



Die Hilfen für psychisch kranke Menschen muss als dynamischer Prozess verstanden werden.



Das Rad der Zeit bleibt nicht stehen

Die Sozialpsychiatrie muss mit ihren Ressourcen schonend umgehen – von Johann Kneißl

Gesetzliche Vorgaben und Maßnahmen für die Solidargemeinschaft, die sich ändernden Bedürfnisse der erkrankten Menschen und die Arbeitsvorstellungen der Beschäftigten treffen regelmäßig aufeinander – sie müssen mit den vorhandenen Ressourcen austariert und in eine passgenaue Form gebracht, geeignete Lösungen gefunden werden.

und individuell gestaltbarer Wohnraum ist die Basis für die Teilhabe in der Gemeinschaft. Das Rad der Zeit bleibt also nicht stehen. Ändern sich die gesellschaftlichen und ökonomischen Verhältnisse, muss auch die Sozialarbeit mithalten.

Arbeitsverdichtung in der Psychiatrie – was tun?

Die Gemeindepsychiatrie verfolgt seit jeher den Anspruch, das gesamte Lebensumfeld betroffener Menschen in die Betreuungsarbeit einzubeziehen. Unabhängig von Schweregrad der Erkrankung, sozialen Status und Eingliederungschancen soll mit der Unterstützung für jeden Betroffenen eine größtmögliche Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erreicht werden.

Die großen Herausforderungen der Sozialarbeit sind heute: bezahlbaren und geeigneten Wohnraum finden, Beschäftigungsmöglichkeiten mit Entgelt akquirieren, qualifiziertes und erfahrenes Personal anwerben und das Zusammenleben von Menschen unterschiedlicher Ethnien und Religionen gestalten.

Tragbare Lösungen sind nur im Netzwerk zu erzielen: mit gesetzlichen Betreuern, der Gemeinde, Betrieben, Hauseigentümern, kooperierenden Sozialbetrieben. Der Erfolg ist dennoch nicht garantiert, denn an Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen Hausverwaltungen nicht vermieten. Ein Dauerbrenner, der nach neuen Lösungen verlangt. Sozialbetriebe müssen selbst Appartementshäuser bauen oder Mehrfamilienhäuser anmieten. Eigener

Sozialpsychiatrische Versorgung – ein dynamischer Prozess

Sozialpsychiatrische Versorgung ist heute ein hochdynamischer Prozess und das Versorgung- oder Teilhaberrad mächtig in Bewegung. Neue Vorgaben des Gesetzgebers zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu inklusiven Wohn-, Kultur- und Sportangeboten fordern Verantwortliche und Mitarbeiter in Institutionen und sozialen Einrichtungen.

»Der Rechtsstatus von Menschen, die körperlich, psychisch oder sozial beeinträchtigt sind, hat offensichtlich ein Niveau erreicht, das wir uns zu Beginn der Reformaktivitäten in den Sechziger- und Siebziger Jahren nicht hätten träumen lassen.«

(Heiner Keupp, Soziale Psychiatrie, 2/2011)

Das ist gut so, die benötigten Rahmenbedingungen hinken aber hinter her, sagt Keupp als Kritiker des »Netzwerk-kapitalismus«. Finanzierung und Personalausstattung ermöglichen heute oft nur kurzfristiges Handeln in Form von ein- bis dreijährigen Maßnahmen und Projekten. Sehen die Leistungsträger (Kommunen, Landeswohlfahrtsverband, Krankenkassen, Agentur für Arbeit und Jobcenter) keinen ausreichenden wirtschaftlichen Nutzen oder fehlt ihnen selbst das Geld zur Weiterfinanzierung, werden die Projekte eingestellt.



Das bringt gerade Führungs- und Leitungskräfte in sozialen Betrieben in Konflikte. Wie die Klienten versorgen, die Mitarbeiter finanzieren? Es ist viel Unruhe und »Unordnung« in die Sozialarbeit eingekehrt – wie auf dem Arbeitsmarkt insgesamt, die auch die Erkrankten verunsichert.

Dabei erfordert die Umsetzung von Neuerungen Mut zum Risiko – auch eine Akzeptanz des eingetretenen Chaos; die neue Ordnung ist von allen Beteiligten mit Herz und Verstand tragfähig auszuhandeln und zum Wohl der Erkrankten herzustellen.

● Vom Sozialbericht zur Hilfeplanung

Was hat sich so entscheidend verändert? Welche Aufgaben tragen zur Arbeitsverdichtung bei. Hier lohnt ein Blick in die jüngere Vergangenheit.

Bis zum Jahre 2004 sind von Sozialarbeitern und Pädagogen jährliche Sozialberichte an den Kostenträger (Sozialamt) geschrieben worden. Es wurde ein Jahr lang mit dem Menschen gearbeitet, das Erreichte aus der Retrospektive festgehalten. Das ist gerade zehn Jahre her.

Mit Einführung der personenzentrierten Hilfeplanung 2005 wurde vom Landeswohlfahrtsverband als Arbeitsinstrument der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) etabliert und die Abrechnung auf ein Kontingent von jährlichen Fachleistungsstunden (99 bis 347) umgestellt. Damit wurde der Spieß umgedreht: Fortan sollte von einem institutions- in ein personenzentriertes psychiatrisches Hilfesystem umgedacht werden. Zu Beginn der Betreuung waren jetzt die Ziele und Maßnahmen festzulegen, die Betreuungsarbeit zu dokumentieren, die vereinbarten Ziele regelmäßig zu überprüfen – bei Bedarf anzupassen.

Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans sollten die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten sein. Die Planung müsse mit ihm gemeinsam entwickelt und nach einem Weg gesucht werden, wie Klienten an der Hilfeplanung selbst beteiligt und vertraute Menschen ihres sozialen Umfeldes einbezogen werden können. (Petra Gromann, 2002).

Das gemeinsame Erstellen des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans mit jährlicher Vorstellung in der Hilfeplankonferenz gehört heute zur Routine. Arbeit macht es trotzdem, gerade dann, wenn der betroffene Mensch vor der jährlichen Verlängerung akut erkrankt oder der Schweregrad der Erkrankung eine gemeinsame Hilfeplanung erschwert.

● Sich fokussieren

Wie mit der Veränderung umgehen – was tun? Der Mitarbeiter muss heute sehr genau hinsehen, was er mit seiner Zeit und Qualifikation leisten kann, wo seine eigenen und die Stärken seines Betreuten liegen.

Das erfordert neben einer guten Ausbildung auch Lebens- und Berufserfahrung – »Komplexleistungen« sind heute zu bewältigen.

Die personenzentrierte Hilfeplanung kann helfen und sollte klug eingesetzt werden. Die formulierten Hypothesen der »Erfinder« des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, nach der die Partizipation der Klienten und deren Zufriedenheit erhöht werde und die Qualität des beruflichen Handelns und somit die Zufriedenheit der Mitarbeiter zunehme – auch die Zahl der Klinikeinweisungen sinke, wurde in der Erprobungsphase wissenschaftlich untersucht und der positive Nutzen für Mitarbeiter herausgearbeitet: Arbeiterleichterung für den Alltag, Reflexionsinstrument zur Qualitätssicherung, Behandlungsgrundlage für mitwirkende Therapeuten. Als wesentlicher Kritikpunkt wird der hohe Zeitaufwand genannt. (Eva Herrmann-Woitas, 2001).

Jetzt ist das Instrument »Integrierte Teilhabepaltung (ITP)« in Erprobung, eine Weiterentwicklung der personenzentrierten Hilfeplanung von der Bedarfsfeststellung zur Teilhabepaltung. Kurz und übersichtlich sollen Ausgangslage, Lebensziele, Zielvereinbarung für ein Kalenderjahr, Ressourcen und Beeinträchtigungen sowie die sozialräumlichen und professionellen Hilfen beschrieben werden.

● Proaktive Planung von Sozialunternehmen

Welche Rahmenbedingungen müssen Unternehmen ihren Mitarbeitern bereitstellen, damit sie gute Arbeit leisten können?

Sozialunternehmen unterliegen dem wirtschaftlichen Wandel und politischen Entscheidungsprozessen. Sie müssen mit knapperen Finanzmitteln haushalten und zugleich nach Qualitätsstandards arbeiten. Sie kommen auch nicht umhin, zu akzeptieren, dass das marktorientierte Gesundheitssystem keine »Kampfmaschine« für die Armen und Ausgegrenzten ist.

Zugleich haben sie aber den Auftrag, diese Menschen ausreichend zu versorgen. Müssen sie einerseits das Räderwerk der Sozialwirtschaft in die gesamtwirtschaft-



schen Verhältnisse einpassen, haben sie andererseits Teilhabeangebote für Menschen zu entwickeln, die vom Arbeits- und Wohnungsmarkt aussortiert wurden – ein Paradoxon?

»Das sozialwirtschaftliche Geschehen ist unter dem Gesichtspunkt der Beziehungen der Akteure von Leistungsträger, Leistungserbringer und Nutzer zueinander zu betrachten.« (Wendt 2015) Sein Grundtenor besteht darin, die drei Aspekte des persönlichen, gemeinschaftlichen und wirtschaftlichen Sorgens zu beachten. Dabei merkt Wendt an, dass die individuelle »Wohlfahrtsproduktion« einen eigensinnigen Charakter habe, woraus ein längerer Aushandlungsweg entstehe. Das bedeutet Arbeit – für alle Beteiligten. Eine Antwort sieht er im »Gesundheitslotsen«, orientiert am Case Management. Ziel davon ist, Wege aufzeigen, nicht mehr alles selber tun.

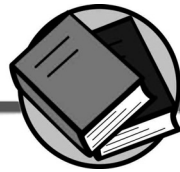
● Teilhabe fordert auch die Betroffenen

Mit der Teilhabe müssen sich nicht nur die Mitarbeiter vom Fürsorgegedanken verabschieden – auch oder gerade die Betroffenen sind gefordert. Partizipation fordert schon dem Gesunden in unserer komplexen Welt einiges ab, wie soll da der Erkrankte mithalten?

Gerade die Übergangsphase von der Versorgung zur aktiven Mitarbeit ist für ihn eine Herausforderung – zugleich aber eine Chance. Er kann lernen, »selbst zu Laufen – wenn auch mit Krücken«. Diese sind aber jetzt seine eigenen, er muss sie nur bei sich haben, der Sozialarbeiter ist nicht mehr so häufig in seiner Nähe. Letzterer muss das Stolpern und gelegentliche Fallen aushalten lernen, will er nicht in die Falle und damit in Zeitdruck geraten, alles so gut wie bisher erledigen zu wollen.

Das neue Bundesteilhabegesetz sieht vor, Menschen mit Behinderungen besser zu beraten, ihnen Teilhabemöglichkeiten aufzuzeigen und ihnen diese zu erleichtern. Das wird aber nicht unbedingt für chronisch psychisch kranke Menschen gelten – sie sollen nicht mehr im heutigen Umfang Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (vgl. Treffpunkte 4/2016, S. 25). Hier bleibt offen, wie diese Lücke die Sozialarbeit bei ihrem knappen Zeitbudget schließen soll.

JOHANN KNEIßL
ist mit seiner »Agentur alle Munde – anders kommunizieren« selbstständiger PR-Fachmann. Er arbeitet für die Branchen Gesundheit, Sozialwirtschaft und Arbeitsmarktintegration. Sein zentrales Thema ist die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.
www.allemunde.de



LITERATUR

TIPP

Petra Gromann (2002), Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan konkret, FH Fulda 2002, PDF-Download. Prof. Dr. Petra Gromann lehrt an der Hochschule Fulda im Fachbereich Sozialwesen zu den Schwerpunkten Heil- und Behindertenpädagogik, Erwachsene Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung und Soziologie. Gromann gilt als treibende Kraft der personenzentrierten Hilfeplanung (IBRP) und ist Herausgeberin der »Fuldaer Schriften« im Psychiatrie Verlag.

Eva Herrmann-Woitas (2001), Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) im psychiatrischen Wohnverbund: eine Prozess- und Ergebnisevaluation, Promotionsarbeit Psychologie, Medizinische Fakultät Heidelberg.

Heiner Keupp (2011), Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus? DGSP-Jahrestagung 2010. Soziale Psychiatrie, 2/2011, S. 4. Der Sozialpsychologe war bis zu seiner Pensionierung 2008 Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Wolf Rainer Wendt (2015), Soziale Versorgung bewirtschaften. Studien zur Sozialarbeit, Nomos Baden-Baden 2015. Wendt war leitender Professor der Fakultät für Sozialwesen der Berufsakademie Stuttgart. Seine Praxis- und Forschungsprojekte orientieren sich am Case-Management-Konzept. Wendt ist Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), Mitglied des Redaktionsbeirates der »Blätter der Wohlfahrtspflege« und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC).

