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung geregelt.

Probleme bei der Umsetzung

- Die vorhandenen verschieden finanzierten Regelleistungen (z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst, Kontakt- und Beratungsstelle, betreutes Wohnen) sind zu den neuen Hilfen abzugrenzen.
- Die Leistungserbringer haben ihr Angebot auf das flexible System umzustellen.
- Die Zeit für die Erprobung war zu kurz. Erst seit Januar 2003, also in fünf Hilfeplanungskonferenzen konnte über die neue Form der Hilfeleistung beraten werden.
- Die neue Hilfe wurde von den Klienten aus verschiedenen Gründen abgelehnt, z. B. wenn sie aufgrund ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse in der Lage sind, die Mittel für die Leistung selbst aufzubringen.

Aufgrund der gesammelten Erfahrungen und der Erkenntnisse aus der Fachtagung zum persönlichen Budget am 25.03.2003 in Weimar wird deutlich, dass als Ergänzung zu den flexiblen Angeboten auch Bar- oder Geldleistungen erforderlich sind. Hier sind als Beispiele Eintrittsgelder, Beiträge zu Sportvereinen oder Fitnesscenter zu nennen, um z. B. Kontakte zu fördern oder Tagesstrukturen einzuführen, also Hilfen zu organisieren, die im nichtpsychiatrischen Bereich angesiedelt sind.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass das Ziel personenzentrierte, passgenaue Hilfen zu erbringen, mit dem beschriebenen Weg erreicht wird. Die Konzepte der Einrichtungen müssen die flexible Leistungserbringung ermöglichen. Die Voraussetzungen für die speziellen Hilfen (z. B. Fachpersonal) müssen geschaffen werden, und über einen Angebotskatalog sollen die dem individuellen Bedarf entsprechenden Leistungen transparent gemacht werden. Leider ist es in der Modellphase nicht gelungen, weitere Rehabilitationsträger einzubeziehen. Dies war nicht nur ein zeitliches, sondern vor allem ein inhaltliches Problem.

Die Regelungen des § 93 BSHG als Chance für die Entwicklung personenzentrierter Hilfen

Bernhard Scholten

Ich möchte die Situation in Rheinland-Pfalz beschreiben und darstellen, dass die Regelungen des § 93 Bundessozialhilfegesetz tatsächlich eine Chance bieten, mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit für Menschen mit Behinderungen zu erreichen.

Dabei werde ich im ersten Teil meiner Ausführungen nochmals kurz die Ziele der Psychiatrie-Reform skizzieren, um im zweiten und dritten Teil dann die bisherigen Reformschritte in Rheinland-Pfalz darzustellen. Dazu gehören die beiden Stichworte *Gemeindepsychiatrischer Verbund* und *persönliches Budget*.

Im vierten Teil werde ich kurz die gesetzlichen Voraussetzungen nach §§ 39, 40, 46, 72 und 93 BSHG darstellen und auch erläutern, auf welche Umsetzungsschritte sich die Sozialleistungsträger in Rheinland-Pfalz und die Anbieterseite der Leistungen vertreten durch die LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der privaten Einrichtungen verständigt hat.

Im fünften Teil meiner Ausführungen werde ich dann den Stand der Umsetzung dieser Absprachen skizzieren, um dann in einem letzten und sechsten Teil die Perspektiven zu beschreiben.

Die Ziele der Psychiatrie-Reform in Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz hat die Psychiatrie-Reform im Vergleich zu anderen Bundesländern verspätet begonnen. Die damals neue Landesregierung, gebildet aus SPD und FDP, hat in den Koalitionsvereinbarungen von 1991 erstmals die Reform der psychiatrischen Versorgung als einen Schwerpunkt der Landespolitik benannt. Im damaligen Koalitionsvertrag wurde erklärt, dass es Ziel der Psychiatrie-Reform sei, die psychiatrischen Hilfen dezentral anzubieten, damit die Hilfen zu den Menschen kommen und diese nicht mehr zu den Hilfen gehen müssen.

Der 1996 aufgrund des in Kraft getretenen Landesgesetzes für psychisch kranke Personen erstmals einberufene Landespsychiatrie-beirat hat sich nach einer intensiven Diskussion in seiner dritten Sitzung einvernehmlich auf die *Ziele dieser Psychiatrie-Reform* verständigt.

Die damals formulierten Ziele, die sicherlich auch heute noch gelten, sind:

1. Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen sollen, soweit dies ihre Erkrankung und Behinderung ermöglicht, ein *möglichst normales und selbstbestimmtes Leben führen*. Aus diesem Normalisierungsprinzip ergibt sich das zweite Ziel:
2. Die *Selbsthilfekräfte* und die *Selbstverantwortung der einzelnen Person* ist zu stärken. Die Selbsthilfe hat Vorrang vor der professionellen Hilfe. Die allgemeinen professionellen Hilfen, einschließlich des bürgerschaftlichen Engagements, haben Vorrang vor den spezifischen psychiatrischen Hilfen. Deren Aufgabe ist es stets, die Selbsthilfekräfte zu fördern, das bürgerschaftliche Engagement zu unterstützen und die allgemeinen professionellen Hilfen zu qualifizieren, die notwendigen Leistungen zu erbringen. Aus dieser inhaltlichen Zielsetzung ergibt sich das dritte Ziel:
3. Zur Stärkung der Selbsthilfe, des bürgerschaftlichen Engagements und der allgemeinen Hilfen sind auch entsprechende Versorgungsstrukturen erforderlich. Konkret bedeutet dies: die *ambulant*en Leistungen haben Vorrang vor den stationären, die *dezentralen Angebote* haben Vorrang vor den zentralen. Konsequenterweise bedeutet dies, dass sich auch die Finanzierung der Leistungen ändern muss.
4. Damit ein psychisch kranker Mensch auch in seiner gewohnten Umgebung wohnen bleiben kann, ist es unabdingbar, dass die für ihn notwendigen Leistungen auch zuverlässig erbracht werden. Der Leistungserbringer übernimmt die Verantwortung zur Erbringung der Leistungen für eine konkrete Versorgungsregion. Dabei sollten sich die Leistungserbringer in einer Region zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenschließen, um dieser *Versorgungsverantwortung gegenüber der kommunalen Gebietskörperschaft*, deren Aufgabe es ist, die allgemeine Daseinsfürsorge zu sichern, gerecht zu werden.

Die *Ziele der Psychiatrie-Reform* lassen sich also durch folgende vier Stichworte skizzieren:

- Stützung und Förderung normaler Lebenswelten.
- Förderung der Selbsthilfe vor der professionellen Hilfe.
- Ambulante und dezentrale Angebote vor stationären und zentralen; und
- Hilfen zuverlässig gestalten und erbringen.

Entwicklung der Psychiatrie-Reform in Rheinland-Pfalz

Spätestens seit dem In-Kraft-Treten des *Landesgesetzes für psychisch kranke Personen* am 01.01.1996 hat in Rheinland-Pfalz eine intensive Diskussion über die Psychiatrie-Reform begonnen. Die Konsequenz dieser Debatte ist eine deutliche Veränderung der Versorgungslandschaft. Sicherlich beschreiben die vier genannten Ziele der Psychiatrie-Reform eine Vision psychiatrischen Handelns; doch ich glaube, dass ein Teil dieser Vision in den letzten sechs Jahren auch schon Wirklichkeit geworden ist.

Ich möchte an dieser Stelle keine Einzelheiten der Entwicklung darstellen, diese sind sehr ausführlich nachzulesen in der Antwort des Gesundheitsministeriums auf die Große Anfrage der SPD-Landtagsfraktion aus dem Frühjahr des Jahres 2002.

Ich möchte nur beispielsweise zwei Prozesse beschreiben, die mitgeholfen haben, diese vier Ziele besser als bisher zu realisieren.

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Hilfen zuverlässig gestalten ist eine unabdingbare Voraussetzung, um Menschen mit einer psychischen Behinderung ein möglichst normales Leben in ihrer Gemeinde, in ihrer sozialen Situation zu ermöglichen. Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen sieht im § 7 Abs. 1 vor, dass die *Landkreise und kreisfreien Städte die Zuständigkeit für die Planung und Koordination der psychiatrischen Hilfen haben*. Sie sollen dieses durch die Schaffung eines *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* ermöglichen. Dabei sollen sie darauf hinwirken, dass sich die Leistungserbringer in ihrer Region vertraglich verpflichten, die notwendigen Leistungen so zu erbringen, dass kein Mensch mehr Hilfen in einer anderen Region suchen muss.

Zwischenzeitlich ist es in verschiedenen Regionen gelungen, solche *Gemeindepsychiatrischen Verbünde* zu entwickeln. Ausgangspunkt waren die beiden Verbundprojekte in den Regionen Trier/Trier-Saarburg und in der Region Kaiserslautern bestehend aus Stadt und Landkreis Kaiserslautern. In diesen beiden Regionen wurden mit finanzieller Unterstützung und Förderung des Landes exemplarisch Verbundsysteme für das Wohnen und die Tagesstruktur geschaffen. Die Leistungserbringer in diesen Regionen haben sich zu einem *Gemeindepsychiatrischen Verbund* zusammengefunden, ha-

ben vertraglich abgesicherte Absprachen über die Erbringung der notwendigen Leistungen getroffen und als Leistungsanbieter dieses dann auch mit den zuständigen Kommunen vertraglich vereinbart. Dies hat beispielsweise dazu geführt, dass Menschen, die in der Region Trier Leistungen zur Selbstversorgung, zur Tagesgestaltung, zur Kontaktfindung oder zur Teilhabe am Arbeitsleben suchen, diese Leistungen auch zuverlässig in ihrer Region erhalten.

Grundlage für die Erbringung der Leistungen ist eine *individuelle Hilfeplanung*. Diese Hilfeplanung geht von der Beschreibung der langfristigen Ziele des jeweiligen Menschen aus. Sie beschreibt dann seine Fähigkeiten und Ressourcen, benennt aber auch seine Beeinträchtigungen, die ihn daran hindern, seine Kompetenzen und Ressourcen zur Erreichung der Ziele zu nutzen. *Im Ergebnis beschreibt diese Hilfeplanung dann die notwendigen Leistungen, die zusätzlich zu den Kompetenzen und Fähigkeiten des einzelnen Menschen erforderlich sind, damit die jeweils vereinbarten Ziele erreicht werden können.*

Eine solche individuelle Hilfeplanung setzt also bei der Zieldefinition an, nutzt die Selbsthilfepotenziale des einzelnen Menschen und beschreibt die notwendigen professionellen Leistungen. Dabei wird dann auch zwischen bürgerschaftlichem Engagement, allgemeinen Leistungen und spezialisierten psychiatrischen Leistungen unterschieden.

In den beiden genannten und mittlerweile auch in zahlreichen weiteren Regionen wurden zwischenzeitlich *Hilfeplankonferenzen* eingeführt. Aufgabe dieser Hilfeplankonferenz ist es, für jede einzelne Person, die aufgrund der individuellen Hilfeplanung als notwendig angesehenen Leistungen nochmals kurz zu benennen, um dann die erforderlichen Absprachen der verschiedenen Leistungsträger zur Erbringung dieser Hilfen zu treffen. Schließlich erklärt der zuständige Sozialhilfeträger in der Hilfeplankonferenz seine Bereitschaft, die Kosten für diese Leistungen auch entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen des BSHG zu übernehmen.

- Die *Vorreihe* einer solchen Struktur liegen auf der Hand:
1. Die notwendigen Leistungen werden für jede Person individuell bestimmt.
 2. Die Hilfe suchende Person bleibt Subjekt dieses Hilfeplanprozesses.
 3. Es gibt verbindliche Absprachen über Erbringung der notwendigen Leistungen und

4. es gibt eine schnelle Kostenzusage des zuständigen Sozialhilfeträgers.

Allerdings hat dieses Verfahren auch deutlich gemacht, dass die *derzeitige Finanzierung der notwendigen Leistungen die individuelle Erbringung von Leistungen behindert*. So teilen sich beispielsweise Land und Kommune die Kosten für die stationäre oder teilstationäre Hilfe, die Kosten der ambulanten Hilfe trägt die Kommune alleine. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass aus Sicht des Landkreises eine insgesamt teure stationäre Leistung für die Kommune billiger ist.

Dazu ein *Beispiel*: Der Pflegesatz einer stationären Einrichtung liegt beispielsweise im Monat bei 2 000 Euro. Da sich das Land als überörtlicher Sozialhilfeträger und die Kommune als örtlicher Sozialhilfeträger diese Kosten hälftig teilen, beträgt die Last für jeden Sozialhilfeträger jeweils 1 000 Euro. Eine vielleicht ausreichen- de ambulante Maßnahme kostet dagegen beispielsweise 1 200 Euro. Da der örtliche Sozialhilfeträger für diese Kosten nach derzeitigen gesetzlichen Regelungen alleine tragen muss, steigen seine Ausgaben um 200 Euro, während das Land von der Kostentragung entlastet wird.

Obwohl die ambulante Maßnahme in diesem Beispiel um 800 Euro günstiger ist als die stationäre, kann die derzeitige Finanzierungstruktur im Einzelfall den Landkreis dazu verleiten, eine stationäre Leistung anzustreben; denn dann spart er aus seiner Sicht 200 Euro.

Das persönliche Budget

Diese Problematik wurde durch die Entwicklung der *Gemeindepsychiatrischen Verbünde* offenkundig. Sie bedarf sicherlich mittelfristig einer gesetzlichen Regelung. Doch bis diese notwendigen Voraussetzungen geschaffen sind, hat sich das Land mit den kommunalen Gebietskörperschaften auf eine alternative Finanzierung der notwendigen Leistungen geeinigt.

Praktisch parallel zur Entwicklung der *Gemeindepsychiatrischen Verbünde* in den Regionen Trier und Kaiserslautern wurde in den Regionen Koblenz/Neuwied und Ludwigshafen die Einführung des *persönlichen Budgets* erprobt.

Grundgedanke des *persönlichen Budgets* war es, die bisherigen

Kosten für den stationären Bereich in den ambulanten Bereich zu verlagern. Die Erfahrung zeigt, dass viele Menschen sich in stationären Einrichtungen befinden, die mit einer entsprechenden professionellen oder bürgerschaftlichen Unterstützung auch im ambulanten Bereich leben könnten.

Diese Menschen erhalten ein *persönliches Budget*, mit dem sie sich die notwendigen Leistungen selbst einkaufen können. Das *persönliches Budget* tritt somit an die Stelle des *Pflegesatzes*.

Aus der Entwicklung der *Gemeindepsychiatrischen Verbünde* war bekannt, dass trotz einer *individuellen Hilfeplanung* immer nur *Leistungen von der Stange* angeboten wurden. Konkret bedeutet dies: Trotz der deutlichen Beschreibung der notwendigen individuellen Leistungen konnten immer nur die Standardantworten wie Betreutes Wohnen, Tagesstätte oder Heim gegeben werden.

Durch die Einführung des *persönlichen Budgets* werden die starren Grenzen zwischen diesen institutsbezogenen Leistungen aufgehoben. Jetzt kann der einzelne Mensch tatsächlich die für ihn notwendigen Leistungen *einkaufen*. Das *persönliche Budget* ermöglicht es, spezifische und auf den Einzelfall bezogene *Leistungspakete* zu schnüren.

Gleichzeitig fördert das *persönliche Budget* auch die Selbstbestimmung des einzelnen Menschen, denn er bestimmt die für ihn notwendigen Hilfen durch die Individuelle Hilfeplanung und als Empfänger des *persönlichen Budgets* kann er sich seine Leistungserbringer auch aussuchen. Er bezahlt die für ihn notwendigen Leistungen mit dem *persönlichen Budget* selbst.

Die Einführung des *persönlichen Budgets*, das auch durch das Sozialgesetzbuch IX mittlerweile gesetzlich abgesichert wurde, *stärkt also die Kompetenz der Hilfesuchenden Person* und führt zu einer *Individualisierung* der notwendigen Leistungskomplexe.

Die Änderungen des Bundessozialhilfegesetzes

Parallel zu den beschriebenen Entwicklungen in Rheinland-Pfalz hat der Bundesgesetzgeber bereits im August 1996 das Bundessozialhilfegesetz grundlegend novelliert. Die Neuerungen des § 93 ff. BSHG sehen vor, dass zukünftig nicht mehr pauschalisierte Leistungspakete durch einen pauschalisierten Pflegesatz finanziert werden, sondern die Leistungserbringer verpflichtet sind, ihre Leistungen

konkret zu beschreiben. Über die Erbringung dieser Leistungen schließen sie mit dem zuständigen Sozialhilfeträger eine Vereinbarung ab. Mit Abschluss der Leistungsvereinbarung verpflichtet sich der Leistungserbringer gleichzeitig auch, diese Leistungen für alle Personen aus einem beschriebenen Versorgungsbereich anzubieten.

Die Leistungsvereinbarung, die Art, Inhalt und Umfang der Leistungen im Detail beschreibt, wird ergänzt durch eine Entgeltvereinbarung. Die Entgelte müssen, so § 93 Abs. 2 BSHG, leistungsgerecht sein und der Einrichtung bei einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung ermöglichen, die bedarfsgerechten Leistungen zu erbringen.

Diese beiden Vereinbarungen über Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie über die Finanzierung der Leistungen werden durch eine dritte Vereinbarung ergänzt. Diese dritte Vereinbarung regelt, wie der Sozialhilfeträger die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen überprüfen kann.

Zukunftig wird es also zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer drei Vereinbarungen geben. Diese sind:

1. Die Leistungsvereinbarung
2. Die Entgeltvereinbarung und
3. die Prüfvereinbarung über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung.

Der neue § 93 a BSHG beschreibt dann im Detail, welchen Regelungsumfang diese drei Vereinbarungen zukünftig haben werden. Dabei ist nach Abs. 2 vorgesehen, dass die Vergütung der Leistungen in Zukunft prospektiv erfolgen wird. Dabei werden drei Kategorien unterschieden:

1. Eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale)
2. Pauschalen für die Maßnahmen (Maßnahmepauschalen) und
3. ein Beitrag zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung (Investitionsbeitrag).

Grundlage für die Kalkulation der Maßnahmepauschale sind Gruppen für Hilfeempfänger mit einem vergleichbaren Hilfebedarf.

Damit nicht jeder Einrichtungsträger oder jede Einrichtung neue Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern aushandeln muss, sieht § 93 d BSHG vor, dass die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und

die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene mit den Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen abschließen sollen. Dieser gemeinsame und einheitliche Rahmenvertrag wird dann Grundlage für die Einzelvereinbarungen sein.

Die Neuregelungen des Bundessozialhilfegesetzes zur Finanzierung der Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG und der Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten nach § 72 BSHG können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die pauschale Finanzierung von Leistungen wird nach einer Übergangsfrist aufgehoben.
2. Das Selbstkostendeckungsprinzip wird aufgehoben, stattdessen werden prospektiv – also im Vorhinein – die Kosten der Leistungen vereinbart. Somit kann der Einrichtungsträger sowohl Gewinne wie auch Verluste erwirtschaften. Er hat somit stärker als bisher ein unternehmerisches Risiko.
3. Die Entgelte werden aufgeteilt in
 - eine Grundpauschale für die Unterkunft und Verpflegung
 - eine Maßnahmepauschale für die individuellen notwendigen Leistungen und
 - einen Investitionsbeitrag.
4. Die Höhe der Maßnahmepauschalen orientieren sich am individuellen Hilfebedarf.
5. Der Bundesgesetzgeber hat mit dieser Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes die Voraussetzung geschaffen, um stärker als bisher auch individuell notwendige Leistungen zu finanzieren.

Durch diese Neuregelung hat auch der § 46 BSHG an erhöhter Aufmerksamkeit gewonnen. § 46 BSHG sieht vor, dass der Träger der Sozialhilfe so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen aufstellt. Dieser Gesamtplan setzt also die Individuelle Hilfeplanung als Leistung voraus.

Im Übrigen sei auch noch darauf hingewiesen, dass der neue § 3 a BSHG den Vorrang der offenen Hilfen als Ziel der Sozialhilfe definiert.

Die Umsetzung der individuellen Hilfeerbringung in Rheinland-Pfalz

Nach der Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes im August 1996 haben sich die Träger der Sozialhilfe in Rheinland-Pfalz und Vertreter der IIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zusammengefunden, um diesen Umstrukturierungsprozess für Rheinland-Pfalz zu organisieren.

In einem ersten Schritt wurde versucht, für die einzelnen Behinderungsarten eigene Rahmenverträge zu schreiben.

So gab es beispielsweise Arbeitsgruppen, die an einem Rahmenvertrag für die Einrichtungen für geistig behinderte Menschen, für Menschen mit seelischen Behinderungen, für Menschen mit Suchterkrankungen, für Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen und für behinderte Kinder entwickeln sollten. Zusätzlich gab es eine Arbeitsgruppe, die einen Rahmenvertrag für die Werkstätten für behinderte Menschen verhandeln sollte und eine siebte Gruppe, die eine Vereinbarung zur Erbringung von Leistungen nach § 72 BSHG vereinbaren wollte.

Im Laufe der Verhandlungen zeigte sich, dass die einzelnen Rahmenverträge sehr unterschiedlich ausgestaltet waren, es aber letztlich keine klare Abgrenzung zwischen den einzelnen Behinderungsarten gab. Was sollte mit einem Menschen geschehen, der neben einer seelischen Behinderung auch körperlich behindert war?

So einigten sich die Vertragspartner letztlich im Jahre 2000 darauf, einen einheitlichen Rahmenvertrag für alle Leistungen nach §§ 39, 40 und 72 BSHG zu vereinbaren. Diese Vereinbarung sieht einen Übergangszeitraum von fünf Jahren vor, beginnend zum 01.01.2001 und endend am 31.12.2005. In diesen fünf Jahren sollen folgende Aufgaben bewältigt werden:

1. Die Entwicklung eines einheitlichen Hilfeplanningstrumentes, das eine Individuelle Hilfeplanung ermöglicht. Dieses sollte in den Jahren 2001/2002 geschehen.
2. Eine Vereinbarung über die Grundlagen zur Kalkulation der Grund- und Maßnahmepauschalen sowie eine Verständigung zur Berechnung des Investitionsbetrages. Dies sollte nach Einführung der Individuellen Hilfeplanung zu Beginn des Jahres 2003 Hauptaufgabe der Verhandlungen in diesem Jahr sein.
3. Auf der Grundlage der Individuellen Hilfeplanung und der vereinbarten Kalkulationsgrundlage der Maßnahmepauschalen

sollen im Jahre 2004 zunächst einrichtungsbezogene Maßnahmepauschalen kalkuliert werden. In einem weiteren Schritt soll 2005 auf landesweit vergleichbare Maßnahmepauschalen umgestellt werden.

4. Am Ende des Jahres 2005 soll in einem Rahmenvertrag dann die landesweite Umsetzung der Individuellen Hilfeplanung vereinbart werden. Gleichzeitig sollen dann die vereinbarten Grund- und Maßnahmepauschalen zum 1. Januar 2006 umgesetzt werden. Gleichzeitig gelten dann auch die vereinbarten Berechnungsgrundlagen für den einrichtungsbezogenen Investitionsbetrag.

Entscheidend war, dass sich alle Beteiligten auf eine *Kostenneutralität* bei der Umstellung dieses Finanzierungssystems geeinigt hatten. Kostenneutralität bedeutet *für die Träger der sozialen Hilfe*, dass durch die Umstellung auf die neuen Berechnungsgrundlagen keine zusätzlichen Finanzmittel benötigt werden. Die Mittel, die heute für die Eingliederungshilfe und für die Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten zur Verfügung stehen, werden auch nach Abschluss des Rahmenvertrages zur Verfügung gestellt. Die Umstrukturierung wird also nicht, wie einige vermuten, zu einer heimlichen Kürzung der Leistungen führen. Sie kann aber andererseits auch nicht zu einer unkontrollierten Ausweitung der Leistungen genutzt werden.

Für die Träger der Einrichtungen bedeutet Kostenneutralität, dass sie sicher sein können, dass sie zumindest bis zum 31. Dezember 2005 das gleiche Budget für ihre Einrichtungen erhalten wie zu Beginn des Prozesses. Dabei sei noch angemerkt, dass natürlich auch vereinbart wurde, dass die üblichen Pflegesatzsteigerungen in diesen fünf Jahren weiter verhandelt werden können. Somit werden Ende des Jahres 2005 selbstverständlich insgesamt mehr Mittel zur Verfügung stehen, als am Beginn des Prozesses am 1. Januar 2001.

Die Vereinbarung zur Kostenneutralität bedeutet somit, dass es neben den in diesem Zeitraum vereinbarten Pflegesatzsteigerungen durch diesen Umstrukturierungsprozess zu keinen weiteren Kostensteigerungen oder -kürzungen kommen darf. Letztlich bedeutet dies für die Beschäftigten der psychiatrischen Dienste und Einrichtungen, dass am Ende des Prozesses die gleichen Mittel zur Verfügung stehen – ergänzt um die vereinbarten Pflegesatzerhöhungen – wie am Anfang des Prozesses.

Stand des Umsetzungsprozesses

Die Vertragspartner haben sich bisher an dem im Oktober 2000 vereinbarten Zeitplan gehalten. Es ist in den Jahren 2001/2002 gelungen, ein Instrumentarium zur individuellen Hilfeplanung zu entwickeln. Wer diese Individuelle Hilfeplanung – abgekürzt IHP – kennt, weiß, dass dieses Instrumentarium aus der psychiatrischen Diskussion entwickelt wurde. Es hatte bereits in den 90er-Jahren die Aktion PSYCHISCH KRANKE ihren *Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)* vorgelegt. Dieser IBRP war Grundlage für die Entwicklung des rheinland-pfälzischen individuellen Hilfeplans (IHP). Dieser wurde in zwei Feldphasen getestet und liegt seit Ende des Jahres 2002 jetzt vor.

Mit der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und den Vertretern der privaten Einrichtungen wurde vereinbart, dass dieser Individueller Hilfeplan ab dem 1. März 2003 Grundlage für die Arbeit der Einrichtungen, die Eingliederungshilfe oder Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten zu erbringen, sein wird. Der IHP soll, so die Vereinbarung, schrittweise eingeführt werden.

Dabei waren sich die Vertragspartner dahingehend einig, dass schon vor dem IHP oder dem IBRP die Einrichtungen stets eine Hilfeplanung gemacht haben.

Hilfeplanung ist ein integraler Bestandteil der Eingliederungshilfe oder Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Der IHP systematisiert diese Hilfeplanung, er macht den Prozess transparent und, da er in allen Einrichtungen und Diensten gilt, auch vergleichbar. Der IHP wird somit zukünftig auch Grundlage für den Gesamthilfeplan nach § 46 BSHG sein. Er wird somit zur Voraussetzung zur Gewährung der Eingliederungshilfe oder der Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten.

Die landesweite Einführung des IHPs zum 01.03.2003 bedeutet, einen groß angelegten Feldversuch durchzuführen. Der IHP kann durch diese landesweite Einführung sicherlich verbessert werden. So ist vereinbart, im September 2003 die Erfahrungen der Beschäftigten in den Diensten und Einrichtungen zu sichten und auszuwerten und – dort wo es notwendig ist – den IHP auch zu verbessern.

Gleichzeitig haben jetzt die Verhandlungsrunden begonnen, um Grundlagen zur Kalkulation der Grund- und der Maßnahmenpau-

schalen zu vereinbaren. Ziel wird es sein, die vorhandenen Finanzierungsmittel so einzuteilen, dass der möglichst größte Teil der Gelder für die Erbringung der notwendigen Leistungen zur Verfügung steht. Dieser Prozess hat erst begonnen, Aussagen, wie die Verhandlungen ausgehen, wären heute sicherlich verfrüht.

Perspektiven und Ausblick

Ich hoffe, ich konnte mit meinen Ausführungen deutlich machen, dass das Ziel der Umstrukturierung der Finanzierungsvoraussetzungen für die Eingliederungshilfe und für die Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten ist, die Hilfe suchende Person zu stärken. Letztlich sollen die am Anfang genannten vier Ziele der Psychiatriereform nicht nur für Menschen mit seelischen Behinderungen, sondern für alle Menschen mit Behinderungen erreicht werden.

Die vereinbarte Kostenneutralität ist der Garant dafür, dass dieser Umstrukturierungsprozess nicht gegen die legitimen Interessen der Beschäftigten geführt wird. Durch diesen Umstrukturierungsprozess werden der Eingliederungshilfe keine Mittel entzogen, sondern dieser Umstrukturierungsprozess führt dazu, dass es einen neuen Verteilungsschlüssel gibt. Der Verteilungsschlüssel orientiert sich an dem notwendigen Bedarf des einzelnen Menschen.

Lassen Sie mich zusammenfassen: In Rheinland-Pfalz ist es nach meiner Auffassung gelungen, zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern einen *Konsens über das gemeinsam angestrebte Ziel zu finden. Leistungsträger und Leistungserbringer wollen die Abkehr von der institutsbezogenen Finanzierung, sie wollen den Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt stellen.*

Der personenorientierte Ansatz ist die Grundlage der gemeinsamen Verhandlungen. Dabei will ich nicht verschweigen, dass sich diese Verhandlungen schwierig gestalten; die Leistungsträger stehen unter dem Druck der immer enger werdenden Haushaltssituation des Landes und der Kommunen; die Leistungserbringer befürchten einen schleichenden Abbau von Qualität und damit Personal. Es ist unbestritten, dass einzelne Einrichtungen, die bisher entweder sehr unwirtschaftlich oder mit einem niedrigen Qualitätsstandard gearbeitet haben, durch diesen Umstrukturierungsprozess gezwungen sein werden, sich erheblich zu verändern, wenn sie auch in Zukunft als Leistungsanbieter auftreten möchten.

Dennoch glaube ich, dass der § 93 BSHG eine Chance für beide Seiten ist:

- für die Leistungsträger wird das Leistungsangebot transparent und durch den personenorientierten Ansatz zahlen sie nur die Leistungen, die auch tatsächlich benötigt werden.
- Die Leistungserbringer können flexibler als bisher Leistungen entwickeln und anbieten, sie können ihren Qualitätsstandard halten und sich bei der Erbringung der Hilfen an individuellen Hilfebedarf des einzelnen Menschen orientieren. Sie können den gesetzlichen Anspruch, Hilfen *von* Einrichtungen, aber nicht unbedingt *in* Einrichtungen erbringen zu lassen, umsetzen.

Dies ist ein Anspruch, den die Wohlfahrtsverbände sicherlich schon immer für sich erhoben haben.

Die Alternative zu dieser Umstrukturierung wäre nach meiner Auffassung eine stärker marktwirtschaftlich orientierte Finanzierung. In einem solchen Fall würde der Leistungsträger eine Leistung ausschreiben, die Leistungserbringer würden ihre Leistungsangebote mit einem Preis versehen vorlegen und der Leistungsträger würde sich dann auf diesem Markt eine Leistung aussuchen. Seien wir ehrlich, diese Auswahl würde wesentlich durch den Preis bestimmt. Landeseinheitliche Maßnahmepauschalen, so wie wir sie in Rheinland-Pfalz umsetzen wollen, würden diesen *Wettbewerb über den Preis verhindern*. Sie würden einen *Wettbewerb über die Qualität ermöglichen*. Somit bietet der § 93 BSHG auch eine große Chance, nicht nur für die Leistungsanbieter und die Leistungsträger, sondern insbesondere für die Menschen, die diese Leistungen für ein selbstbestimmtes Leben benötigen.

III. Gelebte Praxis

Einführung in den Personenzentrierten Ansatz

Einführung

Reinhard Peukert

In der Arbeitsgruppe stelle sich eine Situation her, die für Schulungen zum Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und Einführungen in personenzentrierte Hilfeplanung typisch ist: Alle nur denkbaren Stufen von Wissen und Vorerfahrungen zum personenzentrierten Ansatz und der darauf bezogenen Hilfeplanung mit dem IBRP waren präsent – von »schon mal davon gehört« bis »wir arbeiten schon seit Jahren damit.«

Und es hat sich wieder einmal erwiesen: Es gibt viele Informationen und Veröffentlichungen zum IBRP – aber selbst mit Literaturstudium ist er nicht selbstklärend. Ohne eine fachkompetente Einführung birgt er eher die Gefahr vielfältiger Missverständnisse, die sich äußerst negativ auswirken können. Die Missverständnisse gehen vom »IBRP als Fragebogen, in dem alles von vorn bis hinten angekreuzt und abgearbeitet werden muss« bis hin zu einer Verwerfung, die lediglich der Zuweisung zu bestehenden Institutionen dient. Damit werden die Intentionen in ihr Gegenteil verkehrt.

Der IBRP ist vielmehr ein Hilfsmittel bei der Umstrukturierung der institutionsorientierten zu personensorientierten Hilfen für psychisch kranke Menschen. Kompetente und sachgerechte Hilfeplanung mit dem IBRP soll diesen Paradigmenwechsel im eigentlichen Zentrum des Geschehens – nämlich in der Interaktion zwischen einer Hilfe nachfragenden und einer Hilfe bereitstellenden Person, also im konkreten Hilfeprozess selbst – realisieren.

Auf dem »Schulungs- und Bildungsmarkt« gibt es sehr viele Angebote, die sich zum Teil sehr weit von den Intentionen weg bewegen; daher müssen die Grundintentionen und die mit ihnen verbundenen Grundhaltungen immer wieder angesprochen werden, so auch in der Arbeitsgruppe; denn »wenn die Grundhaltung nicht stimmt, ist alles andere Falschgeld« (siehe hierzu nachfolgenden Beitrag von *Peter Kruckenberg*).

Um Einzelpersonen, Trägern und Regionen eine Orientierung im entstandenen Dschungel der Fortbildungen und Schulungen zu ermöglichen, hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) in Kooperation mit einer Fachhochschule die Ausbildung von Multiplikatoren begonnen, die ein ihre Kompetenz ausweisendes Zertifikat erhalten. Die Dienste dieser Multiplikatoren können über die Geschäftsstelle der APK zu festen Konditionen in Anspruch genommen werden.

Aus den Einführungsbeiträgen und der Diskussion in der Arbeitsgruppe geht eine weitere, nicht anzuzweifelnde Aussage hervor:

Nur im Kontext organisationsinterner und regionaler Fortentwicklung einerseits sowie parallel organisierter stützender Prozesse auf der Ebene der Einzelorganisationen sowie des regionalen Versorgungssystems andererseits entfaltet Hilfeplanung mit dem IBRP seine volle Potenz – andernfalls »sackt der Ansatz häufig ab, der IBRP verkommt zum Fragebogen, und gewohnte Arbeitsweisen setzen sich wieder durch« (siehe Beitrag von *Hiltrud Kruckenberg* in diesem Band).

Neben verbindlichen Absprachen zwischen allen Beteiligten gehört die intensive Schulung in personenzentrierter Hilfeplanung zu den Kernelementen der Umstrukturierung.

Hiltrud Kruckenberg und *Dorothea Rau* plädieren aus der Sicht einer Fortbildnerin (*Hiltrud Kruckenberg*) und einer für die Hilfeplanung verantwortlichen Mitarbeiterin eines großen Trägers (*Dorothea Rau*) vehement für komplexe Fortbildungen und Schulungen zur Integrierten Hilfeplanung – denn der IBRP ist eben nicht selbstklärend!

Aus ihren Beiträgen wird deutlich, dass Kurzeinführungen für die faktische Realisierung des Paradigmenwechsels wenig hilfreich sind; diese unterliegen den gleichen Gefahren wie die Haltung, »ich besorge mir die Arbeitshilfe, kopiere den IBRP und lege los«.

Ob Online-Schulungen mit dazwischen stattfindenden Präsenzveranstaltungen die gleichen Wirkungen haben können wie die komplexen Einführungen, für die sich die beiden Praktikerinnen aussprechen, wurde kontrovers diskutiert.

Letztlich ist diese Frage zurzeit nicht beantwortbar, denn es liegt gegenwärtig nur eine Version für Studierende vor, die im Rahmen eines Fachhochschulstudiums in Hilfeplanung eingeführt werden sollen. Eine deutlich veränderte Version für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist noch in Arbeit. (Wer sich über die Studierenden-Version informieren möchte, findet diese unter: www.ibrp-online.de)

Welche regionalen Unterstützungsprozesse die Einführung des IBRP in einer Versorgungsregion erleichtern und verbessern können, berichtet *Maria Augmann-Peiffer* als IBRP-Beauftragte der Modellregion München-Stüd.

Die Kernbotschaft der Arbeitsgruppe

Fundierte Fortbildungen bzw. Schulungen können auf dem Weg von den institutions- zu den personenzentrierten Hilfen den Umweg über die »Bogenzentrierung« vermeiden helfen.

Trotz aller unterstützenden Maßnahmen einschließlich der Schulungen ist das für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein mühsamer Prozess!

»Wenn aber subjektorientiertes personenbezogenes Handeln in verbindlicher Kooperation und Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson nach anfänglichen Mühen über einen längeren Zeitraum selbstverständlich geworden ist, nehmen Kompetenz, Kreativität und Arbeitsfreude regelmäßig zu.«

Beim Konzept des personenzentrierten Ansatzes wird dem unmittelbaren sozialen Umfeld eine große Bedeutung beigemessen, insbesondere auch den Angehörigen. Die faktische Abstimmung der Hilfeplanung mit ihnen bzw. ihre Einbeziehung in die Planungen stellt aber nach wie vor eine eher unbewältigte Herausforderung dar.

Sozialpsychiatrie ist intersubjektive Psychiatrie – oder sie ist keine

Peter Kruckenberg

Bedeutung von Sozialpsychiatrie

Als Mitarbeiter eines regionalen Hilfesystems habe ich verinnerlicht, dass ein Mensch, der in seiner seelischen Gesundheit gestört ist – wie ich übrigens auf vielerlei Weise auch –, dass dieser Mensch seine Besonderheiten als Teil seiner persönlichen Existenz erlebt und – wie ich auch – letztlich das Bedürfnis hat, in dieser seiner ganzen Existenz gesehen und verstanden zu werden.

Sozialpsychiatrie ist deshalb zu allererst persönliches Mitsein, auf gleicher Augenhöhe, in individueller professioneller Begleitung. Professionell im Hinblick auf Nähe und Distanz, aufzuwenden und Abgrenzen, Fördern und Fordern, auf allgemeine und spezifische Hilfen.

Wenn verschiedene MitarbeiterInnen in einer Region in dieser Haltung, zielorientiert und verbindlich partnerschaftlich miteinander und vor allem mit dem Patienten und seinem persönlichen Umfeld zusammenarbeiten, sprechen wir von personenzentrierten Hilfen und nutzen den integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als Hilfsmittel.

Nicht jeder kann ohne weiteres lernen, mit dem IBRP umzugehen. *Wenn die Grundhaltung nicht stimmt, ist alles andere Falschgeld.*

Letzte Woche sagte ein Stellenbewerber auf die Frage, was ihm an der Arbeit in der Psychiatrie gefalle, er finde »die Behandlung von Psychotikern spannend«. Ich habe mir vorgestellt, ich sei einer von diesen »Psychotikern« – das Wort allein macht mich jedes Mal irgendwie wütend – und müsste mich von diesem »Spannend-Finder« und vielleicht noch anderen Professionellen mit ähnlicher Grundhaltung behandeln lassen.

Das Wort personenzentrierte Hilfen würde dann eher die Vorstellung erzeugen, dass Pfeile und Lanzen aus verschiedenen Richtungen auf mich gerichtet wären, irgendwie gutwillig vielleicht, aber doch Pfeile und Lanzen.

Also: Dieser Bewerber wäre noch nicht IBRP-fähig und müsste,

wenn er dazu bereit ist, in einem guten Team, vielleicht auch in berufsbezogener Selbsterfahrung erst therapeutische Grundhaltung lernen.

Entstehungsgeschichte und Intention des IBRP

Nach der Festlegung der Psych-PV 1991 hat die AKTION PSYCHISCH KRAKE ein Jahr später vom BMG den Auftrag zur Entwicklung eines Konzepts zur Personalbemessung im komplementären Bereich erhalten. Wir haben dazu eine Kommission gebildet, die 1996 ihre Ergebnisse publizierte. Diese Kommission hat nicht, wie vielleicht erwartet, Personalschlüssel für Institutionen vorgeschlagen, sondern die Chance genutzt, Leitlinien für ein im oben genannten Sinne personenzentriertes regionales Hilfesystem zu entwickeln.

Diese sind auf vier Ebenen dargestellt:

1. *Auf der Arbeitsebene, d.h. auf der Ebene der Leistungserbringung:*
Wie ist ein zielorientiertes integriertes Behandlungs- und Rehabilitationsprogramm, orientiert am individuellen Hilfebedarf des Klienten, von allen Beteiligten gemeinsam zu erstellen?
2. *Auf der Ebene der funktionalen Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Kommune:*
Wie sind diese zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zu integrieren, damit bedarfsgerechte Angebote für alle Patienten entwickelt werden und die Kollegen an der Basis personenzentriert arbeiten können?
3. *Auf der Ebene der regionalen Steuerung der Ressourcen in einer Region:*
Wie sind Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse über die Weiterentwicklung des Hilfesystems in Koordination durch die Kommune und unter Berücksichtigung der Vorgaben auf Landesebene für eine Steuerung zu nutzen?
4. *Auf der Ebene des Sozialrechts:*
Wie kann das bestehende Sozialrecht in Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungsträgern für die Durchführung personenzentrierter Komplexleistungsprogramme angewendet werden?
Wie können die institutionszentrierten, Ressourcen vergebenden Strukturen mit Über- und Unterversorgung, Bürokratismen und Behandlungsabbrüchen überwunden werden?

Es ist offensichtlich, dass die Entwicklungen auf den verschiedenen Ebenen ineinander greifen und voneinander abhängen. Es ist jedoch auch möglich, konkrete Initiativen auf jeder Ebene einzuleiten, damit sich Fortschritte auf den Ebenen wechselseitig positiv auswirken.

Auf dieser Tagung geht es vor allem um Erfahrungen und Entwicklungsperspektiven, die aus verschiedenen Regionen zu den Ebenen eins und zwei zusammengetragen werden, in diesem Symposium vor allem darum, wie MitarbeiterInnen für diese natürlich im Prinzip schon immer ausgeübte, aber hinsichtlich der Verbindlichkeit und klaren Strukturierung doch ganz neue Arbeit in personenzentrierter integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und -durchführung forgebildet werden.

Wenn Sie Ihren eigenen Arbeitsbereich anschauen, prüfen Sie bitte weltweit Sie in der oben beschriebenen Grundhaltung die von der Kommission benannten sieben essenziellen Qualitätskriterien in Ihrer täglichen Arbeit erfüllen:

1. *Zielorientierung des Behandlungsprozesses im Sinne der angestrebten Lebensform und der Nutzung, Stabilisierung und Besserung von Fähigkeiten.*
Stellen Sie sich die letzten drei Klienten vor, zu denen Sie Kontakt hatten – Haben Sie mit diesen Klienten konkrete Ziele formuliert?
2. *Koordination durch eine begleitende therapeutische Bezugsperson*
Ist zwischen den beteiligten HelferInnen ggf. verschiedener Dienste und mit dem Klienten eine verantwortliche therapeutische Bezugsperson abgesprochen worden? Wird deren Koordinationfunktion von allen Beteiligten ernst genommen? Führt sie diese überhaupt aus?
3. *Abstimmung im Verlauf zwischen allen Beteiligten*
Sind in dem – nicht einrichtungsbezogenen, sondern -patientenbezogenen – Team Orte, Termine und Anlässe zur Abstimmung festgelegt worden? Lädt die koordinierende Bezugsperson ein und bereitet sie die Fallbesprechungen vor?
4. *Größtmögliche Selbstbestimmung und Selbsthilfeorientierung*
Sind die – ausgesprochenen oder unausgesprochenen – Ziele der Patienten Ausgangspunkt aller Planungen? Kennen Sie die aktuellen – vielleicht auch die früheren Fähigkeiten des Klienten in den verschiedenen Lebensbereichen? Was tun Sie, um diese zu fördern?

5. *Normalisierung der Lebensverhältnisse in allen Bereichen*
In welchen Lebensbereichen bewegt sich die Klientin außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems? Wie kann Ihre Institution (noch) normaler werden?
6. *Multiprofessionalität in der Leistungserbringung*
Welche berufsgruppenspezifischen Kompetenzen sind für die Behandlung oder Betreuung dieser drei Klientinnen wichtig? Sind sie verfügbar? Arbeiten sie zusammen?
7. *Festlegung von Leistungsspektrum, Leistungsumfang und Zeitrahmen*
Wissen Sie, wichtiger noch, weiß die Klientin, welche Angebote für sie geplant sind? Mit welchem Zeitaufwand pro Tag oder Woche (oder Quartal)? Bis wann?

Sie erkennen wieder einmal die Komplexität von Hilfeprogrammen für Menschen mit schweren seelischen Störungen und die *Herausforderung, gemeinsam mit anderen, vor allem mit dem Klienten, individuelle, passende Lösungen zu suchen.*

Das von der Kommission vorgelegte und mittlerweile in einer rasanten Entwicklung in vielen Regionen Deutschlands angewendete Instrument, der IBRP, ist nicht mehr als ein *Hilfsmittel* für diesen Erarbeitungsprozess. Die Anwendung des IBRP erfolgt in einer systematischen Abfolge von Teilschritten, die allerdings im Laufe der Abstimmung Präzisierung, Differenzierung, Durchführung und Überprüfung, meist mehrfach korrigiert, d. h. erneut durchlaufen werden müssen (Abb. 1).

Die Anwendung des IBRP bei der Planung und Durchführung von *KomplexeLeistungsprogrammen* ist ein kooperativer Prozess, der vor allem im verbindlich geregelten institutionsübergreifenden Arbeitszusammenhang hohe Professionalität erfordert. Es geht also keinesfalls um das Ausfüllen von Fragebögen durch irgendeinen Mitarbeiter, der das Ergebnis dann reihum verteilt, sondern um eine jeweils auf die Situation des einzelnen Klienten in seinem besonderen Lebensfeld bezogene Zusammenarbeit, die für alle Beteiligten orientierungsgebend ist.

Inzwischen bestehen vielfältige Erfahrungen mit der Einführung *personenzentrierter einrichtungsübergreifender KomplexeLeistungsprogramme* in vielen Regionen der Bundesrepublik. Sowohl im Einzelfall wie bei der regionalen Einführung machen die Beteiligten aufregende, motivierende, enttäuschende, überraschende, erhellende, ärgerliche,

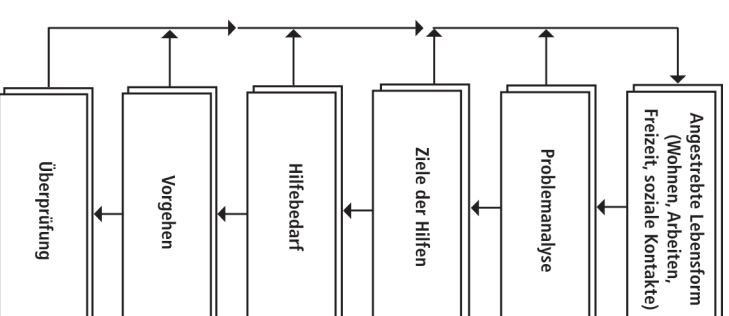


Abb. 1: Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

bedrückende, lohnende und andere – auf jeden Fall neue Erfahrungen und stoßen dabei, wenn sie sich dies eingestehen, oft an ihre Grenzen.

Die Entwicklung der Fähigkeit, verbindliche integrierte persönliche Hilfe in einer Region zu leisten, erfordert vor allem eine umfassende Einführung und anwendungsbegleitende länger dauernde Fortbildung.

Ich hoffe, dass Ihnen dieses Symposium die Notwendigkeit, die Konzepte, Chancen und Erfahrungen mit dieser Fortbildung auf eine stimulierende Weise nahe bringt.

Für die Einführung integrierter personenbezogener Hilfeplanung ist Fortbildung unverzichtbar

Hiltrud Kruckenberg

Berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung ist in den letzten Jahren unverzichtbarer Qualitätsstandard in der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen geworden. Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) hat sich dabei als hilfreiches Werkzeug erwiesen.

Die bisherigen Erfahrungen mit der Einführung des IBRP und der dafür erforderlichen Fortbildung und Anleitung der MitarbeiterInnen zeigen allerdings, dass die Umsetzung auf konsequent personenzentrierte Arbeitsformen und die dafür erforderlichen Kooperationsprozesse ziemlich regelmäßig mit Schwierigkeiten und Widerständen verbunden ist.

Für viele MitarbeiterInnen an der Basis bedeutet die Arbeit mit einem so vielschichtigen und mehrere Ebenen umfassenden Instrument einen völlig veränderten Ansatz zur bisherigen Praxis:

- die Wünsche des Klienten haben Vorrang
- das Augenmerk liegt auf seinen Ressourcen und nicht auf den Defiziten
- die Zusammenarbeit mit den Klienten und ihren Angehörigen wird verbindlicher
- die Erarbeitung konkreter Zielsetzungen für einen überschaubaren Zeitraum erfordert Planung methodisch definierter Maßnahmen und die verbindliche Festlegung von Verantwortlichkeiten.
- die Transparenz einzelner Arbeitsabläufe, der eigenen Arbeit und der des Teams wird eingefordert
- die Kooperationsstrukturen verändern sich, und es wird ein Umdenken von der Beschränkung auf Angebote der eigenen Einrichtung zur Nutzung von Funktionsbereichen des gemeindepsychiatrischen Verbunds nötig.

Dazu kommt die Notwendigkeit, sich ein differenziertes Manual zu erarbeiten und dies auf die institutionellen und regionalen Bedingungen beziehen zu können.

Für die Einführung integrierter personenbezogener Hilfeplanung ist Fortbildung unverzichtbar

MitarbeiterInnen müssen einen soliden Überblick über die Zusammenhänge und die verschiedenen Ebenen des IBRP haben, damit der Ansatz nicht von Anfang an im Alltagsbereich zum Fragebogen reduziert, sondern immer wieder im Zusammenhang der unterschiedlichen Ebenen reflektiert wird.

Fortbildung in diesem Bereich ist also immer auf dem Hintergrund der regionalen Entwicklung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund zu sehen. Dazu kommt, dass die Vorgesetzten beim Träger und in der Einrichtung oft sehr unterschiedliche Vorstellungen haben, wozu der IBRP genutzt werden soll und damit unterschiedliche Bedarfe und Erwartungen an Fortbildung.

Drei Beispiele dazu:

- In einem Wohnheim soll sich die Grundhaltung der MitarbeiterInnen an der Basis gegenüber Bewohnern ändern – nur für den konkreten Arbeitsbereich soll zielorientierte Planung und deren Umsetzung eingeübt und eine neue Dokumentationsform eingeführt werden.
- In einer Region soll die Einführung des IBRP (oft auch nur Teile von diesem) zu einer verbindlicheren Kooperation und Koordination einzelner Dienste und Einrichtungen auf dem Weg zum gemeindepsychiatrischen Verbund führen, da bisher eher unverbunden und nur spontan fallbezogen gearbeitet wird.
- Die MitarbeiterInnen sehr zahlreicher Anbieter von Leistungen in unterschiedlichen Funktionsbereichen in einem großen Landkreis sollen sich erst einmal kennen lernen und dann mithilfe des IBRP ein bisschen kooperieren.

Es wird deutlich, dass diese unterschiedlichen Bedarfe eine besondere Herausforderung an Flexibilität im Fortbildungsbereich stellt: Man muss sozusagen personen-, institutions- und regionenbezogene Angebote entwickeln.

1997 gab es ein bundesweites Treffen mit einigen Mitgliedern der Aktion PSYCHISCH KRANKE und anderen Interessierten; daraus entwickelte sich ein Arbeitskreis, der die ersten Fortbildungskonzepte entwickelte, umsetzte, gemeinsam auswerte und bei Bedarf immer wieder überarbeitete.

Fortbildungsangebote zum IBRP

Es wurden verschiedene Fortbildungsangebote entwickelt – auf einige möchte ich kurz eingehen.

1. Allen gemeinsam ist das Angebot ausführlicher *Einführungsveranstaltungen*. Nur wer einen Überblick über die Zusammenhänge und Ebenen des IBRP hat, kann sich später daran erinnern und einzelne Arbeitsschritte im Zusammenhang sehen.
2. Daran schließen sich manchmal kürzere, am Bedarf orientierte *Schulungen* an. MitarbeiterInnen werden in das Arbeitsmaterial eingewiesen und versuchen am Arbeitsplatz die Umsetzung. Meist gibt es Folgetreffen mit den Anleitern zur Auswertung und Korrektur von Missverständnissen.
Ausschließliche Kurzfortbildungen haben sich dagegen weniger bewährt, da sie als Schulungen nicht ausreichen und so die Erwartungen der Träger und auch der MitarbeiterInnen (»Da geh ich ein bis zwei Tage hin und dann kann ich IBRP«) nicht erfüllen.
3. *Langzeitschulungen* haben sich als die effektivste Form der IBRP Fortbildungen erwiesen. Auch sie können auf den Bedarf einer Region, eines Trägers, einer Einrichtung konzipiert werden. So wurden z. B. nach einer Kompakteinführung Abordnungen von MitarbeiterInnen der Einrichtungen eines Gemeindepсихиатrischen Verbunds mit Versorgungsverpflichtung gemeinsam über ein Jahr geschult. Sie arbeiteten in den Seminaren fallbezogen an gemeinsamen Klienten ihrer Region. Die Seminarinhalte wurden von den TeilnehmerInnen an die einzelnen Teams bei der alltäglichen gemeinsamen Arbeit weitervermittelt.
In einem anderen Landkreis fand sich eine Gruppe engagierter MitarbeiterInnen, die ihre Arbeit verbindlicher und transparenter gestalten wollten. Sie entschieden sich zu einer IBRP Fortbildung mit monatlichen, über ein Jahr verteilten Treffen. Am eigenen Arbeitsplatz wandten sie diesen Ansatz konsequent an mit dem Ziel, den Aufbau regionaler Versorgung in ihrem Gebiet zu unterstützen.
4. Es hat sich als sehr günstig erwiesen, wenn bei der Einführung des IBRP in Einrichtungen geschulte Multiplikatoren aus dem eigenen Arbeitsbereich als Ansprechpartner für die KollegInnen zur Verfügung stehen, sodass neben den Langzeitschulungen

Für die Einführung integrierter personenbezogener Hilfeplanung ist Fortbildung unverzichtbar

auch gezielte *Multiplikatorenschulungen* ein hohes Maß an Qualität in der Umsetzung ermöglichen.

Bei den Multiplikatorenschulungen, z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, werden von den TeilnehmerInnen vor Seminarbeginn schriftliche Arbeiten zur bisherigen Praxis und zur Regionalanalyse der Herkunftsregion erwartet, um die Seminare bedarfsgerecht planen zu können. Zwischen den Terminen gibt es schriftliche Hausarbeiten mit Arbeitsaufträgen, die im Folgeseminar ausgewertet werden.

Inhalte und Methodik der Fortbildungsangebote

Die verschiedenen Fortbildungen verlaufen methodisch und inhaltlich ähnlich: Nach dem Einführungsseminar werden die Grundlagen, der Ansatz von einrichtungszentrierter zu personenbezogener Hilfeplanung und die verschiedenen Ebenen des IBRP immer wieder deutlich gemacht.

Die SeminarteilnehmerInnen erarbeiten sich anhand von praxisnahen Lernfällen die einzelnen Teile des Manuals. Um den Zusammenhang der detaillierten Arbeitsbögen zum Ganzen immer wieder herzustellen, werden häufig »Standortbestimmungen« anhand des Problemlösezyklus und anderer Übersichten und Grafiken vorgenommen.

Es werden Gesprächssituationen mit Klienten geübt, »Übersetzungshilfen« zu den Spalten Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen im Übersichtsbogen gesucht und in Kleingruppen und mit Rollenspielen möglichst praxisnah die Möglichkeiten der Umsetzung am eigenen Arbeitsplatz geprobt.

In der Auswertungsphase wird gemeinsam versucht, häufige Fehler aufzuspüren, gelungene Lösungen zu vertiefen und die eigenen Erfahrungen zu reflektieren. Allerdings stoßen FortbilderInnen ziemlich regelmäßig auch auf Widerstand bei den MitarbeiterInnen. Er ist immer dann am stärksten, wenn die MitarbeiterInnen nicht ausreichende Vorinformationen über die geplanten Veränderungen ihres Arbeitsbereiches haben, nicht freiwillig an der Fortbildung teilnehmen oder von vornherein nichts an ihrer Arbeit ändern möchten.

Häufig lösen sich diese Vorbehalte während der Fortbildung auf, etwa wenn deutlich wird, dass viele Ansätze dieser Arbeitsweise auch in der bisherigen Praxis ein Zeichen für gute Arbeit waren.

Einige Rückmeldungen von FortbildungsteilnehmerInnen:

bezogen auf die Arbeit mit PatientInnen/Klienten

- guter Einstieg, Gelegenheit zu ausführlichen Gesprächen und zum Kennenlernen
- Ziele und Wünsche der Klienten stehen im Vordergrund
- Anlass, dass der Klient sich selbst Gedanken macht und sich einschätzt
- Ziele werden gemeinsam erarbeitet und klar benannt
- umfassende Betrachtung der konkreten Hilfeplanung
- individuelle Planung mit klarer Zuständigkeit
- rückt vergessene Ziele wieder ins Blickfeld
- trägt zum intensiven Kontakt zwischen Klient und Bezugsperson bei, keine Delegation an bestimmte Berufsgruppe

bezogen auf die Vernetzung bei Kooperation und Koordination

- bessere Abstimmung möglich (gleiches Instrument)
- Vermeidung von Doppelarbeit
- Pflicht zur Kooperation und zur gemeinsamen Planung
- Transparenz aller beteiligten Institutionen unter Einbeziehung des Klienten
- Verständnis für die Arbeitsweise und den Auftrag der anderen

bezogen auf das Instrumentarium

- umfassendes, differenziertes Planungsinstrument
- Differenzierung der Leistungsangebote
- ermöglicht die Einschätzung der Zeitbedarfe
- Kooperation und Delegation wird deutlicher
- erlaubt auch bei späterer Überprüfung Anpassung der Ziele

Persönlicher Eindruck zu den Fortbildungsergebnissen

Zum Abschluss möchte ich kurz meinen persönlichen Eindruck über die Ergebnisse von IBRP Fortbildungen schildern. Ich beziehe mich dabei auf eine größere Zahl sehr unterschiedlicher Seminare: von den geschilderten Langzeitschulungen bis hin zu kürzeren Fortbildungen in verschiedenen Bundesländern und in Österreich. Einen besonderen Erfahrungshintergrund bieten dabei auch die IBRP-Schulungen im Rahmen der dreijährigen Sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

Mein Eindruck ist, dass die Ergebnisse der Fortbildungen sehr vielfältig genutzt werden, dass es aber auch Klippen und Fallen gibt.

Wenn in der Region oder Institution (noch) nicht zwingend mit dem IBRP gearbeitet werden muss, nutzen einzelne MitarbeiterInnen und Teams den Ansatz häufig mit Gewinn in ihrer persönlichen Arbeit. Dies geschieht besonders, wenn das Instrument durch die Fortbildung so verfügbar geworden ist, dass es flexibel angewendet werden kann.

Wird die Umsetzung am Arbeitsplatz aus organisatorischen oder anderen Gründen längerfristig verschoben, steht die Leistung nicht wirklich dahinter oder wird die Anwendung nicht regelmäßig in Teamgesprächen und/oder in der Supervision gemeinsam reflektiert, dann sackt der Ansatz häufig ab, der IBRP verkommt zum Fragebogen und gewohnte Arbeitsweisen setzen sich wieder durch.

Wenn aber subjektorientiertes personenbezogenes Arbeiten in verbindlicher Kooperation und Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson nach anfänglichen Mühen über einen längeren Zeitraum selbstverständlich geworden ist, nehmen Kompetenz, Kreativität und Arbeitsfreude regelmäßig zu.

Personenzentrierte Hilfeplanung – Ein Plädoyer für IBRP-Schulungen

Dorothea Rau

Spricht man von IBRP-Schulungen, trifft man häufig auf völlig unterschiedliche Vorstellungen darüber, welchen Inhalts diese Schulungen sind. Es scheint daher angeraten, zwischen »Fortbildung« und »Schulung« zu unterscheiden: Fortbildungen verhalten sich zu Schulungen wie der theoretische Fahrschul-Unterricht zu Fahrstunden.

Niemand käme auf die Idee, einen Fahrschüler nur nach einer Informationsveranstaltung (Fortbildung) alleine ans Steuer zu lassen. Bei der Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) ist dies jedoch häufig der Fall: Lediglich mit der Entstehungsgeschichte, der prinzipiellen Vorgehensweise und einigen wenigen – lediglich theoretisch vermittelten – Grundsätzen ausgestattete »Profis« werden auf Klienten »losgelassen«. Die aus dieser Vorgehensweise resultierenden »Unfälle« werden in der Regel »Widerstände« oder gar »Verweigerungshaltung« genannt. Wobei die ursächlichen Widerstände häufig darin bestehen, den Profis die notwendige Ausbildung (aus Kostengründen oder mangels Einsicht in die Notwendigkeit) zu verweigern.

Durch unsere Schulungen in anderen Einrichtungen und Diensten zeigte sich auch, dass es in der Regel nicht ausreicht, lediglich einige wenige Multiplikatoren pro Einrichtung/Dienst zu schulen, in der Hoffnung, diese würden den Kolleginnen und Kollegen in der Praxis bei der Erstellung eines Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans schon zur Seite stehen. Dies käme – um beim Fahrschul-Vergleich zu bleiben – dem Einsatz eines frischen Führerschein-Besitzers als Fahrlehrer gleich.

Wie – so stellt sich nun die Frage – soll man also bei der Einführung des personenzentrierten Ansatzes und des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans vorgehen? Ein allgemein gültiges Erfolgsrezept mag es nicht geben, jedoch kann ein erfolgreiches Konzept am Beispiel unserer Einrichtung vorgestellt werden, das seit einigen Jahren auch unsere Vorgehensweise bei Schulungen anderer Einrichtungen/Dienste widerspiegelt.

Alle Mitarbeiter werden geschult

Alle Mitarbeiter bedeutet hier z. B. für vollstationäre Angebote auch die Schulung der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter. Häufig bringt der personenzentrierte Ansatz gerade für Kräfte der hauswirtschaftlichen Versorgung Konflikte im Bereich Selbstverständnis mit sich. Eingestellt mit der Aufgabe für Sauberkeit und Hygiene zu sorgen, sehen sich Reinigungskräfte der Situation gegenüber, eben dies genau nicht zu tun, sondern zunächst einmal abzuwarten, herauszufinden, welche Hilfe die Klienten tatsächlich benötigen. Als Beispiel der »automatischen« Übersorgung in vollstationären Wohnformen mag dies genügen. Gleiches mag auch für Hemmkasse, Wäscheversorgung, Essensversorgung etc. gelten. Werden aber auch diese Kräfte geschult, fällt es ihnen viel leichter – mit den Händen in den Taschen –, ihre speziellen Fachkenntnisse an die Klienten weiterzugeben.

Die Schulungen erfolgen zeitlich sehr dicht

Alle Mitarbeiter sollen innerhalb eines möglichst engen Zeitrahmens geschult werden. Erstrebenswert wäre – je nach Anzahl der Mitarbeiter – innerhalb eines Vierteljahres alle Mitarbeiter zu schulen. Auch hier zeigten Erfahrungen aus Einrichtungen, die sich dafür ein Jahr oder länger Zeit ließen, dass sich Rivalitäten/Eifersüchteleien/Neid unter der Mitarbeiterschaft zwischen Geschulten und Ungeschulten breit machten, bzw. Gerüchte/Andeutungen die Fantasie der Ungeschulten zu sehr anregen und in größer werdenden Unsicherheiten/Widerständen resultierten.

Die Schulungen orientieren sich an der Praxis

Fahrschüler möchten in erster Linie fahren lernen. Die Entstehungsgeschichte der Verbrennungsmotoren interessiert sie in der Regel weniger. Entsprechend wollen IBRP-Willige den konkreten Umgang mit diesem Instrument erlernen. Theoretische Inhalte/Grundlagen sollten (zu diesem Zeitpunkt) so knapp wie möglich gehalten werden.

Alle Bögen werden in die Schulung einbezogen

Ein Teil der Verweigerungen an der Mitwirkung an der Erstellung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans seitens der Klienten dürfte darin begründet sein, dass auf den Einsatz der Hilfsbögen B–I verzichtet wird. Diese eignen sich jedoch hervorragend um bestimmte Unzufriedenheiten und Über- bzw. Unterforderungen herauszuarbeiten, die als Grundlage für eine Hilfeplanung dienen können. Aus diesem Grund sollten immer alle Bögen in die Schulung einbezogen werden. *Erst wenn man sie kennt, kann man die Entscheidung treffen, welche man benutzt und welche nicht.*

Die Bögen G und H bzw. ihre regionalen Varianten werden nur dann bearbeitet, wenn sie Finanzierungsgrundlage im jeweiligen Bundesland sind.

Es wird nicht am Klienten geübt

Aufgrund der – nicht immer auf den ersten Blick erkenntlichen – Komplexität des Instruments muss der Umgang mit diesem geübt werden. Dies sollte keinesfalls mit Klienten erfolgen, sondern im *Rollenspiel mit anderen Profs* erfolgen. Notwendige Übersetzungsarbeit, Fragetechniken, einführende Worte können so ohne Schaden ausprobiert werden. Die Rolle des Klienten einzunehmen hilft, sich in dessen z. T. unangenehme Situation hineinversetzen zu können und sorgt dafür, später in der Praxis etwas sensibler auf die Klienten einzugehen.

Schulungen brauchen Zeit

Schulungserfahrungen zeigen, dass für eine erste Schulung ein *Minimum von zwei aufeinander folgenden Tagen* anzusetzen ist, die sich aus ¼ Tag für die Grundlagen, einem Tag für die Hilfsbögen, ½ Tag für den Bogen A und ¼ Tag für allgemeine Fragen zusammensetzen.

Diese beiden Tage sind sehr knapp bemessen, und die Fülle an Inhalten überfordert häufig die Teilnehmer. Weitaus fruchtbarer scheint eine erste Schulung an drei aufeinander folgenden Tagen zu sein!

Erfahrungen werden gesammelt und ausgewertet

Nach der ersten Schulung sollten die Teilnehmer sechs bis acht Wochen Zeit bekommen, das Erlernte anzuwenden. Längere Fristen haben sich als unzuverlässig erwiesen, da dann zu spät begonnen wird und ein Teil der Inhalte nicht mehr vorhanden ist. Wir fordern in der Regel, dass mit einem Klienten jeder der Bögen erarbeitet wird.

Nach Ablauf der Frist treffen sich die Teilnehmer zum zweiten Teil der Schulung (ein Tag; besser zwei Tage) um gemachte Erfahrungen zu berichten, aufgetretene Fragen zu stellen und ihre Bogen im Plenum vorzustellen. Spätestens hier bietet sich die Gelegenheit, Aspekte jenseits der Anwendungstechnik des Instruments zu erörtern.

Schulungen umfassen mehrere Ebenen

Die Schulungsinhalte aller drei (oder besser fünf) Tage umfassen mehrere Ebenen (Abb. 1):

1. Verständnis des Instruments/Anwendungstechnik
 - Vermittlung der Grundlagen und der Entstehung
 - Einrichtungszentrierung versus Personenzentrierung
 - Struktur des Verfahrens
 - Einsatz von Hilfsbögen
 - Reihenfolge der Bögen
 - Bearbeitungsreihenfolge beim Bogen A
 - Typische Anwendungsfehler
2. Vermittlung an die Klienten/Verhandeln statt be-handeln
 - Wozu dient der IBRP?
 - Was tun mit »utopischen« Zielen?
 - Notwendige Übersetzungsarbeit/gemeinsame Sprache
 - Suggestivfragen
3. Integration in den Alltag
 - Auswirkungen auf das Besprechungs-wesen
 - Koordinierende Bezugsperson und das »Rest-Team« als Hil-febringer
 - Transparenz/Verbindlichkeit
 - Schweigepflicht
 - Was tun mit »Verweigerern«?

- Zeitproblem
- Eigene Grundhaltung
- 4. Ziele der Klienten statt Ziele der Einrichtung/Mitarbeiter
 - Ver-handeln statt be-handeln
 - Nicht-psychiatrische Hilfen vor psychiatrischen Hilfen
 - Ambulant vor stationär
 - Eingliederung statt Ausgliederung
- 5. Gegebene Strukturen als Hindernisse
 - Wie verändert sich die Arbeit?
 - Wie verändern sich die Arbeitsplätze?
 - Wie verändern sich Entscheidungskompetenzen?
 - Wie verändern sich Regelungen und Vorgaben?

Die Mitarbeiter werden ständig unterstützt

Da eine Schulung sicherlich nicht alle Besonderheiten des Alltags vorwegnehmen bzw. berücksichtigen kann, sollte die Mitarbeiterschaft zu jeder Zeit auf Know-how zurückgreifen können.

- Dies wird gewährleistet durch
 - die *ständige Ansprechbarkeit von IBRP-Multiplikatoren oder IBRP-Beauftragten*
 - regelmäßige Coaching-Angebote
 - die Bereitstellung von (selbst angefertigten) Manualen

Integration in den Arbeitsalltag

Betriebliche Vorgaben werden auf Grundlage des personenzentrierten Ansatzes/des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans neu definiert:

- *Jede Entscheidung, die Klienten betrifft, wird auf Basis des IBRPs getroffen.*
- Personenzentrierung/IBRP ist Dauer-Tagesordnungspunkt in allen Besprechungen.
- Das Dokumentationssystem wird, wo immer es geht, auf Grundlage der IBRP-Bögen geführt.

Gefahren und Folgen unzureichender Schulung der Mitarbeiterschaft sind

Schulungsebenen	Verständnis	Vermittlung	Integration	Haltung	Strukturen
Kernfragen	Wie »funktioniert« der IBRP?	Wie erkläre ich meinen Klienten den IBPR?	Wie integriere ich den IBRP in meinen Arbeitsalltag?	Wie muss sich meine Haltung verändern?	Wie verändert der personenzentrierte Ansatz vorhandene Strukturen?
Aspekte	– der einrichtungszentrierte Ansatz – der personenzentrierte Ansatz – Struktur des Verfahrens – Einsatz von Hilfsbögen – Reihenfolge der Bögen – Reihenfolge in Bogen A – typische Anwendungsfehler	– Sinn und Zweck des IBRP – »utopische« Ziele – Übersetzungsarbeit – Suggestivfragen – gemeinsame Sprache – Fach- oder Umgangssprache	– Besprechungswesen – koordinierende Bezugsperson und das »Rest-Team« als Hilfebringer – Transparenz und Verbindlichkeit für alle – Schweigepflicht – Verweigerer	– verhandeln statt behandeln – ambulant vor stationär – koordinierende Bezugsperson/Hilfebringer	– Veränderung der Strukturen des eigenen Dienstes/der eigenen Einrichtung – Veränderung der eigenen Arbeit/ des eigenen Arbeitsplatzes – Veränderung der Zusammenarbeit mit anderen Diensten/Einrichtungen – Auswirkungen im Zusammenhang mit Kontrollorganen
Gefahren/Folgen unzureichender Schulung	– hohe »Verweigerungsrate« auf Seiten der Klienten – hohe Verweigerungsrate« auf Seiten der Mitarbeiter – »Bogenzentrierung«	– hohe »Verweigerungsrate« auf Seiten der Klienten – »Bogenzentrierung«	– der IBRP landet in der Schublade – »Bogenzentrierung« – hohe »Verweigerungsrate« auf Seiten der Mitarbeiter	– es wird doch wieder be- statt ver-handelt – »Bogenzentrierung« – »das geht bei uns nicht« (= Schere im Kopf) – Hospitalisierung mit »Hilfe« des IBPR – »pseudopersonenzentriertes« Denken und Handeln – eingliederungshilfefinanzierte Ausgliederungshilfe	– Einrichtungszentrierung siegt – Hospitalisierung mit »Hilfe« des IBPR – Pseudodelegation verhindert Umsetzung – Teamkonflikte – geringe Arbeitszufriedenheit → hohe Mitarbeiterfluktuation – Resignation der Klienten/Mitarbeiter – eingliederungshilfefinanzierte »Ausgliederungshilfe«

Abb. 1: Die Schulungsebenen und -inhalte

- hohe »Verweigerungsraten« sowohl seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch seitens der Klienten
- »bogenzentriertes« Arbeiten
- IBRPs für die Schublade
- Einrichtungszentrierung »durch die Hintertür« u.Ä. (siehe auch Abb. 1).

Zusammenfassend muss gesagt werden: Meint man es ernst mit der Umgestaltung hin zur Personenzentrierung, ist eine ausreichende Schulung der Mitarbeiterschaft unerlässlich. Einer unserer Mitarbeiter sagte sehr treffend: »Der personenzentrierte Ansatz hat nur zwei Feinde: die Hospitalisierung der Klienten und die Hospitalisierung der Mitarbeiter!«

Organisationsinterne und regionale Unterstützungsprozesse zur Einführung des IBRP

Maria Augmann-Pfeiffer

Prozesse nach der Ersteinführung des IBRP

Als eine der Referenzregionen – München Süd – des Implementationsprojekts haben wir zur Einführung IBRP-gestützter Hilfeplanung die nachfolgend vorgestellten *Institutionen zur ständigen Qualitätsverbesserung der personenzentrierten Hilfeplanung* eingeführt.

Begleitkreis

Nach der Einführung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) innerhalb der Träger/Einrichtungen (Grundschulung, beispielhafte Hilfeplanerstellung anhand der Manuale des IBRP), erfolgen als feste Institution weiterführende, qualitätsichernde Arbeitskreise.

Im IBRP-Begleitkreis können unter Beratung und/oder Anleitung durch den Sprecher des Arbeitskreises bzw. durch den Koordinator des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) einrichtungsbezogene und auch einrichtungsübergreifende Fragestellungen ausgearbeitet und beantwortet werden.

An diesem Arbeitskreis nehmen jeweils trägerdelegierte Mitarbeiter teil, deren Aufgabe es ist, eine Arbeitsebene zwischen Träger und GPV im Zusammenhang mit der ständigen Qualitätsverbesserung der personenzentrierten Hilfeplanung zu schaffen.

Der Begleitkreis trifft sich in sechswöchigem Turnus und bietet jeweils zwei Stunden Zeit, um vorbereitete Themen zu diskutieren, Problemlagen festzustellen und daraus Aufträge bis zum nächsten Treffen zu formulieren. Derzeit werden in diesem Arbeitskreis anhand fallbezogener Darstellungen, die Spektren, Möglichkeiten aber auch Veränderungsbedarfe im Umgang mit den Manualen des IBRP diskutiert. Es finden jeweils regelmäßig Sachstandsberichte zur Einführung und Anwendung des IBRP in den jeweiligen Einrichtungen statt. Weiterer Themenschwerpunkt ist die Festlegung und Wahrnehmung der Funktion der koordinierenden, therapeutischen Be-

zugsperson, die in wesentlichem Zusammenhang mit der trägerübergreifenden, komplexen Hilfeplanung steht.

Der Begleitkreis bildet ein *Forum zur Diskussion* des bestehenden Modells der Hilfeplankonferenz; auch hier werden Auswertungen der Konferenzen vorgenommen, sowie organisatorische und inhaltliche Fragen erfasst.

IBRP-Sprechstunde

Prozessbegleitend wird vom Sprecher des Begleitkreises eine *IBRP-Sprechstunde* angeboten. Erfahrungen zeigen, dass im Zusammenhang mit der Erfassung personenzentrierter Hilfebedarfe immer wieder konkrete Fragen zur Darstellungsform im IBRP auftauchen.

Die Sprechstunde soll hier praktische Hilfen aufzeigen. Neben Fragen zum Umgang mit datenschutzrechtlichen Aspekten, fallen hier meist Fragen an, die die Darstellung komplexer Hilfebedarfe betreffen, oder auch sich häufig im Grad der Intensität verändern der Bedarfe.

Mit der Sprechstunde wird insbesondere die Möglichkeit geboten, für Klienten, die neu im komplementären Hilfesystem erfasst werden, die geeigneten Hilfen zusammenzustellen und entsprechend eines vereinbarten Qualitätsstandards zur Darstellung im IBRP den Leistungsbereichen zuzuordnen.

Das Beratungsangebot wird überwiegend von Helfern und Betreuern im psychiatrischen Netzwerk genutzt, die nicht die Möglichkeit haben, sich in und durch eigene Mitarbeiter-Teams den Neuerungen der personenzentrierten Hilfeplanung zu stellen.

Somit dient die IBRP-Sprechstunde meist der Klärung besonders dringlicher Fragen, oft auch zusammenhängend mit Beantragungen gegenüber den Kostenträgern, die im Zeitraum bis zur nächsten Hilfeplankonferenz geklärt werden müssen.

Hilfeplankonferenz – Vorbereitung und Stand der Durchführung

Die Erfassung personenorientierter Hilfebedarfe begründet die Vorstellung der Hilfepläne in der so genannten »Hilfeplankonferenz«:

Die vorliegenden Erfahrungen ermöglichen derzeit Fallvorstellungen in Form von Kostenverlängerungen und Neuvorstellungen, d. h. die Beantragung der Hilfeleistung in einer dem GPV zugehörigen ambulanten Einrichtung.

Im Gremium der Hilfeplankonferenz (HPK) wird hier die Problemsituation des Klienten fachgerecht dargestellt und beurteilt, es wird über Zielsetzung und erforderliche Maßnahmen sowie über die Erbringung entschieden.

Neben Neuvorstellungen derzeit für die Bereiche der teilstationären Versorgung und des Betreuten Einzelwohnens, erprobt das Modell der HPK auch Verabschiedungen von Kostenverlängerungsanträgen in den oben genannten Bereichen der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Versorgung.

Hinsichtlich der regelmäßigen, entscheidungsautorisierten Vertretung im Rahmen der HPK stellt sich zur momentanen Organisationsform die Frage nach der jeweiligen Vertretung eines jeden Leistungsbereiches (Wohnen/Selbstversorgung; ambulante Behandlung; Tagesstrukturierung/Arbeit und Ausbildung).

Insgesamt münden die Ausarbeitung und Implementationsbemühungen der Personenzentrierten Hilfen im GPV München Süd in einer *transparenzschaffenden, klienten- und ressourcenorientierten Leistungsvereinbarung* innerhalb der Hilfeplankonferenz.

Ziel auf Trägerebene ist, ihre Organisationsform für die neuen Anforderungen der einzelfallbezogenen Leistungserbringung zu qualifizieren und auf der Ebene der trägerübergreifenden Kooperation zu öffnen.

Helferkonferenz mittels personenzentrierter Hilfeplanung

Zu den Themen des Coaching und der Mitarbeiterfortbildung gehören immer wieder auch die Fallbesprechungen unter Anwendung des IBRP.

Die Einarbeitung komplexer Hilfebedarfe in die Manuale des IBRP ist Grundlage für Leistungs- und trägerübergreifende Helferkonferenzen.

Innerhalb dieser Helferkonferenzen sollen die elementaren Verabredungen über die Erbringung der dem jeweiligen Hilfebedarf entsprechenden Leistungen erarbeitet werden; diese sind dann wiederum Ausgangsbasis für Entscheidungen und die Verabschiedung der Leistungen innerhalb der Hilfeplankonferenz.

Integrierte Hilfeplanung

Einführung

Rainer Hölzke, Petra Gromann

Das von uns moderierte Symposium wandte sich an TeilnehmerInnen, die schon über Erfahrungen mit personenzentrierter Hilfeplanung verfügen und hatte ausgesprochenen Workshop-Charakter. Die Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und zur Diskussion untereinander wurden intensiv genutzt.

Zum Einstieg wurden die mittlerweile vielfältigen Nutzungsaspekte des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP), dessen überarbeitete Version und seine elektronische Bearbeitbarkeit vorgestellt.

In darauf folgenden Impulstreferaten wurden Erfahrungen der personenzentrierten Hilfeplanung mit Menschen mit nicht ausschließlich seelischen Behinderungen geschildert.

Nadja Bier berichtete über personenzentrierte Hilfeplanung bei Menschen mit geistiger Behinderung und informierte über entsprechende Ergänzungen im IBRP.

Karl-Ernst Brüll berichtete über ein Forschungsprojekt zur Bestandaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker, bei der Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben im Mittelpunkt stehen. Die Leitfrage des Forschungsprojektes ist: Wie muss berufliche Rehabilitation organisiert sein, damit sie den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gerecht wird? Er stellte die diesen Bereich berücksichtigenden und den IBRP ergänzenden Instrumente vor.

Eckhard Sundermann berichtete über Erfahrungen personenzentrierter Hilfeplanung bei abhängigkeitskranken Menschen. In diesem Zusammenhang wurde, ausgehend vom IBRP, ein auf die Suchtkrankenhilfe modifiziertes Hilfeplanungsinstrument erläutert.

Der IBRP in seiner überarbeiteten Version wurde anschließend vorgestellt. Neben eher redaktionellen Veränderungen im Bereich der Sozialdaten, der bisherigen und aktuellen Behandlungs- und

Einführung

Betreuungssituation sowie der Aufnahme einer expliziten Datenschutzregelung wurden beim Bogen A des IBRP, dem Übersichtsbogen, folgende inhaltliche Aspekte deutlicher hervorgehoben:

- Die Ergebnisse der Beschäftigung mit der vorhandenen oder zu verändernden Wohnsituationen können jetzt besser auf dem Übersichtsbogen abgebildet werden. Somit wird die dem personenzentrierten Ansatz zugrunde liegende Trennung zwischen Wohn- und Hilfebereich noch deutlicher akzentuiert.
- Der Bereich der Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen wurde überarbeitet und dabei wurden Fähigkeitsaspekte (noch) deutlicher hervorgehoben. Diese Bereiche können jetzt getrennt voneinander bearbeitet und dokumentiert werden.

- Aufgrund der jahrelangen Erfahrung mit der Nutzung des IBRP hatte sich herausgestellt, dass die bisherige Spalte »Bedarf an psychiatrischen Hilfen« und dessen graduelle Einschätzbarkeit mit Ziffern häufiger in fehlerhafter Art und Weise benutzt worden ist. Um dieses zukünftig auszuschalten, wurde die entsprechende Spalte in »Art der erforderlichen psychiatrischen Hilfen« umbenannt und die Ziffern wurden durch Buchstaben ersetzt. Somit drückt der überarbeitete Bogen an dieser Stelle aus, dass es hier nicht um ein quantitatives und möglicherweise zu bezifferndes Bedarfsausmaß geht, sondern um qualitative Aspekte unterschiedlicher Art von Hilfe.

Mit der mittlerweile bestehenden Möglichkeit, den IBRP mit dem Großteil seiner Bögen (A–D2) elektronisch zu bearbeiten, konnte die Autorengruppe einem vielfältig geäußerten Wunsch entsprechen.

Für Fragen hinsichtlich von Schulungen in personenzentrierter Hilfeplanung, Möglichkeiten und eventueller Probleme bei der (elektronischen) Nutzung des IBRP sowie für weitere Fragen des Personenzentrierten Ansatzes können Sie sich an die AKTION PSYCHISCH KRAKE, Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn, Telefon 0228/67 67 40, apk@psychiatrie.de sowie www.ibrp-online.de wenden.

Erfahrungen mit individueller Hilfeplanung im Heim oder: »Hilfeplanung ist mit jedem Menschen möglich«

Nadja Bier

Ich arbeite seit sieben Jahren im Evangelischen Diakoniewerk ZOAR in Rockenhausen nicht unweit von Kaiserslautern im Rheinland-Pfalz. Wir sind eine Einrichtung der Behindertenhilfe, in der Menschen aufgenommen werden, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung zu einer eigenständigen Lebensführung noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind.

Die Einrichtung ist multifunktional, mit vielfältigen Wohn- und Betreuungsformen. Das Angebot bewegt sich zwischen Wohngruppen im Stadtgebiet von Rockenhausen und Gruppen mit Wohnheimcharakter im unmittelbaren Heimbereich und Bereichen, in denen auch schwerstbehinderte Menschen wohnen können.

Seit ca. 1999 wird in unserer Einrichtung der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als Hilfeplanungsinstrument verwendet. Da in unseren verschiedenen Wohnheimen aber Menschen mit sehr unterschiedlichen Behinderungen und Beeinträchtigungen leben, stießen wir teilweise mit dem IBRP als Planungsinstrument an Grenzen. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir im Rahmen einer Projektgruppenarbeit und mit externer Unterstützung ein individuelles Hilfeplanungsinstrument, was den Bedürfnissen unserer Klienten und Klientinnen gerecht wird.

So passten beispielsweise die Begrifflichkeiten nicht immer oder für abweichende Ansichten war zu wenig Raum. Die Begriffe orientieren sich sehr an den Beeinträchtigungen psychisch kranker Menschen und weniger an denen, mit einer geistigen Behinderung. Deshalb entwickelten wir für die verschiedenen Lebensbereiche der Menschen einzelne Blätter, beispielsweise ein Blatt für »Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen sowie Ressourcen im lebenspraktischen Bereich« und ein Blatt für »Fähigkeitstörungen und Beeinträchtigungen sowie Ressourcen bei Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen«. Eine detaillierte Darstellung der Bögen würde im Rahmen dieses Impulsbeitrags zu weit gehen.

Wichtig war für uns, den verschiedenen Beeinträchtigungen, der von uns betreuten Menschen besser gerecht werden zu können. Dies

Erfahrungen mit individueller Hilfeplanung im Heim oder: »Hilfeplanung ist mit jedem Menschen möglich«

führte auch zu einer Erweiterung des IBRP, das heißt letztendlich zu mehr Bögen.

Auf jedem Bogen gibt es zudem zwei Spalten, eine für die Ansicht des Bewohners und eine für die Ansicht des Bezugsmitarbeiters. Dies ist vor allem für die Arbeit mit den Bewohnern wichtig, die eine schwere geistige Behinderung haben oder die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung unter Realitätsverlust leiden.

Als wichtigster Grundsatz gilt für uns: *Individuelle Hilfeplanung ist mit jedem Menschen möglich!*

Eckpunkte der Projektgruppenarbeit

Im Rahmen dieser Projektgruppenarbeit kristallisierten sich folgende wichtige Eckpunkte heraus:

Die Hilfeplanung

Wer macht die Hilfeplanung? Bei einer individuellen Hilfeplanung geht es teilweise um sehr persönliche Dinge, die Menschen in der Regel nur mit Personen ihres Vertrauens besprechen.

Jede(r) von der Einrichtung begleitete Klient und Klientin kennt eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter, die/der sich besonders um ihn/sie kümmert, der/dem er/sie besonders vertraut. Diese Person soll auch seine/ihre begleitende Bezugsperson sein und erstellt – soweit es irgend geht – gemeinsam mit dem Klienten und der Klientin den Hilfeplan. Das heißt aber *nicht*, dass die Bezugsperson alle Bögen ausfüllen muss. Vielmehr tragen die unterschiedlichen Dienste die wichtigen Informationen zusammen.

Die Bezugsperson

Wer kann Bezugsperson sein? Im Grunde genommen kann es jeder sein. *Entscheidend ist die Beziehung zu dem Klienten oder der Klientin.* Unter fachlichen Gesichtspunkten wurden allerdings einige Voraussetzungen formuliert, die eine Bezugsperson mitbringen sollte. Dies sind, z. B.:

- Echtheit, Einfühlungsvermögen, Verlässlichkeit
- Fähigkeit zu »Nähe – Distanz – Regulation« (»Ersetzbarkeit« im Sinne von Vertretung)

- Organisations- und Koordinationstalent (intern/extern)
- Informationsquellen erschließen können
- Teamfähigkeit, Diskussions- und Kritikfähigkeit
- Standpunkte klar vertreten können gegenüber Team, Bewohner, Angehörigen etc.
- Selbstreflexion
- Bereitschaft zur Fortbildung
- Engagement, Bereitschaft zur Veränderung
- Prioritäten setzen können, Unterstützung holen, sich Freiräume schaffen
- Pädagogisches, sozialrechtliches und sozialmedizinisches Basiswissen
- Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen
- Kenntnis und Fähigkeit zum Umgang mit dem Individuellen
- Hilfeplaninstrument
- Flexibilität

Was macht die Bezugsperson? Im Vordergrund steht die Gestaltung der Beziehung mit dem Klienten oder der Klientin. Daneben hat sie vielfältige Aufgaben. Sie

- erstellt möglichst gemeinsam mit dem Klienten oder der Klientin und in Abstimmung mit den anderen Diensten die individuelle Hilfeplanung und schreibt sie fort
- begleitet den Klienten oder die Klientin bei der Umsetzung, ggf. auch außerhalb der Einrichtung
- ist Ansprechpartner für Klienten oder Klientinnen und Angehörige
- achtet darauf, dass vereinbarte Maßnahmen tatsächlich durchgeführt werden und kann hierzu im Einvernehmen Aufgaben delegieren
- stellt die individuelle Hilfeplanung im Team vor, holt die Rückmeldungen der Kolleginnen und der Kollegen ein und wirbt dort für die Umsetzung der Maßnahmen
- nimmt an Fallbesprechungen teil
- knüpft Kontakte zu Angehörigen, Betreuern oder anderen Diensten
- erstellt Berichte
- informiert die Haus- und Werkstattleitungen über die Hilfeplanung und ihre Umsetzung

- lädt die für die Umsetzung der individuellen Hilfeplanung verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer Besprechung ein
- informiert die Fachärztin oder den Facharzt über die Entwicklung des Klienten und hält regelmäßigen Kontakt
- hält regelmäßigen Kontakt zu den anderen Diensten, beispielsweise den Sozialdiensten in der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Vorgehensweise und Grundhaltung

- Welche Hilfen braucht der Klient oder die Klientin?
- Was können wir tun, um seine oder ihre Fähigkeiten so zu fördern, damit ein weitestgehend normales Leben möglich ist?
- Welche aufeinander folgenden Schritte sind zu beachten, um zu fördernden Maßnahmen zu kommen?

Diese Fragen beschäftigen die Behindertenhilfe seit ihrem Beginn. Es versteht sich von selbst, dass jede Zeit ihre eigenen Antworten auf diese Fragen gefunden hat. Heute gehen wir davon aus, dass das Ziel aller Maßnahmen die *Wiedereingliederung der behinderten Menschen* in die Gesellschaft ist. Soweit als irgend möglich sollen sie normal leben können. Dabei gilt die *Grundannahme*, dass die behinderten Menschen die *besten Experten in eigener Sache* sind. Es kommt also ganz entscheidend darauf an, mit ihnen ins Gespräch zu kommen und zu hören, was wichtig und bedeutsam ist, welche Ziele sie haben und wie sie leben möchten.

Entwicklung von Perspektiven

Deswegen beginnt die individuelle Hilfeplanung mit der »angestrebten Wohn- und Lebensform«. Es geht hier darum, mit den Betroffenen zu klären, wie sie leben möchten: Allein? Mit anderen zusammen? In einer großen Gruppe? Wie soll der Tag verbracht werden? Will ich mit anderen etwas zusammen tun? Welche Rolle soll Arbeit in meinem Leben spielen?

Bei diesen und den folgenden Fragen ist es stets wichtig, zwischen der Perspektive der Betroffenen und der Helfer zu unterscheiden. Diese unterschiedlichen Sichtweisen stimmen manchmal nicht

überein. Vielleicht ist es in den Augen der Helfer völlig unrealistisch, was der Betroffene äußert. Das ist nicht schlimm, berechtigt gleichzeitig aber auch nicht dazu, die Lebensentwürfe und Pläne des anderen zu unterschlagen. Sie werden aufgezeichnet und dokumentiert. Gerade so können wir im Gespräch miteinander bleiben. *Es ist normal, die Dinge verschieden zu sehen.*

Verhandeln statt Behandeln

Die besten Helfer können letzten Endes nicht wissen, was für den anderen gut ist. Was nicht heißt, dass der Klient dies immer weiß. Daraus folgt, dass die Ziele der Hilfen, die Situationsbeschreibung, die Probleme, denkbare Maßnahmen etc. zwischen Helfer und Klienten verhandelt werden. Verhandeln bedeutet auch, die Position des anderen gleichwertig gelten zu lassen. Verhandeln bedeutet nicht Beliebigkeit und auch nicht die Bevormundung des anderen.

Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen. Bei Gefahr für Leben und Gesundheit der Betroffenen oder ihrer Mitmenschen, auch bei drohendem Schaden an wertvollen Sachen muss gehandelt werden. Verhandeln kann man dann wieder, wenn die Gefahr beseitigt und die Krise überwunden ist.

Generell sollte beim Verhandeln auf eine für den Klienten und der Klientin angemessene Gesprächssituation geachtet werden. Nur selten bietet es sich an, am Schreibtisch gegenüberzusitzen. Meistens ist es besser, eine entspannte Gesprächssituation zu wählen, vielleicht indem gemeinsam etwas getan wird.

Auch die Sprache ist wichtig. Entscheidend ist, dass unser Gegenüber uns verstehen kann. Dazu sind *Beispiele und Bilder hilfreich*, auch können Vergleiche gezogen werden.

Es ist möglich, dass ein Klient oder eine Klientin mit uns nicht sprechen kann oder auch nicht sprechen will. Das kann von der Grunderkrankung herrühren oder Folge und Ausdruck der Behinderung sein. Denkbar ist auch, dass der- oder diejenige es aus welchen Gründen auch immer aufgegeben hat zu reden.

Hier besteht die Aufgabe darin, *einen Kontakt zu finden und aufzubauen*. Die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte kann wichtige Hinweise geben, wie es zu diesem Verhalten gekommen ist. Aber auch eine Verhaltensbeobachtung kann hoffentlich weiterhelfen.

Schwerst behinderte Menschen können sich manchmal gar nicht

mit Hilfe der Sprache äußern. Sie äußern sich, indem sie beispielsweise bestimmte Bewegungen machen oder Töne von sich geben. Es erfordert Geduld, das Verhalten dieser Menschen zu beobachten und möglichst genau zu beschreiben, damit im Team gemeinsam darüber nachgedacht werden kann, was diese oder jene Bewegung wohl bedeuten könnte. Zu beobachten und die Beobachtung zu beschreiben, ohne vorschnelle Schlüsse zu ziehen, ist fast schon eine Kunst. Diese Kunst will gelernt sein, und es ist notwendig, sie zu erlernen. Dies gilt im Umgang mit allen Bewohnerinnen und Bewohnern beziehungsweise den in der WfbM beschäftigten Menschen.

Individuelle Hilfeplanung als methodisches Kernstück einer personenbezogenen Suchtkrankenhilfe

Eckhard Sundermann

Zur Einordnung unserer Erfahrungen und Bewertungen einer personenbezogenen Hilfeplanung bei abhängigkeitskranken Menschen sei bemerkt, dass sie sich auf unsere ambulante Arbeit in einem Versorgungssektor Bochums beziehen, in dem wir seit 1994 gemeindebezogene, individuelle Hilfeplanung als Selbstverpflichtung – also nicht als Leistungsvereinbarung mit Kostenträgern – insbesondere bei chronisch mehrfach beeinträchtigten abhängigkeitskranken Menschen anwenden.

Es sei ebenso bemerkt, dass die bundesrepublikanische Suchtkrankenhilfe in aller Regel die in der Psychiatrieenquête aufgezeigten Notwendigkeiten der Versorgung nicht nachvollzogen hat.

Die »klassische« Suchtkrankenhilfe brauche keine personenbezogene Hilfeplanung. Bei ihrem Paradigma der Abstinenz, hochschwelligen Eingangsvoraussetzungen und Komm-Struktur mussten sich die Betroffenen der Institution anpassen und nicht umgekehrt. Dadurch zeichnete sie sich durch einen sehr geringen Zielgruppenreichungsgrad (7–10 % der Alkoholabhängigen) aus.

Die Kritik der klassischen Suchtkrankenhilfe, insbesondere der Abstinenzorientierung dieses Ansatzes und die Fokussierung auf die sog. »vergessene Mehrheit«, die chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken (ca. 0,5 % der Bevölkerung), haben zweierlei bewirkt:

Zum einen ein Paradigmenwechsel im Hinblick auf die Ziele. Angesichts der Tatsache, dass Alkoholabhängigkeit eine Krankheit zum Tode ist (ca. 25 000 bis 30 000 Sterbefälle pro Jahr), ist der Sicherung des Überlebens, der Sicherung der Existenz Vorrang zu geben vor den weiteren Zielen wie der Reduzierung von Trinkmenngen und Exzessen, der Verlängerung alkoholfreier Perioden bis hin zur dauerhaften Abstinenz bei den Hilfen.

Zum Zweiten wurde begonnen, die in der Psychiatrie weitgehend realisierten Forderungen der Enquete für den Suchtbereich nachzuholen und ein gemeindebezogenes Versorgungssystem aufzubauen, das ambulante Hilfen vor stationären gewährleistet, das versorgungs verpflichtend, multiprofessionell, differenziert, niedrig-

Individuelle Hilfeplanung als methodisches Kernstück einer personenbezogenen Suchtkrankenhilfe

schwellig, personenbezogen und orientiert an den Schwächsten organisiert ist.

Dieses haben wir in zwei Modellprojekten des Bundesministeriums für Gesundheit in Bochum erprobt. Im ersten wurde die Arbeit unserer Suchtberatungsstelle unter Beibehaltung bestehender fachkompetenter therapeutischer Beratungsangebote schwerpunktmäßig auf die Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken ausgerichtet und die Basisversorgung durch Übernahme der Pflichtversorgung für einen definierten Stadtsektor sichergestellt und die Vernetzung von Hilfeangeboten unterschiedlicher Hilfesysteme durch Kooperationsverträge, gemeinsame Hilfeplanung und Casemanagement entwickelt. In einem weiteren Modellprojekt wurde der personenbezogene Ansatz im Rahmen von nachgehender Sozialarbeit und Casemanagement für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke von legalen und illegalen Suchtmitteln verfeinert.

Wir betreiben heute ein Kontakt- und Beratungszentrum der Suchtkrankenhilfe, das – multiprofessionell besetzt mit Krankenschwester, SozialarbeiterInnen, Ärztin und Ergotherapeutin – per Versorgungsvertrag mit der Stadt die Pflichtversorgung für einen Sektor mit 160.000 Einwohnern als sozialpsychiatrischer Dienst wahrnimmt und aufsuchend nachgehend arbeitet; das therapeutische Beratungsangebot für eigenmotivierte Selbstmelder vorhält; das mit ergotherapeutischen Angeboten auch nonverbale Zugänge zu chronisch Abhängigen ermöglicht; das ein niedrigschwelliges Kontaktkaffee unter sehr engagierter Mithilfe verschiedenster Selbsthilfegruppen betreibt; und das ambulant betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe (§ 39 BSHG) für diese Zielgruppe vorhält.

Hertzstück der Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken ist die Hilfeplanung. Sie ist nicht ein Arbeitsschritt unter mehreren, sondern Prinzip aller Arbeitsschritte. Gemeinsam mit dem Klienten wird darüber beraten, was angesichts der festgestellten Situation zu tun ist, welche Ziel gemeinsam verfolgt werden sollen und wer welche Aufgaben zu ihrer Realisierung übernimmt. Als Instrument steht hierfür ein Hilfeplanbogen zur Verfügung.

Ausgehend vom integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRB) der AKTION PSYCHISCH KRAKE wurde dieser im ersten Modellprojekt für den Suchtbereich entwickelt und im zweiten

Modell immer wieder modifiziert. Ziel war es, ein für diese Personengruppe alltagstaugliches Instrument zur Verfügung zu stellen.

In einem ersten Teil werden die Angaben über die Beteiligung bzw. Einbeziehung des Klienten, des Casemanagers und ggf. weiterer beteiligter Dienste, Institutionen und Angehörige des Klienten festgehalten. Bei Nichteinbeziehung des Klienten muss dieses begründet werden.

In einem zweiten Teil werden in einer ersten Situationseinschätzung Probleme und Beeinträchtigungen des Klienten sowie Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten festgehalten. Diese lassen sich sowohl allgemein als auch jeweils für fünf wesentliche Bereiche darstellen:

1. Gesundheit
2. Sucht/Konsum
3. Persönliche und soziale Beziehungen
4. Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Verschulung, Freizeit, Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen
5. Strafrechtliche Situation

Abweichende Sichtweisen des Klienten bzw. des Casemanagers werden festgehalten.

In einem dritten Teil werden Ziele, Maßnahmen und Zuständigkeiten sowohl im Rahmenplan als auch für die oben aufgeführten fünf Bereiche jeweils detailliert festgehalten und verbindlich von Klient und Casemanager unterzeichnet.

Das beschriebene Hilfeplanformular umfasst drei DIN A 4-Seiten. Der zweite und dritte Teil lassen sich untereinander legen, sodass auf einen Blick sowohl die Ausgangssituation der Planung als auch die verabredeten Planungen überblickt werden können. Das Formular erlaubt aufgrund seiner Größe zwar nur eine Skizzierung der Situation und der verabredeten Schritte. Es lässt sich aber mit geringem Aufwand ausfüllen und ermöglicht in der knappen Form auch die Einbeziehung von Menschen, die nicht so sprachgewandt sind.

Dieses Hilfeplaninstrument ist in der Praxis immer wieder modifiziert worden und dies wird zukünftig sicher auch weiterhin geschehen, um zu einem wirklich für alle Beteiligten nachvollziehbaren, verbindlichen und handhabbaren Instrument zu gelangen.

Auf die Einführung dieses Instrumentes wurde besonderer Wert gelegt. Die Erfahrungen – nicht nur bei uns – zeigen eine gewisse

Widerständigkeit, insbesondere der Berufsgruppen aus dem sozialen Bereich, gegen die Anwendung. Hier herrscht oft noch die Überzeugung vor, dass allein persönliches Wissen und mündliche Verhandlungen mit Kooperationspartnern für eine qualitativ hochwertige Arbeit ausreichen und der Einsatz von Hilfeplänen zu zeitaufwändig sei. Aber hier sei vor einer Verordnung von oben gewarnt, sondern eher der Prozess des Aushandels auch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betont, um das Ziel eine Sicht- und Arbeitsweise, die sich auf die Person, deren Fähigkeiten und Einschränkungen und der daraus resultierenden Hilfeunverfügbarkeit bezieht, zu verankern. Im Folgenden sollen unsere Erfahrungen und Bewertungen auf verschiedenen Ebenen dargestellt werden.

Allgemeine Ebene

- Personenbezogene Hilfeplanung ist zielgruppenunabhängig eine sinnvolle, hilfreiche und notwendige Arbeitsform für jeden psychosozial Arbeitenden
- Mit Zunahme der Problembereiche des Einzelnen steigt die Notwendigkeit einer integrierter Hilfeplanung einschließlich eines Case-Managements.
- Ein Hilfeplan ist kein 5-Jahres-Plan, der stur abgearbeitet wird, sondern ein prozessbegleitendes Instrument, bei dem die Form dem Inhalt folgen sollte und nicht umgekehrt

Ebene Klient

- Die konsequente Einbeziehung des Klienten ebnet den Weg vom Behandeln zum Verhandeln
- durch Wertschätzung und Ernstnehmen
 - durch Gespräche, Problem- und Ressourcenanalyse, Zielfestlegung auf gleicher Augenhöhe
 - durch Entwickeln einer gemeinsamen, achtungsvollen Sprache
 - durch das gemeinsame Bewusstmachen von Beeinträchtigungen einerseits und Fähigkeiten und Ressourcen andererseits
 - aber auch durch das Herausarbeiten und Festhalten unterschiedlicher Einschätzungen und Sichtweisen und damit einhergehenden Notwendigkeit des Aushandels eines von beiden Seiten unterschrittsreifen Kontraktes

- durch das gemeinsame Überprüfen und Neujustieren der im Hilfeplan vereinbarten Ziele
- durch Kontrollmöglichkeiten des Klienten bezüglich der vereinbarten Leistungserbringung der Professionellen.

In einer Befragung von ca. 700 Klienten im Rahmen des Modellprojektes »Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit zu ihren Erfahrungen mit der individuellen Hilfeplanung äußerten diese

- »sehr wichtig war ...
- dass er immer wieder mit mir überlegt hat, was als Nächstes zu tun war (94,7 %);
- dass wir alles zusammen geplant haben (94,6 %);
- dass er meine Situation übersichtlich aufgeschrieben hat (88,9 %)«

Ebene Mitarbeiter

- Personenbezogene Hilfeplanung ist ein qualitätsicherndes Instrument für den einzelnen Mitarbeiter/die einzelne Mitarbeiterin, das Team und die Leitung.
- Sie ist strukturgebend und sorgt dafür, dass nichts vergessen wird.
- Sie fördert »die Vollständigkeit der Wahrnehmung« [1] und ermöglicht so eine umfassende, ganzheitliche Sicht auf die Lebenssituation und das Lebensfeld des Klienten.
- Der Hilfeplan ermöglicht die gleichzeitige Darstellung langfristiger Perspektiven und daraus abgeleitete und darauf abgestimmte Teilprobleme und Teilschritte.
- Er erleichtert bewusst zu vollziehende Prioritätensetzungen und Entscheidungen eines verantwortbaren Einsatzes der vorhandenen (ja immer begrenzten) Ressourcen.
- Er ist ein hervorragendes Instrument zur konzentrierten und effizienten Fallbesprechung im Team.
- Er zwingt zur Reflexion des eigenen und des gemeinsamen Handelns und zum sich und anderen Bewusstmachen von eigenen Einschätzungen, Haltungen, Kompetenzen, Stärken und Schwächen.
- Er bietet somit auch – dies soll nicht verschwiegen werden – Möglichkeiten der Kontrolle, Kritik und Einflussnahme durch

- Kollegen und Kolleginnen und durch Leitung und kann somit auch angestautes wirken.
- Deshalb ist bei der Einführung eines solchen Instrumentes auf Ängste und Befürchtungen besonders Acht zu geben. Nicht »per ordre de mufti« oder im »Basta-Stil«, sondern eher als Einladung zu einem gemeinsamen, sich gegenseitig fördernden, anregenden und unterstützenden Prozess.

Ebene Kooperation

Dies letzt Gesagte gilt natürlich noch mehr, wenn andere Institutionen und Dienste in die Hilfeplanung mit einbezogen werden. Will man die Idee der personenbezogenen Ausrichtung der Hilfen transportieren, nutzt es nichts, wenn nach evtl. erreichter Kooperationsvereinbarung zwischen Geschäftsführern oder Vorständen quasi deduktiv Hilfeplanung von oben verordnet wird. Dies führt nur zu Widerstand bei den Ausführenden an der Basis. Wir haben gute Erfahrungen mit einem induktiven Vorgehen gemacht, indem wir bilaterale gute Beziehungen nutzen, um zu Kooperationsvereinbarungen mit kleinstem gemeinsamen Nenner zu kommen. Dieser besteht darin, dass man sich verbindlich im jeweiligen Einzelfall auf die gemeinsame Anwendung des Hilfeplaninstrumentes verständigt.

Dieser Ansatz trägt auch der versäulten Versorgungslandschaft der allgemeinmedizinischen, psychiatrisch/psychosozialen und Suchtkrankenhilfe-Systeme Rechnung mit jeweils eigenständigen Trägeridentitäten, Konzepten, fachlichen Standards und Abgrenzungen, die in der Vergangenheit häufig beim Klienten zum »Flipper-Kugel-Effekt« führte nämlich von einer zur nächsten Stelle weiter geschoben/gestoßen zu werden.

Einrichtungsübergreifende Hilfeplanung definiert Verantwortungsbereiche und Leistungen, macht sie eindeutig zuordenbar, legt Fallverantwortung einvernehmlich fest und hilft, zu einem abgestimmten personenzentrierten Vorgehen zu kommen, ohne dass das jeweilige Konzept des Kooperationspartners in Frage gestellt wird.

Ebene Versorgungsstrukturen

Konsequent betriebene Hilfeplanung – und hier besonders die Erfassung der notwendigen, der realisierbaren und der nicht realisierbaren, da nicht vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten – führt zu einer fundierten Benennung von Versorgungs- und Angebotslücken. Die systematische Auswertung bietet hervorragende Möglichkeiten der zukünftigen Gestaltung der Versorgungslandschaft durch Kommune und Leistungsträger. Die beteiligten Leistungserbringer kommen dabei nicht in Verruf, nur ihre Trägerinteressen zu vertreten und ihre Pfünde zu sichern.

Für die Zukunft reicht es nicht aus, bei Selbstverpflichtung und auf Absichtserklärungen beruhenden Vernetzungen der Hilfesysteme stehen zu bleiben. Die Implementierung des personenbezogenen Ansatzes muss zum zentralen Bestandteil von Leistungsverträgen werden.

Dabei ist aber sowohl auf die qualifizierte Leistungserbringung auf der Grundlage einer verbindlichen Hilfebedarfsfeststellung als auch auf eine ausreichend bemessene Finanzierung (natürlich auch der Hilfeplanung selbst) durch die Leistungsträger zu achten.

Eine Entkoppelung von Qualitätsanforderungen und Leistungsvereinbarungen einerseits von Vergütungsvereinbarungen andererseits ist auf alle Fälle zu vermeiden, will man nicht den als richtig erkannten personenbezogenen Hilfeansatz kontakkarrieren und zu einem kurzfristigen Kosteneinsparungskonzept degradieren. Wir sollten uns angesichts der Erfahrungen in der Altenhilfe dieser Gefahr ständig bewusst sein.

Literatur

1. DÖRNER K., PROG U., TELLER C. Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag, 2002
2. WIENBERG G., DRIESSEN M. (Hg.). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, 2001
3. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.). Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Nomos, 1998
4. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.). Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Nomos, 2001

Der IBRP und die Teilhabe am Arbeitsleben

Karl-Ernst Brill

Seit Mai 2000 führt die AKTION PSYCHISCH KRAKE unter dem Titel »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« – zunächst im Auftrag des Bundesministeriums Arbeit und Sozialordnung – nunmehr für das Bundesministerium Gesundheit und Soziale Sicherheit – durch, bei der Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben im Mittelpunkt stehen.

Leitfrage ist dabei: Wie muss berufliche Rehabilitation und Eingliederung organisiert sein, damit sie den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung trägt?

An dieser Stelle sollen und können nun weder die gesamte Aufgabenstellung dieses Vorhabens skizziert noch ein Überblick zu den Ergebnissen gegeben werden. Einige Aspekte hiervon werden morgen in dem Symposium »Teilhabe am Arbeitsleben« vertiefend angesprochen werden. Daneben ist auf den Tagungsband 29 zu verweisen, der die Beiträge und Ergebnisse der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRAKE »Teilhabe am Arbeitsleben« vom Mai 2002 dokumentiert, bei der die Zwischenergebnisse des Projekts vorgestellt und diskutiert wurden.

Zum Stellenwert der Teilhabe am Arbeitsleben im IBRP

Im Rahmen dieses Projekts haben wir uns auch eingehend mit Fragen der Abklärung des Bedarfs an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben und hierzu verfügbaren Instrumenten und Verfahren auseinander gesetzt, darunter auch mit dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP).

Diese Diskussion wurde besonderes eingehend in der Projektarbeitsgruppe geführt, deren Mitgliedern der IBRP durchgängig schon vorher bekannt war. Dabei wurde zunächst die Einschätzung vertreten, dass der IBRP den Bereich Arbeit und Beschäftigung und Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben vollkommen unzureichend berücksichtigt.

Hier war nun einzuräumen, dass dieser Bereich innerhalb des IBRP – zumindest in den ersten Versionen – etwas versteckt war: So

wurde zwar im Übersichtsbogen und den Manualen nach Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen und dem Bedarf an Hilfen

- einerseits zur Aufnahme einer Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung
- andererseits zur Erfüllung von Arbeits-/Ausbildungsanforderungen

gefragt; daneben war der Bereich Arbeit und die Differenzierung von Arbeits- und Beschäftigungsformen in den Bögen und Manualen zur Tages- und Wochengestaltung versteckt. Inzwischen wird im Übersichtsbogen bei den Zielen bezogen auf angestrebte Veränderungen der Lebensform der Bereich Arbeit explizit neben dem Wohnen genannt.

Regelhafte Abklärung des Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Erst bei einer eingehenderen Auseinandersetzung mit dem IBRP ergab sich dann, dass der Bereich Arbeit und Beschäftigung – zumindest was die Anforderungen an ein Instrument zur personenbezogenen Gesamtplanung von Hilfen betrifft – grundsätzlich ausreichend ist, für die »Detailplanung« aber weitere Instrumente zu nutzen sind.

Wesentlich bei der Anwendung des IBRP ist, dass die darin enthaltene Aufforderung zur Abklärung der Arbeits-/Beschäftigungssituation und eines etwaigen Bedarfs an Hilfen auch umgesetzt wird. Da wir im Rahmen des Projekts zu der Einschätzung gelangt sind, dass dem Bereich Arbeit und Beschäftigung aus unterschiedlichen Gründen in der Praxis psychiatrischer Einrichtungen und Dienste nicht die ihm gebührende Aufmerksamkeit zuteil wird, haben wir hierzu eine kleine Übersicht (Abb. 1) mit elementaren Abklärungs- und Entscheidungsfragen erstellt.

Dieser kleine Fragenkatalog greift die im IBRP enthaltene Unterscheidung zwischen einem Bedarf an Hilfen

- zur Aufnahme einer Arbeit/Beschäftigung Ausbildung und
- zur Erhaltung und Sicherung eines Arbeits-/Ausbildungsverhältnisses

auf und lässt auf den ersten Blick erkennen, dass dessen regelhafte Anwendung ohne großen Aufwand möglich ist.

Der IBRP und die Teilhabe am Arbeitsleben

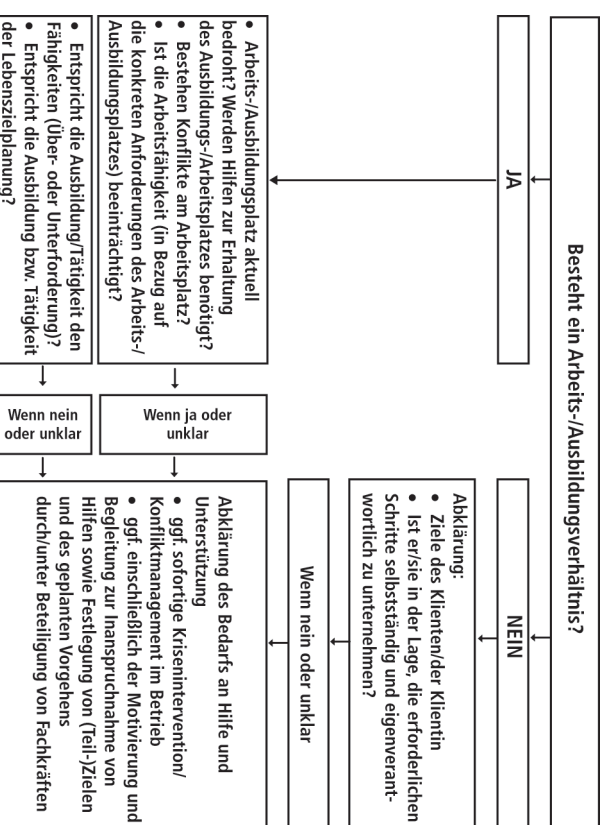


Abb. 1: Abklärungs- und Entscheidungsfragen für Mitarbeiter psychiatrischer Dienste und Einrichtungen

»Zielorte« der Integration in Arbeit und Beschäftigung

Entsprechend der »Philosophie« des IBRP ist vor der detaillierten Erhebung des Hilfebedarfs und der Festlegung des Vorgehens zunächst die angestrebte Lebensform festzulegen, da der Hilfebedarf je nach angestrebter Lebensform variieren kann und jeweils unterschiedliche Anforderungen an die Organisation von Hilfen bestehen.

Konkretisiert wurde dies im IBRP für den Bereich des Wohnens, für den das Manual Wohnformen als Leitfaden und Orientierungsrahmen entwickelt wurde, um gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin dessen subjektive Präferenz, Wünsche und Gewichnungen hinsichtlich der Wohnform herauszufinden. Darin wurden für die verschiedenen Wohnformen vom Einzelwohnen über die Familienpflege und das Kleingruppenwohnen bis zum Großgruppenwohnen exemplarisch Vor- und Nachteile in Bezug auf zentrale Struktur-

merkmale beschrieben. Hierzu gehören u. a. die Aspekte: Räumliche Verhältnisse und Alltagsnutzung, Möglichkeiten zur Gestaltung der Räume, Nutzung von Küche und Sanitärräumen bis hin zur Vertragsform.

Analog hierzu haben wir bereits während der Entwicklung des IBRP den Versuch unternommen, auch ein Manual für die verschiedenen Formen von Arbeit und Beschäftigung zu entwickeln. Aufgrund der Komplexität der Strukturmerkmale und den vielfältigen unterschiedlichen konkreten Ausgestaltungen von Arbeits- und Beschäftigungsformen haben wir damals diese Aufgabe zurückgestellt.

Diese unerledigte Aufgabe hat uns nun im Rahmen des Reha-Projektes wieder eingeholt und wurde durch die Erarbeitung einer »Zielorte«-Matrix gelöst, die analog zu der Übersicht zum Manual Wohnformen einen Überblick zu den verschiedenen Formen von Arbeit und Beschäftigung sowie zentralen Strukturmerkmalen bzw. Kriterien gibt (Abb. 2).

Darin wird zunächst eine grobe Differenzierung zwischen verschiedenen »Zielorten«, die natürlich auch Zwischenstationen sein können, vorgenommen, die sich an der herkömmlichen Unterscheidung zwischen dem allgemeinen und dem besonderen Arbeitsmarkt orientiert und ergänzend auch selbstständige Tätigkeit, rehabilitative Beschäftigung und Tätigkeiten im Dritten Sektor berücksichtigt.

Im Weiteren werden dann in einer zweiten Spalte zunächst unterschiedliche Formen von Beschäftigungsverhältnissen an diesen Zielorten aufgeführt, für die dann teilweise spezifische Strukturmerkmale zutreffen.

Dabei ergibt sich insgesamt eine sehr komplexe Matrix, die in der Abbildung vereinfacht dargestellt ist, indem hier nur die zentralen Kriterien in einer Aufzählung genannt werden.

Instrumente zur Arbeitsdiagnostik und zur Planung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Der IBRP ist, wie bereits eingangs erwähnt, als Instrument zur personenbezogenen »Gesamthilfeplanung« konzipiert. Zur Beschreibung des Hilfebedarfs in Bezug auf einzelne Lebensfelder und zur Entwicklung des (therapeutischen) Vorgehens sind im Bedarfsfall weitere Instrumente zu nutzen.

Hierzu gehören insbesondere:

Entwurf einer »Zielhierarchie« in Bezug auf »gesellschaftliche« Erwartungen

Zielort	Formen	Kriterien
Markt	Selbstständig	• Zeitlicher Umfang der Tätigkeit
Allgemeiner Arbeitsmarkt	»Normales« Arbeitsverhältnis	• »Arbeitnehmer«-Status (Recht im und aus dem Arbeitsverhältnis)
	Integrationsbetrieb, -projekt, -abteilung	• Entgelt (Lohn, Gehalt, Prämie, Aufwandsentschädigung)
	»Mini-Job« (Geringfügige Beschäftigung 400 €-Regelung – Gleitzone bis 800 €)	• Existenzsicherndes Einkommen?
	Probebeschäftigung	• Zugang zur Sozialversicherung
Besonderer Arbeitsmarkt	WfbM • allgemein • f. psych. Behinderte • Ausgelagerter Arbeitsplatz	• Möglichkeiten der Subvention (Eingliederungszuschüsse, Minderleistungsausgleich u.a.)
Rehabilitative Beschäftigung	Zuverdienst Tagesstrukturierende Tätigkeit	
Dritter Sektor	Hauswirtschaftl. Versorgung/Pflege Ehrenamt	

Abb. 2: Zielorte und Formen der Integration in Arbeit und Beschäftigung

Berufs- und Arbeitsanamnese

Hierzu beinhalten die im Anamnesebogen zum IBRP schon eine gute Grundlage und enthält auch die Fragen mit den in Bögen zur Erhebung der Berufs- und Arbeitsbiografie erfragt werden.

Ergänzend hierzu ist es aber bei einer detaillierten Berufs- und Arbeitsanamnese erforderlich, Brüchen und Wechseln in der Ausbildung bzw. dem Arbeitsleben näher nachzugehen, Wünsche und Neigungen ebenso herauszufinden wie belastende und entlastende Faktoren. Hierzu gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Bögen.

Arbeitsfähigkeiten (Selbst- und Fremdbeurteilung)

Auch zur (Selbst- und Fremd-)Beurteilung von Arbeitsfähigkeiten gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Bögen, die zur Beschreibung von

- Grundarbeitsfähigkeiten (pünktlich, regelmäßig, sorgfältig, etc.
 - Selbstbild (selbstständig arbeiten, es fällt mir leicht, Entscheidungen zu treffen)
 - Umgang mit Kollegen (bzw. mit Mithpatienten und Therapeuten in der Arbeitstherapie)
- dienen. Zu den differenzierten Bögen gehört der »Arbeitspädagogische Beobachtungs- und Bewertungsbogen – ABB«¹ [1], der in sechs Bereiche mit insgesamt 50 Items untergliedert ist, zu denen auf einer fünfstufigen Skala Einschätzungen abzugeben sind: Er umfasst im Einzelnen die Bereiche
1. Persönlichkeitsmerkmale (Einstellung zur Maßnahme, Selbsteinschätzung, Antrieb, Verhalten bei Fremdkritik)
 2. Sozialverhalten (Kontaktfähigkeit, Verhalten in der Gruppe)
 3. Lernen, Denken, Konzentrieren (Aufassungsvermögen, Merk-, Denk-, Konzentrationsfähigkeit)
 4. Arbeitsverhalten (Einstellung zur Arbeit, Arbeitsplanung, Selbstständigkeit, Handgeschick u. a.)
 5. Arbeitsleistung (Ausdauer, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, Leistungsverlauf)
 6. Belastungsfähigkeit (Tempodruck, Monotonie, Maschinenarbeit, Lärm, Hitze, Arbeit im Freien, Publikumsverkehr u. a.)

Instrumente für den ergotherapeutischen Gebrauch

Ferner gibt es eine ganze Reihe von nahezu durchgängig in Nordamerika entwickelten Instrumenten für den ergotherapeutischen Gebrauch, die in Deutschland weite Verbreitung gefunden haben. Die meisten dieser Instrumente sind nicht speziell auf die Arbeitsdiagnostik hin ausgerichtet, sondern umfassen – ähnlich dem IBRP – alle Lebensbereiche. Der Einsatz dieser Instrumente kann daher zur Erhebung von Alltagsfähigkeiten und Neigungen grundsätzlich auch ergänzend zum IBRP hilfreich sein.

Zu diesen Instrumenten gehören beispielsweise:

Canadian Occupational Performance Measure (zweite Ausgabe, Autoren: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock)

Erhoben werden Alltagsfähigkeiten der Selbstständigkeit (Selbstversorgung, Mobilität, Regelung persönlicher Angelegenheiten), der Produktivität (bezahlte/unbezahlte Arbeit, Haushaltsführung) und Freizeitverhalten (Hobbys wie Basteln, Lesen, Sport und soziales Leben wie Besuche, Korrespondenz). Zur Erhebung soll der Klient alle Dinge zu nennen, die er tun möchte, muss oder die von ihm erwartet werden, indem er sich einen typischen Tagesablauf vorstellt. In weiteren Schritten soll er die Tätigkeiten nennen, bei denen er zurzeit Schwierigkeiten hat, sie zufrieden stellend auszuführen und im weiteren eine Einstufung der Wichtigkeit der einzelnen Tätigkeiten auf einer Skala von 1 bis 10 vorzunehmen.

OCARIS – Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (Autoren: Cubie, S., Kaplan, K. (1982), Kaplan, K. (1984), Kaplan, K., Kielhofner, G. (1989), ins Deutsche übersetzt von Christiane Mentrup (1994))

Halbstandardisierter Interview-Leitfaden zur Erhebung von Interessen, Rollen, Gewohnheiten, Fertigkeiten, zur sozialen Situation, Selbsteinschätzung und Zufriedenheit, die dann anhand einer Skala von 1 (mangelhaft angepasst; benennt keine Interessen, beschreibt keinen Tagesplan mit Aktivitäten etc.) bis 5 (angepasst; benennt befriedigende Interessen, einen gut organisierten Tagesablauf mit wenig geschätzten Aktivitäten etc.) bewertet werden.

Profilmethode: MELBA

Die Profilmethode ist eine *arbeitswissenschaftliche* Vorgehensweise, mit der ermittelt werden soll, welche Arbeitnehmer auf welchen Arbeitsplätzen einsetzbar sind. Dabei werden – anhand katalogisierter Merkmale – die einzelnen Anforderungen des *Arbeitsplatzes* den Fähigkeiten und Kenntnissen der Arbeitsperson gegenübergestellt. Hierbei geht es zum einen um die physisch-funktionellen Anforderungen des Arbeitsplatzes und die entsprechenden Anforderungen an einen Arbeitnehmer, zum anderen um die psychischen Anforderungen und Fähigkeiten.

Zur Berücksichtigung der psychischen Anforderungen und Fähigkeiten wurde das Verfahren MELBA (Merkmaleprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) [2] entwickelt, das insgesamt 30 tätigkeitsbezogene Merkmale umfasst. Hierzu gehören insbesondere: Antrieb, Aufmerksamkeit, Ausdauer

¹ DIETRICH, M. 1991: 40–48.

er, Durchsetzungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Konzentration, Kritikfähigkeit, Umstellfähigkeit.

Diese Merkmale sind vor allem relevant, wenn die Auseinandersetzung mit psychischen Fähigkeiten und Anforderungen im Vordergrund steht, wie dies im psychiatrischen Bereich regelmäßig der Fall ist.

Anhand der Merkmale werden einerseits die Anforderungen eines Arbeitsplatzes beschrieben, die dann in einem Anforderungsprofil zusammengefasst werden.

Andererseits wird mit demselben Merkmalkatalog die Ausführbarkheit der einzelnen Arbeitsplatzanforderungen durch die Arbeitsperson abgefragt, woraus sich deren Fähigkeitsprofil ergibt. Aus dem Vergleich des Anforderungsprofils eines Arbeitsplatzes mit dem Fähigkeitsprofil eines dort einzusetzenden oder eingesetzten Mitarbeiters lassen sich Aussagen darüber gewinnen, inwieweit Arbeitsplatz und Mitarbeiter zusammenpassen. Ferner können dann Möglichkeiten der Anpassung des Arbeitsplatzes geprüft werden.

Die Profilmethode wird daher vor allem zur Auswahl und Gestaltung von behinderengerechten Arbeitsplätzen genutzt.

Der Eingliederungsplan in den Werkstätten für behinderte Menschen

Für behinderte Menschen im Eingangsverfahren einer WfbM ist die Erstellung eines Eingliederungsplans verbindlich geregelt (§ 40 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX). Zur Umsetzung und Ausgestaltung sind in einer Arbeitshilfe der Bundesanstalt für Arbeit »Eckpunkte« [3] vorgelegt worden, die zwar einerseits noch dem institutionellen Denken (Förderung, Qualifizierung, Beschäftigung in einer WfbM) verpflichtet sind, andererseits aber hinsichtlich der Zielsetzung und der Anforderungen an den Eingliederungsplan eine gewisse Analogie zum IBRP aufweisen:

Ziel und Aufgabe des Eingliederungsplans ist, die Interessen und die beruflichen wie persönliche Entwicklung einschließlich des Veränderungsprozesses der Interessen, persönlichen Bedürfnisse, beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Teilnehmers zu dokumentieren und die Ziele der Werkstattleistungen, die dazu erforderlichen Mittel und Methoden und ihre Wirksamkeit zu beschreiben. Er dient damit der ständigen Anpassung der Werkstattleistungen an die individuellen Anforderungen der Teilnehmer.

Beim Eingliederungsplan handelt es sich um ein standardisiertes Formblatt, das – ähnlich den Anforderungen im Übersichtsbogen zum IBRP – mindestens folgende Angaben enthalten soll:

1. Angaben zur Person,
2. Art und Auswirkungen der Behinderung,
3. Ergebnisse vorausgegangener Förderempfehlungen,
4. Ergebnisse der werkstatt eigenen Testverfahren (der Kompetenzanalyse und der anschließenden Förderdiagnose),
5. Zielbeschreibung der Eingliederungsmaßnahmen im Eingangsverfahren, Berufungsbereich, Arbeitsbereich und für die Eingliederung ins Erwerbsleben,
6. Beschreibung der Mittel, Methoden und Dauer der Eingliederungsmaßnahmen,
7. Beratungs- und Abstimmungsergebnisse über die Eingliederungsmaßnahmen mit dem behinderten Menschen,
8. Angaben über die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der beteiligten Fachkräfte.

Der individuelle Eingliederungsplan soll in den aufeinander folgenden Stufen der Werkstatt in seiner Differenzierung weiterentwickelt werden; je nach Bereich der Werkstatt, in dem sich der Teilnehmer bzw. der Beschäftigte befindet, sollte es einen individuell fortgeschriebenen Plan auf standardisierter Basis geben (z.B. Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich, Arbeitsbereich)».

Der Eingliederungsplan ist damit noch stark einer einrichtungs- und maßnahmebezogenen Sichtweise und Organisation von Hilfen verhaftet, bietet aber von seiner konzeptionellen Orientierung her Anknüpfungspunkte zur Weiterentwicklung zu einer personenbezogenen und integrierten Hilfeplanung.

Fazit und Ausblick

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

- Der IBRP ist *das* Instrument zur Erarbeitung eines personenbezogenen integrierten Gesamthilfeplans, zu dem ergänzend weitere Instrumente zu nutzen sind.
- Für die Erarbeitung von Zielen bezüglich der Teilhabe am Arbeitsleben kann die Matrix »Zielorte und Formen der Integration und Beschäftigung« genutzt werden.

- Zur Berufsanamnese und Arbeitsdiagnostik gibt es eine Vielzahl von Instrumenten, die genutzt werden können. Im Zuge der Erhebungen und Gespräche, die im Rahmen des Projektes »Beandaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« geführt worden sind ist zwischen den Zeilen deutlich geworden, dass man sich mit diesen Instrumenten »behilft« und grundsätzlich Bedarf besteht, ein Instrument zu entwickeln, das den spezifischen Anforderungen psychiatrischer Arbeitsrehabilitation genügt.
- Mit der Profilmethode Melba ist ein standardisiertes Instrument verfügbar, das regelhaft insbesondere von den Integrationsfachdiensten angewendet wird und grundsätzlich auch für die Anwendung bei Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. Behinderung geeignet ist. Allerdings gibt es auch hier zahlreiche Stimmen aus der Praxis, die für diesen Personenkreis einen Bedarf an Weiterentwicklung sehen.
- Mit dem SGB IX wurde für den Bereich der WfbM die Erarbeitung eines Eingliederungsplans verbindlich vorgegeben. Obwohl die hierzu erarbeiteten Vorgaben konzeptionell eine gewisse Übereinstimmung mit den IBRP erkennen lassen, wird er in der Praxis weithin nur unter dem Aspekt der Beschäftigung in der WfbM genutzt. Anzustreben wäre hier, dass für Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf in einer WfbM regelhaft der IBRP genutzt wird und der Eingliederungsplan nach § 40 SGB IX hierin aufgeht.

Literatur

1. DIETERICH M. Zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter. Köln, 1991: 40–48
2. KLEFFMANN AL, WEINMANN S, FÖHRES F u. a. Erstellung eines Merkmalakatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur behindertenbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -fähigkeiten. Forschungsbericht 212, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1991
3. Eckpunkte zum Eingliederungsplan nach § 40 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX, § 3 Abs. 1 WVO, In: Bundesanstalt für Arbeit: BA-Info 2/4/2002 16. Oktober 2002: Förderung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen. Gemeinsame Arbeitshilfen für die Arbeit der Fachausschüsse in Werkstätten für behinderte Menschen gem. § 2 Werkstättenverordnung (WVO). Anlage 2 (überarbeitete Fassung 2002)

Koordinierte Leistungserbringung

Einführung

Ulrich Krüger, Joachim Speicher

Der Aufbau personenzentrierter regionaler Hilfesysteme gelingt nur, wenn Fortschritte in mehreren Bereichen erzielt werden:

- bei der individuellen Hilfeplanung und Hilfeleistung,
- bei der einzelfallbezogenen Abstimmung und Koordination der Leistungen und
- bei verbindlichen Regelungen zu den Qualitätsanforderungen, zur Finanzierung der Leistungen und zur Organisation des regionalen Hilfesystems.

In diesem Symposium geht es um die einzelfallbezogene Koordination der Leistungserbringung. Die wesentlichen Instrumente der Koordination sind die »koordinierende Bezugsperson«, die »Hilfepersonkonferenz« und im Bedarfsfall einzelfallbezogene »Personenkonferenzen«.

Erfolge im Bereich »koordinierte Leistungserbringung« und in den anderen genannten Bereichen (Hilfeplanung und Hilfeleistung, Qualitätsanforderungen und Organisation) bedingen sich wechselseitig. Dies soll am Beispiel der koordinierenden Bezugsperson erläutert werden:

Auch wenn mehrere Dienste, Einrichtungen oder Leistungsbereiche (psychiatrische Behandlung, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, Pflege usw.) an der Hilfeleistung für einen psychisch kranken Mensch beteiligt sind, soll er einen übergreifend »zuständigen« Ansprechpartner haben: die »koordinierende Bezugsperson«. Sie sorgt für das *Zustandekommen eines bedarfsgerechten Hiljeprogramms*, wertet dieses im Verlauf mit dem Klienten, den beteiligten Diensten und Einrichtungen kontinuierlich aus, sorgt für Änderungen bei gewandeltem Hilfebedarf, stellt den notwendigen Informationsfluss und erforderliche Abstimmungen sicher und schafft *Kontinuität im Hiljeprogramm*, weil

sie auch bei Einrichtungswechsel oder Unterbrechung der Hilfeleistungen trotz fortbestehendem Hilfebedarfs in der Funktion bleibt.

Wenn das funktioniert, stellt es einen enormen *Qualitätsfortschritt* dar. Selbst eine hochkompetente, äußerst engagierte und vom Klienten gewünschte koordinierende Bezugsperson benötigt jedoch Rahmenbedingungen, die den Erfolg erst ermöglicht:

- Die koordinierende Bezugsperson muss von den beteiligten Diensten und Einrichtungen akzeptiert werden. Es müssen also
 - ☐ vorher Beschlüsse über die Funktion gefasst worden sein und
 - ☐ eine Einigung erreicht worden sein, wer diese Aufgabe im konkreten Fall übernimmt.
- Das Hilfeprogramm, das sie koordiniert, muss klar und von allen Beteiligten akzeptiert sein. Voraussetzung ist also
 - ☐ eine integrierte individuelle Hilfeplanung und
 - ☐ eine gemeinsame Abstimmung über diesen Gesamtplan.
- Abstimmung gibt nur Sinn, wenn sie auch zu Veränderungen im Hilfeprogramm führen können. Bei der Hilfe in den beteiligten Einrichtungen und Diensten müssen daher Spielräume bestehen, die Leistungen bedarfsgerecht zu variieren.
- Die Finanzierung von einrichtungs- und erst recht von leistungsbereichsübergreifenden Tätigkeiten ist sehr kompliziert, weil es jeweils unterschiedliche rechtliche Voraussetzungen gibt, wer mit welcher Vergütung aufgrund welcher Entscheidung tätig werden darf. Es muss also
 - ☐ klar sein, dass die koordinierende Bezugsperson die Funktion entweder im Rahmen ihrer sonstigen Tätigkeit erfüllen kann (zum Beispiel im Hinblick darauf, dass sie oder der Dienst in anderen Fällen Entlastung erfährt, weil andere die Funktion übernehmen), oder
 - ☐ es muss eine zusätzliche Finanzierung geben (z.B. Leistungsbereich »Hilfeplanung und Abstimmung« im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe oder Sozialtherapie).

Die Fragen der individuellen Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), dem Aufbau und den Vereinbarungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) und der Finanzierung werden in anderen Symposien behandelt. Der Einfachheit halber soll in diesem Symposium davon ausgegangen werden, dass die Voraussetzungen erfüllt sind:

- Ein integriertes individuelles Hilfeplanverfahren ist in der Region eingeführt und im Einzelfall durchgeführt worden.
- Beschlüsse zur Abstimmung über erforderliche Hilfeleistungen sind gefasst, eine Hilfeplankonferenz arbeitet und ist akzeptiert.
- Es gibt die Bereitschaft, einen GPV zu bilden oder eine Vereinbarung zu schließen, nach der die Beteiligten sich verpflichten, Klienten ein bedarfsgerechtes Hilfeangebot in der Region anzubieten und im Einzelfall zum Nutzen des Klienten zu kooperieren.

Damit sind wir frei, über die Frage des »Wie« zu sprechen: Wie funktioniert personenzentrierte Koordination der Leistungserbringung? Frau *Marion Locher* aus Berlin-Reinickendorf wird die Diskussion einleiten mit einem Impulsbeitrag zur koordinierenden Bezugsperson, Herr *Wolfgang von Wöyna* aus Kaufbeuren zur Hilfeplankonferenz und Herr *Wolfgang Müller* aus Mainz zum Thema »Hilfeplanung und GPV«.

Koordinierende Bezugsperson

Marion Locher

Im Folgenden soll die Funktion der Koordinierende Bezugsperson, wie sie in der Modellregion Berlin-Reinickendorf verstanden wird, beschrieben werden.

Dazu vorab einige notwendige Erläuterungen aufgrund der Gesetzesänderung des § 93 BSHG: In Umsetzung des § 93 d Abs. 2 BSHG wurden auf der Grundlage des Berliner Rahmenvertrags vom 01.01.1999 Leistungstypen beschlossen. In den Leistungstypbeschreibungen für den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen (psychisch kranke einschließlich suchtkranke Menschen) ist sowohl das Hilfeplanverfahren als auch das anzuwendende Planungsinstrument – der Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BBRP) – festgelegt. An der Hilfeplanung sind zwingend der Sozialpsychiatrische Dienst, die Klinik (wenn der Klient dort bekannt ist), Angehörige und Freunde des Klienten so er es will und die Leistungserbringer (bisherige oder auch zukünftige) zu beteiligen.

Im BBRP wird der Hilfebedarf des Klienten dokumentiert. Der wesentliche Unterschied zum integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans der AKTION PSYCHISCH KRANKE besteht darin, dass im BBRP nur die erforderlichen Eingliederungshilfemaßnahmen betrachtet werden. Aufgrund der in der Planung ermittelten Zeitwerte für die direkten Leistungen für den Klienten/in findet die Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe statt.

Im BBRP ist eine federführende Person und eine Koordinierende Bezugsperson namentlich festzulegen. Für die ergänzende Leistung »Koordination und Behandlungsplanung« ist ein wöchentliches Zeitbudget von 40 Minuten vorgesehen.

Die Federführung bei der Rehabilitationsplanung ist inhaltlich weitgehend identisch mit der Koordination, geht dieser jedoch zeitlich voraus. Die *federführende Person* setzt den Prozess der Rehabilitationsplanung in Gang und begleitet ihn solange, bis die Koordinierende Bezugsperson namentlich benannt ist. *Aufgabe der Koordinierenden Bezugsperson ist die Begleitung des Rehabilitationsprozesses unter besonderer Berücksichtigung der aufeinander abgestimmten Planungen der unterschiedlichen Dienste.* In der Vergangenheit führten zum Teil gegenläufige Planungen zu Überforderungen für den Klienten und zu

erneuten Krisensituationen, die bei Kenntnis der jeweiligen anderen Absprachen hätten vermieden werden können.

Erstmals hat sich das Gremium »Modell AG«, das für die Umsetzung der im Vertrag mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE genannten Ziele steht, mit der Aufgabe der Koordinierenden Bezugsperson am 26.06.2000 beschäftigt. Die Teilnehmer/innen der Sitzung einigten sich relativ schnell darauf, dass jemand aus dem professionellen Helfersystem diese Funktion übernehmen sollte. Diskussionswürdig schien die Frage, ob eine besondere Nähe zu der/im Klientin/en gut sei, wie sie die Bezugsbetreuer/innen haben, oder ob eine größere Distanz für die Aufgabe der Koordination wichtig sei. Die Entscheidung sollte in jeder Rehabilitationsplanung abgewogen und dann getroffen werden. Wichtig schien auf jeden Fall, dass das Vertrauen der/s Klientin/en zu der Person vorhanden sein muss, schwierig ist dies bei neu in das System kommende Klienten, die noch niemand aus dem Helfersystem kennen.

Als Hauptaufgabe wurde benannt, dass die Koordinierende Bezugsperson darauf zu achten hat, dass das Handeln der professionell Tätigen aufeinander abgestimmt ist und nicht sich ausschließende Ziele mit der/im Klientin/en verfolgt werden. Hierzu sollte sich die Koordinierende Bezugsperson auch selbst aktiv um Informationen bemühen, die sie dann auch an die anderen Tätigen weitergibt.

In der nächsten Sitzung wurden dann weitere Aufgaben festgelegt. Die Koordinierende Bezugsperson soll darauf achten, dass der Rehabilitationsplan eingehalten wird und dass die anderen beteiligten Institutionen auch immer aktuell informiert sind. Werden Änderungen aus einer Institution angedacht, so muss die Koordinierende Bezugsperson einbezogen werden. Sie soll längerfristig die/den Klientin/en begleiten, daher besteht die Zuständigkeit fort auch wenn ein/e Klient/in den Aufenthaltsort wechselt, z. B. Behandlung in der Klinik.

Probleme wurden bei der Frage der Informationsweitergabe gesehen. Es könne sich nur um eine (zu diesem Zeitpunkt) »moralische« Verpflichtung handeln. Auch stelle sich die Frage, wer die Koordinierende Bezugsperson kontrolliert. Diese Frage zeige deutlich die Bedenken darüber, sein Handeln gegenüber Dritten zu legitimieren und die Planungen der anderen Dienste, bei dem eigenen Handeln zu berücksichtigen. Man verständigte sich darauf, dass

es sich nicht um eine Machtposition handelt, sondern eine, für den Rehabilitationsprozess der/s Klientin/en, »dienende« Funktion hat.

Im August 2000 wurde in der Modell AG der Beschluss gefasst, dass ab Oktober 2000 bei allen neuen Klient/innen, die in das System kommen, sowohl eine federführende Person als auch im weiteren Verlauf der Rehabilitationsplanung eine Koordinierende Bezugsperson zu benennen ist. Diese soll künftig Helferkonferenzen organisieren. Auch hierbei bestand die Sorge, dass durch die Auswahl der Teilnehmer eine Machtposition entstehen könnte.

Es wurde festgelegt, dass der Klientenwunsch oberste Priorität bei der Auswahl der Person haben soll, beschränkt auf das professionelle Helfersystem.

Zur Vorbereitung auf die neuen Aufgaben sollte eine Checkliste erstellt und in den Institutionen verbreitet werden.

In den ersten Sitzungen zu dem Thema Koordinierende Bezugsperson wurden viele Diskussionen über die notwendige Akzeptanz in den einzelnen Institutionen und die Sorge einer »Machstellung« durch die Funktion diskutiert. Diese Bedenken nahmen teilweise mehr Raum ein, als die Diskussionen um die konkreten Aufgaben der Koordinierenden Bezugsperson.

Nach der berlinweiten Einführung des BBRR für alle Klienten, die Leistungen nach §§ 39, 40 BSHG erhalten, musste folglich auch für bereits im System betreute Menschen eine Koordinierende Bezugsperson festgelegt werden. Meistens wurde der/die jeweilige Bezugsbetreuer/in benannt. Gab es zwei in unterschiedlichen Institutionen, so entschied der/die Klient/in.

Ein regelmäßiger Austausch über die Erfahrungen mit den neu geschaffenen Funktionen Federführung und Koordination erfolgte im Rahmen der *Qualitätskontrolle*. Die Sichtweisen hinsichtlich der Probleme differierten, was sicherlich auch mit der Wertigkeit des Themas zu tun hat.

Rückmeldungen hinsichtlich eines »Machmissbrauches« sind bis heute nicht erfolgt, aber bezüglich der Akzeptanz der Funktion. Im Rahmen ihres Pflegemanagementstudiums untersuchten von Oktober 2002 bis Januar 2003 Frau Beatrix Gaffrey und Frau Anja Sälzer die Akzeptanz der Koordinierenden Bezugsperson in Reichenkendorf. Hierzu wählten sie 60 Personen aus drei Kategorien aus. Es wurden Klient/innen, Mitarbeiter/innen, die die Funktion einer Koordinierenden Bezugsperson noch nicht ausübten, und Mitar-

beter/innen, die diese Funktion wahrnehmen, in einem offenen Interview befragt.

In sehr verkürzter Darstellung lässt sich sagen, dass

- häufig der Unterschied von Bezugsbetreuer/innen und Koordinierender Bezugsperson nicht bekannt ist, sowohl bei Klient/innen als auch bei Mitarbeiter/innen
- Informationen über die Aufgaben der Koordinierenden Bezugsperson fehlen
- Koordinierende Bezugspersonen das Gefühl haben, dass sie nicht wahrgenommen werden und keine Akzeptanz erfahren
- den Koordinierenden Bezugspersonen die ungeliebten Aufgaben zugeschoben werden
- Bezugsbetreuer/innen, die auch Koordinierende Bezugsperson sind, nicht sagen können, in welcher Funktion sie tätig sind

Es wurde daraufhin in der Modell AG die Vereinbarung getroffen, dass alle Institutionen in ihrer Dokumentation (Deckblatt, Stammdatenblatt etc.) den Namen der Koordinierenden Bezugsperson aufnehmen. Das erfordert teilweise eine Änderung der Vordrucke und als zweiten Schritt die aktive Nachfrage, um das Blatt ausfüllen zu können. Ein weiterer Schritt ist die Überarbeitung und das Verbreiten von Informationsmaterial.

Die Hilfeplanungskonferenz

Wolfgang von Woyna

Eine idealtypische Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsträger und Leistungserbringer für eine gemeinsame Aufgabe, die Bereitstellung notwendiger Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, möchte ich an einem einfachen Bild darstellen:

Es gibt noch Menschen, die schreiben ihre Briefe mit der Hand, ich als Linkshänder mit der Linken. Diese Hand übernimmt auch sonst eine Reihe von Aufgaben und ist sehr aktiv. Sie, diese linke Hand könnte von sich behaupten: Ich bin überaus wichtig, du rechte Hand bist viel weniger wert. Die rechte Hand und die linke Hand, sie denken nicht so. Sie erfüllen unterschiedliche Aufgaben. Klopfst dann die linke Hand einen Nagel mit einem großen Hammer in die Wand, und schlägt dabei daneben, sodass die rechte Hand verletzt wird, wird sie sofort die rechte Hand ergreifen um den entstandenen Schmerz zu lindern. Bei einer gemeinsamen Aufgabe arbeiten die jeweiligen Kräfte zusammen, um das Beste zu erreichen.

So einer Aufgabe sollte sich auch die Hilfeplanungskonferenz (HPK) und ihre Vertreter bewusst bleiben, um divergierende Sichtweisen immer wieder zusammenzuführen.

Unsere Region nahm sich im Rahmen des Implementationsprojektes vor beispielhafte Lösungen für Fragen

der personenzentrierten Hilfeplanung insbesondere durch die

HPK,

- der Verbundentwicklung und -gestaltung,
- der Qualitätssicherung,
- der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und
- der Steuerung

zu finden.

Es gelang jedoch nicht, alle Leistungserbringer für dieses Projekt zu gewinnen, ein Anbieter von ambulanter Eingliederungshilfe nahm und nimmt nicht teil.

Ebenso sind nur Vertreter der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeskostenträger in der HPK vertreten, Träger der beruflichen und medizinischen Rehabilitation fehlen gänzlich.

Mehrere Unterzeichner der Vereinbarung stimmten nur unter Vorbehalt zu. Vorbehalte waren u.a.:

- Absichtserklärung ohne rechtliche Bindungswirkung
- Kontinuierliche Anwesenheit eines Vertreters wird nicht zugesichert
- Leistungen der Träger müssen über die vereinbarten Entgelte abgesichert sein

Teilnehmer am Implementationsprojekt und Hilfeplanungskonferenz waren schließlich:

- Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit
- Bayerisches Rotes Kreuz, Landesverband
- Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Ostallgäu
- Bezirk Schwaben
- Diakonisches Werk Augsburg
- Haas KG
- Landkreis Ostallgäu
- Stadt Kaufbeuren
- Wertachtalwerkstätten gGmbH
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK)
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Schwaben

Eine Geschäftsordnung für die HPK wurde am 21.03.2002 verabschiedet, welche die Aufgaben, die Mitglieder, die Häufigkeit des Zusammentretens, Leitung, Stellungnahme der HPK, Wahrung der Rechte der Betroffenen etc. behandelt.

Seit dem Frühjahr 2002 fand monatlich eine HPK statt. Insgesamt wurden dabei 94 Stellungnahmen erarbeitet.

Auffallend ist, dass die meisten vorgestellten Personen und ihr Hilfebedarf entweder aus dem klinischen Bereich stammten, im Sinne einer Neubeantragung, oder es sich um Fortschreibung und Verlängerung bereits bestehender ambulanter Leistungen handelte.

Menschen, welche sich in stationären Einrichtungen befinden und bei denen eine unbefristete Kostenübernahme aus der Zeit vor Einführung der HPK vorliegt, werden zurzeit nur von einem Unterzeichner im Sinne einer »Förderplanung« regelmäßig vorgestellt.

Insofern findet eine tatsächliche Abweichung von der ursprünglichen Prioritätenliste bei

- Neubeantragungen
- Wiedervorlagen bei Befristungen
- Förderplanung bei »Bestandsfällen«

- »Langzeit KlientInnen«, die für das Versorgungssystem schwierig erscheinen, weil das System bei der Hilfeerbringung Schwierigkeiten hat statt.

Die HPK wird somit häufig nur als Kostenverlängerungs- oder Neubeartragungsinstrument verstanden.

Für jede Vorstellung durch die federführende Bezugsperson stehen maximal zehn Minuten zur Verfügung. Weitere zehn Minuten nimmt sich die HPK Zeit für Nachfragen und Formulierung einer Stellungnahme mit empfehlendem Charakter für den Kostenträger. Dieser behält sich eine weitere sozialrechtliche Prüfung vor bis es zu einer Kostenzusage kommt.

Bei der Vorstellung einer schwierigen Situation und nicht leicht zu klärendem Hilfebedarf kommt es immer wieder vor, dass aus dem Kreis der Teilnehmer ein Vorschlag eingebracht wird, welcher Ausdruck der Abwehr von Hilf- und Machtlosigkeitserfahrung aus meiner Sicht darstellt: Beispielsweise die Empfehlung, einen Klienten der nichtsprachlichen Psychotherapie zuzuführen, ohne seine Ressourcen diesbezüglich genug einschätzen zu können und zu wissen, ob so ein Angebot überhaupt existiert und wenn ja der Anbieter zur Zusammenarbeit bereit ist. Oder der Vorschlag, sämtliche Leistungen einzustellen, um Selbsthilfepotenziale zu aktivieren.

Diese Situationen neigen dann dazu auszufern, bestenfalls ergibt dann die Empfehlung an die koordinierende Bezugsperson, eine neuerliche Personenkonferenz mit den Anbietern komplexer Leistungen einzuberufen und in der Nachbesprechung der HPK grundsätzliche Fragen zu erörtern.

Auch kann es zu erheblich unterschiedlichen Auffassungen zwischen Leistungsträgern und Kostenträgern kommen, inwieweit personenzentrierte Hilfen flexibel geleistet werden können, z. B. der Besuch einer externen Tagesstätte durch einen Heimbewohner.

Positive Beispiele für die Einführung personenzentrierter Hilfen bei unterschiedlicher Sichtweisen gibt es auch: Es konnte z. B. erreicht werden, dass verschiedene Ansichten zwischen einem rechtlichen Betreuer und einem Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens zum weiteren Vorgehen zu Gunsten einer ambulanten statt einer stationären Maßnahme entschieden wurden. Dies wurde nur dadurch möglich, weil die betroffenen Einrichtungen sich zur HPK vertraglich gebunden hatten.

Die regelmäßige Teilnahme an der HPK stellt gerade für die kleineren Einrichtungen einen nicht unerheblichen Zeitaufwand dar. Es laufen daher Bestrebungen der Anbieter aus gemeinsamen Leistungsbereichen z. B. Betreutes Wohnen – sich durch einen jährlich rotierenden Vertreter in der HPK fachlich einzubringen.

Inwieweit die HPK tatsächlich zu einer Transparenz der geleisteten Eingliederungshilfen und auch zu einer Ermittlung der Kostenströme führt und ob dies auch wirklich gewünscht wird, ist zurzeit noch nicht ersichtlich. Dies ist u. a. daran erkennbar, dass die Nichtteilnahme am Projekt für die entsprechende Einrichtung keine weitere Konsequenz zur Folge hatte.

Zum Schluss eine weitere Geschichte:

Ein Bauer hatte einst eine wunderschöne Stute, diese brach aus dem Gatter aus und rannte davon in die Wildnis.

Glück oder Unglück?

Einige Wochen vergingen und da kam die entlaufene Stute zurück, ihr hatte sich ein wilder Hengst angeschlossen. Die Pferde konnten eingefangen werden.

Glück oder Unglück?

Der einzige Sohn des Bauers beschloss den wilden Hengst einzureiten, wurde dabei abgeworfen und konnte anschließend nur noch verkrüppelt gehen.

Glück oder Unglück?

Die Zeit verging, Krieg brach aus und alle wehrfähigen Männer wurden eingezogen, der verletzte Sohn des Bauers nicht.

Glück oder Unglück?

Die HPK – Glück oder Unglück?

Eckpunkte der Hilfeplanung und die derzeitige Planung der Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds in Mainz

Wolfgang Müller

Die Stadt Mainz ist die Landeshauptstadt des Landes Rheinland-Pfalz und hat ca. 200 000 Einwohner. Nach dem neuen Landesgesetz für psychisch kranke Personen vom 01.01.1996 haben die Gebietskörperschaften in Rheinland-Pfalz eine neue Pflichtaufgabe: Die Planung und Koordination der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Zu diesem Zwecke erhielten die Gebietskörperschaften früher je 1,00 DM je Einwohner, jetzt 0,56 Euro.

Nach der Einrichtung der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie (als Stabsstelle im Gesundheitsdezernat der Stadt Mainz) erfolgte die Kontaktaufnahme zu den Leistungserbringern; der Ausbau der Arbeitsbeziehungen; die Würdigung und der Schutz der bislang geleisteten Arbeit; sowie eine Analyse des Ist-Zustandes. Darauf erfolgte eine gemeindepsychiatrische Rahmenplanung, die, über die Bedarfsermittlung hinaus, die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes individualisierter Hilfen in Mainz vorsah.

Nachdem die ersten Strukturen eines Verbundsystems von allen Leistungserbringern bejaht worden waren, wurden durch die lebendige Zuarbeit des »Arbeitskreises psychosoziale Versorgung« und mit Unterstützung des Psychiatriebezirkes der Stadt Mainz, eine Leitlinienempfehlung zur Einführung des personenzentrierten Ansatzes gegeben. Es sollten personenzentrierte, lebensfeldorientierte, niederschwellige Leistungen nach einem Gesamtplan erbracht werden und dabei andere Grundsätze wie »ambulant vor stationär«, Normalisierung usw. beachtet werden. Diese fachliche Empfehlung des Psychiatriebezirkes bildete danach die Grundlage des Verwaltungshandelns und somit auch die Grundlage des Handelns der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie.

Die Leistungserbringer in den verschiedenen Einrichtungen, Diensten und Ämtern hatten sich für die Einführung einer gemeinsamen »Sprache« bereit erklärt und wir wählten dafür den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), der über Schulungen und Fortbildungen dem Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekannt gemacht wurde. Die erkennbaren IBRP-Res-

Eckpunkte der Hilfeplanung und die derzeitige Planung der Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds in Mainz

ourcen, nämlich die Personenzentriertheit, die Prozessbetontheit und Zielorientiertheit, das Konkrete und vor allen Dingen die Unabhängigkeit der Leistung von der jeweiligen Wohnform, fand in der Region allgemeine Akzeptanz.

Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz

In 1998 nahm die Hilfeplanung und die Hilfeplankonferenz die Arbeit auf; die Frequenz war monatlich, das Thema war der Gesamtplan und der Schwerpunkt der Arbeit die BSHG-orientierten Leistungen – die Eingliederungshilfe nach §§ 39 und 40 BSHG.

Aufgabe dieser Unternehmung war die Erprobung personenzentrierter Hilfepläne und dies geschah freiwillig durch alle Beteiligten, wobei insbesondere die Bereitschaft des Sozialamtes an dieser Erprobung teilzunehmen, hervorzuheben ist. In der Folgezeit wurden sehr schnell strukturelle Hemmnisse für die Einführung dieser personenzentrierten Leistungserbringungen deutlich: Beispielsweise bei der Vorbereitung personenbezogener Konten, die statistische Haushaltsführung im Sozialamt erlaubte nicht eine Differenzierung nach Art der Behinderung.

Die Arbeitsweise der Hilfeplankonferenz ist dadurch gekennzeichnet, dass der Plan durch Klient und Bezugsperson erstellt wird. Danach wird er in der Hilfeplankonferenz vorgestellt und enthält konkrete Aussagen zum Hilfebedarf. Pauschale Vorschläge zur Form der Leistungserbringung wie »benötigt Betreutes Wohnen« sind keine konkrete Hilfeplanung und werden nicht akzeptiert. Es wird vorausgesetzt, dass der konkrete Hilfeplan fundiert erstellt ist und erst dann in der Hilfeplankonferenz vorgestellt wird. Die Arbeitsschritte in der Hilfeplankonferenz beziehen sich nicht auf eine mögliche Veränderung des Plans, sondern die Arbeitsschritte versuchen, die *Qualität des Plans* zu prüfen. Dazu dienen vor allen Dingen folgende Fragen und Feststellungen:

- Ist ein konkreter Hilfeplan erstellt?
- Sind konkrete Ziele genannt?
- Ist eine schlüssige Vorgehensweise vorgeschlagen?
- Sind die Hilfen zeitnah zu erbringen?
- Ist der mit der Leistungserbringung beauftragte Dienst alleine in der Lage, diese Leistung zu erbringen? Welche eventuellen Kooperationen benötigt er dazu?

- Gibt es eine fallverantwortliche Bezugsperson?
- Welchen zeitlichen Umfang an psychosozialer Betreuung erfordern die dargelegten konkreten Hilfebedarfe?
- Für welchen Zeitraum ist es sinnvoll die Kostenübernahme für die Hilfen zu empfehlen?
- Ist für diesen konkreten Hilfebedarf ein Kontingent sinnvoll, das flexible Betreuungszeiten ermöglicht?
- Wann soll der Plan wieder vorgestellt werden?

Nach der Beantwortung dieser qualitätssichernden Fragen werden Fragen der Mitglieder zum Sachverhalt erörtert und diskutiert und schließlich – möglichst einstimmig – eine Empfehlung an den anwesenden Kostenträger gegeben, den Plan mit den aus der Diskussion sich ergebenden Änderungen entgegenzunehmen und eine Aussage zur Kostenübernahme zu treffen. In aller Regel entscheidet der Vertreter des Amtes für soziale Leistungen in der Rolle des örtlichen und überörtlichen Kostenträgers sofort und folgt der fachlichen Empfehlung der Hilfeplankonferenz.

Die Empfehlung der Hilfeplankonferenz wird in einem Kurzprotokoll festgehalten, die mitgebrachten Unterlagen sofort von Kostenträger, Koordinierungsstelle und Leistungserbringer unterschrieben. Aufgrund dieser Unterlagen ergreift später noch ein Bescheid vom Sozialamt an die Beteiligten, der die Ergebnisse der Hilfeplankonferenz zusammenfasst.

Veränderungen durch Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz

Aus diesem Ablauf der Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz ist klar ersichtlich, dass die Praxis der Hilfeplanung in Mainz klar zwischen Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz unterscheidet. Die Hilfeplankonferenz ist in diesem Sinne keine Fallkonferenz. Alle fallbezogenen Erörterungen sollen in vorher stattfindenden Fallkonferenzen, Balintgruppen, Supervisionen, Helferkonferenzen usw. geleistet werden. Die Ergebnisse dieser Treffen sollen in den Hilfeplan eingehen. Dabei gibt es keine höherwertigen Informationen oder Stellungnahmen. Möglichst alle Informationen und Erkenntnisse, die der Klient, die betreuende Person, die Pflege, die medizinischen beteiligten Dienste usw. haben, sollen in den Plan eingehen.

Diese Praxis war keineswegs eine Selbstverständlichkeit. Die

Eckpunkte der Hilfeplanung und die derzeitige Planung der Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds in Mainz

Erprobung der Hilfeplanung bot jedoch eine gute Möglichkeit, auch berufsständische Fragen (wessen Aussagen sind mehr wert?) medialtiv zu behandeln, und die Praxis der Hilfeplankonferenz ergab eine Möglichkeit, die konkurrierenden Träger an einem Tisch zu versammeln und einen konstruktiven Umgang mit der Wettbewerbssituation einzuüben. Das daraus resultierende Vertrauen ineinander und die Akzeptanz der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen zueinander, hat sich in der Folgezeit sehr bewährt. Die konkrete Zusammenarbeit sorgte auf Dauer für ein gutes Arbeitsklima zueinander, das eher von Vertrauen geprägt ist.

Die Sachbearbeitung im Sozialamt (jetzt Amt für soziale Leistungen) hatte früher die Anfragen nach Leistungen für psychisch Kranke und gefährdete Menschen in relativ freier schriftlicher Form entgegengenommen. Die Sachbearbeitung war damals in der Situation, dann nach den vorgelegten Informationen entscheiden zu müssen, ohne direkt die Möglichkeit einer schnellen Rückfrage zu haben, geschweige denn die beteiligten Personen zu kennen. Die daraus resultierende Unsicherheit, auch die fachlichen Sachverhalte sachgerecht zu beurteilen, mündete oft in eine Anfrage an das Gesundheitsamt der Stadt Mainz wegen einer zusätzlichen amtsärztlichen Begutachtung oder Stellungnahme. Anders ausgedrückt, sobald die vorgelegten Informationen von der Sachbearbeitung als nicht hinreichend angesehen wurden, wurden die Klienten erneut zu einer Vorstellung usw. verpflichtet. Durch die Einführung des IBRP als gemeinsame Sprache und durch den qualitätsmäßig gesicherten Vorlauf in der Hilfeplanung, die Abstimmung und Empfehlung in der Hilfeplankonferenz (die durch ihre Art der Zusammensetzung auch gutachterlichen Stellenwert hat) ist eine deutliche Veränderung dieses Verhaltens zu bemerken: Die Anfragen nach zusätzlichen Stellungnahmen medizinischer Art beim Gesundheitsamt oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst sind um 90 % zurückgegangen.

Die Vorteile der Hilfeplanung und der Hilfeplankonferenz für den Verbund in Mainz lassen sich so darstellen:

- rasche Kapazitäts- und Bedarfsfeststellung
- Kooperation wird geübt
- ebenso der Umgang mit Konkurrenzmotiven
- Rückfragen und Klärungsmöglichkeiten sind gebündelt
- hohe Fachlichkeit kann innovativ genutzt werden

- persönliche Bekanntheit wird gefördert
- Selbstbestimmtheit der Klienten wird gefördert
- finanzieller Aufwand wird transparent
- die Schwierigkeiten, mit denen wir weiter zu kämpfen haben, sind folgende:

Die Kommune hat die Planungsverantwortung, das Land hat in fast allen Bereichen die Entscheidungskompetenz. Hier ist das Ziel, dass das Land diese Kompetenzen an den örtlichen Sozialhilfeträger delegiert.

- Die rigiden Verwaltungsvorschriften, die z. B. die Praxis des Be-
treuten Wohnens, der Tagesstätten und des Heims bestimmen,
behindern eine personenzentrierte Hilfeplanung und führen
teilweise zu Zielkonflikten und Verunsicherungen bei den Mitar-
beiterinnen und Mitarbeitern.

In 2000 wurde der Gebrauch des IBRRP in der Stadt Mainz nach dem freiwilligen Vorlauf für verpflichtend erklärt, und alle Leistungs-
bringer verständigten sich darauf. Es wurde eine Kooperationsver-
einbarung getroffen, die gewährleistet, dass alle Leistungserbringer
in Mainz (das sind sehr große und sehr kleine) durch Kooperation
in der Lage sind, die *Komplexleistung* im Sinne der AKTION PSY-
CHISCH KRANKE zu erbringen. Danach wurde im Jahr 2002 eine
Versorgungsvereinbarung zwischen der Stadt Mainz und dem so
genannten Trägerverbund geschlossen. In dieser Versorgungsverein-
barung übernimmt der Trägerverbund die *Versorgungsverpflichtung* für
den ambulanten und komplementären Bereich und sichert die Er-
bringung der Leistungen in einer bestimmten Qualität zu (im Sin-
ne des § 93 BSHG). Sobald neue Anbieter diese Qualität erfüllen,
können sie dem Trägerverbund beitreten, sodass die Wettbewerbs-
offenheit gewahrt ist und gleichzeitig ein Schutz vor Dumping be-
steht. Die Verpflichtung des Verbunds besteht im Schwerpunkt darin,
dass er *Pflichterzorgung, Völherzorgung, Kooperation und Qualität* so-
wie die *Teilnahme an der Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz* und die
Arbeit mit personenzentrierten Hilfen gewährleistet. Die Verpflichtung
der Stadt Mainz besteht darin, dass sie die Mitglieder des Verbunds
vorrangig anfragen wird, Leistungen für psychisch kranke Menschen
zu erbringen.

Zurzeit arbeiten wir daran, die Aufgaben der koordinierenden
Bezugspersonen zu installieren. Die fallverantwortliche Bezugsperson,

son, wie wir sie nennen, soll die Klienten insbesondere bei der Er-
bringung der Hilfen durch mehrere Träger begleiten und dafür sor-
gen, dass die Hilfen immer wieder neu kalibriert werden, d. h. der
Hilfeplan weiter fortgeschrieben wird. Aus der Nähe der daraus
resultierenden Aufgaben, z. B. zur Mitwirkungspflicht der gesetzli-
chen Betreuer oder aus der möglichen Kollusion dieser besonderen
Verantwortung der Bezugspersonen zur so genannten ärztlichen Ge-
samtverantwortung ergeben sich neue Diskussionsthemen, an de-
nen wir zurzeit arbeiten.

Mittlerweile ist die Einführung der personenzentrierten Hilfe-
planung für alle Menschen mit Behinderung in Rheinland-Pfalz
vereinbart, sodass die Praxis in der Stadt Mainz keine Insellösung
blieb. Diese Themen und andere Beobachtungen in der Praxis der
Versorgung für die psychisch Kranken machen uns deutlich, dass
nun eine weitere strukturelle Form der Zusammenarbeit angestrebt
werden sollte, die über die bisherige hinausgeht: eine klare Form des
Gemeindepsychiatrischen Verbunds.

Die strukturierte Entwicklung bei der Versorgung für die psy-
chisch kranken Menschen bietet zurzeit eine gute Grundlage für die
Entwicklung bei den anderen Personengruppen, jedoch geschieht
diese Einführung unter weitaus erschwerten Umständen. In Mainz
hatten wir die Möglichkeit, freiwillig ein Planspiel gemeinsam zu
gestalten und dabei Arbeitsebenen zu entwickeln, die eine Möglich-
keit boten, auch brisante Themen – wie die Haltung der Berufe
zueinander und Konkurrenz – zu bearbeiten.

Wir arbeiten zurzeit heftig daran, dass die Personen, deren Schwie-
rigkeiten in verschiedenen Hilfesystemen zu beschreiben sind, nicht
durch das Netz der Versorgung fallen, da sich die verschiedenen be-
teiligten Hilfesysteme nicht gerne berühren. Das führt oft dazu, dass
Klienten aus einem Hilfesystem im Überforderungsfalle in das ande-
re gesandt werden, ohne dass – im ungünstigen Fall – die Übergänge
begleitet werden und ein vernetztes Arbeiten stattfindet.

Diese Menschen haben oft unter einer fatalen Kombination von
einer schweren psychischen Erkrankung in Verbindung mit einer
Suchterkrankung und einer schweren Persönlichkeitsstörung zu lei-
den. Neben mangelnder Krankheitsinsicht und Wohnungsverlust
ist oft unklar, wie eine Behandlungskontinuität zu erreichen ist.

Zur Verbesserung der Arbeitsstrukturen für diesen Personenkreis
gehört auch eine Veränderung der Sozialarbeit in Mainz, die nicht

alleine nach Zuständigkeit tätig werden sollte, sondern *aufsuchend und regionalisiert* tätig werden soll.

In der personenzentrierten Hilfebringung für diese Personen werden die Lücken des gemeindepsychiatrischen Systems in unserer Stadt ebenso deutlich, wie die Chance, die der personenzentrierte Ansatz bietet.

Personenzentrierte Hilfen – Anforderungen und ihre Umsetzung in Einrichtungen

Einführung

Ingmar Steinhart, Heinrich Kunze

Das Konzept der Personen-zentrierten Hilfen wird in der Praxis allzu oft gleichgesetzt mit der Einführung und Umsetzung des Integrierter Behandlungs- und Rehabilitations-Plans (IBRP) in die bestehende Praxis. Nicht selten scheint vor Ort unter Qualitätssicherungsaspekten eine gewisse Beruhigung dann einzutreten, wenn der IBRP sich in den Dokumentationsunterlagen befindet. Dann fühlen sich viele Einrichtungen wie z. B. ein Wohnheim, eine Tagesstätte etc. konzeptionell bereits auf der »Höhe der Zeit« – dies muss allerdings nicht zwangsläufig bedeuten, dass der Klient und seine Hilfebedarfe tatsächlich im Mittelpunkt der Leistungserbringung stehen. Dass der IBRP nur der Einstieg in ein umfassendes Konzept, in einen Paradigmenwechsel der gesamten Arbeit einer Region und letztendlich der Beginn einer völlig veränderten psychiatrischen Unterstützungslandschaft ist, wird vielen Beteiligten erst klar, wenn die Qualitätsanforderungen für personenzentrierte Unterstützungsleistungen und deren Umsetzung in den Alltag auf den Tisch der Praxis-Agenda kommen.

So einfach wie die Konzepte »Personen-zentriert« und »Lebensfeld-orientiert« klingen, so komplex und weitreichend sind die Folgen ihrer konsequenten Umsetzung für die Psychiatrie, ihre Angebotsstruktur, ihre Beschäftigten, die Leistungserbringer und ihre Geschäftsführungen sowie das Selbstverständnis für psychiatrische Behandlungs- und Unterstützungsleistungen generell. Es geht also in diesem Symposium um den Fokus: Wie müssen die nach dem Konzept der Reha-Kette »gestrickten« Bausteine des Hilfe-Systems umgestaltet werden, damit Personen-zentrierte Formen der Hilfen gefördert statt behindert werden?

Folgen wir im ersten Schritt nur den »Anweisungen des IBRP«: So fragt man bezogen auf die »Wohnbetreuung« nicht zunächst nach

einer geeigneten Institution, die im Idealfall eine positive Indikationsstellung für den Einzelfall bietet oder im schlechtesten Fall gerade einen Platz frei hat und dem Klienten nicht schadet. Stattdessen wird als Erstes nach der Wohnform gesucht, die ein Klient wünscht und erst anschließend nach dem, was er zusätzlich zur gewählten Wohnform an Hilfen und Unterstützung benötigt, beginnend mit den nichtpsychiatrischen Hilfen. Darüber hinaus hat der geschulte IBRP-Anwender noch den Anspruch, dass dies alles sich nicht als ein Begutachtungsergebnis darstellt, sondern ein zwischen allen Beteiligten auf gleicher Augenhöhe ausgehandeltes Ergebnis ist.

Will man nun den IBRP – wie geschildert – nach einem Personen-zentrierten Konzept erfolgreich anwenden und die dort ermittelten Hilfebedarfe in der Praxis umsetzen, so tauchen viele Fragen auf, von denen wir einigen nachgehen wollen:

1. Wie ist eine Mitarbeiterschaft, die noch in traditionellen Institutionsstrukturen arbeitet und deren Alltag ständig durch Institutions-gesteuerte Anforderungen bestimmt wird, darauf vorbereitet, nicht nur personenbezogen zu planen, sondern vor allem »auf gleicher Augenhöhe« mit Psychiatrie-Erfahrenen zu *verhandeln*? Welche Ausbildungsgänge sehen dies vor? Wo gibt es ein Schulungskonzept für Personen-zentrierte Aus- und Verhandlungsprozesse, das auch noch flächendeckend angewandt wird? Wie viele Anbieter haben in ihren *Personalentwicklungsprogrammen* gerade dies (Analysen der Hilfebedarfe, Aushandeln und Personen-zentrierte Umsetzung) bereits zum Thema gemacht? Wie komme ich in einer im Prinzip gleichberechtigten Verhandlungssituation zum Personen-bezogenen Hilfebedarf und wie setze ich dann dieses Ergebnis in meinem Alltag und in der Beziehungsarbeit Personen-zentriert um?
2. Klienten richten sich in ihren Wünschen und ihrem Hilfebedarf nicht an traditionellen Institutions-orientierten Angebotsstrukturen aus, sondern ihre *individuell zusammengestellten Leistungspakete liegen vielfach »quer« zu den vorhandenen Institutionen (transinstitutioneller Hilfebedarf)*, insbesondere dann, wenn ambulante Komplexleistungen mit hohem Hilfebedarf abgefordert werden. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf die Unterstützungslandschaft im BSHG-Bereich, sondern auch auf die Ausgestaltung ambulanter, teil- und vollstationärer psychiatrischer Behandlungssettings.

3. Versuchen die Anbieter aus den bisher »Regel-finanzierten« Institutionen heraus individuell zusammengestellte Leistungspakete zu realisieren, so wird schnell klar, dass die institutionellen Strukturen geändert werden müssen:
 - Alternative 1 ist die *konsequente »Ambulantisierung«* aller Angebote inklusive der heutigen Wohnheime. Dies bedeutet auch die Verabschiedung von einer Heim-Immobilie und die Transformation der Ressourcen: Hilfen zur Selbstversorgung im Wohnbereich unabhängig davon, ob jemand auch eine Wohneinheit von der Einrichtung (als Mieter) in Anspruch nimmt oder in seiner bisherigen Wohnung bleibt.
 - Alternative 2 ist die Suche nach Lösungen im bisherigen institutionellen System. Die bisher finanzierte Institution wird zum »Finanz-Mantel«, zur »virtuellen Institution«, hinter der sich vor allem einzelfallbezogene Maßnahmen mit primär ambulantem Charakter verbergen. Dies gilt nicht nur für Hilfen beim Wohnen, sondern z. B. auch für die Tagesgestaltung.
4. Hat man sich nun auf die Ausgestaltung »*virtueller Institutionen*« eingelassen, so wird man recht bald feststellen, dass mit den notwendigen kreativen finanzakrobatischen Seitwärtzen im Rahmen einer Institutions-zentrierten Finanzierung für die Geschäftsführung und Mitarbeiterschaft ein hoher Aufwand verbunden ist. Die *ständige »doppelte Buchführung« (institutionelle Finanzierung einerseits und personenbezogene Leistungserbringung andererseits)* bindet Ressourcen bei allen Beteiligten, die besser in die direkte Arbeit mit den Klienten fließen sollten. Die aktuell diskutierte Lösung ist, von einer Institutions-zentrierten Finanzierung auf eine Personen-zentrierte Finanzierung der aus dem IBRP abgeleiteten Maßnahmen umzustellen. (PS: siehe den Umstiegs-Beschluss für Berlin – Nachricht von November 2003)
5. Nimmt man ebenfalls das zweite Merkmal des neuen Konzepts, die *Lebensfeld-Orientierung* ernst, so hat dies zwei Konsequenzen:
 - Klienten werden primär in ihrem gewohnten Umfeld behandelt, begleitet und unterstützt unter der Prämisse »so normal wie möglich« und somit nicht in fernab gelegenen Fachkrankenhäusern oder Wohnheimen versorgt. Dies ist nur mit sehr individuell zusammengestellten flexiblen Angeboten und nicht mit dem »Institutionellen Reflex« zu gewährleisten.

- Alle müssen in ihren Heimatregionen ein Angebot erhalten. Hiermit bekommt die Thematik der »Pflichtversorgung« erneut auch im außerklinischen Bereich eine besondere Bedeutung insbesondere für die Geschäftsführungen und leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ihren Angeboten dafür Sorge tragen müssen, dass dort auch die vermeintlich »schwierigsten«, »unangenehmsten« und »unattraktivsten« Psychiatrie-Erfahrungen unterstützt werden. Das heißt, sie müssen die dort tätigen Profis anhalten, sich mit kreativen und flexiblen Angeboten auch dieser »schwierigen« Personengruppe zu stellen.
- 6. Obwohl § 46 BSHG einen Gesamtplan vorschreibt, so findet dies in der Praxis selten statt. Dagegen könnten die Klienten-Rechte durch die Einführung des IBRP dann besonders gestärkt werden, wenn damit die Einführung eines standardisierten, transparenten und verbindlichen Hilfeplanverfahrens als einklagbarer Verwaltungsakt verbunden würde. Psychiatrie-Erfahrene bekommen nunmehr ein »Recht auf IBRP« und damit auf ein Verfahren, das ihre Position und die Aushandlung mit ihnen in den Vordergrund rückt. Das Wort »IBRP« sollte für psychisch Kranke auch Gewicht bekommen als Anrecht auf ein faires Verfahren, das den Antragsteller in den Mittelpunkt stellt.
- 7. Will man die *Qualität* in einem Personenzentriert organisierten und vielleicht auch finanzierten Versorgungssystem erfassen, so stellt man sehr schnell fest, dass die gängigen Qualitätssicherungssysteme *Institutions-zentriert* ausgestaltet sind. Das heißt in den meisten Fällen ist die einzelne Institution zertifiziert und gerade nicht die *transinstitutionelle personenbezogene Leistungserbringung in einer definierten Region*. Falls jede einzelne Institution zertifiziert sein sollte, sagt das noch immer nichts über die Qualität einer gemeinsam von verschiedenen Anbietern in der Region erbrachte Unterstützungsleistung für Personen aus. Ein Qualitätssicherungssystem muss daher stärker nicht nur den Prozesscharakter der Leistungen abprüfen, sondern muss als Bezugspunkt den Verbund der Leistungsangebote einer Versorgungsregion, in den meisten Fällen also einer Gebietskörperschaft, haben.

In den folgenden sechs Beiträgen finden Sie zu einigen der aufgezählten Themenfelder Beiträge aus dem psychiatrischen Alltag.

- *Walter Kistner* fordert auf Basis der neuen Aufgabenstellung – Klientenorientierung und institutionsübergreifendes Arbeiten – eine *Neu-Definition des Teambegriffes*.
- *Martin Bülting* schildert aus Bremen, wie sich ein *Krankenhaus flexibler und Patienten-orientierter* strukturieren kann.
- Über die Absicht, eine »*virtuelle Tagesstätte*« einzurichten und die Tagesstättenplätze viel flexibler, ambulantisiert zu nutzen, berichtet aus Berlin-Reinickendorf *Günter Geil*.
- Wie wesentliche Nachteile stationärer Wohnformen durch die konsequente *Trennung der Hilfen von den Räumen* zum Wohnen vermieden werden können und welche unternehmerischen Herausforderungen damit verbunden sind, zeigt *Bingui Hamann* am Beispiel der Auflösung eines Wohnheimes in Hamburg.
- Dass auch *Geschäftsführungen* durch die konsequente Personenorientierung ihres Leistungsangebotes vor neuen Herausforderungen stehen, berichtet *Mathias Rosemann* aus Berlin.
- Die erfolgreiche Entwicklung eines *Qualitätsentwicklungs- und -sicherungssystems* mit Bezug zum gemeindepsychiatrischen Verbundsystem stellt *Jürgen Armbruster* in seinem Beitrag zu »PsychiatrieQualität« vor.

Überlegungen zu einem prozessorientierten Teambegriff

Walter Kistner

Begriffsdefinition »Team«

Was ist ein Team? Wenn man einen Begriff näher zu klären hat, empfiehlt es sich oft, einen Blick in ein Synonym-Wörterbuch zu werfen, um zu sehen, durch welche anderen Begriffe er sich ersetzen bzw. umschreiben lässt. Für den Begriff »Team« finden sich folgende Ersatzbegriffe:

- Gruppe
- Arbeitsgemeinschaft
- Arbeitsgruppe
- Mannschaft
- Produktionsgemeinschaft
- Ensemble
- Equipe
- Gesellschaft
- Kollegium
- Kollektiv
- Stab

Das Ergebnis ist durchaus aufschlussreich. Offenbar handelt es sich bei einem Team immer um mehrere Personen, die durch eine gemeinsame Aufgabe verbunden sind. Anders herum formuliert: Mehrere Personen werden dadurch zu einem Team, dass sie eine gemeinsame Aufgabe lösen müssen oder wollen.

Für die Praxis noch interessanter ist es, sich im Umkehrschluss vor Augen zu halten, was alles nicht erforderlich ist, damit mehrere Personen zu einem Team werden, z. B.

- gegenseitige Sympathie
- gemeinsame oder auch nur gleiche Privatinteressen
- soziale Ähnlichkeit
- vergleichbarer Bildungsstand
- vergleichbares Einkommen
- gleiche Rechte und Pflichten

Teamarbeit ist also keine besondere Form des Zusammenlebens, sondern eine besondere Form der Arbeitsorganisation. Teamarbeit als Form der Arbeitsorganisation dient dem erwähnten Zweck, dass mehrere Personen eine gemeinsame Aufgabe erfüllen. Nur dann, aber auch genau dann, ist Teamarbeit erforderlich.

Unterschied zwischen »Zusammenarbeit« und »Arbeitsteilung«

Was ist eine gemeinsame Aufgabe? Doch wohl eine solche, die nur gemeinsam, d. h. durch Zusammenarbeit gelöst werden kann.

Zusammenarbeit ist erforderlich, wenn sich eine Aufgabe zwar in verschiedene Teilaufgaben zerlegen lässt, diese können aber nicht voneinander unabhängig gelöst werden, weil sie aufeinander abgestimmt sein müssen. Als Beispiel dafür kann man sich ein Orchester vorstellen, bei dem jeder Musiker sein spezielles Instrument spielt, erst das Zusammenwirken aller daraus aber eine Sinfonie macht.

Daneben gibt es auch noch den Fall, bei dem die Teilaufgaben voneinander unabhängig gelöst werden können, z. B. nacheinander. Also beispielsweise der Landwirt zieht das Korn und verkauft es an den Müller, der Müller mahlt es und verkauft das Mehl an den Bäcker, der Bäcker backt daraus Brötchen und verkauft sie an den Gastwirt, der kauft sich auch noch Aufschnitt und macht daraus belegte Brötchen.

In einem solchen Falle handelt es sich nicht um Zusammenarbeit, sondern um einfache Arbeitsteilung. Dieses Kooperationsmodell ist übrigens dem der so genannten Rehakette ganz ähnlich.

Zusammenarbeit in dem Sinne, wie wir den Begriff hier verstehen wollen, ist etwas anderes, als einfache Arbeitsteilung. Zusammenarbeit, oder eben Teamarbeit, ist mehr als einfache Arbeitsteilung, weil erst durch die Zusammenarbeit die verschiedensten Möglichkeiten der wechselseitigen Befruchtung, also so genannte Synergieeffekte, entstehen können. So wie das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, so ist Teamarbeit mehr als eine einfache Zusammenführung von menschlicher Arbeit.

Ach ja, und außerdem sind psychisch Kranke keine Brötchen!

Institutions- oder patientenorientierter Teambegriff: Stationsteam oder Behandlungsteam

Nachdem wir nun alle wissen, was ein Team ist, stellt sich eigentlich nur noch eine Frage: Welches Team denn eigentlich? Oder: Welche Personen bilden das Team?

Wenn ein Team eine Gruppe von Menschen mit einer gemeinsamen Aufgabe ist, dann wird schnell erkennbar, dass die Frage, wer eigentlich zum Team gehört, von der jeweiligen Aufgabe abhängt.

- *Institutionsorientierter Teambegriff*: Alle Personen, die in einer Organisationseinheit arbeiten (Beispiel: so genanntes Stations-team)
- *Prozessorientierter Teambegriff*: Alle Personen, die für einen bestimmten Klienten zuständig und verantwortlich sind (Beispiel: Behandlungsteam)

Der erste Teambegriff (Beispiel: »Stationsteam«) geht von einer institutionsbezogenen Sichtweise aus. Er meint das gesamte zu einer Organisationseinheit gehörende Personal. Ein *Stationsteam* z.B. umfasst alle Personen, die sich in einer Station anfallenden Aufgaben teilen. Daher ist z.B. eine Reinigungskraft, die der Station fest zugeordnet ist, selbstverständlich ein Mitglied des Stationsteams. Auf der anderen Seite sind Mitarbeiter in zentralen Therapien (z.B. Arbeitstherapie), selbst wenn sie mit allen Patienten einer Station therapeutisch befasst sind, keine Mitglieder des Stationsteams.

Der *prozessorientierte Teambegriff* (z.B. »Behandlungsteam«) demgegenüber definiert das Team in einer *klientenbezogenen* Sicht. Alle in einer therapeutischen Rolle für den Patienten im Therapieprozess zuständigen Personen (also auch z.B. die betreffenden Mitarbeiter der zentralen Arbeitstherapie) gehören zum Team für diesen Patienten.

Sobald wir über einrichtungsübergreifende Ansätze reden, verliert der erste institutionsorientierte Teambegriff offenbar völlig seinen Nutzen. Hier kann »Team« nur noch im Sinne des prozessorientierten Teambegriffs verstanden werden.

Unter Personen, die in einer therapeutischen Rolle für den Patienten zuständig sind, sollte nun aber nicht jeder verstanden werden, der irgendwie am Prozess beteiligt ist. Ein Prozessablauf beinhaltet immer die voneinander zu unterscheidenden Funktionen *Planung* und *Ausführung*, für die jeweils verschiedene Zuständigkeiten bestehen. Es ist sinnvoll, zwischen Personen, die Planungs- und Entscheidungsverantwortung haben (das »Planungsteam«) und solchen, die lediglich Ausführungsverantwortung haben, systematisch zu unterscheiden. Dabei gilt, dass Planungsverantwortliche natürlich auch Ausführungsverantwortliche sein können, dies aber nicht müssen, und umgekehrt.

Nur beim »Planungsteam« ist Zusammenarbeit im o. a. Sinne tatsächlich erforderlich. Bei der Ausführung ist eine geplante Arbeits-

teilung zumeist völlig hinreichend. Zuständigkeit für einen Klienten im Sinne der Teamarbeit bedeutet also nicht, mit ihm »auch« zu tun zu haben, sondern für bestimmte Teilbereiche der Behandlung steuernd verantwortlich zu sein.

Probleme einer falschen Definition von Behandlungsteam

Mit der einzelfallorientierten Blickweise, die in den letzten Jahren in die Psychiatrie Einzug gefunden hat, ist der institutionsorientierte Teambegriff nur noch schlecht vereinbar und wirft allerlei Qualitätsprobleme auf.

Solche aus einer falschen Teamdefinition resultierenden Probleme bestehen vor allem darin, dass damit für die gemeinsame Aufgabe wichtige Personen horizontal und vertikal ausgegrenzt, unwichtige Personen hingegen eingeschlossen werden.

Ich kann dies hier nur am Beispiel der stationären Psychiatrie erläutern, denke aber, dass die Aussagen auf andere Felder relativ leicht übertragbar sind.

Ausschluss wichtiger Personen

Der Übergang von nur ärztlicher zu multiprofessioneller Behandlung in der Psychiatrie erfordert heute die Einbeziehung von therapeutischen Kompetenzen, die längst nicht jedem Stationsteam intern zur Verfügung stehen.

Die Psych-PV bemisst den Personalbedarf in Psychiatrischen Kliniken an den Behandlungsnotwendigkeiten der einzelnen Patientinnen und Patienten. Der Personaleinsatz, also die interne Verteilung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfolgt aber weiterhin orientiert an Behandlungseinheiten bzw. Stationen. Mit der abnehmenden Größe der Kliniken und Stationen hat dies zur Folge, dass die nur in geringer Anzahl vorhandenen therapeutischen Kompetenzen (= anzahlmäßig kleine Berufsgruppen) entweder nur noch für »ausgewählte« Behandlungseinheiten (und damit Patientinnen und Patienten) verfügbar sind, oder dass deren Verfügbarkeit übergreifend sichergestellt werden muss. Nach der Psych-PV steht z.B. lediglich in den Berufsgruppen »Krankenpflegepersonal« und »Ärzte« eine hinreichende Anzahl von Personen zur Verfügung, die es ermöglicht, diese jeweils nur einer Station fest zuzuordnen. Die

weiteren, deshalb in der Behandlung nicht weniger wichtigen Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Psychologen, Physiotherapeuten) sind bereits heute in vielen Krankenhäusern stationsübergreifend bzw. zentral eingesetzt.

Das Behandlungsteam, wenn es (fälschlicherweise) mit dem Stationsteam gleichgesetzt wird, umfasst nun aber nur diejenigen Personen, die auf der Station arbeiten. Damit werden für die Behandlung wichtige Personen sowohl horizontal als auch vertikal aus dem Team ausgegrenzt.

Horizontale Ausgrenzung

Horizontale Ausgrenzung betrifft alle Therapeuten, die zwar zum Behandlungsteam des Patienten im o.a. Sinne, nicht aber zum Stationsteam gehören, wie z. B. die Mitarbeiter der Therapiebereiche. Sie betrifft gemeinhin auch Personen aus Berufsgruppen, die zwar nicht zentral, aber für mehrere Stationen tätig sind, wie z. B. Sozialarbeiter. Bedingt durch die Orientierung auf das »Stationsteam« findet demnach multiprofessionelle Zusammenarbeit qualifiziert nur innerhalb der Station statt. Insbesondere übergreifend organisierte Kompetenzen, wie z. B. die Arbeitstherapie, sind bestenfalls »angeklinkt« und an der Steuerung des Behandlungsprozesses nur rudimentär beteiligt.

Alternativ kommt es auch vor, dass stationsübergreifend tätige Personen dann mehreren Stationsteams zugleich zugerechnet werden, mit der Folge, dass diese vor lauter Teilnahme an Teambesprechungen kaum noch zu ihrer eigentlichen Arbeit kommen.

Vertikale Ausgrenzung

Vertikale Ausgrenzung resultiert daher, dass der institutionsorientierte Teambegriff im Sinne des »Stationsteams« die Zugehörigkeit zum Team gemeinhin nur horizontal definiert, d.h. die jeweils übergeordnete Hierarchieebene (Leitende Ärzte, Pflegedienstleitung) gehört in dieser Blickweise nicht zum Team. Die Angehörigen dieser übergeordneten Hierarchieebene sehen sich selbst dabei ebenso wenig als Teammitglieder an, wie sie andererseits von den anderen so gesehen werden. In die Behandlung der Patientinnen und Patienten sind aber zumindest die leitenden Ärzte als letztlich Verant-

wortliche eingebunden. Dies bedeutet, dass Personen, die für die Erfüllung der gemeinsamen Aufgabe eine wesentliche Funktion ausüben, in dieser Sicht nicht in die Teamarbeit einbezogen sind. Die damit verbundenen Probleme wie Spaltungsmöglichkeiten, usw. sind Ihnen allen sicherlich aus der Praxis geläufig.

Eine an der gemeinsamen Aufgabe orientierte Sicht des Teams würde demgegenüber das Augenmerk auf alle den Behandlungsprozess bildenden Teilprozesse legen, unabhängig von deren organisatorischer Realisierung. Orientiert an der Psych-PV wären dies die Teilprozesse »Medizinische Behandlung«, »Pfleger«, »Psychologische Behandlung«, »Ergotherapie«, »Physiotherapie«, »Sozialarbeit/ Sozialpädagogik«. Das »Behandlungsteam« eines Patienten oder einer Patientin bestünde dann aus den Verantwortlichen für die Durchführung der jeweiligen Teilprozesse bei diesem Patienten bzw. dieser Patientin.

Einschluss unwichtiger Personen

Während also Personen, die zum Behandlungsteam im o.a. Sinne gehören, durch die Orientierung der Teamarbeit auf das Stationsteam außen vor bleiben, werden andererseits Personen beteiligt, die durchaus entbehrlich wären. Zum Beispiel finden gegenwärtig (Stations) Teambesprechungen gemeinhin deswegen statt, weil sie im Wochenplan der Station vorgesehen sind. Die Durchführung der Besprechung resultiert also nicht aus einem vorher ermittelten »Besprechungsbedarf« und dient auch keinem vorher erkennbaren Ziel. Da weder der Besprechungsinhalt noch das *Ziel der Besprechung* vorab erkennbar ist, ist eine aufgaben- und zuständigkeitsbezogene Auswahl der Besprechungssteilnehmer (im Sinne des Behandlungsteams) nicht möglich, weshalb grundsätzlich alle Mitarbeiter der Station daran teilnehmen.

Ein Besprechungswesen in der genannten Weise führt zu Problemen quantitativer und qualitativer Art. In quantitativer Sicht ist es ein gutes Beispiel für ein Qualitätsproblem durch die Verursachung unnötigen Aufwands. In der Begrifflichkeit der Psych-PV könnte man sagen, dass der Anteil nur »Mittelbar patientenbezogener Aufgaben« an der Gesamtarbeitszeit dadurch deutlich größer wird, als zur Aufgabenerfüllung erforderlich, und zwar zu Lasten der direkten Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. In qualitativer Hin-

sicht leiden Fallbesprechungen im Rahmen von Stationsteams erfahrungsgemäß daran, dass bereits durch die Zusammensetzung der Teilnehmer Gesichtspunkte von Ordnung und Hygiene sowie allgemein des Verhaltens auf der Station ein unverhältnismäßig hohes Gewicht bekommen. Der größte Teil der Besprechungsteilnehmer hat nämlich mit dem Patienten nur auf dieser Ebene, also durch Verhaltensbeobachtungen in der Station, überhaupt zu tun. Nun sind solche Verhaltensbeobachtungen in der Station nichts Schlechtes, stellen sie doch wichtige Daten für die weitere Therapieplanung dar. Sie werden dazu jedoch erst dann, wenn sie einen hinreichenden Planungsbezug haben, also zu den Problemen und Zielen der Behandlung in Verbindung gesetzt werden, was nicht die Aufgabe des Stationsteams ist und auch nicht sein kann. Wenn es trotzdem nötig ist, solche Daten über Teambesprechungen zusammenzutragen, zeigt sich darin zumeist nur, dass die Dokumentation unzulänglich ist.

Nun gibt es selbstverständlich auch solche Besprechungen, deren Inhalt tatsächlich primär *stationsbezogen* und für die daher die vollständige Anwesenheit aller in einer Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchaus sinnvoll ist. Inhalte stationsbezogener Besprechungen wären z. B. Fragen der Stationsorganisation, der Milieugestaltung, des Stationskonzepts. Solche Besprechungen sind aber inhaltlich etwas völlig anderes, als direkt patientenbezogene Besprechungen, wie z. B. Fallkonferenzen. Soweit es bei solchen stationsbezogenen Besprechungen überhaupt um Patientenbelange geht, beziehen sich diese überwiegend auf solche, die mit dem Wohnen und Zusammenleben in der Station zusammenhängen, nicht mit der individuellen Behandlung.

Direkt *patientenbezogene* Besprechungen erfordern eine gänzlich andere Zusammensetzung der Teilnehmer, nämlich entsprechend des o. a. »Behandlungsteams«, das sich meist stationsübergreifend zusammensetzt, dafür aber aus der jeweiligen Station nur diejenigen Personen umfasst, die für den betreffenden Patienten bzw. die Patientin therapeutisch zuständig sind.

Sobald die gemeinsame Aufgabe, die letztlich ein Team erst konstituiert, nur noch einrichtungsübergreifend gelöst werden kann, ist eine solche *prozessorientierte Teamzusammensetzung* das einzige überhaupt sinnvolle Kooperationskonzept.

Voraussetzungen für Teamarbeit

Nun hat das Funktionieren von Teamarbeit einige Voraussetzungen, die nicht automatisch gegeben sind und die bei prozessorientierter Teamdefinition sowohl *wichtiger als auch schwieriger zu realisieren sind, als innerhalb von institutionellen Einheiten*. Wenden wir uns daher nun der Frage zu: Was sind die Voraussetzungen für Teamarbeit oder richtiger, für gute Teamarbeit?

- Teamfähigkeit, fachliche Qualifikation und Diversifikation der Mitglieder
- Teamorientierte Kommunikationsinstrumente
- Ein gemeinsames Konzept für die gemeinsame Aufgabe
- Klare Verantwortungen und Befugnisse (Koordination, Case-Management)

Teamfähigkeit und fachliche Qualifikation sind als Anforderungen solche Selbstverständlichkeiten, dass ich dazu wohl nichts weiter sagen muss.

Diversifikation

Warum Diversifikation? Beim Orchester klingt es gemeinhin besser, wenn mehrere Instrumente vertreten sind. Bei der Betreuung psychisch Kranker kommt es mehr auf das Zusammenwirken verschiedener, nicht nur beruflicher Perspektiven an (Abb. 1).

Das Schaubild macht deutlich, dass sich ein vollständiges Bild vom Patienten bzw. Klienten aus einem einzigen Blickwinkel heraus nicht gewinnen lässt.

Teamorientierte Kommunikationsinstrumente

Damit Zusammenarbeit im Team stattfinden kann, bedarf es geeigneter Kommunikationsstrukturen für einen funktionierenden aufgabenbezogenen Informationsfluss. Ein Team benötigt daher ein auf die Belange der Teamarbeit zugeschnittenes *Informationssystem*. Dieses Informationssystem muss über schriftliche und mündliche Kanäle verfügen.

In der Praxis kommt als schriftliches Informationssystem vor allem die Dokumentation in Betracht, während das mündliche Infor-

Der Nutzen von Diversifikation

Die ganzheitliche Sicht im Team:
Zusammen-
wirken vieler
verschiedener
Blickwinkel

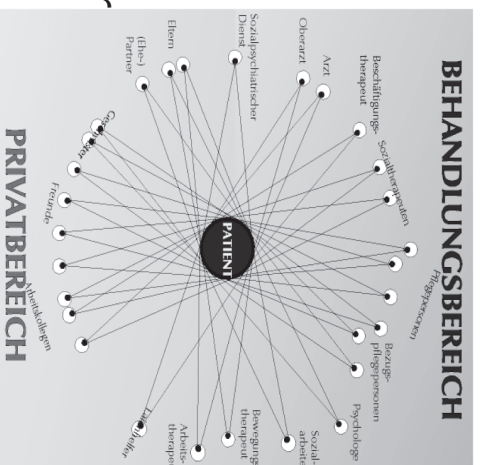


Abb. 1: Perspektiven

Informationssystem aus direkten Absprachen, Teambesprechungen, usw. besteht.

Hinsichtlich des mündlichen Informationswesens ist der Zusammenhang zur Teamarbeit relativ offensichtlich: Nur wenn hinreichend Besprechungszeiten existieren, ist es möglich, sich miteinander zu besprechen, was wiederum eine unabhängige Voraussetzung für Zusammenarbeit darstellt. Allerdings muss man sich dabei nicht unbedingt »in die Augen« sehen. Telefonische Absprachen tun es häufig auch.

Ein gemeinsames Konzept für die gemeinsame Aufgabe

Auch das ist eigentlich eine »selbstverständliche«, nach meiner Beobachtung aber eher selten tatsächlich eingelöste Anforderung. Wenn man sich über *Ziele* und *Mittel* im Team nicht einig ist, kann Zusammenarbeit jedoch nicht stattfinden.

Bei der Zusammenarbeit über die Grenzen von Organisationen hinaus ist diese Anforderung besonders schwierig zu realisieren, da hier noch nicht einmal eine einheitliche fachliche Führung besteht.

Damit komme ich zu einer in Teams gerne »übersetzten« Anforderung, nämlich der an klare Verantwortungen und Befugnisse.

Klare Verantwortungen und Befugnisse

Teamarbeit gewährleistet nicht, dass sich immer alle einig sind, und Mehrheitsbeschlüsse in Teams sind schön und gut, aber sie tragen genau so weit, wie die Teamverantwortung reicht. Und *Teamverantwortung ist kein real existierendes juristisches Konzept*. Daher ist es wichtig, dass die tatsächlichen Verantwortungsverhältnisse klar und die daraus abzuleitenden Befugnisse auch gegeben sind.

Im Blick auf längerfristige, einrichtungsübergreifende Prozesse, wie sie der personenbezogene Reha-Ansatz impliziert, ist diese Klarheit auch hinsichtlich der Koordinationsaufgaben bzw. des Case-Managements erforderlich, insbesondere dann, wenn der Klient selbst zur Steuerung seines Reha-Prozesses auch mit Beratung nicht in der Lage ist.

Das Problem
mit dem
Netzwerk

Der gläserne
Klient

oder:

Reproduziert das »psychosoziale
Netz« die totale Institution

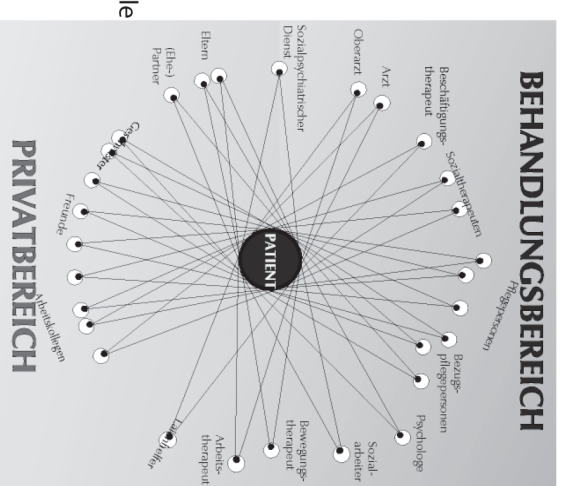


Abb. 2: Der gläserne Klient

So wie ein psychosoziales Netzwerk durch seine umfassende Sicht auf den Klienten einerseits die Möglichkeit verbessert, das Hilfesystem für ihn individuell passender zu machen, so führt es andererseits leicht in die *Gefahr*, dass daraus ein fragwürdiges System von

Zwang und sozialer Kontrolle wird, alles mit den besten Absichten und in »wohlverstandenen Interessen« der Betroffenen. Also sozusagen das *Wiederaufleben der »totalen Institution«* in neuer Verkleidung.

Man sollte nämlich nicht vergessen: *Wissen ist Macht!*

Mit Blick auf die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker kommt als Modell der Zusammenarbeit in einem psychosozialen Netzwerk in erster Linie das o. a. Orchester in Betracht. Es sind dann, um im Bild zu bleiben, zumindest die folgenden Fragen klärungsbedürftig: Wer entscheidet, welche Musik gespielt wird? Wem muss die Musik gefallen?

Die korrekte Antwort auf beide Fragen ist: Der Auftraggeber. Den Auftraggeber nennen wir heutzutage auch den Kunden. Wenn dies z. B. *krankheitsbedingt nicht der Klient selber* sein kann, dann ist es wichtig, dass rechtlich einwandfrei geklärt ist, wer ihn in diesen Entscheidungen vertritt. Mit einer rechtlich unverbindlichen »Einbeziehung des Klienten« kann es nämlich in einer solchen Frage nicht getan sein. Und mit einer *Auftragsselbsterteilung der psychosozialen Helfer* erst recht nicht.

- Also Möglichkeiten, das »totale Netzwerk« zu vermeiden sind
- *Kundenorientierung*: Der Klient entscheidet über Zielsetzung, Art und Ausmaß von Hilfen und vor allem über deren Vernetzung
- *Rechtssicherheit*: Ist ein Klient nicht selbst entscheidungsfähig, entscheidet dessen rechtlicher Vertreter

Es wäre dann wohl auch Sache des Auftraggebers, den »Dirigenten« einzusetzen, der dann die »fachliche Verantwortung« zu tragen hat. Dieser Dirigent entscheidet dann z. B. welche Instrumente für das Stück benötigt werden und wie die Musik gespielt (interpretiert) werden soll. Und alle anderen Beteiligten richten sich danach!

Literatur

1. KISTNER W. Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. 4. Auflage. München Jena: Urban & Fischer, 2002

Das psychiatrische Behandlungszentrum Bremen-Nord

Martin Bührig

Das psychiatrische Behandlungszentrum Bremen-Nord gewährt seit dem 12.05.2003 die psychiatrische Pflichtversorgung des Nordteils der Bremer Stadt-Gemeinde. Es hält vor, eine Station mit 20 vollstationären Betten am Allgemeinkrankenhaus Bremen-Nord sowie eine ungefähr drei Kilometer entfernt gelegene Einheit auf dem Gelände des jetzigen Gesundheitsamtes. Dort werden vorgehalten:

- eine Station mit 18 Betten
- eine Tagesklinik mit 28 Betten (davon 16 akutagesklinisch)
- eine Institutsambulanz sowie
- die Beratungsstelle Nord des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpSD).

Die bislang praktizierte Kopplung von Institutsambulanz des Zentralkrankenhauses (ZKH) Bremen-Ost und dem vom Gesundheitsamt unterhaltenen Sozialpsychiatrischen Dienst wird beibehalten und in das Behandlungszentrum integriert. Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden somit dem Krankenhaus übertragen. Insgesamt werden dort durchschnittlich Leistungen für 53 voll- und teilstationäre Behandlungen erbracht.

Das Hilfsangebot orientiert sich an den *akutuellen Bedürfnissen* der KlientInnen. Hierbei steht die persönliche Kontinuität und Begleitung durch zuständige ärztliche und nichtärztliche Bezugspersonen im Vordergrund. Das Hilfesystem ist ausgerichtet auf die akute Krisenintervention vor Ort, auf mittel- und langfristige ambulante Behandlung und Beratung, auf eine teilstationäre Akut- und Rehabilitationsbehandlung, auf die vollstationäre Behandlung in der Außenstation und auf die eher medizinisch ausgerichtete Akutversorgung in der Krankenhausstation. Zudem werden pro Quartal:

- für ca. 250 PatientInnen Leistungen im Rahmen der Institutsambulanz,
- für ca. 25 PatientInnen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation für Suchtkranke und
- für ca. 50 PatientInnen Hilfen ausschließlich im Rahmen des PsychKG durchgeführt.

Der Arbeitsbereich Behandlung und Koordination bildet den Kernbereich des Psychiatrischen Behandlungszentrums. Zu den Aufgaben gehören in erster Linie die persönliche Begleitung der PatientInnen für die Dauer der gesamten Behandlungsepisode, durch die einzelnen Behandlungssettings hindurch und darüber hinaus über die Kontakte des SpSD. Dieser Bereich wird mit ca. 22 MitarbeiterInnen aus den therapeutischen Berufsgruppen gemäß Psych-PV besetzt sein und nutzt je nach Erfordernis und Absprache die ergänzenden Bereiche des Behandlungszentrums.

Die Aufgabe der Krisenbegleitung wird 24 Stunden täglich von einem ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter wahrgenommen. Vorrangig ist hier die *Krisenbegleitung vor Ort*, mit dem Ziel, vollstationäre Behandlungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Ebenso wie der Arbeitsbereich Behandlung und Koordination kann der Bereich Krisenbegleitung die ergänzenden Bereiche für die Krisenbehandlung mit nutzen (insbesondere den tagesklinischen Bereich).

Die Station am Behandlungszentrum wird rund um die Uhr als vollstationäre Einheit geführt. Sie unterteilt sich in drei kleinere Behandlungseinheiten für etwa sechs bis acht PatientInnen, wovon eine Einheit so gestaltet werden soll, dass sie einen gewissen Schutzraum besonders in akuten Krisen bietet. Hilfreich hierbei ist die *Einbeziehung von Wirkfaktoren der Soteria*, z.B. Rückzugsraum (weiches Zimmer, Wohnküche u. Ä.).

Die beiden anderen Gruppen sollen näher an den therapeutischen Einheiten des Behandlungszentrums liegen und bei Bedarf als »Belegbetten« des Behandlungs- und Koordinationsteams dienen. Das therapeutische Konzept dieses Bereichs hat dementsprechend einen *milieuthераpeutischen Schwerpunkt*, gewissermaßen einen therapeutischen Schutzraum, aus dem heraus die PatientInnen an den therapeutischen Aktivitäten der anderen Bereiche teilnehmen können.

Was die Tagestherapie betrifft, so bietet dieser Bereich vorrangig ergotherapeutische und bewegungstherapeutische Gruppenangebote zur Rehabilitation sowie andere Trainingsangebote zur Organisation des Alltags an. Darüber hinaus bietet es eine schützende Begleitung durch den Tag an.

Die Krankenhausstation am ZKH Bremen-Nord übernimmt die vollstationäre Versorgung der PatientInnen, die den medizinischen

Apparat eines »Großkrankenhauses« in direkter Nähe benötigen. Hierzu gehören psychisch Kranke und Suchtkranke mit vitaler Gefährdung sowie äußerst pflegeintensive PatientInnen mit einem ausgesprochenen Sicherheitsbedarf. Diese PatientInnen sollen möglichst *frühzeitig* in das Behandlungsangebot der anderen Bereiche aufgenommen werden. Zu diesem Zweck besteht ein Shuttle-Service.

Insgesamt lassen sich mit der Konzeptionierung und Durchführung der vorgehaltenen Organisationsformen wesentliche Vorteile verwirklichen:

- Verlegungen und die damit verbundenen *Beziehungsabbrüche* und Informationsverluste *werden weitgehend vermieden*.
- *Therapieangebote können flexibler und individueller bereitgestellt werden.*
- Der Zugang insbesondere bei Verschlimmerung im Verlauf und bei Wiedererkrankungen wird niederschwellig gehalten, was unseres Erachtens nicht zu unterschätzende *präventive Auswirkungen* haben dürfte.

Flexible Nutzung von Tagesstättenplätzen in Berlin-Reinickendorf

Giinter Ceil

Das Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) aus dem Jahr 1996 sieht für den Bezirk Reinickendorf (ca. 250 000 Einwohner) 53 Tagesstättenplätze vor (40 Plätze für Menschen aus der Allgemeinpsychiatrie, fünf Plätze für Suchtkranke, acht Plätze für gerontopsychiatrische Klienten).

Der Bezirk ist anhand der Einwohnerzahlen in drei annähernd gleich große Sektoren unterteilt. In jedem Sektor befindet sich ein Tageszentrum. Die Tageszentren haben inhaltlich und organisatorisch unterschiedliche Profile. Für die Klienten aus den jeweiligen Sektoren besteht im zugeordneten Tageszentrum eine Versorgungsverpflichtung, jedoch bleibt für den einzelnen Klienten eine Wahlfreiheit für ein bestimmtes Tageszentrumsangebot bestehen.

Die Entstehung von Tageszentren in Berlin-Reinickendorf

An den Bedarfen der Klientel orientiert und psychiatriepolitisch gewollt wurden im Rahmen der Enthospitalisierung von Patienten der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Reinickendorf drei Tageszentren aufgebaut. Die drei Funktionsbereiche Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle und Zuversdienst (Abb. 1) wurden zunächst in unterschiedlicher Gewichtung in den Tageszentren realisiert.

Ab 1995/1996 haben wir begleitend zu Enthospitalisierung zwei von drei Tageszentren (Abb. 2) mit diesen drei Funktionsbereichen unter einem Dach aufgebaut.

Die bereits seit Ende 1990 bestehende dritte Tagesstätte wurde nach dem Umzug am 01.04.2000 in den bisher unversorgten Sektor zum *Tageszentrum Alt-Reinickendorf* mit 16 Tagesstättenplätzen plus fünf Plätze für Suchtkranke (Abb. 3).

Aktuell können in den drei Tageszentren auf 45 Tagesstättenplätzen 80 Menschen betreut werden.

- *Tagesstätte* (Finanzierung §§ 39 ff BSHG)
Einrichtung mit in der Regel 16 Plätzen, von Montag bis Freitag von ca. 9.00 bis 16.00 Uhr geöffnet, mehr oder weniger stark strukturiertes Wochenprogramm mit überwiegend Gruppenan-

Flexible Nutzung von Tagesstättenplätzen in Berlin-Reinickendorf

geboten, unterschiedliche Schwerpunktsetzungen: auf Beschäftigung hin orientiert oder mehr sozial-psychotherapeutische Akzente, akzeptable Freizeitaregung.

Tageszentrum Tegel-Süd mit 16 Tagesstättenplätzen

- 365 Tage im Jahr geöffnet
- Verlängerte tägliche Öffnungszeiten (Montag bis Freitag von 10.00 bis 19.00 Uhr, Samstag, Sonntag und Feiertage von 11.00 bis 17.00 Uhr)
- Wegfall der Freizeitaregung
- Hoher Anteil von KBS-Besuchern
- Ganztätig geöffnet für alle Nutzergruppen
- Offenes Haus, niedrigschwellig, Cafécharakter
- Hoher Anteil Zuversdienst im Küchen- und Treisenbereich, zurzeit 17 Klienten

Tageszentrum Waidmannslust mit acht Tagesstättenplätzen

- Montag bis Freitag von 9.00 bis 16.00 Uhr geöffnet,
- ganztätig auch für KBS-Besucher geöffnet,
- spezielle Betreuungsangebote für Suchtkranke,
- Zuversdienst im Küchen- und Treisenbereich, zurzeit zwölf Klienten

Abb. 1: Funktionsbereiche

Tageszentrum Alt-Reinickendorf mit 16 Tagesstättenplätzen plus fünf Plätze für Suchtkranke

- Therapeutisch verdichtetes Gruppenangebot von Montag bis Freitag von 9.00 bis 16.00 Uhr
- Erst ab 13.00 Uhr für KBS-Besucher geöffnet
- Fünf Tagesstättenplätze für Suchtkranke sind diesem TZ zugeordnet, chronisch mehrfachgeschädigte Klienten werden betreut.

Abb. 2: Tageszentrum Tegel-Süd und Waidmannslust

Mit den Tageszentren in Reinickendorf wurde ein neuer und innovativer Weg beschritten, der ein hohes Maß an Flexibilisierung aufweist. Diese wird erreicht durch:

- 365 Tage Nutzung im Jahr,
- erweiterte tägliche Öffnungszeiten (Montag bis Freitag von 10.00 bis 19.00 Uhr, Wochenende und Feiertage von 11.00 bis 17.00 Uhr),
- Kontingentierung der Tagesstättenplätze (von einem Tag bis sieben Tage in der Woche, Budget von Tagen pro Bewilligungszeitraum),
- Wegfall der üblichen Freihalterregelung einschließlich der drei-Tage-Freihalterregelung, die jedoch seit ungefähr einem Jahr nicht mehr angewandt wird.

Abb. 3: Tageszentrum Alt-Reinickendorf

- *Kontakt- und Beratungsstelle*¹ (Finanzierung über bezirkliche Zuwendung)
In den Tageszentren Tegel-Süd bzw. Waidmannslust ist jeweils eine Sozialarbeiterstelle mit $\frac{3}{4}$ Stellenanteilen angesiedelt.
- *Zuerdienst*² (Finanzierung über bezirkliche Zuwendung)
In den Tageszentren Tegel-Süd bzw. Waidmannslust werden folgende Zuverdienstmöglichkeiten vorgehalten:
 - Hauswirtschaft, Küchenbereich und Tressenarbeit in den Tageszentren

1 Die KBS sind in Berlin die ältesten ambulanten niedrigschwelligen Einrichtungen, sie sind lt. PEP für jeden Berliner Bezirk vorgesehen und realisiert. In Reinickendorf betreibt Albatros e. V. seit 1986 eine Kontakt- und Beratungsstelle. Die Finanzierung erfolgt mittlerweile über bezirkliche Zuwendungen. Durch die finanzielle Zuordnung zum T-Teil (Transferteil) können diese Zuwendungen aufgrund politischer Prioritätensetzung gekürzt werden.

2 Albatros e. V. startete 1990 mit der Textilwerkstatt mit 16 Plätzen mit dem Schwerpunkt »Herstellung von Seidenmalprodukten«. Mittlerweile ist das Arbeitsangebot (angepasst an das Leistungsvermögen der Zuverdiener) neben der Seidenmalerei auf weitere Bereiche (Secondhand, Näharbeiten etc.) und weitere Standorte ausgeweitet worden. Im Reinickendorfer Verbund können aktuell 25 bis 30 Menschen gleichzeitig im Zuverdienst beschäftigt werden, in einem Jahr werden ca. 90 bis 100 Klienten beschäftigt.

- Botendienst im Tageszentrum Waidmannslust (in Kooperation mit Träger e. V.)

Konzept zur flexiblen Nutzung von Tagesstättenplätzen

Bei der Nutzung weiterer acht Plätze, die für gerontopsychiatrische Klienten vorgesehen waren,³ wird in Analogie eines Teilkontingentes der Wohnbetreuung ein Vergabemodell der Tagesstättenplätze diskutiert und vorbehaltlich der Zustimmung des Senats und des Bezirks umgesetzt.

Bei der Umsetzung des im Psychiatrieentwicklungsprogramm bezifferten Versorgungsangebotes im Bereich Tagesstättenplätze für psychisch Kranke und Suchtkranke (53 Plätze) sollen die Aspekte der Pflichtversorgung, der regionalen Steuerung, der individuellen Ausgestaltung und der Betreuungskontinuität weiter gestärkt werden.

An die Stelle einer einfachen Platzzahlerweiterung des für den Bereich »Tagesstätten« verantwortlichen Trägers sollte ein neues und weitergehendes Konzept treten.

In Fortentwicklung der Leistungsbeschreibung ist die Betreuung für diese acht Tagesstättenplätze nicht an einen bestimmten Ort oder Träger gebunden, sondern kann jeweils an auch individuell geeigneten Orten stattfinden, die heute noch nicht als Tagesstättenorte anerkannt sind (z. B. Recyclingwerkstatt, Kontakt- und Beratungsstelle, Volkshochschule oder Orte aus dem individuellen Lebensumfeld des Klienten). Die Konzeption will einen weiteren Schritt auf dem Weg zu dieser Zielbeschreibung machen und zugleich einen Rahmen schaffen, in dem bei Zugrundelegung von so genannten Platzzahlen und damit für das Land berechenbaren Ausgabengrößen zugleich ein Höchstmaß an Flexibilität für die Klienten entsteht.

Die beteiligten Träger stehen aufgrund der entstehenden Aufgaben (Flexibilität im Personaleinsatz, Abstimmung in den Steuerungsgremien, verbindliche Zusammenarbeit u. a.) vor großen Herausforderungen. Im Rahmen dieser Konzeption sollen daher weitere

3 Die Finanzierung für gerontopsychiatrische Patienten in der im Bezirk vorhandenen Tagesstätte (acht Plätze für Geriatriepatienten, acht Plätze gerontopsychiatrische Patienten) wurden und werden finanziell nicht benötigt, weil die Finanzierung bisher vollständig über das SGB XI bzw. über die §§ 68, 69 BSHG erfolgte.

Erfahrungen gesammelt und in die zukünftige Gestaltung der Versorgungsstruktur des Bezirks eingearbeitet werden.

Als zentrale Fortschritte gegenüber der bisherigen Struktur werden folgende Aspekte der vorliegenden Konzeption gewertet:

- Fünf Träger mit bisher unterschiedlichen Aufgaben, inneren Strukturen und Arbeitshaltungen verständigen sich auf ein gemeinsames Konzept.
- Therapeutisch betreute Tagesstätte wird ganz im Sinne der Leistungsbeschreibung vom 20.06.2000 gleichermaßen auf die Lebensfelder »Selbstversorgung/Wohnen«, »Tagesgestaltung und Kontaktfindung«, »Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung« bezogen und durch die Einbeziehung von Trägern mit diesen Arbeits Schwerpunkten gefördert.
- Die Beschreibung eines Budgets ermöglicht die Versorgung von mehr als acht Menschen mit dem Budget von acht Plätzen.
- Es findet keine feste Zuordnung von Plätzen zu einem Träger statt.
- Die Versorgungsstruktur, die sich im Bezirk seit rund zehn Jahren entwickelt hat, wird in wesentlichen Teilen verbindlich vereinbart.

Umsetzung für die acht Tagesstättenplätze

Zur Umsetzung dieser Ziele sollen die folgenden Prinzipien in der Vereinbarung mit dem Land Berlin im Vereinbarungstext und in einer Anlage zur Vereinbarung verbindlich festgehalten werden:

Vertragspartner der Vereinbarung sind die fünf Träger Albatros e. V., Der Steg e. V., Rettungsring e. V., Stiftung SPI/Drogenberatung Nord und der Träger e. V.

Ziele, Durchführung und Steuerung finden zueingehend bei der Vergabe sämtlicher Tagesstättenplätze Anwendung.

Ziele

- Die beteiligten Träger sind bereit, keine psychisch beeinträchtigten Menschen und Suchtkranke wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung auszuschließen. Insoweit übernehmen sie im Bezirk die Versorgungsverpflichtungen für Hilfen zur Teilhabe in der Gesellschaft.

- Mit dieser Konzeption soll auf der Grundlage der Leistungsbeschreibung »therapeutisch betreute Tagesstätte für seelisch Behinderte und Suchtkranke« dieses Angebot noch flexibler gestaltet werden. Dabei stehen die Bedarfe der Betreuten im Vordergrund. Oberster Grundsatz ist, dass die Institutionen sich dem Klienten und nicht der Klient den Institutionen anpasst.
- Um den wechselnden Betreuungsbedarfen besser gerecht zu werden, wird ein Oberbudget für acht Plätze aufgrund des Betreuungsschlüssels 1:4 bei fünf Tagen pro Woche in Euro ermittelt.
- Sind geringere Betreuungsbedarfe bei den einzelnen Klienten vorhanden, so können auch mehr als acht Klienten im System versorgt werden. Die vereinbarte Obergrenze bleibt bestehen.

Durchführung

Die Vereinbarung dient insbesondere der Förderung personenzentrierter Hilfen, die den Betreuten die Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen sollen. Durch intensive Kooperation auf der Grundlage verbindlicher Absprache über individuelle Hilfeleistungen werden Hilfen für psychisch behinderte und suchtkranke Menschen aus dem Bezirk Reinickendorf angeboten. Dabei werden folgende Prinzipien in der Durchführung berücksichtigt:

- Einheitliche Hilfeplanung
- Einbeziehung des Klienten
- Integrierte Hilfeplanung
- An Zielen orientierte Hilfeplanung
- Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen
- Einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Hilfeplanung
- Koordinierende Bezugsperson
- Datenschutz beachten

Steuerung

Die Steuerung der gesamten Ressourcen erfolgen durch die Steuerungsgremien des Bezirks Reinickendorf, in denen neben dem sozialpsychiatrischen Dienst alle teilnehmenden Träger sowie die Klinik und weitere für die Entscheidung notwendige Personen/Institutionen vertreten sind. Sofern die Steuerungsgremien sich nicht einver-

nehmlich verständigen können, entscheiden sie in welcher personellen Zusammensetzung und auf welchem Wege eine Entscheidung zu finden ist. Dabei ist darauf zu achten, dass die Interessen der oder des Klienten angemessen vertreten werden. Die Hilfeplanung erfolgt im Einzelfall mit Hilfe des BRP bzw. IBRP.

Das Steuerungsremium beschließt über die notwendige Betreuungsdichte (im Sinne von Tagen pro Woche) und Dauer der einzelnen Maßnahme.

Der von dem Steuerungsremium beauftragte Träger verpflichtet sich, die Beschlüsse der Steuerungsrunde umzusetzen.

Das Steuerungsremium entscheidet auch über die Fortsetzung der Maßnahme. Nach Abschluss der Maßnahme hat der Träger keinen Anspruch auf eine weitere Beauftragung.

Bisherige Erfahrungen und Ausblick

Die flexible Vergabe von Tagesstättenplätzen bei Wegfall von Freihalterregelungen ist für den Träger wirtschaftlich nur realisierbar, wenn er Planungssicherheit hat, d.h. das Gesamtkontingent (Platzzahl mal Belegungstage) so bemessen und nachgefragt ist, dass es im Jahresmittel dem vorhandenen Bedarf der Klienten in der Region entspricht. Um die Ausfallzeiten (z.B. Klinikaufenthalte) zu kompensieren, müssen nach unseren Erfahrungen 130 % Kostenübernahmen vorliegen.

Für die tägliche Arbeit mit den Klienten bedeuten Flexibilisierung und Verzicht auf die Freihalterregelung – im Vergleich zu herkömmlichen Tagesstätten – eine Steigerung der Arbeitsbelastung und -verdichtung, weil insgesamt mehr Menschen betreut und begleitet werden und es zu verdichteten Stoßzeiten der Nutzung der Tageszentren kommen kann. Der Betreuungsschlüssel von 1:4 ist somit in der täglichen Realität teilweise aufgehoben und dient lediglich als Grundlage zur Berechnung der Tagessätze.

Die Einführung von Hilfebedarfsgруппen (und entsprechende Finanzierung) bedeutet eine weitere Flexibilisierung, die unter Umständen eine weitere Ausweitung der Anzahl der Nutzer bedeuten kann.

Die Realisierung der »virtuellen Tagesstätte« mit acht Plätzen sollte so flexibel wie möglich und nötig erfolgen und dem Hilfebedarf des Einzelnen entsprechen.

Der Diskussionsprozess zur Frage der Gründung eines Gemeindep psychiatrischen Verbundes (GPV) ist in Reinickendorf fortgeschritten und die Realisierung müsste als nächster Schritt erfolgen.

Als Träger sind wir bereit, die Entwicklung des GPV und die Umsetzung der Steuerung der finanziellen Ressourcen der Eingliederungshilfe als bezirkliches Budget voranzutreiben. Als Träger wollen wir unser therapeutisches Profil und die wirtschaftliche Autonomie und damit verbundene Gestaltungsfreiheit erhalten.

Die Auflösung eines Heimes und Umwandlung in ein ambulantes/teilstationäres Angebot als einer besonderen Form des Betreuten Wohnens vor dem Hintergrund des personenzentrierten Ansatzes am Beispiel des Wohnhauses Jüthornstraße in Hamburg

Birgit Hamann

Vorgeschichte

Das Wohnhaus Jüthornstraße entstand 1982 im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms Psychiatrie in Hamburg.

In der damals geschaffenen Modellregion Hamburg-Eilbek war zwei Jahre vorher und nicht zum Modellprogramm gehörend die erste Psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus in Hamburg entstanden.

Seit Bestehen des Wohnhauses hat dieses freiwillig die Versorgungsverpflichtung für das Pflichtaufnahmegerbiet dieser Psychiatrischen Abteilung übernommen. Es handelt sich dabei um im nordöstlichen Teil von Hamburg befindliche Stadtteile mit insgesamt 115 000 Einwohnern. Hamburg insgesamt hat 1,7 Millionen EinwohnerInnen.

Träger des Wohnhauses Jüthornstraße ist die Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (HGSP), diese ist der Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in Hamburg.

Das Wohnhaus Jüthornstraße hält ein stationäres Angebot von 20 Plätzen in Einzelzimmern vor und ein ambulantes/teilstationäres Angebot von acht Plätzen für Menschen, die in Wohnungen leben. Dabei handelt es sich in der Regel um ehemalige BewohnerInnen des Wohnhauses.

Die MitarbeiterInnen der Einrichtung arbeiten von daher seit vielen Jahren sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung. Die MitarbeiterInnen gehören den Berufsgruppen Fachkrankenpflege, Ergotherapie, Hauswirtschaft, Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Psychologie/Psychotherapie an.

Die Auflösung eines Heimes und Umwandlung in ein ambulantes/teilstationäres Angebot als einer besonderen Form des Betreuten Wohnens

Anlass der Auflösung

Da das Gebäude des Heimes, das aus den 20er-Jahren des letzten Jahrhunderts stammt und vom Wohnstandard her mittlerweile erhebliche Mängel aufweist (z.B. Gemeinschaftsduschen und Gemeinschaftstoiletten auf den Stockwerken), wurde die Notwendigkeit eines Neubaus deutlich.

Vor die Frage gestellt, ob ein neues Heim gebaut oder ob ein Neubau mit einem anderen, nicht-stationären Konzept geplant wird, entschieden sich der Träger der Einrichtung und das Team des Wohnhauses Jüthornstraße aufgrund folgender Aspekte für die zweite Alternative:

- *Die Form des Wohnens und die Form der Hilfe sollten voneinander entkoppelt sein.*
- *Die Hilfeleistungen sollten so deutlich wie möglich lebensfeldbezogen sein.*
- *Nicht-stationären Hilfeformen sollte ein Vorrang eingeräumt werden.*
- *Die Organisation von Hilfeleistungen im Rahmen einer therapeutischen Kette ist nicht (mehr) sinnvoll.*
- *Bei Veränderungen von Art und Umfang der Hilfeleistung soll sich die »Hilfeseite« verändern und nicht die betroffene Person. Diese soll in solchen Situationen nicht zwangsläufig und ausschließlich diejenige sein, die Hilfspersonen, Orte und Wohnorte zu wechseln hat.*

In ausführlichen Diskussionen im Team der Einrichtung schälten sich weiterhin folgende Erfahrungen und Argumente als entscheidend für die Auflösung des Heimes [1] heraus:

Es kann nicht länger angehen, dass gerade psychisch kranke Menschen ihren Wohnort wechseln müssen, sobald sich ihr Hilfebedarf ändert. Die MitarbeiterInnen werden sehr häufig gefragt: »Kann ich hier bleiben? Werde ich entlassen, wenn ich an bestimmten Angeboten der Einrichtung nicht mehr teilnehmen will?« Und: »Werde ich entlassen, wenn ich länger im Krankenhaus sein muss?«

Für viele KlientInnen ist im Zusammenhang mit den spätestens jährlich zu stellenden Anträgen auf Weiterbewilligung der Leistung beim überörtlichen Sozialhilfeträger das Vorhandensein von Angst festzustellen. Eine Angst, die sich einerseits auf den befürchteten Verlust der vorhandenen Wohnmöglichkeit und andererseits auf den befürchteten Verlust von Unterstützung bezieht.

Weiterhin gibt es in einem Heim viele Einschränkungen und es werden Ansprüche verletzt, die mit Wohnen verbunden sind wie Autonomie, Privatsphäre und Sicherheit.

Die BewohnerInnen eines Heimes sind ausschließlich Dauergäste. Das Heim hat für sie die Rolle eines Ersatzes von Lebenswelt.

Vorgehen zu der geplanten Auflösung des Heims und der Umwandlung des Hilfsangebotes

Vor dem Hintergrund der oben geschilderten Entscheidung beschloss der Träger:

- Die HGSP als Träger des Heimes gründete ausschließlich für den Zweck der Erstellung und Vermietung von Wohnraum für psychisch kranke Menschen eine gemeinnützige GmbH: die gHWV (gemeinnützige Hamburger Wohnungs- und Vermietungsgesellschaft). Dabei handelt es sich um eine hundertprozentige Tochter der HGSP.
- Es wurde festgelegt, dass die zukünftigen MieterInnen in Hamburg übliche Mietverträge erhalten sollen.
- Aufgrund des gemeindepsychiatrischen Ansatzes des Wohnhauses Jüthornstraße entstand die Notwendigkeit, im oben genannten Stadtgebiet ein entsprechendes Grundstück zur Errichtung eines Neubaus zu finden; dieses war glücklicherweise möglich und es wurde mittlerweile von der gHWV erworben. Die entsprechenden finanziellen Mittel dafür wurden von der HGSP zur Verfügung gestellt.
- In dem geplanten Neubau sollen 24 Wohnungen für die jetzigen HeimbewohnerInnen entstehen.
- Um dem Hilfebedarf der jetzigen HeimbewohnerInnen (und zukünftigen MieterInnen) weiterhin zu entsprechen, wird die gHWV im Erdgeschoss und Souterrain des Hauses Räume für ein Tageszentrum und Diensträume für ein Angebot des Betreuten Wohnens errichten und an die HGSP vermieten. Dieses Angebot wird zukünftig von den bisherigen HeimitarbeiterInnen geleistet werden, sodass es zu keinen Beziehungsabbrüchen kommen muss.
- Durch diese Art des Angebotes sollen einige Vorteile von Heimen
 - einfacher und unproblematischer Zugang zu Hilfeleistungen,

- es sind keine längeren geographischen Distanzen zu überwinden,
- für Leistungen, z.B. zur Tagesstrukturierung, sind umständliche Verabredungen nicht notwendig erhalten werden.
- Die Mietverträge der gHWV werden nicht an Betreuungsverträge durch das Betreute Wohnen der HGSP gekoppelt sein. MieterInnen können also in der angemieteten Wohnung verbleiben, auch wenn sie zukünftig keine Hilfe mehr benötigen bzw. Hilfeleistungen von einem anderen Anbieter erhalten möchten.
- Die entsprechenden Mietzahlungen werden von den zukünftigen MieterInnen entweder aus eigenem Einkommen oder Vermögen oder über den Erhalt von Wohngeld bzw. Mietzuschüssen des örtlichen Sozialhilfeträgers bestritten.
- Die HGSP verhandelt momentan mit dem zuständigen überörtlichen Sozialhilfeträger in Hamburg darüber, dass es im Bereich des therapeutischen Personals nach der Umwandlung des Heims in ein nicht-stationäres Angebot zu keinen Kürzungen kommt, da der Hilfebedarf der betroffenen Menschen aktuell anerkannt ist und dieser sich durch die angestrebte Organisationsform der Hilfe bedingt nicht prinzipiell ändern wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass mit dem Leistungsträger diesbezüglich Einvernehmen hergestellt werden wird.
- Die für den Neubau notwendigen Fremdmittel (es handelt sich dabei um ca. 2,5 Millionen Euro) werden auf dem Kapitalmarkt aufgenommen und bei der Wohnungsbaukreditanstalt beantragt. Weiterhin werden Mittel bei der »Aktion Mensch« vor Beginn der Bautätigkeit beantragt werden.
- Das Gebäude, in dem sich bislang das Heim befindet, gehört der HGSP und wird nach einem Umbau von einem anderen in der Region tätigen Betrieb des Betreuten Wohnens der HGSP übernommen.

Einbeziehung der bisherigen HeimbewohnerInnen

Zwei Diplomandinnen der Fachhochschule für Sozialpädagogik in Kiel führten im Rahmen ihrer Diplomarbeiten halb- bis einstündige Einzelinterviews mit den HeimbewohnerInnen und den NutzerInnen des Betreuten Wohnens des Wohnhauses Jüthornstraße durch.

An dieser Befragung nahmen fast 80 % der in Frage kommenden KlientInnen teil. Die jetzigen HeimbewohnerInnen weisen ein Durchschnittsalter von 46 Jahren und eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 8,7 Jahren auf. Die KlientInnen der Nachsorge/ des Betreuten Wohnens sind im Durchschnitt 37,5 Jahre alt und erhalten im Durchschnitt seit 6,4 Jahren die entsprechende Hilfeleistung.

Die HeimbewohnerInnen und NachsorgeklientInnen waren längere Zeit vorher in unterschiedlicher Art und Weise ausführlich über das geplante Vorhaben informiert und in entsprechende Planungen mit einbezogen worden.

Wesentliche Ergebnisse der Befragung waren:

- Im Zusammenhang mit dem geplanten Neubau wird von vielen ein erheblich besserer Wohnkomfort erwartet.
- Viele begrüßen das größere Ausmaß an Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Die damit verbundene Hoffnung ist identisch mit der der NachsorgeklientInnen vor ihrem damaligen Auszug aus dem Heim und Umzug in eigene Wohnungen.
- Viele erhoffen sich weniger Belästigungen (insbesondere aufgrund von Lärm) durch andere.
- Etlliche erwarten sich ein größeres Ausmaß an Privatsphäre mit u.a. der Möglichkeit, »unstigmatisiert« Angehörige und Freunde einladen zu können.
- Einzelne äußern Ängste vor der geplanten Veränderung und insbesondere eine Person sprach sich deutlich dafür aus, weiterhin in einem Heim leben zu wollen.

Eine erneute Befragung soll relativ kurz vor dem geplanten Umzug (in ca. eineinhalb Jahren) erfolgen, eine weitere nach dem Umzug.

Fazit

Der Träger und das Team der Einrichtung sind davon überzeugt, mit der beschriebenen Vorgehensweise die Lebenssituation seelisch behinderter Menschen deutlich verbessern zu können.

Es besteht die erklärte Absicht im Zusammenhang mit der Auflösung des Heims und der Umwandlung des Hilfsangebotes »keine Person zu verlieren«.

Die wesentliche Grundhaltung des Wohnhauses Jüthornstraße,

nicht auszugrenzen und nicht abzuschieben, sondern aufgrund des gemeindepsychiatrischen Ansatzes ein schon immer sehr individuell bezogenes Hilfsangebot vorzuziehen, ist der wichtigste Maßstab zur Beurteilung der Ergebnisse des geschilderten Vorhabens.

Wesentliche Nachteile der bisherigen stationären Angebotsform sollen beseitigt werden.

Wir gehen davon aus, dass auch im Rahmen des neuen Hilfsangebotes wesentliche Schutz- und Entwicklungsräume weiterhin bestehen werden. Diese werden erweitert und nicht eingeschränkt, wie manchmal von dem Wohnhaus wohlgesonnenen Mitarbeitern aus Psychiatrischen Kliniken befürchtet wird.

Literatur

1. HÖLZKE R. Wirkungen und Nebenwirkungen von Heimen – Zur Entkoppelung von Wohnen und Hilfe. In: CLAßEN J, CORDSHAGEN H, HEIMLER J, SCHULZE STEINMANN L (Hg.). Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003: 132 f.

Neue Anforderungen an Geschäftsführungen

Matthias Rosemann

Die konsequente Ausrichtung auf personenzentriertes Arbeiten betrifft und durchdringt alle Bereiche einer Organisation und zieht daher für die Geschäftsführung eine Vielzahl von Aufgaben nach sich. Ich will zur Verdeutlichung meine Aspekte in Thesenform in drei wesentliche Aufgabengebiete unterteilen:

Der erste Bereich von Aufgaben resultiert aus der Personenzentrierung innerhalb der Betreuungsarbeit der Einrichtungen oder des Trägers, der zweite Bereich hat die materiellen und finanziellen Ressourcen im Focus, das dritte Aufgabengebiet bezieht sich auf die Konsequenzen aus der Orientierung im gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV).

Personenzentrierung innerhalb der Einrichtung oder des Trägers

Pflichtversorgung ernst zu nehmen, bedeutet, Auseinandersetzungen mit Mitarbeitern zu führen

Die Basis für das personenzentrierte Handeln ist die grundsätzliche Verständigung in der Region, gemeinsam die Verantwortung für die psychiatrischen Versorgungsbedürfnisse aller Bürger der Region in allen Phasen der Erkrankung zu übernehmen. Die Umsetzung dieses Anspruchs wird nahezu zwingend die beteiligten Einrichtungen und Dienste gelegentlich an ihre Grenzen führen. So genannte »Systemsprenger«, ich finde den Ausdruck »Netzprüfer« wesentlich sympathischer, erfordern neben den beträchtlichen Anstrengungen der Mitarbeiter das persönliche Engagement der Führungskräfte in den Teams und Einrichtungen. Ohne die persönliche Auseinandersetzung der Leitungsverantwortlichen mit den Auswirkungen der Pflichtversorgung auf die alltägliche Arbeit werden die Teams diesen Anspruch nicht dauerhaft umsetzen können.

Hausregeln sind einfacher als individuelle Vereinbarungen

Üblicherweise schaffen stationäre Einrichtungen Hausregeln, die sich auf das Zusammenleben der Bewohner/innen beziehen und zu einem feinen geschriebenen und ungeschriebenen Regelgeflecht führen. Im Zuge der Umsetzung der Individualisierung müssen wir

immer wieder Hausordnungen daraufhin überprüfen, ob sie Bestandteile enthalten, die nicht für jeden Bewohner gleichermaßen zutreffen und daher überflüssig sind. So ist unserer Organisation beispielsweise in einer Einrichtung für chronisch suchtkranke Menschen davon abgekommen, Regeln für den Umgang mit Alkohol für alle Bewohner in der Hausordnung festzuschreiben. Stattdessen haben wir uns und die Bewohner im Rahmen des Heimvertrages verpflichtet, individuelle Vereinbarungen zum Umgang mit Alkohol zu treffen. Banal, aber mit großen Folgen: Es ist für die Mitarbeiter und die Klienten der mühsamere Weg. Gleiche Regeln für alle haben den großen Vorteil der einfachen Handhabung, sie ersparen lange Diskussionen und sie stiften Identität. Aber, verzeihen Sie mir das Totschlag-Argument, es bekommen ja auch nicht alle das gleiche Medikament in gleicher Dosierung. Die Hausregeln einer auf die individuellen Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer eingestellten Einrichtung werden deshalb auf ein Mindestmaß begrenzt sein und müssen je nach Zusammensetzung der Bewohnergruppe immer wieder auf ihr aktuelle Funktionalität überprüft und ggf. neu gestaltet werden. Das Problem für die Führungskräfte sind die mit dieser Haltungsänderung verbundenen Auseinandersetzungen mit und in den Teams (und mit den Klientinnen und Klienten).

Arbeit gegen den Alltag der Regelmäßigkeit

Die Regelmäßigkeit ist einer der größten inneren Feinde der Personenzentrierung. Denn diese erfordert das regelmäßige Hinschauen und Offensein für die aktuellen und individuellen Umstände und Problemlagen. Die Haltung des »das war bei uns schon immer so«, die übrigens auch in jungen Einrichtungen rasch entwickelt werden kann und keineswegs ausschließlich die Domäne großer Kliniken und Heime ist, steht dem individualisierenden und aktualisierenden Blick stets entgegen.

Ambulante Teams können genauso hospitalisieren, wie stationäre Einrichtungen

Wenn individuelle Hilfeplanungen umgesetzt werden, wird das Bedürfnis wachsen, Betreuung und Wohnung voneinander zu trennen. Je personenzentrierter ein Versorgungssystem arbeitet, desto ambulanter wird es sich folglich strukturieren. Nun haben aber Mitarbeiter das Bedürfnis nach Identifikation mit ihrer Arbeit. Bei Tätigkei-

ten, die an feste, gemeinsame Orte gebunden sind (z. B. in Heimen, aber auch in Tagesstätten) entsteht diese Identifizierung ziemlich rasch, durchgreifend und nachhaltig. Je ambulanter, aufsuchender und individueller ein Team arbeitet, desto einsamer wird der Arbeitsplatz des einzelnen Mitarbeiters. Eine mögliche Folge ist, dass ambulante Mitarbeiter in ihren Teams Grenzen für sich und ihre Tätigkeit suchen, an denen sie »ihr« Aufgabenfeld erkennen. Die Identifizierung mit diesem Team und mit der Aufgabe kann allerdings ebenso durchgreifend und nachhaltig erfolgen wie in stationären Einrichtungen. So schwer es sein kann, Mitarbeiter aus stationären Einrichtungen zu bewegen, ergänzend ambulant tätig zu werden, so schwer kann es werden, ein ambulant tätiges Team dazu zu bewegen, in einer stationären Wohngruppe mitzuarbeiten, möglicherweise mit Schicht- und Wochenendarbeit. Diese Flexibilität ist aber für ein personenzentriertes Hilfesystem nahezu unerlässlich!

Ambulante Arbeit schützt nicht zwingend davor, Klienten in abhängige Beziehungen zu verstricken. Hatten wir früher primär den stationären Einrichtungen unterstellt, sie schafften Strukturen, die Klienten in Abhängigkeit binden, so müssen wir nach Jahren der intensiven ambulanten Arbeit festhalten, dass diese Gefahr gerade auch durch die sehr persönliche Beziehung zwischen Klient und Betreuer in der ambulanten Betreuungsarbeit entstehen kann. Es gilt dann, diese nachteiligen Effekte so zu mindern, dass die Vorteile weitestgehend erhalten bleiben. Eine nicht ganz einfache Organisationsaufgabe...

Balance finden zwischen Sicherheit gebenden Institutionsstrukturen und flexiblen, mobilen Teams (»die Individualisierung der Betreuer«)

Einrichtungen geben ein hohes Maß an Sicherheit und Identifikation für die Tätigen. Sicherheit wiederum ist vielfach vor dem Hintergrund der Arbeit mit Menschen in kritischen Lebenssituationen, die die psychische Situation der Mitarbeiter in hohem Maß belasten können, von wesentlicher Bedeutung. Diese Funktion von Einrichtungen muss in ambulanten flexiblen Teams substituiert werden. Das Halt gebende Gerüst gemeinsamer Regeln, Werte und Normen, das sich gewöhnlich in Einrichtungen herausbildet, ist für die Betreuungsrbeit oft eine unerlässliche Hilfe. In der ambulanten Arbeit muss diese psychische Funktion von den Mitarbeitern selbst hergestellt werden. Daraus entstehen allzu leicht Überforderungssitu-

tionen. Für Führungskräfte ergeben sich daraus eine Fülle von Aufgaben, um Mitarbeiter angemessen zu begleiten und zu stützen.

Materielle und finanzielle Ressourcen

Die Finanzierung ist nicht mehr einrichtungsbezogen, sondern klientenbezogen

Wenn sich die Hilfefinanzierung mehr und mehr von den Einrichtungen löst und an die Stelle von Einrichtungsvergütungen Vergütungen treten, die sich dem Umfang nach an den für einen Klienten individuell vereinbarten Leistungsumfang orientieren, dann zieht das die Notwendigkeit von flexiblen Einsatzmöglichkeiten für die Mitarbeiter nach sich. Vielfach wird deshalb in Geschäftsführerkreisen (und in Betriebsräten!) davon gesprochen, dass nun neue Arbeitsverträge geschaffen werden müssen, um die notwendige Flexibilität gewährleisten und bei sich veränderndem Bedarf der Klienten auch arbeitsrechtlich und ökonomisch angepasst reagieren zu können. Ich sehe diese Tendenz mit großer Gelassenheit. Denn in vielen angrenzenden Arbeitsbereichen und -branchen wurde diese Aufgabe schon vor Jahren gelöst und hat nicht zum Ruin der Einrichtungen oder der Mitarbeiter geführt. Bei allen arbeitsrechtlichen Erwägungen wird stets auch der Aspekt der sicherheitsgebenden Funktion von Teams bedacht werden müssen.

Vielmehr gilt es, sich landauf und landab für vernünftige personenzentrierte Vergütungssysteme einzusetzen. Dies ist ein Thema eines anderen Symposiums dieser Tagung und wird daher an dieser Stelle nicht vertieft.

Der Mitarbeiterentsatz muss flexibel gehandhabt werden

Nicht nur arbeitsrechtliche und ökonomische Fragen verknüpfen sich mit dieser Forderung, sondern auch fachliche, Flexibilität und Kontinuität sind in der Betreuungsarbeit prinzipiell widersprüchlich zueinander. Die gesamte Organisationsstruktur muss in einem Balanceakt beiden Prinzipien gerecht zu werden versuchen. Das Ausstarieren zwischen dem Erhalt der Betreuungskontinuität in den Betreuungsbeziehungen und der Verpflichtung dem regionalen Bedarf, also dem Hilfebedarf eines Klienten gegenüber, der noch keine Leistung erhält, ist fachlich wie finanziell eine permanente Herausforderung. Kann man hier von ambulanten Pflegediensten lernen?

Ambulante Angebote schaffen Probleme mit Immobilien (das größte Problem)

Personenzentrierung auf Immobilien zu übertragen, hieße permanent umbauen oder besser: den Besitz von Immobilien aufgeben. Einerseits sind die in Immobilien geflossenen Finanzmittel in hohem Maße verantwortlich für die Aufrechterhaltung der Häuser und Heime. Eine geförderte Immobilie kann nicht ohne weitere Verwendung aufgegeben werden; selbst ohne öffentliche Fördermittel müssen die Träger Lösungen für die Häuser entwickeln.

Mit den Heimen sind andererseits zugleich Einrichtungen geschaffen worden, die bestimmte Leistungen vorhalten, die nicht ohne weiteres in das ambulante System zu übertragen sind, wie das Beispiel der Nachbarschaftsdienste oder Nachtwachen zeigt. So weit wir auch immer gehen wollen mit der Trennung von Wohnung und Betreuung, so sehr müssen wir die Notwendigkeit von Kompromissen anerkennen, wenn Menschen das unmittelbare und räumliche Vorhandensein von ansprechbaren Menschen benötigen. Vermutlich werden immer Nachtdienste für Gruppen von Klienten organisiert werden müssen, auch wenn es das Ziel sein wird, diese Gruppen so klein wie vertretbar zu halten. Es wird also noch viel administrative und fachliche Fantasie benötigt werden, um nachhaltige, vernünftige und finanzierbare Lösungen zu einzelnen Heimfunktionen zu schaffen.

Ein regionales Psychiatriebudget schafft Chancen, aber auch Grenzen

Unsere Modellregion hat sich vorgenommen, in den nächsten Jahren an der Definierung und Verwaltung eines regionalen Psychiatriebudgets, zunächst bezogen auf die Ausgaben des Sozialhilfeträgers und der öffentlichen Haushalte, zu arbeiten. Die Gründe dafür sind vielfältig und sollen an dieser Stelle nicht erörtert werden. Für Geschäftsführungen ist die Arbeit mit selbst gewählten Grenzen eine doppelte Herausforderung: Zwar schaffen Grenzen Hilfen für Mitarbeiter und Organisationen, die Psychiatrie nicht unendlich werden zu lassen. Zum einen steht die betriebliche Logik einem nicht wachsenden Budget entgegen. Zum anderen bedeutet ein regionales Budget eine neue Qualität in der Auseinandersetzung zwischen den Trägern sowie zwischen Trägern und Leistungsträgern.

Orientierung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Vier Thesen zeigen auf, was die Logik des Gemeindepsychiatrischen Verbunds von den Geschäftsführungen der Einrichtungen und Träger erwartet:

1. *Nicht mehr denken, was können wir an neuen und schönen Projekten schaffen, sondern wie entwickeln wir ein aufeinander bezogenes Hilfesystem.*
2. *Immer im System der regionalen Versorgung zu denken, ist gegen die betriebliche Logik und lähmt manchmal sehr, der GPV bindet Energien.*
3. *Eine Region ist nur so gut, wie der schwächste Anbieter. Man muss viel Energie aufwenden, um gemeinsam auf einen bestimmten Standard zu kommen.*
4. *Man muss auch mal Entscheidungen gegen sich gelten lassen können.*

Von Geschäftsführungen wird also erwartet, neue Schwerpunkt zu setzen. Nicht mehr die Fortentwicklung der eigenen Organisation steht im Mittelpunkt der Aktivitäten, sondern die Qualität des Verbunds.

Das Beispiel »Dokumentation« mag dies verdeutlichen: Eine Organisation, die ein EDV-gestütztes Dokumentationssystems einführen möchte, hat mit der Anpassung des Systems an das eigene Wollen und Handeln schon eine gewaltige Aufgabe zu bewältigen. Nun aber wird sie sich als aktiver Teil des gemeindepsychiatrischen Verbundes zusätzlich fragen müssen, wie weit das eigene Dokumentationssystem den (kontrollierten) Austausch von Daten im Gemeindepsychiatrischen Verbund ermöglichen soll und kann. Das Herbeiführen eines gemeinsamen, einrichtungsübergreifenden Dokumentationsstandards wird folglich das Zeitbudget einer größeren Anzahl von Mitarbeitern und damit das Finanzbudget der Einrichtungen weit mehr belasten, als dies bei einem nur auf die eigene Einrichtungen bezogenen Dokumentationssystem der Fall wäre.

Die Orientierung am Verbund, an der Qualität in der Region wird also in vielen Tätigkeitsfeldern die Arbeitskapazitäten von Führungskräften (und nicht nur von diesen) binden. Diese Kapazitäten stehen für andere Aufgaben nicht mehr zur Verfügung. Nur der durch den gemeindepsychiatrischen Verbund initiierte Qualitätsgewinn der gesamten Region rechtfertigt diese Bindung von Arbeitskraft.

Die Verknüpfung der individuellen Hilfeplanung für Klienten mit der Steuerung der regionalen Ressourcen (Hilfeplankonferenzen) ist auch Leitungsaufgabe

Hilfeplankonferenzen werden zum Misserfolg, wenn Mitarbeiter der psychiatrischen Leistungserbringer (und -träger) dort ohne Entscheidungskompetenz ihre Zeit »abstitzen«. Damit Hilfeplankonferenzen zu einem wirkungsvollen Element individueller, integrierter und koordinierter Hilfeplanung und -leistung werden können, müssen die Repräsentanten der Einrichtungen zu Abwägungen auf hohem fachlichen Niveau in der Lage sein und auch zu verbindlichen Entscheidungen. Die Beteiligung an der Hilfeplankonferenz ist daher eine wesentliche Führungsaufgabe.

Qualitätsmanagement im Verbund

Zu den Ausführungen zu diesem Thema im Beitrag von Herrn Armbruster nur noch der Hinweis: Wer weiß, wie mühevoll das strukturierte Qualitätsmanagement schon in Einrichtungen ist, wird einen Begriff von dem Umfang der Aufgabe entwickeln können, die als Qualitätsmanagement im gemeindepsychiatrischen Verbund vor uns liegt.

ProPsychiatrieQualität – leitzielorientierte Qualitätsentwicklung in gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen

Jürgen Armbruster

Der Paradigmenwechsel von der Institutions- zur Personenzentrierung beschränkt sich nicht auf die Einführung eines Instruments der Hilfebedarfsermittlung und der Hilfeplanung. Die *Personenzentrierung* stellt die Grundhaltung und das Leitziel für die kontinuierliche Umgestaltung der Sozialpsychiatrie in ihren Strukturen, ihren Methoden und ihren Denkmodellen dar.

Der folgende Beitrag soll einen kurzen Überblick geben über ProPsychiatrieQualität und über die Möglichkeiten und Erfahrungen berichten, dieses Verfahren für die leitzielorientierte Qualitätsentwicklung in regionalen Verbundsystemen zu nutzen.

Merkmale von ProPsychiatrieQualität

Im Auftrag der bundesweiten Fachverbände Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB) und Psychiatrie in der Caritas (PIC) wurde zwischen 1996 und 2002 ein Qualitätssystem für Dienste, Einrichtungen und regionale Verbünde der Sozialpsychiatrie entwickelt. Eine Projektgruppe aus Fachkräften sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen erarbeitete dazu eine Konzeption, die von einem Projektbeirat aus VertreterInnen der beiden Fachverbände in Kooperation mit anderen bundesweit tätigen Fachverbände (AKTION PSYCHISCHE KRANKE, DGSP, DPWV, AWO) begleitet¹ wurde. In acht regionalen Erprobungsprojekten auf Bundesebene wurden die inhaltlichen Schwerpunkte der PPQ-Konzeption vertieft und im Juni 2002 der Fachöffentlichkeit vorgestellt [1].

Mit der Entwicklung von PPQ wurde das Ziel verfolgt, Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung sowie Standards der Bewertung praxis-, beteiligungs- und nutzerorientiert innerhalb der Verbände und zwischen unterschiedlichen Verbänden zu erarbeiten und zur Anwendung zu empfehlen.

¹ Die fachliche und wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch Annemose Knäpke, aku Unternehmensberatung, Bad Dürkheim

Damit verbunden war die Haltung der Fachverbände BEB und PG, nicht nur auf die zu diesem Zeitpunkt neu formulierten gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung in den Bereichen des BSHG, des SGB V und XI zu reagieren, sondern die Chance zu nutzen, die Qualitätsdiskussion aktiv mit zu gestalten und dabei ihre Leitziele, ihr Werteverständnis und ihre Fachlichkeit in der Entwicklung der Sozialpsychiatrie einzubringen.

Folgende wesentliche Merkmale kennzeichnen das PPQ-Verfahren und die damit verbundenen Entwicklungsprozesse:

- *Das PPQ-Konzept wurde in regionalen Verbundsystemen erarbeitet:* Sämtliche methodischen Instrumente und Verfahrensweisen des PPQ-Konzepts wurden bundesweit in sehr unterschiedlichen Kontexten von Projektgruppen in regional vernetzten Strukturen entwickelt und erprobt.

- *Einstieg über die interne Qualitätsentwicklung (QE):*

Ausgangspunkt von PPQ war das Anliegen, Dienste, Einrichtungen und Verbundsysteme darin zu unterstützen, sich mit Fragestellungen der Qualitätsentwicklung zu beschäftigen, Qualitätsentwicklungsprozesse anzuregen, zunächst vorrangig ein internes Qualitätsmanagement-Konzept zu entwickeln, sich perspektivisch auf externe Prüfverfahren vorzubereiten und die vielfältigen bereits bestehenden Ansätze der QE in ein konsistentes Qualitätssystem zu integrieren. Die Initiierung und Gestaltung von Qualitätsentwicklungsprozessen wird dabei als systemischer Prozess verstanden, der seinen Ausgangspunkt in der Wertschätzung vorhandener Ressourcen und bereits bewährter Lösungen haben sollte. Dabei gilt es, die Beteiligten für selbstorganisierte Entwicklungsprozesse zu gewinnen und nicht vorrangig eine abwehrende Haltung zu provozieren, indem der Aspekt der Fremdbewertung einseitig in den Vordergrund rückt.

- *Paradigmenwechsel von der Einrichtungsbezogenheit zur Verbundentwicklung:*

Die Konzeptualisierung von QM-Systemen sollte dem paradigmatischen Wandel der psychiatrischen Versorgung von der Institution- zur Personenzentrierung und von der Einrichtungsbezogenheit zur Verbundentwicklung Rechnung tragen. Dies bedeutet, dass QE-Systeme nicht mehr nur für einzelne Einrichtungen konzipiert werden, sondern als gemeinsame Aufgabe des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zu verstehen sind.

- *Verständigung über Qualitätsindikatoren und -standards in Verbundsystemen:*

Das Anliegen der Qualitätsentwicklung nach PPQ ist immer zunächst die Verständigung über gemeinsam verbindliche Qualitätsindikatoren und -standards, auf der Basis von fachlich und ethisch begründeten Leitzielen. Auf diese Weise muss innerhalb eines Verbundsystems prozessorientiert eine differenzierte Verständigung über Leitziele, Qualitätsindikatoren und Standards unter Beteiligung der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen erfolgen.

- *Nutzerbeteiligung auf unterschiedlichen Systemebenen:*

Die Beteiligung von Nutzern (Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene) und ihrer organisierten VertreterInnen ist auf verschiedenen Ebenen ein wesentliches Merkmal des Qualitätsentwicklungsprozesses. Nutzerbeteiligung ist ein Qualitätsstandard für die Planung und Umsetzung von Hilfeprozessen, für die Entwicklung von Verbundsystemen und für die Gestaltung von Qualitätsentwicklungsverfahren

- *Personenzentrierung als fundamentales Leitziel:*

Eine wesentliche Grundlage von PPQ ist das Bekenntnis zur Personenzentrierung in der Bedarfsermittlung, der Planung der Hilfegestaltung, der Gestaltung von Organisationsentwicklungsprozessen und der gemeindepsychiatrischen Verbundstrukturen. Die Personenzentrierung ist ein fundamentales Leitziel für die Aushandlungsprozesse in der Hilfeplanung und -gestaltung. Personenzentrierung äußert sich aber auch im allgemeineren Sinne in der Frage der Nutzerbeteiligung und ist Ausdruck einer sozialunternehmerischen Kultur in der Personal- und Organisationsentwicklung sowie wesentliches Merkmal der Einbindung sozialer Dienste und Einrichtungen in das Gemeinwesen.

Funktionale Gliederung regionaler Qualitäts-Verbünde

Mit dem Bericht der Expertenkommission (1988) wurde – angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der regionalen Versorgungslandschaften eine funktionale Betrachtungsweise für die Strukturierung der Hilfesysteme eingeführt. Auf diese Weise wird eine überregional gültige, fachlich anerkannte Grundstruktur beschrieben, die jeweils regionale Ausprägungen zulässt. In ähnlicher

Weise schlagen wir eine funktionale Gliederung von regionalen Qualitätsentwicklungssystemen vor.

Dabei sind die nachfolgend benannten Funktionsbereiche zu unterscheiden und zu gestalten.

Grundstruktur des regionalen Qualitätsmanagement-Systems

Voraussetzung für die Gestaltung regionaler Qualitätsmanagementprozesse ist die Gründung von einrichtungsbezogenen Qualitätszirkeln, die in einem regionalen Qualitätsverbund koordiniert werden. Qualitätsentwicklung sollte auf regionaler Ebene als partizipativer Prozess gestaltet werden unter Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der MitarbeiterInnen, der Einrichtungsvertreter, der politisch und administrativ Verantwortlichen.

Erarbeitung eines leitzielorientierten Qualitätsverständnisses

Ausgangspunkt jeder systematischen Qualitätsentwicklung in Verbundsystemen muss zunächst eine Verständigung über leitzielorientierte Qualitätsindikatoren und -standards sein. Für eine am Prinzip der Personenzentrierung orientierten Qualitätsentwicklung schlagen wir beispielhaft folgende Leitziele vor:

- Autonomie wahren
- Leiden und Symptome reduzieren
- am gesellschaftlichen Leben teilhaben
- Hilfen bedarfsgerecht und personenbezogen erbringen
- Rechte und Würde sicherstellen
- Privatsphäre garantieren
- Sicherheit gewährleisten
- Transparenz herstellen
- mit Ressourcen nachhaltig umgehen.

Orientiert an den genannten Leitzielen können auf regionaler Ebene Qualitätsindikatoren für unterschiedliche Leistungsbereiche erarbeitet und abgestimmt werden. Für jeden einzelnen Leistungsbereich steht damit ein Spektrum transparenter Bewertungskriterien zur Verfügung. Auf diese Weise wird in dem ergebnisoffenen Prozess der internen Qualitätsentwicklung die Sensibilität der Beteiligten für Qualitätsfragen und eine gemeinsame Kultur und Werte-

Leitziele	Autonomie wahren	Leiden und Symptome reduzieren	am gesellschaftlichen Leben teilhaben	Hilfen bedarfsgerecht und personenbezogen erbringen	Rechte und Würde sicherstellen	Privatsphäre garantieren	Sicherheit gewährleisten	Transparenz herstellen	mit Ressourcen nachhaltig umgehen
Kontaktaufnahme/ Zugang									
Planung der Hilfen									
Erbringung der konkreten Dienstleistung									
Betreuung/ Rehabilitation									
Grundversorgung									
Wohnen/Gebäude/ Ausstattung									
Koordination der Dienstleistung im Einzelfall									
Personaleinsatz und -organisation									
Personalqualifikation									
Leistungsdokumentation									
Verwaltung/Abrechnung									
Öffentlichkeitsarbeit									
Gemeinwesenorientierung									
...									

Abb. 1: Matrix zur leitzielorientierten Entwicklung von Qualitätsindikatoren

orientierung gefördert. Diese Indikatoren bilden die Grundlage für Qualitätsstandards sozialpsychiatrischer Hilfen innerhalb eines Trägers und trägerübergreifend in regionalen (z.B. im Rahmen des GPV) oder überregionalen (z.B. über Fachverbände organisieren) Qualitätsverbünden. Für die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren schlagen wir die in Abbildung 1 dargestellte Matrix vor.

Qualitätsentwicklung als regionaler Prozess

Qualitätsentwicklung als regionaler Prozess erfordert die Festlegung von Qualitätszielen, die gemeinsam priorisiert werden, überprüfbar sind und mit zeitlichen Zielperspektiven versehen werden. Im Vordergrund steht für uns die Förderung regionaler Qualitätsentwicklungsprozesse von miteinander kooperierenden Einrichtungen. Diese Verbundstrukturen sollten durch entsprechende politische und finanzielle Anreize gefördert werden, z.B. durch Förderung im Rahmen eines Bundesmodellprojekts und die Bereitstellung einer fachlich kompetenten Prozessgestaltung und einer bundesweiten Vernetzung. In vergleichbarer Weise haben die Implementationsprojekte, die von der AKTION PSYCHISCH KRANKE im Rahmen von Bundes- und Landesmodellen begleitet werden, eine wesentliche Funktion für der Qualitätsentwicklung in Verbundsystemen. Qualitätsverbünde sollten leistungsübergreifend die Dienste und Einrichtungen zusammen schließen, die sich auf der Basis vereinbarter Kriterien zur gemeinsamen Versorgung bekennen.

Kritisch betrachten wir solche Verfahren der externen Qualitätsprüfung, die mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden sind und nicht auf transparenten fachlich begründeten und leitzielorientierten Bewertungskategorien basieren.

Dimensionen einer regionalen Qualitätsentwicklung

Die regionale Qualitätsentwicklung sollte sich auf die sechs Qualitätsdimensionen (Abb. 2) beziehen, die sich bereits für einrichtungsbezogene Konzepte der internen Qualitätsentwicklung bewährt haben. Den im Folgenden beschriebenen Dimensionen lassen sich alle wesentlichen Leistungsbereiche sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen in Verbundsystemen zuordnen. Für jede Qualitätsdimension empfehlen wir im Rahmen von PPQ bestimmte me-

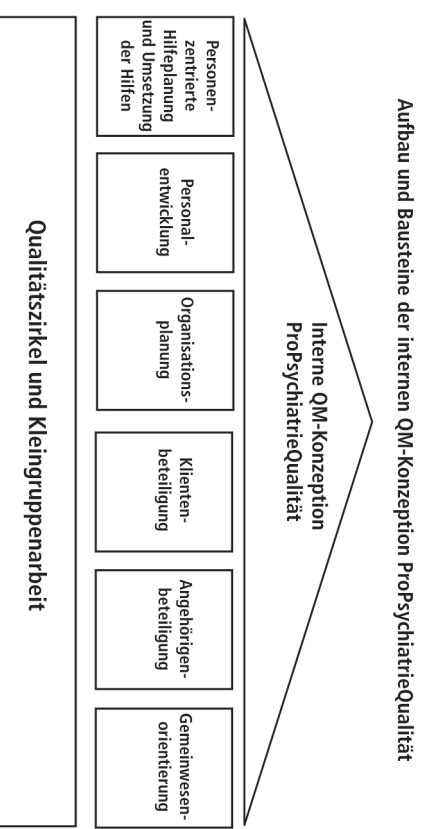


Abb. 2: Dimensionen einer regionalen Qualitätsentwicklung

thodische Vorgehensweisen, die in der Praxis erprobt wurden und einer fortwährenden Weiterentwicklung unterzogen werden.

Unter Anerkennung regionaler Besonderheiten haben wir im Rahmen von PPQ innerhalb der Verbände für die verschiedenen Qualitätsdimensionen die folgenden für uns bundesweit bedeutsamen Indikatoren als Orientierungs- und Bewertungsmaßstäbe vereinbart.

Die personenzentrierte Hilfeplanung und Umsetzung der Hilfen

Für die Planung und Gestaltung von Hilfeprozessen wird die Nutzung von Instrumenten zur personenzentrierten Hilfebedarfsermittlung und Hilfeplanung (IBRP) auf der Ebene der Dienste, Einrichtungen und der Verbünde sowie die Einführung von regionalen Hilfeplankonferenzen mit definierten Ablaufprozessen empfohlen.

Bundesweite Qualitätsindikatoren:

- *In allen Bereichen, in denen langfristige und zeitintensive Hilfeprozesse gestaltet werden, sind adäquate personenzentrierte Verfahren der Hilfebedarfsfassung, der Hilfeplanung und Evaluation unter Einbeziehung der Betroffenen anzuwenden.*
- *In der Region verständigen sich die Beteiligten auf ein einheitliches Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs, der Hilfeplanung und Hilfestellung.*
- *Die Dienste und Einrichtungen kooperieren mit dem Ziel, allen psy-*

chisch erkrankten Menschen in der Region bedarfsorientierte Hilfen bieten zu können.

- Eine personenzentrierte Hilfeplanung orientiert sich an folgenden Metenden:
 - zielgerichtete, personensorientierte Hilfeplanung
 - Reflexion, Dokumentation und Evaluation sowie Supervision (Genehmigung bzw. Information der KlientIn)
 - Beteiligung betroffener psychisch erkrankter Menschen an der Festlegung und regelmäßigen Überprüfung der Ziele
 - Einbeziehung des sozialen Umfelds und lebensweltorientierte Gestaltung der Hilfen.

Personalentwicklung

Personalplanung und -entwicklung sind zentrale Bestandteile des Qualitätsmanagements jedes Dienstes bzw. jeder Einrichtung und setzen eine umfassende Konzeption voraus. Sozialpsychiatrische Dienstleistungen sind wesentlich personenzentrierte Dienstleistungen, die in der Beziehung zwischen dem professionellen Helfer, dem von der psychischen Erkrankung Betroffenen und seinem sozialen Umfeld entstehen. Deshalb kommt es bei allen in der Sozialpsychiatrie tätigen Berufsgruppen neben einer guten Fachkompetenz auf die Entwicklung von Personenkompetenz (Motivation, Engagement, Selbstreflexion, mitmenschliche Empathie) und Sozialkompetenz (Beziehungsaufnahme und -gestaltung) an. Bei der Entwicklung und Umsetzung eines einrichtungs- und verbundbezogenen Qualitätsmanagementkonzeptes spielt deshalb die Personalentwicklung im Sinne der Förderung fachlicher, methodischer, sozialer und personaler Kompetenz eine entscheidende Rolle.

Die der sozialpsychiatrischen Arbeit zu Grunde liegenden Leitziele der personenzentrierten Wertschätzung und des Respekts gegenüber der Verschiedenheit und der Besonderheit der Individuen äußern sich auch in der Gestaltung der Kultur sozialer Unternehmen in Verbundstrukturen.

Bundesweite Qualitätsindikatoren:

- Der Dienst bzw. die Einrichtung verfügt über ein Personalentwicklungskonzept, in dem Festlegungen über den Entwicklungsbedarf in der Organisation und über die Fort- und Weiterbildungsperspektiven der MitarbeiterInnen erfasst und aufeinander abgestimmt werden.

- Der Dienst bzw. die Einrichtung verfügt über ein Konzept zur Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen.
- Für BerufseinsteigerInnen besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an Einführungsseminaren.
- Innerhalb des Dienstes bzw. der Einrichtung gibt es jährliche Zielvereinbarungen auf den verschiedenen Ebenen.
- Die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen mit den Arbeitsabläufen, der Arbeitsplatzgestaltung und -ausstattung sowie mit den Arbeitsbedingungen wird regelmäßig durch eine Erhebung überprüft.

Im PPQ-Handbuch stehen u. a. ein Leitfaden zur Führung von Mitarbeiterentwicklungsgesprächen, ein Instrument für Zielvereinbarungen sowie eine Konzeption zur Gestaltung regionaler Einführungsseminare für BerufseinsteigerInnen zur Verfügung.

Organisationsplanung

Sozialpsychiatrische Institutionen auf dem Weg zu personenzentrierten Diensten und Einrichtungen im regionalen Verbund sehen sich vor komplexe Aufgaben der Organisationsentwicklung gestellt. An die Stelle der zentralistischen Großeinrichtung tritt ein Netzwerk dezentraler Dienste und Verbundbausteine mit einem hohen Maß an Selbstorganisation und Kontextbezogenheit. Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit innerhalb dezentraler Dienste, Einrichtungen und Verbundsysteme vielfältige

- Kernprozesse (Beratungs- und Hilfeprozesse, die unmittelbar dem Nutzer zu Gute kommen),
 - Unterstützungsprozesse (Verwaltungsvorgänge, Personalwirtschaft, Technik),
 - Leitungsprozesse (Personalführung, strategische Planungen, Qualitätsentwicklung, Budgetverwaltung)
- in ihren Abläufen verbindlich zu beschreiben und zu gestalten.

Organisationsplanung und -entwicklung setzen einen kontinuierlich geführten und gemeinsam getragenen Prozess zwischen den Trägern und MitarbeiterInnen eines Dienstes bzw. einer Einrichtung und innerhalb der Verbundsysteme voraus. Eine eindeutig leitzielorientierte Grundhaltung ist Basis der Organisationsentwicklung.

Bundesweite Qualitätsindikatoren:

- Ziele, Zuständigkeiten und Prozessverläufe im Dienst bzw. in der

- Einrichtung und innerhalb der Verbundsysteme sind transparent und überprüfbar.*
- *Die Aufbau- und Ablauforganisation sind klar, ebenso die einrichtungsübergreifenden Prozesse.*
 - *Die Bewertung von Organisationsabläufen erfolgt mehrdimensional; der psychisch erkrankte Mensch und seine Angehörigen stehen im Mittelpunkt jeglichen Handelns in sozialpsychiatrischen Organisationen und Verbundsystemen.*
 - *Es findet eine regelmäßige inhaltliche und strukturelle Auseinandersetzung mit Organisationsabläufen statt; auf allen Einrichtungsebenen und innerhalb des Verbunds werden Prozesse identifiziert, beschrieben, analysiert und definiert.*
 - *Es erfolgt eine permanente Dokumentation auf der Prozessebene.*
 - *Die jeweilige Besonderheit des Dienstes bzw. der Einrichtung wird berücksichtigt, ebenso ihre einrichtungsspezifischen Prozesse und ihr Eingebundensein in die regionalen Strukturen.*
 - *Für die Organisationsplanung und -entwicklung werden Ressourcen bereitgestellt.*

KlientInnenmitwirkung

KlientInnenbeteiligung und Mitwirkung ist Ausdruck einer Haltung, die sich auf alle Bereiche des sozialpsychiatrischen Alltags erstreckt. Eine Kultur der Partizipation ist Ausgangspunkt und Ziel sozialpsychiatrischer Arbeit. KlientInnenbeteiligung zu praktizieren beginnt mit einer Entscheidung und einem Prozess unter Einbeziehung aller Beteiligten. Diesen Prozess sollte eine Einrichtung, ein Dienst bzw. ein Verbundsystem in ihrem Alltag bewusst gestalten. Eine Kultur der Partizipation sollte geschaffen und gepflegt werden und zu einer Konzeption zur KlientInnenbeteiligung führen.

- Bundesweite Qualitätsindikatoren:*
- *Die Perspektive der KlientInnen wird in den Mittelpunkt gestellt; die Individualität und die Bedürfnislage der KlientInnen werden gesehen und ernst genommen.*
 - *Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Mitbestimmung der KlientInnen werden gefördert, z.B. im Rahmen von tragischen Entscheidungen oder der Gestaltung der Alltagsabläufe und Angebote des Dienstes bzw. der Einrichtung und durch Beteiligung an politischen Planungs- und Entscheidungsprozessen.*

- *Eine positive Haltung und die Sensibilität der MitarbeiterInnen in Bezug auf die KlientInnenmitwirkung wird gefördert.*
- *Von personenbezogenen Daten des Klienten wird nur mit Genehmigung des Betroffenen im Verbundsystem Gebrauch gemacht.*
- *Die Zufriedenheit der KlientInnen wird im Rahmen von Befragungen regelmäßig überprüft.*
- *Klientenvertretungen und Selbsthilfegruppen werden gefördert.*
- *Ein externes und internes Beschwerdemanagement werden eingeführt.*

Im PPQ-Handbuch wird u. a. auf einen Bogen zur Durchführung von KlientInnenbefragungen verwiesen, sowie eine Konzeption mit einrichtungsbezogenen Standards zur Beteiligung von KlientInnen räten an Entscheidungsprozessen vorgestellt. Darüber hinaus werden Formen und Konzepte für das interne Beschwerdemanagement und beispielhaft Formen des externen Beschwerdemanagement (Beschwerdestellen, PatientenfürsprecherInnen) beschrieben.

Angehörigenmitwirkung

Psychiatrisches Handeln ohne die Einbeziehung der Angehörigen – soweit dies von den Betroffenen gewünscht und akzeptiert wird – kommt einem Kunstfehler gleich. Die Beteiligung von Angehörigen lässt sich in unterschiedlichen Bereichen des sozialpsychiatrischen Alltags umsetzen.

Angehörige werden soweit als möglich in die Hilfeplanung und -gestaltung einbezogen. Sie erhalten eigenständige Beratungsgespräche zur Unterstützung ihrer Person und im Umgang mit ihrem erkrankten Familienmitglied.

(Behandlungs-)Erfolge sind nicht nur über die direkte Einflussnahme auf die KlientInnen zu erreichen, sondern auch über die Stützung des Lebensumfeldes, die Stärkung der Ressourcen der Angehörigen bei der Verarbeitung und Bewältigung des durch die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds geprägten Lebens.

Angehörige sollten einrichtungsbezogene Partizipationsmöglichkeiten haben und an den kommunalen Planungsprozessen beteiligt sein. Die Sozialpsychiatrie hat wesentliche Impulse von den in Selbsthilfegruppen organisierten Angehörigen erfahren. Diese einrichtungsbezogenen oder regional zu fördern ist ein wesentliches Qualitätsziel von PPQ.

Bundesweite Qualitätsindikatoren:

- Die Angehörigen sind in der Konzeption des Dienstes bzw. der Einrichtung aufgenommen.
- Die Sichtweisen der Angehörigen werden bei der Hilfsbedarfs- bzw. Therapieplanung berücksichtigt.
- Angehörige erhalten eigene Gesprächsmöglichkeiten und Hilfsangebote.
- Die Angehörigen werden bei ihrer Selbstorganisation beraten und unterstützt.
- Der Dienst bzw. die Einrichtung beteiligt sich an triadischen Veranstaltungen (z.B. Psychose-Seminare) und fördert diese.
- Angehörigenbefragungen werden regelmäßig einrichtungs- und verbundbezogen durchgeführt.

PPQ empfiehlt die Durchführung von einrichtungs- und verbundbezogenen Angehörigenbefragungen.

Gemeinwesenorientierung

Gemeinwesenarbeit ist Teil der täglichen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, ist ein Aspekt der breiten Öffentlichkeitsarbeit in der Gemeinde und der Kooperationsarbeit innerhalb der Versorgungsstrukturen von professionellen, psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Diensten und Einrichtungen. Gemeinwesenorientierung äußert sich im Bemühen, die Lebensäußerungen psychisch erkrankter Menschen im Kontext ihres Alltags- und Lebenszusammenhangs zu erkennen, alltagsbezogene Hilfestellungen zu konzipieren, sowie Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörige dabei zu unterstützen, das Gemeinwesen als Ort des Lebens, der Begegnung und der sozialen Integration aktiv mit zu gestalten.

Gemeinwesenorientierung äußert sich im Verständnis psychischer Erkrankungen, im sozialpsychiatrischen Handeln und in der Gestaltung sozialer Netze.

Bundesweite Qualitätsindikatoren:

- Der Dienst bzw. die Einrichtung gestaltet bürgerfreundliche Abläufe des Gemeinwesens aktiv mit.
- Bürgerschaftliches Engagement wird gefördert.
- Der Dienst bzw. die Einrichtung ist in den Gremien des Stadteits und in den Kirchengemeinden vertreten.

- Der Dienst bzw. die Einrichtung hält kontinuierlich Kontakt mit den politisch Verantwortlichen, der Verwaltung und den Kostenträgern.
- Kooperationsbeziehungen werden aktiv gestaltet.
- Regionale Versorgungszuständigkeiten werden übernommen.

Qualitätsentwicklung als Prozess – ein Praxisbeispiel des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems in Stuttgart

Die Qualitätsentwicklung der ambulanten sozialpsychiatrischen Hilfen hat in Stuttgart durch PPQ wesentliche Impulse erhalten. Der Ausgangspunkt des gemeinsamen Prozesses der flächendeckenden acht Sozialpsychiatrischen Dienste der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart, des Caritasverbands und des Gesundheitsamts war zunächst die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren an Hand der PPQ-Matrix.

In einem gemeinsamen Prozess wurde, orientiert an den sozialpsychiatrischen Leitzielen, ein sehr differenziertes Verständnis darüber erarbeitet, was in den konkreten Aspekten der Alltagspraxis im Sinne von PPQ unter Qualität verstanden wird. Die auf diese Weise gewonnenen internen und externen Bewertungsmaßstäbe wurden in einer Reflexionsrunde mit VertreterInnen der Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und BürgerhelferInnen diskutiert und überarbeitet. In einer weiteren Projektphase wurden diese Bewertungskategorien zu einem strukturierten Qualitätsbericht für die Sozialpsychiatrischen Dienste (Abb. 3) weiterentwickelt, der in der Zwischenzeit als ein Instrument zur jährlichen Selbstbewertung der Dienste zur Anwendung kommt. Ergebnis der Selbstbewertung durch die jeweiligen Teams ist dann die Verabredung von Qualitätsentwicklungszielen, die in der Folgezeit von den jeweiligen Teams bearbeitet werden.

Jährlich findet in einem Plenum der MitarbeiterInnen aller Sozialpsychiatrischen Dienste ein Austausch über diese Selbstreports und die sich daraus ergebenden Schwerpunktthemen der Qualitätsentwicklung statt. Die kollegiale Transparenz und der Austausch über Problemstellungen und Entwicklungsperspektiven befördert gleichzeitig die Möglichkeit voneinander zu lernen, Vergleiche herzustellen, Anregungen anderer Teams aufzugreifen und in diesem Sinne in einen gemeinsamen Prozess die Qualitätsentwicklung in einem Verbundsystem zu gestalten. Inzwischen orientieren sich alle sozial-

psychiatrischen Dienste und Einrichtungen der drei Träger an PPQ, erarbeiten für sich dienst- bzw. einrichtungsbezogene Qualitätsziele und -handbücher oder entwickeln für ihre jeweiligen Arbeitsfelder spezifische Instrumente zur Selbst- und Fremdbewertung. Für die Krisen- und Notfallversorgung wurde ein spezieller externer Qualitätszirkel geschaffen, in dem mit den Kooperationspartnern der Selbstreport des Teams reflektiert und bewertet wird.

Der Gesundheitsausschuss, das politische Planungs- und Entscheidungsgremium des Gemeinderats der Stadt wird regelmäßig über den PPQ-Prozess informiert. Auf diese Weise kann PPQ – ausgehend von den jeweiligen einrichtungsbezogenen Prozessen in einem Verbundsystem zu einem Instrument einer qualitätsorientierten Gesundheitsberichterstattung in der jeweiligen Versorgungsregion werden.

Regionale Qualitätsberichterstattung, Formen der Selbst- und Fremdbewertung, Akkreditierung von personenzentrierten Diensten und Einrichtungen im Verbundsystem

Weiterführende Überlegungen zur verbundbezogenen Qualitätsentwicklung werden derzeit im Rahmen der Kontaktgespräche zwischen den Fachverbänden der Wohlfahrtsverbände, der AKTION PSYCHISCH KRANKE, den Bundesverbänden der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen erörtert. Diese Vorschläge und Überlegungen gingen auch ein in das Positionspapier des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Auftrag des Gesundheitsministeriums.

Wir schlagen vor, im Rahmen eines bundesweiten Modellprogramms weiterführende Instrumente der verbundbezogenen Qualitätsentwicklung zu entwickeln und zu erproben. Diese sollten zu einem Konzept der qualitätsorientierten regionalen Gesundheitsberichterstattung zusammengefasst werden. In diesem Rahmen sollte ein besonderer Akzent vor allem darauf gelegt werden, nur solche Konzepte der Qualitätsentwicklung zu fördern, die sich an den fachlich-ethischen Leitzielen orientieren, bezüglich ihres Aufwands ökonomisch vertretbar sind und unmittelbar die Versorgungsqualität in der Region verbessern.

Orientiert an den Grundsätzen des § 20 SGB IX schlagen wir die Einrichtung einer vom Staat unabhängigen sozialpsychiatrischen

Strukturierter Qualitätsbericht für Sozialpsychiatrische Dienste in der Region Stuttgart

Kontaktaufnahme, Zugang				
Hat der Dienst von Mo–Fr mindestens 8 Stunden täglich geöffnet?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	S ²
Ist der Dienst in Großstädten in max. 30 Minuten, bzw. im ländlichen Raum in 60 Minuten, mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	S
Nur von Diensten auszufüllen, die einen ländlichen Raum versorgen: Gibt es Außenstellen?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	S
Sind die Räume des Dienstes behindertengerecht?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	E
Verfügt der Dienst über folgende Zugangsmöglichkeiten: Telefonberatung, Beratung, Hausbesuch, Anschreiben, niedrigschwellige Anlaufstelle	• ja	• nein	Bei nein, welche nicht?	E
Werden die Wünsche der KlientInnen (bzw. von Dritten) bezüglich der Art der Kontaktaufnahme berücksichtigt?	• trifft zu	• trifft eher zu	• trifft zum Teil zu, zum Teil nicht	E
	• trifft eher nicht zu	• trifft nicht zu	Bitte Gründe benennen:	
Gibt es eine Check-Liste für Neuanfragen?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	E

2 Die einzelnen Standards wurden nach der Differenzierung von Donabedian jeweils der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisebene zugeordnet.

Werden alle Neuanfragen (direkte und indirekte) im Team besprochen?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	S
Wird Angehörigen Beratung angeboten, auch dann, wenn die betroffene KlientIn keinen Kontakt zum Dienst hat?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	S
Kann der Dienst im Bedarfsfall am gleichen Tag Hilfe anbieten (keine Warteliste)?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	E
Ist eine sofortige Krisenintervention möglich?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	E
Hält der Dienst ein Informationssystem über nichtpsychiatrische und psychiatrische Hilfen vor?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	E
Erfolgt bei Nichtzuständigkeit eine Weitervermittlung an andere Dienste und Einrichtungen?	• ja	• nein	Bei nein bitte begründen:	E
Durch welche Maßnahmen ist in dieser Leistungsdimension vorrangig eine Qualitätsverbesserung zu erreichen?				

Abb. 3: Strukturierter Qualitätsbericht für Sozialpsychiatrische Dienste in der Region Stuttgart

Qualitätskommission auf Bundesebene vor, in der vorhandene Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung leistungsübergreifend und regional bezogen gesichtet und bewertet werden. In diesem Rahmen sollen von ExpertInnen der Fachverbände unter Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der Leistungserbringer und Leistungsträger Qualitätsstandards und Prioritäten für die Entwicklung von evidenzbasierten, personenzentrierten und leistungsübergreifenden Behandlungskonzepten innerhalb von Verbundstrukturen erarbeitet werden. Diese sollen modellhaft erprobt werden. Darauf aufbauend soll die Grundlage geschaffen werden für die modellhafte Erprobung von Verfahren zur Akkreditierung von Diensten und Einrichtungen, die sich der personenzentrierten Hilfeleistung in den gemeindebezogenen Verbundstrukturen verpflichten und sich am Kriterium der langfristigen Verbesserung des Krankheitsverlaufs und der Lebensqualität der betroffenen Menschen orientieren.

ProPsychiatrieQualität kann für dieses weiterführende Projekt vielfältige Orientierungen bieten.

Literatur

1. BUNDESVERBAND EVANGELISCHER BEHINDERTENHILFE & FACHVERBAND PSYCHIATRIE IN DER CARITAS (Hg.). ProPsychiatrieQualität (PPO) — Handbuch zur leitzielorientierten Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie. 1. überarbeitete und erweiterte Neuauflage, Reutlingen: Diakonie, 2002

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Einführung

Dieter Stahlkopf

Auf dem Wege zum (Gemeindepsychiatrischen) Verbund

Menschen, aber auch Einrichtungen und Dienste – also natürliche und juristische Personen – können sich verbünden und vertraglich binden!

- Staaten suchen nach Verbundlösungen (EU, NATO, UNO u. a.)
- Parteien verbünden sich zu Koalitionen
- Firmen bilden Arbeitsgemeinschaften (z. B. für größere Bauvorhaben)
- Einzelgewerkschaften fusionieren und finden sich unter dem Dach des Deutschen Gewerkschaftsbundes
- Mindestens sieben Menschen verbünden sich und gründen einen eingetragenen Verein
- Auch zwei Menschen können sich vertraglich verbünden – sie schließen einen Bund fürs Leben

Sie sehen, es gibt unendlich viele Verbünde. Firmen, Staaten, Parteien, Vereine und auch zwei Menschen können sich verbünden.

Ein Verbund ist nie zweckfrei – er muss sich für die Beteiligten lohnen, d. h. notwendig zur Erreichung des oder der gemeinsamen Ziele sein – und für die Beteiligten und ihre Ziele mehr Vor- als Nachteile bringen.

Zustandekommen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Dieses ist keine Tagung für Mitarbeiter von Eheberatungsstellen – trotzdem möchte ich am Beispiel der Ehe das Zustandekommen, die Ziele und Aufgaben aber auch die Grenzen eines Verbundes aufzeigen. Sie werden dabei einige Ähnlichkeiten zwischen der

Institution der Ehe und dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) entdecken. Sowohl ein Gemeindepsychiatrischer Verbund als auch die Ehe beginnen in der Regel nicht mit dem Trocknen der Tinte unter einem ausgehandelten Vertrag.

Stufen auf dem Wege zum Bund fürs Leben:

1. Stufe 0: Man ist allein und will es auch bleiben
2. Stufe 1: Man trifft sich zufällig.
3. Stufe 2: Man hat versuchsweise Interesse aneinander, man zeigt sich von seiner besten Seite (die Phase des Flirts).
4. Stufe 3: Man verabredet sich und trifft sich immer häufiger. Man lernt den anderen kennen und ggf. schätzen.
5. Stufe 4: Man hat gemeinsame Interessen und Spaß am gemeinsamen Handeln. Man verständigt sich auf die Ziele des Zusammenseins.
6. Stufe 5: Man vereinbart, dass dies auch in Zukunft so sein soll. probeweise Absicherung – Verlobung).
7. Stufe 6: Erst am Ende dieses Prozesses wissen beide Partner, was sie wollen und sichern diese Absicht durch einen verbindlichen Vertrag. Sie schließen einen Bund fürs Leben.

Die Gründe hierfür sind vielfältig:

- Einige von ihnen wollen zusammen leben, bis dass der Tod sie scheidet. Sie wollen hierzu Gottes Segen und/oder sie wollen ihre Absicht für sich und andere öffentlich dokumentieren. Dass diese Absicht nicht bei allen auf Dauer hält, das steht auf einem anderen Blatt.
- Es gibt Menschen, die heiraten, um sich und den anderen Lebenslang zu binden. Ihnen bedeutet die Sicherung, die Versorgung, die Versorgungsverpflichtung für und durch den anderen viel.
- Andere streben einen Exklusivvertrag mit Monopolstellung an. Sie erhoffen sich das Ausschalten unerwünschter Konkurrenz. Einige von ihnen stärken oder schwächen diesen Zweck der Ehe durch zusätzliche Eheverträge.
- Einige Paare heiraten erst, wenn sie Kinder haben wollen. Sie wollen weniger für sich, sondern eher für ihre Kinder durch die Institution der Ehe auf Dauer Sicherheit geben.
- Wieder andere Paare locken lediglich die Vergünstigungen – die

Steuervergünstigung, die Wohnung im sozialen Wohnungsbau, die Vorteile beim Renten- und Erbschaftsrecht.

- Man kann sich auch verheiratet fühlen und sich so verhalten, aber den offiziellen Schritt scheuen, weil dieser eher Nachteile hätte (z.B. bei Schulden, Unterhaltsverpflichtungen, beim Regelsatz eines Haushaltsvorstandes, beim Rentenrecht).
- Man kann auch eine Scheinehe eingehen, z.B. um einem Menschen vor der Abschiebung zu bewahren.
- Dann gibt es noch die Heiratsschwindler und die Bigamisten.

Sie sehen es gibt viele gute – vielleicht aber auch weniger gute – Gründe zu heiraten, einen Bund fürs Leben einzugehen, aber auch ihn ggf. wieder zu kündigen oder aufzulösen.

Stufen auf dem Weg zum Gemeindepsychiatrischen Verbund:

1. Stufe 0: Man ist allein und fühlt sich gleichzeitig als Mittelpunkt der Welt.
2. Stufe 1: Man weiß zwar voneinander, z.B. durch Adressenlisten, vom Hörensagen und durch gelegentliche Treffen bei Fortbildungsveranstaltungen. Patienten werden »weitergereicht«.
3. Stufe 2: Man arbeitet additiv zusammen. Jeder macht seine Arbeit möglichst gut – aber allein. Patienten werden »überwiesen« (bis einschließlich Stufe 2 – sicher noch kein Verbund).
4. Stufe 3: Man trifft sich verabredet und regelmäßig (z.B. in der PSAG) zur offenen Diskussion. Man lernt sich kennen und erfährt etwas über das, was andere tun oder tun wollen und auch nur vorgeben zu tun (sicher auch noch kein Verbund).
5. Stufe 4: Man einigt sich auf das, was theoretisch sein sollte. Man schreibt es auf und will sich in Zukunft daran halten, z.B. die Verträge der Modellregionen mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE (evtl. der Beginn eines Verbundes).
6. Stufe 5: Man kontrolliert, wo Theorie und Praxis voneinander abweichen und vereinbart, wie auf solche Abweichungen reagiert werden soll (gegenseitige Beratung, kollegiale Unterstützung, Schlichtung bei fortbestehender unterschiedlicher Sichtweise).
7. Stufe 6: Man bildet eine vertragsfähige juristische Person – einen Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Hinweise auf dem Weg zum Gemeindepsychiatrischen Verbund

Wie andere Verbünde – z.B. die Ehe – ist auch der Gemeindepsychiatrische Verbund nie zweckfrei. Er braucht Anlässe, Aufgaben und Ziele. Wer mit anderen einen GPV bilden will oder sogar soll, muss sich mit seinen Partnern auf gemeinsame Ziele einigen. Nichts ist schlimmer als ein formaler Verbund, in dem jeder der Beteiligten andere Interessen verfolgt oder – um es auf die Spitze zu treiben – seine tatsächlichen Ziele im Unklaren lässt und sich dann darüber beschwert, dass es nicht vorwärts ginge. Auf eindeutige Aufgabenstellungen und Zuständigkeiten zu achten – das verhindert später viel Ärger!

Ein GPV bildet sich nicht erst mit dem Trocknen der Tinte unter einem Vertragswerk. Das »Vorspiel« vor der Ehe – und das »Vorspiel« vor einem GPV ist unverzichtbar. Wer sich binden will oder gar soll, muss den anderen vorher kennen lernen, diskutieren, auch mal streiten, Gemeinsamkeiten feststellen und Kooperationsversuche unternehmen. Dabei sind Maximalforderungen zu vermeiden! Visionen sind zwar wichtig – sie dürfen aber das heute bereits Machbare nicht verhindern:

- Alle oder keiner, alles oder nichts – als Widerstand begreifen.
- Im Gleichschritt marschieren heißt, der Langsamste bestimmt das Tempo. Das muss so nicht sein, jeder bestimmt seinen Beitrag zum GPV selbst. Einige sind halt etwas besser, schneller, weiter – warum eigentlich nicht?

Ein GPV muss sich für alle Beteiligten »lohnend« für Aufgaben und Ziele, die sich durch Kommunikation und Kooperation auf der Mitarbeiter- und Trägerebene lösen lassen, braucht man keinen aufwändigen Verbund. Der mit einem GPV verbundene materielle und zeitliche Aufwand, sowie die Aufgabe von Macht und Autonomie eines einzelnen Trägers muss zur Erreichung der vereinbarten Aufgaben und Ziele notwendig sein.

Das Schwierigste aber ist – gemeinsame Verantwortung im Verbund lässt sich nicht realisieren ohne den Einfluss auf den oder die anderen und umgekehrt. »Wasch mir den Pelz – aber mache mich nicht nass!« – das ist unrealistisch. Widerspruch und kritische Nachfragen werden umso treffsicherer und damit umso schmerzhafter, umso besser ein GPV funktioniert. Diese Schmerzen nicht als Ein-

mischung und Kompetenzüberschreitung, sondern als einen Beitrag auf der Suche nach dem besten Weg zu begreifen, das fällt uns allen zugegebenermaßen schwer. Besser man bildet sich nicht erst eine feste abschließende Meinung – von der man später nur schwer abrücken kann –, sondern man plant von Anfang an gemeinsam.

Die Forderung nach Pflichtversorgung und Aufnahmeverpflichtung betrifft den Gemeindepsychiatrischen Verbund in seiner Gesamtheit und nicht einzelne Träger oder gar Einrichtungen – das kann entlastend wirken. Ein Verbund bietet auch Schutz vor »Anderen«. Wenn eine GPV Pflichtversorgung für »Alle und Alles« heißt, dann kann kein neuer Anbieter in den Markt drängen, ohne die vereinbarten Qualitätsstandards und eine regionale Steuerungsfunktion zu akzeptieren.

Und zuletzt – sollten die Erfolge ausbleiben, muss auch ein auf Dauer angelegter Vertrag eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes modifizierbar und ggf. auch kündbar sein.

Erst wenn die Aufgaben und Ziele, die einen GPV unverzichtbar machen, beschrieben und akzeptiert sind, stellen sich die Fragen der Umsetzung:

- Wer soll Mitglied werden und wer nicht?
- Welches ist die beste Form der inneren Organisation?, und
- Wie soll die Außenvertretung des GPV rechtlich gestaltet werden?

Zur Klärung dieser Fragen sollen die folgenden Impulsreferate und vor allem die Diskussionen im Plenum dienen:

- *Peter Mroczynski*: Rechtsfragen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds
- *Sabine Mayer-Dölle*: Kommunale Verantwortung bei der Durchsetzung von Qualitätsstandards im Gemeindepsychiatrischen Verbund
- *Sabine Gnannt-Kroner*: Das Gemeindepsychiatrische Zentrum als Mittelpunkt des Gemeindepsychiatrischen Verbunds im Bundessektors

Rechtsfragen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds

Peter Mroczynski

Im Grunde gibt es vier zentrale, aber deutlich voneinander zu unterscheidende Regelungskomplexe, welche die Arbeit des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) beeinflussen. Gleichsam dem sozialen Leistungssystem vorgelagert ist die Frage der Verfassung des GPV. In der Praxis hat sich zumeist die Form des Vereins durchgesetzt. Somit sind viele Fragen des GPV aus dem Mitgliedschaftsrecht zu klären. Da Vereinsgründung und Vereinsverfassung relativ frei sind, kann eine Reihe von praktisch wichtigen Fragen schon durch die Vereinssatzung vorgeprägt sein. Hier ergibt sich dann, mit welchen Mehrheiten zu entscheiden ist, in welchem Umfang es einen Minderheitenschutz gibt, welches die Organe des GPV sind, wer ihn nach außen vertritt usw. Auf diese Fragen hat man sich bisher wenig konzentriert. Folge ist, dass die meisten Verbünde kaum mehr als eine rechtlich wenig verpflichtende Kooperationsplattform darstellen.

Gelegentlich werden in der Praxis auch arbeitsrechtliche Fragen aufgeworfen. Sie sind aber im Grunde geklärt. Soweit Mitarbeiter der beteiligten Leistungserbringer für andere Mitglieder des GPV tätig werden, wird man an die arbeitsrechtlichen Grundsätze anknüpfen können, die für Arbeitsgemeinschaften entwickelt wurden.

Mit Mittelpunkt der Arbeit des GPV steht das Sozialrecht. Da ist zum einen das eindeutig öffentlich-rechtliche System, das die Ansprüche auf Sozialleistungen regelt. Es wird maßgeblich von der Stellung der Sozialleistungsträger bestimmt. Insoweit herrscht eine weitgehende rechtliche Klarheit – eine Klarheit allerdings, die für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung nicht immer hilfreich ist, weil die für den GPV so wichtige Integration sehr unterschiedlicher Sozialleistungen und eine darauf aufbauende Vergütung im gegliederten System des Sozialrechts praktisch nicht möglich ist (vgl. § 6 Abs. 2 SGB IX).

In zweiter Hinsicht ist von Bedeutung die Erbringung eben dieser Sozialleistungen. Hier ist inzwischen alles im Fluss. Es ist nicht klar, ob das System öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisiert ist. Man wird wohl sagen müssen, es ist teils so teils so (vgl.

§ 69 SGB V). Dort, wo es privatrechtlich organisiert ist, ist wiederum zweifelhaft, welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind. Nur auf diesen zweiten Aspekt will ich eingehen.

Wohl wissend, dass man zu dieser Frage zurzeit fast jede Meinung vertreten kann, bin ich der Auffassung, dass der GPV selbst in privatrechtlicher Form organisiert ist (Verein oder GmbH). Fraglich ist aber, ob er auch in eine privatrechtliche Beziehung zu den Leistungsträgern tritt. Das betrifft vor allem das Verhältnis zu den Sozialhilfeträgern, aber auch zu den Krankenkassen. Die rechtliche Schwierigkeit besteht u. a. darin, dass der GPV kein im SGB V oder BSHG genannter Leistungserbringer ist. Genannt sind in diesen Gesetzen nur einzelne seiner Mitglieder. Diese treten mit den zu meist öffentlich-rechtlichen Bindungen, die sich aus dem Leistungserbringungsrecht der Krankenversicherung oder der Sozialhilfe ergeben, in den gemeindepsychiatrischen Verbund ein. Das bedeutet aber auch, dass der Verbund als solcher gegenüber den Leistungsträgern kaum eine eigenständige rechtliche Bedeutung hat. Damit organisiert der GPV im Wesentlichen die Leistungserbringer untereinander innerhalb eines bestimmten Versorgungsgebiets.

Wenn der GPV im Wesentlichen auf privatrechtlicher Ebene tätig wird, dann ist auf ihn auch das Wettbewerbsrecht anwendbar. Anwendbar heißt aber nur, dass die Normen des GWB geprüft werden müssen. Das Ergebnis, also ob etwa bei der Nichtberücksichtigung eines Leistungserbringers durch einen Leistungsträger, ein Missbrauch wirtschaftlicher Macht vorliegt (§ 19 GWB), steht damit noch nicht fest. Im Regelfall ist diese Frage zu verneinen, weil sich die sachliche Zuständigkeit der Sozialhilfeträger auf eine zu kleine Region erstreckt, als dass die Anbieter von Leistungen nennenswert in ihrer wirtschaftlichen Aktivität eingeschränkt wären. Bei den Krankenkassen wird man angesichts ihrer enormen Bedeutung die Frage der wirtschaftlichen Macht aber anders beurteilen müssen. Hier allerdings ist das Vertragssystem öffentlich-rechtlich (§ 69 SGB V). Nach herrschender – aber m. E. unzutreffender Auffassung – ist hierauf das Wettbewerbsrecht nicht anwendbar. Entscheidend ist nur, ob eine »Marktreinnahme« erfolgt.

Der GPV selbst könnte immerhin im Verhältnis zu den Konkurrenten auf dem Versorgungsmarkt ein Kartell im Sinne des § 1 GWB darstellen. Ohne dies jetzt näher zu begründen, würde ich das verneinen, weil der GWB nur in einem relativ kleinen Raum tätig wird.

Interessierte Anbieter sind also nicht unbedingt auf einen konkreten GPV angewiesen. Unter dem Blickwinkel der räumlichen Marktabgrenzung ist das Versorgungsgebiet des GPV also zu klein, als sich innerhalb dessen eine wirtschaftliche Machtposition ergeben könnte.¹ [1]

Eine ganz andere Frage ist aber diejenige, ob das Vergaberecht der §§ 97 ff. GWB Anwendung findet. Dies hängt nicht von einer marktbeherrschenden Stellung ab, sondern davon, ob ein öffentlicher Auftrag vergeben wird. Handelt auf der einen Seite ein Sozialleistungsträger oder schließen sich sogar mehrere zusammen, um einem GPV, bzw. seinen Mitgliedern, einen Auftrag zu erteilen, dann sind die Vergabegrundsätze zu beachten. Die in Deutschland immer noch verbreitete Formel allein von der Ausschreibungspflicht ist längst überholt, weil sie dem unter dem Einfluss der EU entstandenen Vergaberecht nicht Rechnung trägt. Aber es ist symptomatisch für das deutsche Rechtsverständnis, dass man sich von der überkommenen Formel nicht lösen kann. Keinen Einfluss auf die Anwendbarkeit des Vergaberechts hat die Frage, ob ein Auftrag nach den Regeln des öffentlichen oder des Privatrechts abgewickelt wird.

Bedeutung für den GPV

Das Vergaberecht orientiert sich an dem Grundsatz des unverfälschten Wettbewerbs, nach Maßgabe des § 97 Abs. 4 GWB. Damit ist vor allem die Chancengleichheit aller Marktreinnehmer gemeint. Allerdings können an die Leistungsanbieter andere oder weitergehende Anforderungen« dann gestellt werden, wenn sich dies aus einem Bundes- oder Landesgesetz ergibt.

Wenn ein Sozialleistungsträger mit einem GPV bzw. mit seinen Mitgliedern kooperiert, so stellt er in vieler Hinsicht besondere Anforderungen an die Leistungsanbieter. Sie sind wettbewerbsrechtlich jedenfalls dann zulässig, wenn sie sich aus einer gesetzlichen Regelung ableiten lassen.

Solche sind:

■ *Aufnahmeverpflichtung*

Hierzu besteht bereits eine Regelung in § 93 a Abs. 1 BSHG. Sie umfasst auch eine höhere Vergütung, wenn höhere Vorhal-

1 Mrozynski P. 2002: 252.

kosten entstehen. Das ist im Rahmen der Vergütungsvereinbarung nach § 93 Abs. 2 BSHG zu klären. Im Ergebnis kann also ein Sozialhilfeträger den Abschluss einer Vereinbarung davon abhängig machen, dass eine entsprechende Bereitschaft besteht.

■ *Hilfplanung*

Auch hierzu bestehen gesetzliche Regelungen (§§ 10 SGB IX, 46 BSHG).

■ *Qualitätssicherung*

Darin ist eine der wichtigen Aufgaben zu sehen. Auch hierzu gibt es eine gesetzliche Regelung. Die Verträge mit den Leistungserbringern müssen auch Vereinbarungen über die Qualitätsanforderungen enthalten (§§ 21 Abs. 1 Ziffer 1 SGB IX; 93 Abs. 2 Ziffer 1 BSHG). Für die GPV ist m. E. dabei wichtig, dass die Grundnorm zur Qualitätssicherung, nämlich § 20 Abs. 2 SGB IX verlangt, dass die Erbringer von Leistungen ein Qualitätsmanagement sicherstellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die »Qualität der Versorgung« gewährleistet.

Aus dieser Formulierung ist abzuleiten, dass nicht nur der einzelne Leistungserbringer in seiner Person bestimmte Qualitätskriterien erfüllen muss, dies ist vielmehr auch für die gesamte Versorgung vor Ort zu verlangen. Damit lässt sich der *GPV als Qualitätsverbund* etablieren. Das wird auch durch eine ältere Rechtsprechung des BSG unterstrichen, in dem die gemeinsame Verantwortung der Rehabilitationsträger für die Zielerreichung in der Rehabilitation betont wird.² Diese Verantwortung können sie oft nur in der Weise wahrnehmen, dass sie die Leistungserbringer auf ein abgestimmtes Versorgungskonzept verpflichten. Da die Regelung des § 20 SGB IX aber zumindest sprachlich nicht so eindeutig ist, wäre eine Klarstellung bei einer Überarbeitung des SGB IX wünschenswert.

Ein wichtiges Problem des GPV ist bisher nicht gelöst und im geltenden Recht auch nicht lösbar. Es ist nämlich festzustellen, dass die Sozialleistungsträger, insbesondere die Krankenkassen auf der Basis ihres Leistungserbringungsrechts immer nur mit bestimmten, jedenfalls einzeln im Gesetz genannten Leistungserbringern Verein-

barungen abschließen (§§ 124 ff. SGB V). Es besteht nicht die Befugnis, die Leistungserbringer zu einem Verbund zusammenzufassen. Man kann lediglich aufeinander abgestimmte Einzelverträge schließen. Zwar können sich die Leistungserbringer ihrerseits freiwillig zusammenschließen; sie bleiben aber als Einzelne Vertragspartner der Krankenkassen. Im Grunde ist dies genauso bei den Sozialhilfeträgern, wenn auch im Sozialhilferecht das Vertragssystem der Leistungserbringung nicht so durchnormiert ist wie in der Krankenversicherung. Deswegen wird man es als zulässig erachten müssen, dass mehrere Leistungserbringer als Vertragspartner des Sozialhilfeträgers im Verbund auftreten und eine ergänzende Koordinationsvereinbarung zu den §§ 93 ff. BSHG schließen. Die §§ 93 ff. BSHG dürfen nicht verletzt aber im Sinne einer Kooperation ergänzt werden. Damit wird man zwar sagen können, dass es keine werbewerbsrechtlichen Argumente dagegen gibt, einen Leistungserbringer von einem GPV auszuschließen. Er kann aber nicht daran gehindert werden, innerhalb eines Versorgungsgebietes tätig zu werden. Die Beteiligung an einem GPV bleibt damit im Grunde freiwillig. Im Rahmen von mitgliedschaftsrechtlichen Vereinbarungen (Vereinssatzungen) können die Mitglieder allerdings zugunsten einer koordinierten Leistungserbringung auf eigene Rechte verzichten.

Wer wegen der zum Teil öffentlich-rechtlichen Struktur der Versorgung das Wettbewerbsrecht auf das Rechtsverhältnis der Leistungsträger zu den Leistungserbringern nicht angewendet wissen will, gelangt im Grunde zu dem gleichen Ergebnis. Auf jeden Fall ist nämlich die Berufsausübungsfreiheit der Leistungsanbieter zu beachten. Auch diese unterliegt aber den Einschränkungen, die sich aus einer qualitativ hochstehenden Versorgung ergeben. Aus der Rechtsprechung des BVerfG ist für diese Frage abzuleiten, dass den Leistungserbringern die Möglichkeit gegeben werden muss, sich auf die geänderten Qualifikationsanforderungen einzustellen.³

Sinnvoll wäre eine gesetzliche Regelung im SGB IX, wonach die Leistungsträger Verträge über die Leistungserbringung auch mit Leistungserbringern schließen können, die sich in einer bestimmten Rechtsform (Verein oder GmbH) zusammengeschlossen haben. Der praktische Vorteil bestünde darin, dass bereits in dieser Vereinbarung alle Koordinationsfragen abgeklärt werden könnten. Offen

² BSG 74 S. 244.

³ BverfG 98, S. 265.

bleibt aber auch hier die leistungsrechtliche Vorfrage, dass es nach geltendem Recht nicht möglich ist, unterschiedliche Sozialleistungsträger, also etwa solche der Krankenversicherung und der Sozialhilfe zu einer integrierten Versorgung in Form einer Komplexleistung zusammenzufassen.

Literatur

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

Kommunale Verantwortung bei der Durchsetzung von Qualitätsstandards im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Sabine Mayer-Dölle

Der personenzentrierte Hilfeansatz als Ausgangslage

Die Grundlage für die Zielrichtung und Aufgabenstellung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) ist der *Personenzentrierte Hilfeansatz* (entwickelt vom Arbeitskreis Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 1992–1996).

Darin wird beschrieben der Paradigmenwechsel

- vom einrichtungs- zum personenzentrierten Ansatz,
- vom angebots- zum bedarfsorientierten Ansatz.

Der Landkreis Reutlingen sieht sich in der Verantwortung für qualitativ gute und bedarfsgerechte Hilfeleistungen für seine psychisch kranken Bürger. Er wirkt verantwortlich an der Umsetzung der genannten Empfehlungen mit.

Personenzentrierte Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Die *IST-Situation* stellt sich folgendermaßen dar: Bei der Koordination der Hilfe- und Dienstleistungen auf der Ebene von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungsanbietern

- steht der Klient/die Klientin als Objekt im Zentrum,
- betrachten sämtliche Anbieter von Leistungen den Klient/die Klientin und dessen/deren Bedürfnisse aus der eigenen Expertenperspektive und bestimmen den möglichen Beitrag zur Hilfeleistung,
- achten die koordinierende Bezugsperson oder der/die Klient/Klientin darauf, dass die Hilfe den Bedürfnissen entspricht.

Kritische Erfolgsfaktoren *sind dabei:*

- Machtkampf von Einrichtungen, um den Bestand zu erhalten bzw. zu erweitern.
- Die Einrichtung und ihre Interessen stehen im Vordergrund und nicht der Klient.

- Hilfen und Fürsorge werden primär zu einer Angelegenheit professioneller Kräfte.
- Die Ressourcenorientierung hat Nachrang, z.B. familiäres Netzwerk, bürgerschaftliches Engagement, soziale Infrastruktur im Sozialraum und angemessene *nicht* professionelle Angebote.

Die *Soll Situation* ist wie folgt charakterisiert: Bei der Koordination der Hilfen und Dienstleistungen auf der Ebene der Klienten/Klientinnen

- ist der Klient/die Klientin Subjekt der Hilfe,
- wird der Klient/die Klientin als handelnde Person betrachtet; und
- orientieren sich die Hilfen an den Bedürfnissen und Ressourcen des/der Klienten/Klientin.

Dies entspricht auch dem SGB IX, z.B. § 9 »Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten« durch beispielsweise der Inanspruchnahme eines *persönlichen Budgets*.

Aufgaben personenzentrierter Hilfe im GPV sind dabei insbesondere:

- Flexible Hilfen, die sich den häufigen Veränderungen des Hilfebedarfs anpassen
- Therapeutische Beziehungskontinuität, auch bei verändertem Hilfebedarf
- Eigener Wohnraum ist Ausgangspunkt von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung
- Bedarfsgerechte Komplexeleistungen (Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung)

Der Gemeindepsychiatrische Verbund

Die Ziele und die Umsetzung des GPV orientieren sich am personenzentrierten Hilfeansatz.

1. Strategische Ebene

Dazu gehört die Übernahme von *Integrations- und Versorgungsverpflichtung* für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einem Stadt- und Landkreis. Die verbindliche Regelung des Umgangs mit Personen aus anderen Stadt- und Landkreisen. Beteiligte:

- Politik (Die politische Legitimation erfolgt durch Beschluss des Kreistags bzw. des Gemeinderats.)
- Kostenträger (örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, Rehabilitations-Träger, etc.)
- Gesundheitsamt
- Sozialpsychiatrische Dienste
- ambulante, teilstationäre, stationäre Träger von Einrichtungen

2. Operative Ebene 1 – Gemeindepsychiatrischer Verbund

- niedergelassene Ärzte
- Im Versorgungsbereich sind Behandlung und Hilfen sicherzustellen, die sich personenzentriert an den Bedürfnissen der Menschen orientieren
- Auswertung der Hilfeplanverfahren hinsichtlich
 - Hilfebedarf und tatsächliche Angebotsstruktur
 - Veränderungsbedarf in der Angebotsstruktur
- Ressourcenorientierung (Einzelfall, Sozialraum, bürgerschaftliches Engagement) hat Vorrang vor professionellen Hilfen

- Verbindliche Kooperationsstrukturen für Komplexeleistungen müssen geschaffen und ausgebaut werden

3. Operative Ebene 2 – Hilfeplankonferenz

- Ob es gelingt die Strategische Ebene und die Operative Ebene 1 – Gemeindepsychiatrischer Verbund – im Sinne des personenzentrierten Ansatzes umzusetzen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln ist maßgeblich abhängig von
 - der *Hilfeplanung* (Diagnose, integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan, aktive Einbeziehung der Klienten/Klientinnen)
 - der *Lebensschulorientierung* der Klientinnen und Klienten
 - der unabhängigen Rolle der koordinierenden Bezugsperson
 - der Sozialraum- und/oder der Gemeinwesenorientierung
 - Realisierung von Ressourcenorientierung, Nutzen von bürgerschaftlichem Engagement
 - Einbindung des Kostenträgers in die Entscheidung
 - Transfer der *Erfahrungen und des Veränderungsbedarfs* auf die Planungsebene (Politik GPV)

Ein zur Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes wichtiges Instrument stellt das persönliche Budget dar, § 9 SGB IX.

Vernetzung der Psychiatrieplanung

Bei der Planung sind insbesondere folgende Schnittstellen zu beachten:

- Hilfen für behinderte Menschen
- Hilfen für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche
- Hilfen für Suchtkranke
- Hilfen für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen

Erläuterungen zum Statement

Folgende Struktur sollte in Stadt- und Landkreisen die Basis sein für *Planung, Organisation und Steuerung* sozialer Dienstleistungen von der Geburt bis zum Tod:

1. *Einzelfallhilfe*
 - Diagnose
 - Beratung
 - personenzentrierte Hilfeplanung in Verbindung mit Case-management
 - Partizipation
2. *Berichtswesen/Controlling*

Analyse, Bewertung, Steuerung auf den Ebenen der Leistungserbringung und des Budgets
3. *Gemeindepsychiatrischer Verbund*
 - Pflichtversorgungsanspruch in einem Stadt-/Landkreis
 - Kritische Erfolgsfaktoren
 - Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts
 - Vermeidung eines Kartells durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Anbieter
4. *Planungsprozess*
 - Berichtswesen/Controlling sind das *Kommunikationsinstrument* zwischen der strategischen Ebene (Führung/Leitung) und der operativen Ebene (Mitarbeiter/innen)
 - der Planungsprozess ist keine Einbahnstraße, er ist »bottom up« und »top down« zu gestalten
 - Je nach den Strukturen in den verschiedenen Bundesländern, stellt die Trennung zwischen der Zuständigkeit von örtli-

chen und überörtlichen Trägern ein Hindernis dar. Hindernisse ergeben sich insbesondere bei einer innovativen Hilfegestaltung als Gegenpol zu den klassischen institutionalisierten Hilfen.

5. Stichpunkte

- Personenzentrierte, gemeinwesenorientierte Hilfegestaltung
- Regionale Versorgungsverantwortung
- *nicht* psychiatrische Hilfen *vor* psychiatrischen Hilfen
- ambulante *vor* stationären Hilfen
- Einführung des »Persönlichen Budgets«
- Leistungsmix – eigene Ressourcen, Leistungen von Angehörigen/Ehrenamt, sonstige Hilfen, professionelle Hilfen
- Spannungsverhältnis der Interessen von
 - ☐ Leistungsnehmern
 - ☐ Leistungsträgern
 - ☐ Leistungsanbietern

Grundprinzipien sind

- partnerschaftlicher Umgang,
- Transparenz,
- klare Formulierung der Ziele und ggf. der unterschiedlichen Interessen,
- objektive, gemeinsame Kommunikationsgrundlage in Form eines Berichtswesens/Controllings

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum als Mittelpunkt des Gemeindepsychiatrischen Verbunds im Bodenseekreis

Sabine Gnannt-Kroner

Die Versorgungsregion Bodenseekreis und Landkreis Ravensburg in Baden-Württemberg

Die beiden Landkreise beteiligen sich als eine Versorgungsregion am Modellprojekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg«. Das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Die Weissenau ist Pflichtversorgungs-
krankenhaus (Sektorpsychiatrie) für die beiden Landkreise.

In der Versorgungsregion leben insgesamt 467 190 Einwohner, davon 199 286 Einwohner im Bodenseekreis und 267 904 Einwohner im Landkreis Ravensburg.

In der Versorgungsregion gibt es 135 stationäre Krankenhausbetten in der Sektorpsychiatrie. Von den 30 teilstationären Betten befinden sich zehn in Trägerschaft des Zentrums für Psychiatrie Weissenau und 20 in Trägerschaft der Arkade-Pauline 13 gGmbH. Ferner existieren in der Versorgungsregion zehn stationäre Betten zur medizinischen Rehabilitation (RPK-Plätze).

Die Versorgungsregion umfasst zwei Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV). Zum einen den GPV im Bodenseekreis, zum anderen im Landkreis Ravensburg.

Hilfeplankonferenzen

Im Bodenseekreis findet einmal monatlich für 1,5 Stunden im Landratsamt in Friedrichshafen die Hilfeplankonferenz statt.

Im Landkreis Ravensburg findet im Landkreis Ravensburg-Ost einmal monatlich für 1,5 Stunden in Wangen und im Landkreis Ravensburg-West einmal monatlich für zwei Stunden in Ravensburg (ständig vertreten sind die Abteilungen Forensische Psychiatrie und Sucht des ZfP Weissenau) die Hilfeplankonferenz statt.

Die Hilfeplankonferenzen werden in den beiden Landkreisen jeweils von dem Psychiatriekoordinator bzw. der Psychiatriekoordinatorin moderiert.

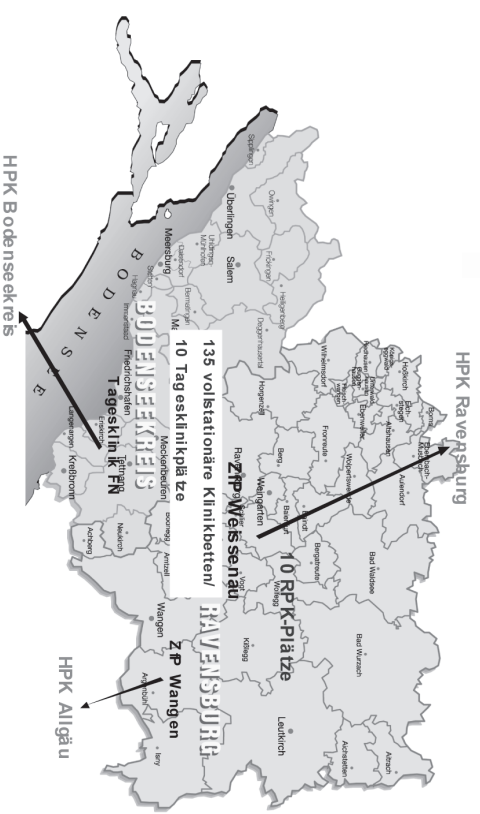


Abb. 1: Versorgungsregion Bodenseekreis und Landkreis Ravensburg

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum gGmbH als Mittelpunkt des GPV im Bodenseekreis

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum im Bodenseekreis stellt insofern eine Besonderheit dar, als dass sich darin nicht nur die Träger psychiatrischer Einrichtungen zusammenschlossen haben, sondern auf der Grundlage eines Gesellschaftervertrages sowohl die Stadt Friedrichshafen als auch der Landkreis beteiligt sind. Ein analoges Projekt wurde in Überlingen geschaffen.

Unter einem Dach, im Zentrum von Friedrichshafen, entsteht ein Versorgungsnetzwerk, indem sowohl *Beschäftigung* als auch *Beurteilung, Betreuung, Behandlung* und *Pflege* als Dienstleistungen angeboten werden.

- Auf insgesamt vier Etagen verteilen sich:
- *60 WfbM-Plätze*, Plätze für *ambulante Ergotherapie*
 - *Tagesstätte* mit niederschwelligem Arbeitsangebot
 - *Büros* aller an der Versorgung beteiligter Einrichtungen und Dienste:
 - Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi),
 - Ambulant Betreutes Wohnen (ABW), Integrationsfachdienst

(IFD), Psychiatrischer Pflegedienst Pauline, Pflegeheim Zentrum für Psychiatrie Weissenau

- *Bistro mit Laden.*



Abb. 2: Das Gemeindepsychiatrische Zentrum im Bodenseekreis

Die Leistungsverbünde im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Drei Vertragswerke (Kooperationsverträge) bilden die Grundlagen der Gemeindepsychiatrischen Verbünde in der Versorgungsregion:

1. Werkstättenverbund Bodensee-Oberschwaben (Bereich Arbeit)
Der Werkstättenverbund regelt die gemeinsame Auftrags- und Belegungssteuerung, weiterhin die Kooperation mit dem Integrationsfachdienst mit dem Ziel der Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt. In Planung ist eine Integrationsfirma.

2. Psychiatrischer Wohnverbund (Bereich Wohnen)

Der Kooperationsvertrag regelt das Zusammenwirken aller an der Wohnversorgung beteiligter Träger und des ZfP Die Weissenau. Als Postulate wurden die regionale Pflichtversorgung für alle psychisch kranken BürgerInnen der beiden Landkreise, unabhängig von der Schwere der Erkrankung und die zeitnahe Versorgung in den Vertrag aufgenommen.

Der Prozess der Dezentralisierung von stationären Pflegebetten schreitet voran. Im Frühjahr des Jahres verlagerte das Pflegeheim des ZfP Weissenau 20 Betten von Ravensburg nach Friedrichshafen in verschiedene Wohngruppen. Der Wohnverbund Reichshausen in verschiedene Wohngruppen. Der Wohnverbund Reichshausen in verschiedene Wohngruppen. Der Wohnverbund Reichshausen in verschiedene Wohngruppen.

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum als Mittelpunkt des Gemeindepsychiatrischen Verbunds im Bodenseekreis

senhof (Gustav-Werner-Stiftung zum Bruderhaus) folgt dieser Entwicklung.

3. Ambulante Versorgung (APD – Ambulante Psychiatrische Dienste)

Ziel des Kooperationsvertrages ist ein »integriertes Leistungsangebot im Sinne einer regionalen Ambulanz Allgemeinpsychiatrie« in den vier Sektoren der Region.

- SPDi und Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V¹
- PIA (Psychiatrische Institutsambulanz)
- APP (Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst)
- ABW (Ambulant Betreutes Wohnen).

Laut Vertrag verpflichten sich die Träger, die jeweiligen Vollkräfteanteile ihrer Dienste in gemeinsame Teams einzubringen.

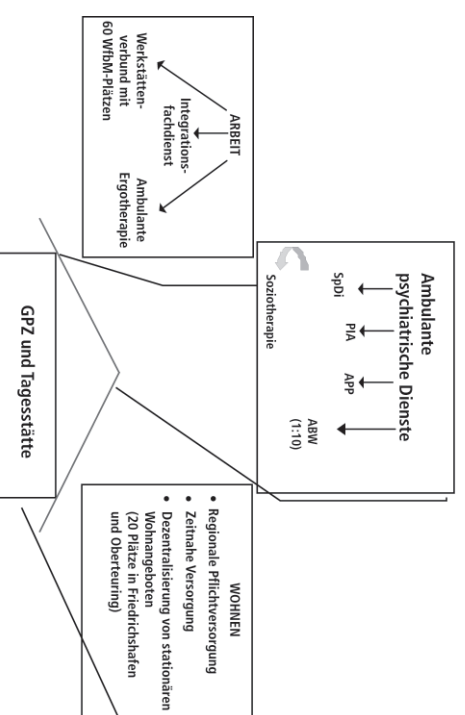


Abb. 3: Die Leistungsverbünde

- 1 Dem Sozialpsychiatrischen Dienst sind in Baden-Württemberg keine hohetlichen Aufgaben zugeschrieben; er hat die Funktion eines niederschwelligen Betreuungsangebotes. Spürbar sind die Kürzungen bezüglich der Landesmittel seit 01/2003. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind befugt, Soziotherapie entsprechend den Richtlinien durchzuführen. Finanziert wird Soziotherapie über die Krankenkassen. Soziotherapie darf nur von bestimmten Berufsgruppen ausgeübt werden.

Die Leistungsverbünde und das GPZ decken alle sozialpsychiatrischen Hilfen für psychisch kranke Menschen ab. Der Ansatz ist personenzentriert und lebensfeldbezogen.

Weiteres Ziel im Verbund ist die Flexibilisierung der Hilfen (Komplexleistungsangebote im Lebensfeld der KlientenInnen).

Die Erfahrungen in der Region zeigen auf, wie wichtig das »Miteinander aller Beteiligten« ist. Die gelebte gemeinsame Verantwortung ermöglicht erst den Gemeindepsychiatrischen Verbund!

Teilhabe am Arbeitsleben

Einführung

Karl-Ernst Brill, Niels Pörksen

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat in dem Zeitraum vom Mai 2000 bis April 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit das Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker« durchgeführt, bei dem der Schwerpunkt auf Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben lag. Auf der Grundlage von Erkenntnissen aus der Bestandsaufnahme, von Regionalhebungen und Expertengesprächen haben wir Leitlinien entwickelt, in denen die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere auch für schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen als vorrangiges Ziel beschrieben und Qualitätskriterien für die personenbezogene Ausgestaltung von Hilfen und den Zugang zu Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten benannt wurden.

Danach sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben frühzeitig zu ermöglichen (nicht erst »teuer ausgliedern und dann wieder teuer eingliedern«), der Zugang zu Hilfen muss barrierefrei und niedrigschwellig möglich sein, und es muss die Möglichkeit zur flexiblen Anpassung von Hilfen bei einem wechselnden Hilfebedarf möglich sein. Zu den Kernforderungen gehört dabei, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung wohnortnah eine ihren Leistungsvermögen und ihren Neigungen entsprechende Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben finden können, denn: Die Teilhabe am Arbeitsleben ist für die Erzielung eines Einkommens, für die soziale Anerkennung und das Selbstwertgefühl sowie für eine sinnvolle Tagesstruktur von zentraler Bedeutung. Ausschluss vom Arbeitsleben und erzwungene Untätigkeit führen zu psychischen Belastungen und bei langer Dauer zu zusätzlichen Störungen mit weitergehendem Hilfebedarf.

Eine eingehende Vorstellung und Diskussion der Leitlinien stand im Mai 2002 im Mittelpunkt der Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE zum Thema »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Be-

schäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen». Die Beiträge und Ergebnisse dieser Tagung sind zwischenzeitlich in der Reihe der Tagungsbände der AKTION PSYCHISCH KRAKE als Band 29 veröffentlicht worden, der auch die Leitlinien enthält.

Im Rahmen des heutigen Symposium können wir diese Leitlinien und die Frage, wie sich die darin enthaltenen Anforderungen und Ziele umsetzen lassen, nur schlaglichtartig betrachten und diskutieren. Um dabei gleichwohl einen »Querschnitt« zu erhalten, erfolgt in den nachfolgenden Beiträgen eine Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven:

Im ersten Beitrag von *Matthias Heßler* und *Carmen Mucha* geht es um die Perspektive der Akut-Versorgung. Dabei geht es nicht nur um die Verantwortung der Klinik als eines der Angebote der psychiatrischen Primärversorgung für eine systematische arbeitsdiagnostische Abklärung, sondern vor allem auch über die Möglichkeiten und Wege zur Integration in Arbeit und Beschäftigung mithilfe der Ergotherapie als einer Leistung der Krankenbehandlung.

Im zweiten Beitrag geht es um Perspektiven der Weiterentwicklung aus Sicht des besonderen Arbeitsmarktes: *Norbert van Eickels* zeigt auf, dass das Bemühen um eine personenbezogene Flexibilisierung der Angebote in Werkstätten für behinderte Menschen nicht eine Zukunftsvision ist, sondern bereits begonnen hat.

Im dritten Beitrag von *Arnd Schewndy* geht es schließlich um eine Erweiterung des Blickfeldes über den Tellerrand des psychiatrischen Hilfesystems hinaus, in dem er die Frage der engeren Verknüpfung des psychiatrischen Bereichs mit dem der beruflichen Förderung und Eingliederung aufwirft und die Bedeutung eines großen und leistungsfähigen öffentlich geförderten Beschäftigungsbereichs für die Zukunft des Sozialstaats herausstellt.

Arbeit und Zuverdienst auf der Basis von Ergotherapie als Eckstein kommunaler Psychiatrie

Matthias Heßler, Carmen Mucha

Die psychiatrische Abteilung am Johanniter Krankenhaus Geesthacht hat seit 1997 die Pflichtversorgung für den Kreis Herzogtum-Lauenburg übernommen. Dafür stehen der Abteilung 50 stationäre Betten in Geesthacht und 15 bzw. 16 teilstationäre Plätze in Schwarzenbek und Mölln einschließlich Institutsambulanz zur Verfügung. Bei mittlerweile 185 000 Einwohnern ergibt sich daraus eine Bettenmessziffer von 0,27 Betten pro 1000 Einwohner für den stationären Bereich.

In der Bundesrepublik sind Bettenmessziffern zwischen 0,4–0,8 Betten pro 1000 Einwohner [1, 2] üblich (also: mindestens 93 statt 50 Betten). Damit verfügen wir im Kreis Herzogtum Lauenburg über weit weniger stationäre Betten als bundesweit für die Versorgung eines Standardversorgungsgebietes für nötig gehalten werden.

Um trotz dieser niedrigen Bettenmessziffer die Versorgung psychisch Kranker im Kreis sicherzustellen, haben wir die Abteilung nach Kriterien, die Betten sparen, aber die Behandlung sicherstellen, ausgerichtet. Dazu zählt ein ressourcenorientiertes Konzept, das sich am Alltag der Patienten ausrichtet (z.B. Küchentherapie, Großküche wurde abgeschafft), das Konzept der offenen Psychiatrie (Werner W, Krisor M), die strukturelle Verzahnung des stationären, teilstationären und ambulanten Bereiches (integrierte Institutsambulanz) mit fließenden Übergängen über die Schnittstellen hinweg, der Ausbau eines vernetzten ambulanten und (teil-)stationären dezentralen Systems (z.B. zwei dezentrale Tageskliniken) einhergehend mit der Sektorisierung der drei Stationen, u.a. Die Be-Handlungen werden dabei an den subjektiven Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie/seiner Lebenswelt ausgerichtet (Motto: »Wir behandeln Menschen und keine Diagnosen«, personenzentrierter Ansatz).

Als Besonderheit wurde »Immobilienentherapie« übernommen (Boerma R). Nach der Devise »Erst platzieren, dann rehabilitieren« wird für besonders ängstliche, vulnerable Patienten aller Diagnosegruppen als erster Schritt eine geeignete Wohnung gesucht und im Zweiten ein an den Patienten angepasstes flexibles Betreuungsnetz

aufgebaut (genutzt). Diese Vorgehen hat sich auch für Ergotherapie bewährt:

Ergotherapeutische Praxis befindet sich in einem rasanten Wandel. Die bisher übliche Praxis von Ergotherapieangeboten im Kontext einer Institution (psychiatrische Abteilung, Fachklinik, Werkstatt, Heime, Praxis), seien es arbeitstherapeutische (Diagnostik, Belastung in verschiedenen Bereichen, Industrie, Holz-, Metall- und Bürobereiche, extramurale Arbeitstherapie) oder beschäftigungstherapeutische Angebote, wird zunehmend zugunsten von flexibel an den Alltag und die Arbeits- und Lebenswelt des Patienten angepasster Modelle (Praxismodelle) basierend auf der Lebensgeschichte des Patienten im Kontext aktueller Lebensbezüge verlassen [5].

Im Kreis Herzogtum-Lauenburg wird dieses neue flexible, ergotherapeutische Vorgehen mobil aufsuchend und über arbeitstherapeutisch geprägte Zuversichtsfirmen in Kooperation zwischen einer Ergotherapiepraxis (Praxis Mucha), der psychiatrischen Abteilung und dem Verein Arbeit nach Maß umgesetzt:

Grundlage

Mit der Einführung des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) in das deutsche Gesundheitswesen und der Umsetzung in den Heilmittelrichtlinien hat eine Neuorientierung am bio-psycho-sozialen Modell stattgefunden. Während die Ausrichtung der medizinischen Behandlung auf Aktivitäten und Partizipation des Patienten – anstelle der Ausrichtung auf die alleinige Behandlung von Funktionsstörungen – für viele Berufe im Gesundheitswesen einen neuen Fokus und eine neue Herausforderung bedeutet, liegt von jeher gerade hier der Schwerpunkt der Ergotherapie.

Die gleichzeitige Einbeziehung sensorischer, motorischer, psychosozialer sowie umweltbedingter Komponenten in dem Therapieprozess macht die Stärke der Ergotherapie aus. Die Heilmittelrichtlinien (§ 92 SGB V) tragen dem Rechnung, indem sie Ergotherapie in zahlreichen Fällen als vorrangiges Heilmittel einstufen. Die ergotherapeutische Behandlung kann in allen drei großen Lebensbereichen – Selbstversorgung – Produktivität (sinnvolle Betätigung als bezahlte oder unbezahlte Tätigkeit) – Freizeit – eingesetzt werden. Die zwei wichtigsten Säulen der ergotherapeutischen Arbeit sind

dabei die Orientierung an der Subjektivität des einzelnen Patienten (personenzentrierter Ansatz) und das Tätigsein. Sie ermöglichen das rechtzeitige Erkennen und Erschließen geeigneter Ressourcen.

Ausgehend von einer ganzheitlichen ergotherapeutischen Behandlung ist die »Verbesserung der eigenständigen Lebensführung« eines der am häufigsten genannten Ziele für die ambulante Ergotherapie. Dieses ist kaum erreichbar ohne den Lebensbereich »Arbeit« mit einzubeziehen. Die ergotherapeutischen Leistungen können hier z.B. als Training der Grundarbeitsfähigkeiten/Arbeitstherapie, vorberufliches Training/Belastungsprobung usw. durchgeführt werden. Es soll damit eine allgemeine physische, psychische, geistige Belastbarkeit erreicht werden, die den Patienten in die Lage versetzt, zu beruflichen Zielen weitergeführt zu werden. Mithunter kann ein arbeitstherapeutisches Training auch einem Patienten, für den berufsbezogene Maßnahmen aus verschiedenen Gründen (Alter, Hausfrau etc.) nicht mehr in Frage kommen, eine solche Belastungsfähigkeit vermitteln, dass er in seinem häuslich-sozialen Milieu voll integrierbar ist.

Entstehung, Struktur, Finanzierung

Der Wunsch, auch psychisch kranke Patienten neben Patienten aus dem pädiatrischen und neurologischen Bereich behandeln zu können, hat zu einer inzwischen intensiven Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Abteilung des Johanniter-Krankenhaus Geesthacht geführt. Parallel dazu wurden die ambulanten ergotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten auch den niedergelassenen Ärzten im Umkreis vorgestellt und erschlossen (sozialpsychiatrisches Spielbein für jeden niedergelassenen Arzt).

Die ersten Aufträge für die ambulante Ergotherapie im psychiatrischen Bereich waren auf Hausbehandlungen beschränkt. Ziele sind in diesem Fall: Die Förderung der eigenständigen Selbstversorgung (essen, sich anziehen, baden, mobil sein usw.), Entwicklung von tagesstrukturierenden Maßnahmen, Verbesserung der Beziehungsfähigkeit. Dabei sind Frequenz und Umfang der Behandlung auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten individuell abgestimmt. Der Alltag wurde zum wertvollen Therapiemittel (Medium).

Nach Stabilisierung/Klärung der Wohnsituation, aber auch parallel dazu, brauchen viele Patienten die Möglichkeit, sich sinnvoll zu betätigen. Sie haben in der Regel schon einige Versuche hinter

sich – das BTZ oder andere Reha-Programme – in denen sie geschneitert sind. Auch die am Ort vorhandenen Angebote – WfbM – sind für viele unpassend. Die Besonderheiten und die Talente der einzelnen Patienten haben dazu geführt, dass mit einem zum Teil recht hohen Aufwand für diese Menschen das passende Betätigungsfeld geschaffen wurde und gleichzeitig auch für viele andere, die sich beteiligen wollten.

Während der letzten fünf Jahre sind im Abstand von ca. 15 km mittlerweile an fünf Standorten im Kreis Zuverdienstfirmen (Geesthacht, Schwarzenbek, Lauenburg, Lüttau und Mölln) entstanden. Diese sind an allen fünf Standorten nach einem ähnlichen Muster komplex zusammengesetzt (Café/Restaurantbereich, industrieller Service, handwerkliche Bereiche):

- 2000 – Waschcafé Seifenblase
- Mittagessen kochen, Kaffee und Kuchen zubereiten, Wäsche waschen und bügeln, sonstige Dienstleistungen wie z. B. kleinere Renovierungen, Reparaturen, Begleitung von Senioren
- 2001 – Easy Pack »Firma in der Firma«
- Industriearbeiten im Auftrag von drei Firmen aus dem Industriegebiet Schwarzenbek – die Verpackungsbetriebe werden in der TK, in der Ergopraxis, im »Clubhaus« und direkt in den Firmen durchgeführt
- 2001 – »Sparstrumpf« Secondhand-Laden
- Verkauf von Kleidern, Schuhen und Büchern, Industriearbeiten
- 2001 – Marktstand
- Vorbereitung der Produkte, Verkauf auf dem Wochenmarkt
- 2001 – Das »Möbel-Café« Lauenburg
- An- und Verkauf von Möbeln, Möbelaufarbeitung, Café-Betrieb mit Mittagessen, Kaffee und Kuchen, Industriearbeiten
- 2002 – Arbeitstherapie im KH Geesthacht
- 2003 – Arbeitstherapie in der TK Schwarzenbek und in der Praxis für Ergotherapie Heinrichshof
- seit 2003 – ebenfalls über die TK Schwarzenbek und die Ergotherapiepraxis Heinrichshof in Geesthacht
- Industriearbeiten, Holzarbeiten, Anfertigung von sinnvollem Spielzeug, Galerie Café – Mittagessen, Kaffee und Kuchen, Buch-Salon – Bücherausleihe

Die oben genannten Einrichtungen halten die Projekte mit wenig finanziellen Mitteln und viel persönlichem Einsatz aufrecht und erweitern die Angebote nach Bedarf. Das alles wäre aber nicht denkbar ohne die Einbindung von allen anderen Beteiligten wie z. B. ambulante Pflegedienste, gesetzliche Betreuer, Angehörige, Gesundheitsamt, Fachdienst Arbeit, andere Träger am Ort wie z. B. Anker e.V. oder Brücke e.V., Alkohol- und Drogenberatungsstellen, Politiker und nicht zuletzt die beispielhafte Unterstützung der Bürger aus diesen drei Kleinstädten. Die Koordinationsarbeit erfolgt in regelmäßig stattfindenden so genannten »Wohn- und Arbeits-AGs (der geeignete Name fehlt uns immer noch), eine Arbeitsgruppe die inzwischen an allen drei Ortschaften vorhanden ist.

Merkmale der Projekte

Die Räumlichkeiten liegen zentral und sind zu Fuß gut zu erreichen. Dadurch, dass es überall ein Café und somit die Möglichkeit regelmäßig, gesund, günstig und gut zu essen gibt, hat sich die Lebensqualität vieler Patienten verbessert. Außerdem können die Angebote des Sparstrumpf, des Möbellagers, sowie Dienstleistungen wie Umzüge, Renovierungen, Reparaturen usw. genutzt werden. Für drei Schwarzenbeker und eine Geesthachter Firma werden Aufträge erledigt. Die Aufträge werden auch in den stationären Arbeitstherapien (KH, TK) ausgeführt, und damit werden sie zu einem konstanten Arbeitsmittel.

Die Arbeitsmöglichkeiten stehen jedem offen unabhängig von der Diagnose- und seiner Leistungsfähigkeit. Die Arbeitszeiten können je nach Wunsch und derzeitigem Leistungsniveau ausgesucht werden, d.h. ein- bis fünfmal pro Woche von einer bis zu sechs Stunden am Tag. Eine ärztliche Verordnung über Ergotherapie ist keine Voraussetzung, um in den Projekten mitarbeiten zu können. Besonders anfangs wird jedem die Möglichkeit geboten, sich auszuprobieren, ohne sich fest binden zu müssen. Die sonst notwendigen Informationen zu Lebens-, Krankheits- oder Arbeitsanamnese werden im Nachhinein, so wie jeder es von sich preisgeben möchte, gesammelt.

Die Ergotherapeuten, auch wenn sie die Aufgaben eines Projektleiters haben, verstehen sich als Begleiter. Die Patienten können je nach Wunsch und eigenen Möglichkeiten sehr eigenständig arbei-

ten und Verantwortung übernehmen. Das Maß an Verantwortung reicht z. B. so weit, dass in allen Projekten die Frühaufsteher die Schlüssel für die Räumlichkeiten haben und selber die Geldkassen verwalten. Obwohl für viele Patienten dieses Vorgehen ungewohnt ist, empfinden sie die Gelegenheit, selbst Partner bei ihrer eigenen Rehabilitation zu werden, als besonders bereichernd.

Stand- und Spielbeine als Grundlage einer dynamischen Entwicklung

Allein die einzelnen Elemente dieses Systems erklären noch nicht ganz seine Effizienz und Tragfähigkeit. Ausschlaggebend sind

- die Verbindungen, die zwischen den einzelnen Elementen in einem kontinuierlichen Prozess geknüpft und gelöst werden
- die Synergieeffekte, die durch die intensive Zusammenarbeit verschiedener Bereiche (Klinik, Ergotherapie als Praxismodell, Vereine, kommunale Landschaft) und durch einen gemeinsam getragenen Handlungs-, Ideen- und Tätigkeitsraum entstehen.

Die Ergotherapeuten sind an allen aufgezählten Elementen beteiligt. Ergotherapeuten arbeiten teils in der psychiatrischen Abteilung, teils sind sie bei der Praxis Mucha angestellt. Seit kurzem »kauft« die psychiatrische Abteilung ergotherapeutische Leistungen bei der Praxis Mucha ein. Über die zwischen der Abteilung und der Praxis aufgeteilten Verträge wird Behandlungskontinuität bei den Patienten hergestellt: Patienten werden stationär oder teilstationär von Ergotherapeuten begleitet (Vertrag mit dem Johanner-Krankenhaus), die sie auch nach der Entlassung (Vertrag mit der Praxis Mucha) ambulant begleiten können. Über die Gewährleistung von Behandlungskontinuität über die Schnittstelle hinweg gelingen Frühentlassungen. Außerdem können schwer kranke, vulnerable und ängstliche Patienten, insbesondere Patienten mit einer chronischen Symptomatik adäquat begleitet werden.

Patienten können ebenfalls von jedem Ort des Behandlungssystems aus jeden anderen aufsuchen bzw. benutzen. Besonders hervorzuheben ist, dass Patienten unmittelbar nach einer stationären oder teilstationären Aufnahme die für sie passenden arbeitstherapeutischen Angebote in den Zuversichtsstufen aufsuchen können. Die Station ist gewissermaßen das »Standbein«, von der aus sie im arbeitstherapeutischen Bereich »spielen« können.

Haben sie sich im arbeitstherapeutischen Bereich stabilisiert, kann dieser Ort zum Standbein werden, der sie beim Übergang von der Station in ihre Wohnung unter Wahrung wichtiger therapeutischer Beziehungen stabilisiert. Außerdem kann bei noch labiler Befindlichkeit vom arbeitstherapeutischen Bereich aus die aufsuchende Begleitung in und um die Wohnung unter Einbeziehung der Institutsambulanz organisiert werden.

Inhaltliche Ausrichtung

Inhaltlich orientiert sich die therapeutische Arbeit am Konzept der »Chronisch Kranken Psychiatrie« [7]. Dieses Konzept wurde für die Akutpsychiatrie angepasst. Die therapeutische Arbeit wird konkret an der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenswelt des Patienten ausgerichtet. Zu diesem Zweck setzen Ergotherapeuten auch das »kanadische Model of Occupational Performance« (CMOP) [3] ein. Das Modell gibt ihnen die Möglichkeit, durch halbstrukturierte Interviews klientenzentriert und bedarfsorientiert Behandlungsziele zu setzen und Behandlungspläne zu erstellen. Es hilft, genau dort mit der Therapie anzusetzen, wo die individuellen Bedürfnisse liegen. Die Dokumentation kann dadurch auch minimal gehalten werden, um mehr Zeit für die Arbeit mit den Patienten zu haben. Außerdem führt es uns auf das ureigenste Mittel der Ergotherapeuten zurück, nämlich Betätigung (Occupation).

Sehr bewährt hat sich auch das Prinzip: »Erst platzieren, dann qualifizieren bzw. assistieren bzw. rehabilitieren.« Für den Wohnungsbereich heißt das, dass wir erst unter Berücksichtigung der subjektiven Gegebenheiten eine passende Wohnung besorgen (»Immobilientherapie«) und im Prozess des Beziehens der Wohnung den Patienten für den Alltag dort qualifizieren. Dieser Prozess kann auf der Station nicht trainiert werden (Bond u. a.). Ähnlich gehen wir beim »Training« für einen Arbeitsplatz vor: Erst besorgen wir einen Arbeitsplatz und im zweiten Schritt qualifizieren wir den Patienten an diesem konkreten Arbeitsplatz (supported employment Konzepte, siehe Bond u. a.).

Durch die enge Zusammenarbeit, die Durchflechtung unterschiedlicher, aber sich notwendigerweise ergänzender Bereiche, z. B. psychiatrische Abteilung, Tageskliniken, Ergotherapiepraxen, Vereine im Kontext des von allen geteilten Versorgungsgebietes (= Kreis-

gebiet) entsteht ein einheitlicher Handlungs- und Tätigkeitsraum, der auf der Grundlage der individuellen Lebensgeschichten barrierefrei Spielräume als Entwicklungsräume für eine Vielzahl von Möglichkeiten und Chancen eröffnet. Dieser Raum imponiert durch seine Breite (= gesamtes Versorgungsgebiet, alle Diagnosegruppen ab 18) als auch durch seine Tiefe (bis in den ersten Arbeitsmarkt hinein) und die zunehmende Differenziertheit seiner Subsysteme oder – um im Bild zu bleiben – »Zimmer« (Wohnungen für Einzelne, Paare, Hausgemeinschaften; flächendeckende Möglichkeiten sinnvoller Betätigung von Zuverdienstmöglichkeiten von einer Stunde bis hin zu 40 Stunden/Woche), supported employment bis hin zu WfbM und Tagesstätten, etc., 325 Euro Jobs, Mainzer Modell, reguläre sozialversicherungspflichtige Arbeit; Freizeit und Urlaub). Diese Räume werden durch flexible Betreuungsmöglichkeiten verbunden bzw. aufeinander abgestimmt. Jedoch werden diese Räume auch durch die Nutzung der Psychiatrie-Erfahrenen miteinander verbunden und verflochten (Bild: Straßen, Wege) In diesem »Haus« (das aus den unterschiedlichen Räumen besteht), entsteht ein zunehmend aufeinander bezogenes Verhalten aller Teilnehmer, was im selben Zug nicht mehr ständig vorher besprochen und ausgehandelt werden muss, weil ein zunehmendes Maß an Übereinstimmung entstanden ist. Dadurch wird es zunehmend effektiver und außerdem werden dadurch Synergieeffekte geschaffen, die allein durch die Summe der einzelnen Versorgungseinrichtungen nicht entstehen. Ein Auseinanderbrechen bzw. Abgrenzungsbestrebungen einzelner Versorger bzw. Träger würde zu einer Verarmung dieser Effekte führen. Das lebendige Spiel dieser Elemente untereinander oder besser zwischen einander würde zum Erliegen kommen.

In diesem allen, Psychiatrisch-Tätigen wie Psychiatrie-Erfahrenen, zur Verfügung stehenden (Synergie-)Raum lassen sich die jeweils für einen Patienten passenden Möglichkeiten als Nische barrierefrei finden und nutzen. Dieser Raum hat aber darüber hinaus die Potenz, für einen einzelnen Patienten personenbezogen eine noch nicht vorhandene Nische zu schaffen,

- weil dieser aus den unterschiedlichen Anbietern geschaffene und aufrechterhaltene Raum über die notwendigen finanziellen Mittel verfügt,
- weil die notwendigen personellen Mittel zur Realisierung vorhanden sind und

- weil die vorhandenen Mitarbeiter in diesem Raum über das notwendige »Know-how« verfügen, wie die aus dem personenbezogenen Ansatz hervorgehenden Ideen pragmatisch umgesetzt werden können.

Alle drei Bedingungen sind Voraussetzungen, um gestaltend-unternehmerisch Spielräume für sinnvolle Betätigungen zu schaffen. Fehlt eines diese Elemente gelingt dieser Prozess nur eingeschränkt.

Auswirkungen der Arbeit im Kontext eines gemeindepsychiatrischen Verbunds

- Ausgangspunkt war die Überlegung,
1. dass jeder Mensch notwendig sein will: Mittlerweile gehen ca. 150 Menschen in diesen fünf Zuverdienstfirmen/gemeindepsychiatrischen Zentren täglich einer Tätigkeit nach,
 2. dass Wiederaufnahmen sich umso besser vermeiden lassen, wenn Patienten einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen können. Wenn sich also zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich ein breiter und vielfältiger Arbeits- bzw. Tätigkeitskorridor ausbauen lässt, gehen die Wiederaufnahmen zurück. Oder umgekehrt: Gibt es einen solchen Korridor, der schon kurz nach der Aufnahme auch von stationären oder teilstationären Patienten genutzt werden kann, ergeben sich daraus haltende stabilisierende Strukturen, was Entlassungen früher erlaubt (Abb. 1).

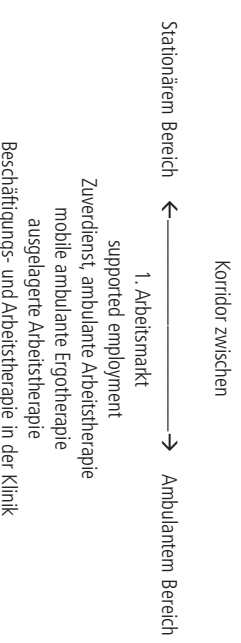


Abb. 1: Korridor von sinnvollen Tätigkeiten

- Mit jedem neuen Schritt im ambulant-komplementären Bereich sank auch die Verweildauer in der Klinik und in den Tageskliniken ab: von zunächst 23 Tagen auf mittlerweile ca. 15 Tage. Parallel dazu nahm die Zahl der Aufnahmen von 756 auf über 1100 zu. Um Argumente zu überprüfen, dass wir zu früh entlassen und dafür häufiger aufnehmen, haben wir die Aufnahmekurven der letzten sechs Jahre ausgewertet: Die Zahl der Patienten,
- die nur einmal im Jahr aufgenommen wurden, beträgt mit geringen Schwankungen ca. 70 %,
 - zweimal wurden ca. 17 % der Patienten aufgenommen, dreimal ca. 5 %,
 - die Zahl der Mehrfachaufnahmen, (viermal, fünfmal,...) ist ebenfalls während der letzten sechs Jahre auf gleichem Niveau verharnt: sie betrug ca. 4 %.

Dadurch, dass die Aufnahmekurven der Jahre 1997, 1998, 1999, 2001 und 2002 parallel (Abb. 2) verlaufen, lässt sich ablesen, dass die Verringerung der Verweildauer nicht mit Mehraufnahmen der Patienten einherging (Abb. 3).

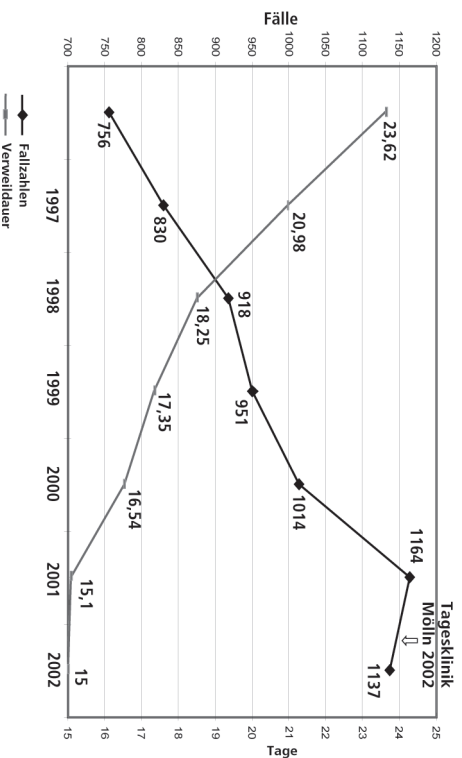


Abb. 2: Entwicklung von Fallzahlen und Verweildauer 1997–2002

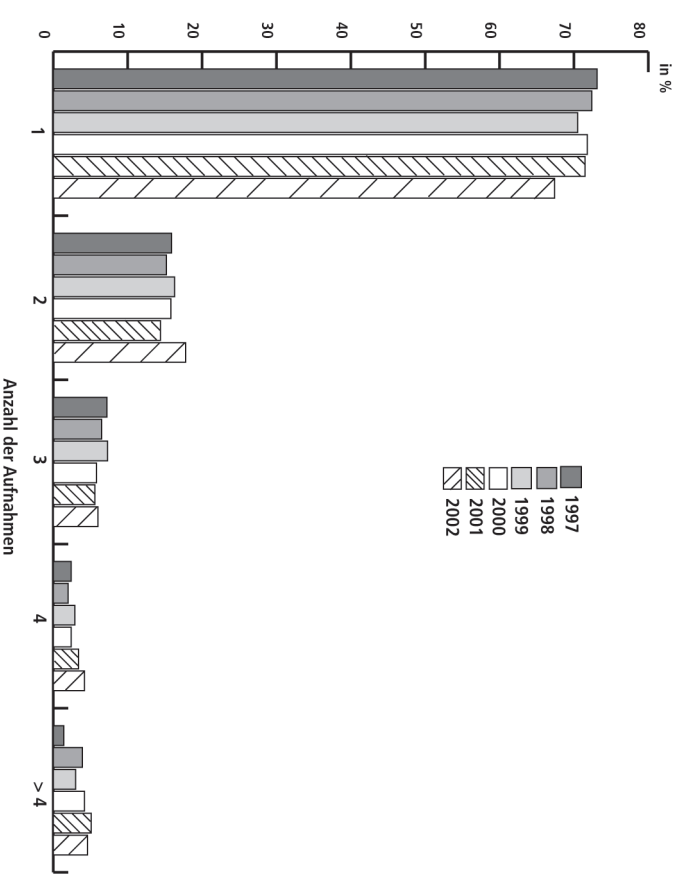


Abb. 3: Prozentuale Verteilung der Mehrfachaufnahmen in der Psychiatrie Geesthacht von 1997–2002

Zusammenfassend heißt das, dass wir im ambulanten Bereich haltende Strukturen entwickelt haben, die trotz eines erheblichen Anstiegs der Aufnahmen mit Reduzierung der Verweildauer um über ein Drittel alle psychisch kranken Bürger aus dem Kreis versorgen können. Durch die Entwicklung eines dezentralen ambulanten komplementären Systems mit vielfältigen Arbeits- und Betätigungsfeldern im Kontext von fünf gemeindepsychiatrischen Zentren basierend überwiegend auf Ergotherapie, gelingt es zudem, mit wenigen (50) stationären Betten (Bettenmessziffer 0,27) einen Kreis mit 185 000 Einwohnern zu versorgen. Mindestens eine Station konnte dadurch eingespart werden.

Außerdem lässt sich, bedingt durch die Vielzahl von Zuversdienstmöglichkeiten und die sich damit einstellenden Rehabilitationserfolge

bei den Patienten, die Gründung zweier Integrationsfirmen nicht länger »vermeiden«: Diese anzustrebende Weiterentwicklung stellte sich quasi als »Nebeneffekt« der geschilderten Vorgehensweise ein.

Literatur

1. BAUER M, BECKER T. Psychiatrie-Enquete im europäischen Vergleich. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.). 25 Jahre Psychiatrie Enquete. Band II. Bonn, 2001
2. BECKER Th, VAZQUEZ JL. Die europäische Perspektive psychiatrischer Reformen. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.). 25 Jahre Psychiatrie Enquete. Band II. Bonn, 2001
3. LAW M u. a. Das Kanadische Modell der Occupational Performance und das Canadian Occupational Performance Measur. In: JEROSCH-HEROLD Ch, MAROTZKI U, WEBER P. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, 1999: 156–173
4. Indikationskatalog Ambulante Ergotherapie ISBN 3-8248-0362-3 www.forum-ergotherapie.de
5. JEROSCH-HEROLD Ch, MAROTZKI U, WEBER P. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, 1999
6. Das Konzept für das Waschcafé »Seifenblase« finden Sie im Internet.
7. DÖRNER K (Hg.). Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Gütersloh: Jakob van Hoddiss, 1998

Vielfältige Optionen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Norbert van Eickels

Perspektiven und Herausforderungen der Werkstatt für behinderte Menschen in der Umsetzung personenbezogener Hilfen

Die Zukunft hat begonnen – der Paradigmenwechsel von der institutions- zur personenbezogenen Planungs- und Handlungsperspektive in der Gestaltung gemeindepsychiatrischer Hilfen hat vermutlich kaum noch einen Nachrichtenwert, zumindest im Bereich der psychosozialen Hilfen zur sozialen Eingliederung, die bislang im Wesentlichen die Praxis der IBRRP-Anwendungen und auch die meisten Schwerpunkte dieses Kongresses bestimmen.

Doch gilt diese These auch im Feld der beruflichen Rehabilitation und der Sicherung der Teilhabechancen psychisch kranker und behinderter Menschen an der gesellschaftlichen Arbeitswelt? Und welche Rolle spielt in diesem Kontext die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), oder besser: Welche Rollen und Funktionen kann/könnte die WfbM in diesem Kontext übernehmen?

Mit dem Thema Teilhabe am Arbeitsleben beschäftigte sich der Berliner Kongress der AKTION PSYCHISCH KRANKE im Mai 2002 [1], und bei der Durchsicht des Tagungsberichts finden sich bereits wesentliche Perspektiven für diese Diskussion; in mehreren Beiträgen wird dabei eines immer deutlich, was ich hier als Leitsatz so formulieren möchte:

Die »WfbM«, die als gesellschaftliche Antwort auf die Arbeitsbedürfnisse von Menschen mit besonders starken Handicaps entstanden, jedoch in ihrer heutigen Praxis nicht mehr zwangsläufig an bestimmte bauliche und soziale Erscheinungsformen gebunden ist, lässt sich in oft eindrucksvoller Art und Weise nutzen für vielschichtige und entwicklungsfördernde Optionen zur Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen an der gesellschaftlichen Arbeitswelt

Einige Hinweise hierzu aus dem erwähnten Tagungsbericht 2002:

Wilfried Hautop [3] aus Bremen argumentiert, die WfbM müsse in Zukunft ein flexibleres, komplexeres und individuelleres Angebot vorhalten; er unterstreicht

- die Bedeutung des Berufsbildungsbereiches,
- die Chancen, auch Förderthemen und reguläre Ausbildungsgänge (z. B. auf dem sog. Helferniveau) einzurichten,
- Integrationsprojekte an die WfbM anzubinden,
- Förderplätze und einfache Zuverdienstmöglichkeiten zuzufügen.

Die WfbM könne so eine netzwerkorientierte und wohnortnahe Angebotsstruktur bieten.

Holger Hoffmann [5] berichtet über das Berner Job Coach Projekt und das Konzept seiner Finanzierung als geschützte Werkstatt mit dezentral in die freie Wirtschaft ausgelagerten Arbeitsplätzen – als Einzelarbeitsplätze, als Enklaven (Gruppen, die fest in Betrieben arbeiten), als Dienstleistungsgruppen, die von Betrieben als ganze Gruppe für bestimmte Aufgaben »gemietet« werden können.

Hans-Ludwig Siemen [2] schreibt über die Wabe e.V. aus Erlangen, die erfolgreich die WfbM verknüpft mit einem Integrationsbetrieb und Zuverdienstarbeitsplätzen und so, »ihren Charakter als »Einbahnstraße« oder »Sackgasse« des besonderen Arbeitsmarktes aufhebt«.¹ Und dann plädiert er dafür, »die nicht immer gerechtfertigten Vorurteile gegenüber Werkstätten hintanzustellen und die Institution Werkstatt so zu verändern, dass sie den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen entspricht«.² Dabei kritisiert er mangelnde Flexibilität, unangepasste Größe und zu wenig Abwechslungs- oder Anforderungsreichtum in vielen Arbeitsangeboten.

Und schließlich formuliert Wolfgang Rust [4] Forderungen nach der Überwindung der starren Zuordnung von Maßnahmentyp und Arbeitsplatz, und er umschreibt seine Vision der »multifunktionalen Orte«, in denen »funktionelle Ergotherapie, niedrigschwelliger Förderplatz, Arbeitstherapie, Arbeitstraining, WfbM-Platz, unbefristetes Arbeitsverhältnis, Sozialhilfe-Prämiendarbeit, BSHG 19-Stelle unter einem Dach« möglich und organisierbar seien.³ Und dann gibt er noch den entscheidenden Tipp: »Solange wie möglich Impulse unterdrücken, bei Feststellen eines bestimmten Bedarfes, neue Einrichtungen zu gründen«.⁴

¹ SIEMEN, S. 157

² a.a.O.; S. 161

³ RUST, S. 235

⁴ RUST, S. 236

Was ist denn in einem kurzen Impulsbeitrag für dieses Symposium überhaupt noch hinzuzufügen?

Struktureller Variantenreichtum

Bestärken möchte ich gerne die in allen genannten Beiträge unterlegte These, dass die variantenreichen Arbeits- und Verknüpfungsmöglichkeiten einer dezentral agierenden WfbM als strukturelle Voraussetzungen für individuell angepasste Arbeitsarrangements nutzbar sein können; um Beispiele aus den Hagfelder Werkstätten in Karlsruhe zu nennen:

- Ein zunehmend differenziertes Angebot der beruflichen Bildung, zu dem (im Rahmen der Berufsbildungsphase) auch externe Betriebspraktika gehören können;
- ca. 20 längerfristig angelegte Außenarbeitsplätze (also eine Enklave) bei einem der größten Arbeitgeber der Region;
- eine Integrationsfirma, mit der Möglichkeit, die auch Außenarbeitsplätze für WfbM-Beschäftigte bietet;
- Dienstleistungsgruppen in der Garten- und Landschaftspflege, die insbesondere für Firmenkunden in der ganzen Region tätig sind;
- Teilzeiteschäftigung in einem kleinen Werkstattbetrieb mit 25 Schicht-Betrieb (2 Teilzeitschichten/50 Personen teilen sich 25 Arbeitsplätze);
- Praktikumsplätze für Patienten der Psychiatrischen Klinik in Voll- und Teilzeiteform;
- eine Eigenproduktion, die als Firma in der Firma mit eigenem Label (HWK-Medizintechnik) agiert und als Markenhändler für physiotherapeutische Liegen auf dem westeuropäischen Medizinmarkt etabliert ist und neben ca. 80 Arbeitsplätzen in der Schreinerei, Metallfertigung, Endmontage und Verpackung auch Büroarbeitsplätze WfbM in der Entwicklung und im Vertrieb bietet;
- der geplante Betrieb eines Lebensmittelmarktes (das CAP-Konzept der Genossenschaft der Werkstätten Sindelfingen) mit den im Ortskern einer badischen Stadt;
- schließlich enge und produktive Kooperationen mit Integrationsfachdienst, Integrationsamt und einer Reihe größerer Industriebetriebe.

Besonders wesentlich strukturelle Voraussetzung für angepasste Arbeitsarrangements könnte in vielen Fällen die Flexibilisierung der WfbM-Plätze im Hinblick auf Arbeitszeiten (Teilzeit) sein; dies nützt nicht nur vielen Betroffenen, sondern beinhaltet auch interessante ökonomische Aspekte für die Nutzung knapper Werkstattplätze. Für eine offensive Nutzung dieser Möglichkeiten in allen Betriebsstätten der WfbM fehlt jedoch (so wie anderswo auch) eine entsprechende Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem Landeswohlfahrtsverband, welche bislang nur für die auf diese Zeitstruktur spezialisierte Teilzeit-Werkstatt existiert (vgl. hierzu die Leistungsbeschreibung der Teilzeit-WfbM der Hagsfelder Werkstätten und Wohngemeinschaften Karlsruhe gGmbH unter www.psychiatrie.de/apk).

Am Rande: Der Sprachgebrauch

Unterstreichen möchte ich die bei Siemen [2] anklingende Bitte an die Professionellen (gerade auch in den WfbM selbst) um Achtsamkeit in ihrem Sprachgebrauch:

Wenn das Ziel ist, personenzentriert angepasste Optionen für die Teilhabe an der Arbeitswelt und für unterstützte Beschäftigung zu gestalten, dann sollten wir nicht immer von »drinnen« und »draußen« und von »dann bleibt halt nur die Werkstatt« reden. Auf diese Weise werden die häufigen Selbstwertungsprozesse der Betroffenen subtil unterstützt und gefüttert, und zugleich mag dies auch mitunter die Sichtweisen der Professionellen selbst für vorhandene Entwicklungsoptionen im »Innen« verstellen.

Die internen Herausforderungen

Ergänzen will ich einige Anmerkungen zu der Frage, wo denn in diesem Anforderungszusammenhang die inneren Herausforderungen für eine WfbM und ihre Leitung liegen, wenn es nämlich gilt, diese Optionen für die Betroffenen nicht nur strukturell vorzuhalten, sondern auch wirksam und qualitativ voll realisieren zu können.

Drei Aspekte scheinen mir hier besonders wesentlich:

Personal- und Organisationsentwicklung

Die WfbM müssen ab einer bestimmten Betriebsgröße selbst zu netzwerkartigen Unternehmen werden und sich hierfür qualifizieren und organisieren.

Als monolithischer Block (das bezieht sich jetzt weniger auf bauliche Erscheinungsbild als vielmehr auf Hierarchien, Abschottungen, Status- und Machtkultur) kann sie diese Anforderungen schwerlich erfüllen. Es heißt, selbst zum offenen, nach außen vernetzungsfähigen und transparenten System zu werden. Flache Hierarchien, leitbild- und zielorientierte Führung, effiziente Informations- und Rückkopplungsprozesse, ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement und hohe Handlungs- und Entscheidungskompetenzen vor Ort seien hier nur Schlagwortartig als Indikatoren/Herausforderungen für die entsprechende Organisationsentwicklung in der WfbM genannt.

Weiterentwicklung der inhaltlich-fachlichen Leitvorstellungen

Nämlich dass Arbeit und das persönliche Erleben der Teilhabe an der gesellschaftlichen Arbeitswelt klar im Focus der Aktivitäten für die betroffenen Menschen steht, mit allem, was dazugehört (einschließlich des Satzes, dass Fördern eben auch mal was mit Fordern zu tun hat); und dass wir uns selbstkritisch mit Fragen nach unseren Rollen und Funktionen im Kontext gemeindepsychiatrischer Subkultur und teilstationärer Hospitalismusphänomene auseinandersetzen – auch mit der Verpflichtung, die betroffenen Menschen nicht festzuhalten, wenn sie nicht mehr den Halt in der WfbM wollen/suchen/brauchen, und sie dann bei Veränderungswünschen und -experimenten positiv zu unterstützen.

Mehr Transparenz in der ökonomischen Situation und Struktur der WfbM

Wenn die Wertschöpfung durch die Produktionen und wirtschaftlichen Dienstleistungen der WfbM im Wesentlichen den Beschäftigten selbst gehört (dies bedeuten ja die Vorgaben des Gesetzgebers für das sog. Arbeitsergebnis der WfbM und seine Verwendung), dann sollen und müssen jene diese Zusammenhänge auch verstehen und ggf. überprüfen können.

Dies bedeutet vor allem, die Vorgaben der Mitwirkungsverord-

nung lebendig und wirksam umzusetzen und gemeinsam mit den Werkstattbeschäftigten auszugestalten – und hierzu gehört eben auch die Besprechung von Wirtschafts- und Investitionsplänen und die Nachvollziehbarkeit der Berechnung des sog. Arbeitsergebnisses.

Ziel ist hierbei nicht zuletzt dazu beizutragen, den Betroffenen – deren Kränkung durch ihre WfbM-Zugehörigkeit ja oft viel weniger die Arbeitsbedingungen und die Arbeit selbst als vielmehr der für die meisten unverständlich niedrige Lohn ausmacht – ihre Würde zurückzugeben und ihrem miesen Gefühl des »Ausgebeutet und benachteiligt zu werden« durch faire Information zu begegnen.

Zu sehen und auch immer mal wieder zu erklären ist dabei folgender Zusammenhang (der zum Teil ja recht banal ist):

Alle Arbeitsprojekte brauchen Arbeit, sprich: Aufträge. Und die Optionen zur Teilhabe entwickeln sich daraus, dass es Arbeitsanforderungen in konkreten wirtschaftlichen Kontexten gibt. Die Löhne/Entgelte bestimmen sich in allen Erscheinungsformen der »multifunktionalen Orte« über a) Wertschöpfung in diesen Aufträgen und b) Subvention. Die Unterschiede in dem, was für die Betroffenen als Lohn resultiert, liegen (neben individuellen Leistungsunterschieden) im Wesentlichen darin begründet, ob direkt ihr Lohn (wie z. B. Lohnkostenzuschüsse/Minderleistungsausgleiche in der Integrationsfirma) oder ob der Arbeitsplatz (wie in der WfbM) subventioniert werden.

Die Besonderheit in der WfbM liegt dabei im unfreiwilligen Solidarprinzip der Betroffenen (der Lohn eines jeden noch so »schwachen« Beschäftigten muss ggf. teilweise von den anderen mit-erwirtschaftet werden).

Leider wird in den Werthierarchien, die auch in manchen gemeindepsychiatrischen »Szenen« gepflegt werden, und welche sicherlich auch subtil die Selbstwerte betroffener Menschen beeinflussen, dieser Zusammenhang oft wenig reflektiert und den Betroffenen erläutert. So entstehen mitunter auch hierdurch fragwürdige Barrieren für die optionale Nutzung der WfbM-Angebote.

Schlusswort

Die Vision der WfbM-Kollegen von der hessischen Landesarbeitsgemeinschaft, die WfbM als »Agentur für angepasste Arbeit« zu profilieren und weiterzuentwickeln [6], welche sich als Systemanbieter

in den regionalen Netzwerken um unterstützte Beschäftigung in ihren vielfältigen Erscheinungsformen kümmert, finde ich als Leitvorstellung interessant und ansprechend, sofern sich hieraus nicht neue Monopolismen zumindest auf der Anspruchsebene entwickeln.

Also – um auf das Tagungsmotto zurückzukommen:

Die Zukunft personenzentrierter, vielschichtiger und flexibler Optionen zur Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben hat in vielen WfbMs längst begonnen – schön, wenn Sozialpolitik und Fachwelt dies auch mal mitkriegen und verstaubte Werkstattbilder in den Köpfen endlich abgehängt werden können.

Literatur

1. SCHMIDT-ZADEL R, PÖRKSEN N (Hg.). Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Tagungsbericht. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
2. SIEMEN HL. Drohendes Abseits – chronisch psychisch kranke Menschen und berufliche Rehabilitation. In: SCHMIDT-ZADEL R, PÖRKSEN N (Hg.). Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002: 153–162
3. HAUPT W. Die Werkstatt für behinderte Menschen. In: SCHMIDT-ZADEL R, PÖRKSEN N (Hg.). Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002: 178–183
4. RUST W. Betreuung statt Arbeit? Der mühsame Weg zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: SCHMIDT-ZADEL R, PÖRKSEN N (Hg.). Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002: 227–237
5. HOFFMANN H. Das Berner Job Coach Projekt. In: SCHMIDT-ZADEL R, PÖRKSEN N (Hg.). Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002: 105–129
6. TRUNK W. Die Agentur für angepasste Arbeit und die Entwicklungserfordernisse der Hilfen zur beruflichen Teilhabe behinderter Menschen. Frankfurt: Nachrichten des Deutschen Vereins 2003, 2: 70–73

Mut zu finanzierbaren Lösungen

Arnd Schwendy

In die Diskussion um den Abbau der Arbeitslosigkeit hat u. a. Florian Gerster, Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit, von der Notwendigkeit eines »ehrlichen zweiten Arbeitsmarktes« gesprochen. Der »Rolandsecker Kreis«, ein Netzwerk reformfreundiger Sozialamtsleiter, hat wiederholt auf einen großen Bedarf an Arbeitsplätzen für Langzeitarbeitslose hingewiesen, die zwar formal dem Arbeitsmarkt zu Verfügung stehen, wegen ihrer gesundheitlichen und soziokulturellen Probleme in absehbarer Zeit kaum eine Chance auf einen dauerhaften Job im allgemeinen Arbeitsmarkt haben.

»Ehrliche« Lösung für Langzeitarbeitslose

Wie könnte eine »ehrliche« Lösung für diesen großen Personenkreis, zu dem nicht zuletzt sehr viele (ehemalige) Psychiatrie-Patienten und wahrscheinlich noch mehr Menschen mit psychosomatischen Leiden zählen, aussehen? Zunächst einmal wäre erforderlich, dass Gesetzgeber bzw. die für die derzeitigen Reformvorhaben federführenden Bundesministerien für Wirtschaft und Arbeit bzw. Gesundheit und Soziale Sicherheit überhaupt zu Kenntnis nehmen, dass dieser Personenkreis in erheblichem Umfang existiert (Genaueres wird hoffentlich die Auswertung des Modellvorhabens zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeits- und Sozialämtern mit dem schönen Namen MoZaT ergeben).

Dann wäre das Eingeständnis erforderlich, dass die bisherigen Instrumente der Beschäftigungsförderung, nämlich zeitlich begrenzte »Durchlaufrhitzer«-Maßnahmen (ABM bzw. Arbeit statt Sozialhilfe) zwar in vielen Fällen eine gute Hilfe beim Start ins Erwerbsleben sind, aber eben keine nachhaltige Perspektive für diejenigen bieten, die trotz ein- bis zweijähriger Qualifizierung/Beschäftigung den Sprung in den allgemeinen Arbeitsmarkt wegen ihrer Leistungseinbußen beim besten Willen nicht schaffen. Es wäre nun weiter ein Gebot der Ehrlichkeit, die Fragen zu beantworten: Wollen wir diese Menschen weiter ausgrenzen? Wollen wir weiter die sattem bekannnten negativen Nebengewirkungen für die Betroffenen, ihre Angehörigen, Nachbarn und ganze Stadtteile in Kauf nehmen? Oder wollen

wir die Transfermittel, die für ihr öffentlich subventioniertes »Nichtstun« aufgewandt werden, endlich sozialethisch verantwortlich einsetzen zur Finanzierung gemeinwohlorientierter Arbeit, an der kein Mangel besteht?

Die Agenda 2010 und die Hartz-Reform folgen der Philosophie von »Fördern und Fordern«. Wer öffentliche Leistungen erhält, soll auch eine Gegenleistung für sich (und damit die Solidargemeinschaft) erbringen. Dieses »Konzept eines aktivierenden Sozialstaates« – in europäischen Partnerländern wie England, Niederlande, Schweden, Dänemark und sogar den USA längst erfolgreich umgesetzt – lässt sich nur verwirklichen, wenn tatsächlich ein größerer öffentlich geförderter »weiter« Arbeitsmarkt entsteht, der den stark leistungseingeschränkten Langzeitarbeitslosen, die andererseits noch nicht zum Personenkreis der Erwerbunfähigkeitserntner nach SGB VI zählen, faire Chancen der beruflich-sozialen Teilhabe gibt.

Die derzeit anstehenden Gesetzesvorhaben (Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe, Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes und des SGB IX) sind daran zu messen, ob sie Optionen für eine »neue Ehrlichkeit« in der Beschäftigungspolitik schaffen. Die Voraussetzungen dafür sind eigentlich günstig. Das neue Arbeitslosengeld II, das die bisherige Sozial- und Arbeitslosenhilfe in finanzieller Trägerschaft des Bundes im neuen Arbeitsamt (JobCenter!) bündelt, soll zwar nicht höher als die Hilfe zum Lebensunterhalt sein, aber dafür Sozialversicherung (außer der gegen Arbeitslosigkeit) und bessere Leistungsanreize für Hinzuverdienst bieten.

Erlaubt man der Arbeitsverwaltung das, was die Sozialhilfeträger bei Finanzierung ihrer Beschäftigungsprogramme bereits durften, nämlich die Umwandlung von passiven in aktive Leistungen, dann ließe sich ohne allzu großen zusätzlichen Finanzaufwand ein breiterer und vielfältigerer öffentlich geförderter Beschäftigungssektor aufbauen. Schon jetzt gibt es Sozialämter – etwa Freiburg oder Köln – die die Sozialhilfeleistungen einschließlich des Mehrbedarfs, der bei Arbeitsbemühungen üblich ist, zu einem »Gehalt« bündeln und dieses nicht mehr vom Amt als »Hilfe« auszahlen lassen, sondern vom Beschäftigungssträger, also Arbeitgeber als »Lohn«. Das erhöht den Status der Beschäftigten und senkt Verwaltungskosten in den Ämtern.

Zur Ehrlichkeit gehört bei einer solchen Strategie aber auch das Eingeständnis, dass ein großer Markt für gemeinwohlorientierte

Arbeit nur finanzierbar ist, wenn man das Entgeltniveau senkt. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und die Arbeit-start-Sozialhilfe-Programme sind trotz 20%prozentiger Abschläge vom Tarif zu teuer. Die Folge: Es können nur wenige profitieren.

Sozial gerechter wäre eine Absenkung etwa auf die Formel »Transfer plus Mehrbedarf« und eine breitere Versorgung. Damit es hier nicht zu Tarifunterschreitungen, Lohndumping und Minimaleffekten kommt, könnte geregelt werden, dass die Arbeitszeiten entsprechend gesenkt werden. Ohnehin käme es den Bedürfnissen und der Leistungsfähigkeit der Betroffenen entgegen, wenn sie nicht immer ganztags arbeiten müssten.

An Beschäftigungsmöglichkeiten herrscht kein Mangel. Bundesweit bieten allein die mit der BAG Integrationsfirmen kooperierenden 400 Projekte rund 12 000 Arbeitsplätze. Hinzukommen zahlreiche Beschäftigungsträger des II. Arbeitsmarktes in den Kommunen und alle Arbeitsfelder der freien Wohlfahrtspflege sowie des kulturellen Bereichs. Es wäre eine Schande für den Sozialstaat Bundesrepublik, wenn diese Strukturen nicht erhalten und ausgebaut würden, sondern dem Zerstörungsprozess, der in diesem Jahr als düsterem Vorspiel auf die Reform der Arbeitsverwaltung zu beobachten ist, zum Opfer fielen.

Für die Sozialpsychiatrie und ihre »Kunden« wäre ein neuer »ehrlicher Beschäftigungssektor« ein Segen, denn hier wird die erzwungene Untätigkeit als besonders belastend und gesundheitsgefährdend erlebt. Der Mangel an sinnvollen Beschäftigungsmöglichkeiten, die den Tag strukturieren und soziale Austauschprozesse fördern, ist einer der großen Schwachpunkte der sozialpsychiatrischen Hilfesysteme. Sie kompensieren vielfach die Negativwirkungen durch psychosoziale Betreuung, was unwirtschaftlich und fachlich bedenklich ist. Auch hier gilt es umzusteuern.

JobCenter

Damit Fehlsteuerungen künftig vermieden werden, also die »Falschen« in den »Genuss« der Beschäftigungsförderung kommen, sind die JobCenter, die alle Hilfen aus einer Hand koordinieren sollen, fachkompetent auszustatten, etwa nach dem Vorbild Kölns: Hier arbeiten zusätzlich zu den Fallmanagern des Sozialamtes und den Vermittlern des Arbeitsamtes noch ein sozialmedizinischer Dienst (besetzt

mit drei Ärzten) des Gesundheitsamtes sowie ein Rehadienst für psychisch Kranke (JobProfil), ein Team für allein stehende Wohnungslose und Schuldnerberater. Ziel ist eine enge Verknüpfung des Systems Arbeits- und Sozialamt mit dem Rehabilitations-System. Es hat sich nämlich bei der Analyse von über 15 000 Langzeitarbeitslosen herausgestellt, dass eine erhebliche Zahl von Sozial- oder Arbeitslosenhilfe-Beziehern trotz gravierender körperlicher oder psychosomatischer bzw. psychiatrischer Leiden bislang im herkömmlichen System keinen Zugang zu fachgerechten Hilfen fand. Mit anderen Worten: Von einer engeren Verknüpfung des psychiatrisch-psychosomatischen Bereichs mit der beruflichen Förderung könnten nicht nur die Arbeitslosen profitieren, die bereits in Fachbehandlung sind oder waren, sondern auch die anderen mit entsprechendem Bedarf.

Ob der Mut in dieser Republik für so viel Ehrlichkeit ausreicht? Immerhin hat Christiane Grefe in einer Reportage über die verzweifelten und fantasievollen Bemühungen der Arbeitslosen des Berliner Stadtbezirks Kreuzberg, sich mit Tausch- und Grauarbeit Teilhabe am Arbeitsleben zu verschaffen, auf die Formel gebracht: »Armut ist schlimm. Noch schlimmer ist das Gefühl, nicht gebraucht zu werden.« [1] Bei der kritischen Auseinandersetzung mit der Agenda 2010 und dem Konzept der Hartz-Reform hat es Hinweise in dieser Richtung zehauf gegeben.

Da nicht nur die psychisch Kranken mit dem unguten Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, leben müssen, sondern all die, die im Wandel der Wirtschaft sich eher auf der Verliererseite sehen, haben Erhalt und Ausbau eines großen und leistungsfähigen öffentlich geförderten Beschäftigungsbereichs für die Zukunft des Sozialstaates weiter hohe Bedeutung.

Literatur

1. GREFE C. Die Zeit 28.05.2003

IV. Dokumentation und Evaluation

Sinn und Unsinn von Dokumentation

Einführung

Peter Kruckenberg

Gute Dokumentation ist wertschätzend. Sie ist handlungsleitend in der Zusammenarbeit mit Patienten und zwischen Berufsgruppen und Einrichtungen. Sie fördert eine gemeinsame Sprache und hilft bei der Steuerung personenzentrierter Hilfesysteme. Unnötige oder schlechte Dokumentation macht krank.

Das Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes war verknüpft mit einem weiteren Projekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE: »Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten, kompatiblen, patientenorientierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems in einer Modellregion«. Das Dokumentationssystem sollte EDV-gestützt und in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) anwendbar sein. Beide Projekte wurden mit wiederholter Rückkopplung untereinander erarbeitet und nahezu zeitgleich abgeschlossen.

In diesem Symposium wurden die Grundprobleme psychiatrischer Dokumentation und die konzeptionellen und strukturellen Überlegungen zum Aufbau eines integrierten regionalen psychiatrischen Dokumentationssystems (PPDS) vorgestellt und erörtert.

Das Interesse an diesem Symposium war mit über 200 Teilnehmern überraschend groß. Dokumentation scheint gegenwärtig für viele Mitarbeiter an psychiatrischen Einrichtungen, aber auch für die Leitungen ein aktuelles Thema zu sein. Dies zeigte sich unmittelbar und eindrucksvoll in einer Übung der Teilnehmer in kleinen Gruppen am Anfang des Symposiums: Wer ist zufrieden mit seiner täglichen Dokumentation? Wer möchte sie ändern? Wer arbeitet daran? Es entwickelten sich lebhafte Diskussionen und Auseinandersetzungen in kleinen Runden mitten im Plenum, die von der Moderation trotz Zeitverlängerung kaum beendet werden konnten.

Im Symposium selbst wurden verschiedene Aspekte regionaler

-
- psychiatrischer Dokumentation in einem breiten Spektrum von Themen erörtert, jeweils eingeleitet durch folgende Impulsreferate:
- *Peter Kruckenberg*: »Konzeption eines integrierten EDV-gestützten psychiatrischen Dokumentationssystems in einer Region«
 - *Andreas Brand*: Das Integrierte Psychiatrische Dokumentationssystem: Struktur und Auswirkungen
 - *Harald Goldbach*: Vorstellung der EDV-Arbeitshilfe »HPK-doku«
 - *Peter Grampp*: Datenschutz in einem Integrierten Psychiatrischen Dokumentationssystem
 - *Christian Reumtschüssel-Wiener*: Integrierte Dokumentation und Psychiatrieberaterstattung

Die Notwendigkeit von Dokumentation in ihrer bewahrenden wie in ihrer strategischen Funktion wird offenbar in allen Bereichen zu einem immer aktuelleren Thema. Die vielfältigen Probleme der Realisierung einer EDV-gestützten regionalen Dokumentation müssen angegangen werden. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE sollte sich auch hier um Implementationsprojekte bemühen.

Konzeption eines integrierten EDV-gestützten psychiatrischen Dokumentationssystems in einer Region

Peter Kruckenberg

Einleitung

Was wichtig ist – wird dokumentiert! Was dokumentiert wird – ist wichtig! Man müsste wirklich einmal darüber nachdenken, was wirklich wichtig ist, so wichtig, dass es dokumentiert werden sollte. Oder wissen Sie das?

Man muss schließlich auswählen aus der Unendlichkeit des Geschehens, um das festzuhalten, was später gebraucht wird. Natürlich sollte diese Auswahl konzeptgeleitet sein. Haben Sie den Eindruck, dass dies für Ihre Dokumentationsaufgaben gilt?

Wie auch immer, irgendwie haben wir verinnerlicht, dass das, was wir dokumentieren müssen, auch wichtig sein muss. Die Vor-schrift, dieses oder jenes zu dokumentieren, beeinflusst unsere gedankliche Auswahl aus der Vielfalt des Geschehens – bis in die Sprache:

Wenn ein Arzt das Erstgespräch mit dem Patienten dokumentiert, so ist dieses nicht überschrieben mit z.B. »Gesprächsbericht« oder »Erstkontakt«, es heißt: »*Exploration*«, Ausforschung, assoziativ verbunden mit dem Eindringen von Forschern in ein fremdes Land, um dieses auszumessen oder mit einem maulwurfsartigen Geschehen, in der Tiefe herumzugraben.

Unerlässlich ist es dann, einen »*psychopathologischen Befund*« festzuhalten, auch im zeitlichen Verlauf, und aus diesem eine »*Diagnose*« zu stellen. Wer dies tut, ohne weiter nachzudenken, könnte glauben, dass damit das »Wichtige« erfasst ist, was den Menschen, mit dem man gesprochen hat, kennzeichnet. Und in der Tat glauben das die meisten Psychiater, auch die sozialpsychiatrischen, immer noch mehr oder weniger – und gehen bei entsprechender Diagnose un-mittelbar über zur Medikation.

Natürlich sind psychopathologischer Befund und Diagnose nicht unwichtig – was manche glauben machen wollen – aber sie erfassen nur sehr wenig von dem Menschen, mit dem wir es zu tun haben, von seiner Lebensgeschichte, seinem Lebensumfeld, seinen beson-

Konzeption eines integrierten EDV-gestützten psychiatrischen Dokumentationssystems in einer Region

deren Fähigkeiten und Stärken oder auch Schwächen, seinem Austausch und seinen Auseinandersetzungen mit seinem Lebensumfeld, seinen Wünschen und Zielvorstellungen für die Zukunft. Davon wird in der Regel wenig dokumentiert, was suggeriert, dass es nicht wichtig sei, mit anderen Worten: Dass dieser besondere Mensch in seiner Lebenssituation, mit der damit verbundenen aktuellen, mittelfristigen oder längerfristigen Entwicklungsdynamik für die psychiatrischen Belange, weitgehend auf Krankheitsanamnese, psychopathologischen Befund und Diagnose reduziert werden kann.

Ich möchte damit zeigen, dass die Dokumentation auch ein Spiegel der psychiatrischen Grundhaltung ist, den man sich vielleicht nicht immer klar macht, und Sie auffordern, mit mir etwas genauer über das Dokumentieren nachzudenken.

Beim Dokumentieren kann man fast alles falsch machen. Man kann

- zu viel
- zu wenig
- zu unverbindlich
- zu unübersichtlich
- zu einseitig
- zu unwichtig
- zu wenig abgestimmt
- zu wenig geschützt
- zu wenig dokumentieren.

Zu viel: Stichwort Datenfriedhof – bringt nichts, ist Zeitvergeudung, wird nicht genutzt, erzeugt Wut und Ärger und Widerstand gegen Dokumentation überhaupt.

Zu wenig: Es entsteht kein Bild, wenigstens in ganz groben Umrissen von dem Klienten und seiner aktuellen Situation und unse-rem Handeln, das bei späterer Nutzung verständnis- und handlungs-leitend sein könnte.

Zu unverbindlich: Man kann sich nicht drauf verlassen, ob et-was Wichtiges oder Unwichtiges dokumentiert ist.

Zu unübersichtlich: Es gibt dicke Akten, in denen alles drinsteht, in denen man aber nichts findet.

Von der Einseitigkeit wurde oben schon gesprochen. Die Do-kumentation des Unwichtigen ist manchmal kurios (wenn auch nicht mehr so schlimm wie früher, wo über Monate die tägliche normale Körpertemperatur, der normale Puls, der erfolgreiche Stuhlgang und der ausseichende Schlaf festgehalten wurden).

Unabgestimmte Dokumentation ist immer noch die Regel, auch wenn, wie etwa bei der Behandlungs- und Betreuungsplanung, die Abstimmung unter einander und mit dem Klienten unabdingbar wäre.

Ungeschützt ist Dokumentiertes nicht selten: Zettel und Akten, die herum liegen, sind oft noch nicht einmal so schlimm wie Arztbriefe oder Gutachten, die die falschen Stellen erreichen.

Alles in allem führt schlechte Dokumentation zu Informationsverlusten, Fehlsteuerungen der Arbeit und zur Verletzung von Patientenrechten. Es lohnt sich also, sich über bessere Dokumentation Gedanken zu machen.

Beim Dokumentieren kann keiner alles richtig machen. Mit dem Dokumentieren ist es wie auch sonst mit Behandlung und Betreuung: Man kann sich bemühen, sich ständig zu verbessern, sowohl was die Struktur und die Technik des Dokumentationssystems, aber auch was die Kompetenz beim Dokumentieren angeht. Der subjektive Faktor – die Möglichkeit von Fehleinschätzungen oder menschliche Unzuverlässigkeiten – bleibt groß, sowohl bei der Gestaltung eines Dokumentationssystems wie bei dessen Anwendung.

Die bestehenden Dokumentationssysteme sind zumeist einrichtungsbezogen, zumindest was die Dokumentation des Behandlungs- oder Betreuungsprozesses angeht. Viele Klienten benötigen aber einrichtungsübergreifende, personenzentrierte Komplexleistungsprogramme, die multiprofessionelles Arbeiten über die Institutionsgrenzen hinaus erfordern. Bisher erfolgte dies in Form von Briefen, Telefonaten, Versendung von Befunden usw. mit, soweit ich sehe, einer Ausnahme, die in bestimmten Regionen regelmäßig genutzt wird: dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Richtig angewandt wird dieser Bogen bzw. das System von Bögen, von allen Beteiligten gemeinsam mit dem Klienten erarbeitet, liegt allen Beteiligten vor und ist sozusagen Orientierungsrahmen für die eigene einrichtungsbezogene Dokumentation.

Anforderungen an ein regionales Dokumentationssystem

Auch wenn das IBRP-Konzept in der Regel nur unvollkommen angewandt wird, so stellt es doch einen wichtigen Fortschritt dar und ließ den Gedanken aufkommen, ob es nicht Sinn machen würde, ein regionales einrichtungsübergreifendes psychiatrisches Dokumen-

tationssystem zu entwerfen, und zwar mit dem Ziel, dies EDV-gestützt umzusetzen, damit die technischen Voraussetzungen für einen schnellen Austausch und für gezielten Rückgriff genutzt werden können.

In der Expertengruppe für das Dokumentationsprojekt haben wir folgende Anforderungen an ein regionales Dokumentationssystem formuliert:

Es ist

1. konzeptionsgeleitet, d. h.
 - personenzentriert angelegt
 - auf ein ganzheitliches Gesundheits- bzw. Krankheitskonzept aufgebaut
 - auf erforderliche Daten begrenzt und übersichtlich strukturiert
2. prozessorientiert angelegt, d. h.
 - fördert Behandlungsplanung und Anpassung im Verlauf
 - gewährleistet Transparenz und Handlungssicherheit
3. auf Integration ausgerichtet, d. h.
 - fördert Abstimmung und Koordination
 - fördert eine gemeinsame Sprache
 - ermöglicht Leistungserfassung, Berichterstattung und Planung.

Konzeptionsgeleitet muss es sein, damit die verschiedenen Dienste und Einrichtungen Sachverhalte zu bestimmten Lebensbereichen des Klienten in einer analogen Struktur dokumentieren, weil man sich sonst nicht ohne Übersetzungsarbeit in jedem Einzelfall unterhalten kann.

In leichter Abwandlung des IBRP haben wir sechs Lebensbereiche formuliert als so genannten kategorialen Rahmen für die Dokumentation:

- Psychisches Befinden
- Körperliches Befinden
- Soziale Beziehungen
- Selbstsorge/Wohnen
- Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung
- Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

In all diesen Lebensfeldern spielen immer sowohl die in diesem

Zusammenhang vorhandenen Erfahrungen, Kompetenzen oder auch Fähigkeitsstörungen wie die damit zusammenhängende Situation im Lebensumfeld eine Rolle. Beide, Klient und Umfeld, entwickeln sich in der Zeit, sodass wir als Übersicht eine Rahmenstruktur für klientenzentrierte Dokumentation Lebensfeld und zeitbezogen gewählt haben (Abb. 1). Diese umfasst natürlich nicht nur die Informationen aus der Vergangenheit, sondern auch die der Lebensplanung für die Zukunft.¹

Wie Behandlung und Rehabilitation muss die Dokumentation prozessorientiert angelegt sein, in der Form eines zielorientierten, reflexiven Prozessmodells (Abb. 2). Dabei kann sie nicht nur im Sinne des Kreisprozesses spiralförmig fortschreiten, sondern muss gele-

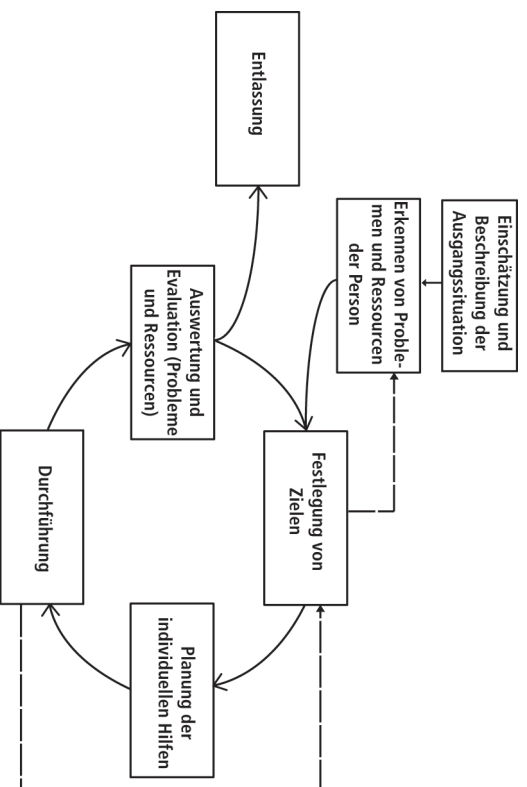


Abb. 2: Prozessmodell mit Rückkopplungsschleifen

	Erläuterungen	Lebensgeschichte (Vergangenheit)			Lebensplanung (Zukunft)		
		Lebensabschnitte	Vorgeschichte	Aktuelles	Akt. Planung	Mittelfrist. Planung	Langfrist. Planung
		(Jahre/Jahrzehnte)	(Wochen/Monate)	(Stunden/Tage)	(Stunden/Tage)	(Wochen/Monate)	(Jahre)
Zeiträume							
Kategorien							
Objekt. Lebensdaten							
Persönliche Entwicklung bzgl. Persönliche und soziale Beziehungen Selbstsorge/Wohnen arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung Tagesgestaltung/Freizeit/gesellschaftliches Leben Psychisches Befinden Körperliches Befinden	In den jeweiligen Lebensfeldern sind sowohl FÄHIGKEITSTÖRUNGEN als auch FÄHIGKEITEN z.B. zu deren Bewältigung zu vermerken.						
Umfeld bzgl. Persönliche und soziale Beziehungen Selbstsorge/Wohnen arbeitsähnliche Tätigkeiten/ Ausbildung Tagesgestaltung/ Freizeit/gesellschaftliches Leben Psychiatr. Behandlung Somatische Behandlung	Insbesondere stützende/be-lastende Aspekte/Erfordernisse für die Entwicklung des Klienten						
Zusammenfassende Beurteilung							

Aktueller

Zeitpunkt (heute)

Abb. 1: Rahmenstruktur für klientenzentrierte Dokumentation

¹ Differenzierungen vergleiche dazu Beitrag A. Brand in diesem Band.

gentlich zurückgehen, wenn sich etwa die Durchführung von Zielen als nicht realistisch erweist.

Dokumentation findet immer an bestimmten »Hauptpunkten« im Behandlungs- und Betreuungsprozess statt, entweder zu definierten Terminen oder bei bestimmten Anlässen. Vernetzte Behandlung und Betreuung erfordert aber die Abstimmung der psychiatrischen Helfer, sei es einer oder mehrerer Einrichtungen an »Knotenpunkten« und damit eine vernetzte Dokumentation (Abb. 3).

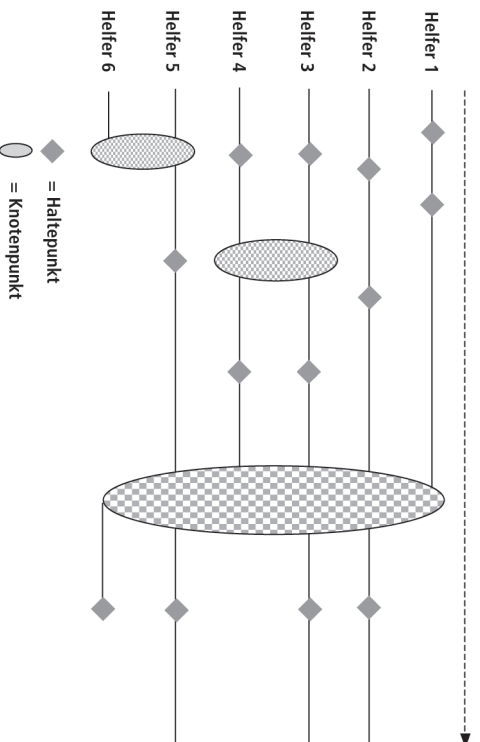


Abb. 3: Haltepunkte und Knotenpunkte

Von diesen Grundgedanken ausgehend haben wir versucht, ein klientenzentriertes integriertes regionales Dokumentationssystem und ein dazu komplementäres regionales System der Gesundheitsberichterstattung und Entwicklungsplanung etwas weiter auszubauen.²

Wir verbinden damit die Hoffnung, dass sowohl in den einzelnen Einrichtungen wie in den Regionen Dokumentation überdacht wird und einrichtungsübergreifend gemeinsam konzipiert wird. Dies ist aktuell besonders wichtig, weil an vielen Orten schrittweise EDV-gestützte Dokumentationssysteme eingeführt werden und weil ein

2 Siehe auch Beitrag A. Brand in diesem Band.

späteres Aufeinanderabstimmen EDV-gestützter Systeme außerordentlich aufwändig und kostspielig sein dürfte. Umgekehrt werden nach unserer Ansicht Bemühungen um ein regionales Dokumentationssystem die Entwicklung personenbezogener integrierter Hilfen und eines verbindlich strukturierten Gemeindepsychiatrischen Verbunds vorantreiben.

Das Integrierte Psychiatrische Dokumentationssystem: Struktur und Auswirkungen

Andreas Brand

Dokumentation ist nicht gerade sehr beliebt und wird häufig als notwendiges Übel angesehen, dem man sich wegen der Vorgesetzten oder rechtlicher Vorschriften ergeben muss. Die Vorteile werden weniger oft ausgesprochen, im Alltag jedoch häufig erlebt, nämlich wenn man auf Vorinformationen zurückgreifen kann oder auch Absprachen dadurch an Verbindlichkeit gewinnen, dass sie aufgeschrieben und für alle Beteiligten verfügbar sind. Besondere Bedeutung gewinnt das Informationsmanagement, wenn verschiedene Personen und vor allem Einrichtungen an der Behandlung und Betreuung eines Patienten/Klienten beteiligt sind (z.B. in einer miteinander verzahnten regionalen Versorgung). Voraussetzung für eine effiziente und nicht zu viel Zeit verbrauchende Dokumentation ist ein effizientes System, das in unserer Zeit gar nicht anders als EDV-gestützt sein kann.

Das Integrierte Psychiatrische Dokumentationssystem (IPDS) ist ein Schritt in diese Richtung. Es ist das vorläufige Ergebnis einer Arbeitsgruppe der AKTION PSYCHISCH KRANKE und ist soweit entwickelt, dass die Struktur, Verknüpfungen und weitere Anforderungen beschrieben sind. Hauptausgangspunkte waren, dass es EDV-gestützt sein soll und in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) anwendbar sein soll. Eine solche einrichtungsübergreifende Dokumentation ist mit zwei Zielrichtungen von Bedeutung. Einerseits hilft sie, bei den Patienten/Klienten, die parallel oder konsekutiv von verschiedenen Einrichtungen einer Region behandelt und betreut werden, Klarheit über Behandlungsziele und Vorgehen zu erhalten und somit sich widersprechende Ziele oder Doppeldiagnostik zu vermeiden. Andererseits ist eine einrichtungsübergreifende Dokumentation für Gesundheitsberichterstattung und Ressourcensteuerung erforderlich.

Die hierarchischen Ebenen des IPDS

Im IPDS existieren drei Ebenen

- die einrichtungsübergreifende,
- die einrichtungsbezogene und
- die Arbeitsbereichsebene.

Die Arbeitsbereichsebene besteht nur in solchen Einrichtungen, die über verschiedene Arbeitsbereiche verfügen (z. B. eine Klinik). Die einrichtungsbezogene Ebene wird nach wie vor eine große Rolle spielen, insbesondere für die ambulanten, teilstationären oder stationären Patienten einer Klinik, die nicht im komplementären System weiterversorgt werden. Die einrichtungsübergreifende Ebene ist das wirklich Neue und ermöglicht eine gemeinsam nutzbare Dokumentation bei gemeinsamen Patienten/Klienten.

Isomorph bzw. analog sind die Ebenen, weil auf jeder Ebene die Felder gleiche Bedeutung und Form haben: So existiert z.B. ein Feld Ziele hinsichtlich »Selbstsorge/Wohnen« auf jeder Ebene. Die Eintragung ist aber durch Datum und Ebene so charakterisiert, dass sie sich als Teil eines Behandlungsplans auf einer der drei Ebenen voneinander unterscheiden lassen.

Hierarchisch sind die Ebenen insofern, als zwar von der Arbeitsbereichsebene zur Einrichtungsebene und von dort zur einrichtungsübergreifenden Ebene Informationen fließen und somit eine Behandlungsplanung im GPV ermöglichen, jedoch von dort »herunter« die gemeinschaftlich festgelegten Ziele und Maßnahmen in die »draunter liegenden« Behandlungsplanungen aufgenommen werden müssen.

Dem gemäß unterscheiden wir *Basisdaten*, die bei einem gemeinsamen Patienten/Klienten im Rahmen des Datenschutzes gemeinsam genutzt werden, integrierte Daten (auf der einrichtungsübergreifenden Ebene), Einrichtungsdaten und Arbeitsbereichsdaten (Abb. 1).

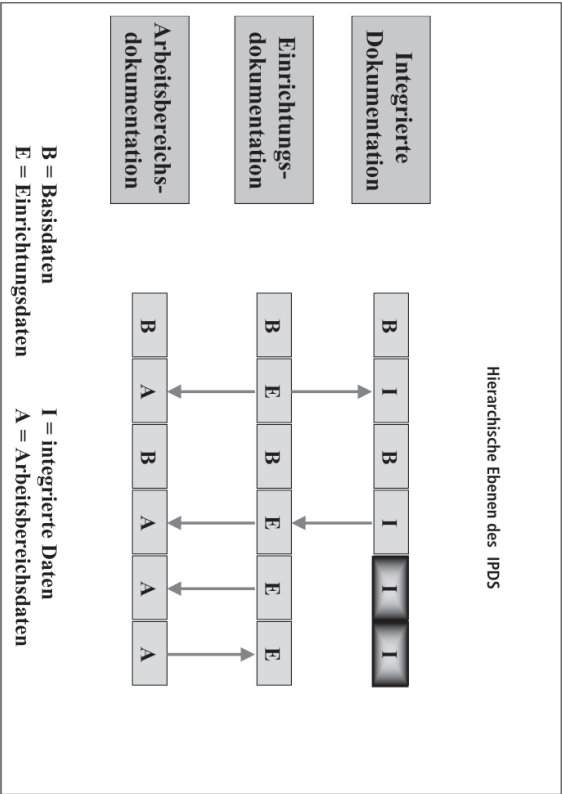


Abb. 1: Hierarchische Ebenen der IPDS

Die Lebensbereiche im IPDS

Durchgehend sind zur besseren Übersicht die Daten der Patienten/Klienten in sechs Lebensbereiche gegliedert, die sich an die Kategorien des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) anlehnen. Um sie auch für eine klinische und akute Diagnostik und Planung anwendbar zu machen, sind die Kategorien des IBRP jedoch ergänzt worden um den Bereich des körperlichen Befindens. Daher finden sich folgende sechs Lebensbereiche:

- Psychisches Befinden
- Körperliches Befinden
- Soziale Beziehungen
- Selbstsorge/Wohnen
- Arbeit
- Freizeit/gesellschaftliches Leben

Die Prozessorientierung des IPDS

Das IPDS ist prozessorientiert: Es ist mithin dynamisch und passt sich dem Behandlungsprozess an. Da der Behandlungs- und Betreuungsprozess meistens zyklisch verläuft, ist auch die Dokumentationsstruktur kreisförmig: Auf die Aufnahme in die Behandlungs- oder Betreuungseinrichtung mit entsprechender Datensammlung folgt die Diagnostik und Abklärung des Störungsbildes sowie der persönlichen Fähigkeiten und Umfeldressourcen. Auf dieser Grundlage wird die Behandlungsplanung entwickelt und dokumentiert (Ziele, Aufgaben falls erforderlich mit Arbeitsteilung zwischen den beteiligten Einrichtungen) und schließlich die Umsetzung im Alltag als Vorgehen und Verlauf dokumentiert. In vielen Fällen wird aufgrund einer positiven oder auch negativen Entwicklung eine neue Diagnostik oder Behandlungsplanung erforderlich, womit ein neuer Kreislauf beginnt. Die Abschlussdokumentation fasst die bisherige Dokumentation zusammen, zieht ein Fazit und dokumentiert die weiter geplanten Maßnahmen.

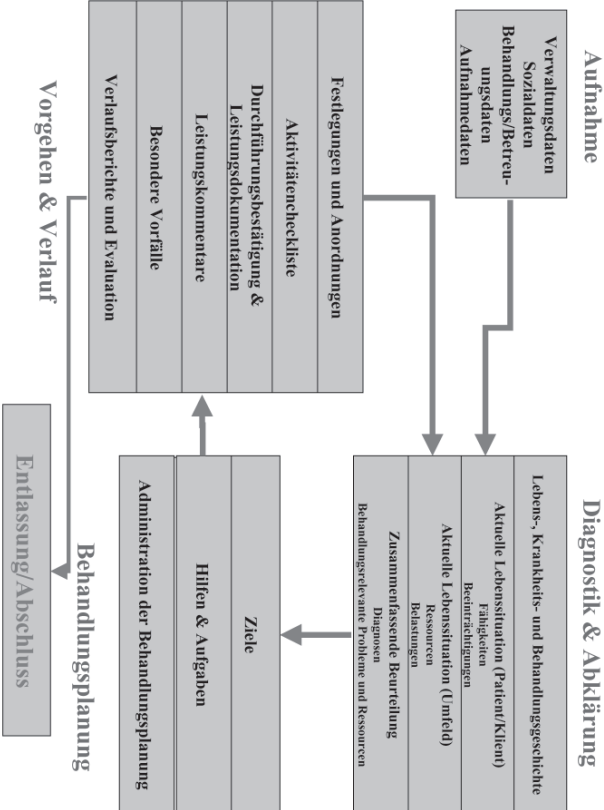


Abb. 2: Prozessorientierung des IPDS

Auswirkungen des IPDS

Man sollte sich von einem solchen Dokumentationssystem weder den Himmel versprechen noch die Hölle befürchten. Es wird nicht alle Kommunikationsprobleme lösen können und zudem Zeit einfordern, aber durchaus im Alltag machbar sein und für wesentlich mehr Transparenz sorgen als bisher.

Auf jeden Fall aber wird es bei konsequenter Anwendung den Alltag insofern ändern, als einige Probleme überhaupt erst dadurch deutlich werden. Ich will das an vier verschiedenen Punkten, die für eine patienten-/klientenzentrierte Versorgung von besonderer Bedeutung sind, exemplarisch verdeutlichen:

Wertschätzende Haltung

So wird ein Defizit an wertschätzender Haltung gegenüber den Patienten/Klienten (und Kollegen) auch durch eine Dokumentation möglicherweise erst sichtbar und fordert zu Gegenmaßnahmen (Weiterbildung, Supervision, konsequente Haltung der Einrichtung) auf. Auch hier im Konkreten darf man die Wirkung eines Dokumentationssystems weder unter- noch überschätzen: Wertschätzende Haltung spielt sich auf anderen Ebenen als der Dokumentation ab, wird dort aber auch deutlich. Zudem kann ein Dokumentationssystem einen eigenen Beitrag leisten, indem es wie das IPDS abweichende Meinungen von Patienten/Klienten und Angehörigen dokumentiert.

Gemeinsame Sprache

Ein Dokumentationssystem ist auf eine gemeinsame Sprachregelung der Beteiligten angewiesen, kann aber auch durch Aufzeigen von Verständnisproblemen dazu beitragen, eine solche Sprachregelung herbeizuführen. Wenn man sich mit Behandlungsplanung befasst, wird im Alltag sehr schnell klar, dass es schwer fällt, konkrete Ziele zu formulieren. Oft sind auch die »Instrumente«, die wir zur Behandlung einsetzen, nicht klar beschrieben, obwohl wir sie alltäglich reflexartig einsetzen. Hier kann das Bewusstsein des Fehlens einer gemeinsamen, erfahrungs- und wissensbasierten Sprachregelung dazu führen, sie zu entwickeln.

Handlungs- und Lösungsorientierung

Das IPDS ist unter anderem als handlungsleitendes und lösungsorientiertes Instrument entwickelt worden. Dies erfolgt durch seine Struktur und Dynamik sowie die zentrale Stelle der Behandlungsplanung. Dass diese handlungsleitende Funktion im Alltag tatsächlich aber auch wahrgenommen und genutzt wird, hängt jedoch nicht nur von der Struktur des Systems ab, sondern vor allem von der Haltung der nutzenden Menschen. Auch hier kann sich eine Wechselwirkung aufgrund der aufzeigenden Funktion des Dokumentationssystems und korrigierenden Reaktion des Umfelds (z. B. der Einrichtungsleitungen) entwickeln und zu einer Verbesserung von Haltung und Dokumentation führen.

Ressourcensteuerung

Schließlich hat das IPDS auch eine Bedeutung für die politische Ressourcensteuerung. Es liefert die Fakten und Zahlen für die Entscheidungen von Politik und Verwaltung. Es kann aber nichts darüber hinaus tun: Die Fakten alleine können die Haltung und das Handeln der Politiker nicht beeinflussen. Eine Wechselwirkung kann dadurch zustande kommen, dass von der politischen Seite andere oder genauere Zahlen gefordert werden.

Der IPDS bietet über die Verbesserung der reinen Dokumentation und das informationelle Zusammenwachsen im gemeindepsychiatrischen Verbund hinaus noch andere Chancen, aber darf damit auch nicht überfrachtet werden. Die zusätzlichen Chancen liegen im Aufzeigen von bisherigen Defiziten. Dieses Aufzeigen nützt jedoch nichts, wenn niemand hinsieht.

Vorstellung der EDV-Arbeitshilfe »HPK-doku«

Harald Goldbach

Kurzdarstellung

- »HPK-doku« ist eine EDV-Arbeitshilfe zur Erfassung und Verwaltung der Ergebnisse von Hilfeplankonferenzen in gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen.
- »HPK-doku« wurde entwickelt im Zusammenhang der Projekte der AKTION PSYCHISCH KRANKE zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der Versorgung psychisch kranker Menschen.
- »HPK-doku« unterstützt die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz, dient dem Qualitätsmanagement gemeindepsychiatrischer Verbünde und stellt Daten für Gesundheitsberichterstattung und Sozialplanung bereit.
- »HPK-doku« befindet sich inhaltlich wie technisch in fortlaufender Entwicklung; die wesentlich von Rückmeldungen der Anwender angetrieben wird.
- »HPK-doku« ist kostenlos erhältlich bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. oder dem Verfasser.¹

Anwendungsfeld Hilfeplankonferenz

Hilfeplankonferenzen sind ein Kernstück der praktischen Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes auf der regionalen Ebene. In über 20 Projektregionen sind sie mittlerweile etabliert. Davon inspiriert, ist darüber hinaus eine ganze Reihe weiterer Städte und Landkreise dabei, dieses Instrument einzuführen.

Aufgabe der Hilfeplankonferenz (HPK) ist im Wesentlichen die Überprüfung und Bestätigung der Hilfeplanung, die unter Mitwirkung der/des Hilfesuchenden von einer professionellen Bezugsperson erstellt wurde. Die Hilfeplankonferenz überprüft, ob alle relevanten Lebensbereiche in der Hilfeplanung berücksichtigt wurden, ob die dargestellten Probleme, Ziele und vorgesehenen Hilfen schlüs-

sig erscheinen und ob die Erbringung der vorgesehenen Hilfen sichergestellt ist. Sie trägt weiter Sorge dafür, dass die Abstimmung bei der Hilfeerbringung gewährleistet ist und benennt bzw. bestätigt dazu eine koordinierende Bezugsperson.

Die Beschlüsse der Hilfeplankonferenz werden in den Projektregionen von den Leistungsträgern (zumindest den Sozialhilfeträgern) als wesentliche Grundlage ihrer Kostenentscheidung genutzt.

Die in den Beschlüssen der Hilfeplankonferenz zusammengestellten Daten dienen vorrangig der Verwaltung des Einzelfalles. Hilfeplankonferenzen sind nicht verantwortlich für die Dokumentation der erbrachten Leistungen. Zu ihren Aufgaben gehört es auch nicht, Bedarfe im planerischen Sinn über die vorgestellten Einzelfälle hinaus zu ermitteln.

In der Praxis hat sich aber gezeigt, dass die Ergebnisse der HPK auch genutzt werden können, um Hinweise auf die Qualität und die Bedarfsgerechtigkeit des regionalen Versorgungssystems zu gewinnen.

Entstehungshintergrund

»HPK-doku« wurde entwickelt im Zusammenhang der Projekte der AKTION PSYCHISCH KRANKE zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Ausgangspunkt war die Frage, wie mit geringem Aufwand ein Wiedervorlagesystem für die Hilfeplankonferenz organisiert werden kann.

Die »Geschäftsführung« einer Hilfeplankonferenz muss den Überblick behalten, welche Klienten vorgestellt wurden und wann sie – nach Ablauf der vereinbarten Frist (drei bis 24 Monate, in den meisten Fällen nach zwölf Monaten) – zur erneuten Vorstellung anstehen. Bei der Wiedervorlage ist auch danach zu fragen, ob die verabredeten Hilfen umgesetzt werden konnten, und ob sich die angestrebten Ziele als realisierbar erwiesen.

Mit »HPK-doku« wurde versucht, den Betroffenen, zumeist kommunalen Psychiatriekoordinatoren, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das diese administrative Aufgabe erleichtert, und zugleich die so gewonnenen Daten für Auswertungen verfügbar macht.

Eingeflossen ist eine ganze Reihe von Formularentwürfen, die in den Projektregionen entwickelt worden waren. Ihre Verfasser haben wesentlichen Anteil am Zustandekommen dieser Arbeitshilfe.

¹ Download unter www.apk-ev.de

Leitlinie bei der inhaltlichen Ausgestaltung von »HPK-doku« war, nur Informationen zu erfassen, die nach der Besprechung eines Hilfeplanes in der HPK zur Verfügung stehen, ohne dass weitere Recherchen vorgenommen werden müssen.

Die Datenauswahl sollte sich auch im Interesse des Persönlichkeitsschutzes der Klienten auf ein Minimum beschränken. Auf keinen Fall sollten komplette Hilfepläne (inklusive der Probleme, Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen) gespeichert werden, sondern nur knappe Aussagen zur aktuellen Situation, den Zielen und vor allem den verabredeten Hilfen.

Leitlinien bei der Entwicklung der Arbeitshilfe »HPK-doku«:

- »HPK-doku« orientiert sich in erster Linie an den Anforderungen der Geschäftsführung von Hilfeplankonferenzen, der (zusätzliche) Aufwand für Datenerfassung und Eingabe soll so gering wie möglich gehalten werden,
- »HPK-doku« soll für Anwender ohne EDV-Spezialkenntnisse geeignet sein,
- »HPK-doku« soll im Rahmen üblicher Softwareausstattung einsetzbar sein und keine zusätzlichen Investitionen erfordern (die neue Access-Version ist hier möglicherweise schon der Grenzfall),
- »HPK-doku« soll durch die Anwender veränderbar bleiben (z. B. regionalspezifische Einrichtungsbezeichnungen oder Finanzierungsarten),
- »HPK-doku« soll durch Anwender-Feedback weiterentwickelt werden.

Leistungsspektrum

Die elektronische Speicherung eröffnet die Möglichkeit, über den engeren Zweck der Unterstützung bei der Vorbereitung und Protokollierung von Hilfeplankonferenzen hinaus aus dem angelegten Datenbestand Auswertungen vorzunehmen. Dies gilt für

- Leistungsdaten der Hilfeplankonferenz selbst (z. B. Anzahl der Sitzungen und der behandelten Fälle, Erstvorstellungen und Wiedervorlagen, Geltungsdauer der Beschlüsse etc.),
- die Zusammensetzung der Zielgruppe nach Alter, Geschlecht und Herkunft von innerhalb oder außerhalb der Versorgungsregion,

- die beschlossenen Hilfen nach Art, zeitlichem Umfang, vorgesehenem Leistungserbringer usw. (auch die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen kann erfasst werden),
- Finanzierungsarten,
- die Zuordnung zu koordinierenden Bezugspersonen,
- und, bei entsprechender Datenpflege in der Folge der HPK, auch die Umsetzung der vorgesehenen Hilfen und Maßnahmen.

»HPK-doku« kann somit

- die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz unterstützen,
- Auskunft geben über die Arbeit und Ergebnisse der HPK,
- Daten bereitstellen für die Gesundheitsberichterstattung und die Psychiatrie- bzw. Sozialplanung,
- dem Qualitätsmanagement regionaler Verbundsysteme dienen.

»HPK-doku« bietet jedoch keinen Ersatz für eine Leistungsdokumentation, weder für einzelne Versorgungsbausteine noch für einen regionalen Verbund.

Anwendung

Die Handhabung von »HPK-doku« ist ausführlich beschrieben im mitgelieferten Leitfaden. Zentrale Elemente sind Eingabemasken, einmal für die klientenbezogenen Stammdaten (Name, Anschrift, Alter) und zum anderen die auf einen HPK-Termin bezogenen Sitzungsdaten. Zu den Letzteren gehören die Ergebnisse der Hilfeplanung bzw. die Beschlüsse der HPK wie Diagnose, aktuelle und angestrebte Wohnsituation, Angaben zur Hilfeplanung, vorgesehene Hilfen und Maßnahmen, Angaben zur Finanzierung, Benennung der koordinierenden Bezugsperson und der Geltungszeitraum. Gegebenfalls können gravierende Änderungen nachgetragen werden, die sich im Verlauf der Durchführung des Hilfeplans ergeben.

Die Eingabe erfolgt mithilfe von Auswahlfenstern; so wird sichergestellt, dass nicht Schreibfehler die Datenerkennung bei der Auswertung verhindern. Die Inhalte der Auswahlfenster können beliebig verändert und erweitert werden.

Die Ergebnisse der individuellen Fallvorstellung lassen sich als Bericht ausgeben, der Klienten und koordinierenden Bezugspersonen ausgehändigt werden kann.

Durch die getrennte Speicherung von Klientenstammdaten und Sitzungsdaten sind anonymisierte Auswertungen aus der Gesamtheit der erfassten Fälle möglich. Dazu bietet die Arbeitshilfe einige Standardroutinen. Erfahrene Access-Anwender können selbst weitere Abfragen generieren. Die Arbeitshilfe ermöglicht jedoch auch die Datenausgabe als bearbeitbare Excel-Tabelle.

Fortlaufende Verbesserung

»HPK-doku« befindet sich inhaltlich wie technisch in fortlaufender Entwicklung. Frühere Versionen, die auf der Basis des Tabellenkalkulationsprogramms Excel gestaltet waren, wurden seit April 2002 in den Projektregionen und bei mehreren Workshops im Rahmen des Implementationsprojektes vorgestellt. Aus den Rückmeldungen der Anwender ergaben sich immer wieder Impulse für Verbesserungen.

Als aktueller Stand dieses fortlaufenden Entwicklungsprozesses liegt nun eine dritte Version vor, die als Basis das Datenbankprogramm »Access« verwendet.² Dieser Wechsel war notwendig geworden, weil »HPK-doku« mit neueren Excel-Versionen nicht mehr lauffähig war und sich mit Access die Erwartung besserer Auswertbarkeit verband.

Rückmeldung und Bezug

Rückmeldungen, Verbesserungsvorschläge und Modifikationen sind nach wie vor ausdrücklich willkommen (apk-bonn@netcologne.de). Verbesserte Versionen sollen den Projektregionen zur Verfügung gestellt werden.

Ihr kostenloser Download ist unter www.apk-ev.de möglich.

² Besonderer Dank für die Unterstützung bei diesem Schritt gebührt dem Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Kaiserslautern, Herrn Dr. Michael Merkert.

Datenschutz in einem Integrierten Psychiatrischen Dokumentationssystem

Peter Gramp

Datenschutz heißt Menschenrecht und ist als Vertrauensschutz innerster Teil des beruflichen Handelns. Darunter versteht man die Achtung der Unversehrtheit der Person, die nebst dem Körper auch die intimer Persönlichkeitsteile und somit auch der Daten beinhaltet. Damit obliegt es dem Patienten zu entscheiden, was er preisgeben will.

In der medizinischen bzw. sozialrechtlich geregelten Versorgung ergeben sich jedoch auch Spannungsfelder zwischen dem Grundrechtsanspruch des Individuums und den Ansprüchen der Gesellschaft nach Offenbarung von Daten. Diese dienen dem Zweck der Überprüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Diese Spannung zwischen den Interessen muss in diesem Fall dann der Rechtsgeber normativ regeln, was in den Sozialgesetzbüchern und Anhängen geschehen ist.

Für den Behandler bedeutet das, mit besonderer Sorgfalt dieses Spannungsfeld zu beachten. Dabei muss ihm präsent sein, dass sich Daten prinzipiell kontinuierlich über die Sphären des Geheimhaltungsinteresses verteilen. Dabei sind Daten einer geringeren Geheimhaltungsstufe, wie soziale Daten, deutlich von persönlichen, privaten und insbesondere intimen Daten zu unterscheiden, bei denen Letztere einer besonderen Schweigepflicht zu unterliegen haben. Jedoch sind es gerade diese Daten, die in der psychiatrischen Versorgung eine besondere Relevanz besitzen, da sich bei einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung gerade dort Ansätze des Handelns ergeben.

Für die Zuordnung der Daten gibt es keine Normativen, sondern nur das Interesse, das der Einzelne hat oder haben muss, dass die jeweiligen Daten nicht offenkundig werden. Hier treten dann auch erteilte Offenbarungsbefugnisse der Klienten und Patienten ein, wobei deren Daten außer durch den Datenschutz auch durch die besondere Schweigepflicht des § 203 StAB, die berufsständige Schweigepflicht und den Schweigerechten geschützt sind. Weitere Schutzregeln finden sich im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), dem Datenschutz der Kirchen, der Schweigepflichtnormen der Sozial-

gesetzbücher, der Krankenhausgesetze und der Länderverordnungen zum Datenschutz. In diesen Regelwerken befinden sich auch die Offenbarungsregelungen, die die Interessen der Öffentlichkeit an der Datenpreisgabe im Umfang festlegen und die Adressaten regeln.

Betrachtet man nun den Datenschutz im Rahmen einer Telekommunikation oder im Rahmen einer integrierten personenbezogenen Behandlung, wie es im Beispiel des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans zum Tragen kommt, so gilt prinzipiell Gleiches auch dort. Solange keine gesetzliche Normierung den Datentransfer regelt, ist der Patient/Klient der Herr des Verfahrens und regelt über Offenbarungsbefugnisse den Fluss seiner Daten. Die Offenbarungsbefugnisse sind jedoch nur dann gültig, wenn er die Konsequenzen, den Umfang, die Zweckbestimmung und den Adressaten seiner Daten kennt und eine freie Entscheidung treffen kann. Hier ergäbe sich ein Widerspruch, wenn eine Nichtfreigabe der Daten erhebliche Nachteile für den Patienten/Klienten beinhalten würde. Der »informed consent« beinhaltet weiterhin eine ausreichende und umfassende Informiertheit über das Verfahren, über die Beteiligten und über den Kreis der Wissenden. Für den Datenaustausch im Rahmen des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) kann kein stillschweigendes Einverständnis angenommen werden, da anders als in einer Klinik die Wissensbefugten für den Patienten/Klienten nicht von vornherein transparent sind.

In der Frage der EDV-technischen Datenübertragung sind zusätzlich nebst den Dokumentationskriterien der Vollständigkeit und Verfügbarkeit die Kriterien der Sicherheit und des Datenschutzes zu gewährleisten. Hier müssen kryptische Verfahren die Unleserlichkeit für Unbefugte sichern und eine Signatur klarlegen, wer der Absender der Daten ist.

Integrierte Dokumentation und Psychiatrieberichterstattung

Christian Reumschüssel-Wiener

Einleitung

Es liegt auf der Hand, die mithilfe eines integrierten, prozessorientierten Dokumentationssystems (IPDS)¹ gewonnenen Informationen nicht nur auf der Ebene von Hilfeprozessen einzelner Klienten zur Planung, Reflexion, Entwicklung und Steuerung eben dieser Prozesse einzusetzen, sondern auch auf höheren Aggregationsebenen von Patienten- bzw. Klientengruppen sowie von Hilfesystemen, sei es auf der Ebene von Funktionsbereichen, regionalen Hilfesystemen (Gemeindepsychiatrischen Verbünden) oder auf Landes- bzw. Bundesebene.

Im Rahmen des »personenzentrierten Ansatzes« ist auf die Notwendigkeit von (aggregierten) Informationen, d.h. einer zeitgemäßen Gesundheits- bzw. Psychiatrieberichterstattung hingewiesen worden, ohne die eine Qualitätssicherung, Entwicklungsplanung und Ressourcenzuweisung nicht möglich ist.²

Ein IPDS kann, aufgrund seiner versorgungsbereichsübergreifenden Struktur und Standards eine ganz besondere Potenz entfalten, indem – an den geeigneten Stellen und unter Berücksichtigung des Datenschutzes – es mit Routinen verbunden wird, die eine kontinuierliche Auswertung und Berichterstattung ermöglichen, ohne dass Daten redundant erhoben werden müssen.

Zweck der Psychiatrieberichterstattung

Als Teil einer Gesundheitsberichterstattung bekommt die Psychiatrieberichterstattung ein zunehmendes Gewicht auch in der politischen Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens. Insbesondere im Rahmen der Diskussion um »strukturierte Behand-

¹ Zum IPDS siehe die Beiträge von P. Kruckenberg und A. Brand in diesem Band.

² KRUCKENBERG et al. 1999: 324 ff.

lungsprogramme«, »integrierte Versorgung«, »evidenzbasierte« Behandlung und Rehabilitation sowie »lernender Gesetzgebung« wird nicht nur eine integrierte Dokumentation unerlässlich, sondern auch eine Berichterstattung, die Informationen zusammenfasst und bündelt. So fordert z. B. der »Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« eine integrierte trägerübergreifende Berichterstattung, die an gesundheitlichen Zielen sowie wirkungsorientiert ist und ein »Benchmarking« ermöglicht.³ Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich bereits 1989 für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung ausgesprochen und hierzu Indikatoren entwickelt. Sie hat sich darüber hinaus jüngst für eine regelmäßige Berichterstattung über die psychiatrische Versorgungssituation ausgesprochen.⁴

Psychiatrieberichterstattung ist vor allem für folgende Zwecke notwendig:⁵

- Sie dient zur Herstellung von Transparenz über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sowie der gesundheitlichen Versorgung insbesondere hinsichtlich deren Ressourcen (z. B. Finanzierung), deren Leistungen und Wirkungen. Sie dient damit nicht zuletzt dazu, eine öffentliche Debatte über gesundheitliche Ziele, Maßnahmen und Programme sowie eine Erfolgsbewertung anzuregen und zu versachlichen.
 - Sie dient als Informationsgrundlage für Entscheidungsgremien bzw. als Abstimmungs- und Entscheidungsgrundlage auf unterschiedlichen politischen Ebenen.
- Nur auf der Grundlage eines empirisch gesicherten Wissens über Versorgungsbedarfe und deren Entwicklung, eines Wissens über bestehende Versorgungsstrukturen, Versorgungsangebote und Versorgungsleistungen sowie deren Inanspruchnahme, deren Kosten und Wirkungen, können ziel- und sachbezogene Abstimmungsprozesse und Entscheidungen auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Dies gilt insbesondere für die Steuerung von Ressourcen und Budgets.

³ Sachverständigenrat 2001: 84.

⁴ Beschluss der 76. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 02. und 03. Juli 2003 in Chemnitz.

⁵ Vgl. hierzu: RÖSSLER/SALIZ 1996; BECKER/KLUGE/KALLERT 2001.

- Psychiatrieberichterstattung dient als Informationsgrundlage für die Bewertung (Evaluation) von Versorgungsstrukturen, politischen Programmen und gesetzlichen Regelungen.

Psychiatrieberichterstattung erlaubt nicht nur eine kritische Bestandsaufnahme von (regionalen und überregionalen) Versorgungsstrukturen, sondern auch eine kritische Bewertung von Reformprozessen wie z. B. eine Effektivitätsprüfung der eingesetzten Fördermittel und Investitionen. In diesem Zusammenhang stehen auch jüngere legislative Maßnahmen wie das SGB IX, die explizit als »lernende Gesetzgebung« angelegt sind und Regelungen enthalten, die die zielbezogene Evaluation ihrer einzelnen Maßnahmen beinhalten. Berichterstattung ist in diesem Zusammenhang eine Grundlage zur Implementationsforschung. Psychiatrieberichterstattung ist eine Herausforderung und Grundlage für epidemiologische Forschung und für Versorgungsforschung.

Auf der Grundlage von entsprechend erhobenen Daten bzw. Informationen sowie Kriterien und Indikatoren können epidemiologisch wichtige Erkenntnisse gewonnen werden über das Auftreten, die Verteilung und die Entwicklung von psychischen Krankheiten/Störungen. Das gilt sowohl in regionaler Hinsicht als auch hinsichtlich soziodemographischer Verteilung.

Darüber hinaus können auch wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die im Rahmen der Versorgungsforschung oder der Outcome-Forschung von Interesse sind. Hierzu gehören Fragen, wie z. B. Versorgungsbedarfe und die Inanspruchnahme von Leistungen (Über- und Unterversorgung), die Effektivität und Effizienz von Versorgungsleistungen und vernetzten Hilfesystemen. Es können damit auch Erkenntnisse gewonnen werden, die im Rahmen der Entwicklung und Evaluation von Behandlungselementen, evidenz-basierter Medizin und Disease Management eine zunehmende Bedeutung erlangen.

- Psychiatrieberichterstattung ist eine Informationsgrundlage für das Qualitätsmanagement einzelner Leistungserbringer (Einrichtungen und Dienste der Versorgung) als auch von Hilfesystemen wie gemeindepsychiatrischen Verbänden. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Struktur- wie auch der Prozess- und Ergebnisqualität.

Eine Psychiatrieberaterstattung kann ihre Funktion jedoch nur dann angemessen erfüllen, wenn die folgenden Bedingungen angemessen erfüllt sind:

Eine Psychiatrieberaterstattung muss sich an Versorgungsleitlinien orientieren und hierauf aufbauend die entsprechenden Indikatoren, Kriterien und zu erhebenden »Items« entwickeln, da auf dieser Grundlage eine kritische Bestandaufnahme, eine Bewertung sowie Planung bzw. Steuerung im Sinne von zielbezogenen Entscheidungen möglich ist. Die reformpolitischen Zielvorstellungen liegen seit der Psychiatrieenquête 1975 vor und sind für das »Dokumentationsprojekt« im Rahmen des »personenzentrierten Ansatzes« der AKTION PSYCHISCH KRANKE formuliert worden.⁶

Eine Psychiatrieberaterstattung kann nur dann ihre Zwecke erfüllen, wenn die für sie notwendigen Daten und Informationen systematisch und verlässlich dokumentiert werden. Damit steigen die Anforderungen an Dokumentation auf den unterschiedlichen Ebenen. Es muss gewährleistet sein, dass die zu dokumentierenden »Items« sektor- und bereichsübergreifend eine identische Struktur haben oder darauf zurückgeführt werden können, sodass eine »integrierte« Psychiatrieberaterstattung möglich wird.

Auf diesen Grundlagen ist ein Regionen übergreifender Standard zur Psychiatrieberaterstattung zu entwickeln, der für die Systemebene relevante Daten und Indikatoren beinhaltet, die einerseits in der Lage sind, regionale »Qualitäten« zu beschreiben als auch »inter-regionale« Vergleiche im Sinne eines »Benchmarkings« ermöglichen.

Psychiatrieberaterstattung in Deutschland

Im Gegensatz zum angloamerikanischen und skandinavischen Ausland ist eine integrierte, d. h. bereichsübergreifende und prozessorientierte Psychiatrieberaterstattung »Terra Incognita« in Deutschland. Zwar liegen an unterschiedlichen Stellen, wie der Gebietskörperschaften, der unterschiedlichen Leistungsträger oder auch der unterschiedlichen (Verbände der) Leistungserbringer zum Teil eine Fülle von Daten vor,⁷ sie sind jedoch weit entfernt davon

zu einer integrierten Beraterstattung zusammengefasst werden zu können. Die unterschiedlichen Institutionen erheben in der Regel bereichsspezifische Daten nach unterschiedlichen Kriterien und Indikatoren. Sie sind wenig kompatibel untereinander. Darüber hinaus folgen sie einer quantitativ orientierten Logik. Dies hat zur Folge, dass zum Beispiel verwendete Messziffern etc. nur begrenzten Aussagewert haben, da sie eben nicht auf Hilfesysteme reflektiert werden (können). Weiterhin fehlen in der Regel qualitative Kriterien und Indikatoren sowie prozessorientierte Aussagen, die in der Lage wären die psychiatrischen Hilfesysteme in Bezug auf ihre besonderen Betreuungs-, Träger- und Kostenstrukturen hinreichend zu erfassen. Die Auswirkungen beschreiben Rössler und Salize: »Administration, Träger und einzelnen Einrichtungen mangelt es an abgesicherten Informationen zur Bestimmung ihrer Leistungsfähigkeit, ihres Standortes innerhalb der Gesamtversorgung und ihrer künftigen Praxis. Dieser Mangel fördert Fehlplanungen auf allen Versorgungsebenen. Dies gilt gleichermaßen für Investitionen auf Einrichtungsebene ebenso wie für Gremien mit Richtlinienkompetenz. Es besteht ein hohes Risiko, dass Weichenstellungen mit möglicherweise jahrzehntelanger Folgewirkung auf der Basis mangelhafter und ungenügend abgesicherter Informationen erfolgen«.⁸

Diesem Mangel gilt es Abhilfe zu schaffen.

Im Folgenden werden Anforderungen formuliert, die eine Grundlage darstellen können, einen Regionen übergreifenden Standard zur Psychiatrieberaterstattung zu formulieren.

Anforderungen, Struktur und Inhalte einer Psychiatrieberaterstattung

Grundsätzlich können vier Anforderungen an eine Psychiatrieberaterstattung formuliert werden: Sie muss integriert, prozessorientiert, qualitätsorientiert und nutzerorientiert sein.

Integriert bedeutet in diesem Sinne, dass die Beraterstattung bereichsübergreifend angelegt sein muss. Sie muss damit die unterschiedlichen Versorgungsbereiche, wie den klinischen, außerklinischen Bereich, den (teil-)stationären und ambulanten Bereich und die unterschiedlichen Bereiche der Behandlung, Rehabilitation und

⁶ Vgl.: KRUCKENBERG et al. 2003: Kap. 1.3.

⁷ Einen Überblick geben RÖSSLER/ SALIZE 1996.

⁸ RÖSSLER/SALIZE 1996: 2.

Eingliederung sowie Pflege etc. auch in ihren Zusammenhängen beschreiben können. Die Psychiatrieberichterstattung muss deshalb eine Systemperspektive beinhalten.

Prozessorientiert bedeutet, dass die Berichterstattung in der Lage sein muss, auf der Klientenebene (aggregierte) Versorgungsverläufe nachzuziehen. Von besonderer Relevanz hierbei sind langfristige und – vor allem – komplexe Behandlungs- und Rehabilitations-/Eingliederungsverläufe.

Prozessorientierung bedeutet aber auch, dass die zielgerichtete Entwicklung von Hilfesystemen abgebildet werden kann. Hier geht es insbesondere um die Entwicklung von Ressourcenausstattung (Einbeziehung der Leistungsträger), der Entwicklung von Verbundstrukturen sowie der Wahrnehmung von regionaler Versorgungsverpflichtung.

Qualitätsorientierung meint, dass eine (regionale) Psychiatrieberichterstattung sich nicht nur auf die Darstellung bestimmter quantitativer Daten beschränkt, sondern dass auch – nicht zuletzt zur Bewertung – qualitative Anforderungen, Ziele, Kriterien und Indikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Verbundsystemen und der dort ablaufenden Prozesse beschrieben bzw. ermittelt werden können. Psychiatrieberichterstattung muss mehr den Charakter von zielgerichteten und entwicklungsbezogenen Qualitätsberichten bekommen.

Die *Nutzerorientierung*, sofern sie nicht als ein Kriterium der Qualität angesehen wird, erfordert, dass die Perspektive der Nutzer in eine Psychiatrieberichterstattung einzubeziehen ist. Dies bezieht sich einerseits auf die Formulierung von qualitativen Anforderungen und Zielen und andererseits darauf, dass in eine Berichterstattung die Ermittlung von Klientenzufriedenheit sowie der Entwicklung von Lebensqualität einzubinden ist.

Eine Psychiatrieberichterstattung muss sich damit auf Daten bzw. Informationen aus folgenden Bereichen beziehen:

- Daten mit Bezug zu Patienten/Klienten
- Daten mit Bezug zum regionalen Hilfesystem
- Daten mit Bezug zur Versorgungsregion

Daten mit Bezug zum Patienten/Klienten

Hierbei handelt es sich um Daten, die – in anonymisierter und aggregierter Form – zwar für die Berichterstattung von Interesse sind, jedoch erhoben bzw. dokumentiert werden mit Bezug zu einzelnen Klienten und konkreten Behandlungen. Dies bedeutet: Sie stehen in einem engen Zusammenhang zum IPDS und seinen »Dokumentationsblöcken«.⁹ Ziel ist es hierbei, die erforderlichen Daten und Informationen – je nach Zielsetzung – direkt aus den Angaben in den Patientenakten zu generieren. Notwendig ist deshalb, dass es einen »generellen« Datensatz gibt, der – im Sinne eines »Kerndatensatzes« Daten beinhaltet, die standardmäßig ausgewertet werden müssen und einen »optionalen« Datensatz, der speziellen Fragestellungen und Auswertungen vorbehalten bleibt. In jedem Fall ist eine strenge Anonymisierung durch Verschlüsselung (Pseudonymisierung) zu gewährleisten. Von Interesse sind:

- Verwaltungsbezogene Daten
- Diese Daten dienen dazu, z. B. Angaben über die rechtliche Situation der versorgten Klienten zu machen. In Verbindung mit Leistungs- und Verlaufsdaten dienen sie vor allem dazu, Erkenntnisse über die Finanzierungsstrukturen von Maßnahmen, Einrichtungen und Verbünden zu generieren. Dies gilt insbesondere für diejenigen Komplexleistungen, bei denen mehr als eine Einrichtung/Träger an der Leistungserstellung und -finanzierung beteiligt ist.

- Epidemiologische und Soziodemographische Daten
- Sie dienen u. a. dazu, Aussagen über die Prävalenz und Inzidenz sowie Verteilung von psychischen Störungen sowie die soziale Integration psychisch kranker Menschen zu treffen. Sie haben auch in Verbindung mit anderen Daten eine Bedeutung zur Qualitätssicherung. Hierzu gehören z. B. die Inanspruchnahme durch definierte Zielgruppen, Über- und Unterversorgung, Fehlbelegungen oder »regionen-externe« Belegungen und Verweise. *An dieser Stelle wird deutlich, dass es für die Psychiatrieberichterstattung extrem wichtig ist, vergleichbare Daten von Klienten zu erhalten, die außerhalb der versorgungsverpflichteten Region Hilfen erhalten.* Dieses Problem verweist noch einmal auf die

⁹ Siehe den Beitrag von A. Brand in diesem Band.

Bedeutung von grundlegenden Anforderungen und Zielsetzungen sowie eines übergreifenden Standards zur Berichterstattung und Regionen übergreifender Sammlung bzw. Differenzierung der Daten.

- **Bedarfs- und Leistungsdaten**

Diese Daten können z.B. Aufschluss darüber geben, wie die vorhandenen Ressourcen ziel- und zielgruppenspezifisch geplant bzw. verwendet werden und können so Aufschluss über das Leistungsgeschehen in Einrichtungen und Verbünden, Bedarflagen und Versorgungslücken etc. geben.

- **Verlaufsdaten**

Sie haben eine wichtige Funktion für ein Qualitätsmanagement. Dies gilt sowohl für die Prozess- als auch die Ergebnisqualität. Es können z.B. über die Dauer von Behandlungsprozessen, die hierbei beteiligten Leistungserbringer Erkenntnisse gewonnen werden. Darüber hinaus können dokumentierte Ergebnisse von Veränderungen in der Symptomatik, (sozialer) Kompetenzbereiche und Eingliederung sowie Dokumentationen über z. B. Suizide, Zwangsmaßnahmen etc. als indirekte Indikatoren für die Ergebnisqualität betrachtet werden.

Ergänzt werden diese Informationen durch die Ergebnisse von Nutzerbefragungen.

Daten mit Bezug zum regionalen Hilfesystem

Für eine Psychiatrieberaterstattung sind auch Daten und Informationen von Belang, die sich nicht mit Bezug auf Patienten generieren lassen. Hierzu gehören z.B. Informationen über das Leistungsspektrum, die Ausstattung und Struktur von Einrichtungen bzw. regionaler Hilfeangebote sowie über die zur Verfügung stehenden Ressourcen in personeller, sächlicher und finanzieller Hinsicht. Diese Daten ergeben aggregiert Aufschluss über die regionale Ausstattung mit Hilfeangeboten und Ressourcen und leisten damit auch einen Beitrag zur Bewertung der Strukturqualität von Einrichtungen und Hilfesystemen. Darüber hinaus können diese Daten i. V. m. klientenbezogenen Daten ergänzende Erkenntnisse über Struktur-, Leistungs- und Ergebnisse von Versorgungssystemen und -prozessen liefern.

Es ist notwendig, dass – analog zur elektronischen Patientenakte – ein »Modul« im IPDS enthalten ist, das Angaben über die an der regionalen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen und Dienste enthält (Elektronische Einrichtungsakte). Hierzu gehören Angaben:

- zur Einrichtung und Versorgungsauftrag,
- über die personellen, sächlichen und finanziellen Ressourcen,
- über die angebotenen Leistungen und Maßnahmen inkl. der Leistungsträger
- Angaben zur Qualität und des Qualitätsmanagements
- Angaben zur Kooperation und Vernetzung

Die angebotsbezogenen Daten werden zunächst auf der Ebene der einzelnen in der Region vorfindbaren Leistungserbringer generiert und sollten auf Verbundebene (oder höheren Ebenen) aggregiert werden können. Darüber hinaus müssen die angebotsbezogenen Daten mit den klientenbezogenen Daten verknüpft werden können, um so für einen Berichtszeitraum Aussagen über das Leistungs- und Versorgungsgeschehen hinsichtlich einzelner Einrichtungen, Funktionsbereiche etc. des Verbunds generieren zu können.

Ergänzt werden müssen diese Daten mit Daten zur regionalen Qualität und Zielformung des psychiatrischen Hilfesystems.

Für die Psychiatrieberaterstattung sind darüber hinaus Daten und Informationen von Interesse, die sich nicht aus der Aggregation von klienten- oder einrichtungsbezogenen Daten ergeben. So lassen sich zwar z. B. die an einem GPV beteiligten Einrichtungen, die Leistungsangebote eines GPV sowie dessen Budget aus einrichtungsbezogenen und klientenbezogenen Daten aggregieren, nicht jedoch z. B. die Fragen, ob ein GPV formal geregelt ist oder ob es einen Psychiatriekoordinator gibt. Derartige Fragen sind jedoch für die Beraterstattung von Interesse, da sie Indikatoren des Entwicklungsstandes eines GPV darstellen können. Auch hier ist die Folgerung, dass es im Dokumentationssystem ein »Modul« geben muss, das auf der Ebene eines regionalen Hilfesystems (GPV) Informationen und Daten enthält, die an anderer Stelle des Dokumentationssystems nicht zu generieren sind. Mit dem »Bogen zur regionalen Selbsteinschätzung und Zielformung in der Psychiatrie« (ReZiPsych) ist im Rahmen des »Implementationsprojektes« ein Instrument vorgelegt worden, das diesbezüglich die erforderlichen Bestandsdaten als auch die ziel- und entwicklungsbezogenen Informationen enthält.

Daten mit Bezug zur Versorgungsregion

Für eine Gesundheitsberichterstattung ist es sinnvoll, auch Informationen über die Versorgungsregion selbst zu verwenden. Epidemiologische Daten oder Daten über Angebots- und Leistungsstruktur eines Versorgungsgebietes können mit Bezug zu regionalen Daten, wie z. B. Einwohnerzahl, Fläche, Sozialstruktur u.a. einer vertiefenden und vergleichenden Analyse unterzogen werden. Darüber hinaus lassen sich Erkenntnisse über mögliche Versorgungsbedarfe, z. B. durch die Verwendung von »Jarman-Indikatoren«, gewinnen.

Berichterstattung im Datenmodell

Unter EDV-technischen Gesichtspunkten gestaltet sich die Generierung der erforderlichen Daten zur Psychiatrieberichterstattung in der Form, dass – unter idealtypischen Modellbedingungen – die an unterschiedlichen Orten generierten »Ur-Daten« in der Berichterstattung aggregiert und ausgewertet werden. Dieser Prozess gestaltet sich wie folgt:

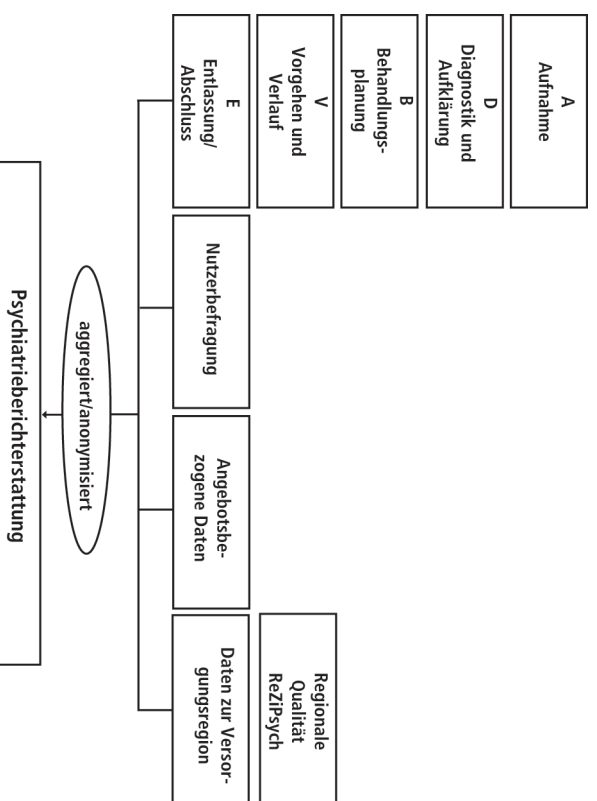


Abb. 1: Berichterstattung im Datenmodell

Zusammenfassung

Mithilfe eines EDV-gestützten Dokumentationssystems können Daten und Informationen, die für eine Psychiatrieberichterstattung von Relevanz sind, unter Verwendung von dokumentierten »Ur-Daten« aussagekräftig aggregiert und verarbeitet werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die Daten von den beteiligten Akteuren nicht nur dokumentiert, sondern auch nach einem kompatiblen Datenmodell dokumentiert werden. Darüber hinaus fallen nicht nur Daten bzw. Informationen an, die sich aus einer patientenzentrierten Dokumentation generieren lassen, sondern notwendig werden zusätzliche Komponenten, die auf Einrichtungsebene und auf regionaler Systemebene angesiedelt sind.

Für eine Psychiatrieberichterstattung ist die Aggregation von Daten durch »Auswertungsroutine« notwendig. Die Möglichkeiten der Auswertung sind, entsprechend der in den einzelnen Dokumentationsblöcken und Komponenten angeführten Items äußerst vielfältig. Es ist bereits oben darauf hingewiesen worden, dass ein verbindlicher Standard zur Psychiatrieberichterstattung fehlt. Ein solcher ist jedoch notwendig, um eine Auswertung verbindlich zu gewährleisten.

Als wichtigste Ebene der Berichterstattung und damit der Aggregation gilt die Ebene des regionalen Versorgungssystems. Hierbei wird unterstellt: Wenn die Daten auf dieser Ebene aggregierbar sind, dann sind sie auch auf der Ebene einzelner Einrichtungen oder einzelner Versorgungsbereiche (Funktionsbereiche) aggregierbar und können so auch auf »unteren« Ebenen zur Berichterstattung herangezogen werden. Darüber hinaus: Wenn unterschiedliche Versorgungssysteme dieselbe Systematik (Items) für die Berichterstattung verwenden, dann sind die Daten auch auf höheren Ebenen (Land, Bund) aggregierbar. Es ist sinnvoll, dass die zu erhebenden Daten und (aggregierten) Informationen, die für eine Psychiatrieberichterstattung relevant werden, eine Kompatibilität zu bereits weit verbreiteten Dokumentationen aufweisen, da hierdurch eine Akzeptanz erzielt werden kann und redundante Dateneingabe vermieden wird.

Es ist auf eine wichtige Entwicklungsmöglichkeit hinzuweisen: Zwar sind Daten aus einem IPDS als eine Voraussetzung für eine aussagekräftige Berichterstattung zu sehen. Es kann jedoch auch ein umgekehrter Fall eintreten.

Sofern ein übergeordneter, verbindlicher Standard definiert wird, der bestimmte Anforderungen an die Berichterstattung definiert, können hierdurch Impulse geschaffen werden, die Leistungserbringer und Verbundsysteme anhalten, ihre Dokumentationen entsprechend dieses definierten Standards anzupassen.

Durch einen vorgegebenen Standard kann eine integrierte und entwicklungsbezogene Berichterstattung eingeführt werden, die neben den eingangs bezeichneten Zielen auch als ein Instrument des »Benchmarking« fungieren kann.

Es kann ein Impuls gesetzt werden, der Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung und Verbundsysteme dazu anhält, ihre Bemühungen hinsichtlich der Einführung integrierter Dokumentationssysteme zu intensivieren.

Literatur

1. BECKER T, KLUGE H, KALLERT TW. Standardisierte Dokumentation und Psychatrieberichterstattung. In: KALLERT TW, BECKER T (Hg.). Basisdokumentation in der Gemeindepsychiatrie. Entwicklung und Erprobung eines Instrumentes für den komplementären Versorgungsbereich. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001: 155–182.
2. KRUCKENBERG P, KUNZE H, BRILL KE, CROME A, GROMANN P, HÖLZKE R, KRÜGER U, STAHLKOPF D. Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band I. Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«. Bonn: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 116, Nomos, 1999
3. KRUCKENBERG P, REUMSCHÜSSEL-WIENERT C, BRAND A, GRAMPP P. Konzeption eines integrierten patientenzentrierten Dokumentationssystems im Gemeindepsychiatrischen Verbund (IPDS). Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems in einer Modellregion – Dokumentationsprojekt«. Im Erscheinen.
4. RÖSSLER W, SALIZE HJ. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen. Baden-Baden: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 77, Nomos, 1996
5. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung. www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutalt1e.htm

Evaluation

Einführung

Petra Gromann

Im Folgenden sind fünf Beiträge ausführlich dokumentiert, die sich alle – zum Teil mit sehr aufwändigen Verfahren – um die Evaluation personenzentrierter Hilfen bemüht haben.

Albrecht Hegener schildert zusammengefasst ein Projekt der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg, das wesentlich zur Klärung der Validität von Leistungseinschätzungen durch personalisierte Hilfeplanungsverfahren beigetragen hat. Damit eng verbunden ist die Frage einer leistungsbezogenen Vergütung und der Steuerung von (regionalen) Budgets – auch hier werden wichtige und bedeutsame Evaluationsergebnisse berichtet.

Der Beitrag von *Michael Welschhold-Greife* schließt sich an: Er dokumentiert die Inanspruchnahme aller stationären und ambulanten Leistungen in einer psychiatrischen Versorgungsregion (München-Süd) für eine Untersuchungsgruppe und ordnet dieser Inanspruchnahme Kosten zu. Dieser Beitrag macht deutlich, dass die von personenzentrierten Ansätzen geforderte Koordination und Abstimmung in der Praxis bisher wenig genutzt wird, stationäre Kosten im Bereich der Behandlung und Betreuung dominieren.

Der Beitrag von *Hermann Elgeri* und *Lothar Schlieckau* schildert die Evaluation einer neuen Verfahrensregelung zur koordinierten Hilfeplanung in einer Versorgungsregion (Hannover). Auch hier wird die Bedeutung der Steuerung für den Grundsatz »ambulant vor stationär« deutlich, die die Notwendigkeit einer Prozesskontrolle integrierter Hilfeplanung betont.

Patrizia di Tolla berichtet von einer Evaluation der Umsetzung des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplanes durch eine Befragung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Diese bestätigt die Akzeptanz des Verfahrens, erarbeitet Verbesserungsvorschläge und dokumentiert, dass eine Umstellung auf personenzentrierte Hilfen auch in einem zeitlich sehr engen Verfahren gelingen kann.

Nils Greve schildert die langjährigen Erfahrungen mit »Nutzerbeteiligung«. Hier erfolgt eine laufende Bewertung von Aspekten der Arbeit durch Klienten, Angehörigen und ehrenamtliche Bürgerhelfer.

Unter www.psychiatrie.de/apk sind noch Stichworte notiert – ein Vortrag, der wegen Zeitüberschreitung nicht mehr gehalten wurde. Dieser sollte sich mit den Grundsätzen einer Evaluation durch die Nutzer selbst beschäftigen.

Evaluation qualitativer und quantitativer Hilfeplanung – Personenzentrierung in der Praxis als Grundlage für die zukünftige Versorgungs- und Vergütungsstruktur

Albrecht Hegener

Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg hat in der Zeit von Januar 2000 bis Ende 2002 ein Projekt »Personenzentrierung in der Praxis – Die Grundlage für die zukünftige Versorgungs- und Vergütungsstruktur« durchgeführt.

Ausgangslage für das Projekt

In Baden-Württemberg wurde Ende 1998 zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern ein *Rahmenvertrag* zur Umstellung auf das mit der Novellierung des BSHG geforderte, neue Vergütungssystem beschlossen. Gegenstand des Vertrags waren ausschließlich der stationäre und der teilstationäre Bereich. Der ambulante Bereich war ausgespart; für ihn sollte später ein eigener Rahmenvertrag geschlossen werden.

Die Umstellung auf das neue Vergütungssystem – mit der Unterteilung in Hilfebedarfsgruppen – wurde Anfang 1999 budgetneutral vorgenommen. Für die Einteilung in Hilfebedarfsgruppen wurde das *HMB-W-Verfahren* nach Frau Dr. Metzler verwendet.

Zwar gab es bereits vor dem Abschluss des Rahmenvertrags innerhalb der Liga-Verbände – auf Ausschussebene – ein deutliches Votum für die Einführung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP), gleichwohl war es zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, ihn dort auch zu verankern. Es gelang aber die Verankerung einer *Öffnungsklausel* im Rahmenvertrag. Sie besagt, »dass die Vorschriften des Rahmenvertrags so auszulegen sind, dass sie mit der Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch kranker Menschen übereinstimmen« (§ 1 Abs. 4).

Das *Spannungsverhältnis* zwischen der Forderung nach Anwendung des IBRP bzw. der konsequenten Ausrichtung am personenzentrierten Ansatz einerseits und der Beibehaltung der institutionsorientierten Sichtweise, wie sie mit dem Rahmenvertrag zum Ausdruck kam, war eine der Triebfedern, um das Projekt zu konzi-

pieren und es umzusetzen. Darüber hinaus ging es auch darum, die Öffnungsklausel mit Leben zu erfüllen. Eine Arbeitsgruppe der Liga nahm sich dieser Aufgabe Ende 1998 an und entwickelte in der Folge die Konzeption des Projekts. Das Projekt wurde schließlich Ende 1999 von der Mitgliederversammlung der Liga – dem höchsten Gremium der Liga – beschlossen. Das Projekt ging folgenden *Prägestellungen* nach:

- Lassen sich mittels IBRP die vom Gesetz geforderten Hilfebegriffsgruppen bilden?
- Lassen sich daraus leistungsgerechte Preise ableiten, die den Anforderungen des § 93 BSHG Rechnung tragen?
- Ist eine einrichtungsbezogene budgetneutrale Umstellung zu einem Stichtag möglich?

Im Kern handelte es sich also darum, die *Machbarkeit* eines Hilfeplanungs- und Finanzierungssystems auf der Basis des IBRP zu überprüfen.

Ablauf des Projekts

Das Projekt gliederte sich in sechs Abschnitte

Phase	Inhalt	Zeitraum
1	Vorbereitung	01/2000 – 08/2000
2	Schulung der Einrichtungen/IBRP-Beauftragter	09/2000–11/2000
3	Hilfeplanung und Leistungsdokumentation	11/2000–03/2001
4	Betriebswirtschaftliche Untersuchung	05/2001–09/2001
	Zwischenauswertung	10/2001
5	Kontrollehebung	01/2002–03/2002
6	Schlussauswertung und Berichterstellung	04/2002–12/2002

Die Ausschreibung wurde ligaweit vorgenommen. Ein Kriterium für die Auswahl war das Vorhandensein erster Kenntnisse in Sachen IBRP. Ein weiteres war struktureller Art: Es sollte eine gewisse Bandbreite von Einrichtungen – ambulante wie auch stationäre – vertreten sein. Zu guter Letzt musste eine zahlenmäßige Begrenzung auch wegen des damit verbundenen Untersuchungsaufwands vorgenom-

men werden. Folgende – in verschiedenen Landkreisen verortete – *Angebote* waren schließlich im Projekt vertreten:

Art des Angebots	Dokumentierte	Anzahl Einrichtungen
	Fälle	
Ambulant betreutes Wohnen	35	6
Intensiv ambulant betreutes Wohnen	5	1
Familienpflege	6	1
Wohnheim mit integriertem tagesstrukturierendem Angebot	31	4
Wohnheim ohne tagesstrukturierendes Angebot	23	4
Werkstatt für behinderte Menschen	12	2
Summe	112	18

In das Projekt waren insgesamt 105 Klienten aus 18 Einrichtungen (von acht unterschiedlichen Trägern) aus sechs Hilfeangeboten einbezogen.

Alle klientenbezogenen Unterlagen (Hilfeplan und Leistungsdokumentation), die von den Einrichtungen der Projektgruppe zur Auswertung zur Verfügung gestellt wurden, waren anonymisiert. Dadurch wurde dem *Datenschutz* in vollem Umfang Rechnung getragen.

In jeder beteiligten Einrichtung wurden für die Durchführung des Projekts so genannte *IBRP-Beauftragte* benannt. Bei ihnen lag die Federführung für die Hilfeplanung und Leistungsdokumentation in der jeweiligen Einrichtung. Um eine möglichst einheitliche Anwendung des IBRP-Instrumentariums zu gewährleisten, wurde für die IBRP-Beauftragten eine zweitägige gemeinsame Anwenderschulung im Sinne einer *Multiplikatorenschulung* durch zwei erfahrene IBRP-Ausbilder durchgeführt. Daneben wurden Austauschtreffen organisiert und eine Hotline geschaltet. Durch diese Form der Schulungs- und Begleitmaßnahmen sollte für die Durchführung der Hilfeplanung und Leistungsdokumentation in den verschiedenen Einrichtungen abgestimmte und vergleichbare Verfahrensweisen erreicht werden.

Die Erfahrungen im Projekt wie auch anderenorts zeigen, dass sorgfältige Schulung und Begleitung eine Erfolgsvoraussetzung für die Einführung des Instrumentes IBRP sind.

Für jeden am Projekt beteiligten Klienten wurde seitens der jeweiligen Einrichtung im November/Dezember 2000 ein Hilfeplan für den Zeitraum des 1. Quartals 2001 erstellt. Dafür wurde der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen A) verwendet. In der Regel liegen die Planungszeiträume für IBRP-Hilfepläne bei sechs bis zwölf Monaten. Der vergleichsweise kurze Planungszeitraum von drei Monaten resultierte aus den Abtauforderungen des Projektjahres.

In den Einrichtungen wurden in jedem Monat des 1. Quartals 2001 für je eine Woche die gesamten für die am Projekt beteiligten Klienten erbrachten *Leistungen zeitlich dokumentiert*. Für die EDV-technische Eingabe der Planwerte und der Leistungsdokumentation wurde eine *Maske* entwickelt, die mit Excel weiter verarbeitet werden konnte.

Bei den im Projekt ermittelten Zeitwerten (sowohl für die Planung als auch in der Dokumentation der tatsächlich erbrachten Leistungen) wurde festgestellt, dass eine Reihe von Klienten mit ihrem Hilfebedarf außerhalb des von der AKTION PSYCHISCH KRANKE vorgeschlagenen Rahmens von sieben Hilfebedarfsgruppen lagen. Das im Projekt zur Anwendung gebrauchte Hilfebedarfsgruppenmodell wurde daraufhin wie folgt modifiziert:

Hilfebedarfsgruppe	von Minuten	bis Minuten	mittl. Zeitwert
HBG 0	0	49	30
HBG 1	50	135	93
HBG 2	136	190	160
HBG 3	191	269	226
HBG 4	270	380	320
HBG 5	381	538	452
HBG 6	539	761	640
HBG 7	762	1076	905
HBG 7 +	über 1076		Ist Wert des Klienten

**Verteilung der Hilfebedarfsgruppen nach Hilfeplan
und Leistungsdokumentation**

Im Projekt wurde nun untersucht, wie sich die Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen bei der Hilfeplanung zu den später dann tatsächlich im Einzelfall erbrachten Leistungen verhält. Dabei konnte eine hohe Übereinstimmung in der HBG-Verteilung zwischen Hilfeplanung und dokumentierter Leistungserbringung festgestellt werden (Abb. 1).

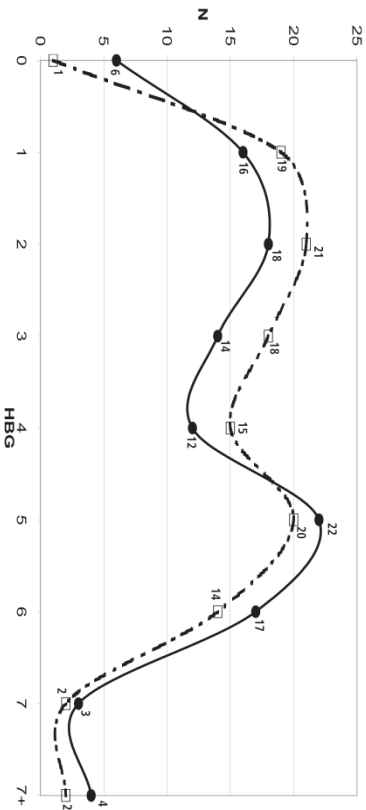


Abb. 1: HBG-Verteilung nach Hilfeplan und Leistungsdokumentation im Vergleich insgesamt (N = 112)

Die gestrichelte Linie gibt die HBG-Verteilung nach den Ergebnissen der Hilfeplanung wieder. Die durchgezogene Linie zeigt die entsprechende Verteilungskurve nach den Ergebnissen der Leistungsdokumentation. Beide Linien zeigen eine hohe Übereinstimmung.

Je umfassender und integrierter die im Einzelfall erforderlichen Hilfen geplant und dokumentiert wurden, desto weniger Abweichungen zeigten sich. Im Projekt wurde eine Einrichtung (stationäres Wohnen mit integrierter Tagesstruktur) vollständig (d.h. mit dem gesamten Leistungsgeschehen und all ihrer Klienten) erfasst; in dieser Einrichtung zeigte sich das ausgeglichene Ergebnis.

Hilfedarfsgruppen-Zuordnung beim Klientenbezogenen Vergleich

Beim *klientenbezogenen Vergleich der beiden HBG-Zuordnungen* zeigte sich, dass bei knapp 4/5 der Klienten keine Abweichung oder eine Abweichung um maximal eine HBG vorlag. Die weitergehenden Abweichungen konnten jeweils durch Spezifika des Einzelfalles (Krise, unvorhersehbare Entwicklung ...) erklärt werden. Die ergebnis-sichernde Nacherhebung erfasste eine Stichprobe von 39 Klienten. Hierbei ergab sich eine Übereinstimmung in obigem Sinne von rund 92 %.

Abweichung in HGB	Jan. – März 2001		Jan. – März 2002	
	N	%	N	%
+/- 0	37	33,0	15	38,5
+/- 1	50	44,6	21	53,8
+/- 2	19	17,0	3	7,7
+/- 3	3	2,7	–	–
+/- 4	2	1,8	–	–
+/- 5	1	0,9	–	–
+/- 6	–	–	–	–
+/- 7	–	–	–	–

Abb. 2: Die beiden Erhebungen im Vergleich

Vor dem Hintergrund, dass keine der teilnehmenden Einrichtungen vorher relevante Erfahrung in der Anwendung des IBRP zur HBG-Bildung aufwies, bildet sich hiermit bereits eine beeindruckende »Treffsicherheit« in der Hilfeplanung ab. Gleichzeitig machen die Projekterfahrungen deutlich, dass zur Einführung des IBRP als Instrument zur HBG-Zuordnung die Einplanung einer längeren Übergangsphase für entsprechende Schulungen und Anwendungs-routinierungen dringend anzuraten ist.

Umstellung in eine leistungsgerechte Finanzierungssystematik

- Ein Ziel des Projektes war es, die Möglichkeit der Umstellung des bisherigen Vergütungssystems in eine leistungsgerechte Finanzierungssystematik auf Basis der Hilfeplanung nach dem IBRP auszu-loten. Im Mittelpunkt der betriebswirtschaftlichen Untersuchung zur Preisbildung und Preisfindung standen daher die *Fragen*
- Lassen sich auf der Grundlage der mittels IBRP gebildeten Hilfe-bedarfsgruppen leistungsgerechte Preise ableiten?
 - Ist eine einrichtungsbezogene budgetneutrale Umstellung zu einem Stichtag möglich?

Für die Umstellung auf die neue Finanzierungssystematik hatten sich die Vereinbarungspartner mit dem Landesrahmenvertrag auf eine *Kostenzuordnung* verständigt, die alle in einer Einrichtung anfallen-den Sach-, Personal- und Investitionskosten abdeckt.

Kostenart	MP	GP	Invest
Zinsen	—	—	100 %
Tilgung	—	—	100 %
Instandhaltung	—	—	100 %
Mieten	—	—	100 %
sonstige Mieten/Pachten	—	—	100 %
Abschreibung für Gebäude	—	—	100 %
Abschreibung für Inventar	—	—	100 %
Personal- und Sachkosten	—	—	—
Lebensmittelversorgung/Küche	—	100 %	—
Hausreinigung/Wäscheversorgung	50 %	50 %	—
Haustechnik	50 %	50 %	—
Wartung und Unterhaltung	50 %	50 %	—
Steuern, Abgaben, Versicherungen	50 %	50 %	—
Leitung und Verwaltung	50 %	50 %	—
Versorgung mit Wasser, Energie sowie	—	—	—
Entsorgung von Wasser und Abfall	50 %	50 %	—
Betreuungsaufwendungen	100 %	—	—

Die Beträge der Maßnahmepauschale wurden bei den Leistungstypen im Wohnen gemäß § 93 BSHG (§... Die Maßnahmepauschale wird nach *Gruppen für Hilfefänger mit vergleichbarem Hilfebedarf* kalkuliert. ...«) nach dem HMB-W-Verfahren auf fünf Hilfebedarfsgruppen (Abb. 3) aufgeteilt.

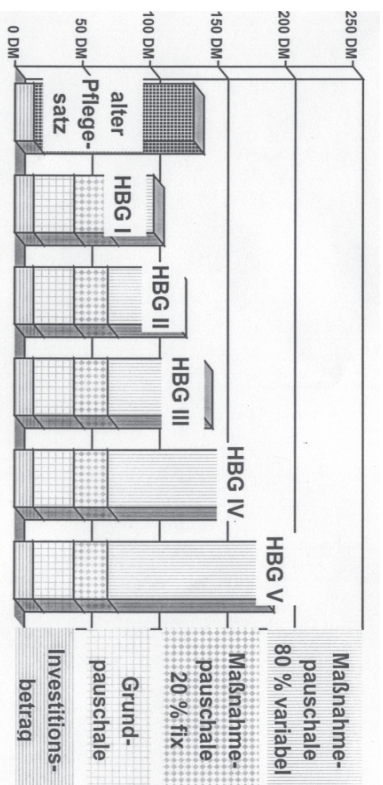


Abb. 3: Gültige Finanzierungssystematik nach der Umstellung vom 01.04.99

Bei den sechs im Projekt vertretenen Angeboten trafen wir folgende *Finanzierungsformen* an:

- Regelung über eine Fallpauschale (Vereinbarung nach § 93 BSHG, Ambulant betreutes Wohnen, Familienpflege)
- Regelung über eine Fallpauschale plus Zuschlag (Vereinbarung nach § 93 BSHG, Intensiv ambulant betreutes Wohnen)
- Differenzierte Vergütungen nach § 93 BSHG i. V. m. LRV 15.12.1998
- mit Hilfebedarfsgruppen (Leistungstyp I.2.3)
- ohne Hilfebedarfsgruppen (Leistungstypen I.4.4, I.4.5b und I.4.6).

Zur Klärung der wirtschaftlichen Auswirkungen einer Umstellung wurden folgende betriebswirtschaftlichen Prüfroutinen entwickelt:

- Budgetneutralität der Umsetzung
- Verhältnis des geplanten Leistungsumfanges zur tatsächlich zur Verfügung stehenden Personalkapazität

- Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben der beteiligten Angebote.

Zur Abgrenzung der durch die Hilfeplanung und Leistungsdokumentation mit dem IBRP erfassten Zeiten wurden folgende *Grundüberlegungen* angestellt: Traditionell wird das Leistungsgeschehen von Einrichtungen in der Regel in folgende *Dienstarten* gegliedert:

- Betreuung und Funktionsdienste
- Hauswirtschaft einschließlich Küche
- Verwaltung
- Leitung

Unter dem Gesichtspunkt personenzentrierter Leistungserbringung gliedert sich das *Leistungsgeschehen einer Einrichtung* in

- Dienstleistungen mit direktem Klientenbezug
(Alle Dienstleistungen, die im direkten Kontakt *mit* einem Klienten erbracht werden. Gruppenleistungen werden anteilig berücksichtigt. Beispiele: Beratungsgespräche, Telefonkontakte, Hausbesuche)
- Dienstleistungen mit indirektem Klientenbezug
(Alle Dienstleistungen, die *für* Klienten – individuell zurechenbar – erbracht werden. Beispiele: Abstimmungsgespräche mit Dritten, Fallsupervision, Dokumentation, Wegzeiten)
- Dienstleistungen mit Organisationsbezug
(Beispiele: Dienstplangestaltung, Leitbildentwicklung, Qualitätsentwicklung, Leitung und Verwaltung, Repräsentation)

Die oben genannten Dienstarten sind *unterschiedlich intensiv* an den direkten und indirekten Dienstleistungen für Klienten beteiligt. Sie müssen daher für jede Einrichtung miteinander in Relation gesetzt werden.

Verteilung der Dienstar- betreuungen		Hauswirtschaft		Verwaltung		Leitung	
88 %		4 %		4 %		4 %	

Abb. 4: Beispiel für die Verteilung der Dienstar-
betreuungen in einer Einrichtung¹

Das Verhältnis der oben genannten Dienstleistungen zueinander ist innerhalb jeder Dienstar-
betreuungen zu gewichten. Auf dieser Grundlage lässt sich dann das Verhältnis der einzelnen Dienstleistungen bezogen auf die Gesamtleistung ermitteln.

Leistungen einer Einrichtung differenziert nach Klientenbezug	Erfassung durch IBRP		Verteilung der Dienstleistungen				Anteile der Dienstleistungen in % an der Gesamtleistung
	Planung	Dokumentation	Betreuung	Hauswirtschaft	Verwaltung	Leitung	
Dienstleistungen mit direktem Klientenbezug	ja	ja	60 %	25 %	25 %	15 %	55 %
Dienstleistungen mit indirektem Klientenbezug	ja	ja	25 %	50 %	25 %	30 %	26 %
Dienstleistungen mit Organisationsbezug	nein	nein	15 %	25 %	50 %	55 %	19 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Abb. 5: Beispiel für die Aufgliederung des Leistungsgeschehens
einer Einrichtung

Für die *Auswertung* bedeutet dies Folgendes: Über alle Dienstar-
betreuungen werden in dieser Einrichtung erbracht

- 55 % Dienstleistungen mit direktem Klientenbezug
- 26 % Dienstleistungen mit indirektem Klientenbezug und
- 19 % Dienstleistungen mit Organisationsbezug.

¹ Für jede am Projekt beteiligte Einrichtung wurde eine qualifizierte Einschät-
zung auf der Grundlage der vorliegenden betriebswirtschaftlichen Daten
und ergänzender Gespräche mit der Einrichtungserstellung erarbeitet.

Mit der Hilfeplanung und Leistungsdocumentation nach IBRP wer-
den ausschließlich die Anteile Dienstleistungen mit direktem und
indirektem Klientenbezug über alle Dienstar-
betreuungen hinweg erfasst.
Dienstleistungen mit Organisationsbezug werden hingegen mit der
Hilfeplanung und Leistungsdocumentation im IBRP nicht erfasst.
Jede Einrichtung sollte die Möglichkeit nutzen, die geplanten bzw.
dokumentierten Leistungen in dieser Form als *Prüfprotokolle* darzustel-
len. Wenn aufgrund der Dokumentation und dieser Gewichtung die
Gesamtleistung der Einrichtung errechnet und der gesamten Per-
sonalmenge gegenübergestellt werden kann, ist dieses Instrument
geeignet zum Abgleich von Zeitbedarf der Dienstleistungserbringung
einerseits und Personalkapazität der Einrichtung andererseits. Diese
Selbsteinschätzung und Kontrolle der Einrichtungen ist wichtig, um
den Umstellungsprozess in der Unternehmensführung von einer in-
stitutionszentriert gesteuerten Einrichtung zu einem personenzentriert
gesteuerten Dienstleister erfolgreich bewältigen zu können.

Zur Berechnung eines Preises auf der Basis von geplanten Zeit-
werten – als Zielwert »DM je Planungsminute« – mussten alle Ver-
gütungskomponenten, die sich auf Dienstleistungen mit Organi-
sationsbezug beziehen, aus der bisherigen Vergütung heraus gerechnet
werden und die Aufteilung in einen organisationsabhängigen Basis-
betrag und einen leistungsabhängigen Steigerungsbetrag (Maßnah-
mebetrag) vorgenommen werden. Dies ist die betriebswirtschaftliche
Grundlage, um einen aussagekräftigen Preis für die *leistungsbezogene
Vergütung* zu erhalten. Hintergrund ist die Annahme, dass der so
bereinigte Preis für eine Leistungsminute für vergleichbare Dienst-
leistungen gegenüber den Klienten unabhängig ist von dem Ort der
Leistungserbringung und den Gegebenheiten des jeweiligen Lei-
stungserbringers (Abb. 6 und 7).

Im Verlauf der betriebswirtschaftlichen Untersuchung wurden zur
Klärung der wirtschaftlichen Auswirkungen einer Umstellung folgen-
de *Prüfprotokolle* formuliert und einrichtungsbezogen angewendet:

- Budgetneutralität der Umsetzung
Die stichtagsbezogene Budgetneutralität ist für jede Einrichtung
geprüft worden und im Rahmen der Rundungsdifferenzen (ca.
± 0,2 % Abweichung) als budgetneutrale Umstellung bestä-
tigt worden.
- Verhältnis des geplanten Leistungsumfanges zu der tatsächlich
zur Verfügung stehenden Personalkapazität

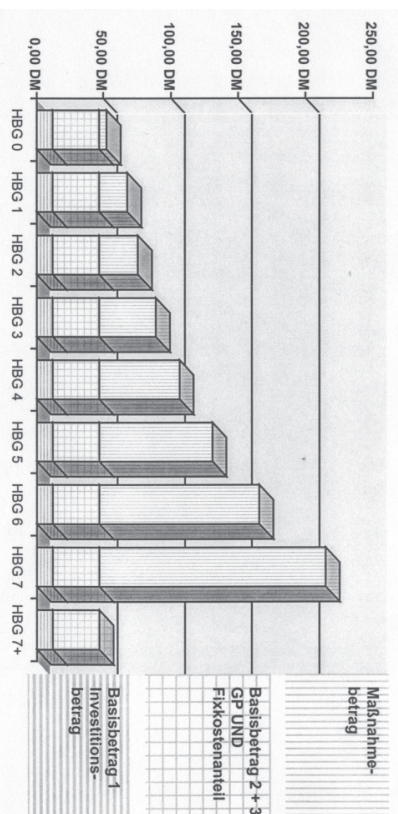


Abb. 6: Zukünftige Vergütungsstruktur (stationäre Angebote) bei Anwendung der Systematik HBG 7+2

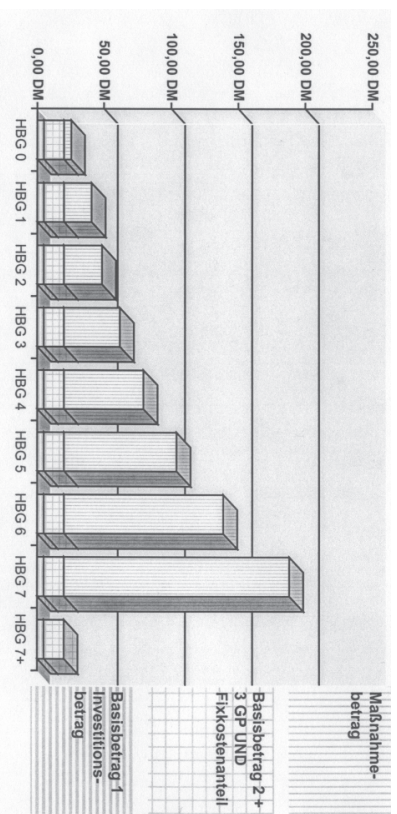


Abb. 7: Zukünftige Vergütungsstruktur (ambulante Angebote) bei Anwendung der Systematik HBG 7+2

Basisbetragsbestandteile 2 und 3 sowie Basisbetragsbestandteil 1 (Investitionsbetrag) unterscheiden sich zwischen ambulanten und stationären Angeboten je Klient entsprechend den unterschiedlichen Gesteuerungskosten. Die bereinigten klientenabhängigen Betreuungskosten sind unabhängig vom Angebot direkt vergleichbar.

- Die tatsächliche Personalkapazität wurde den durch den IBRP verplanten Leistungszeiten gegenübergestellt. Dies kann nicht im Verhältnis 1:1 verglichen werden. Im Planungshorizont des IBRP werden nur die direkt und indirekt klientenbezogenen Betreuungskosten berücksichtigt. Daher musste der geplante Leistungsumfang auf den Gesamtleistungsumfang der Einrichtung hochgerechnet werden.
 - Verhältnis der Einnahmen zu den Ausgaben der beteiligten Angebotsgebote
- Für die einzelnen Einrichtungen wurde geprüft, ob die geplanten Leistungen kostendeckend aus dem vorhandenen Budget erbracht werden können oder ggf. aus »Drittmitteln« (z.B. Spenden) refinanziert werden mussten. Grundsätzlich konnte so sichergestellt werden, dass nur vergleichbare, sozialhilferlevante Leistungen berücksichtigt wurden.

Die Auswertungsergebnisse des Projekts

- Wir konnten alle genannten drei Fragen (siehe S. 372) mit einem eindeutigen »Ja« beantworten, mithin den Nachweis führen. Die Grenzen der Liga haben diesen Sachverhalt bereits diskutiert und sind zu folgenden *Konsequenzen* gelangt:
- Die Liga spricht sich nachdrücklich dafür aus, den Personenzentrierten Ansatz als Leitbild der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen zu verfolgen.
 - Sie hält es für geboten, ein auf dem Instrumentarium IBRP aufgebautes Finanzierungssystem für den Bereich Psychiatrie zu realisieren.
 - Sie beauftragt die Liga-AG Psychiatrie, ein mit den Ausschüssen abgestimmtes Umsetzungsszenario (zunächst bezogen auf das Implementationsprojekt) vorzulegen.

Leistungsprofile und Kosten einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung

Michael Welschhold-Grefe¹

Eine Untersuchung zur Versorgungssituation von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund GPV München-Süd

Die Entwicklung der heutigen Versorgungsregion München-Süd nahm ihren Anfang mit der Umstrukturierung des am östlichen Stadtrand Münchens gelegenen, großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses »BKH Haar«, Korrespondierend zur Anfang der neunziger Jahre durchgeführten internen Sektorisierung der allgemeinpsychiatrischen Stationen wurde das gesamte Einzugsgebiet, insbesondere die Landeshauptstadt München, in vier Sektoren aufgeteilt, von denen der Sektor München-Süd im gleichen Schritt eine zusätzliche Modelleinrichtung erhielt: das Psychiatrische Krisenzentrum Atriumhaus.

Als direkt im Stadtgebiet liegender, niedrighschwelliger, rund um die Uhr geöffneter Anlaufstelle sollte dem Atriumhaus vor allem die Funktion einer auf ambulante Krisenhilfe spezialisierten, dem psychiatrischen Krankenhaus vorgeschalteten Einrichtung zukommen. Mit seiner Inbetriebnahme (1994) und Unterstützung des Klinikträgers (Bezirk Oberbayern) wurde die Kooperation zwischen allen Anbietern und Trägern der bereits bestehenden, vielfältigen psychiatrischen und psychosozialen Leistungsangebote im Sektor intensiviert. 1999 kam es zum Abschluss eines Vertrages, mit dem sich die wichtigsten ambulant-komplementären Anbieter der Region München-Süd im ambulant-komplementären Verbund (AKV) auf eine Reihe gemeinsamer Zielsetzungen verständigten, bei denen es insbesondere um die Verbesserung der Versorgung der Gruppe schwer und chronisch psychisch Kranker ging. Im Jahr 2000 schlossen die im AKV organisierten Anbieter einen Kooperationsvertrag mit der zuständigen Fachabteilung des Bezirkskrankenhauses Haar.

Leistungsprofile und Kosten einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung

Als Modellregion wurde die Region München-Süd Anfang 2001 überdes in das bundesweite Projekt der AKTION PSYCHISCH KRA-NKE zur »Implementation des personenzentrierten Ansatzes« aufgenommen.

Den großen Fortschritten und dem hohen Entwicklungstempo zum Trotz bestand bis in diese Zeit eine Reihe von Problemen fort, die auch in anderen Versorgungsregionen bekannt und häufig diskutiert sind [1, 2, 3, 4]:

- fehlende Verbindlichkeit (im Sinne einer Verpflichtung zur Versorgung) im ambulant-komplementären Bereich
- ungelöste Schnittstellenprobleme insbesondere am Übergang von stationärer zu ambulant-komplementärer Behandlung
- unbefriedigende, lückenhafte Datenlage.

Infolge dieser unverändert vorhandenen Probleme und damit einhergehenden Schwierigkeiten regionaler Steuerung bestanden trotz grundsätzlich gut ausgebauten, differenzierten Versorgungssystem die bekannten Versorgungslücken insbesondere für schwer und chronisch Kranke fort. Die Unzufriedenheit mit dieser Situation verstärkte bei vielen Beteiligten den Wunsch, mehr Transparenz über die Ist-Situation des Leistungsgeschehens unter den realen Versorgungsgegebenheiten zu erlangen.

Auf der Grundlage eines einrichtungsübergreifenden Konsenses wurde die vorliegende Untersuchung konzipiert, mit der durch die Abbildung kompletter Leistungsansprachnahmen zwei Fragestellungen beantwortet werden sollten:

- Welche Leistungen aus dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich werden von 100 Patienten/-innen im Laufe eines Jahres in Anspruch genommen?
- Welche direkten Kosten entstehen durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen?

Mit Festlegung der Einschlusskriterien der zu untersuchenden Patientengruppe,² Entwicklung bzw. Auswahl geeigneter Erhebungsinstrumente, Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen (insgesamt

¹ Weitere Autoren: A. Jordan, G. Schleuning, S. Heel, C. Schäfer, M. Braun.

² Wohnsitz in München-Süd; Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, ICD 10 : F 2; Erkrankungsduer von mehr als zwei Jahren; Mehrfachhilfebedarf nach IBRP; Alter zwischen 18 und 65 Jahren.

14; plus Betreutes Einzelwohnen; plus Case-Management) und nach Rekrutierung und Schulung der »dokumentierenden Bezugspersonen« (verantwortlich für die Dokumentation) wurden zwischen Mai 2001 und Dezember 2001 sukzessive insgesamt 99 Patienten rekrutiert und deren gesamte Leistungsanspruchnahme dokumentiert. Mithilfe eines detailliert abbildenden Wochenrasters konnten bei 90 % der Patienten mindestens 38 Wochen, bei 70 % der komplette vorgesehene Zeitraum von 52 Wochen erfasst werden.

Die wichtigsten Ergebnisse werden hier im Überblick dargestellt.

Leistungsprofile und -inanspruchnahme

Bei der Erfassung wurden zwei Grundtypen von Leistungen unterschieden:

- **Basisleistungen:**
kommen nur in Formen intensivbetreuten Wohnens vor; sie bezeichnen solche Leistungen, die zum festen Rahmenangebot bzw. Setting einer Einrichtung gehören, dort regelmäßig, im Zeitverlauf bzw. im wöchentlichen Rhythmus unverändert erbracht werden, oft im Sinne von Vorhalteleistungen (z. B. Anwesenheit einer Nachtschwester).
- **Individuelle Inanspruchnahme:**
alle übrigen, am jeweiligen individuellen, ggf. wechselnden Bedarf orientierten Hilfen, die entweder als Einzelleistung oder in Gruppen (Letztere typischerweise Ergotherapie oder auch tagsstrukturierende Maßnahmen) erbracht werden.

Die im Gesamtüberblick für jeden einzelnen Patienten (jeweils eine Säule) zusammengefassten Leistungen ergeben das Bild einer ansteigenden Kurve und verweisen auf die große Streubreite der Leistungsanspruchnahme, die über das Jahr hinweg zwischen sechs Minuten (Minimum) und 2.234,5 Minuten (Maximum) wöchentlich betrug (Abb. 1). In ergänzenden Berechnungen fanden sich unter der Vielzahl erhobener patientenbezogener Daten (Anamnese, Sozialdemographie, individueller Hilfebedarf usw.) keine eindeutigen Prädiktoren für geringe oder intensive Leistungsanspruchnahme.

Werden zunächst die individuellen Inanspruchnahmen zugrunde gelegt und darauf die Basisleistungen sowie die voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalte abgetragen, so lassen sich bei

Leistungsprofile und Kosten einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung

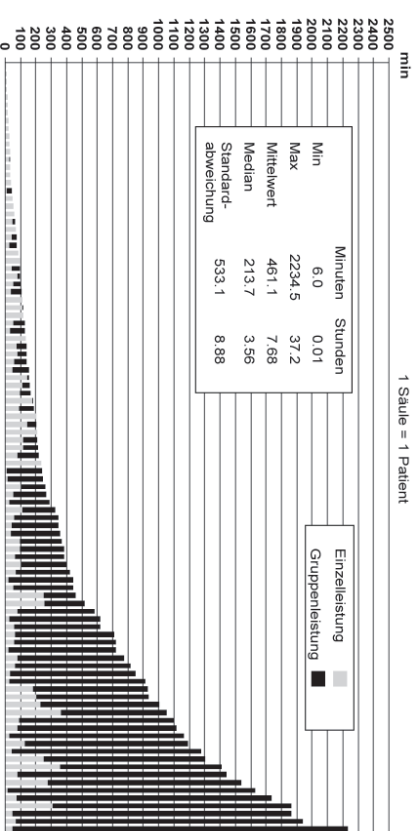


Abb. 1: Individuelle Inanspruchnahme pro Woche

eher gleichmäßiger Verteilung von Basisleistungen über die Gesamtgruppe hinweg die vollstationären Behandlungen eher auf der linken Seite, d. h. bei den Patienten mit geringer individueller Leistungsanspruchnahme finden (Abb. 2). Dieses Ergebnis konnte lediglich als Tendenz, d. h. ohne statistische Signifikanz beschrieben werden.

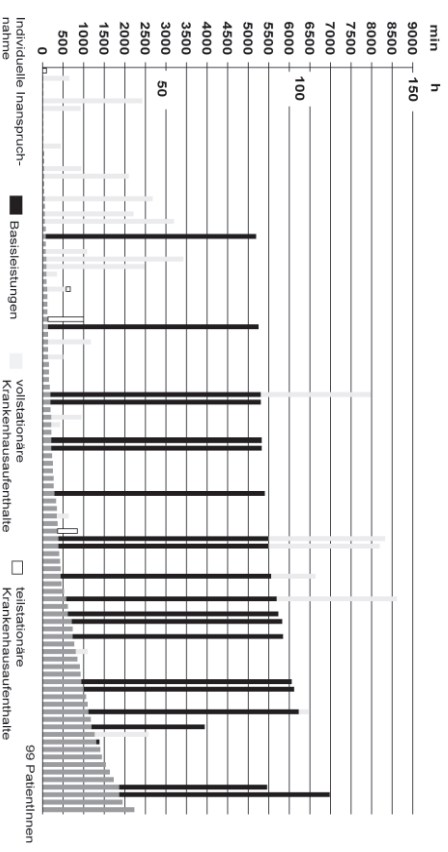


Abb. 2: Durchschnittliche individuelle Inanspruchnahmen mit Basisleistungen und (teil-)stationären Behandlungen pro Woche

Differenziert nach den voneinander abgrenzbaren drei Wohnformen³ zeigen sich Anzahl und Dauer der vollstationären Krankenhausaufenthalte gleichmäßig zwischen den drei Gruppen verteilt; Basisleistungen finden sich definitionsgemäß nur in Wohnform 3 (Abb 3).

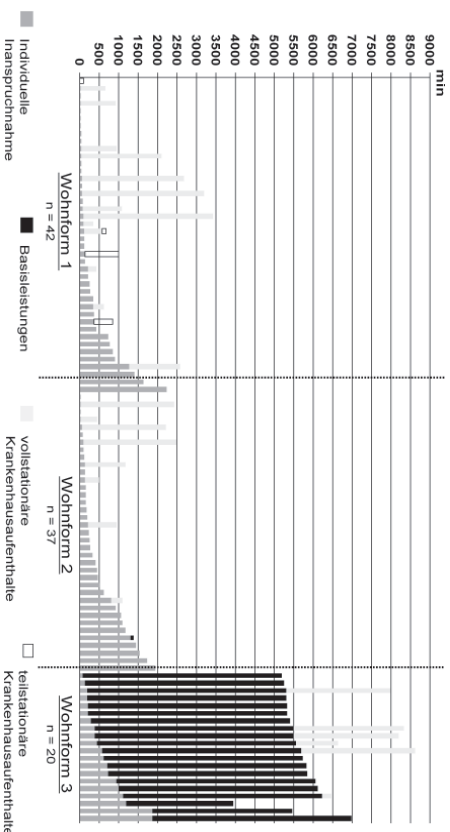


Abb. 3: Durchschnittliche Dauer der kombinierten Inanspruchnahme pro Woche nach Wohnform (in Minuten)

Alle in Anspruch genommenen Leistungen wurden von der »dokumentierenden Bezugsperson« einem der sieben, auch im Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) [5] definierten Leistungsbereiche zugeordnet – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, d. h. von der jeweiligen die Leistung erbringenden Einrichtung. Werden diese einzelnen Inanspruchnahmen über den gesamten Dokumentationszeitraum hinweg zusammengetragen, so zeigt sich, dass 75 % der Klienten in mindestens vier Leistungsbereichen Unterstützung erhielten, ein Viertel sogar in sechs bzw. sieben Bereichen (Abb. 4).

Die Auswertung des Anteils der einzelnen Leistungsbereiche an der insgesamt eingesetzten Zeit zeigte im Übrigen den niedrigsten Zeitwert für den Leistungsbereich »Behandlungsplanung und Ko-

³ Wohnform 1: ohne betreute Wohnform; Wohnform 2: betreutes Einzelwohnen, Wohngruppe

Leistungsprofile und Kosten einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung

Anzahl der Leistungsbereiche	Anzahl der Personen	Prozent
1	3	3,0
2	10	10,1
3	11	11,1
4	22	22,2
5	29	29,3
6	17	17,2
7	7	7,1
Σ	99	100

- Soziale psychiatrische Grundversorgung
- Spezielle Therapieverfahren
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, zur Kontaktgestaltung und Teilnahme am öffentlichen Leben
- Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung
- Behandlungsplanung u. -abstimmung sowie Sozialpsychiatrische Leistungen zur Koordination des Behandlungs- und Rehabilitationsplans
- Sonstige Leistungen

Abb. 4: Anzahl der pro Person in Anspruch genommenen Leistungsbereiche

ordination« mit 2,2 Minuten (dies entspricht 0,4 % der Gesamtinanspruchnahme) pro Woche (ohne Abb.).

Die Aufteilung der an der Leistungserbringung beteiligten Professionellen nach Berufsgruppen ergibt, dass Sozialpädagogen mit mehr als doppelt soviel Zeiteinsatz (und dies vorrangig in Gruppen) an der gesamten Leistungserbringung für die 99 Patienten Anteil hatten als die nächste Berufsgruppe (Ergotherapeuten). Der Anteil von Ärzten und Psychologen betrug 1/20 der von den Sozialpädagogen aufgewandten Zeit.

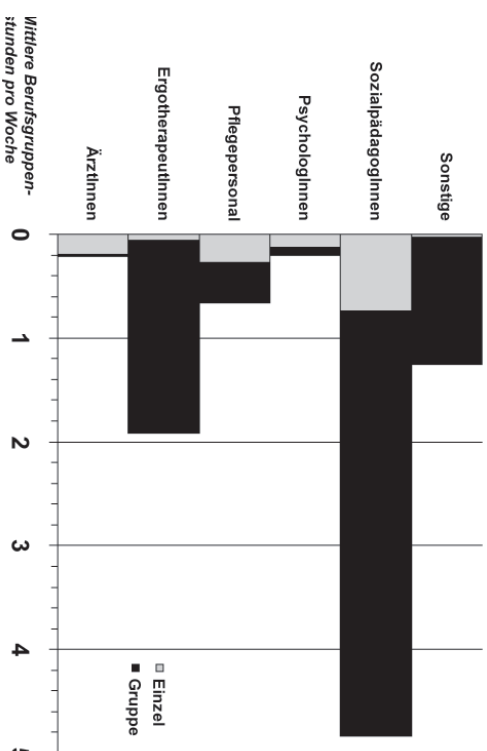


Abb. 5: Zeitlicher Aufwand pro Woche nach Berufsgruppen, Einzel- und Gruppenleistungen (Angaben in Stunden)

Kosten

In der vorliegenden Untersuchung wurden die direkten Kosten ermittelt. Um Realitätsnähe zu gewährleisten, wurden allen erbrachten Leistungen nach einem differenziert erarbeiteten Schlüssel (genaue Angaben beim Verfasser) die jeweils entstandenen Kosten zugeordnet.

Entsprechend der großen Streubreite der Leistungsanspruchnahme wiesen auch die ermittelten Kosten erhebliche Unterschiede auf: bei Mittelwerten von 293,76 Euro pro Woche bzw. 15.276,00 Euro pro Jahr (ohne Medikamentenkosten) betrugen die Kosten patientenbezogen ausgedrückt im Wochendurchschnitt zwischen 12,13 Euro (Minimum) und 1.005,60 Euro (Maximum) (Abb. 6).

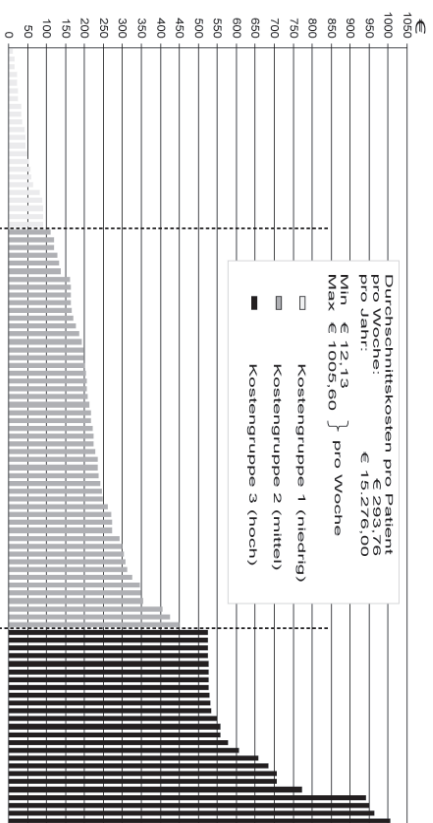


Abb. 6: Kosten pro Woche – 3 Kostengruppe

Unter Zugrundelegung einer Zuordnung der leistungserbringenden Einrichtungen zu insgesamt neun verschiedenen »Einrichtungstypen« wurden die Anteile der entstandenen Kosten in den drei Kostengruppen (hoch, mittel, niedrig) sowie in den drei verschiedenen Wohnformen (s.o.) dargestellt:

In der Gesamtschau sowie in den Kosten der Gruppen zwei und drei wies der Einrichtungstyp »Betreutes Wohnen« (diese Leistung wurde von insgesamt 57 der 99 Patienten in Anspruch genommen) absolut und relativ den größten Anteil auf und war damit die wich-

tigste Erklärung für die großen Kostenunterschiede zwischen den drei Gruppen. Den zweiten Platz in der Gesamtwertung nahmen die Kosten für vollstationäre Klinikbehandlung ein (in der untersuchten Gruppe hatten 28 Patienten insgesamt 47 stationäre Aufenthalte), beide zusammen addierten sich auf über 75 % der Gesamtkosten. Der Anteil ambulant-psychiatrischer Behandlungskosten betrug lediglich 8,5 %, der durch Tagesstättenbetreuung (bei 42 betroffenen Patienten) entstandene Kostenanteil machte nur 3 % der Gesamtkosten aus (Abb. 7).

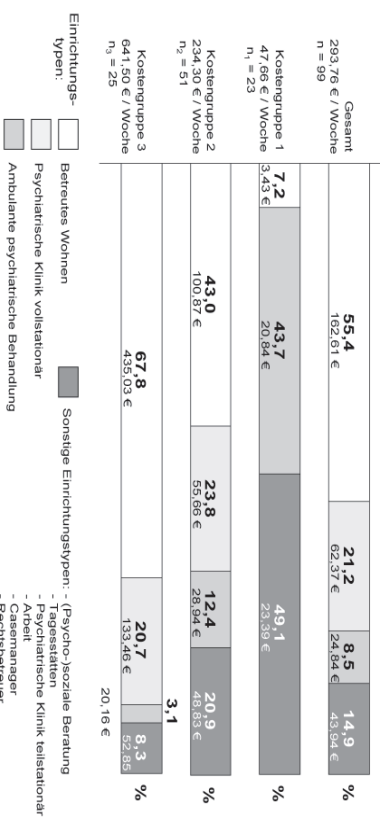


Abb. 7: Verteilung der Kosten auf Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe und 3 Kostengruppen

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der wohnformbezogenen Kostendarstellung, wobei definitionsgemäß hier die prozentualen Anteile der Kosten im betreuten Wohnen in der Wohnform 1 (niedrig) und 3 (hoch) noch extremer ausfielen als in den zuvor beschriebenen Kostengruppen (Abb. 8).

Insgesamt kamen in der untersuchten Patientengruppe die Krankenkassen für 32 % der dargestellten Betreuungs- und Behandlungskosten auf, die verbleibenden 68 % gingen fast ausschließlich zu Lasten der Sozialhilfeträger.

In der Zuteilung der Kosten auf einen der sieben Leistungsbereiche (Legende in Abb. 4) lag die sozialpsychiatrische Grundversorgung mit mehr als 60 % (Kostenäquivalent: 177,00 Euro pro Woche) mit weitem Abstand vor den Leistungen zur Selbstversor-

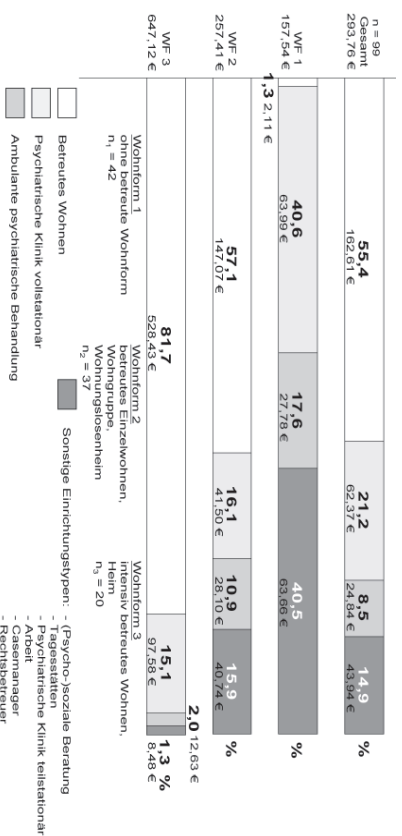


Abb. 8: Verteilung der Kosten auf Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe und 3 Wohnformen

gung (Kostenäquivalent: 67,32 Euro pro Woche) bzw. Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung (Kostenäquivalent: 19,00 Euro pro Woche). Das Schlusslicht bildete auch hier der Bereich der »Behandlungsplanung und Koordination« (Kostenäquivalent: 2,82 Euro pro Woche).

Schlussfolgerungen

Von den in der Untersuchung insgesamt ermittelten Ergebnissen konnten hier nur wenige dargestellt werden (ausführliche Veröffentlichungen sind geplant). Einige zusammenfassende Schlussfolgerungen lassen sich ziehen:

- Die sehr hohe Varianz in der Leistungsanspruchnahme ist nicht mit patientenbezogenen Daten bzw. krankheitsbezogenen Befunden erklärbar. Warum bzw. welche Patienten eine hohe oder niedrige Leistungsanspruchnahme aufweisen, bleibt in der vorliegenden Untersuchung offen.
- Einige Besonderheiten lassen sich beschreiben: Trotz in den meisten Fällen bestehenden multiplen Hilfebedarfs und nachweislicher Leistungsanspruchnahme in mindestens vier Leistungsbereichen wurden nur *wenig* Inanspruchnahme

und Kosten im Bereich der »Behandlungsplanung und Koordination« ermittelt.

Bei eher hoher Nutzung des Funktionsbereiches Tagesgestaltung (im Wesentlichen Tagesstätten) entstanden hier eher geringe Kosten.

- Anders als in der Untersuchung von Salize et al. [6] hatten in der vorliegenden Untersuchung die Sozialhilfeträger für ca. 2/3 der Gesamtkosten aufzukommen.

Die gefundenen Ergebnisse werfen weitere Fragen auf, insbesondere im Hinblick auf Art, Umfang und Steuerung der zur Behandlung und Betreuung eingesetzten Ressourcen sowie der damit erzielten Ergebnisqualität.

Fazit

Gerade für die Gruppe der schwer und chronisch erkrankten Patienten mit multiplen Hilfebedarf zeigt sich: nur eine Gesamtschau individueller Leistungsanspruchnahmen ermöglicht eine qualitativ und quantitativ umfassende Bewertung des Leistungsgeschehens und sollte die immer noch weit verbreitete Gewohnheit, Einzelleistungen bzw. -bausteine anzubieten sowie für sich zu bewerten, ablösen. Insbesondere vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen müssen neue Instrumente zur Steuerung sowohl individueller Leistungserbringung wie regionaler Angebotsentwicklung geschaffen werden.

Dazu sind auf der Grundlage regelmäßig und umfassend zu erhebender regionaler Leistungsdaten weitere Erkenntnisse über mögliche Prädiktoren der Leistungsanspruchnahme, vor allem durch sog. Heavy-User-Gruppen erforderlich.

Literatur

1. BRENNER HD, JUNGHAN U, PEAMMATTER M. Gemeindintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen. Nervenarzt 2000, 71: 691–699
2. LÄNGLE G, MAYENBERGER M. Die Rolle der Klinik im Verlauf schizophrener Erkrankungen. Gesundheitswesen 2000, 62: 9–14
3. BAUER K, EIKERMANN S, GROTHAUS C, LÜHR R, MÜLLER S. High Utilizing als gemeindepsychiatrische Gemeinschaftsleistung. Psychiatrische Praxis 2002, 29: 369–373
4. RÖSSLER W, SALIZE HJ. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analyse. Band. 77, Baden-Baden: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, 1996
5. KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRA NKE (Hg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen 11; Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
6. SALIZE HJ, RÖSSLER W, REINHARD I. Kostenermittlung in einem fragmentierten psychiatrischen Versorgungssystem. Gesundheitswesen 1996, 58(1): 10–17

Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen in der Region Hannover – Forschungsergebnisse und Folgerungen für die Praxis personenzentrierter Hilfeplanung

Hermann Elgeti, Lothar Schlieckau

Einleitung

Die *psychiatrische Versorgung in der Region Hannover* mit ihren 1,15 Millionen Einwohnern basiert seit über 25 Jahren auf dem Sektorprinzip. Vier Kliniken teilen sich die Zuständigkeit für die Krankenhausbehandlung. Neun Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfüllten im Jahre 2001 für jeweils einen Sektor die Aufgaben des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG). Im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Personen existierten 2001 pro 100 000 Einwohner 35 Plätze im Ambulant betreuten Wohnen, elf Plätze in Tagesstätten und 53 Plätze in therapeutischen Wohnheimen bzw. Wohngruppen [1]. Darüber hinaus wird eine bisher unbekannte Anzahl von Bewohnern psychiatrischer Pflegeheime in der Region über Maßnahmen der Eingliederungshilfe betreut. Die regionale Koordination und Planung in der Region wird seit fast 30 Jahren maßgeblich von einem Netzwerk unterstützt, an dem Leistungsanbieter und Kostenträger, aber auch die Selbsthilfemaßnahmen der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen beteiligt sind. Mit der Einführung eines Sozialpsychiatrischen Verbundes im novellierten NPsychKG konnte hier seit 1997 ein weiterer Zuwachs an Verbindlichkeit und Mitwirkung an der sozialpsychiatrischen Planung erreicht werden.

Im Jahre 2000 wurde eine *neue Verfahrensregelung zur Planung von Eingliederungshilfen* für seelisch behinderte Personen eingeführt. Danach soll der Hilfebedarf vor Antritt der Maßnahme im Rahmen einer Hilfekonferenz unter Beteiligung des Hilfeempängers und der für ihn zuständigen Betreuungspersonen festgestellt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst steuert den Planungsprozess und soll eine multidisziplinäre Zusammensetzung der Hilfekonferenz gewährleisten. Die Landeshauptstadt und der Landkreis Hannover, die Ende 2001 die Region Hannover gegründet haben, beauftrag-

ten die Medizinische Hochschule Hannover mit der Evaluation dieses neuen Verfahrens. Die Untersuchung bezog sich auf alle Planungsvorgänge in der Region Hannover im Jahre 2001. Alle Unterlagen wurden bei der zentralen Verwaltungsstelle im Gesundheitsamt gesammelt und für das Forschungsprojekt in Kopie zur Verfügung gestellt. Der ausführliche Abschlussbericht ist als PDF-Datei im Internet verfügbar [2].

Einige Untersuchungsergebnisse zur Bedarfsgerechtigkeit der Hilfeplanung

In die Untersuchung wurden 524 Patienten mit insgesamt 570 *Hilfeplanungs*vorgängen aufgenommen. Nur selten wurde der Hilfebedarf erst nach Beginn der Maßnahme festgestellt, fast immer nahmen die Betroffenen selbst an der Hilfekonferenz teil. Bei den Hauptdiagnosen der Patienten handelte es sich in 43 % der Fälle um Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei 22 % um Suchterkrankungen und in 14 % um Persönlichkeitsstörungen. Männer sind mit einem Anteil von 57 % häufiger betroffen und unterliegen einem deutlich höheren Psychosozialen Risiko (Erläuterungen dazu s. u.) als Frauen. Empfehlungen zur stationären Eingliederung erfolgten in 40 % der Fälle, bezogen auf die Neuplanung von Hilfsmaßnahmen waren es 45 %. Wegen des begrenzten Umfangs dieses Beitrags beschränken wir uns im Folgenden schwerpunktmäßig auf die Fragestellung, ob die abgegebenen Empfehlungen dem individuellen Hilfebedarf der Patienten gerecht geworden sind.

Die fachliche Beurteilung zur Notwendigkeit und Wirksamkeit von Eingliederungshilfen muss sich immer auf die *individuelle Problematik des Hilfenempfängers* in seiner gegenwärtigen Lage beziehen. Die Vielfalt der dabei zu berücksichtigenden Faktoren lässt sich nicht im überindividuell gültigen Maßzahlen einfangen. Die Feststellung eines entsprechenden Hilfebedarfs lässt sich also im Einzelfall nicht einfach aus bestimmten Messwerten ableiten. Entsprechende Versuche mit einer Codierung des Ausmaßes der funktionellen Beeinträchtigungen und der Prognose ihrer Veränderung nach vorgegebenen Antwortalternativen brachten keine überzeugenden Ergebnisse. Die dort gemachten Angaben treffen ganz offensichtlich weder präzise den tatsächlichen Sachverhalt (mangelnde »Validität«), noch wird dieser

von verschiedenen Beurteilern immer gleich codiert (mangelnde »Reliabilität«).

Gleichwohl ist die Sammlung bestimmter Daten sinnvoll, um die *Plausibilität der Empfehlungen* bei einzelnen Gruppen von Hilfenempfängern zu prüfen. Denn der Hilfebedarf chronisch psychisch kranker und seelisch behinderter Personen unterscheidet sich durchaus nach Alter, Geschlecht, Krankheitsverlauf und sozialer Lage der betroffenen Patienten, aber eben nur im statistischen Durchschnitt und nicht im Einzelfall. Neben Alter und Geschlecht hat sich die Bestimmung des Psychosozialen Risikos (psR) bewährt. Die Aussagekraft dieses multidimensionalen Indikators wurde in einer vorausgegangenen Studie zur Prävention von Langzeithospitalisationen überprüft [3, 4, 5]. Der Indikator enthält je drei Merkmale zur Schwere und Chronizität der Erkrankung (Erstdiagnose, Alter bei Ersterkrankung, Dauer seit Ersterkrankung) sowie zum Ausmaß der sozialen Desintegration des Betroffenen (Wohnsituation, Arbeitssituation, vorrangiger Lebensunterhalt). Die Berechnung des psR bei den Patienten der Untersuchungsgruppe zeigt bemerkenswerte Differenzen sowohl zwischen den Empfängern einzelner Formen der Eingliederungshilfen (ambulant, teilstationär und stationär) als auch im Vergleich zu den Patienten Sozialpsychiatrischer Dienste und Psychiatrischer Institutsambulanzen. Dabei verbessert die Ergänzung der ursprünglich sechs Merkmale um zwei weitere (Dauer seit dem letzten psychiatrischen Klinikaufenthalt, Häufigkeit sozialer Kontakte) seine Aussagekraft. Wertvoll zur Einschätzung des Hilfebedarfs sind schließlich auch Angaben zur Kombination mehrerer zugrunde liegender psychischer Störungen und zum Zusammentreffen einer seelischen mit einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung.

In allen Altersgruppen haben *Männer ein höheres Risiko* für einen ungünstigen Krankheitsverlauf und damit einen vermehrten Bedarf an Eingliederungshilfen. Ihr Anteil bei den stationären Eingliederungsempfehlungen ist entsprechend deutlich höher als bei Frauen. Das gilt besonders für die Altersgruppen von 18 bis unter 25 Jahren und von 45 bis unter 65 Jahren. Der höhere Bedarf geht offensichtlich mit einer geringeren Kontinuität der Betreuung einher, da bei neu geplanten Eingliederungsmaßnahmen zwar 69 % der Patienten männlichen Geschlechts sind, bei der Fortsetzung laufender Hilfen aber nur 50 %. Hier wird es zur Prävention ungünstiger Verläufe (soziale Isolation, Langzeithospitalisation, Suizid) zu-

sätzlicher Anstrengungen in Richtung eines (in England erfolgreich erprobten) »Assertive Community Treatment« [6] bedürften. Darunter ist eine Betreuungsform für schizophrene erkrankte Patienten mit hohem Psychosozialen Risiko zu verstehen, welche organisiert ist als unbefristetes Angebot mit 24-Stunden-Erreichbarkeit, in einem multidisziplinären Team, mit Hilfeleistungen vor Ort und mit klarer Aufteilung der Verantwortlichkeiten. Zur Finanzierung eines solchen Hilfsangebotes zur Vorbeugung ungünstiger Krankheitsverläufe müssten Krankenversicherung und Sozialhilfeträger zusammenfinden, auch im jeweils eigenen betriebswirtschaftlichen Interesse, kostenträchtige Langzeithospitalisationen in Klinik und Heim zu vermeiden.

Gegenüber den Männern werden *Eingliederungshilfen bei Frauen* deutlich seltener geplant, was angesichts der anderen Diagnosenverteilung und des geringeren Psychosozialen Risikos, dem sie unterliegen, auch plausibel erscheint. Die relativ häufigen Empfehlungen zum Ambulant Betreuten Wohnen bei Frauen der Altersgruppe zwischen 25 und unter 45 Jahren lassen vermuten, dass diese eher in der Lage sind, ihren Hilfebedarf zu verdeutlichen. Sie erhalten so unter Umständen in größerem Ausmaß Eingliederungshilfen, als es nach der zu Grunde liegenden psychischen Erkrankung und nach dem Psychosozialen Risiko zu erwarten wäre.

Die neun *Hilfestufen* (HS), die bei den Empfehlungen der Hilfekonferenz zur Auswahl standen, wurden bereits im Vorfeld eines Modellprojektes, das Melchinger wissenschaftlich begleitete, gemeinsam mit dem Niedersächsischen Sozialministerium konzipiert [7]. Sie basierten nicht auf einer Rahmenvereinbarung auf Länderebene, wie sie gemäß § 93 BSHG eigentlich vor dem Jahre 2001 längst hätte abgeschlossen sein müssen. Von daher war die Angabe einer Hilfestufe im Protokoll der Hilfekonferenz oder in entsprechenden Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch nicht verbunden mit einer tatsächlich vergleichbaren Betreuungsdichte und entsprechenden Maßnahmepauschale. Dies hatte Folgen insbesondere für die Einstufung stationärer Eingliederungshilfen nach einem Betreuungsschlüssel (Mitarbeiter zu Patient) von 1:6 (HS 6), 1:4 (HS 8) oder 1:2 (HS 9). Die Wahl blieb in gewissem Sinne »virtuell« und war in etlichen Fällen auch inhaltlich nicht überzeugend. Im Vergleich zu 1999 wurden im Jahre 2001 kaum noch stationäre Eingliederungsempfehlungen nach den Hilfestufen 6 oder 9 ausge-

sprochen, auch wenn die erforderliche Intensität der Betreuung im Heim sicherlich weiterhin unterschiedlich war. Ähnlich fragwürdig ist die Einstufung Therapeutischer Wohngemeinschaften, die mit einem zum Teil ähnlichen Betreuungsangebot je nach Einrichtungsträger entweder als Ambulant Betreutes Wohnen mit einem Betreuungsschlüssel 1:12 (HS 1) oder 1:8 bzw. höher (HS 2) oder auch als stationäre Eingliederung (HS 6 bis 9) geführt werden und damit entsprechend unterschiedliche Kosten verursachen.

Ein wichtiger Impuls für die Entwicklung einer systematischen Planung und Evaluation der Eingliederungshilfe ist die Tatsache, dass der *Umfang stationärer Hilfen* absolut – und gegenüber den ambulanten Hilfen auch relativ – zu hoch erscheint. Dieses Phänomen beruht zum Teil auf überholten Ausgrenzungspraktiken der traditionellen Psychiatrie und der Sozialpolitik, zum Teil auf unzureichender Verfügbarkeit und schlechter Finanzierung vorbeugender und ambulanter Hilfen. Die Untersuchung der Hilfeplanungsvorgänge in der Region Hannover hat gezeigt, dass es bei den Neuplanungen von Eingliederungsmaßnahmen ein Übergewicht von ambulanten und teilstationären gegenüber den stationären Hilfen gibt. Dieses Übergewicht betrug im Jahre 2001 55:45 und lag damit geringfügig über dem von Melchinger berichteten Verhältnis von 53:47 im Zeitraum von Oktober 1998 bis Dezember 1999. Teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Versorgungsektoren der Region lassen sich nicht allein auf strukturelle Besonderheiten des Einzugsgebietes zurückführen; die Vermutung liegt nahe, dass hier durch das »Lernen vom Besten« weitere Fortschritte möglich sind. Freilich bedeutet ein Übergewicht ambulanter und teilstationärer Hilfen bei der Neuplanung von Eingliederungshilfen noch nicht einen sinkenden Umfang bei der Heimbetreuung. Die Zahl an neuen Empfehlungen für stationäre Maßnahmen betrug im Durchschnitt des Jahres 2001 zwölf pro Monat. Melchinger dagegen errechnete für den Zeitraum Oktober 1998 bis Dezember 1999 zehn Fälle pro Monat. Allerdings wurden damals vermutlich nicht alle Kostenanerkennnisse für stationäre Eingliederungshilfen auf der Basis des neu erprobten Planungsverfahren erteilt.

Die Auswertung der Daten von 2001 zu so genannten *Wandlungsbewegungen* ergab, dass bei neu empfohlenen Eingliederungshilfen 8 % der seelisch behinderten Bürger aus der Region Hannover in Einrichtungen außerhalb der Region vermittelt werden sollten.

Umgekehrt kommen aus der Untersuchungsgruppe 7 % der Hilfeempfänger, die in Einrichtungen innerhalb der Region Hannover betreut werden sollten, von auswärts oder waren schon lange wohnungslos. Dies entspricht allerdings nicht dem wirklichen Umfang von auswärts zugezogenen Bewohnern in den Wohn- und Pflegeheimen der Region, da in diesen Fällen oft nicht nach den hier untersuchten Regeln der Hilfeplanung verfahren wurde. In Bezug auf die Bürger der Region wurde das Prinzip wohnortnaher Hilfen für psychiatrische Hochrisikogruppen also weitgehend eingehalten. Innerhalb der Region jedoch können wir einen aus der Literatur bekannten Trend aus dem Umland in die Großstadt beobachten: 13 von 138 Patienten (9 %) aus der Stadt Hannover sollten Eingliederungshilfen im übrigen Regionsgebiet erhalten, in der entgegengesetzten Richtung waren es dagegen 32 von 81 Patienten (40 %), die aus dem Umland ins Stadtgebiet Hannovers vermittelt wurden.

Generell stellt sich die Frage, ob die besonders schwer beeinträchtigten seelisch behinderten Menschen bei weniger Heimbetreuungen in der Region Hannover in ausreichendem Umfang *wohnortnahe ambulante Hilfen* erhalten oder ob sie »durchs Netz fallen«. Viele Untersuchungen haben immerhin nachgewiesen, dass unter wohnungslosen und inhaftierten Personen ein erheblicher Anteil psychisch krank ist, der entweder aus dem psychiatrischen Hilfesystem herausgefallen ist oder dort nie einen Platz gefunden hat. Vor diesem Hintergrund kann es nicht darum gehen, um jeden Preis Heimkapazitäten abzubauen, sondern nur darum, stationäre Maßnahmen der Eingliederungshilfe zielgruppengenaue einzusetzen. Das bedeutet, sie all den Personen und nur den Personen zu gewähren, die vorübergehend oder längerfristig wirklich darauf angewiesen sind. Diesem Ziel dient zweifellos eine systematische Hilfeplanung nach den Grundsätzen der AKTION PSYCHISCH KRAKE zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung [8] in Verbindung mit einer regelmäßigen Evaluation der empfohlenen Maßnahmen.

Insgesamt können wir feststellen, dass die Hilfekonferenzen die *zielgenaue Vermittlung von Eingliederungshilfen* fördern. Die Häufigkeit der Hilfeplanungen, der Anteil von Empfehlungen zur stationären Eingliederung und das Psychosoziale Risiko der Hilfeempfänger variiert allerdings zwischen den jeweiligen Einzugsgebieten der

Kliniken und den Versorgungsektoren der Beratungsstellen. Gründe dafür liegen in Unterschieden der Sozialstruktur in den Einzugsgebieten, im Entwicklungsniveau wohnortnaher Hilfsangebote mit ambulanter Schwerpunktbildung, aber auch in einer ungleichmäßigen Praxis der Hilfeplanung vor Ort. Verschiedene Indikatoren zur Prozessqualität der Planung von Eingliederungshilfen eignen sich als Ansatzpunkte für ein *Benchmarking* dezentral organisierter Entscheidungsprozesse und ein auch gesundheitsökonomisch bedeutsames *Fallzahl-controlling* im Sozialpsychiatrischen Verbund. Darüber hinaus empfiehlt der Abschlussbericht des Forschungsprojektes auch die Einrichtung einer gemeinsamen Geschäftsstelle des Sozialhilfeträgers und des Sozialpsychiatrischen Dienstes für die Planung von Eingliederungshilfen. Das Planungsverfahren selbst sollte in Zukunft auf Grundlage vereinfachter Formulare und präzisierter Vorgaben fortlaufend überprüft werden. Dies würde eine empirisch fundierte Qualitätsentwicklung im regionalen Verbund fördern [9].

Erste Stellungnahme des Auftraggebers zu den Forschungsergebnissen

Es besteht im *Sozialpsychiatrischen Verbund* der Region Hannover eine gute Tradition, relevante Versorgungsprobleme im Vorfeld von Entscheidungen in den Gremien unter Beteiligung aller Akteure grundlegend zu diskutieren. So ist auch der Abschlussbericht des Forschungsprojektes, der Ende März 2003 fertig gestellt wurde, Ende Juli 2003 allen Teilnehmern des Verbundes gemeinsam mit einer Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur Verfügung gestellt worden. Erst nach einer (bei Redaktionsschluss noch nicht erfolgten) Meinungsbildung in der Delegiertenversammlung des Verbundes im Herbst 2003 werden Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Hilfeplanverfahrens ergriffen, die zum Anfang des Jahres 2004 in Kraft treten sollen. Im Folgenden fassen wir einige wichtige Aspekte der Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes zum Abschlussbericht des Forschungsprojektes zusammen.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass das praktizierte Verfahren auf der *individuellen Planungsebene* dem Anspruch einer personenzentrierten Einzelfallplanung mit den damit intendierten Zielen gerecht wird. Die regelmäßige Evaluation und Fortschreibung der Hilfeplanung als konstitutives Moment des Verfahrens hat dazu ge-

führt, dass niemand mehr unbemerkt im »Off« verschwindet. So kann es nicht mehr vorkommen, dass eine stationäre Wohnheimbetreuung über Jahre oder gar Jahrzehnte stattfindet, ohne noch einmal über das Ob und Wie der Eingliederungshilfe zu verhandeln. Die Idee der fachlichen Begleitung des Rehabilitationsprozesses hat sich bewährt, das Primat der »wohnortnahen Versorgung« scheint erfüllt zu sein.

Im Hinblick auf die *Strukturqualität des Versorgungssystems* in der Region gab es allerdings Hinweise auf Mängel. Dies war zu erwarten, da das Verfahren an Hand einer Vielzahl von Einzelbedarfen erstmals Informationen über die allgemeine Bedarfslage zur Verfügung stellt. So ist der rapide Anstieg der Planungen von betreutem Wohnen ein Hinweis darauf, dass ambulante Hilfen sehr stark gefragt sind. Hier bestätigt sich nicht nur der Leitsatz »ambulant vor stationär«, sondern es ergibt sich auch die Frage, ob der Bedarf durch die bereits erfolgte Steigerung der Platzzahlen im Bereich der ambulanten Maßnahmen abgedeckt ist oder nicht. Bei Menschen mit Doppeldiagnosen fällt auf, dass für diesen Personenkreis überwiegend Heimunterbringungen empfohlen wurden, was die Vermutung nahelegt, dass es hier zu wenig ambulante Angebote gibt. Der Umstand, dass der Rückgang von vollstationären Unterbringungen insgesamt hinter den Erwartungen zurückblieb, ist möglicherweise ebenfalls in diesem Kontext zu sehen.

Die Studie legt auch nahe, dass Angebote für *besonders gefährdete Zielgruppen* Sinn machen würden. Psychisch kranke Männer – und unter ihnen besonders die jüngeren – bilden offenbar eine Risikogruppe im Hinblick auf die Entwicklung chronischer Krankheitsverläufe. Die Zahlen deuten hier auf einen häufigen Abbruch des Rehabilitationsprozesses hin. Auch an dieser Stelle sollte man also über Folgen für die Angebotsplanung nachdenken. Allgemein gibt es innerhalb des Regionsgebietes ein *deutliches Stadt-Land-Gefälle*, auch was die Empfehlung von stationären Wohnformen angeht. So ist der Anteil stationärer Empfehlungen für Umlandbewohner höher als für Stadtbewohner, wobei im Umland weniger Eingliederungshilfen beantragt werden und das psychosoziale Risiko geringer ist. Hier stellt sich die Frage nach der Strukturqualität der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum.

All diese Informationen werfen ein Schlaglicht auf zukünftige Aufgaben der *psychiatriepolitischen Planung und Steuerung*. Die Stärkung des ambulanten Bereichs und hier die Entwicklung von diffe-

renzierteren Angeboten ist sozialpolitisch gewollt. Wir hoffen auf eine entsprechende Konzeptentwicklung von Seiten der Anbieter von Versorgungsleistungen. In noch viel stärkerem Maß als bisher ist an dieser Stelle auch der Sozialpsychiatrische Verbund gefordert. Er ist ein Zusammenschluss aller Institutionen, Anbieter, Kostenträger, Betroffener und Angehöriger, der sich laut Konzeption in besonderer Weise für bedarfsgerechte Hilfen zugunsten der schwer und chronisch psychisch erkrankten Mitbürger einsetzen will. Zu diesem Zweck muss es auch zur Verabredung einer regionalen bzw. sektoralen Sorgungsverpflichtung kommen. Auf der Basis einer verbindlichen Qualitätsabsprache sind trägerübergreifend konkrete Vorschläge zu erarbeiten und mit entsprechenden Zielvereinbarungen umzusetzen.

Zum *Reglement des Hilfeplanverfahrens* unterscheidet die Studie mehrere Faktoren, die die Wirksamkeit des Verfahrens beeinflussen. Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung der dezentralen Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die für jeweils einen Sektor die Federführung bei der Hilfeplanung haben. Es gibt bei den Ergebnissen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren, was die Empfehlung ambulanter bzw. stationärer Maßnahmen angeht. Offenbar wird das Verfahren sehr unterschiedlich gehandhabt, je nach Arbeitsweise und Routine der verschiedenen Mitarbeiter bzw. Beratungsstellen-Teams. So hängt sowohl die Strukturqualität als auch die Prozessqualität der Versorgung mit davon ab, wo der Klient seinen Wohnsitz hat. Unter Qualitätsgesichtspunkten wäre aber auch der oft klinisch eingengegte Blick auf Hilfebedarfe kritisch zu beleuchten. Insgesamt werden in über der Hälfte aller Fälle die Hilfeplanungen während einer Klinikbehandlung des betroffenen Patienten eingeleitet. Werden in der Klinik wirklich immer die möglichen Ressourcen in der Person, die einen möglichen Eingliederungsbedarf hat, und in seinem sozialen Umfeldes ausreichend wahrgenommen?

Die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen haben unterschiedlich reagiert auf die Einführung des Hilfeplanverfahrens, das ihr Tätigkeitsprofil verändert hat und traditionelle Arbeitsweisen in Frage stellt. Nicht zu unterschätzen ist die Notwendigkeit eines *internen Strukturwandels des Sozialpsychiatrischen Dienstes*, wenn es um die Durchsetzung der angezielten personenzentrierten Hilfeplanung geht. Eine uneinheitliche Verfahrenspraxis seiens der federführen-

den Beratungsstellen schwächt die ganze Unternehmung und produziert Verunsicherungen. Es steht daher ein Qualitätsentwicklungsprozess »nach Innen« an, der die veränderte Aufgabenstruktur zum Thema macht. Hier wird die Grundlage gelegt für die Qualitätssicherung des gesamten Verfahrens. Ein Schritt in diese Richtung könnte der vorgeschlagene »Benchmarkingprozess« sein, der die Arbeitsweisen der einzelnen Beratungsstellen vergleicht, Unterschiede transparent macht und eine Diskussion über Vor- und Nachteile, Veränderungen und Angleichungen ermöglicht. Ein solcher Prozess sollte sorgfältig konzipiert und ggf. extern begleitet werden. Ein erster Schritt könnte dabei eine interne Konsensbildung über exaktere Kriterien zur Durchführung von Hilfskonferenzen sein, z. B. im Hinblick auf Recherchen im Vorfeld, Operationalisierung von Zielen und Einbeziehung nicht-psychiatrischer Hilfen. Die im Jahre 2001 neu eingerichtete Fachleitung Hilfskonferenzen im Team Gemeindepsychiatrie der Region soll der Qualitätsentwicklung intern und extern Impulse geben. Sie wurde inzwischen für zunächst zwei Jahre personell weiter verstärkt.

Wir schlagen vor, zunächst das Verfahren klarer zu gestalten, die Dokumentation der Verfahrensschritte zu straffen und ein *zentrales Prozesscontrolling* zu etablieren. In der Studie wird empfohlen, eine gemeinsame Geschäftsstelle des Sozialhilfeträgers und des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover einzurichten, in dem Sozialhilfeträger und Fachleitung Hilfskonferenzen zusammenarbeiten. Entwicklungen in anderen Bundesländern bestätigen die Richtigkeit dieses Diskussionsansatzes. So wurde z. B. in Bremen mit der Steuerungsstelle Psychiatrie die Fach- und Ressourcenverantwortung für ein kommunales Psychiatriebudget einschließlich Eingliederungshilfen nach BSHG zusammengefasst. Auf diese Weise wäre eine klare Zuständigkeitsregelung auch in der Außenwirkung gegeben. Klienten, Kliniken und andere Anbieter von Hilfen hätten einen zentralen Anlaufpunkt für alle Fragen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Personen. Zeitverzögerungen, die oft dadurch entstehen, dass das sozialhilferechtliche Antragsverfahren nicht parallel zur Hilfeplanung bearbeitet wird, könnten so verringert werden. Die sozialhilferechtlichen Bewilligungszeiträume und die inhaltlichen Fortschreibungsfristen könnten einander angeglichen werden, Entwicklungsberichte würden nur noch durch eine Stelle angefordert. Die Umsetzung dieses Vorschlages erfordert aber noch

einige Vorarbeit in inhaltlicher, rechtlicher und organisatorischer Hinsicht. Ein Problem liegt in den unterschiedlichen Zuständigkeiten bei der Bearbeitung der Eingliederungshilfe gemäß §§ 39, 40 BSHG: mal liegt sie bei der Regionsverwaltung selbst, mal bei der Landeshauptstadt Hannover bzw. einer der 20 weiteren Städte und Gemeinden der Region. Bereits jetzt allerdings wirkt die Fachleitung Hilfskonferenzen als eine Art Schaltstelle zwischen den Fachleuten, Kostenträgern, Leistungserbringern und Hilfe Suchenden.

Literatur

1. Region Hannover. Sozialpsychiatrischer Plan. Hannover, 2003
2. ELGETI H. Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Abschlussbericht eines Forschungsprojektes im Auftrag der Region Hannover. Verfügbar unter www.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/pdf/hilfpl_lang.pdf, 2003
3. ELGETI H, et al. Prävention von Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken – ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Abschlussbericht des Projektes zur Präventionsforschung – durchgeführt im Auftrag des Niedersächsischen Landesfachbereiches Psychiatrie. Medizinische Hochschule Hannover. Verfügbar unter www.lfhn.de/docs/2000/Abschlussbericht.doc, 2000
4. ELGETI H, BARTUSCH S, BASTAAN P, STEFFEN H. Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 2001, 31 (Sonderheft): 51–58
5. ELGETI H, BARTUSCH S, BASTAAN P. Was bringt der gemeindepsychiatrische Verbund schizophrener erkrankten Menschen? In: MACHELINDT W, GARLIPP P, HALTENHOFF H (Hrsg.). Schizophrenie – Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer Verlag, 2003
6. MUESER K, et al. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 1998, 24 (1): 37–74
7. MELCHINGER H. Hilfskonferenzen als Instrument der Eingliederungshilfe. Evaluation und analytische Auswertung des Modellvorhabens »Fallkonferenz Enthospitalisierung«. Medizinische Hochschule Hannover (Eigendruck), 2001
8. KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
9. ELGETI H. Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen 2003, 33 (1): 24–29

Evaluation zur Umsetzung des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans

Patrizia Di Tolla

Im Rahmen der gesetzlichen Veränderungen des §§ 93 ff. BSHG im Jahr 1999 wurde eine kostenneutrale Umstellung der Finanzierungssystematik von Leistungen auf der Basis des BSHG, unter anderem im Bereich der Eingliederungshilfe, durchgeführt. Parallel sollten Hilfebedarfsgruppen und eine Systematik zur Bemessung des Hilfebedarfes einzelner Leistungsempfänger eingeführt werden. Dieser Prozess wurde mit dem Anspruch von Transparenz der Leistungen und Kontrolle von Qualität und Wirtschaftlichkeit verbunden. In Berlin wurde im Oktober 1999 vom Ministerium (damaliger Senat für Gesundheit und Soziales) der Veränderungsprozess initiiert. Die Liga der freien Wohlfahrtspflege wurde von Anfang an mit beteiligt und erstellte als Erstes einen Rahmenvertrag für alle Leistungsbereiche.

Auf der Basis des »Berliner Rahmenvertrag gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales« vom 01. Januar 1999 wurden für die jeweiligen Bereiche Aufträge an zehn Arbeitsgruppen vergeben, Leistungsbeschreibungen und Finanzierungssystematik je Leistungstyp zu erstellen.

Im Bereich Psychiatrie hat der Paritätische Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V. die Federführung für diesen Bereich erhalten, da ca. 90 % der Einrichtungen in Berlin unter dem Dach des Paritätischen organisiert sind.

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe, die paritätisch von der Liga der freien Wohlfahrtspflege und von der Senatsverwaltung besetzt wurde, wurden sechs Leistungsbeschreibungen für sechs unterschiedliche Leistungstypen im Psychiatriebereich (Therapeutisch betreute Wohngemeinschaften, Betreutes Einzelwohnen, Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen, Tagesstätten, Heime und Übergangsheime) erarbeitet und eine neue Systematik im Bereich der Vergütung entwickelt.

Im Rahmen dieser komplexen Projekte, die sowohl die Umstellung des Vergütungsverfahrens als auch die Umstellung des Verfahrens zur fachlichen Umsetzung beinhalten, wurde ein Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan erstellt. Das Verfahren zur

Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs musste erprobt und evaluiert werden. Ziel war die Optimierung des Verfahrens und die Einführung eines gesamten »Paketes«, in dem neue Vergütungsvereinbarungen, Leistungsbeschreibungen und ein erprobtes Verfahren zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs in ganz Berlin für den Psychiatriebereich eingeführt werden sollte (Abb. 1).

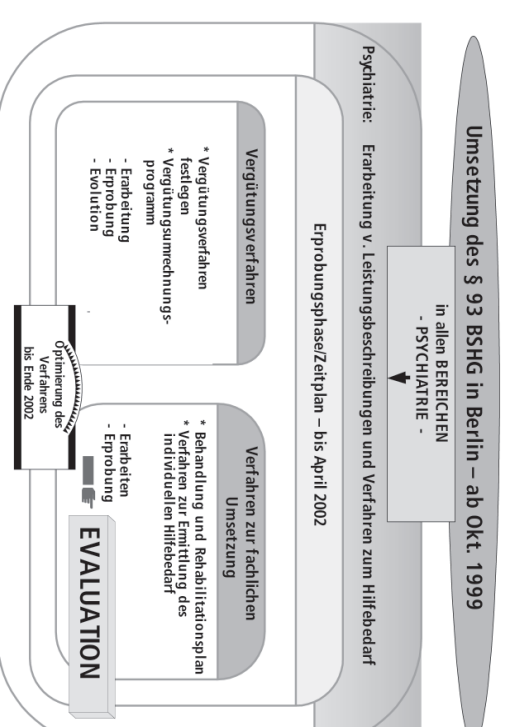


Abb. 1: Umsetzung des § 93 BSHG in Berlin

In den nächsten kurzen Ausführungen wird die Evaluation der Anwendung des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (BBRP) in der Erprobungsphase in Berlin dargestellt.

Der Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan ist eine veränderte Fassung des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Die Veränderungen wurden, in Abstimmung mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE, speziell für die Berliner Verhältnisse durchgeführt. Am 01. Oktober 2000 wurde in Berlin der BBRP flächendeckend eingeführt. An diesem Stichtag wurden alle Betreuten, im Rahmen der Einrichtungen nach § 93 BSHG Psychiatriebereich, begutachtet. Es handelt sich um Einrichtungen sowohl in ambulanten als auch im stationären Bereich. Seit Januar 2001 ist es verpflichtend, für jede neue Aufnahme oder Ver-

längerung von Kostenübernahmen in Einrichtungen der Psychiatrie einen BBRR zu erstellen.

Der BBRR ist ergänzt durch eine Begutachtungsanleitung, die dessen Anwendung erläutert. In der Evaluation wurden beide Bausteine betrachtet.

Die Evaluation zum BBRR wurde vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin an das »Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung GmbH (FEB)« aus Hamburg in Auftrag gegeben. Dieses Institut verfügt über detaillierte Erfahrungen im Bereich der Umsetzung von Systemen zur Begutachtung von individuellen Hilfebedarfen. Herr Christian Reumenschüssel-Wienert führte, mit einer Kollegin, die Evaluation sehr kompetent und praxisbezogen durch, sodass wir auf der Basis der Ergebnisse eine Veränderung der gesamten Systematik vornehmen konnten.

Die Evaluation wurde durch die Versendung von 511 Fragebögen (401 kamen zur Bewertung) durchgeführt. Diese Fragebogen wurden von 400 Mitarbeitern ausgefüllt, die insgesamt über 3000 Klienten begutachtet hatten. Im Oktober 2000 wurden über 2700 Menschen in den Einrichtungen betreut. Alle wurden mit dem BBRR begutachtet. Dies bedeutet, dass diese Evaluation für Berlin repräsentativ ist. Dies auch, weil die Evaluation mit einer bestimmten Systematik umgesetzt wurde, d. h. proportional nach Größe der Träger wurde eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern angeschrieben.

Ziel der standardisierten Befragung war, Erkenntnisse zu erlangen, wie der BBRR und seine einzelnen Teile sowie seine Strukturierung und sein Einsatz von den Mitarbeitern/innen bewertet wird. Gleichzeitig sollte ermittelt werden, wie das Verfahren der Zusammenarbeit (z. B. zwischen freien Trägern und Ämtern, andere Einrichtungen hinsichtlich Vernetzung, Fallkonferenzen, Steuerung) aussieht.

Die Ergebnisse der Befragung sollten die Grundlage bilden, konkrete Lösungs- und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten.

Praktische Umsetzung der Evaluation

- Unter der den ca. 1500 Mitarbeitern, die in Berlin im Rahmen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und einigen anderen Verbänden, die sich der Befragung freiwillig angeschlossen haben, beschäftigt sind, wurde eine Stichprobe von ca. 500 ausgewählt.

- Die eingegangenen und verwertbaren 401 Fragebogen wurden mit der gängigen und hierfür geeigneten statistischen Methode angewendet. Neben einer Auswertung der gesamten Stichproben wurden auch Auswertungen nach den einzelnen Berliner Bezirken vorgenommen sowie nach einzelnen Berufsgruppen.
- Bei der Auswahl der Mitarbeiter wurden alle sechs Leistungstypen berücksichtigt.
- Zusammen mit der Bewertung der Anwendung des BBRRs wurde ebenfalls auch die Praktikabilität des Begutachtungseinfadens bewertet.

Grundsätzlich ist zu vermerken, dass breite Kenntnisse und das Verständnis, sowohl des Begutachtungseinfadens als auch des BBRRs in Berlin, bei den Mitarbeitern freier Träger vorhanden ist. Bei dem Begutachtungseinfaden sind verständnisorientierte Überarbeitungen notwendig, die sich besonders auf eine übersichtliche Strukturierung und eine klare verständliche und mit Beispielen angereicherte Sprache beziehen.

Einsatz des BBRR

Die große Mehrheit der Mitarbeiter/innen vertritt die Meinung, dass die Klientinnen und Klienten des Hilfesystems ausreichend in der Erarbeitung des BBRRs miteinbezogen wurden.

Die Zusammenarbeit mit Kollegen von anderen an der BBRR-Erstellung beteiligte Einrichtungen (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, rechtliche Betreuer/innen, Krankenhäuser etc.) verläuft für die befragten Mitarbeiter/innen recht befriedigend. Probleme entstehen nur in der Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen des Sozialamtes und den niedergelassenen Fachärzten.

Moderate Schwierigkeiten haben die Mitarbeiter/innen bei der Ermittlung von Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen ihrer Klienten. Daher ist eine Überarbeitung in diesem Bereich notwendig.

Insgesamt scheint es mit den wichtigen Abschnitten »Ziele«, »Vorgehen« und »Erbringung durch« des BBRR keine wesentlichen Probleme zu geben.

Kernaussagen aus dem Evaluationsbericht

Auf Grund von Aussagen der Mitarbeiter gibt es einen Veränderungsbedarf in folgenden Bereichen:

Hilfbedarfsgruppen

Der insgesamt relativ hohe Anteil der Angaben, die die Seite 8 als nicht übersichtlich beurteilen, legt eine Überarbeitung nahe. Die Seite 8 betrifft die Hilfebedarfsbemessung, d.h. es muss hier genau eingetragen werden, wie viele Minuten es insgesamt an Betreuung der Betroffenen bedarf, um die Einstufung in Hilfebedarfsgruppen vorzunehmen. Dies nochmals aufgeteilt nach Leistungstypen, die diesen Betreuungsbedarf decken sollen (Abb. 2).

Die Anzahl der »Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf« sollte nicht verändert werden. Es sollte allerdings überprüft werden, in wie weit eine Gruppe von 270 Min./Woche in die Systematik eingefügt werden kann.

Kooperation

Die von den Mitarbeitern angegebenen Schwierigkeiten in der Kooperation bei der Bemessung des Hilfebedarfes halten sich insgesamt in Grenzen. In erster Linie betraf es die Mitarbeit mit den Sozialämtern und den Sozialpsychiatrischen Diensten, wobei die Höhe des Hilfebedarfes im Vordergrund stand.

Datenschutz

Einige Probleme sind im Datenschutzbereich vorhanden. Es ist in Berlin vorgesehen, einen Teil des BBRP an die Sozialpsychiatrischen Dienste weiterzugeben. Dies betrifft die Seite 3, bei der die psychiatrische Behandlung, die Krankengeschichte und die psychopharmakologische Behandlung notiert sind (Abb. 3). In einigen Bezirken verlangt das Sozialamt, in diese Seite einzusehen. Gleichzeitig sollte auch die koordinierende Bezugsperson die Seite erhalten. Es wird vorgeschlagen, dies nur im Rahmen einer gesonderten »Erlaubnis« durch den/die Klienten/in vorzunehmen.

Vorschläge zur weiteren Einhaltung des Datenschutzes waren:

- Der BBRP sollte von allen an der Erstellung Beteiligten unterschrieben werden;
- es sollten differenzierte Schweigepflichtentbindungen eingeführt

H. Hilfebedarfsbemessung

Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs Mittels sozialpsychiatrischer Leistungen zur

Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften etc.)	Tagesgestaltung, Kontaktgestaltung, Teilnahme am öffentlichen Leben	Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung, sinnstiftende Tätigkeiten für andere	Gruppen mit (quantitativ) vergleichbarem Hilfebedarf	Behandlungsplanung und Abstimmung, Koordination durch eine Bezugsperson	Summe der Minutenwerte
0 min/W.			☐ 1) 90 min/W.	40 min/W.	130 min/W.
			☐ 2) 180 min/W.	40 min/W.	220 min/W.
	0 min/W.		☐ 3) 270 min/W.	40 min/W.	310 min/W.
			☐ 4) 360 min/W.	40 min/W.	400 min/W.
		0 min/W.	☐ 5) 450 min/W.	40 min/W.	490 min/W.
			☐ 6) 540 min/W.	40 min/W.	580 min/W.
0 min/W.	0 min/W.		☐ 7) 630 min/W.	40 min/W.	670 min/W.
			☐ 8) 720 min/W.	40 min/W.	760 min/W.
0 min/W.		0 min/W.	☐ 9) 810 min/W.	40 min/W.	850 min/W.
	0 min/W.	0 min/W.	☐ 10) 900 min/W.	40 min/W.	940 min/W.
0 min/W.	0 min/W.	0 min/W.	☐ 11) 1080 min/W.	40 min/W.	1120 min/W.

Zusammenfassung:

Summe der Hilfeleistung (aus Spalte 1 bis 3)	Gruppe vergleichbaren Hilfebedarfs (1–11)	Behandlungsplanung und Koordination	Summe der Minutenwerte	Psychotherapeutische Leistungen (A/B/kein Zuschlag)	Nachtbereitschaft erforderlich (Ja/Nein)	Anwesenheitsbereitschaft erforderlich (Ja/Nein)
90 min/W.	1)	40 min/W.	130 min/W.	kein Zuschlag	nein	nein

Abb. 2: Seite 8 des BBRP zur Hilfebedarfsmessung (Fortsetzung nächste Seite)

Zuordnung zu Leistungstypen:

Leistungstyp/-en	Hilfeleistung je Leistungstyp (in min/W.)	Gruppe vgl. Hilfebedarfs je Leistungstyp (1–11)	Behandlungsplanung und Koordination Δ, Π	Psychotherapeutische Leistungen Δ (A/B/kein Zuschlag)	Nachtbereitschaft erforderlich Δ (Ja/Nein)	Anwesenheitsbereitschaft erforderlich Δ (Ja/Nein)
1.: ---	90 min/W.	1)	--- min/W.	kein Zuschlag	nein	nein
2.: ---	0 min/W.	---	--- min/W.	kein Zuschlag	nein	nein

Δ nur einmal zuordnen Π Pauschale für Behandlungsplanung und Koordination nur dem Bereich zuordnen, bei dem sie erbracht wird

Beantragte Maßnahme:

Leistungstyp/-en: 1.: ---- Leistungstypausprägung:
2.: ---- Mit Nachtwache ☐
Träger/Einrichtung: 1.: ---- Ohne Nachtwache ☐
2.: ---- Nur bei ÜWH, Heim, Verbund
Ansprechpartner/-in des Trägers: 1.: ---- oder TWG möglich.
2.: ----
Vorgeschlagener Beginn der Maßnahme: -----

Abb. 2: Seite 8 des BBRP zur Hilfebedarfsmessung

D. Psychiatrische Behandlung/ Krankengeschichte Letzte Diagnosen: ☐ ICD-9 ☐ ICD-10 ICD - 9 Schlüssel: _____ ICD - 10 Schlüssel: _____ Text: _____ Text: _____ D.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. D.2 Sind bereits Rehabilitationsversuche vorausgegangen? (ggf. gesondertes Blatt nutzen)	D.4 Erfahrung mit der bisherigen Behandlung/ Rehabilitation /Betreuung aus Sicht des Klienten/ der Klientin (Krankheits- und Problembewältigungskonzepte aus Sicht des Klienten); ggf. gesondertes Blatt nutzen! Text: _____
D.3 Psychopharmakologische Behandlung Seit: _____ regelmäßig ☐ zeitweise ☐ mit ☐ Neuroleptika ☐ Antidepressiva ☐ Tranquilizer ☐ Lithium/ Carbamazepin ggf. aktuelle Medikation: _____ Medikament: _____ Dosis/ Tag _____	D.5 Ergänzende Angaben zur Krankengeschichte (auch zu körperlichen Erkrankungen, Minderbegabung) ggf. gesondertes Blatt nutzen! Text: _____
E. Ergänzende Angaben zur Biographie E.1 Bedeutsame Entwicklungen und Erfahrungen, spezifische Interessen und Neigungen (z. B. Hobbys, berufliche Interessen, besondere Fähigkeiten) ggf. gesondertes Blatt! Text: _____	E.2 Ergänzende Angaben zur aktuellen Behandlungs-/ Betreuungssituation (z. B. auch Abschluss von Behandlungsvereinbarungen u. ä.) ggf. gesondertes Blatt! Text: _____

Abb. 3: Seite 3 des BBRP für den Sozialpsychiatrischen Dienst

werden, die sich jeweils auf unterschiedliche Bereiche, z. B. Seite 3, beziehen.

■ *Beziehung zum Klienten*

Die Mitarbeiter/innen waren überwiegend der Ansicht, dass die Transparenz der Hilfeplanung mit Einführung des BBRR verbessert wurde. Hingegen stellten sie keine Verbesserung der Qualität der Arbeit und der Beziehung zum/zur Klienten/in fest. Bei diesem Ergebnis wäre eine weiterführende Befragung notwendig, um die Gründe dieser Aussage herauszufinden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum keine Verbesserung der Beziehungen mit den Klienten eingetreten ist, da eine Transparenz des Hilfeplanes doch vorhanden ist.

Zusammenfassung

Insgesamt kann durch diese Evaluation bestätigt werden, dass die Mitarbeiter/innen des Berliner gemeindepsychiatrischen Hilfesystems kompetent in der Lage sind, die Rehabilitationsplanung auf der Grundlage eines personenzentrierten und funktionalorientierten Ansatzes in ihrer überwiegenden Mehrheit durchzuführen. Daher hat sich das Instrument des Berliner Rehabilitationsplanes und sein Planungsverfahren, inklusive der Ermittlung von Gruppen mit vergleichbaren Hilfebedarf auf eine personenzentrierte Grundlage, seit seiner Einführung im Jahr 2000 bewährt.

Zurzeit wird weiterhin diese Fassung des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplanes in Berlin angewandt. Die vorgeschlagenen Veränderungen sind schon eingearbeitet worden und werden voraussichtlich am 01.01.2004 in der Umsetzungsphase Alltagspraxis werden. Anfang 2004 werden sowohl die Ermittlung des Hilfebedarfes auf der Basis des überarbeiteten BBRR und der Begutachtungsanleitung als auch die Einführung von Preisen nach Hilfebedarfsgruppen umgesetzt. Die Evaluation hat dazu beigetragen, die Bereiche zu verdeutlichen, in denen diese Ergänzungen bzw. Veränderungen vorgenommen werden müssen.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V., hat mit der Durchführung dieses Projektes dazu beigetragen, nicht nur eine personenzentrierte Bedarfsermittlung durchzuführen, sondern auch eine Verbesserung der danach folgenden Betreuung zu erzielen.

Qualitätsmanagement durch Nutzerbeteiligung

Nils Greve

Ich berichte über langjährige Erfahrungen mit unserer so genannten »Nutzerbeteiligung«, die sich auf die gesamte Tätigkeit unseres gemeindepsychiatrischen Vereins bezieht, also nicht erst mit der Einführung der »personenzentrierten Hilfeplanung« im heutigen Sinne begonnen hat. Außerdem erfolgt nicht eine Evaluation im streng wissenschaftlichen Sinne, sondern eine laufende Bewertung von Aspekten unserer Arbeit durch Klienten, Angehörige und ehrenamtliche Bürgerhelfer. Ich hoffe, dass dieser Bericht trotzdem Anregungen für eine Beteiligung der genannten Personengruppen an der Qualitätsüberprüfung und -entwicklung personenzentrierter Hilfen geben kann.

Zunächst möchte ich den Trägerverein vorstellen und schildern, wie sich die Nutzerbeteiligung bei uns entwickelt hat und wie sie heute gestaltet wird. Dann gehe ich darauf ein, inwiefern die Nutzergruppen davon profitiert haben, und versuche schließlich eine persönliche Bewertung des Beitrages der Nutzerbeteiligung zum Qualitätsmanagement.

Der Psychosoziale Trägerverein Solingen

Der Verein wurde von einer Gruppe ehrenamtlich tätiger Solinger Bürger mit dem Ziel ins Leben gerufen, professionelle psychiatrische Hilfen für psychisch kranke Solinger Bürger vor Ort aufzubauen. Maßstab sind die Bedürfnisse dieser Personengruppe: Alles, was sie an Hilfe benötigen, um ein erfolgreiches und zufriedenes Leben in der »Gemeinde« zu führen – soweit nicht andere Institutionen bereits eine entsprechende Hilfe anbieten – soll der Psychosoziale Trägerverein sich bemühen aufzubauen. Leitlinien waren und sind dabei

- die Konzentration auf die Stadt Solingen
- »Niedrigschwelligkeit« der Angebote, d. h. der möglichst weitgehende Verzicht auf alles, was den Zugang für Klienten erschweren könnte
- »Pflichtversorgung« und »Vorrang für schwer Kranke« in dem Sinne, dass alle Personen, die der Zielgruppe angehören, Hilfe

- vom Trägerverein bekommen können und niemand wegen störenden Verhaltens, sozialer Unangepasstheit oder Ähnlichem abgewiesen oder ausgeschlossen werden soll
- personelle Kontinuität der Hilfen, also das Angebot einer Bezugsperson (»Stammbetreuer«), die ihre Klienten durch alle Hilfsformen hindurch begleitet
- Vernetzung aller Angebote, d. h. eine möglichst enge Kooperation aller Beteiligten auf gleicher Augenhöhe
- Beteiligung der »Nutzer« (Klienten, Angehörigen und ehrenamtlichen Bürgerhelfer) an der Arbeit des Vereins mit substantiellen Mitwirkungsrechten
- Hilfe zur Selbsthilfe: Mit Unterstützung des Vereins sollen Klienten in ihren persönlichen Kompetenzen gefördert und zu Autonomie und möglichst »normaler« Lebensgestaltung ermächtigt werden.

Natürlich können wir nicht alle diese Idealvorstellungen in jedem Einzelfall verwirklichen, aber meines Erachtens lässt sich aus der Aufzählung der Arbeitsprinzipien erkennen, dass unser Verein – ebenso wie viele andere Träger gemeindepsychiatrischer Verbundangebote – sich von Anfang an bemüht hat, die wesentlichen Prinzipien personenzentrierter Hilfe zu verwirklichen.

Der Psychosoziale Trägerverein Solingen besteht im Wesentlichen aus den Bestandteilen, über die ein gemeindepsychiatrischer Verbund verfügt, wenn er relativ weit differenziert ist:

- Da ist zunächst der Vereinsbereich *Ambulante Dienste* zu nennen:
 - Darin sind
 - Ambulante Beratung und Betreuung (Betreutes Wohnen),
 - die Kontakt- und Beratungsstelle und
 - die Tagesstätte integriert;
 - sodann der Bereich *Arbeit und berufliche Rehabilitation* mit zwei Bestandteilen:
 - Der Berufsbegleitende Dienst besteht aus dem Integrationsfachdienst und dem Betreuungsdienst für Klienten, die bei uns arbeiten.
 - Wir haben fachlich angeleitete und psychosozial begleitete Arbeitsplätze für Psychiatrieerfahrenen in allen wirtschaftlichen Zweckbetrieben unter dem Firmennamen: »JÄNDER – Service rund um Haus und Wohnung« sowie in unserer Verwaltung.

- Unser *Wohnbereich* hat vier dezentrale Wohnheimgruppen mit zusammen 51 Plätzen.

Dann kommen noch einige Besonderheiten hinzu, die in den meisten Regionen nicht in Gemeindepsychiatrische Verbünde integriert sind:

- Zum einen der Klinische Bereich:
 - Wir sind Krankenhaussträger mit 20 teilstationären Behandlungsplätzen und Institutsambulanz und haben darüber hinaus
 - eine Krisenwohngruppe mit acht regulären Plätzen und einem Notbett.
- Außerdem unterhält der Verein einen *Krisendienst rund um die Uhr*, ist also jederzeit telefonisch erreichbar, kann jederzeit in Rufbereitschaft eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter zum Ort des Geschehens schicken und bietet, wie oben genannt, auch Krisenbetten an.

Entstehung und Entwicklung der »Nutzerbeteiligung«

Mit dem Begriff »Nutzer« meinen wir traditionell diejenigen, denen die Arbeit nutzen soll, also die Klienten und ihre Angehörigen. Aus historischen Gründen rechnen bei uns zur so genannten »Nutzerseite« auch die ehrenamtlichen Bürgerhelfer. Das heißt, der Begriff ist eigentlich eine unscharfe Sammelbezeichnung.

Ehrenamtliches Engagement war die erste Keimzelle der Gemeindepsychiatrie in Solingen. Seit Anfang der 70er-Jahre existierte in Solingen ein »Initiativkreis Psychisch Erkrankte«, der aus Angehörigen und anderen engagierten Bürgern bestand und Langzeitpatienten in Langenfeld besuchte und daraus ableitete, es sollte Treffpunkte für psychisch kranke Menschen in Solingen geben. Dieser Initiativkreis hat zusammen mit Mitgliedern einer Kirchengemeinde 1978 den Psychosozialen Trägerverein gegründet mit dem erklärten Ziel, in Solingen professionelle Hilfen für psychisch kranke Menschen aufzubauen. Wir sind also sozusagen ein Ableger ehrenamtlichen Engagements, und diese Gründungsgeschichte prägt, die aktive Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Bürgerhelferinnen bei unserem Verein bis heute. Die Formen dieser Mitwirkung haben sich im Laufe der Jahre in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstadium des Vereins erheblich geändert.

Die Nutzerbeteiligung heute

Ich möchte Ihnen jetzt in aller Kürze die verschiedenen Formen der Nutzerbeteiligung vorstellen, die es heute beim Psychosozialen Trägerverein gibt.

Bürgerbeirat

Der Bürgerbeirat besteht aus je zwei Vertretern oder Vertreterinnen der Klienten, also der Psychiatrieerfahrenen, der Angehörigen und der ehrenamtlichen Bürgerhilfe, und außerdem ist die Psychiatriekoordinatorin der Stadt als Vertreterin der Fachöffentlichkeit das siebte Mitglied.

Der Bürgerbeirat wurde zum einen als *Lobby-Organ der Nutzerseite* und zum anderen als ein *Organ der Qualitätsentwicklung* konzipiert. Der Grundgedanke war, von den Nutzergruppen eine laudende Rückmeldung zur Qualität unserer Arbeit zu bekommen.

Der Bürgerbeirat tagt alle sechs bis acht Wochen und bespricht selbst gewählte Themen, die die Arbeit des Vereins betreffen, einschließlich geplanter konzeptioneller Neuentwicklungen. Er hat keine Beschlussrechte, gibt aber Empfehlungen zu den diskutierten Themen. Die Sitzung sieht vor, dass der Vorstand diese Empfehlungen zu berücksichtigen hat. Falls er das nicht tut, kann der Bürgerbeirat sich beim Aufsichtsrat unseres Vereins als Schlichtungsorgan beschweren. Der Bürgerbeirat hat also keine formellen Beschlüsse und Weisungsrechte, hat aber faktisch durchaus ein Gewicht.

So fanden beispielsweise im Jahr 2002 zwei Sitzungen zum Schwerpunktthemen »Personenzentrierte Hilfeplanung« und »Verlaufsdocumentation der Arbeit mit Klienten« statt. Dann gab es eine Sitzung, in der ein neues Konzept für den »Runden Tisch« – die Kontakt- und Beratungsstelle – diskutiert wurde. Weiterhin gab es eine Sitzung mit dem Thema: »Berücksichtigt der Psychosoziale Trägerverein tatsächlich die Bedürfnisse der Angehörigen?« In der Sitzung ging es vor allen Dingen darum, dass wir – selbst bei bester Absicht – mit unserer Arbeit den Wünschen der Angehörigen offensichtlich nicht immer gerecht werden.

Außerdem diskutiert der Bürgerbeirat jedes Jahr im Spätherbst die vom Vorstand vorgelegte *Jahresplanung* des Vereins für das kommende Jahr sowie den Jahresbericht der Ombudsleute.

Personalausschuss

Wir haben unsere *Personalausschüsse*, die die Bewerbungsgespräche bei allen Einstellungsverfahren durchführen, paritätisch mit Nutzern, Mitarbeitern und Leitungskräften besetzt. Das heißt, wer sich bei uns bewirbt, wird von der Leitung, den zukünftigen Kollegen und dem Betriebsrat, aber auch von Nutzern betragt. Die Personalausschüsse treffen nicht die Entscheidung über die Einstellung von Mitarbeitern, aber sie geben Empfehlungen, die vom Vorstand in aller Regel berücksichtigt werden. Gegen das Votum der Nutzerseite ist, soweit ich mich erinnere, noch nie ein neuer Mitarbeiter eingestellt worden.

Ombudsleute

Seit 1985 gibt es *Ombudsleute*, d.h. ein internes Beschwerdemanagement beim Verein. Vorbild für die Namensgebung war der schwedische »Ombudsman«. Der Grundgedanke ist: Eine Ombudsperson soll Beschwerdeführern zur Verfügung stehen und im Beschwerdeverfahren überall Gehör finden, aber kein Entscheidungsrecht über die Beschwerde haben; also möglichst wenig formelle Vorgaben, aber auch keine Beschlussrechte, eine Art Beistand oder Sachwalter für Beschwerdeführer.

Bei uns war das zunächst eine Person, seit acht Jahren ist es ein vierköpfiges »Ombudsteam«, das jeweils für zwei Jahre berufen wird. Diesem Ombudsteam gehören Menschen an, die selbst Psychiatererfahrung haben oder Angehörige von Psychiatererfahrenen sind. Sie gehen in alle Einrichtungen des Vereins und haben dort wöchentliche feste Sprechzeiten. Auf diese Weise soll es Klienten möglichst leicht gemacht werden, sich tatsächlich zu beschweren, weil wir natürlich mit vielen Klienten arbeiten, von denen man sich nicht gut vorstellen kann, dass sie einen Beschwerdebrief verfassen und an eine anonyme Stelle schicken. Deswegen gehen die Ombudsleute zu potenziellen Beschwerdeführern hin, nicht immer unbedingt mit der Absicht, nach Beschwerden zu horchen, aber schon mit einem warmen Ohr.

Adressat für Beschwerden ist der Vorstand des Vereins. Es handelt sich also um ein strikt internes Beschwerdesystem mit allen Grenzen, die das leider hat. Unser Ideal wäre ein externes Beschwer-

desystem, am liebsten in der Regie der Stadt Solingen, extern gegenüber allen Einrichtungen. Solange es das nicht gibt, haben wir intern unsere Ombudsleute.

Einzelbeschwerden, die die Ombudsleute aufgreifen, führen häufig zu Diskussionen im Bürgerbeirat. Über den Weg der Einzelbeschwerde werden dadurch auch strukturelle Mängel deutlich, sodass über die Bearbeitung der Einzelbeschwerde hinaus auch die Ombudsleute Teil des Qualitätsmanagements werden.

Es gibt bei uns rund 50 Beschwerdeverfahren pro Jahr. Das ist eine bunte Mischung, da kann es um bauliche Mängel oder kleine Verbesserungswünsche gehen, um die Qualität des Essens, um die Höhe des Verpflegungsgeldes für Selbstverpfleger, aber auch zum Beispiel um Zwischenfälle gegenüber Betreuern bis hin zu Fehlverhalten, das in Einzelfällen schon zur Entlassung von Mitarbeitern geführt hat. Ebenso geht es um Kritik an Betreuerkonzepten oder an der Umsetzung einzelner Angebote für Klienten.

Weitere Formen der Nutzerbeteiligung

An weiteren Formen der Nutzerbeteiligung sind zu nennen

- der *Heimbeirat*. Der besteht bei uns, seit es das neue Heimgesetz gibt, hat allerdings neben den geschilderten Gremien noch kein großes Gewicht gewinnen können. Ich hoffe, dass sich das demnächst ändert, nachdem jetzt auch Nichtbewohner, z. B. Angehörige oder Betreuer, in den Heimbeirat gewählt werden können.
- *Projektgruppen*: Wenn wir neue Fragen aufgreifen oder neue Konzepte entwickeln, laden wir in der Regel trialogisch ein, das heißt, die Nutzer werden in Projektgruppen mit eingeladen. In der Praxis nehmen sie zwar nicht an allen Gruppen teil. Aber an vielen Projektgruppen haben sie auch teilgenommen und sie zum Teil entscheidend mit voran gebracht.
- Seit vier Jahren führt der Verein zusammen mit der Volkshochschule ein *Psychoseseminar* durch. Inzwischen wird diese Veranstaltung von einer trialogischen Vorbereitungsgruppe getragen. Dazu gehören zwei professionelle Mitarbeiter, drei Nutzer und eine Angehörige, die das Psychoseseminar gemeinsam vorbereiten.

Zur Unterstützung der Nutzerseite des Vereins, ihrer Gremien und der vielfältigen Aktivitäten haben wir einen früheren Mitarbeiter des Vereins gewinnen können, der nebenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig ist. Er moderiert Sitzungen der »Nutzergremien« und bietet den Ombudsleuten und dem Angehörigenverein eine Supervision an.

Unter anderem hat das langjährige ehrenamtliche Engagement der Nutzer dazu geführt, dass wir seit einigen Jahren in Solingen *Selbsthilfevereine* haben. Der Trägerverein hat dabei als Geburtsheifer fungiert. Es gibt einen »Verein der Angehörigen« und es gibt den Verein »Phönix«, den Verein der Psychiatrieerfahrenen. Beide haben jeweils über 20 Mitglieder. Der Angehörigenverein tagt zweiwöchentlich in unserem Haus, die Selbsthilfegruppe des Vereins Phönix tagt inzwischen wöchentlich, aber außerhalb unseres Hauses, um ihre Selbstständigkeit auch insofern zu unterstreichen. Sehr an Boden gewonnen hat dabei der Gedanke, sich gegenseitig zu unterstützen, also sich nicht nur auf Gremienarbeit beim Verein, Besuche in der Klinik oder Mitwirkung im Psychiatriebeirat der Stadt zu beziehen – dies alles auch, aber vor allem sich gegenseitig Unterstützung zu leisten. Das ist eine Entwicklung der letzten zwei bis drei Jahre. Ich hoffe, dass dieser Selbsthilfegedanke vor allem bei den Psychiatrieerfahrenen noch an Gewicht gewinnen wird.

Ehrenamtliche Bürgerhelfer, um das kurz zu ergänzen, gibt es seit den Anfängen des Vereins. Zwei Damen, die aus der Kirchengemeinde stammen, die ich anfangs erwähnt habe, sind seit 1977 kontinuierlich bei uns tätig, also inzwischen über 25 Jahre, und werden von Fall zu Fall von anderen Menschen aus dem Umkreis des Vereins unterstützt. In dem Maße, in dem die Betreuung und praktische Unterstützung einzelner Klienten von Profis übernommen wurde, haben sie ihr Engagement im Laufe der Zeit auf Freizeitangebote verlagert, z. B. Kaffeemittage, Ausflugsfahrten, Adventsfeier. Das findet seit vielen Jahren ungebrochen großen Zuspruch.

Nutzerbeteiligung als Beitrag zum Qualitätsmanagement

Abschließend möchte ich anhand einiger Beispiele darstellen, inwiefern Nutzerbeteiligung zum Qualitätsmanagement beiträgt.

Anregungen zur Verbesserung der Arbeit

Durch das Zusammenspiel der Nutzergremien ergeben sich immer wieder Anregungen, die uns helfen, unsere Arbeit zu verbessern.

Zwei Beispiele dazu:

1. Auf dem Weg über Beschwerden wurden wir gewahrt, dass die therapeutischen Bereiche und Betreuungsdienste des Vereins einerseits und die wirtschaftlichen Betriebe andererseits nicht immer reibungslos zusammenarbeiteten. Das wurde dann Thema im Bürgerbeirat und im Qualitätsforum und hat zum einen dazu geführt, dass die Kommunikation zwischen den Beteiligten verbessert worden ist und damit die Abläufe zwischen den technischen Betrieben und den Betreuungsbereichen. Zum anderen hat es zur Gründung einer Projektgruppe geführt, die trialogisch besetzt ist und das Gesamtkonzept im Angebotsbereich von Zuverdienst, Beschäftigung und Arbeit überprüft, Schnittstellen untersucht und Vorschläge zur Schließung von Angebotslücken unterbreitet. Das Verfahren hatte mit Beschwerden einzelner Wohnheimbewohner darüber begonnen, dass bei ihnen bauliche Mängel nicht abgestellt wurden. Dadurch kam ein Stein ins Rollen, der doch erhebliche Entwicklungen ausgelöst hat.
2. Wir haben Informationsmaterial für unsere ambulanten Gruppenangebote erstellt und sind gewahrt geworden, dass es überhaupt kein Echo gab, obwohl wir das Material breit gestreut haben. Daraufhin haben wir uns in einer trialogischen Projektgruppe zusammengesetzt und von einem der Psychatrieerfahrenen entscheidende Hinweise bekommen, auf Grund derer wir alle Texte so umgeschrieben haben, dass sie sich direkt an Klienten richten und von diesen leicht verstanden werden. Wir konnten somit durch trialogische Kooperation unsere Öffentlichkeitsarbeit erheblich verbessern.

»Blinde Flecken«

Von Nutzern hören wir des öfteren Kritik an Punkten, auf die wir nicht gekommen wären. Zum Beispiel ein Arztbrief der Tagesklinik, mit dem die Patientin an einigen Punkten nicht einverstanden ist – wie reagieren wir darauf? Das hatte ich in rund 20 Jahren Klinik-Erfahrung noch nicht erlebt, dass dies in einem Beschwerdeverfahren geklärt werden könnte. Wir haben der Beschwerde führenden Patientin angeboten, wir würden ihre Stellungnahme dem Adressaten des Arztbriefes nachreichen.

Oder ein anderer Punkt. Die Diskussion im Bürgerbeirat, ob Angehörige immer gut erreicht werden, ging auf die Beschwerde einer Angehörigen im Psychoseseminar zurück, die sich bei Krisen ihres Partners von uns nicht gut beraten gefühlt hatte. Über diese Beschwerde sind wir noch einmal in die Diskussion geraten, ob wir die Angehörigen mit ihren Bedürfnissen so gut erreichen, wie wir immer gemeint haben, und sind zu der Einsicht gekommen, dass hier Nachbesserungsbedarf besteht.

Die rein interne Nutzerbeteiligung hat natürlich Grenzen, weil der Vorstand das letzte Beschlussorgan für alle Beschwerdeverfahren ist. Wenn dieser nicht bereit sein sollte, »blinde Flecken« zu überwinden, könnten die Ombudsleute und der Bürgerbeirat zumindest formal nichts dagegen ausrichten.

Nutzen für die Nutzer

Welchen Nutzen haben die Nutzer von der Beteiligung an unserer Arbeit? Ganz sicher haben wir ein gestiegenes Selbstbewusstsein, sowohl der Psychatrieerfahrenen als auch der Angehörigen, beobachtet. Sie haben eigene Vereine gegründet, die ein lebendiges Eingeleben führen und sich im Zuge der Selbsthilfe immer mehr zutrauen. Die Nutzer haben durch das ehrenamtliche Engagement beim Verein ganz offensichtlich ein Empowerment erfahren.

Weiterhin kommunizieren wir meines Erachtens auf annähernd gleicher Augenhöhe mit Klienten und Angehörigen. Zum Beispiel hat unsere Tagesklinik, als sie die Arbeit aufnahm, ganz selbstverständlich das Schlagwort vom »Verhandeln statt Behandeln« aufgegriffen; es ist eine deutlich andere Atmosphäre daraus entstanden, als ich sie sonst kannte.

Normalisierung der Lebensverhältnisse

Seit den Anfängen des Vereins haben wir das Normalisierungsprinzip hochgehalten, das heißt, wir wollten den Klienten helfen, in möglichst normalen Beziehungen zu leben und nicht ständig in der Klientenrolle zu verbleiben. Ein Klient soll aus der Klientenrolle auch einmal heraus wachsen können. Es kann jemand zum Beispiel bei uns arbeiten, aber gleichzeitig auch Klient sein und in einem der Nutzer*innen mitarbeiten. Dann kommt es sehr darauf an (und wird im Einzelfall kompliziert), professionelle Distanz und Rollenklarheit zu behalten: Ist der Betreffende in dieser Situation Klient oder Kollege? Mit diesen Fragen beschäftigen wir uns immer wieder.

Missbrauch der Nutzer?

Ich möchte Ihnen drei Punkte nennen, an denen ich eine Gefahr sehe, Nutzerbeteiligung zu missbrauchen.

1. Zum einen gibt es die Gefahr, dass zumindest in formellen Gremien Nutzer so etwas wie »Stimmvieh« werden können. Wir haben darum das früher bei uns gültige Strukturprinzip paritätischer Entscheidungen (Nutzer und Profis) aufgegeben, übrigens auf Wunsch der Nutzerseite, und sind zu den bereits dargestellten Gremien übergegangen, in denen Nutzer zwar Empfehlungen von einigem Gewicht abgeben können, aber nicht in formale Entscheidungsprozesse einbezogen sind.
2. Zum anderen besteht die Gefahr, dass Konflikte, die aus den unterschiedlichen Rollen und aus Missgeschicken und Behandlungsfehlern entstehen können, möglicherweise auch gelegentlich verschleiert, um nicht zu sagen verhindert werden. Wir haben in unserem Verein selten wirklich zugespitzte Konflikte zwischen Nutzern und Professionellen gehabt. Liegt das möglicherweise daran, dass wir die Wortführer, die selbst auch Konflikte betreiben könnten, mit unseren Gremien von vornherein in das Geschehen einbinden?
3. Ferner könnten damit, dass Klienten und Angehörige als »Nutzer« definiert und ihnen in »Nutzer*innen« einen Platz zugewiesen wird, weitergehende Emanzipationsschritte auch verhindert werden. Es gibt den Begriff des »Kunden«, der angeblich König ist. Die Nutzer sind bei uns nicht Könige, sondern Mit-

wirkende. Beim Verein »Durchblick« in Leipzig sind Psychiatrie-erfahrene dagegen die Vereinsmitglieder und als Vorstandsmitglieder auch Arbeitgeber, und die professionellen Helfer sind ihre Angestellten. Davon sind wir mit unseren Modellen noch sehr weit entfernt.

Nutzerbeteiligung neu aufbauen?

Ich habe mich gefragt, ob Nutzerbeteiligung, so wie sie bei uns aus der ehrenamtlichen Gründungsgeschichte mit gewachsen ist, auch auf andere Regionen übertragen könnte. Vermutlich ließe sich das am ehesten über Psychoseseminare, über Angehörigengruppen oder über psychoedukative Gruppen in Gang bringen. Denn notwendig sind eigentlich nur Menschen auf der Nutzerseite, die bereit sind, sich zu engagieren. Dieses Engagement muss allerdings systematisch und dauerhaft gepflegt werden, das müssen wir bis heute.¹

¹ Weitere Informationen zur Arbeit des Psychosozialen Trägervereins Solingen sind im Internet unter www.ptv-solingen.de erhältlich.

V. Ausblick

Perspektiven nach Abschluss des Bundesprojekts »Implementation«

Ulrich Krüger

Das Bundesprojekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung« und diese Tagung haben wohl recht deutlich gezeigt, dass in einem überschaubaren Zeitraum von zwei bis drei Jahren erhebliche Fortschritte auf dem Weg zu personenzentrierter Hilfeleistung erzielt werden können. Dies ist gelungen, wie wir gezeigt haben, weil gerade gleichzeitig die Umgestaltung und Fortentwicklung in mehreren Bereichen angepackt wurde: die Hilfeplanung, die Koordination der Hilfen, die Leistungserbringung selbst im Sinne von bedarfsorientierter Flexibilität und – nicht zuletzt – die Entwicklung von Verbundstrukturen.

Ich möchte die Beschreibung der Erfolge im Laufe des Projekts hier nicht wiederholen, sondern nur in Erinnerung rufen. Diese Einschätzung soll nicht eingeschränkt werden, wenn ich hier darauf hinweise, dass *ein* »Erfolg« der neuen gemeinsamen Verantwortungsübernahme für regionale Hilfeleistungen auch derjenige ist, dass man ihre Mängel deutlicher sieht.

Insofern möchte ich an einigen Punkten auf die Begrenztheit der Ergebnisse hinweisen. Dadurch werden die weiteren Aufgaben in den Regionen deutlich. Daraus ergeben sich auch die weiteren Vorhaben der AKTION PSYCHISCH KRAKE.

- Die Hilfeplanung und die Abstimmung über die Hilfeleistungen sind noch zu stark auf den Sozialhilfe-finanzierten Bereich beschränkt. Notwendig ist die *verstärkte Einbeziehung der Bereiche Behandlung und medizinische Rehabilitation*.
- Die *Koordination* der Leistungen muss weiter verstärkt werden. Das Instrument »Koordinierende Bezugsperson« muss weiter entwickelt werden.
- Die Hilfeplanung und der Aufwand für Koordination werden oft noch nicht als Leistungsbestandteile angesehen. Notwendig ist eine *bedarfsgerechte Finanzierung* dieser Leistungen.
- Die Projekte waren zumeist beschränkt auf psychisch kranke Erwachsene. Notwendig ist die *Einbeziehung weiterer Zielgruppen*: psychisch kranke alte Menschen, Suchtkranke, psychisch

Perspektiven nach Abschluss des Bundesprojekts »Implementation«

kranke Kinder und Jugendliche, ehemalige Forensikpatienten und andere.

- Bei Hilfeplanung und Hilfeleistung ist der Bereich »*Arbeit und Beschäftigung*« nicht ausreichend beachtet. Es fehlen entscheidende Hilfsmöglichkeiten und (insbesondere bezahlte) Beschäftigungsmöglichkeiten. Dieser Bereich muss dringend verstärkt werden.
- Die Schnittstelle zur Somaik und zur Pflege ist unbefriedigend. Dies macht sich insbesondere bei Hilfen für psychisch kranke alte Menschen hinderlich bemerkbar. Hier sind dringend *integrierte Hilfeprogramme* nötig.
- Der Vorrang ambulanter vor stationärer und teilstationärer Hilfeleistung ist bei weitem nicht realisiert. Haupthindernis ist das Fehlen bedarfsgerechter *ambulanter Komplexleistungsangebote*. Die Anstrengungen zur Realisierung ambulanter Komplexleistungen müssen beibehalten und eher ausgeweitet werden.

Die Länderprojekte in

- Baden-Württemberg,
- Nordrhein-Westfalen und
- Hessen

werden noch fortgesetzt. Möglicherweise werden sich weitere Implementationsprojekte anschließen.

Die AKTION PSYCHISCH KRAKE wird sich insbesondere folgenden Themen zuwenden:

- Förderung der Leistung »Soziotherapie« im Rahmen von Komplexleistung und Gemeindepsychiatrischem Verbund/Das Projekt »Evaluation der Soziotherapie«
- Förderung des Aufbaus Gemeindepsychiatrischer Verbünde/Die Initiative BAG »Gemeindepsychiatrischer Verbund«
- Förderung der Hilfe zur Teilhabe von psychisch kranken Menschen am Arbeitsleben/Das Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme«
- Verbesserung der Hilfeleistungen für psychisch kranke alte Menschen/Das Projektvorhaben: Entwicklung von Handlungsempfehlungen – »Zur Situation von alten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen«

Entsprechende Projektvorhaben sind in der Vorbereitung. Sie seien hier kurz skizziert:

Förderung der Leistung »Soziotherapie« im Rahmen von Komplexleistung und Gemeindepsychiatrischem Verbund/ Das Projekt »Evaluation der Soziotherapie«

Der Hilfe beim Zugang zu bedarfsgerechten Hilfen und der Koordination dieser Hilfen kommt bei schwer psychisch beeinträchtigten Menschen eine zentrale Bedeutung bei. Der Wert einer umfangreichen individuellen Hilfeplanung mit dem Klienten unter Einbeziehung der (eventuell) beteiligten Therapeuten und Dienste sowie sonstiger nicht-psychiatrischer Bezugspersonen hat sich immer wieder deutlich gezeigt. Einrichtungsübergreifende personenzentrierte Hilfeplanung und Abstimmung im Verlauf der Hilfeleistungen sind die zentralen und unverzichtbaren Bestandteile personenzentrierter Hilfeleistung. Um dies als Bestandteil von psychiatrischer Behandlung (in der Zuständigkeit der Krankenversicherung) zu kennzeichnen und um die Einbeziehung der Ansonsten wegen ihrer Praxisbindung oft an aktiverer Beteiligung an regionaler Kooperation gehinderten niedergelassenen Psychiater sicherzustellen, hat sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE in den 90er-Jahren vehement für die Aufnahme der Leistung »Soziotherapie« in den Leistungskatalog der GLV eingesetzt.

Mit der Einführung der Soziotherapie für chronisch psychisch kranke Menschen in § 37 a SGB V durch die GKV Gesundheitsreform 2000 ist diesen und vielfachen sonstigen Forderungen aus der Fachwelt Rechnung getragen worden.

In den am 01.01.2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Soziotherapie ist der anspruchsberechtigte Personenkreis jedoch sehr restriktiv definiert worden. Es ist fraglich, ob Soziotherapie in dieser Form integrierter Bestandteil eines komplexen ambulanten Hilfeangebotes werden und zur Unterstützung schwer erkrankter Patienten bei der Inanspruchnahme ihnen zustehender ambulanter Hilfen beitragen kann. Die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen enthalten weitere Einschränkungen, die eine Einbindung an den Gemeindepsychiatrischen Verbund erschweren.

Soziotherapie darf nicht zu einer weiteren isolierten Einzelleistung aufgebaut werden. Der »niedergelassene Soziotherapeut« in

eigener Praxis sollte allenfalls als Ausnahme gelten. Stattdessen muss die Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund sichergestellt und die koordinierende Funktion des Soziotherapeuten im Vordergrund stehen. Erforderlich ist die Präzisierung der Richtlinien nach einer Evaluation der Umsetzung der Gesetzesänderung im § 37 a SGB V durch unabhängige Experten.

Trotz erheblicher Bedenken gegenüber den Richtlinien und den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen hat sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE dafür eingesetzt, zunächst auf der Grundlage dieser Regelungen mit der Soziotherapie zu starten. Gleichzeitig hat sie sich bei der Gesundheitsministerin für eine Evaluation eingesetzt mit der Option, nach Auswertung der ersten Erfahrungen mit Soziotherapie hier Korrekturen vorzunehmen.

Ich freue mich sehr, hier mitteilen zu können, dass in dieser Woche die AKTION PSYCHISCH KRANKE den Auftrag des Ministeriums zur Evaluation der Soziotherapie erhalten hat. Wir werden mit den Arbeiten sofort beginnen. Mit Ergebnissen ist im Frühjahr 2004 zu rechnen.

Förderung des Aufbaus Gemeindepsychiatrischer Verbünde/ Die Initiative BAG »Gemeindepsychiatrischer Verbund«

Im Rahmen des Projekts »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung« und auf Eigeninitiative wurden in den letzten Jahren in einer Reihe von Regionen intensiviert Formen der Zusammenarbeit bei der Organisation psychiatrischer Hilfen aufgebaut. Es entstanden Gemeindepsychiatrische Verbünde mit regionalen Zuständigkeitsgebieten. Im Mittelpunkt steht die kooperative Organisation psychiatrischer Hilfen. Es handelt sich dabei nicht primär um einen Austausch zwischen Einrichtungen und Trägern (ggf. Leistungsträgern) zur allgemeinen Angebotsstruktur in der Region, sondern um die regelhafte und verbindliche Organisation bedarfsgerechter psychiatrischer Hilfen im Einzelfall.

Diese Zusammenarbeit hat sich außerordentlich bewährt und personenzentrierte Hilfen oft erst möglich gemacht.

In den Projektregionen wurde die Zusammenarbeit mit der schriftlichen Projektvereinbarung und inzwischen zumeist mit Folgevereinbarungen auf eine verbindliche Grundlage gestellt. In anderen Regionen sind die bestehenden Gemeindepsychiatrischen Ver-

bünde jedoch informell und auf recht allgemeinen Absichtserklärungen beschränkt.

Zu Recht werden nun verbindlichere Kooperationsstrukturen gefordert, die regionale Regelungen zur Pflichtversorgung und zur Organisation bedarfsgerechter Hilfen ermöglichen. Die Mitgliedschaft im GPV wird dann zu einem entscheidenden Qualitätsmerkmal.

Die AKTION PSYCHISCH KRAKE schlägt vor, die Bildung regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbünde und ihre Zusammenarbeit durch die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) zu fördern. Die BAG GPV sollte ein Zusammenschluss von bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbünden mit definierten Mindeststandards sein.

Zentrale Aufgaben dieser BAG GPV sollten sein:

- Gegenseitige Unterstützung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbünde,
- In diesem Zusammenhang auch Formulierung von Qualitätsstandards, die zur Mitgliedschaft in den regionalen GPV berechnen,
- Formulierung von Qualitätsstandards, die regionale GPV erfüllen müssen, um der BAG beitreten zu können,
- Einrichtungs- und träger- und verbandsübergreifende Interessenvertretung gegenüber Politik und Leistungsträgern, um bedarfsgerechte regionale Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen sicherzustellen,
- Kontinuierliche Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung in Bezug auf regionale Hilfeleistungen.

Die AKTION PSYCHISCH KRAKE möchte den Prozess zum Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde und der BAG GPV bei der Gründung und Konsolidierung unterstützen. Sie hat »Eckpunkte zum Gemeindepsychiatrischen Verbund« vorgelegt und zu einem Workshop am 05.06.2003 eingeladen.

Während des Workshops soll eine Initiativgruppe zur Bildung einer BAG GPV gebildet werden, die möglichst bis zum Jahresende

- die Aufgaben der BAG,
- die formale Struktur der BAG und
- die Kriterien der Mitgliedschaft

klärt. Anfang 2004 soll auf einem weiteren Workshop über die Ergebnisse der Diskussion in der Initiativgruppe berichtet werden.

Wir hoffen, dass es im Jahr 2004 zur Gründung der BAG GPV kommt.

Förderung der Hilfe zur Teilhabe von psychisch kranken Menschen am Arbeitsleben/Das Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme«

Neben der verbesserten Abstimmung über Hilfeleistungen im Einzelfall bringen die Hilfeplankonferenzen einen weiteren wesentlichen Vorteil: Sie zeigen Lücken im Hilfesystem auf. Als herausragender Problembereich hat sich dabei immer wieder die Teilhabe am Arbeitsleben erwiesen.

Es zeigen sich vor allem folgende Probleme:

- Die Beschäftigungssituation von psychisch beeinträchtigten Menschen ist Besorgnis erregend. Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen sind fast völlig von der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ausgeschlossen.
- Im psychiatrischen Hilfesystem findet das Thema »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung« viel zu wenig Beachtung. Bei komplexen Diensten und Einrichtungen stehen Hilfen im Wohnbereich und zur Tagesgestaltung im Vordergrund.
- Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch Kranke erfolgt ganz überwiegend in darauf spezialisierten Einrichtungen. Diese arbeiten unter festen mit den Leistungsträgern vereinbarten konzeptionellen Vorgaben weitgehend anbieterorientiert. Nach Abschluss der jeweiligen »Maßnahme« verlieren sie die Zuständigkeit für den Klienten.
- Die Hilfeleistungen erfolgen fragmentiert in jeweiliger institutioneller Zuständigkeit. Einrichtungübergreifende kundenbezogene Abstimmungen sind der persönlichen Initiative der Beteiligten überlassen.
- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind derzeit weithin einseitig auf (Wieder-)Herstellung der vollen Erwerbsfähigkeit ausgerichtet. Soweit dieses Ziel (noch) nicht realistisch ist, verbleibt als Hilfsangebot ausschließlich die Werkstatt für behinderte Menschen.
- Es fehlen barrierefreie Arbeitsplätze für psychisch behinderte Menschen. Deren Anforderungen sind weitgehend unbekannt.

- Es fehlen ausreichende dauerhafte Fördermöglichkeiten für die Teilhabe am Arbeitsleben von Leistungsgeminderten seelisch behinderten Menschen.

Selbst wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für passgenaue Hilfen gegeben sind, werden diese oft nicht umgesetzt. Sozialrechtsreformen und konzeptionelle Fortentwicklungen (»personenzentrierter Ansatz«) schaffen nun Bedingungen für strukturelle Weichenstellungen zur Optimierung der Hilfen zur Teilhabe für psychisch kranke Menschen am Arbeitsleben. Aktuell besteht ein erhebliches Interesse, Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen weiterzuentwickeln. Während es auf der Ebene einzelner Einrichtungen und Träger diverse positive Beispiele gibt, fehlen bisher regionale, am personenzentrierten Ansatz orientierte Verbundsysteme der Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE wird in diesem Jahr mit den Vorbereitungen für ein Projekt »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme« beginnen. Dabei werden die positiven Erfahrungen im Implementationsprojekt aufgegriffen und im Ablauf wird einiges an das Implementationsprojekt erinnern:

- bundesweite Ausschreibung,
- Auswahl von Referenzregionen,
- schriftliche Projektvereinbarungen in den Projektregionen,
- Vereinheitlichung der Hilfeplanung und Abstimmung über die Zuständigkeiten,
- Aufbau von Verbundstrukturen für Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des regionalen GPV.

Natürlich werden auch spezifische Themen aufgenommen. Vor allem müssen neuartige Arbeitsverhältnisse geschaffen werden. Dabei wird auf eine finanzielle Förderung zumeist nicht verzichtet werden können. Es versteht sich, dass wir dabei nicht an die Gründung neuer Spezialeinrichtungen denken. Die sozialrechtliche Entwicklung in diesem Bereich ist sehr dynamisch. Es sind im laufenden Jahr noch weitgehende Reformen geplant.

Die Projektleitung wird Dr. Niels Pörksen, die Projektkoordination Ulrich Krüger übernehmen.

Verbesserung der Hilfeleistungen für psychisch kranke alte Menschen/Das Projektvorhaben: Entwicklung von Handlungsempfehlungen – »Zur Situation von alten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen«

In einigen Implementationsregionen war bzw. ist der Bereich »Gerontopsychiatrie« eingeschlossen, in anderen hat man ihn im ersten Schritt noch ausgelammert. In allen Regionen ist jedoch deutlich, dass bei den Hilfeleistungen für psychisch kranke alte Menschen besondere Probleme bestehen. Hier zeigt sich die Notwendigkeit personenzentrierter Hilfen im Lebensfeld besonders deutlich: Fast immer bestehen komplexe Hilfebedarfe: psychiatrische und somatische Behandlung, Krankenpflege und Grundpflege, psychosoziale Leistungen und (nicht zuletzt) die Erhaltung bzw. Aktivierung nicht psychiatrischer Hilfen, z. B. durch Angehörige, Nachbarn oder lokale Netzwerke. Besonders ausgeprägt, auch bei einigen hilfebedürftigen Menschen, der Wunsch im vertrauten häuslichen Umfeld zu bleiben und nicht dorthin ziehen zu müssen, wo Komplexleistungen am leichtesten zu erhalten sind: im Heim bzw. im Krankenhaus.

Die demographische Entwicklung lässt schon jetzt eine Verstärkung der Problematik erkennen, die sich mit Sicherheit zuspitzen wird. Entsprechend besteht Handlungsbedarf. Offensichtlich sind Lösungen auf der Ebene der Selbstverwaltung allein nicht zu erreichen. Hier ist eine politische Initiative erforderlich.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE möchte mit anderen Fachverbänden und Experten aus dem Bereich Gerontopsychiatrie und Altenhilfe Handlungsempfehlungen erarbeiten, die noch in dieser Legislaturperiode Gegenstand von politischen Verhandlungen werden können und bemüht sich aktuell um einen entsprechenden Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Es geht darum, Umsetzungshindernisse zu eruieren und durch Entwicklung von politischen Handlungsempfehlungen die strukturellen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen

- für personenzentrierte integrierte ambulante Komplexleistungen,
- für die individuelle Leistungserbringung für Personen in ihrem Lebensfeld und
- für die institutionelle Organisation sowie Steuerung der Hilfeleistungen.

- Leitgedanke ist dabei die Orientierung am konkreten Bedarf der psychisch erkrankten Person und die Realisierung personenzentrierter integrierter Hilfen, anstatt der bisher vorherrschenden institutionszentrierten und angebotsgesteuerten Organisation von Hilfen. Das Projekt hat zum Ziel die rechtlichen Möglichkeiten zu schaffen, damit die älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht ins Heim wollen und die oder deren Angehörigen mit den bisherigen ambulanten Hilfemöglichkeiten nicht zurechtkommen, zukünftig weiterhin in ihrem vertrauten Lebensumfeld bleiben können,
- die im Heim leben, dort die notwendigen Hilfen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben erhalten.

Wir hoffen auf einen Beginn eines entsprechenden Projekts zu Beginn des Jahres 2004.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

- Prof. Dr. Jürgen ARMBRUSTER, Projektleiter ProPsychiatrieQualität, Evangelische Gesellschaft Stuttgart, Himmelsleiter 60, 70437 Stuttgart
- Maria AUGMANN-PFEIFFER, Diplom-Sozialarbeiterin, Fachleiterin, Soziale Dienste e.V., Lindwurmstraße 193, 80337 München
- Nadja BIER, Diplom-Pädagogin, Evangelisches Diakoniewerk Zoar, Wohnanlage am Volkspark, Entersweilerstraße 2, 67657 Kaiserslautern
- Dr. Fritz BAUR, Vorsitzender BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Landeswohlfahrtsverband Westfalen-Lippe, Freiherr-vom-Stein-Platz 1, 48147 Münster
- Dr. Andreas BRAND, Oberarzt am Klinikum Bremen-Ost, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Züricher Straße 40, 28325 Bremen
- Ralf BREMAUER, Sozialwirtschaftliche Beratung, Im Bungertle 7, 72766 Reutlingen
- Karl-Ernst BRILL, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn
- Dr. Anna BROCKMANN, Referatsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Am Probsthof 78 a, 53121 Bonn
- Dr. Martin BÜNRIG, Oberarzt am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Züricher Straße 40, 28325 Bremen
- Patrizia DI TOLA, Psychiatrierefertentin, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Kollwitzstraße 94–96, 10435 Berlin
- Dr. Hermann ELGETI, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrische Poliklinik, Walderserstraße 1, 30163 Hannover
- Ruth FRICKE, Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V., Mozartsstraße 20 b, 32049 Herford
- Günter GEIL, Projektleiter im Tageszentrum Tegel-Süd, Albatros e.V., Sterkraderstraße 45, 12350 Berlin
- Sabine GNANNT-KRONER, Diplom-Sozialpädagogin, Koordinatorin Hilfenplanungskonferenzen Ravensburg, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg
- Harald GOLDBACH, Wissenschaftlicher Mitarbeiter in den Implementationsprojekten der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Lasinskystraße 21, 54296 Trier
- Dr. Peter GRAMPP, Chefarzt der Abteilung Psychiatrie, Sächsisches Krankenhaus Hubertusburg, Postfach 13, 04779 Wernsdorf

- Nils GREVE, Diplom-Psychologe, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V., Eichenstraße 105–109, 42659 Solingen
- Prof. Dr. Petra GROMANN, Professorin für Behindertenpädagogik und Soziologie an der Fachhochschule Fulda, Margardstraße 35, 36039 Fulda
- Birgit HAMANN, Diplom-Sozialpädagogin, Wohnhaus Jüthornstraße, Jüthornstraße 42, 22043 Hamburg
- Albrecht HEGENER, Referent für Rehabilitation, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V., Haubmannstraße 6, 70188 Stuttgart
- Dr. Matthias HEIßLER, Chefarzt der Abteilung Psychiatrie, Johanner-Krankenhaus, Am Runden Berge, 21502 Geesthacht
- Rainer HÖLZKE, Diplom-Psychologe, Wohnhaus Jüthornstraße, Jüthornstraße 42, 22043 Hamburg, Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Ute HOFFMANN, Mitarbeiterin beim Landesbeauftragten für Psychiatrie der Senatsverwaltung Arbeit, Wirtschaft, Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Oranienstraße 106, 10969 Berlin
- Walter KRISTNER, Qualitätsmanager an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Landgraf-Philipp-Straße 9, 34308 Bad Emsal
- Hiltrud KRUCKENBERG, Freie Dozentin und Supervisorin, Eysstruperstraße 6, 28325 Bremen
- Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Stellvertretender ärztlicher Leiter des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Züricher Straße 40, 28325 Bremen, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Ulrich KRÜGER, Koordinator des Implementationsprojekts der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn
- Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Landgraf-Philipp-Straße 9, 34308 Bad Emsal; stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- Knut LENHMANN, Ehemaliger Präsident des Landesamtes für Versorgung und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Halle/Saale; Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e. V., Düsseldorf Straße 22, 80804 München
- Marion LOCHER, Bereichsleiterin der Träger e. V., Namsaustraße 15, 13507 Berlin
- Sabine MAYER-DÖLLE, Sozialdezernentin am Landratsamt Reutlingen, Bismarckstraße 19, 72711 Reutlingen
- Dr. Michael MERKERT, Neurologe und Psychiater, Gemeinsame Koordinierungsstelle Psychiatrie für den Landkreis und die Stadt Kaiserslautern, Pfaffstraße 40, 67655 Kaiserslautern
- Prof. Dr. Peter MROZYNski, Jurist, Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen, Lotzstraße 34, 80335 München
- Carmen MUCHA, Ergotherapeutin, Ergotherapiepraxis Mucha, Auf dem Heinrichshof 6, 21502 Geestacht
- Wolfgang MÜLLER, Diplom-Psychologe, Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie, Stadtverwaltung Mainz, Postfach 3820, 55028 Mainz
- Christiane NEUDERT, Dezernentin für Soziales, Stadtverwaltung Gera, Gagarinstraße 99–101, 07545 Gera
- Prof. Dr. Reinhard PEUKERT, Vorsitzender des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker Hessen, Fachhochschule Wiesbaden, Kurt-Schumacher-Ring 18, 65197 Wiesbaden
- Dr. Niels PÖRKSEN, Schatzmeister der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Schmargendorfer Straße 11, 33619 Bielefeld
- Dorothea RAU, Leiterin Sozialpsychiatrischer Wohnverbund der Gustav-Werner-Stiftung, Altensteiger Straße 1, 72297 Seewald-Göttelfingen
- Christian REUMSCHÜSEL-WIENER, Koordinator des Dokumentationsprojekts der AKTION PSYCHISCH KRANKE, FEB – Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung GmbH, Hochallee 15, 20149 Hamburg
- Marthias ROSMANN, Geschäftsführer, Träger e. V., Teichstraße 65, 13407 Berlin
- Lothar SCHLIECKAU, Leitender Sozialarbeiter Team Gemeindepsychiatrie, Region Hannover, Weinstraße 2–3, 30171 Hannover
- Dr. Ferdinand SCHLIEBE, Leiter der Hauptabteilung Rehabilitation des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Eyseneckstraße 55, 60322 Frankfurt
- Regina SCHMIDT-ZADEL, Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Hegelstraße 1, 40882 Ratingen
- Bernhard SCHOLTEN, Psychiatriefereferent im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz, Postfach 3180, 55021 Mainz
- Dr. Hermann SCHULTE-SASSE, Staatssekretär für Gesundheit und Verbraucherschutz, Senatsverwaltung Berlin, Oranienstraße 106, 10969 Berlin
- Arnd SCHWENDY, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen e. V., Schöne Aussicht 1 a, 51149 Köln
- Joachim SPENICHER, Diplom-Pädagoge, Gesamtleiter der Paritätischen Psychiatrischen Dienste Mainz, Drechslerweg 25, 55128 Mainz
- Dieter STANKOPF, Koordinator, Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, Oranienburger Straße 285, 13437 Berlin
- Dr. Ingrid STEINHART, Geschäftsführer der Bethel Stiftungsbereich Vor Ort, Haslindestraße 70, 44309 Dortmund
- Hans-Uwe STERN, Bereichsleiter für Förderung und berufliche Rehabilitation, Bundesanstalt für Arbeit, Regensburg Straße 104, 90478 Nürnberg
- Eckhard SUNDERMANN, Geschäftsführer der Werkstätten gGmbH und Wohnen gGmbH, Innere Mission, Diakonisches Werk Bochum e. V., Westring 16, 44787 Bochum
- Norbert van EICKELS, Geschäftsführer der Hagfelder Werkstätten und

Wohngemeinschaften Karlsruhe gGmbH, Am Storrenacker 9–11,
76139 Karlsruhe
Wolfgang VON WOVNA, Leiter Betreutes Wohnen, Arbeiterwohlfahrt, Wagen-
seilstraße 10, 87600 Kaufbeuren
Karl-Dieter Voß, Vorstandsmitglied im Bundesverband der Betriebskranken-
kassen, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
Dr. Michael WEISCHENOLD-GREFF, Oberarzt der Institutsambulanz am
Psychiatrischen Krisen- und Behandlungszentrum Atriumhaus, Bavaria-
straße 11, 80336 München

Veröffentlichungen und Informationstagungen der Aktion Psychisch Kranke

Band 1 <i>vergriffen</i>	»Gemeindenaher Psychiatrie« Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 8. und 9.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehreim, am 5. und 6.3.1976 in Berlin
<i>nicht dokum- mentiert</i>	»Was nun nach der Psychiatrie-Enquete?« Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
<i>nicht dokum- mentiert</i>	»Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behindert« Tagung am 2. und 3.12.1976 in München
<i>nicht dokum- mentiert</i>	»Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich« Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
Band 2 <i>vergriffen</i>	»Rechtsprobleme in der Psychiatrie« Tagung 7.10.1977 in Hamburg
Band 3 <i>vergriffen</i>	»Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht« Tagung am 1. und 2.6.1978 in Bonn
<i>nicht dokum- mentiert</i>	»Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?« Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
Band 4 <i>vergriffen</i>	»Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter« Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
Band 5 <i>vergriffen</i>	»Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete« Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
<i>nicht dokum- mentiert</i>	Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.1.1980
Band 6 <i>vergriffen</i>	»Ambulante Dienste in der Psychiatrie« Tagung am 13. und 14.6.1980 in Hannover
Band 7 <i>vergriffen</i>	»Drogenabhängigkeit und Alkoholismus« Tagung am 6. und 7.11.1980 in Mannheim
Sonderdruck <i>vergriffen</i>	»Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie« Tagung am 25. und 26.6.1981 in Bonn

Veröffentlichungen und Informationstagungen	
Band 8 <i>vergriffen</i> »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter« Tagung am 19.11.1982 in Bonn Band 9 <i>vergriffen</i> »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung« Tagung am 2. und 3.12.1982 in Bonn Band 10 »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern« Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach Band 11 »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten« Tagung am 6. und 7.7.1984 in Bonn Band 12 <i>vergriffen</i> »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme« Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn Band 13 <i>vergriffen</i> »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts« Tagung am 5. und 6.12.1984 in Bonn Band 14 <i>vergriffen</i> »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention« Tagung am 15. und 16.5.1986 in Bonn Band 15 »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich« Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn Band 16 <i>vergriffen</i> »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission« Tagung am 22. und 23.6.1989 in Bonn Band 17 <i>vergriffen</i> »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen« Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel Band 18 <i>vergriffen</i> »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen« Tagung am 20. und 21.6.1990 in Bad Emstal Band 19 <i>vergriffen</i> »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR« Tagung am 29./30. und 1.12.1990 in Berlin <i>nicht dokumentiert</i> Regionalkonferenzen über den Bericht »Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR« im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg; im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt; im Land Sachsen am 21. und 22.11.1991 in Arnsdorf; im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg; im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen Band 20 <i>vergriffen</i> »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen« Tagung am 3. und 4.6.1992 in Bonn	Band 21 <i>vergriffen</i> »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen« Tagung am 4. und 5.5.1993 in Bonn Sonderdruck »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren« Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ückermünde Sonderdruck <i>vergriffen</i> <i>Selbstverlag</i> »Personalbemessung im komplementären Bereich – vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation« Tagung am 27. und 28.4.1994 in Bonn Band 22 <i>vergriffen</i> »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung« Tagung am 17. und 18.5.1995 in Bonn Band 23 <i>vergriffen</i> »Qualität in Psychiatrischen Kliniken« Tagung vom 8. bis 10.5.1996 in Bonn »Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen« Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRAKE (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen.Lambertus, Freiburg i. Br. 1997 Band 24 <i>vergriffen</i> »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung« Tagung am 23. und 24.4.1997 in Bonn Download als PDF-Datei: www.psychiatrie.de/apk Band 25 »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie« Tagung am 24. und 25.9.1997 in Bonn auch als PDF-Datei zum Download: www.psychiatrie.de/apk Band 26 »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung« Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn Sonderdruck Bd. 27 1 + 2 »Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychiatriebudget und personenzentrierter Ansatz in Baden-Württemberg« Workshop am 22.07.1999 »25 Jahre Psychiatrie-Enquete« Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn Band 28 »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund« Tagung am 30.11. und 1.12.2001 in Bonn

Band 29

»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.5.2002 in Berlin
Download als PDF-Datei: www.psychiatrie.de

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRAKE

Brungsgasse 4–6

53117 Bonn

Tel: 0228 – 67 67 40

Fax: 0228 – 67 67 42

Ergänzende Literatur zum personenzentrierten Ansatz

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.). Vom institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116/I und II. Baden-Baden: Nomos, 1999

Band 116/I: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«

Band 116/II: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung

FACHHOCHSCHULE FULDA, WIESBADEN UND MÜNCHEN: Online-Schulung zum Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Download der IBRP-Bögen unter www.ibrp.online.de und Bogen zur regionalen Zielpassung in der Psychiatrie (ReZiPsych) verfügbar unter www.ibrp-online.de/rezippsych/.

GROMANN P. Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Mit zahlreichen Kopiervorlagen und Diskette. Psychosoziale Arbeitshilfe 17, 2. Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002

KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRAKE (Hg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«. Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen inklusive aller Bögen und programmierter IBRP auf CD-Rom. Psychosoziale Arbeitshilfe 11, Bonn: Psychiatrie-Verlag, Aktualisierte Ausgabe 2004

Band 29

»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.5.2002 in Berlin
Download als PDF-Datei: www.psychiatrie.de

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Brungsgasse 4–6

53117 Bonn

Tel: 0228 – 67 67 40

Fax: 0228 – 67 67 42

Ergänzende Literatur zum personenzentrierten Ansatz

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.). Vom institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116/1 und II. Baden-Baden: Nomos, 1999

Band 116/I: Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«

Band 116/II: Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung

FACHHOCHSCHULE FULDA, WIESBADEN UND MÜNCHEN: Online-Schulung zum Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Download der IBRP-Bögen unter www.ibrp.online.de und Bogen zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie (ReZiPsych) verfügbar unter www.ibrp-online.de/rezippsych/.

GROMANN P. Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Mit zahlreichen Kopiervorlagen und Diskette. Psychosoziale Arbeitshilfe 17, 2. Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«. Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen inklusive aller Bögen und programmierter IBRP auf CD-Rom. Psychosoziale Arbeitshilfe 11, Bonn: Psychiatrie-Verlag, aktualisierte Ausgabe 2004

Psychosoziale Arbeitshilfen 11:

Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung

Wieder lieferbar!

Ein vom Bundesgesundheitsministerium von 1992–1996 gefördertes Forschungsprojekt hatte den Auftrag, Grundlagen zur Personalbemessung und die entsprechenden strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung im »ambulanten und komplementären Bereich« psychiatrischer Versorgung zu erarbeiten. 1997 wurde das Ergebnis mit der ersten Auflage der »Psychosozialen Arbeitshilfe 11« der Öffentlichkeit vorgestellt: der *personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung*.

Heute allgemein akzeptiert und praktiziert, ist der in diesem Zusammenhang entwickelte »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) in einigen Regionen das verbindlich vereinbarte Instrument zur Hilfeplanung geworden.

Da der IBRP im praktischen Einsatz laufend weiterentwickelt worden ist, wurde eine Neuauflage der »Arbeitshilfe 11« notwendig: Neben der inhaltlichen Überarbeitung werden in der vorliegenden aktuellen Auflage 2004 die vormals beigelegten Bögen zur integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, zur subjektiven und objektiven Lebenssituation der Klienten sowie zur Personalbemessung im PDF-Format auf einer CD mitgeliefert. Die wichtigsten Instrumente wie der IBRP und eine differenzierte Anamnese werden darüber hinaus erstmals als programmierte Version zur einfachen und schnellen Bearbeitung am PC zur Verfügung gestellt.

KAUDER, Volker; AKTION PSYCHISCH KRANKE
Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung
Psychosoziale Arbeitshilfen 11
3-88414-207-0, 128 Seiten, mit CD
4. überarbeitete Aufl. 2004,
EUR 15,90/SFr 28,50
Psychiatrie-Verlag, Bonn

Das Forum:

Die Psychosoziale Umschau

Die mit Abstand auflagenstärkste sozialpsychiatrische Zeitschrift wird vom Dachverband Gemeindedepshyatrie e.V. und der Familienselbsthilfe Psychiatrie (BAPK) herausgegeben. Die Psychosoziale Umschau informiert über aktuelle Themen der Gemeindepsychiatrie, Arbeits- und Rehabilitationsprojekte, sozialrechtliche und gesundheitspolitische Fragen, regionale Entwicklungen und natürlich auch über die Arbeit der Verbände. Sie begleitet die Entwicklung gemeindeintegrierter Hilfen und setzt sich für die dauerhafte soziale Integration und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen ein.



Stimmen zur Umschau:
»Die Psychosoziale Umschau ist das Forum des Trialos. Immer aktuell und ausgewogen in den Themen und vor allem: lesbar! Unter den psychiatrischen Fachzeitschriften, die oft abstrakt, unverständlich und nur ausgewiesenen Fachleuten zugänglich sind, ist die Psychosoziale Umschau die große konkrete Ausnahme.«

Jochim Speicher, Gesamtleiter der Paritätischen Psychiatrischen Dienste Mainz

»Keine Postille informiert so zeitgerecht über Bewegung in der Gemeindepsychiatrie – seien es sozialrechtliche Neuerungen, neue Beweglichkeiten bei den Verantwortlichen (Politik und Verwaltung), die Bewegung der Angehörigen oder die Bewegungen der Psychiatrie-Erfahrenen. Wenn ich weiß, dass eine Studentin voraussichtlich nur eine Zeitschrift liest, ist meine Empfehlung eindeutig.«

Reinhard Penkert, Professor für Sozialpsychiatrie und Sozialmanagement und Angehöriger

Die aktuellen Inhaltsverzeichnisse und ausgewählte Beiträge finden Sie im Internet unter: www.psychiatrie.de/verlag/zeit/umschau.htm
Redaktion: Karl-Ernst Brill, Recklinghausen; Karin Koch, Bonn; Beate Lisofsky, Berlin; Christian Zechert, Bielefeld

Bezugspreise: 25 Euro für ein Jahresabo (4 Hefte), das Einzelheft kostet 8 Euro.

Psychiatrie-Verlag,
Thomas-Mann-Str. 49a, 53111Bonn
Tel 0228 / 725 34 -0; Fax 0228 / 725 34 -20
verlag@psychiatrie.de

