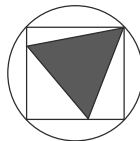


Jahresbericht

2003-2004



Projekte für Jugend- und Sozialarbeit e.V.



Korporatives Mitglied der
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern e.V.

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	5
Ausstieg der Krankenkassen und die Folgen für die SpDis	7
Gerontopsychiatrische Versorgung in Bayern – es gibt noch viel zu tun	15
Sozialpsychiatrische Dienste brauchen eine/n PsychiaterIn ..	21
CM – ein Projekt mit Zukunft?	26
Die Arbeit mit psychisch Kranken in Krisensituationen	31
Tagesstätte Starnberg	38
Enthospitalisierung oder ambulant und stationär am Beispiel einer Langzeitwohngruppe	43
Die Ausstellung „gimme shelter“ – ein Wohnprojekt geht an die Öffentlichkeit	52
Auswirkungen von Hartz III und IV auf unsere KlientInnen ..	61
Mehr – schnell – besser? Gedanken zu QM	65
Änderung des Betreuungsgesetzes und seine Auswirkungen	69
Psychiatriegesetz	73
Statistik: Was haben wir durch unsere Arbeit gespart?	79
Adressen	80
Impressum	84

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir wissen, dass die wirtschaftliche Lage angespannt ist, unser Land in einer tiefen strukturellen Krise steckt. Wir wissen um die Auswirkungen der Globalisierung und der rasanten technologischen Entwicklung, die regelrechte Rationalisierungsschübe auslöst und immer mehr Menschen arbeitslos macht. Auch dass sich die Alterstruktur unserer Gesellschaft verändert, ist bekannt. Uns ist klar, dass auf all diese Entwicklungen Antworten gefunden werden müssen. Aber die Frage ist, ob die so genannten Reformen in der Sozial- und Gesundheitspolitik die richtigen sind? Wir meinen Nein! Es kann nicht hingegenommen werden, dass die Reformen auf dem Rücken der Schwächsten ausgetragen werden, dass ausgerechnet die alten, gebrechlichen, die chronisch kranken und behinderten Menschen am meisten leiden müssen. Es ist doch Aufgabe eines Sozialstaates, individuelle Risiken zu kompensieren und Ungleichheiten auszugleichen. Will man den Sozialstaat erhalten, muss dieses Auseinanderdriften zwischen denen, die am Wohlstand teilnehmen, und denen, die davon ausgeschlossen sind, beendet werden. Die aktuelle Situation und die Entwicklungen betreffen natürlich auch die Sozialpsychiatrie und unseren Verein. So haben wir die Auswirkungen der Reformpolitik zum Schwerpunktthema unseres Jahresberichts 2003/2004 gemacht.

Die beiden ersten Beiträge befassen sich mit den Sozial- bzw. Gerontopsychiatrischen Diensten. Durch den Ausstieg der Krankenkassen aus der Finanzierung mussten im Verein fünf Stellen abgebaut werden. Das ist bitter für die KlientInnen aber auch für die engagierten MitarbeiterInnen. Paradoxie: Der Anspruch an die MitarbeiterInnen bezüglich Qualitätssicherung, Zielvereinbarung und Dokumentation wird höher geschraubt, die dafür vorgesehene Zeit jedoch gekürzt. Ein weiterer Beitrag befasst sich mit den gravierenden negati-

ven Auswirkungen der beabsichtigten Änderung des Betreuungsrechts auf die Betreuten.

Aber trotz des schwierigen Umfelds gibt es auch positive Entwicklungen, wie die Realisierung eines von uns seit vielen Jahren verfolgten Ziels: Ein stadtweiter Krisendienst. Am 1.7.2004 war es soweit, der Münchner Krisendienst öffnete "seine Tore". Möglich wurde dies, weil unterschiedliche Träger, die Kassenärztliche Vereinigung, der Bezirk Oberbayern und die Stadt München sich zusammengeschlossen haben, um dieses Gemeinschaftsprojekt zu verwirklichen.

Wir hoffen, dass wir auch in Zukunft unsere erfolgreiche Arbeit fortsetzen können und danken unseren MitarbeiterInnen für ihr Engagement, das trotz erheblicher Belastungen und Unsicherheiten nicht nachgelassen hat.

Wir danken den politisch Verantwortlichen und den MitarbeiterInnen der Zuschussgeber für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Ohne die Unterstützung unseres Dachverbandes, der Arbeiterwohlfahrt, könnten wir unsere Arbeit nicht so erfolgreich machen: Wir danken Seban Dönhuber, Vorsitzender des Landesverbandes, Herbert Hoffauer, Vorsitzender des Bezirksverbandes und Max von Heckel, Vorsitzender des Kreisverbandes München.

Jürgen Salzhuber
Vorstandsvorsitzender

Horst Reiter
Geschäftsführer

Die Folgen des Rückzugs der Krankenkassen aus der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern

1. Stenogramm zum aktuellen Stand der Dinge

In Bayern gibt es 110 Sozialpsychiatrische Dienste, die flächendeckend und gemeindenah für die ambulante Betreuung und Beratung vor allem chronisch psychisch kranker Menschen, zuständig sind. An die 30.000 psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen werden von diesen Diensten pro Jahr betreut. Bis zum 31.12.2002 wurden die Dienste durch die Bezirke (18 Mio. _), die Krankenkassen (3 Mio. _) und die Wohlfahrtsverbände (3 Mio. _) finanziert. Mit Beginn des Jahres 2003 haben sich die Krankenkassen aus der Finanzierung mit der Begründung zurückgezogen, dass es keine gesetzliche Grundlage gäbe. Dies hatte zur Folge, dass die Finanzierung der SpDis zusammenbrach und ca. 60 Stellen in ganz Bayern abgebaut werden müssen. Dadurch wird es zu erheblichen Leistungseinschränkungen kommen, die in erster Linie auf Kosten der psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen gehen. Denn unterm Strich werden 5.000 psychisch kranke Menschen nicht mehr betreut werden können. Das wiederum bedeutet für die Krankenkassen und Sozialhilfeträger enorme Folgekosten. Verschiedene Untersuchungen haben die Effizienz und Effektivität der SpDis aufgezeigt und positiv bewertet. Zuletzt zeigte Obert (2001), dass durch die Tätigkeit von SpDi-Mitarbeitern bei ca. 64,6% der Klienten (3.230) durchschnittlich 22 Krankenhaustage pro Klient im Jahr verhindert werden konnten. Anders ausgedrückt, bedeutet der Wegfall dieser Stellen allein für die Krankenkassen eine Kostenmehrbelastung von 14,2 Mio. _ (bei einem Tagessatz von 200,- _) im Jahr für stationäre Aufenthalte im Akutbereich. So wird der im SGB V verankerte Grundsatz ambulant vor stationär in sein Gegenteil verkehrt: Durch die Einsparungen von 3 Mio. _ im ambulanten Bereich kommen auf die Krankenkassen Kosten im stationären Bereich in fünffacher



Geschäftsführer
Horst Reiter
"im Einsatz"



Größenordnung zu. Besonders pikant: Diese Kostenexplosion basiert auf einer gesetzlichen Grundlage. Wie das kürzlich stattgefunden Hearing im Bayerischen Landtag gezeigt hat, ist in Bayern für dieses Problem keine Lösung in Sicht. Im Gegenteil, anders als in anderen Bundesländern kommen in Bayern die Sozialpsychiatrischen Dienste im Entwurf zu einem Bayerischen Psychatriegesetz nicht vor.

2. Auswirkungen auf Klienten, Angehörige und Kooperationspartner

Die Folgen dieser Kürzungen bei den Personalkostenzuschüssen werden hier am Beispiel des SpDi München-Schwabing dargestellt. Dort wurde zum Januar 2004 eine halbe Personalstelle Diplom-Psychologie abgebaut. Betroffen davon war/ist zunächst ein halbtags angestellter Kollege. Zuletzt hatte er 46 BürgerInnen betreut, deren mittel- und langfristige Beratung er nicht mehr wei-

ter fortsetzen konnte. Für diese KlientInnen hatten wir einen Abschluss- und Überleitungsprozess organisiert, der – möglichst ohne zusätzlichen Schaden anzurichten – vor sich gehen sollte. Das ist bei einigen leidlich, bei anderen nicht wirklich gelungen.

Einen Teil dieser langfristig kranken Menschen übernahmen die KollegInnen auf den verbliebenen drei Vollzeitstellen in Beratung (der Personalschlüssel in unserem Großstadtviertel beträgt 1:64.000 Einwohner). Diese verfügen nun über entspre-

chend weniger Beratungszeit für ihre bisherigen KlientInnen und ebenso für die Aufnahme neuer. Folge ist, dass ein berechtigter und fachlich indizierter Betreuungsbedarf zeitlich hinausgeschoben, die Beratungseinheiten verkürzt und deren Abstände gedehnt werden. Gleichzeitig erfordert Beratung heutzutage ein wachsendes Maß an administrativen Begleitarbeiten (Anträge, Behördenkontakte, Existenzsicherung, auch die eigene Leistungsdokumentation) und die Kooperation mit anderen Dienstleistern aufgrund der höheren Komplexität der Krankheitsbilder. Schon die Sicherung der Existenzgrundlagen der Betreuten „kostet“ heute wesentlich mehr unserer Ressourcen.

Wir befinden uns damit in einer regelrechten „Minus-Symptomatik“. Weil das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile (oder mehr als 100%), verliert der Dienst nicht nur 18% seiner Personalstunden, sondern auch ein gutes Stück seiner qualitativen Tragfähigkeit. Diese beruht wesentlich auf seinem niedrigschwelligen, auf Kontinuität, Vertrauen und „Nachhaltigkeit“ beruhenden Angebot. Hilfe, die bislang verlässlich und erwartbar war – auch in Krisenzeiten, bei kurzfristigen Anfragen oder bei auftretenden Konflikten in der Beratung – erhält nun durch die Kürzungen auch auf der individuellen Ebene den Aufdruck „frei disponible Vertrauensleistung“.

KlientInnen verarbeiten dies – je nach seelischem Grundmuster – etwa als Beweis dafür, dass

- sie eben doch wenig gelten und wert sind,
- sie im Leben immer wieder auf Zurückweisungen treffen und womöglich
- mit ihrer Pathologie (Mit-)Schuld tragen,
- dunkle Mächte ihnen die (Daseins-)Berechtigungen im Leben verwehren,
- mächtige „Eltern-Systeme“ (wie Krankenkassen, Sozialhilfeträger und Ministerien) sich um die Verantwortung für das

Wohl der Bedürftigen streiten, ohne dass dies jenen zugute kommt.

Psychisch Kranke erkennen darin häufig – wie wir alle als Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen – die Aufforderung, möglichst schnell und kostengünstig wieder fit zu werden. Für präventive Aufgaben, nämlich (erneuten) psychiatrischen Krisen eine eigenständig erarbeitete Gesundheitsvorsorge entgegensetzen, wirkt sich diese Strategie unheilvoll aus.

Angehörige psychisch Kranker – insbesondere jene, die sich im Namen eines Betroffenen an uns wenden, weil dieser den

Schritt nicht „einsieht“ oder machen kann – haben meistens schon viel Kraft, Sorge und auch Geld eingesetzt, bevor sie um professionelle Hilfe anfragten. Dass wir gerade diese Menschen, die an ihre eigenen Grenzen gestoßen sind und sich häufig selbst in der Krise befinden, nun immer häufiger mit unseren knappen Ressourcen konfrontieren müssen, stößt auf viel Bitterkeit und Unverständnis. Und nicht selten fällt der Satz „Ja, muss denn erst etwas Ernstes passieren ...!“

Ähnlich verhält es sich mit den (Hilfe-)Rufen aus dem sozialen Umfeld, aus der Gemeinde. War es bisher schon schwierig genug, der erkennbaren Dringlichkeit durch entsprechende Beziehungsaufnahme vor Ort eini-



Sozialpsychiatrische Dienste sind wichtige Anlaufstellen für psychisch Kranke und ihre Angehörigen.

germaßen adäquat zu begegnen, so wird diese Kluft in Zukunft noch größer werden. Das in den letzten Jahren gewachsene Vertrauen der Gemeinde in die Tragfähigkeit sozialpsychiatrischer Hilfen wird daran Schaden nehmen.

Alle Kooperationspartner und professionellen Zuweiser müssen Einbußen ihrer finanziellen Rahmenbedingungen hinnehmen: Kliniken und Kassenärzte, Kirchengemeinden und kommunale Beratungsdienste müssen ihre Hilfen kürzen und verdichten. Dass in dieser zugespitzten Situation die Sozialpsychiatrischen Dienste, die „Garanten und Ausfallbürgen“ für sozialpsychiatrische Grundversorgung, beschnitten werden, wird den Grundsatz ambulant vor stationär noch mehr ins Wanken bringen und hohe Folgekosten bei den materiellen wie den immateriellen Werten bewirken.

3. Auswirkungen auf die Mitarbeiter der Dienste

Die Stellenkürzungen in den SpDis (ca. eine 3/4 Stelle je Dienst) werden von den MitarbeiterInnen als negative Bewertung ihrer Arbeit wahrgenommen. Sie können nicht nachvollziehen, dass die Politik einerseits die Notwendigkeit ihrer Arbeit immer wieder bestätigt, andererseits aber keine Wege findet, die Finanzierung sicher zu stellen. In fast allen anderen Bundesländern sind die Aufgaben und die Finanzierung der SpDis gesetzlich geregelt. Die Mitarbeiter verstehen nicht, warum ein psychisch kranker Mensch in Hannover einen gesetzlichen Anspruch auf Hilfe hat. Lebt er aber in Augsburg, ist eine gemeindenahere, ambulante Hilfe von der Haushaltslage und der Eigenmittelkraft der Träger abhängig.

Das Beispiel Hannover zeigt, dass bei einer gut ausgebauten ambulanten Versorgung der Bedarf an stationären Plätzen deutlich geringer ist. Die Bezirke, die in Bayern für die stationäre und die ambulante Versorgung von psychisch Kranken zuständig sind, nehmen diese Steuerungsfunktion in Bayern zu

wenig oder falsch wahr. Sie sind gleichzeitig Träger von Psychiatrischen Kliniken (Pflichtaufgaben) und Zuschussgeber für den ambulanten Bereich (frei disponible Leistungen) und damit nicht unabhängig. Statt in den ambulanten Bereich zu investieren und diesen auszubauen, werden in Oberbayern die großen Psychiatrischen Kliniken Gabersee, Taufkirchen und Haar zu Kompetenzzentren ausgebaut, denen der ambulant-komplementäre Bereich untergeordnet werden soll. Die Arbeit in einem SpDi erfordert ein hohes Maß an Motivation und Geduld. Oft ist mühsame Kleinarbeit erforderlich, die notwendigen Versorgungsstrukturen aufzubauen, um ein selbstständiges Leben außerhalb einer stationären Einrichtung zu ermöglichen. Die hohe Motivation, die bisher von den MitarbeiterInnen aufgebracht wurde, hat durch Stellenkürzungen und die nach wie vor unsichere Finanzierung einen deutlichen Dämpfer erfahren.

4. Auswirkungen auf die Träger

In den letzten 25 Jahren haben die Träger der SpDis viel Geld, Arbeit, Risiko, aber auch Engagement und Lebenszeit in die Entwicklung, Dienstleistungsqualität und Innovationskraft dieser Dienste investiert. Allein für einen Sozialpsychiatrischen Dienst wurden bisher etwa 600.000 Euro aus Trägerkapital eingebracht. Die Träger haben mit Leidenschaft und Überzeugung gearbeitet, weil die gute fachliche Behandlung von psychisch kranken Menschen auch ein Anliegen im eigenen Selbstverständnis ist. Dies beinhaltet ein dialogisches Verständnis von Integration und geht über die mechanische Leistungserbringung weit hinaus. Die Sozialpsychiatrischen Dienste waren der Motor beim Aufbau der guten gemeindepsychiatrischen Strukturen, die heute ein differenziertes Angebot aufweisen und sinnvoll vernetzt sind. Nicht wenige der MitarbeiterInnen haben diese Entwicklungen als ihre Lebensleistung erbracht.

SpDis haben systematisch „Know-how“ und Konzepte entwik-

kelt, die eine gute und auch zukunftsfähige ambulante Versorgung sicherstellen können. Dabei haben die Träger manche Verantwortung für Mitarbeitende, Klienten und die Gemeinschaft übernommen, die vielleicht vorrangig den Bezirken zustünde. Insofern haben Träger zuweilen auch den Bezirk subventioniert. Durch die Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement, lokalpolitisch Gestaltenden, Arbeitgebern, Mittelstandsvereinigungen, Kirchen usw. wurden unschätzbare Ressourcen für eine gemeindenahe Sozialpsychiatrie geschaffen.

Der durch die Kürzungen verursachte Schaden ist beträchtlich. Ein SpDi in Oberfranken musste beispielsweise eine Kürzung von 45 Prozent hinnehmen. Um den völligen Zusammenbruch des Angebotes abzuwenden, versuchte der Träger die finanziellen Lücken aus eigenen Mitteln abzudecken und brachte sich damit selber fast an den Rand des Ruins. Da auch regionale Aspekte wie soziale Brennpunkte keine Berücksichtigung fanden, droht mancherorts das Netz ambulanter gemeindepsychiatrischer Versorgung weitflächig zusammenzubrechen. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Kürzung nicht lediglich eine lineare Verringerung derselben Leistungen bedeutet. Vielmehr zieht die Dynamik der Kürzungen unmittelbare qualitative Folgeschäden nach sich: fehlende Verlässlichkeit, reduzierte Beziehungsangebote des (jetzt so passend genannten) „Leistungserbringers“, gestörte Nachhaltigkeit län-



Geduld, Hartnäckigkeit und Zähigkeit – diese Eigenschaften sind in der Sozialpsychiatrie nötiger denn je.

gerfristiger Gesundheitsprozesse, Priorisierung und Akzentuierung veralteter Ansätze von Versorgungsqualität. Die Träger sind nun in Erklärungsnot. Sie müssen sich selbst und den MitarbeiterInnen der Sozialpsychiatrischen Dienste erklären, warum in der aktuellen Diskussion ihre (Vor-)Leistungen nicht angemessen gewürdigt werden. Das Vertrauen in die Verantwortung der Politik für eine sensible Zielgruppe ist erschüttert. Was das solide Recht eines Bürgers in unserer Gemeinschaft ist, wird als disponible Leistung bezeichnet. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, Maßnahmen zu ergreifen, um den Schaden zu begrenzen und die Chance zu nutzen, aus dieser Krisensituation heraus stringenter die Zukunft zu planen. Wenn eine weitere Enthospitalisierung und der Aufbau von guten fachlichen, ethischen und ökonomischen regionalen Versorgungsstrukturen erfolgen sollen, dann muss die Politik für diese notwendigen Entwicklungen auch verlässliche Rahmenbedingungen schaffen. Die Visionen und Zielkorridore einer zukunftsorientierten, verantwortlichen sozialpsychiatrischen Versorgungsentwicklung sind vielfach beschrieben und weltweit erstaunlich konvergent.

Die Träger der SpDis mit ihrem weit gefächerten und hochflexiblen gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebot in Bayern sind (noch) bereit und in der Lage, bei entsprechender Planungssicherheit aktiv Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Wir werden in der Sozialplanung dazu allerdings auch qualitativ neue Wege gehen müssen, um die Zergliederungen zu überwinden und die Ressourcen noch bewusster steuern zu können. Für ein anspruchsvolles Wertekonzept und hohe Qualität der Prozesse und Ergebnisse übernehmen die Träger Verantwortung vor Ort. Die Gewährleistung der nötigen Voraussetzungen und die Endkontrolle gehören in gute politische Hände; Überregulierung und ausufernde Datenfriedhöfe hingegen sind künftig nicht mehr zu rechtfertigen.

Sepp Ramstetter, Manfred Jehle und Horst Reiter

Gerontopsychiatrische Versorgung in Bayern – es gibt noch viel zu tun ...

Als der Gerontopsychiatrische Dienst München-Ost im Sommer 1990 als erstes ambulantes Projekt für psychisch kranke ältere MitbürgerInnen startete, wussten wir in der Sozialpsychiatrie zwar, dass seit Mitte der 80er Jahre eine relativ neue Zielgruppe mit erheblichem Hilfe- und Versorgungsbedarf entstanden war. Aber zum damaligen Zeitpunkt konnten wir überhaupt nicht einschätzen, *wie* die tägliche Arbeit mit diesem Personenkreis aussehen würde, *ob* dieses ambulante Angebot genutzt werden würde und *welche* – wenn überhaupt – Erfolge sich einstellen könnten bzw. *wie* diese sichtbar zu machen seien.

Heute, 13 Jahren später, stellen wir mit Befriedigung fest, dass diese Hilfen nicht nur angenommen werden, sondern dass sich in München, als einziger deutschen Großstadt, vier solche Dienste etabliert haben und jeder SpDi in der Region Oberbayern mit einer so genannten „Gerontopsychiatrischen Zusatzkraft“ ausgestattet worden ist. Das ist ein Ergebnis, das sich in der ganzen Republik sehen lassen kann. Möglich war das dank der aktiven Unterstützung des Bezirks Oberbayern und der Landeshauptstadt München.

Inzwischen haben sich 17 Dienste, Einrichtungen und Kliniken zu „MARGE“ (Münchener Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie), einem gerontopsychiatrischen Verbundsystem, zusammengeschlossen. Parallel dazu haben sich die gerontopsychiatrischen Zusatzkräfte auf dem Land zu „LARGE“ (Landarbeitsgemeinschaft) zusammengetan.

„So weit, so gut“, könnte man sagen: Die ambulante Versorgungsproblematik scheint also positiv gelöst zu sein und wir könnten uns selbstzufrieden zurücklehnen. „Aber weit gefehlt! Jetzt geht es eigentlich erst richtig los!“

Mit den immer größer werdenden und partiell vorhersehbaren



Das GpDi-Team München-Ost beim Betriebsausflug

Haushaltslöcher sind dunkle Wolken am Horizont aufgezogen. Und wir müssen um das Erreichte fürchten. Wir fürchten zwar nicht grundsätzlich, aber auch wir haben partielle Kürzungen hinnehmen müssen. Wobei sich die Kostenträger angesichts der unabänderlichen demographischen Entwicklungen in unserer Gesellschaft bemühen, keinen Kahlschlag vorzunehmen – zumindest bisher nicht. Dazu hat sicher auch beigetragen, dass unsere Arbeit, die mehrfach unter den Kosten-Nutzen-Aspekten untersucht wurde, mittlerweile anerkannt ist und eine ausführliche Leistungsbeschreibung vorliegt. Diese wurde in Zusammenarbeit mit den GpDis, dem Bezirk Oberbayern, der Landeshauptstadt München und den Wohlfahrtsverbänden erstellt und muss nun von den diversen politischen Gremien abgesegnet werden. Wir hoffen und erwarten, dass dann die nächsten – unabdingbaren Schritte – eingeleitet werden. Das sind:

- festgeschriebene Förderrichtlinien
- die Einrichtung weiterer Gerontopsychiatrischer Dienste in anderen bayerischen Städten!

Um diese Entwicklung aus der reflektierten Praxis tatkräftig zu unterstützen und den jeweils Interessierten zuzuarbeiten, wurde im September 2003 in Amberg der „Ambulante Gerontopsychiatrische Verbund Bayern“ gegründet. In diesem Verbund sind die KollegInnen mehrerer Regierungsbezirke zusammengeschlossen. Sie verstehen sich als landesweite Lobby für die Kranken und deren Angehörige. Wer mich kennt, weiß, dass ich und meine KollegInnen – trotz der Finanzscheren in den Köpfen – alles daran setzen werden, das Versorgungsnetz für die älteren psychisch Kranken weiter auszugestalten.

Denn neben den desaströsen finanziellen Entwicklungen, die zum Teil zu unerträglichen einseitigen Belastungen geführt haben, ist eine „zweite Front“ entstanden: Die europäische „Euthanasiefront“. Die in Holland, Belgien und der Schweiz unter – pseudohumanistischem Sirenengesang – beschlossenen Gesetze zur aktiven Tötung sind ein unglaublicher Skandal und beschäftigen nunmehr den Europäischen Gerichtshof. So ganz nebenbei haben die Initiatoren den seit 2.500 Jahre gültigen Eid des Hippokrates ausgehebelt. Mengele & Co. hätten ihre Freude daran. Auch in der Bundesrepublik zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab. Seit April 2004 gibt es einen fraktionsübergreifenden Gesetzesentwurf.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf ein hervorragendes Papier der beiden großen christlichen Kirchen zur palliativen Versorgung hinweisen. Darin wird deutlich, dass dieser Bereich endlich auch in Deutschland verbessert worden ist. „MARGE“ wird diese Entwicklungen sorgfältig beobachten und dazu entschieden Stellung nehmen!

Was sind die zentralen Aspekte der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung?

1. Analog zum somatisch-pflegerischen Bereich leben mindestens 80% der psychisch kranken Älteren zu Hause und nicht in Heimen!

2. Volkskrankheit Nummer eins sind nicht die Demenzen, sondern *Depressionen* und *Angststörungen*! Die WHO spricht in diesem Zusammenhang mittlerweile von der „Epidemie des 21. Jahrhunderts“.
3. Unser Abrechnungssystem ist einseitig pflegerisch-somatisch ausgerichtet und medizinisch-biologistisch fixiert. Es geht an den tatsächlichen Bedürfnissen völlig vorbei. Längerfristige, regelmäßige Begleitung und Betreuung sowie die Bearbeitung von biographisch Erlittenem und die Förderung noch vorhandener Ressourcen des Individuums sind nicht mehr möglich.
4. Der Rechtsgrundsatz „ambulant vor stationär“ war immer schon ein Treppenwitz – auch vor 20 Jahren. Er wurde nie umgesetzt, sonst hätten während der „fetten“ Jahre ganz andere Beträge zur Verfügung gestellt werden müssen!



Wer verändern will, muss am Ball bleiben.

5. Wir sind die Lippenbekenntnisse der diversen politischen Richtungen leid und wollen die stereotypen Wiederholungen nicht mehr hören. Wir fordern endlich die konzeptionelle – flächendeckende – Umsetzung der Erfahrungen, die seit Jahren gemacht, reflektiert, nach außen dargestellt und kritisch beforscht worden sind! Wir brauchen also nicht ständig neue Modellprojekte, die meistens nach Ablauf der Modellphase verschwinden bzw. ernsthaft gefährdet sind!
6. Die Krankenkassen haben sich aus der Finanzierung der ambulanten Psychiatrie endgültig verabschiedet. Das muss zwar hingenommen werden, bleibt aber letztendlich unakzeptabel!
7. Wir bewegen uns seit vielen Jahren an der Peripherie. Denn das eigentliche Problem ist doch, dass es in unserem Land nie gelungen ist, die *seelischen Erkrankungen* den körperlichen gleichzusetzen! Deshalb kann es bei Förderrichtlinien allein nicht bleiben. Wir in Bayern brauchen ein Psychiatrie-Krankengesetz. Dies sollte Aufgabe des Landtags sein, und zwar noch in dieser Legislaturperiode! Ich erinnere daran, dass seit mehreren Jahren ein von den Wohlfahrtsverbänden eingebrachter Entwurf vorliegt!
8. Der 2. Bezirkspsychiatrieplan wird seit längerem unter Verschluss gehalten. Das ist bei den gegenwärtigen Haushaltsproblemen zwar verständlich, ersetzt jedoch nicht eine mittel- und längerfristige Planung! Ich würde vorschlagen, dass wir mit den zuständigen Fachstellen des Bezirks gemeinsam themenbezogene Arbeitsgruppen bilden, die eine Strategie zur Verbesserung der jeweiligen Versorgungsstrukturen erarbeiten. Das haben wir ja mit der AG-Leistungsbeschreibung schon einmal erfolgreich bewerkstelligt!
9. Nein, die „bösen“ Politiker sind nicht an allem schuld. Statt zu lamentieren, sollten wir eine Wertediskussion in unserem

Land anstreben. Wir sollten darüber diskutieren, wie die menschlichen Beziehungen und entsprechende Hilfen gestaltet werden können. Übrigens beinhaltet „Gesellschaft“ wesentlich mehr als das sinkende Bruttosozialprodukt und die fehlenden Arbeitsplätze. Aber eine solche Diskussion werden Sie bei Sabine Christiansen, Beckmann und Maischberger vergeblich suchen. Auch wird nicht öffentlich darüber diskutiert, dass Depression eine ernste seelische Erkrankung ist. Ich behaupte, Sie können heute viel leichter öffentlich über Ihre an Alzheimer erkrankte Mutter sprechen als über Ihren depressiven Ehemann!

10. Sollte sich in unserem Land bereits die Anschauung durchgesetzt haben, dass zu viele Menschen zu lange leben und zu viel kosten, dann spreche man das doch öffentlich aus und nehme sich ein Beispiel an den Schweizern, die dies unverhohlen in die Präambel ihres Gesetzesentwurfs hineingeschrieben haben!

Wir haben schon einiges erreicht, aber es gibt noch viel zu tun. So müssen wir die Kooperationsstrukturen weiter ausbauen und inhaltsbezogen arbeiten. Es muss uns gelingen, ein – auf alle regionalen Gegebenheiten – zugeschnittenes Versorgungsnetz aufzubauen. Ein weiteres Thema der Zukunft wird sein, wie die Wohnformen für ältere Menschen von morgen aussehen sollen. Denn bereits jetzt leben ja 60% der deutschen Großstädter als Singles. Dies hat eine besondere Brisanz, da die so genannte ländliche Entwicklung der städtischen im zeitlichen Abstand folgt. Wir werden viel Kraft, Zuversicht und Humor brauchen.

Diego Feßmann/MARGE
(Münchener Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie)

Sozialpsychiatrische Dienste brauchen eine/n PsychiaterIn!

Wer ärztliche Hilfe braucht, muss selbst die Initiative ergreifen – so funktioniert unser Gesundheitssystem.

Auf Empfehlung eines niedergelassenen Nervenarztes rief eine Allgemeinärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst an und berichtete über eine ihrer langjährigen Patientinnen. Die 56-jährige verhalte sich sehr merkwürdig. Seit zwei Wochen sitze sie Tag und Nacht halb nackt in ihrer Wohnung in einem Sessel, rauche eine Zigarette nach der anderen, gebe unverständliche Antworten und esse und trinke so gut wie nichts. Zunächst habe die Hausärztin einen Kollegen vom allgemeinen ärztlichen Notdienst hinzugezogen und dieser habe versucht, die Frau in ein Krankenhaus einzuweisen, aber sie habe sich geweigert, in den Krankenwagen einzusteigen.

Die Psychiaterin des SpDi machte sofort einen Hausbesuch. Sie fand eine schläfrig wirkende Frau vor, die zwar ansprechbar war und auf Fragen freundlich nickte, aber nicht den Eindruck erweckte, diese auch richtig zu verstehen. Dann machte die Psychiaterin eine medizinische Untersuchung. Die Diagnose erbrachte, dass eine Erkrankung des Gehirns vorliege und dringender Behandlungsbedarf bestehe. Ihren kritischen Zustand konnte die Betroffene selbst nicht erkennen. Aufgrund der Diagnose und des schlechten Allgemeinzustands der Patientin veranlasste die Psychiaterin eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Dort wurde ein Gehirntumor festgestellt.



Notlösung: Wenn der Psychiater nicht vor Ort, ist muss er wenigstens telefonisch erreichbar sein

Ausflug mit Klienten
in den Münchner
Zoo



Unser Verein hat vor dem Sozialgericht geklagt. Wir wollten erreichen, dass die in den SpDis tätigen PsychiaterInnen ermächtigt werden, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Vorausgegangen war die Vorgabe des Bezirks Oberbayern, die Arztstellen lediglich bis zum Ausscheiden der jetzigen Stelleninhaber weiter zu finanzieren. Der Bezirk Oberbayern aber sei (nach Meinung der Aufsichtsbehörde) nicht zuständig für psychiatrische Leistungen, dies sei Sache der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung.

Hier beginnt der Verschiebebahnhof Teil I: „Wir sind nicht zuständig“, sagt der Bezirk.

Aus der **Urteilsbegründung:**

„Den Anspruch (auf Krankenbehandlung) erheben Versicherte in diesem Bereich nicht durch Leistungsantrag gegenüber der Krankenkasse, sondern durch Konsultation eines Vertragsarztes unter Wahrung ihres Rechtes auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V).“

„Gleichwohl handelt es sich sicherlich (bei der Tätigkeit des/der Psychiaters/in) um eine unverzichtbare Aufgabe der gesundheitlichen Daseinsvorsorge, die jedoch nicht aus der für die ambulante Behandlung durch die gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Gesamtvergütungsmasse zu finanzieren ist. Sie kann nicht Gegenstand einer Ermächtigung sein.“

Im Namen des Volkes:

- I. die Klage wird abgewiesen
- II. die Kosten des Verfahrens trägt der Kläger

Frage des Klägers: „Was passiert mit jenen Menschen, die aufgrund einer seelischen Erkrankung dazu (ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen) nicht in der Lage sind?“

Antwort des Richters: „Wir haben nun mal eine Rechtslage. Sie können nicht gesellschaftliche Probleme durch eine Klage vor dem Sozialgericht lösen. Dazu müssen Gesetze geändert werden.“

Verschiebebahnhof Teil II: „Die Kassen sind nicht zuständig“, sagt der Richter

Die sozialrechtlich verankerte Fragmentierung der gesundheitlichen Versorgung in Leistungssektoren, die unterschiedlichen Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfe) zugeordnet sind, führt dazu, dass dringend behandlungsbedürftige Menschen nicht versorgt werden. Die Folge ist die Verschiebung in stationäre Hilfeformen.

Damit wollten wir uns als Träger der SpDis nicht abfinden. Wir suchten nach Lösungsmöglichkeiten für die Klienten, die nicht auf eine Gesetzesänderung warten können.

Im März 2004 kündigte der Psychiater des SpDi München Perlach. Damit war die Arztstelle gestrichen, da der Bezirk Oberbayern keine NachfolgerIn finanziert. Der Verein konnte mit der Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Haar eine Vereinbarung abschließen. Seither ist ein Psychiater der Institutsambulanz an einem Tag in der Woche im SpDi Perlach tätig.

An diesem Tag steht der „kooperierende“ Arzt den Mitarbeitern und Klienten zur Verfügung. Mit dem Team bespricht er (im Rahmen der vom Bezirk genehmigten zwei Stunden pro Woche) neue und laufende Fälle und macht Fortbildung zu psychiatrischen/medizinischen Fragestellungen. Dabei findet nicht nur ein „unidirektional“ verlaufender Input statt, sondern es werden

verschiedene Ansätze und Denkweisen ausgetauscht. Insofern ist diese Kooperation ein gutes Forum für die „Pfleger“ des Verhältnisses zwischen ambulantem und stationärem Bereich.

Den Rest des Tages arbeitet der Arzt mit den Klienten des SpDi's. So kann er die für viele Patienten/Klienten so wichtige aufsuchende und nachgehende ärztliche Hilfe leisten. Dadurch sind Hausbesuche bei Patienten/Klienten möglich, die zwar ärztlicher Hilfe bedürfen, aber nicht bereit oder wegen „mangelnder Krankheitseinsicht“ nicht in der Lage sind, einen niedergelassenen Nervenarzt aufzusuchen. Der Arzt kann auch Medikamente verordnen und hat die Chance, beim Hausbesuch eine Behandlung einzuleiten. Im Anschluss kann er die medikamentöse Weiterbehandlung selbst übernehmen bzw. einem niedergelassenen Nervenarzt übergeben.

Für die Inanspruchnahme des ärztlichen Angebots ist, wie bei niedergelassenen Ärzten auch, das Vorlegen der Versicherungskarte und die Praxisgebühr von 10 € erforderlich. Bei den meisten Klienten ist dies kein Problem, aber es gibt auch solche, die keinen Versicherungsschutz haben oder so große finanzielle Schwierigkeiten haben, dass sie diesen Betrag nicht aufbringen können. In solchen Fällen können wir Spendengelder in Anspruch nehmen, um die Medikamentenversorgung zu gewährleisten.

Bisher ist die Zusammenarbeit sehr gut angelaufen. Nicht zuletzt deshalb, weil der Arzt sehr engagiert ist und sozialpsychiatrische Erfahrung hat. Freilich wäre eine stärkere Einbindung und häufigere Präsenz, ähnlich den angestellten ÄrztInnen, optimal. Der Abrechnungsmodus des Arztes schränkt das psychiatrische Handeln im Dienst zwar stärker ein, dennoch gibt es durch die bestehende Flexibilität genügend Spielraum. Auch die Möglichkeit, Medikamente zu verordnen, ist für die Patienten von Vorteil.

Brigitte Wolf, Manfred Urban/SpDi Perlach

Interview mit Dr. Dirk Nave „Arzt in Kooperation“

Ist das derzeitige Modell des ärztlichen Mitarbeiters im Vergleich zum fest angestellten Arzt im SpDi eine überzeugende Lösung?

Es hat zwei Seiten. Wenn ein Arzt jeden Tag da ist, ist er mehr im Team integriert und kann mehr Entscheidungen treffen. Und er kann unmittelbar eingreifen, weil er vor Ort ist. Da ist es von Nachteil, dass ich nur einmal in der Woche im SpDi bin. Andererseits hat die Verzahnung mit Haar auch Vorteile. Wir haben ja auch sehr schwierige Patienten, die ich zum Teil von der Institutsambulanz oder der Station kenne, und die dann auch wieder in den SpDi kommen. Diese Vernetzung hat ganz eindeutig Vorteile.

Wo wird's schwierig?

Schwierig wird es, wenn ich Hausbesuche mache und die Klienten nicht aufmachen. Meine Institutsambulanz kann nur patientenbezogen jeden Kontakt abrechnen. Das war mit einem angestellten Arzt einfacher, der ja pauschal finanziert war. Das heißt, er konnte hinfahren und wenn der Klient nicht aufgemacht hat, war das nicht so schlimm. Für mich ist das immer ein Risiko. Ebenso, wenn Klienten zum Termin im SpDi nicht erscheinen.

Die nachgehende Hilfe ist also in Schieflage geraten. Was sind die Auswirkungen auf das Team?

Der multiprofessionelle Ansatz der Psychiatrie kommt ein wenig zu kurz. Denn die verschiedenen Berufsgruppen haben ja ihre eigene Sichtweisen, die sich gut ergänzen und nicht ausschließen. Das ist bei der geringen Präsenz schwierig. Für das Team wäre es sicher besser, wenn ich öfter in der Woche zur Verfügung stehen würde. Wir haben natürlich telefonisch Kontakt oder kommunizieren per E-mail, aber das ist nicht dasselbe.

CM – Ein Projekt mit Zukunft?

Das Case-Management-Projekt, kurz CM-Projekt, gibt es in München im Sektor Ost seit Januar 2002. Es entstand in Anlehnung an das Modellprojekt von Sektor Süd, das von 1995 bis 1998 wissenschaftlich begleitet wurde. Die Finanzierung des CM-Projektes übernimmt der Bezirk Oberbayern, sie ist voraussichtlich bis Ende 2005 gesichert.

Dieses Projekt startete als ein trägerübergreifendes Projekt des ambulant-komplementären Verbundes (AKV) im Sektor Ost mit den Kooperationspartnern Projekte für Jugend und Sozialarbeit e.V., Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e.V., Paritätischer Wohlfahrtsverband Bayern und Regenbogen GmbH.

Zielgruppe und Zielsetzung

Das CM-Projekt richtet sich an Menschen mit schwerer und/oder chronischer psychischer Erkrankung und komplexem Hilfebedarf. Sie sind selbst nicht in der Lage, das vorhandene Hilfesystem in Anspruch zu nehmen und in ihrem Wohnumfeld existiert kein tragfähiges Netzwerk, weil sie zum Beispiel lange bzw. wiederholte Klinikaufenthalte hinter sich haben. Aufgrund der im Konzept beschriebenen Niedrigschwelligkeit und zeitlichen Flexibilität erreicht CM auch Menschen, die ansonsten schwer oder kaum erreichbar sind. Ziel ist es, die KlientInnen (wieder) soweit zu befähigen, das vorhandene System in Anspruch zu nehmen, um zunehmend und weitmöglichst selbstständig leben zu können.

Eine Definition

Es gibt unterschiedliche Definitionen und Modelle von Case-Management. Grundsätzlich aber übernimmt jeder, der/die mit psychisch kranken Menschen arbeitet, auch mehr oder weniger Case-Management-Funktionen.

Case-Management, zu deutsch *Fallsteuerung*, ist eine spezielle, klientenorientierte Methode in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen. Es handelt sich um konkrete Einzelfallarbeitsweise. Mit den Betroffenen werden individuelle Hilfskonzepte erarbeitet und umgesetzt. CM-ManagerInnen unterstützen zum Teil langfristig die KlientInnen als konstante Bezugspersonen, die informieren, beraten, begleiten, koordinieren und vermitteln.

Das CM-Projekt setzt vor allem an der Schnittstelle stationär und ambulant an. Ein Schwerpunkt ist, den Übergang von der Klinik in den Alltag zu erleichtern und die Integration zu unterstützen.

Ausgangsposition – Bisheriger Verlauf

Der Start des CM-Projekts war alles andere als günstig. Die Finanzierung war bisher immer nur für kurze Zeit gesichert. Auch die Stellenbesetzung gestaltete sich schwierig. Am Anfang konnten nur drei der vier vorgesehenen Stellen besetzt werden. Seit Februar 2003 sind durch den Projekteverein zwei halbe Stellen im CM-Projekt besetzt. Aber trotz der widrigen Umstände wurde das CM-Projekt gut angenommen und wir konnten erste Erfahrungen sammeln.

Fallbeispiel

Evelyn S., 42 Jahre, ist geschieden und hat eine 16-jährige Tochter. Sie hat eine eigene Wohnung, ist aber arbeitslos. Evelyn S. leidet an einer affektiven Störung (manisch-depressiv), an Angstzuständen und Alkoholabusus.

Seit März 2003 wird sie im Rahmen des CM-Projekts betreut. Die Klinik kam auf uns zu, als die Entlassplanung anstand. Im Erstgespräch mit dem Mitarbeiter des Sozialdienstes der Klinik wurde mit Evelyn S. besprochen, welche Unterstützungsangebote nach der Entlassung aus der Klinik denkbar bzw. notwendig wären. Erwogene Alternativen wie Heimunterbringung oder Anregung

einer gesetzlichen Betreuung lehnte Evelyn S. grundsätzlich ab. Vorgeschichte: Aufgrund familiärer und schulischer Probleme unternahm Evelyn S. mit 16 Jahren einen Suizidversuch. Professionelle Hilfe erhielt sie damals nicht. Sie brach die Schule ab, auch eine Berufsausbildung machte sie nicht. 1987 kam es zum ersten Klinikaufenthalt. Sie litt an einer Wochenbettpsychose. Der Grund: Evelyn S. war in dieser neuen Lebenssituation allein, auf sich gestellt und hoffnungslos überfordert. Das Kind wurde bereits während der ersten Psychose fremduntergebracht. Seit dieser Zeit folgten immer wieder Klinikaufenthalte. Auch die Suchtproblematik verstärkte sich. Die zwei Jahre, bevor sie mit dem CM-Projekt in Kontakt kam, hatte sie entweder in einer Klinik oder einer Tagklinik verbracht. Damals lebte Evelyn S. die meiste Zeit bei ihrem damaligen Freund. Ihre eigene Wohnung hatte sie unrenoviert übernommen und seit dem Einzug nicht verändert. Die meisten Möbelstücke waren in einem desolaten Zustand (Sperrmüll). Ihre Tochter war in einer Wohngruppe im Allgäu untergebracht. Eine Arbeit hatte Evelyn S. nicht, sie lebte seit längerer Zeit von Sozialhilfe. Probleme gab es in vielen Bereichen ihres Lebens: Finanzen, Beziehungen, Wohnung, Kontakt zur Tochter, schwankende Krankheitseinsicht usw. Nach der ersten Kontaktaufnahme mit der CM-Mitarbeiterin in der Klinik kam es zu weiteren regelmäßigen Besuchen unsererseits. Dabei wurden immer wieder Themen wie Vorstellungen über das Leben „danach“, Wünsche, aber auch Ängste besprochen. Ein großes Problem nach dem langen Klinikaufenthalt (vier Monate) war für Evelyn S. die Angst vor dem Alleinsein bzw. selbstverantwortlich den Tag zu strukturieren. Die Bewältigung des Alltags schien ihr zunächst unüberwindbar. Zusammen mit der CM-Mitarbeiterin steckte sie Ziele ab: Eines war, die Wohnung bewohnbar zu machen und für die Tochter ein eigenes Zimmer einzurichten, so dass diese die Wochenenden und Ferien bei ihr verbringen konnte. Weitere Ziele waren Lebensperspektiven zu entwickeln, eine Tagesstruktur zu finden, eventuell sogar eine Arbeitsstelle zu suchen. Zusammen mit der

CM-Mitarbeiterin setzte sie Prioritäten. Ein tragfähiges soziales Netz hatte Evelyn S. nicht. Die wichtigen sozialen Beziehungen zu ihrem Freund oder ihren Eltern waren eher problematisch und konfliktreich. Hier setzte das CM-Projekt an: Durch persönliche Kontinuität, zeitliche Flexibilität, nachgehende Hilfe, Begleitung und guter Zusammenarbeit mit vielen Einrichtungen und Institutionen (ASD, Sozialamt, Bank, Polizei, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tagestätten, Krisendienst etc.) konnte Evelyn S. individuell unterstützt und begleitet werden.

Mittlerweile lebt Evelyn S. in ihrer schön renovierten Wohnung. Von ihrem Freund hat sie sich getrennt. Ihre Tochter lebt inzwischen auch in München in einer therapeutischen Jugendwohngruppe. Der Kontakt zur Tochter hat sich verbessert; sie hat ein eigenes Zimmer in der Wohnung ihrer Mutter. Mit viel Eigeninitiative ist es Evelyn S. sogar gelungen, eine BSHG-finanzierte Stelle in einem Arbeitsprojekt zu bekommen. Krisen gibt es natürlich immer noch. Aber auch hier sind Fortschritte festzustellen. So zog sich Frau S. in der letzte Krise nicht mehr vollständig zurück, sondern setzte Signale. Besprochene „Krisenpläne“ konnten rechtzeitig greifen, so dass Evelyn S. frühzeitig in die Klinik ging und der Klinikaufenthalt nicht mehr so