

# Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Master-Thesis

---

Perspektiven der Sozialen Arbeit in der Integrierten Versorgung

*Darstellung am Beispiel der Integrierten Versorgung psychisch kranker  
Menschen in Deutschland*

---

**Vorgelegt von:**

Josefine Hanke

**Betreuender Prüfer:** Prof. Dr. Dieter Röh

**Eingereicht am:** 25.03.2013

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen .....</b>	<b>4</b>
2.1 Das deutsche Gesundheitswesen .....	4
2.2 Schnittstellen und Übergangsprobleme .....	7
2.3 Integrierte Versorgung als Lösungsansatz.....	9
<b>3. Die psychiatrische Behandlung im deutschen Gesundheitswesen .....</b>	<b>11</b>
3.1 Die Geschichte der Sozial- und Gemeindepsychiatrie der BRD von 1945 bis heute.....	11
3.2 Die aktuellen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen in der BRD .....	16
3.2.1 <i>Instanzen für die Behandlung psychisch kranker Menschen</i> .....	16
3.2.2 <i>Bestehende Probleme der aktuellen Versorgungssituation</i> .....	24
<b>4. Integrierte Versorgung in der Psychiatrie .....</b>	<b>32</b>
4.1 Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung .....	32
4.2 Beispiele aus der Praxis.....	35
4.2.1 <i>Psychosenbehandlung durch Integrierte Versorgung im „Hamburger Modell“             des Universitätsklinikums Eppendorf</i> .....	36
4.2.2 <i>Das „NetzWerk psychische Gesundheit“ der Techniker Krankenkasse in             Hamburg</i> .....	39
4.2.3 <i>Das Modell „Integrierte Versorgung Schizophrenie“ der AOK Niedersachsen...</i>	41
<b>5. Psychische Krankheit und Gesellschaft in Deutschland.....</b>	<b>45</b>
5.1 Definition psychischer Erkrankung .....	45
5.2 Gesellschaftliche Ursachen für psychische Krankheiten.....	47
5.3 Umgang der Gesellschaft mit psychisch kranken Menschen .....	49
<b>6. Die Soziale Arbeit im deutschen Gesundheitswesen .....</b>	<b>51</b>
6.1 Klinische Sozialarbeit.....	51
6.1.1 <i>Verständnis von Gesundheit und Krankheit</i> .....	55
6.1.2 <i>Soziale Problemlagen</i> .....	57

6.1.3 Leitperspektiven, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit für die Arbeit im Gesundheitswesen .....	59
6.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie .....	69
6.2.1 Das Problem der Abgrenzung zu anderen Professionen .....	70
6.2.2 Soziale Arbeit im Vergleich .....	72
6.3 Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung .....	76
<b>7. Fazit .....</b>	<b>79</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>83</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>94</b>

# 1. Einleitung

Am Beispiel der Behandlung psychisch kranker Menschen im Modell der Integrierten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem soll die zentrale Fragestellung erörtert werden, wodurch sich die Soziale Arbeit für die Mitarbeit im System der Integrierten Versorgung besonders qualifiziert, welches ihre spezifischen Beiträge in einer umfassenden Versorgung (psychisch) kranker Menschen aus einer Hand sein können, und welche Perspektiven die Integrierte Versorgung für die Soziale Arbeit in Zukunft bereit hält.

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist durch starke Fragmentierung und eine große Vielfalt von Leistungserbringern mit jeweils eigenen Interessen und Zielvorstellungen gekennzeichnet. Schwer zu überbrückende Schnittstellen zwischen den Bereichen der einzelnen Professionen, lange Wartezeiten zwischen den Behandlungen oder beim Übergang von stationär zu ambulant, Über-, Unter oder Doppelversorgung, unzureichende Krisenversorgung und wenig Orientierung an der Lebenswelt der PatientInnen stellen aktuelle Probleme dar, für die die Integrierte Versorgung Lösungsansätze bereit halten soll.

Integrierte Versorgung bedeutet das koordinierte Zusammenwirken der Akteure verschiedener Sektoren, Fachgebiete und Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Kernelement der Integrierten Versorgung ist das Ziel „ambulant vor stationär“, also eine Verminderung oder sogar Verhinderung stationärer Aufenthalte und Ausweitung von Behandlungsmöglichkeiten in der Gemeinde. Durch spezielle Verträge ermöglicht die integrierte Versorgung eine umfangreiche ambulante Behandlung im gewohnten Umfeld der PatientInnen. Viele Ansätze der Sozialen Arbeit scheinen sich im Modell der Integrierten Versorgung wieder finden zu lassen und genau dies soll in dieser Arbeit präziser herausgearbeitet werden.

Die Soziale Arbeit ist im Gesundheitswesen und gerade auch in der Psychiatrie breit vertreten, hat aber immer mit dem Problem der Abgrenzung gegenüber anderen Professionen zu kämpfen und sieht sich im Status oft weit unter ÄrztInnen und PsychologInnen gestellt. Ein Teil dieser Arbeit soll der Versuch sein, die Soziale Arbeit von den Disziplinen der Medizin und der Therapie abzugrenzen und eigene Stärken herauszuarbeiten, die die Soziale Arbeit für die Arbeit im Gesundheitswesen, für das Feld der Psychiatrie und eben auch für das Modell der Integrierten Versorgung qualifizieren.

Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich vor allem mit den Grundsätzen des Gesundheitssystems und der psychiatrischen Versorgung in Deutschland sowie den dort bestehenden Problemen. Weiterhin werden in diesem Teil die Lösungspotentiale der Integrierten Versorgung erörtert, unter anderem an drei Beispielen aus der Praxis. Das Kapitel „psychische Krankheit und Gesellschaft“, stellt die Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit und der Gesellschaft sowie den Auswirkungen, die sie gegenseitig aufeinander haben. Sie dient als Einleitung für den zweiten Teil der Arbeit, der die Einbettung der Sozialen Arbeit in das deutsche Gesundheitssystem behandelt, ihre spezifischen Beiträge zur Behandlung von kranken Menschen und ihren Kampf um Eigenständigkeit und Professionalisierung in den vorhandenen Strukturen. Im letzten Kapitel des zweiten Teils soll herausgearbeitet werden, was die Soziale Arbeit für das System der Integrierten Versorgung besonders qualifiziert, wie sie sich mit ihrem Auftrag, zwischen Individuum und Gesellschaft zu vermitteln und soziale Problemlagen zu bearbeiten, innerhalb der Integrierten Versorgung positionieren kann, und welche Chancen dieses Modell für eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen bereithält.

## **2. Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitswesen**

Dieses Kapitel soll einen Überblick über das komplexe, historisch gewachsene Gesundheitssystem in Deutschland geben. Dieses System ist in einzelne Sektoren gegliedert, die nicht immer gut zusammen arbeiten. Zwischen den einzelnen Säulen entstehen Schnittstellen- und Übergangsprobleme, die sich vor allem zu Lasten der PatientInnen auswirken. Nicht selten kommt es zu Fehl-, Über oder auch Unterversorgungen. Die Verträge zur Integrierten Versorgung sollen hier Abhilfe schaffen und werden am Ende dieses Kapitels erläutert.

### **2.1 Das deutsche Gesundheitswesen**

*„Das Gesundheitswesen dient der Wahrung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Hierfür stehen medizinisch dominierte Vorsorge-, Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen zur Verfügung.“* (Ansen / Gödecker-Geenen / Nau 2004, S.11).

Die Beteiligten am Gesundheitssystem sind die LeistungsempfängerInnen, LeistungserbringerInnen wie ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Apotheken, TherapeutInnen oder Pflegepersonal und der Staat mit gesetzgebenden Körperschaften und überwachenden Gesundheitsämtern sowie Interessenverbände. LeistungsfinanziererInnen sind freiwillig Versicherte, gesetzlich versi-

cherte ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen und privat Versicherte. LeistungszahlerInnen sind die Sozialversicherungen, wie Kranken-, Unfall-, Pflege- oder Rentenversicherung, die privaten Krankenversicherungen und Beihilfen.

Die drei Säulen des deutschen Gesundheitssystems sind die *ambulante medizinische Versorgung*, die *stationäre medizinische Versorgung* und der *öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)*.

Schwerpunkt des *öffentlichen Gesundheitsdienstes* ist die Prävention, die Aufgaben werden vor allem durch die Gesundheitsämter ausgeführt.

In den einzelnen Bundesländern werden die Aufgaben des ÖGD vor allem durch die Gesundheitsämter ausgeführt. Die *Gesundheitsvorsorge* mit gesundheitlicher Aufklärung, Gesundheitserziehung und –beratung, die *Gesundheitshilfe* bzw. *Gesundheitsfürsorge* in den Bereichen der Jugend- und Schulgesundheitspflege, der Behindertenbetreuung und der sozialpsychiatrischen Dienste, der *Gesundheitsschutz* mit Impfschutz, Lebensmittelüberwachung und Umweltschutz und die *Gesundheitsförderung*, bei der der ÖGD anstrebt, dass Menschen Gesundheit als ihr eigenes Interesse erkennen, und dieses selbstständig verfolgen und dass sie in sozialen Netzwerken verankert werden, die ihnen Hilfeleistung bieten (vgl. statistisches Bundesamt 1998, URL 52).

*„Als ambulante Versorgung bezeichnet man alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken (Akutkrankenhäuser, Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) erbracht werden. Der größte Bereich ist die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Weitere Bereiche sind beispielsweise die psychotherapeutische und die Heilmittelversorgung (Krankengymnastik, Ergotherapie usw.).“* (Bundeszentrale für politische Bildung 2012, URL 52).

Die niedergelassenen HausärztInnen sind die erste Anlaufstelle für die meisten PatientInnen und fungieren als sogenannte Lotsen im Gesundheitssystem. Sie verordnen z.B. Medikamente, Krankengymnastik oder häusliche Krankenpflege und überweisen an die sogenannten FachärztInnen weiter, wie z.B. GynäkologInnen, AugenärztInnen, HautärztInnen usw.

Im Gegensatz zu anderen Ländern wird die ambulante Versorgung in Deutschland überwiegend durch niedergelassene ÄrztInnen erbracht und nicht durch ÄrztInnen, die im Krankenhaus angestellt sind.

„In Deutschland haben die in Kassenärztlichen Vereinigungen<sup>1</sup> (KVs) zusammengeschlossenen Vertragsärztinnen und -ärzte ein Monopol auf die ambulante medizinische Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Krankenhausärztinnen und -ärzte dürfen ambulante Behandlungen zulasten der GKV nur erbringen, wenn sie von der zuständigen KV eigens dafür ermächtigt werden.“ (ebd).

Aufgrund dieses Monopols der kassenärztlichen Vereinigung herrscht also eine **strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor**. „Im Normalfall wechselt daher in Deutschland immer die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt, wenn eine Patientin/ein Patient nach einem Krankenhausaufenthalt ambulant weiter betreut wird.“ (ebd). Diese Trennung kann zu Unwirtschaftlichkeiten führen und sich vor allem bei schweren Erkrankungen qualitätsmindernd auswirken.

Die **stationäre Versorgung** im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen gliedert sich in die zwei großen Bereiche der Krankenhausversorgung und der stationären medizinischen Rehabilitation. Macht eine schwerwiegende akute Erkrankung eine dauerhafte Unterbringung und medizinische Überwachung des Patienten / der Patientin erforderlich, so haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf die vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Jedoch wird immer vorher geprüft, ob vor-, nach- oder teilstationäre Angebote nicht ausreichen. Somit ist die Krankenhausbehandlung nachrangig gegenüber anderen Behandlungsformen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2012, URL 14).

Die **Rehabilitation** (Reha) ist ein weiterer großer und komplexer Bereich, der auf die Wiederherstellung der Gesundheit, die (Wieder-) Eingliederung ins Arbeitsleben oder die Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustands abzielt.

Verschiedene Kostenträger teilen sich die anfallenden Kosten und je nach Fall muss die entsprechende Zuständigkeit geprüft werden. Das System ist selbst für Profis verwirrend. Die in Deutschland zuständigen Rehabilitationsträger sind die Bundeagentur für Arbeit, die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung, die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe.

---

<sup>1</sup> Die kassenärztliche Vereinigung (KV) ist „eine der beiden zentralen Organisationen zur Aufgabenwahrnehmung der Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte und der psychologischen Psychotherapeuten“ (Wirtschaftslexikon, URL 58) Sie ist neben der Ärztekammer ein Teil der sozialen Sicherung in Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die KVs nehmen öffentliche Aufgaben wahr, die ihnen der Staat übertragen hat. An erster Stelle steht dabei der sogenannte "Sicherstellungsauftrag", also die Gewährleistung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung – einschließlich eines Notdienstes außerhalb der üblichen Sprechzeiten.

Es wird zwischen drei Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden:

- Die **medizinische Rehabilitation** umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. So übernimmt z.B. je nach Voraussetzung und mit entsprechender ärztlicher Verordnung die Krankenkasse eine RehaMaßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit, eine RehaMaßnahme zur Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit hingegen wird meist vom Rentenversicherungsträger finanziert.
- Die **berufliche Rehabilitation bzw. die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**, hat zum Ziel, die Betroffenen wieder in den beruflichen Alltag zu integrieren. Leistungsträger sind hier meist die Agentur für Arbeit, die Rentenversicherungsträger oder Berufsgenossenschaften.
- Bei der **soziale Rehabilitation bzw. die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** geht es um alle Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen haben hierauf einen Anspruch. Träger ist in der Regel die Sozialbehörde, die Leistungen werden einkommensabhängig gewährt.

## 2.2 Schnittstellen und Übergangsprobleme

Wie bereits dargestellt, herrscht im deutschen Gesundheitssystem eine große Vielfalt von Leistungserbringern. Diese wiederum haben jeweils eigene Interessen und Zielvorstellungen. *„Die Interessen sind ausgerichtet auf die jeweilige Spezifikation des eigenen Begriffs- und Handlungsfeldes mit den organisationsspezifischen Folgen von professionsbezogenen Hierarchisierungen, Datenintransparenz, Doppelarbeiten, Vielzahl von Prozessschnittstellen, erhöhte Koordinierungs-, Kontroll- und Steueraufwendungen.“* (Greuel / Mennemann 2006, S.26). PatientInnen müssen eine Menge Schnittstellen selbstständig überbrücken, sich von einem Arzt/einer Ärztin zum/zur anderen überweisen lassen und sich oft eigenständig auf die Suche nach den entsprechenden SpezialistInnen machen. Die Wartezeiten zwischen den einzelnen Behandlungen oder ambulanten/stationären und rehabilitativen Angeboten sind meist lang, und Leistungen werden unnötigerweise oft mehrfach erbracht. Es entstehen Versorgungsbrüche, da die Behandlungsphasen, die PatientInnen bei Ihrer Krankheit durchlaufen, zu wenig ineinandergreifen. *„Diese vorsorglich organisationsbedingten Fehlentwicklungen führen nachweislich, vor allem bei der Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen, zu einer inadäquaten Gesundheitsversorgung, d.h. je nach Behandlungsauftrag zu einer Fehl-, Unter- oder im Einzelfall auch Überversorgung.“* (Greuel / Mennemann 2006, S.26)



Bei einer Anhörung im Ausschuss für Gesundheit im März 2011 heißt es, das Versorgungslücken und sektorale, professionelle und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen zu den zentralen Problemen des deutschen Gesundheitswesens gehören (vgl. Deutscher Bundestag 2011, URL 21):

- **sektorale Schnittstellen** bestehen vor allem zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege
- **professionelle Schnittstellen** bestehen zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen
- **sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen** existieren insbesondere zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV).

Die **Versorgungsdefizite** lassen sich auf eine starke Sektoralisierung im Gesundheitswesen zurückführen. Die Schnittstellen zwischen Prävention, Kuration und Rehabilitation erschweren eine Integration medizinischer Versorgung. Die Heterogenität und Vielfalt der für die PatientInnenversorgung zuständigen LeistungserbringerInnen ist besonders für das deutsche Gesundheitssystem. Man unterscheidet zwischen Haus- und FachärztInnen, es herrscht eine klare Trennung ambulanter und stationärer Versorgung, und auch die Rehabilitation verfolgt wiederum eigene Ziele, die nicht zwangsläufig mit denen des vorherigen stationären Aufenthaltes übereinstimmen müssen. Die Konkurrenz der einzelnen LeistungserbringerInnen zueinander führt zu mangelnder Kooperation miteinander. Ein Großteil der Versicherten wird innerhalb eines Jahres in mehreren Sektoren behandelt, also bei HausärztInnen, FachärztInnen, im Krankenhaus oder einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Schnittstellen und Übergänge sind also alltäglich, vor allem bei älteren PatientInnen. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist aber nicht auf die möglichst nahtlose Befriedigung des oft gleichzeitig vorhandenen Bedarfs an präventiven, kurativen, rehabilitativen oder pflegerischen Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ausgerichtet. *„Stattdessen existieren die einzelnen Sektoren weiterhin oft unverbunden nebeneinander: der ambulante allgemeinärztliche neben dem fachärztlichen Sektor, der ambulante neben dem stationären Sektor, die kurativen Sektoren neben dem rehabilitativen Leistungsbereich und schließlich alle kurativen und rehabilitativen Bereiche neben dem pflegerischen oder gar sozialen Bereich.“* (Braun/Marstedt/Sievers 2011, S.1, URL 8).

Beispiele für Schnittstellenprobleme beim Übergang von **hausärztlicher zu fachärztlicher Behandlung** sind z.B. widersprüchliche Untersuchungsergebnisse, Informationen zu Heilungsaussichten, oder Behandlungsformen, unnötige Doppeluntersuchungen und lange Dauer

bis zur Terminvereinbarung, Ergebnisbesprechung oder Information des Hausarztes/der Hausärztin. Auch verstehen viele PatientInnen gar nicht die vorliegenden Gründe, warum verschiedene ÄrztInnen beteiligt sein müssen, oder bekommen sie nicht genügend erklärt.

Schnittstellenprobleme beim *Übergang von ambulanter in stationäre Behandlung* sind z.B. die fehlende Hilfe bei der Krankenhauswahl durch den Hausarzt/die Hausärztin, zu lange Dauer bei der Terminfindung oder unzureichende Übergabe von Informationen an den Krankenhausarzt/die Krankenhausärztin.

Beim *Übergang von stationärer in ambulante nachstationäre Behandlung* wiederum fehlt es oft schon während des stationären Aufenthaltes an der Vermittlung von Kontakten zu ambulanten nachstationären Behandlungsinstanzen und an einer Aufklärung über den weiteren Behandlungsverlauf, die verordneten Medikamente und Einnahmевorschriften. Die HausarztInnen erhalten oft erst sehr viel später die Unterlagen, es gibt widersprüchliche Informationen zu den Heilungsaussichten, Behandlungsvorschlägen und Untersuchungsergebnissen.

Beim *Übergang in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme* dauert es bei den meisten PatientInnen sehr lang, bis überhaupt zu einer solchen Maßnahme geraten wird. Und selbst mit der Empfehlung sind viele PatientInnen dann auf sich selber gestellt, bekommen keine Hilfe bei der komplizierten Antragstellung und müssen lange auf eine Bewilligung warten. Auch am Ende dieser Maßnahmen fehlt es an ausführlichen Informationen über den weiteren Behandlungsverlauf, auch wenn sich die PatientInnen noch nicht wieder vollkommen gesund fühlen (vgl. Braun/Marstedt/Sievers 2011, URL 8).

## **2.3 Integrierte Versorgung als Lösungsansatz**

Das *System der Integrierten Versorgung* ist ein neues vertrags- und leistungsrechtliches Element des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Es soll mit vernetzten und sektorenübergreifenden Angeboten den bereits angesprochenen systembedingten Problemen entgegenwirken. „Ziel ist es, durch kooperative Versorgungsverträge der beteiligten Leistungserbringer mit den Kostenträgern eine gemeinsam abgestimmte Gesamtverantwortung für die sektorenübergreifende Betreuung und Behandlung, insbesondere von schwerst- und chronisch kranken, behinderten oder pflegebedürftigen Menschen, sicherzustellen.“ (Greuß/Mennemann 2006, S.9). Der Integrierten Versorgung geht es weniger um die Optimierung einzelner Funktionsbereiche, als vielmehr um die Optimierung aller Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung. „Nicht die Qualität der einzelnen Leistungserbringer (Funktionsbereiche), sondern das Optimum der Versorgungsprozesse, vor allem der Übergang zwischen

*den Leistungsbereichen (Schnittstellen), definiert die erzielte Gesamtleistung.“* (Mühlbacher 2002, S.215).

Es gibt im Wesentlichen sechs Optionen für integrative Versorgungsmodelle (vgl. Greußel/Mennemann 2006, S.56)

- Verträge zur Integrierten Versorgung nach §140 a-d SGB V
- Hausarztzentrierte Versorgung und Praxisnetze nach §37 a und b SGB V
- Gesundheitszentren als Medizinische Versorgungszentren nach §95 SGB V
- Disease-Management-Programme nach §137f und g SGB V
- Modellprojekte für trägerübergreifende Budgets nach §17 SGB IX
- Modellprojekte zu Pflegebudgets nach §8 Abs.3 SGB XI

In dieser Arbeit soll es um die Verträge zur integrierten Versorgung nach §140 a-d SGB V gehen.

Die **integrierten Versorgungsverträge nach §140 a-d SGB V** beinhalten, dass Krankenkassen Verträge abschließen können mit

- einzelnen VertragsärztInnen und -psychotherapeutInnen,
- Trägern zugelassener Krankenhäuser,
- Trägern stationärer und ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Medizinischen Versorgungszentren,
- Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen,
- Physio- und ErgotherapeutInnen und LogopädInnen
- Sanitätshäusern und Apotheken,
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,
- Managementgesellschaften (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, URL 35)

Durch die Vereinbarung gesonderter Fall-Komplexpauschalen oder kombinierter Budgets für die Gesamtversorgung einer Versichertenpopulation zwischen LeistungserbringerInnen und Krankenkassen erhalten Erstere die Möglichkeit der bedarfsgerechten Verteilung der Gelder (vgl. Greußel / Mannemann 2006, S.59). Die Verträge der LeistungserbringerInnen mit den Krankenkassen erlauben beispielsweise einem Krankenhaus, flexibler entscheiden zu können, welche Behandlungsform die PatientInnen benötigen. So kann z.B. den PatientInnen ein intensives ambulantes Betreuungsangebot zur Verfügung gestellt werden, durch das sich ein stationärer Aufenthalt eventuell erübrigt. Erreicht werden kann dies über tägliche ambulante Therapiekontakte, „Zuhausebehandlungen“ im gewohnten Umfeld oder rund um die Uhr zur Verfügung stehende Beratungshotlines. Die Behandlung kann patientInnenorientiert auf die indi-

viduellen Bedürfnisse angestimmt werden, und in Krisenfällen sind die Betroffenen nicht abhängig von den Praxisöffnungszeiten oder müssen sofort ins Krankenhaus.

Das Krankenhaus wird nicht mehr für belegte Betten nach dem „Full-House-Prinzip“ belohnt, sondern kann vorher stationär gebundene Ressourcen nun auch dafür einsetzen, z.B. ambulant zu behandeln. Die Budgets für ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungen sind nicht mehr getrennt, sondern werden je nach individuellem Bedarf der PatientInnen flexibel vergütet. Kerngedanke ist dabei „ambulant vor stationär“. Das Modell der integrierten Versorgung wird später noch anhand von drei Beispielen aus der Praxis näher erläutert.

### **3. Die psychiatrische Behandlung im deutschen Gesundheitswesen**

Nach der Vorstellung des Gesundheitssystems in Deutschland, seinen Schwachstellen und der Integrierten Versorgung als möglichen Lösungsansatz soll es nun speziell um das System der psychiatrischen Behandlung in Deutschland gehen. Hierzu wird zuerst die Entwicklung der Sozial- und Gemeindepsychiatrie erläutert, um danach die aktuelle Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen mit den einzelnen Behandlungsinstanzen, aber auch den aktuellen Problemen darzustellen.

#### **3.1 Die Geschichte der Sozial- und Gemeindepsychiatrie der BRD von 1945 bis heute**

*„Der Ausdruck »Sozialpsychiatrie« umfasst die Soziologie und Epidemiologie psychischer Störungen sowie Konzepte und Initiativen zum Aufbau von dezentralen, partizipativen Versorgungsstrukturen. Die »Gemeindepsychiatrie« hingegen ist das praktische Ziel der Sozialpsychiatrie – eine vernetzte, multiprofessionelle Versorgungslandschaft, die in den letzten dreißig Jahren internationaler Standard geworden ist.“ (Brückner 2010, S. 136).*

Bis in die siebziger Jahre waren die Psychiatrien Verwahranstalten, in denen die PatientInnen ein unschönes Dasein fristeten. Diese Anstalten befanden sich meist außerhalb der großen Städte, also weg von der Gemeinde. So waren die Kranken „außer Sichtweite“ und sollten fernab der Alltagsbelastung geheilt werden. Bis zur Entdeckung der ersten Psychopharmaka galten viele psychische Krankheiten außerdem als unheilbar, und eine lebenslange Hospitalisierung schien der einzige Ausweg.

Erst in den **60er Jahren** begann man zu realisieren, dass die bestehenden Anstalten die psychischen Krankheiten nicht nur unzureichend behandelten, sondern sie sogar noch ver-

schlimmerten. Sozialwissenschaftliche Psychiatriekritik wurde laut. Erving Goffman z.B. betitelte die Psychiatrie als „Totale Institution“, in denen die InsassInnen ihr bürgerliches Selbst verlieren würden. Der totale Charakter zeichnet sich für ihn dadurch aus, dass der soziale Austausch mit der Außenwelt durch Regeln, auf die die InsassInnen keinen Einfluss haben, eingeschränkt wird. Ihr Leben findet nur an diesem einen Ort statt, und sie haben sich einer zentralen Autorität zu unterwerfen. Wichtigstes Merkmal ist für Goffman die „Verblockung“ der InsassInnen. Ihre Bedürfnisse, ihre Tätigkeiten, eigentlich ihr gesamtes Leben innerhalb der Institution, wird für ganze Gruppen geregelt und geplant. So lässt sich die Institution besser leiten, und die InsassInnen können durch das Personal besser beaufsichtigt werden. Goffman bezeichnet die totalen Institutionen als natürliche Experimente, welche beweisen, wie das „Ich“ des Menschen verändert werden kann (vgl. Goffman 1973, S.23).

Die Beschreibung Goffmans spiegelt die damalige Realität gut wieder. Durch die Unterbringung in großen Krankenhäusern fernab der Städte wurden die Betroffenen aus ihrem gewohnten familiären Umfeld gerissen und konnten aufgrund der teilweise großen Entfernungen vielfach keine Besuche von Verwandten oder FreundInnen empfangen. Die PatientInnen schliefen in großen Schlafsälen, wurden häufig fixiert oder mit übermäßiger Medikation ruhiggestellt. Die hygienischen Zustände waren schlecht, die Gebäude in desolatem baulichen Zustand, und es herrschte erheblicher Personalmangel.

*Die BRD ist ein Nachzügler, was das Bestreben zur Reformierung der Psychiatrie angeht. „In den USA, Frankreich, England und Skandinavien gab es bereits in den fünfziger Jahren »offene Türen« in den Kliniken, kommunale Behandlungszentren und regionale Versorgungssektoren.“* (Psychiatrienetz, URL 43). In Deutschland mussten die Missstände zunächst aufgedeckt werden. Heinz Häfner, stellvertretender Vorsitzender der Psychiatrie-Enquete-Kommission glaubt, dass *„die Verdrängung der NS-Verbrechen an psychisch Kranken die Ursache für einen Stau der Reformen gewesen sei – weshalb die Psychiatriereform in Deutschland erst etwa 20 Jahre später in Gang kam als in den USA oder in Großbritannien.“* (Bühning 2001, URL 9). Andererseits hätte das Bedürfnis nach Wiedergutmachung die Reform auch in Gang gesetzt.

Um **1960** entwickelte sich die sogenannte **antipsychiatrische Bewegung**, die fundamentalistische Kritik an der Psychiatrie übte. Diese Kritik *„manifestierte sich in bestimmten therapeutischen Projekten, politischen Aktionen und Reformkonzepten, vereinigte sich zeitweilig mit der*

*Studenten- und Frauenbewegung jener Zeit oder isolierte sich in Richtung einer antiasylären Heilsbewegung.*“ (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.34).

Als Begründer dieser Bewegung gelten der englische Psychologe Ronald D. Laing und der Psychiater David Cooper. Die Bewegung stellte die Psychiatrie und ihre Methoden insgesamt radikal in Frage. Bereits die Stellung einer Diagnose führe zu einer Stigmatisierung als „abweichend“ und „nicht normal“. Vor allem bei Psychosen wurde von der antipsychiatrischen Bewegung ein medizinisch-naturwissenschaftliches Verständnis abgelehnt, sie galten als rein gesellschaftlich verursachtes Problem. Schizophrenie z.B. sei ein Protest und Befreiungsschlag von Menschen, die in einer gewalttätigen oder entfremdeten Lebenssituation leben. Die Gesellschaft wäre krank, nicht das Individuum. Ziel sei also die Veränderung der Gesellschaft. Weiterhin wurde die Behandlung mit Psychopharmaka abgelehnt und eine De-Institutionalisierung der Psychiatrie gefordert. Ronald Laing ging es vor allem darum, die Lebenswelt der psychisch Kranken kennenzulernen und nach dem biographisch bestimmten Sinn der Krankheit zu suchen (vgl. ebd.). Diese antipsychiatrische Bewegung hat sich inzwischen weitestgehend zu einer Betroffenenbewegung entwickelt. Ein Beispiel dafür ist die „Irenoffensive“, die 1980 als Initiative ehemaliger psychiatrischer PatientInnen in West-Berlin gegründet wurde und auch heute noch aktiv ist.

**1970** formierte sich die deutsche *Sozialpsychiatrie* auf Kongressen und im „Mannheimer Kreis“, aus dem die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hervorging. Dies waren die Anfänge der sozialpsychiatrischen Bewegung, und die DGSP ist auch heute noch von großer Bedeutung. An manchen Universitätskliniken wurden Abteilungen für Sozialpsychiatrie mit eigenen Lehrstühlen eingerichtet, die meisten gibt es jedoch heute nicht mehr. *„Sozialpsychiatrie als Wissenschaft scheint über keine allgemein akzeptierten Leitbilder und Lehrmeinungen zu verfügen, ihre Vertreter bilden keine geschlossene wissenschaftliche Gemeinschaft.“* (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.38).

Der Arzt für Psychiatrie und Professor für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie, Ralf-Bruno Zimmermann, meint, die Sozialpsychiatrie zeichne sich dadurch aus, dass sie in vielfältige und teils sehr verschieden ausgestaltete Institutionen und Versorgungsangebote aufgeteilt ist, dass sich die Aufgabenprofile für die beteiligten Professionellen stark differenzieren, dass die Arbeit mit den psychisch kranken Menschen in hohem Maße sozialpolitisch bzw. sogar psychiatriepolitisch aufgeladen ist, dass die Finanzierung und Organisation der Hilfen durch die Zersplitterung der Kostenträgerschaft häufig kompliziert ist und dass ein hoher Anteil der professionell Tätigen SozialarbeiterInnen sind (vgl. Zimmermann 2008, S.208f.).

Im selben Jahr wurde der Begriff „**Gemeindepsychiatrie**“ als Gegenbegriff zur Anstaltspsychiatrie entwickelt. Es ging darum, die Verantwortung für die psychisch kranken Menschen wieder in die Gemeinde zurück zu verlagern, weg von den außerhalb liegenden Anstalten. Gemeindepsychiatrie begann mit der Problematisierung der psychiatrischen Anstalten und der Suche von PatientInnen und KlinikmitarbeiterInnen nach Verbindungen in die Gemeinde. „*Im Konzept der gemeindepsychiatrischen Versorgung geht man davon aus, dass die weit überwiegende Anzahl gestörter oder störender Menschen außerhalb von Krankenhäusern und Anstalten behandelt werden kann.*“ (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.340/41). Psychisch kranke Menschen sollen befähigt werden, trotz und mit ihrer Krankheit in der Gemeinde leben zu können, und das soziale Umfeld soll gleichzeitig aufgeklärt und befähigt werden, die kranken Menschen dabei zu unterstützen. Es geht um Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben, um das Nutzen von Freizeitangeboten in der Region oder um die Alltagsgestaltung in der eigenen Wohnung.

**1971** setzte der Deutsche Bundestag eine Enquete-Kommission mit 200 Mitarbeitern unter der Leitung von Caspar Kulenkampff ein, um die Zustände in den psychiatrischen Großkrankenhäusern zu untersuchen. Diese Untersuchungen förderten alarmierende, menschenunwürdige Zustände in den Psychiatrien zutage: „*Knapp 60 Prozent der Patienten fristeten dort mehr als zwei Jahre ihres Lebens. Fast 40 Prozent waren in Schlafsälen mit mehr als elf Betten untergebracht – für ihre persönlichen Habseligkeiten stand oftmals nur eine Schachtel unter dem Bett zur Verfügung. Die hygienischen Verhältnisse waren unzumutbar, die Personaldecke dünn, Möglichkeiten zur Nachsorge kaum vorhanden.*“ (Bühning 2001, URL 9). Bei mehr als der Hälfte der PatientInnen wurde die Behandlung gegen ihren Willen durchgeführt, und das Verhältnis der Anzahl von versorgenden ÄrztInnen zur Anzahl der zu versorgenden PatientInnen war vollkommen unzureichend.

Im Oktober **1975** legte die Expertenkommission in einem 430 Seiten langen Bericht eine umfassende Bestandsaufnahme und Reformvorschläge vor, die sogenannte **Psychiatrie-Enquete**. Grundforderung dieses Berichts ist die Beseitigung grober, inhumaner Missstände, welche jeder Neuordnung der Versorgung vorauszugehen hat. Als Rahmenbedingungen sollten die Prinzipien der **gemeindenahen Versorgung**, der **bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderter**, der **bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste** und der **Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken** eingehalten werden (vgl. Deutscher Bundestag 1975, S.35/36, URL 21).

Die Sachverständigenkommission setzt folgende Prioritäten (vgl. ebd., S.6):

- Verringerung von Klinikaufenthalten durch komplementäre Dienste wie Tageskliniken oder Wohnheime.
- Ausbau der Versorgung durch ambulante Dienste und durch gemeindenahe stationäre Dienste wie z.B. Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung für alle beteiligten Berufsgruppen
- Vorrangige Verbesserung der Versorgung von psychisch auffälligen, gestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen, chronisch psychisch Kranken, psychisch kranken alten Menschen, erwachsenen Behinderten und Suchtkranken, insbesondere AlkoholikerInnen
- Entwicklung von Modellversorgungsgebieten in städtischen wie ländlichen Regionen

Seit der Psychiatrie-Enquete hat sich die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland in vielen Bereichen sehr verbessert. Mit den Reformen begann die Wandlung *weg von der Anstalt zurück in die Gemeinde*. Die ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten wurden modernisiert und verkleinert und das Personal professionell geschult. Zahlreiche Betten wurden abgebaut, und die Aufenthaltsdauer in den Kliniken verkürzte sich erheblich. Die Zahl der niedergelassenen NervenärztInnen stieg, und es entstanden Hilfen für psychisch Kranke außerhalb der psychiatrischen Anstalten wie z.B. psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, Institutionsambulanzen und Tageskliniken. In allen Bundesländern wurden außerdem im öffentlichen Gesundheitswesen sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet. Zahlreiche Angebote wie gemeindepsychiatrische Zentren, therapeutische Wohngemeinschaften und Begegnungsstätten bieten heute neue Chancen für die Betreuung der PatientInnen in ihrer Gemeinde (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2010, S.20/21). Dazu gehört aber auch, *„dass alle psychiatrischen Institutionen, auch die Kliniken, sich selbst als Teil der Gemeinde verstehen, sich dieser öffnen, auf Angehörige, Nachbarn, Schulen oder Arbeitgeber zugehen und aktiv gegen ihre immer wieder zu beobachtende Abschottung gegenüber der Außenwelt mit der Gefahr der Ghettoisierung angehen.“* (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.43/44).

Im Januar **1990** tritt die neue Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) in Kraft. *„Grundlage der Personalverordnung ist ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis, welches eine abschließend ärztlich verantwortete Therapie durch ein multiprofessionelles Team erfordert.“* (Knoll 2000, S.57). Diese Verordnung war besonders wichtig für die sozialen Berufe, denn sie *„brachte eine Klärung des formalrechtlichen Status der Sozialarbeit in der Psychiatrie mit sich“*. (ebd, S.5). SozialarbeiterInnen haben laut Verordnung den gesetzlichen Auftrag zur



Durchführung von Soziotherapie, sollen mit dem sozialen Umfeld und den Angehörigen der PatientInnen arbeiten und Verbindungen zur Vor- und Nachsorge herstellen.

Laut dem Mediziner und Psychiater Klaus Dörner, deutscher Mediziner und Psychiater, hat der 30-jährige Prozess der Psychiatriereform bewirkt, dass (fast) alle Elemente für eine gute psychiatrische Versorgung existieren. Nicht gelungen ist es jedoch, diese Elemente in dem Maße zu koordinieren, dass sie bei den einzelnen PatientInnen so ankommen, wie, wo und wann sie benötigt werden. Defizite sieht Dörner vor allem darin, dass zum einen die ambulanten und stationären Angebote nicht hinreichend verzahnt sind, und zum anderen die Elemente des medizinischen und des sozialen Teilsystems der Versorgung aufgrund von konkurrierenden Eigeninteressen und unterschiedlichen Traditionen und Denkweisen nicht gut zusammenarbeiten. *„Es ist zwar immer wieder versucht worden, die Kluft zwischen den medizinischen und den sozialen Profis mit Begriffen wie "Gemeindepsychiatrie" oder "Sozialpsychiatrie" in "geteilter Verantwortung" zu überbrücken. Doch ist das nicht hinreichend gelungen: Die Sozialpsychiatrie ist nicht bis in die Lebenswelt jedes einzelnen Patienten durchgeschlagen, sie ist nicht hinreichend praktisch geworden.“* (Dörner 2010, URL 25).

## **3.2 Die aktuellen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen in der BRD**

Im folgenden Kapitel sollen die aktuellen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen in Deutschland beschrieben werden. Hierfür werden zuerst die verschiedenen Behandlungsinstanzen vorgestellt und anschließend aktuelle Probleme der jetzigen Versorgungssituation aufgezeigt.

### ***3.2.1 Instanzen für die Behandlung psychisch kranker Menschen***

Es gibt zahlreiche Träger und Vereine, die besonders im ambulanten Bereich diverse Angebote für psychisch kranke Menschen bereitstellen. Der Schwerpunkt dieser Hilfen liegt vor allem bei Beratung und Begleitung, Hilfen im Bereich Wohnen, Rehabilitation und Arbeit. Die Akut- und Krisenbehandlung wird bislang nur von den psychiatrischen Krankenhäusern und den niedergelassenen Nervenärzten gewährleistet (vgl. Bosshard/Ebert Lazarus 2010, S.134).

Die folgenden Ausführungen und Zitate beziehen sich soweit nicht anders gekennzeichnet auf den Text von Klaus Obert: „Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen.“ (Obert 2009, S.54-93)

### ***AllgemeinärztInnen***

Die AllgemeinärztInnen sind oft die ersten, die mit den Beschwerden des/der psychisch Kranken konfrontiert werden. Von ihrer ersten Einschätzung und auch Behandlung des Patienten/der Patientin kann vieles abhängen. Eine beachtliche Zahl psychisch Kranker wird zumindest bei Beginn einer psychischen Erkrankung von einem Allgemeinarzt/einer Allgemeinärztin behandelt. Auch stehen AllgemeinärztInnen im Notfall eher zur Verfügung, auch mal mit einem Hausbesuch. *„Bei ernsteren psychischen Erkrankungen sollte die Institutsambulanz oder der niedergelassene Nervenarzt zu Rate gezogen werden, da dort aufgrund der Ausbildung und der spezifischen Erfahrung die größere Fachkompetenz insbesondere in Fragen der Medikation zu erwarten ist.“* (Obert 2009, S. 66).

### ***NervenärztInnen / FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie***

Früher konnten MedizinerInnen die Facharztausbildung für Neurologie und Psychiatrie kombinieren, eine Prüfung machen und sich dann Nervenarzt/Nervenärztin nennen. Als die Fachgebiete dann getrennt wurden, nannte man sich Facharzt/Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie. Heute können MedizinerInnen die beiden Facharztausbildungen für Neurologie und Psychiatrie nur noch getrennt machen und sind dann Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt/Fachärztin für Neurologie. Niedergelassenen NervenärztInnen / FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie diagnostizieren und behandeln psychische Erkrankungen und verordnen Medikamente und andere Heilmittel wie ambulante psychiatrische Pflege oder Soziotherapie.

### ***PsychotherapeutInnen***

PsychotherapeutInnen üben Psychotherapie aus. Psychotherapie ist die Behandlung von seelischen und psychosomatischen Erkrankungen mit anerkannten psychologischen Verfahren, jedoch ohne Medikamente. PsychologInnen (Psychologische PsychotherapeutInnen), ÄrztInnen (Ärztliche PsychotherapeutInnen), aber zum Teil auch Menschen aus anderen Berufsgruppen (z.B. SozialpädagogInnen oder HeilpraktikerInnen) können mit einer mehrjährigen Ausbildung PsychotherapeutInnen werden. Psychotherapien werden in einem bestimmten Umfang von den Krankenkassen finanziert, müssen beantragt und zum Teil durch GutachterInnen genehmigt werden.

### ***Institutionsambulanzen***

Die psychiatrischen Institutionsambulanzen (PIA) ergänzen die ambulante Versorgung psychisch Kranker. Sie bestehen aus multiprofessionellen Teams (ÄrztInnen, Krankenschwestern/Krankenpflegern, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen) und sind Behandlungsangebote psychiatrischer Krankenhäuser. *„Die Träger der stationären Behandlung sind verpflichtet, auch die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung durch Ärzte und nichtärztliche Fachkräfte für schwer oder langjährig erkrankte Menschen sicherzustellen.“* (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.136.) Die Institutionsambulanzen erweitern den engeren Rahmen der medizinischen Tätigkeit der NervenärztInnen durch zusätzliche psychosoziale Betreuungsangebote oder auch Unterstützungsangebote für Angehörige psychisch kranker Menschen. Auch die Bereitschaft zu Hausbesuchen ist bei Institutsambulanzen in der Regel ausgeprägter als bei niedergelassenen ÄrztInnen *„Die unterschiedliche Ausstattung und Arbeitsweise liegt darin begründet, dass Institutsambulanzen den Auftrag haben, ausdrücklich und vorrangig für solche Patienten zur Verfügung zu stehen, die durch niedergelassene Nervenärzte nicht oder nicht ausreichend versorgt werden.“* (Obert 2009, S. 62) „Nicht wartezimmerfähig“ lautet die Umschreibung derjenigen PatientInnen, für die die aufgrund der momentanen Bedingungen nur knappe zur Verfügung stehende Zeit der PsychiaterInnen nicht ausreicht (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.136.) So können die Ambulanzen z.B. über ambulantaufsuchende Arbeit oder mit verschiedenen Gruppen- und Gesprächsangeboten einen tragfähigen Kontakt mit denjenigen PatientInnen herstellen, die zwar eine Anlaufstelle benötigen, aber nur unregelmäßig (z.B. aufgrund von Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung oder zu großer Entfernung zu geeigneten ÄrztInnen) eine niedergelassene Arztpraxis aufsuchen können.

Als sehr effektiv und besonders vorteilhaft erweist sich eine enge Vernetzung von Institutsambulanzen mit Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren, z.B. durch die Einrichtung von Außensprechstunden der Institutsambulanz in diesen Diensten und Einrichtungen in Verbindung mit gemeinsamen Hausbesuchen.

### ***Tageskliniken***

Auch die Tagesklinik ist meist organisatorischer Bestandteil eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus. Tageskliniken sind für die teilstationäre Behandlung zuständig. Die KlientInnen verbringen den Tag in der Klinik und werden dort ärztlich und therapeutisch versorgt und in eine alltagsorientierte Tagesstruktur eingebunden. Die Nächte und Wochenenden verbringen sie zu Hause oder bei

ihren Familien. Bei dieser Form der Behandlung werden die sozialen Bezüge der PatientInnen viel weniger unterbrochen als bei einer vollstationären Behandlung. Das Personal der Tageskliniken setzt sich aus ÄrztInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und MitarbeiterInnen anderer Berufsgruppen zusammen. Finanziert wird die Behandlung in der Tagesklinik von den Krankenkassen, und die Aufnahme erfolgt durch ärztliche Verordnung.

### ***Psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Stationen an Allgemeinkrankenhäusern***

*„Heute gilt allgemein die Auffassung, einen stationären Aufenthalt wohnortnah zu organisieren, um die sozialen Bezüge aufrechtzuerhalten. [...] Das psychiatrische Krankenhaus ist heute nur noch eine Institution im Netz zahlreicher anderer Hilfsangebote. Seine Hauptaufgabe ist die Versorgung akut erkrankter Menschen in Krisensituationen, die eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigen.“* (Obert 2009, S. 58/59)

Trotzdem findet immer noch ein großer Teil psychiatrischer Behandlung und Versorgung überwiegend stationär in Fachabteilungen und in Großkliniken statt, und im Vergleich zur ambulanten Behandlung fließt mehr als die doppelte Geldmenge in das stationäre Behandlungssystem. Finanziert wird die stationäre Behandlung durch die Krankenkassen. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.134).

### ***Ambulante psychiatrische Pflege (APP)***

Behandlungspflegeleistungen für psychisch kranke Menschen existieren als gesetzliche Grundlage (§37 SGB V) erst seit Juli 2005. *„Vorrangiges Ziel und Aufgabe der häuslichen Pflege für psychisch kranke Menschen ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer psychiatrischer Aufenthalte durch intensive Betreuung zu Hause in enger Abstimmung und Vernetzung mit den anderen sozialpsychiatrischen Hilfen vor Ort.“* (Obert 2009, S. 67). Die Leistungen umfassen z.B. die Bewältigung von alltäglich anfallenden Aufgaben wie Kochen oder Einkaufen, die Körperpflege oder auch Krisenbewältigung. Die Pflege wird durch FachärztInnen oder HausärztInnen verordnet und soll nur von Pflegekräften durchgeführt werden, die eine psychiatrische Zusatzausbildung und Arbeitserfahrung im ambulanten und stationären Bereich haben. Ein enger Diagnosekatalog ist Grundlage für die Verordnung, und deswegen erfolgt sie nur sehr eingeschränkt. Auch gibt es bis jetzt nur wenig ambulante Dienste, die häusliche psychiatrische Krankenpflege anbieten. Interessierte Pflegedienste werden teilweise durch hohe Auflagen wie die zusätzliche Qualifizierung abgeschreckt.

Dort jedoch, wo die ambulante psychiatrische Pflege existiert und gut funktioniert, erreicht sie ihr Ziel der Vermeidung oder Verkürzung stationärer psychiatrischer Behandlung sehr gut.

### ***Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)***

Anspruchsberechtigt sind volljährige geistig und mehrfach behinderte Menschen, „*bei denen Aussicht besteht, dass die Fähigkeiten für eine selbständige Lebensführung in eigenem Wohnraum so weit erworben werden können, dass keine stationäre Betreuung (mehr) erforderlich ist, oder dass eine stationäre Betreuung vermieden werden kann.*“ (Globalrichtlinie PBW, URL 30). Die PBW ist in der Regel befristet für die Dauer von 2 Jahren. Lernziel dieser Maßnahme soll eine selbständige Haushaltsführung und Lebensgestaltung in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft sein. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Pflege sind in dieser Maßnahme nicht vorgesehen. „*Behinderte Menschen sollen mit **pädagogisch** orientierten ambulanten Dienstleistungen dabei unterstützt werden, die Voraussetzungen zu schaffen, um im eigenen Haushalt weitestgehend selbständig und möglichst unabhängig von öffentlichen Hilfen zu leben. Zweck der Leistung ist nicht die laufende Übernahme von Tätigkeiten für den behinderten Menschen, sondern die Anleitung zur Selbsthilfe.*“ (Globalrichtlinie PBW, URL 30).

### ***Personenbezogene Leistung für psychisch kranke / seelisch behinderte Menschen (PPM)***

Neben der ambulanten psychiatrischen Pflege und der pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum gibt es die **personenbezogene Leistung für psychisch kranke / seelisch behinderte Menschen** (PPM). Dies ist eine ambulante Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die in Hamburg im Jahr 2004 eingeführt wurden. Diese Maßnahme soll psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen helfen, „*in ihrer eigenen Häuslichkeit selbständig und möglichst unabhängig von Leistungen nach dem zwölften Sozialgesetzbuch zu leben. Sie dient durch eine auf Stabilisierung und Förderung angelegte Unterstützung der Wiedergewinnung von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung/ Behinderung sowie mit dem sozialen Umfeld.*“ (Globalrichtlinien PPM URL 31). PPM soll teilstationäre bzw. stationäre psychiatrische Hilfe verhindern bzw. vermeiden, vorhandene Fähigkeiten unterstützen und die Entwicklung zur Selbständigkeit und Eigenverantwortung fördern, Mobilität und Orientierung am Wohnort herstellen, bei der Gestaltung des sozialen- und des Arbeitsumfeldes und der Freizeit unterstützen Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung bzw. Behinderung geben.

Anspruchsberechtigt sind volljährige psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen, die zum Personenkreis des § 53 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB XII gehören, im eigenen Haushalt im Sinne des SGB V/SGB XI leben und in keiner vollstationären klinischen oder außerklinischen stationären bzw. teilstationären psychiatrischen Maßnahme sind (vgl. ebd).

### ***Sozialpsychiatrische Dienste***

Man könnte sagen, die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) sind Ergebnisse der auf die Psychiatrie-Enquete folgenden Reformen. Sie sind Teile des geforderten Ausbaus der Versorgung durch ambulante Dienste. Die meist bei den Gesundheitsämtern angesiedelten SpDs sind fast überall eine erste Anlaufstelle für PatientInnen und Angehörige. Die SpDs kennen in der Regel die regionalen Angebote und bieten ihre Dienste wie z.B. (Telefon-)Beratung, Hilfe in Krisensituationen, Nachsorge, Angehörigengruppen etc. kostenlos an, ohne dass irgendwelche formalen Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

### ***Tagesstätten / Kontakt- und Beratungsstellen***

Je nach Land oder Regionen der Bundesrepublik Deutschland bieten die Tagesstätten unterschiedliche Angebote. Auch sind die Tagesstätten teilweise gemeinsam mit Kontakt- und Beratungsstellen und/oder Diensten des betreuten Wohnens in einem Sozialpsychiatrischen Zentrum oder Gemeindepsychiatrischen Zentrum zusammengefasst.

*„Die Kontakt- und Beratungsstellen sind ein offenes Angebot für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Problemen und deren Angehörige sowie andere interessierte Bürger. In der Regel gibt es bestimmte Öffnungszeiten, die jeder ohne besondere Voranmeldung nutzen kann, um mit anderen Betroffenen, Angehörigen oder den Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen.“* (Obert 2009, S. 71/72).

Tagesstätten bieten offene Angebote zur Unterstützung bei der Tagesstruktur- und Freizeitgestaltung bis hin zu ausgeprägten sozialtherapeutischen Programmen. Einige Tagesstätten haben ein niedrighschwellige Angebot der Kontakt- bzw. Begegnungsmöglichkeit und Beschäftigung und wenden sich an einen breiten und wechselnden Personenkreis. Andere wiederum nehmen ihre BesucherInnen nur nach Zuweisung durch Kliniken oder andere psychiatrische Einrichtungen auf und bieten für eine bestimmte Dauer in einer festen Gruppe ein definiertes Wochenprogramm an. *„Gesprächsgruppen, gemeinsame Mahlzeiten, Beschäftigungstherapie, Sport, Ausflüge, hauswirtschaftliche Tätigkeiten einschließlich Einkauf und Zubereitung der Mahlzeiten und vieles mehr können Bestandteile eines derartigen Wochenprogramms sein. Diese Tagesstätten sind üblicherweise an höchstens fünf Wochentagen für jeweils maximal acht Stunden geöffnet.“* (ebd., S. 72). Niedrighschwellig arbeitende Tagesstätten sind in der Regel kostenlos, sie werden meist durch Kommunen und Landkreise im Rahmen der Gesundheitshilfe oder der Landesgesetze für psychisch Kranke bezuschusst.

Die Einrichtungen, die ihre BesucherInnen zugewiesen bekommen, werden durch Tagessätze oder bestimmte bedarfsbezogene Pauschalen im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB XII)

finanziert. Dies kann bedeuten, dass die Betroffenen oder deren Angehörige je nach Einkommen eventuell Kostenbeiträge zahlen müssen.

### ***Krisendienste***

Dieses wichtige Hilfsangebot ist bis jetzt noch nicht flächendeckend und bedarfsorientiert vorhanden. Obwohl Krisen und Notfälle für alle Beteiligten oft sehr dramatisch sind, meist sofortiger Hilfe bedürfen und vielfach den ersten Kontakt zur Psychiatrie zur Folge haben, fehlt es gerade in Krisensituationen an wichtiger psychiatrischer Hilfe. *„Der Umgang aller Beteiligten mit dieser Krise prägt nicht nur den weiteren Verlauf der Krankheit, sondern entscheidet auch über das Vertrauen in die angebotenen Hilfen.“* (Obert 2008, S. 76).

Ambulante, für Krisenintervention zuständige Angebote sind nur zu den Büroöffnungszeiten zuständig. Nachts und am Wochenende stehen z.B. der ärztliche Notdienst oder die Polizei zur Verfügung, die nur über wenig Erfahrung mit dem Umgang mit psychisch kranken Menschen verfügen. In Hamburg gibt es einen fachärztlichen psychiatrischen Notdienst, dieser kann allerdings nicht durch Betroffene und Angehörige direkt, sondern nur über den allgemeinen ärztlichen Notdienst oder andere Dienststellen erreicht werden.

Oft ist somit der Gang ins Krankenhaus die einzige, schnell erreichbare Behandlungsmöglichkeit. *„Die therapeutische Zuwendung während des Klinikaufenthalts ist auf wenige Stunden pro Tag beschränkt. Danach bleibt für viele Betroffene unklar, wie und bei wem es mit einer Behandlung weitergeht. Es entstehen Behandlungsunterbrechungen durch Wartezeiten und Therapieabbrüche, die zu einer erneuten Zuspitzung von Symptomatik führen können.“* (Ruprecht 2010, URL 49).

### ***Betreutes Wohnen***

*„Der Personenkreis für das Betreute Wohnen umfasst erwachsene Menschen mit einer nicht nur vorübergehenden wesentlichen geistigen, körperlichen und/oder seelischen Behinderung - oder Personen, die von einer solchen Behinderung bedroht sind - , die nicht zur selbständigen Lebensführung fähig sind, und für die eine stationäre Hilfe nicht, noch nicht oder nicht mehr erforderlich ist.“* (Lebenswohlfahrtsverband Hessen 2004, URL 40).

Beim Betreuten Wohnen werden alle Hilfen am Wohnort der hilfebedürftigen Person erbracht, unabhängig davon, ob sie in der eigenen Wohnung, in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, in einem Übergangwohnheim oder einem Wohnheim lebt. Die Hilfen orientieren sich an den jeweiligen Lebenslagen und Bedürfnissen der hilfebedürftigen Personen.

*„Das Besondere des Betreuten Wohnens besteht im Angebot einer langfristigen und verantwortlichen Betreuung für psychisch kranke Menschen, ohne dass die betreffenden psychisch kranken Menschen dafür ihren Lebensmittelpunkt verlegen müssen.“* (Obert 2009, S. 74).

Alle Hilfen, die zur Alltagsbegleitung notwendig sind und eine Teilhabe am Leben und an der Arbeit ermöglichen, werden in Absprache mit dem Betroffenen und den beteiligten Einrichtungen durch einen Fallmanager/eine Fallmanagerin (Casemanager) koordiniert. *„Prinzipiell bietet das Betreute Wohnen im Rahmen des jeweiligen regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbundes die Gelegenheit, allen chronisch psychisch kranken Menschen eine Perspektive in ihrer Gemeinde zu ermöglichen.“* (ebd., S. 75).

### **Wohnheime**

*„Wohnheime dienen der sozialen Rehabilitation und werden durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert. Sie sind meist Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege. Es gibt auch Wohnheime, die zu einer Klinik gehören, dann handelt es sich meist um Eigenbetriebe des Klinikträgers.“* (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.142). Finanziert werden diese Wohnheimplätze im Rahmen der Eingliederungshilfe durch die Sozialhilfe. Bisher sind die Wohnheime nur dürftig in die gemeindepsychiatrische Versorgung eingebunden und sie weisen häufig sehr starre Strukturen auf. Diese aufzuweichen stellt eine wichtige Herausforderung für die Sozialpsychiatrie dar.

### **Selbsthilfegruppen**

Die zwei großen Vereine „Familien-Selbsthilfe Psychiatrie e.V.“ und „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrender e.V.“ bieten ein breites Spektrum an Angeboten für psychisch Kranke, Angehörige und auch interessierte nicht direkt Betroffene. Sie bieten unter anderem Selbsthilfegruppen, Beratung per Telefon und E-Mail, Fachtagungen, Rundbriefe und Broschüren an. Ein weiteres Angebot, welches Betroffene zu Wort kommen lässt, sind die sogenannten Psychoseseminare oder Dialogforen, in denen sich Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Professionelle und interessierte BürgerInnen zusammen finden, um sich auszutauschen (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.139). Diesen Ansatz verfolgt unter anderem auch das Hamburger Modell des UKE, welches später in dieser Arbeit vorgestellt wird.

### **Sozialpsychiatrische Zentren**

Die sogenannten SPZs sind nur in wenigen Bundesländern realisiert (z.B. im Rheinland). Sie sollen verschiedene ambulante Angebote trägerübergreifend in einer Region bündeln. Unter anderem bieten sie vorsorgende und nachgehende Hilfen, Beratung für Betroffene und Ange-



hörige, Krisenintervention, betreutes Wohnen, oder fungieren als Kontaktstelle oder Tagesstätte. In einigen Kommunen ist auch der sozialpsychiatrische Dienst in das SPZ integriert (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.140).

### ***3.2.2 Bestehende Probleme der aktuellen Versorgungssituation***

In der Bundesrepublik Deutschland sind Hilfen und Unterstützungsangebote für psychisch kranke Menschen und ihre Familien zum einen im Gesundheitswesen und zum anderen im Sozialwesen angesiedelt. Da das Gesundheitswesen Aufgabe der einzelnen Bundesländer ist, sind die Versorgungsstrukturen von Land zu Land sehr unterschiedlich. Wie im vorherigen Kapitel zu sehen ist, existiert ein vielfältiges Hilfesystem, welches jedoch sowohl für PatientInnen und Angehörige als häufig auch für professionelle HelferInnen verwirrend und nur schwer zu durchschauen ist.

Für die **Finanzierung** der Behandlung psychischer Erkrankungen bestehen ebenfalls entsprechend unterschiedliche Zuständigkeiten. *„Im Jahre 2009 finanzierte die GKV 46,4% der Ausgaben für psychische Erkrankungen, die SPfV 18,1%, sonstige Finanzierungsträger wie die Rentenversicherung, die Unfallversicherung und die Beihilfe 15,6%. Die Privaten Haushalte bezahlten 14,5% der Gesundheitsausgaben für psychische Erkrankungen.“* (Schneider/Brecht 2011, S.2, URL 50)

Zwar kommen die Kranken- und Rentenversicherung für einen Großteil der Leistungen auf, jedoch ist für viele psychisch kranke Menschen die Grundsicherung (früher Sozialhilfe) mit der Eingliederungshilfe immer noch die wichtigste Hilfeform, da das Versicherungsprinzip aus unterschiedlichen Gründen oft nicht mehr greift. *„Dies ist eigentlich ein Skandal, denn die Kranken- und Rentenversicherungen fühlen sich für eine längerfristige Krankheit, für Behinderung oder Pflegebedürftigkeit viel zu selten zuständig.“* (Clausen/Eichenbrenner 2010, S.53).

Die aktuelle Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland funktioniert also bei weitem nicht reibungslos. Im Folgenden sollen einige vorherrschende Probleme kurz umrissen werden, um danach darzustellen, wie die Integrierte Versorgung helfen könnte, diese Probleme anzugehen.

#### ***Leistungstrennung innerhalb der GKV für stationäre, ambulante und rehabilitative Maßnahmen:***

*„Die Trennung von Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für die stationäre Versorgung einerseits und die ambulante Versorgung andererseits sowie die davon*

*getrennte Finanzierung von Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger hat insbesondere in der Versorgung psychischer Erkrankungen zu einer sehr unübersichtlichen und nur begrenzt effektiven Versorgungssituation geführt.*“ (Berger 2005, S.3)

Auf der einen Seite sind eine ganze Reihe unterschiedlicher AnsprechpartnerInnen für die soziale und medizinische Unterstützung von psychisch Kranken zuständig, und die Abstimmung der Beteiligten untereinander ist in der Regel schwierig. Auch hier entstehen die in Kapitel 2.2 bereits beschriebenen Schnittstellenprobleme. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Kliniken und andere Versorgungsbeteiligte; alle fühlen sich aus formalen und wirtschaftlichen Gründen erst einmal nur für ihren eigenen Leistungsbereich zuständig. Nötig wäre gerade bei psychischen Krankheiten jedoch eine ganzheitliche, nachhaltige Behandlung, in die ärztliche, psychotherapeutische und lebensbegleitende Komponenten eingebunden sind. *„Man muss übergreifende Behandlungspläne aufstellen, Behandlungspfade folgen – und nicht der Auslastung von Betten oder Sprechstunden. Wenn es Hilfe von mehreren Seiten gibt, dann muss sie zwischen allen Beteiligten verbindlich abgesprochen sein.*“ (Liedke 2012).

Nicht nur Schnittstellen sind zu überbrücken, auch eine verlässliche und kontinuierliche therapeutische Betreuung ist so kaum möglich, da beim Wechsel von stationären Behandlungen in ambulante Maßnahmen und andersherum fast immer auch der zuständige Therapeut/die zuständige Therapeutin oder Arzt/Ärztin wechselt.

Je nach Art der Behandlung ist auch der finanzielle Träger ein anderer.

Die Kostenzuständigkeit für **ambulante** Behandlungsangebote ist auf eine Vielzahl von Trägern verteilt. Die wichtigsten Kostenträger sind die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitsverwaltung, die Pflegeversicherung, die öffentliche Hand, Eigenmittel der Einrichtungsträger und Stiftungen (vgl. Melchinger 2008, S.8, URL 41).

Die Behandlung bei Haus- oder FachärztInnen, in den Institutionsambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren zahlt die Krankenkasse. Weiterhin bezahlt sie durch den Arzt verordnete Arzneimittel, Sozio- oder Ergotherapie, ambulante psychiatrische Pflege oder häusliche Krankenpflege. Die ambulanten PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen werden auch durch die Krankenkassen finanziert, die Wohneinrichtungen, Beratungsstellen und Hilfen zur Tagesstrukturierung dagegen von der Eingliederungshilfe. **Stationäre** Behandlung in Krankenhäusern und Kliniken werden von der gesetzlichen Krankenkasse nur bei absoluter Notwendigkeit finanziert. Über die Notwendigkeit der Behandlung entscheiden der aufnehmende Arzt und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2010, S.55). Bei fragwürdiger medizinischer Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung sollte eine geeignete

Lebensform und Betreuungsmöglichkeit außerhalb der Klinik gesucht werden. Gelingt dies nicht, so kann dies die Notwendigkeit einer klinischen Behandlung rechtfertigen. Bei länger andauernden Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern wird meist von den Krankenkassen überprüft, ob es sich weiterhin um einen von der Krankenkasse zu finanzierenden Behandlungsfall handelt. Es ist möglich, dass die Krankenkasse die Zahlungen einstellt, und der Patient/die Patientin selbst bzw. die Sozialhilfe somit für den stationären Aufenthalt aufkommen muss (vgl. Obert 2009, S. 59).

Die **Rehabilitation** für psychisch kranke Menschen ist im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – geregelt. Das SGB IX behandelt zwei große Themenkomplexe, die Rehabilitation und die Behinderung. Der Begriff „Behinderte Menschen“ umfasst Behinderte im herkömmlichen Sinn und alle Menschen, die von Behinderung bedroht sind. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen *„behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“*

Unabhängig oder in Verbindung mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für psychisch kranke Menschen können noch weitere Leistungen in Betracht kommen. Hierzu gehören insbesondere:

- *„Leistungen der Krankenbehandlung, bei der gem. § 27 SGB V ebenfalls die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu beachten sind,*
- *Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI),*
- *Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2),*
- *Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 53, 54 SGB XII),*
- *Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII.“* (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2010, URL 10).

Entsprechend ist auch die Rehabilitation der psychisch erkrankten Menschen recht kompliziert geregelt. Es gelten die in Kapitel 2.1 bereits erläuterten verschiedenen Leistungsgruppen, und für jede muss der zuständige Leistungsträger gefunden und die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen geprüft werden.

Die Medizinischen Leistungen zur Rehabilitation sind in den §§ 26 ff. des SGB IX geregelt.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Reha) finden sich in den §§ 33 ff. des SGB IX. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen stehen in den §§44ff. des SGB IX. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Reha) regeln die §§ 55 ff. des SGB IX.

Kommen die Sozialversicherungsträger für die Rehabilitationsmaßnahme nicht auf bzw. fühlen sich nicht zuständig, so wird auf die **Eingliederungshilfe** nach §§ 53,54 des SGB XII verwiesen. Diese ist Teil der Sozialhilfe. Personen, die nicht nur vorübergehend (also länger als 6 Monate) körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind oder von einer Behinderung bedroht sind, haben einen Rechtsanspruch auf diese Eingliederungshilfe. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen die Behinderung oder deren Folgen beseitigen oder verringern und behinderten Menschen damit die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen (vgl. §53 SGB XII).

*„Die Krankenkassen und anderen Kostenträger der medizinischen Versorgung sind bei psychisch Kranken aus Kostengründen jedoch bestrebt, einen großen Teil der notwendigen Behandlungs- und Betreuungsleistungen nicht als Bestandteil der medizinischen Versorgung anzuerkennen, sondern auf die Rentenversicherung oder das Sozialwesen zu verweisen.“*

(Obert 2009, S. 56). Die Sozialleistungsträger können sich nicht entziehen, denn im Zweifelsfall müssen sie einspringen. Dies führt dazu, dass ein großer Teil der notwendigen begleitenden und fördernden Hilfen zur Alltagsgestaltung und Alltagsbewältigung von den Sozialversicherungsträgern als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft deklariert wird, für deren Finanzierung sie sich nicht zuständig fühlen (vgl. Psychiatrienetz, URL 44).

Also werden vor allem psychisch Kranke auf Sozialhilfeleistungen verwiesen. Hier gilt meist das Subsidiaritätsprinzip, das heißt dass Sozialhilfe nur dann geleistet werden kann, wenn die Betroffenen sich nicht selbst helfen können, oder die notwendige Unterstützung nicht durch Angehörige oder Sozialversicherungsträger erfolgen kann.

Zurzeit ist ein Prozess der Reformierung der Eingliederungshilfe im Gang. Im Koalitionsvertrag von 2005 der Regierungskoalition heißt es dazu: *„Wir werden den in der Politik für behinderte Menschen eingeleiteten Prozess zur Verwirklichung einer umfassenden Teilhabe in der Gesellschaft fortsetzen. Die Unterstützung von Selbstständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Gemeinsam mit den Ländern, Kommunen und den Verbänden behinderter Menschen werden wir die Leistungsstrukturen der Eingliederungshilfe so weiterentwickeln, dass auch künftig ein effizientes und leistungsfähiges System zur Verfügung steht. Dabei haben der Grundsatz ‘ambulant vor stationär’, die Verzahnung*

*ambulanter und stationärer Dienste, Leistungserbringung 'aus einer Hand' sowie die Umsetzung der Einführung des Persönlichen Budgets einen zentralen Stellenwert.“ (Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD 11.11.2005, URL 38)*

### ***Die unsichere Position psychisch kranker Menschen im System der sozialen Sicherung:***

Das **Sozialsystem** in Deutschland soll ein Sicherheitsnetz darstellen, das alle BürgerInnen in sozialen Notlagen auffängt. Die **Sozialversicherung** besteht aus der gesetzlich vorgeschriebenen Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Pflegeversicherung und der Arbeitslosenversicherung. Die Versicherungsleistungen sind aber zum einen abhängig von den gezahlten Beiträgen der Versicherten, zum anderen von einer Arbeitstätigkeit oder / -fähigkeit. Nur wer bis vor kurzem in einem Arbeitsverhältnis stand und dem Arbeitsmarkt weiterhin zur Verfügung steht bekommt auch **Arbeitslosengeld**. **Rente** bekommt nur, wer vorher genug gearbeitet hat und Anspruch auf **Krankengeld** haben nur diejenigen, die nach absehbarer Zeit wieder in den Arbeitsmarkt integrierbar sind.

*„Da sehr viele psychisch Kranke nur eine kurze oder gar keine Erwerbstätigkeit vorweisen können und zudem im Regelfall keine regelmäßige Erwerbsbiographie durchlaufen haben, haben sie zumeist keine oder nur sehr geringfügige Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen erwerben können.“ (Hanesch/Pfannendörfer 1991, S.64).*

Weitere Hindernisse ergeben sich daraus, dass z.B. das Arbeitslosengeld II persönlich bei der ARGE beantragt werden muss, oft sofort nach Antragstellung Arbeitsangebote vermittelt werden, auf die reagiert werden muss, Folgeanträge selbstständig gestellt werden müssen, und auf Antrag der Sozialleistungsträger ärztliche und psychologische Untersuchungen Pflicht sind.

Das **soziale Entschädigungsgesetz** gilt zurzeit noch für BürgerInnen, die besondere Opfer gebracht haben, z.B. im Krieg. Hier zahlt der Staat eine Entschädigung. Es gibt jedoch Umwidmungsbestrebungen: *„Bisher ist es mehr ein Gedankenspiel, diesem Prinzip auch für chronisch Kranke Geltung zu verschaffen, z.B. wenn sie durch jahrelange Hospitalisierung nicht nur Opfer, sondern auch schwere Schädigungen – zum vermeintlichen Wohl der Gesellschaft – auf sich genommen haben.“ (Bock 1991, S.540).*

Greift weder das Versicherungsprinzip, noch das Entschädigungsgesetz, so bleibt am Ende nur noch die **Grundsicherung**. Jedoch müssen die Erkrankten für die Leistungen der Sozialhilfe zunächst nachweisen, dass sie bedürftig sind, sich also nicht durch die eigene Arbeitskraft, durch Einsatz von Einkommen und Vermögen oder die Hilfe von Angehörigen oder

anderen Sozialleistungsträgern selber helfen können. Dieses Subsidiaritätsprinzip bedeutet, „dass psychisch Kranke Leistungen, die sie aufgrund ihrer Erkrankung brauchen, nur bedingt erhalten und dass Familien mit psychisch kranken Angehörigen benachteiligt und sozial belastet werden. [...], wenn also psychisch Kranke und ihre Familien für die wichtigsten Lebensbedürfnisse und Behandlungserfordernisse auf Sozialhilfe angewiesen bleiben, so macht das deutlich, dass nicht nur die Sozialhilfe, sondern auch psychisch Kranke nachrangig behandelt werden. Nachrangig auch gegenüber dem Anspruch des Grundgesetzes.“ (Bock 1991, S.541f.)

### ***Ambulante Versorgungslücken***

„Die größten Defizite bestehen bei der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen. In der kassenärztlichen Versorgung behandeln 15.000 Psychotherapeuten etwa 500.000 Patienten pro Quartal, während 5.000 Nervenärzte im gleichen Zeitraum 2.000.000 Patienten behandeln müssen.“ (Schillen 2012).

Folglich verschlechtert sich die kassenfinanzierte Versorgung psychisch Kranker zunehmend, und es kommt zu Behandlungsdefiziten und Behandlungsbrüchen.

Hinzu kommt, dass die Leistungen der NervenärztInnen stark budgetiert sind. Ein Arzt/eine Ärztin erhält nur etwa 40 Euro für die Versorgung eines Patienten/einer Patientin pro Quartal. Damit wäre pro Quartal gerade etwa eine halbe Stunde Konsultation finanziell gedeckt. Sämtliche weitere Leistungen wie Berichte, Telefonate und vor allem Kriseninterventionen und Gespräche mit Angehörigen sind nur durch Querfinanzierungen oder durch unbezahlte Leistungen der Praxisinhaber möglich (vgl. Berger 2005, S.8). Zeitaufwendige Hausbesuche werden durch die niedrige Budgetierung also faktisch nicht mehr honoriert und entsprechend fast nicht mehr durchgeführt. Das bedeutet, dass die notwendige Zeit für die oft aufwendige Behandlung von Menschen mit Psychosen nicht zur Verfügung steht, bzw. den ÄrztInnen nicht bezahlt wird. Jedoch „gerade bei dem Ziel möglichst wenig und individuell geeignete Medikamente einzusetzen oder ganz darauf zu verzichten, muss Zeit für die Behandlung zur Verfügung stehen“ und „Hausbesuche gehören zum selbstverständlichen Aufgabenspektrum einer ambulanten psychiatrischen Versorgung.“ (DGSP 2003, URL 18).

Auf einen Termin bei einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin müssen psychisch kranke Menschen oft viel zu lange warten. Laut der Bundespsychotherapeutenkammer erhalten psychisch Kranke in ländlichen Kreisen durchschnittlich erst nach vier Monaten einen

Termin, in Großstätten sind es durchschnittlich zwei Monate Wartezeit. Entsprechend wenden sich die Betroffenen notgedrungen häufiger an Krankenhäuser oder warten so lange, bis sich ihre Erkrankung verschlimmert oder chronisch geworden ist. (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 14.05.2012 URL 11).

Die Finanzierung von Psychotherapie durch die Krankenkassen ist zeitlich so begrenzt, dass die Zeitspanne für schwere psychische Störungen nicht ausreicht. Gerade PatientInnen mit schweren psychischen Erkrankungen, wie z.B. einer Psychose, haben es schwer einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin zu finden. Einerseits mangelt an entsprechend ausgebildeten PsychotherapeutInnen, die sich gerade mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen auskennen. Es gibt *„unter den in eigener Praxis tätigen Psychotherapeuten nur wenige, die bereit bzw. in der Lage sind, sich auf das ‚Abenteuer‘ einer psychotherapeutischen Behandlung chronisch psychisch Kranker einzulassen.“* (Brill 2009, S.272). Andererseits ist die Indikation von Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien nur bei psychischen Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatiken psychotischer Erkrankungen gegeben, nicht bei der Kernsymptomatik an sich. Weiterhin gilt verbreitet die Auffassung, dass Psychotherapie aufgrund von verminderter Krankheitseinsicht bei Psychosen nicht als sinnvolle Behandlungsmethode greift. Obwohl evidenzbasierte Leitlinien auch die Psychotherapie als wirksame Behandlungsmethode empfehlen, dominiert in der Praxis weiterhin eine einseitige Therapie mit Medikamenten (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 07.05.2012 URL 12).

### ***Krisenversorgung***

Die bereits im Kapitel 3.2.1 beschrieben, ist die Krisenversorgung in Deutschland mangelhaft, Krisendienste sind bundesweit noch in keiner verbindlichen Form realisiert und finanziert. *„Die Forderung nach psychiatrischen Krisendiensten, die in den Abendstunden und am Wochenende erreichbar und abrufbar sind, ist so alt wie die Psychiatriereform selbst. Besonders die Angehörigen psychisch kranker Menschen weisen immer wieder auf die Notwendigkeit solcher Angebote hin.“* (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.139).

Auch die niedergelassenen NervenärztInnen sind hier neben den FachärztInnen der zuständigen psychiatrischen Kliniken gefordert, einen rund um die Uhr zur Verfügung stehenden psychiatrischen Notfalldienst aufzubauen. *„Der gesetzlich geregelte Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung muss auch die Notfallversorgung einschließen.“* (Obert 2009, S. 77).

Menschen mit psychischen Erkrankungen, vor allem bei chronischen Verläufen, benötigen wohnortnahe, 24h täglich erreichbare Hilfe, zeitnahe, niedrighschwellige und jeder Zeit verfügbare Versorgung durch ein multiprofessionelles, gut koordiniertes Vorgehen über die Sektorengrenzen hinweg.

### ***Finanzielle Rahmenbedingungen der Psychiatrie***

Die Leistungen in psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland werden bisher über tagesgleiche Pflegesätze (Tagespauschalen) finanziert. Den Kostenträgern wird pro Belegungstag der gleiche Pflegesatz vergütet, unabhängig von der Diagnose oder dem Alter des Patienten/der Patientin und den tatsächlich durchgeführten Behandlungen.

Dieses Budget ist weder leistungsorientiert, noch unterscheidet es die jeweilige Schwere des Falles. Bei leichten Fällen schafft es Anreize zur medizinisch nicht erforderlichen Leistungsausweitung, für PatientInnen mit hohem Behandlungsaufwand kann dagegen eine Unterfinanzierung oder auch im Einzelfall Unterversorgung entstehen. Die Behandlungs- und Therapiekonzepte für PatientInnen mit denselben Diagnosen unterscheiden sich oft erheblich zwischen einzelnen Krankenhäusern. *„So gibt es einige Krankenhäuser, die beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leitliniengerecht mit einem personal- und kostenintensiven Psychotherapieprogramm behandeln, und andere Krankenhäuser, die dieses Angebot ihren Patienten nicht machen.“* (Bundestherapeutenkammer 2012, URL 13).

Weiterhin entsteht für die Krankenhäuser ein grundsätzlicher Anreiz, die Verweildauer der PatientInnen zu verlängern, unabhängig davon ob dies noch nötig ist oder eine Weiterbehandlung auch teilstationär oder ambulant möglich wäre. Diese Art von Finanzierung wirkt im Sinne eines Full-House-Prinzips. Eine Auslastung der Bettenkapazitäten stabilisiert die finanzielle Seite des Krankenhauses. Leere Betten in einem Krankenhaus kosten Geld, sind die Betten jedoch belegt, bringt das Geld ein (vgl. Bock 1991, S.544).

Dieses Finanzierungssystem bietet also zu wenig Anreize für kostengünstigere teilstationäre und ambulante Behandlungsformen, ist wenig flexibel und nicht dem individuellen Behandlungsbedarf angepasst, das Lebensumfeld der PatientInnen wird nicht ausreichend mit einbezogen.

Mit dem im Jahr 2009 verabschiedeten Änderungsgesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung, dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG), wurde im Krankenhausfinanzierungsgesetz der §17d eingefügt. Nach diesem ist für die Fachgebiete der Psychiatrie und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -



psychotherapie sowie der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Es ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden.

Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 umgesetzt und soll bis zum Jahr 2022 mit einer vierjährigen Einführungsphase und einer fünfjährigen Überführungsphase eingeführt werden.

Neben diesem nun einzuführenden Entgeltsystem gibt es auch für die Psychiatrie die Möglichkeit, Verträge zur Integrierten Versorgung nach §140 SGBV abzuschließen. Dazu jedoch mehr im nun folgenden Kapitel.

## **4. Integrierte Versorgung in der Psychiatrie**

In der Psychiatrie setzt sich die Integrierte Versorgung bis jetzt nur vereinzelt durch. *„Dies ist aus fachlicher Sicht unverständlich: Die Quote der klinischen Wiederaufnahmen ist mit bis zu 80% extrem hoch, die ständig ansteigende Zahl der klinischen Aufnahmen bei gleichzeitiger Budgetierung führt die Kliniken seit langem an ihre personellen und fachlichen Grenzen. Der ständige Abstimmungsbedarf zwischen ambulanten Behandlern, psychosozialen Helfern sowie den Kliniken und Abteilungen bei >>Problempatienten<< ist unbestreitbar [...].“* (Faulbaum-Decke / Zechert 2010, S.11). Im Folgenden soll nun die Integrierte Versorgung in der Psychiatrie dargestellt und Lösungsvorschläge für die erläuterten Problemlagen überprüft werden. Durch drei Beispiele aus der Praxis von bereits geschlossenen Verträgen mit verschiedenen Krankenkassen soll das Modell der Integrierten Versorgung anschließend noch verdeutlicht werden.

### **4.1 Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung**

Die *Leistungstrennung innerhalb der gesetzlichen Krankenkasse für stationäre und ambulante Maßnahmen* existiert in der Integrierten Versorgung nicht mehr. Statt getrennter Budgets für stationäre, ambulante und teilstationäre Therapien gibt es im Rahmen von Versorgungsverträgen nach §§140 a-d SGBV nun auch für die Psychiatrie ein Budget, aus dem die Leistungen nach dem individuellen Hilfebedarf der Patienten flexibel vergütet werden. Diese Verträge erlauben Z.B. Krankenhäusern, PatientInnen ein intensives ambulantes Behand-

lungsangebot zu machen, das eventuell die stationäre Aufnahme ersetzen oder verkürzen kann. Somit ergibt sich für verschiedene psychische Erkrankungen eine Vielfalt neuer Behandlungsoptionen. *„Patienten, die eine Krankenhausbehandlung vermeiden wollen, um aus ihren Alltagsabläufen nicht herausgerissen zu werden, schätzen die Möglichkeit einer intensiven ambulanten Therapie. Andere Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus keinen Arzt mehr aufsuchen, können wir aufsuchend zu Hause begleiten und so einer Wiedererkrankung besser vorbeugen.“* (Schillen 2012).

Integrierte Versorgung in der Psychiatrie bedeutet vor allem **ambulant statt stationär**. Bisher konnten psychiatrische Krankenhäuser aufwendige Behandlungsleistungen fast ausschließlich als stationäre Leistungen anbieten, mit dem neuen Finanzierungskonzept ist es möglich, dem aktuellen Schweregrad der Erkrankung entsprechend ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapien einzusetzen. Die Integrierte Versorgung soll es ermöglichen, außerhalb der Kliniken eine ähnlich gute und koordinierte Betreuung durch ÄrztInnen, PflegerInnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen anzubieten wie im Krankenhaus.

Die Integrierte Versorgung nach § 140a ff lässt z.B. auch Managementgesellschaften als Vertragspartner der Krankenkassen zu. Diese können dann wiederum ein großes Netzwerk an ambulanten Dienstleistern damit beauftragen, psychisch kranke Menschen in ihrem Umfeld umfassend und individuell zu betreuen. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des SGB V war es für gemeindepsychiatrische Träger bisher nur eingeschränkt möglich, Krankenkassenleistungen zu erbringen. Dieses Problem besteht z.B. im Netzwerk psychische Gesundheit der Techniker Krankenkasse nicht, wie später noch erläutert wird. Mit einer Pauschale, die die Managementgesellschaft von der Krankenkasse erhält, können die beauftragten Leistungserbringer bezahlt werden. *„Einige Vertreter der Gemeindepsychiatrie gehen davon aus, dass ambulante SGB V Behandlungsangebote für die bisher überwiegend sozialhilfefinanzierte Gemeindepsychiatrie zukünftig eine wachsende Bedeutung erlangen, wenn die entsprechenden Chancen von den Krankenkassen und Leistungserbringern erkannt werden.“* (Steckermaier 2010, S.64, URL 53)

Einrichtungen zur stationären **Rehabilitation** können an Integrierter Versorgung teilnehmen, wenn mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. *„Bei den meisten Reha-Einrichtungen, die zugleich auch Vertragspartner der Deutschen Rentenversicherung sind, ist das der Fall. Sie erbringen dann gleichzeitig Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** für die Rentenversicherung und für die Krankenkassen.“* (Deutsche Rentenversicherung, URL 20).

Weiterhin können nach §140 SGB V auch Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften Verträge zur Integrierten Versorgung mit den Krankenkassen schließen. Die Leistungen der sozialen Rehabilitation werden weiterhin über die Eingliederungshilfe erbracht.

***Die Position psychisch kranker Menschen im System der sozialen Sicherung*** kann die Integrierte Versorgung alleine auch nicht sicherer machen. Schafft es die Integrierte Versorgung jedoch, psychisch kranken Menschen eine kontinuierliche, verlässliche und stabile Betreuung und Behandlung zu ermöglichen, ohne die Hürden der Schnittstellen, ohne Unterbrechungen, mit schneller Hilfe im Krisenfall und der weitestgehenden Vermeidung stationärer Aufenthalte, so trägt dies zu einer Stabilisierung der Patienten insgesamt bei. Dies wiederum kann sich auch positiv auf die Fähigkeit auswirken, einer Arbeit nachzugehen und ein entsprechendes finanzielles Einkommen zu erlangen.

Außerdem werden notwendige Hilfemaßnahmen nicht mehr nachrangig durch den Sozialhilfeträger erbracht, sondern sind Bestandteil einer Komplexleistung. *„Hierdurch kann die Spirale von Krankheit, Behinderung, Armut und Exklusion durchbrochen werden.“* (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband 2011, S.5, URL 23).

Den ***ambulanten Versorgungslücken*** kann durch die Integrierte Versorgung zumindest insofern begegnet werden, als dass ÄrztInnen und TherapeutInnen sich an den Verträgen beteiligen können und Bonuszahlungen für die Behandlung der teilnehmenden PatientInnen erhalten. Somit ist eine umfangreichere Betreuung der PatientInnen möglich. Des Weiteren stellen bestimmte Modelle wie z.B. das Hamburger Modell des UKE selber Zuhausebehandlungsteams und rund um die Uhr erreichbare Krisenhotlines zur Verfügung, so dass aufsuchende Behandlung durch Krankenhäuser und immer verfügbare Hilfe geleistet werden kann.

Ebenso kann die Integrierte Versorgung auch einen Beitrag zu einer besseren ***Krisenversorgung*** leisten. Sie macht durch das flexibel einsetzbare Budget eine verbindliche Finanzierung und Einbindung der niedergelassenen NervenärztInnen und psychiatrischen Ambulanzen in die Krisenversorgung einfacher. Die einzelnen Modelle zu Verträgen der Integrierten Versorgung sehen fast alle Krisenhotlines und aufsuchende Hilfe vor, so dass Menschen in einer Krise unabhängig von Praxisöffnungszeiten jemanden haben, an den sie sich wenden können, und von dem sie dann auch prompte Hilfe und Begleitung erwarten können. Durch Aufklärungsprogramme und Hilfestellungen für Angehörige soll sichergestellt werden, dass auch

diese besser geschult und darauf vorbereitet werden, ihre psychisch kranken Verwandten in einem Krisenfall zu unterstützen.

Die Integrierte Versorgung stellt eine Alternative zur den bisherigen *finanziellen Rahmenbedingungen der Psychiatrie* dar. Die flexibel einsetzbaren Budgets erlauben die bedarfsgerechte Verteilung der Gelder je nach individuellem Bedarf des Patienten/der Patientin. Die Budgetierung für die Leistungen der NervenärztInnen kann umgangen werden, da die ÄrztInnen durch die Teilnahme an einem Versorgungsvertrag die Kosten für den zusätzlichen Aufwand erstattet bekommen. Die Krankenhäuser werden für gute, auch ambulante, Arbeit belohnt und nicht mehr für belegte Betten. „Die Träger sozialpsychiatrischer Leistungen könnten unabhängig, aber auch in Kombination oder neben den Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII), der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und III) und der Pflegeversicherung (SGB XI) weitere Leistungen erbringen und somit das Angebotsspektrum erweitern und die Versorgung von Patienten verbessern.“ (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband 2011, S.13, URL 23).

## 4.2 Beispiele aus der Praxis

Es werden nun drei Modelle bereits existierender Verträge zur Integrierten Versorgung vorgestellt, um die Umsetzung dieses Modells in der psychiatrischen Behandlung zu verdeutlichen. Bei allen drei Modellen handelt es sich um Integrierte Versorgungsverträge nach §140 a und b des SGB V.

- Das **Hamburger Modell** zur Psychosenbehandlung am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf setzt seinen Fokus auf die stationäre Behandlung und die anschließende ambulante Nachbetreuung von Psychose-PatientInnen.
- Das **Netzwerk psychische Gesundheit** der Techniker Krankenkasse hat zum Ziel, ein umfassendes ambulantes Netzwerk zur Betreuung psychisch kranker Menschen in ihrem gewohnten Umfeld aufzubauen.
- Bei der **Integrierten Versorgung Schizophrenie** der AOK Niedersachsen geht es um den Aufbau eines Netzwerkes für die sektorenübergreifende, individuelle Langzeitbehandlung von Schizophrenie-Patienten.

Alle drei Modelle haben das Ziel, Klinikaufenthalte für die Betroffenen zu verkürzen bzw. zu verhindern. Dies soll ermöglicht werden durch eine engere und intensivere Zusammenarbeit aller am Hilfeprozess beteiligter Personen, durch ein rund um die Uhr zur Verfügung stehen-

des festes Team aus ÄrztInnen, TherapeutInnen und SozialpädagogInnen als AnsprechpartnerInnen, durch das Modell von BezugstherapeutInnen oder auch FallmanagerInnen, die den Hilfeplan individuell mit den Betroffenen planen und sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Maßnahmen zuständig bleiben, und durch die Möglichkeit des Home-Treatments, also der Behandlung der Betroffenen in ihrem eigenen Wohnumfeld.

Die Nachteile aller Modelle sind die Kriterien, unter denen Patienten sich in die Verträge der Integrierten Versorgung einschreiben können. So muss man Mitglied einer bestimmten Krankenkasse sein, im Einzugsgebiet des Projektes wohnen oder ein bestimmtes Störungsbild aufweisen.

#### ***4.2.1 Psychosenbehandlung durch Integrierte Versorgung im „Hamburger Modell“ des Universitätsklinikums Eppendorf***

Die *Psychosen Spezialambulanz (SPA)* des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg (UKE) ist zuständig für ambulante und tagesklinische Behandlungen von Menschen mit einer Psychose oder einer bipolaren Störung und bietet seit dem 1.5.2007 zusammen mit verschiedenen Krankenkassen (DAK, HEK, IKK Classic und AOK Rheinland/ Hamburg) eine ***integrierte Behandlung von Menschen mit Psychosen und deren Angehörigen*** an.

Das sogenannte ***Hamburger Modell*** fokussiert in erster Linie diejenigen PatientInnen, die stationär behandlungsbedürftig sind und einen gewissen Schweregrad haben. Oft sind es die sogenannten DrehtürpatientInnen, die im bisherigen System durch die Behandlungsbrüche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht adäquat behandelt werden konnten. Um sich in die Integrierten Versorgungsverträge einschreiben zu können, müssen die PatientInnen eine Psychose oder Bipolare Störung haben (kein Vorläuferstadium der Psychose), in räumlicher Nähe zum UKE wohnen, und Mitglied einer der teilnehmenden Krankenkassen sein.

Das UKE übernimmt bei diesem Modell die medizinische und finanzielle Hauptverantwortung für die Behandlung der PatientInnen über 2 Jahre. Die verschiedenen Behandlungsstationen wie z.B. die Tagesklinik, die Institutsambulanz, das Zuhausebehandlungsteam (Hometreatment) usw. sind als Dienstleistungsbereiche der Klinik für Behandlungsabschnitte „im Auftrag“ der personenbezogenen individuellen Gesamtbehandlung tätig (vgl. Kunze/Kukla 2011, S.70). Die teilnehmenden PatientInnen können alle Behandlungsmöglichkeiten individu-

ell nutzen. „Der Grundgedanke des Modells ist folgender: Der Patient muss sich nach einem Aufklärungsgespräch in das Modell »einschreiben«, d. h. er muss einen höheren Nutzen haben als in der Regelbehandlung. Der Patient muss mit der Behandlung zufrieden sein, denn dann ist er langfristig »therapietreu«. Das ist er dann, wenn er qualitativ gut versorgt ist, wenn drohende Rückfälle frühzeitig erkannt und möglichst vermieden werden. Je besser dies gelingt, desto höher ist für uns der finanzielle Erfolg. Es ist in diesem Sinne eine Form »qualitätsorientierter Vergütung«.“ (Bock/Ohm 2011, S.125).

Menschen mit einer Psychose oder einer Bipolaren Erkrankung und ihren Familien kann erfolgreich geholfen werden, wenn die Behandlung möglichst früh beginnt, individuell abgestimmt ist und ein hohes Maß an Qualität hat. Gerade in der Anfangsphase werden für die Stabilisierung des Patienten/der Patientin hohe Ressourcen eingesetzt. Meist erfolgt zuerst eine stationäre Behandlung, dann eine engmaschige »Zuhausebehandlung«, bei der die PatientInnen bis zu mehrfach täglich zu Hause besucht und betreut werden.

Eine pauschale **Finanzierung** erlaubt einen bedarfsgerechten Einsatz der Ressourcen und eine Stärkung des ambulanten Bereichs. Statt Pflegesätzen und Institutsambulanzpauschalen bekommt die SPA das Geld, das die Krankenkasse, durchschnittlich für die stationäre und ambulante Behandlung im Krankenhaus für die zu behandelnde PatientInnengruppe zahlt, in Form einer Jahrespauschale, die alle Krankenhausleistungen einschließt, die Sektoren durchlässig macht und die niedergelassenen FachärztInnen mit einem Bonus einbezieht (vgl. Bock/Ohm 2011, S.123). So werden also die Angebote der Psychosen Spezialambulanz und die der externen Dienstleister für ambulante Behandlung aus der Jahrespauschale finanziert. In dieser Pauschale ist auch der Aufwand der TherapeutInnen für die Kooperation mit Rehabilitation und Eingliederungshilfe sowie mit DienstleisterInnen für soziale Folgeprobleme der Erkrankung berücksichtigt. Das Krankenhaus erhält regelmäßige Teilzahlungen aus der Jahrespauschale. Die Grundlage hierfür ist ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V, der mit den vier genannten Krankenkassen abgeschlossen wurde.

Das Hamburger Modell konnte seit Beginn bereits einige **Erfolge** aufweisen. Die ambulanten Kontakte steigerten sich von durchschnittlich 0,2 auf 2,2 je Woche und der Anteil von Psychotherapie an der Behandlung steigerte sich von durchschnittlich 5 % auf 52 %. Die stationären Zeiten konnten halbiert werden und somit wurde insgesamt eine Kostenreduktion erreicht. Die PatientInnen zeigen mehr Behandlungstreue, und die Behandlungsabbrüche haben sich deutlich reduziert. Sowohl die PatientInnen als auch die Angehörigen sind wesentlich zufried-

dener mit der Behandlung, und die Zwangsmaßnahmen konnten verringert werden (vgl. Bock/Ohm 2011, S.124).

Prof. Dr. Thomas Bock (Leiter der Psychosen-Ambulanz und Krisentagesklinik und Leiter der Integrierten Versorgung am UKE) sieht einen weiteren Erfolg darin, dass das Hamburger Modell des UKE mit einem neuen Belohnungssystem gekoppelt ist. Statt eines »Full-house«-Prinzips wird nun gute ambulante Arbeit inklusive Hometreatment belohnt. Die stationären Ressourcen können in ambulante Ressourcen umgewidmet werden und die Zusammenarbeit mit ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern »lohnt« sich nun. Da die Teilzahlungen der Jahrespauschale immer gleich hoch sind, durch die intensive Behandlung der PatientInnen in der Anfangsphase jedoch höhere Ausgaben als Einnahmen entstehen, wird eine Kostendeckung, bzw. Kostenzuwachs erst dann erreicht, wenn die PatientInnen gut stabilisiert sind, und potenzielle Rückfälle vermieden wurden. Somit hat das Krankenhaus ein hohes Interesse daran, dass die PatientInnen mit der Behandlung zufrieden sind und in der Integrierten Versorgung bleiben. Durch die gute Stabilisierung der PatientInnen konnte das UKE nach zwei Behandlungsjahren die Höhe der Pauschale deutlich senken. Damit profitieren die Krankenkassen zusätzlich finanziell (vgl. Bock/Ohm 2011, S.123/124).

Prof. Dr. Bock nennt die Integrierte Versorgung einen Win-Win-Vertrag, der für alle Seiten mit Vorteilen verbunden ist. Das Hometreatment und die Krisenbetten bedeuten für die PatientInnen, dass sie nun dort behandelt werden können, wo es am wenigsten Angst macht. Die Behandlung erfolgt in einem anderen Kontext als bisher, und die Familie wird verstärkt mit einbezogen. Durch BezugstherapeutInnen, die die PatientInnen durch alle Maßnahmen begleiten, entsteht eine größere Kontinuität und Verbindlichkeit. Das Risiko einer Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus und der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen sinkt.

Das Krankenhaus kann seine Ressourcen nun flexibler einsetzen und hat eine vergrößerte Planungssicherheit. Die Krankenkassen wiederum haben eine Kostentransparenz und zum Teil sogar eine Kostenreduktion. Die gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer erhalten einen Bonus für zusätzlichen Behandlungsaufwand und können durch die erhöhte Kooperationsbereitschaft der Klinik besser mit ihr zusammenarbeiten (vgl. Bock/Ohm 2011, S.123/124).

Ein *Nachteil* des Modells ist, dass leider wichtige Komponenten der Behandlung wie z.B. eventuelle stationäre Aufenthalte in der Somatik, ambulante Ergo-, Psycho-, Soziotherapie, etc., häusliche- und fachpsychiatrische Pflege oder medizinische Rehabilitation nicht in der Jahrespauschale des Vertrages inbegriffen sind (vgl. Ohm 2008, URL 42).

#### **4.2.2 Das „Netzwerk psychische Gesundheit“ der Techniker Krankenkasse in Hamburg**

Gemeinsam mit der Abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit mbH (Abitato) hat die TK das *Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)* ins Leben gerufen. *„Mittlerweile ist ihm auch die KKH-Allianz beigetreten, die AOK Rheinland/Hamburg und die Barmer/GEK wollen sich ebenfalls beteiligen. Umgesetzt wird das Projekt gemeinsam mit der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, dem Verein Nussknacker und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).“* (Schwabe 2011).

Das Netzwerk bietet die Teilnahme an einem Versorgungsnetzwerk an. Auch hier handelt es sich um einen Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §140 a und b SGB V. Vertragspartner der Krankenkasse ist nicht wie im Hamburger Modell ein bestimmtes Krankenhaus, sondern die Managementgesellschaft Abitato. Diese ist nicht wie z.B. das UKE selbst Leistungserbringer, sondern ist ausschließlich für die Bewältigung der Managementaufgaben zuständig und beauftragt entsprechende LeistungserbringerInnen.

Im Gegensatz zum Hamburger Modell liegt der Fokus des Netzwerkes nicht auf der stationären Behandlungsnotwendigkeit und der dann ambulanten Nachbetreuung, sondern auf dem Netzwerk der ambulanten Betreuung vor Ort. Das Netzwerk bietet die Möglichkeit, psychische Erkrankungen im gewohnten Lebensumfeld zu behandeln. Es gibt zurzeit mehrere Angebote des Netzwerkes, in ganz Deutschland. Die weiteren Ausführungen beschränken sich auf das Angebot in Hamburg.

**Zielgruppe** des Netzwerkes psychische Gesundheit in Hamburg sind PatientInnen, die an einer Schizophrenie oder bipolaren Störung leiden. Zusätzlich aber auch PatientInnen mit einer Depression, Angsterkrankung, Zwangsstörung oder Persönlichkeitsstörung. Die PatientInnen müssen außerdem bei einer der teilnehmenden Krankenkassen versichert sein.

*„Im Netzwerk psychische Gesundheit kümmern sich sozial- und gemeindepsychiatrische, ambulante und stationäre Leistungserbringer um die Patienten und integrieren ihre Angebote. Ziel des neuen Konzepts ist es, die Patienten so weit zu unterstützen, dass sie trotz ihrer Erkrankung im gewohnten familiären, beruflichen und sozialen Umfeld bleiben können. Im Krisenfall werden sie nach Möglichkeit ambulant behandelt – statt stationär in einer Klinik.“* (Techniker Krankenkasse 2010, URL 54). Während der gesamten Teilnahme am Netzwerk wird die Gesamtbehandlung und sämtliche erforderlichen Leistungen, die die Versicherten benötigen,



durch FallmanagerInnen koordiniert. Sie stellen wichtige Bezugspersonen dar, erstellen zu Beginn gemeinsam mit den PatientInnen einen Behandlungsplan und begleiten sie individuell, unter anderem bei Arztbesuchen oder zu Treffen von Selbsthilfegruppen. Das Besondere an diesem Modell ist, dass PatientInnen bei Bedarf im Krisenfall neben der sozialpsychiatrischen Hilfe im Rahmen eines Hausbesuchs („hometreatment“) auch in sogenannte Krisenpensionen ziehen können, welche den Versicherten jederzeit eine Rückzugsmöglichkeit mit 24 Stunden zur Verfügung stehender professioneller Hilfe bieten (vgl. ebd.).

Im Gegensatz zum Hamburger Modell, bei dem die Ambulanz eine Jahrespauschale für die gesamte zu behandelnde Patientengruppe erhält, zahlt die Krankenkasse der von ihr beauftragten Managementgesellschaft für jeden eingeschriebenen und zu versorgenden Versicherten eine berechnete **Kopfpauschale**.

Aus diesen Pauschalen werden alle vertraglich festgelegten Leistungen vergütet, weiterhin Sach-, Personal-, und Investitionskosten und die Finanzierung der notwendigen stationären und teilstationären Leistungen, sowie die von den teilnehmenden Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen der Institutsambulanzen. Die Kopfpauschalen werden in sechs Vergütungsgruppen unterteilt, wobei für PatientInnen der Gruppe 1 die niedrigsten, für die PatientInnen der Vergütungsgruppe 6 die höchsten Pauschalen erbracht werden. „Die Kalkulation der Kopfpauschale basiert auf einer Kostenprognose der Techniker Krankenkasse pro Versicherten und pro Jahr für stationäre und teilstationäre Leistungen sowie für die Kosten für psychiatrische Ambulanzen der einzelnen Versicherten, unter Zugrundelegung des finanziellen Aufwand eines jeden Patienten für diese Leistungsbereiche in den letzten zwölf Monaten.“ (Steckermaier 2010, S.75, URL 53).

Im Sinne eines erfolgsorientierten Anteils erhalten die VertragspartnerInnen zusätzlich einen gewissen Prozentsatz der Kopfpauschale für jeden Versicherten, der im laufenden Kalenderjahr keine stationären Leistungen in Anspruch nehmen musste.

Ein **Vorteil** gegenüber dem Hamburger Modell besteht darin, dass im NetzWerk neben Psychotherapie und Psychoedukation auch Leistungen wie häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege und Soziotherapie enthalten sind. Des Weiteren besteht eine Vernetzung zu komplementären Angeboten wie ambulanter Rehabilitation, betreutem Wohnen und beruflicher Wiedereingliederung. Die PatientInnen können von ihrem ursprünglichen Hausarzt/ihrer ursprünglichen Hausärztin weiterbehandelt werden. Außerdem ist das NetzWerk nicht auf einzelne Stadtteile beschränkt, sondern deckt ganz Hamburg ab.

Dr. Stephanie Wuensch, Vorstandsmitglied der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, bestätigt im TK Spezial vom Dezember 2011 ein positives Interesse am Netzwerk seitens der PatientInnen. 90 Prozent derjenigen, die mit dem Netzwerk ein Erstgespräch führten, schrieben sich danach auch ein. *„Etwa die Hälfte von ihnen leidet unter Depressionen, je 20 Prozent unter Schizophrenie und Angststörungen und 10 Prozent unter einer Persönlichkeitsstörung. Insgesamt, so Dr. Wuensch, kommen allein bei der TK und der KKH-Allianz in Hamburg mehr als 4.000 Versicherte für eine Betreuung durch das Netzwerk infrage.“* (Schwabe 2011).

**Kritik** an diesem Modell äußert die Ärzteschaft. Sie fürchtet eine Schwächung ihrer Position auf dem Versorgungsmarkt und macht dem Modell den Vorwurf, *„dass mit dem Paradigmenwechsel eines Vertragsabschluss mit gemeindpsychiatrischen Leistungsanbietern bzw. den Wohlfahrtsverbänden, die ärztliche Behandlungshoheit aufgegeben wird und diese sich als Subunternehmer einer Managementgesellschaft als Vertragspartner beteiligen müssen.“* (Steckermaier 2010 S.82, URL 53).

#### **4.2.3 Das Modell „Integrierte Versorgung Schizophrenie“ der AOK Niedersachsen**

Das Modell **Integrierte Versorgung Psychose** ist ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §140 a ff. SGBV, der im Sommer 2010 zwischen der AOK Niedersachsen und dem Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen GmbH (I3G) abgeschlossen wurde und die sektorenübergreifende, individuelle Langzeitbehandlung von Schizophrenie-PatientInnen zum Ziel hat.

Wie im NetzWerk Psychische Gesundheit der Techniker Krankenkasse hat eine Krankenkasse den Vertrag zur Integrierten Versorgung mit einer Managementgesellschaft geschlossen. Die 2010 gegründete I3G GmbH ist eine unabhängige Tochtergesellschaft des Pharmaherstellers Janssen-Cilag, der unter anderem Neuroleptika herstellt. Die Managementgesellschaft I3G trägt die Budgetverantwortung und das wirtschaftliche Risiko des Versorgungsvertrages, organisiert die wissenschaftliche Begleitforschung und soll die Qualität dieser Versorgungsform sichern (vgl. I3G, URL 34).

Anders als beim Modell der Techniker Krankenkasse ist in diesem Modell noch eine dritte Partei beteiligt. Mit der operativen Ausführung vor Ort hat die I3G die Care4S GmbH, beauftragt. Diese wurde im April 2012 zur Tochtergesellschaft der I3G GmbH umstrukturiert und mit einem Team von 8 regionalen KoordinatorInnen für die Integrierte Versorgung verstärkt.

*„Die Care4S baut Netzwerke von Leistungserbringern auf, insbesondere aus den Bereichen der niedergelassenen Fachärzte sowie der ambulanten psychiatrischen Fachpfleger in Niedersachsen. Vorhandene Strukturen werden bestmöglich eingebunden.“* (ebd.)

Es werden Verträge mit Leistungserbringern geschlossen, um eine flächendeckende patientenzentrierte Versorgung aufzubauen. *„Dabei werden an erster Stelle die klassischen Ressourcen besonders qualifizierter Facharztpraxen genutzt, im weiteren auch fachärztliche Kompetenzen psychiatrischer Institutsambulanzen, die die Funktion der Leitstellen eines ambulanten Netzwerkes aus unterschiedlichen Leistungserbringern und die Etablierung eines gemeindenahen Behandlungsteams übernehmen.“* (Care4S, URL 15). Kriterien für die Auswahl der NetzwerkpartnerInnen sind: Qualität, Niedrigschwelligkeit sowohl im Zugang als auch in der Erreichbarkeit sowie Kosten.

**Zielgruppe** der Integrierten Versorgung Schizophrenie sind AOK-Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres mit Wohnsitz in Niedersachsen, bei denen durch einen Facharzt/eine Fachärztin eine schizophrene Erkrankung festgestellt wurde.

Wie beim Vertrag der Techniker Krankenkasse geht es vor allem darum, ein Netzwerk aufzubauen *„in dem ein Behandlungsteam aus Facharzt und -pfleger den Patienten mit seinen Angehörigen auf einem Behandlungspfad mit individuellen Therapiezielen begleitet. Der Patient erhält individuelle Therapieangebote, inklusive einer Versorgung durch kompetente Ansprechpartner (bei Bedarf rund um die Uhr. [...] Die Integrierte Versorgung Schizophrenie wird sukzessive in ganz Niedersachsen aufgebaut.“* (AOK, URL 6).

Auch in diesem Modell ist eines der Kernelemente der Behandlungs- und Versorgungsbegleitung das BezugstherapeutInnensystem. Des Weiteren basiert die Integrierte Versorgung der Schizophrenie-PatientInnen auf einem strukturierten Behandlungspfad. Dieser umfasst vier Module, die in Absprache mit den PatientInnen individuell festgelegt werden. Der Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin soll bei der Nutzung der Leistungsmodule helfen, den Patienten/die Patientin durch das Versorgungssystem lotsen und dadurch Transparenz und Sicherheit für die Betroffenen und ihre Angehörigen schaffen. Der begleitende Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin passt die Zusammensetzung und Intensität der Behandlungsmodule bei Veränderung des Verlaufs oder der psychosozialen Rahmenbedingungen oder in Krisenphasen entsprechend an (vgl. Care4S, URL 15).

Auch dieses Modell kann bereits einige **Erfolge** vermelden: „Rund 600 Patienten nehmen mittlerweile an dem landesweiten integrierten und sektorenübergreifenden Versorgungsmanagement teil. ‚Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Patienten deutlich von der stärkeren Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten profitieren‘, berichtete Marlis Richter, Geschäftsführerin der I3G“ (Ärzteblatt 08.10.2012, URL 3).

Im ersten Qualitätsbericht des Projekts aus 2011 heißt es: „Die Leistungserbringer berichten von breiter Zustimmung zur Versorgungsinitiative auf Patientenseite und von positiven Erfahrungen durch den besseren Einbezug der Bezugspflege und der Angehörigen.“ (AOK/Care4S/I3G 2012). Des Weiteren rege die Initiative Fachkräfte zum Nachdenken an, und die ambulante Pflege werde deutlich aufgewertet. Die an der Integrierten Versorgung Schizophrenie teilnehmenden PatientInnen würden kontinuierlicher betreut werden und nicht mehr so häufig aus dem Blickfeld geraten.

Frank Preugschat, Leiter des Versorgungsmanagements bei der AOK Niedersachsen, ist jedoch nicht ganz so optimistisch. Er sagt es hätten sich weniger PatientInnen eingeschrieben, als er sich erhofft hatte. „Die AOK Niedersachsen hatte unter ihren Versicherten 13.000 Schizophrenie-Patienten als geeignete Teilnehmer für die sogenannte Integrierte Versorgung (IV) ausgemacht. Seit dem Start im Oktober 2010 haben sich aber erst 500 Patienten bei dem Projekt eingeschrieben [...]“. (Financial Times 23.08.2012, URL 27).

Dieser Vertrag zur Integrierten Versorgung hat von Anfang an in der **Kritik** gestanden und besonders viel Aufsehen erregt, da die Tochtergesellschaft einer Pharmafirma daran beteiligt ist. Möglich macht die Teilnahme von Pharmaunternehmen an IV-Verträgen eine durch die schwarz-gelbe Bundesregierung mit dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vorgenommene Ergänzung des Paragraphen 140 b SGB V (vgl. Ärztezeitung 29.11.2010, URL 4).

Die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) kritisiert in ihrer Stellungnahme vom 14. Oktober 2010 das Engagement der pharmazeutischen Industrie im Bereich der Integrierten Versorgung und hinterfragt hier vor allem kritisch das Engagement von kommerziell arbeitenden Firmen. Da psychisch kranke Menschen häufig weniger in der Lage wären als andere PatientInnen, Alternativen zu suchen und zu wählen, seien solche Bestrebungen im Bereich psychischer Erkrankungen besonders kritisch zu sehen (vgl. DGPPN 2010, URL 17). Der Präsident der DGPPN, Frank Schneider, meint es wäre so, als wenn ein Autohersteller auch die Straßen und das Benzin in einer Holding kontrollieren würde. *„Eine klare Form der Grenzüberschreitung.“* (Haarhoff 2010, URL 32).

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Therapie äußert sich in einer Stellungnahme vom 20. Oktober 2010 zum Arzneimittel-Neuordnungsgesetz wie folgt: *„Mit der Einbeziehung von Herstellern pharmazeutischer Produkte als Partner der Modelle zur Integrierten Versorgung ist zu befürchten, dass in der Behandlung aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, der Verordnung eines Medikamentes des Herstellers Vorzug gegeben wird und die Entscheidung im Einzelfall für die besten und wirksamsten Arzneimittel eingeschränkt wird.“* (DGSP 2010, URL 19).

Die Journalistin Heike Haarhoff formuliert es in ihrem Artikel vom 05.11.2010 in der taz noch drastischer. Dadurch dass die Care4S Auftragnehmerin der I3G ist, ist sie damit direkt abhängig von deren Entscheidungen. Das kann bedeuten, dass die I3G als Finanzverantwortliche beispielsweise eines Tages feststellen könnte, dass das Arzneimittelbudget überzogen sei. *„Daraufhin könnte sie die Ärzte auffordern, bei den Verordnungen zu sparen. Und rein zufällig könnte in dieser Situation Janssen-Cilag auf den Plan treten und den beteiligten Ärzten mit Vorzugspreisen für ihre Medikamente aus der Patsche helfen.“* (Haarhoff 2010, URL 32).

Das größte Bedenken aller Kritiker ist also, dass ÄrztInnen bei ihrer Therapieentscheidung fremdgesteuert werden könnten, und dass z.B. die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Medikament durch die Pharmaindustrie beeinflusst wird.

Die AOK hatte den IV-Vertrag ausgeschrieben, und zehn Interessenten gaben Angebote ab. *„Für die I3G GmbH habe man sich entschieden, weil das Unternehmen in der Lage sei, die notwendigen Investitionen zum Beispiel für EDV-Vernetzungen aufzubringen.“* (Ärzteblatt 25.11.2010, URL 2).

Auch Gerd Glaeske, Professor für Versorgungsforschung an der Universität Bremen, meint, dass sich die Integrierte Versorgung flächendeckend nicht ohne das Kapital der Pharmafirmen realisieren lässt. Jedoch werde damit die Privatisierung des Gesundheitswesens weiter vorangetrieben, und am Beispiel der USA könne man sehen wohin das führt: *„Dort gibt es die Integrierte Versorgung durch kommerzielle Unternehmen als »Managed Care« schon seit Jahrzehnten. Weil Pharmaunternehmen die Vorgaben machen, dürfen dort die beteiligten Ärzte in einzelnen Fällen ihre Patienten über alternative und möglicherweise bessere Therapien nicht einmal informieren. »In diesem Fall geht das Effizienzdenken klar zu Lasten der Qualität«, warnt Glaeske.“* (Reuter 2011, URL 46).

Die AOK betont selbstverständlich die Unabhängigkeit der Versorgung von den Interessen Dritter. Jedoch sind die Bedenken aller Seiten durchaus nachvollziehbar. Es ist fraglich, ob eine Krankenkasse die Interessen ihrer Versicherten unabhängig vertreten kann, während sie gleichzeitig die Versorgung dieser Versicherten einem privaten, profitorientierten Unterneh-

men überlässt, das auch noch Tochterfirma eines Medikamentenherstellers für dieselbe zu vertretende Versichertengruppe ist.

## **5. Psychische Krankheit und Gesellschaft in Deutschland**

Nachdem nun ausführlich das Gesundheitssystem, das psychiatrische Versorgungssystem und die Integrierte Versorgung vorgestellt wurden, soll in dem folgenden Kapitel der Begriff der psychischen Erkrankung näher beleuchtet werden. Was bedeutet es eigentlich psychisch krank zu sein? Welche Ursachen führen zu einer psychischen Krankheit, welchen Teil trägt die Gesellschaft dazu bei und wie geht diese überhaupt mit psychisch kranken Menschen um? Auf diese Fragen soll das folgende Kapitel eine kurze Antwort liefern.

### **5.1 Definition psychischer Erkrankung**

*„Eine psychische Störung ist vorhanden, wenn bei einer Person abweichend von der Norm ein klinisch bedeutsames Muster von Symptomen in den Bereichen der Emotion, des Verhaltens, des Denkens, des Erlebens oder der Interaktion auftritt, unter dem die Person leidet oder welches sie in wichtigen psychosozialen Funktionsbereichen beeinträchtigt.“* (Wälte 2011, S.130).

Laut Statistiken der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leidet weltweit jede/r vierte PatientIn, der/die eine ärztliche Praxis aufsucht, an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. In Deutschland erkrankt ungefähr jede/r dritte Erwachsene im Alter zwischen 18 und 65 Jahren im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Bereits bei Kindern und Jugendlichen beträgt der Anteil etwa 20% (vgl. ebd. S.125.). Die dabei am häufigsten vorkommenden Krankheiten sind Angststörungen, affektive Störungen, wie Depressionen, oder psychosomatische Erkrankungen. Frauen sind insgesamt deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer (vgl. Psychotherapeutenkammer Bremen URL 45).

*Psychische Erkrankungen belasten die ganze Lebensführung eines Menschen, stören die sozialen Beziehungen und ziehen die soziale Umgebung in Mitleidenschaft. Andererseits können es Belastungen im Lebensumfeld und in den sozialen Beziehungen einer Person sein, die sie psychisch ‚verletzen‘ und aus der Bahn ihrer Lebensführung werfen.“* (Wendt 2002, S.47). Sich selber und der Umwelt psychisch nicht gewachsen zu sein, kann weitreichende Folgen haben und beeinflusst die Zufriedenheit mit sich und dem eigenen Leben enorm. Dementsprechend

ist es genauso wichtig neben körperlich bedingten Leiden auch psychische Leiden zu erkennen und nach entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten bzw. Möglichkeiten des Umgangs mit dieser Krankheit zu suchen.

*„Für die Klassifikation psychischer Störungen liegen zwei Manuale vor. Zum einen das Kapitel V (F) der ICD (International Classification of Diseases)“ der WHO, „zum anderem das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association.“ (Wälte 2011, S.131). Dieses System ordnet psychische Krankheiten nach ihren Symptomen, beschreibt also ihre Auswirkungen und macht dabei keine Aussage über die Ursachen der Krankheit (vgl. Finzen/Hoffmann Richter 2008, S. 25ff.).*

Die Differenzialdiagnostik einer psychischen Störung ist in der Regel eine komplexe Aufgabe eines Psychiaters/einer Psychiaterin oder eines/einer Psychologischen PsychotherapeutIn und hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Durch falschen Gebrauch der Klassifikation besteht eine gewisse Gefahr der Stigmatisierung, und es gilt beim Klassifikationssystem ein „Alles-oder-nichts-Prinzip“: Entweder die Störung ist vorhanden oder nicht. Nicht alle Probleme lassen sich jedoch eindeutig den klassifizierten Störungen zuordnen, und die Diagnosen werden der Individualität der einzelnen Personen nicht gerecht. Anstatt den besonderen Einzelfall zu betrachten, greift man so eher auf eine Standardlösung zurück, die nicht immer hilfreich sein muss und kann (vgl. Wälte 2011, S.131).

Andererseits ist durch eine Klassifikation eine detaillierte und systematische Beschreibung der Störungen und ihrer Art und Schwere überhaupt erst möglich, und die Diagnose ist wichtig für die Behandlungsplanung eines Therapeuten/einer Therapeutin. Auch für den Betroffenen muss eine Diagnose nicht immer stigmatisierend sein, sondern eine Beurteilung seiner Krankheit und die Möglichkeit ihr „einen Namen zu geben“ kann auch erleichternd sein.

Die unterschiedlich definierten psychischen Störungen beschreiben, wie Personen darunter leiden, dass sie anders denken, fühlen oder handeln als die meisten Anderen. So empfinden sie bestimmte Gefühle wie Freude oder Liebe beispielsweise anders oder gar nicht mehr, ihr Leben wird von Angst und Traurigkeit bestimmt oder sie sind heftigen Gefühlsschwankungen ausgesetzt. Psychische Erkrankungen können sowohl das Denken, die Konzentration- oder Handlungsfähigkeit einschränken, als auch körperliche Beschwerden wie z.B. ständige Müdigkeit, Schmerzen oder Schlaflosigkeit hervorrufen. Typische Eigenschaften psychischer Störungen sind, dass sie meist über einen längeren Zeitraum andauern, Leiden verursachen, das Leben sowohl privat als auch beruflich stark beeinträchtigen, nur selten willentlich zu

steuern sind und sogar lebensgefährlich auswirken können (vgl. Psychotherapeutenkammer Bremen, URL 45).

## 5.2 Gesellschaftliche Ursachen für psychische Krankheiten

Neben biologischen Faktoren können auch soziokulturelle (die Gesellschaft und ihre Kultur betreffende) und psychosoziale (durch soziale Gegebenheiten bedingte) Faktoren Ursache für psychische Krankheiten sein. Die psychosoziale Belastung des Einzelnen durch individuellen und gesellschaftlichen Stress nimmt stetig zu. Leistungsdruck bei der Arbeit, in der Schule oder beim Sport, der Druck, den das Schönheitsideal der Medien ausübt, der gesellschaftliche Druck, ein erfülltes, erfolgreiches, interessantes und glückliches Leben zu führen, die Schwierigkeit, sich bei den vielen gegebenen Wahlmöglichkeiten im Leben richtig zu entscheiden und zu orientieren usw.

Das Ärzteblatt nennt in einem Artikel vom Mai 2008 folgende *soziokulturelle Gründe* für die Zunahme psychischer Erkrankungen:

- „*Kleinere Familien, geringerer familiärer Zusammenhalt*
- *Erhöhte geografische Mobilität mit Abnahme dauerhafter sozialer Bindungen*
- *Veränderte Rollenerwartungen an Frauen und Männer*
- *Deutlich gestiegene berufliche Anforderungen oder Arbeitslosigkeit*
- *Zunehmende Orientierungslosigkeit und Werteverlust*
- *Mangel an körperlicher Aktivität, Übergewicht, Alkohol- und Drogenkonsum*“ (Ärzteblatt Mai 2008, URL 1).

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologe, Gerd Laux, zählt in seinem Artikel außerdem noch folgende mögliche soziokulturelle Faktoren psychischer Krankheit auf: die Mediengesellschaft mit ihrer Reizüberflutung, die grenzenlosen Möglichkeiten und Freiheiten, Konsumzwänge, den fehlenden Wertekonsens und den Verlust religiöser Geborgenheit. Außerdem nennt er die Arbeitswelt, die persönliche Lebensführung sowie die Erziehung und Prägung als mögliche Ursachen und Risikofaktoren (vgl. Laux 2011, URL 39).

Die heutige berufliche Situation ist durch Globalisierung und Digitalisierung, Arbeitsverdichtung, instabile Arbeitsverhältnisse sowie die Pluralisierung von Arbeitsformen wie z.B. Zeitarbeit oder freie Mitarbeit charakterisiert. Jede/r einzelne sieht sich einem enormen gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, und viele stehen vor allem im Beruf unter hohem Leistungsdruck (vgl. ebd). Der Soziologe Richard Sennett spricht von den Werten einer flexiblen Gesellschaft. Das früher dominierende „Langfristige“, wie z.B. lebenslange Beschäftigungsverhält-



nisse, wird ersetzt durch etwas Flexibles, leicht Veränderbares und Kurzlebiges. Die moderne Arbeitswelt kennzeichnet ein Mangel an Loyalität und Verbindlichkeit sowie wenig feste verlässliche Bindungen und soziale Beziehungen (vgl. Sennett 2000, S.31).

Die Trennung von Arbeit und Leben, arbeiten und erholen, ist nicht mehr klar zu ziehen. Flexible Arbeitszeiten und die Möglichkeiten, ständig erreichbar zu sein, vermischen beides zunehmend miteinander. Auch das Privatleben ist durch vielfältige Lebensformen und Lebensstile ausgezeichnet. Der Alltag wird immer weniger durch tradierte Sicherheiten und Lebensmuster bestimmt. Auch hier besteht ein hoher Druck, denn in der heutigen Erlebnisgesellschaft sollte und möchte jeder ein schönes und glückliches Leben führen. Auf der einen Seite gibt es eine Vielzahl an individuellen Gestaltungs- und Wahlmöglichkeiten, andererseits impliziert dies aber auch schwierige Entscheidungen und den Druck, den eigenen Lebensverlauf eigenverantwortlich zu gestalten. Die Planung und Gestaltung des Lebens wird zunehmend zu einem selbständigen, individuell unabhängigen Projekt. Dies kann auch zu Orientierungslosigkeit führen, verloren in all den Möglichkeiten (vgl. Laux 2011, URL 39). So manch eine/r ist überfordert mit der alleinigen Verantwortung für Alltag und Lebensführung, und vielen fehlen ein klarer Lebensplan und sinnstiftende Lebensziele. Des Weiteren kann nur derjenige/diejenige aus einer Fülle von Möglichkeiten wählen, der/die die entsprechenden Ressourcen dazu hat. Vielen Menschen, vor allem dem Klientel der Sozialen Arbeit, fehlt es jedoch zum einen an materiellen Ressourcen, zum anderen an den Kompetenzen zur eigenen Lebensgestaltung, zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen und zur Herstellung erfüllender und tragfähiger Beziehungen.

Der Soziologe Alain Ehrenberg nennt in seinem Buch „Das erschöpfte Selbst“ die in der heutigen, schnelllebigen, modernen Gesellschaft sehr häufig auftretende Depression als die unerkannte Erkrankung der Individualisierung. *„Von autoritärem Druck weitgehend befreit, sind es gerade die hinzugewonnenen Wahl- und Handlungsfreiheiten, die die Menschen in den postindustriellen Gesellschaften samt ihrer prekären Beschäftigungsverhältnisse an den Rand der Erschöpfung treiben.“* (Frankfurter Rundschau 03.05.2011, URL 28).

Die Schnelllebigkeit der heutigen Zeit erfasst auch zunehmend die Familien. Immer häufiger trennen sich Paare oder lassen sich scheiden. Die Zahl der alleinerziehenden, überforderten Elternteile nimmt entsprechend zu, und immer mehr Kinder haben unter den Folgen einer Trennung der Eltern zu leiden.

Heutzutage lastet auch schon sehr früh ein hoher Erwartungs- und Leistungsdruck auf den Kindern, angefangen im Kindergarten bis zum Ende der Schulzeit. In ihrer Freizeit nehmen sie oft zusätzlich an Wettbewerben teil, in denen sie sich erneut behaupten müssen. *„Andererseits befinden sich viele Jugendliche in einer Art Versorgungsparadies mit verständnisvollen Eltern als Partnern, Wohlstandsverwöhnung und gesicherter finanzieller Existenz. Inadäquate Erziehungsmodelle wie die ‚Partnerschaftsmentalität‘ überfordern die Kinder, denn sie sind keine kleinen Erwachsenen und müssen elterliche Autorität akzeptieren lernen. Kinder und Jugendliche sind überbehütete, überforderte oder vernachlässigte Hoffnungsträger zwischen Markt, Medien, Milieu und Eltern.“* (Laux 2011, URL 39).

Vor allem Mädchen orientieren sich stark an dem durch die Medien enorm fokussierten Schönheitsideal der schlanken Frau, denn nur diese ist beliebt und erfolgreich. Übergewicht ist gesellschaftlich negativ bewertet. Dieses Schlankheitsideal verunsichert junge Mädchen, die in der Pubertät sowieso schon alles in Frage stellen, und führt nicht selten zu essgestörtem Verhalten bis hin zu manifestierten Essstörungen wie Bulimie oder Anorexie.

Es herrscht ein allgemeines Streben nach Anerkennung, guten Leistungen und Beliebtheit in allen Bereichen des Lebens und der Druck, immer der/die Beste zu sein. Die Schuld für Misserfolge wird oft bei sich selber gesucht, und das Gefühl versagt zu haben kann in extremen Fällen die Gestalt einer Depression annehmen.

### **5.3 Umgang der Gesellschaft mit psychisch kranken Menschen**

Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind oft einer doppelten Belastung ausgesetzt. Einerseits müssen sie mit den Symptomen ihrer Krankheit leben und ihren Alltag meistern, andererseits sehen sie sich der Tatsache gegenüber, dass psychische Erkrankungen in der Gesellschaft noch immer mit einem Stigma behaftet sind. *„Psychische Krisen kennt jeder, psychisch krank möchte aber keiner sein. Vor seelischem Leid schrecken wir zurück. Es ist zu bekannt und zu fremd. ‚Ich bin doch nicht verrückt!‘, ist häufig die erste Reaktion. Doch irren ist menschlich.“* (Psychotherapeutenkammer Bremen, URL 45).

In einem Artikel über die Irrenoffensive von Isabell Wiedemeier heißt es passend: *„Der nackte Wahnsinn ist populär und verkauft sich gut. Hinter echt-wahnsinn.de zum Beispiel verbirgt sich eine biedere Webseite, die «originelle» Geschenke vertreibt, es ist «totaler Wahnsinn», was am Wochenende bei der Party abging, und ein bisschen verrückt geben wir uns gern [...] Doch nur, weil wir schnell mal «ist ja verrückt» sagen, wenn wir «ist ja wunderbar» meinen,*

*heißt das nicht, dass die Gesellschaft Menschen besonders offen gegenübersteht, die sich auffallend anders verhalten. Nur, weil ein bisschen Wahnsinn als Attitüde ganz gut kleidet und der Persönlichkeit als Ventil dient, haben wir noch lange kein Ohr für die, die wirklich die Kontrolle verloren haben.*“ (Wiedemeier 2011, URL 55).

Rüsch, Berger, Finzen u.a. sprechen in ihrem Beitrag „Das Stigma psychischer Erkrankungen“ davon, dass Analysen von Film- und Druckmedien drei typische Fehleinschätzungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen identifiziert haben:

- *„Sie sind gefährliche Irre, zu denen man auf Distanz gehen sollte*
- *Sie sind rebellische Freigeister, für die man Entscheidungen autoritär treffen muss*
- *Sie haben rührend-kindliche Wahrnehmungen der Welt, so dass man sie wie Kinder wohl tätig umsorgen muss.*“ (Rüsch/Berger/Finzen u.a. 2004, S.3/4, URL 47).

Psychisch Kranke werden stärker ausgegrenzt als körperliche kranke Menschen, und oft wird ihnen sogar die Verantwortung für ihre Krankheit in die Schuhe geschoben, z.B. bei Suchtkranken oder Essgestörten. Es existieren „die psychisch Kranken“ und „die Normalen“, dass dies aber fließend ineinander übergeht und eine psychische Krankheit jeden treffen könnte, dessen ist sich die Allgemeinheit nicht bewusst. Diese Stigmatisierung durch die Gesellschaft kann soweit führen, dass psychisch kranke Menschen die allgegenwärtigen Vorurteile gegenüber ihrer Krankheit akzeptieren, ihnen sogar zustimmen und sie gegen sich selbst wenden. Diese Selbststigmatisierung führt dann wiederum zu einem noch größeren Verlust an Selbstbewusstsein (vgl. ebd).

Um Stigmatisierungen zu vermeiden, verschweigen viele Menschen mit einem psychischen Problem eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung oder entscheiden sich sogar komplett dagegen. Meist ist eine psychische Krankheit kein von außen sichtbares Merkmal, die Aufnahme einer Therapie wäre jedoch ein eindeutiger „Beweis“. Und wer will schon in eine „Irrenanstalt“ oder „Klasmühle“. Die Betroffenen ziehen sich von der Gesellschaft zurück und leben zunehmend isoliert und einsam mit ihren Problemen. Nur wenige schaffen es, aktiv das soziale Umfeld zu informieren und zu versuchen die Einstellung zu psychischen Erkrankungen zu verbessern (vgl. ebd).

Die Bevölkerung muss in Zukunft noch besser über psychische Krankheiten aufgeklärt werden, und zwar in allen Bereichen des täglichen Lebens wie Schule, Beruf und Freizeit.

*„Um hier Problembewusstsein, Sensibilität und Verhaltensänderungen zu erreichen, sind gemeinsam mit Betroffenen, Selbsthilfegruppen und Angehörigenverbänden starke Verbündete in der Politik, in den Medien, Kirchen, bei der Polizei und Justiz, Kostenträgern, Vertretern*

von Arbeitgebern und Hausbesitzern, innerhalb der Ärzte- und Psychologenverbände und bei anderen gesellschaftlichen Gruppen zu gewinnen.“ (Rüsch/Berger/Finzen u.a. 2004, S.10/11, URL 47). Das Bewusstsein der Gesellschaft muss verändert werden, um Stigmatisierung abzubauen und damit die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zu erhöhen.

## 6. Die Soziale Arbeit im deutschen Gesundheitswesen

Der eben beschriebene Zusammenhang zwischen psychischen Krankheiten und der Gesellschaft ist für diese Arbeit insofern von großer Relevanz, als dass psychische Krankheiten immer auch einen sozialen Anteil haben, wie z.B. Arbeitslosigkeit, Armut oder Stress in Beruf oder Familie. Im sogenannten biopsychosozialen Krankheitsmodell, welches heute bei der Behandlung von psychisch kranken Menschen dominiert, wird neben den biologischen und psychischen Anteilen einer Krankheit immer auch nach dem sozialen Anteil gefragt. Alle Anteile sollten dabei als gleichwertig angesehen werden. Die MedizinerInnen kümmern sich vor allem um die biologischen Faktoren, die TherapeutInnen sind für die psychischen Anteile zuständig. Die Bearbeitung des Sozialen ist Aufgabe der Sozialen Arbeit. Sie ist Expertin für soziale Probleme, hierin liegt ihr eigenständiger Beitrag zur Behandlung kranker Menschen.

Im nun folgenden Kapitel werden die klinische Sozialarbeit, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit und ihr Hauptanliegen, das Bearbeiten Sozialer Problemlagen, dargestellt. Außerdem erfolgt ein Überblick über die bedeutsamsten Leitperspektiven, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit im Gesundheitssystem und es wird näher auf die Soziale Arbeit im psychiatrischen Versorgungssystem eingegangen. Am Ende des Kapitels geht es um die Beiträge der Sozialen Arbeit im System der Integrierten Versorgung.

### 6.1 Klinische Sozialarbeit

Der **Begriff** der klinischen Sozialarbeit kommt ursprünglich aus den USA. Dort wird die klinische Sozialarbeit bereits seit 1978 als eigene spezialisierte Profession durch die National Association of Social Work anerkannt, versteht sich als therapeutische und behandelnde Sozialarbeit und ist dem Feld der klassischen Psychotherapie zuzuordnen. Die durch einen Masterabschluss qualifizierten „Licensed Clinical Social Worker“ können sich in den USA in eigenen Praxen niederlassen und ihre Leistungen mit der Krankenkasse abrechnen. Sie sind zur Diagnostizierung und Behandlung von psychischen Störungen berechtigt. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.541).

In Deutschland findet sich der Ansatz der klinischen Sozialarbeit in der früheren Fürsorgetätigkeit in Krankenhäusern, in der behördlichen Gesundheitsfürsorge oder in unterschiedlichen Beratungsansätzen.

Die deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit definiert klinische Sozialarbeit wie folgt: „*Von Klinischer Sozialarbeit wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten erfolgt und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung liegt ihr Fokus auf der psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung von Personen im Kontext ihrer Lebenswelt.*“ (DGSA, URL 24).

**Zielgruppe** der klinischen Sozialarbeit sind insbesondere Menschen, die aufgrund multipler Belastungssituationen ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben oder bereits erkrankt bzw. behindert sind. Dies können z.B. psychisch kranke oder drogen- und alkoholabhängige Menschen sein, chronisch körperlich kranke oder behinderte Menschen, schwer beeinträchtigte Kinder und Jugendliche und deren Familien, dissoziale, gewalttätige und straffällige Menschen, nach Gewalterfahrung oder Missbrauch traumatisierte Personen oder Menschen mit familiären Problemen und in entwicklungs- oder situationsbedingten Krisen (vgl. Klinische Sozialarbeit, URL 36).

„*Die klinische Sozialarbeit vereint unterschiedliche methodische Ansätze, die den subjektiven Überforderungen der Klientel ebenso Rechnung tragen wie den sozialen Problemen und den Ausstattungsdefiziten.*“ (Ansen, Gödecker-Geenen, Nau 2004, S.19). Ihr Methodenspektrum umfasst z.B. die soziale Beratung und Unterstützung, die Krisenintervention, sozialanwaltliches Engagement und praktische Hilfen im Alltag. Hier ist die Soziale Arbeit auf breite Wissensgrundlagen angewiesen, um den vielfältigen Ansprüchen gerecht zu werden (vgl. ebd.).

Klinische Sozialarbeit hat ihre **Aufgaben** hauptsächlich in folgenden Bereichen (vgl. Wendt 2002, S.40):

- In der Psychiatrie, insbesondere im Sozialpsychiatrischen Dienst
- In der stationären und ambulanten Suchtkrankenhilfe
- In der Rehabilitation chronisch kranker Menschen und in der Nachsorge bei schweren Erkrankungen
- In der Anschlussheilbehandlung in Einrichtungen der Rehabilitation
- In der Pädiatrie, auch in Verbindung mit der Frühförderung behinderter Kinder und der Kinder- und Jugendhilfe
- Im Krankenhaussozialdienst

- In der Altenhilfe

Die **rechtlichen Grundlagen** für die Klinische Sozialarbeit stehen in den Sozialgesetzbüchern V und IX sowie in den meisten Landeskrankenhausgesetzen (vgl. Hegeler 2008, S.121 f.):

Das **SGB V** regelt die gesetzliche Krankenversicherung und sichert im §112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 den Versicherten soziale Beratung und Betreuung zu. Außerdem soll ein nahtloser Übergang von der stationären Behandlung zur Rehabilitation oder Pflege gewährleistet werden.

Das **SGB IX** oder auch Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen, beschreibt die Leistungen, die größtenteils durch den Sozialdienst des Krankenhauses abgedeckt werden. So z.B. Umfassende Information und Beratung, Unterstützung der PatientInnen und Angehörigen bei der Klärung der zuständigen Leistungsträger und umfassende Rehabedarfsklärung. Der §26 Abs. 3 Nr. 1-7 SGB IX nennt explizit die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, für deren Umsetzung SozialarbeiterInnen im Krankenhaus gefragt sind, wie z.B. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Angehörigenberatung, Hilfen zur Förderung der sozialen Kompetenz oder zur seelischen Stabilisierung usw. Das SGB IX ist erst 2001 in Kraft getreten und bildet eine Basis zur Umsetzung psychosozialer Handlungsansätze. *„Seine Entstehung ist die Reaktion des Gesetzgebers auf sozial- und gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse über die Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Entstehung und im Verlauf komplikationsreicher Erkrankungen.“* (ebd., S.122).

Die klinische Sozialarbeit befindet sich zurzeit in einem Diskurs zu der Frage, ob klinische Sozialarbeit als Fachdisziplin der sozialen Arbeit weiter ausgebaut werden sollte. *„Derzeit dominiert die professionspolitische Frage, ob mit der klinischen Sozialarbeit der Einstieg in eine Spezialisierung erfolgen soll (und damit eine Aufwertung der Sozialen Arbeit gelingt) oder ob die nun klinisch genannten Aspekte Teil der grundständigen Sozialarbeit sind (die durch eine wie immer geartete Fachsozialarbeit entwertet wird).“* (Mühlum 2002, S.17)

Die Kritiker einer Fachdisziplin der klinischen Sozialarbeit führen an, dass diese die Gefahr der Therapeutisierung Sozialer Arbeit mit sich bringe und die grundständige Soziale Arbeit abwerte. Die generalistische Kompetenz gehe verloren, und die Soziale Arbeit falle zurück in eine Defizitorientierung. Für eine Fachdisziplin spricht wiederum, dass diese die Soziale Arbeit gegenüber anderen Gesundheitsberufen positioniert, die Gesundheitskompetenz und das Profil schärft, der diffusen Allzuständigkeit entgegenwirkt, Entwicklungs- und Karrierechancen eröffnet, zur Forschung und Wissenschaftsentwicklung beiträgt und Anstöße zur Methodenentwicklung gibt (vgl. Mühlum 2002, S.17).

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit bemüht sich darum, die klinische Sozialarbeit in Deutschland weiter zu etablieren. Es existieren bereits an mehreren Hochschulen in Deutschland Masterstudiengänge für eine Spezialisierung im Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Des Weiteren zertifiziert die Zentralstelle für klinische Sozialarbeit SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen zu FachsozialarbeiterInnen für Klinische Sozialarbeit. Voraussetzungen dafür sind neben dem Hochschulabschluss in Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagogik unter anderem eine mindestens fünfjährige Berufspraxis mit klinisch-sozialen Aufgabenstellungen und erfolgreich abgeschlossene Fort- bzw. Weiterbildungen in Gesprächsführung, Beratung, Psycho- oder Soziotherapie. Dies stellt „*einen wichtigen Schritt der Professionalisierung fachspezifischer Sozialarbeit bei gesundheitsbezogenen beratenden und behandelnden Aufgabenstellungen*“ dar. (Klinische Sozialarbeit URL 36).

Auch der Psychiater Wolf Crefeld spricht sich klar für eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit aus. Er schreibt, dass unsere Gesellschaft heute hinsichtlich der Qualität beruflicher Leistungen von Erwartungen ausgeht, denen ohne Spezialisierungen in den Fachberufen nicht zu entsprechen sei. Somit komme die Soziale Arbeit als Beruf und Wissenschaft an der Frage der Bildung von Spezialdisziplinen nicht vorbei (vgl. Crefeld 2002, S.3, URL 16).

Er wünscht sich eine klinische Sozialarbeit „*als eine Subdisziplin der Sozialen Arbeit, deren Basis zunächst einmal die gleichen Handlungstheorien und Handlungskonzepte sind, wie sie für die soziale Beratung und Unterstützung in allen Bereichen Sozialer Arbeit gelten.*“ (ebd., S.7). Das Besondere an ihr wäre, dass sie sich der Weiterentwicklung fachlicher Standards gerade bei komplexen psychosozialen Problemstellungen und schwierigen psychischen Störungen widmen würde. Seiner Meinung nach wären dann Absolventen solcher für eine klinische Sozialarbeit konzipierter Masterstudiengänge akademisch formal den Ärzten und Diplom-Psychologen gleichgestellt (vgl. Crefeld 2002, S.3, URL 16).

Hier liegt eines der wesentlichen Mankos der klinischen Sozialarbeit. Sie zählt noch nicht zu den Schlüsselfunktionen gesundheitlicher Versorgung und ist der ärztlichen Versorgung untergeordnet. So kann ein Sozialpädagoge/eine Sozialpädagogin z.B. einen Antrag für eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme stellen, dieser muss jedoch zusätzlich von einem behandelnden Arzt/einer Ärztin unterschrieben werden.

Idealerweise sollte dem biomedizinischen Krankheitsmodell, das sich überwiegend auf die körperlichen Symptome konzentriert, das psychosoziale, ganzheitliche Konzept der Sozialen Arbeit gleichwertig zur Seite gestellt werden. Deren Kompetenz liegt in dem veränderten Fo-

kus: Der sozialarbeiterische Blick orientiert sich an Ressourcen und Kompetenzen statt an Defiziten und Risikofaktoren, an Teilhabe und Autonomie statt an Entmündigung und löst sich somit von der Fixierung auf Krankheit (vgl. Mühlum 2002, S.13). Auf dieses Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit wird im folgenden Teil näher eingegangen.

### **6.1.1 Verständnis von Gesundheit und Krankheit**

„Eine gesundheitsfördernde soziale Arbeit ist mit der Komplexität sozialer Lebenswelten und Lebenslagen konfrontiert, denn Gesundheit und Krankheit werden im Alltagskontext hergestellt, also in Familie, Nachbarschaft, Schule, am Arbeitsplatz und in der Freizeit.“ (Dörr 2005, S.94). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, geht klinische Sozialarbeit von Gesundheit und nicht von Krankheit und Leiden aus. Der Fokus liegt auf der Gesundheit als Wohlbefinden, als Ressource und Beitrag zur Lebensqualität, und auf sozialen Gesundheitsdeterminanten. Somit kann die Soziale Arbeit jedoch nicht wie die Medizin mit der Perspektive von Leiden und Krankheit auf die Verfahren der Heilung und Behandlung zugreifen. Die sogenannte salutogenetische Perspektive der klinischen Sozialarbeit spricht daher eher von einer Gesundheitsförderung (vgl. ebd).

Diese *salutogenetische Perspektive* des Medizinsoziologen Antonowsky hat eine hohe Bedeutung für die klinische Sozialarbeit. Die Soziale Arbeit hat den Anspruch, von Gesundheit und nicht von Krankheit auszugehen. Das Modell der Salutogenese fragt sich entsprechend, was den Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüssen gesund hält, oder wie er es schafft sich von Krankheit wieder zu erholen. Kernstück dieses Modells stellt das sogenannte Kohärenzgefühl dar, eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Eine Person ist umso gesünder bzw. wird umso schneller gesund und bleibt es auch, je ausgeprägter ihr Kohärenzgefühl ist. Das Kohärenzgefühl ist dynamisch. Es wird ständig mit neuen Lebenserfahrungen konfrontiert und durch diese beeinflusst (vgl. BZgA 2001, S. 28ff.) Nach Antonowsky bilden drei Komponenten den Kern des Konzeptes des Kohärenzgefühls:

- *„Verstehbarkeit: bezeichnet das Ausmaß, in dem die Reize und Situationen, mit denen man alltäglich konfrontiert wird, Sinn machen und kognitiv als klare, geordnete Information verstanden werden können.*
- *Bewältigbarkeit: meint das Ausmaß, in dem man die Anforderungen, die auf einen zukommen, mit den verfügbaren Ressourcen als bewältigbar wahrnimmt.*



- *Sinnhaftigkeit: bildet das motivationale Moment und bezieht sich auf das Ausmaß, in dem ein Leben emotional Sinn macht, das heißt in dem die Probleme und Anforderungen des Lebens als solche erlebt werden, für die es sich einzusetzen lohnt.*“ (Dörr 2005, S.26):

Bezieht man diese Ausführungen auf die Begleitung von Menschen in psychosozialen Krisen, so wird es darauf ankommen, individuelle, bedürfnis- und biographieorientierte Beziehungen in einem offenen sozialen Raum einzugehen. Die Forderung an die Soziale Arbeit in der Psychiatrie lautet daher, *„dem kompetenten Gespräch über Probleme der Lebenspraxis einen sozialen Ort zu verschaffen [...], klärungsorientiert die Aneignung der eigenen Biographie in einem Prozess des Selbstverstehens zu fördern und darauf bezogene, konkrete Bewältigungsmuster miteinander zu entwickeln.*“ (ebd., S.26f.)

Antonowsky kritisiert die übliche Einteilung in gesund und krank und setzt dieser die Vorstellung eines Gesundheitskontinuums entgegen, auf dem jeder Mensch verortet wird. Vollkommen krank und vollkommen gesund bilden auf diesem Kontinuum die entgegengesetzten Pole und sind jeweils für lebende Organismen nicht zu erreichen. Somit hat jeder Mensch kranke Anteile, und solange er noch am Leben ist, müssen Teile von ihm auch noch gesund sein. Eine komplexere Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes ist nun möglich, man kann zugleich gesund sein und sich krank fühlen und andersherum. Personen mit psychischen Störungen z.B. können sich unter psychischen Gesichtspunkten als gesund bezeichnen, wenn sie sich trotz der Erkrankung ihre Genuss- und Leistungsfähigkeit erhalten können (vgl. BZgA 2001, S.16). Außerdem wird so der Trennung in krank und gesund oder sogar krank und normal entgegengewirkt, da keiner der beiden Pole erreicht werden kann (vgl. Dörr 2005).

Gesundheit ist also immer relativ und besteht in der erfolgreichen Lebensbewältigung angesichts eines grundsätzlich labilen (Un-)Gleichgewichts der Welt (vgl. Pauls 2004, S.91).

Einen weiteren Teil des Grundverständnisses von Gesundheit und Krankheit in der klinischen Sozialarbeit bildet das **biopsychosoziale Krankheitsmodell** vom amerikanischen Medizintheoretiker George Engel: *„[...] im biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit bzw. Erkrankung gehört die Bearbeitung von Lebensumständen und die Regulierung von Lebensweisen zur Bewältigung und Lösung gesundheitlicher Probleme.*“ (Wendt 2002, S.39).

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell besagt, dass für Erkrankungen nicht nur somatische (also körperlich bedingte), sondern auch psychische und soziale Faktoren ursächlich sind. Diese drei Systemebenen stehen zueinander in Wechselbeziehungen und kommunizieren miteinander. Anfälligkeit für Krankheit ist also aus biopsychosozialer Perspektive das Ergebnis

einer Störung der leiblichen (biologischen) Existenz, des individuellen (psychologischen) Erlebens und Verhaltens und des sozialen Zusammenlebens (vgl. Pauls 2004, S.35). Ein Gleichgewicht aller Faktoren bedeutet Gesundheit. Ist der Mensch in der Lage, auftretende Störungen selbstständig zu bewältigen bleibt er gesund. Stehen diese Fähigkeiten zur selbstständigen Bewältigung jedoch nicht ausreichend zur Verfügung, fallen durch Veränderungen in der Umgebung oder im Individuum selbst aus oder gehen verloren, so führt dies zu Krankheit. *„Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens ‚geschaffen‘ werden.“* (Egger 2005, S.3, URL 26).

Somatische, psychische und soziale Aspekte von Krankheit sind nach dem biopsychosozialen Modell gleichrangig in ihrer Bedeutung, sozialen Faktoren kann also die gleiche Relevanz zukommen wie körperlichen oder psychischen Faktoren. *„Daraus lässt sich eine klare Begründung für den eigenständigen Beitrag der Sozialen Arbeit in der Bearbeitung von gesundheitlichen Störungen ableiten, die eben auch als soziale Störungen zu verstehen sind.“* (Binner/Ortmann 2008, S.75).

Die Sozialpädagogen Ulrich Binner und Karlheinz Ortmann nennen exemplarisch einige Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit bzw. Krankheit. So zeigt sich z.B., dass arbeitslose Männer mehr Krankenhaustage aufweisen als berufstätige Männer. Bei alleinerziehenden Müttern kommen psychische Krankheiten mehr als doppelt so häufig vor wie bei verheirateten. Arme Menschen haben bekanntlich einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Sterblichkeit als der wohlhabende Teil der Bevölkerung, zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten und gehen weniger zu Vorsorgeuntersuchungen. All dies ist für SozialarbeiterInnen nicht neu, *„bislang ist es jedoch in der Sozialarbeit weitgehend versäumt worden, diese Erfahrungen aufzugreifen und daraus eigene – sozialarbeitsspezifische – gesundheitsbezogene Verstehensweisen und Handlungskonzepte zu entwickeln.“* (Binner/Ortmann 2008, S.74).

### **6.1.2 Soziale Problemlagen**

Die Soziale Arbeit muss sich im Gesundheitssystem positionieren als Expertin für soziale Probleme, für die Aufdeckung und Behandlung von *„Störungen in der sozialen Dimension biopsychosozial zu verstehender Gesundheit“*. (Binner/Ortmann 2008, S.78).

Für die schweizer Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin Silvia Staub-Bernasconi sind soziale Probleme Folgen ungleicher Verteilung von Machtquellen und Ressourcen einer Ge-

sellschaft. Sie ordnet soziale Problemlagen vier verschiedenen Dimensionen zu, die im Folgenden erläutert werden. Dieses Konzept verdeutlicht wie vielschichtig, komplex und diffus der Gegenstand der Sozialen Arbeit - das Soziale - ist (vgl. ebd S. 78 ff.):

**Ausstattungsprobleme** sind Probleme, „die mit der unterschiedlichen Teilhabe von Individuen an den gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften einer Gesellschaft zusammenhängen.“ (Staub-Bernasconi 1998, S.15). Die Ausstattungsdimensionen sind dabei die **körperliche** (Geschlecht, Gesundheit, Größe, Gewicht, Alter, Hautfarbe usw.), die **symbolische** (Verfügung über Begriffe, Aussagen und Aussagesysteme), die **sozioökonomische** (Bildung, Arbeit, Einkommen, Vermögen) und **sozialökologische** (Wohnsituation, Wohnumfeld, soziales Sicherheitsniveau, gesellschaftliche Position usw.) und die **Ausstattung mit Erkenntnis- und Handlungskompetenzen** (vgl. ebd, S.15ff.). Jeder Mensch ist unterschiedlich ausgestattet, und die Ressourcen sind ungleich verteilt. Durch fehlende oder nicht genügend anerkannte Ausstattungen kann es zur Beeinträchtigung der individuellen Bedürfniserfüllung kommen. Denn jeder Mensch hat Grundbedürfnisse und Wünsche, die er befriedigen muss oder will.

**Austauschprobleme** sind Asymmetrien in Austauschprozessen zwischen Individuen. Menschen sind zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse und Wünsche existentiell auf andere Menschen angewiesen. Die genannten Ausstattungsmerkmale und die damit zusammenhängenden Ressourcen funktionieren dann wie Tauschmedien. Ein Austauschverhältnis ist symmetrisch, wenn es auf dem Gegenseitigkeitsprinzip und der Gleichwertigkeit des Ausgetauschten beruht. Menschen mit mehrfachen Ausstattungsdefiziten können jedoch als Tauschpartner unattraktiv sein und ziehen im Rahmen sozialer Beziehungsnetze immer wieder den Kürzeren (vgl. Staub-Bernasconi 1998, S.15).

**Machtprobleme:** Die Ressourcen bzw. Tauschmedien können zu Machtquellen werden, wenn die Austauschbeziehungen sehr asymmetrisch sind, also „die einen mehr, die anderen weniger haben, die einen Ziele und Befehle durchsetzen können, die anderen Befehle ausführen müssen usw.“ (Staub-Bernasconi 1998, S.24). Machtprobleme entstehen durch unterschiedliche Verteilung sozioökonomischer Güter oder wenn der Zugang zu ihnen behindert wird, z.B. aufgrund eines gewissen Status oder der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht. „Der Zugang zu sozioökonomischen und anderen Ressourcen ist nicht nur von Bedürfnissen und Fähigkeiten des Menschen abhängig, sondern auch von der Verfügung von Machtquellen,

*durch deren ungleiche Verteilung ein Teil der Menschen problembelastet wird.“*  
(Binner/Ortmann 2008, S.79).

**Werte- und Kriterienprobleme** beziehen sich auf Wertvorstellungen. Staub-Bernasconi geht davon aus, dass Menschen eine Vorstellung von einer idealen und gerechten Welt haben, die sogenannten **Werte**. Werte sind zunächst nur Vorstellungen einzelner Individuen. Werden sie aber von einigen oder allen geteilt, sind sie Teil einer Kultur oder Subkultur. **Kriterien** sind diejenigen Werte, die im Rahmen von gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen als verbindlich erklärt werden und einem Kontrollapparat unterliegen, der sie durchsetzt und überwacht. Soziale Probleme entstehen dann, wenn in der Gesellschaft Kriterien für bestimmte Problem-bereiche fehlen bzw. willkürlich oder gar nicht angewendet werden (vgl. Staub-Bernasconi 1998, S.35 ff.).

### ***6.1.3 Leitperspektiven, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit für die Arbeit im Gesundheitswesen***

Dieses Kapitel soll nun die nach Meinung der Autorin bedeutsamsten Leitperspektiven, Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit darstellen, welche die Soziale Arbeit für die Arbeit im Gesundheitswesen und damit auch in der Psychiatrie qualifizieren und ihren Beitrag zur Behandlung kranker Menschen bedeutsam und gegenüber anderen beteiligten Professionen einzigartig machen. In allen spiegelt sich die bereits genannte Grundhaltung der Sozialen Arbeit wieder, subjektorientiert zu arbeiten, von Gesundheit und nicht von Krankheit auszugehen, den PatientInnen in seiner Lebenswelt zu sehen und gemeinsam mit ihm Lösungen für seine sozialen Problemlagen zu finden. Auf die Tätigkeit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie wird im nächsten Kapitel noch näher eingegangen, die hier beschriebenen Methoden geben jedoch schon einen Einblick in die dort angewandten Arbeitsweisen.

Diese Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da im Rahmen dieser Arbeit nur eine knappe Ausführung möglich ist, während eigentlich jede einzelne Methode ein komplettes Kapitel füllen könnte.

#### ***Empowerment***

Empowerment heißt so viel wie „Selbstbefähigung“ oder „Stärkung von Autonomie und Eigenmacht“ und ist eine der Leitperspektiven Sozialer Arbeit. Empowerment ermutigt zur Entdeckung eigener Stärken und gibt Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie. Menschen werden bei ihrer Suche nach Selbstbestimmung unterstützt

und es werden Ressourcen geliefert, mit deren Hilfe sie die eigenen Lebenswege und Lebensräume eigenbestimmt gestalten können. *"Handlungsziel einer sozialberuflichen Empowerment-Praxis ist es, Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster einer solidarischen Vernetzung erproben können"* (Herringer 2002, S.17).

Dieses Konzept setzt bei den in Kapitel 5.2 beschriebenen Problemen der heutigen individualisierten Gesellschaft an. Menschen, die nicht gleichberechtigt an Ressourcen teilhaben können, erhalten durch Empowerment größeren Zugang sowie Verfügung und Kontrolle über diese Ressourcen. Sie werden für die Ansprüche der individualisierten Gesellschaft sensibilisiert, und lernen, trotzdem ihre eigenen Wünsche und Interessen wahrzunehmen, diese in einen realistischen Kontext einzubetten und sich für sie einzusetzen. Ebenfalls gestärkt wird ihre Fähigkeit, bei der vorhandenen Vielzahl an unterschiedlichen Lebensoptionen eigenverantwortete Entscheidungen zu treffen und Bevormundung durch andere entgegenzutreten. Es soll bei ihnen ein Gefühl entstehen, *„das Recht zu besitzen und die Kompetenz zu entwickeln, als Subjekt aktiv die eigenen Lebensumstände und Beziehungen zu gestalten und selbst Veränderungen herbei führen zu können.“* (Sohns, S. 82).

In Bezug auf die Psychiatrie geht es bei Empowerment vor allem darum, Menschen zu befähigen und dabei zu unterstützen, in ihrem selbstgewählten gewohnten Umfeld zu Recht zu kommen. Auch geht es darum, dass Betroffene die psychische Krankheit bewältigen und somit Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihr eigenes Leben zurückgewinnen, vermehrt bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen mitbestimmen oder auf politischer Ebene Einfluss nehmen (vgl. Knuf 2003, S. 17, URL 37).

Empowerment ist vor allem auch ein Anliegen der Betroffenen selbst und ein Akt der Selbsthilfe. Seit ca. 10 Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum eine immer grösser werdende Selbsthilfebewegung. Die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen fordern eine subjektorientierte Psychiatrie, gleichberechtigten Umgang zwischen professionell Tätigen und Betroffenen sowie den Abbau von Zwang, Gewalt und Bevormundung in der psychiatrischen Behandlung. Diese Selbsthilfe macht es möglich, dass Betroffene ein neues Selbstbewusstsein gewinnen, aktiv werden und Kampfgeist und Durchsetzungskraft entwickeln. Und das alles meist ohne professionelle Unterstützung. *„Professionell Tätige können Empowerment unterstützen, begleiten, fördern, aber sie können es nicht bewirken.“* (ebd, S.18).

Der Diplompsychologe Andreas Knuf nennt dafür drei mögliche Bereiche (vgl. ebd.):

1. ***Steine aus dem Weg räumen und Empowerment nicht behindern***, z.B. durch Vermeidung von erlernter Hilflosigkeit und Traumatisierung, behindernder Medikation und zu viel professioneller Aktivität und Verantwortungsübernahme.
2. ***Ermutigung zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung***, z.B. durch das Fördern des Selbstsicherheits- und Selbstwirksamkeitsgefühls und der selbsthilfeorientierten Krisenvorsorge und das Ermöglichen von Absprachen und Selbstbestimmung für akute Krisenbehandlung.
3. ***Gemeinschaftliches und politisches Empowerment fördern***, z.B. durch das Anbieten von Ressourcen wie Geld, Wissen, Räumlichkeiten usw. für Selbsthilfeaktivitäten, die Bereitschaft in Gremien oder auf institutioneller Ebene Macht zu teilen, durch die Partizipation von Betroffenen in Bereichen wie Forschung oder Öffentlichkeitsarbeit und durch die Beteiligung an Behandlungsangeboten.

*„Wenn es Fachpersonen gelingt, durch eine Veränderung ihrer Haltung die oben beschriebene Empowerment-unterstützende Atmosphäre zu schaffen, wird sich ein Engagement von Betroffenen und Angehörigen entfalten können, wie es zuvor niemand für möglich gehalten hat.“*  
(Knuf 2003, S.19, URL 37).

### ***Lebensweltorientierung***

Das Konzept der Lebensweltorientierung steht in einem engen Zusammenhang mit der zuvor beschriebenen Leitperspektive des Empowerment. Im Sinne einer lebensweltorientierten Arbeit können psychosoziale Krisen und schwierige Lebenssituationen nur gemeinsam und mit der Zustimmung der Betroffenen bewältigt werden. *„Lebensweltorientierung in der Sozialpsychiatrie fragt nach den Menschen in ihren Lebensverhältnissen“* [...] und danach, *„wie diese objektiv vorgegeben sind, als auch nach den Bewältigungs-, Deutungs- und Handlungsmustern, also danach, wie der Mensch in seinen Lebensverhältnissen sein Leben organisiert.“* (Dörr 2005, S.85). Es geht um die individuelle Erfahrung von Wirklichkeit in ihrem Alltag. So wird z.B. danach gefragt, wie der/die Betroffene mit seiner Zeit umgeht, welche Dinge ihm/ihr wichtig oder unwichtig sind, wie er/sie soziale Räume erfährt und sie sich aneignet, welche sozialen Netze sich ausfindig machen lassen usw. Lebensweltorientierung richtet ihren Blick also gleichzeitig auch auf den Sozialraum der Menschen und damit auch auf die Kooperation zwischen den vorhandenen Institutionen und die Partizipation der dort lebenden Bürger (vgl. ebd., S.86).

*„Das Ziel einer Sozialpädagogik aus lebensweltlichem Verständnis besteht darin, vorhandene Ressourcen zu stärken und soziale Netzwerke zu erweitern, sodass ein gelingender Alltag*

möglich wird, in dem die einzelnen Personen eine zunehmende Handlungsautonomie entwickeln“ (Tetzner 2012, S.64).

### **Biografiearbeit**

Die Berücksichtigung biographischer Deutungsmuster ist wesentlich für das Einlassen auf die Lebenswelt der KlientInnen. Sie ist als Grundfigur sozialarbeiterischer Intervention zu sehen, „auch und gerade im psychiatrischen Bereich, in dem die Depersonalisierung durch medizinisch ausgerichtete diagnostische Zuschreibungen ein solches Gewicht besitzen kann.“ (Gahleitner 2012, S.103).

Für Biografiearbeit wird meist die Methode der lebensgeschichtlichen Gesprächsführung angewandt, sowohl in Einzel- als auch in Gruppenarbeit. Diese Gespräche sollten, ähnlich wie ein biographisches Interview, möglichst offen gehalten werden, so dass die Betroffenen selber die Abfolge ihrer Erzählung bestimmen können und eigene erzählerische Schwerpunkte setzen. Die veränderte Interaktionssituation, weg von einem Frage-Antwort-Katalog hin zum „erzählen lassen“ und „aktivem Zuhören“ bewirkt ganz im Sinne des Empowerment, dass der/die Betroffene sich zuallererst einmal selber präsentieren kann. Er/sie wird nicht aufgrund von Akten oder Gutachten befragt, sondern ihm/ihr wird zugestanden, dem Expertenwissen sein eigenes biographisches Wissen entgegen zu setzen. Gleichzeitig eröffnet sich für den/die Professionelle/n die Chance, den Menschen mit seiner Lebensgeschichte wahrzunehmen. Durch das Gefühl, als Individuum mit einer eigenen Geschichte wahrgenommen zu werden, wird das Selbstwertgefühl gestärkt (vgl. Hanses 2002, S.97). Das aufmerksame Zuhören unterstützt dabei oft mehr als jede gestellte Frage, es entstehen Vertrauen und wechselseitige Nähe, und die professionelle Beziehung zwischen HelferIn und KlientIn ist von Akzeptanz geprägt. Biografieorientierte Arbeit geht davon aus, dass Erzählen und Zuhören für psychisch kranke Menschen „wichtige Funktionen bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung ihrer Identität sowie für die Herstellung von Sinn im eigenen Leben mit und auch ungeachtet der Krankheit haben.“ (Dörr 2005, S.101). Das biographische Wissen, eigene Erfahrungen und Konstruktionen, haben einen großen Einfluss auf die Gestaltung und Bewältigung der eigenen psychosozialen und gesundheitlichen Lebenssituation.

Der Diplom-Sozialpädagoge Andreas Hanses spricht im Zuge der Biografiearbeit von einer sogenannten Biographischen Diagnostik. Soziale Texte, also aufgenommene und transkribierte biographieorientierte Beratungsgespräche, können durch eine rekonstruktive Fallanalyse analysiert werden. Strukturmuster in der Erzählung können aufgedeckt und zentrale biogra-

phische Themen können herausgearbeitet werden. Diese Art von sozialer Diagnostik kann dazu beitragen, „*die Position der ‚bescheidenen‘ Profession der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Professionen in multiprofessionellen Arbeitszusammenhängen – wie z.B. in klinischen und rehabilitativen Kontexten –* „ zu stärken. (Hanses 2002, S.98). Biographiearbeit ist also ein weiteres Gebiet, welches der Sozialen Arbeit eine Chance zur Professionalisierung und zur Bestimmung einer eigenen Position im Gesundheitssystem und damit auch in der Psychiatrie bietet. „*Dazu bedarf es allerdings weiterer empirischer Analysen und theoretischer Begriffsbildungen über den Zusammenhang von Biographie, Institution und professionellem Handeln.*“ (Hanses 2002, S.100).

### ***Soziale Beratung und psychosoziale Betreuung***

Bei der Beratung allgemein handelt es sich zunächst einmal um „*einen kommunikativen Prozess, in dem eine ratsuchende Person durch die Interaktion mit einem Berater/einer Beraterin mehr Klarheit über ihre Probleme und Bewältigungsmöglichkeiten gewinnt und die eigenen Problemlösungskompetenzen erweitert.*“ (Ansen 2008, S.52).

Die soziale Beratung dient der Bewältigung von Alltagsproblemen und knüpft an die teilweise unkonventionellen Lebensentwürfe der Ratsuchenden an. Sie beginnt mit der Erfassung der Lebenslage und den dazugehörigen sozialen Problemen der Ratsuchenden. Im Beratungsgespräch werden dann die Ursachen dieser Probleme gemeinsam reflektiert, mögliche Lösungen durchdacht und gezielte Lösungsschritte verabredet (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S.63).

Teil der sozialen Beratung ist die soziale Diagnostik. Hier geht es um „*die Auswirkungen sozial prekärer Lebensumstände auf Gesundheit und Krankheit und die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbundenen beeinträchtigten sozialen Teilhabemöglichkeiten von PatientInnen.*“ (Ansen 2008, S.59f.). Die soziale Diagnostik unterscheidet drei Kategorien anhand derer, unter Berücksichtigung subjektiver Sichtweisen und Reaktionen der Ratsuchenden, der Unterstützungsbedarf ermittelt wird (vgl. ebd. S.60):

1. ***Materielle Lebensgrundlagen*** wie Einkommenssicherung und Wohnungsversorgung, die Frage nach finanziellen Belastungen aufgrund der Krankheit und Eignung der Wohnverhältnisse für Autonomie im Alltag trotz Krankheit.
2. ***Soziale Unterstützung*** im Alltag, gegebenenfalls erforderliche formelle Netze wie z.B. Pflegedienste, mögliche Auswirkungen der Krankheit auf die familiären und informellen sozialen Netze.
3. ***Persönliche Fähigkeiten*** zur Alltagsbewältigung und Umgang mit Krankheit sowie vorhandene oder zu entwickelnde soziale Kompetenzen.



Wie die zuvor beschriebene Methode der Biographischen Diagnose, kann auch die Methode der Sozialen Diagnose zu den Professionalisierungsbemühungen der Sozialen Arbeit beitragen. Dabei sollte sie als ein Prozess verstanden werden, „*der das ‚Soziale‘ an Krankheit, Behinderung und anderen sozialen Problemen und somit die Auswirkungen dieser Phänomene auf das Individuum wie auch auf seine Umwelt betrachtet.*“ (Röh 2008, S.37). Eine soziale Diagnose in diesem Sinne könnte für die Soziale Arbeit ein eigenes Instrument zur Feststellung sozialer Bedarfe, Notlagen und Probleme darstellen. Im Gegensatz zur medizinischen Diagnosestellung steht jedoch am Ende einer sozialen Diagnose kein Diagnosebegriff. Die Diagnose wird als sozialkommunikativer Prozess gesehen, als dialogische Diagnose zwischen HelferIn und KlientIn (vgl. ebd.).

### ***Sozialtherapie/Soziotherapie***

Eine eindeutige Definition der Sozialtherapie existiert bisher noch nicht. Nach den Sozialpädagogen Binner und Ortmann scheint Sozialtherapie/Soziotherapie oder auch Soziale Therapie weder an besondere Qualifikationen noch an eine spezielle Profession gebunden zu sein und keine eigene theoretische Basis zu besitzen. Weiterhin ist eine klare Unterscheidung von Psychotherapie und Sozialtherapie nicht möglich. Die Autoren versuchen in ihren Ausführungen, Sozialtherapie als spezifische Methode der klinischen Sozialarbeit zu konzeptualisieren. Für sie sind soziale Probleme Gegenstand der Sozialtherapie, wobei sie sich an den Kategorien der Problemlagen nach Staub-Bernasconi orientieren, die in Kapitel 6.1.2 dieser Arbeit bereits erläutert wurden. (vgl. Binner/Ortmann 2008, S.71ff.). Die Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit bzw. Krankheit wurden ebenfalls bereits erläutert. „*Faktoren wie das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung, spontaner Hilfe, soziokultureller Zugehörigkeit durch Teilnahme, nach Unverwechselbarkeit, nach Autonomie, nach sozialer Anerkennung und nach Gerechtigkeit, stellen grundlegende menschliche Bedürfnisse dar, deren Nichterfüllung genauso verheerend wirkt,*“ wie die von biologischen oder biopsychischen Bedürfnissen (ebd., S.75). Hier soll die Soziale Arbeit mit der Soziotherapie unterstützend tätig werden.

Laut Binner und Ortmann können Menschen mit folgenden Eigenschaften von einer Sozialtherapie profitieren (vgl. Binner/Ortmann 2008, S.81):

- Vereinsamte, sozial zurückgezogene/sozial isoliert lebende Menschen
- In chronisch/chronifiziert konflikthaften Beziehung lebende Menschen
- Menschen mit geringen sozialen Kompetenzen

- Unter Anpassungsstörungen leidende Menschen
- Menschen, die aufgrund einer sozialen Störung oder sichtbarer körperlicher Beeinträchtigung von Exklusion bedroht sind
- Menschen mit einem durch Straffälligkeit und gerichtliche Verurteilungen geprägten Lebenslauf.

Diese Menschen sind oft in ihren Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt, in ihrer Beziehungsfähigkeit gestört, besonders schwer zu erreichen und schwierig im Umgang, „nicht therapiefähig“ und dementsprechend schlecht versorgt, nehmen nur eingeschränkt an der Gesellschaft teil oder werden von ihr ausgeschlossen, ihnen fällt es schwer ihre Bedürfnisse zu äußern, und sie sind meist körperlich und/oder psychisch erkrankt (vgl. Binner/Ortmann 2008, S.81).

Binner und Ortmann unterscheiden zwischen vier grundlegenden Formen von Sozialtherapie (vgl. ebd., S.82 ff.):

- **Sozialtherapie als professionell arrangierte Lebenspraxis/Lebenssituation** in therapeutischen Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen, stationären Einrichtungen sowie Akut- und Rehabilitationskliniken.
- **Sozialtherapie als Training** im Sinne des Lernens und des Befähigens zum bestmöglichen Einfügen in die Gesellschaft. Es geht also um den Erwerb sozialer Kompetenzen.
- **Sozialtherapie als Gespräche** über soziale Probleme, in denen Beziehungen und Interaktionen zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn entstehen sollen, durch die der/die KlientIn lernen kann, wie man miteinander in Gegenseitigkeit umgeht. Im Idealfall sind diese hinterher thematisierten Erfahrungen auf Situationen außerhalb des Hilfsangebots anwendbar.
- **Sozialtherapie als Begleitung** bei der Bewältigung und Bearbeitung sozialer Probleme. Dies ist kurzzeitig, z.B. bei einer Krisenbewältigung, oder langfristig möglich. Es werden Problemdefinitionen und Problemlösungsvorschläge gemeinsam erarbeitet, und es gilt auszuloten, wie die Beziehung zwischen HelferIn und KlientIn im Sinne eines bestmöglichen Hilfeerfolgs gestaltet werden kann.

Kenzeichnend für eine Sozialtherapie in diesem Sinne sind das dialogische Suchen nach individuellen Lösungen, experimentelles Handeln und Denken in einem offenen Hilfeprozess, Niedrigschwelligkeit und Ressourcenorientierung. Sozialtherapeutisch tätige SozialarbeiterInnen sollten gut qualifiziert, flexibel in ihren Rollen, kreativ und prozesskompetent sein und

über eine Vielfalt an Methoden, Wissen und Handlungsweisen verfügen (vgl. Binner/Ortmann 2008, S.84).

Wie Binner und Ortmann setzt auch Prof. Dr. Georg Hey, Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapeut, sich für eine Sozialtherapie als eigenen methodischen Schwerpunkt der Klinischen Sozialarbeit ein. Durch eine verbindliche inhaltliche Ausführung und berufsrechtliche Normierung des Begriffs der Sozialtherapie könnte der Sozialen Arbeit ein verbindlicher Auftrag im Gesundheitswesen zugewiesen werden. Um die professionellen Kompetenzbereiche zwischen Medizin, Psychotherapie und Sozialer Arbeit schärfer zu differenzieren schlägt er die Entwicklung eines weiteren Klassifikationssystems vor, welches neben der ICD-10 und dem DSM IV für medizinische und psychotherapeutische Dienstleistungen soziale Funktionsprobleme erfasst und diese in eine übergreifende Klassifikation von Störungen integriert (vgl. Homfeldt/Sting 2006, S.199 f.).

Gesetzlich geregelt ist die Soziotherapie im Paragraphen 37a des SGB V. Hier heißt es in Absatz 1: *„Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, die ihnen aufgrund eines ärztlichen Behandlungsplanes verordnet worden sind, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlungen vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese angeboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.“*

In diesem Fall ist die Soziotherapie also eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die jedoch ausschließlich schwer psychisch kranken Menschen zur Verfügung gestellt wird und dies auch nur in sehr geringem Umfang. Soziotherapie nach §37a SGB V muss von einem Arzt/einer Ärztin verordnet werden. Diese Form von Soziotherapie hat vor allem administrative und koordinierende Leistungsinhalte und nur wenig bis keine therapeutische Initiative.

In der Psychiatrie-Personalverordnung werden komplexe sozialtherapeutische Interventionen explizit der Zuständigkeit von SozialpädagogInnen zugeordnet. Hier eröffnen sich *„neue Chancen für Sozialarbeiter/-innen, psychotherapeutisches Knowhow, diagnostisches Wissen wie therapeutische Behandlungsfähigkeiten in der Praxis auf anerkannten und honorierten Wegen zudem Einsatz zu bringen.“* (Ruppert, URL 48) Jedoch ist laut Binner und Ortmann das soziotherapeutische Hilfpotential durch restriktive Rahmenbedingungen so reduziert worden,

dass ein therapeutisches Wirken in diesem Setting zweifelhaft erscheint (vgl. Binner/Ortmann 2008, S.72).

Laut §132b des SGB V Abs. 1 können die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 SGB V mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Eine gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie vom 29.11.2001 nennt folgende Voraussetzungen für einen Vertrag mit einem Leistungserbringer für Soziotherapie (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen 2001, URL 51):

- Ein abgeschlossenes Studium/abgeschlossene Ausbildung als Diplom-SozialarbeiterIn /-SozialpädagogeIn oder Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie
- Der Nachweis einer vorherigen mindestens dreijährigen psychiatrischen Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung
- Der Nachweis von Kenntnissen und praktischen Erfahrungen mit:
  - psychiatrischen Erkrankungen (Krankheitsbilder, Verlauf, Behandlungsmethoden)
  - schwer psychisch Kranken, insbesondere im Hinblick auf deren Verhaltensweisen und Krisenfrühwarnzeichen
  - koordinierender und begleitender Unterstützung und Gruppenarbeit
  - komplexen, aktivierenden und handlungsorientierten Methoden und Verfahren
  - der Aufstellung und Umsetzung von soziotherapeutischen Betreuungsplänen
  - der Formulierung von Therapiezielen
  - der Dokumentation von Behandlungsverläufen
  - dem gemeindepsychiatrischen Verbundsystem und dem Sozialleistungssystem
  - Rechtskunde, insbesondere im Hinblick auf die Betreuung von psychisch Kranken
- Es muss eine soziotherapeutische Dokumentation geführt werden
- Der Leistungserbringer für Soziotherapie muss in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sein.
- Entsprechende Räumlichkeiten mit bestimmten Voraussetzungen müssen gegeben sein

- Bestimmte Standards zur Qualitätssicherung müssen eingehalten werden (jährliche Fortbildungen, Supervision, Erfahrungsaustausch,...)

Eine soziotherapeutische Ausbildung ist keine Voraussetzung, SoziotherapeutIn ist, wer Soziotherapie nach dem Gesetz und den Richtlinien der Krankenkasse ausübt. 2008 arbeiteten nur rund 8% der SozialtherapeutInnen freiberuflich und 92% in einem Angestelltenverhältnis (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, S. 61, URL 29).

Zwar wird die Ausübung von Soziotherapie neben Fachkrankenschwestern oder –pflegern für Psychiatrie ausschließlich den SozialpädagogInnen zugeschrieben, die vorausgesetzten Kenntnisse und der Aufwand, um als SoziotherapeutIn zugelassen zu werden, sind jedoch enorm und stehen derzeit in keinem Verhältnis zu den Verdienstmöglichkeiten.

Laut des Evaluationsberichtes des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie, ist die Soziotherapie außerdem im Bereich der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend bekannt, und es stehen (mit Unterschieden in den einzelnen Bundesländern) nicht genügend LeistungserbringerInnen zur Verfügung. Gleichzeitig kommt der Bericht jedoch auch zu dem Ergebnis, dass die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen durch die Möglichkeit der Verordnung von Soziotherapie verbessert werden konnte (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, S. 106, URL 29).

### ***Case Management***

Case Management ist ein Konzept, das seinen Ursprung in der gemeindenahen Psychiatrie hat. Es wurde in den 70er Jahren in den USA im Kontext der nachsorgenden Hilfen und ambulanten Betreuung psychisch kranker Menschen entwickelt (vgl. Dörr 2005, S.107). Die große Vielfalt unterschiedlicher sozialpsychiatrischer und psychosozialer Dienstleistungen und die fachliche, institutionelle und professionelle Arbeitsteilung und Spezialisierung machten ein Informations-, Case- und Care Management notwendig, welches die Nutzer dieser Dienste darin unterstützt, sich besser zurechtzufinden, Hilfen gezielt und zeitnah in Anspruch zu nehmen und sich im Alltag zurecht zu finden. Ziel der Methode Case Management ist es, „*professionelle, soziale und persönliche Ressourcen zu verknüpfen und höchstmögliche Effizienz im Hilfeprozess zu erreichen.*“ (Neuffer 2002, S. 185).

Case Management wird vor allem bei komplexen Problemlagen erforderlich, wie z.B. bei chronischen Erkrankungen oder mehrfach belasteten Familien. Hier sind viele unterschiedliche Hilfen notwendig, die koordiniert werden müssen. Systematisch und fallbezogen wird durch die Fachkräfte und unter Einbeziehung der NutzerInnen ein Hilfpaket organisiert (vgl.

Dörr 2005, S. 108). Das Wort „Case“ steht dabei nicht für die hilfeschende Person, sondern für die problematische Situation, in der sich die Person in ihrem sozialen und örtlichen Umfeld befindet, und die sie bewältigen muss. Die hilfeschende Person bleibt im Hilfeprozess des Case Managements autonom und bestimmt den gesamten Hilfeprozess mit. „Management“ steht für den *managerialen* Zugang zum Fall, also einerseits für „*einen die anderen Dienste steuernden, koordinierenden Zugang im Hinblick auf den Einzelfall sowie andererseits, auf der Systemebene, [für] die Optimierung des örtlichen Versorgungssystems.*“ (Greuel/Mennemann 2006, S.98).

## 6.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Obwohl der Bericht der Enquete-Kommission Psychiatrie schon 1975 feststellte, dass es keinen Bereich der psychiatrischen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mehr gäbe, für den nicht die Mitarbeit von SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen zweckmäßig sei und gefordert würde, haben es SozialpädagogInnen weiterhin schwer, sich in den multiprofessionellen Teams der Psychiatrie zu behaupten und eine eigene Fachdisziplin zu entwickeln.

SozialpädagogInnen sind in allen Bereichen der Psychiatrie tätig, jeweils mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Am stärksten vertreten sind sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dort liegt ihr Schwerpunkt im sozialpädagogisch-erzieherischen Bereich. Das Umfeld der Kinder und Jugendlichen wird idealerweise in den Behandlungsprozess mit einbezogen. „*Im Rahmen der Behandlung des jungen Menschen übernehmen die sozialpädagogischen Mitarbeiter also sehr unterschiedliche Aufgaben: Sie erziehen, fungieren als Ko-Therapeuten, führen Elterngespräche, erledigen administrative Aufgaben, haben Kontakt zu Behörden und arbeiten eng mit allen Berufsgruppen, die für die Behandlung der jungen Patienten zuständig sind, zusammen.*“ (Heimann/Schmeck 2012, S.221).

In den Psychiatrischen Kliniken arbeiten die SozialarbeiterInnen meist innerhalb des Sozialdienstes, der heute selbstverständlich zum Behandlungsteam jeder psychiatrischen Abteilung gehört. Zu den Aufgaben des Sozialdienstes gehören unter anderem die Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik, sozialtherapeutisches Kompetenztraining oder – Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung ins gesellschaftliche Leben sowie sozialpädagogische Gruppenarbeit. Die SozialpädagogInnen sind oft kontinuierlicher anwesend als die im Schichtdienst arbeitenden Pflegekräfte und ÄrztInnen und stellen so wichtige Bezugspersonen dar. Sie bilden die Brückenfunktion zum Alltag des/der PatientInnen, beziehen soziale Netze mit ein, sind für die Existenzsicherung zuständig, sorgen für einen Ort auf der Station, an dem alle wichtigen In-

formationen zugänglich sind und organisieren entsprechende Hilfen für die Zeit nach der Entlassung (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S. 256 ff.).

Auch in anderen Bereichen der Psychiatrie wie z.B. in Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Verbundes zeigt sich die Vielfalt sozialpädagogischer Tätigkeiten. So arbeiten sie beispielsweise in der Vor- und Nachsorge, also im betreuten Wohnen, in Tagesstätten, in Übergangwohnheimen, in der Beratung oder Krisenintervention, in ambulanten Diensten, sozialpsychiatrischen Zentren oder Hilfen zum selbstständigen Wohnen. Sie helfen bei der Reintegration in Arbeit, bei der Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung oder leisten Angehörigenarbeit.

Vor allem haben es die SozialarbeiterInnen in allen Bereichen mit psychosozialen Problemlagen zu tun. Sie werden tätig, wenn komplexe, multidimensionale Problemlagen vorliegen. Ist der/die PatientIn krank, kommt der Arzt/die Ärztin, ist er pflegebedürftig, braucht er einen Pflegedienst. Ist der Patient krank, pflegebedürftig, fühlt sich alleine und lebt isoliert, dann ist es ein Fall für die Soziale Arbeit.

Die psychisch kranken Menschen sind meist nicht nur mit den unmittelbar krankheitsbedingten Einschränkungen konfrontiert, sondern mit einer Vielzahl von Problemen als Folge der Erkrankung. Dies kann z.B. Armut sein, soziale Isolation oder Stigmatisierung. Die Soziale Arbeit befasst sich mit diesen Schwierigkeiten der alltäglichen Lebensführung und der Komplexität der psychosozialen Problemlagen der erkrankten Patienten. Es geht um die Entwicklung und Erschließung von Ressourcen, die Erweiterung und Entwicklung individueller Handlungskompetenzen, Aus- und Aufbau sozialer Netze, das Eintreten für die Rechte der PatientInnen und das sich Einmischen in politische Entscheidungsprozesse (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.52).

Im Unterschied zu anderen Professionen erlaubt es die Berufsaufgabe der Sozialen Arbeit nicht, einzelne Teilaspekte der komplexen Probleme auszugrenzen und isoliert zu bearbeiten.

*„Ihr Blick richtet sich gerade auf die ganzheitlichen Wirkungen und Folgen, die sich daraus für den Alltag und die Lebenssituation ihrer Klienten ergeben. Diese zu verbessern ist genauso Ziel ihrer Arbeit wie die Verbesserung der Strukturen, die ein möglichst zufriedenstellendes und gesundes Leben erlauben.“* (ebd., S.59).

### **6.2.1 Das Problem der Abgrenzung zu anderen Professionen**

Bezeichnend für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie sind die Arbeit in multiprofessionellen Teams und das hohe Maß an Kooperation mit diversen Verwaltungen verschiedenster Ein-

richtungen. In den meist aus ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonal und SozialpädagogInnen bestehenden Teams haben letztere häufig einen schwierigen Stand. Sie stehen auch hier in der Hierarchie im Vergleich zu ÄrztInnen und TherapeutInnen meist eher auf den unteren Plätzen, und institutionelle Organisationsstrukturen begünstigen dieses Verhältnis zusätzlich (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.74).

Die Enquete-Kommission Psychiatrie wies damals darauf hin, dass es eine Konzeption der Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Soziale Arbeit in diesem Bereich geben sollte (vgl. Knoll 2000, S.51).

Der Psychiater Wolf Crefeld meint dazu, dass die Soziale Arbeit im Sinne des Enquete-Auftrags nur wenig zustande gebracht habe. Es gäbe zwar eine Reihe von SozialarbeiterInnen in psychiatrischen Einrichtungen, die dank persönlich verfolgter Fort- und Weiterbildungen hoch qualifiziert arbeiten würden, im Hinblick auf den Berufsstand, auf den es in der Gesundheitspolitik letztlich ankommt, sei jedoch wenig geschehen. Es sei davon auszugehen, dass diplomierte SozialarbeiterInnen in ihrer Ausbildung teilweise gar nichts über die Arbeit mit psychisch kranken Menschen erfahren hätten. Dementsprechend niedrig seien die Erwartungen an SozialarbeiterInnen hinsichtlich ihrer mitgebrachten Fähigkeiten für die Arbeit mit eben diesen Klienten. Außerdem würden abgesehen von den Weiterbildungen zu Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen und zu SuchttherapeutInnen keine standardisierten und überregional verbindlich geltenden sozialarbeitsspezifischen Weiterbildungscurricula existieren. Seiner Meinung nach könne noch nicht von einer Fachdisziplin der psychiatrischen Sozialarbeit gesprochen werden (vgl. Crefeld 2002, S.5, URL 16).

Somit bemüht sich die Soziale Arbeit wie schon im Feld der klinischen Sozialarbeit auch hier, ihre methodisch professionelle Eigenständigkeit gegenüber anderen Disziplinen und Professionen einzunehmen.

Laut dem Soziologen Marius Greußel und dem Case-Management Ausbilder Hugo Mennemann ist die Soziale Arbeit eine „generalisierte Spezialistin“. Sie „*vermittelt und koordiniert in komplexen Problemlagen bei Beteiligung mehrerer Dienste die unterschiedlichen Hilfeleistungen und gewährt psycho-soziale Unterstützung.*“ (Greußel/Mennemann 2006, S.17). Die AutorInnen Marianne Bosshard, Ursula Ebert und Horst Lazarus schreiben dazu in ihrem Buch „Soziale Arbeit in der Psychiatrie“, dass genau dies der Sozialen Arbeit oft zum Verhängnis wird. Es kann bei anderen Berufsgruppen der Eindruck entstehen, dass die SozialarbeiterInnen von allem etwas, aber von nichts wirklich etwas verstehen. Dies definiert sie als



ZuarbeiterInnen, HilfsarbeiterInnen und HandlangerInnen anderer Professionen. Teuer bezahlte therapeutische Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen führen dann häufig zu einer Umdefinition der eigentlichen sozialpädagogischen Berufsaufgaben und bewirken nicht den erhofften Aufstieg in der herrschenden Hierarchie. Um dem Rechtfertigungs- und Legitimationszwang in multiprofessionellen Teams zu entgehen, muss sich die Soziale Arbeit immer wieder ihre spezifischen Berufsaufgaben bewusst machen und selbstbestimmte professionelle Leitlinien und professionsspezifische Kompetenzen herausarbeiten und wissenschaftlich darlegen. *„Statt sich den medizinischen oder psychotherapeutischen Standards des psychiatrischen Feldes anzuschließen, sollten sie ihre Kompetenzen in der Bewältigung von Ungewissheit, in der Verarbeitung von paradoxen Handlungsanforderungen und in der koproduktiven Erschließung von zunächst blockierten Handlungschancen in Praxis und Theorie weitertreiben.* (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.75).

Die Soziale Arbeit muss sich in der Sozialpsychiatrie neu behaupten und zeigen zu welchen komplexen Leitungen sie fähig ist, um nicht von anderen Professionen wie z.B. den Fachpflegekräften verdrängt zu werden. Auf empirischer Basis und theoretischen Grundlagen Sozialer Arbeit sollte eine von den BerufskollegInnen und anderen Berufen anerkannte Darstellung erarbeitet werden um zu zeigen, welche Fähigkeiten, Handlungskonzepte und -theorien und welche Einstellungen die psychiatrische Sozialarbeit ihr eigen nennt (vgl.Crefeld 2002, S. 5, URL 16). Im Folgenden soll nun der Versuch unternommen werden, Soziale Arbeit zu Ihrer Nachbardisziplin - der Therapie – abzugrenzen und die spezifischen Berufsaufgaben der jeweiligen Professionen deutlich zu machen.

### **6.2.2 Soziale Arbeit im Vergleich**

*„Sozialarbeit wird im Vergleich zu Beratung und **Therapie** häufig unterschätzt: SozialarbeiterInnen tragen in sehr komplexen Situationen oft eine große Verantwortung, meist wird wesentlich mehr von ihnen verlangt als ‚nur‘ Beratung.“* (Herwig-Lempp/Kühling 2012, S.51, URL 33). Auch die SozialarbeiterInnen selber unterschätzen oft ihre Profession und erhoffen sich durch Therapie-Weiterbildungen eine Verbesserung ihrer Qualifikation und ihres Ansehens. Die Autoren Herwig-Lempp und Kühling plädieren deshalb in ihrem Artikel *„Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie“* dafür, endlich anzuerkennen, dass Soziale Arbeit mehr als „nur“ Beratung und Therapie ist, die Unterschiede benannt, gesehen und anerkannt und vor allem in Weiterbildungen berücksichtigt werden müssen. Sozialarbeit ist eine eigene Profes-

sion mit eigenen Anforderungen und sollte im Status gleichwertig zu anderen Professionen wie Ärzten oder Therapeuten gesehen werden (vgl. Herwig-Lempp/Kühling 2012, S.51, URL 33).

Für die Autorin ist die Frage danach, welche Profession nun anspruchsvoller ist, unerheblich. Viel wichtiger ist die Aussage, dass die jeweiligen Professionen eigenständig sind und verschiedene Anforderungen und Aufgabenbereiche abdecken, die sich im Idealfall gleichberechtigt ergänzen sollten.

Die Soziale Arbeit hat eigene Kompetenzen im Umgang mit den PatientInnen. ÄrztInnen sind diejenigen, die sich mit den körperlich kranken Anteilen eines Menschen beschäftigen, SozialarbeiterInnen dagegen haben die sozialen Anteile der Krankheit im Blick und leisten Hilfe zur Selbsthilfe für die Betroffenen und unterstützen sie dabei, sich innerhalb der Normen der Gesellschaft zurecht zu finden. Gleichzeitig versuchen sie durch Aufklärung und Information der Gesellschaft, diese toleranter zu gestalten. Im Unterschied zu medizinischen und psychologischen Ansätzen gilt für die Soziale Arbeit das als wahr, was die Betroffenen äußern. Ihre Ängste und Befürchtungen, Weltanschauungen, Wünsche und Bedürfnisse sind nicht Symptome einer Krankheit bzw. rein individuelle Probleme die geheilt werden müssen. Sie müssen nur in Einklang mit der die Betroffenen umgebenden Umwelt gebracht werden, es ist ein Aushandeln von Interessen und Konflikten (vgl. Wilde URL 56).

SozialarbeiterInnen haben keinesfalls die Aufgabe, eine psychische Störung zu diagnostizieren oder eine Psychotherapie durchzuführen. Sie werden jedoch *„immer dort mit psychischen Problemen konfrontiert, wo das Modell der vom Patienten freiwillig aufgesuchten ambulanten Psychotherapie für bestimmte Krankheitsbilder (v.a. Suchterkrankungen oder Schizophrenie) oder bestimmte Patientengruppen (z.B. Menschen ohne ausreichende Krankenversicherung, Obdachlose, chronisch Kranke) nicht greift.“* (Ruppert, S.9, URL 48). Daher ist es unheimlich hilfreich, über ein Grundwissen zu den psychischen Störungen zu verfügen um z.B. bestimmte Verhaltensweisen adäquat einschätzen zu können, zu erkennen, welche KlientInnen therapiebedürftig sind, welche psychotherapeutischen Hilfsangebote es gibt und worin sie sich unterscheiden oder wie z.B. Psychotherapien finanzierbar sind (vgl. ebd.). *„Grundlegende Kenntnisse der psychiatrischen Fachsprache bieten Sozialpädagogen die Chance, sowohl den Zugang anderer Disziplinen und das damit verbundene Denken prüfend nachzuvollziehen, sich in den therapeutischen Behandlungsprozess konstruktiv einbringen zu können und sich ggf. auch kritisch einzumischen, als auch sich auf die Erkenntnisse anderer Disziplinen bezie-*

*hen zu können. Psychische Störungen bedeuten eine Gefährdung der sozialen Kompetenzen und Teilhabemöglichkeiten.“ (Tetzer/Rensch 2012, S.211).*

Auch in nicht psychiatrischen Arbeitsfeldern treffen SozialpädagogInnen auf Menschen in seelischen Krisensituationen, und die meisten von ihnen haben zu diesem Zeitpunkt noch keinen Kontakt zu einem Therapeuten/einer Therapeutin gehabt. Ca. 60% der Heranwachsenden in Heimen leiden z.B. an einer psychischen Störung, und bei obdachlosen Männern sind es sogar 90% und mehr. Der/die psychisch gestörte KlientIn der Sozialen Arbeit ist eher die Regel als die Ausnahme (vgl. Wälte 2011, S.125f.). Der Fokus in diesen Arbeitsfeldern richtet sich zwar nicht vorrangig auf die psychiatrische Problematik, aber die Soziale Arbeit ist dort von großer Bedeutung für die gesellschaftliche Integration psychisch kranker Menschen. Hier wird es notwendig, das psychiatrische Hilfesystem dichter mit den allgemeinen Strukturen des Sozial-, Erziehungs-, Bildungs- und Gesundheitssystem zu verknüpfen. *„Sozialpädagogen können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, da sie als einzige Berufsgruppe sowohl im allgemeinen Erziehungs-, Bildungs- und Sozialsystem als auch im psychiatrischen Hilfenetz tätig sind und über umfassende Kenntnisse über die jeweiligen Hilfesysteme verfügen.“* (Bosshard/Ebert Lazarus 2010, S.51).

Die klassische Psychotherapie bezieht sich primär auf innerpsychische Störungen und Ressourcen. Therapeutische Prozesse konzentrieren sich auf das Individuum. Das innere Erleben, das Selbst und sein Weltbild, der Charakter, die Identität und die personale Integration des Klienten sind entscheidend. Die Person und ihr Leiden stehen im Mittelpunkt der therapeutischen Problemdefinition, und Ursachen für Probleme werden in ihr selbst gesehen.

Im Gegensatz dazu ist das Feld der Sozialen Arbeit weder die innere psychologische Welt, noch die äußere Realität, sondern der kritische Bereich, in dem ‚Inneres‘ und ‚Äußeres‘ aufeinandertreffen und zusammenwirken. Die Soziale Arbeit hat den doppelten Auftrag von Hilfe für den Einzelnen und Änderung der Lebensbedingungen bzw. der Gesellschaft. Sie fördert die Funktionsfähigkeit und psycho-soziale Gesundheit von Individuen, Familien und Gruppen in ihrem unmittelbaren Umfeld und setzt sich gleichzeitig für eine Verbesserung der Lebensbedingungen ein (vgl. Pauls 2004, S.18/19). Soziale Arbeit setzt im Gegensatz zum therapeutischen Handeln nicht an Fehlverhalten und Defiziten, sondern an den Stärken und Ressourcen des Klienten/der Klientin an. Der/die SozialpädagogIn begleitet den/die KlientIn auf dem Weg des Lernprozesses und interveniert direkt in den schwierigen Situationen des Alltags. Die Struktur der therapeutischen Handlungsformen hingegen wird nicht durch die Alltäglich-

keit bestimmt. Die Therapie findet in einem speziellen therapeutischen Setting statt. Dort ist es möglich, die Komplexität des Alltages zu reduzieren und sich fern von den vielen Außeninflüssen auf die sogenannten „Schlüsselprobleme“ zu konzentrieren. Die Psychoanalyse setzt ihren Fokus auf die Vergangenheit des Klienten/der Klientin. Es geht darum, die Herkunft und Entstehung von Schwierigkeiten ausfindig zu machen und dem Klienten/der Klientin zu helfen, bisher gewählte Handlungs- und Bewältigungsstrategien zu erkennen und eventuell zu verändern bzw. neue Strategien zu entwickeln. Der/die SozialpädagogIn ergründet in der sozialpädagogischen Beziehung Möglichkeiten und nicht genutzte Ressourcen des Klienten in der Gegenwart, um so nicht Verwirklichtes zu erkennen und positiv zu verändern (vgl. Telch-Schottstädt 2009, S.4ff.).

Auch bei **Medizin** und Sozialer Arbeit lassen sich klare Unterschiede herausarbeiten, die teilweise Ähnlichkeiten zu den genannten Unterschieden zwischen Therapie und Sozialer Arbeit haben.

Während die Fachlichkeit des Arztes/der Ärztin sich dadurch auszeichnet, dass er/sie den klaren Auftrag hat, zu behandeln oder zu heilen, besteht die Fachlichkeit der Sozialen Arbeit in einer offenen, unspezifischen Aufgabenvielfalt. ÄrztInnen haben Vorgaben und Standards für die Behandlung, SozialarbeiterInnen gehen flexibel und situativ abgestimmt vor. ÄrztInnen befassen sich punktuell und zeitlich begrenzt mit einzelnen Problemen der PatientInnen, SozialpädagogInnen beschäftigen sich umfassend mit dem Alltag des Klienten/der Klientin und begleiten ihn über einen längeren Zeitraum. ÄrztInnen begegnen ihren PatientInnen in der Regel im eigenen Terrain der Praxis oder Klinik, SozialarbeiterInnen hingegen bewegen sich im Sozialraum der KlientInnen, und somit entsteht eine Vielzahl an Orten der Begegnung. Die Beziehung zum Klienten/zur Klientin ist bei ÄrztInnen durch eine größere Distanz ausgezeichnet als bei SozialpädagogInnen, bei denen sich eine Notwendigkeit zur Gestaltung einer besonderen Beziehung mit den KlientInnen ergibt (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, S.122).

Bei allen Unterschieden können SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen jedoch bisher nicht hierarchiefrei und gleichberechtigt nebeneinander existieren. ÄrztInnen haben im Vergleich zu SozialarbeiterInnen einen höheren Status und eine höhere Position in der Hierarchie. Meist genießen sie auch mehr gesellschaftliche Anerkennung. Jedem ist bekannt was die Aufgabe eines Arztes/einer Ärztin ist, seine/ihre Tätigkeit wird anerkannt und nicht selten bewundert. Als SozialarbeiterIn bekommt man oft die Frage gestellt, was man denn nun eigentlich genau

tue, muss sich rechtfertigen und erklären, und die eigene Leistung wird nicht gleichermaßen anerkannt.

### **6.3 Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung**

Die Integrierte Versorgung zielt unter anderem darauf ab, die Schnittstellen im Gesundheitssystem zu überbrücken. SozialarbeiterInnen agieren genau an diesen Schnittstellen des Versorgungssystems: *„An den Sektorengrenzen zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem, zwischen den verschiedenen Kostenträgern und Leistungserbringern, zwischen den Nutzern der Dienstleistungen und den Dienstleistern, zwischen der Lebenswelt des Patienten und den gesetzlichen bzw. administrativen Regelungen.“* (DBSH/DVSK 2003, S.43). Hier erhalten sie viele Informationen über Versorgungslücken, und es sollte ihre Aufgabe sein, diese aufzudecken und öffentlich zu machen. Außerdem kann die Soziale Arbeit hier ihre Erfahrung im Schnittstellenmanagement einsetzen, Anregungen für mögliche Kooperationen der Einrichtungen geben und diese Kooperation koordinieren. Sie kann helfen, die Ressourcen des Sozial- und Gesundheitssystems, des Patienten und seines sozialen Umfeldes zu verknüpfen (vgl. DBSH/DVSK 2003, S.43).

Auch hat die Soziale Arbeit einen spezifisch disziplinären Blick auf die Integrierte Versorgung, welcher den interdisziplinären Diskurs anreichert: *„Der Aufbau von Systemen Integrierter Versorgung wird als Bewusstseinsbildungs- und Lernprozess begriffen und muss als solcher auch gestaltet werden.“* (Greußel/Mennemann 2006, S.21). Interprofessionell ineinander greifende Versorgungssysteme setzen in der praktischen Arbeit eine Haltungsveränderung der beteiligten Akteure voraus. Ohne diese gäbe es keine ineinander greifenden Versorgungsabläufe, und die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen der unterschiedlichen Professionen blieben bestehen. Soziale Arbeit ist multidisziplinär verfasst, also *„ausgerichtet auf die Einbeziehung unterschiedlicher disziplinärer Theorien, Konzepte und Ergebnisse mit Blick auf den jeweiligen Handlungsbereich.“* [...] Sie kann als Bestandteil Integrierter Versorgung *„angesichts des Bedarfs der Adressaten die am Versorgungsprozess beteiligten Dienste interprofessionell und trägerübergreifend aufeinander abstimmen.“* (ebd.).

Die Beschreibung der Leitprinzipien, denen Soziale Arbeit folgt, lässt sich somit nahezu komplett auf die Anforderungen im Handlungsfeld der Integrierten Versorgung übertragen. Beide beziehen sich auf komplexe Problemlagen und Personen im sozialen Kontext. Beide

streben Alltagsnähe, Lösungen vor Ort, die Vernetzung beteiligter Akteure, sozialen Ausgleich und qualitative Mobilisierung der Ressourcen an (vgl. Greuß/Mennemann 2006, S.21).

Auch die weiteren, in dieser Arbeit genannten Leitperspektiven, Methoden und Konzepte spiegeln die besondere Eignung der Sozialen Arbeit für die Integrierte Versorgung wieder. So entscheiden z.B. die Patienten in Form der freiwilligen und dauerhaften Einschreibung in die Verträge der Integrierten Versorgung, ganz im Sinne des *Empowerment*, über den Erfolg oder Misserfolg dieses Modells. Will die Integrierte Versorgung auf den Einzelfall abgestimmte Behandlungspläne bieten, so bedeutet dies konsequente PatientInnenorientierung. Je höher der Integrations- und Informationsgrad der PatientInnen ist, desto leichter wird es sein, das Netzwerk flexibel auf die aktuellen Bedürfnisse ihrer Zielgruppe anzupassen. Die Soziale Arbeit kann dabei helfen, PatientInnen in ihrer *Lebenswelt* zu betrachten und individuelle Bedarfe festzustellen, denn Sozialarbeit ist auf nachhaltiges Zurechtkommen im Alltag gerichtet und ihr Kontext ist die Lebenswelt. „*Soziale Arbeit bezieht sich auf die selbstständige Lebensführung von Menschen und trägt zum Selbstmanagement der Belastungen bei, die eine Erkrankung mit sich bringt.*“ (Wendt 2002, S.42).

Ein weiteres Ziel der Empowerment-Bewegung ist es, Menschen dazu zu befähigen und dabei zu unterstützen, in ihrem selbstgewählten gewohnten Umfeld zu Recht zu kommen. Das Ziel vieler Maßnahmen zur Integrierten Versorgung psychisch kranker Menschen ist es vor allem, Klinikaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden und die Betroffenen dort zu unterstützen, wo sie sich am wohlsten fühlen. In ihrem Lebensraum. Dafür sind flexible Settingangebote von Nöten, wie z.B. aufsuchende Arbeit durch Hometreatment oder rund um die Uhr zur Verfügung stehende Krisendienste. „*Indem Sozialarbeit in den familiären und häuslichen Lebenskontext, in das soziale Umfeld hineinreicht und die ganze Lebensführung von Menschen betrifft, kann sie Behandlungen dort absichern, ihre Möglichkeiten klären und ihre Durchführung unterstützen, wohin der Arzt und insbesondere das stationäre Behandlungsregime gewöhnlich nicht reicht.*“ (Wendt 2002, S.42).

In vielen Modellen zur Integrierten Versorgung psychisch kranker Menschen ist die Versorgung der teilnehmenden Patienten mit *Soziotherapie* vorgesehen. Da durch die Verträge der Integrierten Versorgung andere Abrechnungsformen denkbar sind und neue Töpfe entstehen, liegt hier die Chance für die Soziale Arbeit sich zu etablieren, auch ohne die aufwendigen Zulassungsvoraussetzungen. Anstelle der Vorgaben der Krankenkassen könnte die Soziale Arbeit hier eigene Konzepte zur Sozialtherapie, wie z.B. das bereits vorgestellte von Binner und Ortman, einbringen und damit die Ärztenetzwerke, Managementgesellschaften oder

Stationen in Krankenhäusern überzeugen, einen Teil der Pauschale für die Behandlung ihrer PatientInnen in der Integrierten Versorgung für die Behandlung durch Soziotherapie zu reservieren.

Durch die individuell auf die PatientInnen zugeschnittenen Hilfen können Gelder anders eingesetzt werden. Anstatt die PatientInnen je nach Diagnose in eine bestimmte Schublade zu stecken, in der für die Diagnose vorgesehene Behandlungsmethoden und die dazugehörigen Abrechnungsformen warten, kann nun ein für den/die PatientIn genau passender Hilfeplan entworfen werden, der dann z.B. durch eine Kopfpauschale oder eine Pauschale für alle PatientInnen einer Station finanziert wird.

Um die Integrierte Versorgung sowohl effektiv für PatientInnen als auch effizient für die KostenträgerInnen zu gestalten, müssen vor allem die Schnittstellenprobleme zwischen den Professionen und Sektoren überbrückt werden. Dafür braucht es jemanden, der die für den Einzelfall notwendigen Hilfeleistungen zielsicher und schnell ausfindig macht und koordiniert und somit als AnsprechpartnerIn für alle Seiten dient. **Case ManagerInnen** verfügen über dieses Methodenset und die Soziale Arbeit ist prädestiniert für diese Aufgabe. Der ganzheitliche Ansatz sozialer Arbeit hat nachhaltige Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsprozess der PatientInnen. *„Sozialarbeiter sind Netzwerkspezialisten, deren Kernkompetenzen in der Verzahnung und Vernetzung verschiedener Hilfs- und Unterstützungssysteme liegt, mit dem Hauptziel, Probleme der Kooperation und Koordination von Dienst- und Gesundheitsleistungen zu minimieren.“* (Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 136).

Durch die Integrierte Versorgung bietet sich für die Soziale Arbeit die Chance, sich im Bereich des Case Managements neu zu positionieren. Im Krankenhaus ist es bei der herrschenden Hierarchie und der schlechten Stellung der SozialarbeiterInnen in den multiprofessionellen Teams kaum möglich, das Potential des Case Managements voll auszuschöpfen. Dafür haben die SozialarbeiterInnen zu geringe Entscheidungsbefugnis und zu wenig Mitspracherecht gegenüber den ÄrztInnen oder z.B. einer Stationsleitung. *„Der entscheidende Moment der Wirksamkeit von Case Management liegt in der Positionierung des Case Managers im Versorgungsnetz.“* (Greuèl/Mennemann 2006, S.102). Es ist ein entscheidender Unterschied, ob Case ManagerInnen vom Netz autorisiert sind, auf dieses zuzugreifen und es im Sinne der KlientInnen zu koordinieren und mitzugestalten, oder ob es den HelferInnen lediglich möglich ist, an andere Dienste zu vermitteln oder diese um Hilfe zu bitten (vgl.ebd.). Für eine funktionierende Integrierte Versorgung ist Case Management jedoch von essentieller Bedeutung. Daher wäre es ratsam für beteiligte Kliniken, Institutionen und Gesellschaften, ihren Case

ManagerInnen größtmögliche Handlungsfreiheit einzuräumen. Der Bedarf an gut ausgebildeten Case ManagerInnen wächst und es ergeben sich neue Möglichkeiten für diese, im Gesundheitswesen Fuß zu fassen.

Die Koordination Integrierter Versorgung kann somit zu einer vorrangigen Aufgabe Sozialer Arbeit werden, „*indem sie Unterstützungsleistungen wirksam plant, organisiert und koordiniert mit dem Ziel, dass der Adressat möglichst aus eigener Kraft seine Anliegen bewältigt.*“ (Homfeldt/Sting 2006, S.203). Denn in einem vernetzten Gesundheitswesen benötigt der Patient/die Patientin eine/n Experten/Expertin, der/die institutionsübergreifend, prozessorientiert und klientenzentriert handelt. „*Einen Spezialisten der sich auf ihn spezialisiert*“ wie der Professor für Sozialmedizin, Herbert Viefhues, sagen würde (Viefhues 1969 zit. n. Crefeld 2002, S.36). Ganz im Sinne der Leitidee integrierter Versorgungsformen trägt Soziale Arbeit somit zu einer Erhöhung der Beteiligungsrechte der KlientInnen der Hilfe sowie zu einer Verbesserung der Transparenz der Versorgungsabläufe bei (vgl. Greußel/Mennemann 2006, S.21).

In den Praxisbeispielen der Integrierten Versorgung, die in Kapitel 4.2 erläutert wurden, lassen sich mehrere Beispiele für dieses Case Management finden. Zwar wird hier nicht explizit von Case ManagerInnen gesprochen, die Aufgaben ähneln sich jedoch. Im Modell des UKE ist der/die Bezugstherapeut/in zuständig für die Koordination der einzelnen Hilfen. Im Netzwerk der Techniker Krankenkasse sind FallmanagerInnen für alle PatientInnen zuständig, sie erstellen gemeinsam mit ihnen einen Behandlungsplan und begleiten sie durch alle Maßnahmen. Auch das AOK Modell arbeitet mit dem Modell der BezugstherapeutInnen, die durch die einzelnen Maßnahmen lotsen sollen.

## **7. Fazit**

Im Zuge der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft sehen sich immer mehr Menschen komplexen psychosozialen Problemen gegenüber, die sie nur schwer allein bewältigen können. Oft werden diese Probleme zur Krankheit, die professionelle Hilfe erforderlich macht. Das deutsche Gesundheitssystem ist jedoch fast immer überfordert mit der umfassenden, individuell abgestimmten Behebung der komplexen Problemlagen. Jedes Fachgebiet des Systems bietet für sich genommen spezialisierte, hoch qualifizierte Lösungen an, aber im Sinne eines biopsychosozialen Verständnisses von Krankheit ist es nie nur ein einzelner Faktor, der Gesundheit oder Krankheit bedingt. Es müssen sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren gleichermaßen Berücksichtigung finden.



Die Wichtigkeit einer Koordination aller Versorgungsdienste wurde schon 1975 von der Psychiatrie-Enquete gefordert, es gibt aber bis heute nur wenige Ansätze, die dies berücksichtigen. Nach Meinung der Autorin sind es vor allem drei wesentliche Punkte, die eine Koordination aller Dienste verhindern.

Zum einen ist das Gesundheitssystem weiterhin geprägt durch das Konkurrenzdenken der einzelnen Professionen, die anstatt gemeinsam die bestmögliche und ganzheitliche Versorgung ihrer PatientInnen im Auge zu haben nur den Fortschritt ihrer eigenen Disziplin verfolgen. Des Weiteren wird dem Einfluss des Sozialen Umfeldes auf Krankheit und Gesundheit immer noch nicht genügend Bedeutung beigemessen, und drittens bieten die finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems nur wenig Abrechnungsmöglichkeiten für die Arbeit von Case ManagerInnen, sprich SozialpädagogInnen, im Gesundheitssystem. Im stationären Bereich ist die Arbeit von SozialpädagogInnen zwar inzwischen anerkannt und taucht auch in den Paragraphen des SGB V auf, im ambulanten Bereich ist das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit aber weiterhin recht schwammig. SozialpädagogInnen sind zwar überall vertreten, und würden sie alle gleichzeitig eines Tages ihre Arbeit niederlegen, so würde wahrscheinlich einiges an der Versorgung (psychisch) kranker Menschen nicht mehr reibungslos funktionieren. Eine klare Definition ihres Arbeitsbereiches, ihrer Aufgaben und spezifischen Fähigkeiten für die Arbeit im Gesundheitssystem gibt es aber nicht. Entsprechend fehlt es auch an Anerkennung durch die anderen beteiligten Professionen, den Staat und die Gesellschaft. Und vor allem fehlt es an ausreichenden Handlungsspielräumen für die Soziale Arbeit, um ihre Fähigkeiten einzubringen und Arbeit individuell passend auszuführen.

Ein Beispiel hierfür ist die Sozialtherapie, die zwar über die Krankenkassen abrechenbar ist, gleichzeitig aber so strenge Richtlinien zur Verordnung hat, dass die Soziale Arbeit sie im Prinzip gar nicht nach ihren Handlungsprinzipien und Leitlinien durchführen kann.

In den USA hingegen, existieren schon seit einigen Jahren Modelle einer gut funktionierenden interdisziplinären Kooperation im medizinischen Behandlungsrahmen. Sogenannte *Collaborative Family Health Care Coalitions* praktizieren eine biopsychosoziale Gesamtbehandlung von Patienten in ihrer Familie. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und Krankenschwestern/-pfleger arbeiten unter Koordination von sogenannten Health Care ManagerInnen zusammen, und die Kooperation der Familienmitglieder während der Behandlung ist Bestandteil des Konzepts (vgl. Wendt 2010, S.106.). Hier haben die PatientInnen und ihre Angehörigen alles an einem Ort, je nach Bedarf kann so z.B. zu einer ärztlichen Behandlung noch ein/e TherapeutIn hinzugerufen werden oder SozialarbeiterInnen können den Familien

gleich vor Ort bei den sozialen Problemen helfen, die sich bei einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin herausstellen. Was machen hier in Deutschland z.B. alte, kranke, alleinstehende Menschen ohne Geld? Wer kauft für sie ein, wer kocht ihnen etwas zu essen, wer kümmert sich um ihre Haustiere, wenn kein Geld für eine Haushaltshilfe oder einen Pflegedienst vorhanden ist, eine schwere Grippe jedoch ans Bett fesselt? HausärztInnen können hier alleine nicht weiterhelfen, selbst ein Hausbesuch reicht hier nicht aus. Wie wäre in diesem Fall denn ein Modell der Kooperation zwischen HausärztInnen und SozialarbeiterInnen? HausärztInnen bekommen meist als erstes mit, wenn ihre PatientInnen neben den medizinischen Problemen noch andere Dinge plagen, sie haben Einblicke in die Lebenswelt der KlientInnen, kennen meist Angehörige und Wohnumfeld. Sie verfügen jedoch oft nicht über das notwendige Wissen um gesetzliche Vorschriften, um Finanzierungsmöglichkeiten oder überhaupt um vorhandene Angebote. Auch fehlen entsprechende Kontakte und die Zeit, um passende Hilfsangebote in die Wege zu leiten. Im Fall psychisch erkrankter Menschen kann zwar an FachärztInnen und TherapeutInnen überwiesen werden, aber die Wartezeiten sind meist so lang, dass eine schnell benötigte Hilfe nicht erfolgen kann. Idealerweise stünden für diese Fälle SozialpädagogInnen als sogenannte Case ManagerInnen zur Verfügung, die die ÄrztInnen dabei unterstützen, den notwendigen Hilfebedarf festzustellen, die entsprechenden Kontakte zu knüpfen und gemeinsam mit den PatientInnen ein ganzheitliches wohnortnahe Hilfspaket zu schnüren.

Durch eine sich gegenseitig beratende und unterstützende Zusammenarbeit von HausärztInnen und SozialpädagogInnen könnten neben den medizinischen Problemen auch die psychischen und sozialen Probleme schneller erkannt werden, und die PatientInnen könnten so besser beraten, diagnostiziert, behandelt und gegebenenfalls weitergeleitet werden.

Nur niedrigschwellige, psychosoziale Hilfen in einem eng geknüpften Kooperationsnetz, die auch aufsuchend und vor allem interdisziplinär angelegt sind, stellen optimale Unterstützungsangebote für hilfsbedürftige, hoch belastete Menschen dar. Somit sollten alle Professionen sich mit den unterschiedlichen Theorien und Ansätzen auseinandersetzen und ihre sozialpädagogischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und somatischen Erklärungsansätze nicht als konträr, sondern einander ergänzend betrachten. *„Dies bedeutet, gegenseitige Resentiments abzubauen und die jeweils gegenseitige Kompetenz als wichtig und bereichernd zu erleben, da Nichtvernetzung nicht nur enorme Mehrkosten, sondern auch Schaden und menschliches Leid mit sich bringt.“* (Schmid/Tetzer/Rensch/Schlüter-Müller 2012, S.13).

Das Modell der Integrierten Versorgung ist ein möglicher Lösungsansatz, der andere Möglichkeiten zur Abrechnung von Dienstleistungen im Gesundheitssystem bietet als das bestehende System. Es schafft Anreize zur Kooperation, stärkt den ambulanten Sektor und eröffnet die Chance, wirklich einen biopsychosozialen Ansatz in der Behandlung (psychisch) kranker Menschen zu verfolgen. In den genannten Modellen aus der Praxis arbeiten die unterschiedlichen Professionen in den behandelnden Teams zusammen an der lebensweltorientierten Behandlung ihrer PatientInnen. Es entstehen neue „Töpfe“ für die Finanzierung, durch die neuartige, innovative Behandlungsformen und Kooperationen wie z.B. die zwischen HausärztInnen und SozialarbeiterInnen möglich sein könnten.

Damit die Soziale Arbeit sich in der Integrierten Versorgung behaupten kann, muss sie jedoch erst einmal ihren Stellenwert in der Gesundheitsversorgung deutlich machen. Sie muss sich professionalisieren, selbstbestimmte professionelle Leitlinien entwickeln, ihre professionsspezifischen Kompetenzen klar definieren und deren Wirksamkeit durch Forschung eindeutig belegen. Sie muss sich in politische Entscheidungsprozesse einmischen, sich verstärkt in Berufsverbänden und Gewerkschaften organisieren und sich selber und dem Rest der Gesellschaft klar machen, dass sie mit ihren hier dargestellten Kompetenzen einen nicht mehr wegzudenkenden, ganz eigenen Beitrag leisten zu der Behandlung von Menschen in psychosozialen Problemlagen. Keine andere im Gesundheitswesen arbeitende Profession ist so gut dafür geeignet, PatientInnen durch dieses komplexe, verwirrende und hoch komplizierte Gesundheitssystem zu lotsen, die Beteiligten zur Kooperation anzuregen, bestehende Probleme aufzudecken und anzugehen, die PatientInnen als gleichwertige PartnerInnen in ihrer Lebenswelt zu sehen, sie zu befähigen, zu beteiligen und zu integrieren, die Gesellschaft aufzuklären und zu mehr Toleranz aufzurufen und bei all dem immer „das Ganze“ im Blick zu behalten.

## Literaturverzeichnis

- **Ansen**, Harald / Gödecker-Geenen, Norbert / Nau, Hans 2004: Soziale Arbeit im Krankenhaus. München: Ernst-Reinhardt.
- **Ansen**, Harald 2008: Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortmann, Karlheinz/Röh, Dieter 2008: Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 51-69.
- **AOK Niedersachsen/ Care4S / I3G** 2012: Initiative Integrierte Versorgung Schizophrenie Niedersachsen. Qualitätsbericht 2011. Hannover: AOK Niedersachsen/I3G/Care4S
- **Berger**, Mathias 2005: Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. In: Berger, Mathias/Fritze, Jürgen/Roth-Sackenheim,Christa/Voderholzer, Ulrich 2005: Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 3-20.
- **Binner**, Ulrich/Ortmann, Karlheinz 2008: Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In: Ortmann, Karlheinz/Röh, Dieter 2008: Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S.71-87.
- **Bock**, Prof. Dr. Thomas 1991: Strukturen der Psychiatrie, ihre Mängel und deren Überwindung. In: Bock, Prof. Dr. Thomas/Weigand, Hildegard (Hrsg.) 1991: Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 539-557.
- **Bock**, Prof. Dr. Thomas/ Ohm, Dr. Gunda 2011: IV-Projekt Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. In: Aktion psychisch Kranke e.V. 2011: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG. Dokumentation des Expertenworkshops am 04. Juli 2011 in Berlin. Bonn: Psychiatrie Verlag. 1. Auflage. S.122-127.
- **Bosshard**, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst 2010: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 4., vollständig überarbeitete Auflage.
- **Brill**, Karl-Ernst 2009: Recht und Gesetz von A-Z. Chancen und Stolpersteine. In: BApK e.V. 2009: Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: BALANCE buch + medien verlags GmbH & Co. KG. 2. Auflage. S.210-298.

- **Brückner**, Burkhard 2010: Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- **BZgA** 2001: Was erhält Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA
- **Clausen**, Jens/Eichenbrenner, Ilse 2010: Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- **Crefeld**, Wolf 2002: Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider? In: Dörr, Margret 2002: Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Hohengehren: Schneider-Verlag. S.23-38.
- **DBSH** (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.) / **DVSK** (Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.) 2003: Tagungsdokumentation. Neue gesundheitspolitische Programme – Chance für die Sozialarbeit? Berlin: Weißensee Verlag.
- **Dörr**, Margret 2005: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Reinhard.
- **Faulbaum-Decke**, Wolfgang / Zechert, Christian (Hg.) 2010: Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- **Finzen**, Asmus / Hofmann-Richter, Ulrike 2008: Die häufigsten psychischen Krankheiten. In: BApK e.V. 2008: Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: BALANCE buch + medien verlags GmbH. S.25-53.
- **Gahleitner**, Silke Birgitta 2012: Klinische Sozialarbeit. In: Schmid, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Katharina u.a. 2012: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. S. 90-109.
- **Goffmann**, Erving 1973: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- **Greuß**, Marius / Mennemann, Hugo 2006: Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung. München: Ernst Reinhardt.
- **Hanesch**, Walter / Pfannendörfer, Gerhard 1991: Materielle Grundsicherung als Voraussetzung für ein eigenständiges Leben. Praxis und Problematik der Sozialhilfe – Zukunftsmodelle einer adäquaten sozialen Grundsicherung. In: Bock, Thomas / Weigand, Hildegard (Hrsg.) 1991: Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- **Hanses**, Andreas 2002: Biographische Diagnostik als Veränderung professioneller „Interaktionsordnung“. In: Dörr, Margret 2002: Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Hohengehren: Schneider-Verlag. S. 86-102.
- **Heimann**, Regine/Schmeck, Klaus 2012: Führungsaufgaben von Sozialpädagogen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmid, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Katharina/Schlüter-Müller, Susanne (Hg.) 2012: Handbuch Psychiatriebezogener Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. S. 220-226.
- **Haubrock**, Manfred/Hagmann, Hartmut/Nerlinger, Thomas 2000: Managed Care. Integrierte Versorgungsformen. Bern: Verlag Hans Huber.
- **Hegeler**, Hildegard 2008: Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Ortmann, Karlheinz/Röh, Dieter 2008: Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 121-137.
- **Herriger**, Norbert 2002: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag.
- **Homfeldt**, Hans Günther/Sting, Stephan 2006: Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- **Knoll**, Andreas 2000: Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Opladen: Leske + Budrich.
- **Kunze**, Heinrich/Kukla, Rainer 2011: Die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems aus Sicht der APK. In: Aktion psychisch Kranke e.V. 2011: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG. Dokumentation des Expertenworkshops am 04. Juli 2011 in Berlin. Bonn: Psychiatrie Verlag. 1. Auflage. S.61-77.
- **Liedke**, Klaus Dieter 2012: Ein Netzwerk für psychisch Kranke. Interview in: TK Spezial Hessen Nr. 2/Juni 2012. Frankfurt am Main: Techniker Krankenkasse.
- **Mühlbacher**, Axel 2002: Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Bern: Verlag Hans Huber.
- **Mühlum**, Albert 2002: Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit. In: Dörr, Margret 2002: Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Hohengehren: Schneider Verlag. 10-22.
- **Neuffer**, Manfred 2002: Case Management. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2002: Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Frankfurt am Main: Eigenverlag. 5. Auflage. S. 185

- **Obert**, Klaus 2009: Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) 2009: Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Bonn: BALANCE buch + medien verlags GmbH & Co. KG 2. Auflage. Seite 54-93.
- **Pauls**, Helmut 2004: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- **Porter**, Michael E./Guth, Clemens 2012: Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin: Springer.
- **Röh**, Dieter 2008: Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: Ortmann, Karlheinz/Röh, Dieter 2008: Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 35-50.
- **Schillen**, Dr. med. Thomas 2012: Optimierte Versorgung in der Psychiatrie. Interview in: TK Spezial Hessen Nr. 2/Juni 2012. Frankfurt am Main: Techniker Krankenkasse.
- **Schmid**, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Katharina/Schlüter-Müller, Susanne 2012: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- **Schwabe**, Angelika 2011: NetzWerk Psychische Gesundheit: Erste Bilanz der Arbeit in Hamburg. TK Spezial Nr. 04/Dezember 2011. Hamburg: Techniker Krankenkasse
- **Sennett**, Richard 2000: Der flexible Mensch. Berlin: Siedler Verlag.
- **Sohns**, Armin 2009: Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit. In: Michel-Schwartz, Brigitta 2009: Methodenbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.
- **Staub-Bernasconi**, Silvia 1998: Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In: Heiner, Maja/Meinhold, Marianne/von Spiegel, Hiltrud/Staub-Bernasconi, Silvia 1998: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- **Telch-Schottstädt**, Anne-Sophie 2009: Sozialarbeit und Therapie – Zwei vereinbare Disziplinen? Diplomarbeit des Studiengangs Soziale Arbeit der Hochschule Neubrandenburg.
- **Tetzer**, Michael 2012: Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In: Schmid, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Katharina u.a. 2012: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

- **Tetzer**, Michael 2012: Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In: Schmid, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Katharina u.a. 2012: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. S. 58-77.
- **Tetzer**, Michael/Rensch, Katharina 2012: Sozialpädagogischer Habitus und der Lüneburger Studienschwerpunkt Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. In: Schmid, Marc/Tetzer, Michael/Rensch, Katharina u.a. 2012: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. S.202-219.
- **Viefhues**, Herbert 1969: Methodische Sozialarbeit und Medizin. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins 49. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. S. 303-308.
- **Wälte**, Dieter 2011: Der psychisch gestörte Mensch – Klinische Psychologie. In: Wälte, Dieter/Borg-Laufs, Michael/Brückner, Burkhard 2011: Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer. S.125-183.
- **Wendt**, Wolf Rainer 2002: Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. In: Dörr, Margret 2002: Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Hohengehren: Schneider-Verlag. S.39-49.
- **Wendt**, Wolf Rainer 2010: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. 5. Überarbeitete Auflage.
- **Zimmermann**, Ralf-Bruno 2008: Klinische Sozialarbeit und Sozialpsychiatrie. In: Ortman, Karlheinz / Röh, Dieter 2008: Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

### Internetquellen:

- **Ärzteblatt** Mai 2008: Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert. URL 1: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/60149/Psychische-Erkrankungen-Alle-Fachgebiete-sind-gefordert> (Stand 11.03.2013)
- **Ärzteblatt** 25.11.2010: IV-Vertrag Schizophrenie: AOK kooperiert mit Managementgesellschaft von Janssen-Cilag. URL 2: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/43676> (Stand 11.03.2013)
- **Ärzteblatt** 08.10.2012: Integrierte Versorgung Schizophrenie in Niedersachsen bewährt sich. URL 3: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51928> (Stand 11.03.2013)



- **Ärztezeitung** 29.11. 2010: Ärzte sehen Arzneihersteller als Partner von Integrationsverträgen mit Skepsis. URL 4: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/631441/aerzte-sehen-arzneihersteller-partner-integrationsvertraegen-skepsis.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/631441/aerzte-sehen-arzneihersteller-partner-integrationsvertraegen-skepsis.html) (Stand 11.03.2013)
- **AOK**: Schizophrenie – Integrierte Versorgung. URL 6: <http://www.aok.de/niedersachsen/leistungen-service/schizophrenie-201297.php> (Stand 11.03.2013)
- **Baer, Udo** 2005: Die fünf Ebenen des Sozialen. URL 7: <http://www.dfs-aktiv.de/pdf/Die5EbenenDesSozialen.pdf> (Stand 11.03.2013)
- **Braun, Bernhard/Marstedt, Gerd/Sievers, Christoph** 2011: Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. URL 8: [http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-98405764-FAC037D7/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_35253\\_35254\\_2.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-98405764-FAC037D7/bst/xcms_bst_dms_35253_35254_2.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Bühning, Petra** 2001: Psychiatrie-Reform: Auf halben Weg stecken geblieben. In: Deutsches Ärzteblatt. URL 9: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/25936> (Stand 11.03.2013)
- **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** e.V. 2010: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. URL 10: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/reha/leistungen/psych\\_sucht/kranke\\_behinderte/index.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/reha/leistungen/psych_sucht/kranke_behinderte/index.html) (Stand 11.03.2013)
- **Bundespsychotherapeutenkammer** 14.05.2012: Rund 4.000 Psychotherapeuten fehlen in der ambulanten Versorgung. URL 11: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/bptk-rund-4.html> (Stand 11.03.2013)
- **Bundespsychotherapeutenkammer** 07.05.2012: Psychotisch Kranke Menschen leitliniengerecht versorgen. URL 12: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotisch-1.html> (Stand 11.03.2013)
- **Bundestherapeutenkammer** 12.11.2012: Bundesgesundheitsministerium hält Kurs beim Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik. URL 13: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/bundesgesund.html> (Stand 11.03.2013)
- **Care4S**: URL 15: <http://www.care4s.de> (Stand 11.03.2013)

- **Crefeld, Wolf** 2002: Klinische Sozialarbeit als Basis der psychiatrischen Sozialarbeit. URL 16: [http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/PDF\\_Sammlung/CREFELD.KlinSA.Psychiatrie.pdf](http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF_Sammlung/CREFELD.KlinSA.Psychiatrie.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **DGPPN** 14.10.2010: „Integrierte Versorgung für Psychiatrie und Psychotherapie flächendeckend umsetzen – Kommerzielle Interessen abwehren“. Stellungnahme Nr.7. URL 17: <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/select/stellungnahmen-2010/article/141/integrierte-2.html> (Stand 11.03.2013)
- **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)** 2003: Stellungnahme der DGSP zur Entwicklung der ambulanten psychiatrischen Versorgung. URL 18: <http://www.psychiatrie.de/dgsp/stellungnahmen/stellungnahme-zur-entwicklung-der-ambulanten-psychiatrischen-versorgung/> (Stand 11.03.2013)
- **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)** 20.10.2010: Stellungnahme der DGSP zum Referentenentwurf zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG). URL 19: <http://www.psychiatrie.de/dgsp/stellungnahmen/stellungnahme-zur-amnog/> (Stand 11.03.2013)
- **Deutsche Rentenversicherung:** URL 20: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Fachbereiche/01\\_sozialmedizin\\_forschung/03\\_reha\\_wissenschaften/06\\_reha\\_konzepte/systemfragen/integrierte\\_versorgung.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/06_reha_konzepte/systemfragen/integrierte_versorgung.html) (Stand 11.03.2013)
- **Deutscher Bundestag** 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - . Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei. URL 21: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/enquete1975/03-zusammenfassung.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/enquete1975/03-zusammenfassung.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Deutscher Bundestag** 2001: Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen. URL 22: [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/f\\_Versorgungsluecke\\_17\\_2924/Stellungnahmen/17\\_14\\_0102\\_17\\_.pdf](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/f_Versorgungsluecke_17_2924/Stellungnahmen/17_14_0102_17_.pdf) (Stand 11.03.2013)

- **Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband** – Gesamtverband e.V. 2011: Integrierte Versorgung – Mehr als die Summe aller Teile! Handlungsempfehlungen des Paritätischen für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. URL 23: [http://www.der-paritaetische.de/uploads/tx\\_pdforder/integrierte-versorgung\\_A5\\_web.pdf](http://www.der-paritaetische.de/uploads/tx_pdforder/integrierte-versorgung_A5_web.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **DGSA:** URL 24: [http://www.dgsainfo.de/nc/sektionen/klinische\\_sozialarbeit/inhalt.html?sword\\_list\[\]=sozialarbeit](http://www.dgsainfo.de/nc/sektionen/klinische_sozialarbeit/inhalt.html?sword_list[]=sozialarbeit) (Stand 11.03.2013)
- **Dörner, Klaus** 2010: Statement zur Vorstellung des NetzWerks psychische Gesundheit am 28. Januar 2010 in Berlin. URL 25: [http://www.awolysis.de/bilder/upload/statement\\_nwpg.pdf](http://www.awolysis.de/bilder/upload/statement_nwpg.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Egger, Josef W.** 2005: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. URL 26: [http://www.draloisdengg.at/bilder/pdf/EggerJosefWilhelm\\_ErweitertesbpmModell.pdf](http://www.draloisdengg.at/bilder/pdf/EggerJosefWilhelm_ErweitertesbpmModell.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Financial Times** 23.08.2012: Projekt mit psychisch Kranken gescheitert. URL 27: <http://www.ftd.de/unternehmen/industrie/:schizophrenie-projekt-mit-psychisch-kranken-gescheitert/70079895.html> (Stand 11.03.2013)
- **Frankfurter Rundschau** 03.05.2011: Jammern auf hohem Niveau. URL 28: <http://www.fr-online.de/literatur/alain-ehrenberg--das-unbehagen-in-der-gesellschaft--jammern-auf-hohem-niveau,1472266,8504462.html> (Stand 11.03.2013)
- **Gemeinsamer Bundesausschuss** 2008: Evaluationsberichtes zu den Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie: URL 29: [http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2516/2008-01-17-Evaluationsbericht-Soziotherapie\\_korr.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2516/2008-01-17-Evaluationsbericht-Soziotherapie_korr.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Globalrichtlinien PBW:** URL 30: <http://www.hamburg.de/basfi/infoline-archiv-2011/nofl/126610/gl-sgbxii-54-pbw-bis20111031.html> (Stand 11.03.2013)
- **Globalrichtlinien PPM:** URL 31: <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html> (Stand 11.03.2013)
- **Haarhoff, Heike** 05.11.2010: Zum Wohle der Pharmas. Taz.de. URL 32: <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digikel/?ressort=sw&dig=2010%2F11%2F05%2Fa0093&cHash=f2cc736b375a271cb89d6e763b7c04f9> (Stand 11.03.2013)

- **Herwig-Lempp**, Johannes / Kühning, Ludger 2012: Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. URL 33:  
<http://www.dgsf.org/service/wissensportal/Sozialarbeit%20ist%20anspruchsvoller%20als%20Therapie%20-2012.pdf> (Stand 11.03.2013)
- **I3G**: URL 34: <http://www.i3g-gmbh.de> (Stand 11.03.2013)
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung**: URL 35:  
<http://www.kbv.de/koop/8777.html#Rechtsgrundlage%20und%20Vertragspartner> (Stand 11.03.2013)
- **Klinische Sozialarbeit**: URL 36: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/zertifizierung/anererkennung.html> (Stand 11.03.2013)
- **Knuf**, Andreas 2003: Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie. URL 37:  
<http://www.psychiatriefortbildung.de/managed-care.pdf> (Stand 11.03.2013)
- **Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD** 11.11.2005: URL 38:  
<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-4.html> (Stand 11.03.2013)
- **Laux**, Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd 2011: Moderne psychische Störungen. Krank durch Stress und innere Leere. URL 39:  
[http://www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn\\_redaktion\\_ssl\\_neu/upload/nt07-0811\\_27\\_34\\_fb\\_moderne psychoerkrankungen.pdf](http://www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn_redaktion_ssl_neu/upload/nt07-0811_27_34_fb_moderne psychoerkrankungen.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Lebenswohlfahrtsverband Hessen** 2004: Informationsbrief Nr.2. URL 40:  
[http://www.lwv-hessen.de/webcom/show\\_article.php/c-395/nr-4/i.html](http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/c-395/nr-4/i.html) (Stand 11.03.2013)
- **Melchinger**, Dr. Heiner 2008: Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Medizinische Hochschule Hannover. URL 41: [http://dgspp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger\\_KBV\\_Gutachten.pdf](http://dgspp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Ohm**, Dr. Gunda 2008: Das „Hamburger Modell“ des UKE Integrierte Versorgung für Psychose-Patienten. URL 42: <http://www.iv-hh.de/iv-2008/vortraege.php> (Stand 11.03.2013)
- **Psychiatrienetz**: Psychiatriegeschichte. URL 43:  
<http://www.psychiatrie.de/psychiatriegeschichte/sozialpsychiatrie/> (Stand 11.03.2013)

- **Psychiatrienetz:** Eingliederungshilfe. URL 44: <http://www.psychiatrie.de/recht-und-gesetz/e/> (Stand 11.03.2013)
- **Psychotherapeutenkammer Bremen:** URL 45: [http://www.pk-hb.de/patienten/psychisch\\_krank/index.html#23](http://www.pk-hb.de/patienten/psychisch_krank/index.html#23) (Stand 11.03.2013)
- **Reuter, Benjamin** 2011: Zum Wohl des Patienten? ZEIT ONLINE. URL 46: <http://www.zeit.de/2011/11/M-Schizophrenie> (Stand 11.03.2013)
- **Rüsch, Nicolas/Berger, Mathias/Finzen, Asmus/Angermeyer, Matthias C.** 2004: Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. URL 47: [http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung\\_ruesch.pdf](http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Ruppert, Prof. Dr. Franz:** Psychotherapie und Soziale Arbeit. URL 48: [http://www.franz-ruppert.de/Psychotherapie\\_und\\_Soziale\\_Arbeit.pdf](http://www.franz-ruppert.de/Psychotherapie_und_Soziale_Arbeit.pdf) (Stand 11.03.2013)
- **Ruprecht, Dr. med. Thomas** 2010: “Patient-Centered Medical Home” und “Managed Care” in der Psychiatrie? Die integrierte Versorgung psychisch Kranker im TK- "NetzWerk psychische Gesundheit". URL 49: <http://www.tk.de/tk/psychische-erkrankungen/kompetenznetz/netzwerk-psy-gesundheit/363024> (Stand 11.03.2013)
- **Schneider, Markus/Brecht, Josef Georg** 2011: Wer bezahlt die Behandlung psychischer Erkrankungen? BASYS AKTUELL. URL 50: <http://www.basys.de/aktuelles/2011/psykr.pdf> (Stand 11.03.2013)
- **Spitzenverbände der Krankenkassen** 2001: Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie. URL 51: <http://www.soziotherapie.de/pdf/Gem.EmpfehlungenSoziotherapievom29.11.2001.pdf> (Stand 11.03.2013)
- **Statistisches Bundesamt 1998:** Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart : Verlag Metzler-Poeschel. URL 52: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasts&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=1105::Gesundheitsausgaben](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1105::Gesundheitsausgaben) (Stand 11.03.2013)
- **Steckermaier, Holger** 2010: Integrierte Versorgung und Managed Care in der Gemeindepsychiatrie - Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzwerkes nach § 140a ff SGB V. Masterarbeit für den Studiengang Master Mental Health im Juli 2010. Hochschule München, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften. URL 53: [http://www.awolysis.de/bilder/upload/managed\\_care.pdf](http://www.awolysis.de/bilder/upload/managed_care.pdf) (Stand 11.03.2013)

- **Techniker Krankenkasse** 2010: NetzWerk psychische Gesundheit. URL 54: <http://www.tk.de/tk/besondere-tk-angebote/psychische-erkrankungen/netzwerk/208398> (Stand 11.03.2013)
- **Wiedemeyer, Isabelle** 2011: Mehr Irrsinn für alle. URL 55: <http://www.news.de/gesellschaft/855168512/mehr-irrsinn-fuer-alle/1/> (Stand 11.03.2013)
- **Wilde, Frank**: Soziale Arbeit mit Verrückten. Im Spannungsfeld von Psychiatrie und Antipsychiatrie. URL 56: <http://www.irrenoffensive.de/Frank/00titel.htm> (Stand 11.03.2013)
- **Wirtschaftslexikon**: URL 58: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/kassenaerztliche-vereinigung-kv.html> (Stand 11.03.2013)

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg den 25.03.2013

Josefine Hanke