

Qualität therapeutischer Beziehung

Tagungsdokumentation
Berlin, 24./25. September 2014

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Peter Weiß
Andreas Heinz

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.).
Qualität therapeutischer Beziehung
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-641-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

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

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2015
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: Psychiatrie Verlag, Köln
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: Drukkerij Wilco, Amersfoort (NL)

Inhalt

Begrüßung und Einführung <i>Peter Weiß</i>	9
A Qualität therapeutischer Beziehung	
Aspekte guter Qualität <i>Jörg M. Fegert</i>	14
Qualitätssicherung psychiatrischer Versorgung und die Bedeutung der Psych-PV <i>Andreas Heinz, Laura Kipp, Carolin Wackerhagen, Sabine Müller, Christiane Montag, Lieselotte Mahler</i>	31
Verhandeln statt behandeln? <i>Margret Osterfeld</i>	42
Begegnung und Gegnerschaft <i>Klaus Dörner</i>	49
-Qualitätssteuerung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) <i>Klaus Kirschner</i>	52
Beziehungskontinuität und Kooperation <i>Matthias Rosemann</i>	65
Personenzentrierte Hilfe zur Teilhabe Die Politik der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen in der 18. Legislaturperiode. Eckpunkte und konkrete Umsetzungsschritte des Bundesteilhabegesetzes <i>Rolf Schmachtenberg</i>	74

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Beziehungskontinuität – Ein Anforderung an die Ausgestaltung psychiatrischer Hilfesysteme

Einleitung <i>Ingmar Steinhart</i>	98
Kontinuität in der ambulanten Behandlung <i>Norbert Mönter</i>	100
Koordinierende Bezugsperson <i>Jutta Schäfer</i>	104

II Beziehung zum Klienten und seinen Bezugspersonen

Einleitung <i>Reinhard Peukert</i>	106
Einbezug von Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Michael Kölch, Marina Dockhorn, Ilonka Moser, Jörg M. Fegert</i>	108
Beziehung zum Patienten und seinen Bezugspersonen – ein systemischer Ansatz <i>Wolfgang Dillo</i>	116
Netzwerkgespräche als Offener Dialog <i>Volkmar Aderhold</i>	119

III Zwang und/oder Beziehung

Zwang/Gewalt und therapeutische Beziehung aus der Perspektive des Sozialpsychiatrischen Dienstes <i>Detlev E. Gagel</i>	137
Beziehung statt Zwang <i>Undine Lang</i>	145

IV Grenzüberschreitungen vermeiden

Einleitung

Jörg M. Fegert

149

Deeskalation und Prävention von Zwangsmaßnahmen

Wolfgang Papenberg

153

Seelische Erkrankungen im Fokus der informationellen
Selbstbestimmung zwischen Leistungsanbietern/ -trägern

Peter Grampp

164

Grenzüberschreitungen und sexuellen Missbrauch
in Institutionen vermeiden

Jörg M. Fegert

176

V Unabhängige Beratung und übergreifende Begleitung

Einleitung

Peter Kruckenberg

180

Genesungsbegleitung – eine besondere Beziehung und Haltung
von Mensch zu Mensch

Das Peerprojekt an Hamburger Kliniken

Gyöngyvér Sielaff, Bärbel Olbrich, Andre Blasche

182

Beschwerde- und Informationsstelle Berlin

Petra Rossmannith

187

Unabhängige Beratung und übergreifende Begleitung –
welchen Beitrag leistet hier die Soziotherapie?

Andreas Ullrich

192

VI Qualitätsfördernde Arbeitsbedingungen und -strukturen

Einleitung <i>Heinrich Kunze</i>	198
Forschung und Patientenversorgung: mögliche Interessenskonflikte? <i>Michael Kölch , Jörg M. Fegert</i>	199
MitarbeiterInnenfreundliches Betriebsmanagement <i>Dieter Grupp</i>	209
Personenzentrierte Arbeitsorganisation <i>Heinrich Kunze</i>	223

VII Beziehungsqualität bei Bedarfsermittlung und Begleitung

Hilfeplanung in Verantwortung des Leistungsträgers <i>Jürgen Langenbacher</i>	227
Hilfeplanung durch koordinierende Bezugsperson <i>Klaus Obert</i>	233

VIII Bürger- und Familienhilfe

Einleitung <i>Dyrk Zedlick</i>	247
Bürgerhilfe – ein nichtprofessioneller Zugang <i>Inge Schöck</i>	249
Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie – ein frommer Wunsch? <i>Janine Berg-Peer</i>	253

Persönliches Budget <i>Monika Schicketanz</i>	259
--	-----

IX Rechtliche Betreuung/soziale Betreuung

Was ist rechtliche Betreuung? ... aus Sicht des Bundesverbandes der Berufsbetreuer/innen (BdB) <i>Alexander Laviziano</i>	263
---	-----

Qualität der Beziehung in der Praxis der rechtlichen Betreuung <i>Thomas Behrendt</i>	273
--	-----

Zur Abgrenzung von gesetzlicher Betreuung und Leistungserbringung <i>Dieter Schax</i>	277
--	-----

X Beziehungsorientierte Behandlung

Ambulante aufsuchende psychiatrische Krankenhausbehandlung <i>Sascha Decristan</i>	288
---	-----

Beziehungsorientierte Medikamentenbehandlung <i>Nils Greve</i>	291
---	-----

Behandlung im Lebensfeld: Beziehungsorientierte Behandlung <i>Matthias Heißler</i>	294
---	-----

C Podiumsgespräch

Anforderungen an politische Qualitätssteuerung <i>Moderation: Ulrich Krüger</i> <i>Karl Lauterbach, MdB Maria Klein-Schmeink, MdB Peter Weiß, MdB</i>	318
---	-----

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	331
---	-----

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK	335
--	-----

Begrüßung und Einführung

Peter Weiß

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie auf das Herzlichste und heiße Sie willkommen zur Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE – nun zum zweiten Mal im AVZ-Logenhaus.

Ganz besonders begrüße ich Sie, Herr Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, und bedanke mich dafür, dass Sie sich die Zeit nehmen und direkt aus der heutigen Kabinettsitzung zu uns gekommen sind.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE wird seit vielen Jahren aus Ihrem Haus gefördert. Auch diese Tagung ist nur möglich dank der Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Dafür möchte ich Ihnen an dieser Stelle herzlich danken, im Namen der APK, aber, wenn es eine gute Tagung wird, wovon wir ausgehen, auch im Namen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich heute und morgen hier mit dem Thema ›Qualität therapeutischer Beziehung‹ befassen wollen. Bei allen Aktivitäten geht es uns ausschließlich um die Interessen der Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Sie benötigen unserer festen Überzeugung nach in besonderem Maße der Beachtung und Unterstützung. Im SGB V und im SGB IX werden die psychisch Kranken zu Recht als einzige Patientengruppe hervorgehoben. Sie waren in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen vernachlässigt und haben unseres Erachtens die Gleichstellung mit körperlich Erkrankten noch nicht erreicht. Trotz positiver Entwicklungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten sind psychisch kranke Menschen vielfach noch stigmatisiert und haben besondere Probleme, bedarfsgerechte Unterstützung zu erhalten.

Herr Minister, wir wissen, dass Sie sich bereits unmittelbar nach Amtsantritt mit den Anliegen psychisch kranker Menschen befasst haben. Sie haben im Rahmen der Pflege auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und mit anderen psychischen Erkrankungen hingewiesen und ein Gesetz eingebracht, das bereits beschlossen ist und das die Leistungen der Pflegeversicherung für diese Menschen verbessert.

Sie haben angekündigt, dass es noch in dieser Legislaturperiode eine weitere Pflegereform geben soll, mit der der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu geregelt wird. Auch das wird eine Reform, die vor allem für Pflegebedürftige mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen wichtig ist.

Sie haben auch ein Gesetz eingebracht, in dem der Zeitplan für die Einführung eines neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik um zwei Jahre verlängert wird. Auch dieses Gesetz ist bereits beschlossen und in Kraft. Das hat bei uns und anderen Verbänden große Erleichterung ausgelöst, denn, wie Sie wissen, befürchten wir qualitative Verschlechterungen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen,

wenn das von Ihrem Vorgänger auf dem Verordnungsweg eingeführte Entgeltsystem Grundlage der Finanzierung wird.

Wir freuen uns, dass Sie nun zu einem Dialog aufgerufen haben, und erwarten, dass dabei unsere Bedenken und unsere Alternativvorschläge ernsthaft erörtert werden können, denn das gemeinsame Ziel sollte eine qualitativ hochwertige und effiziente psychiatrische Krankenhausbehandlung sein.

Damit sind wir bereits beim Thema ›Qualität‹ angekommen.

Das Thema ›Behandlungsqualität‹ hat in letzter Zeit erheblich an Bedeutung gewonnen. Dabei spielen folgende Aspekte eine besondere Rolle:

- Nutzerstärkung im Gesundheitswesen
- leistungsorientierte Finanzierung
- Schaffung neuer Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Nutzerstärkung:

In der gesellschaftlichen Diskussion der letzten Jahre hat die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten bei allen Entscheidungen über Behandlung und sonstige Hilfeleistungen ein viel höheres Gewicht bekommen.

Durch das noch junge Patientenrechtegesetz, die UN-Behindertenrechtskonvention und höchstrichterliche Entscheidungen wurde dieses Prinzip verstärkt.

Dabei muss beachtet werden, dass Patientinnen und Patienten den Sinn und die Qualität von Behandlung und Betreuung an Kriterien messen, die sich gelegentlich von denen der professionellen Fachleute unterscheiden. Auch im Bereich Psychiatrie äußern Patientinnen und Patienten verstärkt individuelle Erwartungen und Bedürfnisse. Die Fähigkeit des Unterstützungssystems auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, wird zum wesentlichen Qualitätskriterium. Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse wird zu einer besonderen Herausforderung, wenn Menschen aufgrund einer psychischer Erkrankung zeitweise nicht in der Lage sind, ihre Situation zu erkennen und daraus die in ihrem Sinne richtigen Schlüsse zu ziehen. In der Psychiatrie gibt es Behandlung ohne und gegen den geäußerten Willen der Patientinnen und Patienten. Das wirft schwierigste ethische, politische, rechtliche und psychiatrisch-fachliche Fragen auf.

Zweifellos ist die Vermeidung von Zwang und Gewalt ein herausragender Qualitätsaspekt. Der Schutz von Patienten, Mitpatienten, Mitarbeitern in der Psychiatrie und sonstigen Bürgerinnen und Bürgern muss, wenn nur irgend möglich, mit anderen als freiheits-einschränkenden Maßnahmen erreicht werden. Das ist ein für die Psychiatrie besonderer Aspekt des Themas ›Nutzerstärkung‹.

Zur leistungsorientierte Finanzierung:

Sachverständige, Politik und Sozialleistungsträger sprechen sich für eine leistungsnahe Finanzierung aus und erwarten Transparenz geleisteter Qualität. Leistungserbringer fordern, dass erwartete bzw. gebotene Qualität durch ent-

sprechende Finanzierung ermöglicht wird. Die Qualitätsbegriffe sind dabei nicht immer gleich.

In wesentlichen Hilfebereichen, die psychisch kranke Menschen betreffen, stehen nun einschneidende Änderungen der sozialrechtlichen Vorgaben bevor oder bereits beschlossene Reformen müssen umgesetzt werden:

- Das bereits erwähnte neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- Die Pflegereform
- Das Bundesteilhabegesetz bzw. die Reform der Eingliederungshilfe

Alle Beteiligten wünschen, dass die neuen Vergütungssysteme mit qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung verknüpft werden. Sie haben die gesetzliche Voraussetzung geschaffen für die Gründung eines neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz. So wird ein neues Instrument der Qualitätssicherung und -stärkung entstehen.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen möchte die AKTION PSYCHISCH KRANKE durch diese Fachtagung das Thema ›Qualität‹ aufgreifen. Sie stellt dabei die Qualität der therapeutischen Beziehung in den Vordergrund, nicht die Qualität von Einrichtungen oder Einrichtungstypen. Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, dass die Qualität von psychiatrischer Behandlung und Hilfe zur Teilhabe in wesentlichen Teilen von der Qualität der therapeutischen Beziehung abhängt. Das gilt für alle Bereiche des Behandlungskontakts.

Ich wünsche Ihnen und uns, dass wir über diese Tagung ein Wenig schlauer werden und freue mich auf den ersten Beitrag dazu.

A Qualität therapeutischer Beziehung

Aspekte guter Qualität

Jörg M. Fegert

1. »Qualität in aller Munde« – wovon reden wir?

Nach Duden meint der Begriff »Qualität« unter anderem Materialbeschaffenheit. Zunächst haben wohl die Tuchhändler die Qualität der Ware durch fühlen erprobt. Wobei erst später aus der reinen Eigenschaftsbeschreibung die positive Assoziation mit guten Eigenschaften entstand. So wie wir heute das Wort verwenden assoziieren wir mit dem Begriff »Qualität« in der Regel etwas Gutes. Typische Adjektive, die mit Qualität häufig verbunden sind, sind die Worte »gute« Qualität, »schlechte« Qualität, »hohe« Qualität, während typische Verben Qualität »verbessern«, Qualität »achten«, »bürge« für Qualität, »überzeugen«, »besitzen«, »garantieren«, »erreichen« etc. sind. Spannender schon wird es, wenn man häufige Substantivverbindungen mit dem Wort »Qualität« anschaut. Hier wird häufig das Gegensatzpaar »Quantität« und »Qualität« verwendet. Des Weiteren sind Begriffe wie »Preis«, »Wirtschaftlichkeit« häufig mit dem Wort »Qualität« verbunden. Offenbar besteht ein Spannungsverhältnis zwischen der möglichst wirtschaftlichen Versorgung einer großen Quantität von Patienten und einer auf das Individuum eingehenden Qualität der Versorgung, die auch individuelle Bedürfnisse in ihrer Vielfalt sichert. Die gute Behandlung und Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit schwer sozial beeinträchtigenden psychischen Störungen baut vor allem auf Beziehungsqualität in einem therapeutischen Gesamtmilieu. In der politischen Debatte um den Ausbau von Kinderbetreuungsplätzen habe ich (FEGERT 2012) nachdrücklich darauf hingewiesen, dass der quantitative Ausbau der Angebote zwar wünschenswert und wichtig ist, dass es aber dringend z. B. im Rahmen eines Qualitätsgesetzes, Strukturvorgaben für eine adäquate Betreuungs- und Beziehungsqualität abhängiger kleiner Kinder braucht. Gedacht hatte ich damals an die segensreiche Wirkung, die die Psychiatriepersonalverordnung über viele Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie entfaltet hat, weil sie mit ihren Strukturvorgaben ermöglicht hat ein adäquates Milieu in der stationären und teilstationären Behandlung zu gestalten.

Qualität im Gesundheitswesen ist derzeit in aller Munde. Häufig wird von *Qualitätssicherung* gesprochen. Ihren Beginn hat die Qualitätssicherung in der amerikanischen Automobilindustrie als Ford am Fließband eine Endkontrolle und Fehlerkontrolle einführte. Heute bestehen auch im Bereich der Krankenbehandlung Normen für Abläufe, Qualitätshandbücher (z. B. nach DIN ISO, EFQM, KTQ) eine evidenzbasierte Behandlung soll über Behandlungsleitlinien z. B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sichergestellt werden. Ähnlich wie bei Audits in der Industrie soll durch die Verankerung von Besuchskommissionen in den Psychischkrankengesetzen vor Ort, unter Einbezug der Betroffenen, eine Qualitätsüberprüfung stattfinden und teilweise bemühen sich Einrichtungen um ein modernes Beschwerde-, Anregungs- und

Fehlermanagement in Einrichtungen. In vielen Krankenhäusern sind Critical Incident Reporting Systeme aufgebaut worden (CIRS), die aber häufig nicht systematisch ausgewertet werden und deren Nutzung deshalb vielerorts noch deutlich zu verbessern wäre. Die eklatanten Hygienemängel am Klinikum Mannheim, die letztendlich zu einem Rücktritt des Kaufmännischen Direktors dieser Klinik im Herbst 2014 führten, waren über Jahre im klinikinternen Critical Incident Reporting System dokumentiert und analysiert worden. Allein Wirtschaftlichkeitserwägungen haben dazu geführt, dass keine Abhilfe geschaffen wurde. Am Schluss war der Schaden für Patienten, für die Qualität der Behandlung und die Reputation der Klinik immens. Critical Incident Reporting Systeme, die nicht nur dem Fachpersonal offen stehen sondern auch Patientinnen und Patienten wären gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie eine wünschenswerte Neuerung. Nach dem so genannten »sexuellen Missbrauchsskandal« 2010 hatte unser Forschungsteam die Gelegenheit den Aufbau eines solchen Beschwerdesystems für Betroffene sexuellen Missbrauchs für die damalige Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung zu Fragen des sexuellen Missbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann, mit zu gestalten und die Ergebnisse auszuwerten und zu kommunizieren (FEGERT et al. 2013 und RASSENHOFER et al. 2013). Dabei ist es durch die konsequente Erfassung und Auswertung der eingegangenen Berichte und Forderungen an die Politik möglich gewesen, die angestrebten Veränderungen am Runden Tisch sexueller Missbrauch voran zu bringen. Mit Hilfe eines solchen modernen Beschwerdesystems, mit einer wertschätzenden, vertraulichen, individuellen Interaktion bei gleichzeitiger Auswertung, Aggregation der Beschwerden, Anregungen und Befunde und einer öffentlichen Präsentation dieser Ergebnisse und Diskussion einer möglichen politischen Abhilfe, ist es der Politik gelungen, den Betroffenen sichtbar ihr Ohr zu leihen, obwohl einzelne allein keinerlei Änderungsmacht gehabt hätten. Gerade in einem System wie der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in dem Ausübung von Zwang und Fragen der fairen Behandlung, Fragen der Menschenwürde, Fragen der Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention, der UN-Kinderrechtskonvention etc. von besonderer Bedeutung sind, wäre es meines Erachtens sinnvoll, Qualität auch dadurch sicher zu stellen, dass man den häufig ohnmächtigen Einzelnen systematisch ein Ohr leiht und ihrer Stimme im Qualitätsprozess innerhalb der Psychiatrie Kraft verleiht. Eine zentrale Beschwerde- und Anregungsstelle mit einer bundesweiten Telefonnummer für Psychiatriepatientinnen und Psychiatriepatienten und Ehemalige wäre hier sicher ein Weg auch die fachliche Qualitätsdiskussion in der Psychiatrie, gerade in Bezug auf Zwangsmaßnahmen voran zu bringen und dabei die Betroffenen zu empowern. Im Sozialgesetzbuch V, welches die Krankenversorgung regelt, gibt es auch Verpflichtungen zu Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. § 135 a SGB V normiert die Verpflichtung zur Qualitätssicherung für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen und fordert die Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements. § 136 SGB V bezieht sich dann konkret auf die Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, § 136 a SGB V auf die

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und § 137 SGB V regelt Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung. Qualitätsmanagement braucht wissenschaftliche Daten, Auswertungen und Konsensfindungsprozesse auf deren Basis Entscheidungen getroffen werden können. Deshalb hat die Bundesregierung über die Jahre mehrere Qualitätsinstitute ins Leben gerufen und im SGB V verankert. § 137 a SGB V regelt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, welches im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses arbeitet und durch eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss errichtete Stiftung getragen wird. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird im § 139 a SGB V geregelt. Das Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) hat nun im Rahmen der Ermittlung notwendiger Strukturqualitätsmerkmale, im Rahmen der Weiterentwicklung in der Psychiatrie, angesichts des drohenden Wegfalls der Psychiatriepersonalverordnung einen Auftrag zum Verfahrensthema »Versorgung bei psychischen Erkrankungen« erhalten. Es soll auch hier die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 a SGB V sicherstellen und hat nun Expertinnen und Experten aufgefordert an dieser Arbeit mitzuwirken. Als Fachvertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und derzeitiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie habe ich in Bezug auf eines der ersten vom AQUA-Institut angegangenen Themen, nämlich die Versorgung schizophrener Patienten, nachgefragt, ob auch die anderen Notwendigkeiten und Voraussetzungen, die bei jugendlichen Patienten gegeben sind, im Rahmen der Bearbeitung dieses Verfahrensthema berücksichtigt werden. Am 17. September 2014 antwortet das AQUA-Institut »Uns ist bewusst, dass Erkrankungen aus dem Bereich Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen bereits im Jugendalter beginnen können und eine gute frühzeitige Versorgung entscheidend für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist. Wir teilen überdies Ihre Ansicht, dass eine Qualitätssicherung im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie andere Schwerpunkte setzen muss als in der Erwachsenenpsychiatrie«. Dennoch wird ausgeführt »Wir bedauern, dass aus den Unterlagen für Sie nicht ersichtlich war, dass Kinder und Jugendliche keine Zielgruppe des zu entwickelnden Qualitätssicherungsverfahrens sind. Im Auftrag, den das AQUA Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 19. Juni 2014 erhalten hat, werden ausschließlich volljährige Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen adressiert.« Eine solche Vorgehensweise bedeutet einen Rückschritt hinter die Standards, die bei der Erarbeitung der Psychiatriepersonalverordnung als Instrument der Strukturqualitätssicherung erungen worden waren. Damals war es völlig klar, dass sich eine spezifische Arbeitsgruppe mit den altersentsprechenden Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen auseinandersetzt und dass auch deshalb entsprechende Vorgaben für die Bedürfnisse von Kindern, für die Bedürfnisse von Jugendlichen allgemein und für die Bedürfnisse akut und intensiv zu behandelnder Jugendlicher gemacht werden müssen. Bislang ist weder in der vom G-BA eingesetzten Arbeitsgruppe kinder- und jugend-

psychiatrische Expertise vertreten, noch beziehen sich die Aufträge zur Ermittlung der Anforderungen an die Strukturqualität auf unterschiedliche Entwicklungsalter. Die Verwaltung und Beschreibung der Qualitätsfragen scheint hoch komplex zu sein, auch für die damit beauftragten Institute und erst recht für den federführenden Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dessen Vertreterin bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss am 07.05.2014, Frau Dr. Klakow-Franck wörtlich sagte: »Ich empfehle daher bei den Beratungen im Bundestag noch einmal darüber nachzudenken, ob es ausreicht an dieser Stelle lediglich eine Regelung mit Empfehlungscharakter zu treffen.« Wenn schon die Vertreterin des G-BA die Parlamentarier darauf hinweist, dass diese besonders schutzbedürftige Patientengruppe, seien es Kinder und Jugendliche oder Erwachsene mit psychischer Störung, einer bindenden Regelung der Strukturqualität bedarf, sollten wir bei der Weiterentwicklung in der Psychiatrie, nicht allein auf ein Entgelt- oder Vergütungssystem starren, sondern das Augenmerk zentral auf die Beschreibung und Kontrolle der Einhaltung von Strukturqualität richten.

2. Qualitätsdimensionen

Avedis Donabedian definierte 1966 drei zentrale Dimensionen der Qualität, die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität. Aspekte der Strukturqualität sind neben Räumen, Sachmitteln, Infrastruktur insbesondere alle Elemente der Personalausstattung, die im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin, in der Psychiatrie wegen des Beziehungscharakters der Tätigkeit ganz im Vordergrund steht. Die Prozessqualität betreffen Prozesse der Planung und Umsetzung einzelner Behandlungsschritte, Prozeduren und Behandlungsabläufe. Ergebnisqualität ist letztendlich die Bestimmung einer Zielerreichung und zwar sowohl in Bezug auf die Reduktion von Krankheitssymptomen oder die Entfernung, z. B. operative Entfernung eines Tumors, eines Problems, wie auch die Patientenzufriedenheit und die Lebensqualität nach der Behandlung. Insofern können Einschätzungen von Ergebnissen zwischen Ärztinnen und Ärzten und betroffenen Patientinnen und Patienten oder Einschätzungen von Angehörigen erheblich voneinander abweichen. Gerade wenn kein einheitliches Verständnis in Bezug auf die zugrunde liegende Problematik und Erkrankung besteht, wie dies eben bei psychischen Störungen nicht selten der Fall ist, wird die Einschätzung sowohl der Behandlungsprozesse als auch ihrer Ergebnisse in einer Außensicht durch Spezialisten häufig von der subjektiven Einschätzung der Betroffenen abweichen. Es ist deshalb wichtig, auch diese subjektive Dimension der persönlichen Ergebnisqualität zu beachten. Aus Sicht der behandelten Patientinnen und Patienten sind es oft nicht die hochstrukturierten Prozesse in manualisierten Behandlungsformen, sondern häufig die Vielfalt menschlicher Zuwendung im Rahmen eines bergenden wohlthuenden therapeutischen Milieus auf Station, die letztendlich aus ihrer Sicht den Behandlungserfolg bestimmen. Durch das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention, zwei Jahre nach der Unterzeichnung am 26.03.2009 in Deutschland, hat das Recht auf Selbstbestimmung der Betroffenen ihre Partizipation

an gesellschaftlichen Prozessen und insbesondere an Entscheidungen, die sie betreffen, sowie die Forderung nach einer insgesamt barrierefreien und inklusiven Gesellschaft auch im deutschen Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. Explizit wird in Artikel 7 dies auch noch einmal für Kinder betont »(1) Die Vertragsstaaten treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können ...«

3. Strukturqualität und Reform der Psychiatrie in Deutschland

Im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode vereinbarten CDU/CSU und SPD zahlreiche Punkte, die die Qualität im Gesundheitswesen betreffen, z. B. Seite 55 ff gezielt wird dabei auch versucht, Fehlentwicklungen, die seit Einführung der DRGs im Sinne quantitativer Erlössteigerung eingetreten sind, zu korrigieren. So wörtlich: »Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschläge wollen wir dabei differenzieren. Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich.«

Zum neuen Vergütungssystem in der Psychiatrie lesen wir auf Seite 57: »Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest. Gerade für die sektorübergreifenden Lösungsansätze wird ein Innovationsfond zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsform und zur Förderung der Versorgungsforschung eingerichtet.« »Dafür werden 300 Mio. € von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt, dafür erhalten die Krankenkassen 150 Mio. € an zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Aus dem Innovationsfond werden für Vorsorgeleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von insgesamt 225 Mio. € und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75 Mio. € verwendet. Für die Vergabe der Mittel legt der gemeinsame Bundesausschuss Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jahren.« Betrachtet man rückwirkend noch einmal die vier zentralen Aufträge des KHRG an die Selbstverwaltung kann man feststellen, dass die jetzigen Vereinbarungen im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode nur an diese ursprünglichen Intentionen des Gesetzgebers im KHRG anknüpfen. Gefordert wurde damals:

- Eine gesicherte Strukturqualität als Voraussetzung für den Eintritt in den Prozess, d. h. die initiale Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß Psych-PV.

- Auf der Entgeltebene wurden bedarfsgerechte Tagesentgelte für »medizinisch unterscheidbare Patientengruppen« gefordert, explizit sollte kein Diagnosebezug hergestellt werden, also keine Psych-DRGs, sondern es sollten die Leistungs-komplexe, die sich in der Psych-PV bewährt hatten, Beachtung finden.
- Gefordert wurde die Prüfung der Einbeziehung der Institutsambulanzen sowie anderer pauschalierender Finanzierungsformen
- und es wurde die Evaluation des KHRG-Reformprozesses durch eine umfassende Begleitforschung für nötig erachtet.

Insofern ist es verständlich, dass neben den langen politischen Debatten um das Wie der Entgeltreform im PEPP-System lange Zeit die zentrale Frage der Strukturqualität für wenig beachtet wurde, weil man dachte, hier hätte der Gesetzgeber doch klare Vorgaben gemacht. Erst als der Wegfall der Psych-PV drohte, dass PEPP-System mit Druck eingeführt schien, und neue Strukturqualitätsmaßstäbe durch den G-BA nicht erkennbar waren, ist es uns in den einzelnen Psychiaterverbänden immer stärker gelungen, gemeinsam darauf hinzuweisen, dass die zentrale Komponente in der Psychiatrie die Personalkomponente darstellt. Schließlich entschloss sich der Gesetzgeber die budgetneutrale Phase zu verlängern und in letzter Minute damit auch den Wegfall der Psych-PV aufzuschieben. An der ursprünglichen Planung zunehmender Konvergenzquoten während einer Konvergenzphase hin auf ein Landesbasisentgeltwert wurde allerdings festgehalten.

Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG: Ausgangspunkt 100% Psych-PV

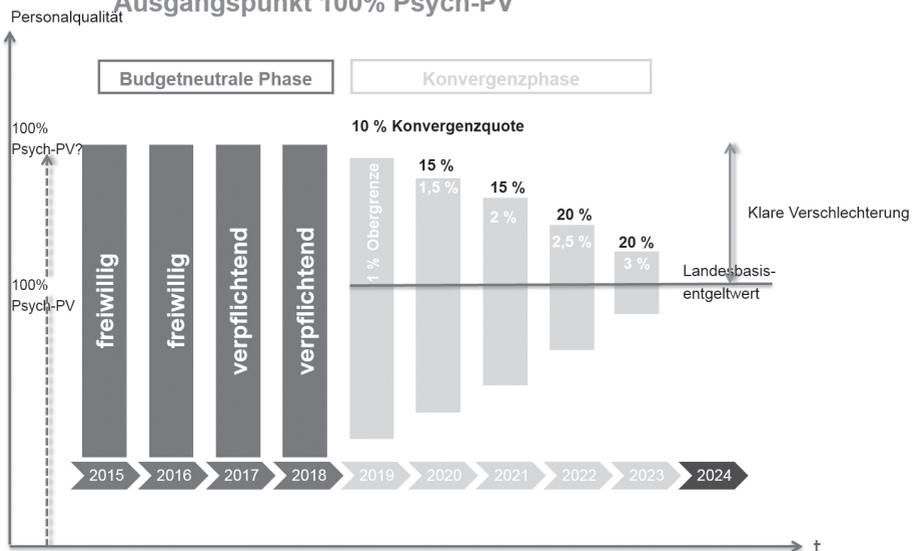


Abb. 1 Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG

Die Abbildung zeigt die Logik und den Ablauf dieses Reformprozesses. 2015/2016 gibt es Anreize für Krankenhäuser zu optieren, 2017/2018 wird die Verwendung des neuen PEPP-Systems obligatorisch und dann soll der Eintritt in die Konvergenzphase erfolgen. Versucht man nun aber neben der Zeitachse auch die Achse der Entgelte zu erfassen, und in der Psychiatrie macht Personal den größten Kostenanteil aus, dann fällt auf, dass eine solche Grafik davon ausgeht, dass es zum Start einer Konvergenz genauso viele Krankenhäuser gibt, die mehr als 100 % Psych-PV-Ausstattung haben und damit zu teuer sind als Krankenhäuser, die eine zu geringe Ausstattung haben und dass durch eine Konvergenzphase am Ende ein fairer Landesbasisentgeltwert entstehe, der 100 % Psych-PV als einen Erhalt der Strukturqualität, wie im KHRG gefordert, entsprechen. De facto zeigen alle Erhebungen, dass derzeit nur in wenigen Kliniken überhaupt 100 % Psych-PV erreicht werden und dass personelle Überausstattung nicht vorkommt, während personelle Unterausstattung in der Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vielerorts schon die Regel sind. Konvergiert man also von einer Ausstattung unterhalb von Psych-PV über die gleiche Konvergenzphase hinweg, bedeutet dies, dass die noch gut ausgestatteten Krankenhäuser am Schluss auch eine nicht mehr suffiziente Personalausstattung haben werden, während die ohnehin schlecht ausgestatteten es nie schaffen, hinreichend Personal aufzubauen. Insgesamt resultiert eine klare Verschlechterung in der Betreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten, weil eine Grundvoraussetzung, die im KHRG formuliert wurde, nicht eingehalten wurde. Ein lineares Konvergenzmodell, welches eine Normalverteilung zu gut ausgestatteter und zu schlecht ausgestatteter Krankenhäuser voraussetzt, ist schlicht eine Augenwischerei mit der bisher versucht wurde, zu suggerieren, hier handele es sich um ein gerechtes Verfahren zur Ermittlung des fairen Preises. Personalausstattung ist in der Psychiatrie aber nicht normal verteilt und schon gar nicht mit einer Glockenspitze der Gaußschen Verteilungskurve bei 100 %. Wir haben eine linksschiefe Verteilung mit einer zunehmenden personellen Unterausstattung der Kliniken vor Eintritt in die Konvergenz und dies kann im vorgelegten Modell nur zu einer globalen Verschlechterung mit allmählich abnehmenden graduellen Unterschieden führen. Auch der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) hat diesen Vorgang als dramatische erkennbare strukturelle Verschlechterung erkannt und stellt das Ganze vielleicht grafisch einleuchtender so dar, während es 2018 vor Eintritt in die Konvergenz noch einige Häuser, darunter auch Uniklinika geben wird, in denen die Betreuung entsprechend Psych-PV gewährleistet ist, wird 2024 sich das gesamte System auf einem niederen, nicht mehr ausreichenden Niveau eingependelt haben.

Wie verhalten sich dann im Gegensatz zur Somatik die Personalkosten zu den Sachkosten und Infrastrukturkosten. Auch hierzu hat der VUD eine Auswertung im PEPP- und DRG-System gemacht. Hier ist klar zu sehen, dass in der Psychiatrie das medizinische Personal den größten Kostenanteil ausmacht, neben den Infrastrukturkosten, und dass Rationalisierungseffekte durch günstigere Sachkosten in der Psychiatrie im Gegensatz zur Somatik kaum zu erwarten sind. Damit ergeben

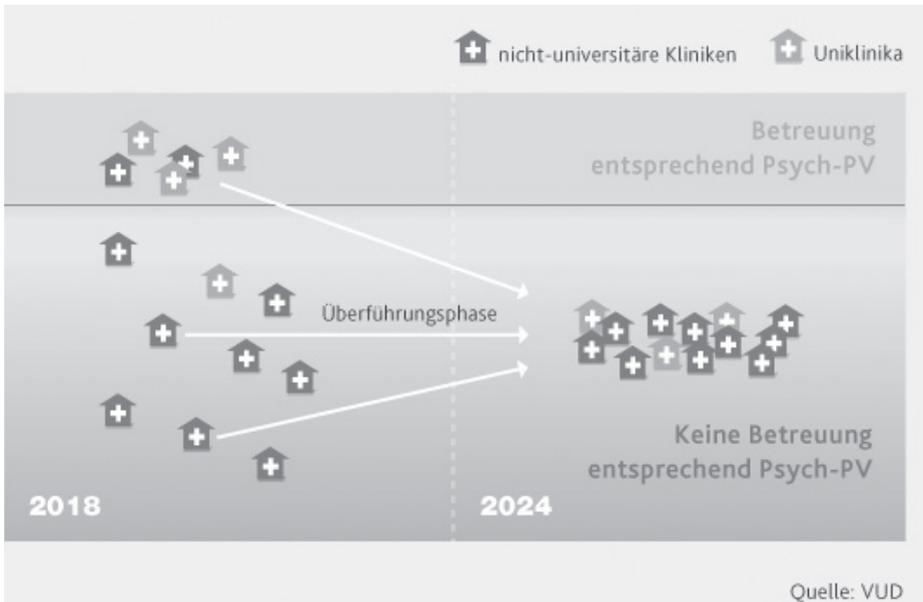


Abb. 2*

sich auch keine Rationalisierungs- oder Mengenvorteile wie in der Somatik durch z. B. gestiegene Operationszahlen, da die Behandlungsdauern in einem Therapiegespräch sich nicht durch die Zahl der Patienten verkürzen lässt. Betrachtet man die InEK-Daten zum PEPP und vergleicht Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik so kann man feststellen, dass die Sachkosten, insbesondere der Medikamentenbedarf/Arzneimittelbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie so gering ist, dass er kaum mehr wahrnehmbar ist. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Wesentlichen von der Seite der Kosten her determiniert durch Personalkosten und Infrastrukturkosten.

4. Wie misst man Qualität?

Ist die Qualität in der psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung die Summe von qualifizierten Einzelleistungen? Worauf fokussiert man bei der Qualitätsermittlung in der Psychiatrie? Auf Behandlungsintensität, auf Prozessqualität, auf welche Ergebniseinschätzung? Meines Erachtens ist das ökologisch valideste Maß die Einschätzung der Reduktion des Ausmaßes der durch die psychische Störung bedingten Teilhabebeeinträchtigung. D. h., gelingt es durch die psychiatrische Behandlung das Ausmaß der nötigen Unterstützung zu

* Mit der freundlichen Erlaubnis des Verbands der Universitätsklinika Deutschland (VUD)

reduzieren und ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu unterstützen. Schwer psychisch kranke Patienten haben die größte Teilhabebeeinträchtigung und benötigen im Rahmen der stationären Milieuthherapie Unterstützung und Fasilitasi- on (Erleichterung) in zahlreichen Bereichen. Um z. B. also Ergebnisqualität von Milieuthherapie zu messen braucht es Zufriedenheitsmaße der Betroffenen und Maße für das Zurechtkommen im Alltag (Teilhabe). Reine Definitionen der Ergebnisqualität über eine Symptomreduktion sind hier nicht ausreichend. Betrachtet man nun aber den Datenerhebungsaufwand, den wir derzeit im Rahmen des noch lernenden PEPP-Systems betreiben, müssen wir feststellen, dass diese milieutherapeutischen Leistungen für die schwer psychisch kranken Patienten, die im Koalitionsvertrag extra noch einmal erwähnt wurden, mit ihren Bedürfnissen nur im Sockelbetrag erfasst werden. Die gezielte Datenerhebung betrifft Therapieeinheiten ergänzt durch Diagnosegruppenpauschalen, spezielle Kriseninterventionen, auch mit Zwang, und Einzelbetreuung werden gesondert honoriert, aber das zentrale Agens der Verbesserung, nämlich der Herstellung eines therapeutischen Milieus wird nicht als Qualitätsmerkmal erfasst und auch bei der Entgeltentwicklung nicht berücksichtigt. Insofern kann man feststellen, dass im Blick auf die Gruppe der psychisch schwerkranken Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter und Erwachsenenalter ein inadäquater Dokumentationsaufwand geschaffen wurde, gleichzeitig entstanden Fehlanreize in Bezug auf möglichst viele therapeutische Einzelleistungen, wie in einem Kurbetrieb mit Station als »Hotel«, wo neben der Hotelpauschale möglichst viele teure einzelne Anwendungen und Leistungen das beste Erlösergebnis machen. In der Krankenhausbehandlung bei schweren akuten psychiatrischen Erkrankungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss die Milieuthherapie auf der Station aber die Grundversorgung sicherstellen, wechselseitige Kommunikation, gemeinsame Aktivitäten fördern, Heilungs- und Entwicklungsförderndes Sicherheit vermittelndes Stationsklima als Lebensraum für schutzbedürftige Patienten und Basis für spezifische therapeutische Leistungen herstellen. Natürlich ist eine individuelle, möglichst evidenzbasierte Psychotherapie erforderlich und es braucht ergänzende gezielte patientenbezogene Angebote des multiprofessionellen Teams, aber die Basis der Behandlung bildet das geeignete stationäre Milieu. Bei der Herstellung des Milieus geht es also nicht um die Bereitstellung eines Sockels, sondern um die zentrale Behandlungskomponente. Der Aufwand für die Milieuthherapie ist bei diesen schweren Erkrankungen in der Akutbehandlung drei bis fünfmal größer als bei sonstigen psychisch kranken Patienten. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird dies oft noch durch die altersabhängige Unselbständigkeit und die erzieherischen Beziehungsansprüche verstärkt. Noch höher ist der generelle Aufwand in der Intensivbehandlung, der 10–25 % der Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen einer Akutstation betrifft. Dies wurde auch schon im lernenden System erkannt, mit der Einführung von OPS (9-71) und einem Betreuungsintensitätsmodell mit drei Abstufungen versucht man dem wenigstens teilweise Rechnung zu tragen.

Mir ist bewusst, dass Entgeltdebatten häufig sehr technisch und wenig nachvollziehbar geführt werden, deshalb gestatten Sie mir als Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut einmal die Familie und ein erziehungsförderliches familiäres Milieu zum Beispiel zu nehmen, dann kann man vielleicht einfacher nachvollziehen was ich meine. Kinder unterschiedlicher Altersstufen, Kinder mit und ohne Behinderung haben ganz unterschiedliche, altersentsprechende Teilhabemöglichkeiten. Es ist in unserer Gesellschaft unstrittig – dies darf ich als stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats in Familienfragen am BMFSFJ betonen – dass Familien eine unbezahlbare, gesellschaftlich zentrale Leistung in der Sozialisation der Kinder und damit für die Zukunft unseres Landes erbringen.

Die zentrale Leistung liegt in der Schaffung eines entwicklungsfördernden Milieus für jedes Kind in einer Akzeptanz des Kindes in seinem »So-Sein«. Wer würde Qualität von Familie über die Messung einzelner Handlungen oder Leistungsbestandteile beschreiben wollen, also z. B. minutengenaue Erfassung z. B. der Hausaufgabenbetreuung (Hausaufgabenbetreuung wird nicht gewertet und gezählt, wenn sie unter einen bestimmten Minutenwert fällt oder wenn sie neben anderen Handlungen im Haushalt, quasi im Vorübergehen, ausgeführt wird). Wichtige Gespräche können vor allem beim Kochen oder anderen Aktivitäten entstehen, zählen also nicht, sondern nur geplante Hausaufgabensitzungen, Familiensitzungen, etc. in einem Familienmanagementplan, der sich an die jeweils vorgegebenen Zeiteinheiten hält. Eine Scheidungsfamilie mit drei Schulkindern könnte wahrscheinlich hier ziemlich viele Qualitätspunkte sammeln. Alle haben ihre Tagesstruktur, wissen was sie zu tun haben, gemeinsame Zeit ist hoch formalisiert und organisiert, spontan läuft kaum etwas ... Das könnte in einem solchen System gut dokumentiert werden und würde zu einer hohen Qualitätseinschätzung und zu höchstmöglicher Honorierung führen. Es ist ja auch anerkennenswert, dass in gut aufgefangenen Scheidungssituationen gerade dieses Absprachegerüst, das faire Aufteilen elterlicher Zuwendung in Einzelaktivitäten oft noch recht gut funktioniert, obwohl kein bergendes familiäres Milieu mehr vorhanden ist. Das Resultat ist aber in der Regel folgendes: Trotz bemühter Eltern, die den Kindern extra viel Zuwendung geben, die oft eine Überdosis Einzelleistungen erbringen und damit teuren Aufwand nachweisen können (Flugkosten am Wochenende zum anderen Elternteil etc.) leiden viele Kinder emotional, wenigstens für einige Zeit, und haben in dieser Phase mit Beeinträchtigungen ihrer Entwicklung zu kämpfen. Offensichtlich wird ein entwicklungsförderliches Milieu durch etwas anderes bestimmt als allein durch die Summe von Einzelleistungen in standardisierten Settings in Zeiteinheiten.

Seit Einführung der DRG werden medizinische Leistungen in der Somatik häufig als Produkte, die in einer Kette genormter Einzelleistungen erbracht werden, beschrieben. Analogien und Metaphern aus der industriellen Fertigung haben breit Einzug in das Krankenhausmanagement gehalten und tatsächlich führt in der Somatik teilweise eine Erhöhung von Mengengerüsten bisweilen zu Einsparungen im Sachkostenbereich bei gleichzeitigem Qualitätsgewinn durch die Routine. Wird Qualität allein als die *Lege Artis* erfolgende Produktion wie in der Industrie definiert,

konzentriert sich das Krankenhausmanagement darauf, möglichst teure Produkte möglichst exzellent herzustellen. So entstehen Fehlanreize und Deutschland ist zum Weltmeister in exzellenten, aber teilweise unnötigen Hüft- und Knie-OPs, kardiologischen Interventionen, etc. geworden. In der Psychiatrie ist es noch einmal deutlich schwieriger zu definieren, was eine gute Behandlung ist. Auf die unterschiedlichen Perspektiven des medizinischen Personals, der Betroffenen und der Angehörigen, habe ich eingangs schon hingewiesen. Einzelinterventionen sind zum Teil gut untersucht und evidenzbasiert, in der Psychopharmakotherapie wie in der Psychotherapie. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bestehen meist auf störungsspezifischen Untersuchungen an hoch selektiven monosymptomatischen Patientengruppen. Alan Kazdin, Psychologe aus Yale, der sicher nicht als Therapiefeind verdächtig ist, hat das Dilemma einmal in Interviewaussagen (American Psychologist, Seite 146 ff, 2008) unterstrichen: »Psychotherapie is good, but not for patients« oder »Most of the treatments used in clinical practice have not been evaluated in research. Also many of the treatments that have been well established are not been used.« Wir haben also das Problem, dass viele wissenschaftlich etablierte Methoden an selektiven Patientengruppen ohne Komorbiditäten untersucht wurden, häufig im Bereich der Psychotherapie sogar an freiwillig studierenden Populationen, so dass diese Ergebnisse schwer auf wirkliche Patienten, wie wir sie in den Kliniken sehen, mit häufig mehreren gleichzeitigen Diagnosen, übertragbar sind. Gleichzeitig werden gut etablierte Methoden im Krankenhaus oft aber auch nicht angewandt, was ebenfalls ein aus Sicht des Qualitätsmanagements kritikwürdiger Punkt ist. Daten für Patienten mit kormorbiden Erkrankungen, schweren Beeinträchtigungen zu den Behandlungsergebnissen sind extrem selten. Forschungs- und Evaluationsdefizite bestehen vor allem in Bezug auf komplexe Behandlungsprogramme und ihre Wirkung. Hier könnte im Innovationsfonds, den die Bundesregierung beschlossen hat, eine große Chance für die Entwicklung solcher Programme und ihrer Evaluation liegen. Dabei ist es wichtig, dass nicht allein auf die Effektivität einer Intervention in einem Studiendesign geachtet wird, sondern auf die Effectiveness, die man im deutschen ähnlich wie Efficacy auch mit Effektivität übersetzen würde. Effectiveness meint die generelle Wirkung im Alltag, z. B. gemessen durch das Zurechtkommen im Alltag durch eine geringere Teilhabebeeinträchtigung.

5. Teilhabe (Beeinträchtigung als zentrales Konzept)

Eine Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung, welche die subjektive Seite der Teilhabewünsche mit berücksichtigt, ist zentral für die notwendige Intensität milieutherapeutischer Maßnahmen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die seit vielen Jahren in den meisten Kliniken gebräuchliche Basisdokumentation, die WHO-Achse 6 zu ICD-10 als Maß für das Zurechtkommen im Alltag eingeführt und hat sich auch in den Gesprächen mit komplementären Trägern, wie Heimeinrichtungen, dem Jugendamt, etc. als Beschreibung des notwendigen Betreuungsbedarfs bewährt. Es

handelt sich dabei quasi um ein Global Assessment of Functioning, eine globale Erfassung des Zurechtkommens, natürlich könnte man auch andere Systeme, wie das in Großbritannien entwickelte Health of the Nation System und die Kinderversion Honosca etc. verwenden. Eine Übersicht über Maße der Teilhabebeeinträchtigung im Kindes- und Jugendalter gibt eine Expertise mit entwicklungspsychologischer, altersentsprechender Abstufung für das BMFSFJ (Ball, Fegert, Kölch). Aus meiner Sicht ist die Veränderung der Teilhabebeeinträchtigung das zentrale Maß für das Behandlungsergebnis, aber auch für die sozialrechtlichen Schnittstellen und die Schnittstellen innerhalb der Sektoren des Gesundheitswesens. Wenn es also z. B. um sektorenübergreifende Maßnahmen geht wird es immer wieder die Frage geben, ist die notwendige Betreuungsintensität auch z. B. im häuslichen Milieu oder einem anderen natürlichen Milieu, in einem Kinderheim, etc. zu gewährleisten. Patientengruppen sind in der Akutpsychiatrie weniger durch Diagnosen oder durch Diagnosegruppen zu unterscheiden als durch das jeweilige Ausmaß der individuellen Teilhabebeeinträchtigung. Insofern ist ein faires Entgeltsystem in der Psychiatrie – ein *Betreuungsintensitätsmodell* – zu fordern. Es geht zentral um die Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und die Erfassung von Komorbiditäten und psychosozialen Belastungen, zum Beginn der Behandlung und in allen Phasen wo es darum geht, Schnittstellen in Richtung Verselbständigung zu bewältigen. Gleiches gilt natürlich auch für die Definition von Rückschlägen nach Krisen, Rückfällen, etc. Die WHO beschreibt in ihrer ICF-Klassifikation drei zentrale Dimensionen der Teilhabebeeinträchtigung.

- Die *Pervasivität*, d. h. ob ein Störungsbild in mehreren Bereichen Auswirkungen hat, z. B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule oder auch in der Freizeit auswirkt oder ob die Funktionsbeeinträchtigung nur auf einen Bereich beschränkt ist. Das Ausmaß der Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei.
- Die *Intensität*, d. h. ob das Störungsbild in einem (oder mehreren) Bereichen so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe an üblichen Settings vereinbar ist. Das bedeutet, dass z. B. auch eine massive psychische Störung in einem Bereich genügt, um eine erhebliche Teilhabebeeinträchtigung festzustellen, obwohl das Funktionsniveau in anderen Bereichen noch ausreichend sein kann, z. B. die massive Beeinträchtigung des Sozialkontakts bei Autismus trotz beeindruckender abstrakter rechnerischer Leistungen, z. B. beim high functioning Autism.
- Die *Chronizität*, d. h. die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung. Im SGB XII und SGB VIII wird entsprechend der deutschen Behinderungsdefinition hier in der Regel der Halbjahreszeitraum als Kriterium angelegt.

6. Modelle, Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

Während über die Entgeltreform, also letztendlich die Krankenhausentgelte politisch stark debattiert und gestritten wurde, ist der andere Bereich der ursprünglich im KHRG gefordert wurde, nämlich die Weiterentwicklung der Psychiatrie, auch durch die Förderung von Modellen, völlig unterbelichtet geblieben. Gerade in meinem Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten bis Ende 2014 bislang nur zwei Modelle entstehen. Dies ist weit entfernt von den Vorgaben in § 64 b SGB V »Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen« wo zu lesen war: *»In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.«* Woran liegt es nun, dass, obwohl sich die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie über alle Interessengruppengrenzen (niedergelassene Kollegen, Versorgungshäuser, Universitätsklinken etc.) stets gemeinsam für Modelle ausgesprochen haben, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Modelle entstehen? Dies liegt schlicht und einfach daran, dass sie mit dieser Norm nicht intendiert waren oder dass diese Norm, falls es keine Intention des Gesetzgebers war, schlecht konstruiert wurde. Noch bevor dieses Gesetz verabschiedet wurde, hat mir der CDU Politiker Spahn im persönlichen Gespräch, im Beisein anderer Vorstandsmitglieder der APK einmal erläutert, diese Norm sei nur als Bestandwahrungsklausel für die bestehenden Modelle konstruiert. Zunächst gehe es jetzt um die Umstellung im Entgeltsystem. Andere Reformelemente müssten später beachtet werden. Ich muss sagen, er hat den Zustand genau beschrieben. Überall da, wo es entsprechende Modelle schon gab oder überall da, wo die lokale Versorgungssituation entsprechende Mengengerüste und eine ursprünglich gute bis sehr gute Personalausstattung mit sich bringt, überall da konnten Modelle erhalten werden oder sogar neue entstehen. Die Norm bietet aber überhaupt keine hinreichende Grundlage für die Neuentstehung von Modellen, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Evaluation der Modelle ist überhaupt nicht geregelt, so dass die in den Modellen erprobten Vorgehensweisen eben nicht auf das angeblich lernende Entgeltsystem, also die allgemeine Praxis übertragen werden können. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt die Erkrankungshäufigkeit dabei noch eine Rolle. Glücklicher Weise sind Kinder nicht nur allgemein recht gesund sondern sie sind auch selten schwer psychisch krank. Insofern reichen die Mengengerüste nicht aus, um mit einzelnen Krankenkassen entsprechende Modellverträge auszuhandeln. Die beiden entstandenen Modelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind aus Regionen, wo eine Krankenkasse quasi der Monopolanbieter ist und es deshalb möglich war, einen Konsens zu finden. Ohne einen Kontrahierungszwang für alle Kassen, d. h. eine gleiche Behandlung aller Kinder in Modellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, werden keine Modellvorhaben umsetzbar sein. Es ist wissenschaftlich aber auch Gesamtgesellschaftlich unsinnig, Modelle durchzuführen und diese nicht zu evaluieren. Wenn Modelle dem Ziel dienen sollen, insgesamt die Versorgung zu

verbessern, müssen Ergebnisse aus den Modellen in den Regelbereich übertragbar sein. An dieser Stelle hat sich während der ganzen PEPP Debatte bislang nichts getan. Schon der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung hat darauf hingewiesen, dass wir in der psychosozialen Versorgung eine stärker personenzentrierte Sichtweise brauchen. Kritisiert wurde, dass der Hilfebedarf häufig aus seiner Angebots- und Institutionenlogik herausformuliert wird und nicht vom Bedarf des Kindes oder Jugendlichen aus gesehen wird. Die Praxis der Leistungsträger sei durch Abgrenzungen und Zuständigkeitsverweise zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe und auch Krankenkassen geprägt. So entstünden an den Schnittstellen der Systeme »Verschiebebahnhöfe« und bisweilen »schwarze Löcher«. Die Diagnose ist also seit Langem bekannt und wird durch die damalige Stellungnahme der Bundesregierung wenigstens für das Kindes- und Jugendalter auch eindeutig bestätigt. Die Amerikanische Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie (AACAP 2008) spricht von einem notwendigen Continuum of Care, in dem neben der individuellen Versorgung durch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, oder in Deutschland glücklicher Weise auch in der Praxis mit Sozialpsychiatrievereinbarung oder einer Institutsambulanz, ein intensives Case Management auf Gemeindebasis erforderlich ist. Häufig haben nämlich Kinder und Jugendliche, ähnlich wie Erwachsene mit schweren psychischen Störungen kombinierte psychiatrische, medizinische, rechtliche und soziale Unterstützungsformen nötig. Es braucht in einem Continuum of Care auch Behandlungsansätze im natürlichen Milieu, wie z. B. Hometreatment, familienunterstützende Dienste, alles Dinge, die im Rahmen unseres Gesundheitswesens, welches nur das um Mitternacht belegte Bett oder den belegten Platz in der Tagesklinik kennt, nicht realisierbar sind, obwohl für sie zum Teil sogar in Cochrane-Analysen multiple Evidenzbelege vorliegen.

Stark ausgeprägt ist in Deutschland die Seite der tagesklinischen Angebote, der vollstationären Behandlung, die aber immer mehr auch durch die kurzen Behandlungszeiten und hohen Zahlen von Kriseninterventionen zu Notfall- und Kriseneinheiten werden. Es fehlt ein transparentes System, welches intensive, kombinierte Leistungen für den einzelnen Patienten, die einzelne Patientin ermöglicht und damit ihre jeweilige Selbstbestimmung und Teilhabe erhöht. Ein Continuum of Care sollte dringend mit aller Energie in Deutschland entwickelt werden. Wir können es uns nicht leisten, eine oder zwei weitere Legislaturperioden für die Patienten wichtige Entwicklungsschritte, wegen der Konzentration auf eine Reform der Krankenhausentgelte nicht zu vollziehen.

7. Patientenbeteiligung, Patientenzufriedenheit als Indikatoren der Ergebnisqualität

Patientenbeteiligung ist wichtig bei Patienten die wegen ihrer Erkrankung, oder wegen ihrer Entwicklungsreife bei Kindern und Jugendlichen, noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen alleine zu treffen. In einer von uns mit Mitteln der Volkswagenstiftung durchgeführten Untersuchung (VW II/74904) sagte ein achtjähriges Mädchen (FEGERT et al. 2000) »Man kann ja nicht einfach

so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird.« Biering veröffentlichte 2010 einen Überblick zu Patientenzufriedenheitsmaßen bei Jugendlichen. Deutlich wird, es mangelt nicht an ad hoc entwickelten Instrumenten, es mangelt eher an ihrer systematischen Anwendung. Wenn man wichtige Aspekte der Patientenzufriedenheit betrachtet, ist sicher die globale Zufriedenheit mit der Krankenbehandlung ein wichtiges Element. Aber es geht darum, auch einzelne Faktoren voneinander abzugrenzen, wie z. B. die therapeutische Beziehung, den Therapieerfolg in Bezug auf Symptomebene und in Bezug auf Autonomie, das Klima oder Milieu auf der Station, die Ebene der Kompetenzen, insbesondere Selbstpflegekompetenzen und auch Fragen des Komforts und der Infrastruktur, die häufig mit dem Begriff Hotelqualität umschrieben werden. Hier muss zunächst betont werden, dass regelmäßig in Untersuchungen, die Hotelqualität von erwachsenen Patienten als deutlich wichtiger angegeben wird als von Kindern und Jugendlichen, denen vor allem das Klima und die menschlichen Beziehungen innerhalb der Peergruppe und mit den Betreuern wichtig sind. In einem Verbund mit zahlreichen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken hat eine Arbeitsgruppe aus meiner Klinik, um Prof. Keller, Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie für Kinder, Jugendliche und Eltern mit unterschiedlichen, altersentsprechenden Darbietungsformen entwickelt (KELLER et al. 2004). Die zentralen Elemente in der Befragung 2011 über alle Kliniken hinweg waren bei Kindern, ob das Personal ansprechbar war (Item 8), ob die Betreuer als nett empfunden werden (Item 10) und ob sie sich vom Therapeuten, von der Therapeutin verstanden fühlen (Item 4). Insgesamt war eine gute Zufriedenheit mit dem stationären Klinikaufenthalt zu verzeichnen, der hoch mit der Wahrnehmung der Gesamtatmosphäre korrelierte. Dies trat noch deutlicher bei den Jugendlichen in den Vordergrund. Die Gesamteinschätzung »insgesamt zufrieden« (Item 1) charakterisierte zentral die Zufriedenheit mit der Behandlung, neben dem ernst genommen werden (Item 14) und dem Respekt vor den Patientenrechten, insbesondere der Schweigepflicht (Item 15), was noch einmal deutlich macht, dass Jugendliche ihre eigene Autonomie und Selbstbestimmung schon deutlich wichtiger ist als jüngeren Kindern. Betrachtet man die Angaben der Eltern, die im Übrigen in ihren Zufriedenheitsangaben im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen am höchsten lagen und sich über alle Kliniken hinweg letztendlich mit einer sehr guten Zufriedenheit über die stationäre Behandlung äußerten, war ein zentrales Kriterium Item 29 ob sie ihre Kinder wieder hierher bringen würden, aber auch die Einhaltung der Schweigepflicht (Item 14) und die globale Zufriedenheit hatten eine hohe Bedeutung bei der Einschätzung des Krankenhausaufenthaltes.

Fazit:

Ohne eine Absicherung der Strukturqualität und weitgehender Reduktion der übertriebenen Einzelleistungserfassung, werden Fehlanreize die Qualität des unterstützenden stationären Milieus eher reduzieren, vor allem bei den schwerst-

kranken Patientinnen und Patienten und den entwicklungsabhängig besonders bedürftigen Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit starker Teilhabebeeinträchtigung und hohem Unterstützungsbedarf. Insofern ist mein zentrales Fazit die Forderung, Strukturqualität durch eine Neudefinition des Ordnungsrahmens verbindlich zu sichern und vor Ort deren Einhaltung zu überprüfen. Dabei ist aus meiner Sicht das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung der zentrale Parameter. Die notwendigen strukturellen Bedingungen lassen sich durch das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf definieren (Strukturqualitätsvoraussetzungen), Handlungsabläufe und Prozesse sind abhängig von den Teilhabemöglichkeiten (Prozessqualität), Ergebnisse von Behandlungen können nicht allein in Symptomreduktion erfasst werden sondern es geht um die Lebensqualität und das Zurechtkommen im Alltag. Diese Dimensionen sind wichtig für die Kommunikation an Schnittstellen zwischen Sektoren des Gesundheitswesens und zwischen den sozialen Versorgungssystemen, z. B. in der Eingliederungshilfe. Die technische PEPP-Debatte der letzten Jahre hat die Weiterentwicklung der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eher behindert. Der Modellparagraph 64 d SGB V ist nur als Bestandwahrungsklausel konstruiert. Deshalb entstehen keine innovativen Modelle. Die normativen Vorgaben müssen unbedingt geändert werden, um innovative Versorgungsformen im Sinne eines Continuum of Care entstehen zu lassen. Wichtig ist hier nicht die Institutionssicht sondern die personenzentrierte Sicht auf Behandlungsbedarf und Behandlungsqualität. Eine Evaluation von Modellen nach gleichen Standards ist dringend erforderlich und muss auch politisch gefordert werden, damit Modelle die Entwicklung der Versorgung wirklich voranbringen können. Da in der Psychiatrie Personal und Beziehungsqualität den zentralen Kostenfaktor darstellen, führen höhere Mengengerüste nicht zu Rationalisierungseffekten und sind eben nicht mit der industriellen Produktion oder evtl. mit chirurgischen Interventionen vergleichbar. Angesichts der Entwicklung bei den psychischen Erkrankungen kann man sich der Warnung des VUD vor Mengenbegrenzungen bei epidemiologisch tatsächlich steigendem Bedarf im Bereich seelische Gesundheit nur anschließen. In den letzten Jahren ist zum Teil detailverliebt um die Umsetzung einer Währungsreform »gestritten« worden. Gesundheitspolitisch war der Höhepunkt dieser Auseinandersetzung die Ersatzvornahme, welche das Ende des Dialogs zwischen Behandlern und der Politik in der letzten Legislaturperiode markierte. Durch entsprechende Passagen im Koalitionsvertrag, durch die Verschiebung um zwei Jahre und den strukturierten Dialog, haben der neue Gesundheitsminister und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neue Gesprächs- und Entwicklungsmöglichkeiten geschaffen. Minister Gröhe hat zahlreiche Organisationen am 17.7.2014 zu Stellungnahmen aufgefordert und ich gehe davon aus, dass er, gerade mit Blick auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung in der Zukunft, diese ganz unterschiedlichen Stellungnahmen mit dem gebotenen Ernst rezipieren wird. Für den ordnungspolitischen Rahmen ist aus meiner Sicht eine Abkehr vom ausschließlichen Bepreisungssystem von Einzelleistungen, hin zur Finanzierung von Strukturkom-

ponenten, entsprechend lokaler Anforderungen notwendig. Ohne eine bindende Nachfolgeregelung für die PsychPV, die in der Qualität mindestens dem heutigen Stand entspricht, da ja die Standards in der PsychPV über Jahre überholt waren und der Verdichtung im Behandlungsgeschehen und modernen psychotherapeutischen Entwicklungen usw. nicht Rechnung getragen haben, wird eine reine Entgeltreform zu einem humanitären Desaster führen. Die Schere zwischen den rechtlichen und ethischen grundsätzlichen Forderungen des Bundesverfassungsgerichts, an die Qualität selbst psychiatrischer Zwangsbehandlung, und die Realität der Ausstattung des psychotherapeutischen Milieus, wird immer stärker auseinandergehen. Dies zu verhindern ist nun Aufgabe der Politik. Die Politik auf diese zentrale Aufgabe zum Wohle der Patientinnen und Patienten hinzuweisen ist Aufgabe der APK.

Literatur

- BIERING, P. (2010): Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Hlt* 17(1):65–72.
- FEGERT, J. M. (2012): Qualität – in jeder Beziehung, 1.. edn, Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, Frankfurt.
- FEGERT, J. M./RASSENHOFER, M./SCHNEIDER, T./SPRÖBER, N./SEITZ, A. (ed) (2013): Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen - Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann«, Juventa, Beltz.
- KELLER, F./SCHÄFER, S./KONOPKA, L./NAUMANN, A. /FEGERT, J. M. (2004): »Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens«, *Krankenhauspsychiatrie*, vol. 15, no. 1, pp. 3–8.
- RASSENHOFER, M./SPRÖBER, N./SCHNEIDER, T. /FEGERT, J. M. (2013): »Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany«, *Child Abuse & Neglect*, vol. Vol 37, no. 9, pp. 654–663.

Qualitätssicherung psychiatrischer Versorgung und die Bedeutung der Psych-PV

Andreas Heinz, Laura Kipp, Carolin Wackerhagen, Sabine Müller, Christiane Montag, Lieselotte Mahler

Die Einführung des Psychiatrischen Entgeltsystems (PEPP) soll einer gesteigerten Transparenz und Qualitätssicherung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen dienen. In dem derzeitigen Diskussionsprozess darüber, welche Kriterien für die Qualitätssicherung erforderlich sind, werden häufig Vergleiche zur somatischen Medizin und dem DRG-System gezogen. Diese Vergleiche sind aus Sicht der Autorinnen und Autoren nicht nur nicht hilfreich, sondern stellen in vieler Hinsicht eine Gefahr für die Qualität psychiatrischer und psychotherapeutischer Interventionen dar. In der somatischen Medizin liegt bei der Qualitätssicherung das Augenmerk vornehmlich auf der Prozessqualität, da deren strukturelle Voraussetzungen bei gleichbleibender Güte der erfolgten Intervention im Sinne eines rationellen Mitteleinsatzes angepasst werden können. So wurde in einer Diskussion über Strukturqualität beispielsweise argumentiert, dass »die Qualität einer Operation (als Prozess) nicht besser würde, wenn drei statt zwei Operateure am Tisch stehen«. Die Zahl der an einem Prozess beteiligten Therapeuten kann demnach in der somatischen Medizin auf das notwendige Maß reduziert werden, das für das Gelingen eines bestimmten therapeutischen Prozesses bzw. einer Intervention unerlässlich ist, ohne dass die Behandlungsqualität leidet. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie gilt dies aber aus mehreren Gründen nicht, da 1) die Komplexität schwerer psychischer Erkrankungen mit Beeinträchtigungen in mehreren psychosozialen Bereichen multiprofessionelle Interventionen zur Behandlung und Rehabilitation zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens auch auf Akutstationen erfordert, 2) gerade auch mit der UN-Behindertenrechtskonvention (Ratifizierung in Deutschland 2009, Bundesgesetzblatt, 2009) von der Psychiatrie Strukturen und Interventionen verlangt werden, die Maßnahmen und Behandlungen gegen den Willen von Patienten und Patientinnen präventiv entgegenwirken. Um diese gesetzlich verankerten ethischen Ansprüche umsetzen zu können, muss die Psychiatrie ausreichend starke multiprofessionelle Teams zur Verfügung stellen und flexibel im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten wirksam sein. Diese Aspekte stellen einen gravierenden Unterschied zur somatischen Medizin dar und kommen in den momentanen Leistungsanreizen des neuen psychiatrischen Entgeltsystems gefährlich zu kurz.

Die Komplexität psychischer Erkrankungen erfordert ressourcenorientierte und multiprofessionelle Interventionen

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapie stellen der Beziehungsaufbau (GRAWÉ, 2004; GRAWÉ, 2005; FLÜCKINGER et al., 2011) sowie die Ressourcenaktivierung die entscheidenden Wirk- und Erfolgsfaktoren dar (GASSMANN

& GRAWE, 2006; GRAWE & GRAWE-GERBER, 1999). Meta-Analysen (WAMPOLD, 2010) zeigen, dass Therapieerfolge vor allem auf sogenannte »Common Factors« zurückzuführen sind, also auf Faktoren, die alle etablierten Therapieformen teilen. Dabei sind eine tragfähige therapeutische Beziehung, die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten (auch im Sinne einer Prozesssteuerung der Therapie) und die Ressourcenaktivierung wesentliche Einflussgrößen. Psychiatrische Konzepte wie das »Weddinger Modell«, die konsequent auf multiprofessionelle Bezugstherapeuten-Teams und ressourcenorientiertes Arbeiten setzen, konnten (auch) in einer Versorgungsklinik eines urbanen Brennpunktbezirkes zeigen, dass sich die affektive therapeutische Beziehung signifikant verbessern lässt. Beides ist mit einer höheren Therapieeffizienz und besseren Prognose verbunden (MAHLER et al., 2014).

Insbesondere psychiatrische Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen und Multimorbidität können auf psychischer wie neurobiologischer Ebene durch soziale Stressfaktoren (wie z. B. Ausschließung, Deprivation und Isolierung) verstärkt werden (A. HEINZ, DESERNO, & REININGHAUS, 2013; A. J. HEINZ, BECK, MEYER-LINDENBERG, STERZER, & HEINZ, 2011). Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass rein symptom-fokussierte Behandlungsansätze, losgelöst aus den psychosozialen Lebenskontexten der Patientinnen und Patienten, nicht nur mit weniger Behandlungsunzufriedenheit und schlechterer Therapie-Adhärenz verbunden sind, sondern sich auch als weniger effizient erwiesen haben – sowohl bezüglich gängiger klinischer Parameter als auch hinsichtlich einer für eine Genesung erforderlichen Integration der Erkrankung in die individuelle Lebenssituation (WEINMANN et al., 2012; YANOS et al., 2010; RIEDEL-HELLER et al., 2012; MAHLER et al., 2014; ONKEN et al., 2002). Konzepte wie »Recovery«, die »Salutogenese« und die personenzentrierte Therapie stellen individuelle Krankheits- und Genesungskonzepte sowie den Bedarf nach Teilhabe und Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen in den Vordergrund der Behandlung (ANTONOVSKY, 1997; ALANEN et al., 2001; ADERHOLD et al., 2003; AMERING und SCHMOLKE, 2007; NEEDHAM, 2008; DAVIDSON, 2003; RESNIK et al., 2005). Sie werden damit sowohl den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach mehr Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe gerecht, als auch der WHO-Definition, die seelische Gesundheit als »Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine eigenen Fähigkeiten erkennt, mit den normalen Anforderungen des Lebens umgehen kann, produktiv arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag für seine Gemeinschaft zu leisten« definiert (WHO 2001). Akute soziale Probleme wie Obdachlosigkeit, Verschuldung, Isolation, Perspektivenlosigkeit in Ausbildung und Beruf sowie alltägliche Kontaktschwierigkeiten und Probleme bei der Bewältigung des täglichen Lebens als direkte oder indirekte Folge der psychischen Erkrankung müssen daher genauso professionell behandelt werden, wie die direkt krankheitsassoziierte Symptomatik. Zu jeder Krankheitsphase (akut, subakut oder stabilisiert) und in jeder Behandlungsform (stationäre, tagesklinische, ambulante, aufsuchende Behandlung) sind also Lebensfeldzentrierung sowie rehabilitative Aspekte notwendig, da die Aktivitäten

des täglichen Lebens als Therapieziel mit der reinen Symptomreduktion in ihrer Bedeutung gleich gestellt sind. Zur Akuttherapie gehört also immer die Rehabilitation psychisch Kranker zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Eine effiziente psychiatrische Behandlung kann dementsprechend nur multiprofessionell erfolgen. Dazu ist die sinnvolle Verknüpfung der individuellen inneren und äußeren Ressourcen der Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten und multiprofessionellen Therapieangeboten unabdingbar, die die Ausarbeitung und Stärkung eigener Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen in den Vordergrund stellen (MAHLER et al., 2014). Gerade sozial isolierte, vereinsamte und durch körperlichen oder sexuellen Missbrauch traumatisierte Patientinnen und Patienten benötigen ein vielfältiges Angebot mit immer neuen Kontaktversuchen, bei denen Vertrauensbildung eine wichtige Rolle spielt. Die Grundvoraussetzung in der Umsetzung stellt dabei eine ausreichende, multiprofessionelle Personalausstattung dar. Diese ist auch zur Öffnung der Akutstationen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen notwendig (LANG, 2013).

Zu den entscheidenden Qualitätsmerkmalen jeder psychiatrischen Behandlung gehört also, dass ausreichend Zeit für Beziehungsangebote und Beziehungsgestaltung im therapeutischen Setting vorhanden ist, was durch die Struktur des Behandlungsteams gewährleistet wird und sich direkt auf Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung auswirkt. Angesichts der vielfältigen Aspekte psychischen Leidens und psychischer (Folge-) Beeinträchtigungen sind folglich mehr noch als im somatischen Bereich multiprofessionelle Interventionen notwendig.

Reduktion von Personal führt zu Erhöhung von Zwangsmaßnahmen

Eine unzureichende Strukturqualität im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist auch deshalb vorzuhalten, weil ein Teil der Patientinnen und Patienten sich die Klinik, in der sie ggf. im Rahmen einer Zwangseinweisung behandelt werden, nicht aussuchen können. Damit entfällt ein ganz zentrales Kennzeichen der Behandlungsqualität im Bereich der somatischen Medizin, bei der eine reduzierte Personalausstattung, die sich auf das Wohlbefinden und den Therapieverlauf der Patientinnen und Patienten direkt oder indirekt auswirkt, von den Nutzern durch Behandlungsabbruch und Weiterbehandlung in einem anderen Setting sanktioniert werden kann. Es besteht eine besondere, durch die UN-Behindertenrechtskonvention rechtlich verankerte und einklagbare Verpflichtung, dass Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten gegen ihren aktuell geäußerten Willen aufnehmen, Zwangsmaßnahmen bei Einsichtsunfähigkeit auf das unbedingt zur Vermeidung erheblicher gesundheitlicher Schäden notwendige Maß beschränken. Keinesfalls ist es in diesem Rahmen erlaubt oder akzeptabel, zugunsten der Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung das Personal so zu reduzieren, dass Zwangsmaßnahmen an die Stelle von Gesprächen und Deeskalationsmaßnahmen treten.

Darauf haben auch die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und die Task Force Ethik der DGPPN deutlich hingewiesen. Die

ZEKO hat betont, dass die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen wesentlich von institutionellen Bedingungen abhängt, und hat »eine deutlich bessere Personal Ausstattung psychiatrischer Abteilungen sowie die Prüfung und Kontrolle der Personalverordnung« gefordert (ZEKO, 2013). Die Task Force Ethik der DGPPN betont, dass die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen nur gelingen kann, wenn die institutionellen Rahmenbedingungen verbessert und finanzielle Mittel für deren Realisierung zur Verfügung gestellt werden. Sie spricht sich insbesondere für die bessere Verzahnung von stationärem und ambulatem Bereich, die Förderung der gemeindenahen Versorgungsstrukturen und eine gute personelle Ausstattung aus (DGPPN, 2014).

Sowohl bei der Vermeidung von Zwangsbehandlungen und Behandlungsfehlern als auch in der Steigerung von Therapieeffizienz und Behandlungszufriedenheit kommen (weitgehend) offenen Türen, dem dafür nötigen Personal, einer funktionierenden und synergetisch wirkenden Multiprofessionalität sowie transparenten und partizipativen Krankenhausstrukturen eine Schlüsselrolle zu (LANG, 2013; MAHLER et al., 2014). So zeigen Untersuchungen zur Multiprofessionalität bei der Entscheidungsfindung, dass gegenseitiges Lernen und geteilte Verantwortung in psychiatrischen Teams zur Fehlervermeidung wichtig sind (LIBERMANN et al., 2001). Viele Studien zu Entscheidungsfindungsprozessen im psychiatrischen Kontext zeigen, wie notwendig sowohl strukturelle Voraussetzungen als auch eine bestimmte Haltung sind, um ein offenes Setting, Transparenz und Partizipation in Entscheidungen zu ermöglichen. Fehlende Integration der Patientenperspektive in Entscheidungsfindungen erhöht das Risiko für Zwangsmaßnahmen, während Stationsstrukturen, Klinikroutinen und Kommunikation, die die Bedürfnisse und Perspektiven der Patientinnen und Patienten sowie deren Autonomiebestreben regelhaft berücksichtigen, deeskalieren (ILKIWE-LAVALLE, 2003; LAIHO et al., 2013; LANG, 2013; RYAN et al., 2010; GRANT, 2002).

Hinzu kommt, dass die Psychiatriereform der letzten Jahrzehnte darauf gedrungen hat, die Patientinnen und Patienten menschenwürdig im Rahmen ihrer Gemeinde und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen zu behandeln. Zu einer solchen personenzentrierten Therapie gehört aber auch das stetige Bemühen, die Behandlung, wenn sie stationär außerhalb des eigenen Wohnumfeldes stattfindet, so offen wie möglich zu gestalten. Tatsächlich konnten wir und andere zeigen, dass Zwangsmaßnahmen, aggressive Vorfälle und Therapieabbrüche deutlich abnehmen, wenn auch Akutstationen mit offenen Türen geführt werden (LANG et al., 2010; MAHLER et al., 2014). Solche auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Settings bedürfen aber wiederum eines hinreichenden Personalschlüssels, um ggf. einzelne, beispielsweise suizidgefährdete Patientinnen und Patienten direkt zu betreuen (LANG & HEINZ, 2010). Nach unseren Erfahrungen bietet der mit der derzeitigen Psychiatrie-Personalverordnung gegebene Schlüssel im Bereich des Pflegepersonals durchaus die Voraussetzungen, Akutstationen offen zu führen. Bereits geringfügige Abweichungen von der Personalzahl im Bereich der Psychiatrie-Personalverordnung bewirken aber, dass bei 20–30 Patienten pro

Station die Schichten nur jeweils mit weniger als drei examinierten Pflegekräften, manchmal sogar nur mit einer Pflegekraft besetzt werden können, so dass die besondere Aufmerksamkeit auf einzelne Patientinnen und Patienten, die nicht die Station verlassen sollten, um sich nicht stark zu gefährden, nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Dann aber kommt es zu einer Schließung der Station, mit allen negativen Folgen der Eskalation des »Einsperrens« einer größeren Zahl von Menschen auf engem Raum. Die Frage der Einhaltung einer Strukturqualität, wie sie bislang noch durch die Psychiatrie-Personalverordnung gegeben ist, ist also von elementarem Interesse für den menschenwürdigen Umgang mit Patientinnen und Patienten, gerade dann, wenn diese sich ihr Behandlungssetting nicht frei aussuchen konnten.

Eine effiziente Psychiatrie erfordert flexible Synergien zwischen ambulanten und stationären Strukturen

Ein weiteres wesentliches Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) war es, eine zeitgemäße Versorgung psychisch kranker Menschen bezogen auf ihr Lebensumfeld und im Lebensumfeld zu ermöglichen (§ 17 d KHG Abs. 1 KHG i. V. m. § 118 SGB V). Besonders wichtig ist hier die Erkenntnis, dass eine Behandlung mit mobilen Teams vor Ort die Zufriedenheit und Behandlungsakzeptanz der Patientinnen und Patienten steigert und zu einer Reduktion von stationären Behandlungstagen und Zwangsmaßnahmen führen kann (MARSHALL und LOCKWOOD, 2000; MALONE et al., 2007; GÜHNE et al., 2011; MURPHY et al., 2012). Die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« empfiehlt den Aufbau multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams, welche Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln (Empfehlungsgrad A bei Evidenzebene Ia; RIEDEL-HELLER et al., 2012). Allerdings ist die Versorgungsrealität in Deutschland noch immer von Anreizen geprägt, die stationäre Behandlungen begünstigen und ambulante oder flexible Angebote entmutigen. Dies äußert sich in hohen Differenzen zwischen den Vergütungsstufen: Ein Tag Krankenhaus kostet i. d. R. so viel wie eine Quartalbehandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz, was wiederum oft vier- bis fünfmal so viel kostet wie die entsprechende Behandlung beim niedergelassenen Facharzt.

In den letzten Jahren wurden im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung Konzepte entwickelt, die die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung reduzieren und eine Verlagerung der Behandlung ins häusliche Umfeld ermöglichen konnten (LAMBERT et al., 2010). In Berlin konnte dies z. B. durch den Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V. (www.psychiatrie-in-berlin.de) und das NetzWerk Psychische Gesundheit (nwp.g.pinel-online.de) erprobt werden. Darüber hinaus werden seit 2014 flexible, stationärsersetzende Versorgungsformen im Rahmen von Modellprojekten entwickelt (§ 64 b SGB V). Der Ausbau des ambulanten Spektrums reicht dabei von präventiven, niederschweligen

Behandlungskontakten über hochfrequente multiprofessionelle Interventionen zur Krisenbewältigung in den Räumlichkeiten der Klinik bis zur stationersetzenden, aufsuchenden Behandlung im häuslichen Umfeld bei schweren Krankheitsepisoden. Eine solche flexible Behandlung kann sich besser an den Bedürfnissen der Betroffenen nach Kontinuität in personeller und konzeptueller Hinsicht und nach individualisierter Planung ausrichten. Eine gewachsene Behandlungsbeziehung trägt wesentlich zur längerfristigen psychischen Stabilisierung bei. Entscheidend ist dabei die Einbeziehung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und des ambulanten Netzwerks. Die enge Kooperation der ambulanten Behandlerinnen und Behandler mit den stationären, teilstationären und stationersetzenden Krankenhausstrukturen, der psychiatrischen Institutsambulanz und (möglichst auch) weiteren Bereichen des Versorgungssystems wie der ambulanten Pflege, ambulanter Ergotherapie, niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten sowie mit Sozialleistungen, die beispielsweise aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) heraus finanzierbar sind, kann durch moderne integrative Behandlungskonzepte gewährleistet werden. Gerade für multimorbide, schwerkranke Patientinnen und Patienten, die beispielsweise an einer schizophrenen Psychose sowie einer komorbiden Drogenabhängigkeit leiden und zudem traumatisierende Lebenserfahrungen haben, ist die Kontinuität solcher multiprofessioneller Netzwerke besonders wichtig. Gleichzeitig ist es möglich und denkbar, dass andere Behandlungsbedürfnisse anderer Patientinnen und Patienten, beispielsweise nach hochintensiver spezialisierter Psychotherapie, eine solche, sehr enge Anbindung an das direkte Lebensumfeld nicht in gleicher Weise voraussetzen. Entsprechend flexibel muss ein Versorgungssystem gestaltbar sein.

Problematisch ist, dass die gegenwärtige Konzeption des PEPP diesen Bedarf in keiner Weise abbildet und im Gegenteil trotz schlüssiger internationaler Evidenz, die die Effektivität flexibler Behandlungssettings belegt (MARSHALL und LOCKWOOD, 2000), bisher weitgehend an der tradierten finanziellen Anreizgebung zur krankenhauszentrierten Behandlung festhält. Damit werden die im KHG rechtlich festgesetzten Ziele nicht erfüllt.

Zusammenfassung: Die PsychPV als notwendiger Sicherheitsgurt zur Qualitätssicherung im PEPP

Die derzeitige Diskussion um die PsychPV erinnert an die Fahrt in einem Kraftwagen auf der Autobahn, der auf einen Unfall zurast und dessen Insassen darüber diskutieren, ob die Sicherheitsgurte abzulegen seien, da sie veraltet sind und ohne zusätzliche Airbags, die dem Auto leider fehlen, nur begrenzt Schutz bieten. Tatsächlich ist die PsychPV mit solchen Sicherheitsgurten vergleichbar, die dem Qualitätsstandard vor mehreren Jahrzehnten entsprechen. In der Psychiatrie-Personalverordnung fehlen konkret Stundenkontingente für psychotherapeutische Verfahren, deren Einsatz mittlerweile zur Routine in psychiatrischen Krankenhäusern geworden ist und zu Recht von Patientinnen und Patienten eingefordert wird. Auch

Studien und die Meta-Analysen belegen den Nutzen beispielsweise therapeutischer Interventionen auch bei schweren Psychosen oder die Bedeutung des Einsatzes eines multiprofessionellen Teams bei Suchterkrankungen (GEYER, 2006; JONES, CORMAC, SILVEIRA DA MOTA NETO, & CAMPBELL, 2010; Project MATCH Research Group, 1998). In dieser Hinsicht ist die Psychiatrie-Personalverordnung also dringend zu überarbeiten. Das große Problem der derzeitigen Diskussion ist aber, dass »Airbags« fehlen, d. h. dass überhaupt kein Ersatz in Aussicht ist. Es wurde argumentiert, dass mit dem derzeitigen PEPP-System eine solche Personal-Mindestanforderung nicht zu vereinbaren sei, da sie nicht leistungsbezogen als Strukturqualität vorzuhalten wäre. Dieses Argument kann aber nicht überzeugen: Auch im DRG-System ist es ja durchaus möglich, Mindeststrukturvoraussetzungen einzufordern, beispielsweise was die Hygiene in einem Operationssaal betrifft oder die Qualität der Sterilisation der Instrumente. Was als Strukturqualität hier im Bereich operativer Fächer notwendig ist, entspricht aufgrund der großen Bedeutung persönlicher Interaktionen dem Personalschlüssel in der Psychiatrie und Psychotherapie. Besonders wichtig ist dies in den o. g. Bereichen einer Behandlung gegen den aktuell geäußerten Willen von Patientinnen und Patienten, denn hier kann bei akut im Tagesverlauf gestiegener Zahl der Notaufnahmen nicht kurzfristig zusätzlich qualifiziertes Personal flexibel eingestellt werden. Stattdessen muss jeder Patient und jede Patientin, die beispielsweise nachts gegen ihren Willen in eine zur regionalen Aufnahme verpflichtete Klinik eingewiesen wird, sich darauf verlassen können, dass die zur Deeskalation notwendigen multiprofessionellen Mitarbeitenden vor Ort bereits anwesend sind. Das heißt, dass Vorhaltekosten entstehen, die sich nicht aus einer einzelfallbezogenen Abrechnung gemittelt über das Jahr ergeben. Menschenrechte können nicht prozentual umgesetzt werden, sondern ganz oder gar nicht!

Das für Deeskalationsmaßnahmen notwendige multiprofessionelle Team, das entsprechend der Vorgaben des aktuell gültigen Betreuungsrechts (§ 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zur Deeskalation beitragen muss, bevor Zwangsmaßnahmen überhaupt in Betracht kommen, muss also jederzeit verfügbar sein. Kommen in einer Nacht vier Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen zur Notaufnahme, in einer zweiten Nacht kein einziger, dann nützt es den vier Betroffenen nicht, dass im Durchschnitt gerechnet an beiden Nächten genug Personal vorhanden gewesen wäre, um zwei Personen angemessen deeskalierend therapeutisch zu begleiten, während aufgrund der akuten Überforderung in der Aufnahmenacht mit den vier Patientinnen und Patienten und der mangelnden Kapazität für deeskalierende Gespräche relativ früh zu Zwangsmaßnahmen gegriffen werden »musste«. Aus den Jahrzehnten, in denen die Psychiatrie-Personalverordnung gültig war, ergeben sich gute Anhaltspunkte dafür, welche Personalzahlen für solche Deeskalationen notwendig sind. Denn die bestehenden Modelle mit Öffnung psychiatrischer Stationen und weitgehender Reduktion von Zwangsbehandlungen (LANG & HEINZ, 2010; LANG et al., 2010) wurden mit dem Personalschlüssel der Psychiatrie-Personalverordnung durchgeführt. Es gibt auch aus der klinischen Erfahrung hier wichtige Kennzahlen, wie z. B. die Notwendigkeit, für 16–20 Patienten ca. zwei Nachtwachen vorzuhalten,

die auf einer Akutstation gleichzeitig Dienst tun. Solche über längere Zeit etablierten und klinisch gut validierten Strukturkennzeichen können in eine Aktualisierung der Psychiatrie-Personalverordnung eingebracht werden. Fällt die Psychiatrie-Personalverordnung aber weg oder wird sie zu einer reinen Empfehlung, sind die strukturellen Voraussetzungen für eine an den Menschenrechten der Betroffenen orientierte psychiatrische Therapie bedroht.

Ein wesentliches, hier nur kurz anzureißendes Problem ist die Frage der Querfinanzierung, d. h. des flexiblen Deckungsbeitrages, der im Rahmen der von den Kassen gewährleisteten Vergütung psychiatrischer Behandlungsleistungen vom jeweiligen Krankenhaus erhoben wird, um die durchaus notwendigen Kosten für den Neubau von Behandlungsbereichen oder für die Finanzierung defizitärer, aber ebenfalls notwendiger Abteilungen zu erstatten. Bei Wegfall der Psych-PV kann dieser Deckungsbeitrag auf Kosten der Personalauslastung und der Deeskalation erhöht werden. Dies ist auch deshalb besonders bedrohlich, weil die kurzfristige Ergebnisqualität einer unter hohem Personalaufwand deeskalierend betriebenen Behandlungsstrategie versus einer mit wenig Personalaufwand und hohem Ausmaß an Zwangsmaßnahmen erfolgten Applikation beispielsweise eines Neuroleptikums bei akut psychotischen Patienten vordergründig nicht signifikant voneinander abweichen muss: Die personenzentrierte, auf Interaktion setzende therapeutische Gesprächssituation kann eine akute psychotische Aggressivität ebenso reduzieren wie ein gegen den Willen der betroffenen Person verabreichtes Neuroleptikum, letzteres aber um den Preis der fehlenden Konsensbildung, einer möglichen Traumatisierung der betroffenen Patientinnen und Patienten und im Widerspruch zum Geist der UN-Behindertenrechtskonvention wie der Grundsatzurteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs, die zur Neugestaltung des Betreuungsrechts geführt haben (zur Übersicht über diese Urteile siehe MÜLLER et al. 2012 a und b). Demgegenüber ist zu betonen: Die rechtliche Grundlage für das neue Entgeltsystem wird in § 17 d Abs.1 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) formuliert. Hier wird festgesetzt, dass ein selbstständiges, durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf Grundlage der Psych-PV einzuführen ist. Hier verfehlt das InEK mit dem PEPP-Entgeltsystem im Wesentlichen die gesetzlichen Vorgaben. Nicht wie in der somatischen Medizin ist die Leistungserbringung von einer Diagnose bestimmt, sondern von menschenrechtlichen Vorgaben und psychotherapeutischen Anforderungen.

Für das Versorgungssystem für psychisch Kranke gilt also, was für jede Kette gilt: Sie ist so stark wie ihr schwächstes Glied, d. h. dass die besonderen Schutzbedürfnisse psychisch kranker Patientinnen und Patienten mit zumindest zeitweiliger, krankheitsbedingter Minderung ihrer Einsichtsfähigkeit berücksichtigt werden müssen. Sie müssen sich darauf verlassen können, dass eine humanitären Idealen verpflichtete Gesellschaft auch die notwendigen Ressourcen für eine menschenwürdige Behandlung zur Verfügung stellt! In diesem Sinne setzt sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE für eine Überarbeitung der Psychiatrie-Personalverordnung ein, besteht aber darauf, dass hier rechtsverbindliche und erstattungspflichtige

Mindestvoraussetzungen definiert werden, die gerade die Schwächsten unserer Gesellschaft, d. h. Menschen, die kurz- oder langfristig durch ihre psychischen Erkrankungen in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind und gesetzlich geregelten Zwangsmaßnahmen unterworfen werden, in besonderer Weise geschützt werden. Alles andere würde einen Rückschritt hinter 40 Jahre Psychiatriereform bedeuten, zurück zur »Verwahrspsychiatrie« führen und wäre weder mit internationalen Verpflichtungen zur Einhaltung der Menschenrechte i. S. der UN-Behindertenrechtskonvention noch mit den Idealen einer demokratischen Gesellschaft vereinbar.

Literatur

- ADERHOLD, V. et al. (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- ALANEN, Y. (2001): Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007): Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-verlag.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bundesgesetzblatt (2009): Bekanntmachung über das Inkrafttreten des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt Teil II, 818.
- COLDWELL, C. M./BENDER, W. S. (2007): The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 64(3): 393–399.
- DAVIDSON, I. (2003): Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: University Press.
- DGPPN (2012): S3-Leitlinien »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«. ISBN 978-3-642-30269-5 ISBN 978-3-642-30270-1 (eBook). Springer-Verlag.
- DGPPN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. http://dgppn-new.globit.com/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2014/2014-09-23_DGPPN_Stellungnahme_TF_Ethik_final.pdf.
- FLÜCKINGER, C./DEL RE, A. C./WAMPOLD, B. E./SYMONDS, D. (2011): How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1): 10–17.
- GASSMANN, D./GRAWE, K. (2006): General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13: I–II.
- GRAWE, K./GRAWE-GERBER, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44: 63–73.
- GEYER, D. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 52, 8.
- GRANT, V. J./BRISCOE, J. (2002): Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *Journal of Medical Ethics*, 28(3), 173–176.
- GRAWE, K. (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag.
- GRAWE, K. (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4–11.

- GÜHNE, U./WEINMANN S./ARNOLD, K./ATAV E.-S./BECKER, S./RIEDEL-HELLER, S. (2011): Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 2011; 38: 114–122.
- HEINZ, A.J./BECK, A./MEYER-LINDENBERG, A./STERZER, P./HEINZ, A. (2011): Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 400–413.
- HEINZ, A./DESERNO, L./REININGHAUS, U. (2013): Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*, 12, 187–197.
- ILKIWI-LAVALLE, O. (2003): Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services*, 54(3): 389–393.
- JONES, C./CORMAC, I./SILVEIRA DA MOTA NETO, J.I./CAMPBELL, C. (2010): Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.
- LAMBERT, M./BOCK, T./SCHOTTLE, D./GOLKS, D./MEISTER, K./RIETSCHEL, L./BUSSOPULOS, A., FRIELING, M./SCHODLBAUER, M./BURLON, M./HUBER, C. G./OHM, G./PAKRASI, M./CHIRAZI-STARK, M. S., NABER, D./SCHIMMELMANN, B.G. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1313–1323.
- LANG, U.E./HEINZ, A. (2010): Wie viel kostet eine offene Akutpsychiatrie? *Psychiatrische Praxis*, 37, 411–412.
- LANG, U.E./HARTMANN, S./SCHULZ-HARTMANN, S./GUDLOWSKI, Y./RICKEN, R./MUNK, I./VON HAEBLER/D., GALLINAT, J./HEINZ, A. (2010): Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *European Journal of Psychiatry*, 24(4): 199–204.
- LANG, U.E. (2013): Innovative Psychiatrie mit offenen Türen – Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin Heidelberg: Springer Medizin. Retrieved from <http://www.springer.com/medicine/psychiatry/book/978-3-642-32029-3>.
- LAIHO, T./KATTAINEN, E./ASTEDT-KURKI, P./PUTKONEN, H./LINDBERG, N./KYLMA, J. (2013): Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9): 830–839.
- LIBERMAN, R.P./HILTY, D.M./DRAKE, R.E./TSANG, H.W.H. (2001): Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10): 1331–1342.
- MAHLER, L./JARCHOV-JADI, I./MONTAG, C./GALLINAT, J. (2014): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext (1. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- MAHLER, L. (2014): Patientenorientierte Strukturen auf Station schaffen. *Psychosoziale Umschau* 012014/ *Psychiatrische Praxis & Soziale Arbeit*.
- MALONE, D./NEWRON-HOWES, G./SIMMONDS, S./MARRIOT, S./TYRER, P. (2007): Community mental health teams (CMHT) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3): CD000270.
- MARSHALL, M./LOCKWOOD, A.(2000): Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD001089.
- MÜLLER, S./WALTER, H./KUNZE, H./ KONRAD, N./HEINZ, A. (2012 a): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlung von einwilligungsunfähigen Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 83: 1142–1149.
- MÜLLER, S./WALTER, H./KUNZE, H./ KONRAD, N./HEINZ, A. (2012 a): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis – Vorschläge zur Verbesserung. *Der Nervenarzt*, 83: 1150–1155.
- MURPHY, S./IRVING, C. B./ADAMS, C. E./DRIVER, R. (2012): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 16;5:CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub4.

- NEEDHAM, I. (2008): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Hg.: Aberdhalten C, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan. IBICURA, Unterostendorf 2008, ISBN978-3-9810873-7-6: S.177.
- ONKEN, S. J./RIDGWAY, P. DORNAN, D. H.: RALPH, R. O. (2002): Mental health recovery: What helps and what hinders? National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, Washington, D. C.
- Project MATCH Research Group (1998): Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- RESNICK, S. G., FONTANA, A., LEHMAN, A. F., & ROSENHECK, R. A. (2005): An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119–128.
- RIEDEL-HELLER, S. G./GÜHNE, U./WEINMANN, S./ARNOLD, K./AY, E. S./BECKER, T. (2012): Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 83, 847–854.
- RYAN, C./NIELSEN, O./PATON, M./LARGE, M. (2010): Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australasian Psychiatry*, 18(5), 398–403.
- WAMPOLD, B. E. (2010): The research evidence for common factors models: a historically situated perspective. In DUNCAN, B. L./MILLER, S. D./ WAMPOLD, B. E./HUBBLE, M. A. (Eds.): *The heart and soul of change* (2nd ed.) (S. 49–81): Washington, DC: APA.
- WEINMANN, S./GÜHNE, U./KOSTERS, M./GAEBEL, W./BECKER, T. (2012): Teambasierte Gemeindepsychiatrie. *Der Nervenarzt*, 83: 825–831.
- YANOS, P. T./ROE, D./LYSAKER, P. H. (2010): The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 13, 73–93.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2013): Stellungnahme: Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (26), A 1334–A1338.

Verhandeln statt behandeln?

Margret Osterfeld

Was haben Enquete und Reform gebracht? Der kritische Rahmen

Eine alte Schlagzeile aus den Zeiten der Psychiatriereform wurde mir zum Thema gemacht. Wichtig ist mir das Fragezeichen, das beim Druck des Einladungsflyers wohl vergessen wurde. Geladen bin ich – und ich danke dafür – weil ich vor 15 Jahren selbst zur Psychiatriepatientin wurde. Heute bin ich fast dankbar für diese Erfahrung, wäre ich doch andernfalls zu einer durchschnittsfrustrierten Durchschnittspsychiaterin geworden. In nur fünf Wochen erlebte ich damals vier Angriffe auf meine Selbstbestimmung, abwechselnd nach Psych-KG und Betreuungsrecht (BtG). So sollte lediglich eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, um mich zu einer Medikation ohne Aufklärung und Zustimmung zu zwingen, Gefährdungssituationen lagen nicht vor. Diese Erfahrung ließ mich neu über mein Fachgebiet nachdenken. Das Medikament, das eine Frau Professor mir damals aufnötigen wollte (Gabapentin) ist bis heute für psychiatrische Indikationen nicht zugelassen, wahrscheinlich ist, dass Frau Professor an einer pharmagesponserten Studie beteiligt war, d.h. eine Extrazahlung bekam für jede Patientin, die sie in die Studie einschloss. So schnell wird man in der Psychiatrie zum Versuchskaninchen, auch heute noch. Doch um Psychopharmaka soll es heute nicht gehen. Deutlich sagen möchte ich allerdings noch in der Einleitung: Hätte ich diese Patientenerfahrung gemacht bevor ich 25 Jahre alt wurde – das war zur Zeit der Psychiatrie-Enquete – dann wäre ich heute sicher eine sogenannte chronische Patientin, untergebracht in einem Heim und mit reichlich Psychopharmaka versehen.

In mehr als 40 Jahren ist das Schlagwort »ambulant vor stationär« nicht Wirklichkeit geworden. Niedergelassene Psychiater betreiben eine Fünf-Minuten-Medizin, erfolgreich wehren sie sich gegen die Teilnahme am ärztlichen Notdienst, Haus- oder Heimbesuche kommen in ihrem Berufsalltag viel zu selten vor. Das mag ein Ergebnis der gekammerten ärztlichen Selbstverwaltung sein, patientenfreundlich ist es nicht. Eine »Schnittstelle,« die sicher Teilhabe daran hat, dass der psychiatrische Berufsstand gut verdient und dass Menschen mit chronischen Diagnosen zwischen Klinik und Tagesstätte, Heim und Werkstatt für Behinderte (WfB) hin und her geschoben werden. Sie sind die Schnipsel, deren Stimme nur selten in Beiräten, kaum im Qualitätsmanagement und viel zu selten in der Politik gehört werden. Gleichzeitig sind sie die »Kunden« in diesem Psychiatriesystem. Haben sie nichts zu sagen? Kunden haben auch Rechte, da sind wir uns alle einig. Gebeten wurde ich, hier die Betroffenenperspektive zu verdeutlichen, so möge man mir verzeihen, wenn meine Worte für meine Kollegen scharf klingen. Systeme kann man nur verändern und fortentwickeln, wenn ihre Reibungsverluste auch benannt werden.

Warum wir in Deutschland bezogen auf die Bevölkerungszahl so viel mehr psychiatrische Krankenhausbetten brauchen als anderen EU-Staaten, bleibt ein Rätsel.

Ist es etwa so, dass so viel mehr Deutsche so schwer psychisch krank werden, dass sie ein Klinikbett brauchen? Sind sie gefährlicher oder verrückter?

Tatsache ist, nach all meinem Wissen, dass es keine wissenschaftliche Erklärung für die vielen teuren Krankenhausbetten gibt. Nach zwei Jahrzehnten Tätigkeit in einer der größten psychiatrischen Kliniken stelle ich allerdings fest, es sind die Kliniken und ihre habilitierten Chefärzte, die die Steuerungsfunktion in der Psychiatrielandschaft behalten haben und weiter behalten wollen. Bis zu zwanzig Prozent ihrer Patienten, ihrer Kunden, bekommen sie ohne deren Zustimmung. »Unterbringung« heißt das, sei es nach BtG oder nach »Schutz- und Hilfgesetzen (Psych-KGs).« Wir Betroffenen haben im Jahr fünf nach Ratifizierung der UN-BRK nicht mehr die Erwartung, dass Kliniken oder psychiatrische Fachverbände ein Interesse daran haben, in den Dialog mit den Kunden zu treten um Zwang zu vermindern. Sie schmücken sich mit Qualitätszertifikaten aller Art, nutzen das Schlagwort dieses Vortragstitels in irgendeinem Leitbild, doch sie verteidigen ihre Vernunftlosigkeit gegenüber den »armen Kranken« und in der Praxis geht es nur noch darum, mit rascher hochdosierter Medikation »schwarze Zahlen« zu schreiben. Irgendwie ist die psychiatrische Versorgung zur Gewinnzone geworden für die Entscheidungsträger. Die seit dem Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen werden nur an wenigen klinischen Orten in die Alltagspraxis umgesetzt.

In zahllosen Aufsätzen spricht man von der »Schnittstellenproblematik« doch vierzig Jahre Psychiatriereform konnten nicht dazu beitragen, dass aus Schnittstellen solide Nahtstellen werden, die Genesungswege statt gesellschaftlicher Exklusion fördern. Im fünften Jahr nach der Ratifizierung der UN-BRK wird nicht diskutiert wie Inklusion bei psychischer Behinderung aussehen kann, sondern wo der Staat sparen kann in der »Versorgung« und wer an den psychisch Kranken, den chronisch psychisch Kranken, den psychisch Behinderten oder seelisch Beeinträchtigten wie viel Geld verdient. Es geschieht, dass sich ein Geschäftsführer eines psychosozialen Trägervereins ein Gehalt von 14 000 € genehmigt, während seine Kunden und Klienten von Hartz IV leben. Ist das noch soziale Marktwirtschaft oder schon marktkonforme Demokratie? Immerhin lässt sich der Presse entnehmen, dass diesem Verein der ambulanten psychiatrischen Versorgung die Gemeinnützigkeit entzogen wurde. Doch wie viele Menschen mit psychiatrischen Diagnosen finden den Weg zurück ins Erwerbsleben, wie viele werden wegen der Diagnose aussortiert, arbeitslos und deshalb zu Hartz IV-Empfängern und Kunden des betreuten Wohnens?

Ich spreche dies so deutlich aus, weil wir hier auf dieser Tagung nicht nur über Reformbedarfe sprechen sollten. Wir müssen uns verdeutlichen, dass wir mitten in der zweiten Psychiatriereform leben; ohne eine Enquetekommission wird auf allen politischen und unternehmerischen Ebenen nach Einsparungsmöglichkeiten gesucht. Zwar wurde unter der noch jungen Bundesregierung die Einführung von PEPP um zwei Jahre hinausgeschoben, doch ein neues Bundesteilhabegesetz liegt in der Schublade und wird den SGB XII umkrempeln. Die berufspolitischen Verbände der ambulanten Versorgung, ob Dachverband oder DGSP, schließen sich schon

jetzt den Wohlfahrtsverbänden an und raten mehr oder weniger dringend davon ab, ein Teilhabegeld einzuführen. Das Spiel kennen wir Menschen mit psychischen Behinderungen schon seit 2008 mit dem persönlichen Budget nach SGB IX. Eine breite Umsetzung bei psychisch Kranken wurde und wird auf Träger- und Verwaltungsebene blockiert. Wie wird es diesmal laufen, die Verbände bringen sich schon in Position. Wenn auch SGB IX und XI umgekrempelt werden, Grundlagen des Schwerbehinderten- und des Pflegerechts, kann es leicht passieren, dass von den sozialen Ansprüchen der alten Enquetekommission wenig übrig bleibt. Doch immerhin gibt es inzwischen mehr Teilhabe von engagierten Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, ehrenamtlich natürlich, ohne Spesenerstattung für Hartz IV-Empfänger.

Politische, nicht nur therapeutische Beziehung – der Klinikalltag

Sie sehen, ich möchte nicht so sehr über die Qualität der therapeutischen Beziehung sprechen, sondern von der Qualität der politischen Beziehungen. Auch wir von F-Diagnosen Betroffene wollen politisch gehört und wahrgenommen werden, wie jeder Bürger. Wenn im Ausblick der Dokumentation der letzten APK-Jahrestagung vom »Erfolg der Lobbyarbeit für die Sache der psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger« (S. 302) gesprochen wird, dann darf ich fragen, ob es eine Betroffenenlobby gibt oder ob wir immer noch professionelle Fürsprecher brauchen, weil uns der Geist abgesprochen wird.

Seit einer Gesetzesänderung im Jahre 1999 zeigt das Psych-KG in NRW, dass politische Beteiligung auch von Menschen mit F-Diagnosen sinnvoll und möglich ist. Die Besuchskommission nach diesem Gesetz ist trialogisch besetzt: Neben einem Vertreter der Bezirksregierung, einem Juristen und dem psychiatrischen Sachverständigen, der das Protokoll schreibt, gehören ein Betroffenenvertreter und ein Angehörigenvertreter der Kommission an. Das hat zweifellos Qualitätssteigerungen in der Arbeit der Besuchskommissionen gebracht und es heißt, dass das Landesgesundheitsministerium unsere Beiblätter zum Protokoll mit großer Aufmerksamkeit liest. Doch um noch einmal auf die ehrenamts- und Spesenproblematik zurück zu kommen, der psychiatrische Sachverständige Protokollant erhält für seine Schreibearbeit ein Honorar von annähernd 300 €. Die diagnosebetroffenen Besuchskommissionsmitglieder müssen sich bestimmt nicht weniger Gedanken um Form und Inhalt ihrer Beiblätter machen, sie müssen selbst in ihrer Freizeit tippen und korrigieren und bekommen für all das keine Pauschale. Es wäre ein Leichtes, dies zu ändern um so der politischen Betroffenenarbeit mehr Würdigung zu verschaffen.

Einige Beispiele, was der Besuchskommission noch im Jahr 2014 in renommierten Kliniken begegnet, jedoch erst durch Beiblätter an das verantwortliche Ministerium herangetragen wird, sollen belegen, wie die Würdigung der Patientenrechte in der Praxis aussieht.

Nachdem ich im Frühjahr recht schockiert aus einer Uniklinik heimkehrte, bewies schon im Juli eine andere Uniklinik, dass die seit zwei Jahren dort vorgetragenen Kritiken der

Besuchskommission zu keinerlei Praxisänderung führte. Eine nachvollziehbare Dokumentation von Grund und Ziel gravierender Zwangsmaßnahmen gab es dort immer noch nicht. Eine junge Mutter mit einer postpartalen Psychose wurde unmittelbar nach der Verlegung aus der Gynäkologie für mehr als 24 Stunden voll fixiert. Das Fixierungsprotokoll ließ die Notwendigkeit der Fixierung für etwa drei Stunden vage erkennen, gelöst wurden die Riemen aber erst, als am nächsten Tag der Richter erschien. Dieser entschied, dass die Psych-KG Unterbringung nicht rechtens war. Verhandeln statt behandeln? Ist eine gewisse Erregung, wenn man kurz nach der Entbindung von seinem Kind getrennt und in eine andere Abteilung verlegt wird, nicht für jeden Menschen nachvollziehbar? Als Nichtjuristin darf ich feststellen, dass die Fixierungsmaßnahme wohl voreilig, unüberlegt und anscheinend auch unrechtmäßig war.

Im gleichen Haus wurde eine andere Patientin, mehr als siebzig Jahre alt, unter der Diagnose »Manie« mit Haldol behandelt. Dies ist nicht leitliniengerecht, obendrein steht das Präparat auf der Priscus-Liste, die für alle Ärzte einsehbar aufzeigt, welche Medikamente im Alter nicht angewendet werden sollen. Mit hängenden Augenlidern und nur spärlichen Bewegungen (als Hinweise auf eine mögliche Überdosierung) berichtete uns die Dame, dass sie mit der Behandlung nicht einverstanden sei. Ich fragte sie, ob die Ärzte mit ihr über Sinn und Ziel der Medikation gesprochen hätten. Sie verneinte klar. Die Oberärztin antwortete auf meine Frage, wo die Medikamentenaufklärung in der Patientenakte dokumentiert sei, nur schnippisch, die habe man nicht dokumentiert, man habe sie aber gemacht. Qualität der therapeutischen Beziehung? Ist das psychiatrische Beziehungsgestaltung zu einer alten Dame im 21. Jahrhundert? Menschenwürde, Freiheit und Gleichheit vor dem Gesetz treten zurück, sobald eine Behandlungsindikation gestellt ist?

Sie werden mir den eingangs erwähnten Begriff »Versuchskaninchen« nun verzeihen und nachvollziehen können, dass klinische Psychiatrie aus der Perspektive der Diagnosebetroffenen immer wieder als rechtsfreier Raum erlebt wird. Die universitäre Psychiatrie hat UN-BRK und Verfassungsgerichtsurteile bis heute nicht zur Kenntnis genommen oder versucht Auswirkungen der Konvention auf die psychiatrische Praxis zu vermeiden. Nachdem das Gesundheitsministerium NRW nun infolge der Verfassungsgerichtsurteile vorschreibt, dass alle Zwangsmedikationen nicht nur in der Patientenakte dokumentiert sondern auch statistisch erfasst werden müssen, zeichnet sich für uns Besuchskommissionsmitglieder bereits ab, dass Kliniken der Kommission lediglich richterlich genehmigte Zwangsmedikationen mitteilen wollen, richterlich abgelehnte Fälle werden weiterhin ebenso wenig erfasst, wie Behandlungen ohne Patientenzustimmung.

Die Qualität der *politischen* Beziehungen

Die Diagnosebetroffenen werden vom Gesundheitsministerium NRW in die Besuchskommission nach Psych-KG berufen. Es ist ein politisches Mandat. Erfolge hat die dialogische Besetzung durchaus gebracht. Dass in NRW die Videoüberwachung fixierter Psych-KG-Patienten inzwischen untersagt ist, ist dem Engagement politisch aktiver Diagnosebetroffener, aber auch dem europäischen Komitee zur

Prävention von Folter und menschenunwürdiger Behandlung (ill-treatment) zu verdanken. Einem jeglicher Bewegungsfähigkeit beraubten Menschen steht die menschliche Begleitung durch eine Sitzwache zu. Die letzte Änderung des Psych-KGs machte dies für NRW deutlich und die Besuchskommission kontrolliert die Umsetzung. Nicht erzählen möchte ich hier, mit welchen Begrifflichkeiten manche Klinikleiter dies immer noch beklagen. Doch hinweisen muss ich darauf, dass diese Klinikleiter ihre Kameras ohne zu zögern anwerfen, sobald ein betreuungsrechtlich untergebrachter Mensch fixiert werden muss. Bundesrecht vor Landesrecht? Unterschiedliche Rechtsstandards, unterschiedliche Berücksichtigung der Menschenrechte, je nach Rechtsgrundlage des Freiheitsentzugs? Kann dies sein in einer Psychiatrie des 21. Jahrhunderts? Kann dies sein vor dem Hintergrund, dass in der Bundesrepublik weit mehr Menschen aufgrund von psychiatrischen Sachverhalten die Freiheit entzogen wird, als wegen strafrechtlicher Verstöße gegen das Gesetz? Erfüllt die Bundesrepublik ihre Schutzpflicht auch für psychisch kranke Bürger, wenn sie für all die Menschen, die in Kliniken oder auch in Heimen nach BGB ihrer Freiheit beraubt werden, keinerlei Kontrollorgan wie die Besuchskommission nach Psych-KG vorhält?

Gleichzeitig erreichen mich immer wieder Gerüchte, dass die Arbeits- und Sozialministerkonferenz erneut nach Wegen sucht, die ambulante Zwangsbehandlung zu genehmigen. Auch dies kann eine Form von »ambulant vor stationär« werden. Doch damit begibt sich der Rechtsstaat in meinen Augen auf Treibsand. Die Enquete-Kommission hat dies sicher nicht gewollt. Bedenken Sie nur all die Klagen von Staat und Medien über die Überalterung der Gesellschaft. Sollen wir wirklich dahin kommen, dass jeder Mensch, dem einmal eine Demenz bescheinigt wurde – Demenz ist eine psychische Erkrankung wie Schizophrenie, Depression und Manie – nach ärztlichem Gutdünken zwangsmediziert wird? Natürlich würde dies der Gesundheitswirtschaft, weiteren Auftrieb verleihen. Doch in so einer Republik möchte ich nicht leben.

Der Mangel an politischen Beziehungen der akademischen Psychiatrie zu Diagnosebetroffenen, an dialogischem Austausch hat zu einer Situation geführt, die Salze 2014 auf einer Tagung so beschrieb: »Die psychiatrische Versorgungsrealität 2014 ist nach großen Entwicklungsschüben der 1970er und 1980er Jahre von Diversifizierung und Fragmentierung gekennzeichnet. (Sie) stagniert und leidet an Innovationsmangel seit den 1990er Jahren, hat ein Theoriedefizit und führt keine programmatische Debatte. (Sie) ist vom Paradigma der Schizophrenie geprägt und unflexibel hinsichtlich neuer Herausforderungen«.

Eine bittere Bilanz nach vierzig Jahren der Reform. Die Landschaft des Psychiatrierechts hat sich deutlich geändert seit Ratifizierung der UN-BRK. Im gleichen Jahr 2009 wurde das Patientenverfügungsgesetz verabschiedet; inzwischen gibt es auch ein Patientenrechtegesetz, doch trotzdem setzt die klinische Psychiatrie vorwiegend auf medikamentöse Behandlung ohne die schon seit dem 19. Jahrhundert verbindliche Aufklärung der Patienten über Sinn, Ziel und Gefahren der Medikation als Pflichtaufgabe zu begreifen. Heute wandeln Amtsgerichtsbezirke

Psych-KG-Unterbringungen unmittelbar in betreuungsrechtliche um, weil hier eine sicherere Rechtsgrundlage zur Zwangsmedikation besteht. Andernorts beharrt die Klinik lieber gleich auf dem Psych-KG, da man dann vor der Zwangsmedikation »nicht warten« müsse bis der Richter kommt. Die Zahlen, psychiatrisch begründeter Grundrechtseingriffe steigen seit Jahrzehnten, doch belastbare statistische Zahlen zur Häufigkeit von Unterbringung, Fixierung und Zwangsmedikation liefern weder die Kliniken noch die Amtsgerichtsbezirke. Im System psychiatrische Versorgung findet die UN-BRK nach wie vor kaum statt. Ist der Rechtsstaat gleichgültig gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen oder sind die Lobbystrukturen der Berufsverbände zu stark?

Beziehungsqualität in der Selbsthilfe und ihrer Organisationen

Ein nicht unerheblicher Teil des Publikums auf dieser Tagung sind Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, Das freut mich, doch es hilft wenig, die Beziehungen zwischen Professionellen, Politik und Betroffenen zu kritisieren ohne zu benennen, wie die Beziehungsgestaltung innerhalb der Selbsthilfe aussieht. Die organisierte psychiatrische Selbsthilfe gibt es seit zwanzig Jahren, sie wächst an Zahl und Bedeutung (vgl. z. B. APK-Tagungsdokumentation 2014, Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen). Der Bundesverband Psychiatrieerfahrener (BPE) hat, wie viele andere Verbände auch, seine Selbstfindungs- und Spaltungsgeschichte. Wer sich differenzierter mit der ethisch schwierigen Zwangsproblematik auseinandersetzt, läuft Gefahr aus dem BPE ausgeschlossen zu werden und es gelang diesem Verband bisher viel zu wenig, Selbsthilfe-Lobbyarbeit für die Sache aller psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger erfolgreich zu gestalten. Dass die politische Bedeutung der Selbsthilfe trotzdem wächst, lässt sich daran erkennen, dass immer mehr psychiatrische Berufsverbände auch diagnosebetroffene Menschen in ihre Vorstände berufen und sozialpsychiatrische Fachzeitschriften in ihre Redaktionen.

Viele psychiatrische Selbsthilfeformationen, die nicht die Linie des BPE vertreten und sich auch anderen psychiatrischen Diagnosen widmen, finden dagegen nach meinem Eindruck kaum politisches Gehör. Es gibt kaum einen Austausch zwischen namhaften Personen des Netzwerkes Stimmenhörer, der Borderline-Netzwerke, verschiedener Alzheimer-Gesellschaften, Depressionsnetzwerken und dem BPE. Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, die als dialogischer Fachverband 1.300 diagnosebetroffene Mitglieder und weitere 300 Angehörige als Mitglieder hat, scheint politisch unbedeutend zu sein; vom BPE-Vorstand wird sie als konkurrierende Organisation wahrgenommen. Der Alleinvertretungsanspruch des BPE für alle Menschen mit psychiatrischen Diagnosen führt in NRW zu der Auffassung, nur BPE-Mitglieder können von der Landesregierung in die Besuchskommission berufen werden. Hier wäre es natürlich wünschenswert, dass das zuständige Gesundheitsministerium im Rahmen des Inklusionsauftrags an andere Betroffenenverbände herantritt, um für die Besuchskommission Nachwuchs mit psychiatrischen Diagnosen zu gewinnen.

Der BPE vertritt heute nicht mehr bundesweit die Interessen psychisch kranker Menschen. Inzwischen sind der Landesverband Rheinland-Pfalz und auch andere Landesverbände erklärtermaßen nicht mehr Mitglied im BPE-Bundesverband. Doch nachdem bei dieser Tagung der Eindruck entsteht, dass mehr Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im Publikum sitzen, als Psychiater, ist der Umschwung vielleicht schon eingeläutet und man darf fragen, welche politische Bedeutung der BPE noch hat. Ich jedenfalls freue mich, dass es heute Abend nach dem Tagungsprogramm hier noch ein Treffen aller in der Selbsthilfe Engagierten geben wird und ich hoffe, dass sich so eine neue Plattform politischer Einflussnahme für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen jenseits von Verbandsrivalitäten entwickelt.

Was hat zu geschehen?

Wenden wir uns möglichen Wegen für die Zukunft zu. Gelobt habe ich die dialogische Besetzung der Besuchskommissionen in NRW. Viel mehr Dialog ist aber möglich in der Republik. Baden-Württemberg wird endlich ein Psych-KG bekommen, es sieht landesweit Beratungs- und Beschwerdestellen auf kommunaler Ebene vor, die ebenso wie die dortigen Besuchskommissionen dialogisch besetzt werden sollen. Wir dürfen hoffen und erwarten, dass die Experten aus Erfahrung mehr Gehör finden werden im Ländle. Vielleicht können wir auch beobachten, dass die Psychiatrie dort in Zukunft weniger Zwang anwendet als in der Vergangenheit und mehr auf Gespräch und Überzeugung setzt.

Doch auch bei diesem Gesetz liegt der Teufel im Detail. Länger als jeder andere Bürger, der gegen Gesetze verstößt, muss ein Psychiatriepatient in Baden-Württemberg warten, bevor ein Richter entscheidet, ob der psychiatrische Freiheitsentzug rechtmäßig ist. Das Monitoring durch die Besuchskommission, die staatliche Überprüfung, ob eine Klinik ihre Sonderrechte nicht überzieht und die Patientenrechte vernachlässigt, soll nur alle drei Jahre stattfinden. Auch wenn der Staat sein Gewaltmonopol auf Institutionen überträgt, bleibt er verantwortlich für die Kontrolle der Institution und den Schutz der Grund- und Menschenrechte seiner Bürger mit seelischen Beeinträchtigungen. Mir erscheint fragwürdig, dass eine erhebliche Grundrechtseinschränkung, nur weil sie psychiatrisch begründet ist, weniger Schutz des Rechtes genießt, als im Strafrecht. Es mag an der Zeit sein für eine neue Enquetekommission, zusammengesetzt aus Medizinethikern, Diagnosebetroffenen und ihren Angehörigen, Menschenrechtsjuristen und ein paar Psychiatern, um solche Probleme anzugehen. Vielleicht lassen sich so die Defizite der letzten zwei Jahrzehnte überwinden. Die Definitionsmacht allein den Psychiatern zu überlassen, hat sich nur wenig als zielführend erwiesen.

Begegnung und Gegnerschaft

Klaus Dörner

Als Ursula Plog und ich 1978 »Irren ist menschlich« schrieben, haben wir damit versucht, die damals noch neue Tagesklinik-Erfahrung theoretisch zu verdichten. So kamen wir auch auf die heute viel öfter gestellte Frage, ob psychische Störungen vielleicht nicht so sehr medizinische Krankheiten, sondern zwischenmenschliche Beziehungsstörungen sein könnten, an denen immer mehrere Menschen beteiligt sind.

Entscheidend dafür war unsere »Erfindung« der »Angehörigengruppen«, denn dann wären Beziehungen in der Psychiatrie nicht mehr privat-intime Zweierbeziehungen (Arzt-Patient-Beziehung), sondern sozial-verbindlichere, also trialogische Profi-Patient-Angehörigen-Beziehungen auf derselben Ebene, enthierarchisiert.

Dann könnte man nicht mehr sagen »Ich verstehe dich«, im Sinne von »Subjekt versteht Objekt«, sondern man müsste davon ausgehen, dass diese drei Figuren jeder psychiatrischen Situation sich zunächst fremde Andere sind, wo auch von Empathie zunächst nicht die Rede sein könnte. Vielmehr haben wir das Bild der Handwerkersprache zugrunde gelegt, wo jeder sich auf einen fremden Anderen versteht, wobei uns zusätzlich einfiel, dass in einer demokratischen Gesellschaft der Andere zunächst nur in seinen andersartigen Interessen und Bedürfnissen zu achten ist, woraus später vielleicht Freundschaftsbeziehungen werden können, aber v. a. garantiert ist, dass ich den Anderen als Gegenüber, als Gegner, in der Begegnung zu respektieren habe, eben damit er mir nie zum Feind werden kann, den ich ablehnen, vernichten oder mir aneignen kann. Dieser Grundsatz »In der Begegnung begegnen sich Gegner« ist das Fundament für die Grundhaltung jeder Beziehung, z. B. auch zwischen mir und meiner Frau. Davon hat uns zudem überzeugt, dass fast alle europäischen Sprachen ihrem Gegner-Begriff das harte Wort »contra« zugrunde legen.

Wir haben also in den 70er Jahren (noch mit dem Rückenwind der 68er Bewegung) ziemlich wild mit Beziehungen sprachlich experimentiert, wobei die meisten Neuerungen noch von uns Profis ausgingen, die wir damals noch allein den Hut aufhatten.

Aber ab den 80er Jahren begann der Prozess der Systematisierung und der Vernetzung der brauchbaren Neuerungen und erst seither kann man von den Beziehungen und deren Qualität in der neuen Hilfekultur sprechen.

Denn seit 1980 die Angehörigen und 1990 die psychische Kranken sich auf Bundesebene organisierten und letztere sich dank Dorothea Buck die »Psychiatrie-Erfahrenen« nannten, haben wir Profis nicht mehr allein den Hut auf, besteht das Hilfesystem aus Beziehungen, wobei zu den Angehörigen – insbesondere in Bezug auf die Inklusion der chronisch psychisch Kranken (also der Unheilbaren), noch die Nachbarn und letztlich alle Bürger eines Sozialraums im Sinne eines Wohnviertels hinzukommen.

So sind wir in Gütersloh bei der Integration sämtlicher 435 Langzeitpatienten/Unheilbaren eigentlich mit einem »Lehrsatz« ausgekommen: »Solange ich von Profis umzingelt bin, bin ich nicht integriert; daher können wir Profis zwar viel, wir können aber nicht andere Bürger in der Alltagsbegleitung nachhaltig integrieren: vielmehr können Bürger nur von anderen Bürgern integriert werden. Somit ist der Beziehungsunterschied zwischen Profihelfern und Bürgerhelfern nicht nur ein ökonomisch-quantitativer, sondern auch ein qualitativer.

Inzwischen besteht nicht nur das Hilfesystem aus den Beziehungen zwischen mehreren Personen oder Gruppen, sondern auch die psychischen Störungen selbst werden anthropologisch-philosophisch zunehmend als Beziehungsstörungen zwischen mehreren Menschen aufgefasst, was seit dem Buch von Thomas Fuchs »Das Gehirn als Beziehungsorgan« selbst neurobiologisch gilt. Psychiatrie ist also nicht mehr nur naturwissenschaftlich-medizinisch, sondern auch geisteswissenschaftlich-philosophisch fundiert – nämlich so, wie die Psychiatrie ursprünglich um 1800 entstanden ist.

Mit Blick auf unsere zukünftigen Aufgaben sind wir daher mit der Annahme gut beraten, das wir uns in einem Epochenbruch befinden, von der 150-jährigen Industrie-Epoche zu einer noch nicht benennbaren sozial-ökologischen (Dienstleistungs-) Epoche.

Fortschritt würde dann erstens nicht mehr – wie bisher – Institutionalisierung der chronisch psychisch Kranken und behinderten Menschen bedeuten, sondern Deinstitutionalisierung und Inklusion (immerhin haben wir in den 70er Jahren noch die Formulierung gewagt, dass der biologischen NS-Euthanasie die soziale Euthanasie der psychiatrischen Ausgrenzung vorangehen müsse.)

Fortschritt wäre zweitens nicht mehr, psychische Störungen einseitig nach dem medizinischen Defizit-Modell nur als Krankheit, die immer nur ein isoliertes Individuum betrifft, aufzufassen, sondern sie ist mehr ganzheitlich als philosophisch-anthropologisches Ausdruckspotenzial der zwischenmenschlichen Beziehungen wahrzunehmen, wie die Psychiatrie noch ihren Beginn formuliert hatte (z. B. Kant).

Und drittens wäre Fortschritt nicht mehr – wie bisher – die möglichst vollständige Professionalisierung des körperlichen, psychischen und sozialen Helfens, sondern die einzig zukunftsfähige Mischung aus Profihelfern, Bürgerhelfern und Selbsthelfern; denn dann wären Psychiatrie-Erfahrene nicht mehr »Objekte medizinischer Behandlung«, sondern »Subjekte gemeinsamen trialogischen Handelns«; und dem praktischen Handeln wäre organisatorisch ein Sozialraumbudget zugrunde zu legen – mit einem größeren Personal-Budget für uns Profihelfer, aber auch einem kleineren Personal-Budget für Bürger- und Selbsthelfer, was sich heute immerhin schon andeutet.

Genau auf diesen Weg haben wir uns in den letzten zehn Jahren (nach England, Skandinavien und den Niederlanden) mit den Peer-Beratern und den ExIn-Genesungshelfern bereits gemacht, worin z. B. die psychiatrische Klinik Bremerhaven zurzeit Tabellenführer ist, wo zu jedem Stationsteam auch ein fortgebildeter Psychiatrie-Erfahrener (ein ExIn-ler) gehört und nach Pflegehelfer-Tarif bezahlt

wird. Es ist m. E. von hoher symbolischer und zukunftssträchtiger Bedeutung, dass der historische Durchbruch in dieser Richtung ausgerechnet bei der Schicksalsfrage zustande kam, ob auch die Zwangssterilisierten und Euthanasie-Mordopfer als Nazi-Verfolgte Anerkennung und ggf. Entschädigungen erhalten sollten. Denn über viele Jahrzehnte waren gerade wir Profis entweder dagegen oder konnten uns als Befürwortungsminderheit nicht durchsetzen. Als aber 1987 Klara Nowak und Dorothea Buck den »Bund der Zwangssterilisierten und Euthanasie-Geschädigten« bundesweit gründeten, die Betroffenen also erstmals mit eigener Stimme sich für ihre Belange einsetzen konnten, dauerte es nur einige Monate, bis in den zuständigen Bundestagsausschüssen sowohl die Anerkennung als auch die Entschädigung – wenn auch nur 2. Klasse – durchgesetzt war! Inzwischen hat sich in vielen weiteren Belangen dieser Grundsatz durchgesetzt, dass Sprache besser als Fürsprache ist.

Zum Schluss noch ein paar Perspektiven für die praktische Beziehungskultivierung, mit der wir zugleich das Feld bestellen, um uns langfristig der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und der Inklusion zu nähern:

1. Die Niederlande planen für 2015 einen Kongress mit dem Titel: »Machtwechsel in der Psychiatrie« – die Psychiatrie-Erfahrenen an die Macht.«
2. Nur durch meine eigene Profihelferrollenperspektive denke ich, dass ich mich gut in den Dienst der Inklusion stellen kann, wenn ich nicht – wie bisher – alle Hilfen selber leiste, sondern meine Zeit nutze, um Bürger in Nachbarn zu verwandeln und sie bei ihrem heute größeren »Helfensbedürfnis« zu begleiten.
3. Im Übrigen halte ich mich gern an meinen philosophischen Lehrer und Rabbi Emmanuel Levinas, für den Beziehungen stets vom Anderen und »Letzten« her zu denken sind und
4. leiste ich als Profi nur das, was nur ich »leisten« kann. Damit aber mein Leisten nicht zur Machtfrage entartet, ist sie in eine für alle tragfähige Beziehung einzubetten, was mir jedoch nur möglich ist, wenn ich dem Anderen und damit unserer Beziehung »diene«. Damit bekommt aber der heutige Begriff einer »Dienst-leistungs-epoche« einen schon halbwegs vernünftigen Sinn, der es hier sogar erlaubt, von der »guten Qualität« einer Beziehung zu sprechen.

-Qualitätssteuerung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

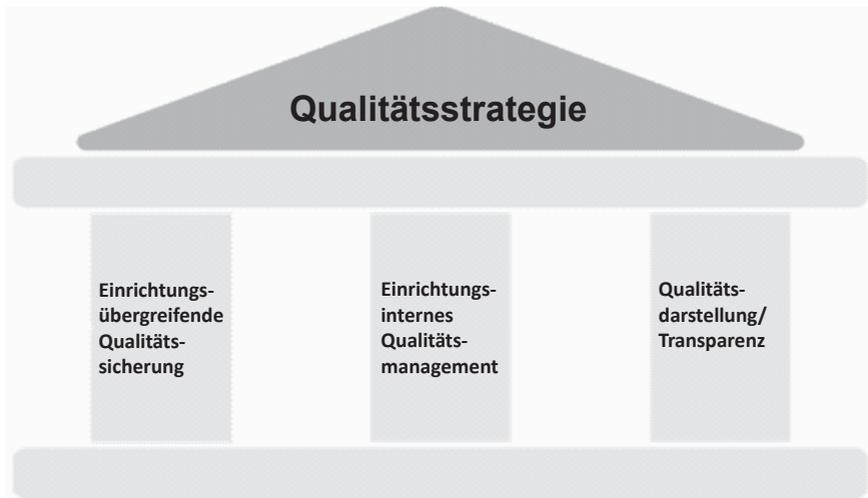
Klaus Kirschner

Vorbemerkung: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts. Er wird von den vier großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen gebildet: KBV, KZBV, DKG und GKV-SpiV. Patientenvertreter/-innen sind antrags- jedoch nicht stimmberechtigt an allen Beratungen beteiligt.

Am 1.1.2004 wurde der G-BA durch Gesetz errichtet. Vorgänger waren die früheren Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus sowie der Koordinierungsausschuss. Die dritte Amtsperiode begann am 1.7.2012.

Rechtsgrundlage des G-BA ist das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Neben den Aufgaben und Kompetenzen des G-BA, der Bestellung der Mitglieder, der Patientenbeteiligung, der Einbeziehung Dritter hat der Gesetzgeber auch die Rahmenvorgaben zu den Strukturen und der Arbeitsweise festgelegt. In seiner Geschäfts- und Verfahrensordnung – beide stehen unter dem Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) - bestimmt der G-BA die näheren Details der gesetzlichen Regelungen. Der G-BA steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). (Quelle: Homepage des G-BA).

Qualitätssicherung durch den G-BA



Aktueller Sachstand

QS/QM-Maßnahmen des G-BA – Gesamt-Tableau

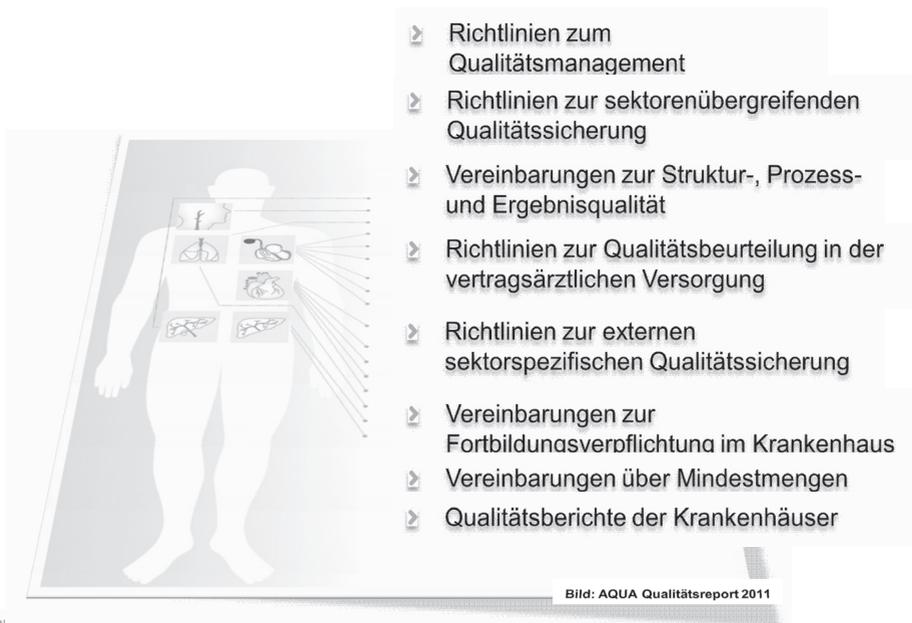


Abb. 2

Sektor spezifische QS-/ QM-Maßnahmen

Stationäre Regelungen und Instrumente

Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (externe stationäre QS)

- Vollerhebung
- Verpflichtende Teilnahme aller Krankenhäuser
- Verpflichtung zur öffentlichen Berichterstattung (Qualitätsbericht der Krankenhäuser), ab 2013 jährlich

Qualitätsmanagement-Vereinbarung für Krankenhäuser:

- Verpflichtung zur Einführung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement (de facto: Zertifizierungswildwuchs!)

Vertragsärztliche Regelungen und Instrumente (Auszug):

Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

- Verpflichtung zur Einführung von einrichtungseinem QM
- Jährliche Berichterstattung über den Stand der Einführung durch die KVen und KBV seit 2008 (Berichtsjahr)
- Auf Basis 2,5 %-Stichprobe

Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung:

- Qualitätssicherung der KVen, Vertreter der Krankenkassen, ggf. Beobachter des G-BA
- Jährliche Stichprobenprüfung (4 %)
- Seit 2008
- Auf Basis von Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien

Aktueller Sachstand – Externe stationäre Qualitätssicherung

Neu für Erfassungsjahr 2013 (Auszug)

- Änderung in folgenden Leistungsbereichen:
- Gynäkologische OP: Aussetzung der Erhebungen zur Hysterektomie
- Dekubitusprophylaxe
- Transplantationsmedizin
 - Anhebung der Dokumentationsrate auf 100 %
 - Anhebung der Sanktionen für nichtdokumentierte Datensätze von € 150 auf € 2.500

Derzeitige Entwicklungsaufträge

- Weiterentwicklung Knie- und Hüft-Endoprothesenversorgung
- Migrationskonzept/stationäres Follow-Up auf Routinedatenbasis
- Weiterentwicklung der drei Herzschrittmacher-Leistungsbereiche
- Stationäres Follow-Up auf Routinedatenbasis
- Weiterentwicklung Cholezystektomie
- Stationäres Follow-Up auf Routinedatenbasis

Sektorenübergreifende QS-Verfahren Status quo

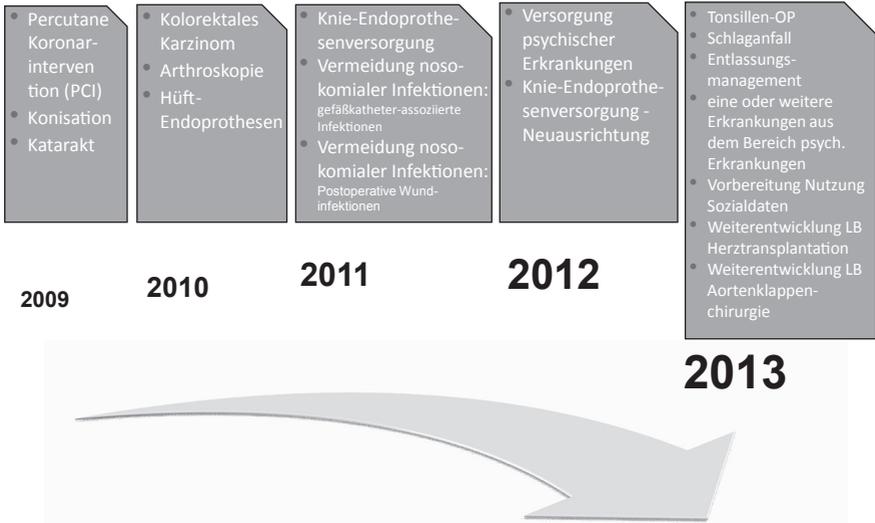


Abb. 3

Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD:

... Wir werden *gesetzlich ein Institut* begründen, das dauerhaft und unabhängig die *Qualität der ambulanten und stationären Versorgung* ermittelt und dem *Gemeinsamen Bundesausschuss* Entscheidungsgrundlagen liefert. ...

Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG):

Der Gesetzgeber hat mit dem neugefassten §139 a SGB V den G-BA beauftragt, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zu gründen.

Der Aufbau

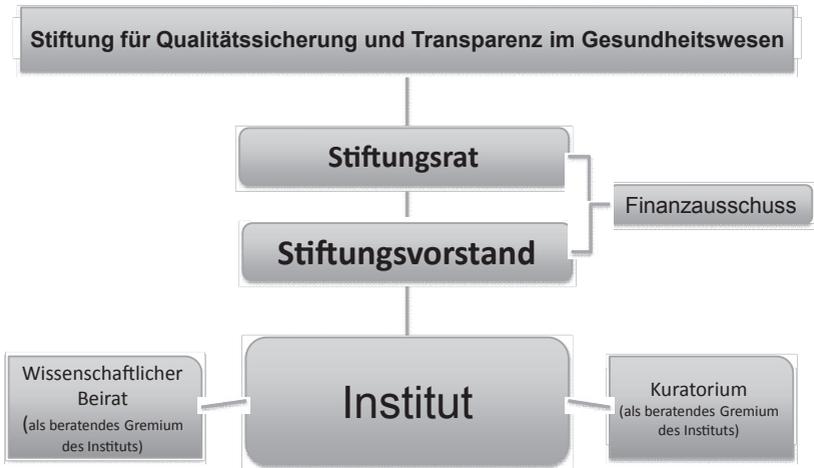


Abb. 4

Der Stiftungsrat

10 Mitglieder

Beschlüsse werden
mit Mehrheit
getroffen

Sitzungen finden
mindestens 2 x
jährlich statt

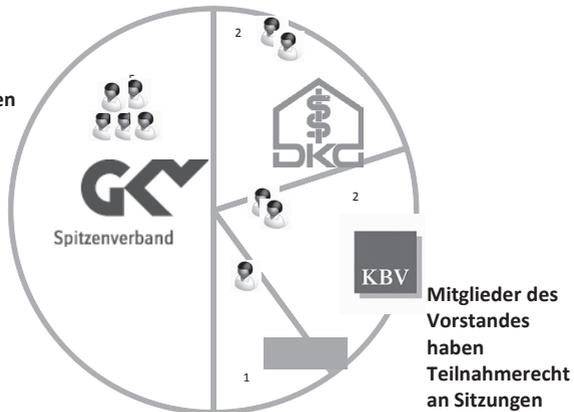


Abb. 5

Die Aufgaben des Stiftungsrats:

- beschließt die Errichtung des Instituts als Einrichtung der Stiftung,
- bestellt sechs Mitglieder des Vorstands,
- schlägt dem Vorstand die Institutsleitung und deren Stellvertretung vor,
- ist zuständig für die Genehmigung des Haushaltsplanes der Stiftung und des Instituts einschließlich der Genehmigung über- und außerplanmäßiger Ausgaben, die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie die Feststellung des Jahresabschlusses,
- wählt aus der Mitte seiner Mitglieder für die Dauer von vier Jahren einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden, die diese Funktionen jährlich alternierend wahrnehmen,
- bestimmt auch den Wirtschaftsprüfer, welcher die Ordnungsgemäßheit der Geschäftsführung zu überprüfen hat.

Der Vorstand

Beschlüsse werden
mit Mehrheit
getroffen



Mitglieder des
Vorstandes
haben
Teilnahmerecht
an Sitzungen

Die Aufgaben des Vorstandes:

- erledigt die laufenden Geschäfte der Stiftung,
- führt die Aufsicht über die Institutsleitung, soweit es die ordnungsgemäße Geschäftsführung betrifft,
- beschließt nach Abstimmung mit der Institutsleitung die erforderlichen Grundsätze insbesondere für
 - die Organisationsstruktur des Instituts,
 - einen regelmäßigen Nachweis der Mittelverwendung,
 - die Genehmigungspflicht bestimmter in definierten Rahmen übersteigender Rechtsgeschäfte,
 - die Vergabe externer Aufträge und deren Vergütung sowie
 - die Anstellungsbedingungen der Institutsmitarbeiter.
- hat zu Beginn eines jeden Geschäftsjahres einen Haushaltsplan aufzustellen und für den Schluss eines jeden Geschäftsjahres einen Jahresabschluss zu erstellen, die jeweils durch die Institutsleitung vorzubereiten sind.
- stimmt über- und außerplanmäßige Ausgaben ab.

Die Aufgaben des Instituts:

Arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen.

Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen;
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen,
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand

dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

Die Beauftragung an das Institut kann beantragen:

- die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen,
- die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- das Bundesministerium für Gesundheit und
- die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene

Das *Bundesministerium für Gesundheit* kann das Institut *unmittelbar* mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 1 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. Das Institut kann einen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags.

Das *Institut kann sich auch ohne Auftrag* mit Aufgaben in seinen Aufgabengebieten befassen; der Vorstand der Stiftung ist hierüber von der Institutsleitung unverzüglich zu informieren. Für die Tätigkeit können jährlich bis zu 10 Prozent der Haushaltsmittel eingesetzt werden, die dem Institut zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse der Arbeiten sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

Der *Gemeinsame Bundesausschuss* kann das Institut beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten.

Das Kuratorium des Instituts:

Es besteht aus 30 Mitgliedern.

Je zehn Mitglieder sollen kommen aus dem Kreis

1. der Selbstverwaltungsorgane der Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses;
2. von maßgeblichen Organisationen nicht im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretener Organisationen von Leistungserbringern und der Sozialpartner;
3. sonstiger für das Gesundheitswesen relevanter Organisationen, davon sechs Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Mitglieder des Kuratoriums erhalten Arbeitsergebnisse von grundsätzlicher Bedeutung und erhalten Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme. Sie können die Stellungnahme gemeinsam, aber auch in Gruppen oder einzeln abgeben.

Der wissenschaftliche Beirat:

- Er berät das Institut in von der Institutsleitung unterbreiteten grundsätzlichen Fragen.
- Mitglieder werden auf Vorschlag der Institutsleitung einvernehmlich vom Vorstand bestellt.
- Er besteht aus mindestens sechs und bis zu zwölf unabhängigen Sachverständigen.
- Die Berufung der Mitglieder erfolgt für die Dauer von vier Jahren. In der Regel ist nur eine einmalige Wiederberufung zulässig.

Der Finanzausschuss:

- berät den Stiftungsrat, den Vorstand und die Institutsleitung in finanzwirksamen Angelegenheiten.
- prüft den von der Institutsleitung vorbereiteten Haushaltsplan und den Jahresabschluss.

Er besteht aus

- je einem Vertreter der DKG, der KBV und der KZBV sowie drei Vertretern des GKV-SV. Die Vertreter werden auf Vorschlag des Stiftungsrates vom Vorstand bestellt.
- Institutsleitung und kaufmännische Geschäftsführer nehmen an den Sitzungen beratend teil.
- Ein Vertreter des BMG hat ein Recht zur Teilnahme an den Sitzungen.

Zum Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD:

Qualitätsorientierte Vergütung:

... Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser lohnen.

... für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. ...

Qualitätsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance P4P): was kann das sein?

- Target Payments: Klassische Bonusprojekte mit Zielprämien
- Non-Pay-for-Non-Performance: Zahlungsstopp bei (schweren) Mängeln

- Shared-savings: Beteiligungen an Einsparungen
- Accountable Care Org.: Umfassende Budget- und Qualitätsverantwortung

Bestehende Möglichkeiten in Deutschland sind vielfältig:

- Modellvorhaben nach §63 ff SGB V
- Strukturverträge nach § 73 a SGB V
- Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V
- Selektivverträge nach § 73 c SGB V
- Integrierte Versorgung nach § 140 ff SGB V etc.
- ...

Wofür kann man es tatsächlich verwenden?

Fünf generelle Steuerungsziele:

1. Versorgungsmonitoring
2. Korrektur von Versorgungsmängeln
3. Versorgungsentwicklung
4. Förderung exzellenter Versorgungsqualität
5. Effizienzorientierte Versorgungssteuerung

Geeignete Ziele für Qualitätsorientierte Vergütung:

- a) Förderung exzellenter Versorgungsqualität
- b) Sanktionierung anhaltend defizitärer Versorgungsqualität

Was wurde bisher erreicht?

Aus der Literatur mit Schwerpunkten hausärztlicher Bereich, Krankenhausbereich und Kosteneffektivität zeigt sich:

- Wirksamkeit von Qualitätsorientierter Vergütung konnte in Studien noch nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden.
- Es gibt Belege für die Wirksamkeit von kombinierten Ansätzen, die finanzielle und nicht-finanzielle Anreize kombinieren.

ABER: Anteil der finanziellen Komponente am Erfolg ist nicht nachgewiesen.

Stolperfallen und Herkulesaufgabe:

- Komplexität medizinischer Versorgung und systemische Optimierungs- und Umgehungsreaktionen beeinflussen Ergebnisse.
- Qualitätsorientierte Vergütung ist ein Steuerungseingriff in ein hoch komplexes System

- Instrument muss sehr differenziert auf die Anwendungskonstellationen ausgerichtet werden.
- Ziele und Interventionsinstrumente müssen klar definiert und beschrieben werden, um nicht ins Leere zu laufen oder Fehlanreize zu setzen.

Was ist zu tun?

- 1) Identifikation von Anwendungsfeldern, die
 - a) eine klare Leistungsdefinition und
 - b) eine möglichst objektive Leistungsmessung ermöglichen,
- 2) Generierung geeigneter Qualitätsindikatoren, diese müssen:
 - a) zu den Steuerungszielen passen,
 - b) in einem ausgewogenen Verhältnis von Machbarkeit und Angemessenheit zu den verfolgten Ziel stehen,
 - c) operationalisierbar sein,
 - d) im Idealfall hohen prädiktiven Wert besitzen, um auf Langzeitwirkungen verlässliche Rückschlüsse zuzulassen,
 - e) den unterschiedlichen Verhaltensweisen von Prozess- und Ergebnisindikatoren Rechnung tragen.

Qualitätsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance P4P)

Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnis) heißt die ständige Herausforderung, die von allen Beteiligten einen großen Einsatz erfordert. Die nachfolgende Aufzählung (zum Zeitpunkt des Referats noch unveröffentlicht), weist beispielhaft auf Versorgungs- und Behandlungsdefizite hin:

Aufnahme eines Patienten ins Krankenhaus: *Diagnose Lungenentzündung*. Obwohl Leitlinien vorgeben, dass die Atemfrequenz zu bestimmen ist, findet dies nicht flächendeckend statt.

Blinddarm Operationen: nach Daten des Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), tritt beim besten Viertel der Krankenhäuser bei jedem 31. Patienten eine Komplikation auf, beim schlechtesten Viertel ist dies bei jedem 13. Patienten der Fall (bei jährlich rund 140.00 Blinddarmentfernungen).

Kathedergestützte Aortentransplantation (TAVI): diese neue Technik kommt vorwiegend bei Schwerkranken zum Einsatz – die Sterblichkeit liegt bei 5,7 %. Bei 17 Krankenhäusern wird in rund 400 Fällen diese Operationsmethode praktiziert, ohne dass in diesen Krankenhäusern eine herzchirurgische Fachabteilung vorhanden ist. (Quelle: GKV-SpiV)

Organtransplantationen: Von 47 Transplantationszentren erreichten neun der 24 Kliniken nicht die Mindestzahl von 20 Eingriffen bei Lebertransplantationen pro Jahr (2013). Das Klinikum Erlangen-Nürnberg kam 2012 nur auf fünf und 2013 auf sieben Transplantationen. An der Universitätsklinik Köln gingen die Lebertransplantationen seit 2011 von 12 auf sechs zurück. Bei Nierentransplanta-

tionen erreichten 2013 sieben von 38 Zentren die jährlichen Mindestmengen von 25 nicht. Acht von 23 Herzzentren erreichten die Vorgabe von fünf Verpflanzungen nicht oder erreichten sie gerade mal. In den Herzzentren Frankfurt, Dresden und Essen wurde gerade mal ein Herz verpflanzt. Die Mindestmenge bei Lungen von fünf Transplantationen pro Jahr erreichten drei von 15 Zentren nicht.

Abschläge für nicht leitliniengesicherte Qualität nach EvidenzBasedMedizin (evb), ist der falsche Weg. Wer nicht Leitliniengerecht behandelt, sollte aus der Versorgung für diese Behandlungen ausscheiden.

Oder drastisch ausgedrückt: Wer geht in eine Autowerkstatt, die für weniger Geld keine sicheren Bremsanlagen liefert oder mangelhafte Reifen aufzieht? Niemand der verantwortlich handelt und die Folgen richtig abschätzt. Für jede seriöse Werkstatt ist Qualität die beste Marketingstrategie. Das zahlt sich aus.

Fazit: Forschung vor der allgemeinen Einführung ist notwendig, Modellprojekte sind zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren. Dann ist zu entscheiden.

Noch ein Wort zu PEPP:

Im Vorfeld des im Jahr 2003 eingeführten DRG-Abrechnungssystems, war sich die damalige Koalition einig, dass die psychischen Erkrankungen vom DRG-System auszunehmen seien. Zwischenzeitlich hat der Gesetzgeber dies anders beschlossen. Das ist Fakt. Was wäre ist zu tun?

Das Zeitfenster der Verschiebung der Einführung von PEPP sollte als Chance von Vorschlägen zur bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker genutzt werden.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bietet dazu die Grundlage:

■ Krankenbehandlung

§ 27 (1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. Ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, ...

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, ...

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer heben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Die Versorgung ... muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. ...

■ Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):

- KHG § 17 d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- (4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2018 einen gemeinsamen Bericht über Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, erste Anwendungserfahrungen sowie über die Anzahl und erste Erkenntnisse zu Modellvorhaben nach § 64 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.

Es lohnt sich auch das Gutachten 2014 des »Sachverständigenrats Gesundheit« im Kapitel 10 und die Empfehlungen auf Seite 603 in Ziffer 679 anzuschauen:

»Charakteristisch für das deutsche System ist eine ausgeprägte sektorale Gliederung. Der Rat hat sich bereits in früheren Gutachten wiederholt dafür ausgesprochen, insbesondere die Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durch eine integrierte Versorgung (vgl. z. B. SG 2009, Ziffern 1138 ff.) und Lösung von Schnittstellenproblemen (vgl. SG 2012) zu überwinden. Innerhalb der einzelnen Sektoren treten ausgeprägte Allokationsprobleme auf, während das deutsche Gesundheitssystem insgesamt sehr gut ausgebaut ist und z. B. über eine im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Arztdichte verfügt. ...«

Die beispielhaft zitierten Gesetze mit ihren Einzelbestimmungen und das SVR-Gutachten, das im Auftrag der Bundesregierung erstellt wurde, bietet eine Grundlage für konstruktive Vorschläge die sie an ihre Wahlkreisabgeordneten, insbesondere an die Mitglieder des Gesundheitsausschuss und wenn die Möglichkeit besteht an den Minister und seine Staatssekretäre herantragen sollten. Ein weiterer Ansprechpartner wäre der Spitzenverband der Krankenversicherung, einschließlich der Versichertenvertreter des Verwaltungsrats. Das Gespräch auf allen Ebenen suchen, heißt die Maxime. Sie sind die Experten. Das Ziel heißt: so wenig wie nötig stationär, so viel wie möglich ambulant.

Nehmen sie sich die Psychiatrie-Enquête von 1975 zum Ansporn. Diese hat viel Positives - ein Durchbruch für die psychisch Kranken - bewirkt. Lassen sie sich vom zu erwartenden Gegenwind nicht abbringen, wenn weniger Betten benötigt werden. Gehen sie in die Öffentlichkeit und werben sie für ein Konzept, in dessen Mittelpunkt die Optimierung der Behandlung des psychisch kranken Menschen steht.

Beziehungskontinuität und Kooperation

Matthias Rosemann

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Abbau von Beziehungen

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

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

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

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

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

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

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

2. Beziehung und Bindung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wie kann das gehen? Ein paar Beispiele:

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

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

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

Koordinierende Bezugsperson

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

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

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

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

Hilfeplanung und Bedarfsermittlung

Das Problem der Beziehung beginnt aber schon bei der Hilfeplanung.

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur:

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

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

Personenzentrierte Hilfe zur Teilhabe Die Politik der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen in der 18. Legislaturperiode. Eckpunkte und konkrete Umsetzungsschritte des Bundesteilhabegesetzes

Rolf Schmachtenberg

Vielen Dank, dass ich einen Beitrag zu Ihrer APK-Jahrestagung leisten darf.

Ich freue mich auf die anschließende Diskussion, für die Sie erfreulicherweise hinreichend Zeit eingeräumt haben, denn wie Sie sicherlich wissen, arbeitet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Zeit an verschiedenen Reformvorhaben, für die wir Beteiligungsprozesse initiiert haben.

Ich möchte Sie alle ermutigen, mir Ihre Erkenntnisse und selbstverständlich auch Ihre kritischen Anregungen mit auf den Weg zu geben. Neue Gesetze und Vorhaben können nur dann gelingen, wenn diejenigen, die die Regelungen betreffen, sowie auch ihre Interessensvertretungen hieran konstruktiv mitwirken können.

Die Bundesregierung nimmt den Anspruch der Zivilgesellschaft »Nichts ohne uns über uns!« ernst. Deswegen hat die Umsetzung der Forderung nach Beteiligung auch Eingang in den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung gefunden und deswegen komme ich den zahlreichen Einladungen der Verbände zu fachlichen Diskussionen auch gerne nach.

Bevor ich mehr ins Detail zum Vorhaben des Bundesteilhabegesetzes spreche, möchte ich dies einbetten in einen kurzen Abriss zur Politik der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen in der 18. Legislaturperiode.

Lassen Sie mich zunächst etwas zum Stand der Inklusion in Deutschland, zu den grundsätzlichen Zielen und wesentlichen Vorhaben der Bundesregierung in der Politik für und mit Menschen mit Behinderungen sagen. Sie werden sehen, das neue Bundesteilhabegesetz ist nicht das einzige Reformvorhaben, an dem wir zurzeit arbeiten. Im zweiten Teil meines Vortrags werde ich dazu kommen, wie wir die Eingliederungshilfe reformieren und das SGB IX weiterentwickeln wollen. Dazu habe ich dann auch ein paar Folien mitgebracht.

Inklusive Gesellschaft / Nationaler Aktions- Plan (NAP)

Die Bundesregierung bekennt sich im Koalitionsvertrag ausdrücklich zu einer *inklusiven Gesellschaft*. Genau so will es die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), deren Inkrafttreten in Deutschland sich in diesem Jahr zum fünften Mal gejährt hat.

Wir können das Ziel, dass alle Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an gleichberechtigt und selbstbestimmt miteinander leben können, nicht mit einem großen Schritt erreichen. Wir wollen aber die Umsetzung der UN-BRK so vorantreiben, dass alle Menschen und vor allem die Menschen mit Behinderungen diese Fortschritte mehr und mehr auch in ihrem Alltag spüren.

Am 15. Juni 2011 wurde der *Nationale Aktionsplan* (NAP) zur Umsetzung der UN-BRK im Bundeskabinett verabschiedet. Er enthält über 200 Maßnahmen und

ist als langfristige Gesamtstrategie auf dem schwierigen Weg zu einer inklusiveren Gesellschaft zu verstehen.

Unter Federführung des BMAS wird der NAP in jeder Legislaturperiode auf den Prüfstand gestellt und unter Einbeziehung der anderen Bundesressorts weiterentwickelt. Aktuell haben wir den NAP extern von der Prognos AG wissenschaftlich evaluieren lassen.

Staatenbericht

Nicht wie angekündigt im September 2014, sondern erst im April 2015, steht zudem die Prüfung des deutschen Staatenberichtes vor dem UN-BRK Vertragsausschuss in Genf an. Seine Empfehlungen werden weitere wichtige Hinweise zum Stand der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland und noch bestehenden Defiziten liefern.

Allerdings sind die Abläufe so, dass die Prüfung anhand eines Staatenberichtes erfolgt, der bereits 2011, also nur zwei Jahre nach Ratifizierung der UN-BRK vorgelegt wurde. Die Ergebnisse der Evaluierung und der Staatenprüfung sowie die Erkenntnisse aus dem Teilhabebericht werden Aufschluss darüber geben, an welchen Stellen wir ansetzen müssen, um die Umsetzung der UN-BRK und damit die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in dieser Legislaturperiode weiter voranzubringen.

Dass die Fortentwicklung des NAP unter breiter Beteiligung der Menschen mit Behinderungen und deren Organisationen erfolgt, ist selbstverständlich. Wie eingangs erwähnt, sieht dies der Koalitionsvertrag ausdrücklich vor.

Das BMAS startet die Weiterentwicklung des NAP anlässlich der *Inklusionstage vom 24. bis 26. November* im bcc Kongresszentrum Berlin. Wir erhoffen uns von den Inklusionstagen wichtige Impulse für die strategische Ausrichtung und mögliche künftige Schwerpunktsetzungen.

Barrierefreiheit fördern

Der NAP greift eine Fülle von Maßnahmen zum *Querschnittsthema Barrierefreiheit* auf, die von den zuständigen Ressorts eigenverantwortlich – aber mit Begleitung durch das BMAS – umgesetzt werden.

Evaluation BGG

Als eigene Maßnahme des NAP haben wir das *Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) 2013/2014* von der Universität Kassel evaluieren lassen. Die Evaluation wurde aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen und ihrer Verbände vom Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e. V. (BKB) begleitet.

Herzstück des BGG ist die Barrierefreiheit. Die Evaluation des BGG, bei der es um die Frage ging, ob das BGG in der Praxis greift oder ob gegebenenfalls

rechtliche Anpassungen und flankierende Maßnahmen erforderlich sind, ist nun abgeschlossen.

Das Evaluationsteam unter Leitung von Herrn Prof. Welti hat zahlreiche Handlungsempfehlungen vorgelegt. Sie wurden auf unserer Veranstaltung »BGG im Dialog« am 16. September 2014 zum Abschluss der Evaluation intensiv diskutiert.

Wir wurden darin bestätigt, dass Handlungsbedarf zugunsten einer verbesserten Teilhabe von Menschen mit sogenannter Lern- und geistiger Behinderung besteht. Insbesondere kommt hier die stärkere Berücksichtigung der »Leichten Sprache« in Betracht.

Daneben ist über eine Stärkung der Instrumente der Zielvereinbarung und der Verbandsklage nachzudenken. Ich kann mir auch gut vorstellen, den § 2 BGG zusätzlich zu stärken, indem wir auf die Problematik hinweisen, dass Frauen mit Behinderungen besonders von Mehrfachdiskriminierungen betroffen sein können.

Prof. Welti und sein Team halten fest, dass der Behinderungsbegriff im BGG – das bereits 2002 in Kraft getreten ist – im Sinne der UN-BRK ausgelegt werden kann. Dies wurde auch 2009 im Rahmen der Ratifizierung der Konvention festgestellt. Die Empfehlung des Evaluationsteams, den Begriff der Behinderung dennoch zur Klarstellung an die UN-BRK anzupassen, begrüße ich. Schon an dieser Stelle besteht übrigens eine direkte Schnittstelle zum Bundesteilhabegesetz; die beiden Vorhaben müssen hier im Ergebnis übereinstimmen.

Bewusstsein bilden

Mit einer solchen Änderung der Definition von Behinderung kann das Bewusstsein für das neue Verständnis von Behinderung meines Erachtens geschärft werden. Diese Anpassung dient auch der Rechtsklarheit und unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Behörden bei der Rechtsauslegung und Rechtsanwendung in der Praxis.

Eine zentrale Aussage der Evaluation ist, dass das BGG ein gutes Gesetz sei, aber mit Umsetzungsdefiziten. Ein Grund mag darin liegen, dass das BGG nicht hinreichend bekannt ist. Deshalb müssen wir auch hier nachlegen und für ein verbessertes Schulungs- und Beratungsangebot sorgen.

Wir werden dieses Ergebnis der Evaluation und mögliche weitere Schlussfolgerungen jetzt mit den Ministerien des Bundes und der Länder besprechen.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist die Barrierefreiheit. Eine querschnittsmäßige Verankerung des Themas erfordert ein eigenes *Bewusstsein für die Barrierefreiheit*. Für die Bundesebene bedeutet dies: Es bedarf der Sensibilisierung und Beachtung dieses Themas bei den für den jeweiligen Lebensbereich federführenden Ressorts durch das BMAS und – umgekehrt – er Beteiligung des BMAS durch die verantwortlichen Häuser bei ihren Vorhaben. Heute wird Barrierefreiheit von den Ressorts oft noch nicht oder erst zu spät bedacht. Hier müssen wir besser werden.

Wir werden die Ergebnisse der Evaluation auch mit den Ländern besprechen müssen, da sie hier vielfach maßgeblich mitbetroffen sind. Es ist offensichtlich, dass hier weitere Anstrengungen erforderlich sind, um bei der Barrierefreiheit Schritt für Schritt voranzukommen.

Sofern erforderlich, wird das BMAS auch künftig grundsätzlich dafür eintreten, insbesondere im Rahmen der Ressortbeteiligung bei allen relevanten Vorhaben, auf die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen zu achten.

Partizipation stärken

Damit Menschen mit Behinderungen stärker als bisher beteiligt werden und Einfluss nehmen können, schlagen wir vor, die Partizipation der Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen über die Durchführung eigener Projekte oder die Einbindung und Mitarbeit in Projekten hinaus zu fördern. Wir treten dafür ein, Menschen mit Behinderungen stärker systematisch auf verschiedenen Stufen in den fachpolitischen Diskurs und die Begleitung behindertenpolitischer Vorhaben einzubinden.

Das reicht den Selbstvertretungsorganisationen jedoch nicht. Sie fordern aufgrund mangelnder eigener Ressourcen eine finanzielle Förderung ihres Engagements – und das zu Recht. Der Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen bestätigt, dass sich Menschen mit Behinderungen politisch weniger engagieren und unzufriedener mit der Politik in unserem Land sind als Menschen ohne Behinderungen. Wir prüfen daher derzeit auch, wie wir die Selbstvertretungsorganisationen der Menschen mit Behinderungen finanziell fördern können, damit sie Partizipationsmöglichkeiten auch wahrnehmen können und dies nicht an fehlenden Ressourcen scheitert.

Ich meine, dass dabei vor allem die Beteiligungspotentiale von kleinen Organisationen im Rahmen der Verbändelandschaft gestärkt werden sollten, um die Interessenvertretung auf eine breitere Grundlage zu stellen.

Leitfaden zum Disability Mainstreaming

Die Ressorts erarbeiten zurzeit unter Federführung des BMAS einen *Leitfaden zum Disability Mainstreaming in der Bundesregierung*. Für eine weniger »neu-deutsche« Bezeichnung wäre ich dankbar und nehme Ihre Anregungen dazu gerne auf.

Wenn wir den eingangs zitierten Satz »Nichts über uns ohne uns!« ernst meinen, dann müssen wir bei der Erarbeitung von Gesetzen, bei der Erstellung von Berichten, in der Forschung und in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf die Belange der Menschen mit Behinderungen und deren Beteiligung von Anfang achten – statt hier nachträglich Flickschusterei zu betreiben.

Auch die Erstellung dieses Leitfadens ist im Übrigen eine Maßnahme des NAP.

Wir setzen hier nicht nur auf die Verbindlichkeit, die einem gemeinsam erarbeiteten Leitfaden in den Ressorts beigemessen werden muss, sondern auch auf den

Diskussionsprozess in den Ressorts und den Ländern. Denn selbstkritisch halte ich fest: Es gibt auch in der Bundesverwaltung noch die unsichtbaren Barrieren, die behindern: Vorurteile und Berührungängste. Auch diese Barrieren müssen wir in der Gesellschaft überwinden – und das wird nicht das Leichteste sein.

Teilhabebericht weiterentwickeln – Teilhabeforschung ausweiten

Die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen sind so vielfältig wie das Leben selbst. Dem Ziel einer inklusiven Gesellschaft können wir uns nur nähern, wenn wir über gesicherte Informationen über diese Lebenslagen verfügen. Daher erstattet die Bundesregierung dem Bundestag und dem Bundesrat in jeder Legislaturperiode einen *Bericht über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen*.

Bisher waren jedoch Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit und Menschen, die nicht in Privathaushalten leben, in die Berichterstattung kaum einbezogen.

In 2013 haben wir daher eine Machbarkeitsstudie an Dr. Monika Schröttle (Nürnberg/Dortmund) und Prof. Dr. Claudia Hornberg (Bielefeld) in Auftrag gegeben, um die methodischen Voraussetzungen für eine *Repräsentativbefragung* zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen klären zu lassen. Das Ziel der Repräsentativbefragung ist die Sichtbarmachung der Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen – egal mit welchen Beeinträchtigungen sie leben.

Mit diesem Forschungsprogramm wollen wir auf die Forderungen der Zivilgesellschaft, die Datenbasis für die Teilhabeberichterstattung zu stärken, antworten, um Artikel 31 der UN-BRK zu entsprechen.

Die Machbarkeitsstudie liegt inzwischen vor. Ihre Ergebnisse wurden in einer Veranstaltung im BMAS im Juli vorgestellt. Uns stellen die Ergebnisse der Vorstudie jedoch vor erhebliche zeitliche und finanzielle Herausforderungen, die wir derzeit versuchen zu meistern.

Wir halten daran fest, die ersten Ergebnisse des Teilhabesurveys in den nächsten Teilhabebericht einfließen zu lassen, der Ende 2016 fertig sein soll. Der Survey wird uns helfen, die Indikatoren weiterzuentwickeln, um das Maß der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen noch genauer und umfassender abzubilden.

Inklusive Arbeitswelt fördern – Inklusive Bildung umsetzen

Lassen Sie mich zwei Lebensbereiche herausgreifen und auf ein paar wichtige – nicht alle – Vorhaben in dieser Legislaturperiode hinweisen: Bildung und Arbeit. Eine *inklusive Arbeitswelt* ist das Kernanliegen der Bundesregierung.

Behinderte Menschen sollen nach Möglichkeit da arbeiten können, wo Menschen ohne Behinderungen auch arbeiten. Arbeit zu haben, bedeutet persönliche Unabhängigkeit und Selbstbestätigung. Die beste Voraussetzung dafür ist Bildung.

Die UN-BRK verpflichtet dazu, Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem auszuschließen. Leitbild des Artikels 24 UN-BRK ist das gemeinsame Lernen von Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an.

Die Bundesregierung setzt sich im NAP dafür ein, dass inklusives Lernen in Deutschland selbstverständlich wird. *Inklusive Bildung* ist die Grundlage für eine inklusive Berufsausbildung und Beschäftigung.

2013 hat das Ministerium daher gemeinsam mit dem Bildungsministerium und der Kultusministerkonferenz eine große Konferenz zur inklusiven Bildung durchgeführt.

Der Bildungsbericht 2014 enthält in seinem Schwerpunktkapitel »Menschen mit Behinderungen im Bildungssystem« erstmalig eine umfassende Bestandsaufnahme zu der Frage, wie weit inklusive Bildung für Menschen mit Behinderungen in Deutschland in den einzelnen Bildungsbereichen bereits umgesetzt wird und wo noch Hemmnisse und Erkenntnislücken bestehen. Diese inhaltliche Schwerpunktsetzung soll nun regelmäßig alle paar Jahre wiederholt werden, um Entwicklungen in ihrem zeitlichen Verlauf abbilden zu können.

Der Bericht zeigt, dass es in Deutschland ein hochdifferenziertes System an Rechtsgrundlagen, Bildungsinstitutionen, Personal- und Finanzressourcen gibt, um behinderten Menschen eine Teilhabe an Bildung zu ermöglichen.

Ich möchte zwei Aussagen des Bildungsberichts nennen, die im Bereich der *beruflichen Bildung* für das BMAS von besonderer Relevanz sind:

- Im Bereich der beruflichen Bildung finden sich zu wenig inklusive vollqualifizierende Angebote. An den Übergängen von der Schule in den Beruf müssen mehr inklusive vollqualifizierende berufsbildende Angebote für Absolventen mit sonderpädagogischem Förderbedarf bereitgestellt werden. Hier wird auch an die Verantwortung der Betriebe appelliert.
- Die berufliche Ausbildung von Jugendlichen mit Behinderung findet in hohem Maße in Berufsbildungswerken oder vergleichbaren außerbetrieblichen Einrichtungen statt. Entsprechend den Zielen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen gilt es, die Inklusion junger Menschen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt weiter zu fördern und vermehrt betriebliche oder betriebsnahe Ausbildungsmöglichkeiten zu erschließen.

Bildung ist bekanntlich Ländersache und ich begrüße die Initiativen in den Ländern zum Ausbau der inklusiven Bildung ausdrücklich. Ich hoffe, dass sich beim Übergang von der Schule in den Beruf noch mehr für junge Menschen mit Behinderungen tun wird.

Der Koalitionsvertrag formuliert das Ziel, dass wir die Integration von Menschen mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt begleiten und so die Beschäftigungssituation nachhaltig verbessern wollen. Wir werden also weitere Anstrengungen im Rahmen der beschäftigungspolitischen Aktivitäten des NAP zur Umsetzung von Artikel 27 der UN-BRK unternehmen.

Zwar steigt aktuell die Zahl der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen im Vergleich zum Vorjahr leicht an. Die Beschäftigungssituation verbessert sich jedoch langfristig gesehen kontinuierlich.

Zugänglichkeit zum allgemeinen Arbeitsmarkt erhöhen

Insgesamt hat sich die *Beschäftigungssituation der schwerbehinderten Menschen* in den vergangenen Jahren positiv entwickelt. Die Zahl schwerbehinderter Menschen in Beschäftigung steigt stetig. 2012 hatten wir 1,1 Mio. beschäftigte schwerbehinderte Menschen. Auch die Beschäftigungsquote steigt. Sie lag 2012 bei 4,6 Prozent. Die Zielmarke von 5 Prozent ist damit noch nicht erreicht, aber die Tendenz ist positiv.

Das zeigt, dass sich das aktuelle System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe bewährt hat. Das reicht uns aber nicht. Dies zeigt ein Blick in die aktuellen Arbeitsmarktstatistiken der BA.

Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen

Konkrete Zahlen:

- Die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen steigt in letzter Zeit wieder an.
 - August 2014: 181.760 arbeitslose schwerbehinderte Menschen, das sind 2.817 oder 1,5 Prozent mehr als im August 2013.
 - Die allgemeine Arbeitslosigkeit ist in diesem Zeitpunkt leicht zurückgegangen: August 2014: 2.901.823; 43.887 oder 1,5 Prozent weniger als im August 2013.
- Im Jahr 2013 waren 179.000 schwerbehinderte Menschen arbeitslos gemeldet. Das waren knapp 3.000 bzw. 1 Prozent mehr als ein Jahr zuvor. Von den 179.000 schwerbehinderten Arbeitslosen waren 38 Prozent (68.000) in der Arbeitslosenversicherung (SGB III) gemeldet. Ihr Anteil lag damit höher als bei allen Arbeitslosen (33 Prozent). Leistungen aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) erhielten 62 Prozent (110.000) der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen. Ihr Anteil war niedriger als bei allen Arbeitslosen (67 Prozent).
- Die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen ist in fast allen Altersgruppen gestiegen – lediglich in der Altersgruppe der 35- bis unter 45-Jährigen war noch ein leichter Rückgang zu verzeichnen (minus 2 Prozent). Mit plus 4 Prozent war der Anstieg bei der Gruppe der 25- bis unter 35-Jährigen am höchsten, gefolgt von plus 3 Prozent bei den 55-Jährigen und Älteren. Die Zahl der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen im Alter von 45- bis unter 55 Jahren blieb im Vorjahresvergleich nahezu unverändert.
- Im mehrjährigen Vergleich steigt die Zahl der schwerbehinderten Arbeitslosen bei den älteren schwerbehinderten Menschen überdurchschnittlich an. In der Gruppe der 55-Jährigen und Älteren war im Jahr 2013 im Vergleich zu 2008 ein Anstieg von 53 Prozent zu verzeichnen. Zum Vergleich: Bei allen Arbeitslosen ist die Arbeits-

losigkeit im gleichen Zeitraum bei dieser Gruppe um 34 Prozent gestiegen. Dieser deutliche Anstieg bei den älteren Arbeitslosen ist jedoch in erster Linie auf einen statistischen Effekt zurückzuführen. So haben sich bis zu deren Auslaufen zum 31.12.2007 die Sonderregelungen für Ältere (§ 428 SGB III, § 65 Absatz 4 SGB II und § 252 Absatz 8 SGB VI) entlastend auf die Arbeitslosigkeit ausgewirkt.

- Fast zwei Fünftel der schwerbehinderten Arbeitslosen sind 55 Jahre und älter und ein Viertel sogar 58 Jahre und älter. Bei allen Arbeitslosen ist nur ein Fünftel 55 Jahre und älter, 12 Prozent sind 58 Jahre und älter. Daher wirkt sich das Auslaufen der Sonderregelungen für Ältere besonders stark auf die Zahl der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen aus. Ohne das Auslaufen der Sonderregelungen für Ältere wäre – in der statistischen Darstellung – die Arbeitslosigkeit von schwerbehinderten Menschen gesunken.

Auch liegen die Werte zum Übergang aus Arbeitslosigkeit in Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt bei schwerbehinderten Menschen weiter unter denjenigen bei nicht schwerbehinderten Menschen. Dies ist nicht alleine auf die Altersstruktur zurückzuführen, sondern gilt auch innerhalb der Altersgruppen. Das bedeutet, dass bei schwerbehinderten Menschen, die einmal arbeitslos sind, eine Beschäftigung seltener wieder aufgenommen wird als bei nicht schwerbehinderten Menschen.

In der Folge ist auch die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei schwerbehinderten Arbeitslosen erkennbar höher als bei nicht schwerbehinderten. Allerdings hat sich die Dauer bei schwerbehinderten Menschen in den vergangenen Jahren erheblich verkürzt. So lag die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei schwerbehinderten Arbeitslosen 2008 noch bei 91 Wochen. Bis 2013 hat sie fast durchgehend abgenommen – insgesamt um gut 11 Wochen auf zuletzt 79 Wochen.

Kurzum; hier ist einiges zu tun. Schwerbehinderung, Alter und lange Dauer der Arbeitslosigkeit treffen zusammen.

Bei der Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen ist noch mehr Potenzial vorhanden. Die berufliche Integration von Menschen mit Behinderung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist weiterhin ein Kernanliegen von Bundesregierung und Bundesagentur für Arbeit.

Der *finanzielle Einsatz der BA* für Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben befindet sich seit Jahren auf hohem Niveau. Für das Jahr 2014 sind im Haushalt der BA wieder rund 2,3 Mrd. Euro bereitgestellt. Hinzu kommen 130 Mio. Euro für die Förderung schwerbehinderter Menschen; hierin enthalten der Anteil der BA an der Ausgleichsabgabe.

Im Bereich des SGB II wurden von den gemeinsamen Einrichtungen in 2013 rund 120 Mio. Euro für die »Berufliche Reha und Schwerbehinderten-Förderung« eingesetzt. Die Optionskommunen rechneten hierfür Ausgaben in Höhe von 18,2 Mio. Euro ab. Die Ausgaben werden in 2014 voraussichtlich ein ähnliches Niveau erreichen.

Darüber hinaus förderten die Integrationsämter mit rund 400 Mio. Euro Einnahmen aus der Ausgleichsabgabe die berufliche Ausbildung und Beschäftigung von Schwerbehinderten.

Es werden aber mehr Arbeitgeber benötigt, die bereit sind, Menschen mit Behinderung eine Chance zu geben und die bestehenden Förderinstrumente zu nutzen. Dies zeigt die Zahl der rund 37.500 Betriebe, die trotz Beschäftigungspflicht keinen einzigen schwerbehinderten Menschen beschäftigen.

Die Bundesregierung hat daher verschiedene Maßnahmen im NAP beschlossen, um bei Arbeitgebern die Bereitschaft zu erhöhen, auch Menschen mit Behinderung eine Chance zu geben.

Zur weiteren Verbesserung der Situation schwerbehinderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt wollen wir die Initiative Inklusion konsequent fortführen, z. B. durch bessere berufliche Orientierung schon in der Schule und Unterstützung des Einstiegs schwerbehinderter junger Menschen in eine betriebliche Berufsausbildung. Die Initiative Inklusion hat als zentrale beschäftigungspolitische Maßnahme des NAP ein finanzielles Volumen von insgesamt 140 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds.

Seit 2009 gibt es das *Instrument der Unterstützten Beschäftigung*, mit dem junge Menschen eine individuelle berufliche Qualifizierung und eine anschließende Berufsbegleitung erhalten.

Neben der individuellen Förderung von Menschen mit Behinderungen ist es wichtig, dass es mehr Arbeitgeber gibt, die bereit sind, Menschen mit Behinderungen eine Chance zu geben. Deswegen müssen größere Anstrengungen unternommen werden, Unternehmen für die Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen zu gewinnen. Deshalb hat das Ministerium im vergangenen Jahr gemeinsam mit vielen Partnern die *Inklusionsinitiative für Ausbildung und Beschäftigung* auf den Weg gebracht. Mit vielen Aktivitäten im Rahmen dieser Initiative sollen Arbeitgeber verstärkt davon überzeugt werden, dass die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung ein Gewinn für das Unternehmen ist. Nur durch einen solchen Bewusstseinswandel kann eine inklusive Arbeitswelt erreicht werden.

Werkstätten durchlässiger ausrichten

Der Koalitionsvertrag formuliert das Ziel, dass der Übergang zwischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung und dem allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert werden soll.

Ich konnte mich bei meinen Besuchen vor Ort mehrfach davon überzeugen: Menschen mit Behinderungen leisten in den Werkstätten gute Arbeit. Ebenso wie die Beschäftigten der Werkstätten, die sie in der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen.

Eine Weiterentwicklung muss die Entwicklungen, die es in den letzten Jahren im Grenzbereich zwischen allgemeinen Arbeitsmarkt und Werkstätten gab, logisch fortsetzen:

Budget für Arbeit

Das noch fehlende Stück ist der dauerhafte *Lohnkostenzuschuss zu einer regulären sozialversicherungspflichtigen Arbeit* für (eigentlich) »werkstattbedürftige« Menschen. Dies wird als weitere Alternative zur Werkstatt im Rahmen der Überlegungen zur *Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe* geprüft werden.

Im Rahmen der Eingliederungshilfeform bzw. des Bundesteilhabegesetzes sollen neben den Werkstätten *andere Anbieter* tätig werden dürfen. Ziel ist, dass »werkstattbedürftige« Menschen künftig nicht mehr allein auf die Einrichtung Werkstatt beschränkt bleiben.

Damit keine Missverständnisse entstehen: Auch künftig sollen Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, in dem geschützten Raum der Werkstätten einer Arbeit nachzugehen, wenn das für sie der geeignete Weg zur beruflichen Teilhabe ist. Hier geht es maßgeblich um Rehabilitation und um eine Beschäftigung, die Menschen mit Behinderungen hilft, ihren Tagesablauf zu strukturieren und sich ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechend zu beschäftigen.

Recht der Schwerbehindertenvertretungen

Mehr Arbeit für Menschen mit Behinderung gehört zu den wichtigen Vorhaben, die sich die neue Bundesregierung vorgenommen hat. Im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode steht dazu:

»Wir wollen die Integration von Menschen mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt begleiten und so die Beschäftigungssituation nachhaltig verbessern. Dazu gehört auch die Anerkennung und Stärkung des ehrenamtlichen Engagements der Schwerbehindertenvertretungen.«

Dieser Satz im Koalitionsvertrag hat dazu geführt, dass uns im Bundesministerium für Arbeit und Soziales und insbesondere auch Frau Ministerin Nahles zahlreiche Anregungen zugegangen sind, wie man das Recht der Schwerbehindertenvertretungen ändern könnte. Ich kann Ihnen hier und heute nicht definitiv sagen: Das machen wir und das machen wir nicht. Deswegen möchte ich einfach auf einige Vorstellungen eingehen, die derzeit in der Diskussion sind.

Da gibt es die Forderung nach einer *Unwirksamkeitsklausel*, d. h.: Eine Maßnahme des Arbeitgebers, die dieser ohne die gesetzlich vorgesehene Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung trifft, soll unwirksam sein.

Eine solche Regelung dürfte einerseits dazu beitragen, dass die gesetzlichen Beteiligungspflichten besser eingehalten werden. Auf der anderen Seite zeigt ein Blick ins Betriebsverfassungsrecht, dass dort die Nichtbeteiligung nur im Ausnahmefall die Unwirksamkeit der Maßnahme zur Folge hat¹. Dieses Spannungsfeld müssen wir fein austarieren.

Z. B. bei Nichtbeteiligung bei Kündigungen. Im Übrigen muss der Betriebsrat seine Rechte ggf. beim Arbeitsgericht einklagen.

Im Gespräch sind auch verbesserte *Freistellungsregelungen* für die Vertrauenspersonen und eine erleichterte Heranziehungsmöglichkeit für die Stellvertreter. Heute wird die Vertrauensperson freigestellt, wenn im Betrieb wenigstens 200 schwerbehinderte Menschen beschäftigt sind. Das mit der höchsten Stimmenzahl gewählte Mitglied kann bei mehr als 100 schwerbehinderten Menschen im Betrieb zu bestimmten Aufgaben herangezogen werden.

Schwerbehindertenvertreter berichten, dass die Tätigkeit für einzelne schwerbehinderte Menschen sehr aufwendig sein kann. Das geht bis hin zu Verhandlungen mit dem Integrationsamt, Unterstützung bei Anträgen auf Gleichstellung, Beratung in Widerspruchsverfahren. Auch neue Tätigkeiten sind zunehmend zu verzeichnen, etwa die Beteiligung an der Erstellung betrieblicher Aktionspläne. Deshalb prüfen wir gerade, ob es angezeigt ist, die Schwellenwerte für die Freistellung oder die Heranziehung abzusenken.

Auch die *Schulungsmöglichkeiten für Stellvertreter* sind ein Diskussionspunkt. Hier entzündet sich die Kritik daran, dass eine ständige Heranziehung, häufige Vertretung der Vertrauensperson auf längere Zeit oder das absehbare Nachrücken in das Amt Voraussetzung ist. Hier könnte auch ein weniger restriktiver Anspruch vorstellbar sein.

Ich kann Ihnen, wie schon gesagt, jetzt noch nicht definitiv sagen, was kommt und was nicht. Ich bin aber zuversichtlich, dass wir im Laufe der Legislaturperiode auch im Bereich des Rechtes der Schwerbehindertenvertretungen ein gutes Stück vorankommen.

Taubblinde Menschen

Im Koalitionsvertrag ist vereinbart: *»Der leichtere Zugang für Menschen mit Behinderungen zu Transportmitteln, Informationen und Kommunikation sowie zu Einrichtungen und Diensten ist unabdingbar. Die Lebenssituation taubblinder Menschen werden wir dabei besonders berücksichtigen.«*

Ein wichtiger Schritt dazu ist die Einführung eines eigenen Merkzeichens im Schwerbehindertenausweis. Damit können die Betroffenen auf Ihre besondere Situation aufmerksam machen.

Denn die Teilhabe ist nicht erst dann erheblich beeinträchtigt, wenn der Betroffene vollständig erblindet oder ertaubt ist. Bereits wenn eine hochgradige Einschränkung beider Sinnesfunktionen vorliegt, entstehen mannigfaltige und ausgeprägte Beeinträchtigungen. Der Ausgleich durch den Gebrauch des anderen Sinns entfällt.

Ich bedaure, dass es in der letzten Legislaturperiode nicht gelungen ist, mit den Ländern ein Ergebnis dazu zu erzielen. Aber wir haben das Gespräch mit den Ländern wieder aufgenommen.

Und auch ein Ergebnis erreicht. Das Merkzeichen soll eingeführt werden. Dazu sind jetzt die Bestimmungskriterien genau festzulegen.

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim BMAS hat dazu eine Facharbeitsgruppe mit sachkundigen ärztlichen Vertretern zum Thema *»außergewöhnlich Hör-Sehbehindert/Taubblind«* eingerichtet. Diese Facharbeits-

gruppe wird am 3. November 2014 erstmals zusammen kommen, um zu prüfen inwieweit der Vorschlag des Gemeinsamen Fachausschusses Hörsehbehindert/Taubblind des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen der Versorgungsmedizin-Verordnung weiter zu konkretisieren ist.

Dieser Vorschlag wurde bereits in einem Vorgespräch vom Landesarzt für Blinde und Sehbehinderte Herrn Rohrschneider vom Uniklinikum Heidelberg und von Herrn Professor Gross von der Charité Berlin begrüßt.²

Lassen Sie mich Ihnen versichern, dass es erklärter Wille aller Beteiligten ist, dass es ein Merkzeichen und die Begutachtungsgrundsätze dafür möglichst bald geben soll. Das BMAS wird sich weiterhin dafür einsetzen, gemeinsam mit den Ländern die notwendigen Verbesserungen für eine gleichberechtigte Teilhabe taubblinder Menschen am gesellschaftlichen Leben zu schaffen.

Ich halte es für machbar, dass das neue Merkzeichen zum 1. Januar 2016 seine rechtliche Grundlage haben wird.

Bundesteilhabegesetz

Indem ich über Weiterentwicklungen bei den Werkstätten spreche, habe ich schon begonnen, mich mit dem Vorhaben »*Bundesteilhabegesetz*« zu befassen. Ich bin mir sicher, dass Sie sehr daran interessiert sind, aktuelle Informationen zu diesem eher anspruchsvollen Gesetzgebungsvorhaben dieser Legislaturperiode zu bekommen.

Bevor ich Sie mit dem »Fahrplan« des Verfahrens und weiteren Einzelheiten versorge, möchte ich Ihnen einige aus meiner Sicht interessante *Daten* zur Eingliederungshilfe vorstellen (s. Abb. 1, S. 86).

2 Taubblindheit liegt vor, »wenn der schwerbehinderte Mensch taub oder an Taubheit grenzend schwerhörig und gleichzeitig blind oder hochgradig sehbehindert ist.«

Ausgangslage – Eingliederungshilfe

Die Ausgaben der Eingliederungshilfe sind im Zeitraum von 1994 bis 2012 um 8,8 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einer Steigerungsrate von rund 130 Prozent.

Ausgaben der Eingliederungshilfe
Brutto-Ausgaben in Mrd. Euro

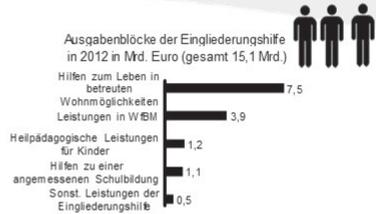
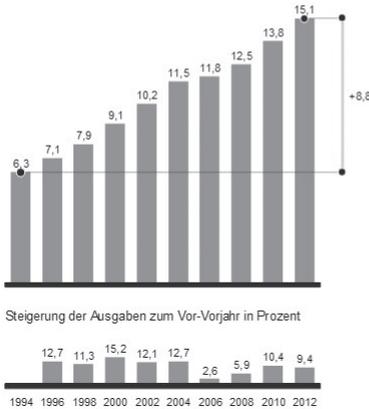


Abb. 1

Die Grafik auf der linken Seite zeigt die Entwicklung der *Ausgaben der Eingliederungshilfe* vom Jahr 1994 bis zum Jahr 2012. In diesem Zeitraum sind die Brutto-Ausgaben von 6,3 Milliarden Euro um 8,8 Milliarden auf 15,1 Milliarden Euro gestiegen. Dies entspricht einer Steigerung von rund 130 Prozent.

In der darunter liegenden Grafik sieht man die Steigerung der Ausgaben zum Vor-Vorjahr. Zweistellige prozentuale Steigerungen in einem Zweijahres-Zeitraum sind danach eher die Regel als die Ausnahme.

Kommen wir nun zur rechten Seite der Folie: Die obere Abbildung zeigt, wie sich die 15,1 Milliarden Euro Ausgaben zusammensetzen: Fast die Hälfte der Ausgaben, 7,5 Milliarden Euro, sind auf die Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten zurückzuführen. Davon entfallen allein 6,1 Milliarden Euro auf Ausgaben in Einrichtungen. Den zweiten großen Ausgabenblock bilden die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen. Hierauf entfallen 3,9 Milliarden Euro.

Die untere Abbildung beschreibt die Fallausgaben. Auch hier dominieren die Ausgaben für die Hilfen zum Leben in betreuten Wohneinrichtungen mit knapp 30 Tausend Euro im Jahr pro Fall.

Ausgangslage – Eingliederungshilfe

Die Zahl der Empfänger von Eingliederungshilfe ist im Zeitraum 2007 bis 2012 um 139.000 (+25 Prozent) gestiegen. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Steigerungsrate von rund 5 Prozent.

Empfänger von Eingliederungshilfe in Tausend

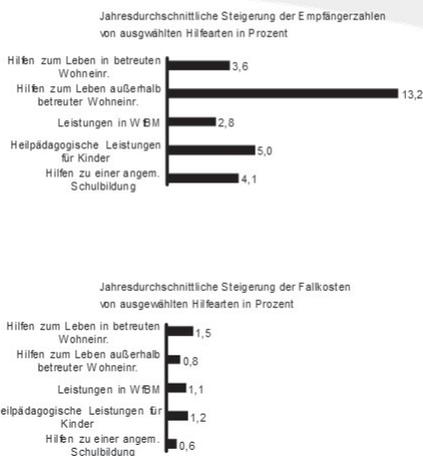


Abb. 2

Auf der nächsten Folie sieht man zum einen, dass die Zahl der *Empfänger von Eingliederungshilfe* vom Jahr 2007 bis zum Jahr 2012 von 541 Tausend um 139 Tausend auf 680 Tausend angestiegen ist. Das bedeutet eine Steigerung um 25 Prozent.

Zum anderen erkennt man auf der rechten Seite der Folie, bei welchen Hilfearten die Empfängerzahlen besonders dynamisch sind. Hier fällt auf, dass die Empfängerzahlen von Hilfen zum Leben außerhalb betreuter Wohnrichtungen mit durchschnittlich 13,2 Prozent besonders stark steigen.

Die Abbildung rechts unten beschreibt die jahresdurchschnittliche Steigerung der Fallkosten nach ausgewählten Hilfearten. Die Steigerungen sind im Vergleich mit den Empfängerzahlen moderat.

Zusammenfassend kann man also sagen: Die Kosten der Eingliederungshilfe sind in der Vergangenheit rasant angestiegen. Ja, stärker als in den anderen Systemen der Rehabilitation.

Reha-Ausgaben der Sozialversicherung und der Eingliederungshilfe (Brutto)

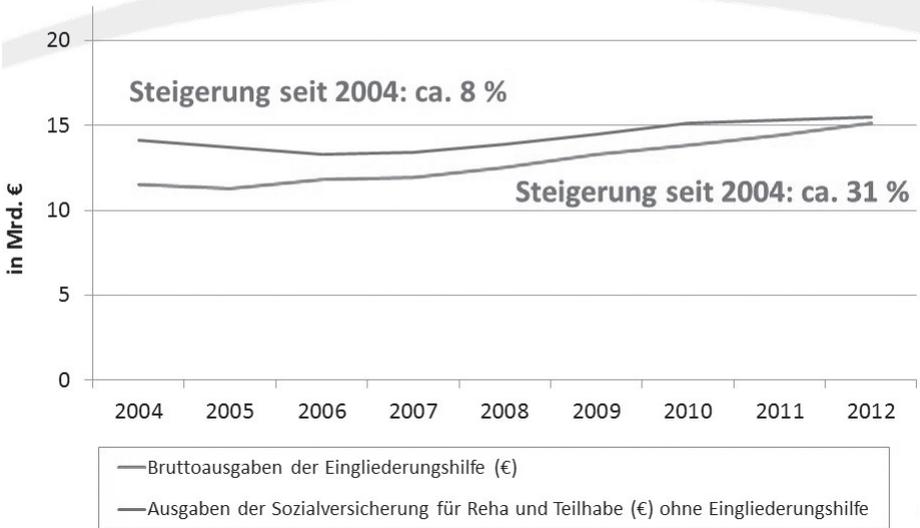


Abb. 3

Der Anstieg ist zu großen Teilen auf die ebenfalls rasant ansteigende Zahl von Empfängern – u. a. bedingt durch die demographische Entwicklung – zurück zu führen. Ein Ende dieser dynamischen Entwicklung ist derzeit nicht abzusehen.

In Abbildung 4 habe ich Ihnen aufgelistet, wo Leistungen für Menschen mit Behinderungen geregelt sind. Man sieht schnell, dass in nahezu allen Sozialgesetzbüchern Leistungen für Menschen mit Behinderungen geregelt sind. Und die Praxis zeigt uns: In vielen Fällen geht wichtige Zeit für die Betroffenen verloren, weil die Regelungen zur Zusammenarbeit des SGB IX nicht hinreichend greifen. Trotz eines § 14 SGB IX werden Zuständigkeitsstreitigkeiten nach wie vor auf dem Rücken der betroffenen Menschen mit Behinderungen ausgetragen. Hier müssen und wollen wir mit einem Bundesteilhabegesetz ansetzen und Abhilfe schaffen.

Vom aktuellen *Koalitionsvertrag* der Regierungsparteien wird unter der Überschrift »Eingliederungshilfe reformieren – Modernes Teilhaberecht entwickeln« der Auftrag für die Erarbeitung eines *Bundesteilhabegesetzes* formuliert.



Leistungen für Menschen mit Behinderung: Systeme und Zuständigkeiten



Abb. 4



Ziele des Bundesteilhabegesetzes

Verbesserung der Lebenssituation von
Menschen mit Behinderungen und
damit Weiterentwicklung des deutschen
Rechts im Lichte der UN-
Behindertenrechtskonvention



dazu:

- Schaffung einer „Eingliederungshilfe neu“, insbesondere: Steuerung der Leistungen der Eingliederungshilfe verbessern
- Verbesserung der vorgelagerten Systeme und der Zusammenarbeit
- Bessere Koordinierung der Rehabilitationsträger
- Keine neue Ausgabendynamik

Abb. 5

Welche *Ziele* verfolgen wir mit dem Bundesteilhabegesetz? Wir wollen die *Lebenssituation* von Menschen mit Behinderungen deutlich *verbessern*. Das deutsche Recht soll im Lichte der UN-BRK weiterentwickelt werden.

Wir wollen die Eingliederungshilfe zu einem *transparenten Teilhaberecht* weiterentwickeln. Im Mittelpunkt steht hierbei der Mensch mit seinen behinderungsspezifischen Bedarfen.

Und wir werden uns anschauen, wo wir im *SGB IX* noch nachbessern können. 13 Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX brauchen wir mehr Verbindlichkeit und Verlässlichkeit insbesondere in der Umsetzung seiner Ziele bei trägerübergreifenden Fallgestaltungen. So wollen wir zum Beispiel Reibungsverluste an den *Schnittstellen* zwischen den Reha-Trägern abbauen und das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderungen stärken.

Wir möchten das gewandelte Rollenverständnis von Menschen mit Behinderungen nach individueller Lebensplanung sowie *Selbstbestimmung* und *Teilhabe* unterstützen. Um es mit den Worten von Bundesministerin Andrea Nahles zu sagen: »Wir wollen nicht mehr über Inklusion reden, sondern Inklusion konkret machen.«

Aber: Durch die Reform darf keine neue *Ausgabendynamik* in der Eingliederungshilfe entstehen.



Ziele des Bundesteilhabegesetzes – Mitteltransfer zur

Entlastung der Kommunen um 5 Mrd. Euro, bspw. durch:

- Kostenübernahme (*) der Pflegeversicherung für Leistungen in vollstationären Einrichtungen ?
- Kostenübernahme (*) der Länder im Bereich der (Hoch-) Schulbildung ?
- Kostenübernahme des Bundes für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ?
- Bundesteilhabegeld ?



(*) = refinanziert aus den 5 Mrd.

Abb. 6

Ein weiteres Ziel der Reform ist die *Entlastung der Kommunen* um 5 Milliarden Euro bei den Ausgaben für die Eingliederungshilfe ab dem Jahr 2018. Hierbei sind verschiedene Wege denkbar:

- Beispielsweise könnte die Pflegeversicherung künftig die Pflegeleistungen an behinderte Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe vollständig übernehmen. Dies würde die Kommunen um rund 1,1 bis 1,4 Milliarden Euro jährlich entlasten. Die Mehrkosten wären der Pflegeversicherung vom Bund zu erstatten.
- Dann hielte ich es für sinnvoll, wenn die Länder künftig entsprechend ihrer Zuständigkeit noch zusätzlich die behinderungsspezifischen Ausgaben zu einer angemessenen (Hoch-)Schulbildung von Menschen mit Behinderungen übernehmen. Damit könnte die Eingliederungshilfe um rund 0,8 Milliarden Euro jährlich entlastet werden und der entsprechende Betrag den Ländern für diese Aufgabe vom Bund zur Verfügung gestellt werden.
- Der Bund könnte sich künftig auch mit einer neuen Geldleistung (einem Beschäftigungszuschuss) an der Förderung der Teilhabe werkstattbedürftiger Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben sowie an der Tagesförderung für diejenigen, die nicht in einer Werkstatt beschäftigt sind, beteiligen.
- Neben dem Ziel der Entlastung der Kommunen bei der Eingliederungshilfe enthält der Koalitionsvertrag noch den Prüfauftrag für ein sogenanntes »Bundesteilhabegeld«. Ich will ganz offen reden: Ich bin bei den Chancen zur Umsetzung eines Bundesteilhabegeldes – wie es etwa die Verbände der Menschen mit Behinderungen fordern – skeptisch. So verlockend die Idee einer bedürftigkeitsunabhängigen und nicht auf andere Sozialleistungen anrechenbaren einheitlichen Geldleistung aus Sicht der Betroffenen ist: Die Umsetzung würde nicht nur den Finanzrahmen sprengen (eine derartige Leistung könnte nicht aus den zur Entlastung der Kommunen bei der Eingliederungshilfe ab 2018 zur Verfügung stehenden fünf Mrd. Euro finanziert werden), sondern wäre auch in Bezug auf die Bestimmung des anspruchsberechtigten Personenkreises nicht konfliktfrei zu bewältigen. An dieser Stelle brauchen wir noch eine gute Idee.

Um es klar zu sagen: Bisher ist mir keine einfache Lösung für dieses Reformvorhaben bekannt, die von allen Beteiligten große Zustimmung erfahren würde. Jede Variante – und das Spektrum ist weiter als die vier vorgenannten Möglichkeiten – hat Vor- und Nachteile für alle Beteiligten – die Betroffenen, die Kommunen und die Leistungsanbieter. Hier sind noch dicke Bretter zu bohren! Womöglich jene, von denen Sie im Titel Ihrer Tagung gesprochen haben.

»Nichts über uns – ohne uns!« Wir beteiligen die Menschen mit Behinderungen und ihre Verbände von Anfang an. Schon vor dem Beginn des Gesetzgebungsverfahrens wurde ein hochrangige Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz eingesetzt. Die Gruppe setzt sich aus Vertreterinnen und Vertreter verschiedener gesellschaftlicher Gruppen zusammen, Vertreter der Leistungserbringer, der Sozialversicherungsträger und der Sozialpartner ebenso wie von Kommunen, Ländern und Bundesressorts (Abb. 7).

Die Arbeitsgruppe hatte am 10. Juli 2014 ihre Auftaktsitzung und wird bis April 2015 insgesamt neunmal zusammen kommen. Ziel ist es, die Reform so vorzubereiten, dass sie in einem möglichst großen gesellschaftlichen Konsens verabschiedet und umgesetzt werden kann (Abb. 8).

„Nichts über uns - ohne uns!“



„Nichts über uns - ohne uns –“





















„Nichts über uns - ohne uns –“























Abb. 7



Termin- und Themenplanung



Termin- und Themenplanung



Abb. 8

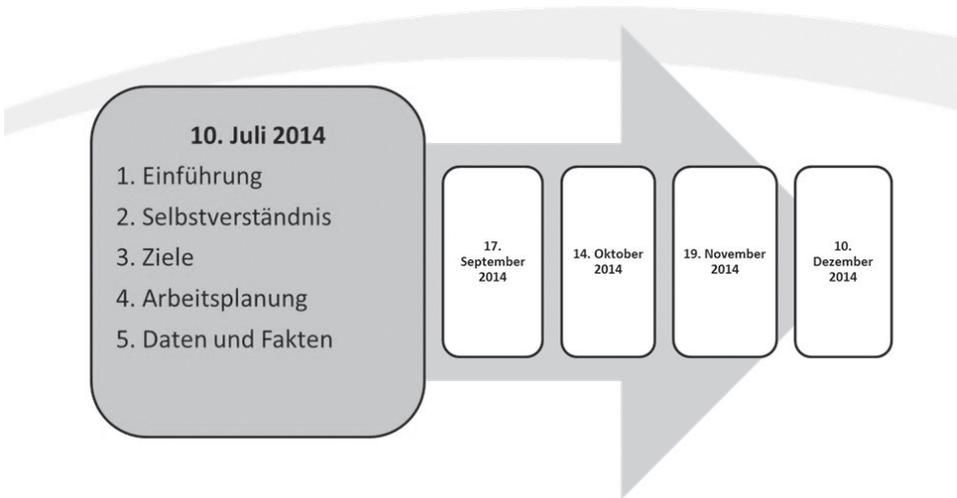


Abb. 9

In der *Auftaktsitzung am 10. Juli* ging es insbesondere darum, das Selbstverständnis und die Ziele der Arbeitsgruppe zu klären. Weiterhin wurde die Arbeitsplanung verabschiedet. Die zu erörternden Punkte wurden inhaltlich und zeitlich festgeschrieben. Es wurde die Einrichtung einer Unterarbeitsgruppe »Statistik und Quantifizierung« vereinbart. Deren Aufgabe ist es, im Auftrag der Arbeitsgruppe, Einigkeit zu den Datengrundlagen und finanziellen Auswirkungen einzelner Reformschritte herzustellen.

In der *zweiten Sitzung am 17. September* wurden vier Themen behandelt (Abb. 10):

1. Personenkreis – Behinderungsbegriff
2. Abgrenzung Fachleistungen zu existenzsichernden Leistungen
3. Bedarfsermittlung und –festellung
4. Unabhängige Beratung

Der *Zeitplan* (Abb. 11) ist eng, schließlich soll einerseits eine breite Beteiligung erreicht, andererseits das Gesetzgebungsverfahren in der laufenden Legislaturperiode abgeschlossen werden. Bis Mitte 2015 soll der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe vorliegen. Bis Mitte 2016 soll nach dem Willen der Ministerin das Gesetzgebungsvorhaben abgeschlossen sein. Dazu wird es erforderlich sein, dass das Bundeskabinett spätestens Anfang 2016 einen Gesetzentwurf beschließt. Dies wiederum bedeutet, dass ein Referentenentwurf einige Monate zuvor vorliegen muss.

Ein solch umfangreiches Reformvorhaben unterliegt natürlich jeder Menge *Risiken*. Im Bereich der »Eingliederungshilfe neu« muss insbesondere darauf hinge-



Abb. 10

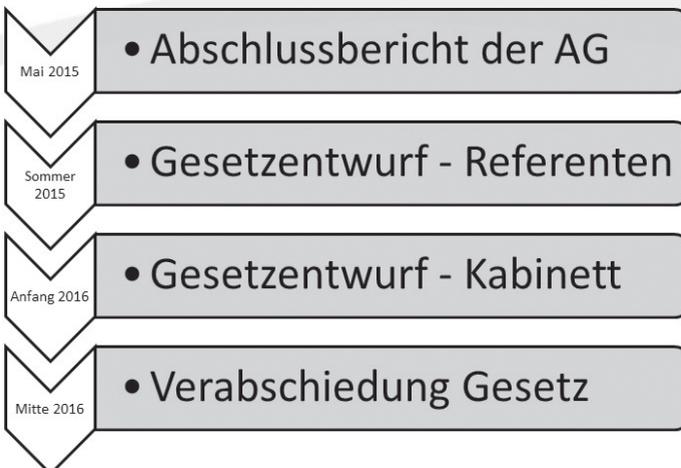


Abb. 11

wiesen werden, dass die schwierigen Kostenfolgenabschätzungen und die Angst vor Strukturbrüchen eine wichtige Rollen spielen werden. Das will ich nicht verschweigen, um deutlich zu machen, dass meinen Kolleginnen und Kollegen und mir die Risiken durchaus bewusst sind.

Zu guter Letzt möchte ich Sie noch auf das *Informationsangebot* zur Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz im Internet hinweisen: Unter dem Link <http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/bthg> sind die Ergebnisse der Arbeitsgruppe öffentlich zugänglich. Sie können von der Arbeitsgruppe verabschiedete Dokumente abrufen und sich auf der Webseite registrieren, um regelmäßig über aktuelle Veröffentlichungen zu der »Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz« informiert zu werden. Nach Registrierung erhält jeder Nutzer automatisch eine Mailnachricht, sobald neue Dokumente auf der Seite eingestellt sind.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion.

B Handlungsfelder und Praxisbeispiele

I Beziehungskontinuität – Ein Anforderung an die Ausgestaltung psychiatrischer Hilfesysteme

Einleitung

Ingmar Steinhart

Die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen in den psychiatrischen Hilfesystemen ist eine Forderung, die in Deutschland seit der Psychiatrie-Enquete (1975) im Rahmen der Deinstitutionalisierung als Forderung eines fachlichen Standards immer wieder in den Vordergrund gerückt wurde. Die höchste Kontinuität konnte zu früheren Zeiten nur in Verbindung mit der totalen Institution, der Anstalt, realisiert werden. Hier wurden Menschen z. T. über Familiengenerationen von Krankenschwestern und -pflegern einerseits kontinuierlich, z. T. einfühlsam und mit hoher Verlässlichkeit betreut, gerieten andererseits angesichts der über Generationen kursierenden mündlich überlieferten Vorausurteile in eine hohe Abhängigkeit und bekamen zumeist keine Chance des Neuanfangs im Beziehungsgeflecht der Institutionen. Bei der Auflösung dieser Strukturen stand die Frage »Was stattdessen?« bezogen auf die Beziehungskontinuität nicht immer an erster Stelle.

Erst in den letzten 20 Jahren ist die Forderung nach Personenkontinuität insbesondere für Behandlungs- und Unterstützungssettings für Menschen mit Langzeit-Psychiatrie-Erfahrung deutlicher und strukturell verankert erhoben worden, u. a. im Rahmen der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) für psychiatrische Komplexleistungen mit den Hilfeplankonferenzen und den koordinierenden Bezugspersonen als Kernelementen. In die Praxis umgesetzt worden ist diese Forderung in weiten Teilen Deutschlands insbesondere in der Eingliederungshilfe seit Ende des letzten Jahrtausends. Ebenfalls hat sich im Rahmen von Programmen der intensiv nachgehenden Langzeitbehandlung (Assertive Community Treatment – ACT) in den vergangenen Jahren das Konzept der kontinuierlichen Bezugsbegleiter weiter entwickelt. Aktualisiert worden ist das Thema in jüngster Zeit vor allem durch Integrierte Versorgungsverträge verschiedener Krankenkassen, die in Ergänzung zum behandelnden Arzt kontinuierliche Bezugsbegleiter als zusätzliche und besondere Leistungen für ihre Krankenversicherten generieren.

Während im Rahmen integrierter Versorgungsverträge »vieles möglich gemacht wird«, bleibt in der Regelversorgung trotz der immer wieder betonten Wichtigkeit des Themas, der flächendeckende Ausbau genau der Bausteine des SGB V, die ein höheres Ausmaß an Kontinuität sicherstellen sollen, der Soziotherapie und der Ambulanten Psychiatrischen Krankenpflege, weit hinter den Erwartungen zurück.

Die niedergelassenen Psychiater sind mit der Vielzahl der von ihnen behandelten Patienten ein Garant für Kontinuität im zergliederten Behandlungssystem, allerdings könne sie die Kontinuität auch nur für diejenigen Patienten herstellen, die den Weg in die Praxen finden.

Auf die oben genannten Aspekte fokussieren die beiden folgenden Beiträge von Norbert Mönter, als erfahrener niedergelassener Arzt im Rahmen des SGB V aus

dem Blick einer Arztpraxis und Jutta Schäfer als zuständige leitende Mitarbeiterin bei einem freien Träger mit Fokus auf die Eingliederungshilfe und die koordinierende Bezugsperson.

Betrachtet man das Versorgungssystem als Ganzes, so stellt sich gerade nicht die Herausforderung, Kontinuität der therapeutischen Beziehung bzw. der Bezugsperson um jeden Preis und bei jeder Patientin/jedem Patienten sicher zu stellen. Die Herausforderung ist vielmehr heraus zu spüren, welche Form der Kontinuität oder Diskontinuität für die einzelne Patientin/Patienten angemessen und passfähig ist und für die/den Einzelnen das größte Entwicklungspotential mit sich bringt. Ein Versorgungssystem in einer Region ist aus unserer Sicht dann für diese Thematik gut aufgestellt, wenn es in der Lage ist, für unterschiedliche Zielgruppen die unterschiedlichsten Formen von Kontinuität zu ermöglichen, d. h. von der kurzfristigen Begegnung am Telefon des Krisendienstes oder der persönlichen mehrstündigen Begegnung mit einem Krisenteam ggf. zuhause bis zu einem sehr langfristigen über viele Jahre dauernden Einzelfall bezogenen Engagement der intensiven Unterstützung durch einen und stets denselben Professionellen. Letzteres ist aus vielfältigen Gründen oftmals kaum zu realisieren, da auch die Mitarbeitenden in der Psychiatrie einer gewissen Fluktuation an ihren Arbeitsplätzen unterworfen sind. Noch größer wird die Herausforderung, wenn neben den sogenannten Psychiatrie-Profis auch Genesungsbegleiter als alternative Variante der kontinuierlichen Begleitung zur Verfügung stehen. Auch hier gilt es, der möglichen Vielfalt von Unterstützungsszenarien eine Vielfalt von Reaktionsmöglichkeiten des Hilfesystems gegenüber zu stellen.

Eine bewährte ergänzende Lösungsstrategie ist die Herstellung einer kontinuierlichen Unterstützung durch ein Hilfeangebot als Ganzes mit den gleichen Werten und Haltungen der Profis und der Genesungsbegleiter, mit verlässlichen und wiederkehrenden Öffnungszeiten etc., das sozusagen immer »gleich tickt«, unabhängig von den aktuell handelnden Personen. Bei Menschen, die längerfristig Kontakt zur Psychiatrie haben, wird letzteres sehr geschätzt, weil sie die Erfahrung gemacht haben, dass intensive Beziehungen zu einer Person über längere Zeiträume kaum realisierbar sind, ausgenommen in den niedergelassenen Praxen, wenn sie dort hingehen; gleichwohl wünschen sie sich einen Behandlungs- und Unterstützungspartner, den sie einschätzen und auf den sie sich verlassen können, also ein auf »Kontinuität« getrimmtes Hilfefpaket. Gerade dieses Thema wird durch eine Diskussion, die der direkten kontinuierlichen persönlichen Beziehung bezogen auf die therapeutische Wirkung geradezu ein überdimensionales Gewicht beimisst, deutlich vernachlässigt, sowohl in der operativen Angebotssteuerung als auch der Versorgungsforschung. Es gilt also neben der individuell passgenauen Kontinuität/Diskontinuität der Beziehung zu Bezugspersonen ebenso eine verlässliche Kontinuität/Diskontinuität der Beziehung zu einem Versorgungsarrangement als Ganzes über ein (rund um die Uhr erreichbares) Beziehungsangebot sicherzustellen.

Kontinuität in der ambulanten Behandlung

Norbert Mönter

Der Einladung zu einem Impulsreferat zur Beziehungskontinuität in der ambulanten Behandlung bin ich mit der Erfahrung einer über 30jährigen Tätigkeit als niedergelassener Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut sehr gerne gefolgt.

Manches / vieles ist ja langzeitigen zwischenmenschlichen Beziehungen der unterschiedlichsten Art gemeinsam. Insbesondere haben natürlich therapeutisch definierte Beziehungen eine Interaktionsdynamik und auch eine Anforderung an die eigene therapeutische Grundhaltung, die über viele verschiedene berufliche Bereiche hin deckungsgleich sind. Neben dem Allgemeinen gibt es aber auch das Spezielle und ich werde die Aspekte der ärztlich-psychiatrischen Behandlung herauszustellen versuchen und dabei auch auf den grundlegenden Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Psychiatrie kurz eingehen.

Das Wichtigste zuerst:

Die Menschen sind sehr unterschiedlich; das gilt allemal auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen.

Diese Erkenntnis gehört in der Psychiatrie natürlich zum Standardwissen ... mittlerweile, denn ich kann mich sehr wohl erinnern an die gängigen, nivellierenden wie stigmatisierenden Kategorisierungen wie Epileptiker oder Psychopath. Und auch heute wird beispielsweise bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen noch immer viel zu selbstverständlich von dem oder der Schizophrenen gesprochen. Dabei gibt es weder *die* Schizophrenie wie schon E. Bleuler wusste und schon gar nicht gibt es *den* Schizophrenen ... wie es ja auch nicht *den* Russen, *den* Juden und *den* Araber gibt.

Also nochmals: Menschen mit psychischen Erkrankungen, Störungen sind sehr unterschiedlich.

Viele von ihnen, nicht alle suchen Hilfe bei einem Psychiater. Viele, nicht alle finden dort Hilfe.

Einigen geht es besser ohne Psychiater. Auch das sollte man nicht vergessen.

Ich spreche nachfolgend über die Patienten, die mit dem Angebot eines Nervenarztes/Psychiaters irgendwie etwas anfangen können und das sind ja nicht wenige: In Berlin sind es geschätzte gut 100 000 Menschen, die pro Quartal von einem Nervenarzt/Psychiater behandelt werden ... so viel wie bei keiner anderen Berufsgruppe und in keiner anderen Institutionsform bzw. mehr als bei allen anderen Psycho-Berufsgruppen zusammen. Diese quantitative Versorgungsdimension sollte bei allen Strukturüberlegungen gerade im sozial- bzw. gemeindepsychiatrischen Kontext nicht vergessen werden.

Einige Patienten möchten am liebsten zwei Mal pro Woche zum Psychiater kommen, andere allenfalls zwei Mal im Jahr oder eben nur dann, wenn es Ihnen nicht gut geht und sie spezielle Hilfe benötigen.

Wie oft und wie lange, über welchen Zeitraum jemand zu einem Facharzt für

Psychiatrie geht, hängt von vielen Faktoren ab, sicher nicht nur von seiner Diagnose. Es hängt ab von seinem familiär-sozialen Kontext, von seinen persönlichen Stilen insbesondere seinen Problemlösungsstilen und natürlich vom Vorhandensein anderer Hilfe-Angebote. Selbstverständlich hängen die Frequenz und auch die Kontinuität der Behandlung von dem Psychiater ab und manchmal vor allem von seiner Sprechstundenhilfe. Nicht nur psychiatrische Patienten, auch Psychiater sind sehr unterschiedlich und manchmal auch sehr speziell. Und wir wissen, dass jede Praxis, jeder Psychiater ein eigenes Patientenprofil hat. Leider hat die freie Arztwahl durch die oft kapazitätsbedingten Aufnahmebeschränkungen der Praxen nicht mehr den Stellenwert, der ihr zustehen sollte; dies gilt vor allem für strukturschwache, bevölkerungsarme Regionen.

Der Vorteil, der aus einer Beziehung zum *selbstgewähltem* Psychiater erwächst, kann allerdings nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es geht hier um die Passung oder auch Affinität hinsichtlich bestimmter Merkmale wie Verlässlichkeit, Korrektheit, Pünktlichkeit, persönlicher Stil bis hin zur Kleidung, nicht zuletzt Freundlichkeit oder auch Humor. So habe ich erlebt, dass Patienten schwer überbrückbare Antipathien zu sogenannten Pullover-Psychiatern pflegten. Und der sogenannte mündige, aufgeklärte Patient wird einen anderen Psychiater (Typus) präferieren als der an paternalistischem Verhältnis innerlich gebundene Patient. M. E. ist es von nicht zu unterschätzender Bedeutung, dass ein Patient in Deutschland seinen Psychiater auch wechseln kann und der Alltag zeigt allemal, dass so etwas wie Passung möglich ist. Diese gefundene Passung wie auch die zumeist jahrzehntelange Präsenz vor Ort sind natürlich ganz wesentliche Positiv-Faktoren hinsichtlich der Beziehungskontinuität.

Nun ist Passung in der therapeutischen Beziehung viel weniger als im sonstigen Leben z. B. bei der Partnerwahl oder in der Familie ein schwer beeinflussbares Naturphänomen *sui generis*, sondern Passung in der psychiatrischen Behandlung ist abhängig von der Haltung des Psychiaters und seinem Beziehungsangebot. Psychiater sollten es – soweit möglich – passend machen können!

Diese Tagung befasst sich in besonderer Weise mit Behandlungsqualität. Als über zehn Jahre für die Kassenärztliche Vereinigung (KV) tätiger Qualitätszirkel (QZ)- Tutor und Ausbilder der Berliner vertragsärztlichen Moderatoren von QZ möchte ich hinsichtlich der Qualität drei entscheidende Faktoren anführen, die einen guten Psychiater ausmachen:

1. Gute Psychiater sollten kompetent unterschiedliche Therapieoptionen anwenden/verordnen (somatische wie z. B. die Pharmakotherapie, oder nicht somatische Optionen wie Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Pflege, Familienintervention etc.) und
2. sie sollten eine tragfähige Beziehung anbieten.
3. Sie sollten sowohl unterschiedliche Therapieoptionen (ihr Know-how) als auch ihr Beziehungsangebot differenziert an der individuellen Person und am jeweiligen Rahmen ausrichten und somit reflektiert variieren können.

Ich komme noch darauf zurück, was das konkret heißt und möchte zunächst eine Anleihe bei einer Nachbardisziplin, der Psychotherapie, machen.

Die Psychotherapieforschung hat sich im letzten Jahrzehnt viel mit den Wirkfaktoren der Psychotherapie befasst und diese haben auch für die Frage der Kontinuität psychiatrischer Behandlung grundlegende Bedeutung.

Ich rufe sie gerne ganz kurz in Erinnerung:

- Wirkfaktor *Ressourcenaktivierung*: Gemeint ist individuelle Merkmale und Eigenschaften, die Patienten in die Therapie einbringen, als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen zu nutzen. Psychotherapie nutzt also zur Problembewältigung vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten der Patienten.
- Dann gibt es den Wirkfaktor *Problemaktualisierung*, womit gemeint ist die Probleme methodisch geleitet, ggf. auch methodenspezifisch konkret in Angriff zu nehmen: Z. B. werden reale Situationen aufgesucht oder hergestellt (Verhaltenstherapie), Personen in die Therapie einbezogen, die an den Problemen beteiligt sind (u. a. Familien-, Paartherapie), oder die therapeutische Beziehung und die in ihr auftretenden Konflikte und Gefühle genutzt (psychodynamische/psychoanalytische Therapie).
- Wirkfaktor *Problembewältigung*: Patienten werden im Rahmen von Psychotherapie mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen oder konfliktorientierten Beziehungsangeboten aktiv handelnd oder emotional verstehend darin unterstützt, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung zu machen.
- Wirkfaktor *motivationale Klärung*: Therapien fördern mit geeigneten Maßnahmen das Ziel, dass Patienten Einsichten in ihr konflikthafte Erleben und Verhalten gewinnen (z. B. Förderung von Introspektion und Selbstreflexionsfähigkeit, Konfrontation mit und Deutung von Abwehrmechanismen, Hinweis auf und Veränderung von dysfunktionellen Kognitionen und Beziehungsmustern).
- *Und als übereinstimmend für alle Therapieschulen und Methoden wird als wichtigster Wirkfaktor die therapeutische Beziehung gesehen.*

Diese hohe Wertschätzung und nachgewiesene Prognose-Relevanz der therapeutischen Beziehung, wie sie die Psychotherapieforschung-Forschung herausgearbeitet hat, gilt auch für die psychiatrische Behandlung.

Es gilt zu differenzieren:

Der Erfolg psychiatrischer Behandlung hängt manchmal fast vollständig am Effekt der angewandten Therapie-Option, oft z. B. eines Medikamentes, welches Angst, verzweifeltes Grübeln, Depression und Paranoide Bedrohung verschwinden lässt, aber manchmal hängt der Erfolg psychiatrischer Behandlung fast vollständig an der Beziehung zum Therapeuten, an der vermittelten Hoffnung, am Verstandenwerden, Erklärt-bekommen. Und in der Regel kombinieren sich die Effekte.

Es ist gut, dass die Forschung zu begreifen beginnt, dass für die so oft beschriebene Plazebo-Effekt Wirkung (gilt auch für den Nocebo-Effekt) nicht ein seltsamer,

mit Schmunzeln zu begleitender Artefakt verantwortlich ist, sondern dass die konkrete Arzt-Patienten-Interaktion hier das Entscheidende ist.

Vertrauen und Suggestion, natürlich auch Autosuggestion und Heilerwartung einerseits, Aufklärung, Beteiligung an der Entscheidung und Shared Decision Making (Partizipative Entscheidungsfindung) andererseits sind Pole einer Behandlungsdynamik, die bei individuell gelungenem Mischungsverhältnis zu individueller Behandlungs-Kontinuität entscheidend beiträgt. Welches Mischungsverhältnis als gelungen angesehen werden kann, hängt des Weiteren ab vom Befinden des Patienten und kann intraindividuell auch auf der Zeitachse sehr variieren.

So hilfreich der mündige, der aufgeklärte, mitentscheidende Patient auch für das Gelingen von Therapie ist, so glaube ich doch, dass Behandlungskontinuität und die Forderung nach Aufklärung über Krankheitsursachen, Therapiemöglichkeiten und Prognose ebenso miteinander verknüpft sind wie Behandlungskontinuität und Respekt des Psychiaters vor dem Patienten und reziprok das Vertrauen seitens des Patienten in den Psychiater.

Ein respektvoller Umgang mit dem Patienten schließt heute das Angebot zu weitergehender Information ein.

Ich komme zurück auf das von einem guten Psychiater zu machende Beziehungsangebot:

Mir hat in diesem Kontext die Unterscheidung von Gerd Rudolf (RUDOLF g., Strukturbezogene Psychotherapie, 2013, S.127), der sich viel mit den Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose befasst hat gut gefallen:

Rudolf unterscheidet drei hilfreiche Haltungen in der Behandlung:

1. sich hinter den Patienten stellen
2. sich neben den Patienten stellen
3. sich dem Patienten gegenüberstellen

Genau um diese Dimensionen geht es bei der Frage der Behandlungskontinuität, die sich für Behandlungen beim Psychiater gerne auf mehrere Jahrzehnte erstrecken kann. Wie diese Haltungen sich im psychiatrischen Alltag sich in den konkreten Behandlungen auswirken, wurde in einigen Fallvignetten vorgestellt, die aber in diesem Band nicht zum Abdruck kommen können.

Koordinierende Bezugsperson

Jutta Schäfer

Mit dem Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BRP) für eine Eingliederungshilfemaßnahme besteht die Notwendigkeit eine sogenannte Koordinierende Bezugsperson (im Folgenden KoB) zu bestimmen. Sie trägt die Verantwortung für die therapeutische Umsetzung der Hilfeplanung.

»Die koordinierende Bezugsperson ist hier sowohl persönlich begleitend, d. h. den Klienten motivierend, stützend, konfrontierend und das Umfeld beratend, wie auch prozessbegleitend in der Vermittlung zwischen den verschiedenen Professionellen tätig. (...) Die koordinierenden Hilfen müssen sich streng am Selbsthilfeprinzip orientieren; sie sollen nur dann und so weit geleistet werden, wie der Klient (...) dazu nicht in der Lage ist. (...) Ihr (der KoB, Anm. d. Ref.) obliegt die Verantwortung gegenüber allen am Hilfegeschehen für diesen Klienten beteiligten Personen und Einrichtungen für die Umsetzung, Korrektur oder Einhaltung des Hilfeplans Sorge zu tragen.« (aus: Leitfaden zur Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans, Begutachtungsleitfaden, 4. Berliner Textfassung).

Die koordinierende Bezugsperson soll also fester Ansprechpartner und im besten Falle Vertrauensperson für den Klienten sein und dafür Sorge tragen, dass dessen Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Sie achtet darauf, ob Verabredungen von allen Beteiligten umgesetzt werden bzw. umgesetzt werden können.

Die Rolle der KoB wird zumeist nicht therapeutisch begleitend, sondern vielmehr beratend und moderierend gesehen (vgl. z. B. regionale Arbeitsanweisung zur Koordination und Abstimmung im Vogelsbergkreis).

Auf diese Rolle und die spezifischen Aufgaben hin reflektiert, stellt sich noch vor der Frage nach der Beziehungskontinuität zunächst die Frage wie eine gute Beziehung zum Klienten gestaltet werden kann. Diese Variablen können dabei hilfreich sein:

1. Wenn die KoB sich nicht als Experte für die Bedürfnisse des Klienten versteht, sondern seinen persönlichen Wünschen und Bedürfnissen mit Interesse und Respekt begegnet.
2. Wenn die KoB neutral sein kann gegenüber den Ideen, Lösungsansätzen und Zielen des Klienten.
3. Wenn die KoB offen sein bzw. Offenheit schaffen kann für neue Möglichkeiten des Klienten und für Spielräume zum Ausprobieren.
4. Wenn die KoB dem Klienten gegenüber immer transparent bleibt und nicht ohne Wissen und Einverständnis des Klienten handelt.

Gefragt wird nach der Beziehungskontinuität, die allgemein als Qualitätskriterium psychiatrischer Versorgung gilt. Sie erscheint bei der Person der KoB besonders bedeutsam, da längerfristige Entwicklungsprozesse begleitet werden sollen.

Klientinnen, die wir in den letzten Wochen dazu befragt haben, ob und warum Ihnen Beziehungskonstanz wichtig ist, gaben uns die folgenden Antworten:

- » ... weil ich ja sonst immer wieder von vorne anfangen muss«
- » ... weil es einfacher ist, wenn sie mich schon kennen«
- » ... damit sie mir besser helfen können«
- » ... weil ich dann mehr Vertrauen habe«

Dies sind von Klienten formulierte Vorteile von Beziehungskontinuität. M. E. wären diese Aussagen auch aus der Perspektive der KoB denkbar. Hinzu kommt, dass wir durch eine längerfristige Begleitung eines Menschen aktuelle Problemlagen und Krisen besser einordnen können.

Wenn Beziehungskontinuität so bedeutsam ist, erscheint es wichtig zu fragen, was wir tun können, wenn sie in der Praxis nicht gelingt.

Gründe, weshalb Kontinuität nicht aufrechterhalten werden kann, gibt es viele. Es kann sein, dass die betreffenden Personen »nicht gut miteinander können«, dass Mitarbeiter länger krank werden, dass Hilfebringer Umstrukturierungsmaßnahmen durchführen und anderes mehr. Hier wäre es sinnvoll, wenn alte und neue KoB zumindest für einige Monate als Tandem arbeiten könnten. Wenn durch die scheidende KoB eine Brücke gebaut werden und Erfahrung weitergegeben werden kann. Wenn die scheidende KoB erst geht, wenn schon erstes Vertrauen gewachsen ist. Dies ist einfacher in Teams und Institutionen und Kooperationsverbänden umzusetzen. Es gibt also Funktionen wie die des Einzelfallhelfers, die sich für die Aufgabe und Verantwortung der KoB weniger eignen. Ihnen fehlen größtenteils die Strukturen und Rahmenbedingungen, mit denen sich Brücken bauen und Erfahrungen weitergeben lassen.

Es ist unstrittig vorteilhaft, wenn die KoB einen Klienten längere Zeit begleitet, auch wenn andere Bezugsbegleiter wechseln. Gerade deshalb sollte gefragt werden, ob es auch Nachteile allzu langer Beziehungskontinuität gibt. Wohl auch.

Es gibt die Gefahr des Fest-gefahren-seins, gar der »gemeinsamen Chronifizierung«. Insofern sollte auch über eine zeitlich begrenzte Beziehungskontinuität nachgedacht werden, etwa ein Wechsel nach drei oder fünf Jahren. Damit bieten sich dem Klienten neue Begegnungsmöglichkeiten, neue Erfahrungen. Wenn eine Überleitung in einem Tandem erfolgen kann, ist dies vielleicht einer langen Kontinuität vorzuziehen.

Schließlich kann eine allzu lange Beziehungskontinuität auch eine Gefahr bergen, auf die m.E. zu wenig hingewiesen wird. Bei langen Betreuungsbeziehungen, gerade auch, wenn die Passung ideal erscheint, kommt es nicht selten zu Krisen, wenn der Klient damit seine älteste und wichtigste Vertrauensperson verliert. Eine Aufgabe aller professionellen Begleiter ist die Herausforderung Begegnung zu ermöglichen und dabei stets die Modellfunktion dieser Begegnung zu reflektieren.

II Beziehung zum Klienten und seinen Bezugspersonen

Einleitung

Reinhard Peukert

Beziehung hilft – Beziehung zu allen Beteiligten hilft mehr

Dieser Slogan drängte sich nach Abschluss der lebhaften Debatte im Symposium auf, denn allen drei Beiträgen ist die Botschaft gemeinsam:

- gute Hilfe bedarf der Überschreitung des Zweier-Dialogs zwischen Patient und Therapeut.

In den Grundorientierungen finden sich weitere Gemeinsamkeiten:

- In Kontakt kommen und in Kontakt bleiben durch personale Präsenz,
- Offenheit herstellen und offen sein für alle eingebrachten Perspektiven,
- nicht Sicherheitsmaßnahmen, sondern Sicherheit durch eigenes Handeln.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört die beziehungsorientierte Einbeziehung der Eltern zum professionellen Grundbestand. *Kölch* u. a. legen in der gebotenen Kürze die Bedeutung des elterlichen Interaktions- und Erziehungsverhaltens für die Entwicklung der Kinder dar und stellen auf diesem Hintergrund die Förderung positiver Beziehungserfahrungen als therapeutisches Interventionsziel heraus. Mit dem Hinweis, im Dienste dieses Zieles auch »setting übergreifend« im häuslichen Umfeld tätig zu werden, deutet sich eine Verbindung zu den Netzwerkgesprächen (Aderhold) an, und die Fokussierung auf die Familien wird in der »Vernetzungsarbeit« mit der Jugendhilfe überschritten.

Viele weitere Aspekte der beziehungsorientierten Arbeit im Netzwerk der Patienten werden angesprochen, wobei als zentrale Grundsätze herausgestellt werden: Beziehungskontinuität, Offenheit, Transparenz.

Das Ulmer Modell der »pädagogischen Elternrunde« zur Unterstützung einer aktiven Problembewältigung wird vorgestellt.

Die beiden anderen Beiträge sind explizit dem »systemischen Ansatz« verpflichtet, der vielfältige methodisch durchdachte Strategien mit dem zentralen Anliegen einsetzt, um die Denk- und Handlungsmustern der Patienten bzw. Klienten sowie weiterer Interaktionspartner zu »verflüssigen«, wobei deren Interaktionszusammenhang als System verstanden von eben diesen Denk- und Handlungsmustern aufrechterhalten wird. Dies wäre nicht weiter erwähnenswert, wenn nicht die Muster in manchen der Interaktions-Systeme psychisches Leiden – je nach theoretischer Positionierung – verstärken, aufrechterhalten oder hervorbringen würden.

Dillo skizziert in wenigen Absätzen das zentrale Selbstverständnis des systemischen Ansatzes und stellt ihn als beziehungsorientiert heraus – sowohl gegenüber dem Patienten als auch seinen Bezugspersonen. Dabei wird dem »vertrauensvollen Kontakt« als Voraussetzung für den Perspektivwechsel von der permanenten Beschäftigung

mit den eigenen Problemen zum Mut, sich von der Ohnmacht der eigenen Krankheit gegenüber zu verabschieden, um »Lösungsmöglichkeiten auf die Spur zu kommen.« Dafür stellt er einige hilfreiche Methoden vor, u.a. das sog. »Tratschen in Anwesenheit des Betratschten.«

In seinem schriftlich deutlich umfangreicheren Beitrag führt *Aderhold* in aktuelle Erweiterungen der theoretischen Reflexionen und des therapeutischen Vorgehens ein, in denen der Open Dialog sowie das Reflecting Team in einen theoretisch und klinisch umfassenden Zusammenhang gestellt werden. Kernintervention dieses Ansatzes sind sog. Netzwerkgespräche mit dem Klienten, zugänglichen Familienangehörigen und weiteren wichtigen Bezugspersonen und einem multiprofessionellen Team, dem möglichst auch ein Erfahrungsexperte angehört. In ihnen werden die Regeln und Routinen des herkömmlichen psychiatrischen Systems abgelöst von den wechselseitigen Erfahrungen der Beteiligten und deren oft nur fragmentarischen sprachlichen Repräsentation. Im aufeinander bezogenen Austausch der Erfahrungen, in der »Polyphonie«, wird der Zugang zu einem besser verstandenen und sozial integrierten Handeln gesehen, das sich nicht auf die Wahrheit von Tatsachen, sondern auf die Wahrhaftigkeit des Austausches sowie die im Dialog erarbeitete konsensuelle Wahrheit gründet. Dazu dient u. a. die aus der systemischen Therapie bekannte öffnende Haltung im therapeutischen Gespräch – von *Aderhold* in Beispielsätzen konkretisiert. Die Erweiterungen betreffen – nach skandinavischen Vorbild – nicht nur die Beteiligten am therapeutischen Prozess durch die Ausweitung auf ihr soziales Netzwerk, sondern neben anderem auch den Abschied von der therapeutischen Neutralität im Sinne des Verbergens eigener emotionaler Anteile vor dem Patienten – hin zu der Aufforderung, eigene Erfahrungen und Gefühle situativ angemessen transparent zu machen; damit würden sowohl die Ernsthaftigkeit der therapeutischen Bemühungen unterstützt als auch diese Öffnung des Therapeuten als Modell für die Gesprächsteilnehmer erlebt.

Überhaupt scheint das Öffnen und Offen-Halten auch und gerade konfligierender Sichtweisen in der »Polyphonie« zu einer wesentlichen Grundhaltung geworden zu sein – aber lesen Sie selbst und lassen Sie sich von der Gedankenfülle der drei Beiträge anregen!

Einbezug von Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Michael Kölch, Marina Dockhorn, Ilonka Moser, Jörg M. Fegert

Psychische Erkrankungen eines Kindes betreffen immer neben dem Kind oder Jugendlichen das gesamte Familiensystem. Eltern sorgen sich um das Kind, Eltern erhalten aber auch Druck vom Umfeld, der Schule, Verwandten, sich um das Kind bzw. dessen Probleme besser zu kümmern, bzw. zu sorgen, dass diese verschwinden. Daneben kann die Erkrankung eines Kindes die verfügbare Zuwendung zu Geschwisterkindern beeinflussen, da sich die Eltern z. B. auf die Behandlung und Fürsorge für das erkrankte Kind konzentrieren.

Aus der Resilienzforschung wissen wir, dass die Familie einen stark protektiven Faktor darstellen kann, allerdings kann elterliches Erziehungsverhalten ebenso einen wesentlichen Risikofaktor für die gesunde Entwicklung eines Kindes bilden. So ist bei psychisch auffälligen Kindern bekannt, dass das Erziehungsverhalten oftmals mit die Störung des Kindes zumindest unterhält, aber auch dass die elterlichen Kompetenzen besonderer Förderung bedürfen. Insofern können familiäre Bedingungen zumindest bei bestimmten psychischen Erkrankungen bei Kindern auslösend und verstärkend wirken, sie können jedoch auch dazu führen bzw. beitragen, dass eine Störung remittiert.

Typische familiäre Belastungsfaktoren, die zu einem erhöhten Risiko für eine psychische Erkrankung beim Kind führen sind z. B. eine eigene psychische Erkrankung bei einem oder beiden Elternteilen, ein eher vernachlässigender Erziehungsstil, andauernde Konflikte in der Familie, Trennung der Eltern (MELTZER et al. 2003, RAVENS-SIEBERER et al. 2008). Insbesondere Einschränkungen der elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen sind es, die offenbar ungünstig auf die Entwicklung des Kindes einwirken (ZIEGENHAIN et al. 2014). Positiv formuliert stellen eine stabile, vorhersagbare und vertrauensvolle Bezugsperson, die Vermittlung von Regeln, Werten und Struktur und die Eröffnung von Lernchancen etwa solche protektiven Faktoren für Kinder dar, während – häufig über Jahre dauernde Partnerschaftsschwierigkeiten / -konflikte, oder z. B. bei psychisch kranken Eltern die häufiger beobachtete Verletzung der Generationengrenzen aufgrund der eigenen schweren Erkrankung, die zur Parentifizierung und Rollenumkehr führen kann, eher ungünstig wirken.

Neben dem ebenfalls bestehenden genetischen Risiken für manche psychische Störung, sind es vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren, und hier insbesondere die Kumulation derselben die das Risiko von Kindern erhöhen, an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. KÖLCH, ZIEGENHAIN, FEGERT 2014).

Altersabhängigkeit des Einbezugs von Eltern in die Therapie von Kindern und Jugendlichen

Der Umfang und die Art der Einbeziehung von Eltern in die Therapie von Kindern und Jugendlichen hängen stark vom Alter des Kindes ab. Je jünger das Kind ist, desto mehr fokussiert die Therapie auf die Eltern. Gerade im Bereich der Kleinkindpsychiatrie, bei dem es häufig um die Verbesserung der Bindung zwischen Eltern und Kind geht, setzt die Therapie bei den Eltern an. Umgekehrt führt die zunehmende Autonomie Jugendlicher dazu, dass der Einbezug der Eltern abgestimmt mit dem Patienten geschehen muss und manche Themen in der Therapie nicht mit den Eltern besprochen werden. Letztlich befindet man sich auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen: Therapie der Eltern und alleiniger Therapie des Patienten ohne Eltern (vgl. auch ROTHÄRMEL et al. 2006).

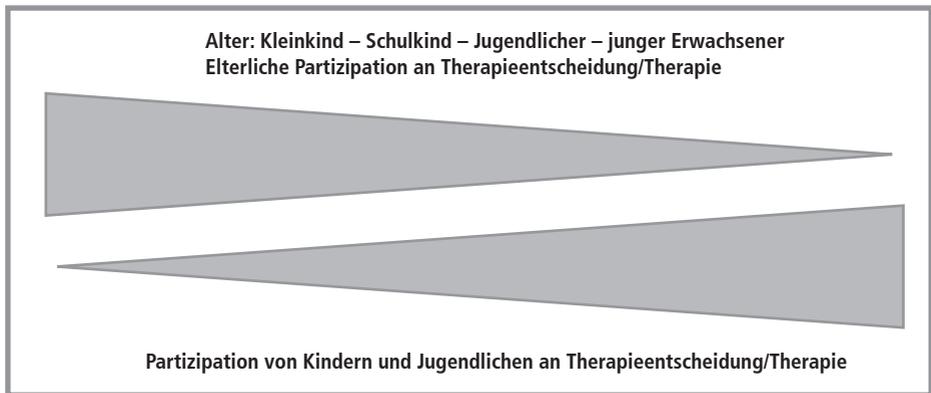


Abb.1: Partizipation in der Therapie: Minderjähriger vs. Eltern

Bindung und Beziehung auch zwischen Therapeuten, Eltern und dem Kind sind die Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie. Gerade da ein nicht unbedeutender Teil der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich der Beziehung und Bindung defizitäre Vorerfahrungen hat, ist die Beziehungsqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von entscheidender Bedeutung für die Qualität der gesamten Therapie, bzw. die Grundvoraussetzung, dass störungsspezifische Interventionen gelingen können.

Elterliche Defizite und Ressourcen – mögliche Ansatzpunkte in der Therapie

Eine typische Einschränkung in der Qualität elterlicher Kompetenzen ist die aus der Bindungsforschung bekannte mangelnde Feinfühligkeit. Gemeint ist damit, dass Eltern – emotional wenig beteiligt sind, im schlimmsten Fall sogar sich feindselig / zurückweisend gegenüber dem Kind verhalten und in ihrem Verhaltensrepertoire

eher harsch / monoton und intrusiv sind (ZIEGENHAIN et al. 2014). Besonders belastend ist ein solches Verhalten, wenn es längerdauernd besteht. So kann dies z. B. für Kinder belastender sein, wenn dieses Verhalten bei Eltern aufgrund einer Persönlichkeitsstörung dauerhaft vorherrscht, als wenn es aufgrund einer begrenzten psychotischen Episode transient vorkommt. Bei Säuglingen / Kleinkindern können bereits kurze Episoden entwicklungskritisch sein.

Die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen kann also als Ansatzpunkt gesehen werden um in der Therapie der Familien wirksam die familiären Belastungsfaktoren für das Kind zu reduzieren.

Gerade bei kleineren Kindern kann die Förderung positiver beziehungsbezogener Erfahrungen dazu führen, dass eine flexible Anpassung an rasch wechselnde Umgebungen / Kontexte, wie sie Kinder zu leisten haben, während des Aufwachsens besser gelingt, ebenso wie die Organisation / Integration neuer Erfahrungen (Lernen). Die psychophysiologischen Regulationskompetenzen können sich so ausbilden und eine positive Emotionsregulation, aktive und passive Stressbewältigung für Kinder leichter gelingen. Grundlegend dafür sind stabile und vertrauensvolle Bindungsbeziehungen (vgl. ZIEGENHAIN et al. 2014).

Ein Teil der Elterntherapie macht deshalb aus, diese Kompetenzen bei Eltern zu fördern, auszubauen und zu stabilisieren, über den akuten Klinikaufenthalt hinaus. Neuere Formen der Versorgung versuchen deshalb settingübergreifend auch im häuslichen Umfeld kinder- und jugendpsychiatrisch zu arbeiten (BÖGE et al. 2014).

Elternarbeit heißt aber auch bei sich wandelnden familiären Strukturen in der Gesellschaft, dass oftmals nicht von einer klassischen Familienkonstellation ausgegangen werden kann. Insofern wird Elternarbeit auch aufwendiger, da beispielsweise bei Patchworkfamilien der leibliche Vater und der Stiefvater etc. in die Therapie eingebunden werden müssen. Dies bedeutet auch einen größeren Zeitaufwand im Rahmen der Therapie für die Elternarbeit.

Im Rahmen des §35 a SGB VIII haben viele Kinder und Jugendliche, die kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden und aufgrund ihres Störungsbildes wesentlich beeinträchtigt sind, einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfen zur Minderung ihrer psychisch bedingten Teilhabebeeinträchtigung. Die Jugendhilfe kann dabei sozialrechtlich als Reha Träger und in der praktischen Zusammenarbeit als komplementäres System für die Kinder- und Jugendpsychiatrie verstanden werden, das oftmals als unabdingbarer Partner für längerfristige Hilfen zur Eingliederung notwendig ist, damit die Folgen der psychischen Störung reduziert, bzw. die Symptomatik minimiert werden kann. Andererseits haben Eltern aber oftmals Vorbehalte oder sogar Ängste vor der Jugendhilfe und insbesondere vor dem Jugendamt. In der Elternarbeit ist es daher eine wichtige – und oft auch zeitintensive – Aufgabe, Eltern den Weg zur Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt zu ebnen und Vorbehalte zu reduzieren (KÖLCH und SCHMID 2008). Die Vernetzungsarbeit, gerade auch in den schwierigen Fällen ist daher im Rahmen der Elternarbeit notwendig (zur Vernetzung vgl. auch ZIEGENHAIN et al. 2010). Da im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie es immer auch zur Frage der

Sicherung des Kinderschutzes kommen kann, insbesondere auch bei jüngeren Kindern, kann Elternarbeit auch heißen, im Rahmen von Kinderschutzverfahren gegenüber Eltern die notwendigen Schutzaspekte für das Kind zu vertreten. Eltern versuchen zu motivieren, entsprechende Hilfen anzunehmen und wenn diese Hilfen nicht angenommen werden, die Gefährdung des Kindes weiter besteht und nicht auf eine andere Art abgewendet werden kann, gegebenenfalls nach einer Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (§ 4 KKG) auch die notwendigen Informationen an das Jugendamt weiterzuleiten, um die Einleitung von Hilfsmaßnahmen zu ermöglichen. Im Rahmen des sogenannten Bundeskinderschutzgesetzes ist im § 4 KKG eine entsprechende Befugnisnorm zur Weitergabe solcher Informationen ausformuliert worden, welche deutlich macht, dass ein solches Vorgehen keinen Bruch der Schweigepflicht darstellt.

Information und Transparenz als Grundlage therapeutischer Elternarbeit

Nachdem kinder- und jugendpsychiatrische Klinikaufenthalte und -behandlungen nicht zur Regel für Familien gehören, ist die Information und Aufklärung über Art, Dauer, Methoden, notwendiger zeitlicher Aufwand auch der Eltern und Familie im Rahmen der Behandlung der Grundstein für die weitergehende Einbeziehung (vgl. auch FEGERT und KÖLCH 2013, PIONTKOWSKI et al. 2010). Für viele Kinder und ihre Eltern ist die Vorbereitung zur stationären Aufnahme eine sehr aufregende belastende Zeit. Häufig erhalten Kinder hier auch völlig inadäquate Informationen, z. B. durch Hausärzte über den späteren Aufenthalt (vgl. ROTHÄRMEL et al. 2006) Deshalb haben wir an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJP) in Ulm eine sehr realitätsnahe Informationsbroschüre für Kinder im Schulalter erstellt, bei der eine Comic-Figur ihren Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schildert: »Was ist denn schon normal?« Zusätzlich enthält diese Broschüre auch gezielt Elterninformationen zu bestimmten Bereichen. Dabei ist uns aufgefallen, dass die für Kinder verständliche Darstellung der Abläufe auch dazu führt, dass Eltern besser auf die Zusammenarbeit vorbereitet sind und ihre Kinder auch in der Aufnahmesituation und während der Behandlung besser unterstützen können.

Selbstverständlich müssen Eltern, so nicht etwa ein Jugendlicher dem widerspricht, über die Erkrankung, das Behandlungskonzept aufgeklärt werden. Die Psychoedukation und Aufklärung sind auch für Eltern insofern wichtig, als sie zur Entstigmatisierung führen können, da viele Eltern denken, sie trügen Schuld an der Erkrankung ihres Kindes. Gerade bei sehr schweren Erkrankungen, wie z. B. Psychosen, Suchtstörungen oder Autismus kann eine entsprechende Aufklärung über Ursachen der Erkrankung, günstiges / salutogenetisches Verhalten, Prognose etc. Eltern entlasten.

Kontinuität als Qualitätsmerkmal und Grundvoraussetzung für die Einbeziehung von Eltern in die Therapie

Einbeziehung von Eltern im Rahmen etwa stationärer oder teilstationärer Therapie, die zwar im Vergleich dramatisch kürzer (ca. 70%!) dauert als früher (die durchschnittliche Verweildauer in der stationären KJP sank von 1991 bis 2011 von ca. 126 Tagen auf ca. 38 Tage) heißt in erster Linie einen engen Kontakt zwischen Eltern, fallführendem Therapeuten und dem Bezugsbetreuer möglich zu machen. Eine Grundvoraussetzung dafür ist wiederum, dass die Ressourcen und Ausstattung der Klinik ein Bezugsbetreuersystem (Pflege und Erziehungsdienst) ermöglichen. Ohne diese Grundvoraussetzung kann rein organisatorisch kein enger und kontinuierlicher Kontakt und keine Beziehung zu den Eltern (wie auch zum Patienten) aufgebaut und aufrechterhalten werden. Es ist schlechterdings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht möglich, mit wechselnden Betreuern intime Probleme der Familie zu besprechen oder alternative Verhaltensweisen mit Familien und dem Patienten zu trainieren. Es wäre zudem rein ökonomisch auch der Informationsverlust zwischen den einzelnen Mitarbeitern und der Familie zu hoch, aus Beziehungssicht wird kein Patient, werden keine Eltern sich bei wechselnden Personen öffnen bzw. auf einen Therapieprozess einlassen, der gerade – und dann paradoxerweise – die Bindungs- und Beziehungsqualität zum Kind verbessern sollte.

In den Rahmen des Vierecks Patient, Eltern, Therapeut, Pflege- und Erziehungsdienst, gehört die Bestandsaufnahme von (subjektiv empfundenen) Problemen, sowohl bei Eltern wie beim Patienten, die Formulierung der Behandlungsaufträge und die Einigung auf wichtige gemeinsame Behandlungsaufträge. Für den Aufenthalt müssen Ziele festgelegt werden, die erreicht werden sollen und Familiengespräche vereinbart werden, die sowohl dem Informationsaustausch, als auch im Sinne der Therapie Veränderungen herbeiführen sollen. Die gemeinsame Suche nach Lösungen bezieht auch Eltern als Experten für ihr Kind ein. Die im Therapieprozess in der Klinik – oftmals leider in einem geschützten und nicht mit dem Alltag vergleichbaren Setting – erarbeiteten Maßnahmen und Strategien müssen im Rahmen der Transmission mit dem Kind geübt werden. Dies kann während Therapien, Besuchssituationen oder Beurlaubungen geschehen.

Dazu ist eine Kontinuität in der Beziehung zwischen Therapeut, Pflege- und Erziehungsdienst und Eltern unabdingbar.

Beispiel der Weiterentwicklung: Pädagogische Elternrunden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Ulm

Im Rahmen der Verbesserung der therapeutischen Arbeit mit den Familien wurden auf der Kinderstation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Ulm sogenannte pädagogische Elternrunden implementiert. Hintergrund war, dass einmal Eltern noch stärker in die Therapie einbezogen werden sollten, zum anderen aber auch um die Expertise des Pflege- und Erziehungsdienstes aus dem

Alltag mit den Patienten verstärkt in dem Therapieprozess nutzbar zu machen. Insofern sollten die Bezugsbetreuer des Patienten auch im Rahmen der Transmission von Therapieerfolgen in den Alltag des Patienten eine aktivere Rolle spielen. Der theoretische Hintergrund aus dem Pflege- und Erziehungsdienst lag in der Übertragung der Pflegedefizittheorie / Dependenzpflegekompetenz nach Orem auf dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, also die Eltern in einer besonderen Situation darin zu unterstützen, aktiv die Probleme zu bewältigen (HOLoch 2002).

Ziele der pädagogischen Elternrunden waren folgende:

- Erhöhung der Transparenz der milieuthérapeutischen Abläufe für Eltern
- Abbau von Schwellenängsten / Aufbau einer vertrauensvollen, wertschätzenden Basis
- Förderung und Stärkung der elterlichen Kompetenz im Umgang mit der psychischen Erkrankung ihres Kindes
- Definition von Problembereichen im Alltag und Erarbeitung alternativer Handlungsmöglichkeiten
- Schaffen von Verständnis für die Probleme des Kindes
- Hilfe beim Erkennen und Nutzen vorhandener Stärken des Kindes geben
- Kennenlernen anderer betroffener Eltern, Schaffung der Möglichkeit des Austausches untereinander

Dafür wurde ein offenes Gruppensetting gewählt. Die Gruppen finden 14-tägig statt, beinhalten sowohl einen Teil »Input« seitens des Pflege- und Erziehungsdienstes, aber auch einen offenen Teil des Erfahrungsaustausches. Dabei ist der Input nicht im Sinne eines Vortrags durch Experten angelegt, sondern gedacht im Sinne eines offenen Dialogs. Die Erfahrungen waren, dass die Mehrzahl der Eltern an diesen Runden teilnahm und ein verstärkter Kontakt zwischen Eltern und Pflege- und Erziehungsdienst entstand. Für die Mitarbeiter wiederum ergaben sich die Vorteile, dass sowohl ein zunehmendes Verständnis für schwierige familiäre Konstellationen und als auch vermehrt Sicherheit in der Kommunikation mit Eltern in dieser Berufsgruppe entstanden sind. Für die Gesamttherapie konnten diese Runden genutzt werden, da die Elternarbeit im Sinne eines erfolgreichen und stabilen Behandlungsverlaufs intensiviert wurde, bei gleichzeitig besserer Nutzung vorhandener Ressourcen.

Der Problemfall, wenn Eltern nicht verfügbar sind

Zunehmend zum Problem wird es in der kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie, wenn Eltern für die Therapie nicht verfügbar sind. Wie oben ausgeführt kann eine Therapie des Kindes in den allermeisten Fällen nicht (gut) gelingen ohne Einbezug der Eltern oder primären Bezugspersonen. Häufiger sind jedoch Väter, gerade bei getrennt lebenden Eltern, nicht verfügbar. Bei Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung ist der Kontakt zu den Eltern oft nicht mehr sehr eng und die Eltern sind in die Therapien schlecht integriert.

In seltenen Fällen wünschen Jugendliche, dass die Eltern nichts über eine Therapie erfahren, oder aber, Eltern wünschen keine Therapie, das Kind oder der Jugendliche aber schon. In solchen Fällen bleibt es zwar Ziel die Eltern einzubeziehen, es ist aber dann im Einzelfall auch immer zu prüfen, ob ein Kinderschutzfall mit entsprechenden Implikationen im Familienrecht vorliegt.

Umgekehrt kann es gerade bei länger bestehenden Störungen, bei denen sich ein enges Verhältnis zwischen Therapeuten und Familie herausgebildet hat, im Übergang zum Erwachsenenalter dazu kommen, dass die rechtlichen Voraussetzungen für eine Einbeziehung nicht mehr gegeben sind. Dies kann der Fall sein, wenn sich z. B. ein volljährig gewordener Patient mit Psychose nicht behandeln lassen möchte, aber Eltern z. B. ihn behandeln lassen wollen. Hier ist die Begleitung der Eltern bei der zunehmenden Autonomie ihres Kindes wichtig.

Schlussfolgerung

Therapie eines Kindes und Jugendlichen ist in den allermeisten Fällen ohne Eltern bzw. primäre Bezugspersonen nicht möglich. Die Angehörigenarbeit spielt von daher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit jeher eine entscheidende Rolle bei den therapeutischen Interventionen. Die Ressourcen der Eltern zu aktivieren, aber auch Grenzen der Veränderungsmöglichkeiten im Familiensystem auszuloten ist eine Aufgabe in diesem Rahmen. Gerade da Eltern ihr Kind über einen längeren Zeitraum einer Klinik anvertrauen – auch wenn dieser Zeitraum in den vergangenen Jahren immer kürzer wurde – bedeutet auch, dass Eltern gegenüber eine hohe Transparenz bezüglich der Therapie angeboten wird, aber auch die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Beziehung zwischen Mitarbeitern der Klinik und den Eltern. Dies betrifft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht allein die Kontinuität hinsichtlich des fallführenden Therapeuten, sondern auch in der Konzeption des Pflege- und Erziehungsdienstes, der ein Bezugsbetreuungssystem für den Patienten und seine Familie, insbesondere wenn es sich um Kinder handelt, vorhalten sollte. Nachdem eines der vordringlichsten Ziele stationärer und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ist, die Verbesserungen im Bereich der Symptomatik und des psychosozialen Funktionsniveaus in den Alltag des Kindes oder Jugendlichen transferabel zu machen, ist die Fortentwicklung bisheriger Konzepte hin zu einer verstärkten Arbeit im Alltagsumfeld des Patienten notwendig.

Literatur

- BOEGE, I./COPUS, N./SCHEPKER, R. (2014): Behandelt zu Hause Gesund werden, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vol. 1, S. 27–37
- FEGERT, J. M./KÖLCH, M. (Hrsg) (2013): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Auflage: Springer, Berlin Heidelberg.
- HOLOCH, E. (2002): Systematische Förderung der elterlichen Kompetenz. Pr-Internet 4 (2002) 10: 170–176

- KÖLCH, M./SCHMID M. (2008): Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57: 774–788
- KOELCH, M./SCHULZE, U. M. E./FEGERT, J. M. (2014): Child and Adolescent Mental Health Care in: John Sadler, Bill Fulford, Werdie van Staden (ed). *Oxford Handbook of Psychiatric Ethics* (in press)
- MELTZER, H./GATWARD, R./GOODMAN, R./FORD, T. (2003): Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2):185–187
- PIONTKOWSKI, C./MORS, C./FEGERT, J. M. (2010): Was ist denn schon normal? Mein Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, 2. edn, Oktoberdruck, Ulm; Berlin.
- RAVENS-SIEBERER, U./WILLE, N./ERHART, M./ BETTGE, S./WITTCHEN, H. U./ROTHENBERGER, A./HERPERTZ-DAHLMANN, B./RESCH, F./HOLLING, H./BULLINGER, M./BARKMANN, C./SCHULTE-MARKWORT, M./DOPFNER, M. (2008): Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl. 1), 22–33
- ROTHÄRMEL, S./DIPPOLD, I./WIETHOFF, K./WOLFLAST, G./FEGERT, J. M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- ZIEGENHAIN, U./SCHÖLLHORN, A./KÜNSTER, A.-K./HOFER, A/ KÖNIG, C./FEGERT, J. M. (2010): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben in: Werkbuch Vernetzung – Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz, 1., Aufl., Süddeutsche Verlagsgesellschaft, Ulm.
- ZIEGENHAIN U./DENEKE C. (2014):Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In KÖLCH M./ZIEGENHAIN, .. /FEGERT, J. M. (Hrsg.) *Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim: Beltz-Juventa 2014.

Beziehung zum Patienten und seinen Bezugspersonen - ein systemischer Ansatz

Wolfgang Dillo

Im Gesundheitswesen ist man es gewohnt, vorwiegend in Form von Störungsbildern zu denken. Die systemische Therapie bietet eine andere Sicht auf die Erkrankung, sie versteht Gesundheitsstörungen als Teil schwieriger Lebenslagen und zwischenmenschlicher Beziehungen. So kann eine Erkrankung – ein Symptom – als ein Lösungsversuch eines ansonsten unlösbaren Problems verstanden werden. Trifft dieses Verständnis beim Patienten auf Resonanz, wird es ihm möglich, sich der Erkrankung nicht mehr ohnmächtig gegenüber zu sehen und aktiv anderen Lösungsmöglichkeiten auf die Spur zu kommen.

Die Atmosphäre, in der eine Behandlung stattfindet, bestimmt maßgeblich, ob die Betroffenen von unserer Behandlung profitieren können. Eine wertschätzende Sprache und Wortwahl ist von besonderer Bedeutung, da sie unter anderem die Leistung des Patienten anerkennt, sich mit seiner Erkrankung zu arrangieren. Ein Verhalten des Patienten, das einem scheinbaren Fortschritt in der Therapie zuwiderläuft, wird häufig als Abwehr oder fehlende Krankheitseinsicht interpretiert, mit der Folge, dass der Therapeut diese Abwehr zu durchbrechen versucht. Wertschätzend ist es zum Beispiel möglich, dieses Verhalten als eine Leistung anzuerkennen, mit dem es dem Patient gelingt, sein Autonomie zu wahren. Eine neutrale Haltung des Therapeuten gegenüber diesem Verhalten belässt den Patienten in der Verantwortung sich für oder gegen eine Therapie zu entscheiden.

Bleibt der Therapeut neutral, wird er nicht zum Mitspieler im Patientensystem und eröffnet die Möglichkeit wertschätzend mit den bisher gewählten Lösungsmöglichkeiten umzugehen (jeder hat gute Gründe für sein Verhalten). Diese Wertschätzung wirkt sich unmittelbar auf die Atmosphäre aus, in der eine Behandlung stattfindet. Die Neutralität erhöht die Chance, verändernd wirken zu können.

Neben einer wertschätzenden Sprache sollte die gewählte Sprache eine Atmosphäre erzeugen, die fest definierte Zustände aufweicht und verflüssigt. Auf die Frage, was der Grund für einen Behandlungswunsch sei, antworten viele Patienten spontan »ich bin schizophren« oder »ich bin Borderliner«, womit sie signalisieren, dass sie sich mittlerweile mit ihrer Erkrankung identifizieren. Im Gegenzug lässt sich signalisieren, dass man das Gefühl hat, das Gegenüber leide zur Zeit noch an Symptomen wie sie bei einer Schizophrenie vorkommen oder die Person zeige schizophrenes Verhalten.

Chronisch erkrankte Patienten sind es häufig gewohnt von ihrer Krankheit zu erzählen und wenn sie schon öfter Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen hatten, sind sie oft in der Lage eigene Theorien über ihre Erkrankungsursachen zu entwickeln. Meistens stehen sie aber recht hilflos vor der Frage, wie dieses Wissen zur Lösung ihres Problems beitragen könnte. Das Diskutieren eines Problems und dessen Analyse scheint eine Faszination auszulösen, der man nur allzu leicht verfällt, ohne dass dadurch konstruktive Lösungsansätze entstehen. In der systemischen

Behandlung wird daher konsequent versucht, sich der Analyse der Lösung zuzuwenden und der Problemanalyse nur wenig Raum zu geben.

Der systemische Ansatz bietet eine Vielzahl von kreativen Methoden, mit denen es gelingen kann in einer lösungsorientierten Sprache mit dem Patienten in einen vertrauensvollen Kontakt zu kommen.

Zu Beginn einer Behandlung steht wenn möglich eine Auftragsklärung. Welche Erwartung hat der Patient, wenn er sich für eine Behandlung entscheidet. Vor allem aber ist es wichtig zu wissen, was geschehen muss, damit der Patient am Ende der Behandlung zufrieden sein wird. Wie wird er sich dann verhalten und wie werden andere dann auf ihn reagieren. Wem wird es am ersten auffallen und wer wird sich am meisten darüber freuen etc...

Mit respektvoller Neugier lassen sich wichtige Dinge erfragen, ohne dass über Probleme oder Defizite geredet wird. Für den Fall, dass der Patient Aufträge formuliert, die aus Sicht des Therapeuten nicht erfüllbar sind bzw. aus anderen Gründen nicht annehmbar sind, kann man in Verhandlung treten, was eine gemeinsamer guter Auftrag sein könnte.

Wenn der Therapeut meint etwas verstanden zu haben, stellt er dem Patienten diese Erkenntnis als Hypothese zur Verfügung. Bewusst drückt man sich im Konjunktiv aus, als ein Hinweis darauf, dass es sich bei der Hypothese lediglich um einen von vielen möglichen Erklärungsversuchen handelt. Hypothesen bieten die Möglichkeit, vielfältige Ideen zu entwickeln und sie dem Patient mitzuteilen. Der Patient entscheidet selber, ob er auf die angebotenen Hypothesen genauer eingehen will oder nicht.

Therapeuten reden häufig über ihre Patienten. In Übergaben, Visiten und Supervision werden Patientenfälle diskutiert, in der Regel ohne dass den Patienten darüber etwas mitgeteilt wird. Selbstverständlich interessieren sich Patienten dafür, was über sie geredet oder gedacht wird, trauen sich aber nur selten danach zu fragen. Dadurch können Informationen verloren gehen, die für den Patienten bedeutsam sind. Aus systemischer Sicht ist es grundsätzlich ratsam, den Patienten an den Gedanken des Therapeuten teilhaben zu lassen. Hierfür bietet sich die Methode des Reflecting Teams oder auch »Tratschen in Anwesenheit des Betrachten« an. Das Vorgehen ist zunächst etwas befremdlich, da man es nicht gewohnt ist, über eine andere Person in deren Gegenwart zu reden. Wenn man mit einem Patienten allein im Gespräch ist, kann man als Therapeut ankündigen, dass man einfach mal einige Gedanken, die einem durch den Kopf gehen, laut aussprechen möchte. Im Kontext einer psychiatrischen Station können die Teammitglieder im Beisein des Patienten über sein Verhalten reden und ihre Eindrücke formulieren, ohne den Patienten direkt anzureden. Fast automatisch bedient man sich einer wertschätzenden Sprache dem anderen gegenüber und hat dennoch die Möglichkeit, Kritik oder Unmut zur Sprache zu bringen. Wichtig ist natürlich, dass die Aussagen in der Ich-Form getroffen werden. Z. B. »Ich freue mich wenn Herr X in ruhigem Ton mit mir spricht, dann kann ich auch gut zu hören. Wenn ich angeschrien werde, dann werde ich ärgerlich und bin nicht zu einem Gespräch bereit«. Da man den Patient

nicht direkt anspricht, muss er sich auch nicht automatisch angesprochen fühlen, sondern kann sich entscheiden, was von dem Gesagten für ihn von Bedeutung ist. Dennoch hat er auch noch andere Dinge gehört, die möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt wichtig werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei der systemischen Idee weniger um eine Technik handelt, als mehr um eine Haltung, bei der man dem Patienten auf Augenhöhe mit respektvoller Neugier begegnet.

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

Volkmar Aderhold

In der in Finnland entwickelten »Bedürfnisangepassten Behandlung« wurden die sog. »Therapieversammlungen« oder »Netzwerkgespräche« zur Hauptachse des gesamten Therapieprozesses (ALANEN 2001, ADERHOLD et al. 2003).

Sie sind dabei eingebettet in ein Behandlungssystem, das folgende weiteren *strukturellen Behandlungsmöglichkeiten* bei Bedarf zur Verfügung stellen kann:

- Multiprofessionelle ambulante mobile Teams
- Krisendienst über 24 Stunden
- Akutstation im Krankenhaus
- Eventuell eine Krisenwohnung
- Individualpsychotherapie
- Kunsttherapie, Musiktherapie, Ergotherapie
- Unterstütztes Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt

Die Entscheidung über die Art der Behandlung wird – bedürfnisangepasst – im Rahmen von Netzwerkgesprächen mit den Betroffenen und Personen seines sozialen Netzwerks getroffen.

Das *Gesamtsystem* sollte dabei *nach folgenden Prinzipien organisiert* sein:

1. Sofortige Hilfe in Krisen innerhalb von 24 Stunden
2. Netzwerktreffen von Beginn an und kontinuierlich bei Bedarf
3. Flexibilität und Mobilität
4. Verantwortlichkeit der Teams für die Durchführung des gesamten Behandlungsprozesses
5. Beziehungskontinuität und Kontinuität des Verstehens auch über mehrere Jahre
6. Anwesenheit des Betroffenen in allen Situationen, die ihn und seine Behandlung betreffen
7. selektive Anwendung von Neuroleptika

So besteht die *Praxis bei Menschen in Krisen mit schwereren psychiatrischen Störungen* darin, innerhalb von 24 Stunden am Lebensort der Betroffenen mit mindestens zwei systemtherapeutisch ausgebildeten Mitarbeitern zu einem Gespräch von ca. 1,5 Stunden zur Verfügung zu stehen. Zu diesen Netzwerkgesprächen werden möglichst viele Familienmitglieder und wichtige weitere Bezugspersonen eingeladen, die sich Sorgen machen, Kenntnisse haben oder hilfreich sein könnten. Dadurch soll größtmögliche Transparenz und eine offene Diskussion des Problemverständnisses und der Behandlungsschritte entstehen.

Diese Netzwerkgespräche werden dann so oft wie gewünscht durch dasselbe Team fortgesetzt. Auf die Passung des Teams mit dem Patienten und seinem Netzwerk wird besonders Wert gelegt. In einer ersten schweren akuten Krise sind tägliche Treffen auch über 10–12 Tage möglich und sie werden auch fortgesetzt,

wenn der Patient doch stationär aufgenommen wird. Bei ca. 50 % der Ersterkrankten kann die Behandlung bereits nach zwei Jahren beendet werden (d. h. es entsteht kein Behandlungsbedarf in den folgenden drei Jahren), für die anderen dauert sie fünf Jahre und auch länger. Die Gesamtzahl der Netzwerkgespräche beträgt über fünf Jahre durchschnittlich 29 bis 37, je nach Erfahrung der Teams.

Die in West-Lapland unter Jaakko Seikkula entwickelte und zusätzlich von Tom Andersen inspirierte Methode des »Offenen Dialoges« greift dabei auf den *Dialogismus* in der Philosophie *Mikhail Bakhtin's* zurück (1984). Diese besagt, dass in der gesamten Welt zu nichts nur *eine* Bedeutung existiert, sondern vielmehr eine große Anzahl sich gegenseitig anzweifelnder Ideen. Sogar in einem einzelnen Individuum gibt es immer vielfältige Stimmen und Perspektiven, denn die Sprache die verwandt wird wurde von anderen »geliehen«.

Weil immer unterschiedliche Standpunkte existieren, ist eine »Polyphonie« und diskursive Interaktion vieler, auch nicht vereinbarer »Stimmen« erforderlich, die diese Unterschiedlichkeit zwar *nicht* durch eine gemeinsame Wahrheit überwinden können, jedoch können echte Dialoge zu neuen Sichtweisen in den jeweils spezifischen Lebenskontexten führen. Dies ist ein niemals abgeschlossener Prozess.

Es kann demnach immer nur eine vorübergehende subjektive oder situativ gemeinsam empfundene Wahrheit entstehen, dies jedoch nur durch Bezogenheit, Engagement und Hingabe in einem dafür geeigneten Kontext. Diese »Wahrheit« entsteht erst durch eine Vielfalt von beitragenden Stimmen. Sie kann nicht von einer einzelnen Meinung, von einem individuellen Bewusstsein gewusst und nicht von einer einzelnen Stimme ausgedrückt werden. Diese *polyphone Wahrheit* braucht viele gleichzeitige Stimmen.

Jede Rede ist dabei gerichtet auf ein Feld »fremder Worte« und fremder Werturteile. Ein aktives und engagiertes Verstehen der Rede der anderen nimmt dabei die Perspektive des anderen in den eigenen Denkmittelzusammenhang auf, verändert dabei diese wieder geringfügig in Form und inhaltlichen Nuancen. Es ist diese Möglichkeit des Lernens aus dem Denken des anderen und dem sich Verbinden mit dem Gesprochenen des anderen, das Dialog und Neuheit in der Sprache möglich macht. Sie ist als Dialog auch auf die Perspektive des anderen hin orientiert, und sucht nach Möglichkeiten, neue Elemente in seine Perspektive einzuführen. Sie findet damit quasi »auf einem fremden Territorium« statt. (vgl. ROBINSON 2013).

Es gibt in jedem Menschen etwas, das nur durch einen solchen freien Diskurs aktualisiert werden kann. Dies gelingt jedoch erst, wenn alle Teilnehmer des Diskurses in der Lage sind, unabhängig zu sprechen und zu handeln.

Darüber hinaus fasst Bakhtin – wie selbstverständlich auch andere – *menschliche Begegnungen* als grundsätzlich einzigartig und einmalig auf, so dass sich in jedem wahrhaft dialogischen Gespräch immer wieder neue Begegnungen und Wege des Miteinanders eröffnen können (SEIKKULA u. ARNKIL 2007, 2014).

Im Mittelpunkt der systemischen Praxis steht die Förderung einer Atmosphäre von Offenheit und Spontaneität, in der ein wahrhaftiger dialogischer Austausch über alle von den Anwesenden für bedeutsam erachteten Themen möglich wird.

Monologische abstrakte dominante Wahrheiten bedeuten den »diskursiven Tod« des anderen. Menschliches Bewusstsein wird als ständig neues Ergebnis von antwortenden und empfangenden Interaktionen aufgefasst, authentisches Leben als immer wieder ergebnisoffener, unabschließbarer Dialog. Jede einzelne Sichtweise erhellt immer nur einige Aspekte einer »Sache« aber gleichzeitig verbirgt oder verdeckt sie damit notwendig eine andere. Die einzelnen Perspektiven werden nicht als partielle oder komplementäre Wahrheiten aufgefasst, vielmehr entstehen erst aus dem dynamischen Zusammenspiel und dem Umbruch der einzelnen Perspektiven neue Realitäten und Sichtweisen. Dabei gibt gerade diese anfängliche Unvereinbarkeit und Unvergleichbarkeit der Perspektiven dem Dialog seine Kraft.

Bakhtin versteht *Sprache* als eine fortlaufende, unendliche Kette von Bedeutungen, die ständig durch jedes Glied in dieser Kette erneuert und auch neu geboren wird.

Im Ansatz des »Offenen Dialoges« wird auch eine *Psychose* – neben weiteren erklärenden Dimensionen – als eine prinzipiell verstehbare Reaktion auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme aufgefasst. »Wir beobachten üblicherweise, dass Patienten offenbar eine Erfahrung machen, die von dem Rest ihrer Familie nicht wahrgenommen wird. Auch wenn der Kommentar von Patienten in den ersten Versammlungen unverständlich erscheint, lässt sich nach einer Weile feststellen, dass der Patient über reale Vorkommnisse in seinem Leben spricht. Oft schließen diese *Begebenheiten ängstigende Erfahrungen und Bedrohungen* ein, über die der Betroffene vor dem Ausbruch der Krise nicht sprechen und sie so nicht verarbeiten konnte. Psychotische Erfahrungen beinhalten oft reale Begebenheiten, und der Patient spricht über Themen, für die er zuvor keine Worte fand. Auch mittels extremer Emotionen wie Wut, Trauer, Angst oder durch »schwieriges« Verhalten »spricht« der Patient über Themen, über die zuvor nicht gesprochen wurde. Auf diese Weise eröffnet die Hauptperson in der Krise etwas, das für die anderen in seiner Umgebung nicht zugänglich war. Das Ziel der Zusammenarbeit ist es dann, einen Umgang mit und Worte für die Erfahrungen zu finden, für die es bisher keine Ausdrucksmöglichkeiten oder gemeinsame Sprache gegeben hat.« (SEIKKULA & ARNKIL 2007) Da Traumatisierung durch physischen und sexuellen Missbrauch auch bei der Hälfte der Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose vorliegt – so eine kritische und konservative Auswertung von 20 Einzelstudien (MORGAN et al 2007) – und subjektiv sehr belastende Erlebnisse dabei noch gar nicht erfasst sind, sind in vielen Fällen unverarbeitete negative Lebenserfahrungen als Hintergrund von psychotischem Entgrenzungserleben zu erwarten und aus der Praxis des Offenen Dialoges auch bekannt. Grundsätzlich wird daher davon ausgegangen, dass der Klient in der Psychose und *mittels der Psychose etwas »Noch-nicht-Gesagtes« einbringt*, zunächst jedoch auf eine noch unverständliche Weise. Bei Teilnehmern, die lebensgeschichtlich miteinander verbunden sind, können dies untereinander nie zuvor ausgesprochene und emotional nur schwer erträgliche Themen und Erfahrungen sein.

»Dialogisch zu Arbeiten bedeutet insbesondere, *dass sich die jeweilige Person gehört fühlt*, was den Anfang jedweder Veränderung darstellt. Die dialogische Qualität eines

Gesprächs hängt dabei vor allem von der Reaktionsfähigkeit der Therapeuten ab.« (OLSON et al 2014) Damit sind das genaue, geduldige und empathische Zuhören sowie das vertiefende und erweiternde Antworten durch Präsenz in der Körpersprache, vertiefende und erweiternde Fragen (*Fragen um zu hören statt zu hören, um zu fragen.* bzw. *Fragen als Werkzeuge des Hörens*), sowie gemeinsame Reflexionen in der Art des Reflektierenden Team nach T. Andersen die grundlegenden therapeutischen Möglichkeiten und erforderlichen Fähigkeiten.

In Folge dieser Art des Hörens und Antwortens entsteht fast immer eine *vielfältige Polyphonie*, die durchaus zu einer vorübergehenden Polarisierung zwischen den Anwesenden führen kann, wobei intensive Gefühle zum Ausdruck kommen können.

In dieser Polyphonie auch die Stimmen derjenigen hörbar werden zu lassen, die still, sehr leise, zögernd oder schwer verständlich sind, ist die Aufgabe der Professionellen.

Sehr bedeutsam ist es jedoch, dass die Professionellen in ihrer Haltung, ihrem körperlichen Ausdruck, ihren Fragen und Kommentaren allparteilich bleiben. Wenn es nicht jedem einzelnen Professionellen gelingt, selbst allparteilich zu bleiben, so ist es dann erforderlich, dies als Team zu sein. In komplizierten Netzwerksituationen und Netzwerkgesprächen erleichtern daher drei (selten sogar noch mehr) Professionelle die Arbeit sehr. Erst der gleichwertige, kollaborative Austausch birgt dann die Möglichkeit, dass sich ein neues gemeinsam geteiltes Verstehen quasi zusammenwebt, bei dem jeder einen bedeutsamen Faden hinzugefügt hat. Eine Rangordnung gibt es dabei nicht. (vgl. OLSON et al 2014) Durch wiederholtes Ansprechen der Personen mit unterschiedlichen Positionen gehen Monologe meist in Dialoge über.

Folgende zwölf Schlüsselemente wurden zur Methode des Offenen Dialogs formuliert (OLSON et al 2104):

1. Zwei oder mehr Therapeuten
2. Teilnahme der Familie und/oder von Mitgliedern des sozialen Netzwerks
3. Anwendung von offenen weiterführenden Fragen zu Beginn
4. Eine Antwort (verbal/non-verbal) geben auf die Äußerungen des Klienten
5. Betonung des gegenwärtigen Augenblicks
6. vielfältige Standpunkte erfragen (äußere und innere Polyphonie)
7. Den Austausch über die Probleme oder das gezeigte Verhalten als bedeutungsvoll anerkennen
8. Den Fokus auf die Beziehungen setzen, z.B. mit zirkulären Fragen
9. Betonung von aktuellen »Erzählungen«/erzählten Erfahrungen statt von Symptomen
10. Reflektionen unter den Professionellen
11. Prinzip der Transparenz
12. Unsicherheit aushalten

Im nun Folgenden soll – *idealtypisch* – *der Prozess eines Netzwerkgesprächs* mit dem Fokus auf dem professionellen Handeln dargestellt werden.

Die *Themen* eines Netzwerkgesprächs werden *nicht vorab geplant*. Zunächst wird nach der *Vorgeschichte dieses Gesprächs* bzw. bei Folgegesprächen nach der Entwicklung seit dem letzten Treffen gefragt. Danach wird jeder Anwesende nach seinem persönlichen *Anliegen* für dieses Gespräch gefragt. *Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen? Welches Anliegen haben Sie für dieses Gespräch mitgebracht?*

Dabei können auch die Professionellen eigene Anliegen, die im Verlauf der gemeinsamen Arbeit entstanden sind einbringen. Ist ein Professioneller stark mit seinem Anliegen und einer bestimmten Sichtweise dazu identifiziert, ist sie/er jedoch für die allparteiliche Moderation ungeeignet. Dasselbe trifft auch auf Professionelle zu, die in Einzelkontakten mit den Klienten arbeiten und dadurch notwendig eine parteiliche Position und Rolle entwickelt haben.

Nach der Einigung auf das Thema, mit dem das Gespräch nun begonnen wird, sowie bei vielen Themen, z. B. der Zusicherung, dass es weitere Gespräche geben kann, ist es die entscheidende Aufgaben des Teams sicherzustellen, dass jede Stimme gehört wird. Jeder Anwesende sollte daher genügend Zeit haben, seine Position und Thematik so einzubringen, dass sie/er das Gefühl hat, ausreichend gehört worden zu sein.

In Krisen ist es »häufige Praxis, dass zunächst einer der Therapeuten mit der Person im Zentrum der Krise in einen Kontakt tritt, der aus einem sorgfältigen und ausführlichen Austausch mit Fragen und Antworten besteht. Zweck dieses Zwiegesprächs ist es, genau zu hören und – falls erforderlich – zu helfen, Wörter für die Not und Verzweiflung der Person zu finden, die ansonsten in Symptomen »verkörperlicht« bleiben, und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln.

Ist der *psychotische Klient nur schwer zu verstehen*, besteht der Dialog aus der Suche nach Worten, die deutlicher ausdrücken, was er zu sagen versucht. Gelingt diese Suche nach neuen Worten und Erzählungen/Mitteilungen, kann der Dialog eine bedeutsame Wendung nehmen, indem ein neues Verständnis zwischen den Anwesenden entsteht. Durch die gemeinsame Sprache und das gemeinsame Verstehen verringert sich Verwirrung und Mehrdeutigkeit und mehr Orientierung und Handlungsfähigkeit kann entstehen. Das Team unterstützt den psychotischen Klienten daher dabei, Worte und eine gemeinsame Sprache für zurückliegende schwierige Erfahrungen zu finden, für die er bisher keine Sprache gefunden hat und sich so über diese noch verständlicher auszutauschen. Einzelne hinweisende, nicht ganz verständliche Worte in den spontanen Erzählungen können der Zugang zu diesen unausgesprochenen Erfahrungen sein. Diese Worte und Formulierungen sollten aufgegriffen und mit der Einladung verbunden werden, mehr dazu zu sagen. So können neue Worte und eine gemeinsame Sprache für die Erfahrungen gefunden werden, die bisher keine Worte oder Sprache gefunden haben.

Unverständlichkeit wird dabei nicht als psychopathologisches Merkmal sondern als bedeutsamer Ausdruck eines erschwerten Zugangs zu Selbstgewissheit und Selbstverständnis aufgefasst sowie als Angst vor dem Aussprechen und den damit befürchteten Reaktionen. Dies kann auch auf andere Anwesende zutreffen. Es geht dann zunächst um die Schaffung eines intersubjektiven Raumes, in dem

durch innere und äußere Dialoge ein Selbstgefühl entstehen kann. (STANGHELLINI & LYSAKER 2007)

Psychotisch wirkende Erfahrungen sollten möglichst offen diskutiert werden. Sie werden – vor allem in den ersten Gesprächen – nicht in Frage gestellt.

Die Haltung gegenüber den psychotischen Erfahrungen sollte aufgeschlossen, möglichst unvoreingenommen und nicht wertend sein. Einer psychotischen Krise oder Psychose sollte man möglichst normalisierend begegnen, zusätzliche Verängstigung vermeiden und daher keine pathologisierenden Bezeichnungen und Diagnosen verwenden.

Vielmehr wird der Klient gebeten, mehr über diese Erfahrungen mitzuteilen und Beispiele zu erzählen und eine genauere Erklärung für sie zu geben. »Ich habe eine solche Erfahrung nie gemacht. Können Sie mir mehr darüber erzählen, damit ich ihre Erfahrung besser verstehen kann?«

Weitere *Ergänzungen von Anwesenden* des sozialen Netzwerks können dann helfen, zusätzliches Licht auf die Bedeutung der Krise zu werfen. Daher laden die dialogischen Therapeuten jede anwesende Person dazu ein, ihre Perspektive und die verschiedenen damit zusammenhängenden Themen, die während des Gespräches aufkommen, mitzuteilen. Je mehr Stimmen an diesen polyphonen Dialogen teilhaben, umso mehr Möglichkeiten eines sich langsam entwickelnden Verstehens können entstehen. Die so entstehende Vielstimmigkeit ist die vorwärts treibende Kraft.

Die *therapeutische Kompetenz* besteht in der dialogischen Arbeit nicht in einer strukturierten Interview-Methode, sondern überwiegend in der persönlichen Weise der Therapeuten auf die Äußerungen der betroffenen Person und der anderen Anwesenden zu antworten.« (OLSON et al 2014)

Die Grundhaltung besteht in einer *Prozessorientierung* im Unterschied zur Lösungsorientierung bei anderen Formen der systemischen Therapie. Hat man bereits diverse Gespräche dieser Art geführt, fällt es sehr viel leichter, Vertrauen in diesen immer unbekanntem Prozess zu haben.

Es sollte von dem Versuch abgesehen werden, den Patienten und die Familie und das weitere soziale Netzwerk zu verändern. Es geht vielmehr um das *Aushalten der eigenen Unsicherheit*. Nicht nur eine künstlich eingenommene Nicht-Wissen Position, sondern die tatsächliche Unsicherheit, was hier eine eigene Sicht auf die Situation und Problematik sein könnte und was dann sinnvoll zu tun sein könnte.

Die *Worte und Erzählungen* – auch der psychotischen Klienten – werden als ausgesprochen wertvoll erachtet, ihnen wird ebenso aufmerksam gefolgt wie den Momenten des Schweigens, den Gesten, Gefühlen und der gesamten Körpersprache. (OLSON 2014) Die Therapeuten gehen davon aus, dass jeder auf seine Weise versucht, in der Situation um Verständnis zu ringen. Ein Körpersignal des Interesses durch die Therapeuten, die Wiederholung des letzten Wortes oder Satzteilens, die Frage nach noch unklar erscheinenden oder emotional aufgeladenen Worten, einfache offene Fragen, um mehr zu hören und besser zu verstehen, führen dabei fast immer in eine größere Tiefe des Dialoges. Bereits die Wiederholung eines

einzelnen Wortes durch die Professionellen, wenn es mit einladender Unmittelbarkeit geschieht, kann zu der Erzählung von dahinterliegenden Erfahrungen führen. Insbesondere einzelne Schlüsselworte können Anzeichen einer in ihnen gleichsam aufbewahrten und durch sie angesprochenen, oftmals sehr belastenden Erfahrung sein, die möglicherweise noch nie mitgeteilt wurde. Diese Erzählungen führen oft zu den biographischen Erfahrungen, die hinter den Symptomen liegen bzw. ihnen voraus gingen.

Daher steht im Offenen Dialog viel mehr die eigene *Präsens im Hier und Jetzt* im Vordergrund. Mit dieser Haltung und diesem Fokus folgen die Therapeuten mehr der »Orchestrierung« der gelebten Sprache im Gesprächsprozess als den bereits gesprochenen Inhalten (SHOTTER 2003).

Daher achten die Professionellen insbesondere auf die emotionalen Bewegungen und die Körpersprache in und zwischen den Gesprächsteilnehmern. Von besonderer Bedeutung sind Situationen in denen ein Anwesender sichtbar berührt ist oder seinen Zustand im Aussprechen von Worten sichtbar verändert. Ebenso die kurzen innehaltenden Gesprächspausen, in denen der Dialog scheinbar angehalten oder gehemmt erscheint (LOWE 2005). Diese Momente sollten nicht durch eigene neue Fragen übergangen werden. Diese Momente können als Eröffnung oder auch als eine gewisse Kluft zu Anwesenden aufgefasst werden, auf die die Moderatoren in der Situation spontan reagieren können, indem sie den Betreffenden dazu einladen weiteres dazu zu sagen, um so den Prozess zu vertiefen. Auf solche Momente hat z. B. Tom Anderson mit folgenden Fragen reagiert: *Wenn Sie dieses Wort (z. B. »Einsamkeit«, »unglücklich« »Kopfkarusell«) genauer untersuchen, was könnten Sie dann finden? Wenn Ihre Tränen (Lachen, tiefes Atmen, unruhiges Knie, geschlossene Fäuste) in diesem wichtigen Moment sprechen könnten, was würden sie dann sagen?* (ANDERSON 1993). Oder auch einfacher: *Können Sie mehr dazu sagen, was ... bedeutet?* Die Fragen sollen so gut wie möglich dazu einladen, der Situation weiter nachzugehen, ohne zuviel Angst zu machen.

Tom Andersen begründet diese Praxis so: »Antworten auf ähnliche Fragen haben mich erfahren lassen, dass es immer Gefühle in den Wörtern gibt, andere Wörter in den Wörtern gibt, manchmal auch Töne und Musik in ihnen, manchmal ganze Geschichten, manchmal das ganze Leben. Solche Worte können unser Leben so sehr im Griff haben, dass wir uns wie von ihnen ‚besessen‘ erleben können; unser weiteres Handeln kann in ihnen wurzeln; und wenn wir fortgesetzt auf ihren Widerhall in uns reagieren, können sie uns in unserem Wesen verändern (ANDERSEN 1996 – Übersetzung V. A.).«

Indem nun im Zuge des Dialoges neue Bedeutungen auftauchen und auch neue Verbindungen zwischen Anwesenden entstehen – Verbindungen zu den anwesenden Professionellen eingeschlossen – erweitern sich alte Sichtweisen, lösen sich möglicherweise auf, so dass der Raum entsteht für neue intersubjektive Erfahrungen und veränderte Beziehungen und Zukunftsideen.

Dies kann sich jedoch nur vollziehen, wenn Therapeuten diese Erzählungen nicht durch ihre eigenen Worte verfremden und enteignen. Ebenso sollten wir weder glau-

ben noch zum Ausdruck bringen, dass wir besser wissen als die Sprechenden selbst, was sie durch ihre Äußerungen zum Ausdruck bringen wollen. (OLSON et al 2014)

Daher ist das *Paraphrasieren* in der dialogischen Methode nicht sinnvoll. Paraphrasierende Begriffe und Sätze werden als fremd bis entfremdend erlebt und erschweren den Zugang. »Wenn man die Alltagssprache der Klienten benutzt, die sie gewohnt sind, erleichtern die Fragen der Teammitglieder, dass Geschichten erzählt werden, die alltägliche Details und schwierige Emotionen beinhalten, die in Verbindung mit den Ereignissen stehen, die berichtet werden. Indem andere Netzwerkteilnehmer von den Teammitgliedern um Kommentare zu dem gebeten werden, was gesagt wurde, helfen sie ein vielstimmiges Bild des Ereignisses entstehen zu lassen.« (SEIKKULA & TRIMBLE 2005)

Auch *Interpretationen und eigene »Konstruktionen«* – auf dem Hintergrund favorisierter psychologischer Theorien – können dies ebenso behindern wie die Neigung auf Gesprochenes mit schnellen Schlussfolgerungen zu reagieren und eventuell sogar Vorschläge für das weitere Vorgehen zu machen. (OLSON et al 2014)

Vorschnelle Interpretationen/eigene Konstruktionen und Schlussfolgerungen sollten bei den Professionellen demnach vermieden werden. Dies ist jedoch keineswegs einfach, weil wir so daran gewöhnt sind und glauben, dass dies förderlich sei und unsere Professionalität beweise. Vielmehr jedoch lebt dieser Ansatz von einem offen – ohne Hypothesen – begleiteten und unterstützten gemeinsamen Suchprozess, indem es gerade durch diese unvoreingenommene Offenheit zu ganz unerwarteten Wendungen und Integration von zuvor sich ausschließenden Positionen und Annäherung von polarisierten Positionen kommen kann und oft kommt. Diese Wendung tritt meist erst im letzten Drittel des Gespräches ein und so lange sollten die Professionellen möglichst keine Anstrengung unternehmen vorschnelle Brücken zwischen den Parteien zu bauen oder Lösungsvorschläge zu machen, jedoch ist ihre allparteiliche Präsenz und evtl. auch ergänzende eigene Stimme als Teil der Polyphonie erforderlich. Neue Worte, Bilder und nie zuvor mitgeteilte Erfahrungen können zum zentralen Drehmoment des gemeinsamen Prozesses werden. Daher ist die genaue Verwendung der Sprache des Netzwerkes zentral.

Alle Gefühle und Meinungen sind zulässig. In den West-Lapland Teams wurde die Erfahrung gemacht, dass bei intensiven Gefühlen zu Beginn die Entwicklung umso besser verläuft. Das bedeutet, dass die Therapeuten möglichst jede Andeutung unterlassen, dass einzelne Anwesende anders denken oder fühlen sollten als sie es tun. Die Anwesenden sollten durch unsere verbalen und non-verbalen Reaktionen nicht den Eindruck bekommen, etwas Falsches zu sagen.

Die Aufrechterhaltung der *größtmöglichen Gleichwertigkeit aller Anwesenden* bei der Moderation der äußeren Dialoge ist von großer Bedeutung. Es gibt niemanden, der eine tiefere oder bessere Wahrheit für diesen Netzwerkprozess besitzt, auch nicht die Professionellen. Gültige »Wahrheit« entsteht erst aus der Polyphonie. Auch unausgesprochene »innere Stimmen« in allen wirken daran mit.

Es sollte zudem die *Sicherheit gegeben* werden, dass über alle Themen gesprochen werden kann, auch über die schwierigen.

Ein Vermittlungsversuch zwischen den divergierenden Stimmen ist nicht sinnvoll. Vielmehr führt das *genaue Zuhören* und *sich* von jeder Position *berühren lassen* zu vertieftem Verstehen. Jeder Anwesende hat gute subjektive Gründe, die immer komplexe Situation so zu sehen und zu empfinden, wie sie/er es jetzt zum Ausdruck bringt.

Konkretisierende und sog. kontextualisierende Fragen und Beispiele können hilfreich sein, um die Problemlagen plastischer werden zu lassen und sich über die unterschiedlichen Erlebnisperspektiven und Motive auszutauschen.

Polarisierungen sollten erwartet und zugelassen werden. Das ist nicht einfach, weil wir als Professionelle meist gewohnt sind, sehr schnell einen Vermittlungsversuch zu machen und die Unterschiede zu verringern. Dies sollte jedoch unterbleiben. Die bestimmende Grundhaltung bleibt auch dann, jede Stimme in ihrer Eigenweltlichkeit zu hören, jeder Stimme gute Gründe zu unterstellen, dies hier so zu sagen. Jede Stimme formuliert einen Teil eines komplexen Ganzen. Niemand sollte das Gefühl entwickeln, etwas Falsches zu sagen oder gesagt zu haben. Jede Position ist ein wichtiger Ausgangspunkt für die Entstehung einer gemeinsamen Wahrheit oder eines gemeinsamen praktischen Wissens. Im Bewusstsein dieser unvermeidlichen und möglichst vollständigen Polyphonie, die es erfordert, um den gemeinsamen Prozess in Gang zu setzen und aufrecht zu erhalten, ist es leichter möglich, keine der geäußerten Positionen abzulehnen oder zu entwerten. Diese Offenheit sollte tatsächlich auch empfunden und nicht nur vorgegeben werden. Die Erfahrung, dass hinter zunächst spontan zurückgewiesenen und als »falsch« empfundenen Positionen wesentliche vorwärtstreibende Kräfte und Aspekte der weiteren Entwicklung auftauchen, macht dabei gelassener und neugieriger.

Zwischendurch tauschen sich auch die das Gespräch moderierenden Professionellen immer dann aus, wenn sie über die Fortsetzung des Gesprächs unsicher sind.

Dazu genügt es meist, die eigenen momentanen inneren Fragen über die Gesprächsführung (ein Aspekt der inneren Polyphonie) mit dem zweiten Gesprächsmoderator angemessen und kurz auszutauschen.

Hilfsfragen können sein: *Was könnten wir als Moderatoren in diesem Moment gebrauchen? Was benötigt unser gemeinsames Gespräch jetzt?*

Danach sollten sie mit einer offenen Frage in das Gespräch mit allen zurückkehren. Diese z. T. auch selbstkritische »Metakommunikation« über die eigene Gesprächsführung bewährt sich gerade in schwierigen Gesprächsphasen. Der Austausch sollte durchaus auch »polyphon« sein, so dass die anderen Gesprächsteilnehmer an der Entscheidung über die Art der Fortführung des Gesprächs beteiligt werden können. Dieser Austausch macht die eigene Suchhaltung und Offenheit deutlich und kann auch unausgesprochenes Modell für den Umgang mit Unterschieden sein. Ebenso bietet es die Möglichkeit, schwierige Gesprächsphasen mit z. B. langen Monologen oder gegenseitig verletzenden Äußerungen wieder in den Fluss zu bringen ohne einzelne Personen direkt zu begrenzen. Insgesamt fördern diese Unterbrechungen auch die Verlangsamung des Prozesses. Auch misslungene Moderationsphasen können auf diese Weise eingestanden werden, um so menschlicher und nicht perfekt und damit mehr »auf Augenhöhe« wahrgenommen zu werden.

Ein weiterführender Fokus der Dialoge sollten weniger die Symptome der Person im Zentrum der Sorge sondern *kontextuelle und biographische Aspekte sein*, so dass die Symptomatik auch als »natürliche« Reaktion auf eine schwierige Lebensgeschichte und Lebenssituation gesehen werden kann. Bereits der Fokus auf zentrale Worte kann solche Erfahrungen dem Dialog zugänglich machen. Aber auch situativ passende Fragen nach Ereignissen vor dem Beginn dieser Krise oder der ersten Krise können psychiatrische Krisen weitgehend verständlich machen. Demgemäß ist nicht so sehr die Frage hilfreich, wann die Symptomatik begonnen hat, sondern danach, was sich vor dem Beginn der Symptomatik ereignete. *Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen diesen Erfahrungen und ihrer Krise/Erkrankung?* Entlastend wirkt zunächst auch die Frage nach den historischen Ressourcen des Systems: *Können Sie etwas über die Zeit erzählen, als es Ihnen das letzte Mal gut gegangen ist?* Von da ausgehend ist es leichter die Frage nach den Wurzeln der Krise zu stellen: *Und was ist seitdem passiert?*

Oftmals bleiben die Antworten zunächst unvollständig. Die Bereitschaft, mehr mitzuteilen ist oft auch eine Frage des Vertrauens und der erlebten Sicherheit. Im Zuge weiterer Gespräche kann dann mehr mitgeteilt werden. Daher ist es sinnvoll, immer von einem noch unvollständigen Bild über die Vergangenheit auszugehen. Insbesondere psychotische Klienten brauchen mehr Zeit und geduldige Aufmerksamkeit und Offenheit der *Professionellen*, fast immer über mehrere Netzwerkgespräche hinweg.

Die Professionellen sollten soweit wie möglich mit *eigenen Gefühlen, Mitgefühl und menschlicher Wärme* (an)teilnehmen, um so tragfähige therapeutische Beziehungen herzustellen und die anderen Gesprächsteilnehmer nicht zu Objekten zu machen, die einer Prüfung und Beurteilung unterzogen werden. Die eigenen emotionalen und körperlichen Reaktionen der Therapeuten bieten einen Zugang zu Momenten tieferen Verstehens. Dafür müssen die Professionellen zeitweise mehr mit sich im Kontakt sein als zu den Anwesenden. Sie brauchen dafür inneren Raum, der z. B. entsteht, wenn andere Teammitglieder die Gesprächsführung übernehmen oder längeren Pausen zwischen den Redebeiträgen entstehen. Längere Pausen sollten nicht vorschnell als Anzeichen von Hilflosigkeit interpretiert werden, sondern eröffnen meist Raum für Gefühle, zum Nachdenken und für die innere Polyphonie. Oftmals kommen dann weitere bedeutsame Ideen, die zunächst ein inneres Zögern ausgelöst haben zur Sprache. Therapeuten sind oft in der Gefahr dies falsch zu interpretieren und reagieren vorschnell mit Vorschlägen und eigenen Ideen, die den inneren Prozess der anderen unterbrechen.

Eigene Körpergefühle wie z. B. Spannungen in Gesicht, Stirn oder Rücken können Anlass dazu geben sich selbst zu fragen: Was wollen und können mir diese Empfindungen sagen? *Was empfinde ich gerade? Soll ich weiter zuhören oder sollte ich eine Form finden, um über meine inneren Reaktionen zu sprechen? Was ist das vermutlich Wichtigste für die Klienten in diesem Augenblick? Was glaube ich erwarten sie in dieser Situation von mir?* (SMITH 2004) Diese Fragen lassen sich auch in einer »Metakommunikation« mit dem Kollegen kurz erörtern. Die aus dem inneren Dialog oder

der Metakommunikation herausführende Grundfrage in der professionellen Rolle ist dann: *Wie können wir dem Gespräch mit diesem Aspekt eine gute Wendung geben?*

Solche eigenen Momente des Innehaltens (»arresting moments«) (SHOTTER & KATZ 1998) können der Anlass sein, sich selbst zu verlangsamen (z.B. durch *tieferes Einatmen*) und/oder mit den Kollegen laut über das eigene Erleben nachzudenken (reflektieren). So können sie zu Momenten des Innehaltens bei allen Anwesenden führen.

Auch sog. *zirkuläre Fragen*, die die vermutete Sichtweise einer nicht anwesenden, jedoch bedeutsamen Person dieses Netzwerks erfragen, können hilfreich sein. *Was würde X dazu sagen, wenn er jetzt hier wäre?* Solche Personen werden oft spontan im Zuge des Gesprächs erwähnt und können dann aufgegriffen werden. Sie ergeben sich auch aus den nicht anwesenden weiteren Familienmitgliedern und können auch Verstorbene sowie wohlwollende Personen aus der eigenen Lebensgeschichte sein.

Das Professionelle Handeln ist ausgerichtet auf die Förderung des Dialogs. *Wenn X jetzt anwesend wäre, was würde er dazu sagen? Was würde sich an unserem Gespräch verändern, wenn x jetzt anwesend wäre?*

Fast in jedem Gespräch entsteht nach 30 bis 60 Minuten eine Situation, in der die Dialoge sich nicht weiter vertiefen, in der ein längeres Innehalten als wohltuend erlebt wird und in der die Professionellen zunehmend das Bedürfnis entwickeln, eigene Eindrücke, Gedanken und Gefühle an das Netzwerk zurückzugeben. Dann wird den Gesprächsteilnehmern das Angebot gemacht, nun unter den Professionellen im Beisein aller anderen jedoch ohne diese dabei anzuschauen, *laut über das bisher Gehörte und Empfundene miteinander nachzudenken*, und dies möglichst unterschiedlich, eventuell sogar gegensätzlich. Eine ungewohnte Praxis, wo wir es uns doch zur Gewohnheit oder Regel gemacht haben, vor Klienten und Angehörigen Einigkeit zu zeigen, auch wenn sie gar nicht besteht. Diese Methode wurde von Tom Anderson und seinen Mitarbeitern in Tromsö unter dem Begriff des »*Reflektierendes Team*« vor nun mehr als 30 Jahren entwickelt. Dabei steht zunächst die Wertschätzung der Beteiligten und ihrer Dialoge im Vordergrund. Das *persönliche Netzwerk des Klienten* sollte so weit wie möglich *als Ressource* gesehen und angesprochen werden. Bereits durch das eigene Formulieren einer authentischen (!) Wertschätzung kann sich der eigene Blick auf die Anwesenden verändern. Jede Stimme bzw. Person des Netzwerks sollte dann in den weiteren Reflektionen aufgegriffen werden. Bereits das Aussprechen der subjektiv als bedeutsam erlebten Aspekte des Gehörten in den jeweiligen Worten der Anwesenden ist erstaunlich wirksam. Es vermittelt das Gefühl wirklich gesehen und gehört und ernst genommen zu werden. Und andere Anwesende können die Sichtweise dieser Person neu und anders hören und werden so innerlich zugänglicher.

Beobachtbare interaktionelle »Pathologien« im Netzwerk sollten nicht als solche definiert und angesprochen werden. Die Chance sie durch Begegnungsmomente zu verändern, würde dies eher behindern. Über eine reflektierende Spiegelung der jeweiligen subjektiven Sichtweisen kommen sie leichter und schneller wieder in

Fluss. Hilfreich kann es auch sein, eigene Hypothesen bzw. Ideen in möglichst kurze Fragen umformulieren oder interessierte Fragen zu Beziehungen und gemeinsamen Entwicklungsmöglichkeiten zu stellen, Fragen zu stellen, die sich die Anwesenden selbst bisher möglicherweise nicht gefragt haben. Beobachtungen statt Erklärungen und Interpretationen, sowie keine Bewertungen. Erklärungen und Interpretationen sind keine »Reflexionen«. Jede Äußerung sollte als subjektive Sichtweise (*mir kam es so vor*) und ergänzende Frage (*könnte es sein*) formuliert werden. Weiterführende Ideen sollten im Konjunktiv und subjektiv formuliert werden (*Ich frage mich, ob ... Ich bin nicht sicher... Vielleicht ... Es könnte sein ... Es kommt mir so vor als ob...*). Sie sollten möglichst vielstimmig und eventuell sogar gegensätzlich sein.

Aussagesätze (*so ist es*) sollten vermieden werden. Wirklichkeit ist immer polyphon. Aufmerksamkeit auch gegenüber subtilen Details kann öffnende Reaktionen bewirken.

Die Reflexionen sind auch ein guter Ort, um empfundene eigene Gefühle auszusprechen und dabei so weit wie irgendwie möglich echt und authentisch sein. Diese Gefühle können zu einer wertvollen Rückmeldung/Stimme im weiteren dialogischen Prozess werden und helfen eigene Gefühle bei den Anwesenden bewusst zu machen. Es kann auch sehr förderlich sein, sich von den meist tragischen und immer komplexen Lebensgestalten der Menschen berühren zu lassen. Leiden und auch misslungenes Bemühen anzuerkennen wird auch als Wertschätzung erlebt. Dies auch mit Gefühlen und Erfahrungen des eigenen Lebens zu verbinden und auch kurz in der Reflexion mit anzusprechen, stellt mehr Ähnlichkeit zu den jetzt in einer Krise lebenden Anwesenden her. Viele ihrer existentiellen Erfahrungen haben auch wir gemacht.

Ein Ort für Lösungsvorschläge und Ratschläge ist das Reflektieren nicht. Es kann neue Anstöße geben, die konkreten Schritte und Lösungsideen sollten, wenn irgendwie möglich aus dem Netzwerk selbst kommen.

Solche Reflexionen sollten *zwei bis drei Mal im Gesprächsverlauf* angeboten werden. Immer entscheidet das anwesende Netzwerk, ob sie tatsächlich stattfinden. Sie sollten jeweils kurz sein und das subjektiv Wichtige wiedergeben.

Durch das Reflektieren wird dem Netzwerk zum einen deutlich, wie aufmerksam die Professionellen die Dialoge verfolgen, was meist die *Ernsthaftigkeit* des Sprechens nach der Reflexion verstärkt. Des Weiteren existieren in jedem Anwesenden neben der geäußerten »Stimme« weitere und durchaus divergierende innere Stimmen (sog. innere oder vertikale Polyphonie), die jedoch nicht ausgesprochen werden. Indem zentrale Inhalte der »äußeren Stimme« gespiegelt werden, werden diese weiteren, oft gegensätzlichen inneren Stimmen aktiviert und so beginnt ein *innerer Dialog*. Zugleich werden auch die anderen evtl. im Konflikt stehenden Gesprächsteilnehmer zu Hörenden dieser gespiegelten Inhalte. Werden diese jedoch wertschätzend von anderen wiedergegeben, können sie neu gehört und bereiter aufgenommen werden. Auch dies führt oft zu neuen weiteren inneren Dialogen. Diese (noch) nicht ausgesprochenen inneren Stimmen sind oft wichtiger als die formulierten. Sie können auch unausgesprochen bleiben, bestimmen jedoch oft die

weitere Entwicklung positiv. In späteren Gesprächen werden sie möglicherweise ausgesprochen. Auch das empathische Einfühlen in die unterschiedlichen Gefühle und die innere Situation der Anwesenden kann Raum finden in den Reflektionen. Dies ist besonders gegenüber den Anwesenden wichtig, die im Zuge des Gesprächs eine negative Außenseiterrolle einnehmen oder zugewiesen bekommen.

Besteht die *Notwendigkeit einen Behandlungsplan zu entwickeln*, über Medikation und Hospitalisierung zu entscheiden, werden diese Fragen offen und möglichst vielstimmig mit Vor- und Nachteilen vor dem Netzwerk diskutiert. Die professionellen Diskussionen sollten auch problembezogene Uneinigkeiten und Kontroversen unter den Teammitgliedern enthalten. Die möglichst divergente Vielstimmigkeit im professionellen Team – bis hin zur transparenten Benennung kontroverser Positionen – ist zunächst ungewohnt, auf Dauer jedoch erleichternd, ja befreiend und gibt den anderen Gesprächsteilnehmern mehr Impulse und Entwicklungsmöglichkeiten. Vielstimmigkeit ohne erzwungene Einigkeit oder polarisierende Ablehnung wird unmittelbar vorgelebt.

Eine zentrale Idee des Ansatzes ist die *Aktivierung natürlicher Ressourcen* und die gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings und der Behandlungsschritte mit dem Netzwerk. Durch eine abwartende Haltung bezüglich professioneller Maßnahmen (sofern ohne Risiken möglich) können möglichst viele »normale« auf die natürlichen Beziehungen und die Alltagswelt bezogene Schritte und »Lösungen« gefunden werden, die den Professionellen gar nicht eingefallen und ihnen nicht zugänglich wären. Da jede Krise einzigartig ist, wird von festgelegten durch die Professionellen zuvor geplanten Interventionen/Maßnahmen abgesehen.

Danach kann das Netzwerk, angeregt durch die Ideen und noch nicht entschiedenen Möglichkeiten des Handelns eigene Vorstellungen über das weitere Vorgehen mit Hilfe der eigenen Ressourcen entwickeln.

Bei den Professionellen ist die Bereitschaft, den *eigenen Standpunkt* im Laufe des Gesprächsprozesses immer wieder zu *überdenken*, zu bezweifeln und zu verändern von zentraler Bedeutung, um einen tatsächlich Offenen Dialog aufrecht zu erhalten.

Toleranz von Unsicherheit ist ein bedeutsames therapeutisches Prinzip des Ansatzes.

Es gilt sowohl für das Netzwerk wie auch für die Professionellen. Daher werden die Netzwerkgespräche so geführt, dass vorschnelle Schlussfolgerungen oder Entscheidungen über die Behandlung vermieden werden. Konkrete Schritte und »Lösungen« sollten möglichst im Netzwerk selbst entstehen.

Alle *anstehenden Entscheidungen* werden dann gemeinsam mit den Anwesenden Gesprächsteilnehmern durchdacht und möglichst im Konsens entschieden, z. B. auch die Gabe von Neuroleptika. Dabei sollte kein vorschneller Konsens zwischen den Anwesenden hergestellt und Unsicherheiten im Zuge des prozessorientierten Vorgehens ausgehalten werden, um nicht in vereinfachende und oft polarisierende Erklärungen und Maßnahmen zu geraten oder vorschnelle Entscheidungen zu treffen, die jedoch längerfristig nicht tragfähig sind und eine autonome von der Psychiatrie unabhängige Entwicklung eher erschweren.

Häufig geschieht auch *erst nach dem Gespräch Entscheidendes*, was zuvor gar nicht zur Sprache kam oder verabredet wurde. Dies ist oft Folge einer »inneren Polyphonie«, die durch den reflektierenden und dialogischen Prozess angeregt wurde, jedoch aufgrund von beispielsweise Stolz, Beschämung oder Schuldgefühlen (noch) nicht explizit ausgesprochen werden konnten. Zugleich haben die anfänglich kleinen Bewegungen aufeinander zu oft weitere zur Folge, die durch zu frühe und zu feste Vorsätze eher behindert würden.

Daher sollte das Handeln der Professionellen davon bestimmt sein, *ausreichend Sicherheit für das Netzwerk* anzubieten und sich darüber gemeinsam abzustimmen.

Der gemeinsame dialogische Suchprozess braucht einen sicheren entängstigenden Rahmen, um die dabei bestehende Unsicherheit auszuhalten. Eine schnelle erste Krisensitzung innerhalb von 24 Stunden, eine weitere dichte Abfolge von Sitzungen bei Bedarf und ein 24 h Krisendienst im Hintergrund sind strukturelle Aspekte, die Sicherheit geben. So genügt es, zeitweise nur kleine, aber konsensfähige Schritte zu verabreden, denn die nächste Sitzung kann falls erforderlich schon am nächsten Tag erfolgen. Je akuter die Krise ist, umso kurzfristiger sollte man denken und planen.

Dieser Rahmen ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass ein Prozess vertiefter Dialoge über das gemeinsame Verständnis der Krise und über tragfähige Veränderungsschritte entstehen kann. Unzureichende Sicherheit führt zu Handlungen, die diesen Prozess unterbrechen oder vorzeitig abbrechen.

Die *grundsätzliche Hoffnung* und Erwartung, dass diese evtl. auch psychotische Krise überwunden werden kann, sollte empfunden und vermittelt werden.

Solche dialogischen Treffen können daher als ein Kontext aufgefasst werden, in dem Veränderungen durch einen als wertvoll erachteten Austausch von »Stimmen« entstehen.

Gegen Ende der Sitzung sollte die Frage gestellt werden, ob *für heute alles Wichtige* gesagt wurde. Werden ganz neue Themen eingebracht, müssen sie nicht in diesem Gespräch zu Ende besprochen werden, sondern können Thema eines Folgegesprächs sein oder auch in einen anderen sinnvollen Kontext verwiesen werden. Die erörterten *Themen können dann zusammengefasst werden*. Dies sollte jedoch von den Teammitgliedern nur in Form eines subjektiven kurzen Rückblicks begonnen werden, so dass die anderen Teilnehmer des Netzwerks dies ergänzen oder korrigieren können. (*Haben wir noch etwas Wichtiges vergessen?*)

Verzichtet man z. B. angesichts hoher Komplexität darauf, so sollten jedoch fest verabredete *Vereinbarungen* am Ende wiederholt werden, um sie so auch auf ihre Gültigkeit hin überprüfen zu können. Wurden Entscheidungen in andere Kontexte verwiesen, sollte dies ebenfalls erwähnt werden.

Sollten *Gefährdungen oder die Befürchtung* zur Sprache gekommen sein, sollte die Frage gestellt werden, ob sich alle nun sicher genug fühlen, um jetzt so gut auseinander gehen zu können?

Zum Abschluss des Gesprächs folgen dann noch Fragen zu weiteren Gestaltung des Settings:

1. *Sollen wir uns zu einem weiteren Gespräch treffen?*

2. Was wäre ein guter zeitlicher Abstand bis zu unserem nächsten Gespräch?
3. Bei Zögern des Netzwerks/der Familie: Wollen Sie erst einmal darüber nachdenken und uns dann anrufen?
4. Sollte jemand zusätzlich eingeladen werden?

Zusammenfassung

Grundsätzlich sind die Art des Denkens, die *Haltung und die Art der Begegnung* wichtiger, als die verwendeten systemischen Methoden.

Die Sitzung schafft einen *Kontext für Veränderung*, indem Haltung und Methode zu einem lebendigen Austausch unter den vielfältigen inneren und äußeren Stimmen führen, bei dem alle geschätzt werden und wichtig sind.

Im Mittelpunkt der Methode steht der Versuch, jede Stimme zu hören, weil jede Stimme gehört werden will und sich von jeder Stimme berühren zu lassen, weil wir Menschen berühren, wenn *wir uns* von Ihnen *berühren lassen* und in jeden Menschen etwas lebt, das darauf wartet, berührt zu werden.

Eine *gemeinsame Sprache und gegenseitiges Verstehen* können helfen, die Verwirrung und Zweideutigkeit zu verringern und mehr Orientierung und Handlungsfähigkeit zu gewinnen (OLSEN et al 2014 – Übersetzung V. A.). Die Professionellen bemühen sich auch um das Entstehen eines *Wir-Gefühls*, einer lebendigen Verbindung zwischen allen Gesprächsteilnehmern, die sie einschließt.

Dafür stellt die Methode ein recht großes *Repertoire* bereit: Öffnende Fragen, möglichst authentische Worte und »Gesten« aus der eigenen Präsenz im Hier und Jetzt, Innehalten, Aushalten, in den Kontakt gehen mit eigenen Gefühlen und Gedanken (inneren Stimmen) und verzögertes Reflektieren als berührt und interessiert sein.

Die Art der professionellen Präsenz und ihr Handeln sollte dabei nicht den Charakter einer Routine haben, und in gewisser Weise so sein, als ob es jetzt das erste Mal wäre.

Wirkungen und Wirkfaktoren der dialogischen Methode

Die Kraft des gemeinsamen dialogischen Prozesses wurde von KATZ & SHOTTER (2004) als eine wirkende Kraft mit ihrer eigenen Berechtigung (»a kind of agent in its own right«) beschrieben. Sie führt den Gesprächsprozess in den meisten Gesprächen über eine häufige initiale Polarisierung mit durchaus heftigen Affekten zu mehr Kohärenz, Kooperation, Kohäsion und Integration unterschiedlicher Standpunkte. Dies kann im Verlauf eines Gesprächs oder in einem Prozess über mehrere Gespräche entstehen.

Diese »Kraft« ist der Ausgangspunkt für das *prozessorientierte Vorgehen*.

Die dabei im Verlauf entstehenden Begegnungsmomente können der entscheidende Impuls für diese Entwicklung werden. So können Dialoge und Reflektionen und andere verkörperlichte Prozesse Momente der Resonanz zu sog. »*living moments*«

(SHOTTER 1998), ›striking moments‹ (LOWE 2004) oder ›Jetzt-Momenten‹ (STERN 2007) führen, die zunächst unausgesprochen bleiben, jedoch oft fühlbar sind. Unvoraussagbar können auf sie Momente der inneren Verbundenheit zwischen den einzelnen Anwesenden folgen, die Daniel Stern ›Begegnungsmomente‹ nennt. Sie werden oft zur entscheidenden Wende in einem Gespräch. Nie zuvor erzählte und geteilte Erfahrungen aber auch ein ungewohnt neuer Blick, ein tieferes Verständnis des anderen sind der Stoff, aus dem diese Momente entstehen. »In solchen Begegnungsmomenten vollziehen sich zentrale Erfahrungen, die in einer Psychotherapie verändernd wirken (STERN 2007).« Stern beschreibt sie folgendermaßen: »Die gemeinsame Reise dauert zwar nicht länger als die Sekunden, die ein Begegnungsmoment hat. Aber das reicht aus. Sie wurde gemeinsam durchlebt. Die Beteiligten haben eine private Welt erzeugt, die sie miteinander teilen. Wenn sie jene Welt wieder verlassen, werden sie feststellen, dass ihre Beziehung sich verändert hat. Ein Diskontinuitätsprung hat stattgefunden. Die Grenze zwischen Ordnung und Chaos wurde neu gezogen. Kohärenz und Komplexität wurden erhöht. Sie haben das intersubjektive Feld erweitert, so dass sich neue Möglichkeiten des gemeinsamen Zusammenseins auftun. Beide sind verändert und sie sind auf eine neue Weise miteinander verbunden, weil sie einander verändert haben.« (ebd. S. 179)

»Gemeinsame Gefühlsreisen gehören zu den verwunderlichsten und dennoch normalsten Vorgängen des Lebens und können unsere Welt Schritt für Schritt oder auch in einem einzigen großen Sprung verändern.« (ebd. S. 180) Sind dabei Intersubjektivität und affektive Aufladung hoch, so kann sich ein »Schlüsselereignis vollziehen, dass ein ganzes Leben verändern kann.« (ebd. S. 182)

Die daraus entstehenden weiteren Entwicklungen können erstaunlich groß sein, wie veränderte Beziehungen, unerwartete Schritte im eigenen Leben und/oder die Abnahme der Symptomatik als Ausdruck von Selbstheilungsprozessen.

Wenn es daher in einer schwierigen Lebenssituation gelingt, die (meisten) wichtigen Beteiligten an einen Tisch zu bringen, sind – nach meiner Erfahrung – dialogisch geführte Netzwerkgespräche die *wirksamste psychotherapeutische Einzelintervention* die es gibt. Sie ist im Modell der bedürfnisangepassten Behandlung auch mit jedem weiteren Psychotherapeutischen Ansatz vereinbar und kombinierbar. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass aus den Einzelkomponenten der Behandlung ein kohärenter gemeinsamer Prozess wird und er es auch bleibt.

Evaluationsstudien

Prinzipiell gelten ergänzende systemische Gespräche als Verstärkung der Wirksamkeit anderer Psychotherapieformen.

Die bislang in vier naturalistischen Kohortenstudien an Ersterkrankten mit nicht-affektiven Psychosen aufgezeigten Behandlungsergebnisse über zwei und fünf Jahre (LEHTINEN et al 2000, SEIKKULA et al. 2006, SEIKKULA et al. 2011) beeindrucken. In allen Studien ergaben sich eine ungewöhnlich niedrige Rate von Krankenhaustagen, hohe Raten von Integration in Ausbildung/Studium und Arbeit

auf dem ersten Arbeitsmarkt von durchgängig 70–80 %, geringe Rückfallraten von 17–28 % innerhalb von zwei Jahren in Verbindung mit einer sehr niedrigen Dosis verwendeter Psychopharmaka. 50–70 % der ersterkrankten psychotischen Patienten wurden über den gesamten Untersuchungszeitraum von zwei und fünf Jahren ganz ohne Neuroleptika behandelt, nur 11–28 % längerfristig. 46–63 % der Patienten nahmen neben der systemischen Intervention zusätzlich eine Individualtherapie in Anspruch, meist Patienten, die schon relativ abgelöst waren aus ihrer Ursprungsfamilie.

Umsetzung in Deutschland

In Deutschland gelingt gegenwärtig vor allem unter dem neuen Finanzierungssystem der »Integrierten Versorgung« und in Kliniken mit regionalem Budget zum Teil die Umsetzung der Praxis der »Offenen Dialogs«.

Aber auch bereits einzelne oder mehrere Netzwerkgespräche im Rahmen üblicher stationärer oder ambulanter Behandlungen können eine entscheidende therapeutische Wirksamkeit haben sowie die gesamte therapeutische Kultur spürbar verbessern.

Dieses Modell wird seit längerem auch in anderen skandinavischen Ländern umgesetzt und stößt in Polen, Großbritannien sowie den USA auf wachsendes Interesse.

Literatur

- ADERHOLD, V./ALANEN, Y.O./HESS, G./HOHN, P. (Hrsg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen (Psychosozial Verlag)
- ALANEN, Y.O. (2001): Schizophrenie – Entstehung, Erscheinungsformen und Bedürfnis-angepasste Behandlung. Stuttgart (Klett-Cotta)
- ANDERSEN, T. (1993): See and hear, and be seen and heard. In: S. FRIEDMAN (Eds.) *The new language of change* New York Guilford (S. 303–322)
- ANDERSEN, T. (1996): Language is not innocent. In: M. KASLOW (Ed) *Handbook of relational diagnosis* Wiley & sons New York (S. 119–125)
- BACHTIN, M. (1963): *Probleme der Poetik Dostoevskijs*. München: Schramm (Hanser 1971, Ullstein 1988)
- KATZ, A.M./ SHOTTER, J. (2004): On the way to »presence«: Methods of a »social poetics.«. In: D.A. PARE´ & G. LARNER (Eds.), *Collaborative practice in psychology and therapy* (S. 69–82). New York (Haworth Clinical Practice Press)
- LEHTINEN, V./AALTONEN, J./KOFFERT, T. (2000): Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry* 15:312–320
- LOWE, R. (2005): Structured methods and striking moments: Using question sequences in »living« ways. *Family Process* 44(1):65–75
- MORGAN, C./FISHER, H. (2007): Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma – a critical review. *Schizophr Bull.* 33(1):3–10
- OLSON, M./SEIKKULA, J./ZIEDONIS, D. (2014): The key elements of dialogical practice in opne

- dialogue: fidelity criteria <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- ROBINSON A. (2013): In *Theory Bakhtin: Dialogism, Polyphony and Heteroglossia*, *Ceasefire magazine in theorie bakhtin* 1, April 6
- SEIKKULA, J. (2011): *Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 32(3):179–193
- SEIKKULA, J. (2008): *Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. Journal of Family Therapy*, 30(4): 478–491
- SEIKKULA, J., & OLSON, M. (2003). *The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. Family Process*, 42(3): 403–418.
- SEIKKULA, J. /TRIMBLE, D. (2005): *Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. Family Process* 44(4):461–475
- SEIKKULA, J./AALTONEN, J./ALAKARE, B./HAARAKANGAS, K. (2006): *Five-years experiences of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow up outcomes, and two case studies. Psychotherapy and Research* 16(2):214–228
- SEIKKULA, J. & ARNKIL, T. E. (2007): *Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*. Paranus Verlag, Neumünster
- SEIKKULA, J./ALAKARE, B./AALTONEN, J. (2011): *The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. Psychosis* 3(3):1–13
- SEIKKULA, J./ ARNKIL, T. E. (2014): *Open Dialogues and Anticipation – Respecting Otherness in the Present Moment*, National Institute for Health and Welfare, Tampere
- SHOTTER, J. /KATZ A. (1998): *‘Living Moments in Dialogical Exchanges‘. Human Systems* 9(2): 81–93
- SHOTTER, J. (2003): *Cartesian change, chiasmic change: The power of living expression. Janus Head* 6: 6–29
- SMITH, C. (2004): *Relational attunement: Internal and external reflections on harmonizing with clients*. In D. A. PARÉ & G. LARNER (Eds.), *Collaborative practice in psychology and therapy* New York: Haworth Press (S. 85–96).
- STERN, D.N. (2007): *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt (Verlag Brandes & Apsel)
- WEINMANN, S./ADERHOLD, V. (2012): *Need adapted treatment in Skandinavien*, In TOPHOVEN C, Wessels (Hrsg.) *Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung psychischer Störungen*, Heidelberg (Psychotherapeuten Verlag)

III Zwang und/oder Beziehung

Zwang/Gewalt und therapeutische Beziehung aus der Perspektive des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Detlev E. Gagel

»Wie kann es gelingen, trotz Einleitung/Vermittlung/Anwendung von Zwang eine therapeutische Beziehung zu behalten?«

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Ergebnisse aus den Sozialpsychiatrischen Diensten im Land Berlin.

Berlin hat ca. 3,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner (Stand 2014), die sich auf zwölf Bezirke verteilen. In jedem Bezirk gibt es im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt) einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD).

Zu den Aufgaben der SpDs zählen:

- Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung von Betroffenen, sozialem Umfeld und Professionellen
- Krisenintervention incl. Unterbringungsmaßnahmen gemäß Berliner Psychisch-Krankengesetz (PsychKG) als hoheitliche Aufgabe
- Fachliche Begutachtung unter Einsatz multiprofessioneller Kompetenz (ärztlich, psychologisch und sozialarbeiterisch) nach verschiedenen Gesetzen und Verordnungen (v. a. SGB XII, II, Psych-KG, Bürgerliches Gesetzbuch)

Begleitende Betreuung und Behandlung erbringt der SpD als Kernaufgabe nur da, wo sie erforderlich ist und von anderen nach dem Subsidiaritätsprinzip nicht geleistet werden kann. Notfalls hat der SpD auf Versorgungslücken aufmerksam zu machen und darauf hin zu wirken, dass entsprechende Angebote entstehen.

Die Unterbringungsmaßnahmen sind gewissermaßen der »unique selling point«, das Alleinstellungsmerkmal der SpDs, da diese Aufgabe von keiner anderen Einrichtung übernommen werden kann. Lediglich die vorläufige Unterbringung nach Psych-KG ist durch den Polizeipräsidenten und die jeweiligen Klinikärztinnen und Ärzte bis zum Ablauf des darauffolgenden Tages möglich. In besonderen Situationen kann eventuell eine psychiatrische (Notfall-)Behandlung in subsidiärer Funktion erfolgen. Ansonsten haben die SpDs keinen Behandlungsauftrag wie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäuser gemäß SGB V. Die Leistungen werden im multiprofessionellen Team (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) als besonderes Qualitätsmerkmal erbracht.

Die Konzeption der Berliner SpDs ist in einem Leitbild niedergelegt. Zusammengefasst sind folgende Aspekte von Bedeutung:

- niedrigschwellig (Es sollen so gut wie keine Zugangsvoraussetzungen erzeugt werden)
- schnell verfügbar (Für die Krisenintervention soll bis spätestens zum darauffolgenden Werktag ein Einsatz ermöglicht werden)

- aufsuchend/nachgehend (Hausbesuche zählen zu den besonderen Kennzeichen der SpDs in Berlin)
- ganzheitlich (Die SpDs handeln im multiprofessionelles Team und versuchen damit eine sozialmedizinische Dimension zu realisieren)
- kontinuierlich (Durch das Bezugspersonensystem soll eine Kontinuität der Beziehungen gewährleistet werden. Sozialarbeiterinnen sind meist für bestimmte Straßen zuständig)
- beim »schwierigsten Fall« anfangen (Mit der Aufhebung des »inverse care law« – Gesetz der verdrehten Versorgung – soll erreicht werden, dass die Hilfe diejenigen erreicht, die sie am meisten und dringendsten benötigen)

Die für das Thema Zwangsbehandlung entscheidende Aufgabe ist die Krisenintervention. Damit wird gemäß dem Produktkatalog für Berlin, (Version 18, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2014) in der Kurzbeschreibung folgende Zielsetzung angestrebt:

»Durch multiprofessionelle Intervention sollen Krisen aufgefangen und Zwangsmaßnahmen, wenn möglich, verhindert werden. Die Krisenintervention schließt auch ordnungsbehördliche Maßnahmen ein und erfolgt zeitnah zur Meldung.«

Ausgewählte Beispiele aus dem Leistungsumfang:

- Krisenintervention
- Einweisung nach dem Berliner PsychKG
- Einweisung nach Betreuungsgesetz (BGB)
- Prüfung eines Antrages nach Berliner PsychKG ohne anschließende Unterbringung.

Als Qualitätsziele sind im Produktkatalog festgehalten:

- Anzahl der vermiedenen Zwangsmaßnahmen
- Zeitdauer von eingegangener Meldung bis zur ersten Klärung und Intervention

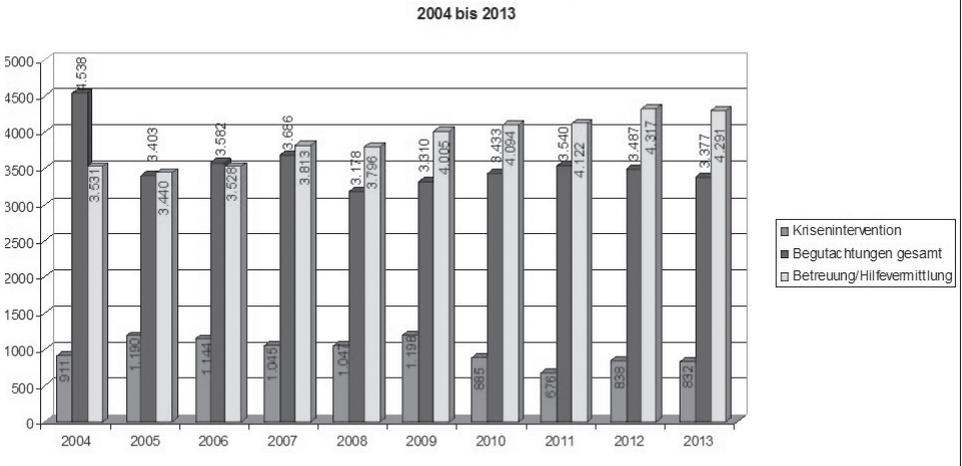
Am Beispiel des Bezirks Pankow sollen einige Kennzahlen genannt werden.

Pankow hat Einwohnerzahl von 380.000, davon sind ca. 60.000 jünger als 18 Jahre, also minderjährig (Stand 2013). Der Bezirk hat die zweitgrößte Fläche im Land Berlin. Er ist gleichermaßen der am stärksten wachsende Bezirk, nämlich pro Jahr ca. 3.000 neue Einwohnerinnen und Einwohner. Zwischen 2010 und 2030 wird der Bezirk um 16 % zunehmen.

In der folgenden Tabelle finden sich die Fallzahlen des SpDs in Pankow für die drei Hauptprodukte im zeitlichen Verlauf zwischen 2004 und 2013:

- Krisenintervention incl. Unterbringungsmaßnahmen
- Fachliche Begutachtung
- Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung

„Fallzahlen“ 2004-2013 SpD Pankow



Anträge nach PsychKG: 186 191 236 256
Anteil: 4,5% 4,6% 5,4% 5,9%

Abb. 1

Für die Jahre 2010–2013 sind darüber hinaus die Fallzahlen der Anträge auf PsychKG-Unterbringungen wie folgt:

Jahr	2010	2011	2012	2013
Anträge nach PsychKG:	186	191	236	256
Anteil an allen Betroffenen:	4,5 %	4,6 %	5,4 %	5,9 %

Insgesamt ist die Zunahme der Fallzahlen, aber auch der Anträge nach PsychKG auffallend, wobei der starke Anstieg zwischen 2011 und 2012 am ehesten mit der damaligen Rechtsunsicherheit durch die durch den Bundesgerichtshof verfügte Novellierung des § 1906 BGB erklärbar ist.

In 2004 wurden vom SpD Pankow 3.531 Personen (321.475 Einwohner) versorgt, in 2013 stieg die Zahl auf 4.291 Personen (344.476 Einwohner¹). Bei einer Bevölkerungszunahme von 7 % wurden im SpD 22% mehr Menschen betreut. Dabei wurden pro akademischer Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter ca. 215 Personen/Jahr versorgt.

2010 wurde in Hannover das Bundesnetzwerk der sozialpsychiatrischen Dienste gegründet. Es tagt seitdem alle zwei Jahre und hat eine Publikation mit dem Titel »Hart am Wind« erstellt. Weitere Informationen finden sich auf der Homepage www.sozialpsychiatrische-dienste.de.

1 Zu berücksichtigen ist, dass die Einwohnerzahlen durch den Mikrozensus im Jahr 2013 etwas zu Ungunsten von Berlin verändert worden sind.

Die SpDs verfolgen bundesweit konzeptionell den »sozialpsychiatrischen Kompass« wie in der Abb. 2 zu sehen ist.

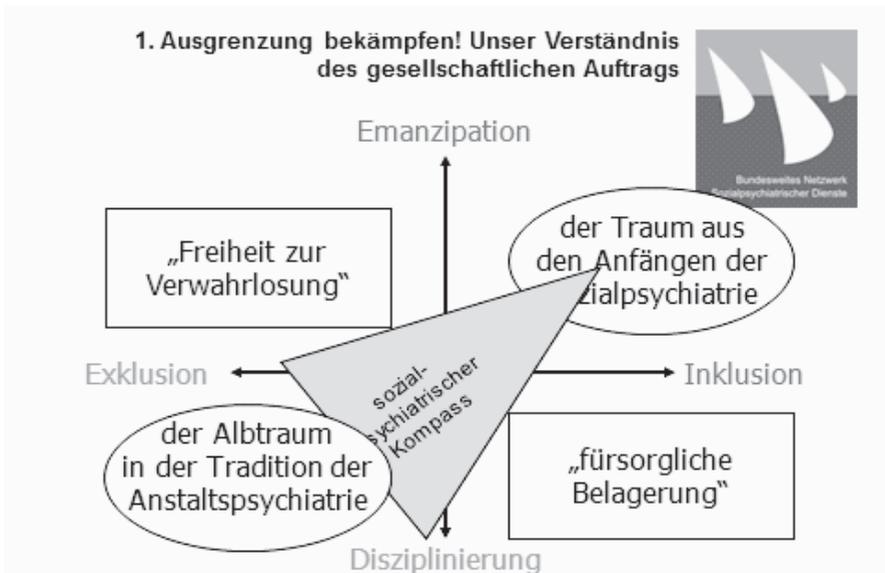


Abb. 2

Es geht dabei um die Verhinderung von Ausgrenzung und Disziplinierung, wie es in der Tradition der Anstaltspsychiatrie üblich war. Vielmehr wird angestrebt, eine Position für die Betroffenen zu erreichen, die sowohl emanzipatorisch als auch inklusiv wirkt. Die Gefahr der »fürsorglichen Belagerung« ist gelegentlich insbesondere in der Eingliederungshilfe gegeben, wenn Anbieter von Maßnahmen an den Betroffenen haften und eine emanzipatorische Entwicklung für sie nicht ausreichend berücksichtigen. Auch das Gegenteil, durch Überbetonung der Emanzipation der Betroffenen, deren »Freiheit zur Verwahrlosung« zu fördern, kann als Gefahr drohen.

In den vergangenen Jahren haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen einer Behandlung gegen den eigenen Willen erheblich zugunsten der Betroffenen verbessert.

Im Wesentlichen haben dazu folgende rechtliche Entscheidungen beigetragen:

- Ratifizierung der UN-Behinderten Rechtskonvention (UN-BRK) am 26-03-09
- Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 23-03-11 und 12-10-11
- Urteile des Bundesgerichtshofs vom 20-06-12 und 26-02-13
- Verabschiedung des überarbeiteten § 1906 a BGB vom 18-02-13
- Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer von 08/2013

- Berichts des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe 01-02-13

Darüber hinaus ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Psychopharmakotherapie in den Fokus gerückt (vgl. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Reduktion von Neuroleptika).

Bei der Anwendung von Zwang in der Psychiatrie muss berücksichtigt werden, dass es traditionell Unterschiede in der Beurteilung bei der Zwangsbehandlung zwischen Juristen und Medizinern gibt, wie die folgende Übersicht verdeutlicht:

juristisch

- freie Willensbildung
- Schwere der Störung
- Folgen der Störung
- Ausschluss der freien Willensbildung
- Verhältnismäßigkeit der Mittel
- Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorhanden?

medizinisch

- Heilungsanspruch
- exakte Diagnose
- Differentialdiagnose
- Psychopathologie
- Maximaltherapie
- Compliance/Adhärenz vorhanden?

Während für Juristen die freie Willensbildung zentral ist, haben Mediziner in der Regel einen Heilungsanspruch und suchen nach der exakten Diagnose. Die Juristen interessiert aber mehr die Schwere der Störung und deren Folgen, während Mediziner die Differentialdiagnose suchen und eine genaue Psychopathologie zu beschreiben versuchen. Bei der Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbildung aufgrund einer psychischen Störung fragen Juristen nach der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu deren Behebung, während Mediziner nach einer Maximaltherapie streben. Für sie ist dabei die Mitwirkung des Betroffenen wichtig, während Juristen die Frage nach der Einsichts- und Urteilsfähigkeit stellen.

Fallbeispiel:

Person A ist ca. 35 Jahre alt und hat ein Kind (*2002). Erstmals trat eine psychiatrische Störung ca. 1994 auf. Sie führte im Verlauf zu diversen stationären Behandlungen.

Beim ersten Kontakt mit ihr im Jahr 2011 anlässlich eines Klinikbesuches hält sie sich für fehldiagnostiziert und fehlplatziert, fühlt sich auf Nachfrage wohl, äußert aber große Sorge um ihr Kind.

Bei einem nach der stationären Behandlung in 2012 durchgeführten Hausbesuch gab die Person an, dass sie sich an die seinerzeitige Begegnung nicht mehr erinnern könne, war zu dem Zeitpunkt gut eingebunden und versorgte ihr Kind.

2013 gab es keinen weiteren Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst.

Dann nahmen in 2014 mehrere Personen aus dem sozialen Umfeld Kontakt auf und äußerten dabei große Besorgnis um Wohlergehen von Person A. Sie beschrieben auffällige Verhaltensweisen: Sie suche wahllos Kontakte zu fremden Menschen auf der Straße, habe ihren Wohnungsschlüssel und Ausweis verloren, ihre Wohnung sei deutlich verwahrlost. Es habe schon diverse, auch körperliche Auseinandersetzungen gegeben.

Mehrere Behandlungsversuche (Teilnahme am Programm der Integrierten Versorgung, Vorstellungen in der Klinik auf freiwilliger Basis, dabei jeweils Ablehnung der stationären Behandlung) führten zu keinen wesentlichen Änderungen. Nach einer geplanten Aufnahme in die Klinik auf freiwilliger Basis forderte Person A wieder ihre Entlassung.

Schließlich erfolgte durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ein Hausbesuch mit Anwesenheit von mehreren Personen aus dem engen sozialen Umfeld. Es wurde eine Wiederaufnahme in die Klinik auf Basis einer Unterbringung nach dem Berliner Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) realisiert.

Anlässlich eines Kontaktes in der Klinik äußerte Person A ihren Ärger über die Unterbringung, gleichermaßen war ein ca. 30 minütiges Gespräch möglich. Schließlich erfolgte die Entlassung nach vier Wochen (davon eine Woche untergebracht, drei Wochen freiwillig in stationärer Behandlung).

Um sich zu vergegenwärtigen, wie unter den Bedingungen einer Zwangsbehandlung dennoch eine (therapeutische) Beziehung aufrechterhalten werden kann, werden die folgenden Argumente auf einer zeitlichen Dimension erörtert².

Vor der Behandlung gegen den eigenen Willen:

An vermutlich erster Stelle steht das Motto »Zeit mitbringen«. Kriseninterventionen erfordern einen hohen Zeitaufwand, vor allem, wenn es um die Frage der Behandlung gegen den eigenen Willen geht.

Wichtig ist im Gespräch die Situation zu erfassen, u. a. den Handlungsauftrag zu klären (Wer hat den Sozialpsychiatrischen Dienst gerufen, wer ist vor Ort, wer hat welche Intentionen, etc.)

Die Reflexion über das eigene Handeln ist unerlässlich: Besteht die Notwendigkeit zur Behandlung gegen den eigenen Willen im wahrsten Sinn des Wortes, d. h. muss eine bestehende Not für die betroffene Person gewendet werden?

Die Kontaktaufnahme und das Gespräch sind Voraussetzung, um in eine (therapeutische) Beziehung gehen zu können, die wiederum das Procedere erheblich entschärfen kann.

Dabei kommt es darauf an, die Ressourcen, auch die Sprache der Betroffenen zu erkunden.

Bei allem Handeln ist Transparenz über das eigene Vorgehen essenziell.

Das sollte vor allem durch eine konkrete Begründung für das eigene Handeln ermöglicht werden.

Situationsabhängig kann auch eine Konfrontation sein, z. B. dass das gezeigte Verhalten ein »Suizid auf Raten« sein könnte.

Dazu gehört auch Wissensvermittlung: Die Behandlung gegen den eigenen Willen kann auch eine Schutzfunktion haben. Die Folgen der Eigen- und Fremdgefährdung sollten aufgezeigt werden.

2 Für wertvolle Hinweise danke ich folgenden Kolleginnen und Kollegen: Christiane Hebes, Ralph Susenbeth, Frau Ohanian (Friedrichshain-Kreuzberg), Nadja Kaiser (Lichtenberg), Ursula Lindner (Mitte), Ruth Jeutner, Monika Mörke, Karin Noack, Dr. Antje Schwertfeger (Pankow), Christoph Finger (Tempelhof-Schöneberg), Dr. Jan Podschus (Treprow-Köpenick)

Schließlich sollte ein Diskurs über das Risiko der Nichtbehandlung vs. Traumatisierung durch Zwang geführt werden.

Während der Behandlung gegen den eigenen Willen:

Es gilt vor allem, sich Zeit zu nehmen, um sich intensiv mit der Situation der Betroffenen auseinanderzusetzen zu können. Dazu sollten Möglichkeiten geschaffen werden, um im Gespräch mit den Betroffenen bleiben zu können. Dies sollte vor allem durch Klinikbesuch(e) realisiert werden.

In bestimmten Situationen, wenn die Behandlung gegen den eigenen Willen für die Betroffenen schwer zu verstehen und zu akzeptieren ist, empfiehlt sich eine Rollenteilung nach dem Motto: Good Guy versus Bad Guy. Ein Mitarbeiter übernimmt die Rolle des »Bösewichts«, der andere versucht durch Zuwendung und Verständnis die Situation des Betroffenen zu begreifen.

Eine Möglichkeit ist, eine Zwangsmaßnahme als Episode nach dem Motto »Krise als Chance« zu erörtern. Sehr wichtig ist es, die Bedenken der Betroffenen zu reflektieren. Respektvoller Umgang beruht auf einer wechselseitigen Wertschätzung.

Im weiteren Verlauf sollten erlebte Veränderungen aufgegriffen werden. Im Rahmen eines Skilltrainings kann der Aufbau günstiger Verhaltensweisen gefördert werden. Zu den Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehört auch die Entlastung des sozialen Umfeldes.

Nach der Behandlung gegen den eigenen Willen:

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung gilt es, Zeit zu haben.

Es ist besonders wichtig, im Sinne der Nachsorge im Kontakt zu bleiben.

Dazu eignen sich alle Formen von Beratungsangeboten bis zur Stabilisierung der Betroffenen.

Dabei sollten in den Gesprächen besonders die Schuld- und Schamgefühle respektiert werden, die bei den Betroffenen aber auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Dienste auftreten können.

Frei nach dem Motto von Sigmund Freud ist das »Durcharbeiten«, d. h. das Für und Wider der Behandlung gegen den eigenen Willen in der Rückschau zu reflektieren, eine Möglichkeit der Bewältigung der möglicherweise erlebten Traumatisierung.

Manchmal kann es hilfreich sein, »einfach da zu sein«.

Eine Behandlungsvereinbarung ist ein wichtiges Instrument, um für künftige Situationen Vorsorge zu schaffen, wie in Situationen vorzugehen ist, in denen Betroffene sich selbst, andere Menschen oder bedeutsame Rechtsgüter gefährden. Dies fördert die Zusammenarbeit und einen respektvolleren Umgang miteinander.

Für Sozialpsychiatrische Dienste ist eine systemische Betrachtung unerlässlich, um das soziale Umfeld mit im Blick zu haben. Im Unterschied zu Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten fühlen sie sich auch den Menschen in der Umgebung der Betroffenen verpflichtet.

Über allem steht kurz gefasst das Motto: Nie aufgeben!

Zum Abschluss sollen noch einmal die Argumente für und gegen eine Behandlung gegen den eigenen Willen nebeneinander gestellt werden:

für

- Behandlungsanspruch
- Schwere der Störung
- Folgen der Störung
- Rückblickende Zustimmung
- Verhältnismäßigkeit der Mittel
- diverse Behandlungsversuche

gegen

- freie Willensäußerung
- Diagnose/Einschätzung richtig?
- unberechtigter Eingriff ins Leben
- akute Ablehnung der Behandlung
- Gewaltanwendung
- ... ohne Erfolg

Für eine Behandlung gegen den eigenen Willen wäre zunächst der grundsätzliche Behandlungsanspruch zu nennen, den die allermeisten Betroffenen im Rahmen ihrer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Dabei spielt die Schwere der psychischen Störung eine wichtige Rolle. Die Folgen der Störung müssen betrachtet werden und können zur Entscheidung für eine Behandlung gegen den eigenen Willen führen. Sie ist natürlich leichter zu rechtfertigen, wenn die Betroffenen rückblickend ihre Zustimmung geben. Immer gilt es abzuwägen, welche Mittel verhältnismäßig sind. Bei diesen Überlegungen spielt auch eine Rolle, ob bereits mehrere (abgebrochene) Behandlungsversuche auf freiwilliger Basis erfolgt sind, die zu keinen erfolgreichen Veränderungen geführt haben.

Gegen eine Behandlung gegen den eigenen Willen spricht in Linie die grundsätzliche freie Willensäußerung, die als erstes und zentral zur Kenntnis genommen werden sollte. Immer wieder muss geprüft werden, ob Diagnose bzw. die Einschätzung der Situation zutreffend sind. Jede Behandlung gegen den eigenen Willen bedeutet im Grundsatz einen unberechtigten Eingriff in das Leben der Betroffenen und kann mit Gewaltanwendung verbunden sein, die in jedem Fall zu vermeiden ist.

Literatur:

- EICHENBRENNER, I/GAGEL, D./ LEHMKUHL, D. (2007): »Wie geht es eigentlich den Sozialpsychiatrischen Diensten in ... Berlin?«. Sozialpsychiatr Inform 36:56–59
- ELGETI, H./ ALBERS, M. (2011): Hart am Wind. Bonn: Psychiatrieverlag
- Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) Berlin vom 8. März 1985/1994
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstreformgesetz – GDG) Berlin vom 1. Juli 2006
- Produktkatalog der Sozialpsychiatrischen Dienste für Berlin, Version 18, Bearbeitungsstand: 1. Januar 2014

Beziehung statt Zwang

Undine Lang

Zwang kann in der Psychiatrie nicht vollständig vermieden werden, jedoch können Zwangsmaßnahmen durch die frühere Aufnahme einer tragfähigen therapeutischen Beziehung möglicherweise um ein wesentliches Maß reduziert werden.

2013 hat Herr Prof. Wiesing in der Stellungnahme der zentralen Ethikkommission der Deutschen Ärztekammer im Ärzteblatt formuliert, dass das Bewusstsein, das jede Zwangsbehandlung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt, nicht durchgängig bei allen Psychiatern in ausreichendem Ausmaß vorhanden zu sein scheint. Dieses Statement wirft auf, dass es einen starken Handlungsbedarf der Psychiatrie gibt, paternalistische Vorgehensweisen und routinemäßig eingesetzten Zwang zu überdenken und zu reagieren, um die Psychiatrie als ein modernes medizinisches Fach zu positionieren und zu entstigmatisieren.

Die öffentliche Meinung zu Zwangsmaßnahmen wurde in einer großen repräsentativen Bevölkerungsstichprobenerhebung bei 2'300 Beteiligten in Basel erhoben, wo sich zeigte, dass Menschen allein durch die Tatsache, dass sie in einer Psychiatrie sind, als eigen- oder fremdgefährdend wahrgenommen werden. Auch werden allgemein zwar Zwangsmaßnahmen durch die Bevölkerung befürwortet, allerdings stimmen in der individuellen Situation anhand einer Fallvignette nur etwa 10 % der Basler Bevölkerung einer unfreiwilligen Hospitalisation, einer unfreiwilligen Medikation oder einer Isolation zu.

Wie eine Cochrane Datenanalyse zeigt, liegt für alle aktuell durchgeführten Zwangsmaßnahmen und Unterbringungsmaßnahmen derzeit keine randomisierte kontrollierte klinische Datenlage vor [Muralidharan und Fenton 2006]. Entsprechend sind die an verschiedenen Orten eingesetzten Zwangsmaßnahmen in ihrer Ausprägung sehr variabel. Eine Untersuchung, die auf 32 Akutstationen in Norwegen durchgeführt wurde, zeigte eine Schwankung des Anteils der isolierten Patienten zwischen 0 % und 88 % [HUSUM et al. 2010].

Auch in Deutschland zeigen Untersuchungen, dass die Tatsache ob Menschen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt werden oder nicht, mehr von der Klinik abhängt, in der sie eingewiesen werden, als von der tatsächlichen Aufnahmesituation und Diagnose [ZINKLER et al. 2010, STEINER et al. 2007].

Gegenüber einem relativ kleinen Anteil von 2–10 % der Patienten, die tatsächlich tätlich aggressiv werden [STEINERT et al. 1991, SPIESSL et al. 1998, RUESCH et al. 2003, KETELSEN et al. 2007] und das meistens reaktiv im Rahmen der Zwangsaufnahme, werden je nach Institution Zwangsmaßnahmen bei bis zu 66 % der betroffenen Patienten durchgeführt [FISHER 94, SEBIT 1998, CANNON 2001, NEEDHAM 2002, SAILAS and FENTON 2003, SAILAS und WAHLBECK 2005, STEINERT et al. 2007]. Dies führt wiederum zu einer Stigmatisierung der Psychiatrie und der Psychiater. Tatsächlich wird in einem Review von Satorius et al. [SARTORIUS et al. 2010] aufgeführt, dass Psychiater eher als feindselig wahrgenommen werden, als

Vertreter von Repression und mit der Zielsetzung anzutreten scheinen, regelkonformes Verhalten zu garantieren.

Die Psychiatrie hat also nicht den Status, den sie verdient als ein sehr erfolgreiches modernes Fach, ein zunehmend innovatives Fach, das einem hohen Anteil der Patienten, die dort aufgenommen werden, innerhalb kürzester Zeit helfen kann und in vielen Fällen nach einer einzigen stationären Aufnahme nie mehr zu einer weiteren Krankheitsperiode führt.

Die Varianz von Zwangsmaßnahmen könnte möglicherweise mit dem Problem einer hohen Reglementierung und Entpersonalisierung, wie wir sie auf vielen Akutstationen finden, zusammen hängen. Beispielsweise haben häufig Patienten auf akutpsychiatrischen Stationen keinen Zugang zu Nahrungsmitteln (die Küchen sind verschlossen), keine standardmäßig etablierten psychotherapeutischen Gespräche, keine transparenten Sprechzeiten der Ärzte. Neben richterlichen Anhörungen und Abnahme von Besitz, Durchsuchungen etc. führen Restriktionen von Besuch, von Telefonaten, morgendliches Wecken, Beschränken der Fernsehzeiten, Nachtruhe, kein Sportangebot (da die Physiotherapie meist außerhalb der Akutstationen stattfindet), kein ergotherapeutisches Angebot (da die Ergotherapie meist außerhalb der geschlossenen Station stattfindet), kein Zugang zum Garten, keine Rückzugsmöglichkeiten, da häufig überbelegte Abteilungen, fehlende diagnosenspezifische Kompetenz zu einer Stigmatisierung und Schlechterstellung von Akutpatienten etwa im Vergleich zu elektiv eintretenden Patienten und Privatpatienten.

Tatsächlich konnte in mehreren Studien ein Zusammenhang zwischen reglementierenden Interaktionen von Pflgeteam mit Patienten und aggressiven Übergriffen nachgewiesen werden. Auch findet sich eine geringe emotionale Verfügbarkeit des Personals und damit einhergehend wenig therapeutisches Engagement auf Akutstationen. Dies führt dann zu Trotzreaktionen gegen Regeln bei den Patienten und in der Folge zu aggressivem Verhalten und dann wiederum im Sinne eines Teufelskreises zu Zwangsmaßnahmen [ROPER und ANDERSON 1991, HEWISON 1995, FINNEMA et al. 1996, MUIR-COCHRANE und HARRISON 1996, WHITTINGTON und WYKES 1996, LANZA 1988, NIJMAN et al. 1997, WATKINS 1979, LUTZEN 1990, ALEXANDER 2006, MORRISON 1989, 1994].

Trotz all dieser Herausforderungen verändert sich die Psychiatrie. Die paternalistische Arzt-Patient-Kommunikation, wo die Meinung des Arztes den Patienten vorgegeben wird, wird zunehmend durch Shared-Decision-Making abgelöst, wo der Arzt seine eigene Meinung aber auch allgemeine Informationen dem Patienten vermittelt und dieser wiederum in seinen individuellen Fähigkeiten und in seinem Wissen mit dem Arzt gemeinsam eine symmetrische Lösung findet, um die Erkrankung individuell zu managen [JOOSTEN et al. 2008].

In vielen Kliniken, wie auch in Basel, sind durch einen Behandlungsbeirat, durch die Einführung der Patientenverfügungen, durch den routinemäßigen Einsatz von Behandlungsvereinbarungen, sowie auch die Hinterfragung von disziplinarischen Maßnahmen, die Rolle der Patienten deutlich verbessert worden [JUNGFER et al.

2014, Psych Res, BLAESI et al. 2013, Psych Praxis, SOLLBERGER und LANG 2014, Nervenarzt, SOLLBERGER und LANG 2014, Nervenarzt].

Verlegungen auf andere Stationen sind der von Patienten retrospektiv am stärksten kritisierte Missstand in der stationären psychiatrischen Behandlung [HAMMANN et al. 2010]. Diese können reduziert werden. Für nahezu alle psychiatrischen Diagnosen inklusive Demenz, Schizophrenie, depressive Erkrankungen, Dysthymien, Zwangserkrankungen, Panikstörungen, generalisierte Angsterkrankungen, soziale Phobien, posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen, Borderline Störungen, Alkoholabhängigkeit und Opiatabhängigkeit, wurden in den letzten Jahren hoch wirksame Psychotherapieverfahren entwickelt und randomisiert evaluiert [HUHN et al. 2014, JAMA].

Diese Verfahren sind dem Einsatz von Medikamenten in ihrer Effizienz bei praktisch allen Diagnosen mindestens ebenbürtig und ihr Einsatz verdoppelt etwa den Behandlungserfolg und die Geschwindigkeit der Besserung und ist deshalb auf allen psychiatrischen Stationen als State of the Art anzusehen. In der Psychiatrie wurden in den letzten Jahren erfolgreich Leitlinien zur Behandlung etabliert. Durch den Einsatz einer leitlinienbasierten Therapie kann heute das Outcome der Patienten deutlich verbessert werden. Tatsächlich erhalten allerdings nach Schätzungen nur etwa 25 % aller Patienten derzeit eine leitlinienbasierte Therapie [WANG, BERGLUND KESSLER, 2000]. In einer Untersuchung von Krikkert [KRIKKERT et al. 2006] zeigte sich, dass Patienten tatsächlich die Effektivität der Medikamente als wichtigstes Behandlungskriterium ansehen, wohin gehend ihre behandelnden Psychiater eher die eigenen Vorerfahrungen als relevant erachten. Dies zeigt, dass hier immer noch ein Handlungsbedarf ist.

Durch Türenöffnungen auf Akutstationen kann sich eine symmetrischere Arzt-Patient-Beziehung entwickeln. Das Team muss Mechanismen ausbauen, um die Patienten von der Behandlung zu überzeugen statt diese ohne Beziehungsangebot einzusperrern. Tatsächlich konnte in mehreren Untersuchungen gezeigt werden, dass Türöffnungen mit einem veränderten Alltag der Patienten einhergehen und Zwangsmaßnahmen deutlich reduzieren können. In einer Pilotstudie in der Charité zeigte sich ein Rückgang der Entweichungen, wenn die Tür anstatt 91 % geschlossen, 75 % der Zeit offen war [LANG et al. 2011 EJP]. Ebenfalls halbierten sich die aggressiven Übergriffe und Zwangsbehandlungen in diesem Zeitraum [LANG et al. 2011 EJP]. Durch eine strukturell implementierte Umwanderung der geschlossenen Akutstation durch Borderline Patienten, die stattdessen auf einer offenen Kriseninterventionsstation versorgt werden konnten (STEINERT et al. 2011) zeigen, dass bei Borderline Patienten die Zwangsmaßnahmen in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr von 120 auf 17 (also um 86 %) abnahmen [STEINERT et al. *BMC Psychiatry* 2011].

In Basel wurde die erwachsenenpsychiatrische Klinik mit 250 Betten in einer grossen Maßnahme unter dem Motto »Beziehung statt Isolation« umstrukturiert. Die Routine, jeden Patienten initial auf eine geschlossene Station aufzunehmen, die sich unterteilt in Allgemeinpsychiatrie, Suchtpsychiatrie und Alterspsychiatrie (also

nicht diagnosenspezifisch) und dann in einer wiederum routinemäßigen Verlegung auf eine offene Abteilung resultierte wurde durchbrochen. Es wurden insgesamt fünf Stationen geöffnet und auf jeder Station wurde ein eigenes diagnosenspezifisches psychotherapeutisches Konzept entwickelt. Aus drei unspezifischen Komplexen entwickelten sich in der Folge also eine Station für Angst- und Zwangserkrankungen [BADER 2014, Neurol & Psychiatrie], drei Stationen mit dem Schwerpunkt für depressive Erkrankungen [SCHRAMM et al. 2013, 2014, Neurol & Psychiatrie], drei Stationen mit dem Schwerpunkt für Psychosenpsychotherapie [MÖLLER und MORITZ 2014, Neurol & Psychiatrie, GAIRING et al. 2014, Neurol & Psychiatrie] und schon bestehend eine Kriseninterventionsstation sowie Psychotherapiestation für Borderline Patienten, die ausschließlich nun auch von diesen Patienten genutzt wurden [EULER 2013, Neurol & Psychiatrie]. Durch diese diagnosenspezifische frühe Zuordnung der Patienten und damit verbundene Verteilung auch des Schweregrades der Patienten, indem beispielsweise suizidale depressive Patienten auf der Depressionsstation (mit Einzelüberwachung), Borderline Patienten auf der Kriseninterventionsstation oder Psychotherapiestation und Patienten mit Psychosen vorwiegend in einem offenen Setting behandelt werden, können einerseits die Behandlungsleitlinien weitgehend befolgt und den Patienten ein höheres Ausmaß an Aufmerksamkeit und Beziehung angeboten werden. Entsprechend wurden auch in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) die Verlegungen auf ein fast Zehntel, die Zwangsmaßnahmen, insbesondere die Zwangsmedikationen, auf ein Siebentel und die Isolationen auf ein Drittel reduziert (Fixierungen wurden in der UPK Basel zu keinem Zeitpunkt praktiziert).

Wir hoffen, dass die Psychiatrie einen Wandel zu einem zunehmenden Empowerment und einer Gleichberechtigung psychisch Kranker im Vergleich zu Patienten mit anderen medizinischen Diagnosen aufrechterhalten kann. Dialogseminare, Psychoseseminare, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, eine lebendige Psychiatriekommission, die Einführung von Peers, die Integration psychiatrischer Versorgung in primärmedizinische Angebote, die bessere Umsetzung einer leitlinienbasierten Behandlung auch auf Akutstationen konnten in Basel dazu beitragen, hier weitere Schritte zu gehen.

Wir hoffen diese Reformschritte in der Psychiatrie sind zunehmend und nachhaltig.

Hinweis von den Herausgebern: Mehr zum Thema erfahren Sie in dem Buch: Lang, U. (2013): Innovative Psychiatrie mit offenen Türen – Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Springer Medizin Berlin Heidelberg 2013

IV Grenzüberschreitungen vermeiden

Einleitung

Jörg M. Fegert

Die Tätigkeit in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in vielfacher Hinsicht eine gefahrgeneigte Tätigkeit. Bisweilen gehen psychische Erkrankungen mit Aggression und Gewalt einher, die sowohl betroffene Patientinnen und Patienten ängstigen und verletzen können, als auch das Personal der Einrichtungen in erheblichem Umfang beeinträchtigen kann. Gleichzeitig sind psychiatrische Institutionen Einrichtungen, welche, wie GOFFMAN (1973) früh gezeigt hat, häufig eigene Regeln und Gesetze entwickeln, die für Betroffene eine Form von institutioneller Gewalt darstellen können. Für eine menschenwürdige, die Teilhabe fördernde, qualitativ hochstehende Behandlung ist deshalb ein therapeutisches Milieu erforderlich, in dem sich Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und das Personal sicher fühlen und sich respektvoll begegnen können. Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hatte ich am 23.06.2014 eine Gruppe von Betroffenen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Nachkriegszeit zu einem Kaminesgespräch, mit dem Vorstand der Fachgesellschaft, vor interessiertem Fachpublikum, eingeladen. Deutlich wurde, dass nicht nur in den Kinderheimen der Nachkriegszeit, sondern auch in den Behinderteneinrichtungen und psychiatrischen Kliniken, welche Kinder und Jugendliche »behandelten«, die Betroffenen einer Gewalt ausgesetzt waren, die sie für ihr weiteres Leben geprägt und beeinträchtigt hat. Zunächst ging die Unterbringung in diesen Einrichtungen häufig mit einer kompletten Deprivation, mit der Verweigerung des Zugangs zu Bildung einher, die den Betroffenen wesentliche Entwicklungschancen genommen hat. Durch das Pflege- und Betreuungspersonal aber auch durch Patienten mit einem erheblichen Altersunterschied, wurde massiv und institutionell geplant, Gewalt auf die abhängigeren jüngeren, schwächeren Patienten ausgeübt. Teilweise kam es, wie in den Heimeinrichtungen dieser Zeit, zu sexuellen Übergriffen auf die Betroffenen. Verständlicher Weise fordern diese Betroffenen, dass ihr Leid ebenso anerkannt wird wie das Leid der betroffenen Heimkinder, denn es waren nicht sie die sich die Platzierung in der Behinderteneinrichtung oder der Psychiatrie ausgewählt haben.

Nach dem Kaminesgespräch hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie einen Maßnahmenkatalog verabschiedet, sich an die Ministerpräsidenten der Länder und an das Bundesarbeitsministerium sowie an das Bundesgesundheitsministerium gewandt um Verbesserungen für die Betroffenen zu erzielen. Gleichzeitig haben wir die damaligen Ereignisse und das völlige Ausgeliefertsein der Betroffenen in den Institutionen, als Mahnung für heute aufgegriffen (vgl. KONRAD et al. 2015 und die Pressemitteilung der DGKJP). Ohne die damaligen Einzeltaten bagatellisieren zu wollen kann man

feststellen, dass völlig unzureichende Personalschlüssel in einer »Verwahrrpsychiatrie« die Entstehung von Gewalt in diesen Kontexten beförderten. Insofern ist es richtig und wichtig, dass wir in den derzeitigen Auseinandersetzungen um ein Entgeltsystem in der Psychiatrie auf die Bedeutung von Milieutherapie und die Bedeutung der Beziehungsangebote in der psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung hinweisen. Ein gutes therapeutisches Milieu setzt gutes Personal mit entsprechenden Ressourcen, Kenntnissen und einem Respekt für die Rechte von Patientinnen und Patienten voraus. Insofern war die Psychiatriepersonalverordnung (Psych PV), welche erstmals Strukturqualität in diesem Sinne absicherte, ein wesentlicher Schritt auch zur Eindämmung von Grenzüberschreitungen in der Psychiatrie.

Dennoch ist nicht vermeidbar, dass es, nicht zuletzt auch aufgrund von krankheitsbedingten Aggressionen, gerade in der Akutpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, auch zu Eskalationen mit Gewaltandrohung kommt. Insofern ist im Kontext der Debatte um Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie auch im Sinne der wegweisenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch rechtzeitige Deeskalation ein zentrales Ziel moderner Milieutherapie in der Akutpsychiatrie. Verschiedene Trainingsprogramme sollen den in der Psychiatrie Beschäftigten Kompetenzen vermitteln, die häufig während der Ausbildung nicht vermittelt wurden und das nötige Wissen über entsprechende Eskalationen enthalten. Zentral sind neben den konkreten Fähigkeiten, in bestimmten Situationen angemessen und gleichzeitig effektiv zu handeln, auch fachliche und berufsethische Grundsätze und Maßstäbe. Wolfgang Papenberg erläutert am Beispiel des PART[®]-Konzepts ein solches Vorgehen in seinem Beitrag, der im Rahmen des Symposiums ausführlich diskutiert wurde. Man mag bedauern, dass sich private Anbieter mit geschützten Marken nun primär dieser Thematik angenommen haben, weil vom etablierten Ausbildungssystem in der Medizin, in der Pflege, in der Sozialpädagogik, dieses handlungsrelevante Wissen nicht oder noch nicht hinreichend vermittelt wird. Korrekt hat Wolfgang Papenberg wiederholt darauf hingewiesen, dass auch vergleichbare Anbieter ähnliche Trainings durchführen. Mir erscheint zentral, dass solche, für die Qualität des therapeutischen Milieus essentiellen Fertigkeiten, in jeder Institution verankert werden. Wenn private Träger mit ihren hochspezialisierten Angeboten hier unterstützen können, ist dies im Sinne einer raschen Veränderung zu begrüßen, grundsätzlich gehört der fachliche Umgang mit Deeskalation und der Vermeidung von Grenzüberschreitungen zu den Kernbereichen der notwendigen fachlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Teil der notwendigen Haltung und des generellen Respekts für die Patientinnen und Patienten und ihre Grundrechte ist auch die Berücksichtigung der informationellen Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten. Peter Grampp hat in seinem Referat auf die Datensammelwut der Leistungsträger hingewiesen und davor gewarnt, höchstpersönliche z. B. dem Arzt oder der Ärztin mitgeteilte Informationen an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen weiterzuleiten. Sein Referat gibt einen Überblick über die Vielschichtigkeit der Datenschutzproblematik, auch

gerade angesichts der neuen Datensammlungen im Rahmen des PEPP Systems. Vergleiche hierzu auch SCHEPKER (2014), die eindeutig vor der Sammlung gewisser Daten im Rahmen des Entgeltsystems warnt. Dargestellt werden auch Grenzen der Schweigepflicht, wobei aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht hier noch anzufügen ist, dass der Gesetzgeber im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes, im § 4, eine Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger, also z. B. die Heilberufe, eingeführt hat. So dass z. B. in Fällen wo ein Kind durch sexuellen Missbrauch oder Kindesmisshandlung gefährdet ist, ggf. nach entsprechender anonymisierter Beratung mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft, auf die die Heilberufe einen Rechtsanspruch haben, entsprechende Informationen an das Jugendamt weitergeleitet werden können. Gerade im Bereich der erwachsenenpsychiatrischen Behandlung, wo Patientinnen und Patienten oft solche Gefährdungssituationen für ihre eigenen Kinder mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten besprechen, ist diese Regelung bislang weitgehend unbekannt. Jüngste Kinderschutzskandale und Katastrophen (vgl. FEGERT et al. 2010) weisen aber darauf hin, dass eine Verbreitung dieses Wissens zum Schutz der Schwächsten, in den Heilberufen dringend erforderlich ist. (z. B. jüngst die Ergebnisse des Untersuchungsausschusses zum Tod des Kindes Yagmur in Hamburg).

Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch kommt statistisch am häufigsten in der Familie vor. Aber Tätigkeiten in besonderem Näheverhältnis, wie in der Psychiatrie, können auch zu Übergriffen Gelegenheit bieten, insofern ist eine institutionsbezogene Prävention von sexuellem Missbrauch und von sexuellen Übergriffen auf Abhängige, nicht nur in Kinderheimen, Schulen, Internaten etc. sondern auch in Kliniken, medizinischen Rehaeinrichtungen zu fordern.

Jörg Fegerts Übersichtsreferat zum Schutz vor Missbrauch in psychiatrischen Institutionen stellt zunächst Ergebnisse aus der Begleitforschung für die erste Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung, Frau Dr. Christine Bergmann, dar. Hier machen Betroffene deutlich, wie ihnen in unseren Institutionen, die eigentlich Schutzräume darstellen sollen, bleibendes Leid zugefügt wurde. Auf der Basis der Ergebnisse der Debatten am Runden Tisch sexueller Kindesmissbrauch, werden Prinzipien der Gefährdungs- und Risikoanalyse und der Prävention von sexuellem Missbrauch in Institutionen dargestellt und an konkreten Beispielen verdeutlicht. Die lebhafteste Diskussion aller Beiträge machte deutlich, dass Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, ohne eine entsprechende, die Grundrechte auf Würde und Unversehrtheit achtende Haltung, nicht akzeptabel sind. Die Einhaltung solcher Maßstäbe muss kontinuierlich überwacht und weiterentwickelt werden. Hierzu bedarf es der Mitwirkung der Betroffenen und ein Beschwerdemanagement ähnlich dem, welches durch die Bundesregierung für die Betroffenen sexuellen Missbrauchs aufgebaut wurde, im Sinne eines Critical Incident Reporting Systems, könnte auch in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu beitragen, aus Fehlern zu lernen und das Risiko für Übergriffe und respektlose Behandlung zu reduzieren. Gleichzeitig wird immer wieder deutlich, dass Grundvoraussetzung für ein menschliches Milieu das

Vorhandensein von menschlichen Beziehungsangeboten ist. Insofern gilt es auch für die Psychiatrie der Zukunft, die Strukturqualität durch klare gesetzgeberische Vorgaben zu schützen. Wir dürfen dabei nicht in die Falle tappen, den notwendigen Personalaufwand durch die Kommunikation sensibler Daten an die Kostenträger zu »verkaufen«. Die ärztliche Schweigepflicht ist ein hohes Gut, gerade in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Nicht ohne Grund sind ärztliche Aufzeichnungen vor der Beschlagnahmung durch die Staatsanwaltschaft, in Praxis oder im Krankenhaus geschützt, nicht aber beim MDK. Das Symposium zeigte, dass zentrale Fragen der Menschenwürde und der Unversehrtheit zu Haltungen, Einstellungen aber auch zu Handlungswissen bei den in der Psychiatrie engagierten Tätigen führen müssen.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2014): Gewalt in Kinder- und Jugendpsychiatrien: Geschlagen, missbraucht – Hölle Kinderpsychiatrie«. Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zu den WDR Beiträgen über die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marsberg sowie die Klinik am Hesterberg in Schleswig in der Nachkriegszeit. <http://www.dgkjp.de/pressebereich/pressemitteilungen-aktuell/pressemitteilungen-2014/218-wdr-reportage-presse>
- FEGERT, J. M./ZIEGENHAIN, U. /FANGERAU H. (2010): Problematische Kinderschutzverläufe – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes, 1. edn, Beltz Juventa, Weinheim, München.
- GOFFMANN, E./LINDQUIST, N. T. (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Surkamp
- KONRAD, K./FEGERT, J. M./FLECHTNER, H.-H. (2015): Hölle Kinderpsychiatrie? Deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit – Aufarbeitung, Verantwortung und Konsequenzen für die Zukunft. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 43 (1).
- SCHEPKER, R. (2014): Datenschutz in der Psychiatrie: Patientenschutz gefährdet. Deutsches Ärzteblatt 111(35–36).

Deeskalation und Prävention von Zwangsmaßnahmen

Wolfgang Papenberg

Angesichts der Tatsache, dass wir in aggressiven Krisensituationen mit Patienten eigene, von uns ausgehende und damit von uns steuerbare Interventionsmöglichkeiten haben, beschränkt sich dieser Beitrag auf die Deeskalation und Prävention von Zwangsmaßnahmen, die aus eskalierenden Situationen entstehen können.

Zunächst: Was wird von den Fachkräften im Umgang mit aggressiven Patienten erwartet,

- a) seitens der Patienten,
- b) seitens der Klinik(leitung) und
- c) seitens der Angehörigen?

Alle Seiten erwarten Kompetenz im angemessenen Umgang mit aggressiven Krisensituationen, da man voraussetzt, dass Menschen, die in einer psychiatrischen Klinik arbeiten, wissen, dass sie mit aggressiv geladenen Situationen konfrontiert sein werden und entsprechend damit umgehen müssen.

»Die ... Fakten machen deutlich, wie groß die Relevanz eines fachlich angemessenen Umgangs mit aggressivem Verhalten ist. Die Nutzer haben einen Anspruch auf eine bestmögliche Versorgung unter den Aspekten sowohl der Sicherheit als auch der Menschenwürde und die Beschäftigten auf Sicherheit am Arbeitsplatz.«¹⁾

Somit gehört Krisenmanagement (eigentlich) zum Berufsbild der in psychiatrischen Kliniken Tätigen. Da diese Kompetenz in der Ausbildung in der Regel nicht ausreichend vermittelt wird, greifen seit einigen Jahren viele Kliniken auf Fortbildungskonzepte zurück, die sich auf diese Thematik spezialisiert haben. Eines davon ist das PART[®]-Konzept²⁾, auf dessen Erfahrungen (seit 1982) und Struktur die folgenden Ausführungen Bezug nehmen.

Kompetenz heißt in diesem Zusammenhang, man besitzt

- das nötige Wissen,
- die Fähigkeiten, angemessen und effektiv zu handeln und
- fachliche und berufsethische Beurteilungsmaßstäbe.

Diese Kompetenzen sind die Grundlage, um in aggressiven Krisensituationen zu Lösungen beizutragen. Das wiederum führt zu Sicherheit und zu einer Reduzierung von Zwangsmaßnahmen.

Jahrelange Erfahrungen haben gezeigt, dass man Zwangsmaßnahmen reduzieren kann, wenn man die Fachkräfte bezogen auf den Umgang mit Aggression und

-
- 1 KETELSEN, R; WALTER, G. (2010): Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. In Psych Pflege 2010; 16; 101–107. Georg Thieme Verlag Stuttgart
 - 2 PART = Professional Assault Response Training, unter dem deutschen Titel »PART – Professionell handeln in Gewaltsituationen« von der PART-Training GmbH angeboten

Gewalt gezielt qualifiziert und sicherstellt, dass entsprechend gehandelt wird. Die Auswertung der Erfahrungen in vielen Institutionen (insbesondere psychiatrischen Kliniken)³⁾ hat ergeben, dass

- es insgesamt zu weniger aggressiven und gewalttätigen Vorfällen kommt,
- dadurch weniger Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden müssen und die Zwangsmaßnahmen im Schnitt eine kürzere Dauer haben.

So hat etwa die psychiatrische Klinik Lüneburg im Jahr 2006 mit den ersten Schulungen für die Fachkräfte begonnen. Es wurden dort bisher etwa 1.000 Mitarbeiter geschult. Nahezu analog zu der steigenden Zahl der ausgebildeten Mitarbeiter kann man verfolgen, wie sich die Dauer, teils auch die Anzahl von Fixierungen reduziert haben. Bezogen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird von einem Rückgang der Fixierungsmaßnahmen in den letzten Jahren um bis zu 40 % berichtet (persönliche Mitteilung des Chefarztes Dr. A. Naumann).

Neben organisatorischen und baulichen Faktoren, auf die hier nicht eingegangen werden kann, spielen personale Faktoren die entscheidende Rolle bei Prävention und Deeskalation.

Sablotny, Schikora, Naumann⁴⁾ benennen als personale Faktoren,

- a) die Gleichgewicht und Sicherheit beim Patienten fördern u. a.:
 - Selbstsicherheit
 - Gelassenheit
 - Einfühlungsvermögen
 - Klarheit
 - Vorbild, Schutz, Ermunterung des Patienten
 - fundiertes Fachwissen
 - gute Beobachtungsstrategie
 - differenzierte Berücksichtigung der individuellen Psychopathologie
- b) aggressives Verhalten beim Patienten fördern u. a.:
 - zynische Grundhaltung
 - Opferhaltung – Täterhaltung
 - eingeschränkte affektive Selbstkontrolle

Im Folgenden werden Elemente des PART[®]-Konzepts⁵⁾ erläutert, das diese Faktoren berücksichtigt und das nach der Schulung der Fachkräfte die angeführten Ergebnisse nach sich gezogen hat.

3 Diese Auswertungen basieren auf Erfahrungsberichten von mehreren hundert aktiv tätigen PART[®]-Trainern aus den Jahren 2002 – 2014. Referenzen können gern über den Autor angefordert werden.

4 SABLOTNY, R.; SCHIKORA, J.; NAUMANN, A. (2012): Krankheitsbedingte Aggression in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 382. In WALTER, G.; NAU, J.; OUD, N. (Hrsg.), Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber

5 Weitere Informationen unter www.partraining.de

Grundelemente eines Handlungskonzepts zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen

Der Kompetenzerwerb geschieht in zehn Schritten, die aus Reflexionsphasen, Wissensvermittlung und Einübung von Interventionsstrategien bestehen:

- | | |
|---|--|
| 1. Reflexion der Perspektive: | Die Bedürfnisse der Patienten erkennen |
| 2. Selbstreflexion: | Das persönliche Auftreten |
| 3. Vorbereitung: | Die Arbeit mit aggressiven Menschen |
| 4. Grundlagenwissen: | Hintergründe von Aggression und Gewalt |
| 5. Der Handlungsrahmen für Kriseninterventionen: | Gefährlichkeit als Maßstab des Interventions |
| 6. Anwendungswissen: | Kompetenz in Krisenkommunikation |
| 7. Anwendungswissen: | Selbstschutztechniken |
| 8. Anwendungswissen: | Festhaltetechniken |
| 9. Auswertung: | Präventiver Schritt für künftige Situationen |
| 10. Mitarbeiterfürsorge: | Nachsorge von Mitarbeitern |

Ziel der Fortbildung ist es, ein effektives, an Sicherheit orientiertes Vorgehen zu vermitteln ebenso wie ein Verhalten, das auf Würde und Respekt basiert. Dies findet sich auch in der Leitlinie »Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie«⁶⁾. Dort heißt es unter dem Punkt Beziehung und Pflege:

»Good Clinical Practice

Wechselseitiger Respekt und Achtung der Würde des anderen sind zentrale Aspekte der Beziehungsgestaltung in psychiatrischen Einrichtungen, die zugleich in hohem Maße Gewalt-präventiv wirken.«

Die Leitlinie aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Thema Freiheitsbeschränkung äußert sich ähnlich: »Die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der kranken Kinder und Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten ist Voraussetzung jeder Behandlung. Das gilt auch und besonders für den Umgang mit Krisensituationen ...«⁷⁾

Berufsethische Grundlage und Ziel des PART[®]-Konzepts kann man in dem Satz zusammenfassen:

Würde und Sicherheit durch Problemlösung.

D. h. es geht um die Lösung eines in der Regel komplexen Problems (die Entstehung und Entwicklung einer aggressiven Situation), wobei seitens der Fachkräfte Sicherheit aufrecht erhalten oder wiederhergestellt werden muss, ohne dabei die Würde des Aggressors und den Respekt vor ihm als Person zu verlieren. Aus dieser Grundhaltung folgt, dass man entsprechende Problemlösungskompetenzen benötigt, die die Verhinderung von Verletzungen sowie den Respekt vor dem

6 Zugriff am 30.10.2014: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022k_abgelaufen.pdf

7 FEGERT, J. M./SPÄTH, K./SALGO, L. (2001): Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, dort: »Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie«. Münster

Patienten sicherstellen. Gerade in stark eskalierten Situationen, die zu Zwangsmaßnahmen führen können, ist dies nicht leicht. Denn jede Zwangsmaßnahme (die ja als Krisenintervention eingesetzt wird, um für Sicherheit zu sorgen) ist ein ernsthafter Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines Patienten und damit ein Eingriff in seine Würde.

Die Ziele des Handlungskonzepts:

- die Selbstsicherheit der Fachkräfte erhöhen
- Maßstäbe für angemessenes Handeln vermitteln
- die Fachkräfte befähigen, die aggressiven Menschen als Personen zu sehen, die sich in einer Krise befinden, und nicht als Gegner
- die Fachkräfte befähigen, nur so einzuschreiten, wie der Grad der Gefährlichkeit es erfordert mit Hilfe von Krisenkommunikation, Selbstschutztechniken oder, wenn nötig, weitergehenden Maßnahmen

Am Anfang steht stets die Schlüsselfrage: Ist das Verhalten gefährlich?

Wir unterscheiden unangenehmes, herausforderndes Verhalten von gefährlichem. Unangenehmes und herausforderndes Verhalten gehören in vielen Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens zum Alltag und werden entsprechend mit Alltagsstrategien gelöst. Wenn es aber gefährlich wird, sollten wir eine professionelle Handlungsstrategie haben.

☞ Es geht nicht darum, ob die aggressive Person verantwortlich für ihr Handeln ist – es geht um die Frage, ob das Verhalten als solches gefährlich ist oder unmittelbar werden kann.

Die Schlüsselthemen des Seminarkonzepts

1. Reflexion der Perspektive: Die Bedürfnisse der Patienten erkennen

Das Ziel dieses Abschnitts ist es, die Fachkräfte dafür zu sensibilisieren, dass das Verhalten der Patienten bedürfnisgesteuert ist und dass es darum geht, diese Bedürfnisse wahrzunehmen, ernst zu nehmen und die Patienten darin zu unterstützen, angemessene Wege der Bedürfnisbefriedigung (oder deren Aufschiebung) zu finden.

Die Frage nach den Bedürfnissen stellen wir uns in der Regel im Alltag nicht, selbst in Teambesprechungen werden sie selten thematisiert. Wenn man sich aber einmal (außerhalb einer Krisensituation) die Frage nach den Bedürfnissen der Patienten gestellt hat, wird man feststellen, dass die meisten dieser Bedürfnisse auch unsere sind. Im Unterschied zu den Patienten haben wir gelernt, diese Bedürfnisse sozial angemessen zu befriedigen oder aufzuschieben. Auf Grundlage dieser Einsicht fällt es leichter, den Patienten zu verstehen, ohne seine aggressive Umsetzungsstrategie zu akzeptieren.

Auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen und dadurch deeskalierend zu wirken, macht weitere Schritte, damit auch mögliche Zwangsmaßnahmen, überflüssig. Auch wenn die Bedürfnisse nicht in der Form befriedigt werden können, wie der Patient es sich wünscht, geht hier doch ein Signal von Verständnis und

Akzeptanz aus, das den Patienten beruhigen kann. Die ernst gemeinte Bemühung der Fachkraft um eine Lösung des Problems kann hierbei sehr unterstützend wirken.

2. Selbstreflexion: Persönliches Auftreten

Im zweiten Schritt geht es darum, die Verantwortung für unser persönliches Auftreten zu betonen. Dabei soll jeder Seminarteilnehmer sich über seine berufliche Motivation, seine Einstellung gegenüber den Patienten und seinen Umgang mit den eigenen Stimmungen bewusst werden, da diese Faktoren unser Auftreten innerhalb und außerhalb von Krisensituationen maßgeblich bestimmen. Denn dafür, wie wir auftreten, sind wir selbst verantwortlich – nicht der Patient. Durch unsere Präsenz und unser Handeln können wir zur Eskalation ebenso beitragen wie zur Deeskalation. Motivierte Fachkräfte, die zuverlässig, berechenbar und verantwortungsvoll auftreten, vermitteln Kompetenz, Sicherheit und Ruhe, was zu einem Gefühl von Sicherheit auf Seiten des Patienten beiträgt und damit Eskalationen unwahrscheinlicher macht.

3. Vorbereitung: Die Arbeit mit aggressiven Menschen

In diesem recht umfangreichen Seminarabschnitt werden konkrete Maßnahmen der Prävention thematisiert. Es geht um folgende Fragen:

1. **Kleidung:** Bin ich mir bewusst, wie ich gekleidet bin und wie sich dies auf meine Reaktionsfähigkeit in einem Notfall auswirkt? Bin ich mir bewusst, welchen Einfluss meine Kleidung auf meine Patienten hat?
2. **Beweglichkeit:** Kann ich mich sicher bewegen und bin ich mir meiner körperlichen Fähigkeiten und Grenzen bewusst?
3. **Vorbereitende Vorsichtsmaßnahmen:** Habe ich genug Informationen über die Patienten, ihre Problematiken und derzeitigen Verfassungen? Wie könnte dies meine Reaktion auf ihr gefährliches Verhalten beeinflussen?
4. **Beobachtung:** Habe ich eine gute Beobachtungsstrategie?
5. **Selbstkontrolle:** Habe ich einen effektiven Selbstkontrollplan?

Fachkräfte sollten, bevor sie zu ihrem Arbeitsplatz kommen, darauf vorbereitet sein, auf gewalttätiges Verhalten reagieren zu müssen. Sie sind dann weniger gefährdet, in einem gewalttätigen Zwischenfall zu verletzen oder verletzt zu werden. Umfassend vorbereitete Fachkräfte haben passende Kleidung, angemessene Beweglichkeit, geübte Beobachtungsstrategien, einen organisierten Selbstkontrollplan und treffen vorausschauende Vorsichtsmaßnahmen. So können sie Risiken frühzeitig einschätzen und vorbeugende Maßnahmen ergreifen. Dadurch kann eine Eskalation oft vermieden werden, weiter gehende Maßnahmen werden überflüssig.

Beispiel: Selbstkontrolle

Ein Beispiel ist die systematische Entwicklung eines Selbstkontrollplans, der es der Fachkraft ermöglicht, auch in einer stark stressbelasteten Situation einen klaren Kopf zu bewahren. Nur dann hat sie Zugriff auf die erworbenen Lösungsstrategien und kann die richtigen Entscheidungen treffen. Der durch aggressives Verhalten hervorgerufene Stress bedeutet immer eine Gefahr für die eigene Selbstkontrolle und damit über- oder unterzureagieren statt zu deeskalieren.

In einem ersten Schritt geht es darum, sich seiner eigenen körperlichen und mentalen Stresssignale bewusst zu werden. Erst wenn man weiß, woran man selbst erkennt, dass man sich in starkem Stress befindet, kann man gezielt gegensteuern und die Selbstkontrolle zurückgewinnen.

In einem weiteren Schritt werden die Strategien festgehalten, die die Fachkräfte anwenden wollen, um ihre Selbstkontrolle zu bewahren. Die Seminarteilnehmer sind aufgefordert, für sich den Satz zu ergänzen: »Wenn ich bei mir Stresssymptome wahrnehme, dann werde ich sofort Folgendes tun, um meine Selbstkontrolle aufrecht zu erhalten.« Die je eigenen Antworten liefern die Handlungsstrategien, um die Selbstkontrolle zu aufrecht zu erhalten. Diese Strategien können dann in Krisensituationen abgerufen und angewendet werden. Schließlich geht es um die Wiedererlangung der inneren Balance: Wie bewältige ich meinen Stress nach einer Krisenintervention? Bedroht oder angegriffen zu werden, bedeutet körperlichen und emotionalen Stress. Es ist wichtig, Methoden zur Wiederherstellung des körperlichen und emotionalen Gleichgewichts nach einem aggressiven Vorfall zu planen und anzuwenden. Da wir alle unterschiedlich sind, gibt es nicht einen Weg emotionaler Wiederherstellung, der bei jedem funktioniert. Es ist wichtig zu verstehen, was man tun kann, um sich nach einem Stress erzeugenden Vorfall besser zu fühlen. Körperliche und emotionale Ausgeglichenheit ist grundlegend wichtig für professionelles Handeln.

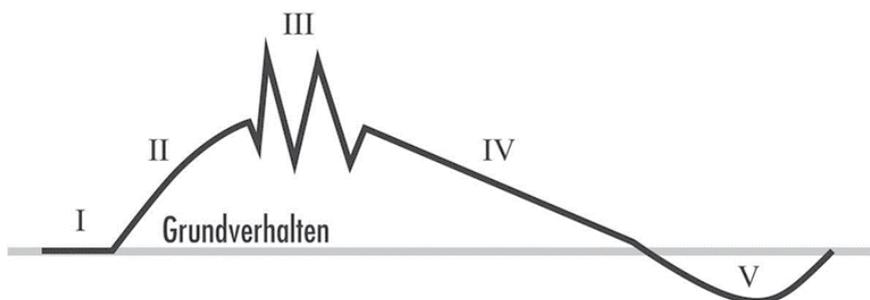
4. Grundlagenwissen: Hintergründe von Aggression und Gewalt

Das Wissen um die Entstehung von Aggression und Gewalt hilft, aktuelle Situationen und deren Verlauf zu verstehen und daraus Lösungsstrategien zu entwickeln. Dazu werden hier sechs theoretische sowie eher praxisbezogene Modelle vermittelt, die zu einem vertieften Verständnis von Auslösern von Aggression und deren Verlauf beitragen. Daraus ergeben sich direkt erste Lösungsstrategien.

Beispiel: Das Stressmodell von Gewalt⁸⁾

In diesem Modell werden die verschiedenen, abgrenzbaren Phasen eines typischen Verlaufs eines Aggressionsereignisses dargestellt und erläutert. An späterer Stelle (Abschnitt Krisenkommunikation) wird erarbeitet, was man zu welchem Zeitpunkt dieses Ablaufs tun kann, damit es nicht zu Verletzungen und zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen kommt.

4. Grundlagenwissen: z. B. das Stressmodell von Gewalt



- Phase I: Auslösendes Ereignis
- Phase II: Eskalation
- Phase III: Krise
- Phase IV: Entspannung
- Phase V: Nach-Krisen-Depression

© W. Papenberg 09/2014

Eine Person, die gewalttätig wird, zeigt körperliche, psychische und Handlungsreaktionen, die einem phasenhaften Muster folgen. Zum Zweck der Beobachtung und Beurteilung von gewalttätigen Vorfällen wurde dieses Reaktionsmuster »Stressmodell von Gewalt« genannt. Es ist in fünf verschiedene, voneinander unterscheidbare und beobachtbare Phasen unterteilt, wobei vorausgesetzt wird, dass man Grundverhalten, d. h. das Verhalten, das die Patienten zeigen, wenn sich nicht aggressiv oder hoch angespannt sind, kennt.

Phase I: Auslösendes Ereignis; irgendetwas – von außen wahrnehmbar oder nicht – löst Aggression aus

8 ausführlicher in: SCHIRMER, U./MAYER, M./VACLAV, J./PAPENBERG, W./MARTIN, V./GASCHLER, F./ÖZKÖYLÜ, S. (2012): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. S. 50 ff. Hannover, 2. aktualisierte Auflage

Phase II: Eskalation; der Erregungszustand steigt, Anzeichen von Aggression werden deutlich sichtbar

Phase III: Krise; es kommt schließlich zur Gewaltanwendung gegen Personal, andere Patienten oder sich selbst

Phase IV: Entspannung; Anzeichen von Entspannung und Erschöpfung zeigen sich, Verletzungsversuche lassen nach

Phase V: Nach-Krisen-Depression; der Patient gerät häufig in eine depressiv anmutende Phase von Schuld und Selbstvorwürfen mit der Gefahr der Selbstverletzung

Das Verständnis dieser Phasen ist hilfreich, um eine Situation in ihrem Verlauf zu beurteilen, oder wenn man in einer akuten Situation zu Hilfe gerufen wird und den Beginn nicht erlebt hat. Die Interventionen sind je nach Phase unterschiedlich; das Ziel in jeder Phase ist Deeskalation und Vermeidung von Verletzungen sowie von Zwangsmaßnahmen.

5. Der Handlungsrahmen für Kriseninterventionen

In den nächsten Schritten folgen die konkreten Reaktionsweisen in Krisensituationen. Dabei werden Prinzipien des Handelns vermittelt, die auf unterschiedlichste Situationen angewandt werden können und sich als sinnvoll und effektiv herausgestellt haben. Es geht darum, wie man seine Interventionen an zunehmende Gefahr durch den Patienten anpasst, indem man die am wenigsten zudringliche oder einschränkende Intervention wählt, die gerade ausreicht, Körperverletzung zu verhindern.

Die Interventionen richten sich also nach dem Grad der Gefährlichkeit:

- Auf verbale Aggression reagieren wir mit Krisenkommunikation.
- Wenn dies nicht ausreicht und eine realistische Verletzungsgefahr besteht, setzen wir zusätzlich Selbstschutztechniken ein und reden weiter mit unserem Gegenüber.
- Erst wenn wir auch damit nicht erfolgreich genug sind und eine ernsthafte Bedrohungs- oder Verletzungsgefahr besteht, dürfen wir Festhaltetechniken oder weitergehende Zwangsmaßnahmen einleiten, müssen dies aber nicht, wenn sich die Situation anders lösen lässt.

Auch gefährliche Situationen lassen sich häufig ohne den Einsatz von Zwangsmaßnahmen lösen. Gute Zusammenarbeit im Team und ein klares und entschlossenes, aber nicht bedrohendes Auftreten sind dabei sehr hilfreich.

6. Anwendungswissen: Kompetenz in Krisenkommunikation

Vier Grundprinzipien

1. Gehen Sie auf den Auslöser der Krise ein.
2. Reden Sie beruhigend und hören Sie zu. Teilen Sie dabei klar, verständlich und eindeutig mit, was Sie erwarten.
3. Beharren Sie nicht auf Ihrer Position, wenn es dadurch gefährlicher wird, sondern verfolgen Sie zunächst das Ziel »Sicherheit«.

4. Trennen Sie den Aggressor – wenn nötig – von Umstehenden. So vermeiden Sie Einmischungen, Provokationen und Solidarisierungen. Gleichzeitig schützt es ihn vor Gesichtsverlust.

Die Prinzipien werden in Rollenspielen verdeutlicht und eingeübt.

7. Anwendungswissen: Selbstschutztechniken

Vier Grundprinzipien

1. Beobachten Sie den Angriff und gehen Sie bewusst aus dem Weg.
2. Gehen Sie nicht in einen Machtkampf.
3. Nutzen Sie die vorhandenen Möglichkeiten, sich zu schützen, und entfernen Sie Gegenstände, die als Waffen eingesetzt werden könnten.
4. Engen Sie die aggressive Person nicht ein.

Es werden Selbstschutz-, Ausweich- und Befreiungstechniken gelehrt, die die Würde des Gegenübers respektieren, keinen Schmerz zufügen, effektiv zu handhaben und leicht zu erlernen sind.

8. Anwendungswissen: Zwangsmaßnahmen, Beispiel: Festhaltetechniken

Vier Grundprinzipien

1. Achten Sie auf deutliche Überlegenheit (mindestens zu zweit), bevor Sie Festhaltetechniken anwenden.
2. Setzen Sie Überraschungseffekte und Körpergewicht ein, nicht nur Kraft.
3. Achten Sie darauf, keinen Schmerz zuzufügen.
4. Wählen Sie die am wenigsten zudringliche Festhaltetechnik und nur solange Gefahr besteht.

Für den Fall, dass doch Zwangsmaßnahmen notwendig sind, werden verschiedene Festhaltetechniken gezeigt und eingeübt, die – soweit eben möglich – die Würde des Gegenübers respektieren, keinen Schmerz zufügen, effektiv zu handhaben und leicht zu erlernen sind. Dabei wird explizit auf die Risiken und Grenzen eingegangen.

☞ Eine Zwangsmaßnahme ist eine Krisenintervention – keine Bestrafungsaktion!

9. Auswertung: Die Nachbesprechung mit dem Patienten

Zu einem professionellen Krisenmanagement gehören die schriftliche Dokumentation sowie die Auswertung in Form von Nachbesprechungen. Das Ziel der Nachbesprechung mit dem Patienten ist die Wiederholungsprävention (tertiäre Prävention). Dabei sollten vergangene Krisensituationen so ausgewertet werden, dass künftige Vorfälle (und damit auch Zwangsmaßnahmen) reduziert werden können oder

noch frühzeitiger und gezielter interveniert werden kann, damit es weniger zu gewalttätigen Krisen kommt.

Es geht z. B. um folgende Fragen (zunächst im Team):

Gab es frühe Hinweise auf bevorstehendes gewalttätiges Verhalten, die vielleicht nicht hinreichend ernst genommen, ausgeblendet oder bagatellisiert wurden? Wurden Aspekte der vorausschauenden Vorsichtsmaßnahmen übersehen?

Der Patient wird – soweit möglich – einbezogen, beispielhaft mit folgenden Fragestellungen: Hat der Patient bei sich im Vorfeld erste Anzeichen von Angespanntheit und Aggressivität erlebt? Wie hat er den Vorfall erlebt? Was hätte ihm geholfen, es nicht zu einer Krise (und damit evtl. zu einer Zwangsmaßnahme) kommen zu lassen? Fühlte sich der Patient von den Fachkräften gut durch die Krise begleitet? Was bzw. wer war dabei hilfreich und unterstützend?

Schließlich werden die Ergebnisse zu einem geplanten Vorgehen für mögliche zukünftige Krisensituationen zusammengefasst werden, z. B. in einer Behandlungsvereinbarung.

10. Mitarbeiterfürsorge: Die Nachsorge betroffener Mitarbeiter

Auch die Fachkräfte können Opfer von grenzüberschreitendem Verhalten werden. Das Ziel der Mitarbeiterfürsorge ist die Vermeidung bzw. Bearbeitung von emotionalen Belastungen (Posttraumatisches Belastungssyndrom), die die Arbeitsfähigkeit und die Gesundheit der Mitarbeiter einschränken. Im Rahmen einer Nachbesprechung im Team oder im Einzelgespräch mit einem Vorgesetzten möglichst zeitnah zu dem Vorfall geht es um die emotionale Entlastung und Stabilisierung des Mitarbeiters. Dies geschieht u. a. durch einfühlsames Nachvollziehen der Situation, Klärung der bisherigen Bewältigungsstrategien und die Entlastung von Versagensgefühlen und Selbstvorwürfen.

Zusammenfassung

Dieses Konzept soll dabei helfen, durch Selbstreflexion, kompetentes Beurteilen und frühzeitiges Handeln Zwangsmaßnahmen zu vermeiden bzw. überflüssig zu machen. Seine Spezifika sind:

- Es gibt eine berufsethische Grundlage
- Patienten werden mit ihren Bedürfnissen ernst genommen
- Die Fachkräfte reflektieren ihr eigenes Handeln im Alltag und in Krisensituationen
- Es gibt entsprechend dem Grad der Gefährlichkeit ein abgestuftes Vorgehen
- Kriseninterventionen werden nur solange und so zudringlich angewandt, wie es die Gefährlichkeit der Situation unbedingt erfordert
- Es werden keine Kampfsporttechniken gelehrt oder angewandt und es werden keine Schmerz zufügenden Techniken vermittelt
- Vorfälle werden im Team und – wenn möglich – mit dem Patienten ausgewertet

- Die Nachsorge von emotional betroffenen Mitarbeitern ist Teil der Krisenbewältigung

Diese Punkte greifen ineinander und sind im Seminarablauf aufeinander bezogen. Die über 30-jährige internationale Erfahrung mit dem PART®-Konzept hat gezeigt, dass sich damit die Anzahl der Krisen und die Anzahl und Dauer von Zwangsmaßnahmen verringern lässt, weil – bezogen auf die oben genannten Faktoren nach Sablotny, Schikora, Naumann –

- die Selbstsicherheit auf Seiten der Fachkräfte wächst,
- dadurch mehr Gelassenheit eintritt,
- das Einfühlungsvermögen durch die Selbstreflexion der Fachkräfte und durch die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der Patienten gesteigert wird,
- mehr Klarheit im Auftreten der Fachkräfte zu beobachten ist,
- Vorbildfunktion, Schutz, Ermunterung des Patienten durch die Fachkräfte deutlicher und präsenter werden durch die Reflexion der eigenen beruflichen Rolle und Verantwortung,
- ein fundiertes Fachwissen erworben oder wieder aufgefrischt wird,
- die Beobachtungsstrategie besonders in Krisensituationen verbessert wird,
- und die individuelle Psychopathologie des Patienten und ihre Auswirkung auf aggressives Verhalten mehr im Bewusstsein und dem Handlungshorizont der Fachkräfte sind.

Mit diesen Kompetenzen können aggressive Vorfälle für alle Beteiligten besser und früher gelöst werden. Die Notwendigkeit, Zwangsmaßnahmen einzuleiten, nimmt deutlich ab. Die Patienten fühlen sich in Krisensituationen sicher und kompetent behandelt und die therapeutische Basis zwischen Fachkräften und Patienten wird nicht gefährdet.

»Es ist nicht nur das Ergebnis wichtig, sondern auch in welchem Geiste es zustande kommt.«

Marion Gräfin Dönhoff

Seelische Erkrankungen im Fokus der informationellen Selbstbestimmung zwischen Leistungsanbietern/ -trägern

Peter Grampp

Im Bio – Psycho – Sozialen Feld psychiatrischer und psychotherapeutischer Arbeit muss auf den Umgang mit sensiblen und subjektiven Daten besonders geachtet werden. Gerade hier werden neben persönlichen vor allem private und insbesondere intime Daten geäußert. In kaum einem Fach der Medizin werden so häufig derart höchst problematische Daten, bis hin zu Informationen über Offizialdelikte, dem Arzt oder Therapeuten vermittelt. Gerade die Hermeneutik fordert die Ergründung dieser Bereiche zum Verständnis des Menschlichen in der Erkrankung. Umgekehrt haben die Therapeuten ein besonders empfindliches und respektgetragenes Menschenbild zu erbringen. Dies umfasst ein inneres Bild vom Menschen als selbstbestimmtes Wesen mit eigenem Wollen, Zielen und Handeln. Je intimer die Daten, desto höher ist der Schutzwert einzuschätzen.

Dem stehen immer mehr die Begierden vieler öffentlicher und privater Stellen entgegen. In kaum einem medizinischen Bereich wird derart massiv versucht, mittels obskurer und pseudolegitimierter Anfragen an die wertvollen Daten vieler Menschen zu kommen. Dabei geht es ungesagt um Inwertsetzungen der psychisch Kranken im Verhältnis zu den finanziellen Lasten der sparinteressierten Kostenträger.

Mit neuen Abrechnungsformen wie dem Pauschalierenden Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) oder dem regionalen Budget verbinden sich nicht nur Regelungsmanien, sondern auch eine nahezu archaische und unbeherrschte Informationswut der Kostenträger, sowie der Medizinischen Dienste der Krankenkassen. Nahezu enthemmt werden Verträge zwischen Kostenträgern und Krankenhausgesellschaften angestrebt, dass die Kliniken unreflektiert vollständige Akten in Kopie durch die Landschaften schicken. Daneben führen auch die im Grunde für den Patienten nützlichen Behandlungs- und Betreuungsnetzwerke zur »Notwendigkeit«, Daten auszutauschen und zu kommunizieren. Betrachtet man die Risiken dieser Datenvermittlungen, so müssen die Nutzen nicht nur damit im Einklang gebracht werden, sondern auch das materielle und formale Recht Beachtung finden. Bei aller Freiheit versprechender Deinstitutionalisierung darf nicht Regellosigkeit und Anomie entstehen. Mit der elektronischen Datenverarbeitung, der Ausweitung von Informations- und Kommunikationsmedien weiten sich zunehmend die Poren, über die Daten verbreitet werden können. Der aktuelle NSA – Skandal sollte hier nicht als Singularität verkannt werden. Umgekehrt nehmen die Forderungen nach immer mehr Dokumentation zu. Es sollte reflektiert werden, dass alles, was zum Missbrauch geeignet ist, auch missbraucht wird. Eine Arrondierung des Schutzes dieser Daten wird irgendwann zum Schweigen der Patienten führen.

Datenschutz ist Menschenrecht

Die Freiheit über seine eigenen Daten zu verfügen ist nicht nur dem Freiheitssondern auch dem Recht auf Unversehrtheit geschuldet. Den speziellen hochsensiblen Bereich des unmittelbaren Arzt – Patient – Kontakt schützen die §§ 202, 203 StGB. Jede Weitergabe vom Tatbestand einer Behandlung und der dort gewonnenen Daten ist ein Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht. Eine staatlich normativ legitimierte oder durch den Patienten gewährte Einsicht ist die Ausnahme. Nicht wenige der abschließenden Regelungen finden sich für die Krankenversorgung in den Sozialgesetzbüchern, wobei beispielhaft die Regelungen im SGB I (§ 35), SGB X (§§ 67 bis 85 a) und SGB V (§§ 284 bis 305 a) stehen können. So werden beispielsweise über den § 78 Abs. 1 SGB X andere Personen oder Stellen (auch Leistungserbringer), denen Sozialdaten übermittelt wurden, in den Geltungsbereich des Sozialdatenschutzrechts einbezogen.¹ Die öffentliche Verwaltung bzw. Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft unterliegen dem BDSG (Bereich der Bundesverwaltung) oder dem Datenschutzgesetz der jeweiligen Bundesländer (Bereich der Landes- und Kommunalverwaltung). Für die Gesundheitsämter gelten die Landesgesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Das BDSG gilt zudem für Einrichtungen in freigemeinnütziger (nichtkirchlicher) sowie in privatgewerblicher Trägerschaft beim Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen oder nicht automatisierten Dateien. Konfessionelle Einrichtungen richten sich an die Datenschutzregelungen der evangelischen bzw. der katholischen Kirche (und zwar jeweils für die Bereiche von verfasster Kirche sowie von Diakonie bzw. Caritas), die sich an den BDSG orientieren. Daneben halten die Krankenhausgesetze der Länder noch spezifische Datenschutzvorschriften für die Krankenhäuser vor. Zivilrechtlich ergehen die Patienten- bzw. Klientengeheimnisse als Nebenpflichten aus dem jeweiligen Behandlungs-, Beratungs- oder Betreuungsvertrag zwischen Patient/Klient und Einrichtungsträger.

Die Schweigepflichtverletzung ist demnach eine unerlaubte Handlung. Einrichtungsträger haften ggf. für Repräsentanten, Erfüllungsgehilfen und Verrichtungsgehilfen (§ 31 BGB). Es kommen Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Betracht. Unabhängig davon gelten aber auch für die Dokumentation Regeln im Rahmen der Dokumentations-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten. Diese werden im Standesrecht für Ärzte, in Gesetzen hinsichtlich bestimmter Einrichtungsarten (z. B. § 13 HeimG, Patientenrechtegesetz §§ 630 ff BGB) und in (Rahmen-)Verträgen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern über die Ausführung von Leistungen geregelt. Die Eignerschaft der Informationen zeigen auch die Einsichtsrechte der Patienten, die sich aus dem Vertrag über die Behandlung, Betreuung und/oder Pflege (als Nebenpflicht des Arztes bzw. des Einrichtungsträgers), den Krankenhausgesetzen der Länder und aus dem Standesrecht für Ärzte ergeben. Damit kommt der Eingriff in die Daten dem Eingriff in den

1 § 823 BGB

Körper gleich. Der Umgang mit den Daten ist auch Ausdruck der Wertschätzung des Patienten. Jede Weitergabe über die abschließend rechtlich geregelten Bereiche hinaus kann nur im Rahmen einer partizipativen Entscheidung erfolgen.

Wer zahlt gibt an!

Mit den neuen Formen einer Abrechnung verknüpfte man zeitgleich durchsichtige Therapieprozesse. Dies verknüpfte man mit einer Phantasie von Effizienzsteigerung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Mittels Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV), Regionalbudget, PEPP und anderen sah man in der Durchleuchtung der Black-Box Therapeut – Patienten eine Versorgungsverbesserung. Hier werden einfache ökonomische Interessen ins Feld geführt und als hehre Motive verkauft. Gerade durch den Wettbewerb der Kostenträger haben die Daten Steuerungswirkung, sei es bestimmte Patientengruppen anzuwerben oder andere zum Wechsel zu motivieren. Die Kostenträger beäugen aber auch höchst paranoid, bisweilen voll des Neides hinsichtlich einer gemutmaßten Therapiefreiheit, die Szene und versuchten ebenso wie private Versicherungen, Kommunen, Länderregierungen, ordinalstaatliche Institutionen und viele andere mehr, Dokumentationspflichten zu generieren und gleich die Daten jagdartig abzugreifen. Dies machen sie entweder direkt oder über Regelinstrumente wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der bei sich zunehmend das Recht der Macht über das Getane sieht. Dieser fordert die vollständigen Akten im Original oder als Kopie. Hier kommen dann Fragen der Zulässigkeit, des Schutzes der Daten, der Rechtllichkeit und darüber hinaus auch der Risiken auf. Jede Neuerung führt erfahrungsgemäß auch zu neuen Lücken im System.

Rechtliche Regelungen

Die rechtlichen Regelungen sind nicht an einem Ort vorzufinden, sondern verteilen sich über eine Reihe von Rechtsgebieten:

- Landesrechtliche Regelungen wie die Unterbringungsgesetze sind nahezu voll von Regelungen, die die Vertraulichkeit gegenüber bestimmten Personen, wie der Begehungskommission, regeln. Diese erhalten subtile Einblicke in die Binnenstrukturen der Kliniken. Dies erfolgt ebenso in der Heimgesetzgebung. Fast könnte man meinen, dass die Daten in einem Justizvollzugskrankenhaus noch die sichersten sind.
- Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen bestimmen die psychiatrische Versorgung nachhaltig. Nimmt man die Regelungen zur Leistungserfassung in die OPS – Kategorien, dann sind diese gespickt mit besonders sensiblen Daten. Je kostenintensiver die Behandlung, so scheint es, desto eher relativiert sich die Verhältnismäßigkeit der Datensicherheit. Da diese Inhalte dem MDK gesamt zugänglich sind, kann von einer nahezu vollständigen Entkleidung des Patienten ausgegangen werden. Bei psychiatrischen Daten muss auch bedacht werden,

dass hier Hinweise zu Offizialdelikten nicht auszuschließen sind. Die Datenfreigaberegeln sind hier jedoch noch die herkömmlichen (SGBI (§ 35), SGB V (§§ 284 bis 305 a), SGB X (§§ 67 bis 85 a), 78 Abs. 1 SGB X, BDSG, § 278 BGB, 831 BGB).

- Dafür wurden Regeln der ärztlichen Berufsordnung geschaffen. Diese gehen wiederum auf das Ayur-Veda des Châraka (Lehrbuch der Sanskrit-Medizin ca. 800 vor Christus, Indien), auf die von Hippokrates (Gemeinschaft der Asklepiaden 5. Jahrhundert vor Christus) geschaffenen Regeln, aber auch in neuerer Zeit auf Vergil (Aeneis), Medizin als »ars muta«, zurück und stellen eine alte Kultur des Umganges dar. Dies floss schließlich auch über das Preußische Allgemeine Landrecht von 1794 in das Strafrecht ein. Weiterhin regeln hier eine Reihe arbeits- und zivilrechtlicher Normen (§ 823 Abs. 1 BGB) und eine große Zahl formalen Rechts diese Kommunikation (z. B.: 3 BverfGE 32, 373, 380; zur ärztlichen Schweigepflicht vgl. zum Beispiel BOCKELMANN, MMW 1967, 365; LAUFS, Arztrecht, Rn 420 ff; LAUFS, UHLENBRUCK, Handbuch des Arztrechts, §§ 69–77, Eb. SCHMIDT, Brennende Fragen des ärztlichen Berufsgeheimnisses, 1951).
- Dabei gibt es nahezu in allen zuständigen Normativen Öffnungen und Begrenzungen, die z. B. im SGB IX, in den Regelungen zur integrierten Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V) die Frage von übergreifenden Versorgungsstrukturen regeln. Dennoch weichen die Teilgebiete des Rechts bisweilen in der Frage des Datenschutzes voneinander ab (so das SGB V und das SGB XII).
- Die Eintrittspforte in das soziale Versorgungssystem ist in der Regel die Diagnose. Diese kann durchaus im Detail über das ICF und andere Werkzeuge weiter differenziert werden. Je höher die Differenzierung, desto breiter sind die subtilen Informationen über den Patienten, die sich darin wiederfinden lassen. Je höher der Informationsumfang ist, desto mehr werden die Randbereiche des Lebens zugunsten des Kerns der Verschwiegenheit geöffnet.

Dabei machen die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder Empfehlungen und stoßen regelmäßig auf Widerstand, der durchaus auch aus der Politik stammt.

Arbeitsverbund und Datenverbund Regionale Versorgung

Leistungsträger sollen regional zusammenarbeiten. Beim regionalen Budget zielt man auf eine Integration von Kliniken und ambulanten Versorgern. Vertrauensverhältnisse zwischen Menschen gehen konkordant zur geteilten Menge an Information. Die zunehmende Intimität ist mit einem Offenbarungstabu gleichzusetzen. Es stellt eine allgemeine Weisheit dar, dass je nach der Tiefe der Privatheit von Informationen der Patient ein Interesse haben wird, dass dieses nur dem ihm persönlich bekannten Kreis der Wissenden offenbar wird.

Der Kreis der Schweigepflichtigen und der »Wissenden«

Das Datenschutzrecht ist somit vielschichtig, bereichsspezifisch gegliedert und schwer durchschaubar. Unterschiedliche Regeln gelten für speziell qualifizierte Personen (Fachkräfte u. a. Mitarbeiter: Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Beratungsfachkräfte als funktions- und berufsbezogene Schweigepflichtsregelungen) und Institutionen. Diese »besondere Schweigepflicht« wird insbesondere durch die §§ 202, 203 StGB geregelt und begründet sich in der besonderen diagnostischen und therapeutischen Beziehung der aufgesuchten Patienten und der behandelnden Ärzte. Einbezogen sind noch die Gehilfen des Arztes, die am konkreten Behandlungsgeschehen beteiligt sind. Eine Putzfrau wäre damit nicht mehr inbegriffen. Diese Regelung beinhaltet auch das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes (§ 53 I Nr. 3 StPO §383 I Nr. 6 ZPO) und das Beschlagnahmungsverbot von Krankenunterlagen (§ 97 StPO). Diese Regelung gilt nicht für den Medizinischen Dienst der Krankenkasse. Hier öffnet sich auch für den Staat eine »ideale« Türe, Daten einzuziehen und der ärztlichen Schweigepflicht ein Ende zu bereiten.

Datensphären

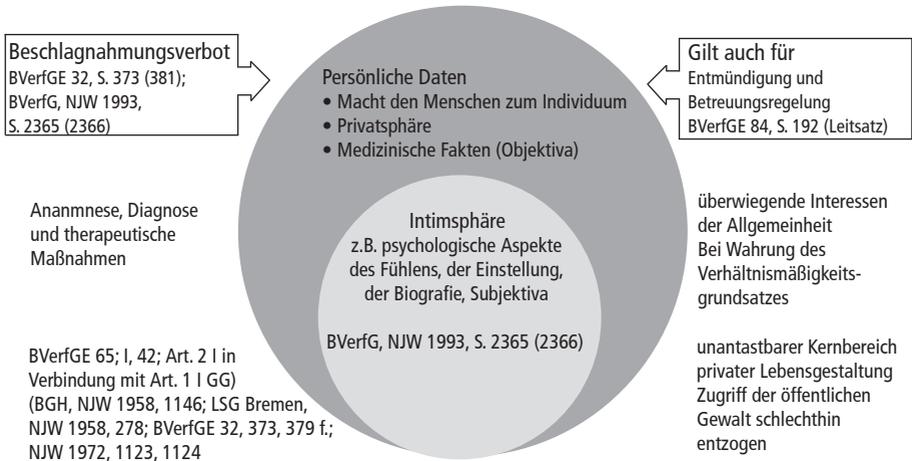


Abb. 1

Die persönliche Ebene beinhaltet alles, was den Patienten als Individuum und als spezielles Element der Gesellschaft auszeichnet. Dies beinhaltet das Wissen um den Eintritt in ein medizinisches Versorgungssystem, das Bewegen darin und die begründeten Hilfeleistungen. Die Diagnose ist üblicherweise Teil dieser persönlichen Daten, da Diagnosen im Üblichen keine besonderen zu erwartende Nachteile nach sich ziehen. Es gibt aber in der Medizin und hier insbesondere in der psychiatrischen

und psychotherapeutischen Versorgung Diagnosen, die in der Regel mit einer Brandmarkung, einem Stigma einhergehen. Gerade bei Patienten, die umfassende und verzahnte Hilfen (z. B. im Rahmen des IBRP) benötigen bestehen Diagnosen, die mit einer Stigmatisierung einhergehen (z. B. Schizophrenie).

Zur persönlichen Ebene dürften auch Formen der Hilfeleistungen zählen. Bei Fragen der Ressourcen und Handicaps wird der Grenzbereich zwischen persönlich und privat rasch erreicht werden. Private Daten definieren sich inhaltlich dadurch, dass deren Gehalt nicht einfach erzählt werden, da diese für den Patienten beschämend oder auch für ihn nachteilig erlebt werden. Während persönliche Daten durchaus auch weniger bekannten und damit nur relativ verschwiegenen Menschen mitgeteilt werden zeichnen sich intime Daten dadurch aus, dass diese nur besonders vertrauenswürdigen Personen, die stets direkt und unmittelbar bekannt sind, offenbart werden.

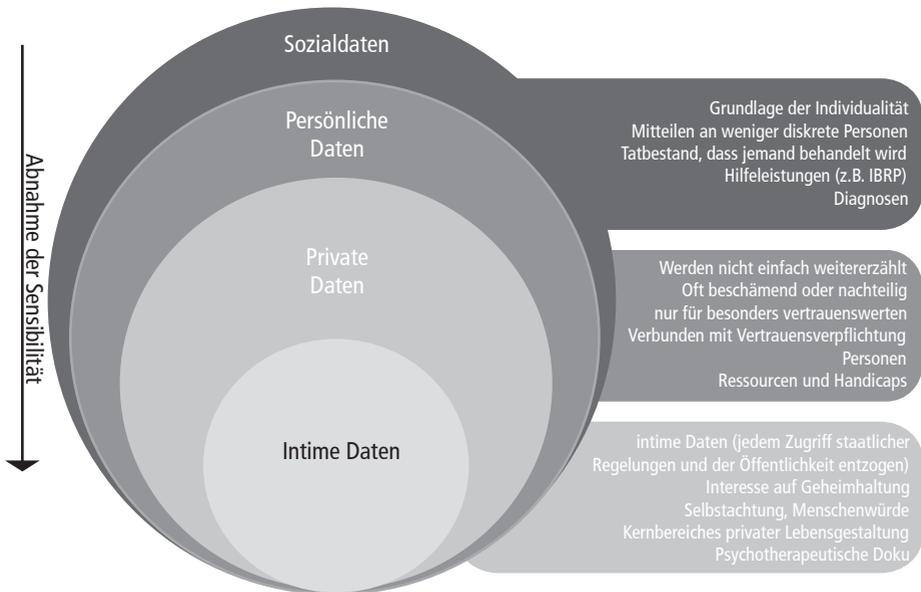


Abb. 2

Zur Offenbarung gehört dann eine Vertrauensverpflichtung. Der Arzt oder Therapeut des Vertrauens ist oft über intimste Dinge informiert und muss diese im Rahmen der Dokumentationsregeln niederlegen. Bisweilen ist der Arzt oder der Therapeut der einzige Mensch, dem diese Patienten jemals von intimsten Inhalten berichtet haben. Nur die absolute Verschwiegenheit ermöglicht diese Offenbarung, so dass es nur verständlich erscheint, wenn sich persönliche Daten jeglichen Zugriff des Staates und der Öffentlichkeit entziehen, selbst, wenn diese Dritten selbst eine gewisse Vertraulichkeit garantieren können.

Die Offenbarungsbefugnis des Patienten und sein Recht über seine Daten

Jede Entäußerung nicht rechtlich abschließend geregelter Daten bedarf der Offenbarungsbefugnis des Patienten an den Arzt. Bei der Offenbarungsbefugnis unterscheidet man zwischen ausdrücklicher, stillschweigender und mutmaßlicher Einwilligung. Zur Wirksamkeit der Einwilligung gehört jedoch die Freiheit der Entscheidung, die Einwilligungsfähigkeit und das genaue Wissen über das wozu man einwilligt, und welche Konsequenzen (Tragweite) dies hat. Dies schließt pauschale (unbestimmte) und vorformulierte Einwilligungen aus. Ausgeschlossen ist auch eine Datenweitergabe im Übermaß. Die *stillschweigende Einwilligung* liegt vor, wenn für den Betroffenen erkennbar ist, dass die fraglichen Tatsachen an weitere Personen übermittelt werden und er damit zugleich stillschweigend einverstanden ist. Dies gilt innerhalb eines definierten und offenkundigen Kreis von Wissenden, jedoch bedeutet dies nicht die ungehemmte innerbetriebliche Weitergabe von Privatgeheimnissen, sobald eine persönliche Vertrauensbeziehung besteht (z. B. bei sozialer Beratung). Generell bedarf es in einem Fall des stillschweigenden Einverständnisses auch des Wissens um Zuständigkeiten und Arbeitsabläufe. Im Zweifel gilt die Einholung der Einwilligung, bisweilen kann man diese annehmen, wenn der Patient/Klient direkt von diesen Prozessen erfährt, indem er an diesen teilhat (Hilfeplankonferenz).

Mindestens Gleiches wäre auch für die Weitergabe von Daten an Medizinische Dienste der Krankenkassen zu fordern. Verfügungsberechtigt über das fragliche Geheimnis ist nach herrschender Meinung allein der Geheimnisträger, d.h. die Einwilligung des Klienten genügt nicht, wenn das Geheimnis einen Dritten betrifft (vgl. Ulsenheimer, in: LAUFS/UHLENBRUCK [Hg.], Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., 2002, § 71 Rz 7). Hat z. B. die Klientin dem Sozialarbeiter über die Alkoholprobleme ihres Ehemannes berichtet, käme es für eine Offenbarungsbefugnis (auch) auf dessen Einwilligung an (LENCKNER, in: SCHÖNKE/SCHRÖDER, StGB, 26. Aufl., 2001, § 203 Rz 24, Vgl. MÜNDER, Beratung, Betreuung, Erziehung und Recht, 1990, S. 136f). Eine Freigabe einer kompletten Krankenakte (oder deren Kopie) ist in jedem Fall eine Weitergabe im Übermaß.

Auch die Einsichtnahme des Patienten in seine Karteikarten (§ 630 ff BGB) sind ein zentrales Recht über sein Eigentum. Daneben betrifft der Gewährleistungsbe-
reich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts auch das Recht auf Selbstdarstellung des Menschen (BverfG im Lebachurteil).

Die wichtigste Form der Offenbarungsbefugnis stellt in der Praxis die *Einwilligung dar*. Man unterscheidet zwischen ausdrücklicher, stillschweigender und mutmaßlicher Einwilligung. Bestehen Interessen des Patienten, dass seine Daten weitergegeben werden und sind diese Daten geschützt (z. B. private oder persönliche Daten), so kann dieser in eine Offenbarung einwilligen. Dies hat insbesondere zur Konsequenz, dass in diesem Falle der staatsrechtliche Gesetzesvorbehalt nicht greift. Dabei verbleibt es beim Schweigepflichtigen die ausdrückliche und wissende Einwilligung zu erbitten. Pauschalierte und abstrakt vorformulierte Formblätter

sind ebenso wenig ausreichend, wie eine Einwilligungserklärung, deren fehlende Erbringung einen Nachteil für den Aussteller beinhaltet (Schweigepflichtsentbindungen, die Kostenträger anfordern um von Ärzten persönliche und private Daten direkt zu erhalten). Nur im Wissen um des Umfanges, des Inhaltes, möglicher Konsequenzen (Tragweite) und Folgen und des Empfängers kann eine Einwilligung erfolgen. Voraussetzung ist die Einwilligungsfähigkeit, die im Wesentlichen der »natürlichen Einsichtsfähigkeit« entspricht. Es bedarf keiner speziellen Form, eine mündliche Erklärung ist ausreichend. Im Falle einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit bedarf es der gesetzlichen Vertreter. Bei alleiniger mündlicher Einwilligung ist jedoch eine schriftliche Dokumentation dieser zweckmäßig. Auch die stillschweigend erteilte Einwilligung erfordert eine bewusste und freiwillige Gestattung der Offenbarung von Patientendaten. Ein bloßes Geschehenlassen ist nicht ausreichend. Eine *stillschweigende Einwilligung* kann eine Offenbarung dann rechtfertigen, wenn für den Betroffenen erkennbar ist, an wen welche Tatsachen vermittelt werden und er damit stillschweigend übereinstimmt. Dieser Kreis der Wissenden beschränkt sich in der Regel auf einen innerbetrieblichen Personenkreis. In der Regel rekrutiert sich der Kreis der Wissenden aus Kollegen und Vorgesetzten. Um dies zu überblicken müssen die Betroffenen über Zuständigkeiten und Arbeitsabläufe (z. B. Fallbesprechungen, Supervision) im Wesentlichen Bescheid wissen. Umgekehrt verbleibt die Absolutheit der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 StGB auch weiterhin, wenn zwischen Patient/Klient und Fachkraft eine persönliche Vertrauensbeziehung besteht (z. B. bei sozialer Beratung). Im Zweifelsfall sollte die ausdrückliche Einwilligung eingeholt werden. Hängt die Wirksamkeit von dieser Voraussetzung ab, so besteht kein Grund, die stillschweigende Einwilligung als Offenbarungsbefugnis völlig auszuschließen. Die mutmaßliche Einwilligung ist relevant, wenn die ausdrückliche Einwilligung des Betroffenen nicht eingeholt werden kann (z. B. wegen Nichterreichbarkeit oder Bewusstlosigkeit). Befugt ist die Offenbarung in einem solchen Fall, wenn der Schweigepflichtige mit Rücksicht auf die Interessenlage des Betroffenen annehmen darf, dass dieser – wenn man ihn fragen könnte – einwilligen würde, bzw. kein Interesse an der Wahrung des Geheimnisses hat. Der Rückgriff auf eine mutmaßliche Einwilligung kommt dann nicht in Betracht, wenn die Einholung der ausdrücklichen Einwilligung möglich ist. Als Beispiel sei eine postmortale Anfrage einer Familie des Verstorbenen, ob eine Erbkrankheit vorgelegen habe. Hier kann – solange keine gegensätzliche Hinweise aus der Akte ergehen – von einem natürlichem Interesse ausgegangen werden. Oder im Rahmen einer Erkundung der Todesursache im Rahmen eines unerwarteten Todes ohne vorherige testamentarische Regelung kann ein natürliches Interesse angenommen werden. Ähnlich verhält es sich bei Bewusstlosen oder in einem ähnlichen Zustand Befindlichen, hier kann als natürlicher Wille zu leben unterstellt werden, so dass Informationsweitergaben in diesem Sinne als gerechtfertigt betrachtet werden können.

Die Einwilligung ist somit die wichtigste Offenbarungsbefugnis im Rahmen des informationellen Selbstbestimmungsrechts. Das gilt für Offenbarung im Rahmen

des § 203 Abs. 1 StGB ebenso wie für das institutionelle Datenschutzrecht §§ 4 a BDSG, 67 b SGB X. Eingriff in die körperliche und der psychischen Selbstbestimmung besagt in sich, dass der Inhaber diese Rechte darüber verfügt und für die Einwilligung oder Zustimmung befähigt ist. Im Rahmen dessen kann er aber in die Offenbarung wie in einen Eingriff (Operation) zustimmen. Einwilligung des Patienten bedeutet eine in Worten oder durch Gebärden ausgedrückte Zustimmung des Patienten zum ärztlichen/therapeutischen Verhalten (»informed consent«). Voraussetzung ist eine ausreichende Aufklärung. Ohne diese bedarf es einer Einwilligung durch einen Vormund (Eltern), einen Betreuer oder Vertreter im Rahmen des Betreuungsrechtes oder einer Vorsorgevollmacht. Einwilligungsfähigkeit wird in der Regel in der Negation definiert. Das Positivum wirkt wie eine »terra incognita«. Für den der einwilligt gilt, das »Wesen, Bedeutung und Tragweite« eines Eingriffs in seine Rechtsgüter beurteilen zu können. Unterschätzt wird dabei der voluntative Teil und der Bedarf, dass man für all das eine exakte, umfassende und verstandene Information über den Inhalt, den Zweck, der Adressaten und der Folgen der Einwilligung benötigt. Pauschale, nicht an Adressaten ausgerichtete und über einen Behandlungsfall hinausgehende Einwilligungen sind abzulehnen. Es ist hier kaum vorstellbar, dass die möglichen Folgen dann noch überblickt werden können. Dabei ist unwesentlich, dass die Entscheidung »vernünftig« ist. Im Rahmen dessen ist einwilligungsunfähig, wer bewusstlos ist, in die mögliche Situation können weiterhin geistig Behinderte, psychisch Kranke und Minderjährige kommen, wenn sie nicht als gesunde Geschäftsfähige bezeichnet werden können. Geschäftsunfähig heißt jedoch noch lange nicht einwilligungsunfähig. Bei der Einwilligung muss der Betroffene die Folgen der Eingehung rechtlicher Bindungen nicht abschätzen können, wie es bei der Geschäftsfähigkeit verlangt wird. Die Einwilligung ist jederzeit widerruflich. Bei der Einwilligungsfähigkeit geht es ausschließlich um eine Aufopferung jenes Rechtsgutes, das der Einwilligende durch seine Erklärung dem ärztlichen Zugriff preisgibt. Ein normaler Mensch opfert ein Rechtsgut nur auf, wenn er sich davon einen Nutzen verspricht oder jedenfalls keinen Schaden erleidet. In einer ersten Annäherung kann daher gesagt werden, dass die Einwilligungsfähigkeit das Vermögen voraussetzt, eine Kosten-Nutzen-Analyse des geplanten Opfers anzustellen. »Nützlich« oder jedenfalls »nicht schädlich« ist eine Einwilligungsentscheidung dann, wenn sie dem höchstpersönlichen Wertesystem des Einwilligenden entspricht. Dies bedeutet, dass für eine Kosten-Nutzen-Analyse oder einer Einwilligung, neben dem Wissen auch Alternativen bekannt sein müssen. Die Freigabe des eigenen Geheimnisses sollte für den Betroffenen immer nur der geringste Eingriff sein. Dies verknüpft die Sachabwägung über das voluntative Element mit der Emotion und nur so kann der Betroffene nach einer gewonnenen Einsicht über seine Daten »bestimmen«. Die Entscheidung für den Betroffenen beinhaltet folgende Aspekte: a) welchen Wert oder Rang die von der Einwilligungsentscheidung berührten Güter und Interessen für ihn haben, b) um welche Tatsachen es bei der Entscheidung geht, c) welche Folgen und Risiken sich aus der Einwilligungsentscheidung ergeben, und d) welche Mittel es zur Erreichung der mit der Einwilligung erstrebten Ziele gibt,

die ihn möglicherweise weniger belasten. Dahingehend ist Einwilligung und die Befähigung dazu immer nach dem jeweiligen Inhalt zu prüfen. Eine ungezwungene und freiwillige Einwilligung schließt Drohungen und Nötigungen aus und verlangt zu jeder Zeit die alternative Handlungsweise. Gewährung oder Verwehrung einer Sozialleistung sind insbesondere bei psychische Erkrankungen Alternative ausschließende Handlungen. Zur Freiwilligkeit gehört auch die Möglichkeit jederzeitig eine Offenbarungseinwilligung zu widerrufen. Dies schließt Mitwirkungsobliegenheit nach § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I bzw. die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I nicht aus. Für eine Einwilligung bietet sich die Schriftform an und der Patient/Klient ist auf seine Freiwilligkeit hinzuweisen. Dem Einwilligenden sollte zudem ein Informationsblatt an die Hand gegeben werden (Bei einer Angelegenheit des SGB X bzw. BDSG ist die Schriftform vorgesehen).

Nicht Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht

Der Schweigepflichtige muss unbefugt an ihm anvertrautes oder sonst bekanntgewordenes Geheimnis oder eine Einzelangabe über persönliche oder sachliche Verhältnisse des Patienten offenbaren. Schutzgegenstände der ärztlichen Schweigepflicht sind demnach ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis (§ 203 Abs. 1 S. 1 StGB) sowie Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse (§ 203 Abs. 2 S. 2 StGB). Dies kann im Rahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse auch der Erhalt einer kopierten Akte sein (Übermaßverbot).

Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)

Im Rahmen einer gesetzlichen Verpflichtung zu einer Anzeige, Meldung bzw. Aussage kann die Offenbarung durch einen Schweigepflichtigen gerechtfertigt sein. Als Beispiel kann der § 138 StGB (*Nichtanzeige geplanter Straftaten*) herangezogen werden. Nicht anzeigespflichtig sind andere Straftaten wie z. B. sexueller Kindesmissbrauch (§ 176 StGB), Vergewaltigung (§ 177 StGB) und Körperverletzung (§ 223 StGB). Allerdings kann sich hier eine Offenbarungsbefugnis aus § 34 StGB ergeben. Andere Meldepflichten ergeben sich beispielsweise aus dem §§ 6 ff. des Infektionsschutzgesetzes. Befugt handelt der Schweigepflichtige auch, wenn er – ohne sich auf ein Zeugnisverweigerungsrecht berufen zu können – einer Aussagepflicht (gegenüber einem Gericht oder einer Behörde) nachkommt. Problematisch kann es für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen – anders als für Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten – im Strafverfahren werden, da sie kein allgemeines berufsbezogenes Zeugnisverweigerungsrecht haben.

Dahingehen ist die ärztliche Schweigepflicht ein Spezialfall der informationellen Selbstbestimmung. Zeitgleich definiert sie die besonderen schützenswerten Geheimnisse im Arzt – Patienten – Umgang. Auch die rechtlichen Offenbarungsregeln sind nicht frei von einer Entscheidung des Patienten. Nach §§ 60 Abs 1 Nr. 1. SGBI

bestehen Mitwirkungspflichten, die eine Offenbarung der Daten beinhalten, die für die Leistung erheblich sind. Die erforderlichen Daten sind abschließend geregelt. Ein Aspekt ist hierbei auch die Zumutung. Eine Freigabe einer Krankenakte ist hier rechtlich nicht abgedeckt. Auch die sensiblen Daten sind hier ausgenommen.

Informationelle Selbstbestimmung und ärztliche Schweigepflicht

Der Schutz der Persönlichkeit und dessen Freiheit zu bestimmen sind Gegenstand beider Regelungen. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht wird zum Privatrecht und Schutz gegenüber rechtswidriger Eingriffe auch des Staates. Dabei sind nicht legitimierte Einblicke in die Privat-, Geheim- und Intimsphäre sowie die Selbstdarstellung des Einzelnen geschützt. Auch für die Therapeuten bedeutete das keine Information über den Gesundheitszustand des Klienten/Patienten ohne eine willentlich gegebene rechtliche Einwilligung. Auch die Speicherung der Daten bedarf der freiwilligen Veräußerung oder Weitergabe der Daten durch den Datenhalter. Die ärztliche Schweigepflicht gilt Geheimnissen und weniger allgemeinen persönlichen Lebenssachverhalten. Wird die ärztliche Schweigepflicht durch die Weitergabe von Geheimnissen an Dritte verletzt, ist damit immer ein Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten mit einbezogen. Damit ist es verhältnismäßig, wenn oberflächliche Datensphären mit den Allgemeininteressen abgewogen, begründet und rechtlich abschließend geregelt werden. Je persönlicher die Daten, desto höher muss demnach das Allgemeininteresse begründet werden. Zum Ende verbleibt ein unantastbarer Kernbereich, der die Bereiche der Gedanken, Gefühle, die Innenwelt betrifft und für den staatlichen Zugriff tabuisiert ist. Das beschreibt auch das Ausmaß des Notstandes, dem gegenüber die schützenswerten Bereiche abgewogen werden müssen. Dabei gibt es keinen für den Patienten oder Klienten offenbaren Kreis der Wissenden, der aus irgendwelchen nicht direkt behandelnden Ärzten oder deren Gehilfen besteht. So kann für weniger intime Daten bei einer gesetzlichen Krankenversicherung ein Zugriff geregelt sein. Dies kann auch Informationen über spezielle Infektionskrankheiten an das Gesundheitsamt zum Schutz der Allgemeinheit umfassen. Dies ist der Tribut, den jeder Mensch für sein Leben in der Gemeinschaft leistet. Würde die Person ihre Krankenkosten selbst tragen, würde sich die Freigabe der Krankendaten verbieten.

Tritt ein gesetzlich Versicherter ins Medizinsystem ein, beginnt mit der Vorlage der Krankenversichertenkarte (§ 15 Abs. 2 SGB V) der Daten- und Informationsfluss. Die Datenübermittlung ist abschließend geregelt und betrifft die persönlichen Daten, die zum Ende mit der Diagnose und diversen Leistungsziffern abgeschlossen werden. Für den Kostenträger sind weitere Daten nicht mehr vorgesehen. Die Frage neuer Abrechnungssysteme ändert daran erst einmal nichts. Die Realität differiert davon. So versuchen Kostenträger über jede Möglichkeit, Arztbriefe zu erhalten mit sensiblen und intimen Daten. Dies wird mit der Entscheidung einer Wiedereingliederung oder Rehabilitation begründet. Nun wird derzeit ein neues Vergütungssystem eingeführt, das die Grundlagen unserer Misstrauensgesellschaft

neu definiert. Die Kassen werden im Vorfeld Informationen einfordern, um über eine Datenzufuhr zum Medizinischen Dienst (§ 277 Abs. 1 SGB V) befinden zu können. Und auch dieser wird möglichst die vollständige Akte einfordern oder einsehen wollen. Hier greift selbstverständlich der Datenschutz. Die Frage stellt sich hier nach der strengeren Schweigepflicht, die auch das Schweigerecht umfasst. Weder sind die Krankenkassen Gehilfen der Behandler noch befindet sich der Medizinische Dienst der Krankenkassen in einem persönlichen Arzt – Patientenverhältnis. Für die Übergabe von kompletten kopierten Akten oder die unbegrenzte Akteneinsicht werden derzeit flächendeckend in den Ländern Verträge zwischen den Verbänden der Krankenhäuser und den Kostenträgern geschlossen. Datensparsamkeit stellt man sich hierbei anders vor. Dies mag in den somatischen Fächern im Regelfall unverfänglich sein, jedoch beinhalten die vollständigen Akten der Psychiatrie allzu häufig intime Daten, die bisweilen bis hin zu Officialdelikten reichen. Diese schützt der Datenschutz nicht. Hier haben auch die Ärzte des MDK, wollen sie sich nicht eine Strafvereitelung vorwerfen lassen, die Offenbarungspflicht. Was nun bedeutet das für diejenigen, die die Daten aufdecken und diejenigen die Einsicht nehmen? Der Geschädigte kann über seinen Antrag das Delikt anzeigen und dann stellt sich die Frage der Rechtsverletzung für die Einsichtnehmer und noch mehr für die zur Verschwiegenheit verpflichteten. Damit stellt sich allein aufgrund der Normenhierarchie die Gefahr der Schweigepflichtsverletzung, indem die Landesverträge befolgt werden. Die Frage der Beweisverwertung wird sich dann im Nachgang erheben. Für den Patienten verbleiben die Unterlaufbarkeit der ärztlichen Schweigepflicht und das Abwägen jeder Offenbarung. Für den Therapeuten folgt daraus der therapeutische Blindflug, bei dem die Reichweite des Nebels des Nichtwissens immer spekulativ bleibt. Die Grundfrage für die Legislative ist jedoch weiter reichend und gilt dem Wert der Unversehrtheit der Patienten und Klienten.

Zusammenfassung

Ein Teil des Menschen sind seine Daten, über die er als Herr verfügt. So wie jedes unserer Körperteile unterschiedlich dem öffentlichen Blick verborgen bleibt, gibt es auch bei den Daten unterschiedliche Sphären des Schutzes. Die Offenbarung intimer Daten kann im Rahmen einer psychischen Behandlung unverzichtbar sein. Dies bedingt jedoch den besonderen Schutzraum der Schweigepflicht und Schweigerecht. Jede Offenbarung benötigt die ausnahmsweise gesetzte informierte Befugnis, eines rechtlichen Rahmens, der Datensparsamkeit, der strikten Verhältnismäßigkeit, der Transparenz der Offenbarung und der Sicherstellung der Verantwortlichkeit des Umgangs. Gerade im Rahmen opulenter Datenfreigabevorstellungen und um sich greifender Offenbarungsverträge zwischen Leistungsträger und Leistungsanbieter im Rahmen des neuen Abrechnungssystems der Psychiatrie (PEPP) stellen sich hier grundlegende Fragen nach dem verfassungsrechtlichen Schutz der Daten des Patienten.

Grenzüberschreitungen und sexuellen Missbrauch in Institutionen vermeiden

Jörg M. Fegert

Sexueller Missbrauch ist häufig. Im Vergleich von internationalen Studien aus zwanzig verschiedenen Ländern fanden FINKELHOR et al. (1994) eine Prävalenz für Mädchen zwischen 7 % und 36 % und für Jungen zwischen 3 % und 29 %. Eine Replikation dieser Arbeit (PEREDA et al. 2009) ergab ähnliche Ergebnisse. HÄUSER et al. (2011) berichten auf der Basis einer repräsentativen, retrospektiven Befragung mit dem Childhood Trauma Questionnaire von 12,7 % sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend in der Allgemeinbevölkerung. Die KFN Befragung 2014 ergab eine Lebenszeitprävalenz sexuellen Missbrauchs bis einschließlich 16. Lebensjahr von 6 % (HELLMANN 2014). Missbrauch ist in unserer Gesellschaft generell bei Mädchen häufiger als bei Jungen und findet am häufigsten in der Familie statt, wenn man sexuelle Übergriffe zwischen Gleichaltrigen, welche den gängigen Definitionen sexuellen Missbrauchs nicht entsprechen (Altersabstand, Machtgefälle), ausklammert. Im Jahr 2010 wurde von betroffenen ehemaligen Schülern des Canisius-Kollegs am Eckigen Tisch sexueller Missbrauch eine breite öffentliche Debatte losgetreten. Die Bundesregierung setzte eine Unabhängige Beauftragte ein. Eine Anlaufstelle für Betroffene wurde eingerichtet, um im Sinne eines Critical Incident Reporting Systems die Forderungen und Empfehlungen der Betroffenen am, ebenfalls von der Bundesregierung eingerichteten, Runden Tisch sexueller Missbrauch diskutieren zu können. Die zentralen Ergebnisse der Anlaufstelle wurde publiziert (vgl. FEGERT et al. 2013 und RASSENHOFER et al. 2013). Zum Thema Missbrauch in Institutionen lagen der Anlaufstelle 1.138 Berichte von Betroffenen vor, welche aufgrund deren Einwilligung zur wissenschaftlichen Auswertung zur Verfügung standen. Nur 9 % der Betroffenen wurden einmal, z. B. während einer Pfadfinderfreizeit oder Sportreise, missbraucht. In 29 % der Fälle fand der Missbrauch innerhalb der Institutionen mehrfach statt und in 62 % der Fälle handelt es sich um einen fortgesetzten, wiederkehrenden Missbrauch. Zitat eines Betroffenen: *»Ich habe als Kind im Internat gelebt. Dort wurde ich missbraucht und musste auch jede Nacht mitanhören, wie meine Zimmergenossen missbraucht wurden. Jeder hatte Nacht für Nacht Angst ›dran‹ zu sein.«* 83 % der Täter waren Männer, in 7 % der Fälle wurden die Taten durch Täterinnen begangen, in 10 % sowohl durch Täter als auch Täterinnen. *»Zusammen mit meiner Schwester musste ich zur Mitarbeiterin nach Hause mitkommen. Dort war auch der ›Lover‹ der Mitarbeiterin. Wir mussten uns ausziehen, die Erzieherin legte sich mit mir ins Bett, meine Schwester und der Lover standen dabei. Beide Erwachsene haben uns angefasst.«* 62 % der damals berichteten Fälle bezogen sich auf einen kirchlichen Kontext, doch gab es auch Fälle aus Vereinen oder aus dem Gesundheitswesen, insbesondere aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und aus ambulanten psychotherapeutischen Situationen. Ähnlich wie manche katholischen Pfarrer die Beichtsituation ausnutzten, nutzten auch Therapeuten halbverstandene Begrifflichkeiten wie Schweigepflicht bei den Kindern, um ihnen einzuschärfen,

dass diese nicht über das Erlebte sprechen dürften. Eine häufige Täterstrategie war ein scheinbar besonders positives Verhältnis («Lieblinge») aufzubauen und mit Belohnungen, Vorteilen, besonders langen Randstunden in der Psychotherapie, privaten Treffen, Mitnahme zu Veranstaltungen etc. oder auch durch Bestrafungen und Drohungen dieses Verhältnis aufrecht zu erhalten.

Präventionsstrategien in Institutionen:

Der Runde Tisch sexueller Kindesmissbrauch hat bei seinen Beratungen eine Mehrebenenstrategie der Prävention mit der Implementierung von Mindeststandards (Unterarbeitsgruppe I des Runden Tisches Kindesmissbrauch) besprochen. Gefordert wird hier die Vorlage eines verbindlichen Schutzkonzeptes, die Durchführung einer einrichtungsinternen Risikoanalyse zu Arbeitsfeld spezifischen Gefährdungspotentialen und Gelegenheitsstrukturen, die Bereitstellung eines internen und externen Beschwerdeverfahrens und eines Notfallplans für Verdachtsfälle. Sicherergestellt werden soll die Hinzuziehung eines/einer externen Berater/Beraterin in Verdachtsfällen. Es soll ein einheitliches Dokumentationswesen für Verdachtsfälle vorgesehen werden. Wichtig sind themenspezifische Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Des Weiteren wurde die Einholung und Prüfung polizeilicher Führungszeugnisse und die Aufarbeitung und konstruktive Fehlerbearbeitung im Sinne von Prävention und Rehabilitierungsmaßnahmen empfohlen. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, Praxen von Kindern- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinderarztpraxen und Kinderkliniken sollen »sichere Orte« für Kinder und Jugendliche sein. Insofern erscheint eine Aufklärung von Kindern über ihre Rechte im Rahmen der Krankenbehandlung erforderlich. Eltern bzw. Sorgeberechtigte sollten über die Beschwerdewege informiert werden. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche sollten benannt werden. An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie in Ulm wurden z. B. als niederschwelliges Beschwerdesystem für die stationär behandelten Patientinnen und Patienten seit vielen Jahren Telefonanlagen zu den umgebenden Jugendämter und zum Patientenfürsprecher freigeschaltet (vgl. FEGERT 2014). Um die Kinder auf die Behandlungsabläufe, aber auch ihre Rechte vorzubereiten, wurde für Schulkinder die Informationsbroschüre in Comicform »Was ist denn schon normal?« entwickelt (PIONTKOWSKI 2010). Diese Broschüre enthält auch einen spezifischen Teil für die Sorgeberechtigten mit weiteren Ausführungen zu den Rechten der Kinder. Auf der Ebene der Organisationsentwicklung im Qualitäts- und Beschwerdemanagement müssen Schlüsselprozesse ebenso initiiert werden wie auf der Ebene der Personalentwicklung und der Teamentwicklung. Konkret kann erst davon ausgegangen werden, dass Schutzkonzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Kurkliniken für Kinder und Jugendliche, in Kinderkrankenhäusern wirksam sind, wenn die betroffenen Kinder und Jugendlichen, die sich dort in Behandlung befinden, tatsächlich über ihre Rechte und über Beschwerdewege Bescheid wissen. Eigentlich haben Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche

ganztätig oder für einen Teil des Tages aufhalten, und die zuständigen Leistungsträger gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheit. Leider haben die zuständigen, überörtlichen Träger, also meist die Landesjugendämter, bislang noch wenig zur Umsetzung dieses Beratungsanspruchs im medizinischen Bereich getan. Das Monitoring des Unabhängigen Beauftragten sexueller Kindesmissbrauch zeigte in der zweiten Erhebungswelle 2013, bezogen auf die Grundgesamtheit von 570 angefragten Kliniken und Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche, nur einen Rücklauf von 26 % ausgefüllten Fragebögen. Von diesen, zur Antwort bereiten medizinischen Einrichtungen, hatten 56 % einen Handlungsplan bei vermutetem sexuellem Missbrauch. Betrachtet man Bereiche wie die Risikoanalyse, das Beschwerdemanagement, aber auch die Mitarbeiterfortbildungen, so muss festgestellt werden, dass hier noch deutliche Anstrengungen nötig sind, um generell den Schutz von Kindern vor Übergriffen in Institutionen zu verbessern. In der Praxis ist die Umsetzung einzelner Maßnahmen, wie z. B. die Einholung des erweiterten Führungszeugnisses in regelmäßigen Abständen, nicht einfach zu organisieren. Solche Maßnahmen sind in einer Klinik zustimmungspflichtig, d. h. der Personalrat muss vor einer entsprechenden Dienstanweisung involviert werden. Zu klären ist die Frage, wer die Kosten hierfür trägt und die Mitarbeiterschaft muss klar über Sinn und Zweck dieser Maßnahme informiert werden. Vielerorts werden diese Herausforderungen noch nicht sehr ernst genommen. Wobei einige Fälle, welche dann schnell von der Presse skandalisiert wurden, auch die Leitungsverantwortlichen in Krankenhäusern veranlassen sollten, hier rechtzeitig für Kinder und Jugendliche adäquate Beschwerdesysteme bereit zu halten.

Fazit:

Prinzipiell kann das Gesagte auch in vielen Punkten für die Erwachsenenpsychiatrie gelten, wo es auch zu Gewalt und sexueller Gewalt an Patientinnen und Patienten kommen kann und wo es effektive Beschwerdewege braucht, um hinreichenden Schutz zu gewähren und aus Fehlern lernen zu können. Es geht hier generell um Haltungen. Aus der Sicht der Organisationsforschung kann postuliert werden, dass sowohl die potentiell betroffenen Patientinnen und Patienten, wie die Mitarbeitenden in einer Einrichtung, Mitglieder einer »community of practice« sind, in der informelle Regeln der Organisation weitergegeben bzw. gelernt werden (vgl. GOFFMAN 1973). Übergriffe durch das Personal werden in direkten Interaktionen mit den Patientinnen und Patienten ermöglicht oder auch verhindert. Insofern ist es wichtig, dass auch im Kollegenkreis solches Verhalten oder entsprechende Signale thematisiert und kritisch diskutiert werden. Gerade weil im »Psycho-Bereich« von vielen Laien alles Mögliche als therapeutische Strategie verstanden werden

kann, ist es wichtig transparent über das Vorgehen in der Krankenbehandlung zu informieren. Standesrechtlich muss die für eine effektive Behandlung notwendige Vertrauensbasis zwischen Patienten und Behandler durch ethische Maßstäbe und den Schutz von Patienten vor Übergriffen gewährleistet werden. Leider zeigte eine jüngste, noch unveröffentlichte Umfrage des Unabhängigen Beauftragten sexueller Kindesmissbrauch, die nach einer Anfrage durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durchgeführt wurde, dass das standesrechtliche Vorgehen in Bezug auf das Ruhen der Approbation oder den Entzug der Approbation regional stark abweicht. Hinzu kommt, dass Obergerichte die grundgesetzlich garantierte Berufsfreiheit so hoch einschätzen, dass in der Regel erst der Ausgang oft langwierigen Strafverfahren abgewartet wird. Handlungsfähigkeit zum Schutz von Betroffenen (Agency) wird nur in Beziehungen und Strukturen erreicht. Gerade in der psychiatrischen Behandlung geht es darum, Präventionskonzepte zur Vorbeugung von Übergriffen zu leben und immer wieder neu zu überprüfen.

Literatur

- FEGERT, J. M./RASSENHOFER, M./SCHNEIDER, T./SPRÖBER, N./SEITZ, A. (ed) (2013): Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen – Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann«, Juventa Beltz.
- FEGERT, J. M. (2014): »Beteiligungs- und Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie«, Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre, vol. 17, no. 2, pp. 14–21.
- FINKELHOR, D. (1994): »The international epidemiology of child sexual abuse«, Child Abuse & Neglect, vol. 18, no. 5, pp. 409–417.
- GOFFMAN, E. (1973): »Deutsche Ausgabe: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen«. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- HÄUSER, W./SCHMUTZER, G./BRÄHLER, E./GLAESMER, H. (2011): »Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population«, Deutsches Ärzteblatt international, vol. 108, no. 17, pp. 287–294.
- HELLMANN, D. F. (2014): Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland Forschungsbericht Nr. 122 des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen, Hannover.
- PEREDA, N. GUILERA, G./FORNS, M./GOMEZ-BENITO, J. (2009): »The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis«, Clinical psychology review, vol. 29, no. 4, pp. 328–338.
- PIONTKOWSKI, C./MORS, C./FEGERT, J. M. (2010): Was ist denn schon normal? Mein Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm (http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/WebversionWIDSN.pdf).
- RASSENHOFER, M./SPRÖBER, N./SCHNEIDER, T./FEGERT, J. M. (2013): »Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany«, Child Abuse & Neglect, vol. 37, no. 9, pp. 654–663.

V Unabhängige Beratung und übergreifende Begleitung

Einleitung

Peter Kruckenberg

In diesem Symposium wurde schon mit dem Titel das zum Thema gemacht, was die Qualität der therapeutischen Beziehung im Kern bestimmt, das aber im fragmentierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystem in Deutschland eher am Rande und allenfalls partiell entwickelt ist. Ein Großteil der psychisch kranken Bürger erlebt sich in einer die Selbstwirksamkeit mehr oder weniger einschränken- den Abhängigkeitsbeziehung zu den Akteuren im Hilfesystem. Zudem erfährt er die Bruchstellen – »Schnittstellen« ist eher verleugnend – zwischen den gleichzeitig oder nacheinander erforderlichen Diensten und Einrichtungen oft wie Grenzübergänge in fremde Länder, mit hinsichtlich der Berechtigung oder der Zeiten des Übergangs unklaren oder restriktiven Bedingungen.

Viele Akteure im Hilfesystem – besonders bei den Kostenträgern aber auch bei den Therapeuten – haben sich daran gewöhnt, sozusagen an das Unvermeidliche. Aber diejenigen MitarbeiterInnen, die sich persönlich für eine Verbesserung der Qualität der therapeutischen Beziehung einsetzen, leiden auch an Abhängigkeiten und Fremdbestimmung und beklagen die oft unzugänglichen Wege für gute Begleitung.

Die Referenten und die diskutierenden Teilnehmer des Symposiums waren sich sehr wohl bewusst, dass das Thema den Kernbereich der notwendigen Reformen im Hilfesystem beschreibt und haben mit großem Interesse aufgenommen, wie die drei Referate unterschiedliche, einander ergänzende Zugänge beschreiben.

Herr *Ullrich* konnte auf der Grundlage mehr als 10jähriger Erfahrung zeigen, dass in dem großen Landkreis Ravensburg mit einem differenzierten, gut koordinierten gemeindepsychiatrischen Netzwerk eines freien Trägers das Angebot von Soziotherapie durch den sozialpsychiatrischen Dienst ein wichtiger ergänzender Baustein für eine kontinuierliche, vertraglich verbindliche therapeutische Begleitung ist – allerdings nur für ausgewählte Patienten und auf einem engen Grad zwischen der Psychotherapie und der ambulanten Krankenpflege.

Weitgehend unabhängig vom Behandlungssystem ist die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie Berlin tätig, in Trägerschaft eines Vereins mit ca. zwei trialogisch besetzten Vollstellen, finanziert durch den Berliner Senat. Aus den vielfältigen Erfahrungen hebt Frau *Rossmann* hervor, wie schon die Erfahrung, mit Wertschätzung und Interesse angehört zu werden, bei den BeschwerdeführerInnen Erleichterung und Abbau von Ängsten bewirkt und oft zur Bereitschaft, selbständige und/oder begleitete Handlungsmöglichkeiten in den jeweils vorrangigen Bereichen aufzunehmen, bzgl. der Behandlung über die rechtliche Betreuung bis hin zu finanziellen Angelegenheiten. Sogar das Hilfesystem selbst scheint häufig von der Beschwerdebegleitung zu profitieren, im Einzelfall aber auch über die

Beratung von Patientenfürsprechern, von Besuchskommissionen und durch die Jahresberichte. (www.psychiatriebeschwerdestelle.de)

Informierte Beratung und übergreifende Begleitung unmittelbar im therapeutischen Prozess – als »*GenesungsbegleiterInnen*« – erfolgt im Rahmen des Peerprojekts von acht Hamburger Kliniken, finanziert aus Bundesmitteln als ein Teil des durch das (nach mehreren Jahren jetzt endende) Projekt *psychnet*. Über eine EX-IN-Fortbildung qualifizierte Psychiatrieerfahrene oder Angehörige bieten PatientInnen oder Angehörigen während der Behandlung einen persönlichen Kontakt an, sprechen mit ihnen vertraulich über aktuelle Lebensprobleme und Schwierigkeiten in der Behandlung. Wenn erwünscht und passend, bringen sie dabei den eigenen Erfahrungshintergrund ein, auch in der früheren Auseinandersetzung mit und bei der Bewältigung von Problemsituationen. Dadurch entsteht oft eine Vertrauenssituation, die durch ein auf »*Symptom- und Leidreduzierung*« ausgerichtetes Behandlungskonzept kaum entstehen kann (*Frau Sielaff*). Und daraus entwickelt sich über Entlastung hinaus Motivation zur selbstwirksamen Problembewältigung und der Arbeit an der eigenen Lebensgestaltung.

Von den Referaten und der sehr lebhaften Diskussion haben nach meinem Eindruck die TeilnehmerInnen den Eindruck mitgenommen, dass vielleicht doch eine neue Phase der Psychiatriereform ansteht, die im Kern auf unmittelbare persönliche Zusammenarbeit in der Lebenswelt abzielt – trialogisch.

Genesungsbegleitung - eine besondere Beziehung und Haltung von Mensch zu Mensch: Das Peerprojekt an Hamburger Kliniken

Gyöngyvér Sielaff, Bärbel Olbrich, Andre Blasche

Gyöngyvér Sielaff, Psychologin, EX-IN und Peerprojektleitung

Herzlichen Dank für die Einladung zu diesem Symposium. Unser Peerprojekt in Hamburg ist inzwischen vier Jahre alt. Es wird im Rahmen des großen Bundesforschungsprogramms »Psychnet« finanziert. Im Rahmen dieses Projekts werden verschiedene Teilprojekte gefördert, die die Versorgung in der Gesundheitsmetropole Hamburg verbessern sollen. Unser Peerprojekt ist eines davon. An acht psychiatrischen Kliniken sind in eigenständigen Teams Erfahrene- und Angehörigengenesungsbegleiter als Peerberater beschäftigt. Das Aufgabenspektrum dieser Genesungsbegleiter ist aus Forschungsgründen recht einheitlich gehalten. Sie arbeiten an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Betreuung in eigenständigen Peerberatungsstellen als Genesungsbegleiter. In der Gestaltung sind die Genesungsbegleiter weitgehend frei, sie können selbst entscheiden, wie sie ihre Arbeit gestalten.

Die Ausbildungsgrundlage für die Peerberater ist die EX-IN Ausbildung, die in Deutschland seit zehn Jahren angeboten wird. Ihren Anfang nahm sie in Hamburg und Bremen.

Ich bin im Peerprojekt verantwortlich für die Ausbildung der Peerberater, der Angehörigenpeerberater und für die Supervision der Genesungsbegleiter.

Angehörigenpeerberatung ist sinnvoll und hilfreich. Die ersten Rückmeldungen und Erfahrungen zeigen dies deutlich. Aus der Genesungsbegleitung durch betroffene Peers ist folgerichtig die Idee der Angehörigenbegleitung durch Angehörige entstanden. Damit hat die Trialog-Idee nun auch die Peerbegleitung erreicht und vervollständigt. Das von dieser Idee geprägte Psychnet-Forschungsprojekt hat es ermöglicht, beide Formen der Peearbeit flächendeckend zu erproben. Die Ausbildung der AngehörigenpeerberaterInnen baut auf zehn Jahren erfolgreicher Qualifizierung von Betroffenen zu Genesungsbegleitern in Hamburg auf. Die Erfahrungen, die in dieser Zeit gemacht wurden sowie das Curriculum, das bereits entwickelt wurde, konnten für die Angehörigen Ausbildung genutzt und weiter entwickelt werden.

Bärbel Olbrich, Angehörigenpeerbegleiterin

Ich bin seit drei Jahren Angehörigenberaterin im Peerprojekt des Albertinen-Krankenhauses. Ich bin durch die Krankheit meines Sohnes, sagen wir mal, mitgereift und mitgeschult worden und habe inzwischen Verständnis entwickelt, für beide Seiten. Für die Erkrankten genauso wie für die Angehörigen. Es ist mir ein großes Anliegen auch für die Angehörigen in der Begleitung ganz viel zu tun.

Was ist bei dieser Begleitung für mich das Besondere?

Es ist – kurz gesagt – eine Art ›Seelenverwandtschaft‹. Menschen, die zu mir kommen, sind in einer ebenso schwierigen seelischen Sonder-Situation, wie ich sie einmal erlebt habe. Mit der ganzen Bandbreite, der damit verbundenen Gefühle. Ich bin ihnen mit allen Fasern meines Menschseins nahe und zutiefst verbunden. Es ist für mich ein Herzensbedürfnis, sie in ihren schwierigen Zeiten ein Stück des Weges begleiten zu dürfen, ihre Gefühle, ihr Schicksal mitzutragen, ohne sie dabei zu bewerten. Das ist mir besonders wichtig, weil ich solche Zeiten kenne und selbst durchlebt habe.

Ich nehme die Menschen ernst, gebe ihnen liebevolle, positive Zuwendung und Achtung, ohne bestimmte Erwartungen erfüllen zu müssen. Und auch sie können so sein wie sie sind, mit all ihren Sorgen, Nöten, Ängsten, Schuldgefühlen, ihrer Hilflosigkeit, Trauer und Wut.

Weil ich in jedem Augenblick ich selbst bin – echt bin – fühlen sie sich verstanden und können deshalb alle ihre Sorgen ausführlich darstellen. Dadurch beschäftigt der Mensch sich weiter mit seinem Thema und kommt selbst zu Lösungen, die zu ihm passen und zu denen er stehen kann. Von jemandem verstanden zu werden, ist ein stärkendes Erlebnis, welches hilft, Vertrauen in die eigenen Potenziale und Fähigkeiten zu entwickeln. Das schafft wieder neues Vertrauen. Davon profitieren alle. Der Angehörige spürt: Mein Gegenüber versteht mich und vertraut mir und meinen Ressourcen als Schlüssel zur Gesundung. Auch ich selbst reife nach durch eine Art Schulung im »Miterleben«. Diesen Austausch empfinde ich als heilsames Gespräch.

Auch das Recht auf Selbstfürsorge und Selbstakzeptanz drücke ich in meiner Haltung den Angehörigen gegenüber aus, als Gesunderhaltung für sie selbst und letztendlich für den erkrankten Angehörigen.

Gyöngyvér Sielaff

EX-User in der Suchttherapie und Begleitung, als Peerunterstützer einzusetzen ist bereits seit über 20 Jahren Praxis, doch eine Übertragung dieses Prinzips auf die Psychiatrie hat lange gedauert. Zu groß waren die Vorurteile und Ängste auch bei den in der Psychiatrie Tätigen; zu nachhaltig die Selbststigmatisierung der psychisch Erkrankten. Die hier vorgestellte Ausbildung will beidem entgegenwirken.

Dass Erfahrung allein im professionellen Kontext oft nicht ausreicht, um eine fundierte Unterstützung zu bieten, ist verständlich. Wenn ein Genesungsbegleiter nur auf die eigene Erfahrungen zurückgreift besteht die Gefahr, davon auszugehen: »was mir geholfen hat wird auch für andere gut sein«. Das reicht oft nicht aus, um ein Angebot zu machen, dass das Spektrum psychiatrischen Denkens und Handelns erweitert. Um eine spezifische Ausbildung zu kreieren, in der der Wert der individuellen Erfahrung erhalten bleibt, aber Erfahrungswissen aus verschiedenen Perspektiven und Erfahrungen zusammen getragen wird und aus diesen Erfahrungen ein kollektives Wissen entwickelt wird, entstand die Idee, verschiedene Organisationen in Europa zu suchen, die sich bereits mit dem

Thema Ausbildung von Peer- Spezialisten beschäftigen und ein europäisches Pilotprojekt zu beantragen.

Das EU-Projekt EX-IN, an dem, Norwegen, Schweden, England, Slowenien, Holland und Deutschland beteiligt waren, sollte die Erfahrungen mit der Ausbildung von Genesungsbegleitern in Europa zusammentragen.

Natürlich konnten die beteiligten deutschen Organisationen, die Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V. aus Bremen, die das Projekt koordiniert hat und das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf auf eigene umfangreiche Erfahrungen und Projekte zurückgreifen, aber nur dank der kreativen und streitbaren europäischen Partnerschaft konnte der Facettenreichtum, die theoretische Fundierung und die praktische Anwendbarkeit der Peer-Ausbildung so gut entwickelt werden. Durch die Ausbildung entsteht ein erfahrungsbasiertes Fachwissen, das die theoretische Grundlage der Genesungsbegleitung bildet. Das Curriculum wird immer wieder auf seine Aktualität hin überprüft und durch die Erfahrungen und Vorschläge der inzwischen zahlreich arbeitenden Genesungsbegleiter ergänzt. EX-IN ist eine lebendige Bewegung, die die traditionelle Psychiatrie ergänzt, bereichert und manchmal auch in Frage stellt. Nicht zuletzt durch die EX-IN Ausbildung für Angehörige wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass eine moderne Psychiatrie ohne die Perspektive und Beteiligung der Erfahrenen und Angehörigen nicht mehr auskommt.

André Blasche, Genesungsbegleiter

Bevor ich etwas zur »besonderen Beziehung in der Begleitung« sage, möchte ich zunächst noch eine kurze Anmerkung machen zu dem Charakter unserer Arbeit und der Entwicklung von einem Angebot der »Beratung« zu einem der »Begleitung«. Die Menschen, die sich an uns wenden sind in der Regel auf der Suche nach Unterstützungs- und Hilfsangeboten oft im Übergang zwischen stationärem Aufenthalt und ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten. Wie bereits erwähnt sind die Wartezeiten z. B. für ambulante Therapien oder Tageskliniken oft sehr lang oder es besteht noch keine wirkliche Hilfeakzeptanz, so dass ein reines, eher kurzfristig orientiertes Beratungsangebot nach den jetzigen Erfahrungen oft nicht den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht.

Was meine Rolle als Genesungsbegleiter aus meiner Sicht besonders macht ist, dass ich einen unheimlichen Vertrauensvorschuss bekomme, den ich sonst in der Psychiatrie kaum erlebe. Unser eigenes Erfahrungswissen ermutigt vielfach und verdeutlicht, dass Krisen auch überwunden werden können. Dadurch werden andere Kontaktmöglichkeiten eröffnet. Ich möchte an dieser Stelle drei Aspekte herausstellen, die mir zentral erscheinen:

Eine der häufigsten Rückmeldungen aus den Begleitungen ist die Erleichterung darüber, sich nicht immer erklären zu müssen und unter Rechtfertigungsdruck zu stehen für etwas, was man vielleicht selbst noch gar nicht erklären kann. Im Kontakt mit ÄrztInnen und TherapeutInnen – ich kenne das sehr gut aus eigener Erfahrung – entsteht schnell das Gefühl des Ausgeliefertseins, in Erklärungsnot-

stand zu geraten, sich verteidigen zu müssen. Das macht die Kontaktaufnahme manchmal sehr kompliziert. Hier hilft unser Erfahrungswissen enorm. Aus eigenem Erleben haben wir ein sehr hohes Verständnis dafür, wie sich Krisen anfühlen, wie sich Schuld, wie sich Scham, wie sich Verletzlichkeit anfühlt. Dies wird deutlich wahrgenommen, »der weiß wovon er spricht und zwar nicht, weil er es gelesen hat, sondern weil er vieles nachempfinden kann und der sagt: ja Scheiße, das fühlt sich echt mies an und das stimmt«. So ein Empfinden ist möglicherweise ein erster Schritt raus aus dem Gefühl »das geht nur mir so, das kann niemand verstehen« hin zu einer »Normalisierung« des Empfundenen und Erlebten.

Doch das alleine macht noch keine Genesungsbegleitung aus, es fehlt ein weiterer wichtiger Aspekt, den man vielleicht als »Reflexion der eigenen Betroffenheit« bezeichnen kann. Die Gespräche unter uns Betroffenen waren für mich – z. B. während meiner Klinikaufenthalte – zwar sehr wichtig und manches Mal hilfreich und heilsam. Das zeigt, auch in der Krise selbst kann ich für andere hilfreich sein. Aber ich brauche selber auch sehr viel Zuwendung. Das steht irgendwann gegeneinander und führt leicht zu einer »Konkurrenz der Bedürftigkeiten«. Als Genesungsbegleiter dagegen bringe ich meine Erfahrungen, aber nicht meine Bedürftigkeit ein. Das ist für mich der entscheidende Unterschied. Ich habe viele Krisen überstanden und habe lange Strecken auf meinem Genesungswegen zurückgelegt und das vermittele ich auch, allerdings eher als Haltung weniger als Geschichte.

Wir Genesungsbegleiter reflektieren unser Handeln bei kollegialer Beratung und Supervision, ein Korrektiv das für uns als GenesungsbegleiterInnen genauso unerlässlich ist wie für alle anderen psychosozial Tätigen.

Als letzten Aspekt der »besonderen Beziehung in der Begleitung« möchte ich gerne die Freiheit in der Struktur der Genesungsbegleitung innerhalb des klinischen Alltags hervorheben. Wichtig in der Peerberatung ist zum Beispiel, dass wir Verschwiegenheit versprechen können. Das Gespräch bleibt erstmal bei uns. Auch das kann Ängste reduzieren, z. B. wenn jemand vielleicht erstmalig darüber reden möchte, dass er Suizidgedanken hat. Bei einem Peergespräch muss er nicht automatisch befürchten: jetzt werden Tabletten verschrieben, jetzt komme ich auf eine geschlossene Abteilung. Wir wollen zunächst ins Gespräch kommen und sind weitgehend in der Lage, unser Angebot offen zu gestalten und gemeinsam mit dem Gegenüber zu entwickeln: Was können wir tun? Wie können wir das gestalten, was möchtest du, was kann hilfreich sein? Hier können wir manchmal sinnvolle Vermittlungsrollen übernehmen.

Gyöngyvér Sialaff

Die Frage ist eher, wieso die Psychiatrie so spät »nachzieht«, obwohl in anderen Bereichen wie bei der Begleitung von Sucherkrankten Menschen, oder in der Jugendarbeit die Peerarbeit schon lange verankert ist. Im psychiatrischen Behandlungskonzept steht erst einmal die Symptom- und die Leidreduzierung an der ersten Stelle. Was vielen Menschen zu Gute kommt. Was aber oft fehlt ist die Möglichkeit

dem Erlebten – das den Betroffenen oft ein leidvolles Rätsel ist – eine Bedeutung zu geben und dadurch die Krisenerfahrung integrierbar zu machen. Hier können die Genesungsbegleiter, die diese Prozesse aus eigener Erfahrung gut kennen und in der EX-IN Ausbildung viel über die biographische Bedeutung von Krisen nachgedacht haben, viel bewirken. In der Begleitung durch Peers schwingt durch das gemeinsame Erleben im Hintergrund immer eine spezielle solidarische Geschwisterlichkeit mit. Das ist eine besondere »Magie«, die bei der Genesungsbegleitungsarbeit entsteht. Sie ist durch fachliche Begleitung nicht zu ersetzen.

Auf den Stationen verändert sich durch die Mitarbeit der Genesungsbegleiter spürbar und auch nachweisbar die Atmosphäre, was den Patienten aber auch dem Fachpersonal und den Angehörigen zugutekommt und genesungsfördernd wirkt. Hier wirken die Genesungsbegleiter als »Brückenbauer«, Übersetzer und Hoffnungsträger. Auch für die fachlichen Mitarbeiter könnte die Erweiterung des Kollegenkreises durch Genesungsbegleiter eine neue Perspektive mit sich bringen. Das eher rigide Rollenverständnis, es sei nicht professionell, das eigene Leid und die eigene Krisenerfahrung, – die mehr vorhanden ist, als wir meist ahnen – zu benennen, wird in Frage gestellt. Hier ist bisher leider eine scharfe Trennung zu spüren. Wer sich dieser Auffassung nicht anpasst, gerät in Gefahr, nicht als professionell wahrgenommen zu werden. Ich bin dagegen der Ansicht, dass die eigene Verletzbarkeiten und deren Bewältigung von den Profis in der Psychiatrie die fachliche Begleitung vertiefen, das menschlich Verbindende erst möglich machen und somit in diesem Sinne selbstverständlich an den Arbeitsplatz gehören. Bei diesem Prozess können die Genesungsbegleiter Mut machen.

Möglich wird das oben Geschilderte, wenn die EX-INler ein eigenes Profil ihrer Arbeit entwickeln und durch eigene Supervision immer weiterentwickeln. Das ist notwendig, da sonst einige Fallstricke am Weg lauern: der Professionalisierungsdruck, die mögliche Vereinnahmung und Instrumentalisierung durch das Fachpersonal. Durch Schulung und Supervision können die Peerberater in solchen Situationen sensibilisiert und gestärkt werden. Sie leisten dann einen wichtigen Beitrag für die Betroffenen, der aufgrund ihrer einzigartigen Perspektive unersetzlich ist. Die Mitarbeit von Betroffenen und Angehörigen in der Psychosozialen Versorgung sollte in Zukunft selbstverständlich sein.

Beschwerde- und Informationsstelle Berlin

Petra Rossmann

Tragen Beschwerden zur Qualität therapeutischer Beziehungen bei?

Seit der Eröffnung der Beschwerdestelle (BIP) begegnen uns immer mal wieder Vorbehalte: zum einen dass die Beschwerdestelle nur ein »Feigenblatt« sei, es nicht wirklich um Veränderungen ginge, und zum anderen, dass wir in einem sowie so schon schwierigen Feld nur noch ein zusätzliches Forum für »Querulanten« seien und quasi nur zusätzlich Arbeit machten. Dagegen gibt es Stimmen, die eine Beschwerdestelle als grundlegend wichtige Einrichtung ansehen in einem Bereich, in dem die Möglichkeit besteht, dass Persönlichkeitsrechte eingeschränkt und Menschen gegen ihren Willen behandelt werden. Und es gibt sehr dankbare Rückmeldungen über wichtige strukturelle Impulse und hilfreiche Vermittlungen in verfahrenen Situationen.

Anlässe für Beschwerden sind in der Regel enttäuschte Erwartungen, das Erleben von Ungerechtigkeit, Benachteiligung und einem evtl. damit verbundenen Schaden. Damit verbunden bestehen Gefühle der Überforderung sowie der Macht- und Hilflosigkeit; diese sind auf Seiten der Beschwerdeführer/innen und nicht selten auch auf Seiten der Beschwerdeempfänger/innen, also der vermeintlichen Auslöser der Beschwerde. Es ist nicht schwer sich darin hineinzusetzen, da jede/r von uns Situationen kennt, in denen das bestellte Essen zu spät oder in schlechter Qualität geliefert wurde, der Zug oder das Flugzeug sich verspätet hat oder ausfiel, das Päckchen verloren gegangen ist oder das Finanzamt oder das Jobcenter sich verrechnet haben. Mal mehr mal weniger, gibt es direkte Adressaten oder zuständige Ansprechpartner/innen und wir alle kennen aus eigener Erfahrung, dass das Gefühl, in der Beschwerde nicht gehört oder ernstgenommen zu werden, die Unzufriedenheit und die Frustration verstärken. Hingegen bringen verlässliche, sich zuständig fühlende Ansprechpartner/innen, Verständnis für die Situation und hilfreiche Informationen v. a. auch über Handlungsmöglichkeiten Entlastung.

Beschwerdebearbeitung – wie gehen wir in der Beschwerdestelle mit Beschwerden um?

Beschwerden erreichen uns per Telefon, Mail, Fax, Brief oder werden während der Öffnungszeiten¹ direkt persönlich vorgetragen. Als erstes bemühen wir uns, das Beschwerde-Anliegen zu klären. Also über was und wen genau wird sich beschwert und was soll damit erreicht werden. Dies ist oft sehr aufwendig und braucht mal viel Geduld, manchmal auch eher straffe Begrenzung. Im nächsten Schritt informieren wir die Beschwerdeführer/innen über uns bekannte Handlungsmöglichkeiten und

¹ Unsere Öffnungszeiten: montags von 10 bis 14Uhr, dienstags von 14 bis 18 Uhr, mittwochs (nur telefonisch) von 10 bis 14Uhr und donnerstags von 10 bis 14 Uhr.

wägen gemeinsam ab, welche geeignet sind im Hinblick auf das gewünschte Ziel und die vorhandenen Ressourcen. Oft gilt es hier auch die Befürchtung von negativen Konsequenzen/ Sanktionierungen gemeinsam abzuwägen, was vor allem bei bestehenden Abhängigkeitsverhältnissen eine Rolle spielen kann, wie z. B. im Rahmen von rechtlicher Betreuung, Unterbringungs- und Sorgerechtsverfahren sowie bei laufenden Anträgen zur Kostenübernahme. Wenn es von den Beschwerdeführer/ inne/n gewünscht wird, begleiten wir zu Klärungsgesprächen oder versuchen diese zu initiieren. Hierbei verfolgen wir einen vermittelnden Ansatz, versuchen also zwischen den sich gegenüberstehenden Positionen unter Berücksichtigung der oft unterschiedlichen Machtverhältnisse zu vermitteln, soweit dies möglich ist.

Beschwerdeaufkommen

Seit Eröffnung der BIP in 2011 bis August 2014 haben wir 1.565 Beschwerden bearbeitet, das sind im Schnitt monatlich zwischen 30–40 neue Beschwerden, die uns erreichen. Dabei sind es überwiegend Psychiatrieerfahrene (60 %), die sich direkt selbst an uns wenden. Ein Viertel (25 %) der Beschwerdeführer/innen nimmt in der Rolle als Angehörige ratsuchend mit uns Kontakt auf. In weit geringerem Umfang melden sich Mitarbeiter/innen der psychiatrischen Versorgung oder angrenzender Hilfesysteme (10 %) und Personen mit einem sie selbst betreffenden Anliegen, bisher jedoch keinen Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem hatten (5 %).

In den meisten Beschwerden (47 %) beraten wir zu Handlungsmöglichkeiten und die Beschwerdeführer/innen verfolgen diese eigenständig oder zum Teil mit unserer Unterstützung; aber ohne dass wir gegenüber Dritten tätig werden. Bei 36% der Beschwerden wenden wir uns vermittelnd an Dritte bzw. direkt an die Beschwerdeempfänger/innen. 17 % der Beschwerden werden nur dokumentiert, entweder weil der Kontakt abbricht oder dies von den Beschwerdeführer/innen so gewünscht wurde.

Ziele / Motive für Beschwerden

So unterschiedlich wie die Beschwerdeführer/innen und ihre Energien sind, mit der sie ihre Beschwerde vortragen, so unterschiedlich ist das, was mit der Beschwerde erreicht werden soll. Es kann sein, dass es darum geht, einen Missstand zu melden, das eigene Erleben anzuerkennen oder die eigenen Erfahrungen mit Dritten zu teilen. Manchmal besteht die Hoffnung durch die Beschwerde eine Entschuldigung oder die Berichtigung einer Entscheidung zu erreichen. Oft ist es das Ziel eine strukturelle Veränderung zu bewirken, meist nicht nur mit dem Fokus auf die eigene Person, sondern auch für andere. Seltener geht es darum einen finanziellen Schadensersatz zu erwirken.

Beschwerdeempfänger/innen

Beschwerden können sich gegen alle Institutionen der psychiatrischen Versorgung richten, aber auch gegen Kostenträger, Ämter und Behörden, angrenzende Hilfesysteme sowie Akteure der ambulanten Versorgung. D. h. die Spannweite reicht neben der primären psychiatrischen Versorgung, von Rentenversicherung über Versorgungsamt oder Standesamt zur häuslichen Krankenpflege bis hin zu ambulanten Psychotherapeut/innen oder Rechtsanwält/innen.

Wichtig ist für uns, damit wir uns zuständig fühlen, dass bei der Beschwerde ein Bezug zur psychiatrischen Versorgung und zu Berlin besteht; ansonsten gibt es keine Ausschlusskriterien.

Häufige Beschwerdeanliegen

Die meisten Beschwerden thematisieren die medizinische Behandlung, gefolgt von einer Unzufriedenheit mit der Leistungsqualität. Dies umfasst sowohl die Gabe von Medikamenten als auch deren Nebenwirkungen, die Diagnostik und die Dauer der Behandlung sowie auch Nichterreichbarkeit, Zweifel an ausreichender Qualifizierung des Personals oder zu wenig individuelle Abstimmung der Unterstützungsangebote.

Weiter gibt es viele Beschwerden zur rechtlichen Betreuung sowie zu Kostenübernahmen und Leistungsgewährung. Dabei geht es sowohl um die Einrichtung bzw. auch die Nichtgewährung einer rechtlichen Betreuung bzw. deren Aufhebung, als auch um viele Anliegen beim Betreuungsverlauf oder -wechsel. Bei Kostenübernahmen geht es um deren Gewährung und um Unklarheiten bei der Zuständigkeit oder Unzufriedenheit bei der Bearbeitung. Oft werden Zwangsbehandlungen thematisiert, da diese entweder als unrechtmäßig oder als unverhältnismäßig erlebt wurden. Beschwerden zu Verstößen gegen Persönlichkeitsrechte beziehen sich auf Anliegen der Akteneinsicht oder des Datenschutzes sowie auf Sorge- bzw. Umgangsrecht oder Zugang zu gesicherten Freiflächen. Mangelhafte Kooperation und Vermittlung im Hilfesystem werden an den Schnittstellen z. B. zwischen somatischer und psychiatrischer Behandlung, ambulant und stationär, Jugendhilfe und Erwachsenenhilfe oder bei Überlappungen wie bei Doppeldiagnosen oder bei zusätzlicher körperlicher oder geistiger Behinderung neben dem psychischen Unterstützungsbedarf benannt. Immer wieder wird auch von respektlosen Umgangsformen berichtet.

»Und selbst wenn keine Veränderungen stattfinden, fühlen Sie sich besser, weil Sie für sich selbst eingetreten sind.«² – Funktion von Beschwerden

Beschwerden erfüllen neben der beabsichtigten Zielerreichung, die wie oben aufgeführt sehr unterschiedlich sein kann, wie oben ausgeführt wurde, viele Funktionen. So dienen sie der Übernahme von Verantwortung für sich und andere und dem Abgleich von Erwartungen, was oft zu einer Korrektur der eigenen Haltung und einem besseren Verständnis des Gegenübers führt. Dies bewirkt häufig eine Erleichterung einhergehend mit dem Abbau von Ängsten. Geschildert wird uns ein Gefühl der Ermächtigung im Wahrnehmen eigener Handlungsmöglichkeiten und dem Treffen von Entscheidungen. Viele erleben im Beschwerdezusammenhang eine Begegnung auf Augenhöhe, sowohl mit uns als auch im Gespräch mit den Beschwerdeempfänger/innen. Benannt wird uns gegenüber oft noch ein Gefühl der Wertschätzung und Dankbarkeit und des sich ernst genommen Fühlens. Diese Äußerungen kommen von Seiten der Beschwerdeführer/innen uns gegenüber, nicht selten aber auch von Seiten der Beschwerdeempfänger/innen gegenüber den Beschwerdeführer/inne/n, manchmal sogar auch umgekehrt. Oft bedanken sich auch die Beschwerdeempfänger/innen bei uns, entweder für die entlastende Zusammenarbeit oder die hilfreichen Impulse.

Hilfreiche Haltungen bei der Beschwerdebearbeitung

Für uns ist jede Beschwerde erstmal ein Impuls zur Verbesserung, unabhängig von wem und in welcher Situation sie geäußert wurde. D.h. Fragen der Nachvollziehbarkeit, Berechtigung und Diagnostik stehen nicht im Vordergrund. Entscheidend ist für uns zu klären, was sich an wen mit welchem Anliegen richtet und der Versuch einen guten Kontakt herzustellen sowie zu klaren Vereinbarungen bzgl. des Vorgehens zu kommen.

Dabei hat jede/r für uns das Recht sein Anliegen, seine Bedürfnisse, sein Erleben zu schildern, auch wenn es konträr steht zu dem anderer Beteiligter.

Hilfreich ist, dass in unserem Team sowohl eigene Erfahrungen mit der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung als auch die Perspektive von Angehörigen und auch berufliche Erfahrungen im psychiatrischen Hilfesystem vertreten sind und somit auch innerhalb des Teams Perspektivwechsel möglich sind. Wichtig ist dies auch für die Wirkung nach außen - dies verändert oft die Haltung zu unserem Angebot sowohl von Beschwerdeführer/inne/n als auch Beschwerdeempfänger/inne/n.

Da wir oft mit widerstrebenden Interessen und Gefühlen der Kränkung und Verunsicherung zu tun haben, ist es sowohl intern als nach außen absolut notwendig, klare und transparente Standards bei der Beschwerdebearbeitung zu haben.

Als hilfreich hat sich erwiesen, dass es uns nicht darum geht, die Guten von den Schlechten zu trennen, sondern Impulse an die Versorgung zu geben, wofür die

2 PEURIFOY, R. Z. (2002): Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfe-Programm.

Berichterstattung an das Versorgungssystem z. B. in Form unserer Jahresberichte sehr wichtig ist.

Notwendig dafür ist, dass wir selbst keine Fachaufsicht innehaben oder sanktionierende Kompetenzen besitzen, da uns dies in die Position bringen würde, Sachverhalte prüfen und abschließend bewerten zu müssen. Dies würde die Wirksamkeit unseres Angebotes im Zusammenhang mit den oben ausgeführten Funktionen zumindest deutlich einschränken.

Institutionsinternes Beschwerdemanagement – DIN ISO 1002:2010-05

Als hilfreich hat sich erwiesen, wenn Institutionen ein internes Beschwerdemanagement besitzen. Eine Orientierung dafür kann die DIN ISO 1002:2010-05 »Qualitätsmanagement – Kundenzufriedenheit- Leitfaden für die Behandlung von Reklamationen in Organisationen« sein. Aus unserer Sicht ist es wichtig, nach innen und außen klare Zuständigkeiten zu benennen, um damit eine möglichst große Handlungssicherheit im Umgang mit Beschwerden zu ermöglichen. Beschwerden zu bearbeiten braucht Zeit, d. h. es muss auch genug Kapazität dafür zur Verfügung stehen. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter/innen, die mit Beschwerden konfrontiert werden, auch selbst das Gefühl haben mitbestimmen zu können und eigene Handlungsspielräume zu haben. Sonst sollen sie anderen etwas ermöglichen, was für sie selbst nicht gilt. Wichtig ist die Möglichkeit, eigene Fehler einzugestehen und die Beschwerde nicht als persönlichen Angriff anzusehen. Die Haltung zu Beschwerden und die Struktur des Beschwerdemanagements sollten gegenüber den Nutzer/innen nach innen und außen transparent sein. D. h. dass z. B. in Form von Flyern, Aushängen und Homepage aktiv darauf aufmerksam gemacht wird. Ein solchmaßen aufgestelltes Beschwerdemanagement ist nicht allein für die Patient/innen bzw. Nutzer/innen von Vorteil, sondern bietet auch den Einrichtungen das Potenzial, auf bisher nicht entdeckte Lücken aufmerksam zu werden und Missstände zu beheben.

Unabhängige Beratung und übergreifende Begleitung - welchen Beitrag leistet hier die Soziotherapie?

Andreas Ullrich

Um es vorweg zu nehmen: als inzwischen seit 19 Jahren tätiger Soziotherapeut geht es weder um die Hochstilisierung der Soziotherapie zum Leuchtturmprojekt unabhängiger Beratung und übergreifender Begleitung noch um das »Zu-Grabe-Tragen« derselben. Im folgenden Beitrag versuche ich realistisch darzustellen, dass Soziotherapie ein vernünftiger und wirkungsvoller Baustein im operativen sozialpsychiatrischen Geschehen darstellt, wenn sie als Komplexleistung in ein übergreifendes gemeindepsychiatrisches Verbundsystem eingebunden ist und durch Mitarbeiter eines nicht ärztlich geleiteten sozialpsychiatrischen Dienstes erbracht wird, wie dies im südwürttembergischen Verein Arkade e. V. der Fall ist.

Wer ist die Arkade?

Die Arkade ist ein typischer, Ende der 70er-Jahre in Ravensburg gegründeter gemeinnütziger Verein, der sich nach der Psychiatrie-Enquete die Umsetzung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen zum Ziel gesetzt hatte. Heute beschäftigt er über 150 Mitarbeiter und ist – neben einem separaten, landkreisübergreifenden Jugendhilfeangebot – mit allen wichtigen Versorgungsangeboten flächendeckend im Landkreis präsent (SpDi, Tagesstätten, Wohnheime, Betreutes Wohnen in Familien, Ambulant Betreutes Wohnen, Persönliches Budget, gerontopsychiatrische Familienpflege, Ergotherapie, Kulturwerkstätten u. v. m.).

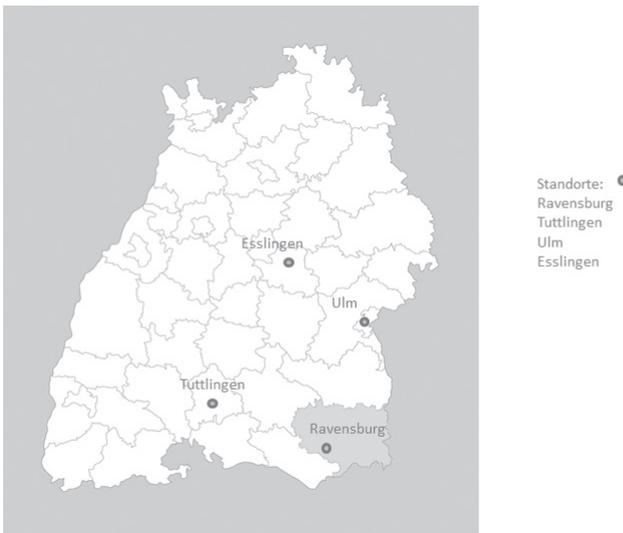


Abb. 1: Standorte der Arkade im Land Baden-Württemberg

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) ist das Herzstück der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Ravensburg. Mit 5,5 VK Fachkräften stand er im Jahr 2013 mit 844 Personen in Kontakt. Der Landkreis hat ca. 280 000 Einwohner und ist der zweitgrößte Flächenlandkreis Baden-Württembergs. Der SpDi für den Landkreis Ravensburg besteht aus drei Kernteams, die in unterschiedlicher Gewichtung folgende Aufgaben übernehmen:



Abb. 2: Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Projektleistungen umfassen Aufklärungsprojekte an Schulen und ein kontinuierliches Betreuungsprojekt für Menschen mit russischem und türkischem Migrationshintergrund. Für die psychiatrische Institutsambulanz und die integrierte Versorgung, die in Trägerschaft des ZfP Südwürttemberg sind (pflichtversorgender Klinikverbund der Region mit insgesamt über 3.000 Mitarbeitern) erbringt der SpDi auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages sozialpsychiatrische Komplexleistungen gegen Entgelt. Die anderen Leistungen werden autonom erbracht. Im Dienst ist auch ein Ex-In-Mitarbeiter mit 0,5 VK beschäftigt. Der SpDi ist Bestandteil eines hochkomplexen gemeindespsychiatrischen Verbundsystems. Er steht sowohl mit niedergelassenen Fachärzten, sämtlichen Klinikangeboten, den Angehörigen, dem Dialog-Forum, den Patientenfürsprechern, der unabhängiger Beschwerdestelle u.v.m. in engem Kontakt.

Der Dienst ist seit 1995 zunächst im Rahmen des Modellprojektes, später der Regelfinanzierung, Leistungserbringer der Soziotherapie. Die Fallzahlen haben sich bei rund 80 kontinuierlich soziotherapeutisch begleiteten Personen eingependelt.

Die Fluktuation beträgt ca. 20 Prozent, die durchschnittliche Kontaktintensität liegt ungefähr bei einem 18-Tage-Rhythmus. Der leichte Rückgang 2004 ist auf die restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkasse nach Beendigung des ersten 3-Jahreszeitraumes zurückzuführen. Glücklicherweise hat hier das Bundessozialhil-

Entwicklung der ST-Klientenanzahl nach der Projektphase

Stichtag 31.12.



2

Abb. 3: Entwicklung der Soziotherapie-Klientenzahl nach der Projektphase – Stichtag 31.12.

fegerichtsurteil aus dem Jahr 2010 Abhilfe geschaffen. Soziotherapie hat sich somit in Südwürttemberg als stabiles Angebot innerhalb des GPV für eine dezidierte Klientel etabliert. Es ist aus meiner Sicht deshalb berechtigt zu sagen, dass wir dem Anspruch der Psychiatrie-Enquete, mit einer angestrebten Gleichstellung von psychisch Kranken und körperlich Erkrankten erstere vor dem Abrutschen in die Sozialhilfe zu bewahren, einen kleinen Schritt näher gekommen. Dennoch gibt es in der Soziotherapie natürlich einige sozialtherapeutische Verwerfungen, die unabhängige und übergreifende Beratung erschweren. Darauf möchte ich im Folgenden eingehen.

Soziotherapie: nicht unabhängig, aber dafür wenig übergreifend?

Strukturelle Gründe für die Abhängigkeit der Therapeut-Klient-Beziehung bei der Erbringung von Soziotherapie

a) Vorstand der Arkade

Alle drei Vorstände der Arkade rekrutieren sich aus der genannten, ebenfalls in der Nähe beheimateten Großeinrichtung ZfP Südwürttemberg. Bei allen Vorteilen, die diese Konstruktion hatte und hat: besonders kritische Soziotherapieklienten fühlen sich hier in eine Richtung behandelt oder unterstützt, die sie nicht als unabhängig empfinden.

b) Finanzierung

Neben dem banalen Argument, dass eine Einrichtung immer auch ein autopoietisches Selbsterhaltungssyndrom in ihre Angebote mit hinein denkt, möchte ich insbesondere auf zwei Sachverhalte aufmerksam machen: Der SpDi der Arkade ist – wie die meisten SpDi in Baden-Württemberg – Exklusiv-Anbieter der Leistung Soziotherapie. Dies ist historisch aus der Finanzierung der Dienste erklärbar und durchaus nicht unerwünscht, da diese Dienste als Eingangportal ins sozialpsychiatrische Versorgungssystem und mit ihrer hohen Vernetzung zu den anderen Anbietern qualitativ gut aufgestellt sind, es ist aber nicht weg zu diskutieren, dass dies ein Monopol darstellt, welches ebenfalls wieder für kritische Soziotherapie-Klienten als wenig unabhängig empfunden wird. Darüber hinaus ist die Finanzierungsstruktur per se ein Monument der Abhängigkeit: wie jede andere einzelfinanzierte Leistung auch (Ergotherapie, Psychotherapie etc.) zementiert sie einen basalen Zielkonflikt des Therapeuten: Der Therapeut lebt vom Problem des Klienten, nicht von dessen Lösung!

c) Die Konkurrenz

Die Konkurrenz ist ein ambiguitives Element in der Therapeut-Klient-Beziehung. Einerseits wird sie gerne – nicht nur von Patienten sondern auch von Kostenträgern – als qualitätssteigerndes Regulativ in die Waagschale geworfen, andererseits verhindern gerade konkurrierende Systeme in sozialpsychiatrischen Netzwerken fließende Übergänge an den Schnittstellen und lassen den Therapeuten in seiner Haltung dazu neigen, dem Klient nach dem Mund zu reden, um ihn nicht an den Mitbewerber zu verlieren, anstatt ihn mit der angeratenen sozialpädagogischen Haltung zu konfrontieren. Dann lügen sich nämlich beide – der Klient und der Therapeut – jeweils in ihre eigene Tasche. Die Folge ist eine überwertige, von beiden Seiten falsch verstandene Selbstbestimmung.

d) Die Ideologie

Wie schon unter a) ausgeführt, gibt es keine neutrale, im luftleeren Raum agierende Institution, die frei von ideologischen Vorgaben oder Zwängen wäre. Trotz Ex-In, trotz Patientenfürsprecher, trotz unabhängiger Beschwerdestelle, trotz internem Beschwerdemanagement, trotz Supervision, ärztlicher Fachberatung und allen anderen impliziten oder expliziten Reflexionen – auch eine moderne Einrichtung wie die Arkade lebt Ideologien, wie beispielsweise »keine antipsychiatrische Beratung« oder »keine konfessionellen Angebote«, die im Einzelfall dazu führen können, dass Soziotherapie-Klienten sich einseitig beraten und damit indirekt abhängig fühlen.

Warum die klassische SpDi-Arbeit übergreifender ist als die Soziotherapie

»... aber die Soziotherapie dennoch ihren wichtigen Platz in der Versorgungsstruktur hat und weiterhin haben soll,« könnte man ergänzen. Die Soziotherapie ist insoweit übergreifend, als dass sie aufgrund ihrer Richtlinien einfordert, dass die Klienten befähigt werden sollen, sich Angebote zu erschließen, die sie nicht oder noch nicht selbstständig wahrnehmen können. Der Tunnelblick der Kassenärzt-

lichen Vereinigung (KV) besteht nun leider darin, die im Rahmen der Soziotherapie relevanten Angebote auf die vom Facharzt verordenbare Leistungen zu reduzieren. Bei strengster Auslegung führt sich die Soziotherapie dann selbst ad absurdum: Herr N., 52 Jahre, chronischer Psychotiker, zusätzlich traumatisiert durch den Unfalltod seiner gesunden Ehefrau, nimmt selbstständig alle sechs Wochen seine Facharzttermine wahr. Ansonsten verlässt er sein Haus so gut wie gar nicht mehr. Ergo- oder physiotherapeutische Leistungen lehnt er ab. Die Begleitung zur Tagesstätte mit einem kurzen Aufenthalt dort ist das einzige, was er zulässt. Die Tagesstätte ist aber keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ist diese Maßnahme deswegen keine soziotherapeutische Maßnahme?

Das zweite Problem der Soziotherapie besteht darin, dass in erster Linie gut ab-sprachefähige Komm-Klientel mit kommunikativen Fähigkeiten von der Maßnahme profitieren (wie sonst soll Training zur handlungsrelevanten Willensbildung oder Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung erfolgen?). Definitiv bleibt sie damit immer auf einem engen Grad zwischen der Psychotherapie und der ambulanten Krankenpflege. Hier hat eine systemisch ausgerichtete SpDi-Arbeit deutlich mehr Spielraum und ist somit sehr viel umfassender, personenzentrierter und damit übergreifender wirksam.

Qualität soziotherapeutischer Beziehung

Wie in der Psychotherapie ist die Wirksamkeit der Soziotherapie eher von der Schwingungsfähigkeit der Klient-Therapeut-Beziehung denn von unterschiedlichen Beratungsstilen abhängig. Psychodynamisch bewegt sich damit die Soziotherapie zwischen dem Anspruch des »Keiner hat das Recht, zu gehorchen« (Hanna Arendt) und dem Prinzip »Leben heißt, andere stören« (N. N.). Strukturell gibt es ebenfalls einen Spagat, zwischen dem sich die Soziotherapie im Landkreis Ravensburg abspielt:

a) für eine gute therapeutische Beziehung *hinderliche* Strukturen

Auch wenn aus meiner Sicht die Forderung, die Soziotherapie für sämtliche psychiatrische Diagnosegruppen zu öffnen, inhaltlich nicht zwingend notwendig ist, bedeutet die jetzige Einengung auf ausschließlich psychotische Erkrankungen ein klares Hindernis. Depressiv erkrankte Menschen und Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung würden aus meiner Erfahrung heraus von dem Wirkungsmix der Soziotherapie genauso gut profitieren. Restriktive Ordnungsverhalten der Krankenkassen mit häufigen Ablehnungen, MdK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)-Vorlagen oder sonstigen Verzögerungen fördern nicht die Effizienz der Leistung. Wie aus dem Beispiel von Herrn N. ersichtlich, sollten nicht nur ärztlich verordenbare sondern auch empfohlene Leistungen in den Wirkungskreis der Soziotherapie mit aufgenommen werden. Koordination und Kooperation, ein wichtiger Bestandteil sozialtherapeutischen Handelns, wird zwar zwingend vorgeschrieben, aber leider nicht vergütet. Dasselbe gilt für die Dokumentation. Für die ebenfalls geforderte aufsuchende Tätigkeit fehlt der pekuniäre Anreiz genauso wie für das Erbringen von Gruppenleistungen. Die später im Verlauf der Regelfinanzie-

rung eingeführte Patientenzuzahlung selektioniert ebenfalls die Klientel. Darüber hinaus gibt es eine Reihe unklarer Vergütungs- bzw. Leistungserbringungssachverhalte, die sich in einer Grauzone bewegen – auch nicht gerade förderlich für eine offene gute Klient-Therapeut-Beziehung! Fahrzeiten, Telefonkontakte oder Kontakte außerhalb des Wohn- oder Sprechstundenbereiches sind Beispiele hierfür.

b) für eine gute therapeutische Beziehung *förderliche* Strukturen

Die Anbindung der Leistung Soziotherapie an den SpDi wird sowohl von Klienten als auch Mitarbeitern als förderlich empfunden. Nicht nur wegen der guten Vernetzung zum GPV, sondern auch wegen der bestehen bleibenden Beziehungskonstanz (die meisten Mitarbeiter des SpDi haben auch eine Soziotherapie-Zulassung). Der Rechtsanspruch dieser Leistung ist für den Klienten sicherlich auch förderlich. Damit dieser Rechtsanspruch auch durchgesetzt werden kann, ist es von Vorteil, dass der SpDi des Landkreises Ravensburg ein gewisses betriebswirtschaftlich basiertes Verordnungsinteresse hat. Auch die Verordnungsfähigkeit zusätzlich und parallel zu anderen GKV-Leistungen ist der Sache förderlich. Hier gibt es nur eine negative Ausnahme: gleichzeitige Psychotherapie und Soziotherapie wird von einigen Kassen abgelehnt, das halte ich für rechtswidrig. Leider ist dieser Sachverhalt so selten, dass wir noch keinen Klienten gefunden haben, der bereit war, dagegen zu klagen. Positiv kann zudem vermerkt werden, dass die vertragliche Verbindlichkeit die Therapeut-Klient-Beziehung aufwertet. Durch gemeinsames Formulieren von Therapiezielen oder auch nur durch die Unterschrift wird ein anderer Rahmen gesetzt als in der unverbindlicheren loseren SpDi-Begleitung. Entgegen anderslautender Aussagen in der Literatur oder von Praktikern halte ich den bürokratischen Aufwand, der im Kielwasser dieser therapeutischen Leistung entsteht, für verhältnismäßig gering. Möglicherweise ist dies der großen Routine unserer Kollegen zuzuschreiben.

Letztendlich ermöglicht die Soziotherapie im konkreten Handeln vor Ort immer noch – auch nach der Modellphase – großen Handlungsspielraum. Was tatsächlich geschieht, ist Sache zwischen Therapeut und Klient. Und das ist auch gut so! Dieser Gestaltungsspielraum bezieht sich durchaus auch auf die Möglichkeit, Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan (IBRP)-Inhalte sowohl formal in die Anträge als auch inhaltlich in die Betreuungsform zu transponieren.

Zusammenfassung:

Soziotherapie kann, angegliedert an einen Sozialpsychiatrischen Dienst, ein echtes Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgungsstruktur sein. Sie ist nicht der bedeutsamste und zentralste Angelpunkt gemeindepsychiatrischen Handelns, aber sie ist ein wichtiger Baustein in der guten psychiatrischen Versorgung und wird im Sinne des Sicherstellungsauftrages der Krankenkassen im Landkreis Ravensburg auch erfolgreich erbracht. Aus meiner Sicht sollte Soziotherapie weder kleinteilig isoliert von vielen Privatanbietern erbracht noch zum Zwecke eines vermeintlich höheren oder besseren Ganzen in ein Regionalbudget bzw. in ein IV-System subsummiert werden.

VI Qualitätsfördernde Arbeitsbedingungen und -strukturen

Einleitung

Heinrich Kunze

Die Qualität therapeutischer Beziehungen ist das Thema dieser Tagung. In diesem Symposium geht es um *Voraussetzungen* dafür, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kliniken qualitätsorientiert ihre Arbeit leisten können. Im vorigen Satz wurde bewusst das Adjektiv »therapeutisch« nicht verwendet, denn dies Anliegen geht alle an und ist eine zentrale Führungsaufgabe der Leitung – auf allen Ebenen.

»Mitarbeiterfreundliches Betriebsmanagement« – für diesen ersten Beitrag konnten wir Dr. Dieter Grupp gewinnen, er ist Geschäftsführer des Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg und des ZfP Reichenau. Ein Geschäftsführer als Menschenfreund? Das reicht nicht, er geht in seiner Funktion davon aus: »Mitarbeitende sind unser wertvollstes Kapital ...Welche Anlagestrategie bringt die beste Rendite?«

Der zweite Beitrag: »Forschung und Patientenversorgung: mögliche Interessenkonflikte?« geht nicht nur auf Pharmaforschung ein, sondern auch Therapie- und Versorgungsforschung, Medizin als Markt, bis zu möglichen Konflikten zwischen Ethik, Forschung und Patientenversorgung. Für die besondere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen die beiden Autoren: Prof. Dr. Kölch und Prof. Dr. Fegert.

Im dritten Beitrag geht es um »Personenzentrierte Arbeitsorganisation«, also um organisatorische Voraussetzungen für gute therapeutische Beziehungen. Denn bei herkömmlicher Strukturierung von Kliniken entsprechend dem sektoral gegliederten Finanzierungssystem werden Beziehungen immer wieder unterbrochen.

Prof. Dr. Kunze berichtet aus dem APK-Projekt zur Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausbehandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Forschung und Patientenversorgung: mögliche Interessenskonflikte?

Michael Kölch , Jörg M. Fegert

Im Gesundheitswesen bestehen vielfältige Interessen, die zum Teil auch zu Konflikten führen können, was die Patientenversorgung angeht. Die gesetzliche Grundlage der Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlich Krankenversicherten ist vornehmlich im Sozialgesetzbuch (SGB) V niedergelegt: Bereits hier heißt es im entsprechenden Paragraphen zur Wirtschaftlichkeit, dass dem gesetzlich Versicherten keineswegs die optimale und beste Versorgung zusteht, sondern eine angemessene Versorgung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (SGB V, § 12). Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) ist am 1.1.2011 in Kraft getreten. Der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erhält über dieses Gesetz den Auftrag zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln, gemäß § 35 a SGB V. Ziel des Gesetzes ist es, klar die rasant steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen einzudämmen. Die Barmer GEK hat z. B. in ihrem Arzneimittelrapport 2014 (GLAESKE, SCHICKTANZ 2014) produktbezogene Auswertungen zu steigenden Arzneimittelkosten gemacht. Im Rapport finden sich noch einige Beispiele zu Psychopharmaka, Seite 29 ff., so z. B. zu Quetiapin, zu dem es keine Studien gibt, die einen Vorteil im Vergleich zu typischen Neuroleptika oder deren Generika nachweisen (LEUCHT et al. 2009) oder in der firmenunabhängigen NIMH-Studie (LIEBERMANN et al. 2005). Die Tagesdosierung Seroquel® kostet 8,20 €, vergleichbare Generikasubstanzen 0,50–2.50 €. Abilify®, welches laut kassenärztlicher Bundesvereinigung 2010 keinen sicheren Vorteil gegenüber anderen atypischen Neuroleptika aufweist, kostet 9,40 € pro Tagesdosierung, verglichen z. B. mit 0,77 € für Risperidon Heumann® (Tagesdosierungskosten im Arzneimittelreport nach SCHWABE und PFAFFRATH 2013). Es ist nun eine schwierige Frage, zu entscheiden, ob die Medikamente im Einzelfall wirklich gleich gut wirken. Verschiedene Menschen reagieren unterschiedlich auf Medikamente, sowohl bezogen auf die Wirkung als auch auf die Nebenwirkung. Die Strategie der Zulassungsbehörden und die Gesetzgebung zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen sind deshalb auch unterschiedlich. Die Zulassungsbehörden lassen zu, wenn klinische Studien Wirksamkeit und gegebenenfalls auch Nichtunterlegenheit eines Arzneimittels nachgewiesen haben. Aus Kostendämpfungsgründen geht es aber primär um wesentlich überlegene Wirksamkeit, bei gleicher Wirksamkeit sollte man sich zum Wohl der Solidargemeinschaft für das günstigere entscheiden. Ärzte können hier in diverse Konflikte geraten. Marketinginteressen der pharmazeutischen Industrie sind eindeutig. So wird auch bei sogenannten »Me too«-Präparaten, die nur ein schon bekanntes Wirkprinzip mit einer etwas veränderten neuen Galenik (z. B. Tablettenzubereitung) auf den Markt bringen behauptet, es handele sich um wesentliche Verbesserungen und Innovationen, da mit diesen Medikamenten im Vergleich zu den älteren Generika noch richtig »Kasse« gemacht werden kann. Entschließt sich nun ein Arzt ein bewährtes Generikum zu verschreiben, zweifeln oft die Patienten, ob man ihnen das bessere, weil teurere Medikament nicht gönnt. Die Medizin ist ein

Fachgebiet mit einem generell immensem Innovationszuwachs, der auf intensiver Forschung begründet ist und damit in kürzester Zeit Standards in der Behandlung verändern kann, da neue Erkenntnisse über Ursachen von Erkrankungen gewonnen werden, aber eben auch neue wirksame Therapieoptionen zur Verfügung stellen kann. In der Medizin, und damit in der Psychiatrie, ist Fortschritt und Etablierung neuer Therapiemethoden nicht zu trennen von Forschung, die diesen Weiterentwicklungen zu Grunde liegt.

Forschung kann aber natürlich auch die Patientenversorgung beeinflussen. In diesem Beitrag soll auf mögliche Aspekte einer Kollision von Interessen zwischen Forschung und Patientenversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie eingegangen werden. Dazu werden grundsätzliche (derzeit) bestehende Interessenkonflikte im Bereich der Medizin analysiert, Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Forschung differenziert und mögliche problematische Konstellationen benannt.

Medizin als Markt

Die Ausgestaltung des Gesundheitswesens als »Markt« führt zu einer Vielzahl von Interessen, die selbstverständlich auch die Patientenversorgung tangieren. Die Interessenkonflikte bzw. problematische Konstellationen für den Patienten können auf vielen Ebenen auftreten. Auf politischer Ebene sollen Krankenhäuser in öffentlicher Hand keine zusätzlichen Kosten für die Allgemeinheit entstehen lassen, Kommunen, Landkreise und Länder achten darauf, dass Krankenhäuser in ihrer Trägerschaft möglichst keine Defizite erwirtschaften, sondern rentabel arbeiten, um Zuschüsse aus öffentlicher Hand zu minimieren. Dieser Aspekt hat auch zu einer Privatisierung von kommunalen Krankenhäusern geführt, zum Teil mit Verkäufen an private Träger, die wiederum noch höhere Renditeerwartungen an die Krankenhäuser stellen.

Im Bereich der somatischen Medizin lassen sich in Deutschland bereits aufgrund des hier geltenden Abrechnungssystems über sogenannte Diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) einzelne bestimmte Patienten als »attraktiver« klassifizieren in monetärer Hinsicht, d. h. sie ermöglichen eine höhere Kostendeckung als andere Patienten pro Fall.

Auch die (potentiellen) Patienten selbst, als Krankenversicherter und Steuerzahler ebenso, wollen keine zusätzlichen Kosten, in dem sie etwa höhere Krankenkassenbeiträge zahlen müssten, oder über die Steuern größere Zahlungen etwa für Investitionen oder Defizitausgleiche des laufenden Krankenhausbetriebes ermöglicht würden. Dagegen wollen Mitarbeiter im Gesundheitswesen, Ärzte, Pflegepersonal, aber auch Verwaltungsmitarbeiter sowohl gute Arbeitsbedingungen mit vergleichbaren Arbeitszeiten, wie in anderen Branchen, als auch an der Lohnentwicklung partizipieren. Dies bedeutet, dass Krankenbehandlung teurer wird.

Die pharmazeutische Industrie wiederum will ihre Produkte und neuen Entwicklungen veräußern, d. h. neue Arzneimittel in den Markt bringen, die Pati-

enten auch im Bereich der Psychiatrie verordnet werden. Neue Arzneimittel sind immer teurer als bisher im Gebrauch befindliche, insbesondere als solche, deren Patentschutz ausgelaufen ist und die als Generika verfügbar sind. Zudem bedürfen forschende pharmazeutische Unternehmen wiederum der Kliniken, um Studien durchzuführen. In den Kliniken befinden sich die schwer erkrankten Patienten, auch in der Psychiatrie. Nur in Kliniken sind insbesondere die akut psychisch Kranken in einer hinreichenden Zahl vorhanden, um klinische Prüfungen nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) sinnvoll und mit entsprechender Qualität durchführen zu können. Kliniken wiederum benötigen sogenannte Drittmittel, um aufgrund des oben skizzierten finanziellen Drucks zusätzliche Mittel sowohl für Personal, als auch für bestimmte Sachinvestitionen zur Verfügung zu haben. Insofern kann Forschung zu einem Konflikt der Interessen führen in der Patientenversorgung. Der Beitrag möchte mögliche Konflikte aufzeigen, aber auch Lösungsmöglichkeiten, wie Forschung und Patientenversorgung im Bereich der Psychiatrie durchaus vereinbar sind und dem Wohl der Patienten dienen können.

Formen der Forschung

Von der »Forschung an sich« kann im Eigentlichen nicht gesprochen werden. Forschungsvorhaben in der Medizin und Psychiatrie umfassen eine Vielzahl an methodischen und in den Inhalten und der Durchführungsweise vollkommen unterschiedlichen Projekten. Forschung geht von der systematischen Auswertung von Routinedaten über genomweite Assoziierungsstudien, bis hin zu klinischen Prüfungen nach dem Arzneimittelgesetz. Forschung kann Grundlagenforschung (ohne momentanen Bezug zur Patientenversorgung) sein, sie kann Therapieinterventionen untereinander vergleichen (und damit unmittelbar am Patienten stattfinden). An dieser Stelle kann nur kurz auf diese hohe Heterogenität von Forschung im Bereich der Psychiatrie eingegangen werden (für eine Übersicht sei verwiesen auf LENK, DUTTGE, FANGERAU 2014). Auf die generelle Dominanz biologischer Forschung in der Psychiatrie und die daraus entstehenden Defizite im Bereich der Versorgungsforschung wurde bereits früher hingewiesen (vgl. FEGERT und KÖLCH 2012). Tatsächlich zum Beispiel zeigt die auch von Expertenkommissionen für Universitäten empfohlene Stärkung bzw. monothematische Ausrichtung psychiatrischer Forschungseinrichtungen auf neurowissenschaftliche Schwerpunkte derzeit in der Diskussion um eine evidenzbasierte und wirksame stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung im Rahmen der PEPP-Diskussionen, dass wenige aussagekräftige Studien zur psychiatrischen Versorgung, wirksame Elemente in der stationären Therapie etc. vorliegen. Eine Ausnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt dabei das Hometreatment dar, das von unterschiedlichen Autorengruppen in öffentlich geförderten oder unterstützten Forschungsprojekten zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten in Deutschland jeweils einen signifikanten Wirknachweis erhalten hat. Gleichzeitig zeigten ökonomische Analysen, dass die Behandlung im häuslichen Milieu nicht nur ökologisch valider, sondern auch in

der Regel kostengünstiger, auf jeden Fall nicht teurer ist als die derzeitige intensive Behandlung im Krankenhaus. Es ist deshalb völlig unverständlich, dass im Rahmen der derzeitigen Reformdebatte über die Krankenhausdebatte durch Einführung des PEPP-Systems wiederum Hometreatment nicht in stärkerem Umfeld zur Debatte steht. Auch ein solcher Ausschluss bewährter und empirisch untersuchter Behandlungsformen entspricht Interessenkonflikten zwischen Trägern, Kassen und niedergelassenen Ärzten.

Eine grundsätzliche Unterscheidung aus ethischer Sicht ist dahin gehend zu treffen, ob Forschung am Patienten stattfindet, d.h. der Patient selbst an Forschungsvorhaben teilnimmt als Proband. Typischerweise ist dies bei Therapieeffektstudien der Fall, also bei Studien, in denen Effekte von Therapien erforscht werden. Dabei kann es sich um Psychotherapieforschung ebenso handeln wie um Psychopharmaka Forschung.

Begriffsklärungen Drittmittel

Will man sich der Thematik von Forschung und möglichen Interessenskonflikten nähern, bedarf es vorab der Begriffsklärung, um die Thematik differenziert betrachten zu können. Habermas hat in seinem Werk »Erkenntnis und Interesse« (1968) einen theoretischen Rahmen dafür gegeben, warum es wichtig ist, sowohl als Forschender wie auch als Nutzer von Forschungsergebnissen etwas über die Interessenslagen der Forschenden, ihre Voreinnahmen und auch die finanziellen Einflüsse zu kennen. Zum damaligen Zeitpunkt spielten Drittmittel an den Universitäten noch nicht diese Rolle und dennoch war klar, dass allein schon bei der Auswahl von Forschungsthemen eine gewisse innere Zensur dadurch stattfindet, dass man sich überlegt, passt dies dem Geldgeber oder finde ich für eine solche Fragestellung überhaupt einen Geldgeber. Der Begriff der Drittmittel ist eng mit der Forschung verbunden. Gemeint sind damit Mittel – im Bereich der Medizin –, die nicht aus der »normalen« Finanzierung durch das Land oder die Krankenkasse fließen. Im Bereich der Universität sind damit Mittel gemeint, die nicht der Regelfinanzierung zuzurechnen sind, also von »dritter« Seite kommen. Drittmittel sind inzwischen ein fester Bestandteil der Finanzierung an Lehrstühlen und Kliniken im Bereich Forschung, geregelt im Hochschulrahmengesetz (HRG § 25, Abs 1, Satz 2). ADLER und SCHÖLMERICH (2004) haben z. B. für das internistische Fachgebiet bereits vor vielen Jahren darauf hingewiesen, dass Drittmittel einzuwerben geradezu von den Forschern und Lehrstuhlinhabern gefordert wird. Die Diskussion um die Bedeutung von Drittmitteln und daraus möglicherweise entstehenden Abhängigkeiten wurden in der inneren Medizin oder Anästhesie früh diskutiert (ADLER 1999, ULSSENHEIMER 2002).

Drittmittel können von verschiedenen Drittmittelgebern kommen. Man kann unterscheiden in Industriemittel, die im Bereich der Medizin z. B. von der Pharmaindustrie, aber auch von Unternehmen der Gentechnik etc. kommen können. Daneben gibt es öffentliche Drittmittelgeber, wie z. B. die Deutsche Forschungs-

gemeinschaft (DFG), aber auch Ministerien, allen voran das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die über Ausschreibungen Fördermittel und Drittmittelprojekte vergeben. Als drittes sind private und andere öffentliche Drittmittelgeber zu nennen, wie Stiftungen, z. B. die Deutsche Krebsstiftung.

Es ist entscheidend, Drittmittel nach dem Zweck und Ziel der Drittmittelzuwendung zu differenzieren. Drittmittel können projektbezogen vergeben werden, sie können aber auch allgemein und ohne einen Bezug auf ein bestimmtes Projekt vergeben werden. Daneben kann es veranstaltungsbezogene Zuwendungen geben.

Bei Verträgen zu Drittmitteln ist auch entscheidend, wie die Vertragsausgestaltung zu ganz bestimmten Punkten ausfällt, da hier Konflikte für die (Verbesserung der) Patientenversorgung, aber auch für einen möglichen Interessenskonflikt des Zuwendungsnehmers entstehen können. Insbesondere Regelungen zu möglichen Publikationen aus den Ergebnissen (Geheimhaltungsverpflichtungen) und Eigentums- und Verwertungsklauseln können problematisch sein, da sie Erkenntnisse, die aus der Forschung entstanden sind, zurückhalten könnten. Im Rahmen der Medikamentenforschung gibt es mittlerweile klare Publikationsregeln, welche verhindern sollen, dass negative Forschungsergebnisse unterschlagen werden, wie dies z. B. noch zum Zeitpunkt des sogenannten SSRI-Skandals der Fall war. (vgl. HERPERTZ-DAHLMANN et al. 2004; FEGERT et al. 2005)

Die Situation in der Hochschulmedizin

Die Drittmittelaufkommen sind auch abhängig vom Fachgebiet. Auch die Frage des Interesses von pharmazeutischen Unternehmen, gentechnisch orientierten Unternehmen (z. B. Biobanken) oder Medizinprodukteunternehmen hängt vom Fachgebiet und auch der Größe des Fachgebiets ab. Zahlenmäßig häufige Erkrankungen haben naturgegebenmaßen eine größere Chance auf vielfältige Förderung, sowohl öffentlich wie durch die Industrie, als eher seltene Erkrankungen. Deswegen wurden gerade für letztere Forschungsförderprogramme zur besseren Forschung auch an sogenannten »orphan diseases« (seltene Krankheiten) in der Vergangenheit aufgelegt.

Im Sinne einer Wechselwirkung sind Forschungsschwerpunkte abhängig von aktuellen Förderschwerpunkten und umgekehrt. Dies beeinflusst natürlich auch die Patientenversorgung, da damit bestimmte Erkrankungen in den Fokus rücken, während andere eher peripher stehen.

Inzwischen ist es Usus, dass an Hochschulen zur Evaluation der Leistung einzelner Lehrstühle, Abteilungen oder Kliniken Rankings erstellt werden. Diese Rankings beinhalten neben Publikationsleistungen meist auch die Summe der eingeworbenen Drittmittel. Intuitiv gilt eine Abteilung als »besser«, je höher ihre Drittmittelinwerbungen sind. Gleichzeitig damit entsteht jedoch auch eine Abhängigkeit von Drittmittelgebern.

Grundsätze medizinischer Ethik

Ein zentrales Paradigma medizinischer Ethik sind die von BEAUCHAMP und CHILDRESS (1979) adressierten *Belmont-Kriterien*, die vier Grundprinzipien medizinischen Handelns beschreiben. Im Einzelnen lauten diese:

- Achtung der Autonomie des Patienten,
- dem Patienten zu nutzen und
- nicht zu schaden und
- im ärztlichen Handeln gerecht zu sein, also keine Bevorzugung bestimmter Patienten

(National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979).

An dieser Stelle soll nicht in der Breite die forschungsethische Diskussion aufgeführt werden (vgl. dazu auch LENK, DUTTGE, FANGERAU 2014, KOELCH und FEGERT 2010), jedoch sind diese vier Kriterien in weiterentwickelter oder abgewandelter Form auch in anderen Kodizes, wie der Deklaration von Helsinki in der jeweils revidierten aktuellen Fassung wieder zu finden. Achtung der Autonomie des Patienten bedeutet, den Patienten umfassend zu informieren über das Forschungsprojekt, ihn nur in Forschung einzubeziehen, wenn er sowohl versteht, um was es bei der Forschung geht, welche Nachteile er möglicherweise haben könnte und er der Studienteilnahme zustimmt. Achtung der Autonomie bedeutet auch, dass der Patient freiwillig teilnimmt (also nicht aus Abhängigkeiten heraus dazu gezwungen ist oder gar gezwungen wird) und er auch jederzeit aus einem Forschungsvorhaben ausscheiden kann (vgl. KÖLCH et al. 2010). Das Nutzens- vs. Schadensgebot bedeutet insbesondere dementsprechende Studiendesigns, bei denen mögliche Schadenaspekte von vornherein minimiert werden.

Gerade im Bereich der pharmazeutischen Forschung haben sich auch durch europäische Initiativen inzwischen entsprechende regulatorische Vorgaben ergeben, die eine höchstmöglichen Schutz gerade auch von vulnerablen Populationen, wie psychisch kranken oder minderjährigen Patienten gewährleisten sollen (vgl. KÖLCH et al. 2010). Ob eine Einrichtung zur Durchführung von klinischen Prüfungen nach dem AMG geeignet ist und auch dementsprechend qualifiziertes Personal in ausreichender Menge vorhält ist eine der Aufgaben, die Ethikkommissionen zu prüfen haben.

Mögliche Einflussnahme

Sowohl die Akquise wie auch die Verwendung von Drittmitteln im Bereich der Psychiatrie kann mit der Patientenversorgung konfliktieren. Wenn der Druck groß ist, z. B. im Rahmen der universitären Mittelverteilung im Drittmittelranking »weit oben« zu stehen, wird sowohl ein Teil der Ressourcen darauf verwendet werden, Drittmittel zu akquirieren, als auch der Druck größer zu sein, Drittmittel anzu-

nehmen, auch wenn es ggfs. Konflikte mit der Patientenversorgung geben kann. Auch für den einzelnen Wissenschaftler und Arzt, der hinsichtlich seiner Karriere plant, wird z. B. im Rahmen der Facharztweiterbildung die Frage sein, inwieweit er Krankenversorgung leistet und inwiefern er seine Zeit auf die Antragsstellung und Durchführung von Forschung verwendet.

Für Kliniken können Verträge, die einzelne Veranstaltungen sponsern, Referenten bezahlen etc. durchaus attraktiv sein, da sie die Außenwirkung erhöhen können und durch das Sponsoring z. B. solche Veranstaltungen erst ermöglichen. Gleichwohl kann dadurch sowohl bei den Referenten, als auch natürlich für die Klinik ein Abhängigkeitsverhältnis entstehen, da eine gewisse Verpflichtung dem unterstützenden Unternehmen gegenüber eingegangen wird. Ähnlich verhält es sich mit der Unterstützung von Kongressen und Weiterbildungsveranstaltungen. In Zeiten des Nachwuchsmangels bei Ärzten z. B. entsteht auch eine Konkurrenz um ärztlichen Nachwuchs. Attraktive Weiterbildungsangebote und Förderung von Kongressteilnahme sind oft kaum durch laufende Krankenhausmittel möglich. Jedoch kann selbstverständlich durch entsprechende Annahme einer Förderung z. B. von Kongressreisen auch ein Abhängigkeitsverhältnis zum Geldgeber entstehen. Die Forschungsausrichtung kann ebenfalls Konsequenzen für die Patientenversorgung haben. Welche Themen beforscht werden kann Auswirkung darauf haben, welche Therapien vorrangig angeboten werden.

Die Sonderstellung der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine generelle Sonderstellung im Bereich der Forschung haben sowohl Psychiatrie wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, da psychisch kranke Menschen zumeist aufgrund ihrer Erkrankung in Situationen sind, in denen sie als »vulnerable populations« (gefährdete Bevölkerungsgruppe) gelten müssen (KÖLCH et al. 2010, KOELCH und FEGERT 2010). Deshalb gelten für sie besonders hohe Schutzansprüche bei der Involvierung in Forschungsvorhaben.

Ein Problem ist in den psychiatrischen Fachgebieten, dass Forschung und Versorgung aus historischen Gründen sehr stark getrennt sind. In Versorgungskliniken hat Forschung oft wenig bis keine Tradition und entsprechende Qualifikationen bei den Mitarbeitern liegen nicht vor.

Andererseits bedeutet dies, dass Forschungsergebnisse in Spezialeinrichtungen, zum Teil mit hochselegiertem Patientengut gewonnen werden. So war es lange Tradition, dass bei Studien zu Antidepressiva Suizidalität eines Patienten ein Ausschlusskriterium war. Auch die in der Praxis in Deutschland glücklicherweise übliche multimodale Behandlung von Patienten (Pharmakotherapie, Psychotherapie, Sozio- und Milieuthérapie) findet sich in klassischen Arzneimittelstudien nicht wieder. Insofern lässt sich fragen, inwieweit viele Studienergebnisse generalisierbar und übertragbar auf die Versorgungsrealität in Deutschland sind. Beispielweise war in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Kritikpunkt an der vom National Institute of Mental Health (NIMH)-geförderten Studie zur Therapie adoleszenter Depression

(TADS-Studie) mit depressiven Jugendlichen, dass sie mit der Versorgungsrealität, obwohl sie Psychotherapie und Pharmakotherapie kombiniert hatte, nichts gemein hat, da die psychotherapeutische Intervention extrem aufwändig und nicht mit der Routineversorgung vergleichbar war (GOODYER et al. 2007). Die Arbeitsgruppe um Goodyer hat diesen Umstand explizit benannt und deshalb eine an das United Kingdom (UK)-Gesundheitssystem angenäherte Studie (ADAPT-Studie) zu dieser Thematik durchgeführt. Sehr viele Arzneimittelstudien in der Psychiatrie werden in den USA initiiert. Die Versorgung dort ist aber nicht vergleichbar mit der Versorgung in Deutschland und die Dominanz pharmakotherapeutischer Interventionen auch als First-Line-Treatment (Primärtherapie) begründet sich in der Versorgungssituation in den USA.

Konsequenzen für die Haltung zu Forschung in der Psychiatrie

Forschung ist unabdingbar notwendig für die Weiterentwicklung der Psychiatrie, sie kann Innovation für Patienten erbringen, sie ist auch notwendig, um Patienten nicht zu schaden. Insofern kann es nicht darum gehen, Forschung, insbesondere auch Arzneimittelforschung als Konflikt mit der Patientenversorgung zu brandmarken, sondern es muss eine differenzierte Haltung eingenommen werden.

Allein der Umstand, dass ein Mitarbeiter selbst geforscht hat, die Methoden von Forschung und damit die Aussagefähigkeit aber auch die Grenzen von Aussagefähigkeit von z. B. Studien kennt, schafft eine Kompetenz, die kritische Distanz gegenüber Forschungsergebnissen ermöglicht und damit auch z. B. weniger korrumpierbar gegenüber »Hochglanzbroschüren« innovativer oder pseudoinnovativer Arzneimittel macht.

Als Konsequenzen für die klinische Tätigkeit ergibt sich daraus, dass zumindest da, wo verfügbar, die Evidenz des eigenen Tuns in der klinischen Praxis beachtet wird und überprüft wird.

Subjektiv hat einer der Autoren dieses Beitrages sich dazu entschieden, z. B. alle Fortbildungen in der Klinik ohne Fremdfinanzierung durch pharmazeutische Unternehmen zu gestalten (MK). In der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm werden noch in beschränktem Umfang Drittmittel auch zur Durchführung von klinischen Nachmittagsveranstaltungen, Symposien angenommen, ähnlich wie die Fachgesellschaften auch für die Durchführung von Kongressen Industrieausstellungen zulassen. In Ulm machen die Drittmittel aus der Pharmaindustrie, bei denen gezielte Beiträge zu Medikamentenstudien, z. B. auch Entwicklung von begleitender psychosozialer Beratung etc. derzeit weniger als 1 % der gesamten Drittmittel aus. Die meisten Drittmittel kommen von Bundesministerien insbesondere vom BMBF, von großen Forschungsträgern wie der DFG und der Europäischen Union (EU) sowie von Stiftungen und Länderministerien. Prinzipiell sind diese zum Teil politisch vergebenen Gelder a priori auch nicht mit weniger oder mehr Einflussnahme verbunden als Gelder aus der pharmazeutischen Industrie. Wichtig ist, dass der Umgang mit solchen Geldern transparent gehand-

habt wird und dass deutlich wird, dass entsprechende Angebote und Ergebnisse nicht durch die Geldgeber beeinflusst wurden. Im Gegensatz zu den generellen Fachveranstaltungen und Kongressen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich die Fachgesellschaft und die Initiatoren des Curriculums Entwicklungspsychopharmakologie einer jährlich stattfindenden systematischen Weiterbildung zur Psychopharmakotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie prinzipiell dagegen entschieden, hier Unterstützung aus der pharmakologischen Industrie anzunehmen.

Für die Forschung lässt sich ableiten, dass es eine klare Definition und Abgrenzung der Forschungsprojekte gegenüber der Krankenversorgung geben muss, so dass Patienten transparent ist, ob sie an einer Studie teilnehmen. Das AMG definiert klare Anforderung an die Aufklärung und Einwilligung von Patienten und die Einhaltung dieser Kriterien kann Patienten auch die o. g. Autonomie in der Entscheidung garantieren. Forschungsprojekte sollten vermehrt auch eine Identifikation mit klinischen Zielen haben, also auch Fragestellungen behandeln, die in der klinischen Praxis von Relevanz sind (vgl. FEGERT und KÖLCH 2012). Es müssen auch entsprechende Ressourcen für Forschungsprojekte neben der klinischen Praxis bestehen, dies betrifft sowohl universitäre Einrichtungen aber auch Versorgungsinstitutionen, da sie oftmals die notwendige Patientenzahl für gerade größere Interventionsstudien vorhalten können. Das Angemessenheitsprinzip hinsichtlich der Finanzierung einer Studie für ein Studienzentrum muss eingehalten werden (ebenso wie bei Vorträgen etc.), jedoch muss auch diskutiert werden, inwieweit gerade bei aufwändigen AMG-Studien, die eine Vielzahl regulatorischer und dokumentarischer Anforderungen haben, ohne eine entsprechende Grundfinanzierung der Basisinfrastruktur, über Fallpauschalenzahlung, wie sie derzeit üblich ist, eine suffiziente Studiendurchführung in Versorgungskliniken überhaupt möglich ist. Gibt es »gute« und »schlechte« Forschung? LENK beschreibt zumindest unethische Forschung (2014). Studien, die von vorneherein keinen essentiellen Erkenntnisgewinn versprechen, die eher Marketingforschung oder -zwecken entsprechen, sind von daher abzulehnen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gute und solide klinische Forschung zumindest für die Patientenversorgung mittelbar einen Nutzen erbringen kann und gerade auch in der Diskussion, was ist Qualität in der Psychiatrie einen essentiellen Beitrag leisten kann. Im Bewusstsein zu haben, dass Forschung aber eben auch mit der Patientenversorgung in Konflikt treten kann und sich der ethischen Aspekte zu vergegenwärtigen, ist Pflicht jedes Forschenden.

Literatur

- ADLER G. (1999): Schafft die Finanzierung der Forscher und der Forschung an Universitätskliniken Interessenkonflikte und Abhängigkeiten? *Z Gastroenterol* 1999; 28–32.
- ADLER, G./SCHÖLMEICH, J. (2004): Umgang mit Drittmitteln für die klinische Forschung – Positionspapier der DGIM, verfügbar: www.dgim.de/portals/pdf/DGIM%20PP%202004%20Drittmittel.pdf
- FEGERT, J. M./KÖLCH, M. (2012): Perspektiven sozialpsychiatrischer Forschung in der (Kinder- und Jugend)Psychiatrie, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Peter WEISS (Hg.) *Psychiatriereform 2011 ... der Mensch im Sozialraum*, 1. Auflage, Bonn, S. 93–106
- FEGERT, J. M./HERPERTZ-DAHLMANN, B. (2005): Erhöhtes Suizidrisiko bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*. 6:18.
- GLAESKE, G./SCHICKTANZ, Ch. (Hg.) (2014): BARMER GEK Arzneimittelreport 2014. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2012 bis 2013, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse/26, Berlin
- HABERMAS, J. (1968): *Erkenntnis und Interesse*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B./FEGERT, J. M. (2004): Zur Problematik der Gabe von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) bei depressiven Kindern und Jugendlichen. *Nervenarzt*. 9: 908–910.
- KÖLCH, M./LUDOLPH, A. G./PLENER, P. L./FANGERAU, H./VITIELLO, B./FEGERT, J. M. (2010): Safeguarding Children's Rights in Psychopharmacological Research: Ethical and Legal Issues, *Current Pharmaceutical Design*, 16(22):2398–406.
- KOELCH, M./FEGERT, J. M. (2010): Ethics in child and adolescent psychiatric care: an international perspective, *International Review of Psychiatry*; 22(3):258–266.
- KÖLCH, M./PLENER, P./FEGERT, J. M. (2011): Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter, in: GRÜNDER G, BENKERT O (Hrsg.) *Handbuch der psychiatrischen Pharmakotherapie*, 2. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag, S. 1185–1195
- LENK, Ch./DUTTGE, G./FANGERAU, H. (Hrsg.) (2014): *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen*, Springer: Heidelberg, Berlin
- LENK, Ch. (2014): Unethische Forschung und gute wissenschaftliche Praxis, in: LENK, Ch./DUTTGE, G./FANGERAU, H. (Hrsg.): *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen*, Springer: Heidelberg, Berlin, S. 279–285
- LEUCHT, S./CORVES, C./ARBTER, D./ENGEL, R. R./LI, C./DAVIS, J. M. (2009): Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 373 (9657): 31–41.
- LIEBERMAN, J. A./STROUP, T. S./MCEVOY, J. P./SWARTZ, M. S./ROSENHECK, R. A./PERKINS, D. O./KEEFE, R. S./DAVIS, S. M./DAVIS, C. E./LEBOWITZ, B. D./SEVERE J./HSIAO, J. K. (2005): Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353 (12): 1209–1223.
- SCHWABE, U./PAFFRATH, D. (Hrsg.) (2013): *Arzneiverordnungs-Report 2013*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- ULSENHEIMER, K. (2002): Gesponsert oder kriminell? Drittmittelfinanzierung. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, 43: 164–169.

MitarbeiterInnenfreundliches Betriebsmanagement

Dieter Grupp

Die Einladung zu diesem Symposium hat mich angeregt zu überlegen: Wie komme ich dazu, über MitarbeiterInnenfreundliches Betriebsmanagement zu reden? Sind wir (das ZfP Südwürttemberg) MitarbeiterInnenfreundlich? Bin ich MitarbeiterInnenfreundlich?

Ich möchte Ihnen vorstellen, was wir im ZfP Südwürttemberg – in unserer Organisation unter »MitarbeiterInnenfreundlichem Betriebsmanagement« versucht haben zu entwickeln. Sie können dann selbst beurteilen, in wie weit unser Personalmanagement das Kriterium »MitarbeiterInnenfreundlichkeit« bereits erfüllt und was wir noch auf den Weg bringen müssen.

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

Das ZfP Südwürttemberg ist im Süden tätig, wenn man eine Deutschlandkarte vor Augen hat – vom Bodensee, bis Stuttgart – und realisieren Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik. Unsere Angebote umfassen Behandlung (ambulant- teilstationär – stationär- rehabilitativ), Wiedereingliederung (Wohnen und Arbeit), Pflege (ambulant und stationär) und ergänzende Hilfen. Wir verstehen uns als Komplettanbieter mit dem Ziel, alles anzubieten, was Menschen mit psychischen Störungen brauchen. Dazu verfügen wir über ca. 2800 Betten/Plätze und ca. 4000MitarbeiterInnen. Wir sind ein relativ großer Betrieb. Von unseren ca. 3.300 MitarbeiterInnen sind ca. 10 % Führungskräfte (Führungsspanne 1:10 bis 1: 12). Zwei Drittel unserer Mitarbeitenden sind Frauen. In Führungspositionen haben wir inzwischen einen Frauenanteil von 45 % in allen Hierarchieebenen gleichmäßig bis zum Aufsichtsrat, dort sind es sogar 60 % Frauen. Unsere Bemühungen weibliche Führungskräfte im ZfP Südwürttemberg in den vergangenen zehn Jahren auf verschiedenen Wegen zu fördern waren anscheinend erfolgreich. Der Trend zur Teilzeitbeschäftigung ist stark, ebenso der Trend zu etwas älteren MitarbeiterInnen (42 Jahre im Durchschnitt). Die Länge der Beschäftigungszeit steigt, aktuell liegt der Durchschnitt bei 11,5 Jahre. Die durchschnittliche Anzahl der Bewerber auf Ausschreibungen ist in den letzten Jahren mit 14,4 über alle Berufsgruppen von der Küchenhilfe bis zum Chefarzt relativ konstant geblieben. Deutlich weniger als 14 Bewerbungen haben wir in einzelnen Bereichen bspw. in der Forensik und bei den Kinder- und Jugendpsychiatern.

Mitarbeitende sind unser wertvollstes Kapital

Welche Anlagestrategie bringt die beste Rendite?

»MitarbeiterInnenfreundliches Betriebsmanagement« – ich habe den Begriff noch nie gehört und finde ihn aber eigentlich sehr gut. Gebräuchlich sind »Mitar-

beiterInnenzufriedenheit«, oder »Human Resources«, oder »Humankapital«. Aber »MitarbeiterInnenfreundlich« das ist mir neu. Wie kann man Arbeitsbedingungen und – strukturen schaffen, die für die MitarbeiterInnen passen, in denen sich MitarbeiterInnen wohlfühlen? MitarbeiterInnen sind ein ganz wesentlicher Bestandteil eines Unternehmens, insbesondere in unseren psychiatrischen Einrichtungen. MitarbeiterInnen sind unser wertvollstes Kapital, unsere wertvollste Ressource. Das steht nicht nur im Leitbild.

Welche Anlagestrategie bringt für dieses MitarbeiterInnen »Kapital« die beste Rendite? Wir haben ja sonst keine »Produktionsmittel« als psychiatrische Einrichtungen. Wir haben keine Patente. Wir haben keine Maschinen. Keine Produktionsanlagen. Nichts. Wir haben nur unsere Experten, das ist das Kapital mit dem wir arbeiten.

Wir müssen unser »Kapital« pflegen. Wie Daimler Benz seinen Maschinenpark instand halten muss, warten muss um den Betrieb am Laufen zu halten – ist unsere zentrale Management-Aufgabe, Arbeitsfreude, Begeisterungsfähigkeit, Kreativität und Belastbarkeit unserer MitarbeiterInnen zu erhalten.

Unsere Strategie am Zentrum für Psychiatrie Süd-Württemberg geht davon aus, dass langfristige Investitionen die beste Rendite bringen.

Mit **ARBEITER**Innen sind unser wertvollstes Kapital

• **Strategie:** Rendite durch langfristige Investitionen

- Sichere Arbeitsplätze: fair, solidarisch, wertebeton
- Qualifizierung: Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung
- Lebenslange Anpassung des Arbeitsverhältnisses an die Lebenssituation
- Arbeitskraft erhalten:
 - Gesundheitsmanagement: psychische Belastbarkeit erhalten
 - Work-life balance: Arbeit ist nur einer von vielen Aspekten im Leben.....

Abb. 1

Sichere Arbeitsplätze, fair, solidarisch, wertebeton. Rendite durch Qualifizierung: Die Menschen, die wir weiter qualifizieren, optimieren – oder entfalten – ihre Potenziale, Lebenslange Anpassung der Arbeitsverhältnisse an die Lebenssituation.

MitarbeiterInnenfreundliches Management

Was sind meine Aufgaben als Geschäftsführer?

Managementaufgaben

- Mitarbeiterzufriedenheit als Unternehmensziel verankern (Core Value – Mission)
- Qualifizierte Mitarbeiter gewinnen
- Mitarbeiterpotenziale entwickeln – MA qualifizieren und entwickeln
- Mitarbeiter beteiligen und ermächtigen
- Persönliche Ziele der Mitarbeiter und Unternehmensziele in Einklang bringen

Abb. 2

1. MitarbeiterInnenzufriedenheit: MitarbeiterInnen als Unternehmensziel verankern
Jedes Unternehmen, jedes Krankenhaus, jede Organisation hat Ziele. In der Regel steht da: Der/die PatientIn steht im Mittelpunkt. Welche Rolle hat der/die MitarbeiterIn? Ist er/sie Ressource um die Aufgabe zu erfüllen (Human Resources)? Mittel zum Zweck? Werden MitarbeiterInnenbedürfnisse der Zweckerfüllung untergeordnet? Oder ist MitarbeiterInnenzufriedenheit ein eignes unabhängiges Unternehmensziel?
2. Als Manager habe ich die Aufgabe MitarbeiterInnen zu gewinnen. Sie haben gesehen, Baden-Württemberg/Süd ist ein Flächenland. Es ist nicht einfach überall MitarbeiterInnen zu bekommen. Wir sind umgeben von exzellenten Industriebetrieben, die Fachkräfte an sich binden. Wir haben die Schweiz direkt nebenan, die ungefähr doppelt so viel bezahlt wie wir. Wir sind in der Konkurrenz. Wie gelingt es uns hier ausreichend MitarbeiterInnen zu gewinnen?
3. Eine wichtige Managementaufgabe ist es MitarbeiterInnen zu qualifizieren, und sie dann
4. zu beteiligen und zu ermächtigen, wenn sie qualifiziert sind. Ihnen die richtige Aufgabe und Verantwortung auf der richtigen Ebene zu übertragen.
5. Ein zentrales Ziel ist es die persönlichen Ziele und die Unternehmensziele in Einklang bringen. Das ist die eigentliche Bedeutung von Work-Life-Balance

Unternehmensziele ZfP

Das ZfP Südwürttemberg hat seine Unternehmensziele im Rahmen der strategischen Planung in den vergangenen Jahren weiterentwickelt

Unternehmensziele ZfP



Abb. 3

- Bestmögliche Behandlung und Versorgung unserer Patienten.
 - gemeindenahe Behandlung, umfassendes Versorgungsangebot, Vernetzung der Versorgungsangebote im GPV und Entwicklung innovativer Versorgungsformen.
- Bestmögliche Arbeitsbedingungen für unsere MitarbeiterInnen schaffen
 - denn nur dann können sie ihre Aufgabe erfüllen, gerade im Bereich Psychiatrie. Wir wollen gesellschaftliche Entwicklungen wie mitgestalten
 - (z. B. Entstigmatisierung) und die Rahmenbedingungen für unsere Arbeit mit entwickeln, zum Beispiel über die APK.
- Mit Hilfe der Ökonomie wollen wir die uns zur Verfügung gestellten Ressourcen für unsere Aufgabenerfüllung effektiv und effizient nutzen

MitarbeiterInnen

Bestmögliche Arbeitsbedingungen für unsere MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnenzufriedenheit, MitarbeiterInnenfreundlichkeit als Ziel. Die Frage ist, was macht heute eigentlich MitarbeiterInnen zufrieden? Hohes Gehalt, Fitnessraum?

Werteorientierung

Ich glaube inzwischen, dass die Werteorientierung der Tätigkeit wieder in den Vordergrund rückt. Zumindest weiß ich das aus Einstellungsgesprächen und von Führungskräften. Gerade junge Menschen, die frisch von der Uni kommen, sie wollen etwas Sinnvolles tun, keine Panzer zu bauen ... Sie wollen entweder in den Sozialbereich gehen (Gott sei Dank) oder in den Umweltschutzbereich, das sind gerade die Trendthemen. Unsere durchgängige sozialpsychiatrische Haltung als ZfP hilft uns inzwischen auch MitarbeiterInnen zu gewinnen. Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass wir die Werteorientierung ganz vorne an stellen.

Gestaltungsmöglichkeiten

Das zweite sind die Möglichkeiten, auf die Gestaltung der eigenen Tätigkeit, auf die Arbeitsprozesse Einfluss zu nehmen. Ich gehe dorthin, wo mich die Arbeit zufrieden macht: wenn ich in meinem Arbeitsbereich Gestaltungsmöglichkeiten habe, mich entfalten kann, meine Arbeitsbedingungen verändern kann, innovativ sein kann, etwas bewegen kann.

Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit in der Beziehung zu MitarbeiterInnen hat viel mit MitarbeiterInnenzufriedenheit zu tun. Das heißt Perspektiven für Lebensphasen schaffen, Einstiegschancen, junge Menschen ansprechen, Karrieremöglichkeiten, Familienphase, auch das Thema zweite Karriere außerhalb des Unternehmens für die, die lange in einem Betrieb sind. Wenn sie nach dem Studium zu uns kommen mit 25–30 und bis 65 bleiben wollen, dann muss es auch Phasen geben, in denen man was anderes machen kann. Z. B. nach der ersten Scheidung mit 40/45.

Wertschätzung

Zu einem wertschätzenden Rahmen gehört nicht nur die übliche Frage, wie motiviere ich meine MitarbeiterInnen durch regelmäßiges Lob. Dazu gehört auch ganz banal, wie Ihr Arbeitszimmer ausgestattet ist, welchen Computer Sie haben usw. Eine angenehme alltägliche Arbeitsumgebung, die Versorgung mit gut funktionierenden modernen Arbeitsmitteln, die technische Unterstützung erlauben es

MitarbeiterInnen sich auf ihre wesentliche Aufgabe zu konzentrieren und tragen zur Zufriedenheit der MitarbeiterInnen bei..

MitarbeiterInnen gewinnen

Die Aufgabe, MitarbeiterInnen zu gewinnen ist für das Management angesichts Demographie und Fachkräftemangel zu einer herausfordernden, zentralen Aufgabe geworden. Wie machen wir das? Ich bekomme vierteljährlich Zahlen über »Soll VK« – für Ärzte, Psychologen, Pflegedienst, und »Ist-VK«. Wir haben derzeit mehr Ärzte und mehr Psychologen, als wir brauchen. Wir haben fast annähernd so viele Pflegekräfte wie wir brauchen. Und das ist konstant so über die Jahre. Die Aufgabe MitarbeiterInnen zu gewinnen gelingt uns trotz heftigen Fachkräftemangels noch zufriedenstellend, auch im ärztlichen Bereich. Unsere ärztlichen Stellen sind noch besetzt und wir haben die Psych-PV 95–96 % auf allen Stationen realisiert. Was tun wir dafür, dass wir, in einer Region mit vielen Gesundheitsbetrieben, bei dieser Konkurrenz bestehen können?

Wir gehen einmal ganz klassisch vor mit »Unternehmensmarketing«, heute heißt das neudeutsch »employer branding«. Man schaltet Anzeigen: Infotage, Imagefilme, youtube ... dass kennen Sie.

Nachwuchskräfte Gewinnen

- Besuch in Schulklassen (Vorstellung Psychiatrie als Arbeitsfeld)
- Bewerbertraining in Schulen
- Berufsorientierungspraktika (alle Schularten, individuell betreut, ganzjähriger Kontakt zu Lehrkräften, Vorstellung der Praktika in den Schulen)
- FSJ (eigene pädagogische Betreuung, Berlinfahrt, Outdoortraining..)
 - 120 Plätze pro Jahr > 25 beginnen eine Ausbildung am ZfP
- 273 Ausbildungsplätze
- Ca. 400 Praktikanten pro Jahr (Orientierungspraktika, Pflege, Ergo.....)

Abb. 4

Über einen anderen Weg, den wir intensiv pflegen, gewinnen wir Nachwuchskräfte. Das beginnt wirklich in der Schule. Wir besuchen aktiv Schulen, einmal um Umgang mit psychisch kranken Menschen und das Thema Psychiatrie in die Schulen zu bringen, aber auch um uns als Arbeitsfeld bekannt zu machen. Wir beginnen mit der Grundschule, später sprechen wir hauptsächlich die Klassen sechs, sieben, acht an. Ganz wichtig sind die Berufsorientierungspraktika geworden, die fast alle Schulen anbieten. Die Schüler gehen ein oder zwei Wochen zu einem Praktikum in einen Betrieb. Und das nehmen wir ernst. Wir haben MitarbeiterInnen dafür abgestellt, die Kontakt zu den Schulen halten und diese

Praktikanten betreuen. Die sehen und erleben was. Das ist unser erster Kontakt und der ist uns wichtig.

Dann geht es weiter mit dem Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ). Die FSJlerInnen haben Anspruch auf ca. 14 Tage pädagogische Betreuung. Wir haben eine eigene Organisation dafür. Ständig sind 120 FSJler im Haus. Pro Jahr bleiben davon 25 als Auszubildende bei uns.

Es gibt darüber hinaus noch eine hohe Zahl weiterer Praktikantenplätzen im Rahmen der verschiedenen Ausbildungen.

Wir versuchen Menschen möglichst früh anzusprechen, um dadurch Menschen zu gewinnen, die bei uns gerne arbeiten möchten.

Nachwuchskräfte Gewinnen Akademiker

- Stipendienprogramm Medizin
 - Aktuell 47 Stipendiaten nach dem Physikum – 600 €/ Monat –
 - Individuelle Betreuung an der Hochschule durch ärztliche Führungskräfte
- Psychiatriepraktikum für Studenten der Uni Ulm (60 Studenten pro Jahr)
- Stiftungsprofessur für Pflegewissenschaft
 - Ausbildungsintegrierter Studiengang Pflege (Abschluss Gesundheit und Krankenpfleger und Bachelor of Arts)
 - 3 Jahre Ausbildung, 1,5 Jahre Studium
 - Aktuell 42 Studenten mit Ausbildungsvertrag beim ZfP
- MBA Studiengang Management im Rahmen des Führungskräftecurriculums

Abb. 5

Bei den AkademikerInnen haben wir zusätzliche Wege entwickelt. Wir bieten seit Jahren ein Stipendienprogramm an, an dem derzeit mit 47 Stipendiaten teilnehmen. Ab dem Physikum finanzieren wir das Studium mit und binden die StudentInnen dadurch an unser Unternehmen. Die StipendiatInnen verpflichten sich, nach Studienabschluss bei uns zu arbeiten und ggf. die Facharztweiterbildung bei uns zu machen.

Wir betreuen unsere StudentInnen während des Studiums intensiv. MitarbeiterInnen im Ruhestand – z. B. unser ehemaliger Ärztliche Direktor Prof. Schmidt-Michel – übernehmen die Betreuung direkt an den Universitäten und halten den Kontakt zu den StudentInnen.

Im Bereich Pflege haben wir in Zusammenarbeit mit der Hochschule Weingarten-Ravensburg einen Studiengang mit eingeführt und finanzieren eine Stiftungsprofes-

sur. Die Ausbildung in der Krankenpflege kann auf diese Weise direkt mit einem Studium verbunden werden und schließt mit einem Bachelor ab.

Wir versuchen in der Personalgewinnung unsere Unternehmensphilosophie darzustellen: Warum bei uns arbeiten? Was sind unsere Kernbotschaften?

Warum im ZfP Arbeiten?

- Fair – solidarisch
 - Flaches Gehaltsniveau:
 -bei uns wird keiner reich! und.....bei uns arbeitet keiner, um andere reich zu machen
 - Tarifvertrag als Basis wird nicht in Frage gestellt (kein Outsourcing)
- Innovativ – wertebetont
 - Moderner sozialpsychiatrischer Versorgungsansatz – vernetzt-innovationsfreudig
 - Politische Rahmenbedingungen mitgestalten – nicht nur reagieren
 - Aktive Unterstützung der Gremienarbeit in Kommunen, Politik, Fachverbänden

Abb. 6

Fair, solidarisch. Wir haben ein flaches Gehaltsniveau. Bei uns wird keine/r reich. Auch kein Chefarzt, kein/e ärztliche/r DirektorIn und kein/e GeschäftsführerIn. Bei uns arbeitet auch keiner, um andere reich zu machen. Es gibt auch keine/n AssistentIn, der in seiner Freizeit arbeitet, forscht ... und die Anerkennung seinem/seiner Vorgesetzten überlassen muss. Diese Grundhaltung prägt unser Marketing und die ist auch bei Führungskräften nicht unattraktiv.

ChefärztInnen verdienen bei uns Tarif, die Vergütung ist im Wettbewerb nicht übermäßig attraktiv. Aber wir haben ein anderes Paket. Wir haben den Tarif nie in Frage gestellt. Tarifvertrag bedeutet solidarisch arbeiten. Wir bezahlen auch in der Küche oder im Reinigungsdienst nach Tarif. Das macht uns finanzielle Schwierigkeiten, aber es steht eine Grundhaltung dahinter, die für manchen Bewerber ausschlaggebend ist und die damit letztlich unseren Unternehmenserfolg sichert.

Menschen arbeiten auch gerne bei uns, weil wir innovativ und wertebetont arbeiten, eigentlich wissen wir was wir wollen. Wir wollen sozialpsychiatrische Versorgung, einen sozialpsychiatrischen Versorgungsansatz. Wir wollen vernetzt arbeiten, wir wollen auch politische Rahmenbedingungen schaffen, damit es nach vorne geht. Und diese Grundhaltung macht es für bestimmte Menschen attraktiv, bei uns zu arbeiten.

MitarbeiterInnen qualifizieren

Mit den vorhandenen MitarbeiterInnen gilt es ihre Potenziale zu entwickeln. Ein Mittel dazu sind systematische Jahresgespräche, in denen die Entwicklungspotenziale abgestimmt und die Fortbildungen besprochen werden. Der Fortbildungsanspruch für alle MitarbeiterInnen umfasst fünf Tage und 500 Euro pro Jahr. Die FachärztInnenweiterbildung wird zusätzlich finanziell und durch großzügige Freistellungen gefördert. In einer eigenen Weiter- und Fortbildungsakademie werden bedarfsgerecht Inhouse-Schulungen für alle MitarbeiterInnengruppen angeboten. In einer jährlichen Bedarfsanalyse werden die Schwerpunkte des Angebots mit den Strategischen Zielvorgaben in Einklang gebracht. Wo müssen wir eigentlich investieren in Fort- und Weiterbildung? Vor Jahren stellten wir fest, wir haben zu wenig psychosomatische Fachärzte, dort haben wir dann schwerpunktmäßig investiert.

Unsere Delegation von betriebswirtschaftlicher Verantwortung an Stationen und Abteilungen (Profitcenter) bedingt, dass auch TherapeutInnen über eine betriebswirtschaftliche Grundausbildung verfügen, um bestimmte Sachverhalte bewältigen zu können. Wir bieten entsprechende Kurse und Fortbildungen intern an und unterstützen externe berufsbegleitende Qualifizierungen wie z. B. den MBA.

Die weibliche Nachwuchsförderung wurde in den letzten zehn Jahren ausgebaut. Dadurch konnten wir unsere Ziele – hoher Anteil weiblicher Führungskräfte auf allen Hierarchieebenen – erreichen. Ich habe Eingangs die Zahlen genannt, auf die ich mit Stolz hinweise.

Zum Thema FachärztInnenweiterbildung: Wir finanzieren externe Bausteine und bieten interne Bausteine zum/r PsychotherapeutIn z. B. in der Psychotherapieausbildung kostenfrei an. Das heißt, Sie können bei uns FachärztIn für psychotherapeutische Medizin werden ohne dass Sie eigene Ressourcen, Zeit oder Geld einzubringen. Und wir haben eine ganze Menge differenzierte Weiterbildungsmöglichkeiten.

MitarbeiterInnen ermächtigen

Sie haben MitarbeiterInnen gewonnen und qualifiziert, jetzt haben sie lauter tolle Leute. Jetzt müssen sie aber darauf achten, dass die großartigen Leute ihre Fähigkeiten auch einbringen können, dass sie nicht gut qualifizierte Fachkräfte unter Führungskräfte stellen, die sie wieder klein machen. Wir haben eine Grundphilosophie, die sie wahrscheinlich kennen, bei uns sind Abteilungen Profitcenter, z. B. Abteilung für Suchtkranke mit zwei – drei Stationen. Die Profitcenter agieren wie kleine Unternehmen. Das heißt, sie haben volle Budgethoheit. Sie stellen ein, die entlassen, lösen Instandhaltungen aus, reden bei Investitionen mit. Kleine Investitionen tätigen sie selbst – Stühle, Tische, Computer und dergleichen – große Investitionen z. B. neue Gebäude werden unter Beteiligung der Profitcenter geplant und umgesetzt.

Wir praktizieren eine relativ hohe Autonomie der Einheiten in unserer Organisation. Zu einer Einheit mit zwei Stationen gehört ein Chefarzt und eine pflegerische

Leitung sowie ca. 50 MitarbeiterInnen – wie ein kleines Unternehmen – und in diese Organisationseinheit ist fast alles delegiert. Die Zentrale unterstützt, Entscheidungen fallen zum großen Teil vor Ort: *MitarbeiterInnen ermächtigen*. Dazu brauchen sie Transparenz, ein gutes Controlling. Sie benötigen Zahlen, Daten und Fakten die belastbar sind und die es den Führungskräften ermöglicht Handlungsentscheidungen zu treffen.

Zurzeit überlegen wir, wie können wir die Delegation ausbauen? Im Projekt NAURIB (Neue Aufgaben und Rollen im Behandlungsteam) gehen wir der Frage nach, welche Aufgaben konkret von welcher Berufsgruppe erfüllt werden müssen? Was kann verantwortlich delegiert werden? Spritzen geben, Blutabnehmen: Muss das immer ein Arzt tun? Muss die Anamnese nur vom Arzt gemacht werden? Oder kann man das aufteilen? Welche Aufgaben sind an wen delegierbar? Das ist auch in der Pflege ein Riesenthema. Wenn wir in zehn Jahren nur fachweitergebildete Bachelorpflegekräfte haben, dann kann ich diese qualifizierten Kräfte nicht mehr zur Abdeckung des Nachtdienstes einsetzen. 14 Bachelor pro Station auf dem Dienstplan werden nicht möglich sein, um den Dienst rund um die Uhr besetzen zu können. Es wird Veränderungen geben und damit beschäftigen wir uns zurzeit im Projekt NAURIB. Einmal juristisch, was darf man delegieren, sowie inhaltlich, was macht praktisch Sinn? Wie müssen Teams in Zukunft zusammengesetzt sein? Wie geht es weiter falls das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (*PEPP*) doch kommt?

Qualifizierung von Führungskräften

Wenn TherapeutInnen eine Organisationseinheit, oder eine Klinik oder ein Zentrum führen wollen, dann brauchen wir betriebswirtschaftliches Know-how. Das kann man betriebsintern bei uns ganz gut erreichen.

Balance: Wie kann ich persönliche Ziele und Unternehmensziele in Einklang bringen?

Work-Life-Balance ist ein kontinuierlicher Prozess.

These: Erfolgreiche wertschöpfende Teilhabe am Arbeitsleben ist langfristig nur möglich im Einklang mit anderen Lebensbereichen: Teilhabe am Familienleben, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Wir setzen uns aktiv ein, diese Vereinbarkeit herzustellen und Rahmenbedingungen für zufriedenes Arbeiten zu schaffen.

»Familie und Beruf«

Vor über zehn Jahren begannen wir, die Kinderbetreuung an allen Standorten aufzubauen. Unser Musterstandort ist Weissenau. Hier beginnt die Kinderbetreuung mit dem 18. Lebensmonat, Kindertagesstätte auf dem Gelände, Kindergarten auf dem Gelände, Ferienbetreuung, Grundschulbetreuung. Die Kinder können bei uns essen, die Grundschule ist nebenan. Also im Prinzip bis zum zehnten/elften

Lebensjahr können wir Kinder, deren Eltern am Standort Weissenau arbeiten, durchgängig betreuen. Notfall? Sie kennen das: Der Kindergarten hat gerade zu weil die Fachkräfte sich beim pädagogischen Tag fortbilden, das ist geregelt. Nicht an allen Standorten, aber wir versuchen an allen Standorten Kinderbetreuung zum Thema zu machen. Ich finde das auch optisch für die Arbeitsatmosphäre bereichernd, wenn die Kinder über das Gelände springen, zum Essen gehen, gebracht oder abgeholt werden.

»Flexible Arbeitszeitmodelle«

Wir bieten extrem flexibel Arbeitszeiten an. Sie können bei uns als FachärztIn von mir aus den Dienstag und Donnerstag von 10:00 bis 12:00 Uhr arbeiten, Individuelle Arbeitszeit nach ihren Möglichkeiten setzen wir flexibel und nützlich ein. Wir sind bei Fachkräften gezwungen jede Möglichkeit vom Arbeitsmarkt abzugreifen, auch von mir aus nur halbtags, nur am Wochenende, nur Nachts, wir versuchen das möglich zu machen, was extreme Anforderungen an die Organisation von Abteilungen und Stationen stellt. Die müssen 24 Stunden abdecken. Wie kann ich jemand mit nur zwei Stunden an zwei Wochentagen (als Teil der individuellen Wochenarbeitszeit) nützlich einsetzen? Aber ich glaube, das sind Modelle mit denen wir uns zukünftig beschäftigen müssen.

Elternzeit

Im Kontakt zu den Müttern/Vätern fördern wir die Teilnahme an Fortbildungen, systematisch. Der Wiedereinstieg wird vorbereitet, auch nach zehn Jahren, es gibt bis zu zwölf Jahren Sonderurlaub bei uns. Der Aufwand ist gut kalkuliert und rentiert sich für uns. Wir investieren in MitarbeiterInnen, direkt wenn sie zu uns kommen, wir bilden sie fort. Da steckt viel Geld drin. Und wenn diese MitarbeiterInnen, meistens sind es Frauen, uns dann mit z. B. 35 Jahren verlassen und nie wieder kommen, eine Fachärztin, eine Krankenschwester ..., dann haben wir viel verloren. Wir achten darauf, dass diese Fachkräfte mit 40, vielleicht nach fünf Jahren Pause, wieder zu uns kommen können, auch weil wir davon ausgehen, dass sich das für uns lohnt.

»Duale Karriere«

kann heißen, nicht das ganze Leben lang das Gleiche zu machen. Vielleicht auch mal was anderes auszuprobieren, sich selbst auszuprobieren im Sport, in der Selbstständigkeit oder sonst irgendwas, und dann eine Rückkehrmöglichkeit ins Unternehmen zu haben, z. B. nach Elternzeit, Pflegezeit, Familie und Beruf

MitarbeiterInnen. Es geht los nach dem Studium, das jemand eine Weltreise machen will, oder drei Monate Urlaub am Stück. Das kann man organisieren. Das geht, das kann man vorarbeiten. Ich habe auf einer Station gearbeitet und erlebt:

Zwei Psychologinnen arbeiteten je 0,75 also 1,5 Stellen zusammen. Die Beiden haben das mit der Betriebsleitung so organisiert, dass jede vier Monate im Jahr, die eine in der Karibik und die andere in Thailand war. Aber wir hatten auf der Station eine durchgängige psychologische Besetzung. Das geht nicht immer, aber man kann es fördern.

Angehörigenpflege und Beruf

Wir haben zusammen mit der Personalvertretung ein Programm entwickelt, das jetzt durch den neu eingeführten gesetzlichen Anspruch ergänzt wird.

Rückkehrgarantien

Nach 10 oder 15 Jahren Arbeit will sich jemand in der Selbstständigkeit ausprobieren. Z.B. eine Ergotherapeutin hat eine Kneipe aufgemacht. Das kann schief gehen, Lebensrisiko. In dieser Situation zu sagen: »OK, mach es mal zwei drei Jahre, solange beurlauben wir Dich. Wenn es gut geht, machst Du die Kneipe weiter. Wenn es nicht gut geht, kommst Du zurück.« Diese Grundhaltung hat was mit *MitarbeiterInnenfreundlichem Betriebsklima* zu tun und auch mit Fairness. Wir wollen Dich entwickeln. Wir wollen Dich nicht nur auszunutzen.

Entlastung, Unterstützung

Die Arbeit mit psychisch kranken PatientInnen ist extrem belastend, das wissen Sie. Das saugt extrem aus, man sieht es gar nicht. PraktikantInnen oder AnfängInnen fragen ja manchmal zu Beginn: Was tun die den ganzen Tag außer Kaffee trinken und schwätzen, das kann doch nicht belastend sein. Und sie merken nach vier Wochen, dass sie abends total fertig sind. Dass die Arbeit mit psychisch Kranken anders belastet und erschöpft.

Es gilt, diese »Akkus« wieder aufzuladen, das ist nicht nur unser Anliegen, sondern unsere Aufgabe. Es gibt Entlastungen bei Problemen auf verschiedenen Ebenen, von der Teamsupervision bis zu geregelter Trauma Nachsorge, wenn ein/e PatientIn einer Station sich suizidiert hat. Was passiert? Wie läuft das ab? Kommt ein/e PsychotherapeutIn? – Aber auch bei psychischen Belastungen im Lebensumfeld. Wir als große Einrichtung für psychisch Kranke achten darauf, dass unsere MitarbeiterInnen Zugang haben zu externen oder internen TherapeutInnen.

Belastung am Arbeitsplatz

Wir untersuchen im Rahmen eines Projektes die spezifische Belastung an einzelnen Arbeitsplätzen. Was macht am einzelnen Arbeitsplatz Stress? Was stresst einen Krankenpfleger auf der Station X? Was stresst uns im ambulanten Bereich? Und was kann man dagegen tun? Gibt es spezifische Stressoren, vielleicht auch abhängig

von den Diagnosen der behandelten PatientInnen? Auf einer Depressionsstation wird man anders belastet als auf einer Schizophreniestation? Zurzeit werden Daten erhoben und wenn die Ergebnisse vorliegen, dann wollen wir gezielt Maßnahmen entwickeln.

Selbsterfahrung:

Ältere MitarbeiterInnen haben viel dafür investiert. Heute lernt man Management und vergisst den Aspekt, was machen PatientInnen eigentlich mit mir?

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM MitarbeiterInnen).

Wir trennen das Gesundheitsmanagement in zwei Bereiche;

- a) Den allgemeinen Ansatz, Beispiel Rückenschule.
- b) Den spezifischen Ansatz für MitarbeiterInnen, die Belastungen durch die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ausgesetzt sind. Damit beschäftigt sich der oben genannte Forschungsansatz. Ergebnisse liegen noch keine vor.

Was wird uns zukünftig beschäftigen?

Beschäftigtengruppe 60+

Die älteren MitarbeiterInnen nehmen zu. Den Takt, den wir heute auf der Station fahren, kann man mit 60+ immer schwerer mitmachen, Schichtdienst usw. Wenn auf einer Station mehrere Personen mit 60+ eingesetzt sind, wird es schwierig. Wir haben noch kein Konzept für diese Konstellation, Altersteilzeit oder Reduzierung der Wochenarbeitszeit und ähnliches könnte etwas helfen. Ich kann Ihnen nur sagen, dass wir das Thema bearbeiten. Wir müssen etwas tun für Menschen im Übergang zwischen 60 und 67. Wenn die Beschäftigten bis 67 arbeiten sollen, dann geht das nicht unter den Rahmenbedingungen, wie wir jetzt die Station und die Behandlung organisieren. Eine Lösung haben wir noch nicht.

Informationsmanagement:

Jeder hat sein Handy und freut sich darüber. Es gibt eine breite Diskussion, ob wir wie Daimler Benz die dienstlichen Handys und den Mail-Server ab einer bestimmten Uhrzeit abschalten.

Soziale Sicherheit:

Wir sind bisher ausreichend finanziert, unter PEPP könnte sich das – siehe die Erfahrungen im DRG Bereich – für viele Einrichtungen ändern. Was machen wir, wenn es wirklich eng wird? Wir haben bereits Probleme im Bereich Psychosomatische Reha. Da stimmt die Finanzierung hinten und vorne nicht mehr. Wir haben

Probleme im SGB XI Bereich, die Vergütungssätze sind so knapp geworden, dass wir keine ordentlichen Arbeitsbedingungen (Tarif) mehr bieten können, und wir wollen die Standards nicht runter fahren. Wie geht es hier weiter? Wir beschäftigen uns mit dem Thema Überlastung zusammen mit Verdi. Wir versuchen Kriterien zu finden, was ist denn Überlastung?

Die Ausgangsfrage war »MitarbeiterInnenfreundliches Betriebsmanagement«. Wir versuchen MitarbeiterInnenzufriedenheit ernst zu nehmen. Ich glaube, es geht um die Grundhaltung. Es geht gar nicht primär um diese Aufzählung von Maßnahmen wie fünf Tage Fortbildung etc. Es geht um die Grundhaltung gerade in unserem Bereich der Arbeit mit psychisch kranken Patienten. Nur gesunde und sich in Balance befindliche MitarbeiterInnen und können unsere Aufgaben erfüllen. Kranke MitarbeiterInnen, die »am Stock gehen« physisch oder psychisch, können psychisch kranke PatientInnen nicht behandeln. Und darum ist es für uns eine zentrale Unternehmensaufgabe, die MitarbeiterInnen in den Mittelpunkt zu stellen.

Es ist die politische Aufgabe des Managements darauf hinzuwirken, dass die Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass MitarbeiterInnenfreundliches Management möglich bleibt oder möglich wird, und die Ressourcen auch in Zukunft ausreichen. Wir werden sonst unsere Aufgabe – die Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen – nicht mehr erfüllen können.

Personenzentrierte Arbeitsorganisation

Heinrich Kunze

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

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

Das *Problem* ist die Zuständigkeit nach Maßnahmeformen.

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

Die Fragmentierung der Beziehungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

> < = Kontinuität oder Schnittstelle?

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

Patienten > < Therapeuten
Angehörige > < Therapeuten

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

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

Abb. 1

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

Integrierte Behandlung durch die Klinik – bei sektoraler Finanzierung

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

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

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

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

Literatur

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

VII Beziehungsqualität bei Bedarfsermittlung und Begleitung

Hilfeplanung in Verantwortung des Leistungsträgers

Jürgen Langenbacher

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) erledigt als höherer Kommunalverband Aufgaben, die die Verwaltungskraft der einzelnen Mitgliedskörperschaft übersteigen. Zum LVR gehören 13 kreisfreie Städte und 12 Landkreise der alten preußischen Rheinprovinz, sowie die Städtereion Aachen.

Er ist überörtlicher Träger der Sozialhilfe, mit dem LVR-Integrationsamt Träger der Hilfen für behinderte Menschen im Beruf, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge,

Träger von psychiatrischen und heilpädagogischen Einrichtungen, Landesjugendamt, Träger von Schulen für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung, Träger von Museen und Kultureinrichtungen und kümmert sich um Kultur- und Bodendenkmalpflege.

Als überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist der LVR unter anderem zuständig für rund 22.400 Menschen mit Behinderung in stationären Wohneinrichtungen, für rund 32.300 Menschen mit Behinderung im selbständigen Wohnen mit ambulanter Unterstützung und etwa 32.500 Menschen mit Behinderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Dafür wendet er über 2,2 Mrd. Euro pro Jahr auf.

Angesichts dieser Zahlen bin ich sehr froh, dass die APK meinen Beitrag mit der Überschrift »Hilfeplanung in Verantwortung des Leistungsträgers« und nicht mit der Überschrift »Bedarfsermittlung in Verantwortung des Leistungsträgers« versehen hat. Es wäre dem LVR schlicht nicht möglich, in rund 50.000 Fällen Jahr für Jahr den Bedarf zu ermitteln, sprich den Hilfeplan mit den Leistungsberechtigten zu schreiben. Hierfür bedient sich der LVR Beratungsstellen und der Leistungsanbieter. Die Hilfeplanung, die Fallsteuerung nimmt der LVR jedoch in jedem Einzelfall wahr.

Was macht nun der brave Verwaltungsmitarbeiter, bevor er sich zu einem Thema äußert?

Er schaut ins Gesetz.

Herr Rosemann hat in seinem Beitrag ja bereits erwähnt, dass im SGB II vorgesehen ist, den Leistungsberechtigten einen persönlichen Ansprechpartner zur Seite zu stellen und damit ist auch das Thema Beziehung unmittelbar angesprochen.

Ansonsten findet man in keinem der Sozialgesetzbücher einen direkten Hinweis darauf, wie die Beziehung zwischen Behörde und Leistungsberechtigten zu gestalten ist. Es gibt aber durchaus Hinweise im Gesetz, wie sich der Gesetzgeber Verwaltungshandeln dem Grunde nach vorstellt:

Da ist zum Beispiel der § 18 Abs. 1 SGB XII Einsetzen der Sozialhilfe:

»Die Sozialhilfe, mit Ausnahme der Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, setzt ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe oder

den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen.«

Es ist also kein besonderer Antrag erforderlich. Die bloße Kenntnis des Sozialhilfeträgers reicht aus, um ein Tätigwerden auszulösen. Sozialhilfe soll für Leistungsberechtigte möglichst einfach zugänglich sein.

Dieses Tätigwerden schließt den Untersuchungsgrundsatz nach § 20 SGB X mit ein. Die Behörde ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie hat alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen. Auch hier soll den Bürgerinnen und Bürgern der Zugang zu Leistungen nicht durch bürokratische Hürden erschwert werden.

Spätestens aber, wenn es um konkrete Leistungen geht, kommt die Behörde nicht umhin, sich individuell mit jedem einzelnen Fall zu beschäftigen:

§ 9 SGB XII Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles:

»Die Leistungen richten sich nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den örtlichen Verhältnissen, den eigenen Kräften und Mitteln der Person oder des Haushalts bei der Hilfe zum Lebensunterhalt. Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.«

Wenn nicht bereits hier, so muss die Behörde spätestens bei der Aufstellung des Gesamtplanes nach § 58 SGB XII in Kontakt, in Beziehung zu den Leistungsberechtigten treten.

An diesen Beispielen wird die Haltung des Gesetzgebers deutlich: Sozialhilfe und damit auch die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung soll eine Hilfe sein, die für die Leistungsberechtigten möglichst unkompliziert zugänglich ist.

Wie das im Verwaltungshandeln aussehen kann, werde ich etwas später noch beispielhaft darstellen.

Ich möchte nun darauf eingehen, wie Hilfeplanung in Verantwortung des LVR aussieht. Dafür ist der 01.07.2003 ein wichtiges Datum. Nicht, weil dies mein erster Arbeitstag beim LVR war, sondern weil zu diesem Datum die beiden Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen die Zuständigkeit für alle Wohnhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung erhalten haben.

Vor dem 01.07.2003 waren die örtlichen Träger der Sozialhilfe für ambulante Wohnhilfen und die beiden Landschaftsverbände für stationäre Wohnhilfen, also für Wohnheimbetreuung zuständig.

Die Steuerungsmöglichkeiten im Sinne des Gesetzgebers und im Sinne von ambulant vor stationär hielten sich vor diesem Datum in überschaubaren Grenzen, zumal es in manchen Regionen keine ambulanten Angebote zur Unterstützung selbständigen Wohnens gab.

So bildeten sich Steuerungsaktivitäten in der Einzelfallbearbeitung des LVR damals so gut wie nicht ab: Es wurde fast ausschließlich in Schriftform kommuniziert, zu Leistungsberechtigten gab es fast keine persönlichen Kontakte, die Bewilligungen orientierten sich eher am örtlich vorhandenen Hilfeangebot, als an den Unterstützungsbedarfen der Leistungsberechtigten, es gab keine in die Zukunft

gerichtete Hilfeplanung, sondern Entwicklungsberichte, die wie der Name schon sagt, über vergangene Zeiträume berichteten. Nach dem 01.07.2003 änderte sich dies grundlegend. Es fand ein Paradigmenwechsel weg von der einrichtungsorientierten hin zur personenzentrierten Hilfestellung statt.

Natürlich werden unsere Akten nach wie vor in Schriftform geführt, es finden aber auch persönliche Gespräche mit Leistungsberechtigten z. B. in Hilfeplankonferenzen statt.

Die Hilfestellung fußt auf einer in die Zukunft gerichteten Planung und ist am individuellen Unterstützungsbedarf der Leistungsberechtigten ausgerichtet. Dafür hat der LVR verschiedene Steuerungs- und Planungsinstrumente eingeführt.

Regionalkonferenzen bringen alle regionalen Akteure, also örtliches Sozialamt, Gesundheitsamt, Leistungsanbieter und Landschaftsverband Rheinland mit dem Ziel an einen Tisch, regionale Fragestellungen auch dort zu lösen und die Angebote vor Ort gut mit denen des LVR und umgekehrt abzustimmen.

Beim LVR wurde der Medizinisch Psychosoziale Fachdienst ins Leben gerufen. Dieser unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LVR in allen fachlichen Fragen, die im Zuge der Fallbearbeitung auftreten können.

Der LVR nutzt bestehende Beratungsangebote, wie die Sozialpsychiatrischen Zentren, um Leistungsberechtigten bei der Erstellung der Hilfeplanung zu unterstützen oder hat – für Menschen mit einer geistigen Behinderung – mit den KoKoBe, den Kontakt-, Koordinierungs- und Beratungsstellen, solche Angebote neu geschaffen.

Es wurde die individuelle Hilfeplanung eingeführt, die vom ebenfalls neu eingeführten Fallmanagement begleitet wird. In allen Mitgliedskörperschaften wurden, soweit es sie noch nicht gab, Hilfeplankonferenzen eingerichtet.

Vergütet werden ambulante Unterstützungsleistungen zum selbständigen Wohnen nach dem Fachleistungsstunden-System, d.h. auch über die Vergütung werden individuelle und passgenaue Hilfen abgebildet.

Die eigentliche Hilfeplanung erfolgt dann durch das Fallmanagement mit dem Individuellen Hilfeplan und der Hilfeplankonferenz, weshalb ich diese drei Instrumente ein wenig näher beleuchten will.

Der Individuelle Hilfeplan:

Der Individuelle Hilfeplan ist ein Planungsverfahren.

Als solches besteht es aus Zielen, Analysen und Maßnahmen und folgt bestimmten methodischen Schritten. Der Bogen hat die Aufgabe, den methodischen Gang zu unterstützen.

Der Hilfeplan ist ein dialogisches Verfahren. Er kann nur mit der leistungsberechtigten Person gemacht werden.

Leider ist in Hilfeplänen immer wieder zu lesen, dass die leistungsberechtigte Person sich wegen der Schwere der Behinderung nicht zu den Fragen des Hilfeplans äußern könne.

Dies kann nicht sein! Jeder Mensch kann sich in irgendeiner Art und Weise äußern. Es ist Aufgabe der Fachleute, den Hilfeplan mit der leistungsberechtigten Person zu erstellen und deren Äußerungen ggf. zu »übersetzen«. Dies ist durch geeignete fachliche Vorgehensweisen je nach Art und Ausprägung der Behinderung sicherzustellen. Der LVR hat hierfür z. B. einen Materialienkoffer entwickelt, der es Menschen, die z. B. nicht lesen und schreiben können, ermöglicht, sich über Bilder oder mittels Puppen mitzuteilen.

Das Fallmanagement:

Die Fallmanagerinnen und Fallmanager beim LVR sind LVR-Expertinnen für »Wohnen, Arbeit und Freizeit«.

Sie führen die Hilfeplanung durch und vertreten den LVR in Hilfeplankonferenzen und Fachausschüssen der WfbM.

Ihnen obliegt die Durchführung einer sozialräumlich denkenden Sozialplanung. Hierzu ist aber anzumerken, dass dies ein sehr aufwändiges und langfristiges Geschäft ist, da der LVR im Gegensatz zu seinen Mitgliedskörperschaften nicht über Straßen, Plätze oder ähnliche Örtlichkeiten verfügt, die er »bepflanzen« oder überplanen kann. Er kann daher nur sein Fachwissen in örtliche Planungen einbringen oder auf Leistungsanbieter entsprechend einwirken, wenn dort Veränderungsprozesse anstehen.

Das Fallmanagement ist Ansprechpartnerin für die Leistungsanbieter und zuständig für Qualitätskontrollen, falls solche erforderlich werden.

Die Hilfeplankonferenz:

Die Hilfeplankonferenz ist ein Gremium, das Fachleute aus der Region und deren Wissen um die örtlichen Besonderheiten mit dem Fallmanagement zusammenbringt und im Einzelfall ein fachliches Votum, eine fachliche Expertise abgibt und so den LVR bei der Entscheidung unterstützt.

Damit ist eine Steuerung vor Ort unter Einbeziehung aller Beteiligten möglich.

Die Hilfeplankonferenz prüft den Bedarf auf Plausibilität, erörtert mögliche Hilfen und kommt im Ideal- und Normalfall in der Sitzung gemeinsam mit dem Fallmanagement zu einer Entscheidung.

Damit wird regionale Verantwortung gestärkt und die Entscheidungswege verkürzt, wenn das Fallmanagement bereits in der Sitzung seine Entscheidung trifft und mitteilt.

Die Hilfeplankonferenzen arbeiten nach rheinlandweit einheitlichen Kriterien. Soweit die wichtigsten Planungs- und Steuerungsinstrumente des LVR.

Wie kann sich nun der eingangs skizzierte Wille des Gesetzgebers nach möglichst unkomplizierten Zugangswegen im Verwaltungshandeln und in der Arbeit in und mit den dargestellten Planungs- und Steuerungsinstrumenten und im Kontakt, in der Beziehung zu den Leistungsberechtigten niederschlagen?

Hierzu formuliere ich die These, dass die Qualität der Beziehung in der Bedarfsermittlung entscheidend von der Haltung und dem Aufgabenverständnis der handelnden Person abhängig ist.

Deutlich werden kann die Haltung der handelnden Person an der Frage »Wie trete ich als Behörde gegenüber den Leistungsberechtigten auf?«. Trete ich als Behörde im Sinne eines Über- und Unterordnungsverhältnis auf und lasse dies die Bürgerinnen und Bürger auch spüren? Oder begegne ich den Leistungsberechtigten auf Augenhöhe? Ist mein Selbstverständnis meiner Aufgabe eher das des »Gralshüters der Steuergelder« oder sehe ich es als meine Pflicht an, Hilfebedarfe zu ermitteln und zu decken?

Was damit gemeint ist, kann man am Beispiel eines Hinweises auf die Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten schön verdeutlichen:

Man kann Leistungsberechtigte so auf ihre Mitwirkungspflichten hinweisen:

»Auf Ihre Mitwirkungspflichten gemäß §§60–67 SGB I (Sozialgesetzbuch –allgemeiner Teil-) mache ich Sie aufmerksam. Sie sind verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungsgewährung erheblich sind. Sollten Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen bin ich berechtigt, die beantragte Hilfe gemäß §66 SGB I abzulehnen.«

Dies ist formal wie auch juristisch korrekt. Ob eine solche Formulierung jedoch immer und schnell zum Ziel, z. B. bestimmte Unterlagen bis zu einem bestimmten Datum zu erhalten, führt, darf hinterfragt werden. Als Sachbearbeiter habe ich mir durchaus auch Formulierungen wie diese erlaubt:

»Auf Ihre Mitwirkungspflichten gemäß §§60–67 SGB I (Sozialgesetzbuch –allgemeiner Teil-) mache ich Sie aufmerksam. Bitte übersenden Sie mir bis zum xx.xx. xx Dies & Das. Wenn Sie das nicht machen, darf ich Ihren Antrag ablehnen. Dann müssen Sie die Hilfe xxx selbst bezahlen.«

Die Erfahrung mit dieser zweiten Formulierung war, dass sie meist verstanden wurde und so gut wie immer zum Ziel führte.

Zugegeben: Hier kommt durchaus das oben angesprochene Über- und Unterordnungsverhältnis zum Ausdruck. Zumindest sprachlich begibt man sich aber mit der zweiten Formulierung auf Augenhöhe mit dem Leistungsberechtigten, was der vom Gesetzgeber gewollten Niederschwelligkeit der Sozialhilfe entspricht.

Im persönlichen Kontakt zu Leistungsberechtigten drückt sich die Haltung der handelnden Behördenmitarbeiterinnen und –mitarbeiter in der Art des Zugehens auf Leistungsberechtigte aus: Gehe ich offen und wertschätzend auf Leistungsberechtigte zu oder vermute ich hinter jeder Äußerung der Leistungsberechtigten Gier und Missbrauch? So kann ich im ersten Fall freundlich zugewandt Unterstützungsbedarfe behutsam erfragen. Im zweiten Fall werde ich eher Leistungsberechtigte in Rechtfertigungsdruck bringen und mir ihren Bedarf rechtfertigend erklären lassen.

Für das Gelingen eines persönlichen Kontaktes in einer Hilfeplankonferenz oder einem Budgetgespräch will ich beispielhaft folgende Wirkfaktoren nennen:

- Die Freiwilligkeit der Teilnahme. Dies gilt natürlich insbesondere für die Hilfeplankonferenz. In einem Budgetgespräch zum persönlichen Budget wäre

es schon hilfreich, wenn die Budgetnehmerin, der Budgetnehmer anwesend wäre.

- Die Barrierefreiheit. Dies gilt sowohl für die Räumlichkeiten, wie auch für die Sprache.
- Die Raumgestaltung. Diese kann durchaus je nach Behinderungsart der Leistungsberechtigten unterschiedlich sein. Ein Raum, der für viele gemütlich und ansprechend aussieht, kann für Menschen mit Autismus eher verwirrend sein.
- Größe des Gremiums. Hier muss man sich klar machen, dass man in einem solchen Hilfeplankonferenz-Gespräch oder Budget-Gespräch über höchst private und mit für die Leistungsberechtigten problembehaftete Themen redet. Dies fällt in kleiner Runde sicherlich leichter, als im großen Gremium.
- Teilnehmerkontinuität gewinnt insbesondere bei Folgeterminen oder Beratung von Folgeanträgen an Bedeutung, da dann Hilfebedarfe besser eingeordnet werden können.
- Termingestaltung/Wartezeiten. Lange Wartezeiten auf womöglich tristen Fluren tragen sicherlich nicht dazu bei, dass Leistungsberechtigte entspannt über ihre Hilfebedarfe reden.
- Willkommenskultur/Gesprächskultur. Entscheidend für den Verlauf eines solchen Gespräches ist die Atmosphäre, in der dies stattfindet. Ein Gefühl des Willkommen-Seins und eine wohlwollende, wertschätzende Gesprächskultur können einen wichtigen Beitrag dazu leisten.
- Recht auf Privatsphäre. Insbesondere in der Hilfeplankonferenz ist es wichtig, den Leistungsberechtigten mitzuteilen, dass sie ein Recht auf Privatsphäre haben und nicht auf alle Fragen antworten müssen, dass die anwesenden Hilfeplankonferenz-Mitglieder in der Lage sein müssen, auch nur anhand des Hilfeplanes den Unterstützungsbedarf festzustellen.
- Dies alles zu steuern und handzuhaben ist die hohe Kunst der Moderation und Gesprächsführung, deren Bedeutung nicht unterschätzt werden darf.

Aus den vorgenannten Punkten zur Beziehung im Verwaltungsverfahren und im Gespräch in der Hilfeplankonferenz oder im Budget-Gespräch wird – so meine ich zumindest – die Haltung des LVR deutlich.

Mit persönlich ist wichtig, dies meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern immer wieder nahe zu bringen und zur Grundlage ihrer Arbeit zu machen.

Ich will diese Haltung wie folgt skizzieren:

- Menschen mit einer Behinderung sind Bürgerinnen und Bürger ihres Landes.
- Sie haben ein Recht auf Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft sowie auf Selbstbestimmung.
- Sie fordern Rechte – keine Gefälligkeiten.
- Der behinderte Mensch im Mittelpunkt: Anpassung der Angebote an den Bedarf und nicht umgekehrt.

Hilfeplanung durch koordinierende Bezugsperson

Klaus Obert

Mit dem Beitrag soll die Unabdingbarkeit des flexiblen, niederschweligen, ambulant aufsuchenden, an komplexen Problemlagen orientierten Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatzes in der Betreuung und Begleitung mit chronisch psychisch kranken Menschen zur Gewährleistung regionaler Versorgungsverpflichtung und Förderung des gelingenderen Alltags vermittelt und verdeutlicht werden. Die an der komplexen Problemlage ihrer Adressat/-innen ausgerichtete Methodik auf der Grundlage des Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatzes stellt an die in der Sozialpsychiatrie Handelnden eine besondere Herausforderung an ihre fachliche, persönliche und methodische Kompetenz dar. An Hand von drei Fallvignetten will ich die niederschwellige, auf Beziehung, Vertrauen und Kontinuität basierende Herangehensweise darstellen.

1. Leitlinien der Sozialpsychiatrie

Die Leitlinien sozialpsychiatrischer Arbeit, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit dem damit verbundenen Menschenbild, ihre Handlungsweise und Methodik sowie ihre politischen Implikationen decken sich de facto mit den Leitlinien und Maximen des Alltags- und Lebensweltorientierten Ansatzes (OBERT, 2001, S. 133–138). Beide stellen den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem Anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressatinnen und Adressaten, die Anerkennung der Würde des Gegenüber in seinem So-Sein und seiner Gewordenheit innerhalb eines sozialen Netzes sind die grundlegenden Voraussetzungen Alltags- und Lebensweltorientierten, sozialpsychiatrischen Handelns (Menschenbild).

Der Mensch wird darin als soziales Wesen gesehen mit der Aufgabe, in der Interaktion mit bedeutsamen Anderen und seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm allererst ermöglichen, das Aufgegebene (die Alltagsaufgaben) zu bewältigen und das Neue zu integrieren.

Wenn dieser Ausgleich und die dynamische Balance von Individuum und Umgebung auseinanderdriften und damit Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten nicht (mehr) in adäquatem Maße vorhanden sind, können Spannungen, Irritationen, Missverständnisse und in fließendem Übergang krankheitsrelevante Verhärtungen entstehen, die einen misslingenden Alltag wahrscheinlich werden lassen (THIERSCH 1996).

Der diesem Konzept aus der Alltagstheorie zugrundeliegende multifaktorielle Ansatz beruht auf der Prämisse des Zusammenwirkens von somatisch-genetischer Konstitution, psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten sowie prekären materiellen und sozialen Lebensbedingungen, was letztlich zur

Manifestation einer psychischen Erkrankung führt (führen kann) oder einen Erkrankungsrückfall auslösen kann (Verständnis von Gesundheit und Krankheit).

Wesentliches Ziel einer alltagstheoretisch, phänomenologisch und gleichzeitig politisch sich begründenden professionellen Praxis Sozialer Arbeit besteht darin, zu einem »gelingenderen Alltag« (Thiersch 1996) für den Einzelnen und seiner Umgebung in einer fachlich begründeten Weise derart beizutragen, dass die Aufgaben in der Spannung von positiver Routine und der Integration von Neuem von den Menschen zunehmend autonom bewältigt werden können.

2. Lebenslage (chronisch) psychisch kranker Menschen und die besondere Bedeutung der psychischen Erkrankung

Die Lebenslage der von den Diensten und Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes betreuten und begleiteten (chronisch) psychisch kranken Menschen kennzeichnet sich wesentlich dadurch, dass sie sich am Rande des gesellschaftlichen Alltags befinden in prekären und brüchigen Konstellationen, d. h. in materieller Armut häufig in Verbindung mit Schulden, in prekären Wohnsituationen gepaart mit langfristiger Arbeitslosigkeit, Isolierung, Alleinsein und – weitgehend ausgegrenzt vom gesellschaftlichen Leben in wechselseitigem Zusammenhang mit der besonderen Bedeutung, welche die psychische Erkrankung im Leben der betroffenen Menschen einnimmt.

So sind z. B. 93 % der von den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDis) in Stuttgart (2013) betreuten Menschen arbeitslos, 61 % leben alleine (und häufig isoliert), über 60 % haben Schwierigkeiten mit ihrer Wohnsituation, bzw. leben in prekären Wohnverhältnissen, 44 % leiden an einer schizophrenen Störung, 22 % an einer affektiven Störung, 12 % an einer Persönlichkeitsstörung.

Vorrangig geht es in der sozialpsychiatrischen Arbeit um jene psychisch erkrankten Menschen, die sich häufig schwertun, ihre Erkrankung in die Bewältigung von Alltagsaufgaben zu integrieren (in der medizinischen Sprachweise mit dem eher diskriminierenden Begriff der fehlenden Krankheitseinsicht versehen); psychisch kranke Menschen, die von weitgehender gesellschaftlicher Ausgrenzung betroffen sind und gleichzeitig aber einen hohen und komplexen Hilfebedarf aufweisen. Deshalb findet konsequenterweise die Begleitung und Betreuung dieser Menschen in der Form einer flexiblen, ambulant aufsuchenden Tätigkeit in der Lebenswelt der Adressaten statt.

Der Umgang der Klient/-innen mit ihrer psychischen Erkrankung bestimmt die Lebenslage und individuelle Lebensführung der Betroffenen nicht unwesentlich mit und ist in der Regel der Anlass für das professionelle Tätigwerden.

Die psychische Erkrankung ist eng verflochten mit dem Alltag der Betroffenen und ihrer Umgebung. Die Komplexität der Lebenswelt nimmt Einfluss auf die psychische Erkrankung. Umgekehrt nimmt die Erkrankung Einfluss auf die Gestaltung und die Bewältigung des Alltags.

Im professionellen Handeln geht es darum Wege zu finden, damit psychisch kranke Menschen realitätsorientierter und angemessener mit der psychischen Er-

krankung im Alltag zurecht kommen. Die Einschränkung der Wahrnehmung und Auseinandersetzungsfähigkeit geht in nicht wenigen Fällen so weit, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zumindest in der Interaktion mit der Umgebung von den Betroffenen so nicht gesehen ja geradezu abgelehnt wird.

Die Formen des Umgangs der Betroffenen mit der Erkrankung gehen fließend ineinander über, wobei das Ziel des professionellen Tätigseins immer ein selbstbestimmterer Umgang mit der Erkrankung ist. Erforderlich dafür ist eine alltagsbezogene, reflexive, pragmatische Orientierung, welche die Verringerung des Leidensdrucks und die damit zusammenhängenden sozialen Folgen für die Betroffenen und für das jeweilige soziale Umfeld zum Ausgangspunkt und zum Ziel haben. Es geht um die Suche nach Umgangsweisen, die in den gegebenen Möglichkeiten das Aushalten und Zusammenleben gestatten und die Lebensqualität fördern. Voraussetzung dafür ist aber der Aufbau und die Pflege eines stabilen Kontaktes und einer von Kontinuität getragenen Vertrauensbeziehung.

An den folgenden Fallbeispielen sollen diese theoretischen Erläuterungen konkretisiert werden. Es handelt sich um drei typische Fallbeispiele aus dem sozialpsychiatrischen Alltag; das eine bezieht sich ausschließlich auf die oft mühselige und zeitaufwendige Entstehung eines Kontaktes und einer Beziehung, die beiden andern schildern den Verlauf sozialpsychiatrischer Arbeit in der Lebenswelt der Betroffenen. Darin wird deutlich, dass langfristige, kontinuierliche Beziehungen konstitutiv sind und nur darüber Vertrauen entstehen kann.

3. Fallbeispiele

Herr K.: Eine schwierige und sperrige Anfangssituation

Anfragesituation:

Die Leiterin der Angehörigengruppe schildert uns die Anfrage eines Vaters, der sich in seiner Not an sie gewandt hatte. Sie bittet uns um Unterstützung des Vaters.

Der Vater von Herrn K. ruft danach umgehend an und erzählt ausführlich sein Problem: Sein Sohn, 40 Jahre alt, war wegen einer paranoiden Psychose, in deren Verlauf er gegenüber einer anderen Person tötlich wurde, zwangsuntergebracht. Nach der Entlassung habe Herr K. mit seiner Unterstützung eine Wohnung im Einzugsgebiet unseres SpDis bezogen. Nach und nach sei er wieder paranoid geworden, fühle sich vom Geheimdienst verfolgt und sei davon überzeugt, dass der Vermieter, der unter ihm wohne und ein weiterer Mieter im Hause, die Aktivitäten der Verfolger unterstützen. Deswegen sei es auch schon zu lautstarken und fast tätlichen Auseinandersetzungen zwischen den Hausleuten und seinem Sohn gekommen. Die Vermieter hätten ihm (Vater) am Telefon mitgeteilt, dass sie wegen dieser Vorfälle und des Rückstandes zweier Monatsmieten eine Kündigung mit Räumungsklage in Erwägung zögen. Er fühle sich völlig hilflos. Sämtliche Versuche, mit seinem Sohn aus seiner Sicht vernünftig zu reden, seien gescheitert. Er wisse nicht mehr weiter und bittet uns um Unterstützung und Hilfe.

Schnelle Entscheidungen und zügiges Handeln

Die Situationsschilderung lässt auf eine akute Erkrankung schließen. Nach den Angaben des Vaters sind Selbst- und Fremdgefährdung nicht mehr auszuschließen. Ich versichere ihm, mich umgehend wegen der drohenden Kündigung mit Räumungsklage und wegen der Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit seinem Sohn in Verbindung zu setzen. Der Vater ist damit einverstanden, dass ich mich bei der Kontaktaufnahme auf ihn beziehen könne. Er bedankt sich für die schnelle Unterstützung. Wir vereinbaren, telefonisch miteinander in Verbindung zu bleiben.

Aufgrund der zugespitzten Lage, die dem Bericht des Vaters zu entnehmen war, entschließen wir uns außerdem, parallel zu Herrn K. mit den Vermietern Kontakt aufzunehmen, um über deren Informationen mehr über die aktuelle Situation zu erfahren und ein umfassenderes Bild als Grundlage für eine adäquate Entscheidung herstellen zu können. Die Vermieter bestätigen die Informationen des Vaters und sind zunächst einmal beruhigt, dass der SpDi miteinbezogen wurde. Sie wollten sich wieder an uns wenden, wenn irgendetwas vorkommen sollte. Gleichzeitig entschließen wir uns nach reiflicher Überlegung, prophylaktisch mit dem Amt für öffentliche Ordnung Kontakt aufzunehmen. Wir vereinbarten mit dem Amt für öffentliche Ordnung, gemeinsam einen Besuch bei Herrn K. abzustatten, falls Herr K. keinen Kontakt zuließe. Von dort werden unsere zügig getroffenen Maßnahmen unterstützt, da seit kurzem ein Polizeibericht vorliegt, aus dem hervorgeht, dass er an einer Fußgängerampel gegenüber einer Frau tötlich wurde, weil sie nach seinen Worten mit dem Geheimdienst in Verbindung stehe. Gleichzeitig wurden leichtere Schnittwunden an seinen Unterarmen von der Polizei festgestellt, die auf Suizidversuche schließen lassen. Im Verlauf des später entstandenen Kontaktes teilten wir Herrn K. mit entsprechender Begründung diese verschiedenen Informationen und deren Quellen mit.

Die ersten Termine im SpDi und die langsame Entstehung einer Beziehung

Auf die schriftliche Einladung erscheint Herr K. zum Termin. Ein Gespräch über seine psychische Erkrankung ist überhaupt nicht möglich. Obwohl er ein großes Bedürfnis hat, seine »Geschichten« loszuwerden, hätte die Konfrontation mit seinen Phantasien und Wahnideen in den ersten Gesprächen sofort wieder zu einer Beendigung des Kontaktes geführt. Selbst nach geraumer Zeit gestaltete sich das Gespräch zu diesem Thema immer noch äußerst schwierig. Der Versuch, ihn einmal direkt darauf anzusprechen, ob ihm vielleicht Medikamente helfen könnten, dass er schon des Öfteren in stationärer psychiatrischer Behandlung war und seine Ideen eventuell mit seinem Innenleben zu tun haben könnten, führten zum direkten Abbruch des Gespräches. Seine Antwort war deutlich: Er habe eine Ausbildung zum Krankenpflegehelfer in der Psychiatrie absolviert. Da bräuchte ich ihm nicht sagen, was psychische Erkrankungen sind. Er wisse dies. Und er wisse auch, dass

er nicht psychisch krank sei. Nach verschiedenen Einladungsschreiben meinerseits nahm er den Kontakt jedoch wieder auf.

Nur die Räumungsklage und die noch bestehenden Restschulden bei ehemaligen Bekannten konnte er als Thema zulassen und mit mir bearbeiten. Gleichzeitig entschied ich nach Rücksprache im Team, mich nur auf diese Themen einzulassen, da in der Anfangsphase nur darüber ein kontinuierlicher Kontakt und eine Vertrauensbeziehung entstehen konnten. Durch Absprachen mit den Gläubigern konnte ich ihn konkret darin unterstützen, dass ihm die Restschulden erlassen wurden.

Ebenso erfuhr er konkrete Hilfe bei der Räumungsklage. Wir suchten mit ihm zusammen einen Rechtsanwalt. Wir berieten und unterstützten ihn in seiner Entscheidung, sich um eine neue Wohnung zu bemühen. Die Informationen über die dazu erforderlichen Schritte erhielt er ebenfalls über uns. Nachdem über den städtischen Vermieter ein Wohnungsangebot vorlag und er dieses annehmen konnte, wurde der konkrete Umzugstermin mit ihm festgelegt und der Umzug mit ihm durchgeführt. Die konkrete Hilfe führte in Verbindung mit Gesprächen über sein Identitätsproblem als Mann sowie dem Anhören seiner Wahnideen im Verlauf eines Jahres zu einer stabilen Vertrauensbeziehung. Die Termine fanden ca. ein- bis dreimal pro Woche statt.

Allerdings bedurfte es auch hier einer langen Anlaufphase und einem nicht drängenden, aber doch stetigen Insistieren auf dem Kontakt, da er in den ersten Monaten die Hälfte der Termine nicht wahrnahm und wir ihn immer wieder von Neuem einladen mussten. Mit dem Umzug in die neue Wohnung war die Anfangsphase nach etwas mehr als einem Jahr beendet.

Zusammenfassung

Aufgrund der ersten Informationen waren schnelle Entscheidungen und schnelles Handeln erforderlich. Ein längeres Abwarten schien uns zu riskant angesichts der Tatsache, dass wir Herrn K. noch nicht kannten und der vorliegenden Informationen: Drohende Wohnungslosigkeit, gereizte und angespannte Lage im Hause, eine nicht allzu lange zurückliegende Zwangsunterbringung, die mit Tätlichkeiten einherging. Deswegen erfolgten auch Anrufe bei den Vermietern und dem Amt für öffentliche Ordnung, bevor wir Kontakt mit ihm aufnahmen. Um eine fundierte Entscheidung zur ambulanten Betreuung treffen zu können, war das Einholen dieser Informationen erforderlich.

Mit der Beratung und Bearbeitung konkreter existentieller, lebensweltorientierter Probleme (Kündigung und Räumungsklage sowie Schulden) in Verbindung mit der Beratung seiner seelischen Notlagen konnte langsam eine tragfähige Beziehung entstehen. Das Thema psychische Erkrankung in Kombination mit medikamentöser Behandlung durfte dabei nicht berührt werden, um das entstehende Vertrauen nicht wieder in Frage zu stellen.

Im Unterschied zu vielen anderen typischen Fallsituationen in der Sozialpsychiatrie bedurfte es bei Herrn K. weniger direkter alltagspraktischer Hilfen, da er nach entsprechender Beratung in der Lage war, die notwendigen Aktivitäten und

Gänge selbständig zu erledigen. Beratung und Rückversicherung mit uns genügten ihm dabei.

Die anfängliche Notwendigkeit, sich umgehend und ohne sein Wissen mit den anderen Beteiligten und dem Amt für öffentliche Ordnung in Verbindung zu setzen, nahm mit der Entstehung der Beziehung zu Herrn K. ab bzw. konnte, falls erforderlich, mit seiner Erlaubnis erfolgen.

Wesentliche Elemente des sozialpsychiatrischen Handelns bestehen während der Anfangsphase grundsätzlich in folgenden Haltungen und Handlungen:

- Offenheit und Klarheit: Wer sind wir? Welche Aufgaben erfüllen wir, und in welcher Funktion nehmen wir den Kontakt auf?
- Vorsichtiger und sorgsamer Aufbau einer Beziehung, nachdem abgeklärt ist, ob aufgrund akuter Anlässe sofort gehandelt werden muss oder nicht (erfassen der Situation),
- sorgfältiges Beobachten und Nachfragen, Bearbeiten dringender Angelegenheiten, Kooperation mit anderen Einrichtungen und beteiligten Personen,
- kontinuierliches Dranbleiben aufgrund des Wissens um die schwierigen Situationen und vorsichtiges Insistieren auf einem Kontakt trotz einiger Fehlversuche,
- Ernst- und Wichtignehmen der anfragenden Personen und der Betroffenen, die gesamte Situation im Auge haben und strukturieren, d. h. die seelischen Notlagen, den Alltag, die unterschiedlichen Lebenslagen und die schwierigen Bewältigungsversuche,
- die Abstimmung und Reflexion der Situation und unseres Vorgehens im Team: informelle Gespräche zwischen »Tür und Angel«, z. B. nach Hausbesuchen und in den Fallbesprechungen des SpDis.

Diese verschiedenen Aspekte zusammengenommen führten letztlich zu einem Einstieg und zum situationsangemessenen Aufbau einer kontinuierlichen Betreuungsbeziehung mit sukzessivem Aufbau einer Vertrauensbeziehung.

Herr Sch.: Psychische Erkrankung und Alkoholabhängigkeit – Isoliert, einsam ohne Beziehungen zur Außenwelt

Herr Sch. ist 55 Jahre alt, lebt in einer einfachen Einzimmerwohnung im Stadtzentrum im Rahmen des Betreuten Wohnens und fristet sein Dasein mit Grundversicherung. Seit über 20 Jahren befindet er sich in Betreuung durch sozialpsychiatrische Hilfen.

Herr Sch. erkrankte am Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter an einer Paranoia mit starken depressiven Stimmungsschwankungen. Er selbst geht davon aus, dass er unter Autismus leidet, was er mit seiner hohen Intelligenz und seinen zwanghaften Zügen in der Gestaltung von lapidaren Alltagsangelegenheiten in Verbindung bringt. Zahlreiche eher kurze stationäre Behandlungen in Folge von suizidalen Handlungen oder von Volltrunkenheit brachten de facto keinen Erfolg, ebenso wenig verschiedene medikamentöse Behandlungen.

Als jüngster Sohn wurde er von seiner Mutter verwöhnt und überfürsorglich behandelt. Seine Mutter und er waren besonders beeinträchtigt durch die alkoholbedingten Wutausbrüche seines Vaters, der an den Folgen der Alkoholerkrankung starb, als Herr Sch. 24 Jahre alt war. Dadurch und durch den Auszug der beiden Geschwister aus der elterlichen Wohnung wurde das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn noch intensiver. Die symbiotische Beziehung verfestigte sich mehr und mehr bis zum Tod seiner Mutter vor etwa zehn Jahren mit der Folge von noch mehr Isolation, mit selbstverursachter Ausgrenzung und noch intensiveren Alkoholexzessen.

Die aktuelle Lebenslage sieht folgendermaßen aus: Er hat noch nie versicherungspflichtig gearbeitet, lebt von Grundsicherung und vollständig trotz intensivster Bemühungen unsererseits ohne private Kontakte und Beziehungen. Wenn er allein aus dem Haus geht, benötigt er fast immer die Wirkung des Alkohols, um sich genügend Mut anzutrinken, sich der Öffentlichkeit auszusetzen. Mit fremden Menschen Kontakt aufzunehmen, ist für ihn eine Qual. Diesem wechselseitigen Prozess von Isolierung, Minderwertigkeitsgefühlen, Selbstaussgrenzung, paranoiden Interpretationen der ihn umgebender Realitäten und kompensatorischen Alkoholexzessen liegt auch die Misere der Wohnproblematik begründet. Die Wirkung heftiger Alkoholeskapaden besteht in der Absenkung der Tolleranzschwelle gegenüber aggressiven Wutausbrüchen, die fast ausschließlich in intensive Ruhestörung durch heftigsten Lärm münden (Schreien, überlaute Heavy Metall Musik, provozierendes Verhalten im Treppenhaus). Zwischenzeitlich ist er in der Lage, zu akzeptieren, dass für die Eskalation einer Auseinandersetzung immer zwei Seiten gehören und er nicht unerheblichen Anteil daran hat. Trotzdem führte sein Verhalten in den vergangenen acht Jahren zu drei Zwangsumzügen, die wir mit ihm durchführen mussten, weil die Situation in der jeweiligen Wohnumgebung weder für die Nachbarn noch für ihn tragbar war.

Daneben ist eine Verwahrlosung der Wohnung zwar festzustellen, jedoch weder für ihn noch für uns besonders bedeutsam. Er lebt damit und scheint nicht darunter zu leiden, obwohl die Wohnung einen verschmuddelten Eindruck hinterlässt. Aus hygienischen Gesichtspunkten kann der Zustand jedoch jeder Zeit verantwortet werden.

Die Sozialpsychiatrischen Hilfen sind zur zentralen Anlaufstelle für alle Probleme und Fragen geworden. Trotz heftiger Auseinandersetzungen mit kurzen Kontaktabbrüchen entstand eine enge und intensive Vertrauensbeziehung, die es gleichzeitig erschwert, ihn seinem Schicksal zu überlassen. Vielleicht wird er gerade dadurch in seiner Verselbständigung eher behindert. Andererseits haben wir in häufigen Fallbesprechungen und Supervisionen diesen Weg notgedrungen eingeschlagen aufgrund der mit ihm erlebten Erfahrungen und der daraus gemeinsam abgeleiteten Hypothesen und Interpretationen, die wir mit ihm erörtert haben.

Frau O.: Eine enge und kontinuierliche Vertrauensbeziehung trotz mangelnder bis fehlender Krankheitseinsicht

Frau O. ist 65 Jahre alt, geschieden, lebt von Grundsicherung allein in einer kleinen Mietwohnung in einem sozialen Brennpunkt und wird seit 20 Jahren ohne Unterbrechung von ambulanten Sozialpsychiatrischen Hilfen betreut und begleitet.

Frau O. erkrankte mit etwa 30 Jahren an einer schizophrenen Psychose. Sie befand sich mindestens 20 Mal in stationärer psychiatrischer Behandlung, früher häufig über Zwangseinweisungen. Die stationären Unterbringungen sind im Verlauf der intensiven ambulanten Betreuung kontinuierlich zurückgegangen. Zwangsweise Unterbringungen sind nicht mehr erforderlich.

Der Kontakt und die nach und nach entstehende enge Vertrauensbeziehung ergaben sich aus der konsequenten und kontinuierlichen Unterstützung in allen sozialanwaltlichen, alltagspraktischen und gesundheitlichen Frage- und Problemstellungen. Diese Tätigkeiten (in Krisensituationen häufig täglich) umfassen Interventionen beim Sozialamt, bei der Krankenkasse, Hilfen im Haushalt, bei der Begleitung zum Arzt und bei häufigen Aufenthalten im Tageszentrum des Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ).

Die während akuten psychotischen Krisenphasen völlig verwehrte Wohnung musste in den ersten acht Jahren der Betreuung anschließend immer wieder gemeinsam mit ihr bewohnbar gemacht werden. Auf die Frage, warum sie immer wieder in psychotische Akutphasen abgleiten müsse und sie damit die ihr so wichtige Wohnung immer wieder in Frage stellt, bestand ihre Antwort in den für sie nicht oder nur sehr schwer zu ertragenden Nebenwirkungen der Neuroleptika. Unsere Vermutung: Die Steigerung ihres Lebensgefühls und ihres Antriebes zu Beginn der akuten Phase der Psychose gegenüber depressiven Verstimmungen, Antriebsproblemen und Nebenwirkungen der Medikamente.

Frau O. nahm schließlich regelmäßig an den Freizeiten, den Aktivitäten des Tageszentrums, am Arbeitsprojekt teil und stimmte der freiwilligen Geldverwaltung zu, was endlich zur Vermeidung der permanenten Mittellosigkeit führte.

Trotz der stabilen Vertrauensbeziehung zwischen Frau O. und dem GPZ wurden die Abstände zwischen den Klinikaufenthalten immer kürzer. Wir fragten uns, was wir falsch gemacht haben könnten und künftig anders gestalten müssten. War die Betreuung und Einbindung von Frau O. in die Aktivitäten des GPZ für sie zu eng und zu bedrohlich geworden? Erlebte sie uns als zu mächtig und bevormundend angesichts der Tatsache, dass wir zudem noch ihr Geld verwalteten? War die Grenze des ihr (von uns) zugestandenen Rechtes auf (krankheitsbedingte) Verwehrlosung erreicht und die zum fürsorglichen Handeln überschritten?

Da die Entwicklung für sie selbst nicht nachvollziehbar war, mussten wir handeln. Im Sommer bestand eine Gesundheitsgefährdung durch verdorbene Lebensmittel und Ungeziefer. Ein Reinigungsdienst konnte nicht herangezogen werden. Sie befürchtete – sicher nicht zu unrecht – bei einer schnellen Grundreinigung zu viele Gegenstände, die für sie eine Bedeutung hatten, zu verlieren. Wir trafen im

Team die Entscheidung, ihr Recht auf krankheitsbedingte Verwahrlosung nicht mehr zu akzeptieren

Erst die zunehmende Gesundheitsgefährdung, die immer offenkundiger werdende krankheitsbedingte Überforderung von Frau O., ein von ihr ab und zu in Nebensätzen oder auf direktes Nachfragen geäußerter Leidensdruck sowie die inzwischen vorliegende Wohnungskündigung, ließen die Entscheidung zu, das Recht auf Verwahrlosung in Frage zu stellen und einen anderen Weg einzuschlagen: Das Arbeitsbündnis zwischen Frau O. und uns, auf dem sich die weiteren Schritte aufbauten, zielte darauf ab, die Wohnung für sie zu erhalten. Dies war ihr vorrangigstes Interesse gegen eine Unterbringung im Heim.

Über die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung zur Regelung der Geldangelegenheiten wollten wir Mittellosigkeit und Schulden vermeiden, da die freiwillige Geldverwaltung durch uns nicht mehr funktionierte. Über die Aufenthaltsbestimmung wollten wir Frau O. schon zu Beginn einer akuten psychotischen Phase in stationäre Behandlung bringen. Zum einen wäre dann die Wohnung noch nicht völlig verwahrlost und zum anderen wäre aufgrund der Krise im Anfangsstadium nur eine kurze stationäre Behandlung erforderlich gewesen. Aufgrund der mangelnden bis fehlenden inneren Akzeptanz und Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung erhofften wir uns, ihr über einen von außen eingeleiteten und durchgeführten Weg, der ihr einen Teil der Verantwortung abnahm, eine äußere Stütze einzurichten. Des Weiteren versprachen wir uns über die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers qua Amtes eine zusätzliche Einflussmöglichkeit hinsichtlich einer kontinuierlicheren medikamentösen Behandlung. Frau O. stimmte dem Vorgehen zu, weil sie ihre Wohnung behalten wollte.

Ansonsten änderte sich an der Betreuung und Begleitung durch das GPZ nichts, was Frau O. wichtig war. Stationäre Aufenthalte wurden durch diese Absprachen kaum noch erforderlich und wenn, dann ging sie von sich aus ins Krankenhaus. Sie erkennt ihre Erkrankung zumindest so weit an, dass sie Medikamente in geringer Dosis einnimmt und dadurch auch weniger unter Nebenwirkungen leidet

Wenn wir sie jetzt nach ihrer Befindlichkeit fragen, antwortet sie, dass es ihr besser gehe und sie mit dem jetzigen Leben doch ganz zufrieden sei. Zudem habe sie wieder einen Freund gefunden und sei froh, nur noch selten in die Klinik zu müssen. Sie verfügt insgesamt zweifellos trotz eines Lebens auf »Messers Schneide« wieder über ein breites Spektrum an Überlebensstrategien.

Diskussion

Bei Herrn Sch. drängen sich der von ihm ausgehende Lärm und die Ruhestörung immer wieder in den Vordergrund. Das stellt uns vor die Frage, ob und wie lange die Umwelt diese Situation noch akzeptiert und ertragen kann, hinter der alle anderen Lebensbereiche trotz ihrer Problematik in Hintergrund treten.

Selbstverständlich bestimmt die direkte Umgebung den Gradmesser, ob und ab wann Lärm als Ruhestörung empfunden wird. Selbstverständlich taucht das Pro-

blem als solches in billigem, schlecht isoliertem Wohnraum schneller und heftiger auf als in einer »einsamen Hütte im Weinberg.« Die Hellhörigkeit der Wohnungen verweist gleichzeitig darauf, in welcher sozialen Umgebung jemand lebt. Hier ist von Vorteil, dass Menschen in prekären Verhältnissen Störungen durch die Nachbarn eher und länger aushalten als in kleinbürgerlichen. So entsteht und besteht in sozialen Brennpunkten nicht selten ein Klima gegenseitiger, instrumentell bedingter Akzeptanz, worauf sowohl Herr Sch. wie Frau O. angewiesen sind. Ohne diese hätten beide die Wohnung schon viel früher und öfters verloren. Die wichtige Funktion und Aufgabe der sozialpsychiatrisch Tätigen besteht im aushandeln und vermitteln mit und unter den beteiligten Akteuren, um ein Miteinander (oder wenigstens ein Nebeneinander) zu ermöglichen. Allerdings kann auch dies an Grenzen stoßen

Ist Vermittlung nicht mehr möglich wie bei Herrn Sch. haben sozialpsychiatrische Hilfen im Kontext der Versorgungsverpflichtung die Aufgabe die Unterstützung auf der Straße oder in der Notunterkunft oder im Hotel zu erbringen.

Eine gesetzliche Betreuung wäre in diesem Fall zum Scheitern verurteilt, da er sich dieser entziehen und die Zusammenarbeit ablehnen würde. Ein Versuch in diese Richtung ist schief gegangen.

Im Gegensatz dazu Frau O.: Eine von Beginn an intensive, umfassende, auf quasi allen Lebensbereiche ausgeweitete therapeutisch-pädagogische Begleitung und Unterstützung führten nach langer Zeit und über viele Umwege zur Stabilisierung ihrer gesamten Lebenslage. Bei Frau O. handelt es sich geradezu um ein klassisches Beispiel alltags- und lebensweltorientierter sozialpsychiatrischer Arbeit. Das gesamte Repertoire und Register mit entsprechender situationsabhängiger und -bedingter Prioritätensetzung musste aus dem Methodenkoffer sozialpsychiatrischen Handelns ausgepackt werden, um ihre psychische, körperliche und soziale Befindlichkeit zu stabilisieren und ihren Verbleib im Gemeinwesen zu konsolidieren und zu sichern.

Sowohl bei Frau O. wie bei Herrn Sch. – beispielhaft und stellvertretend für den sozialpsychiatrischen Alltag überhaupt – bestätigt und offenbart sich klar und offensichtlich die grundlegende und unabdingbare Bedingung, um überhaupt erfolgreich arbeiten zu können: der Aufbau und die Pflege von kontinuierlichen Beziehungen, die Herstellung von Vertrauen in Verbindung mit der Haltung, nicht aufzugeben sowie die Vermittlung von Zuverlässigkeit und Sicherheit.

Dies gilt gerade und vor allem in schwierigen Krisenphasen, in denen der Kontakt vom Betroffenen einseitig aufgekündigt wird. Gerade dann geht es darum, dranzubleiben, immer in der Spannung des »sich Aufdrängens« (fürsorgliche Belagerung) und »vornehmer Zurückhaltung«. Es versteht sich von selbst, immer wieder zu erläutern und zu vermitteln, warum wir uns nicht heraushalten und verabschieden, sondern einfach da sind und nicht der Ablehnung des Kontaktes Folge leisten (wollen).

4. Sozialpsychiatrische Handlungsmaxime und Haltungen

Sozialpsychiatrisches Handeln orientiert sich an den Ressourcen des Menschen, so gering diese im Einzelfall auch immer sein mögen, ohne Defizite auszublenden und findet in der Lebenswelt, im Alltag der Menschen statt. Es ist ganzheitlich, offen, mischt sich ein, übernimmt Verantwortung, mutet aber auch zu – sowohl dem Einzelnen wie der Umgebung. Es fördert Selbsthilfe und fordert diese heraus, wenn möglich im partnerschaftlichen und dialogischen Aushandeln, strukturiert, ordnet und plant Unterstützungsleistungen mit Phantasie und Kreativität. Es übernimmt aber auch Verantwortung, wenn Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen und »stiehlt sich nicht davon« unter der an dieser Stelle unzulässigen Berufung auf die Freiheit des Einzelnen (in der Konsequenz zur Verwahrlosung und Verelendung). Sozialpsychiatrisches Handeln hat das Ziel zur Emanzipation, zur Erweiterung der inneren und äußeren Austauschfähigkeit von Menschen sowie der damit verbundenen Handlungsrahmen beizutragen (Empowerment: vgl. AMERING, SCHMOLKE, 2007; KNUF, SEIBERT, OSTERFELD, 2007) und versucht sie über die Erweiterung von Teilhabechancen und Sozialraumorientierung verstärkt sozial zu integrieren. Letztlich ist sozialpsychiatrisches Handeln eine ethisch-moralische, gesellschaftskritische Arbeit mit dem Ziel der Veränderung konkreter gesellschaftlicher Verhältnisse in Richtung mehr sozialer Gerechtigkeit und Demokratie – und immer ausgehend vom Einzelfall.

Sie ist gleichzeitig eine Herausforderung gegen eine Welt von Ausgrenzung, Objektivierung und so genannte Einfachlösungen. Gemeint sind damit z. B. die .Medikalisierung einer komplexen Problemlage, oder die Individualisierung/Psychologisierung unzumutbarer materieller-sozialer Bedingungen und das damit verbundene Risiko der einseitigen Anpassung des Menschen an gegebene gesellschaftliche Verhältnisse. Sozialpsychiatrisches Handeln ent-institutionalisiert, damit die Betroffenen ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten entwickeln und erweitern können (Salutogenese: ANTONOVSKY, 1997; THIERSCH 2014).

Alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln nimmt auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf das Gemeinwesen mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Veränderung des Gemeinwesens und nicht einer einseitigen Anpassung der Betroffenen an die oft unzumutbaren harten, alltäglichen Lebensbedingungen. Dies geschieht über Einzelfallarbeit, Netzwerkarbeit und Kooperation, Organisationsentwicklung und Steuerung sowie kommunalpolitische Einmischung.

Die Methodik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie und deren Verständnis folgt der einfachen Logik von der Feststellung des Hilfebedarfs bei und mit dem Betroffenen und des Umfeldes (Nachbarn, Angehörige, Gemeinwesen, Kooperationspartner) zur Planung der Hilfen und ihrer Umsetzung mit dem entsprechenden Handeln und dessen (selbst-)kritischer Reflexion. Die Realisierung der Abfolge gestaltet sich in der praktischen Arbeit ungleich schwieriger und komplexer, da sozialpsychiatrisches Handeln unter komplexen Voraussetzungen stattfindet, die der Alltag und die Lebenswelt der Betroffenen darstellen.

Zur Umsetzung dieser Methodik, dieses Herangehens braucht es deswegen folgende unabdingbaren Handlungsweisen mit den dahinter stehenden Haltungen:

Um mit misstrauischen, zurückgezogenen, oft antriebsarmen, oft vom Leben enttäuschten Menschen, die zudem noch nicht selten unangenehme Erfahrungen mit Institutionen, Behörden oder auch im Umgang im Privatbereich gemacht haben, in Kontakt zu treten, ist Fingerspitzengefühl erforderlich, Phantasie, Kreativität, Geduld, Zeit (auch für Umwege, gleichsam eines Wüschelrutengängers) auf der Basis einer hohen fachlichen Kompetenz gepaart mit Erfahrungen in der Psychiatrie wie in Gemeinwesenarbeit. Niederschwellig, ambulant aufsuchend tätig zu sein, heißt auch und vor allem Empathie, vorsichtig und sensibel vorzugehen, aber auch mit (sanfterm und auch intensiverem Druck), immer im Respekt vor der Würde und der Anerkennung des Eigensinns des Gegenüber, Offenheit und Klarheit.

Um sich offen, echt und transparent auseinandersetzen zu können, bedarf es belastbarer Beziehungen, die wiederum auf der Entstehung und der Pflege von Vertrauen möglich sind. Die damit einhergehende Beziehungskontinuität, ganz gleich wie intensiv die Kontakte im Einzelfall erforderlich sind, schafft beim Gegenüber Verlässlichkeit, Sicherheit, Klarheit, sich eben auf den Professionellen verlassen und damit auch letztlich auf Hilfe einlassen zu können.

Ein solches Vorgehen, einen derartige Alltags- und Lebenswelt orientierte Herangehensweise benötigt sicher Methoden und auch medizinisch-psychiatrische Kompetenz. Erfolgreich ist sie jedoch nur, wenn sie als Grundlage die beschriebenen und in den Fallbeispielen nochmals deutlich gewordenen Regeln und Maxime des Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatzes als Grundlage hat. Oder – abschließend – wie es THIERSCH (2014, S.15) formuliert:

»Gegen (solche) massiven Intentionen einer zunehmend neoliberal geprägten Gesellschaft stehen die Prinzipien einer lebensweltorientierten Arbeit. Diese braucht Zeit, um Verständnis und Vertrauen aufzubauen, sie braucht Zeit für Umwege, um Veränderungen möglich zu machen, zu ihnen zu ermutigen und sie durchzuhalten. Sie braucht Ressourcen, um Verhältnisse auszuhalten auch da, wo sie nur wenig veränderbar sind. Sie braucht Raum für die Adressaten ebenso wie für die eigene Arbeit, die nicht unter dem Diktat rascher Effektivität stehen kann, sondern im Horizont der Verbesserung in den mühsamen Stufen, die zu einem gelingenderen Alltag führen.«

Psychisch kranken Menschen fällt es aus unterschiedlichen Gründen (Erfahrungen mit gesellschaftlichen Strukturen, Behörden, Umfeld, Erkrankung) in vielen Fällen und Situationen schwer, sich auf Kontakte einzulassen, Beziehungen zuzulassen und auf einer weiteren Stufe Vertrauen zu entwickeln. Dafür sind Zeit, Ressourcen und kompetentes, professionelles, Alltags- und Lebenswelt orientiertes Handeln erforderlich. Beziehung, Vertrauen und damit letztlich auch Hilfeplanung – so weit wie möglich mit den Betroffenen – können nicht einfach technisch, technokratisch, sozusagen vom Schreibtisch aus geplant werden. Beziehungen und Vertrauen entstehen im Zusammenwirken verschiedenster sich gegenseitig bedingender Faktoren und Gründe. Gleichzeitig sollte aber daran erinnert werden,

Hilfeplanung durch koordinierende Bezugsperson

Tab. 1 Übergreifende Haltungen und Handlungsweisen oder die Arbeit in und mit Widersprüchen und Gegensätzen (OBERT, 2001, S. 420f.):

Das Individuum steht im Zentrum des Handelns: Dies bedeutet Wahrung von Respekt und Achtung seiner Würde gegenüber den Betroffenen und dem Umfeld, auch in schwierigsten Situationen (Personenorientierung).	<i>Aber auch:</i>	Kontinuierliche und enge Miteinbeziehung des Umfeldes und professioneller Dienste und Einrichtungen: Dies bedeutet, Ressourcen zu erschließen, aufrechtzuerhalten und zu vernetzen sowie Zusammenarbeit und Koordination (Vernetzung).
Autonomie so weit wie möglich bei den Betroffenen belassen: Dies bedeutet, immer wieder Kompromisse auszuhandeln und im Einzelfall wieder „von vorne“ zu beginnen (verhandeln statt behandeln).	<i>Aber auch:</i>	Klare und eindeutige Übernahme von Verantwortung, falls Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen oder nicht mehr ausgeschlossen werden können (Grenzen partnerschaftlichen Aushandelns und Pflicht zu stellvertretendem Sorgehandeln).
Die Realität der Betroffenen und wie sie diese wahrnehmen mit ihnen reflektieren und als Realität der Betroffenen anerkennen, die nicht als Ausdruck der Krankheit oder als pathologisch ausgedeutet oder abgewertet wird (Subjektorientierung).	<i>Aber Auch:</i>	Klarheit und Eindeutigkeit herstellen: Die unterschiedliche Wahrnehmung und Interpretation von Realität werden den Betroffenen eindeutig und transparent dargestellt. Das Ernstnehmen des Gegenübers beinhaltet das offene und sachliche Einbringen der eigenen Haltung und Meinung wie auch das Zeigen von Gefühlen (kritische Solidarität).
Beobachten, zuhören, „geduldiges Mitgehen“, verstehen lernen und empathisches Vorgehen: Dies bedeutet, den ganzen Menschen im Blick zu haben (Ganzheitlichkeit, Feststellung des Hilfebedarfs und Planung der Hilfen).	<i>Aber auch:</i>	Zeitliche, räumliche und situative Grenzen setzen und durchsetzen (Wahren von Gegenseitigkeit).
(Wieder-)Herstellung und Sicherstellung der materiellen Existenzgrundlage und damit der „gesellschaftlichen Vertragsfähigkeit“ (Sozialanwaltschaftliche Tätigkeiten und alltagspraktische Hilfen).	<i>Aber Auch:</i>	Keine undifferenzierte, einseitige und vorschnelle Vergabe von materiellen und sozialen Ressourcen (Realitäts- und alltagsorientierter Umgang mit den materiellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen).
Intensive Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Ernsthaftigkeit dem Gegenüber als Subjekt und seiner Umgebung entgegen bringen; Gestaltung einer offenen, positiven und die Beziehung fördernden Atmosphäre (kontinuierliches Ausloten von Nähe und Distanz). Aufbau einer Vertrauensbeziehung	<i>Aber auch:</i>	Alltagsorientierung und –strukturierung grenzen eine unkontrollierte und schwer steuerbare Assoziation ein (strukturierte Offenheit). Im Notfall ist schnelles, d. h. ein aktives Eingreifen – unter Umständen auch gegen den Willen der Betroffenen – erforderlich (Pflichtversorgung).
Inhalte der Symptome nachvollziehen und verstehen lernen, d. h. Zusammenhänge herstellen in Verbindung mit Aufarbeitung von biographischen Begebenheiten. (Verstehen und Entstehen von Vertrauen), ermuntern, fördern und animieren (Flexibilität, Offenheit unter der Voraussetzung von Ressourcenorientierung).	<i>Aber auch:</i>	Nichtveränderung akzeptieren, Stagnation aushalten und Geduld für die jeweilige Situation entwickeln („aktives Zuwarten“). Dies bedeutet auch die Akzeptanz und Bearbeitung von Defiziten und Beeinträchtigungen, um Überforderungen zu vermeiden. Der Umgang mit den pathologischen, defizitären Anteilen darf trotz Vorrangigkeit der Ressourcenorientierung nicht vernachlässigt werden („Politik der kleinen Schritte“)

1 Die Tabelle wurde durch den Autor des Beitrags leicht verändert.

dass es sich dabei nicht um ein Spezifikum psychisch kranker Menschen handelt, sondern vielmehr um eine Grundkonstante des Menschseins überhaupt, wie zwischenmenschliche Kommunikation, Kontakte, Beziehungen und Vertrauen sich zwischen Menschen entwickeln (Habermas). Allerdings können diese Prozesse und Wege bei psychisch kranken Menschen eben länger dauern als dies bei sogenannten normalen Menschen der Fall ist und häufig nur mit Hilfe professionellen Handelns begangen und erreicht werden.

Literatur:

- AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007): *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- ANTONOVSKY, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- HABERMAS, J. (1981/1995): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Bd. 1, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KNUF, A./SEIBERT, U./OSTERFELD, M. (2007): *Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- OBERT, K. (2001): *Alltags- und Lebenswelt orientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- THIERSCH, H. (1996): *Die Frage nach der Lebenswelt und problematische Bewältigungsmuster. Zum Verständnis von Sozialer Arbeit und Therapie*. *Nervenheilkunde – Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 3/1996,122–126.
- THIERSCH, H. (2014): *Wünsch dir was für Suchtpatienten – Lebenswelt – Orientierung und passgenaue Hilfen* (Fachtagung am 06.03.14 in Nürnberg: *Begegnung mit süchtigen Klienten – eine unvermeidbare Herausforderung zum gemeinsamen Handeln*)

VIII Bürger- und Familienhilfe

Einleitung

Dyrk Zedlick

Die Bürger- und Familienhilfen sind ein wichtiger Bestandteil des quartiersbezogenen Hilfesystems in der Gemeindepsychiatrie. Dies ist zwar leicht gesagt aber vielerorts noch keine Selbstverständlichkeit in der Wahrnehmung durch die Akteure in den professionellen Hilfestrukturen. Gerade durch die nicht primär therapeutisch orientierte Unterstützung und Begleitung von Menschen in psychischen Krisen und von chronisch psychisch Erkrankten wirkt die sogenannte nichtprofessionelle Hilfe indirekt therapeutisch und trägt ein hohes Maß an Normalisierungsfunktion in sich. Inklusion ist letztlich ohne die Bürger und ohne die Familie nicht machbar. Unter anderem deshalb beleuchtet die APK mit einem eigenständigen Symposium verschiedene Facetten dieses Hilfebereiches.

Inge Schöck als langjährige Bürgerhelferin und Vorsitzende des Landesverbandes Gemeindepsychiatrie in Baden Württemberg schildert in ihrem Referat ihre Erfahrungen mit der ehrenamtlichen Bürgerhilfe seit Beginn der Psychiatriereform in den 70^{er} Jahren. Dabei benennt sie sehr konkret die Grundprinzipien des als »Bürger für Mitbürger« sich verstehenden Unterstützungsangebotes vom persönlichen Beziehungsangebot bis zur Wahrnehmung gesellschaftlicher Mitverantwortung. Das Beziehungsangebot sollte dabei geprägt sein von Empathie, Wertschätzung und Partnerschaftlichkeit auf Augenhöhe. Bürgerhilfe versteht sie auch als Brückenbauer in die Gesellschaft für die häufig isoliert lebenden psychisch Erkrankten.

Janine Berg-Peer, engagierte Angehörige und Autorin verschiedener Bücher berichtet über ihre Erfahrungen in der Begleitung ihrer psychisch erkrankten Tochter, beleuchtet aber auch selbstkritisch die verschiedenen Seiten der Ein- aber auch Nichteinbeziehung von Angehörigen in den therapeutischen Prozess. Letztlich wünschen sich auch die Angehörigen eine therapeutische Landschaft, in dem es eine gute ambulante Versorgung mit konstanten Ansprechpartnern gibt, die den psychisch Erkrankten hilft, ihre Autonomie wieder zu erlangen oder neu zu entwickeln, damit die »Einbeziehung von Angehörigen auch vernachlässigt werden könnte« ohne aber jemals überflüssig zu werden.

Eine rechtliche Möglichkeit in der Beziehung der Betroffenen gegenüber den jeweiligen Leistungserbringern mehr Autonomie zu gewinnen, ist seit dem 1.1.2008 formal durch den Rechtsanspruch auf den Abschluss eines Persönlichen Budget gegeben. *Monika Schicketanz*, »Expertin aus Erfahrung« und als Beraterin zum Persönlichen Budget mehrere Jahre aktiv, gibt in ihrem Beitrag einen anschaulichen Überblick über Ziele und Möglichkeiten dieser alternativen Form der Hilfeleistungen zu den bisher üblichen Dienst- und Sachleistungen in den ambulanten Betreuungssystemen. Kritisch setzt sie sich mit der eher behindernden Rolle der Leistungsträger auseinander, die häufig den Zugang zum Abschluss

eines Persönlichen Budget behindern statt fördern. Gerade auf dem Hintergrund des in Artikel 1 der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten Prinzips der Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe ist dies nicht mehr akzeptabel. Frau Schicketanz regt auch die Bezugspersonen der Klienten in den verschiedenen ambulanten Trägern an, diese zur Beantragung eines Persönlichen Budget zu ermutigen und bei der Durchsetzung zu unterstützen.

Ob nun Bürgerhilfe, Angehörigenarbeit oder das Mittel des Persönlichen Budget, letztlich stellen sie wichtige Bausteine in der Psychiatrielandschaft dar, die den Anspruch hat, den Paradigmenwechsel vom institutions- zum personenbezogenen Denken auch in die Praxis umzusetzen.

Bürgerhilfe - ein nichtprofessioneller Zugang

Inge Schöck

Ich möchte einleitend kurz über meinen Erfahrungshintergrund im Zusammenhang mit der Psychiatrie informieren.

Ich komme von der nichtprofessionellen Seite und bin seit Mitte der 1970er Jahre bis heute aktiv und ehrenamtlich in Kontaktclubs eingebunden – zunächst in Tübingen, ab 1981 dann in Stuttgart im Kontaktclub »Treffpunkt Süd«. Die daraus resultierenden Begegnungsmöglichkeiten mit Menschen mit psychischer Krankheitserfahrung – schon sehr früh mit dem Ziel eines partnerschaftlichen Umgangs auf gleicher Augenhöhe – haben mich in meinem Engagement nachhaltig geprägt.

Wir, d. h. wir in unserer rein ehrenamtlichen, eigenständig organisierten Kontaktgruppe, haben uns immer als »therapiefreie Zone« verstanden. Im Mittelpunkt standen und stehen Normalität, Begleitung im Alltag, gemeinsame Freizeitgestaltung. Kurz: die gemeinsame Nutzung sozialräumlicher und kultureller Angebote und Ressourcen. Grundlage und Intention stellt die persönliche Beziehung dar, also nicht eine therapeutische Distanz. Ich könnte also rhetorisch fragen: Bin ich hier bei einer Tagung, bei der es um die Qualität therapeutischer Beziehung geht letztlich fehl am Platz? Im Blick auf einige vorangegangene Beiträge auf dieser Tagung fühle ich mich aber doch recht gut eingebunden.

Als ich 1984 im Rahmen einer Tagung des (heutigen) Dachverbands Gemeindepsychiatrie als dessen Vorsitzende den Begriff Bürgerhilfe vorschlug, wollten wir von der Bezeichnung Laienhilfe wegkommen, die für diesen nichtprofessionellen Bereich stand – so zu lesen auch in der Psychiatrie-Enquete von 1975. Wir machten uns Gedanken über unsere Funktion und Rolle, unsere Kompetenzen, unseren Standort im psychiatrischen Umfeld, aber auch über unsere Grenzen. Wir verstanden uns als »Bürger für Mitbürger«, mit unserer persönlichen Zuwendung und mit gesellschaftlicher (Mit-)Verantwortung. Bei genauem Hinsehen engagierten sich hier Menschen *ohne eigene Krankheitserfahrung*, einige *mit eigener Krankheitserfahrung*, einige aus ihrer *Angehörigenerfahrung* heraus sowie verschiedene *Psychiatriefachleute* außerhalb ihres dienstlichen Auftrags. Wobei es Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen damals noch sehr schwer fiel, sich mit diesem Erfahrungshintergrund zu erkennen zu geben.

Seither hat sich in der »Psychiatrielandschaft« – gottseidank – viel verändert: Die stationäre Psychiatrie hat sich geöffnet, ambulante gemeindepsychiatrische Hilfen wurden aufgebaut, wobei die Anfänge mancher der später professionellen Angebote mit Hilfe und auf Anregung bürgerschaftlicher Initiativen ausprobiert wurden. So z. B. beim Betreuten Wohnen, bei Tagesstätten und ihrem Vorläufer Gemeindeclubs, bei Arbeitsmöglichkeiten (z. B. Selbsthilfefirmen). Die Angehörigen haben sich bundesweit in einer Selbsthilfebewegung gefunden, ebenso die Psychiatrie-Erfahrenen, wobei die beiden heutigen Bundesverbände aus bundesweiten Arbeitskreisen innerhalb des Dachverbands Gemeindepsychiatrie (damals noch

Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen) hervorgingen, in dem zunächst die Bürgerhilfe eine wichtige Rolle spielte.

Bürgerschaftliches Engagement in der Psychiatrie hat heute viele »Gesichter«, Aktivitäten und Engagementformen: Einzelkontakte, Gruppenangebote (insbes. zur Freizeitgestaltung), Bildungs- und Beschäftigungsangebote, vielfältige Kooperationen in die Gemeinde hinein. Und durch den Begriff »Inklusion«, mit dem Bürgerhilfe meiner Meinung nach sehr viel zu tun hat, verbindet sich seit der UN-Behindertenrechtskonvention ein rechtlicher Anspruch auf Teilhabe, also sozialräumliche und kulturelle Einbindung und damit ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität, auch für Menschen mit psychischer Erkrankung. Wir treten im Übrigen aus Erfahrung dafür ein, dass Psychiatrie-Erfahrene sich ebenfalls für das bürgerschaftliche Engagement angesprochen fühlen.

Das Basis-Element für die Bürgerhilfe-Kontakte liegt im Eingehen einer persönlichen Beziehung – ohne Therapieauftrag. Dennoch kann man nach unserer Erfahrung von einer therapeutisch wirksamen Beziehungsqualität sprechen. Kennzeichen sind: Die Beziehung ist empathisch, zugewandt und wertschätzend, verlässlich, partnerschaftlich und auf gleicher Augenhöhe, stellt also keine asymmetrische Hilfe dar. Sie ist fördernd, auch fordernd (z. B. jemand etwas zuzumuten und damit auch Mut zu machen), solidarisch, an gemeinsamen Interessen anknüpfend. Die (positiven) Fähigkeiten des andern sind im Blick und nicht die Defizite. So kann mit der Zeit das Selbstbewusstsein wachsen und das Selbstwertgefühl gestärkt werden. Das gibt dem andern Energie und Freiraum, um die eigenen Fähigkeiten wieder frei zu legen und zu nutzen. Insgesamt ist es eher ein freundschaftliches Begleiten oder gemeinsames Tun und die Freude daran. Spaß und der Humor sind weitere gute Entwicklungsfaktoren im normalen Alltag. Die Bürgerhilfe kann so mit dem auf individueller Ebene wachsenden Verständnis für psychische Schwierigkeiten zum Brückenbauer in die – noch nicht erreichte – Gesellschaft werden.

Diese Brückenfunktion ist deshalb wichtig, weil nach wie vor – und da beißt keine Maus einen Faden ab – gegenüber psychisch erkrankten Menschen im Alltag Unverständnis und daraus resultierend große Vorbehalte bestehen. Ein Baustein, hier eine Besserung zu erzielen, ist die beispielgebende, gelebte Praxis ehrenamtlicher Begleiter, die zeigen, dass es auch anders geht.

An Hand einiger Beispiele aus meinem eigenen Erleben in unserer Gruppe möchte ich veranschaulichen, wie vielfältig »normale«, unvoreingenommene Beziehungen wirken können:

Eine junge Frau kam zunächst als Besucherin in einem recht depressiven Zustand zu uns. Sie war, wie sie sagt, ohne Lebensperspektive aus dem Krankenhaus entlassen worden. Wir akzeptierten sie, wie sie war. Mit der Zeit äußerte sie eigene Ideen beim Clubprogramm-Planen, die wir gemeinsam umsetzten. Sie hat sich mehr und mehr freigeschwommen, die anderen Besucher mit ihren Ideen und wieder aktivierten Fähigkeiten bereichert und allseits Anerkennung erhalten. Die nächsten (Fort-)Schritte erprobte sie außerhalb des Clubs, mit Ermutigung unsererseits. Längst spielt sie ganz selbstverständlich in einem Orchester an ihrem Wohnort mit, organisiert eigene Freizeitaktivitäten, nutzt Angebote

örtlicher Vereine, übernimmt Aufgaben auch in unserem Club und Verantwortung in unserem kleinen Trägerverein.

Eine Besucherin können wir bei dem von ihrer Therapeutin gesetzten Ziel unterstützen, ohne ein bestimmtes Medikament auszukommen. Jemanden zu haben, der sich dafür interessiert, wenn es ihr gut geht, zuhört, wenn es ihr weniger gut geht, und sie an ihre positiven Erfahrungen mit Alternativen erinnert, ist für sie viel wert und hilft ihr zur Stabilisierung. Eine weitere Besucherin konnte die Clubaktivitäten im Zusammenhang mit einer Therapie als Übungsfeld zum Abbau von massiven, ihren Alltag sehr einschränkenden Zwängen nutzen. In der Geborgenheit der Gruppe war es ihr nach langen Jahren zum ersten Mal wieder möglich, im Rahmen des gemeinsamen Cluburlaubs auswärts zu übernachten. Und mit der Zeit hat sie das für sie fast Unmögliche fertig gebracht, wieder in einem See zu baden, was ein ganz sehnlicher Wunsch für sie gewesen war. Durch ihr Beispiel und den Erfahrungsaustausch darüber konnte sie ihrerseits anderen Betroffenen mit ähnlichem Krankheitsbild und den Bürgerhelfern sehr viel zum Verstehen lernen vermitteln.

Dass Gespräche und sich Mitteilen können in krisenhaften Situationen viel zu einer Entspannung und Stabilisierung beitragen können, habe ich u.a. durch eine Stimmhörerin gelernt. Auf diese Weise und mit dieser Unterstützung konnten wir dazu beitragen, dass sie alle anstehenden Prüfungen zur Berufsausbildung mit Erfolg absolviert hat. Nach über 25jähriger Berufstätigkeit geht sie Ende des Jahres regulär in Rente, ohne dass sie in der Zwischenzeit wieder in stationärer Behandlung war.

Begleitung kann auch in anderer Weise stattfinden, wenn sich beispielsweise gemeinsame Interessen ergeben, wie die Freude an Bewegung beim Qi Gong im Sportverein oder beim Tanzen in einem Tanzcafé. Das alles ist nicht immer ganz einfach – aber es geht.

Im Vordergrund der Begleitung psychisch erkrankter Menschen durch Bürgerhelfer steht ganz eindeutig die Förderung der Lebensqualität – und zwar nicht einer Lebensqualität, wie wir sie uns vorstellen, sondern wie sie sich unsere Partner vorstellen. Das traf in besonderer Weise auf eine der ersten Besucherinnen unseres Clubs zu. Als sie zu uns kam, hatte sie bereits mehr als 20 – auch zwangsweise erfolgte – Krankenhausaufenthalte in der Psychiatrie hinter sich. Für sie wurde der Club, verbunden mit privaten, zur Freundschaft gewordenen Kontakten auch in Krisenzeiten zu einem »Rettungsanker« und Hoffnungsträger und bis zuletzt zu einem festen Lebensinhalt. In diesem Frühjahr ist sie im hohen Alter von 90 Jahren gestorben, begleitet bis zuletzt.

Begleitung heißt also im Prinzip, dass jemand nicht allein gelassen wird. Das war schon beim Wiederbeleben bürgerschaftlichen Engagements in den 1970er und 1980er Jahren eine starke Motivation: dass jemand nicht in der – oft selbstgewählten – Isolation bleibt bzw. in der Vereinsamung, die häufig mit psychischer Erkrankung einhergeht. Auch heute noch klagen viele, dass sich bei einer Erkrankung der seitherige Bekannten- und Freundeskreis zurückzieht. Das Leiden an fehlenden sozialen Kontakten als direkte Folgeerscheinung der Erkrankung wurde schon früh von sozialpsychiatrisch orientierten Fachleuten im Psychiatriebetrieb angesprochen. Für sie war das unbestreitbar ein Teil der Erkrankung. Neben der im engen Sinn medizinischen Symptome und dem Leiden an der Stigmatisierung.

Ich möchte noch eine weitere Erfahrung einbringen.

Bei einem Besucher, der seit Jahren im Heim lebte, bildete der Club zunächst *die* Möglichkeit, zu den wöchentlichen Treffs aus dem Heim herauszukommen. Es entstanden Kontakte und er erhielt dadurch auch Besuch *im* Heim. Urlaubswochen mit dem Club festigten das gegenseitige Kennenlernen und waren wieder eine erste Einbindung in Aktivitäten außerhalb des Heims. Eine andere Heimbewohnerin, mit der er mittlerweile Freundschaft geschlossen hatte, fand durch ihn ebenfalls Zugang zu unserem Kontakttreff. Trotz Bedenken der Heimleitung durfte sie mit in den Cluburlaub. Auch für sie war der Cluburlaub nicht nur eine wunderbare Abwechslung, sondern auch ein wichtiger Erprobungsschritt. Beide wollten schließlich wieder aus dem Heim ausziehen. Welche Barrieren diesen Weg erschweren können, wie viel Energie und Ermutigung gebraucht wird und dass es am Ende dann doch gelingen kann, wieder in der Gemeinde eigenständig zu wohnen, war und ist im Fall dieser beiden Menschen ein besonderes Lehr- und Lernstück. Mittlerweile sind sie richtig aufgeblüht, genießen trotz verschiedener Stolpersteine die neue Lebensqualität, und – was *uns* gut tut – sie bringen sich recht aktiv und positiv selber auch in die Kontaktgruppe ein. Ich komme zum Schluss:

Ich hoffe, ich konnte einen Einblick geben in das, was durch unabhängig gestaltete Bürgerhilfe und die persönliche Beziehung an Normalisierung eingebracht werden kann – und mein Beispiel zeigt ja nur ein paar Aspekte aus vielen möglichen. Bürgerhilfe trägt zur Stabilisierung der Gesundheit bei und wirkt deshalb durchaus therapeutisch, auch wenn sie nicht auf Therapie ausgerichtet ist. Zufriedenheit, sich Wohlfühlen, Selbstwertgefühl, Zuversicht und Lebensqualität fördern stehen ganz oben auf der »Werteskala« dessen, was wir vermitteln wollen.

Über die hier geschilderten Beziehungsaspekte hinaus kann Bürgerhilfe auch auf einer eher strukturellen Ebene ihre Perspektive und ihre Erfahrungen einbringen – zumindest sollte man ihr die Chance geben, sich dahin zu entwickeln.

Als einem m. E. unverzichtbaren Bindeglied in den Sozialraum für die Betroffenen sollte man der Bürgerhilfe folgende Aktionsräume offen halten und sie dabei fördern:

- als kooperativer Partner in der Gemeindepsychiatrie
- auf Fachtagungen im Austausch mit anderen Akteuren im Bereich Psychiatrie
- bei der Mitarbeit im Beschwerdemanagement
- in kommunalen Gremien
- bei der Lobbyarbeit. Sie kann zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit seelischer Erkrankung beitragen. Auch das ist eine beachtenswerte Qualität der Bürgerhilfe.

Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie – ein frommer Wunsch?

Janine Berg-Peer

Es ist erstaunlich, dass die Einbeziehung von Angehörigen noch ein besonderer Programmpunkt bei dieser Tagung sein muss. Wenn man den Äußerungen von Psychiatern oder auch Therapeuten auf Tagungen oder in Veröffentlichungen folgt, dann müsste die Einbeziehung von Angehörigen doch längst herrschende Praxis sein. Daher sollte bei so einer Tagung eigentlich die Art und Weise, wie Angehörige einbezogen werden können, bei jedem therapeutischen Ansatz mit diskutiert werden.

Die Einbeziehung von Angehörigen, da sind sich alle einig, ist gut. Auch die Leitlinien der DGPPN empfehlen bei der Therapie von Schizophrenie die Einbeziehung von Angehörigen. Einbeziehung ist gut für Ärzte, weil sie von Angehörigen zusätzliche Informationen über die Befindlichkeit und das Umfeld des Patienten erhalten. Sie ist gut für die Angehörigen, weil sie sich dann besser fühlen. Ist sie auch gut für die Erkrankten? Da sind sich längst alle nicht mehr einig. Die Betroffenen wollen oft nicht, dass Ärzte mit ihren Angehörigen reden, höre ich immer wieder von Ärzten. Die Ärzte wissen auch gleich, warum. »Das liegt an den Konflikten in der Familie.« Wenn ich die phasenspezifischen Behandlungsziele aus den Leitlinien der DGPPN aber richtig lese, dann ist in der Phase 1 die *»Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen und anderen Beteiligten im Einvernehmen mit den Betroffenen«* doch ein Behandlungsziel. Wäre dann nicht der Psychiater aufgefordert, seine therapeutische Kompetenz dafür einzusetzen, den Patienten zu überzeugen, dass es für ihn und seine Genesung hilfreich ist, auch einmal Gespräche gemeinsam mit einer engen Bezugsperson zu führen? In der Praxis ziehen sich Psychiater zumeist darauf zurück, dass der Patient es ja nicht wolle und dem Psychiater dann die Hände gebunden seien. Mir ist gar nicht bekannt, dass in der Psychiatrie ansonsten immer den Wünschen der Betroffenen gefolgt wird.

Gut heißt aber auch ganz pragmatisch, dass die Einbeziehung von Angehörigen auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll sein kann: Es gibt Studien, die belegen, dass bei der Einbeziehung von Angehörigen die Verweildauer in Krankenhäusern geringer ist, weniger Medikamente gegeben werden müssen und die Genesungschancen besser sind. Es rechnet sich also für Krankenhäuser, Angehörige einzubeziehen. Wenn das so ist, dann fragt man sich doch, warum die Einbeziehung in der Praxis so selten gelingt – insbesondere, weil uns doch immer wieder versichert wird, dass die Krankenhäuser unter einem enormen Kostendruck stehen.

Besser kann ich da die niedergelassenen Ärzte verstehen. Für sie rechnet es sich nicht, wie auch sie uns immer wieder zu verstehen geben. Sie haben kein Budget für Gespräche mit Angehörigen. Außerdem, und das ist dann wieder das finale Totschlagargument für die Einbeziehung der Angehörigen, gibt es auch noch die Schweigepflicht. Und die verbietet es Psychiatern und Therapeuten, mit Angehörigen zu sprechen. Ich weiß nicht, ob die Schweigepflicht auch für gesetzliche Betreuer, Sozialarbeiter und Soziotherapeuten gilt, aber viele von ihnen handeln

ebenfalls danach. Diese Schweigepflicht kann nur umgangen werden, wenn eine schriftliche Entbindungserklärung durch den Patienten vorliegt. Leider wissen die meisten Angehörigen das zu Beginn der Erkrankung nicht, so wie viele von uns anfangs überhaupt nicht wissen, wie wir uns in dem fremden Gebiet der Psychiatrie behaupten können. Wir werden auch von keinem Psychiater darauf hingewiesen. Unklugerweise haben wir es deshalb auch verabsäumt, in der ersten schweren Manie oder Psychose schnell unserem kranken Kind ein Dokument vorzulegen, mit dem es den Arzt von seiner Schweigepflicht entbindet.

Wenn doch aber Ärzte mit uns Angehörigen gar nicht reden *dürfen*, warum wird dann die Einbeziehung von Angehörigen auf Tagungen und in Aufsätzen als große therapeutische Errungenschaft gefeiert? Oder gibt es eine Einbeziehung von Angehörigen, ohne dass mit ihnen geredet wird?

Damit komme ich zu einer Frage, die mir seit vielen Jahren noch nicht beantwortet wurde. Was genau heißt eigentlich »Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie«? Ich habe den Eindruck, dass die Beteiligten ganz unterschiedliche Dinge darunter verstehen. So sagte mir ein Chefarzt einer großen Klinik auf die Frage nach der Einbeziehung von Angehörigen stolz, sie hätten eine monatliche Angehörigengruppe an Ihrer Klinik. Nun ist gegen Angehörigengruppen nichts einzuwenden, im Gegenteil, sie helfen vielen Angehörigen, mit ihrer schwierigen Situation umzugehen. Aber was haben Angehörigengruppen mit Einbeziehung zu tun? In der Angehörigengruppe wird doch wohl kaum der anwesende Psychiater, der in der Regel nicht der Psychiater meiner Tochter ist, etwas zu seinen Vorstellungen der Therapie meiner Tochter erzählen. In Angehörigengruppen werden Probleme ausgetauscht, über Symptome berichtet und manchmal trösten Angehörige sich auch gegenseitig. Wird sie, wie an Kliniken üblich, von einem Psychiater geleitet, dann wird er auch zu bestimmten Fragen Stellung nehmen. Das ist alles wichtig und richtig, aber hat mit Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie des eigenen Kindes nichts zu tun. Beim Stichwort »Einbeziehung von Angehörigen« werden auch gern Psychosegruppen erwähnt. Dort sollen idealerweise Betroffene, Ärzte und Angehörige sich gleichberechtigt zu bestimmten Themen austauschen. Die Idee dabei ist, dass alle die Perspektive des jeweils anderen hören und verstehen und voneinander lernen. Ich kann mir gut vorstellen, dass eine Psychosegruppe, vor allem für die Betroffenen, eine sinnvolle Ergänzung zu anderen Formen der Therapie sein kann. Aber ich weiß nicht, wie eine Psychosegruppe mich in die Therapie meines eigenen Kindes einbeziehen könnte.

Das Therapieziel kennen!

Ich stelle mir Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie ganz anders vor. Wir Angehörigen sollten wissen, wie die Therapie für unser Kind oder unseren Partner aussehen soll und, vor allem, mit welchem Ziel sie durchgeführt wird. Dazu müssten zunächst Gespräche zwischen dem Patienten und dem Arzt stattfinden und später dann auch mit mir als Mutter oder Lebenspartnerin. Beim Thema Einbeziehung

wird immer gern von *Augenhöhe* gesprochen, was vermutlich bedeutet, dass wir in diesem Austauschprozess gleichberechtigt sind. Mir wäre bei solchen Gespräche die Gleichberechtigung nicht das Wichtigste. Ich kann durchaus akzeptieren, dass der Psychiater ein Fachmann ist, der sowohl mir als auch meiner Tochter oder meinem Mann erklären kann, was jetzt wichtig ist. Vor allem aber sollte er ein Therapieziel vorstellen, das er idealerweise vorher mit dem Patienten ausgehandelt hat. Ich muss an diesem Aushandlungsprozess nicht beteiligt sein, aber ich möchte das Ergebnis wissen, damit ich meine Tochter vernünftig bei der Erreichung ihres Therapieziels unterstützen kann. Dazu gehört natürlich auch, dass sowohl meine Tochter als auch ich wissen, welche Schritte notwendig sind, damit das Therapieziel erreicht werden kann. Sicher muss das meiste meine Tochter tun, aber es wäre doch im Sinne aller Beteiligten, wenn auch mir gesagt würde, was ich dazu beitragen kann, so dass ich nicht trotz bester Absichten das Therapieziel konterkariere.

Und hier beginnt bereits das Problem. Ich habe noch nie einen Psychiater mir gegenüber ein Therapieziel formulieren hören. Auch meine Tochter kann sich nicht an ein klares Ziel erinnern. Auf meine Frage nach einem Therapieziel wurde mir immer wieder gesagt, der Patient müsse lernen, mit der Krankheit umzugehen. Noch präziser wurde von manchen gesagt, dass es einfach darauf ankäme, dass es der Patientin wieder besser ginge. Andere sagten, Therapieziel sei es, dass nicht wieder eine Manie eintrete. Das sind das alles Wünsche, die ich bejahe. Ich wünsche mir auch, dass meine Tochter lernt mit ihrer Krankheit umzugehen, dass sie keine Manie mehr bekommt und dass es ihr gut geht. Aber das sind Wünsche und keine Ziele. So verständlich Wünsche auch sind, so wenig hilfreich sind sie, um klare Schritte festzulegen, um das Ziel zu erreichen. Ein Wunsch ist etwas, das ich gern hätte. Ein Ziel ist etwas, das ich mit konkreten Schritten erreichen kann. Ein Ziel muss terminiert, messbar, realistisch und wünschenswert sein.

Vielleicht werden Sie es abwegig finden, diese pragmatischen Vorgaben aus dem Projektmanagement auf die komplexe therapeutische Beziehung eines Psychiaters zu seinem Patienten übertragen zu wollen. Ich finde aber durchaus, dass man sich ein wenig daran orientieren könnte. *Terminiert* muss nicht heißen, dem Patienten ein Datum in Aussicht zu stellen, an dem die Genesung erreicht werden soll. Aber der Psychiater könnte dem Patienten sagen, »Wenn wir Ihnen jetzt diese Tabletten geben, dann können Sie in einer Woche damit rechnen, dass sie wieder schlafen können und in etwa drei Wochen, dass die Manie abgeklungen ist oder dass sie diese quälenden Stimmen nicht mehr hören. Wir werden täglich in Kontakt bleiben, damit sie mir über ihre Stimmung berichten. Wenn das nicht funktioniert, dann werden wir uns einen neuen Weg überlegen«. Stattdessen habe ich bei meiner Tochter immer wieder erlebt, dass die durchaus freundlichen Ärzte ihr auf die verzweifelte Frage, wann es ihr denn wieder besser gehen würde oder wann sie denn wieder schlafen könne, sagten, sie müsse geduldig sein und einfach ein bisschen abwarten. Das ist unbefriedigend. Geduld ist keine Fähigkeit, die man von Menschen in einer Manie erwarten kann. Es wäre trotz Erkrankung besser für sie, wenn man ihr einen realistischeren Zeithorizont nennen würde.

Zur zweiten Voraussetzung: *Messbar* ist die Zielerreichung nicht, wenn ich sage, es soll mir besser gehen. Um überprüfen zu können, ob es mir besser geht, muss ich festlegen, woran ich dieses «besser gehen» denn merken würde. Besser kann es mir gehen, wenn ich wenigstens fünf Stunden nachts schlafen kann. Besser geht es mir, wenn diese furchtbare Angst nachgelassen hat. Besser geht es mir, wenn ich nicht bei jedem kleinen Anstoß von außen einen Wutanfall bekomme. Was »besser« bedeutet, muss immer mit dem Patienten abgesprochen und durchdacht werden.

Ein Ziel muss auch *realistisch* sein, d. h. es muss erreicht werden können. »Ich möchte einfach nicht krank sein« ist kein Ziel, sondern ein verständlicher, aber unrealistischer Wunsch. »Ich möchte nie wieder in die Klinik müssen« oder »Ich möchte nie wieder in eine Krise geraten« ebenso nicht. Ohnehin kann man kein Ziel daran orientieren, dass etwas *nicht* passiert. Realistisch könnte sein, dass der Patient seinen Haushalt wieder in Ordnung halten kann, oder dass er keine Angst mehr hat, zweimal die Woche in das Café der nahegelegenen Kontaktstelle zu gehen. Realistisch kann es sein, Schule oder Ausbildung weiterzumachen, wieder Bücher zu schreiben oder zu malen, Beziehungen zu pflegen oder, ganz wichtig, einer Arbeit nachzugehen.

Wenn das in Ruhe mit dem Patienten ausgehandelt wurde, dann hat man in der Regel auch ein weiteres Kriterium für ein Therapieziel erreicht: Das Ziel ist auch *wünschenswert*. Angehörige und Psychiater bedauern häufig, dass Patienten ihre Tabletten nicht nehmen, nicht freiwillig ins Krankenhaus gehen oder kein geordnetes Leben führen. Das wird auf die krankheitsbedingte mangelnde Krankheitseinsicht zurückgeführt. Mir persönlich leuchtet sofort ein, warum ich keine Tabletten nehmen würde, die mich dick, lethargisch und impotent machen, das muss nicht unbedingt eine fehlende Krankheitseinsicht sein. Aber vielleicht wurde auch zu wenig versucht, mit dem Patienten ein Ziel auszuhandeln, das auch ihm *wünschenswert* erscheint. Ich bin überzeugt davon, dass Ärzte und Sozialarbeiter, aber auch wir Angehörigen, uns viel mehr Mühe machen sollten, mit den Patienten herauszufinden, was sie sich für ihr Leben wünschen, statt uns vor allem darauf zu konzentrieren, dass Symptome abklingen oder keine neue Krise kommt.

Hier kommt wieder die Einbeziehung von Angehörigen ins Spiel, vor allem die der Mütter. Warum der Mütter? Wenn wir auch in diesem Punkt realistisch sind, dann sind es in der Regel die Mütter, die sich um ihre krisenanfälligen Kinder kümmern. Väter findet man in Krankenhausfluren, auf Tagungen oder in Verbänden selten, es sei denn sie haben einen Vorstandsposten inne. Mütter, andere Angehörige oder Freunde sollten wissen, was das Therapieziel ist und welche Schritte auf dem Weg dahin unternommen werden müssen. Nur dann können sie dieses Ziel auch unterstützen. Ich gehe noch weiter, ich denke, dass auch für die Mutter das Ziel *wünschenswert* sein sollte. Sicher geht es hauptsächlich um den Patienten und sicher nicht darum, ein Ziel zu finden, das der Mutter Kummer und Sorgen erspart. Aber – und auch das würde zur Einbeziehung gehören, man kann sich die Mühe machen, die Mutter für das Ziel des Patienten zu gewinnen.

Auch wenn Mütter oft zu besorgt sind, man kann sie davon überzeugen, dass ihre Kinder nachhaltig die Therapieziele verfolgen werden, wenn es bei der Festlegung dieser Ziele um ihre Lebenswünsche geht. Wir Mütter lassen uns oft in die Aufgeregtheit der Krankheit mit hineinziehen. Auf die verwirrte Kommunikation unserer Kinder reagieren wir verwirrt. Wenn uns von Psychiatern ein realistisches Therapieziel und die Schritte dorthin erklärt würde, dann wären wir auch weniger besorgt und aufgeregt – was den Erkrankten gut tun würde.

Ich hätte mich vor Jahren gefreut, wenn mir Ärzte durchaus auch kritisch gesagt hätten, was ich dazu beitragen kann, dass es meiner Tochter ein ihr Therapieziel erreicht. Zu dieser Art der Einbeziehung darf durchaus auch gehören, dass mir ein Psychiater sagt, welche meiner Verhaltensweisen hilfreich und welche weniger hilfreich sind. Gerade am Anfang habe ich in meiner großen Sorge und Aufgeregtheit vielleicht zu viel über den Kopf meiner Tochter hinweg entschieden. Ich wäre damals dankbar gewesen, wenn mir jemand z. B. gesagt hätte, dass ich meiner Tochter mehr Raum für freie Entscheidung geben müsse. Auch auf die Gefahr hin, dass es wieder zu einer Krise kommt. Das ist meine Vorstellung von Einbeziehung von Angehörigen.

Nun aber auch eine gute Nachricht: Es hat Psychiater gegeben, die mir hilfreiche Hinweise gegeben haben. Ihnen bin ich noch heute dankbar.

Nun widerspreche ich mir fast, wenn ich jetzt sage, dass die Einbeziehung von Angehörigen auch vernachlässigt werden könnte, wenn es eine bessere ambulante Versorgung gäbe. Dank der integrierten Versorgung wird meine Tochter seit Jahren von einer wunderbaren Soziotherapeutin unterstützt. Seither habe ich viel weniger das Bedürfnis, einbezogen zu werden. Beim letzten Krankenhausaufenthalt teilte mir der Oberarzt mit, dass er vor der Entlassung mit meiner Tochter, der rechtlichen Betreuerin und der Soziotherapeutin besprechen würde, wie es im Interesse meiner Tochter weitergehen solle. Er sagte mir auch, was er für sinnvoll hielt und dass er das mit meiner Tochter abgesprochen habe. Ich hätte bei dieser Fallkonferenz dabei sein können, aber *durch die Einbeziehung in seine Pläne* war mir das kein Bedürfnis mehr. Da ich weiß, dass der Arzt, die Betreuerin und die Soziotherapeutin meine Tochter wirklich unterstützen wollen, muss ich nicht dabei sein. Dann finde ich sogar, dass meine Tochter das mit diesen Personen allein organisieren soll. Alle diese Personen haben mir auch erlaubt, Ihnen zu schreiben oder sie anzurufen, wenn ich mir Sorgen mache. Wir tauschen uns aus, was sicher nicht heißt, dass diese Personen gegen die Schweigepflicht verstoßen und mir erzählen, was meine Tochter tut oder sagt. Aber sie haben meine Tochter davon überzeugt, dass es in ihrem Interesse ist, wenn ich in kritischen Situationen meine Sorge und meine Sicht mitteilen kann. Manche antworten umgehend, andere halten sich da etwas zurück, aber das ist ein Anfang. Das ist eine Form der Einbeziehung, die ich für wünschenswert halte und die vor allem auch dem Ziel dienen kann, dass meine Tochter lernt, ihre Krankheit zu managen. Mein Leben und auch das meiner Tochter hat sich seither deutlich gebessert. Die Fachleute haben mich einbezogen und daher kann ich auch loslassen.

Vor allem die Soziotherapeutin gibt meiner Tochter mit ihrer Unterstützung ein großes Stück Autonomie zurück. (Und mir eine große Beruhigung.) Ich glaube, dass Rückgewinnung von Autonomie für Menschen mit einer fragilen Identität besonders wichtig ist. Wenn ich mich wieder als überfürsorgliche Mutter um etwas kümmern möchte, dann sagt mir meine Tochter ganz cool »Darum musst du dich nicht kümmern, Mami, das habe ich schon mit Frau B. besprochen.« So sollte es laufen.

Angehörige als heimliches Mitglied des therapeutischen Teams

Vor ein paar Tagen erschien in der Ärztezeitung ein Artikel, in dem über das Modell »Therapeutisches Team« in Brandenburg berichtet wurde. Diese Teams werden aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Sozialarbeitern zusammengesetzt. Die Idee dahinter ist, den Patienten auch nach der Klinik gut zu begleiten. Ich bin begeistert von diesem Konzept, vor allem da ich weiß, wie sehr es an einer guten Nachsorge mangelt. Ich wünsche mir, dass solche Konzepte in allen Bundesländern umgesetzt werden und dass aus Modellvorhaben alltägliche Praxis wird. Dennoch habe ich auch bei diesem wunderbaren Konzept vermisst, inwieweit auch nur daran gedacht wurde, Angehörige einzubeziehen. Aber vielleicht sind sich die Erfinder dieses Konzepts auch insgeheim sicher, dass wir Angehörigen auch ohne genannt und zur Mitarbeit aufgefordert zu sein, ein *unsichtbares Mitglied dieser therapeutischen Teams* sein werden: Immer dann, wenn niemand sonst zur Verfügung steht, nach Dienstschluss, in der Nacht oder am Wochenende sind wir Mütter schon seit Jahren ein therapeutisches Einzelteam. Ohne Unterstützung, ohne Ausbildung und ohne Bezahlung.

Aber vielleicht bin ich zu kritisch. Ich freue mich über dieses Konzept und hoffe, dass Angehörigen in diesen therapeutischen Teams mitgedacht sind, auch wenn sie, wenig überraschend, nicht erwähnt wurden.

Persönliches Budget

Monika Schicketanz

Ich habe seit meinem 16. Lebensjahr verschiedene psychische Krisen erlebt, bin also Expertin aus Erfahrung.

Nach der EX-IN Ausbildung 2009 bis 2010 habe ich vier Jahre bei einem ambulanten Träger in Tempelhof u. a. in der Beratung Persönliches Budget (PB) gearbeitet. Außerdem bin ich Sozialversicherungsfachangestellte im Bereich Krankenversicherung, war in diesem Beruf 15 Jahre in der Krankenversicherung tätig und habe dabei viele Erfahrungen in der Verwaltung gesammelt.

Begriffsklarstellung:

Vorab möchte ich den Begriff Betreuer und Begleiter klarstellen.

Für mich und viele andere bedeutet der Begriff Betreuer »rechtlicher Betreuer«. Um dieses Thema geht es hier nicht. Deshalb werde ich den Begriff Betreuer durch die Worte Begleiter, Bezugsbegleiter oder Bezugsperson ersetzen.

Das Thema der Tagung lautet »Qualität therapeutischer Beziehungen« und dieses Symposium läuft unter dem Namen »Bürger- und Familienhilfe«. Das Persönliche Budget möchte ich etwas unter diesem Thema beleuchten. Zunächst möchte ich aber einen Einstieg zum Persönlichen Budget geben.

Das Persönliche Budget ist seit dem 1. Januar 2008 ein Rechtsanspruch nach §17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX:

Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Das PB *ergänzt* bzw. *ist eine Alternative* zu den üblichen Dienst- oder Sachleistungen. Es stellt eine *Alternative* dar zu dem was das ambulante Hilfesystem der Psychiatrie zu bieten hat. (Katalog siehe Handlungsempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation zum PB vom 01.04.2009).

Dienst- oder Sachleistungen auf die ambulante Psychiatrie bezogen sind z. B.:

- Betreutes Wohnen (BEW)
- Einzelfallhilfe
- Tagesstätte
- Psychotherapie

Das PB wird grundsätzlich als Geldleistung gewährt

Mit einem Persönlichen Budget (Geld) können behinderte Menschen

- Leistungen zur Teilhabe selbständig einkaufen und bezahlen.
- Sie sind selber verantwortlich für das Geld.

Anspruch auf das Persönliche Budget haben nach § 2 SGB IX

- alle behinderten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist, Ein Schwerbehindertenausweis ist nicht Voraussetzung, sowie
- von Behinderung bedrohte Menschen, (bedeutet, dass die Beeinträchtigung zu erwarten ist), die einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe haben.

Anträge können bei allen Leistungsträgern gestellt werden: Das sind

- Sozialhilfeträger,
- Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter,
- Rentenversicherungsträger,
- Integrationsamt,
- Krankenkasse,
- Pflegekasse (kein Geld sondern Gutscheine),
- Unfallversicherung,
- und andere

Anträge können auch bei den *gemeinsamen Servicestellen*, (die jedoch i. d. R. nicht das nötige Wissen haben) gestellt werden. Sie sind jedoch *keine Leistungsträger*.

Ziele des persönlichen Budgets sind

- Mehr Selbstbestimmung und Selbständigkeit für behinderte Menschen
- Teilhabe am alltäglichen Leben, Arbeitsleben usw.
- Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation und Steigerung der Lebensqualität
- Soziale Inklusion
- Ambulant vor stationär
- Verantwortung für das Leben
aber auch
- Normalisierung
- Individualisierung
- Sozialraumorientierung
- Deinstitutionalisierung

UN-Charta zur Behindertenrechtskonvention

Artikel 1 und 6 der UN-Charta zur Behindertenrechtskonvention sind gute Gründe für die Antragstellung und Bewilligung des Persönlichen Budgets.

Artikel 1

Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder psychisch beeinträchtigte Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

Artikel 6

Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder psychisch beeinträchtigte Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Jedoch wird oft gerade psychisch beeinträchtigten Menschen der Zugang von den Leistungsträgern verwehrt, obwohl es ein Rechtsanspruch ist.

Argumente der Leistungsträger sind:

- haben wir nicht,
- gibt es nicht oder
- Zweifel, dass derjenige das Geld verwalten kann, obwohl es dafür Assistenz gäbe und dies nichts an dem Rechtsanspruch ändern würde.

Das PB stellt eine Alternative zum Betreuten Wohnen, Appartementwohnen, betreuten Wohngemeinschaften und Tagesstätten dar. Diese werden von ambulanten Trägern als Sachleistung angeboten und sind wenig flexibel.

Es gibt verschiedene *Möglichkeiten*, das PB zu beantragen:

- PB statt Sachleistung
Umsteigen von der Sachleistung auf das PB (Umswitchen)
Man trennt sich vom ambulanten Trägerangebot und sucht sich selber eine Bezugsperson aus.
- Doppelleistung
Es ist auch eine Doppelleistung möglich, die gerade in der therapeutischen Beziehung bei ambulanten Trägern interessant sein dürfte.

Das heißt, *neben der Sachleistung* kann ein PB gewährt werden für Leistungen, die der Träger nicht leisten kann. Das kann sich zum einen auf die Sachleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe beziehen oder zum anderen aber auch, wenn ein anderer Leistungsträger wie z. B. die Bundesagentur für Arbeit oder der Rentenversicherungsträger bei Eingliederung in das Arbeitsleben oder Krankenkasse bei deren Leistungen z. B. Therapie zuständig ist. Rechtsgrundlage ist § 9 Absatz 2 SGB IX.

- Neuanträge
 - Statt der Umwandlung von Sachleistung zum PB kann man sich beim PB auch von Anfang an selber eine Bezugsperson z. B. in Form der Einzelfallhilfe suchen. Der Nachteil in Berlin ist, dass die Bezahlung von Einzelfallhelfern wesentlich niedriger ist als für die Bezugsbegleiter von ambulanten Trägern und zwar sowohl in der Sachleistung als auch beim PB.
 - Man kann aber auch Alternativen beantragen für die Gestaltung der Tagesstruktur oder Therapien. Tagesstätten bieten manchmal mit ihren Angeboten nicht das an, was derjenige benötigt für seine Tagesstruktur.

Man darf nie die o. a. Ziele aus den Augen verlieren.

Es macht Sinn, einen Bezugsbegleiter im Rahmen des PB zu haben, da die ambulanten Träger nicht so flexibel sind. Einige Klienten benötigen eine flexiblere

Begleitung in Krisen. In Krisen benötigen sie intensiven Kontakt (auch mehrmals in der Woche und zu ungewöhnlichen Zeiten), wenn es ihnen gut geht genügt oftmals ein loserer Kontakt. Über das PB kann man diese Betreuungszeiten flexibler gestalten, was über die Sachleistung nicht möglich ist.

Beispiel: Bewilligung dreimal wöchentlich; in Krise vielleicht fünfmal wöchentlich, in guten Zeiten einmal wöchentlich.

Nicht nur bei der Eingliederungshilfe sondern auch bei der Krankenkasse kann man auf die therapeutischen Beziehungen im Hinblick auf das PB eingehen.

Psychotherapie wird im Rahmen der Sachleistung durch die Krankenkasse bewilligt. Findet man jedoch keinen Therapeuten mit Kassenzulassung hat man über das PB auch das Recht, einen anderen Therapeuten zu wählen. Es wäre auch denkbar andere Therapieformen zu beantragen, die nicht über Sachleistung bewilligt werden oder Alternativen.

Aufgrund der Komplexität des Themas verliert man schnell den Überblick.

Deshalb ist es gerade für die Betroffenen selber oft schwer, ihren Anspruch alleine durchzusetzen.

Wichtig ist für sie eine gute Beratung und ggf. Begleitung beim Schriftverkehr und zu den Leistungsträgern und dem Fachdienst (SpDi, Gutachter, MdK). Es gibt sehr viel zu beachten bis hin zur Zuständigkeit, Fristen zur Bewilligung, Budgetkonferenz, Zielvereinbarung usw. Die gemeinsamen Servicestellen, die auch zur Beratung verpflichtet sind, verfügen meist nicht über das nötige Wissen, was sogar Studien belegen.

Viele der Betroffenen geben deshalb im Antragsprozess auf, da sie den Druck der Behörden, Fachdienste, nicht aushalten, keinen Durchblick durch den Dschungel der Bürokratie haben oder in Krisen kommen und dann doch lieber auf die Sachleistung zurückgreifen, da sie aktuell Hilfe benötigen. Ein großes Problem ist auch die zeitliche Verzögerung der Leistungsträger bei der Bearbeitung der Anträge.

Aus diesen Gründen müsste es viel mehr Beratungs- und Begleitungsangebote für das PB geben. Aber es wäre auch wichtig, dass sich Therapeuten oder Einzelfallhelfer bzw. Bezugspersonen mehr für das PB einsetzen und ihre Klienten bei der Durchsetzung des Rechtsanspruches unterstützen.

Gerade wenn es um die Doppelleistung geht, könnten die Bezugspersonen bei den ambulanten Trägern ihre Klienten mehr unterstützen in dem Bestreben das PB zu beantragen und durchzusetzen und sie dadurch ermutigen, mehr Selbstbestimmung für ihr Leben zu übernehmen.

IX Rechtliche Betreuung/soziale Betreuung

Was ist rechtliche Betreuung?

... aus Sicht des Bundesverbandes der Berufsbetreuer/innen (BdB)

Alexander Laviziano

Auch 22 Jahre nach der großen Reform des damaligen Vormundschaftsrechts, das die stigmatisierende Entmündigung von Menschen mit Behinderungen überwand, gibt es keinen fachlichen oder politischen Konsens zur Rolle und Funktion rechtlicher Betreuer/innen. Entsprechend variieren die Antworten auf die Frage nach der rechtlichen Betreuung, mitunter widersprechen sie sich: Betreuung ist eine Rechtstätigkeit. Betreuung ist Soziale Arbeit. Betreuung ist unterstützte Entscheidungsfindung. Betreuung ist ersetzendes Handeln. Betreuung ist ein Eingriff in die Privatsphäre der Bürgerin. Betreuung ist ein Mittel zur Verwirklichung einer selbstbestimmten Lebensweise.

Der Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB), größter Berufs- und Fachverband im Betreuungswesen, hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten auf der Grundlage einer fortlaufenden Reflexion von Praxiserfahrungen und systemischen Ansätzen in der Sozialen Arbeit ein professionelles Verständnis von Betreuung als konsequent personenzentriertes und trägerunabhängiges Unterstützungsangebot entwickelt, das in einem koproduktiven Verfahren den Interessen, Rechten und Wünschen der Klient/innen zur Umsetzung verhilft. Dieses Verständnis von Betreuung, das die emanzipatorischen Impulse aufgreift, die 1992 zur Abschaffung des traditionellen Vormundschafts- und Entmündigungsrechts geführt hatten, ist Ausgangspunkt meines Beitrags.

1. Der Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB): Professionalisierung und Reforminitiative

Seit seiner Gründung im Jahre 1994 fordert der BdB die Anerkennung einer professionellen Betreuung, die mit verbindlichen Zulassungsbestimmungen, Qualitätskriterien und Expertenstandards verbunden ist.¹ Leider konnten bislang keine politischen Mehrheiten für eine qualitätsgesicherte professionelle Betreuung mobilisiert werden. Die Konsequenz: Menschen in Deutschland können sich nicht darauf verlassen, eine gute bedarfsgerechte Unterstützung zu erhalten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Behinderung oder Erkrankung Probleme haben, wichtige Entscheidungen zu treffen und ihre Rechte geltend zu machen. Der Verzicht auf die Definition von Qualitätskriterien betrifft die professionelle wie ehrenamtliche Betreuung; letztere ist auf eine gut orientierte fachliche Begleitung angewiesen.

1 Zur Geschichte und zum Selbstverständnis des BdB siehe DÜNKEL, Barbara (2014): Eine Profession entsteht. Hrsg. BdB e. V.

Der BdB hat Leitlinien² formuliert und ein Qualitätsregister eingerichtet, in dem sich qualifizierte Berufsbetreuer/innen mit ihrem Profil vorstellen können. Es bietet Menschen mit Betreuungsbedarf, ihren Angehörigen und Unterstützungspersonen die Möglichkeit eine für sie geeignete Betreuerin zu finden.³ In jüngerer Zeit hat sich der Verband für eine Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und die erforderliche Weiterentwicklung der rechtlichen Betreuung zu einem qualifizierten Unterstützungssystem im Sinne Artikel 12 Absatz 3 UN-BRK (»Unterstützung bei der Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit«) eingesetzt.⁴ Außerdem wurde – u. a. in Kooperation mit dem Bundesverband Psychiatrieerfahrener (BPE) – eine interdisziplinäre Beschwerdestelle eingerichtet. Die Beschwerdestelle des BdB nimmt Beschwerden von Betroffenen sowie weiteren Akteuren im Betreuungswesen entgegen, die sich auf die Zusammenarbeit mit BdB-Mitgliedern beziehen.⁵

In den Mittelpunkt seiner Betreuungsdefinition rückt der BdB den Begriff der »Besorgung«. Im Unterschied zu Versorgungsleistungen wie Pflege, pädagogische Hilfen oder therapeutische Angebote ist die rechtliche Betreuung darauf ausgerichtet, »Angelegenheiten zu besorgen« bzw. die hierfür erforderlichen Prozesse der Selbstsorge und Selbstverantwortung zu stützen. »Menschen, die aufgrund ihrer internen Disposition ihre Angelegenheiten nicht besorgen können, benötigen beim Überlegen, Beobachten, Klären, Planen, Kontrollieren und Verantworten eine Unterstützung – in Form einer Besorgung von Angelegenheiten«. So formuliert es Klaus Förter-Vondey, langjähriger BdB-Vorsitzender und Vater vieler Ideen und Konzepte, die der Verband in die Fach- und Politikdebatte eingebracht hat.⁶

2. Rechtliche Betreuung neu denken: Von der Fürsorge zur unterstützten Selbstsorge

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Bild von Behinderung maßgeblich verändert. Ein grundlegender Wandel im Denken begann in Deutschland Ende der 1960er Jahre. Zuvor hatte Behinderung als individuelle Mangelercheinung gegolten: Im politischen Diskurs der Nachkriegsjahre wurden Menschen mit Behinderung als unproduktive und allenfalls bemitleidenswerte Kreaturen dargestellt. Die sozialliberale Regierung unter Willy Brandt übertrug ihre gesellschaftspolitischen Ideale »Demokratisierung« und »Chancengleichheit« auf das behindertenpolitische Feld.

2 http://bdb-ev.de/73_Berufsethik_und_Leitlinien.php

3 Qualitätsregister online: <http://bdb-qr.de> (Zugriff: 11.10.2014).

4 Vgl. LAVIZIANO, Alexander (2013): Praxismodell für eine reformierte Betreuung: Die Geeignete Stelle für unabhängiges Unterstützungsmanagement. BtPrax 6/2013, Seite 262–231

5 Beschwerdestelle online: http://bdb-ev.de/99_Beschwerdestelle_Schiedskommission.php (Zugriff: 11.10.2014)

6 FÖRTER-VONDEY, Klaus (2014): Besorgung von Angelegenheiten: Alleinstellungsmerkmal für die Betreuung. In: kompass 2/2014, Seite 36–39

Der damalige Arbeitsminister Walter Arendt (SPD) bezeichnete die Lebensqualität von Menschen mit Behinderung als Gradmesser für die Qualität einer Gesellschaft. Zeitgleich entwickelte sich im Einfluss der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung eine Emanzipationsbewegung behinderter Menschen, die öffentlichkeitswirksame Kampagnen gegen ihre Ausgrenzung und Absonderung organisierten. 1986 und 1987 wurden in Köln, Hamburg, Bremen, Erlangen und Kassel die ersten »Zentren für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen« gegründet und engagierten sich im Rahmen von Betroffenenberatungen und politischen Kampagnen für eine autonome Lebens- und Wohngestaltung behinderter Menschen.⁷

Der paradigmatische Wandel im gesellschaftlichen Umgang mit Behinderung prägt auch die aktuelle sozialpolitische Debatte über die Reform der Eingliederungshilfe. Laut Koalitionsvereinbarung für die Legislaturperiode 2013 bis 2017 möchte die aktuelle Bundesregierung »Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben, aus dem bisherigen ›Fürsorgesystem‹ herausführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln. [...] Leistungen sollen nicht länger institutionenzentriert sondern personenzentriert bereitgestellt werden.«

Dem gegenüber dominieren alte Denkmuster die politischen, teilweise auch fachlichen Debatten zur betreuungsrechtlichen Praxis. Die tonangebenden Jurist/innen verteidigen mit großem Engagement die einseitige Konzeption von Betreuung als Rechtsfürsorge. Ihre Leitidee: Der betroffene Mensch ist krank, deshalb handlungsunfähig und folglich auf einen gesetzlichen Stellvertreter angewiesen.

Genau betrachtet ist die rechtliche Betreuung (1896 ff. BGB) ein Hybrid zwischen altem und neuem Paradigma. Die pauschale Übertragung von Vertretungsmacht, die Dominanz des biomedizinischen Blicks im Betreuungsverfahren und die passive Rolle, die der Person mit Unterstützungsbedarf im Betreuungsgesetz zugewiesen wird, spiegeln das alte defizitorientierte Paradigma. Eine eher moderne behindertenpolitische Sichtweise zeigt sich in der persönlichen und rehabilitativen Betreuung und der positiven Gewichtung der Wünsche und subjektiven Lebensvorstellungen der Bürgerin.

Die ambivalenten Regelungen zur rechtlichen Betreuung sind ein Nährboden für widersprüchliche Betreuungsbegriffe. Betreuer/innen können sich theoretisch für die eine oder andere Lesart entscheiden und ihre Praxis eher vormundschaftlich oder emanzipatorisch ausgestalten. Leider begünstigt der Gesetzgeber durch entsprechende Rahmenbedingungen eine vormundschaftliche Betreuungspraxis. Nicht zuletzt behindern die knappen Zeitpauschalen (im Durchschnitt 3,2 Stunden pro Klientin und Monat) eine unterstützungsorientierte Betreuungspraxis und fördern ersetzendes Handeln über die Köpfe der Betroffenen hinweg.

⁷ Vgl. Bösl, Elisabeth (2010): Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der Disability History. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 23. Beilage: Menschen mit Behinderungen. Seite 6–12

3. Rechtliche Betreuung im Zeichen der Geschichte

Ein wichtiger Impuls für die Reform des traditionellen Vormundschaftsrechts im Jahre 1992 war der »Bericht des Bundestages über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland«, kurz: Psychiatrieenquete (1975). Die Autor/innen der Studie formulierten die Idee einer flexiblen am Wohl des Menschen ausgerichteten Betreuung.⁸ Erst 17 Jahre später ersetzte die rechtliche Betreuung das alte Vormundschaftsrecht; bis heute geistern Vormundschaft und Entmündigung durch die Köpfe vieler Beteiligter. Die rechtliche Betreuung wird nach wie vor als Stigma wahrgenommen, der Bundesgerichtshof (BGH) hat 2011 ein entsprechendes Urteil veröffentlicht: »Die Einrichtung einer Betreuung hat für den Betroffenen stigmatisierende Wirkung. Mit ihr ist die Einschätzung verbunden, der Betreute könne einen freien Willen nicht bilden. Hierdurch wird das Persönlichkeitsbild des Betroffenen negativ geprägt und beeinträchtigt.« (Beschluss v. 9.2.11, Az.: XII ZB 526/10)

Deutliches Beispiel für die Präsenz der alten Ordnung im kollektiven Bewusstsein und öffentlichen Diskurs ist die mediale Darstellung von Betreuung. Geschichten über Ausbeutung und Missbrauch prägen das Bild. Rechtliche Betreuer/innen berichten über entsprechende Unsicherheiten im professionellen Kontext. Ärzte, Bankangestellte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter oder Therapeuten vermuten, dass betreute Menschen ihre Entscheidungskompetenz verlieren. Die Verwechslung von Betreuung und Vormundschaft führt zu falschen Erwartungen: Die Betreuerin soll alles regeln, alles in Ordnung bringen, »ein Machtwort sprechen«, wenn eine Klientin oder Patientin – auch nach bestem Bemühen der Fachkräfte – die Zusammenarbeit verweigert.

Die bis 1992 in Deutschland geltenden Regelungen zur Entmündigung, PflEGschaft und Vormundschaft entstanden im Geiste des 19. Jahrhunderts. Die damaligen Gesellschaften Europas waren geprägt von einem rassistischen und patriarchalen Menschenbild.⁹ Personen mit abweichenden Verhaltensweisen wurden zunehmend als Problem wahrgenommen – gleichzeitig etablierten sich die modernen Wissenschaften einschließlich der bio-medizinisch geprägten Psychiatrie. Sie lieferte fachliche Konzepte für das aufblühende »Irrenwesen«. Das Idealbild der damaligen Zeit war der rationale weiße Mann. Sein Gegenbild: Unberechenbare von Instinkten und natürlichen Impulsen gesteuerte Frauen, Wilde, Geistesranke oder Schwachsinnige. Noch in den 1950er Jahren beschrieben Fachbuchautoren Menschen mit Behinderungen als Fehler der Natur. Die Zustände in der Psychiatrie entsprachen diesem herablassenden Blick. Der Alltag in der Versorgung war von Demütigung und Schikane geprägt und die Erwachsenenvormundschaft diente als formale Legitimation für die Missachtung der Menschenwürde im Einzelfall.¹⁰

8 Bt-Drucksache 7/4200, Seite 371

9 Vgl. z. B. TERKESSIDIS, Mark (1998): Psychologie des Rassismus. Westdeutscher Verlag. Seite 92 ff.

10 Vgl. CREFELD, Wolf (2012): Jahrhundertreform oder nur Modernisierung? Der Beitrag des Vormundschaftsgerichtstag e. V. zur Entstehung des Betreuungsgesetzes von 1990. In CREFELD/KLIE/LINKE (Hrsg): Pioniere des Betreuungsrechts. Seite 10-28. Eigenverlag Betreuungsgerichtstag e. V.

Die gesetzliche Entmündigung von Menschen mit Behinderungen wurde mit der großen Reform von 1992 überwunden, das System der staatlichen Rechtsfürsorge neu ausgerichtet. Eine konsequente Umsetzung der progressiven Leitsätze von 1992 ist bis heute ausgeblieben. Der Journalist und ehemalige Richter Heribert Prantl¹¹ hat die schwierige Lage der rechtlichen Betreuung auf den Punkt gebracht: »Selten ist ein Gesetz so hymnisch gelobt worden – und selten ist ein Gesetz so grandios gescheitert. Es war und ist zu justizzentriert; es stellte und stellt die rechtliche über die persönliche Betreuung; es krankt daran, dass es alte, verwirrte und psychisch kranke Menschen mit Paragrafen streicheln will.«

Berufsbetreuer/innen, die ihre Fallarbeit theoretisch reflektieren, beschreiben rechtliche Betreuung als einen sozialen Unterstützungsprozess. Sie bedienen sich fachlicher Werkzeuge aus dem Methodenrepertoire der Sozialen Arbeit, um die Klient/innen auf ihrem »selbstbestimmten Weg zur gesellschaftlichen Teilhabe professionell zu begleiten und zu unterstützen«.¹²

4. Was ist das Besondere an der rechtlichen Betreuung?

Besorgung von Angelegenheiten

Die Leistung der Betreuerin bezieht sich auf die »Besorgung von Angelegenheiten« (§ 1896 Abs. 1 BGB). Im Englischen benennt man diesen Handlungsbereich mit dem Begriff *managing affairs*. Statt Hilfen selbst zu erbringen, unterstützt die Betreuerin ihre Klient/innen bei der Organisation einer individuellen Versorgung – von der Auswahl und Beauftragung geeigneter Dienste bis zur Überwachung oder Kündigung der beauftragten Leistungserbringer. Im Prozess der Zusammenarbeit mit ihrer Klientin stärkt bzw. ergänzt die Betreuerin nach Bedarf die vorhandenen Fähigkeiten zur Selbstsorge, u. a. durch:

- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung,
- Vermittlung und Interessenvertretung bzw. Lobbyismus im Austausch mit Dritten,
- Unterstützung bei der Planung und Steuerung sozialer Dienstleistungen,
- stellvertretende Entscheidungen, orientiert an den Präferenzen der Klientin.

Die Besorgungsleistung rechtlicher Betreuer/innen umfasst (juristisch formuliert) Eingriffe in das Recht der Person, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln. Die Hamburger Berufsbetreuerin und Autorin Angela Roder spricht in diesem Zusammenhang aus beruflicher Perspektive über eine »Unterstützung im Menschen«: Kann ein Mensch »seine Problemlage nicht erkennen und selber keine Problemlösungen entwickeln, sind zu seinem Schutz Hilfen in den grundrechtsrelevanten Bereichen notwendig. Diese Unterstützung im Menschen muss durch Betreuungsgerichte

11 Alpha und Omega. BtPrax 1/2012. Seite 10–11

12 RÖDER, Angela (2014): Die einen und die Anderen Hilfen. In: kompass 2/2014, Seite 30–35

legitimiert sein.«¹³ Die grundrechtsrelevanten Eingriffe bzw. Maßnahmen – wie eine stellvertretende Entscheidung ohne Zustimmung der Klientin – erfolgen in einem beruflichen Kontext spezialisierter Verfahren der Analyse und Bedarfsermittlung, der Beratung und Prozesssteuerung. Ziel ist die Stärkung von Selbstverantwortung und die Vermeidung von Eingriffen in die individuelle Lebensweise.¹⁴

Unabhängigkeit der Unterstützungsperson

Die Leistung der rechtlichen Betreuung erfolgt unabhängig von Trägern, Diensten und Einrichtungen. Die Unabhängigkeit ermöglicht der Betreuerin

- frei von Interessenkonflikten für ihre Klient/innen Partei zu ergreifen;
- und ihre Klient/innen bei der Zukunftsplanung, bei der Kommunikation von Bedürfnissen und der Durchsetzung ihrer Rechte zu unterstützen – auch wenn hierfür eine Konfrontation mit den Interessen von Sozialunternehmen und zuständigen Behörden erforderlich ist.

Bis 1992 war es gängige Praxis, dass die Gerichte Heim- oder Anstaltsleiter als Vormünder bestellten und diese mit einer nahezu unbegrenzten Machtfülle gegenüber ihren »Kund/innen« ausstatteten. Vor diesem Hintergrund und im Kontext des Bestrebens, die Vormundschaft durch ein Rechtsinstitut zu ersetzen, das die Selbstbestimmung fördert, war die Unabhängigkeit der rechtlichen Betreuung ein zentraler Aspekt der neuen gesetzlichen Regelungen, die mit dem 1. Januar 1992 in Kraft traten. Der Gesetzgeber verankerte das Ziel der betreuerischen Unabhängigkeit im § 1897 Abs. 3 BGB: »Wer zu einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung [...] in einem Abhängigkeitsverhältnis steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden.«

Kompetenz zur rechtswirksamen Stellvertretung

Im Unterschied zu einer psychosozialen oder pädagogischen Unterstützungsperson verfügen rechtliche Betreuer/innen über die Kompetenz zur rechtswirksamen Stellvertretung. Die Vertretungsmacht (§ 1902 BGB) ermöglicht stellvertretendes Handeln im Auftrag bzw. Interesse der Klient/innen – wobei die rechtlichen Betreuer/innen im Unterschied zu bevollmächtigten Personen einer gerichtlichen Kontrolle unterworfen sind.

Rechtliche Betreuer/innen nutzen ihre pauschale Vertretungsmacht, um ersetzend zu handeln, wenn Klient/innen in einer konkreten Situation, z.B. im Zusammenhang mit einer akuten psychotischen Krise, nicht länger in der Lage sind, Handlungsnotwendigkeiten zu erkennen und dabei die eigene Lebenssituation gefährden. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in seinem Beschluss vom 20. Juni

13 Ebd.

14 Ebd.

2012 (XII ZB 99/12) festgestellt, dass die Betreuerin »neben der zivilrechtlichen Vertretung auch öffentliche Fürsorge wahrnimmt«. Angela Roder beschreibt diese Fürsorge als eine Form der »Mitverantwortung« für ihre Klientin: »Die rechtliche Betreuung übernimmt einerseits eine Mitverantwortung für die Sicherstellung der von ihr [der Klientin]¹⁵ selbst bestimmten Lebensweise. Andererseits trägt sie auch Mitverantwortung für den Schutz ihres Lebens und ihrer Gesundheit in der gewünschten Umgebung.«¹⁶

Vermeidung von Eingriffen – Stärkung von Autonomie

Die rechtliche Betreuung kann tiefe Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte umfassen – bis hin zu einer Zwangsbehandlung. Allerdings sind Betreuer/innen in jeder Situation der Autonomie und Würde ihrer Klient/innen verpflichtet und müssen genau prüfen, ob der Einsatz einer Zwangsmaßnahme, die nur als allerletztes Mittel in Frage kommt, tatsächlich erforderlich ist: Ist die Maßnahme alternativlos? Verkennt die betroffene Person in einem psychischen Ausnahmezustand die existentielle Notwendigkeit einer Behandlung oder macht sie von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch? Betreuer/innen müssen diese Fragen beantworten können und alle erforderlichen Schritte unternehmen, um die Autonomie ihrer Klient/innen zu stärken und zu schützen. Die gemeinsame Klammer der betreuenden Praxis (ob Beratung zur Entscheidungsfindung oder Beantragung einer Unterbringung) ist das Ziel, die Chancen auf eine selbstbestimmte Lebensweise zu sichern und zu fördern. Anderenfalls wird aus Betreuung Vormundschaft.

5. Die größten Missverständnisse

Rechtliche Betreuung ist ersetzendes Handeln

»Das Wesen der Betreuung besteht darin, dass für eine volljährige Person ein Betreuer bestellt wird, der in einem genau festgelegten Umfang für sie handelt.« (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz)¹⁷

Die Definition von Betreuung als ersetzendes Handeln ist weit verbreitet, das zeigen nicht zuletzt die Broschüren und Merkblätter der zuständigen Ministerien und Verwaltungen. Hiermit bestätigen die staatlichen Instanzen eine vormundschaftliche Praxis, die über die Köpfe der Menschen hinweg deren Geschicke leitet, statt im Rahmen einer persönlichen und rehabilitativen Betreuung Selbstbestimmung und Selbstsorge zu fördern.

Die gesetzliche Vertretung ist eine Handlungsmöglichkeit und nicht der Wesenskern rechtlicher Betreuung: »Die vornehmste Aufgabe des Betreuers ist es, dem

15 Ergänzung des Autors

16 Ebd.

17 Broschüre (Stand 2014): Betreuungsrecht. Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht.

Betreuten dabei zu helfen, selbst zu entscheiden. Nur wenn dies nicht gelingt, wird es notwendig dass der Betreuer stellvertretend für ihn handelt« (LIPP 2010)¹⁸. Das Erforderlichkeitsprinzip – in anderen Worten: das Gebot des mildereren Mittels – ist ein juristischer Grundsatz mit Verfassungsrang. Betreuer/innen dürfen nur dann ersetzend handeln, wenn eine Klientin auch mit Unterstützung nicht in der Lage ist, eigene Probleme zu erkennen und existenziell erforderliche Entscheidungen zu treffen.

Berufsbetreuer/innen müssen sich um Kompromisse bemühen. Ein sorgfältiger Unterstützungsprozess, wie ihn Roder auf der Grundlage des Case Managements beschreibt, ist unter den gegebenen Umständen schwer umsetzbar.¹⁹ Das Zeitbudget für die beruflich ausgeübte Betreuung gemäß § 5 VBVG (im Durchschnitt 3,2 Stunden pro Klient und Monat) schafft Anreize für stellvertretendes Handeln ohne fachliche Begründung und ethische Legitimation. Zeit für eine aktivierende Betreuungsarbeit und die hierfür erforderlichen Beratungsprozesse ist nicht vorgesehen.

Rechtliche Betreuung ist eine rechtliche Tätigkeit

Viele Experten in Politik und Wissenschaft – zumeist Rechtswissenschaftler – bemühen sich den rechtlichen Charakter der zivilrechtlich geregelten Betreuung herauszustellen und die rechtliche Betreuung als eine Hilfe zu charakterisieren, die nicht dem Sozialen zugeordnet werden kann. Schon 2003 beklagte sich Gisela Zenz über die absurden Versuche, den sozialen Charakter und die soziale Intention der rechtlichen Betreuung zu negieren. Gisela Zenz war seinerzeit Mitglied der interdisziplinären Arbeitsgruppe im Bundesjustizministerium, die den Gesetzentwurf zur Abschaffung der Erwachsenenvormundschaft formulierte. Die Jahrhundertreform 1992, erklärt Zenz, sollte das »vormundschaftsrechtliche Verwaltungsverhältnis« in eine »betreuungsrechtliche Sozialbeziehung« verwandeln. Daran gelte es zu erinnern, »angesichts heutiger Bemühungen, in pathologisch anmutender Manier ein rechtliches Skelett aus dem sozialen Ganzen der Betreuung herauszupräparieren.«²⁰

Die Leugnung der sozialen Dimension betreuungsrechtlicher Praxis zieht weite Kreise: Juristen dominieren den Diskurs. Die Wissenschaft der sozialen Arbeit und artverwandte Disziplinen (von der Heilpädagogik bis zu den Disability Studies) haben es weitgehend versäumt, die Praxis der rechtlichen Betreuung in die eigene Forschungs- und Lehrtätigkeit aufzunehmen. Weder im Teilhabebericht der Bundesregierung, noch in den aktuellen Verhandlungen zur Reform der Eingliederungshilfe spielt die rechtliche Betreuung eine Rolle – allenfalls als Randnotiz in einem Kapitel über den Missbrauch von Zwangsbehandlungen. Dabei ist die

18 LIPP, Volker (2010): UN-Behindertenrechtskonvention und Betreuungsrecht. Eröffnungsvortrag des 12. VGT. Online: http://www.bgt-ev.de/bundesbgt_12_tagungsmaterialien.html (Zugriff: 12.10.2014)

19 Vgl. RÖDER, Angela: Betreuungsmanagement. Sonderausgabe BdBaspekte 79/2009

20 ZENZ, Gisela (2003): Von der Vormundschaft zur Betreuung. In *Betrifft Betreuung* 5. Seite 31–39. VGT e. V. Online: http://www.bgt-ev.de/betrifft_betreuung.html (Zugriff: 11.10.2014)

Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen und gleichberechtigt mit anderen auch umsetzen zu können, eine wesentliche Voraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe.

»Jeder kann Betreuung«

Ein weiteres Missverständnis mit weitreichenden Auswirkungen ist die Behauptung, jede und jeder könne die Anforderungen der Betreuungsarbeit bewältigen. Es existieren keine verbindlichen Qualitätskriterien, keine anerkannten fachlichen Standards und keine Zulassungskriterien für die beruflich ausgeübte rechtliche Betreuung.

Nach geläufiger Auslegung der zuständigen Ministerien und Fachpolitiker würden professionelle Kriterien für die rechtliche Betreuung das Primat des Ehrenamts in Frage stellen. Es ist anzunehmen, dass finanzielle Erwägungen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle spielen, die Berufsbetreuung gilt als Kostentreiber im Betreuungswesen. Allerdings sind ökonomische Motive keine guten Argumente für fehlende Qualitätsmaßstäbe in einem grundrechtsrelevanten Unterstützungssystem. Folglich werden fachliche oder ethische Argumente vorgebracht, um den vermeintlichen Widerspruch zwischen Ehrenamt und Profession zu begründen: So vertrat die »interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht«, eingesetzt von den Justizminister/innen der Länder, in ihrem Abschlussbericht vom 20. Oktober 2011 die Überzeugung, »dass es auf Grund der persönlichen Ausrichtung einer rechtlichen Betreuung keine allgemeingültigen Indikatoren zur Bestimmung ihrer Qualität geben kann«.

Der BdB hält eine angemessene Förderung der ehrenamtlichen Betreuung für unverzichtbar. Diese kann aber nicht erfolgen, wenn keine Konzepte und Leitbilder für die Gestaltung einer guten Betreuungsarbeit vorliegen. Eine Betreuung als Profession, mit einem wissenschaftlich begründeten Methodenrepertoire und einem theoretischen Orientierungssystem für die berufliche Unterstützung der Rechts- und Handlungsfähigkeit, ist die Voraussetzung für eine verantwortungsvolle Begleitung und Beratung ehrenamtlicher Kräfte. Außerdem ist eine qualifizierte Unterstützung bei der Besorgung von Angelegenheiten darauf ausgerichtet, alle (auch die bürgerschaftlichen) Unterstützungsressourcen zu mobilisieren und in einen koordinierten Gesamtprozess einzubinden. Professionalität ist keine Gegenspielerin des Ehrenamts; sie ist die Voraussetzung für eine effektive Nutzung ehrenamtlicher Kräfte.

Fazit

Die betreuungsrechtliche Praxis ist heterogen – bis hin zu Grundauffassungen zur Rolle und Funktion rechtlicher Betreuer/innen. Zum einen existieren keine offiziellen Maßstäbe für eine gute Betreuung, zum anderen changiert das Betreuungsrecht zwischen einer vormundschaftlichen Perspektive – ausgerichtet auf die vermeintliche Unfähigkeit der Person mit Unterstützungsbedarf – und einem modernen subjekt- und fähigkeitsorientierten Betreuungsrecht. Während die UN-Behinder-

tenrechtskonvention (UN-BRK) eine emanzipatorische Auslegung des deutschen Betreuungsrechts nahelegt, fördern die strukturellen Rahmenbedingungen eine vormundschaftliche Betreuungspraxis.

Orientierung in diesem von Widersprüchen und offizieller Missachtung geprägten System staatlicher Hilfe bietet der Bundesverband der Berufsbetreuer/innen (BdB) mit seinen Leitlinien und Handlungskonzepten zur Betreuungsführung und seinem Qualitätsregister, dass der Beliebigkeit im Betreuungswesen (keine Zugangssteuerung, keine Fachaufsicht, keine Standards) eine Struktur der fachlichen sowie ethischen Verpflichtung und Transparenz entgegengesetzt.

Entscheidend für die Abgrenzung von sozialrechtlichen Hilfen und rechtlicher Betreuung ist nicht die Bedeutung des Sozialen im jeweiligen Hilfesystem. Die Gestaltung sozialer Beziehungen ist ein gemeinsames Merkmal beider Systeme, auch die rechtliche Betreuung ist eine Form der Sozialen Arbeit. Entscheidend für die Abgrenzung ist die Bedarfslage der Klient/innen: Menschen, die im Zusammenhang mit einer kognitiven Beeinträchtigung oder psychischen Störung erhebliche Probleme haben, die eigene Situation wahrzunehmen und wichtige Entscheidungen zu treffen, benötigen die unabhängige Unterstützung rechtlicher Betreuer/innen. Eine solche Unterstützung kann weder durch Pflegeleistungen, pädagogische Hilfen noch therapeutische Angebote substituiert werden und bedarf einer eigenständigen beruflichen Position und Perspektive.

Qualität der Beziehung in der Praxis der rechtlichen Betreuung

Thomas Behrendt

Die Qualität der Beziehung zwischen rechtlichen Betreuern und den Betreuten ist in der Praxis von folgenden fünf Punkten gekennzeichnet:

1. Rechtliche Betreuung ist aufgrund der derzeitigen Rechtslage und der praktischen Ausstattung vor allem Rechtsvertretung.
2. Rechtliche Betreuung ist keine Profession; sie orientiert sich am Leitbild einer ehrenamtlichen Tätigkeit.
3. Die Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem kann sich von der Rechtsvertretung zur unterstützenden Beziehung entwickeln.
4. Das derzeitige Vergütungsmodell fördert Dequalifizierung und gibt einer unterstützenden Beziehungsgestaltung nur wenig Raum.
5. Rechtliche Betreuung ist Ausfallbürge für Mängel in der Sozialpolitik und insbesondere auch in der sozialpsychiatrischen Versorgung.

Zu 1: Rechtliche Betreuung als Rechtsvertretung

Rechtliche Betreuung nach § 1896 BGB verlangt drei Voraussetzungen zur Bestellung eines Betreuers:

1. Volljährigkeit,
2. psychische Krankheit / körperliche, geistige oder seelische Behinderung und dass
3. der Betreute die eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann.

Die Rechtsfolge ist die Bestellung eines rechtlichen Betreuers, der in seinem Aufgabenkreis den Betreuten gerichtlich und außergerichtlich vertritt (§ 1902 BGB).

Hierbei hat der Betreuer nach § 1901 Abs. 3 BGB den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. Ehe der Betreuer wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht er sie mit dem Betreuten, sofern dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft.

Ziel der rechtlichen Betreuung ist nach § 1901 Abs. 4 BGB

1. die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen,
2. zu bessern,
3. ihre Verschlimmerung zu verhüten oder
4. ihre Folgen zu mildern.

Für wichtige Entscheidungen wie z. B. die Auflösung der Mietwohnung, die Unterbringung, die Zustimmung zu ärztlichen Maßnahmen oder zur Vermögenssorge ist die Genehmigung des Amtsgerichtes einzuholen.

Zu 2: Rechtliche Betreuung ist keine Profession, Leitbild ist die ehrenamtliche Tätigkeit

Eine spezifische Qualifikation – erst recht nicht in der Gestaltung unterstützender Beziehung mit psychisch kranken Menschen – wird für Rechtliche Betreuer nicht verlangt.

Zum Betreuer bestellt wird nach § 1897 Abs. 1 BGB immer eine natürliche Person. Das Gesetz nennt eine ausdrückliche Priorität:

1. Familienangehöriger
2. Ehrenamt
3. Berufsbetreuer
4. Vereinsbetreuer § 1900 Abs. 1 BGB
5. Amtsbetreuer § 1900 Abs. 4 BGB

Die einzige Voraussetzung für die Bestellung als Berufsbetreuer ist nach § 1 VBVG, das mindestens zehn Betreuungsfälle geführt oder mehr als zwanzig Stunden pro Woche abgerechnet werden.

Die Mindestvoraussetzung zur Prüfung der Qualifikation eines Betreuers ist eine Auskunft aus dem Schuldenregister und ein polizeiliches Führungszeugnis. Darüber hinaus haben sich verschiedene Betreuungsstellen auf Qualitätsmerkmale wie einschlägiges Studium, Nachweis von Fortbildungen, Nachweis entsprechender Büroausstattungen etc. verständigt. Der BdB e.V. hat als Berufsverband ein Qualitätsregister entwickelt.

Zu 3: Die Beziehung kann sich zu einer unterstützenden Beziehung entwickeln.

Aus dem Gesetz ergeben sich drei Stufen der Hilfe:

1. Beratung
2. Unterstützung bei der Rechtsbesorgung
3. Stellvertretende Rechtsbesorgung

Die Beziehung zwischen rechtlichem Betreuer und Betreuten kann sich zu einer »Unterstützende Beziehung« entwickeln, bei Betreuungen mit Einverständnis oder auf Wunsch des Betreuten, bei Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses und bei ausreichender Kompetenz und Zeit des Betreuers. Der BdB e.V. hat das Konzept des Betreuungs- oder Unterstützungsmanagement für Menschen in komplexen Problemlagen entwickelt, das sich an dem Verfahren des Case Managements orientiert.

Die Beziehungsgestaltung zwischen Betreuer und Betreutem entwickelt sich in mehreren Spannungsfeldern:

Spannungsfeld Unterstützung – Eingriff bzw. Rechtsvertretung z. B. bei freiheitsentziehenden Maßnahmen, medizinischer Zwangsbehandlung oder auch in Fragen der Finanzverwaltung.

Spannungsfeld Wohl und Wille, beim Willen oder den geäußerten Wünschen ist vom Betreuer zu unterscheiden zwischen dem natürlichen Willen, der möglicherweise durch eine psychiatrische Erkrankung gefärbt und nicht dem Wohl entspricht und dem sog. freien Willen, der im vollen Bewusstsein der geistigen Kräfte und der realen Konsequenzen zu einer Entscheidung führt.

Hier kann das Modell der unterstützten Entscheidungsfindung weiterhelfen, in dem der Betreuer mit dem Betreuten in einen Prozess der Aushandlung und der Vereinbarung über notwendige Entscheidungen tritt. Dies erfordert Zeit und Qualifikation der Betreuer.

Die rechtliche Betreuung sichert eine trägerunabhängige Unterstützung und Vertretung mit Langzeitwirkung. Häufig ist der rechtliche Betreuer die einzige langjährige Bezugsperson für psychisch kranke Menschen. Die Höchstdauer zur Bestellung eines Betreuers ist mit dem FamFG 2009 von fünf auf sieben Jahre erhöht worden. Häufig reicht auch dieser Zeitraum nicht aus.

Zu 4: Das derzeitige Vergütungssystem fördert Dequalifizierung.

Seit dem 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz 2005 besteht ein unfachliches und unzureichendes Vergütungsmodell bei dem durchschnittlich pro Betreuung pauschal 3,2 Stunden im Monat völlig unabhängig von den bestellten Aufgabenkreisen, der Erkrankung oder dem Umfang der notwendigen Betreuungstätigkeiten vergütet.

Dieser Stundensatz wurde aufgrund einer statistischen Erhebung der durchschnittlichen Betreuungstätigkeiten im Jahr 1999 errechnet und berücksichtigt nicht die Preissteigerung der letzten fünfzehn Jahre und die durch diverse Gesetzessänderungen z. B. bei der Pflegeversicherung, den Hartz-Reformen etc. entstandene Mehrarbeit, so dass dieser Stundensatz nicht mehr auskömmlich ist und nur durch Fallzahlerhöhung und Verzicht auf Qualität ausgeglichen werden kann.

Zu 5: Rechtliche Betreuung ist Ausfallbürge für Mängel in der Sozialpolitik/Sozialpsychiatrie

Der Wandel im Sozialrecht vom Wohlfahrtssystem (Fürsorge) zum Rechtsanspruch auf Sozialleistungen der vom mündigen Bürger Mitwirkungspflichten verlangt verändert die rechtliche Betreuung grundlegend und wird begleitet von zunehmenden Einsparungen aufgrund von Finanzknappheit der Sozialleistungsträger.

Zum einen werden immer mehr Beratungs-, Information- und Unterstützungsangebote sowohl der öffentlichen als auch der freien Träger abgebaut und gleichzeitig immer mehr Mitwirkungspflichten des Hilfeempfängers gefordert. Wo diese aufgrund von Erkrankung oder Behinderung nicht mehr erbracht werden können, wird ein rechtlicher Betreuer bestellt. Dies beginnt bei der Beantragung der Befreiung von den Zuzahlungen zur gesetzlichen Krankenkasse, dem Rundfunkbeitrag geht über die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach SGB II (Arbeitslosengeld) und SGB XII (Grundsicherung) bis hin zu Leistungen der Pflegeversicherung und

Versorgung mit Hilfsmitteln bis hin zur Umsetzung des persönlichen Budget, dass gerade für psychisch Kranke Menschen kaum umgesetzt wird.

Die Entwicklung von der Enthospitalisierung zur Gemeindenahen Psychiatrie ist begleitet von drastischen Einsparungen im ambulanten Bereich. Rechtliche Betreuung wird als Ausfallbürge für den Mangel in der sozialpsychiatrischen Versorgung missbraucht. Die Abgrenzung von rechtlicher und sozialer Betreuung wird zum »Schwarzen-Peter-Spiel« zwischen sozialen Trägern und Rechtlichen Betreuern über notwendige Verwaltungsaufgaben.

Zur Abgrenzung von gesetzlicher Betreuung und Leistungserbringung

Dieter Schax

Ich leite in Mönchengladbach den Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker, ein typischer, im Rheinland sagt man, SPZ-Träger.

SPZ ist die Abkürzung für Sozialpsychiatrisches Zentrum. Die wurden vom Landschaftsverband Rheinland im Rahmen der Enthospitalisierungs- und Ambulantisierungsvorhaben entwickelt. Im Rheinland wurde dieses Konzept Sozialpsychiatrisches Zentrum mit der niedrighschwelligigen Basis einer Kontakt- und Beratungsstelle und begleitenden pädagogisch-betreuenden therapeutischen Diensten wie Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeit sowie Wohnheimen etc. konzipiert. Von daher gibt es im Rheinland im Prinzip flächendeckend ähnliche Träger wie unseren Verein. Viele haben sich in den vergangenen zehn Jahren zu mittelständigen sozialen Unternehmen entwickelt und sind dabei stark gewachsen.

Ich persönlich habe in den 80er Jahren Sozialarbeit studiert, dann ca. 20 Jahre in verschiedenen Segmenten der Basisversorgung psychisch kranker Menschen gearbeitet, vor 10 Jahren die Geschäftsführung unseres Vereins übernommen und habe mich durch einen Studiengang Sozialmanagement weiterqualifiziert. Das Thema, was wir heute besprechen ist hoch komplex, gerade wenn man es aus dem Blickwinkel der Abgrenzung sieht und das war für heute mein Auftrag.

Ich habe mich in erster Linie mit der Frage beschäftigt, an welchen Stellen die gesetzliche Betreuung und die Gemeindepsychiatrie zusammengehen können, wo es Schnittmengen und Schnittstellen gibt. Daraus lassen sich dann im Folgenden Kriterien für die Abgrenzung und eine gute Zusammenarbeit der beiden Bereiche benennen. Ich beginne in der ersten Folie mit den formalrechtlichen Aspekten und werde dann die verschiedenen Rechtskreise darstellen. Für sehr wichtig halte ich natürlich den Aspekt Kooperation.

Voranstellen möchte ich ein Zitat von Wolf Crefeld, was meiner Meinung nach an vielen Stellen immer noch die Haltung der Gemeindepsychiatrie widerspiegelt, die ich durchaus auch selbstkritisch wahrnehme:

»Betreuung ist für die Gemeindepsychiatrie ein fremdes Rechtssystem, dessen man sich notgedrungen bedient, wenn man mit seinem Latein am Ende ist und eine Betreuung anregt, weil der Klient nicht kooperativ ist oder die begründete Sorge besteht, dass er nach seiner Entlassung niemanden hat, der sich um ihn kümmert«.

Die formalrechtlichen Aspekte sollen quasi in das Thema einführen und einen Handlungsrahmen darlegen, der so etwas wie einen roten Faden bilden soll, wenn es um Kooperation und Abgrenzung geht. So klar und einleuchtend diese Gegenüberstellung auch zunächst erscheint, so wissen wir doch, dass es im Einzelfall nicht immer einfach ist, ein entsprechendes Kriterium herauszufiltern.

Aus diesem Grund habe ich mich dazu entschieden, die einzelnen Rechtskreise gesondert zu betrachten. Hierdurch soll das Thema auf die operative Ebene

bezogen werden, was vielleicht die eine oder andere Hilfestellung in der Praxis ermöglicht.

Formalrechtliche Aspekte

Tab. 1

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Volljährige, die aufgrund von Erkrankungen oder Behinderungen ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (BGB § 1896)	Menschen mit einer (drohenden) Behinderung haben ein Anrecht auf Teilhabeleistungen nach SGB IX
Es geht immer um die rechtliche Handlungsfähigkeit	Es geht um sozialrechtliche Ansprüche
GB kann Teilhabeleistungen bei fehlender Geschäftsfähigkeit organisieren	Durch Teilhabeleistung kann evtl. GB verhindert werden (Subsidiarität und Nachrangigkeit)
<u>GB dient zur Wiederherstellung der rechtlichen Handlungsfähigkeit:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Teilhabeziel - Förderung der Selbstbestimmung - Keine eigene Teilhabeleistung (Entscheidung des BSG) 	LE dient der Integration und Teilhabe in/an der Gesellschaft und der Förderung des Selbstbestimmungsrechts
GB ist eine im Zivilrecht verankerte Aufgabe	LE ergibt sich aus sozialrechtlichen Verpflichtungen

Bevor ich nun folgend die einzelnen Rechtskreise darstellen werde, möchte ich zunächst die unterschiedlichen Rollen näher betrachten. Der bereits erwähnte Wolf Crefeld und andere unterscheiden zwischen einem Auftragsmanagement auf Seiten der gesetzlichen Betreuung und einem Leistungsmanagement auf Seiten der Leistungserbringer (Tab. 2).

Diese Gegenüberstellung erscheint auf den ersten Blick klar und nachvollziehbar, aber hier steckt der Teufel im Detail. Es sind weniger die konkreten Tätigkeiten sondern die Haltung, die die Zusammenarbeit verkompliziert. Zum Auftragsmanagement gehört eindeutig auch die Kontrolle. Nicht aus Willkür oder Spitzfindigkeit, sondern – und hier muss noch einmal Bezug auf die formalrechtlichen Aspekte genommen werden – im Auftrag des betreuten Menschen, als sein Vertreter. Das hat etwas mit Verbraucherschutz zu tun, geht aber sicher noch darüber hinaus. In der Praxis ist vielen Betreuern gar nicht bewusst, welche Rolle sie hier innehaben und vor allem, wie sie diese umsetzen.

Das Selbstverständnis der Gemeindepsychiatrie erlebt aber häufig eine Krise, wenn Kontrolle angesagt ist. Gerade die Bereitschaft, sich durch die Nutzer/innen (geschweige denn von ihren gesetzlichen Vertretern) »kontrollieren« zu lassen, ist nicht sehr ausgeprägt. Von daher kommt es bei der Abgrenzung von Auftrags- und Leistungsmanagement zu gravierenden Verstörungen, denen nur dadurch abzu-

Tab. 2

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Auftragsmanagement <ul style="list-style-type: none">– Sicherung der Lebensgrundlage– Organisation von Leistungen– Beauftragung und Kontrolle von LE– Interessenvertretung der Betreuten– Verbraucherschutz	Leistungsmanagement <ul style="list-style-type: none">– Erbringen von Leistungen– Fallsteuerung/Fallkoordination– Begleitung im Lebensalltag– praktische Hilfen– psychosoziale Beratung

Kooperation und gegenseitige Akzeptanz

helfen sein wird, dass mehr gegenseitige Akzeptanz für die Rolle und die Aufgaben des Anderen entwickelt wird.

Es mag nun verwundern, dass die Fallsteuerung/Fallkoordination auf der Seite Leistungserbringung zu finden ist. Aber bei der gemeindepsychiatrischen Versorgung geht es immer um die Koordinierung und Steuerung der verschiedenen Hilfen und Leistungsbereiche inklusive der dazu notwendigen Kommunikation. Dieses ist originäre Aufgabe im Rahmen der Leistungserbringung, also der Versorgung psychisch kranker Menschen. Ein inhaltliches Konstrukt dazu finden wir in der Beschreibung der Koordinierenden Bezugsperson wie sie die BAG der Gemeindepsychiatrischen Verbände entwickelt hat.¹ Unter Bezug auf dieses Konstrukt hat Fallsteuerung nichts mit der oben geschilderten Kontrollfunktion zu tun.

Die nächsten Abschnitte sind nach den verschiedenen Aufgabengebieten im Rahmen gesetzlicher Betreuung geordnet:

- Vermögenssorge,
- Wohnungsangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung und
- Gesundheitsfürsorge

Zu einzelnen Punkten der Gegenüberstellungen auf den Folien finden sich Erläuterungen, einige andere erklären sich selbst und bedürfen keiner näheren Betrachtung.

¹ Ergänzend im Anhang »Fallsteuerung«

Vermögenssorge

Tab. 3

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Sicherstellung der wirtschaftlichen Situation und des Lebensunterhalts	Geldeinteilung im Auftrag des Betreuten/Betreuers (Urteil des BGH aus 2010)
Regulierung der laufenden Kosten	Unterstützung und Training bei der Haushaltsplanung
Verwaltung von Sparguthaben und Geldanlagen	Unterstützung beim verantwortlichem Umgang mit Geld
Sicherung von Einkommen und Vermögen	Gemeinsame Einkäufe von Lebensmittels u. ä.
Geltendmachung von Einkommensansprüchen	
Verwaltung von Immobilien, Betrieben etc.	
Regelung von Schulden	
Beauftragung von LE zur Geldeinteilung	

Zur Vermögenssorge gibt es ein Gerichtsurteil des Bundesgerichtshof aus dem Jahr 2010, zur leidigen Frage, ob der gesetzliche Betreuer z. B. ein Wohnheim beauftragen kann, das Taschengeld einzuteilen. Die Rechtsprechung sagt, es gehört nicht zum Aufgabenkreis der gesetzlichen Betreuung und es sei legitim, die Leistungserbringer zu beauftragen. Das wird sicher nicht in jedem Fall unwidersprochen entgegengenommen, kann aber dennoch zur Klarstellung hilfreich sein.

Anzumerken ist auf jeden Fall, das durch die Rechtsprechung zu dieser Thematik auf beiden Seiten Rechte und Pflichten entstehen, die nicht zu unterschätzen sind. Die Leistungserbringer müssen für diese Aufgabe entsprechende Vorkehrungen im Rahmen ihrer Infrastruktur treffen (separates Konto, Wegezeiten, Aufbewahrung ...), die Betreuer müssen sicherstellen, dass Zahlungen pünktlich erfolgen und die Gelder auch zeitnah zur Verfügung stehen.

Die anderen Punkte auf dieser Folie sprechen eigentlich für sich und bedürfen keiner weiteren Erläuterung.

Wohnungsangelegenheiten

Auch bei den Wohnungsangelegenheiten (Tab. 4) erklären sich die meisten der aufgeführten Punkte von allein. Dennoch gibt es in der Praxis Überschneidungen. Die Versorgung mit Wohnraum ist z. B. einerseits Aufgabe des gesetzlichen Betreuers, indem er Verträge abschließen, kündigen und überwachen muss. Zum anderen gehört aber die konkrete Suche nach Wohnraum meist zu den Aufgaben der Leistungserbringung. Hinzu kommt, dass die Versorgung von Wohnraum längst nicht überall

Tab. 4

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Abschluss von Verträgen	Hilfe bei der Wohnungssuche und Unterstützung bei der Gestaltung der Wohnung
Kündigung von Verträgen	Hauswirtschaftliche Hilfen
Überwachung bestehender Verträge	Einbeziehen des Wohnumfeldes in die Betreuungsarbeit
Sicherung der Finanzierung der Kosten (Überschneidung mit Vermögenssorge)	Aufbau von und Kontaktpflege zur Nachbarschaft
<u>Beantragung zusätzlicher Mittel:</u> <ul style="list-style-type: none">- GEZ-Befreiung- Wohngeld- Telefonermäßigung	Krisenintervention im Wohnumfeld
Organisation von Umzügen, Reparaturen und Renovierungsarbeiten	Unterstützung und Hilfe bei Umzügen, Renovierungen und kleineren Reparaturen

sichergestellt ist. Viele gemeindepsychiatrische Leistungsanbieter haben über die Jahre Wohnraum entweder erworben oder angemietet, der dann weiter an psychisch kranke Menschen vermietet wird. Hierdurch konnte in einigen Regionen überhaupt erst ausreichend Wohnraum für psychisch kranke Menschen sichergestellt werden. Von daher treten sie hier zusätzlich noch als Vermieter auf, was das Gefüge verkompliziert und ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft voraussetzt. Wenn dann noch, wie aktuell in NRW, ein neues Gesetz, das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG-NRW), verabschiedet wird, was ähnliche Auflagen für Wohnraum im Betreuten Wohnen wie für Wohnheime macht, wird die Versorgung mit Wohnraum für die Zielgruppe der psychisch kranken Menschen besonders erschwert.²

Die Umzugsthematik verdeutlicht ein weiteres Mal, dass es formal zwar eine klare Trennung (organisieren-durchführen/unterstützen) gibt, die aber in der Praxis oft nicht durchzusetzen ist. Häufig verfügen gemeindepsychiatrische Leistungsanbieter nicht über die hierfür nötigen Ressourcen.

Aufenthaltsbestimmung

Die Notwendigkeit zur Aufenthaltsbestimmung durch den gesetzlichen Betreuer ergibt sich i. d. R., wenn der Lebensmittelpunkt geändert werden muss und der betreute Mensch nicht in der Lage ist, die notwendigen Entscheidungen selber zu treffen. Bei psychisch erkrankten Menschen tritt dieser Fall ein, wenn ein Mensch vorübergehend seine Wohnung verlassen muss, weil er sich in eine geschlossene Unterbringung mit entsprechender Behandlung begeben soll/muss, dieses aber

2 Ergänzend im Anhang »Akquise und Bereitstellung von Wohnraum«

Tab. 5

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Notwendigkeit ergibt sich aus dem Erfordernis, den Lebensmittelpunkt (Wohnung) vorübergehend oder auf Dauer zu ändern	Unterstützung des GB als Auftragnehmer
Der betreute Mensch ist nicht in der Lage, die notwendigen Entscheidungen zu treffen	Gefahrenabwehr
<u>Vorrang hat der eigene freie Wille</u> – Beachtung des freien Willens	Unterstützung bei der Ermittlung des freien Willens
Vorrang des Verbleibens in der eigenen Wohnung	Ambulant vor stationär
Entscheidungen gegen den eigenen freien Willen ergeben sich im Rahmen eines Einwilligungsvorbehaltes oder müssen durch das Gericht genehmigt werden	<u>Unterstützung durch verschiedene ambulante Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> – technische Hilfen, Hausnotruf – behindertengerechte Einrichtung – Barrierefreiheit – ambulante und häusliche Pflege – medizinische Versorgung – Hauswirtschaft und Haushaltshilfe – Förderung soz. Kontakte – Krisendienst

aufgrund seiner Erkrankung nicht einsehen kann. Bei alten Menschen kann ein solcher Fall eintreten, wenn ein Leben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist. Der Gesetzgeber hat der Beachtung des freien Willens an dieser Stelle oberste Priorität eingeräumt. Das bedeutet zweierlei:

1. es sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, den freien Willen zu eruieren. Auch wenn das in der konkreten Situation manchmal als nicht möglich erscheint, gibt es in der Lebensgeschichte von Menschen viele Anhaltspunkte, die Schlussfolgerungen hierzu ermöglichen. Dabei ist es notwendig, dass die Beteiligten miteinander reden und auch die sozialen Netzwerke und Angehörige in Entscheidungen einbezogen werden. Im günstigsten Fall hat ein Mensch vorgesorgt und niedergeschrieben, z. B. in einer Behandlungsvereinbarung oder einer Patientenverfügung, was in bestimmten Situationen erfolgen soll. In den Folien zum Thema Patientenverfügung finden wir diesen Sachverhalt entsprechend dargestellt.³
2. bevor Maßnahmen gegen den freien Willen eines Menschen ergriffen werden, müssen alle anderen Mittel und Wege ausgeschöpft werden. Dazu passt der auch in der Gemeindepsychiatrie weit verbreitete Grundsatz »ambulant vor stationär«, dem auf der Seite der gesetzlichen Betreuung der Grundsatz »Verbleib in der eigenen Wohnung« entspricht. Die erwähnte Folie zeigt uns eine Reihe von entsprechenden Möglichkeiten, diesen Grundsatz umzusetzen.

Schlussfolgernd halten wir fest, dass der Gesetzgeber, die Messlatte sehr hoch gehängt hat.

³ Ergänzend im Anhang »Patientenverfügung«

Wie sieht es konkret in der psychiatrischen Praxis aus? Hier ist meiner Meinung nach durchaus Selbstkritik angebracht!

Die Einschätzung, ob ein Mensch geschlossen untergebracht werden muss, erfolgt sehr unspezifisch, z. B. durch einen gesetzlichen Betreuer oder eine psychiatrische Klinik. Dabei werden alternative Unterstützungsmöglichkeiten unzureichend erwogen oder geprüft. Oft sind solche schlichtweg gar nicht bekannt. Deshalb müssen zunächst einmal psychiatrische Netzwerkpartner bei einer derartigen Einschätzung beteiligt werden, um so z. B. ambulante Hilfesettings zu planen.

Wenn es um Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person geht, wird in der Regel durch das Gericht ein Gutachten bei einem Facharzt in Auftrag gegeben. Dabei stehen medizinische Aspekte, wie die Diagnose, der Krankheitsverlauf, ob Krankheitseinsicht vorliegt usw. im Mittelpunkt der Begutachtung. Andere Aspekte, die vielleicht positiv dazu beitragen könnten, dass ein Mensch auch in kritischen Situationen nicht gegen seinen Willen untergebracht und behandelt werden muss, spielen kaum eine Rolle. Die eindeutige und ausschließliche Orientierung an medizinischen Einschätzungen, wenn es um die Themen Unterbringung und Behandlung geht, greift meines Erachtens viel zu kurz. Nicht das beständige Einfordern von Compliance und Krankheitseinsicht hilft Zwangsmaßnahmen zu verhindern, sondern eine Sichtweise, die soziale Themen auch in sozialen Kontexten angeht und nicht unnötig mediziert.

Gesundheitsfürsorge

An dieser Stelle sind wir an der Schnittstelle von Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsfürsorge. Und die finden wir oft, wenn es um Zwangsmaßnahmen bei psychisch kranken Menschen geht. Die Unterbringung ist ja nur die eine Seite der Medaille, die Behandlung die andere. Das eine führt oft automatisch zum anderen, was praktisch fast immer das zwangsweise Verabreichen von Medikamenten bedeutet. Die Folie auf S. 286 soll daher verdeutlichen, welche anderen Vorgehensweisen, durch gesetzliche Betreuer und Gemeindepsychiatrie gemeinsam bestritten werden können. Zur Vertiefung dieser Gedanken empfiehlt sich die Lektüre diverser Publikationen von Martin Zinkler aus Heidenheim.⁴

Kooperation

Ich möchte abschließend noch einige Sätze zum Thema Kooperation sagen. Es ist meiner Meinung nach nicht untypisch, dass hier heute ein überschaubarer Kreis von zehn Personen und vier Referenten anwesend ist. So sieht das auch aus, wenn wir bei uns in der Region einladen, um bestimmte Themen in ähnlichen Kontexten zu thematisieren, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu verbessern. Wer kommt, sind die Guten, mit denen es sowieso keine Probleme gibt. Sie können das jetzt analog schon mal so deuten: Sie sind die Guten.

⁴ Siehe auch ergänzend hierzu im Anhang die Beiträge »Systemsprenger« sowie »Beratung zum Umgang mit der Erkrankung«

Tab. 6 (s. Gesundheits Sorge S. 285)

gesetzliche Betreuung (GB)	Leistungserbringung (LE)
Ziel: wirksame Einwilligung des Betreuten bzw. Freiwilligkeit	Zugang zum Umgang mit der Erkrankung erarbeiten
GB entscheidet über Maßnahmen (z. B. Behandlung), wenn der Betreute nicht in der Lage ist, seine eigene Situation adäquat zu erkennen	Krisenhilfe und -planung mit hoher Verbindlichkeit
Die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit ist zu bewerten, nicht die Geschäftsfähigkeit	<u>Notfallpläne</u> – verbindliche Absprachen – schriftliche Fixierungen – Kontaktdaten
Vorrang des freien Willens und des Recht auf Nicht-Behandlung bzw. die Freiheit zur Selbstschädigung: Grenze Suizidalität	Suizidalität bearbeiten
GB hat den Betreuten zu befähigen, einen eigenen Willen zu bilden z. B. durch das gemeinsame Erarbeiten von:	Individuelle, alternative und kreative Lebenswege/formen unterstützen und begleiten, durch Abkehr von rein medizinischem Krankheitsverständnis
Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen ermöglichen/erstellen	Soziale Themen in sozialen Kontexten bearbeiten
Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen Geltung verschaffen	Krankheitseinsicht und Compliance nicht als unumstößlich einfordern Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen im ambulanten Betreuungskontext zu dauerhaften Themen machen – aufklären!

Das Problem ist, dass man einen großen Teil der Personen, die in diesen Netzwerken agieren, nicht zusammen bekommt. Die Kooperation ist immer ein Stück von den persönlichen Voraussetzungen abhängig; ob da zwei oder drei oder vier Personen gut miteinander können oder nicht, spielt eine große Rolle. Auf Dauer ist das aber im Prinzip zu wenig wenn es darum gehen soll, verbindliche Absprachen, Konzepte, Methoden zu entwickeln.

Um die verschiedenen Aspekte der vorherigen Abschnitte realisierbar zu machen, bedarf es einer nachhaltigen Kooperation zwischen den beteiligten Partnern. Hierzu gehören neben Methodik und Verbindlichkeit weitere Kriterien, damit gerade zwischen gesetzlicher Betreuung und Leistungserbringung verlässliche Arbeitsbeziehungen entstehen können. Die folgende Folie stellt die wichtigsten Aspekte dafür zusammen und bildet damit den würdigen Abschluss meines Vortrags.

- ergänzende Sichtweisen und Verständnis zum medizinischen Krankheitsverständnis zulassen
- die verschiedenen Funktionen in der praktischen Arbeit integrieren -Augenhöhe herstellen
- Betreuer als Kooperationspartner in die gemeindepsychiatrischen Netzwerke einbinden (z. B. GPV)
- Betreuungsfunktionen auch als Teilhabeleistung verstehen – z. B. bei Beratung, Verwaltung und Abwicklung pers. Budgets
- Betreuer und koordinierende Bezugsperson bei der Fallsteuerung zusammenbringen – nicht zwei Personen das Gleiche machen lassen
- Differenzierung zwischen Auftrags- und Leistungsmanagement etablieren

Anhang

Fallsteuerung und Fallkoordinierung

In der aktuellen, vorrangig ambulanten Versorgungssituation, werden häufig verschiedene Hilfsangebote eines oder auch mehrere Anbieter kombiniert. Gerade bei Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen und/oder komplexen Hilfebedarfen ist dieses eine Voraussetzung, um ambulante Versorgung sicherstellen zu können. An einem derartig konzipierten Setting sind mitunter eine Menge Personen am Prozess beteiligt, so dass die Steuerung des Fallverlaufes und die Koordinierung der verschiedenen Tätigkeiten eine wichtige Kompetenz darstellt. Nicht zufällig sind in den letzten Jahren entsprechende Konzepte wie Fallmanagement, Case Management oder koordinierende Bezugsperson für die Sozialpsychiatrie entwickelt worden.

Akquise und Bereitstellen von Wohnraum

Für viele psychisch kranke Menschen, vor allem bei denen mit auffälligen Verhalten, ist die *Versorgung mit Wohnraum* auch heute noch nicht unproblematisch. Lange Behandlungsphasen und Klinikaufenthalte führen immer wieder zu *Verlust des Wohnraums*. Psychiatrische Fachkräfte sind, gemeinsam mit den gesetzlichen Betreuern, diejenigen, die oft schon während der Klinikbehandlung mit den Klienten auf *Wohnungssuche* gehen. Je angespannter in einer Region der Wohnungsmarkt ist, umso schwieriger ist diese Aufgabe zu meistern. Viele psychisch Kranke fallen so, zumindest vorübergehend, in die *Obdachlosigkeit*. Aus diesem Grund haben gemeindepsychiatrische Anbieter bereits vor mehr als 25 Jahren damit begonnen, Wohnraum für ihre Klientel *anzumieten oder gar zu erwerben*. So konnte über einen langen Zeitraum eine gewisse Versorgungssicherheit erreicht werden. Das neue *WTG NRW* (Wohn- und Teilhabegesetz), welches den Gedanken des Verbraucherschutzes, abgeleitet aus der UN-Behindertenrechtskonvention, in die Versorgung behinderter Menschen einbringt, stellt Angebote wie das *Betreute Wohnen* unter den Schutz des Gesetzes. Ob die gewünschten positiven Effekte dadurch erreicht werden können oder ob durch allzu hohe Auflagen eher gegenteilige Effekte, evtl. gar eine Gefährdung dieses Wohnraums erreicht wird, bleibt abzuwarten.

Patientenverfügung

Urteils des LG Augsburg vom 12.09.13 – Sachverhalt:

- das Urteil erging aufgrund einer Beschwerde einer Patientin des BZK gegen ärztlich Zwangsmaßnahmen (hier: Zwangsmedikation über einen Zeitraum von sechs Wochen)
- die Patientin wurde im Dezember 2012 per Unterbringungsbeschluss wegen konkreter Suizidabsichten eingewiesen. Die Unterbringung wurde durch ergänzende Beschlüsse bis insgesamt 02/2014 verlängert

- in Patientenverfügungen von 08/2012 sowie 01/2013 hat die Patientin eine psychiatrische Behandlung strikt abgelehnt bzw. untersagt
- nach erneuter Ablehnung der Behandlung im BZK wurde von der Betreuerin am 28.02.2013 die Genehmigung zur Behandlung beim zuständigen Amtsgericht beantragt
- auf Anforderung des AG wird durch zwei Ärzte aus dem BZK ein Gutachten erstellt. Beide Ärzte sind nicht in die Behandlung der Patientin involviert
- die Gutachter befürworten die Zwangsbehandlung, die Betroffene wird angehört, es ergeht ein Beschluss des AGs zur Zwangsbehandlung auf die Beschwerde der Betroffenen erfolgt die Ablehnung durch das LG

Was sagt das Gutachten aus?

- Patientin ist wahnhaft, aggressiv, gereizt, fremdaggressiv, also ein klassisch psychotisches Krankheitsbild
- das Denken und Handeln und die Entscheidungen werden durch krankheitsbedingte Vorstellungen bestimmt
- ... somit ist die Patientin nicht in der Lage, einen freien Willen zu bilden ...
- das Gericht orientiert sich hierbei lediglich an ärztlich/medizinischen Aussagen
- ohne Behandlung droht Suizidalität

Begründung der Unterbringung (und der Behandlung) erfolgt über die Suizidgefahr

Bewertung der Patientenverfügungen (PV):

- PV vom 25.01.13 wurde vom Gericht als unwirksam eingeschätzt (nachvollziehbar)
- dergleichen die PV vom 31.08.12, (Patientin wurde am 14.03.12 ohne Krankheitseinsicht aus der Behandlung des BZK entlassen und hat sich nicht in ambulante Weiterbehandlung begeben; sie war vermutlich weiterhin psychotisch und somit nicht in der Lage einen freien Willen zu bilden) dieses ist nur bedingt nachvollziehbar und wirft einige Fragen auf:
 - Schließen sich psychotisches Erleben und freie Willensbildung generell aus?
 - In welchen Phasen ihres Lebens können psychisch kranke Menschen mit paranoid/psychotischer und suizidaler Symptomatik einen freien Willen bilden?
Sind PV, zusammen mit Behandlungsvereinbarungen und Vorsorgevollmachten geeignete Instrumenten, den freien Willen von psychisch kranken Menschen zu dokumentieren? Wenn ja, wie könnte das aussehen?

Systemsprenger

Eine der größten Herausforderungen auch einer modernen Sozialpsychiatrie stellt nach wie vor die Versorgung der Menschen dar, bei denen die Fachwelt gemeinhin zuerst einmal an eine *geschlossene Unterbringung* denkt. Das Problem verschärft

sich in der Letzten Zeit von verschiedenen Seiten. Es steht zu befürchten, dass das neue *PEPP (Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik)*, welches die Krankenhausfinanzierung aus dem somatischen Bereich auf die Psychiatrie überträgt, als Nebeneffekt eine *vorzeitige, übereilte (blutige) Entlassung* von Psychiatriepatienten mit sich bringt. Darüber hinaus verfolgen Organisationen wie der Landschaftsverband Rheinland (LVR) als überörtlicher Träger der Sozialhilfe, das Ziel eines verstärkten *Abbaus stationärer Plätze* im Bereich der Eingliederungshilfe. Schon vor einigen Jahren hat sich der LVR rigoros davon verabschiedet, neue Plätze für geschlossene Unterbringung zu schaffen. So wächst die Sorge, dass schwierige *Psychiatriepatienten vermehrt der Forensik zugeführt* werden. Entsprechende Fachvorträge oder Gesprächsforen werden in diesem Sinne mit »*Forensik – Die Gemeindepsychiatrie der Zukunft?*« überschrieben.

Egal wie man/frau persönlich diese Entwicklung bewertet; es steht auf der anderen Seite auch fest, dass noch zu keiner Zeit in Deutschland derart viele Mittel in die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen geflossen sind. Demnach muss sich eine moderne Gemeindepsychiatrie in ihrer Region auch am Auftrag zur *Pflichtversorgung* messen lassen, den es heute in den meisten Regionen noch nicht gibt. Dieser Auftrag ist dann erfüllt, wenn für alle psychisch kranken Menschen in einer Region, inklusive der Schwierigsten, *Versorgungsangebote vorgehalten werden* und *niemand in Nachbarregionen* oder gar noch wohnortferner »*verschickt*« werden muss. Dieses Ziel ist wiederum nur erreichbar, wenn die vorhandenen finanziellen Mittel richtig eingesetzt werden. Gesetzliche Betreuer können an dieser Stelle eine wichtige Überwachungsfunktion innehaben, wenn Versorgung jenseits der geschlossenen Unterbringung sichergestellt werden soll.

Hilfen und Beratung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung

Häufig kommt mit der gesundheitlichen Versorgung ein individueller Bereich im Individuellen Hilfeplan (IHP) hinzu. Es geht dabei in erster Linie um die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und darum, auch z. B. in Krisensituationen einen adäquaten Umgang miteinander zu verabreden. Kreative Beratungssettings ermöglichen es auch, Behandlungswünsche, Grenzen, Festlegungen bzgl. Medikation etc. für die Zeiträume zu vereinbaren, zu denen psychisch kranke Menschen ihren freien Willen nicht oder nur bedingt äußern können. Das routinemäßige Erarbeiten von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen mit psychisch kranken Menschen steckt aber noch in den Kinderschuhen. Gemeindepsychiatrische Fachkräfte und gesetzliche Betreuer können hierzu die notwendigen Impulse geben und in enger Abstimmung zu Ergebnissen kommen

X Beziehungsorientierte Behandlung

Ambulante aufsuchende psychiatrische Krankenhausbehandlung

Sascha Decristan

Seit 2000 besteht in Frankfurt am Main an der Vitos Klinik Bamberger Hof die Abteilung »Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause« (APAH). Das Konzept sieht vor, dass akut stationär behandlungsbedürftige psychiatrische Patienten anstatt einer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik tägliche oder mehrmals wöchentliche Hausbesuche durch ein mobiles multiprofessionelles Team erhalten. Dabei kommen Fachärzte für Psychiatrie, ein Diplompsychologe, ein Sozialarbeiter und psychiatrische FachkrankenpflegerInnen zum Einsatz. Innerhalb des Teams findet die Behandlung grundsätzlich mind. im festen zweier-Team statt (Arzt, bzw.- Psychologe + FachkrankenpflegerIn). Die Behandlung findet grundsätzlich an sieben Tagen pro Woche statt, wobei wir im Bamberger Hof eine 24 stündige (telefonische) Erreichbarkeit ärztlicher Mitarbeiter gewährleisten können. Das Behandlungsgebiet erstreckt sich auf den gesamten Frankfurter Stadtbereich mit allen zu Frankfurt gehörenden Stadtteilen.

Die Behandlungsdauer in APAH beträgt bis zu 30 Behandlungstage, wobei ein Behandlungstag mindestens einen Patientenkontakt beinhaltet. Verlängerungen sind in wenigen Ausnahmefällen möglich und nötig. Die Abrechnung der Behandlungsleistung erfolgt über eine mit den Krankenkassen verhandelte Fallpauschale. Beteiligt sind daran alle Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugangsvoraussetzung für die APAH-Behandlung ist eine der Schwere nach stationär behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung. Dazu muss eine Krankenhauseinweisung eines Haus- oder Facharztes vorliegen.

Die Zielgruppe der Behandlung sind in der Hauptsache Patienten aus folgenden Bereichen:

- junge (psychotisch) Ersterkrankte
- bisher unter- oder nicht versorgte Patienten
- Betroffene mit Schwellenangst
- langjährig chronisch kranke »Klinikmüde«
- Migranten
- Menschen mit familiären Verpflichtungen
- ältere Patienten mit psychischen Erkrankungen (z.B. Demenz mit Verhaltensstörungen)
- Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen
- Obdachlose oder davon bedrohte Menschen mit psychischer Erkrankung

Die Behandlungsinhalte sind ähnlich wie in einer stationären Fachklinik eine fachärztliche, bzw. psychotherapeutische Behandlung mit Diagnostik, psychotherapeutischen Gesprächen, medikamentöser Behandlung, Angehörigenberatung,

Psychoedukation, Expositionsbehandlung, usw. Die fachpflegerische Behandlung umfasst u. a. Haushaltstraining, Unterstützung bei der Körperhygiene, Aktivierung, Medikamenten- und Fahrtraining.

Sozialarbeiterisch wird vor Ort sortiert, geregelt, geklärt, (Schulden, Arbeit, Lebensplanung, manchmal Säcke voll ungeöffneter Post). Im Rahmen der Teamarbeit kommt es dabei zu zahlreichen Überschneidungen in den Arbeitsgebieten, die eine intensive Teamarbeit unerlässlich machen. APAH-Patienten können darüber hinaus, sofern es ihnen möglich ist, an den Gruppenangeboten in der Klinik (Ergo-, Bewegungs-, Musik-, u. a. -therapien, psychoedukative Gruppen, Entspannung, Ernährungsberatung usw.) teilnehmen.

Behandelt wurden in den vergangenen 14 Jahren mehr als 3000 Patienten. Knapp 50 % der Patienten litten unter Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Rund 30 % aller Patienten hatten depressive Störungen, wobei sich hier in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme registrieren ließ. Darüberhinaus werden auch zunehmend Patienten mit schweren Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen, hier vor allem Borderline-PS, behandelt. Von Anfang an haben Frauen das Angebot häufiger angenommen, insgesamt zeigten die Auswertungen in etwa ein Verhältnis von Frauen zu Männern von 3:1. Der Anteil von Migranten oder Patienten mit Migrationshintergrund ist über die Jahre stabil zwischen 35 und 40 %. Die meisten Patienten leben in eigener Wohnung. Etwa 20 % der behandelten Patienten leben bei Eltern, Angehörigen oder Freunden, ein kleinerer Teil in Wohnheimen oder Wohngemeinschaften für psychisch Kranke. Regelmäßig werden auch Patienten aus Einrichtungen für vormals obdachlose Menschen behandelt. Obdachlosigkeit ist für die APAH-Behandlung kein Ausschlusskriterium, die Behandlung findet wenn nötig z. B. im Park statt (auch im Winter, wie in der Diskussion im Publikum erfragt wurde).

Für unsere Patienten besteht bei der Behandlung in der eigenen Wohnung ein permanenter Heimvorteil. Wir Therapeuten sind Besucher und wir verstehen uns bei den Patienten als Gäste. Anders als im Krankenhaus, wo Ärzte und Pflegepersonal »Hausrecht« ausüben, kann man als Gast jederzeit gebeten werden zu gehen. Daraus leitet sich ein wichtiger Unterschied zu einer stationären Behandlung ab: Wir müssen unsere Behandlung häufiger nach dem Motto »Verhandeln statt Behandeln« ausrichten. Aus therapeutischer Sicht beinhaltet der Heimvorteil der Patienten aber auch für uns einen »Heimvorteil«, in dem wir die Patienten in ihrer Lebenssituation vor Ort erleben können und so einen direkten Einblick in die Lebenswelt der Patienten erhalten: Ist die Wohnung gepflegt oder verwahrlost, karg wie eine Zelle oder voll geräumt? Wie ist der Familiäre Kontext? Besteht ein soziales Netz? Gibt es Ressourcen in der Wohnumgebung die in der Behandlung unmittelbar genutzt werden können?

Durch die Arbeitsweise und die konzeptionellen Besonderheiten gestaltet sich die therapeutische Beziehung in der APAH Behandlung deutlich intensiver als im üblichen stationären Kontext. So stehen dem Arzt oder Psychologen in der Regel zwischen drei und fünf Einzelkontakte in der Woche zur Verfügung. Zwischen Be-

handler und Patient entsteht dadurch eine sehr intensive therapeutische Beziehung. Neben der direkten« therapeutischen Intervention bietet sich die Möglichkeit und Notwendigkeit, in der Behandlung immer wieder Normalität herzustellen bzw. daran zu arbeiten, etwa durch gemeinsame Café-Besuche, begleitetes einkaufen und kochen, Unterstützung bei der Hygiene, gemeinsames Fahrtraining, begleitete Ämtergänge, aufräumen, etc.

Die begrenzte Behandlungsdauer von maximal 30 Behandlungstagen setzt einen klaren zeitlichen Rahmen – die »Zeit danach« muss von Anfang an mit berücksichtigt werden. Von »außen« (durch ambulanten Arzt oder Psychotherapeuten) eingewiesene Patienten können in der Regel wieder zu ihrem ursprünglichen Behandler zurückkehren. Für manche Patienten ist eine anschließende tagesklinische Behandlung mit den Zielen Tagesstrukturierung, soziales Lernen, in der Gruppe sein, sinnvoll. Aber auch die Weiterbehandlung in der eigenen Ambulanz ist grundsätzlich auch aufsuchend möglich.

Beziehungsorientierte Medikamentenbehandlung

Nils Greve

Pharmakotherapie: Stand der Dinge

Die Verordnung von Medikamenten ist seit der Entdeckung differenzierter psychotroper Wirkungen und der Markteinführung der ersten Neuroleptika, Antidepressiva und Phasenprophylaktika um die Mitte des vorigen Jahrhunderts die dominierende Form der Behandlung psychischer Erkrankungen. In den diagnosespezifischen Leitlinien – zumindest in Deutschland – wird allenfalls Psychotherapie nahezu gleichrangig bewertet, sie steht allerdings in der Praxis vielen psychisch Kranken nicht oder nur mit langen Wartezeiten zur Verfügung. Die meisten übrigen Behandlungsformen sind in einer gesonderten Leitlinie »Psychosoziale Therapien« zusammengefasst und haben somit, wenn auch mit großer Verspätung, immerhin die offizielle Anerkennung als wirksame Therapieformen erhalten.

Gleichwohl besteht unverkennbar eine Tendenz zum vorrangigen Einsatz von Psychopharmaka, sowohl in der klinischen Akutbehandlung als auch in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung. Neue, »umsatzfördernde« Diagnosen wie ADS und ADHS haben dazu beigetragen, und mit DSM 5 sowie einer zu erwartenden ähnlichen Weiterentwicklung der ICD ist wohl mit einer weiteren Zunahme psychiatrischer Diagnosen und daraus folgender Pharmakotherapie zu rechnen.

Diesem Wachstumstrend steht allerdings eine wachsende Skepsis gegenüber, genährt durch die Entzauberung der atypischen Neuroleptika mit ihren doch erheblichen Nebenwirkungen, die neuerdings verstärkt diskutierten schweren unerwünschten Wirkungen der gesamten Gruppe der Antipsychotika, die relativ geringe Wirkstärke der Antidepressiva bei leichten und mittelschweren Depressionen und diverse Studien zu mindestens gleich guten Ergebnissen von vorwiegend ambulanten Behandlungssettings, die in erster Linie auf nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien setzen.

Einbettung der Pharmakotherapie

Ohne diese Wertungen im Rahmen meines kurzen Beitrages ausführlich begründen und diskutieren zu können, möchte ich aus den geschilderten Tendenzen die Schlussfolgerung ziehen, dass Pharmakotherapie – insbesondere bei psychischen Erkrankungen – in multimodale und lebensweltorientierte Behandlungsstrategien eingebettet und »beziehungsorientiert« erfolgen sollte, also im Rahmen einer psychotherapeutisch unterlegten »sprechenden Medizin«.

Diese Forderung wird beispielhaft umgesetzt von den Ansätzen der Akutbehandlung in Soteria-Häusern und des Need Adapted Treatment nach skandinavischen Vorbildern. Beiden ist die Grundvorstellung gemeinsam, dass akute Psychosen nicht in erster Linie als »Krankheiten« anzusehen seien, deren Symptome so schnell wie möglich beseitigt werden müssen, sondern als existenzielle »Krisen«, die eine

individuell zu gestaltende Krisenintervention erfordern, in deren Kern verlässliche, kontinuierliche, um flexible Anpassung an individuelle Bedürfnisse bemühte Beziehungen stehen.

Der Einsatz von Psychopharmaka – insbesondere Neuroleptika – ist in beiden Ansätzen nachrangig; er wird zwar nicht komplett vermieden, aber doch beschränkt auf Fälle, in denen ohne sie eine ausreichende Besserung nicht erzielt werden kann. Beide Ansätze haben nachweislich mindestens gleich gute, zum Teil deutlich bessere Behandlungsergebnisse aufzuweisen als eine traditionelle, medikamentenzentrierte Vorgehensweise.

In ähnliche Richtung weist der Ansatz der »Recovery«, der »Genesung« nicht primär als Symptomfreiheit, sondern als erfolgreiche Lebensbewältigung definiert mit möglichst selbständiger Lebensführung, größtmöglicher Teilhabe am Arbeits- und am sozialen Leben und möglichst großer persönlicher Zufriedenheit.

Auch wenn die genannten Konzepte für die Behandlung von Psychosen entwickelt wurden, erscheint mir dieses Herangehen auch für andere schwere psychische Erkrankungen angemessen: Eine Engführung auf Symptombeseitigung durch Pharmakagabe sollte überwunden werden zugunsten einer multimodalen, auf einer im weiteren Sinne therapeutischen Beziehungsgestaltung beruhenden Behandlung, die ihre Ergebnisse an der Lebenswirklichkeit der Patienten ausrichtet.

Helfende Beziehungen

Viele unserer Patienten weisen eine von missglückten, wenig haltgebenden, vielfach traumatisierenden Beziehungserfahrungen geprägte Biografie auf. Eine akute psychiatrisch relevante Symptomatik ist dann oft nur die Spitze des Eisbergs. Die Behandlung sollte darum von vornherein neben der Besserung des akuten Befindens eine positive erlebte, die früheren negativen Erfahrungen korrigierende Beziehung anbieten, insbesondere bei langen Behandlungsverläufen.

Während dieses Postulat durch Ergebnisse der Bindungstheorie ebenso gestützt wird wie durch alle etablierten Psychotherapieverfahren, ist der Aufbau einer guten helfenden Beziehung – mit Ausnahme der Regel-Psychotherapie – für sich genommen keine vergütungs begründende Hilfeart. Obwohl es sich hier nach meiner Überzeugung um das wesentliche Agens psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen handelt, muss die erforderliche Zeit in der ärztlichen Behandlung ebenso wie beispielsweise in der Eingliederungshilfe auf dem Umweg über einzelne Behandlungsmaßnahmen begründet werden.

Leitideen beziehungsorientierter Behandlung

Eine beziehungsorientierte Pharmakotherapie sollte sich an folgenden Leitideen orientieren:

1. Psychopharmaka sollten kein Selbstzweck sein, sondern zur Förderung der Genesung (im Sinne des Recovery-Konzepts) eingesetzt werden, d. h. Hindernisse

beim Aufbau bzw. der Wiedergewinnung sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen beseitigen helfen.

2. Die individuellen Genesungsziele sollte der Patient so weit wie möglich selbst bestimmen, der Arzt sollte ihn dabei unterstützen.
3. Die von diesen Zielen ausgehenden Verhandlungen über Auswahl und Dosierung von Psychopharmaka sollten zu Ergebnissen führen, die eher den Charakter von Vereinbarungen als von Verordnungen haben.
4. Bei der Umsetzung dieser Vereinbarungen, also der Einnahme der Medikamente, sollte es in erster Linie um die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten gehen. Eine Nicht-Einnahme sollte nicht als mangelnde Compliance aufgefasst und bekämpft werden, sondern sollte Anlass zur Überprüfung der Vereinbarungen sein.
5. Die Grenzen der Eigenverantwortung sollten seitens der professionellen Helfer zurückhaltend gesetzt und transparent kommuniziert werden. Außerhalb akuter Eigen- oder Fremdgefährdung muss den Patienten der Freiraum erhalten bleiben, Behandlung auch dann abzulehnen, wenn sie aus ärztlicher Sicht geboten ist. Zu einer langfristigen zuverlässigen Einnahme sind viele Betroffene erst dann bereit, wenn sie sich durch eigene Erfahrung davon überzeugt haben, dass es anders nicht geht; dazu gehört dann eben auch die erneute Psychose oder Depression bei unzumutbaren Absetzversuchen.
6. Depot-Neuroleptika sollten nur in begründeten Einzelfällen eingesetzt werden, da sie sich zur Förderung der Eigenverantwortung der Patienten deutlich schlechter eignen als orale Darreichungsformen.
7. Die Notwendigkeit einer Medikamenteneinnahme sollte regelmäßig gemeinsam überprüft werden. Die Aufforderung zum und die Unterstützung beim Reduzieren und Absetzen von Medikamenten gehört zur ärztlichen Behandlungskunst.

Behandlung im Lebensfeld: Beziehungsorientierte Behandlung

Matthias Heißler

Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug und Äußerungen des UN-Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz, gibt es eine zunehmende Debatte (ZINKLER & KOUSSEMOU 2014) darüber, inwieweit grundlegende Menschenrechte in der Psychiatrie zu wenig beachtet werden. Verstärkt wird dieser Eindruck, wenn man das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (im Folgenden UN-BRK, siehe BGBl. II 2008, 1419 ff.) und andere internationale Quellen der Vereinten Nationen, der WHO oder psychiatrischer Vereinigungen heranzieht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob unsere übliche Art, Psychiatrie zu betreiben, noch im Einklang mit den ethischen und menschenrechtlichen Rahmenbedingungen steht.

Zu menschenrechtlichen und ethischen Vorgaben

Den »Grundsätzen der Vereinten Nationen für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung«, die am 17. Dezember 1991 durch die Resolution 46/119 der Generalversammlung verabschiedet wurden (vgl. WHO 2006, 157 ff.), lässt sich u. a. entnehmen, dass »jeder Patient das Recht (hat), in einer so wenig restriktiven Umgebung und mit so wenig restriktiven beziehungsweise eingreifenden Methoden behandelt zu werden, wie dies ... angemessen ist«, und zwar auch im Hinblick auf die Sicherheit von Anderen (UN-Grundsatz 9 Abs. 1). Ein Patient soll möglichst »in der Gemeinschaft, in der er lebt, behandelt ... werden« (UN-Grundsatz 7 Abs. 1). Maßstab ist die »beste verfügbare psychiatrische Versorgung, die Bestandteil des Systems zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung sein soll« (UN-Grundsatz 1 Abs. 1).

Gemäß *Erklärung der World Psychiatric Association von Madrid über ethische Standards in der psychiatrischen Praxis* (WHO 2006, 166 ff.) – verabschiedet durch die Generalversammlung am 25. August 1996 – ist die Psychiatrie »eine medizinische Disziplin, die die Bereitstellung der besten Behandlungsmethoden für psychische Störungen, die Rehabilitation psychisch kranker Menschen und die Förderung der psychischen Gesundheit zu ihren Aufgaben zählt« (Ziff. 1 der Madrider Erklärung). »Niemand darf wegen einer psychischen Krankheit diskriminiert werden« (UN-Grundsatz 1 Abs. 4). »Diskriminierung aufgrund von Behinderung« bedeutet nach Art. 2 UN-BRK »jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt

wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Versagung angemessener Vorkehrungen.« Als »angemessene Vorkehrungen« definiert Art. 2 UN-BRK »notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können.« Deshalb wird ein partnerschaftlicher Umgang mit jedem Patienten gefordert: Jeder individuelle Behandlungsplan soll mit dem Patienten diskutiert werden nach dem Prinzip der am besten zur Verfügung stehenden Behandlungs- und Versorgungsform. Ziel ist die Förderung der persönlichen Autonomie des Patienten (z. B. Art. 12 Abs. 2 UN-BRK). Wenn Patienten dafür Unterstützung und Assistenz brauchen, ist ihnen diese selbstverständlich zur Verfügung zu stellen (vgl. im Einzelnen Art. 19 UN-BRK). Das soll behinderten Menschen die »volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft erleichtern« (Art. 19 UN-BRK).

Jeder Patient soll, wenn irgendwie möglich, in der Gemeinde, in der er lebt, in der Nähe von seinen Angehörigen und Freunden behandelt werden. Damit wird zugleich das Selbstbestimmungsrecht des Kranken gewahrt, das aus dem Recht der freien Entfaltung der Persönlichkeit hervorgeht. Wenn eine stationäre Behandlung erforderlich wird, soll diese möglichst freiwillig sein und in der gleichen Weise erfolgen, wie Bürger ansonsten klinisch behandelt werden. Zwangsmaßnahmen dürfen nur als letztes Mittel erfolgen, wenn alle anderen Maßnahmen ausgeschöpft sind. Es muss vorher alles versucht werden, »um eine zwangsweise Einweisung zu vermeiden« (UN-Grundsatz 15 Abs. 1). Das Bundesverfassungsgericht führt hierzu unmissverständlich aus: »Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen (kurz: Zwangsbehandlung) greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit ein (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Dieses Grundrecht schützt die körperliche Integrität des Grundrechtsträgers und damit auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht. Zu seinem traditionellen Gehalt gehört der Schutz gegen staatliche Zwangsbehandlung (vgl. BVerfGE 79, 174 <201>)« (BVerfG R&P 2011, 169). Dieser Eingriff ist nur erlaubt, wenn ein psychisch kranker Bürger »zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist« (BVerfG R&P 2011, 170). Vor jeder Zwangsbehandlung bzw. Zwangsunterbringung »muss der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks ... unternommene Versuch vorausgegangen sein«, eine »auf Vertrauen gegründete Zustimmung« des Patienten zu erreichen – so das Bundesverfassungsgericht (BVerfG R&P 2011, [172]).

Nach diesen ethischen und rechtlichen Standards, die den »Prinzipien zum Schutz von Personen mit psychischen Erkrankungen« der Vereinten Nationen, dem Grundgesetz, der Madrider Erklärung von 1996, der UN-Behindertenrechtskonvention und den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes bzw. des Bundesgerichtshofs (z. B. BGH R&P 2012, 206 ff.) entnommen sind, stellt sich die Frage, warum

in Deutschland z. B. *akutes Home-Treatment* noch nicht als elementarer Bestandteil psychiatrischer Versorgung und Alternative zu einer stationären Behandlung mit eventueller erforderlicher Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung eingeführt ist (JOHNSON et al. 2008).

Mobile Kriseninterventionsteams

Im Unterschied zu Deutschland gehört Home-Treatment in England, den skandinavischen Ländern, den Niederlanden, Australien, Neuseeland, USA, Italien und Belgien zu den elementaren Bestandteilen psychiatrischer Standardversorgung.

Kern ist ein mobiles Kriseninterventionsteam, das binnen 24 Stunden im Lebensfeld des Patienten tätig werden kann. Die Teams müssen in der Lage sein, schnelle und verlässliche Hilfe zu gewährleisten. Deshalb ist ein Arzt als beständiges Mitglied eines multiprofessionellen Teams unverzichtbar (BURNS 2013).

Mobile Kriseninterventionsteams oder – wie sie im Englischen heißen – »Crisis-Resolution-Teams« wurden in Sydney/Australien (HOULT 1983) erfunden, haben sich in Birmingham und London bewährt und wurden in North Islington durch eine vergleichende Untersuchung mit South Islington wissenschaftlich »geadelt« (JOHNSON et al. 2005, JOHNSON 2008 b). Nachdem sich herausgestellt hatte, dass Crisis-Resolution-Teams in hohem Maße stationäre Behandlungszeit einsparen, wurden sie flächendeckend in England eingeführt. Bedenken machte damals eher, ob sie im ländlichen Bereich genauso gut wirken wie in der Stadt (14 Mitarbeiter für 140.000 Einwohner). Dies lässt sich nach neueren Erkenntnissen eindeutig bejahen, vor allem wenn man sie dezentral sektoriell organisiert. In England wird zurzeit überprüft, ob diese mobilen Teams verfassungsgemäß sind, weil Suchtpatienten und alte Menschen vom Home-Treatment routinemäßig noch ausgeschlossen werden (Vorwurf der Diskriminierung).

Regionales Budget in Geesthacht

In Geesthacht wurden unter dem Dach eines Regionalen Budgets (seit 10/2008) mittlerweile 4 sektoriell arbeitende »Mobile Kriseninterventionsteams« gebildet, die ohne Ansehen der Diagnose (Patienten mit psychischen Erkrankungen im engeren Sinn, über Suchtkranke bis hin zu alten Menschen, einschließlich Menschen mit dementieller Entwicklung) *den Ort des Lebens zum Ort der Behandlung zur rechten Zeit* (Krise) machen. Neben dem stationären Bereich (ca. 1.000 Fälle/Jahr) hat sich eine auch aufsuchende Institutsambulanz entwickelt (Patienten 2008: 2.800 pro Jahr; 2013: >4.200 pro Jahr), und es gibt flankierend dazu fünf dezentral gelegene Tageskliniken, darunter eine, die sieben Tage in der Woche geöffnet ist, sowie eine psychosomatische Tagesklinik, die einzige im Norden, die in der Zwischenzeit ebenfalls Home-Treatment praktiziert.

Durch diese und andere Elemente im Lebensfeld sind während der letzten sechs Jahre über zehntausend stationäre Krankenhausbehandlungstage »weggeschmolzen«

(statt 18.000 < 8.000 stationäre Behandlungstage). Im Kontext eines Regionalen Budgets ist für die Versorgung des Kreises Herzogtum-Lauenburg mit 188.000 Einwohnern nur noch eine Station erforderlich, die durchschnittlich mit 20 Betten belegt ist.

Die Verweildauer beträgt weniger als sieben Tage, obwohl auch Patienten auf der Station sind, die fast ein Jahr, genau 344 Tage, dort behandelt werden müssen. Solche Kennziffern, behaupten viele, gehen mit verstärkten Wiederaufnahmen einher. Dies ist jedoch – nachweislich – falsch: Die Zahl der Wiederaufnahmen ist während der letzten sechs Jahre nicht gestiegen, sondern um 1 bis 2 % gesunken. Ca. 72 % der Patienten werden seit Jahren nur einmal im Jahr, ca. 15 % zweimal im Jahr, ca. 8 % dreimal und der Rest, ca. 4 %, viermal und mehr stationär behandelt. Die insoweit gemachten Erfahrungen werden auch durch Zinkler bestätigt, der dargelegt hat, dass es zwischen Wiederaufnahmen und Verweildauer keinen zwingenden Zusammenhang gibt (ZINKLER 2008).

Obwohl alle psychisch Kranken des Kreises mit und ohne zwangsweise Einweisung auf die einzig verbliebene Station müssen, ist die Station überwiegend offen.

Die Station hat sich bei der Großküche abgemeldet und versorgt sich ähnlich einem Haushalt selber. Die Patienten kaufen ein und kochen selber, morgens, mittags, abends: ein Stück Soteria- bzw. Windhorse-Kultur auf einer Akutstation.

Während der letzten sechs Jahre gab es stationär zwei Suizide bei etwas mehr als 1.000 Aufnahmen jährlich. Üblich ist – und so war es auch bei uns vorher –, dass pro Tausend Aufnahmen ein bis zwei Patienten pro Jahr sich suizidieren. Weiterhin lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Tage, an denen Patienten zwangsweise untergebracht sind, rückläufig ist. Während bis Oktober 2008 vor Etablierung der mobilen Kriseninterventionsteams ca. 100 Patienten jährlich zwangsweise eingewiesen wurden und diese Patienten auch tatsächlich bis zum Ende des richterlichen Beschlusses (meist 2–4 Wochen) auf der Station verblieben, werden seit ca. sechs Jahren nur noch 40–50 % länger als 24 Stunden zwangsweise auf der Station behandelt und dies zudem insgesamt kürzer als vorher) (im Jahr 2008: 95; im Jahr 2009: 57; im Jahr 2010: 59; im Jahr 2011: 53; im Jahr 2013: 49).

	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
<u>Vorläufige Unterbringung durch SpD</u>	125	97	103	96	118	120
Psych-KG (Klinik)	95	57	59	53	–	49

Warum also soll ein Patient zwangsweise eingewiesen werden, wenn er mit Home-Treatment (über ein mobiles Kriseninterventionsteam) auch zuhause behandelt werden kann? Durch Aufsuchen der Patienten im Lebensfeld lässt sich die Behandlung für den Patienten und seine Bezugspersonen gewaltärmer, angenehmer, effektiver und mit nachhaltigerer Wirkung gestalten. Dieses Behandlungssetting wahrt somit Inklusion in hohem Maße und greift zum Mittel der Exklusion nur noch dann, wenn unbedingt nötig.

Person, Lebensfeld und Krise

Der Mensch lebt nicht allein auf der Welt. »... Der Mensch als Person existiert notwendig in sozialen Bezügen« (BVerfGE 125, 175, 223). Jeder Mensch ist Teil seiner Um-Welt, die ihn beeinflusst bzw. auf die er selber einwirkt und die er gestaltet. Mit ihr ist er vielfältig verbunden, so dass sie ihm zur Mit-Welt wird. Jeder Mensch ist jedoch mehr als er wahrnimmt (Polany, Eagleman). Jeder Mensch nimmt aus seiner Umwelt Eindrücke wahr, die zum Teil widersprüchlich und extrem gegensätzlich sind. Weil aber Menschen nach Harmonie streben, versuchen sie widersprüchliche Eindrücke aufzuklären, wegzufiltern bzw. auszumerzen. Und oft oder vielleicht sogar in der Regel, beginnen sie Geschichten zu erzählen, die als Geschichten Widersprüchlichkeiten bzw. gegensätzliche Eindrücke aufheben. Dies gelingt Menschen in der Regel nach Gazzaniga ganz gut. Manchmal sind jedoch die Eindrücke so widersprüchlich, so konträr, dass ihnen keine passende Lösung einfällt und sie schließlich diese Widersprüchlichkeiten als Symptome bzw. als Leid ausdrücken, gewissermaßen aus Mangel an Alternativen zu antworten.

Beispiel:

Herr M., 92 Jahre alt, ehemals Rechtsanwalt, zum 2. Mal seit ca. 50 Jahren verheiratet, drei Kinder aus erster Ehe, spricht plötzlich nur noch Plattdeutsch, nässt und kotet ein. Er ist verwirrt, wehrt sich gegenüber seiner Frau, die ihn abhalten will aus dem Haus zu gehen. Er scheint nur noch seine Tochter und seine Geliebte zu erkennen. Er wirkt dement, so dass die Familie nach einem Krankenhausaufenthalt eine Heimunterbringung in die Wege leitet. Ein Sohn will ihn sogar geschlossen unterbringen. Hintergrund:

Herr M. hat mehrere Geliebte, darunter Frau D., mit der er seit ca. 25 Jahren verbunden ist. Mit Frau D. hat er vor kurzem einen Testamentsentwurf aufgesetzt und sich dabei auch ein bisschen bedacht. Nach mehreren Stürzen musste Frau D. kurzfristig in einem Krankenhaus behandelt werden. Danach hat sie Kontakt zu ihrem Neffen aufgenommen und mit ihm zusammen (?) beschlossen, den Kontakt zu Herrn M. nach 25 Jahren abzurechnen und ihm alle Vollmachten zu entziehen (Konto-Betreuungsvollmacht, Wohnungsschlüssel, ...). Ihr Neffe tauchte bei Herrn M. auch zu Hause auf und hat ihm den Beschluss von Frau D. vorgetragen mit der Bitte ihm Schlüssel, Scheckkarte und Betreuungsvollmacht auszuhändigen. Mit Frau D. konnte Herr M. danach, auch telefonisch, keinen Kontakt mehr aufnehmen.

Dieses Vorgehen hat Herrn M. so zugesetzt, dass ihm das nicht nur »die Sprache verschlagen hat«, sondern sogar, dass er dabei »seinen Verstand« verloren hat. Er sprach kein Hochdeutsch mehr, erkannte nur noch wenige Familienmitglieder, war verwirrt, nassete und kotete ein.

Im Gespräch mit seiner Frau, seiner Geliebten und seiner Tochter konnten die Ereignisse andeutungsweise rekonstruiert werden. Wir hatten den Eindruck, dass durch das Verhalten von Frau D. und ihrem Neffen (und anderer Umstände), die Widersprüchlichkeiten, »Dis-harmonien«, die »Inkonsistenzen« (Enttäuschung, Wut, Ärger, Intrige, Missverständnis,...)

so groß waren, dass Herr M. die Fähigkeit, sich abstrakt ein Bild von der Welt zu machen, verloren hat. Herr M. hatte nicht mehr die Möglichkeit, widersprüchliche Wahrnehmungen und Erlebnisse zu vereinheitlichen. Die Erlebnisse waren sogar so widersprüchlich, dass sie sich quasi gegenseitig gelöscht haben. Dabei wurde insgesamt das Vermögen von Herrn M. zu abstrahieren, narkotisiert (Emrich, 2008). Ohne die Fähigkeit das Leben als Er-Leben fassen zu können, ohne das Vermögen sich ein Bild von der Welt zu machen, war er auf seine basalen Fähigkeiten zurückgeworfen, mehr oder weniger zu leben, wie es kommt (konkreter Lebensmodus).

Wir boten Herrn M. und seiner Familie an, mit Frau D. Kontakt aufzunehmen und nachzufragen, was passiert ist (Ziel: Reduktion von Disharmonien bzw. Inkonsistenzen). Dies gelang über eine Nachbarin. Frau D. warf Herrn M. vor, sie auszunutzen, wobei nicht geklärt werden konnte, ob tatsächlich oder nur befürchtet (verunsichert, misstrauisch nach Stürzen (Schlaganfall?)). Diese Versuche der Klärung und validierender Umgang mit Herrn M. stärkten zumindest Herrn M., so dass er peu à peu wieder Lebensmut fasste. Er sprach zunehmend wieder Hochdeutsch und war nach ca. zwei Wochen einigermaßen in der Lage das Geschehen zu reflektieren. Der Neffe wurde von Herrn M. und seiner Frau als maßgeblicher Auslöser der Misere »ausgemacht«.

Etwas anders, wenn jemand unter einer demenziellen Entwicklung leidet:

Frau H. wohnt nachweislich allein mit ihrem Ehemann in einer Wohnung. Im Gespräch dagegen erzählt sie, dass sie mit zwei Männern in einer Wohnung wohnt: Der eine würde sehr freundlich, ja liebenswürdig mit ihr umgehen, der andere wäre sehr gängelnd und bestimmend.

Frau H., aber auch andere demente Menschen, haben anscheinend nicht mehr die Fähigkeit widersprüchliche Eindrücke und Erlebnisse in einer Geschichte widerspruchsfrei erzählen zu können. Bei ihnen steht die eine Erfahrung und der damit verbundene Eindruck gleichberechtigt neben der anderen. Bei Herrn M. waren die widersprüchlichen Erlebnisse so stark, dass sie sich beim Versuch, sie zu vereinheitlichen, gewissermaßen gegenseitig neutralisiert bzw. ausgelöscht haben, aber im Grunde genommen bestehen blieben und auf eine Klärung hofften. Dagegen haben Menschen mit demenzieller Entwicklung nicht mehr die Fähigkeit, widersprüchliche Erlebnisse in einer Geschichte zu harmonisieren bzw. sinnig zu machen.

Noch ein bisschen anders psychotische Menschen: Viele versuchen ihre widersprüchlichen Eindrücke in einer Geschichte zu verpacken, die zwar manchmal für Außenstehende unglaublich klingt, aber immerhin Versuch ist, das, was sich im Grunde genommen nicht vereinheitlichen lässt, sich nicht fügt, fügt zu machen, auch wenn dafür Stimmen von außen oder virtuelle Akteure wie die NSA, der BND, die CIA oder andere Außerirdische, notwendig sind. Nichtsdestotrotz enthalten diese unglaublichen Geschichten einen »wahren« Kern. Um diesen wahren Kern aufzuspüren, braucht es allerdings die Hilfe der Bezugspersonen und deren Geschichten, und einen psychiatrisch Tätigen, der in der Lage ist, anhand der ihm erzählten Geschichten und der dargebotenen Choreografie, ein bisschen zu begreifen, was sich auf der konkreten Beziehungsebene der Menschen miteinander abspielt und schlussendlich ausgedrückt wird. Die Geschichten sind dabei anschei-

nend die Kittsubstanz, die widersprüchliche bzw. konträre Eindrücke gegenseitig aufheben bzw. vereinheitlichen. Demente Menschen haben oft nicht mehr die Fähigkeit, widersprüchliche Erlebnisse zu vereinheitlichen, sodass unterschiedliche Geschichten, obwohl widersprüchlich nebeneinander stehend, erzählt werden, frei nach Precht, »wer bin ich und wenn ja wie viele.« Schon Emrich und andere haben vermutet, dass schizophrenen Menschen die Vereinheitlichung unterschiedlicher Eindrücke nicht gelingt, die aber nichtsdestotrotz real gegeben sind. Die Überlegungen von Gazzaniga gehen in dieselbe Richtung: Menschen erzählen Geschichten, um sich die Widersprüchlichkeiten der Welt zu erklären. Meist gelingt das ganz gut, manchmal werden die Geschichten jedoch zu utopisch, sodass sie nicht für glaubwürdig gehalten werden.

Im Kontext des Lebensfeldes gelingt es zum Beispiel über offene Dialoge und andere Vorgehensweisen manchmal die eine Geschichte durch eine andere zu ersetzen, die nicht nur der Patient, sondern alle teilen können. Im Kontext der Anstalt oder einer Klinik diktiert manchmal der medizinische Alltag oder der Arzt die alternative Geschichte, die dann als Hospitalismus von sich reden macht. Davon sind wiederum störanfällige und vulnerable Menschen am meisten betroffen, weil sie, verstört durch die Widersprüchlichkeiten, keine Alternativen finden und die medizinische Deutung autoritätshörig und kritiklos übernehmen. Wir sollten also möglichst im Kontext des Lebensfeldes nach alternativen Geschichten als Mantel von Disharmonien, Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten suchen, weil die alternativen Geschichten im Kontext einer Institution manchmal verheerende Nebenwirkungen haben (Kitt-Substanzen, Kitt-Reaktionen: Wenn noch nicht möglich: Angst. Reaktion darauf: »Anästhesie«, Gefühllosigkeit, sprich Depression oder Tempo machen, um davon zu rennen, zu fliehen, sprich: Manie. Andere Möglichkeit: Einnahme von Drogen, Alkohol, zur Betäubung oder zum Dopen. Oder: Alles zusammen: Klinik der Heterogenität).

Psychiatrisch Tätige als Teil eines mobilen Kriseninterventionsteams können vor allem beim Hausbesuch erfahren, wie jemand mit seiner Lebenswelt verbunden ist und wie er im Zusammenspiel mit ihr bestimmte Muster herausfiltert und aus Leben Er-Leben gestaltet: Neben Narrativen und Dialogen ist die Choreographie eines jeden Lebens vor einer persönlich gestalteten Kulisse zu besichtigen. Die Quelle (Leben im Lebensfeld) des abstrakt formulierten Lebens (Narrative) wird nachvollziehbar. Auf der Station können sich psychiatrisch Tätige im Gespräch nur auf die Beschreibungen eines Patienten verlassen. Das Implizite bleibt größtenteils verborgen, weil es im Lebensfeld außen vor ist (POLANY 1985), und noch schmerzlicher: Es kann zur Antwortsuche (Therapie) nicht mit eingesetzt werden.

Bei der Antwortsuche werden im Kontakt mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen solange die verschiedenen Räume im Lebensbereich wie Familie, Tätigkeitsbereiche, Nachbarschaft, kommunaler Raum, Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft, usw. an-, ausgeleuchtet und ausprobiert, bis sich passende Antworten einfinden und die Disharmonien und Inkonsistenzen alltagsverträglich werden, ähnlich wie das Freud formuliert hat: Aus persönlichem Elend muss allgemeines

Unglück werden, mit oder ohne Medikamente (FREUD 1895). Sobald also der Ort des Lebens Ort der Behandlung zur rechten Zeit ist, wird Psychiatrie wirksamer.

Nur vor Ort lässt sich eine Diagnose stellen, die subjektiv auf dem Zusammenspiel einer Person mit ihrem Lebensfeld gründet (personalisiert, verkörperte Subjektivität, Embodiment nach FUCHS, 2008), anstelle einer überindividuellen (ICD-) Diagnose, die zu wenig differenziert und personalisiert. Weil die Lebenswelt objektiv unsere Subjektivität bestimmt, können nur Konzepte, die lokal angepasst und verankert sind, Garant sein für gute Psychiatrie. Auch wenn »Symptome« über den ICD oder das DSM globalisiert werden, führen vor allem Arrangements vor Ort zu Lösungen, die, wie vieles, fördernd (oder auch verhindernd) in den sozialen Raum hinein strahlen und vice versa. Nur im Lebensfeld der Patienten lassen sich deshalb therapeutische Maßanzüge kreieren, während auf der Station in Unkenntnis des Lebensfeldes nur Therapie von der Stange angeboten werden kann, als Fließbandpsychiatrie.

Institutionen

In Institutionen muss der einzelne jedoch auf einen Teil seiner Persönlichkeit verzichten, weil Zusammenleben und Zusammenarbeiten mit anderen nur durch Verzicht auf allzu individuelle Züge zu erreichen ist. Die Institution ist deshalb zugespitzt formuliert die Negation des Einzelnen zu Gunsten überindividueller Beziehungen, organisiert über Vorschriften und Regeln.

Menschen in psychischen Krisen sind in dem Erfassen überindividueller Muster durch ein Übermaß an Disharmonien und Inkonsistenzen behindert. Sie sind auf das konkrete Sein phänomenologisch zurückgeworfen. Die Exklusion von psychisch kranken Menschen aus ihrem Lebensfeld, einhergehend mit der Verlegung in Institutionen, spitzt deshalb häufig die Symptomatik eher zu als dass sie sie abmildert. Indiziert ist ein auf die Person zugeschnittenes Vorgehen, einen therapeutischen Maßanzug, der aus dem Lebensfeld heraus entworfen und im Lebensfeld im Kontext des sozialen Raumes umgesetzt werden muss, während Verlegung eines Patienten in eine Klinik (Exklusion) die Gefahr der Verkennung birgt, verbunden mit der Entstehung von Paralleluniversen. Sie kennen wahrscheinlich den Witz von einem Mann, der von einem Polizisten in der Nacht gefragt wird, was er unter der Straßenlaterne sucht. Antwort: Einen Schlüssel, den er vor dem Gasthaus verloren hat. Frage: Und warum sucht er hier unter der Straßenlaterne? Weil es hier hell ist!

Konkretes Beispiel:

Ein alter demente Mann wurde von seinem Hausarzt wegen anhaltender Rückenschmerzen auf unsere Innere bzw. Chirurgie eingewiesen. Entsprechende diagnostische Untersuchungen und darauf aufbauende Schmerztherapien brachten jedoch nicht den gewünschten Erfolg. Im Gegenteil. Auf den somatischen Stationen wurde er vor allem nachts so verwirrt und desorientiert, dass es schlussendlich zwischen ihm und den Nachtschwestern zu Hand-

greiflichkeiten kam. Deshalb wurde er zwangsweise auf die psychiatrische Abteilung verlegt. Weil wir davon ausgingen, dass der alte Mann auch auf einer psychiatrischen Station nur noch verwirrter und desorientierter werden könnte, beschlossen wir, ihn zu entlassen und ihn über Home-Treatment zu Hause zu behandeln. Nachmittags suchten wir ihn und seine Frau zu Hause auf. Seine Frau berichtete, dass sie ihren Mann, obwohl dement, auf keinen Fall in ein Heim geben wolle. Sie wären viele Jahre verheiratet und sie wolle sich jetzt nicht mehr von ihrem Mann trennen. Ihr Mann läge tagsüber die meiste Zeit im Ehebett. Dort fanden wir ihn auch vor und konnten feststellen, dass die Matratze sehr durchgelegen war. Daher also die Rückenschmerzen. In Abstimmung mit dem Hausarzt verordneten wir Krankengymnastik bzw. Ergotherapie in Form eines täglichen Spazierganges im zuständigen Viertel. Als Alternative schlugen wir der Frau bzw. dem Hausarzt Tagespflege vor. Seitdem war keine stationäre Behandlung wegen Rückenschmerzen mehr notwendig.

Auf der Station ist es möglich, dass man an Komplexen herumdoktert, die konkret bei der Entstehung der Symptomatik keine Rolle spielten. Nur die Assistenz vor Ort ist Garant, dass das im Mittelpunkt steht, was die Krise ausgelöst hat, mit dem Ziel, darauf passende Antworten zu finden.

Darüber hinaus müssen wir uns vergegenwärtigen, dass viele Therapien trotz großer Versprechungen wenig gebracht haben: Neuroleptika und Antidepressiva müssen mit aller Vorsicht eingesetzt werden, weil sie zum Teil mehr schaden als nützen (Aderhold, Weinmann, Whitacker). Ca. ein Drittel aller Patienten seien sie psychotisch, depressiv oder abhängig kommen immer wieder in unsere Behandlung. Diese Zahlen nach Beine aus 2014 (ACKPA-Tagung in Heidenheim 2014) unterscheiden sich kaum von den Zahlen aus 1960/70. Die Zahl der Zwangsunterbringungen steigt eher an als dass sie abfällt, das Bundesverfassungsgericht musste mahnen, dass Zwangsbehandlungen so wie wir das machen, nicht umgesetzt werden können, der UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe rückt Psychiatrie in die Nähe von Folter und man muss schon den Zeigefinger erheben, dass Psychiatrie trotz UN-BRK nicht einfach so weiter macht wie bisher (ZINKLER, HEISLER in Recht und Psychiatrie 3 und 4/2014).

Milieutherapie

Das, was Milieutherapie im Kontext der Klinik war (das nach Finzen am meisten unterschätzte therapeutische Wirkprinzip auf der Station), ist der soziale Raum für eine Psychiatrie die auf Home-Treatment setzt. Psychiatrisch Tätige sollten ihre gute Stube, den Sozialraum, genauso gut kennen wie ihre Westentasche. Eine Voraussetzung ist, dass man psychiatrisch Tätigen erlaubt, sich im Sozialraum erkundend umzusehen. Dort befinden sich all die Ressourcen, die wir für unsere Patienten als Gelegenheiten brauchen – Beziehungen, Arbeits- und Tätigkeitsplätze, Wohnungen, etc. –, alles Schätze, die später evtl. geeignet sind, vertrackte Situationen zu lösen. Schon bevor ein Fall zu einem Fall wird, sollten wir uns deshalb im Sozialraum suchend umschaun, damit wir etwas auf Lager haben, wenn der Ernstfall eintritt.

Im Vorfeld können wir Kontakt aufnehmen zu Handwerksbetrieben, zu Mitarbeitern von Firmen, Beziehungen knüpfen, damit wir Beziehungen später nutzen können, wenn unsere Patienten sie brauchen. Durch diese Gelegenheiten machen wir gewissermaßen Valenzen ausfindig, die die Talente und Fähigkeiten unserer Patienten zu Potenzen werden lassen. Ohne diese Gelegenheiten im sozialen Raum, bleiben die Patienten auf ihre Familien und sich zurückgeworfen, eventuell abgeschnitten und isoliert vom Sozialraum, der für sie neue Perspektiven und Hoffnungen öffnen könnte (Mensch ohne Beziehungen ist ein Mensch ohne Ressourcen: kraft- und saftlos). Jeder Mensch ist Teil eines Netzwerkes von starken und schwachen Beziehungen. Während starke Beziehungen uns Halt geben, finden wir Lösungen häufig in den Beziehungen zu Personen, mit denen wir nur locker verbunden sind. Psychisch Kranke und ihre Familien sind häufig von diesen Quellen abgeschnitten. Der psychiatrisch Tätige hat dann die Aufgabe, das eingeschlafene Netzwerk um die Familie herum zu aktivieren oder aber sein eigenes Netzwerk, die Beziehungen und Gelegenheiten, die ihm in seinem Ressourcenlager zur Verfügung stehen, anzuzapfen bzw. zu aktivieren.

Bei der Suche nach solchen Passungen darf man auch seine »Bauchgefühle« zu Hilfe nehmen (GIGERENZER, 2007). Damit dies allerdings gelingt, muss sich der psychiatrisch Tätige eingehend mit dem Patienten beschäftigt haben, muss er zumindest eine Ahnung haben, was dieser Mensch für Bedürfnisse hat bzw. was dieser Mensch für ein gelingendes »beantwortetes Leben« braucht. Auf der Suche nach geeigneten »Nischen«, kann man sich dann fast darauf verlassen, dass einem Menschen und Gelegenheiten über den Weg laufen, die sich als »passend« herausstellen. Voraussetzung dafür wiederum ist, dass man sich engagiert und reflektierend schon vorab im sozialen Raum umgesehen hat, um potentielle Gelegenheiten zu erschließen.

Die Voraussetzung also, um dem Zufall eine Chance zu geben, ist, dass das Beet für Zufälle auf beiden Seiten vorgebreitet zu haben, auf Seiten der Person und auf Seiten des sozialen Raumes. Passendes fügt sich nicht von selber zusammen bzw. wird einem auch nicht in den Schoß gelegt (nur manchmal), aber es ergeben sich auf der Basis solcher Art skizzierter herumschweifender Tätigkeit im kommunalen Raum bei »frei schwebender Aufmerksamkeit«, plötzlich Möglichkeiten, mit denen man vorher nicht rechnen konnte: Dem Zufall wurde der Weg bereitet, zuzuschlagen. Bei Gigerenzer heißt das dann: »Der Zufall trifft nur einen vorbereiteten Geist« und bei Stefan Zweig: »Wunder ... entstehen nur in der Seele derer, die sie erwarten«.

Eine andere Möglichkeit ist zwischen Menschen im Stadtteil Beziehungen herzustellen, damit der eine dem anderen Freund und Helfer wird. Pribe nennt als Beispiel die Herstellung einer Beziehung zwischen einem älteren Menschen, der depressiv ist, und einem jüngeren Menschen, der unter ADHS leidet. Nachgewiesenermaßen kommt der Kontakt beiden zugute: Der ältere Mensch hat wieder Bedeutung durch den jüngeren, in dem er sich um diesen kümmert und der jüngere profitiert von der Beziehung zu diesem älteren Menschen dadurch, dass er

allmählich konzentrierter und mit mehr Ausdauer seinen Alltag bewältigen kann, mit weniger ADHS Symptomatik.

Weiteres Beispiel:

Herr K., ein junger Patient, der im Rahmen einer paranoiden Psychose bei uns antriebs- und interesselos wurde, hat sich im Stadtteil um eine ältere Frau mit zahlreichen somatischen Beschwerden (Herzinsuffizienz; COPD; Z. n. Lungenembolie) gekümmert, die nach dem Tod ihres Mannes am Sinn des Lebens zweifelte und suizidal wurde (Suizidversuch mit Marcumar). Während sie in der Sorge um Herrn K. eine neue Aufgabe gefunden hat, indem sie ihm Frühstück und Mittagessen zubereitete, hat er für sie eingekauft, weil sie körperlich dafür zu schwach war.

Die Beschränkung auf Hausbesuche bzw. auf Home-Treatment im familiären Bereich, ist manchmal so was Ähnliches wie Therapie von Monaden, während »Connections« in den sozialen Raum, Perspektiven und Hoffnungen wachsen lässt (Christakis, Fowler: Connected). Der soziale Raum ist das Beet, das die Ressourcen unserer Patienten wachsen lassen kann. Er ist die Matrix eines jeden Menschen, die gepflegt und poliert werden muss. Der soziale Raum ist aber nicht zu verwechseln mit den Einrichtungen psychiatrisch Tätiger, wie Heime, Werkstätten, Tagesstätten, betreutes Wohnen, Wohngruppen, etc. Der Sozialraum meint die Gesamtheit des sozialen und materiellen Raumes, in den eine Person eingebettet ist. Durch zunehmenden Kontakt mit den Bürgern im Sozialraum und durch die Vernetzung dieser Bürger mit uns und untereinander wird der Boden bereitet für Verständnis, für Toleranz und für gemeinsame Projekte. Mal stellen wir Kontakt her zu Nachbarn, mal zum Handwerkermeister, mal zu Kollegen, mal zum Chef einer Firma, mal zu einem Pastor, mal zu engagierten Bürgern. Durch diese Vernetzungsarbeit wächst allmählich eine wohlwollende Stimmung als Voraussetzung für Kooperationen auf verschiedenen Ebenen. Insbesondere für *Arbeit* und Beschäftigung:

Arbeit, Kollegialität bzw. tätige Gemeinschaft sind die wichtigsten *Normalisierungsbeschleuniger*. Durch den Fachkräftemangel und durch die soziodemographische Entwicklung müsste es in Zukunft mehr und mehr gelingen, auch für psychisch kranke Menschen passende Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden, erst recht über supported employment, Arbeitsassistenz bzw. einem Vorgehen, das von dem österreichischen Verein »Spagat« entwickelt wurde. Im Unterschied zu aktuellen Vorgehensweisen, geht es dabei nicht darum, dass behinderte Menschen dieselben Leistungen wie nicht behinderte Menschen erbringen müssen, sondern vor allem um Teilhabe an Arbeit orientiert an dem individuell Möglichen. Das können 40 Stunden die Woche sein oder auch nur fünf Stunden. Wichtig ist, dass dort gearbeitet wird, wo alle arbeiten.

Und im Sozialraum findet man auch Möglichkeiten für Patienten in Krisen als Alternative zu einer stationären Behandlung, zum Beispiel Krisenfamilien, *Gastfamilien* oder Crisis-Homes: Der Aufenthalt in einer Gastfamilie »gewährt«, führte schon W. Griesinger vor 150 Jahren aus, »was die prachtvollste und bestgeleitete

Anstalt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens«. Statt stationärer Therapie mit entsprechenden Nebenwirkungen findet in einer Gastfamilie Mit-Sein im Alltag statt und zwar 24 Stunden rund um die Uhr in einer mehr oder weniger entspannten Atmosphäre, ähnlich wie das von Mosher und Ciompi als heilsames Milieu in »Soterias« beschrieben wurde. Soterias in Bern und anderswo sieht man allerdings die institutionelle Verwandtschaft mit Stationen noch deutlich an, während Gastfamilien als »Soterias vor der Haustür« klein, familiär, überschaubar und zusätzlich vernetzt im Stadtteil oder Dorf, also kommunal verankert, sind (Beispiele in und um Ravensburg, Stuttgart, Schwäbische Alp ...).

Allerdings muss man sich fragen, ob *die Gastfamilie als »Soteria vor der Haustür«* tatsächlich mit gutem Gewissen als Alternative zur Station taugt?

Bei der Umsetzung des Konzepts »Gastfamilie« war man der Ansicht, man müsste die Familien psychiatrisch ausbilden, bevor man sie auf Patienten loslässt. Man musste jedoch feststellen, dass dabei die therapeutische Potenz der Familien zurückging und hat diese Versuche an allen Zentren wieder eingestellt. Danach wurden die Ergebnisse wieder besser.

Differenzierte Studien aus Denver, Madison, Zürich, Lille, Tonder lassen an der Wirksamkeit keinen Zweifel. Die Patienten in den Gastfamilien sind in Bezug auf die Schwere der Erkrankungen vergleichbar mit denen auf der Station. Im »Outcome« sind sie jedoch nicht nur gleichwertig, sondern sogar, deutlich besser! Die Bürger im 3. Sozialraum, in der Nachbarschaft, haben also ähnliche, wenn nicht sogar eine bessere therapeutische Potenz als psychiatrisch Tätige auf einer Station. Mit-Sein im Alltäglichen übertrifft also in seiner unbeabsichtigten Wirksamkeit das Management einer Station. Der Mensch wagt wieder, selbstvergessen zu leben. Verkraftet das unser professionelles Ego?

Durch Gastfamilien und über Home-Treatment wird der Bedarf an Betten und Heimplätzen zurückgehen. Wenn ein Patient eine Wohnung braucht, können wir ihm diese über »Immobilientherapie« besorgen, erst recht, wenn ein Patient keine Wohnung mehr hat. Assistenz wird als flexibles System um ihn im Alltag organisiert (supported housing). Übrigens wird »Immobilientherapie« in New York, Montreal und anderswo als »housing first« bezeichnet. Die Erfahrungen sind aber hier wie dort dieselben: Sobald jemand eine Wohnung hat, gehen die Dinge besser, abgesehen davon, ob jemand psychotisch, manisch, abhängig oder verwirrt ist.

Altenhilfe

Im Bereich der Altenhilfe kann man sehen, was dabei herauskommt, wenn Bürger sich zusammenschließen und mit Profis und Politikern neue Formen der Versorgung ausprobieren:

Kein Mensch will im hohen Alter noch auf eine psychiatrische Station, wenn ihm das bisher in seinem Leben erspart geblieben ist. Er und seine Angehörigen schämen

sich und fürchten Stigmatisierung. Außerdem reagieren gerade alte Menschen, insbesondere mit demenzieller Entwicklung, sehr vulnerabel auf Veränderungen des Alltäglichen. Häufig bringen schon geringe Veränderungen im Alltag die gerade noch ausbalancierte Alltagsroutine aus dem Gleichgewicht mit schwerwiegenden Folgen wie Desorientiertheit, Verwirrtheit oder Delir ähnlichen Symptomen.

Diese Gefahr haben als erste, Frauen auf dem Land, als Land-Frauen belächelt, in ihrem ganzen Ausmaß erkannt und bis in letzter Konsequenz zu Ende gedacht und Klaus Dörner wurde ihr Sprachrohr. Auf dem Dorf kann schon der Wegfall eines Tante Emma Ladens oder der Wegzug von jüngeren, die den Alten bisher Mobilität zur Verfügung gestellt haben, bei Eintreten einer entsprechenden Erkrankung eine Katastrophe auslösen, sprich zur Krankenhauseinweisung mit anschließender Heimunterbringung führen. Weil diese Umstände tragisch und empörend sind und unter die Haut gehen, sahen sich die Land-Frauen, zum Aufstand genötigt: Sie setzen ihre Bürgermeister unter Druck, besetzten leerstehende Räume und wandelten leere Schulen, Gaststätten oder Kindergärten in tagesstrukturierende Angebote oder rund um die Uhr betreute Haushaltsgemeinschaften für ihre »Alten« um, gewissermaßen eine basisdemokratische Revolution, vergleichbar mit der Occupy-Bewegung. Mittlerweile hat diese emanzipatorische Bürger-Bewegung auch die Städte erreicht. Während in den Dörfern der engere Kontakt und die Nachbarschaft die Empörung über die untragbaren Zustände schneller zum Handeln führte, verzögerte die städtische Anonymität zunächst den Zusammenschluss. Außerdem haben die Angehörigen nicht nur vor Ort Lobbyarbeit geleistet. Sie haben sich auch in Talkshows gesetzt, haben Bücher geschrieben und haben bundesweit Politiker animiert, ihre Sache zu einer Sache für die Allgemeinheit zu machen. Dadurch kamen auch entsprechende Gesetze zustande, die die Arbeit der Angehörigen bei der Betreuung eines dementen Menschen während der letzten Jahre leichter gemacht haben.

Über 90 % der Bürger wollen auch dann, wenn sie krank oder dement werden, nicht in ein Heim. Als Alternative haben vor allem Angehörige, aber auch Vereine wie »Daheim« in Gütersloh oder »Alt und Jung« in Bielefeld ambulante Wohnpflegegruppen bzw. Haushaltsgemeinschaften gegründet. Im Kreis Gütersloh z. B. verfügen mittlerweile alle Dörfer und Stadtteile bis auf drei – über mindestens eine Haushaltsgemeinschaft.

Während Heime Einrichtungen sind, nach denen man sich ausrichten muss, nimmt man in Wohngruppen die Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch, der sich nach den persönlichen Bedürfnissen des Mieters ausrichten muss, unermesslich überlebenswichtig, gerade dann, wenn ich dement werde: Nach einer Untersuchung der Uni Bochum und dem Statistischen Bundesamt ist die mediane Überlebenszeit in Heimen nur halb so hoch (29 Monate) als zu Hause (56 Monaten).

Jedoch dürfen diese ambulanten Wohnpflegegruppen in der Regel keine Gebäude sein, die zu diesem Zweck gebaut werden, sondern Gebäude, die als Wohnungen oder Praxen oder ähnlichem bei ihrer Errichtung noch nicht ahnten, dass sie später als Wohngruppe dienen werden. Ansonsten werden sie über kurz oder

lang zu Einrichtungen mit Ewigkeitswert, deren Zimmer belegt werden müssen. Wenn Vereine solche Häuser mieten dann also quasi nur als Projekt, das nach einer gewissen Zeit dem zuständigen Stadtteil oder Dorf zu übergeben ist, damit es von den Bürgern vor Ort in den Dienst genommen und entsprechend genutzt werden kann, also von Bürgern für einzelne Bürger in Not als *Projekt* für den Stadtteil oder das Dorf.

Wenn notwendig stellt sich also Psychiatrie *in den Dienst* der Bürger und ihren Bedürfnissen, jedoch nicht als Betreiber von Einrichtungen, sondern als *Dienstleister*, der Projekte kreiert, nicht um sie zu besitzen, nicht als Eigentum, sondern als *Leihgabe*, als *Übergangs-Objekte* bis die Bürger des zuständigen Stadtteils oder Dorfes sie in Eigenregie übernehmen, die Projekte inklusiv werden oder – untergehen, weil überflüssig.

Und dies steht paradigmatisch für eine andere Psychiatrie, eine Psychiatrie ohne Einrichtungen. Einrichtungen gehören der Psychiatrie nicht. Sie müssen nach über 200 Jahren den Bürgern endlich zurückgegeben werden, ähnlich wie das durch die Säkularisierung vollzogen wurde. Psychiatrie ist lediglich Transformator, Zwischenglied, Anstifterin. »Geschäftsführer« ist der Stadtteil oder das Dorf. Es geht um die kommunale Revitalisierung von Einrichtungen und um die Revitalisierung von Vereinen und GmbHs, damit sie ihrer gemein-nützigen Satzung wieder entsprechen: Psychiatrie als projektiv orientiertes Vorgehen – auf Abruf. Dies scheint erstmal eine verrückte Idee zu sein. Vor kurzem habe ich Rifkin zugehört und dann schien mir die Idee gar nicht mehr so verrückt.

Rifkin prognostiziert die 3. Industrielle Revolution und mit Eintritt in diese wird es nach seiner Einschätzung über kurz oder lang mit dem Kapitalismus bergab gehen. Abgesehen davon, dass ich nicht tief überblicke, ob es demnächst mit dem Kapitalismus zu Ende geht, prognostiziert er wie Dörner und Opaschowsky den Anstieg von sozialen Aktivitäten, Dörner im 3. Sozialraum, Opaschowsky mit der Renaissance der Nachbarschaft ein neues »Wir« im Stadtteil oder Dorf und Rifkin den Aufstieg von sozialen Commons, kollaborativen Gemeingütern auf Deutsch. Vorbote dafür ist die Allmende, die es als nachhaltige Form des Wirtschaftens schon seit Menschengedenken gibt und die jetzt wiederbelebt wird, z.B. in Form von Genossenschaften und in der rasanten Zunahme der Share Economy. Statt um Besitz geht es zukünftig mehr um's Teilen, sodass »Besitz« zunehmend an Bedeutung verliert. Weil Besitz korrumpiert und großer Besitz noch mehr korrumpiert, wenn nicht sogar total, wäre es auch gut, wenn der Besitz der Psychiatrie wieder in die Hand der Bürger in den Stadtteilen und Dörfern zurückgeht, um Missbrauch infolge Marktdoping zu verhindern. Der Verkauf der großen Anstalten an Private hat diese Entwicklung nur beschleunigt. Ein Gebiet wie die Psychiatrie kann sich einen Missbrauch von Bürgern, einhergehend mit der vermehrten Umwandlung von Gesunden in Kranke auf Dauer nicht erlauben.

Jetzt eine weniger verrückte Idee, die hier und da auch schon umgesetzt wird:

Stellen Sie sich vor, dass von Bürgern aktivierte Stadtteile durch *mobile Kriseninterventionsteams* unterstützt werden:

Wie schon die Enquete ausgeführt hat, sollte unbedingt verhindert werden, dass alte Menschen ihr vertrautes Lebensfeld verlassen müssen. Mobile Kriseninterventionsteams in Kooperation mit dem Hausarzt, mit einem Pflegedienst und Ergotherapeuten, erlauben intensive Behandlungen vor Ort, ähnlich wie auf einer Station, jedoch inklusiv, ohne dass der alte Mensch durch eine exklusive Intervention zusätzlich verwirrt und desorientiert gemacht wird. Engagierte Angehörige und Bürger bilden mit den Profis im Mix Teams, deren besondere Wirksamkeit u. a. durch Klie nachgewiesen wurde. Des Weiteren kann in ambulanten Wohnpflegegruppen, in denen eine Begleitung und Therapie rund um die Uhr gewährleistet ist, im Verbund mit mobilen Kriseninterventionsteams sehr intensive und umfangreiche Behandlungen durchgeführt werden. Auch Reha-Maßnahmen gewinnen an Effektivität und Nachhaltigkeit, wenn sie vor Ort, z. B. im Kontext einer solchen ambulanten Wohnpflegegruppe geplant und durchgeführt werden können. Wenn das Engagement der Bürger mit den Möglichkeiten von Mobilien Kriseninterventionsteams kombiniert wird, fängt der Stadtteil Feuer und Therapie »inklusive« beginnt sich auszubreiten wie ein Flächenbrand. Wer will mit 70,80 noch auf eine psychiatrische Station, wenn ihm das bisher in seinem Leben erspart geblieben ist?

Und was wäre nun, wenn die Arbeit der Bürger im Bereich der Altenhilfe zur Blaupause werden würde für eine andere Psychiatrie, eine kollaborative Psychiatrie?

Das Wort kollaborativ wurde aus dem Englischen ins Deutsche übertragen und heißt so viel wie gemeinsam an einer Sache für die Gemeinschaft arbeiten. Wenn Psychiatrie kollaborativ wird, arbeiten Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene und engagierte Bürger gemeinsam an einem Projekt. Vorstufen sind Psychoseseminare bzw. der Trialog. Um psychisch kranke Menschen adäquat begleiten zu können, bilden Bürger mit Profis Teams. Sie begleiten die Patienten im Alltag und erkunden die verschiedenen Möglichkeiten im sozialen Raum. Wenn im Stadtteil keine passenden Möglichkeiten ausfindig zu machen sind, gründen sie auch Zuverdienstfirmen. Über Immobilientherapie lässt sich für jeden Patienten eine Wohnung finden. Über Arbeitsassistenz oder Support Employment begleiten sie Menschen an einem Arbeitsplatz bis dieser kollegialer Teil der Belegschaft ist. Weil bekanntermaßen Profis nicht integrieren können, bekommt jeder Patient gewissermaßen einen Bürger als Psycho-Paten zugeteilt, der diesen Teil der Arbeit übernimmt.

Wenn Psychiatrie kollaborativ wird, organisieren Bürger, Psychiatrieerfahrene und Profis auf kommunaler Ebene die Versorgung psychisch Kranker aller Altersgruppen. Die notwendige Information kann ohnehin jeder mittlerweile frei verfügbar aus dem Internet herausholen, zum Beispiel über die Tagungsbeiträge der »Aktion psychisch Kranker« oder »Schattenblick«. Das Wissen um psychiatrische Versorgung, ist nicht länger ein auf Profi beschränktes Wissen, sondern wird mit Bürgern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen geteilt. Entsprechend dem Entwicklungsstand einer Region kann dann entsprechend geplant, ausgebaut und umgesetzt werden.

Solche Modelle fallen nicht vom Himmel. Jedoch sind sowohl Angehörige als auch Psychiatrie-Erfahrene seit Jahren konkret in der Begleitung und Versorgung der Patienten beteiligt, sind somit mittlerweile gleichberechtigt und gleichwertig und zunehmend auch an politischen Prozessen beteiligt. Auf ihre Erfahrungen kann man beim Aufbau eines entsprechenden lokalen Netzes zurückgreifen. In England und anderen Ländern ist das seit Jahren üblich. Patienten und Angehörige sind nicht mehr die passiven Objekte psychiatrischer Versorgung, von Profis verplant und organisiert. Sie haben sich von Konsumenten zu Prosumenten gewandelt. Gemeinsam mit den Profis arbeiten sie kollaborativ an der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung vor Ort.

Konkret können für ein Standardversorgungsgebiet von 150-200.000 Einwohnern drei bis fünf mobile Kriseninterventionsteams unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und engagierten Bürgern gebildet werden, die jeweils einen Sektor von ca. 40.000 Einwohnern ohne Ansehen der Diagnose psychiatrisch versorgen. Sobald jemand in eine Krise gerät, kommen die Mitarbeiter des mobilen Kriseninterventionsteams dann in das Lebensfeld und versuchen, wie geschildert, mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen passende Antworten zu finden. Dabei verfügen die Mitarbeiter über ein Ressourcenlager im umgebenden Sozialraum, sodass sie auch Gelegenheiten auf Lager haben, um vertrackte Situationen lösen zu können. Wenn eine Assistenz rund um die Uhr notwendig ist, kann zwischen Station, Krisenfamilie, Krisenwohnung oder Haushaltsgemeinschaft im Stadtteil gewählt werden. Bei Konflikten am Arbeitsplatz nimmt man Kontakt mit den Kollegen bzw. Vorgesetzten auf und versucht als Außenstehender Situationen zu klären und Lösungen mit aufzuzeigen.

Gerade durch die Beteiligung der Bürger stellt der Stadtteil eine tragende und haltende Kultur als Matrix für das Wohl und die unvermeidlichen Krisen ihrer Bewohner bereit. Durch die Behandlung im Lebensfeld, durch die größere Wirksamkeit der Interventionen, durch Krisenfamilien und andere Alternativen, wird der Bedarf an stationären Betten und Heimplätzen erheblich zurückgehen, ähnlich wie an manchen Stellen in Italien und England. Wie in Triest, Birmingham oder in Geesthacht reichen dann 20–30 stationäre Betten für ca. 200.000 Einwohner.

Weil sowohl Bürger, als auch Psychiatrie-Erfahrene, als auch Angehörige zusammen mit den Profis die psychiatrische Versorgung sicherstellen, kann man eine solche Psychiatrie als *kollaborative Psychiatrie* bezeichnen.

Kollaborativ ist aber nicht genug. Damit wurde schon begonnen (z. B. in Bremerhafen, Hamburg, Geesthacht, ...).

Was im Austausch über konkrete Krankheiten und Assistenz beginnt, strebt nach Mitsprache auf politischer und organisatorischer Ebene. Die Angehörigen alter Menschen machen das beim Um- und Aufbau eines neuen Hilfesystems für alte Menschen seit Jahren vor, zum Beispiel auf Stadtteilebene: Nicht die Psychiatrie allein hat die Weisheit mit Löffeln gegessen. Wie schon begonnen, vor allem im Bereich der Altenpflege, werden die Bürger in Zukunft mehr und mehr ihre Wünsche und Vorstellungen einer guten Versorgung an die Politik und an die

psychiatrisch Tätigen herantragen. In dem Maße, wie es einer Psychiatrie gelingt, diese Vorstellungen mit den Bürgern vor Ort zu teilen und zu realisieren, wird sie zukunftsfähig. Die Psychiatrie wird kollaborativ, bevor sie kollaboratives Gemeingut wird, lokal unterschiedlich und an die Gegebenheiten und Bürger angepasst.

Psychiatrie und psychiatrische Versorgungsplanung wird nicht länger von einer Handvoll Profis gemacht. Psychiatrie wird kollaboratives Gemeingut, ähnlich wie das von Rifkin prognostiziert wird und von Dörner und Opaschowski schon seit einigen Jahren vorher gesagt wird. Dörner spricht von der Aktivierung des 3. Sozialraumes, Opaschowski von der Renaissance der Nachbarschaft und einem neuen »Wir«, das durch die Zusammenarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, engagierten Bürgern und Profis als tragendem Grund entsteht. Dabei wird Psychiatrie aus der Gefangenschaft einer Spezialdisziplin herausgelöst und abgelöst durch eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung in Notlagen des Lebens.

Als Vorbereitung für solche Kollaborationen von Seiten der Profis braucht es allerdings den Übergang von einer konventionellen Psychiatrie in eine Post-Psychiatrie.

In einer *konventionellen Psychiatrie* müssen die Patienten ihr Lebensfeld verlassen und Hilfe in einer Klinik nachzusuchen. Ihr Verhalten und ihre Symptome verlieren dadurch an Sinn, werden sinnlos.

In einer *Postpsychiatrie* verlassen die Profis ihren Kontext, nämlich die Klinik, während die Patienten in ihrem Lebensfeld verbleiben können. Dadurch können Sie erfahren, dass Symptome und Verhalten nicht sinnlos sind, sondern im Kontext des Lebensfeldes Sinn machen. Der Sinn wird rehabilitiert.

Der Ort des Lebens wird dadurch zum geeigneten Ort der Behandlung zur rechten Zeit.

Ohne den Zwischenschritt »Post-Psychiatrie« bleibt jedoch alles beim Alten. Und: Nur im Lebensfeld, vor Ort, in der Begegnung der psychiatrisch Tätigen mit den Patienten und deren Bezugspersonen wird der zerlegende Facettenblick institutioneller Ordnungen (Psychologie, Soziologie, Medizin, Ergotherapie, Krankenpflege, Subspezialisierungen, ...) wieder von einer komplexen Sicht auf komplexe Dinge abgelöst, weil es im konkreten Alltag der Betroffenen nicht auseinanderdividiert werden kann (Transdisziplinarität (MÜNCH, 1995)). Der Alltag der Patienten ist nicht spezialisiert. »Es wird ... immer wichtiger, in der Praxis das von der Wissenschaft in Einzeldisziplinen differenzierte Wissen wieder zusammenzufügen«... Die Umsetzung von Wissen in praktisches Handeln ist jedoch keine Eins-zu-Eins-Relation. Das spezialisierte Wissen muss vielmehr in der Praxis transdisziplinär wieder zusammengesetzt werden, um überhaupt aufgeklärt handeln zu können (MÜNCH, S.146 ff) und damit im Lebensfeld der Patienten durch psychiatrisches Vorgehen Leben lebbar wird bzw. als Lebenskunst praktiziert werden kann.

Um das umzusetzen fehlen jetzt noch zwei Dinge: Ein *Entgelt-* und ein *Steuerungssystem*:

Schon die Enquete hat ausgeführt, dass der Mensch nicht als medizinisches Objekt von Hilfen allein gesehen werden darf, sondern im Kontext seines Lebens Hilfe erhalten muss. Dies kann jedoch nur dann organisiert werden, wenn ein entspre-

chendes *Entgeltsystem* dafür vorgesehen ist. Ein Entgeltsystem, das isoliert eine Person fördert und dabei noch den stationären Kontext bevorzugt, vernachlässigt die möglichen Ressourcen, die im Lebensfeld aktiviert werden können. Wir brauchen also nicht nur ein Entgeltsystem bezogen auf eine Person, sondern wir brauchen auch ein Entgeltsystem, das das Beet, auf dem eine solche Person wächst, monetärer dünkt. Wir brauchen eine überindividuelle Pauschale mit der Verpflichtung, alle psychisch kranken Bürger einer Region zu versorgen. Diese überindividuelle Pauschale kann dann lokal an eine entsprechende Kopffzahl gebunden werden. Ob dabei jemand ambulant, teilstationär oder stationär behandelt wird, ist weniger wichtig, weil die Hilfe dort problemlos platziert werden kann, wo sie am ehesten greifen kann, im Unterschied zum jetzigen Entgeltsystem, wo stationär am meisten Geld vorhanden ist, auch wenn die Hilfe im stationären Bereich häufig daneben geht. Aus dem Topf einer überindividuellen Pauschale lassen sich auch unkompliziert die Leistungen von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und engagierten Bürgern entlohnen.

Gerade für Umstrukturierungsprozesse ist nach den bisherigen Erfahrungen eine überindividuelle Gesamtpauschale, aus der die notwendigen Leistungen für die einzelnen Bürger entgolten werden, unentbehrlich. Eine solche Gesamtpauschale sorgt für einen einheitlichen Raum, der nahtlos von der Lebenswelt des Patienten in die Station übergeht – und umgekehrt. Unter dem Dach einer Gesamtpauschale lassen sich rigide Strukturen aufbrechen und neue, besser wirksamere etablieren. Wir brauchen ein Stück weit Deregulierung abgesichert durch die Übernahme der Gesamtverantwortung für ein definiertes Versorgungsgebiet.

Die Hebelwirkung einer solchen überindividuellen Gesamtpauschale ist also zweifach:

Sie sorgt 1. für Flexibilität, die u. a. für die Umstrukturierung des Krankenhauses und des kommunalen Bereiches, also des gesamten Versorgungsgebietes, notwendig ist und

sie wirkt 2. indirekt, perspektivisch auf den Sozialraum ein und aktiviert insbesondere den 3. Sozialraum co-therapeutisch. Dadurch wird eine präventive Wirkung auf den Einzelnen und seine Familie, aber auch insgesamt auf das Gemeinwesen entfaltet.

Dieser ökonomische Rahmen bewirkt auch, dass die einzelnen therapeutischen Strukturen und Elemente untereinander ausbalanciert werden, damit sie so wirken, wie sie wirken sollen. Z. B. ist bekannt und durch (schwedische) Untersuchungen bestätigt, dass jedes im Krankenhaus freiwerdende Bett durch andere Patienten belegt und eben nicht abgebaut wird. Ohne Verbindung zum stationären Bereich, kommt es deshalb durch Home-Treatment-Teams zu einer Verdoppelung der Psychiatrie, wie das in den Niederlanden zu besichtigten ist. Im kriminologisch-vollzugsrechtlichen Diskurs wurde dieses Phänomen bereits als Sogwirkung leerer (Gefängnis-)Zellen beschrieben (vgl. RÜPPEL 2010, 120 ff.).

All die oben skizzierten Entwicklungen lassen sich also mit einer überindividuellen Pauschale besser in Gang bringen. Deshalb haben wir während der nächsten sechs bis sieben Jahre die Aufgabe, alles in Bewegung zu setzen, um ein Entgelt-

system zu schaffen, das Hilfen für den Einzelnen in seinem sozialen Raum in Lebens-Not refinanziert.

Und wie lässt sich eine kollaborative Struktur, die vor Ort die Versorgung plant und die Geschicke in den Händen hält, auf rationalem Kurs halten?

Dabei kann man Anleihen machen beim *prophetischen Pragmatismus* von Cornel West. West setzt dabei auf zwei Elemente: erstens Propheten und zweitens den Pragmatismus.

Er glaubt an »Lichtgestalten«, die Orientierung geben und gangbare Wege zum Besseren vorausahnen können, zumindest vor (schon mal begangenen Fehlern) Sackgassen warnen können. Solche »Propheten« gibt es auch im Bereich der Psychiatrie, wie zum Beispiel Pörksen, Dörner, Priebe, Kruckenberg, Bock, Mosher, Ciompi, usw. Diese Lichtgestalten haben auch die Aufgabe, Leiden, Demütigungen und Formen der Diskriminierung zu benennen, offen zu machen, herauszuposaunen und die Finger in die Wunden zu legen bei Fehlentwicklungen. »Eine Gesellschaft, die nicht aktiv gegen Demütigungen ankämpft, ist keine anständige Gesellschaft mehr ... Es geht heute nicht nur um einen Mangel an Haben, dringlicher scheint das Problem eines Mangels an Sein: an Anerkannt-Sein. Wer Anerkennung erfährt, dem wird eine Ahnung zuteil, was ein sinnerfülltes Leben ist. Prophetischer Pragmatismus ist Arbeit an einer Kultur der Anerkennung« (West in Manemann u.a.: Prophetischer Pragmatismus).

Es gibt allerdings noch andere Hotspots: z. B. Gelingende Praktiken, sogenannte best practise Modelle und im Kontrast dazu miserable Beispiele. Dazu ist der Flickenteppich der psychiatrischen Landschaft in Deutschland bestens geeignet, ergänzt durch europäische und außereuropäische Formen der Versorgung.

Prophetisches Potenzial für die Psychiatrie gewinnt gerade wieder die Philosophie. Während Wissenschaft und Forschung im analytischen Kleinkram versinken, schaffen philosophische Überlegungen das, was zusammengehört transdisziplinär wieder zusammenzuführen, verbunden mit neuen Einblicken und Ausblicken, wie zum Beispiel bei Fuchs mit seinem Buch »Das Gehirn ein Beziehungsorgan« oder bei Ulrich mit seinem Buch »Psychiatrie. Biologische Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft«.

Philosophie liefert leitende Ideen. Gestaltende Kraft haben dagegen schon Gesetze wie die Menschenrechte in Form der UN-BRV, die »Prinzipien« und auch das Grundgesetz. Jedoch werden diese Vorschriften nicht so umgesetzt, wie sie schwarz auf weiß geschrieben sind. Gerade in der Kluft zwischen gesetzlichen Vorschriften und Realität, zwischen Soll und Sein, sieht West das Potential und den Hebel für konkrete Veränderungsprozesse, die es zu nutzen gilt, wie z. B. jüngst durch das Bundesverfassungsgericht im Falle der Zwangsmedikation und dem Aussetzen einer entsprechenden Grundlage. Dieser Umstand wurde z. B. von Zinkler in Heidenheim genutzt, der als einer der weniger darüber nicht klagte. Und siehe da: Man kommt auch ohne den üblichen Zwang aus.

Weil kein Mensch weiß, was in Zukunft geschehen wird und wie sich bestimmte Veränderungen auswirken werden, schwört West auf den Pragmatismus. Unter

Pragmatismus versteht er nicht den Empirismus. Empirismus bezieht sich nach seiner Ansicht auf Zahlen und Fakten, die in der Vergangenheit gründen, jedoch ohne Kontakt zur Zukunft. Er propagiert die Zeitdiagnose. Zeit-diagnose – das ist, in Abgrenzung von einer Analyse, eine Symptomatik, die versucht, anhand gegenwärtiger Vor- bzw. Anzeichen eine provisorische Beschreibung, ein Szenarium der Gegenwart zu entwerfen. Anders als die Analyse, die häufig nur noch eine vergangene Gegenwart beschreibt, ist die Zeitdiagnose aktuell. Eine Zeitdiagnose zehrt von sich wechselseitig erhellender Plausibilität, die sich am Ende zu einem verketteten Netzwerk zusammenschließt. Dadurch wird der Pragmatismus zu einem zukunftsorientierten Instrument, der versucht, das Denken als eine Waffe einzusetzen, um effektives Handeln zu ermöglichen.

Empirismus und Analyse sind vergangenheitsfixiert. »*Our's is in the trying*«.

Der Empirismus wiederholt vergangene Fakten, der Pragmatismus steht für zukünftige Möglichkeiten. West sieht keine andere Alternative, als bestimmte Vorhaben auszuprobieren (Experimentalismus) mit der Notwendigkeit im Danach zu reflektieren, wie sich Projekte entwickelt haben. Er vergleicht das mit dem Jazz: Wir brauchen sowohl die Fähigkeit, Themen – also Strukturen und Umgangsweisen – zu variieren, zu verändern, zu erfinden, aber auch, wenn alles nicht hinhaut, das Ganze wieder rückgängig zu machen (permanente Revision). Dies kann einhergehen mit einer besonderen Tragik, die er mit dem Blues vergleicht: Trotz allen Bemühens und bester Absicht gehen unsere Projekte manchmal nach hinten los. Diese Tragik ist, wie der Blues, unvermeidlich und muss bei allem was wir tun mit berücksichtigt werden, auch um die notwendige Tiefe eines jeden Vorhabens auszuleuchten.

Dieses Ausprobieren, Testen, Reflektieren, Kontrollieren, Ausbauen oder Rückgängigmachen im kommunalen Raum bedarf einer permanent zu praktizierenden demokratischen Praxis. Das kann nur in kleinen überschaubaren Einheiten gelingen, wie in einem Dorf oder einem Stadtteil. Das Ganze ist mit Strukturen wie der Allmende vergleichbar. Und solche sozialen Gebilde, bilden nach Rifkin zukünftig zunehmend auch die wirtschaftlichen Keimzellen der Gesellschaft. Und im Kontext dieser sozialen Gebilde, in Dörners 3. Sozialraum, wird zukünftig auch psychiatrische Versorgung kollaborativ zwischen engagierten Bürgern, Angehörigen, Nachbarn, Patienten und Psychiatrie-Erfahrenen organisiert werden. Während Psychiatrie kollaborativ wird, wird sie sich im nächsten Schritt selbst zu einem kollaborativen Gemeingut entwickeln.

Der nächste gangbare Schritt auf diesem langen Weg ist die Umwandlung der Psychiatrie in eine Post-Psychiatrie. Dies können wir während der nächsten Jahre erreichen, vor allem in den nächsten sechs bis sieben Jahren. Bis 2021/22 müssen wir alles tun, um ein Entgeltsystem in unsere Hand zu bekommen, das uns ermöglicht, im Lebensfeld genauso tätig zu sein und arbeiten zu können, wie im stationären Bereich. Um dies zu erreichen bedarf es jedoch auch der »Empörung«, die uns nach Hessel phasenweise abhanden gekommen ist.

Nichtdestotrotz sind psychiatrisch Tätige unterwegs zu neuen Ufern: Psychiatrie to go. Die Entdeckungsreise beginnt post-psychiatrisch. Post-Psychiatrie als Zwi-

schenstadium zu einer kollaborativen Psychiatrie mit anthropologischer Färbung ist jedoch nicht das Tor zu einem psychiatrischen Paradies. Aber Post-Psychiatrie kann das Ausfalltor zu einer kommunal integrierten Psychiatrie sein. Damit kann Inklusion beginnen.

Literatur:

- ADERHOLD, V. (9 2010): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden – ein minimale Anwendung von Neuroleptika ein update. Von www.meinungsvbbrechen.de/?tagvolkmar-aderhold. abgerufen
- ADERHOLD, V./ALANEN, Y./HESS, D./HOHN, P. (Hrsg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrierte Behandlungsansätze aus Skandinavien. Giesen.
- AEBI, E./CIOMPI, L./HANSEN, H. (1993): Soteria im Gespräch. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Basener, D. (2012): Ich Möchte Arbeiten: das Modell Spagat Vorarlberg. Hamburg: 53° Nord Agentur und Verlag.
- BIRKENHEIER, C./HAGEN, A. (2005): Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Völklingen: Eigenverlag VITAL e. V.
- BUDDE, W./FRÜCHTEL, F./HINTE, W. (Hrsg.) (2006): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden (Verlag für Sozialwissenschaften).
- CHRISTIAKIS, N./FOWLER, J. H. (2009): Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist. Frankfurt a. M. (Fischer Verlag).
- DÖRNER, K. (2007): Leben und Sterben, wo ich hingehöre . Neumünster (Paranus Verlag).
- DÖRNER, K. (2008): Helfende Berufe im Markt-Doping. Neumünster (Paranus Verlag).
- EAGLEMAN, D. (2012): Inkognito Frankfurt/Main (Campus Verlag). Frankfurt/Main (Campus Verlag).
- EMRICH, H. (2008): Psychiatrische Anthropologie. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- FINZEN, A. (2002): Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund. Resonieren über das Heilen. Bonn (Edition das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag).
- FREIESLEBEN, M. (2005): Entlastungsfamilien und Kontaktfamilien – semiprofessionelle und Laienhilfemodelle in Dänemark. Vortrag auf der 20. Bundestagung Familieinpflege. Jena.
- FUCHS, T. (2008): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart (Kohlhammer).
- GAZZANIGA, M. (2011): Who is in charge? Free Will and the science of the Brain. New York (Ecco). New York (Ecco).
- GIGERENZER, G. (2007): Bauchentscheidungen . München (Bertelsmann Verlag).
- GOLDSTEIN, K. (1934): Der Aufbau des Organismus. HAAG. Martinus Nijhoff.
- GRANOVETTER, M. (1973): The strength of weak Ties. American Journal of Sociology 8 , S. 1360–1380.
- KLIE, T. (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Vinzenz Verlag.
- KROLL. (1998): Mit Soteria auf Reformkurs. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- LANKERS, D. (2010): Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? Inaugural-Dissertation, Ruhr Universität Bochum.
- LÖTSCHER, K./BRIDLER, R. (2013): Psychiatrische Akutbehandlung in Gastfamilien. In W. Rössler, & W. Kawohl, Soziale Psychiatrie (S. 255-264). Suttgart: Kohlhammer.
- MANEMANN, J./ARISANKA, Y./DRELL, V./HAUK, A. M. (2013): Prophetischer Pragmatismus. München: Wilhelm Fink Verlag.
- MÜNCH, R. (1995): Dynamik der Kommunikationsgesellschaft. Frankfurt/Main (suhkamp).
- OPASCHOWSKI, W. H. (2010): Wir. Hamburg (Moormann Verlag).
- POLANY, M. (1985): Implizites Wissen. Frankfurt/M (Suhkamp Verlag).

PRECHT, R. (2007): Wer bin ich. Und wenn ja, wie viele? München (Goldmann).

RIFKIN, J. (2014): Die Null Grenzkosten Gesellschaft. Frankfurt/ New York: Campus Verlag.

ULRICH, G. (1997). Biomedizin. Stuttgart (Schattauer Verlag).

ULRICH, G. (2013): Psychiatrie. Biologische Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft. Tübingen: dgvt-Verlag.

C Podiumsgespräch

Anforderungen an politische Qualitätssteuerung

Moderation: Ulrich Krüger

Karl Lauterbach, MdB

Maria Klein-Schmeink, MdB

Peter Weiß, MdB

Krüger: Frau Klein-Schmeink, Herr Lauterbach, Herr Weiß. Ich heiße Sie ganz herzlich Willkommen. Dieser Teil der Tagung, zum Schluss noch mal auf die politischen Konsequenzen zu schauen, ist uns außerordentlich wichtig. Es ist gewissermaßen der Höhepunkt der Tagung. Wir sind sehr froh, dass sie gekommen sind und wir jetzt noch einmal die Möglichkeit haben, unser Thema »Qualität therapeutischer Beziehung« auch im Hinblick auf Steuerungsmöglichkeiten, Einflussmöglichkeiten der Politik hin zu diskutieren. Herr Lauterbach, ich möchte Sie bitten, den Anfang zu machen als jemand, der zum Thema Qualität sehr viel zu sagen hat.

Lauterbach: Ich darf mich zunächst für die Einladung ganz herzlich bedanken. Wir sind derzeit dabei, ein Gesetz oder eigentlich eine Sequenz von Gesetzesteilen vorzulegen, mit dem Gesamtziel, die Qualität stärker in den Vordergrund zu stellen: Es geht um die Art und Weise, wie die Bedarfe in Deutschland geplant werden im Gesundheitswesen, wie die Honorierung organisiert wird und wie ein Anreizsystem für eine bessere oder schlechtere Vergütung bis hin zu den Investitionskosten geschaffen wird. Das ist die Grundlinie. Das verfolgen wir in sehr unterschiedlichen Bereichen mit sehr unterschiedlichen Instrumenten. Wir verfolgen eine Umstellung von Vergütung, Anreizen und Planung Richtung Qualität. Bisher ist es in Deutschland so, dass in der Regel die Medizin den bestehenden Strukturen folgt und die Qualitätssicherung dann versucht, das Beste aus dieser Situation zu machen. Es gibt vorgegebene Strukturen. Diese Strukturen bestimmen, wie versorgt wird und die Qualitätssicherung kompensiert dann die Fehler, die entstehen, weil die Struktur auf das, was der eigentliche Bedarf wäre, nicht reagieren kann. Wir wollen das umstellen und stärker den medizinischen Bedarf und die medizinischen Veränderungen in den Vordergrund der Planung stellen, sodass die Struktur stärker den Bedarfen und Patientenwünschen und auch der medizinischen Veränderung, dem Fortschritt folgt. Ich bringe dafür ein paar Beispiele: Wir machen derzeit ein großes Gesetz für die Planung von Krankenhäusern. Wie werden beispielsweise überhaupt die Bedarfe für Krankenhäuser für Abteilungen geplant? Den wenigsten hier ist bekannt, dass bei der Bedarfsplanung von Krankenhäusern oder von Abteilungen durch die Länder, die Frage der Qualität nicht gestellt werden kann. Also ein Land kann einer Abteilung die Berücksichtigung im Bedarfsplan nicht entziehen, nur weil die Qualität nicht stimmig ist. Es gibt andere Gründe, womit man das machen kann, beispielsweise vortragen, dass es demographische Gründe gibt. Es gibt eine eingeschränkte Zahl von Kriterien, nach denen das Land

einer Klinik eine Abteilung schließen kann oder es aus dem Bedarfsplan herausnehmen kann, aber die Qualität darf dabei nie eine Rolle spielen, um ein einziges Beispiel der Absurdität zu bringen. Ein Krankenhaus kann qualitativ noch so schlecht sein, es kann allenfalls sanktioniert werden durch die Krankenkassen im Rahmen der dort möglichen Qualitätssicherungsparagrafen, aber es kann nicht aus der Planung fallen. Das ist ein Beispiel dafür, was ich eben abstrakt aber zu leise vorgetragen habe, nämlich dass hier die Qualitätssicherung kompensiert, dass ein System nicht funktioniert, wo die Leistung der Struktur folgt und nicht die Struktur der notwendigen medizinischen Leistung angepasst wird. Und das versuchen wir zu verändern in einigen Bereichen. Dafür legen wir in dieser Woche ein Gesetz vor, in dem es um die Versorgungsstruktur im Wesentlichen im ambulanten Sektor geht. Darin ist z. B. geregelt, wie wir uns demnächst vorstellen, wie Hausärzte und Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten sein werden, wer was bestimmt bei der Selbstregulierung und dergleichen. Ein großes Versorgungsstrukturgesetz, was bis zur Verteilung der Ärzteschaft in der Region viele Bereiche neu regelt. Es würde jetzt lange dauern, da über die einzelnen Punkte zu gehen. Ich bin sicher, dass sich der Entwurf im Laufe des Tages auch seinen Weg in die Presse bahnen wird. Wir gründen zur Unterstützung dieser Aktivitäten auch ein Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. Damit wollen wir die Ergebnisqualität und die Prozessqualität der einzelnen Kliniken und Abteilungen lokal zur Verfügung stellen und systematisch nach gemeinsamen Kriterien auswerten. Das diese Kriterien auch korrekt abgefragt werden, dafür soll es unangemeldete Prüfungen der Krankenkassen und anderer Einrichtungen geben. Mit dem Institut in Gründung versuchen wir an vielen Stellen die Qualität zu vergleichen und diese Vergleiche dem Bürger zur Verfügung zu stellen. Wir wollen auch im Bereich der Psychotherapie und im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu Verbesserungen kommen. Das wird in anderen Vorhaben geregelt, die wir noch planen. Zum einen werden wir – darüber hat auch der Minister gesprochen – über das sogenannte PEPP-System noch einmal zu entscheiden haben. Dort gibt zwei grundsätzliche Linien, die verfolgt werden können: es gibt die Möglichkeit, in dem bisherigen PEPP-System nach Verlängerung der Optionsphase dieses System verbessert fort zu führen oder aber es wird eine Alternative dazu entwickelt. Die Grundlage für diese Alternative ist ein Vorschlag, an dem ich selbst federführend arbeite und der in den nächsten Wochen vorgelegt werden wird. Ich bin selbst nicht der Meinung, dass das PEPP-System so fortgeführt werden sollte, wie es sich derzeit entwickelt und möchte das ganz kurz begründen: Ich glaube, dass das PEPP-System ein gutes Beispiel dafür ist, dass man in der Finanzierung und in der Qualitätssicherung versucht, das Beste aus den zum Teil nicht passenden Strukturen zu machen. Wir haben in Deutschland große Strukturdefizite. Wir haben einen viel zu wenig durchlässigen stationären Sektor. Der stationäre Sektor wird oft verwendet, weil der ambulante Sektor diese Aufgaben nicht entsprechend übernehmen kann. Es fängt an mit der Richtlinientherapie, die Ressourcen bindet, die anderswo vielleicht besser gebraucht würden. Das würde aber dann auch nur des-

halb oft gemacht, weil es dort auch finanzielle Anreize gibt. Dann gibt es wiederum sehr viele kurzfristige ambulante intensive Versorgungen, die überhaupt nicht ausreichend vergütet werden. Diese wiederum wären in stationären Sektor vorübergehend in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gut machbar. Es wäre sehr viel besserbar, wenn man die Strukturen, die man hat, besser nutzt und öffnet. Stattdessen wird das PEPP-System, wenn es eingeführt wird, alle Reformbemühungen darauf konzentrieren, innerhalb dieser nicht funktionierenden Struktur eine neue Form der Abrechnung etablieren, die die Kassen wünschen, um damit die Kostenkontrolle zu betreiben und die die Politik zum Teil auch wünscht, um sich ein bisschen aus dieser Kostenkontrollsituation herausziehen zu können. Aber ich sehe nicht, wie das einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten kann. Ganz im Gegenteil. Die Nebenwirkungen dieses PEPP-Systems liegen auch auf der Hand: Es wird auf jeden Fall deutlich mehr Bürokratie geben, das ist ganz klar. Dies wird übrigens erst recht dann der Fall sein, wenn sich das System weiter entwickelt. So ein PEPP-System ist zwar nicht schön und birgt eine sehr große Gefahr der Rosinenpickerei, aber wenn ich es weiter entwickle zu Tagesabschnitten und dann in diesen Tagesabschnitten auch zulasse, Anfänge zu vergüten, dann muss ich sehr viel dokumentieren, sehr viel begründen und das muss natürlich dann auch alles von den medizinischen Diensten sehr intensiv geprüft werden. Dann muss tagesgenau abgerechnet und geprüft werden. Somit liegt das Problem darin, wenn das PEPP-System einigermaßen unbürokratisch ist, dann beschleunigt es enorm die Rosinenpickerei und ist eigentlich nur von den kommerziellen Anbietern oder von den psychosomatischen Kliniken, die sich zum Teil sehr stark auf einige Gruppen, die im PEPP-System gut abgebildet werden konzentrieren können, zu Befürworten. Um diesen Strukturmangel zu kompensieren muss man auf den Patienten mehr Rücksicht nehmen und tagesgenauer abrechnen, was dann wiederum zu einem sehr großen Bürokratieaufwand führt. Das ist so ähnlich wie bei der Unschärferelation in der Physik, ich kann nie das eigentliche Problem kompensieren. Eine viel bessere Lösung ist eine Veränderung der Struktur und drauf zielt mein Gegenvorschlag ab, den ich über den Sommer mit ein paar Kolleginnen und Kollegen von Ihnen entwickelt habe. Ich bitte um Verständnis, dass ich den hier nicht vorstellen kann, weil zwischen den Fraktionen vereinbart wurde, dass das zuerst dem Minister vorgelegt wird und dass dann im Haus der strukturierte Dialog aufgenommen wird. Dann wird der Vorschlag auch öffentlich sein und es wird genug Gelegenheit geben, darüber zu diskutieren. Ich hoffe – wenn der Vorschlag zumindest ein bisschen besser ist als das PEPP-System – das ich dann auch Unterstützung aus ihren Reihen vernehmen kann. So viel als Einführung.

Krüger: Ganz herzlichen Dank. Die erste Unterstützung ist schon mit dem spontanen Applaus erfolgt. Die Punkte, die Sie hier kritisch von PEPP aufgegriffen haben, stimmen absolut überein mit dem, was in Stellungnahmen der AKTION PSYCHISCH KRANKE und von einigen anderen Verbänden wiederholt geäußert worden ist. Insofern sind wir natürlich sehr erfreut, wenn auch ihrerseits an einer Alternative

gearbeitet wird. Der Minister hat jetzt einen strukturierten Dialog angekündigt und zunächst schriftliche Stellungnahmen abgerufen. In diesem Zusammenhang hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE einen Alternativvorschlag vorgelegt. Man kann nur hoffen, dass die grundsätzliche Diskussion Auftrieb bekommt.

Sie erzählten von einer ganzen Reihe gesetzlicher Vorhaben, die dazu dienen, dem Aspekt Qualität Berücksichtigung zu verschaffen. Ist das jetzt zu verstehen als ein einheitliches Gesetz oder sind das verschiedene Vorhaben. Vielleicht sagen sie dazu noch ein paar Sätze.

Lauterbach: Es handelt sich um mehrere Vorhaben. Zum einen machen wir ein großes Krankenhausgesetz. Dafür haben wir eine Bund/Länder-Arbeitsgruppe gebildet. Die tagt schon seit mehreren Monaten und wird im Dezember einen Vorschlag dafür vorlegen, wie im Krankenhausesektor einiges neu geregelt werden kann. Das deckt den gesamten Bereich ab, von den Landesbasisfallwerten bis hin zu der Frage, was dürfen Krankenhäuser eigentlich ambulant erbringen in der spezialärztlichen Versorgung oder sogar in Unterversorgungsgebieten, in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ganz allgemein bis hin zu was dürfen Krankenhäuser hausärztlich anbieten, wenn sie dort medizinische Versorgungszentren öffnen und dergleichen. Es handelt sich um ein sehr breites Gesetz. Ein anderes Gesetz, das ich eben angekündigt hatte, ist das Versorgungsstrukturgesetz, dessen Entwurf mit 141 Seiten wir heute fertiggestellt haben und da auch viele Bereiche, aber nicht alles abdeckt. Dazu wird es noch eine zweite Variante im nächsten Jahr geben. Dann erarbeiten wir im Dezember ein Eckpunktepapier für die Vorbeugung. Ein Vorbeugegesetz, in dem auch qualitative Aspekte in den Vordergrund gestellt werden sollen usw. Es sind noch einige Gesetze diesbezüglich in Vorbereitung, aber wenn ich gebeten würde, den Kanon dieser vielen Vorhaben zu beschreiben, dann wäre es das Motto, die Qualität transparenter zu machen und stärker in den Vordergrund von Planung und Vergütung zu stellen. Das ist der Oberbegriff.

Krüger: Vielen Dank. Das hört sich außerordentlich verheißungsvoll an. Wir sind gespannt. Ich würde noch gerne an einem zweiten Punkt nachhaken. Das in der Gründung befindliche Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) würde ich gerne in Bezug setzen zum bereits erwähnten PEPP-Entgeltsystem. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die sich über die Jahre sehr bewährt hat – auch wenn man sie mittlerweile anpassen müsste, hat den besonderen Vorzug gehabt, dass sie sowohl qualitative Vorgaben gemacht hat, als auch – über die Personalanhaltswerte – quantitative. Dies ist nun dahingehend getrennt worden, dass es einerseits ein Entgeltsystem geben soll und andererseits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Richtlinien entworfen werden sollen. Diese zwei Dinge gehören untrennbar zusammen. Man kann nicht über die Finanzierung von etwas entscheiden, das inhaltlich noch gar nicht definiert ist. Wir sind aber in großer Sorge, dass der GBA da nicht vorankommt. Bis jetzt sind keinerlei Entwürfe veröffentlicht worden. Wir sind des Weiteren in Sorge, dass das Ergebnis bei weitem nicht so konkret sein wird, wie es die Psych-PV in ihren Angaben war. Es wäre auf jeden Fall das erste Mal, dass der GBA im Zusammenhang mit Qualität

auch Personalanhaltswerte vorgibt. Haben sie da eigentlich Einflussmöglichkeiten oder beabsichtigen sie welche zu schaffen? Oder müssen wir jetzt alle abwarten, wann und in welcher Form der GBA etwas vorlegt?

Lauterbach: Das ist schwer zu beantworten, da wir, was die Inhalte betrifft, keine Handlungsmöglichkeiten haben. Wir haben nur die Rechtsaufsicht, die Sachaufsicht liegt beim GKV-Spitzenverband. Somit ist das Verfahren von uns kaum zu beeinflussen. Unsere einzige Möglichkeit besteht darin, sich politisch zu äußern aus dem Bundesgesundheitsministerium oder aus den Fraktionen. Da können wir einen gefassten Beschluss kritisieren, im Ernstfall sogar verzögern durch eine Vetoposition, aber nicht aufheben, wenn man sich darüber hinweg setzt. Wir haben dort keine dauerhafte Vetoposition. Ansonsten können wir nur Vorschläge machen und um Beschleunigung bitten. Daher sehe ich in der PEPP-Entwicklung und in der Entwicklung der Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ein Dauerproblem. Wenn beispielsweise etwas in der Vergütung noch nicht abgebildet ist und es wird beschleunigt vom Gemeinsamen Bundesausschuss bearbeitet, dann sind die höheren Kosten, wenn es ein teureres Verfahren wird, auch früher zu bezahlen. Somit liegen die Interessenkonflikte auf der Hand. Es wird zu Dauerstreit führen selbst dann, wenn die Verzögerung gar nichts mit wirtschaftlichen Überlegungen zu tun hat, weil immer der Verdacht im Raum steht, dass eine dringend notwendige Veränderung einer Richtlinie oder einer Qualitätsanforderung auf der Grundlage neuer Studienerkenntnisse noch nicht umgesetzt wird oder abstrakter oder lockerer gefasst wird, weil finanzielle Überlegungen dahinter stünden. Es wird einen Dauerverdacht begründen und von daher ist dieses Beispiel nur ein Beispiel für den Beginn einer Fehlkonstruktion. Das ist zwangsläufig so, wenn diejenigen, die über die Qualität entscheiden und diejenigen, die über die Finanzierung entscheiden nicht im gleichen Boot sitzen. Das ist eine ähnliche Situation, wie wir sie jetzt gerade bei der Bedarfsplanung der Krankenhäuser durch die Länder und der finanziellen Verantwortung durch die Kassen versuchen aufzulösen. Das passt einfach nicht richtig zusammen.

Krüger: Ganz herzlichen Dank, Herr Lauterbach, für diese Klarstellung, die nicht ganz so verheißungsvoll ist, aber immerhin eindeutig.

Frau Klein-Schmeink, Sie haben sich auch schon vielfältig zu dieser Thematik geäußert. Sie haben jetzt das Wort.

Klein-Schmeink: Ich bin froh, dass die SPD in der großen Koalition ihr Gewicht dafür eingesetzt hat, noch einmal eine Neuauflage der Diskussion um PEPP durchzusetzen. Das finde ich ausdrücklich gut und ich hoffe auch sehr darauf, weil völlig klar war, dass das, was bis dahin vorgelegen hat, tatsächlich ein ganz massiver Rückschritt gewesen wäre. Gleichwohl muss ich sagen, auch wenn wir es jetzt schaffen, quasi eine neue Alternativwährung durchzusetzen, geht es immer noch nur um eine Währung für etwas Bestehendes. Was ich in der ganzen Debatte vermisst habe, ist die qualitative Perspektive auf den auf zehn Jahre angelegten Veränderungsprozess in der Psychiatrie. Das Motto Ihrer Tagung »qualitätsgeschützte Beziehung« hätte dabei im Vordergrund sehen müssen, um eine

wirkliche Weiterentwicklung und Modernisierung dessen, was wir gemeinhin als gemeindenaher Versorgung verstanden haben, zu begründen: Was brauche ich eigentlich für die Qualität der Beziehung? Welche Rahmenbedingungen brauche ich? Das wäre das gewesen, was ich erwartet hätte und es hätte dazugehört, dass wir tatsächlich ambulante und stationäre Versorgung miteinander verweben. Vor allen Dingen nicht nur in dem rein psychiatrischen Sektor verweben, sondern alles das, was wir vor Ort an psychosozialer Unterstützung, an Netzwerken haben, dass man das insgesamt gemeindepsychiatrisch aufstellen würde. Und eins der ganz wichtigen Elemente darin wäre, dass ich auch ambulante Krisenauffangmöglichkeiten schaffe, sowohl im vorstationären Bereich, als auch hinterher. Dann hätten wir diese massiven Versorgungseinbrüche so nicht mehr und könnten tatsächlich zu einer Beziehungskontinuität kommen. Es ist schwer, das unter den jetzigen Rahmenbedingungen hinzukriegen. Die Psych-PV ist in der Tat so etwas wie ein Qualitätsstrukturmerkmal gewesen, zu mindest für die Findung von Finanzen, die zur Verfügung gestellt werden. Wir hatten – und das muss man ja ehrlicherweise sagen – durchaus auch Vollzugsdefizite und nicht in einem kleinen Ausmaß. Es wurde zwar auf Grundlage von Psych-PV verhandelt und es sind auf dieser Grundlage Gelder bereitgestellt worden, aber es stand noch lange nicht genau dieses Personal dann auch tatsächlich zur Verfügung. Das gehört dringend abgestellt, weil man natürlich jetzt in diesem ganzen Entwicklungsprozess der neuen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und Struktur immer nur das abbilden kann, was vor Ort auch gerade durch tätige Leute getan wird. Das heißt, wenn die Personalausstattung defizitär ist, dann ist sie defizitär und wird eigentlich so auf Dauer fortgeschrieben. Ein weiteres Element wäre die Feststellung der Ausstattung der Realität gewesen, nicht nur in Bezug auf die finanzielle Ausstattung, sondern auch die Realität in der Personalbesetzung. Das haben wir im Übrigen gesetzlich im Bereich der Krankenhauspflege, die jetzt als neues Element eingeführt hat, dass die Krankenhausträger bei den Zusatzpflegekräften nachweisen müssen, dass sie die Stellen auch besetzt haben. Dass sie nicht nur das Geld bekommen haben, sondern auch besetzt haben. Zusätzlich haben wir natürlich Weiterentwicklungsbedarf bei der Psych-PV. Seit die entwickelt worden ist, und dann 1991 gesetzlich zum Tragen kam, hat sich sehr viel bei den Leitlinien getan und bezüglich dessen, was psychisch Kranke in der Behandlung, in der Begleitung usw. brauchen. Das ist ja nicht alles abgebildet. Genauso ist nicht abgebildet alles das, was wir in den letzten drei Jahren diskutiert haben: Wie kann ich tatsächlich die Autonomie der Patienten wahren? Wie schaffe ich Rahmenbedingungen, wo ich möglichst wenige Zwangsmaßnahmen, Zwangsmittel einsetzen muss? Auch das hat in der Regel mit Personalkapazitäten zu tun. Auch das müsste also in einen solchen qualitativ gesehenen Prozess mit aufgenommen werden. Und von daher glaube ich, da gäbe es noch einiges gesetzgeberisch zu tun. Nicht nur einen neuen Katalog, ein neues Alternativ-PEPP-System oder wie auch immer es dann heißen wird. Gleichzeitig müsste man noch mal auf die derzeitigen 17 Modellvorhaben schauen. Wie sind die insgesamt aufgestellt? Sind die tatsächlich so ausgestaltet, dass man erwarten kann,

dass diese dann modellbildend sein können? Modellbildend für eine Realität ab 2020, wo wir dann sagen können, unsere Versorgung sieht dann so aus und ist nicht das Abbild der von heute noch immer sehr stark getrennten Systeme. Da habe ich auch Zweifel, ob das auf der jetzigen Gesetzesgrundlage geht. Ich würde mir wünschen, dass da noch mehr Stringenz rein kommt. Natürlich kann ich jetzt Modellprojekte machen, aber die sind eigentlich nicht so ausgestaltet, dass derjenige, der da in eine wirklich neue Form investiert, sicher sein kann, dass sich genau diese Struktur nach 2020 durchsetzen wird und eine bestimmte Verbindlichkeit bekommt. Dann müsste ich insgesamt sagen, wir haben einen Weg gefunden, wir wollen unsere Versorgung tatsächlich auch weiter entwickeln und verändern. Das muss ich vorweg als Zielstellung dann auch ausgedrückt haben. Das sind jetzt nur ein paar Momente, die aber deutlich zeigen, dass wir tatsächlich auch den richtigen gesetzgeberischen Bedarf haben. Wenn der GBA statt Psych-PV nur Personalrichtlinien schafft ist sehr deutlich, dass die keine wirkliche Gesetzeskraft haben werden. Da ist in der Tat der Gesetzgeber wieder gefordert, dafür die Verbindlichkeit zu schaffen. Genauso, wenn 2017 die Psych-PV weg fallen würde, dass man auch sicherstellt, dass dann etwas anderes da ist. Sonst landen wir in einem freien Flow und dann werden wir ganz radikalen Abbau von Personalkapazität erleben, da bin ich ziemlich sicher. Und in dem Sinne wünsche ich mir gesetzgeberisches Handeln und dass wir in der Psychiatrie tatsächlich so was wie eine Aufbruchsstimmung hinbekommen, wo wir noch einmal weiterdenken, wo wir uns mit der Demografie auseinandersetzen und ein bisschen auch die Chance begreifen, die Psychiatrie als den Motor dafür zu nehmen, gesundheitliche Versorgung insgesamt regionaler aufzustellen, regionale Verbände zu schaffen und danach zu gucken, wie der soziale, psychosoziale und gesundheitliche Bedarf eines Patienten ist.

Krüger: Ganz herzlichen Dank Frau Klein-Schmeink. Sie haben jetzt vor allem konkretisiert, um welche Qualitätsfragen es geht und unter anderem auch den Aspekt der regionalen Versorgung aufgegriffen. Ich finde es interessant, dass Sie, Herr Lauterbach, eben Sicherstellung der ambulanten Versorgung in ländlichen Gebieten oder überhaupt in unterversorgten Gebieten hingewiesen haben. In diesem Zusammenhang ist auch der Aspekt der Versorgungsqualitäten mit einem Regionalbezug aufgekommen. Vielleicht kann man versuchen, diesen Gedankengang auch in den Bereich Psychiatrie hinein zu verlagern. Frau Klein-Schmeink, das sind jetzt viele Ideen gewesen zu gesetzlichen Regelungen. Wie schätzen Sie denn die bestehenden Instrumente ein, den GBA und die Institute, auch jenes, das jetzt noch neu gegründet wird? Inwiefern kann man das dahin steuern, dass Einflussmöglichkeiten bezüglich der Aufgabenstellung und auch das Einbringen von ganz bestimmten Qualitätsaspekten möglich werden?

Klein-Schmeink: Also ich betrachte dieses Qualitätsinstitut als eine Chance, das kann ich durchaus sagen. Die daran geknüpfte »Pay for Performance«-Erwartung, dass man nur die gute Qualität bezahlt, sehe ich mit einer gewissen Skepsis, da sich dann ökonomische und qualitative Aspekte sehr schnell wieder überlagern. Mir wäre sehr wichtig, erst einmal anders herum zu schauen, nämlich nach den verschiedenen

Dimensionen, die es für Qualität gilt. Es gibt auf der einen Seite Strukturqualität. Welche Rahmenbedingungen muss ich schaffen, damit überhaupt gute Qualität entstehen kann? Da gehört gerade in der Psychiatrie die Zeit, die Zuwendung, die Personalkapazität als ganz entscheidendes Moment dazu. Das Zweite ist, wenn ich jetzt den Aspekt Prozessqualität angehe, stellt sich natürlich die Frage: Wird in diesen Qualitätsberichten dann auch stehen, was eigentlich an Struktur und an Möglichkeiten für Beziehungsprozesse für therapeutische Prozesse überhaupt zur Verfügung steht, in einer Klinik, in einer Tagesklinik usw.? Wenn man darüber gute Informationen bekäme und nicht nur grundsätzliche, wäre es möglich eine Behandlungsvereinbarung zu treffen. Wenn ich aber nachfrage und es gibt faktisch überhaupt keine Behandlungsvereinbarung, dann ist das nichts wert. Wenn ich in einem Krankenhausportal in den Berichten sehe, dass diese Möglichkeit zwar da wäre, sie aber faktisch nicht existiert, ist das keine besonders weiterführende Patienteninformation. Oder aber, wenn ich den gesamten Bereich der Zwangsmaßnahmen nehme: natürlich ist es für einen Patienten interessant zu wissen, wie und mit welcher Kultur in einem Haus gearbeitet wird und da kann natürlich die Anzahl der Fixierungen, die Anzahl der Zwangsmaßnahmen ein Indikator sein. Wenn ich dabei aber nicht deutlich mache, ob es ein Haus der Pflichtversorgung ist oder ein Haus mit selektiver Behandlung, dann vergleiche ich sehr unterschiedliche Kontexte und es wird dann extrem irreführend, wenn ich da nicht eine genaue Erfassung oder auch ein vernünftiges Berichtswesen habe. Von daher finde ich, dass da noch viel passieren muss, um aus diesen Qualitätsberichten der Krankenhäuser, auch im Psychriatriebereich, etwas zu machen, was den Patienten tatsächlich weiter hilft. Da muss noch viel passieren. Deshalb glaube ich auch nicht, dass das ganz schnell geht und ich finde die sehr frühe Koppelung von Qualitätsbericht und Bezahlung von Leistungen, was gerade von den Krankenkassen immer sehr nach vorne geschoben wird, eine Forderung, die dem Ganzen an dieser Stelle überhaupt nicht nützlich ist. Wenn ich in der Pflichtversorgung eine Einrichtung vor Ort habe, dann habe ich als Patient, als Bevölkerung, einfach den Anspruch darauf, dass genau diese Einrichtung sich bemüht, patientengerecht zu versorgen. Das ist der Anspruch, der einfach im Raum stehen muss. Und ich muss gucken, was kann ich dafür tun, dass die Rahmenbedingungen dafür bestehen, aber auch die Haltung in den Häusern sich entsprechend entwickelt. Darüber hinaus wären weitere Elemente zu nennen. Da geht es z. B. auch darum, ob ich auf Menschen mit Migrationshintergrund eingehe. Da könnte man sehr viele Elemente nennen, aber es zeigt auch, dass es nicht hilft, eine abstrakte Qualitätsdebatte zu führen, sondern es kommt eigentlich darauf an, was ich unter Patientengerechtigkeit verstehe.

Krüger: Ganz herzlichen Dank. Sie haben schon eine Reihe von Hinweisen gegeben, wie sich das konkretisieren könnte und in welchen Bereichen. Herr Lauterbach möchten sie noch eines der Stichworte aufgreifen?

Lauterbach: Nur ganz kurz. Wir planen das sogar für Krankenhäuser, die regional unverzichtbar sind. Egal ob es jetzt Krankenhäuser sind, die psychiatrische Leistungen anbieten oder nicht. Also auch solche, die psychiatrische Leistungen

anbieten sind da eingeschlossen. Da werden wir nach den vorliegenden Entwürfen, die wir im Dezember für den Krankenhaussektor vorstellen, Zuschläge bezahlen und zwar vollkommen unabhängig von der Qualität. Also wenn diese Häuser Defizite machen, werden sie einen Zuschlag bekommen, nur schlicht und ergreifend damit sie erhalten bleiben. Und dann spielt die Qualitätsdiskussion auch eine Rolle dahingehend, dass man versucht, die Qualität, wenn es dort Defizite gibt, gemeinsam zu verbessern. Aber es wird kein Haus zurück gelassen, was unbedingt benötigt wird, sondern im Gegenteil. Dort wird dann sogar zusätzliches Geld auszugeben sein. Und zum zweiten, ich kenne mich mit der evidenzbasierten Qualitätsforschung recht gut aus, das war früher mal mein Forschungsbereich. Ich muss nicht davon überzeugt werden, dass dieser Bereich in der Psychiatrie auch in der stationären psychiatrischen Versorgung kaum Anwendung finden kann. Das ist einfach so, weil die Patientengruppen nicht homogen genug sind, die Klassifikation ist zu überschneidend. Die evidenzbasierten Verfahren, mit denen man prüfen könnte sind kaum da. Selbst eine gute Richtlinie, die man macht und die vermeintlich evidenzbasiert ist, basiert auf Studien, die bei harter Belastung in Wirklichkeit nicht greifen. Es ist gute Arbeit, aber es ist nichts, womit man jetzt großartig Prüfungen machen könnte. Somit wäre das für mich viel relevanter für die Planung, für die Art und Weise wie das ganze abgerechnet wird. Aber es wäre für mich nicht relevant in der Frage, was ist eine gute Einrichtung oder nicht. Die Bereiche, wo es Abschläge für schlechte Qualität geben soll und Zuschläge für gute Qualität das sind Bereiche, wo es viel leichter messbar ist. Wo die Varianz zum Teil groß ist. Wo die evidenzbasierten Qualitätskriterien ganz gut überblickbar sind, zum Beispiel in der Endoprothetik. Da ist ganz klar, dass es ganz bestimmte Gruppen gibt, die in Deutschland nicht gut versorgt werden. Wenn ich z. B. bei einer Totalendoprothese der Hüfte den Knochenschaft belaste und überkronen mit einer Art Teilprothese, dann ist das für den einen oder anderen gut, aber es ist nicht gut für denjenigen, der keine gute Knochendichte mehr hat, dort hält die Krone nicht lange. Das wird aber sehr oft gemacht, weil das aus verschiedenen Gründen anreiztechnisch gegeben ist. Das kann ich prüfen und wieso soll das nicht mit Abschlägen belegt werden. Das fordert wird aus der Gesundheitspolitik, da laufen wir nicht einem Vorschlag der Kassen nach, sondern das ist etwas, wovon ich überzeugt bin. Ich bin einfach davon überzeugt, dass Arbeit, die nicht gut ist, nicht auch noch belohnt werden soll. Und sie ist zum Teil nur deshalb nicht gut, weil sie lukrativ ist. Wenn die Überkronung gleich gut bezahlt würde wie eine klassische Endoprothese, dann würde das viel weniger oft gemacht. Es ist nicht einzusehen etwas gut zu bezahlen, was aus den falschen Gründen unnötig und schlecht gemacht wird. Das bedeutet aber nicht, dass wir das für alles Mögliche mache, um allerwenigsten für den Bereich der Psychiatrie.

Klein-Schmeink: Da hätte ich aber trotzdem noch eine Frage. Man muss gut aufpassen, dass wir uns nicht auf der einen Seite sehr lange mit einem Psychriatrie-entgelt – in welcher Form auch immer – beschäftigen und auf der anderen Seite auf Qualitätsinstitute warten, die dann irgendwelche Qualitätskriterien entwickeln

sollen. Wie bereits gesagt, gibt es für diesen Bereich ganz wenig Anhaltspunkte, die in der Forschung schon so gesammelt sind, dass man sagen könnte, das machen wir so und so und nicht anders. Da gibt es keine Eindeutigkeit. Dann ist da die Frage, was will ich eigentlich in den nächsten zehn Jahren erreichen? Wenn ich mir die Ausgangsdaten angucke, muss man durchaus sagen, dass die Versorgung im Bereich der psychischen Erkrankung an ganz vielen Stellen Mängel hat. Nicht weil die einzelnen Akteure mangelhaft arbeiten, sondern, weil die Akteure nicht wirklich aufeinander abgestimmt sind und wir es nicht schaffen, aus der Sicht des Patienten, der einen sozialen Bedarf, einen medizinischen Bedarf und der möglicherweise noch insgesamt andere Lebenssorgen hat, ein Zusammengefügtes zu machen. Gerade in diesem Versorgungsbereich ist das aber eigentlich essentiell, damit etwas Vernünftiges dabei raus kommt. Ich fände es ausgesprochen schade, wenn wir zehn Jahre lang nur diesen beiden Feldern nachlaufen müssen. Immer mit der Haltung, das Schlimmste zu verhüten statt zehn Jahre zu haben, in denen wir uns vornehmen, vor Ort eine sinnige und gute Versorgung hinzubekommen. Und wie schaffen wir es, Budgets aus den verschiedenen Bereichen, weil wir das heute so stark auch den verschiedenen Sozialgesetzbüchern, der Reha usw. zuordnen müssen, zu bekommen, die es dann möglich machen, eine gute individuell ausgerichtete gemeindenahe Versorgung hinzukriegen? Mit einem Blickwinkel darauf, was ich tun kann, damit ich Menschen in Gesundheit begleite, da haben wir auch eines unserer Defizite. Da ist das, was ich nachher zur Stabilisierung brauche, ganz wenig bezahlt, es sei denn, ich bin gleich im betreuten Wohnen.

Lauterbach: Ich versuche es auch so zu beantworten, weil ja impliziert auch eine Frage im Raum ist. Also es ist ganz einfach so, wir werden demnächst entweder am Anfang einer relativ schlechten oder am Anfang einer Aufbruchszeit sein. Wenn das PEPP-System in irgendeiner Weise modifiziert kommt, dann wird es keine gute Zeit sein, dann wird im Prinzip folgendes passieren: Jeder in dem Feld, viele der Gesellschaften – das gilt ja jetzt auch schon – werden gucken, dass sie innerhalb dieser neuen Verteilung einigermaßen gut weg kommen. Es werden z. B. diejenigen, die Psychotherapie in der Depressionsbehandlung machen, über nichts anderes mehr nachdenken als darüber, wie das im PEPP-System abgebildet wird. Diejenigen, die Psychosomatik machen werden darüber nachdenken, wie die Psychosomatik hier gut weg kommt im Vergleich zu den schizoiden Erkrankungen usw. Das heißt, es wird dann sehr viel über Geld nachgedacht und man wird sehr eng mit den Organisationen, mit dem InEK und anderen zusammen arbeiten, um aus diesem Sturm heraus zu kommen. Gleichzeitig befürchtet man, dass irgendwann Qualitätskriterien zum Einsatz kommen derweil es diese noch nicht gibt. Das wird dann sozusagen die zweite Rasur sein. Wie beim Giletterasierer 1 und 2. Das wäre keine gute Zeit. Es wird auch dann keine gute Zeit sein noch irgendeine Strukturdebatte zu führen, weil die paar kreativen Köpfe, die jede Gesellschaft hat, dann gucken müssen, dass der Verteilungskampf nicht verloren geht. Dass dann keine Zeit ist über luftige Ideale kreativ nachzudenken, wie bei uns die Versorgung der Patienten verbessert werden könnte, liegt auf der Hand. Die Alternative ist

tatsächlich, dass wir diesen Weg nicht verfolgen und darüber nachdenken, wie wir die Sektoren öffnen können, wie wir die Budgets regionaler verwenden können, wie wir dazu kommen können, dass die Bürokratie und die Dokumentation einer Abrechnung ersetzt wird, in dem man sich mehr Gedanken darüber macht, wie eigentlich leitliniengerecht behandelt werden soll, unabhängig davon, wer das macht und wo das gemacht wird. Das würde eine stärkere Bündelung der Budgets, eine stärkere regionale lokale Planung zur Voraussetzung haben und eine Abkehr von dieser Abrechnung der Einzelleistung. Wenn das käme, gäbe es wahrscheinlich in den Fachgesellschaften und bei den Beteiligten ein Aufatmen, weil man dann vor Ort Vorschläge darüber machen kann, wie wir hier vor Ort zusammen arbeiten können. Und das ist so, wie oft im Leben: entweder geht es in eine schlechte Richtung und man muss gucken, dass man damit klar kommt oder es geht in eine gute Richtung und ist gut gelaunt und macht was. So wird es ungefähr sein.

Krüger: Wir hoffen auf die Aufbruchzeit und ich habe schon den Eindruck, dass das, was Sie hier als die gute Perspektive beschrieben haben ganz weitgehend, wenn nicht vollständig, identisch ist mit dem, was wir uns unter der guten Perspektive vorstellen.

Der Vollständigkeit halber will ich aber auch sagen, dass der Gesundheitsminister gestern hier zu uns gesprochen hat und wir in den Nachbesprechungen relativ übereinstimmend den Eindruck hatten, dass wir eine so deutliche Distanzierung von PEPP aus dem BMG noch nicht gehört haben. Nicht dass uns da auch durch eine Alternative zu PEPP gute Zeiten verheißen worden sind, aber immerhin, dass der jetzt gerade eröffnete Dialog doch sehr grundsätzlich zu verstehen sei und dass es auch möglich ist, noch einmal nach grundsätzlichen Alternativen zu schauen. Das ist eine schöne Einladung, die wir sehr gerne annehmen und diesbezüglich haben wir uns auch geäußert. Insofern können wir vielleicht gemeinsam hoffen, dass dieser Dialog zu guten Ergebnissen führt, flankiert von anderen Vorstellungen. Das habe ich extra vorweg genommen, Herr Weiß, weil wir ausgemacht hatten, dass wir mit Ihnen jetzt nicht die gesundheitspolitischen Themen fortführen. Ich bin sehr froh, dass Sie als ein Mitglied des Ausschusses für Arbeit und Soziales auch hier sind. Wir haben psychiatrische Versorgung immer übergreifend verstanden und wollen uns nicht nur auf Behandlung und Pflege beschränken, sondern haben auch andere Bereiche mit in den Blick genommen, zum Beispiel die Eingliederungshilfe und die Teilhabe am Arbeitsleben. Genau das sind ja die Themen, für die Sie stehen. Ich fände schön, wenn Sie vielleicht erst einmal ohne eine Frage zur Thematik Stellung nähmen und wir dann wir anschließend versuchen, den Bogen zum Gesundheitsbereich zu schlagen, in dem Instrumente der Qualitätssicherung geschaffen werden bzw. schon geschaffen sind mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss und demnächst zwei Qualitätsinstituten.

Weiß: Meine Damen und Herren, ich will jetzt keinen Kommentar zu den Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss abgeben. Das zweite ist: Ich war heute Morgen nicht dabei, als Herr Abteilungsleiter Schmachtenberg aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum Thema Reform der Eingliederungshilfe und Bundes-

teilhabegesetz gesprochen hat. Ich denke, dass ich ein bisschen weiß, was er gesagt hat, weil ich vorher mit ihm darüber gesprochen habe.

Mit dem gegliederten Sozialversicherungssystem und dem schönen Ordnungdenken der Deutschen haben wir für alles ein Kästchen geschaffen. Das ist zwar einerseits schön und funktioniert, auf der anderen Seite haben wir aber damit ein wesentliches Problem überall da, wo es Schnittstellen gibt. Deswegen war die Schaffung des SGB IX zwar ein wichtiger Akt, aber er war eben nur ein halber, weil wir die Reform der Eingliederungshilfe damals ausgeklammert haben. Nun wollen wir die Eingliederungshilfe aus dem SGB XII herausholen und im SGB IX neu regeln. Mit einem Bundesteilhabegesetz soll die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen umfänglich in einem Gesetz, dem SGB IX, geregelt werden. Wenn das gelingt, halte ich das für einen großen Fortschritt.

Gott sei Dank gibt es keinen GBA im Bereich der Eingliederungshilfe und im Bereich des SGB IX. Aber auf der anderen Seite ist ja gerade auch Thema, wie die verschiedenen Reha-Träger eigentlich zusammen arbeiten? Oder fällt man durch den Rost, wenn man nicht weiß, wer zuständig ist? Da gibt es bereits heute, im Gesetz erwähnt, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als ein Gremium der Zusammenarbeit. Ich kann mir vorstellen, dass man im Gesetz genauer definiert, wer da eigentlich alles drin sitzen soll damit es weniger eine Veranstaltung von Institutionen und Verbandsvertretern ist, sondern vielleicht auch eine, in der Fachleute aus der Praxis zu Wort kommen, vielleicht auch Betroffene. Auch die Aufgabenstellung sollte im Gesetz näher definiert werden. Also, wozu und mit welcher Verbindlichkeit sind dort Empfehlungen zu erarbeiten und herauszugeben, um dieses Gremium zum Motor der Zusammenarbeit im Bereich Reha zu machen. Und ein dritter wichtiger Aspekt ist die Frage der Arbeit. Die schöne Zielsetzung, die über die Werkstätten für Menschen mit Behinderung im Gesetz steht, nämlich das sie den Weg in den ersten Arbeitsmarkt öffnen sollen, ist ein Herzenswunsch. Wie wir alle wissen, gibt es da immer noch so eine unsichtbare Mauer. Und der Weg in den ersten Arbeitsmarkt öffnet sich nicht. Und deswegen ist unsere Idee, ein Budget für Arbeit zu schaffen, unabhängig davon, ob jemand in der Werkstatt arbeitet oder nicht. Ich erwarte mir, dass die Betroffenen mit diesem Budget tatsächlich etwas anfangen können und die Budgets unterschiedliche Möglichkeiten eröffnen, Arbeit aufzunehmen. Und dann ist natürlich die Frage, ob wir nicht auch in einem neuen und überarbeiteten SGB IX im Bundesteilhabegesetz die Zusammenarbeitsvorschriften verschärfen und es z. B. möglich machen, dass auch auf Antrag des Betroffenen sich GKV, Agentur für Arbeit, Rentenversicherung und Träger der Eingliederungshilfe zusammensetzen müssen. Ich glaube, wir müssen an den Stellen, wo etwas von alleine nicht funktioniert, gesetzgeberisch klarere Vorgaben machen, und das könnte auch Teil der Reform der Eingliederungshilfe und der Schaffung eines Bundesteilhabegesetzes sein.

Krüger: Ganz herzlichen Dank Herr Weiß. Jetzt kann ich noch einmal die Bezeichnung verheißungsvoll verwenden. Die BAR, also die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, soll ein Motor des verstärkten Zusammenwirkens werden. Das sollte

man wirklich im Auge behalten. Wir haben zur Geschäftsstelle der BAR als AKTION PSYCHISCH KRANKE traditionell gute Beziehungen gehabt und sie auch häufig bei unseren Tagungen einbezogen. Das Problem ist nur, dass die BAR von sich aus eigentlich relativ geringe Einflussmöglichkeiten auf die einzelnen Leistungsträger hat. Insofern ist das höchste, was dabei im Moment herauskommen kann, eine gemeinsame Empfehlung, deren Akzeptanz nicht immer allzu hoch ist. Nicht selten kommt s eine gemeinsame Empfehlung erst gar nicht zustande. Insofern habe ich schon mit großem Interesse gehört, dass Sie überlegen, da auch gesetzliche Regelungen und stärkere Möglichkeiten zu schaffen.

Weiß: Es ist wahrscheinlich beim Vortrag vom Herrn Schmachtenberg schon deutlich geworden, dass wir jetzt in den Vorarbeiten für die Gesetzgebung sind. Es gibt die beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingesetzte große Runde der Beratung zu dem Gesetzgebungsvorhaben. Wir haben als Koalitionsfraktion eine eigene Arbeitsgruppe zum Bundesteilhabegesetz gebildet und sind jetzt in Überlegungen. Eine Überlegung ist, diese Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation aufzuwerten. Da muss man dann auch sagen, wer soll da drin sitzen. Und was natürlich ein Knackpunkt wäre, zu dem ich mich jetzt vorsichtig ausdrücken muss, zu was haben wir die Empfehlungen zu machen und was für einen Verbindlichkeitscharakter haben diese Empfehlungen. Wie man sich vorstellen kann, wird es dazu natürlich ziemlich große Auseinandersetzungen geben. Weil das Interesse derer, die keine verbindliche Empfehlungen haben wollen, auch mächtig artikuliert wird. Ich glaube, dass wir nicht darum herumkommen, wenn wir wirklich die Zusammenarbeit stärken wollen und dieses Gesetzgebungsvorhaben dafür sorgen soll, dass in dem Bereich Reha mehr Zusammenarbeit stattfindet, auch mehr Verbindlichkeit, geschaffen werden soll.

Krüger Ganz herzlichen Dank!

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Volkmar ADERHOLD, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutischer Medizin, Hamburg

Thomas BEHRENDT, Freiberuflicher Betreuer, Berlin

Janine BERG-PEER, Soziologin, Coach, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), Berlin

André BLASCHE, Peer-Berater, Hamburg

Sascha DECRISTAN, Psychologe, Vitos Klinik Bamberger Hof, Frankfurt

Dr. Wolfgang DILLO, Oberarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Hannover

Marina DOCKHORN, Heilerziehungspflegerin, Stationsleitung für den stationären Bereich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. Dr. Klaus DÖRNER, Ehem. Ärztlicher Direktor, Autor, Hamburg

Prof. Dr. Jörg Michael FEGERT, Ärztlicher Direktor; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ulm

Dr. Detlev GAGEL, Bezirksamt Pankow, Sozialpsychiatrischer Dienst für Prenzlauer Berg und Weissensee, Berlin

Dr. Peter GRAMPP, Chefarzt, Fachkrankenhaus Hubertusburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wermsdorf

Nils GREVE, Diplom-Psychologe, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Vorsitzender, Psychosozialer Trägerverein Solingen; Geschäftsführer, GpG NRW – Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen, Solingen

Dr. Dieter GRUPP, Geschäftsführer, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Bad Schussenried

Prof. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte; stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Dr. Matthias HEIßLER, Chefarzt, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Johanniter-Krankenhaus, Geesthacht

Laura KIPP, Ärztin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité am St. Hedwig Krankenhaus, Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin

Klaus KIRSCHNER, stellvertretendes unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, ehem. Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Berlin

Maria KLEIN-SCHMEINK, MdB, Münster, Bündnis 90/Die Grünen Fraktion, Vorstand der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Münster

Prof. Dr. Michael KÖLCH, Chefarzt der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Kliniken Friedrichshain, Berlin

Prof. Dr. Peter KRUCKENBERG, Ehem. Ärztlicher Direktor, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bremen

Ulrich KRÜGER, Geschäftsführer, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ehem. Ärztlicher Direktor; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Kassel

Prof. Dr. Udine LANG, Klinikdirektorin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Basel

Jürgen LANGENBUCHER, Abteilungsleiter, Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Soziales und Integration, Köln

Prof. Dr. Karl LAUTERBACH, MdB, Köln Leverkusen, SPD-Fraktion, Köln

Alexander LAVIZIANO, M. A., Referent, Bundesverband Berufsbetreuer/innen e. V., Referat Wissenschaftliche Beratung, und Konzepte, Hamburg

Dr. Lieselotte MAHLER, Oberärztin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité am St. Hedwig Krankenhaus, Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin

Dr. Christiane MONTAG, Ltd. Oberärztin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité am St. Hedwig Krankenhaus, Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin

Dr. Norbert MÖNTER, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Berlin

Ilonka MOSER, staatl. anerkannte Erzieherin, Pflege- und Erziehungsdienst der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm

PD Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine MÜLLER, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin

Dr. Klaus OBERT, Bereichsleiter, Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband für Stuttgart e. V., Stuttgart

Bärbel OLBRICH, Angehörigenberaterin, Hamburg

Margret OSTERFELD, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied im Unterausschuss zur Verhütung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe der Vereinten Nationen (UN/SPT), Dortmund

Wolfgang PAPENBERG, Diplom-Pädagoge, Geschäftsführer, PART-Training GmbH für Prävention, Deeskalation und Beratung, Lüneburg

Prof. emer. Dr. Reinhard PEUKERT, Professor emer. der Hochschule Rhein-Main; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Wiesbaden

Matthias ROSEMANN Geschäftsführer, Träger gGmbH Berlin; Vorsitzender der BAG GPV; Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Petra ROSSMANITH, Diplom-Pädagogin, Projektleitung und Beratung, BIP – Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin, Berlin

Dr. Jutta SCHÄFER, Leiterin Tageszentrum, fachliche Leiterin IV, Albatros gGmbH, Berlin

Dieter SCHAX, Geschäftsführer, Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V., Mönchengladbach

Monika SCHICKETANZ, Expertin aus Erfahrung in der Gesundheitsversorgung, Berlin

Dr. Rolf SCHMACHTENBERG, Leiter der Abteilung Teilhabe – Belange behinderter Menschen, Soziale Entschädigung, Sozialhilfe im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Dr. Inge SCHÖCK, Kulturwissenschaftlerin, Vorsitzende Landesverband Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e. V., Bürgerhelferin im »Treffpunkt Süd«, Stuttgart

Gyöngyver SIELAFF, Psychologin, EX-IN und Peerprojektleitung, Universitätsklinikum Hamburg

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Geschäftsführer, Stiftungsbereich Bethel.regional Dortmund, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Dortmund/Greifswald

Andreas ULLRICH, Leiter, Sozialpsychiatrischer Dienst/Betreutes Wohnen, Landkreis Ravensburg-West und Zentrale, Arkade e. V., Ravensburg

Dipl. Psych. Carolin WACKERHAGEN, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin

Peter WEISS, MdB, Emmendingen - Lahr, CDU/CSU-Fraktion; Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Emmendingen/Lahr

Dr. Dyrk ZEDLICK, Chefarzt, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow gGmbH, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Leipzig

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- Band 40** **Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen**
Tagung am 24./25. September 2013 in Berlin
- Band 39** **Gleichberechtigt mittendrin**
Partizipation und Teilhabe
Tagung am 6./7. November 2012 in Berlin
- Band 38** **Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum**
Festakt am 17. Oktober 2011 und
Fachtag am 18. Oktober 2011 in Berlin
- Band 37** **Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern**
und Jugendlichen braucht Hilfe!«
Tagung am 8./9. November 2010 in Kassel
- Band 36** **»Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person**
zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18./19.06.2009 in Berlin
- Band 35** **»Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«**
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel
- Band 34** **»Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«**
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 33** **Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen**
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 32** **»Worauf Du Dich verlassen kannst!**
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 31** **»Prävention bei psychischen Erkrankungen –**
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin
- Band 30** **»Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,**
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
- Band 29** **»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung**
für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 28** **»Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung**
im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30. und 01.12.2001 in Bonn

- Band 27** »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 24** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 23** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 8. bis 10.05.1996 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 KRANKE (Hg.):
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus,
Freiburg i. Br. 1997
- Band 22** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die
vergriffen gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Sonderdruck** »Personalbemessung im komplementären Bereich –
vergriffen vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und
Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Sonderdruck** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale
vergriffen Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
- nicht* **Regionalkonferenzen über den Bericht**
dokumentiert »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 19** »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch
vergriffen Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem
Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 01.12.1990 in Berlin
- Band 18** »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von
vergriffen antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 17** »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
vergriffen Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 16** »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der
vergriffen Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 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 14** »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
vergriffen Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 13** »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des
vergriffen gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 12** »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 11** »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
vergriffen Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 9** »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
- Band 8** »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Sonderdruck** »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn
- Band 7** »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
vergriffen Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Band 6** »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- nicht* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der
dokumentiert Bundesregierung« am 31.01.1980

- Band 5** »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung
vergriffen in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- Band 4** »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
vergriffen Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- nicht* »Gemeindenaher Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder
dokumentiert Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 3** »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
vergriffen Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- Band 2** »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
vergriffen Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- nicht* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter
dokumentiert im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- nicht* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der
dokumentiert Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
dokumentiert Gemeindenaher Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- Band 1** »Gemeindenaher Psychiatrie«
vergriffen Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in
Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und
06.03.1976 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:
AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

Download unter:
www.apk-ev.de