

# Nicht jammern, sondern voneinander lernen

Argumente für ein Aktionsprogramm Gemeindepsychiatrie

Von Günter Ernst-Basten

**M**anchmal habe ich in den letzten Monaten den Eindruck, dass trübe Stimmungen in der Gemeindepsychiatrie überwiegen. Viele sind sich einig: Alles wird immer schlechter. Der Sozialstaat bricht zusammen. Die sozialrechtlichen Reformen der letzten Zeit kaschieren in Wirklichkeit nur den Sozialabbau.

Und ist es nicht eine wesentliche Aufgabe von uns Mitarbeitern der Sozial- und Gesundheitsberufe, vor drohenden Entwicklungen zu warnen? Unsere Betroffenheit auszudrücken? Zum Beispiel auf folgende Weise:

»Unter dem Druck von Spar- und Rationalisierungsideologie hat sich längst die Entscheidung für oder gegen die Aufnahme einer Betreuung in einer Einrichtung, für oder gegen die Verlängerung eines stationären Aufenthaltes von der fachlichen zur ökonomischen gewandelt. Nicht mehr medizinisches, pflegerisches oder psychosoziales Denken steht im Vordergrund, sondern die materielle Not der Betroffenen und die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen der Kostenträger.«

»Und längst werden von uns Begriffe geklaut: Von Selbsthilfe wird gesprochen, wenn es gilt, Sozialabbau zu legitimieren. Wütend macht diese Umkehr der Begriffe, die Umkehr von Werten.«

Diese Worte fielen im Mannheimer Kreis in Kiel im September 1982 (veröffentlicht im Rundbrief der DGSP 1982). Die Ähnlichkeit der Argumentation über zwanzig Jahre später ist verblüffend, hat sich doch in diesen Jahren in Deutschland eine vielfältige gemeindepsychiatrische Landschaft entwickelt, die weltweit an der Spitze liegt.

Neigen wir etwa in der Gemeindepsychiatrie zum Schwarzsehen und Jammern? Sind wir oft schon mit pauschalen kritischen Analysen zufrieden und drücken uns um das Aufzeigen konkreter Lösungswege? Wieso verhalten sich auch Führungskräfte bei der Bewertung der Rahmenbedingungen so ganz anders, als sie es für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen predigen. Da gilt das Prinzip: Nicht auf die Defizite konzentrieren, sondern auf die Ressourcen bauen!

## Blumige Ziele, unkonkrete Planungen

Wie kann die gemeindepsychiatrische Welt nicht in Ordnung sein, wenn wir solche Sätze in Länder-Psychiatrieplänen finden wie diese: »Der Psychiatrieplan orientiert sich bei der Ausgestaltung der Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen an dem Konzept der personenzentrierten Hilfen (...) Der Psychiatrieplan (...) öffnet sich (...) dem Konzept des Empowerment«. Diese Leitlinien des Psychiatrieplans Schleswig-Holsteins aus dem Jahr 2000 sind nur ein Beispiel. Ich vermute, dass andere Länder-Psychiatriepläne ähnlich gut klingen. Wo also liegt das Problem?

Es liegt auf der Hand: Die politischen Ziele der Psychiatrieplanung bleiben im Allgemeinen und damit an der Oberfläche stecken. Die Konkretisierung und die Umsetzung bleiben vage. Es fällt sogar überhaupt nicht schwer, andere Stellen des Planes zu zitieren, die in der Konkretisierung das Gegenteil von dem beschreiben, was in den Grundsätzen festgelegt ist.

Nun werden viele sagen, diese Feststellung von Diskrepanzen zwischen allgemeinen Zielen und konkreter Planung ist doch nichts Neues. Das kennen wir doch von Planungsprozessen in der Politik. Aber reicht diese Erklärung wirklich aus? Sind es nur die »Anderen«, die sich ändern müssten? Oder wirken wir vielleicht aktiv bei diesem Spiel mit?

»Dann war auf einmal kein Geld mehr da«

Ein Blick nach Österreich gibt uns vielleicht Antworten auf diese Fragen. In der Ausgabe 31 der »Psychiatrischen Praxis« 2004 wird in einem Artikel mit dem Titel »Dann war auf einmal kein Geld mehr da« die Rolle der Finanzierung in der österreichischen Psychiatriereform betrachtet. Die Autoren Ingrid Zechmeister und August Österle beschäftigen sich mit der Frage, in welcher Weise Reformprogramme und Finanzierung miteinander verknüpft sind. In Österreich – und dies gelte genauso für Deutschland – sei psychiatrische Versorgung »in Zahlen gegosse-

ne Psychiatriepolitik«. Nach Ansicht der Autoren spiegeln die Finanzierungsstrukturen in der Psychiatrie wider, welches sozialpolitische Konzept entscheidend ist und wie sich die psychiatrische Versorgung in den Wohlfahrtsstaat einbettet. Ihr Fazit: Zwischen dieser versteckten Sozialpolitik, die hinter den Finanzierungsstrukturen stecke, und den vielen offiziell in Psychiatrieplänen, Reden und Präambeln geäußerten Ideen und Zielen der Psychiatriepolitik bestehe ein erheblicher Widerspruch.

Ich finde diese Überlegung äußerst einleuchtend. Schnell fallen mir hierzu entsprechende deutsche Beispiele ein:

- Trotz des viel zitierten Grundsatzes »ambulant vor stationär« nimmt die stationäre Versorgung nach wie vor den ersten Rang ein.
- Trotz der Idee der ganzheitlichen Versorgung ist nach wie vor die Krankenhauspsychiatrie dominant.
- Trotz der Idee der integrierten Versorgung nehmen nicht-medizinische Bereiche eine eher untergeordnete Rolle ein. Das »Soziale« ist dem »Medizinischen« nicht gleich gestellt, sondern unterstellt – oder wird in das »Medizinische« integriert.

## Finanzierungsstrukturen behindern Psychiatriereform

Wie in Österreich ist die psychiatrische Versorgung in Deutschland seit mehreren Jahrzehnten von Reformüberlegungen geprägt, die eine gemeindenahere dezentralisierte Versorgung als Leitziel haben. Dazu existieren viele Dokumente. In diesen Reformpapieren und Reformdebatten nimmt die Finanzierung der Psychiatrie nur einen sehr kleinen Stellenwert ein. Dies ist das zentrale Problem, weil die derzeitige Finanzierungsstruktur ein Hindernis für die Verwirklichung zentraler Reformziele darstellt. Entscheidungen über Höhe und Form der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung sind, auch wenn sich scheinbar nach ökonomischen Rationalitätskriterien gefällt werden, im Kern sozialpolitische Entscheidungen. Die Gestaltung der Finanzierungsstrukturen hat für die Frage, welche Ziele in die Realität umgesetzt werden, also entscheidende Bedeutung.

## Zusammenhänge deutlich machen

Und hier genau liegt unsere zukünftige Aufgabe: Wir müssen die Zusammenhänge zwischen Versorgungskonzepten und Finanzierungsstrukturen transparenter ma-

chen. Wir müssen die Auswirkungen auf die Menschen öffentlicher machen. Dabei haben wir Führungskräfte in der Gemeindepsychiatrie die besondere Verantwortung, verstärkt Einfluss auf sozialpolitische und sozialrechtliche Entscheidungsprozesse und auf die Gestaltung von Finanzierungsstrukturen zu nehmen. Unsere Aufgabe ist es, praktische Lösungen für die konkrete Umsetzung der gemeindepsychiatrischen Leitvorstellungen zu formulieren – und zwar einschließlich der Finanzierungsmodelle. Wir sollten nicht nur auf die Sozialhilfeträger und die öffentlichen Haushalte schauen. Stattdessen kommt es darauf an, die anderen Rehabilitationsträger für die Aufgaben der Gemeindepsychiatrie in die Pflicht zu nehmen.

#### Baustellen, auf denen wir tätig werden müssen

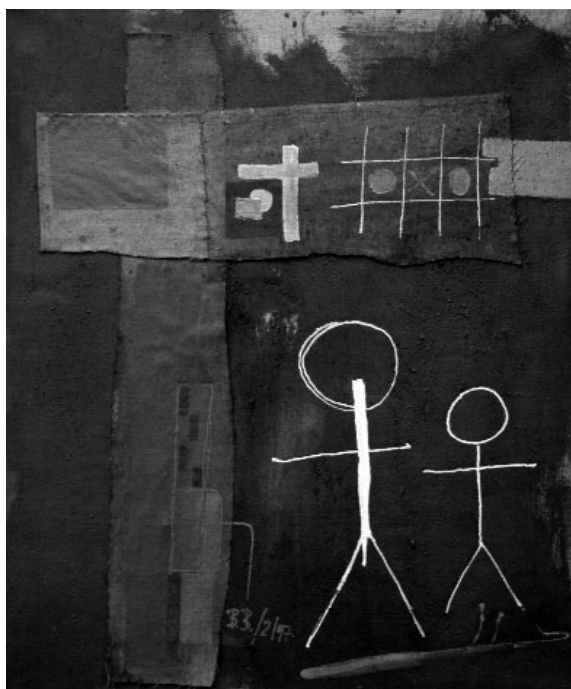
Arbeit gibt es genug. Dazu einige Beispiele:

- Die Leitidee der integrierten Versorgung – eine zutiefst sozialpsychiatrische Idee – ist bislang nur im SGB V verankert und führt sogar zum Abzug von Finanzmitteln aus der Psychiatrie, weil daraus Strukturen zur besseren Versorgung orthopädischer Probleme oder anderer somatischer Probleme finanziert werden.
- An sich gute Gesetze wie z. B. das zur Soziotherapie bleiben in der Umsetzung stecken bzw. werden auf Grund mangelhafter Finanzierung durch die Krankenkassen konterkariert. Das gleiche gilt für die ambulante psychiatrische Pflege.
- Die berufsbegleitende Betreuung psychisch erkrankter Menschen ohne Schwerbehindertenausweis muss sichergestellt werden! Wenn die übergangsweise noch geduldete Finanzierung durch das Integrationsamt wegbricht, müssen andere Rehabilitationsträger gefunden werden.
- Wie können wir personenzentrierte Betreuung umsetzen und dabei stabile Strukturen für Klienten und die Träger der Dienste gestalten?
- Wie lassen sich Hilfeplanverfahren ausgestalten, die sich wirklich an den Zielen und Bedarfen der Betroffenen orientieren und nicht diktatorisch durch Sozialhilfeträger festgesetzt werden?

#### Ambivalenzen

Viele dieser Themen lösen bei Mitarbeitern und Geschäftsführern gemeindepsy-

chiatrischer Träger ambivalente Gefühle aus. Sie sehen die Diskrepanzen zwischen den festgelegten sozialpolitischen Zielen, die häufig eine Wurzel in der sozialpsychiatrischen Bewegung haben, und den fehlenden klaren Aussagen zur Finanzierung z. B. im SGB IX. Und sie vermuten »Böses« hinter ursprünglich sozialpsychiatrischen Begriffen, die nun über die Leistungsträger und die Gesetzgebung eingebracht werden wie z. B. »Personenzentrierung«, »individuelle Hilfeplanung«, »per-



sönliches Budget«. Für manche sind deshalb sogar die Begriffe der Sozialpsychiatrie obsolet geworden. Aber diese Verunsicherung, diese Krise bietet auch Chancen. Denn dadurch wird viel klarer:

- Es ist höchste Zeit, die Verbindung zwischen Sozialpolitik, Finanzierungsstrukturen und psychiatrischer Versorgung deutlich zu machen.
- Es ist höchste Zeit, als Gemeindepsychiatrie wieder verstärkt Einfluss auf Politik und Entscheidungsträger zu nehmen und zwar nicht nur mit Appellen und allgemeinen Forderungen, sondern mit konkreten Vorschlägen.
- Und es ist höchste Zeit, dass wir Führungskräfte in der Gemeindepsychiatrie lernen, uns aus den Begrenzungen des Alltags und auch aus den regionalen Verstrickungen zu lösen.

#### Aktion statt Resignation!

Was halten Sie von diesem Aktionsprogramm für die Gemeindepsychiatrie:

1. Wir bilden ein Netzwerk derjenigen, die für die Umsetzung der Gemeindepsychiatrie zuständig sind.

2. Wir bearbeiten zielgerichtet die anstehenden Fragestellungen und formulieren Lösungen.
3. Wir machen ein gutes Lobbying für die Gemeindepsychiatrie auf der Ebene der Länder und des Bundes.
4. Wir bringen unser Wissen und unsere Professionalität in wirksame Bündnisse mit den Psychiatrie-Erfahrenen, den Angehörigen und auch mit anderen Verbänden ein, mit deren Unterstützung wir die gemeindepsychiatrischen Ziele erreichen können.
5. Wir heben die Schätze in den Reihen der Gemeindepsychiatrie! Damit meine ich die vielen innovativen Projekte und Lösungen, die vor Ort entwickelt werden.

6. Wir finden neue Wege, voneinander zu lernen.

Konkret hat der Dachverband ein Entschluss gefasst, sich mit den Hauptfragen der gemeindepsychiatrischen Entwicklung in Deutschland in vier bundesweiten Arbeitskreisen längerfristig auseinander zu setzen:

Der Arbeitskreis »Soziotherapie und Integrierte Versorgung« hat das Ziel, ein bundesweites Kompetenzzentrum für diese beiden Schwerpunktthemen aufzubauen.

Der Arbeitskreis »Umsetzung des SGB IX« wird sich zunächst mit den Integrationsfachdiensten beschäftigen und einen eigenen Mustervertrag vorlegen und zur Diskussion stellen.

Der Arbeitskreis »Gemeindepsychiatrie im Gemeinwesen« will die Verortung in der Öffentlichkeit verbessern. Dazu gehört insbesondere auch die Auseinandersetzung mit den Rollen von Bürgerhelfern, Betroffenen und Angehörigen.

Der Arbeitskreis »Aufgabengemäße Finanzierung« wird sich mit dem »Face-to-Face«-Prinzip als Abrechnungskriterium beschäftigen, das beispielsweise bei der Finanzierung des Betreuten Wohnens eine große Bedeutung besitzt, sowie mit der Finanzierung von Krisenintervention als Paradebeispiel für Mischfinanzierung.

Wir laden Sie herzlich ein, an diesen Arbeitskreisen mitzuwirken. ■■■

Überarbeitete Fassung eines Vortrages, den Günter Ernst-Basten am 3. Dezember 2004 auf der Tagung des Dachverbandes in Kassel gehalten hat.

Günter Ernst-Basten ist 1. Vorsitzender des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, Kontakt: dachverband@psychiatrie.de