

Die Sozialpsychiatrie braucht eine starke Soziale Arbeit

Was bewegt die Soziale Arbeit in der Psychiatrie?



Waltraud Himmelmann

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie sieht sich derzeit mit drei verschiedenen Themen konfrontiert: Zum einen mit dem Vorhaben, ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die psychiatrische Krankenhausfinanzierung zu entwickeln. Zum zweiten wird Soziale Arbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld zunehmend gefordert, adäquate Hilfen für ausländische (Armut-)Flüchtlinge, vorwiegend aus den armen osteuropäischen Ländern, zu leisten. Daneben stehen Bemühungen, sozial-psychiatrische Errungenschaften gegen ökonomische Interessen der Leistungsträger zu verteidigen. Waltraud Himmelmann kommt in ihrem Beitrag zum Schluss, dass der Organisationsgrad der Profession zur grundlegenden Bewältigung der Aufgaben deutlich steigen muss.

Die Spitzenverbände der Krankenkassenversicherungen und Krankenhäuser wurden als Selbstverwaltungspartner von der Bundesregierung beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus gGmbH (INEK), ein neues Finanzierungssystem für die Psychiatrie zu entwickeln. Die Krankenhausfinanzierung im somatischen Bereich erfolgt schon länger durch Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG). Aufgrund der wesentlichen Unterschiede zwischen der Behandlung von psychischen und somatischen Erkrankungen soll der neue Entgeltkatalog jedoch nicht auf Fallpauschalen wie im DRG-System, sondern auf Tagespauschalen basieren.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), eine Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit, erarbeitet zur Leistungsdokumentation Kodierungen für die psychiatrischen Komplexbehandlungen. Im Gegensatz zu den bisherigen Stichtagserhebungen

wird jetzt mit Hilfe von tagesaktuellen Codes versucht, die Behandlungsinintensität von psychisch kranken Personen zu erfassen. Zur Berechnung der Tagespauschalen wird ein Dokumentationssystem der erbrachten Leistungen zu grunde gelegt, der sogenannte Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS). Hierfür wurden entsprechende Kodierziffern für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen entwickelt. Das bedeutet, dass im laufenden Betrieb Daten erfasst, Ausführungsrichtlinien erprobt und immer wieder erneuert werden. Das Verfahren ist bis 2016 freiwillig, danach wird es verpflichtend eingeführt (Vgl. www.aokgesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/psy/index.html am 22.07.2012).

Die gesetzlichen Grundlagen sehen vor, dass die Psychiatriepersonalverordnung nur zu 90 Prozent eingehalten werden muss. Aus Sicht des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) ist das ein offizielles Eingeständnis der mangelnden Per-

sonalbesetzung in der Psychiatrie. Mit dieser neuen Vorschrift wird die skandalöse Wirklichkeit der Unterbesetzung offiziell als Norm eingeführt und kaum einer regt sich auf (Ausnahmen: Aktion Psychisch Kranke, ver.di). Allerdings ist die Realität noch extremer: Die Psychiatriepersonalverordnung geht noch von bis zu dreifach längeren stationären Aufenthaltsdauern aus als dies heute im Durchschnitt der Fall ist. Das bedeutet, dass sich der Verwaltungsaufwand, die Aufnahme- und Entlassungsvorbereitungen verdichten und zu Lasten einer personenorientierten Hilfe des psychisch kranken Menschen gehen: 300 Prozent kann kein Mitarbeiter leisten.

Veränderungen sind möglich

Soziale Arbeit muss sich in einem solchen System zu Wort melden und ihre Vorstellungen aktiv in die Entwicklungen einbringen. Dass dies erfolgreich möglich ist, zeigen die Aktivitäten der Verbände für Soziale Arbeit (Deutsche Vereinigung für Soziale Ar-

beit im Gesundheitswesen – DVSG, Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit – DBSH) in Bezug auf die Ergänzungen des OPS-Katalogs. So war beispielsweise in den Entwürfen zur Kalkulation die Wirklichkeit der psychiatrischen Behandlung nur unvollständig abgebildet. Im ersten OPS-Katalog für die Psychiatrie waren 2010 zwar bereits Codes zu finden, innerhalb derer prinzipiell die Soziale Arbeit in der Psychiatrie abbildbar ist, allerdings nur unter dem Sammelbegriff „Spezialtherapeuten“. Dazu gehört neben Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Logopäden auch die Soziale Arbeit. Die Sozialarbeitsleistungen können so zwar in das Kodiersystem eingebracht werden, lassen sich durch den Sammelbegriff „Spezialtherapeuten“ aber nicht mehr von den Leistungen anderer differenzieren. Auf diese Weise ist dann nur noch zu erkennen, wie viele Therapieeinheiten „Spezialtherapeuten“ beim jeweiligen Patienten erbracht haben – der spezielle Anteil der Sozialen Arbeit daran ist nicht erkennbar. Da Soziale Arbeit in der Psychiatrie einen nicht unerheblichen und bedeutenden Leistungsanteil hat, sind die tatsächlich erbrachten Leistungen nach dem derzeit vorgesehenen System nicht ausreichend differenziert.

Sozialarbeiterische Interventionen gehören in der Psychiatrie zum notwendigen Behandlungsspektrum

Für eine adäquate Dokumentation der Leistungen bedurfte es entsprechender Ergänzungen. Es wurde beispielsweise übersehen, dass besonders in der Sozialen Arbeit erheblicher personenbezogener Aufwand ohne „face to face“ Kontakt mit den Klienten entsteht. Leistungen, wie Angehörigengespräche, Verhandlungen mit Leistungsträgern oder Justiz, konnten nicht erfasst werden. Dies hätte zu relevanten Verzerrungen bei der patientenbezogenen Abbildung der Leistungen geführt.

Weiterhin können als Folge einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung bei den Patienten existenzbedrohende Lebensbedingungen eintreten. Der Sozialdienst sichert mit umgehenden, zeitintensiven Inter-



Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu den Klienten der Sozialen Arbeit mit intensiverem Beratungsbedarf. Eine angemessene Vergütung ist hier schwierig zu pauschalisieren.

ventionen, komplexer Beratung und mitunter nicht planbaren Einzelkontakten die Grundlage und Voraussetzung für eine Behandlung. Eine nachhaltige Stabilisierung erfordert parallel zur medizinisch-psychiatrischen Behandlung eine intensive sozialarbeiterische Intervention. Solche hier „existenzbedrohenden Lebensumstände“ genannten Bedingungen sind unter anderem der Verlust der wirtschaftlichen Absicherung (fehlende Leistungsbezüge bei Aufnahme), ein fehlender Krankenversicherungsschutz, Gefährdung oder Verlust des Wohnraumes durch Mietrückstände oder auffälliges Verhalten, Überschuldung (Gefühl der Hoffnungslosigkeit, in der Folge Suizidalität), Gefährdung oder Verlust des Arbeitsplatzes, mangelndes soziales Netzwerk oder fehlende Rückkehrmöglichkeiten ins bisherige soziale Umfeld.

Die aus den angeführten existenzbedrohenden Lebensumständen notwendigen Interventionen gehören in der Psychiatrie seit langem zum Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit und kön-

nen am besten von dieser Berufsgruppe durchgeführt werden. Umgehende und intensive sozialarbeiterische Interventionen können wirtschaftliche Absicherung und Krankenversicherungsschutz wieder herstellen. Sie sorgen für einen Erhalt des Wohnraums oder des Arbeitsplatzes. Sie erarbeiten neue Perspektiven und leiten sie ein. Dazu zählt eine zeitnahe Vermittlung in die medizinische oder berufliche Rehabilitation oder in teil- bzw. vollstationäre Wohneinrichtungen für die spezifischen Erkrankungsbilder. Eingeschlossen in die Leistung ist die erforderliche Kostenklärung für eine Aufnahme. Die psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung umfasst also auch die sozialarbeiterischen Interventionen. Sie muss also erfasst und sollte entsprechend bei der Codierung berücksichtigt werden.

Über das DIMDI haben DVSG und DBSH die Möglichkeit zur Mitsprache genutzt. In einem formalisierten Verfahren können Vorschläge für Änderungen am OPS-Katalog eingereicht

werden. Allerdings unterliegen sie dann einer internen, nichtöffentlichen Bewertung einer Arbeitsgruppe des DIMDI, in der ursprünglich kein Vertreter mit sozialarbeiterischen Background vertreten war: Durch die gemeinsame Intervention der beiden Verbände konnten erfolgreich Änderungsanträge für die Weiterentwicklung der OPS-Kodierung eingebracht werden. Daneben haben DVSG und DBSH nun einen festen Sitz in der Arbeitsgruppe des DIMDI, um die Einbeziehung sozialarbeiterischer Kompetenz bei künftigen Beratungen sicherzustellen.

Psycho-soziale Intensivbehandlung und Zunahme ausländischer Armutsflüchtlinge

Neben der allgemeinen Kodierungsproblematik steht Soziale Arbeit auch in ihren Arbeitsfeldern vor Herausforderungen, die sich schwierig vom bisherigen Abrechnungssystem abbilden lassen. So steigt die Zahl behandlungsbedürftiger Flüchtlinge und Migranten, die relativer und absoluter Armut entfliehen oder nach lebensbedrohlichen Erlebnissen ein sicheres Land suchen. Auch die fehlende psychiatrische Versorgung bei schweren psychischen Erkrankungen kann Familien zur Migration bewegen. Soziokulturelle Unterschiede erschweren häufig eine gelingende psychiatrischen Behandlung: Lebenswelten prallen aufeinander, Sprachbarrieren, geringe Lese- und Schreibfähigkeit, religiöse Überzeugungen, Umgangsformen und offene Ablehnung westlicher Werte sind zu überwinden.

Die Datenlage zu dieser Entwicklung ist eher vage. So schätzt beispielsweise ein Sozialdienst einer geschlossenen Station einer Psychiatrischen Klinik in einem Einzugsgebiet mit überdurchschnittlicher Armut und Arbeitslosigkeit den Anteil der entsprechenden Intensivfälle auf mindestens 50 Prozent ein. Für eine adäquate Einschätzung des Personalbedarfs müssten entsprechende qualitative Daten systematisch erhoben und für eine realistische Kalkulation analysiert werden. Würden die Ergebnisse ernst genommen, müssten sie sich in der Personalbemessung niederschlagen. Es

ist allerdings zu befürchten, dass der mangelhafte Status Quo als „normal“ etikettiert werden wird.

Die deutschen sozialen Hilfesysteme erfassen diese Menschen mit Migrationshintergrund nicht immer, auch wenn mitunter das Gegenteil behauptet wird. Individuelle Hilfen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Patienten müssen in der Regel durch den Sozialdienst erschlossen werden: Dafür gibt es keinen Standard. Was tut eine Sozialpädagogin mit einem osteuropäischen, psychotischen Mann, der bisher als Zuhälter, ohne Aufenthaltserlaubnis im Ruhrgebiet, seine Frauen zur Einkommenssicherung zur Prostitution angehalten hat? Was nützen medikamentöse Einstellungen, die sich selbst krankenversicherte Menschen außerhalb der Psychiatrie nach der Entlassung nicht leisten können und daher absetzen müssen? (Vgl. www.dbsh-nrw.de/fileadmin/webseite/pdf/Publikationen/Stellungnahme_Festbetragee_Ciprallex_Rev.1.1.pdf)

Die Verknüpfung des deutschen Sozialsystems im Europäischen Verbund

und „Normalpatienten“ zu finden, und Behandlungen zu kategorisieren, geben Daten auch Auskunft über die psychiatrische Versorgung. Die Datenaufnahme lässt einen Vergleich zwischen Psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern und eigenständigen psychiatrischen Kliniken zu. Bei aller gebotenen Vorsicht entsteht der Eindruck, dass trotz regionaler Einzugsgebiete auch eine soziale Selektion vor der Aufnahme stattfindet: Psycho-soziale Intensivfälle und schwer behandelbare Fälle werden bevorzugt in die psychiatrischen (Groß-)Kliniken geschickt. Im Einzelfall berichten Betroffene, sie seien von ihrer „zuständigen Klinik“ nicht aufgenommen worden, da sie „ausbehandelt“ seien.

Ökonomischer Druck und Soziale Psychiatrie

Rein ökonomisch betrachtet ist der Sozialdienst wieder ein wertvolles Gut geworden: Es besteht ein hoher Hilfebedarf bei knappem Angebot. Allerdings fehlen noch einheitliche Instrumente zur Erfassung der sozialen Di-

In pharmakologische Studien wird viel Geld investiert.

In Studien zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit

Sozialer Arbeit fast gar keines: Dies ist ein Wett-

bewerbsnachteil gegenüber den Kostenträgern.

hat Lücken. Unterhalb staatlicher Abkommen fehlen Regelungen und Organisationsstrukturen. Nichtregierungsorganisationen können manchmal helfen, müssen natürlich erst kontaktiert und überzeugt werden. Kreativität, Engagement und Glück gehören dazu, Hilfen zu erschließen. Das ist zeitaufwendig. Es hilft den Patienten. Es gibt dafür aber kein Mehr an Geld für die Klinik. Das erschwert die Forderung der Sozialen Arbeit, dass die erfassten Bedarfe in die Personalbemessung zurückfließen und die Patienten die Hilfe erhalten, die sie akut benötigen.

Bei den Bemühungen, trennende Indikatoren für „Intensivpatienten“

mension von Krankheit, um diese Behauptung empirisch zu belegen. Dagegen versprechen Studien über neue Medikamente wahre Wunder. In pharmakologische Studien wird viel Geld investiert. In Studien zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit Sozialer Arbeit fast gar keines: Dies ist ein Wettbewerbsnachteil gegenüber den Kostenträgern, denen der Gegenwert für die Behandlung erklärt werden muss. Um den Berufsalltag zu bewältigen, müssen die Ziele der Sozialberatung auf ein realistisches Maß reduziert und Arbeitsabläufe rationalisiert werden. Prozessorientierte Methoden geraten gegenüber symptomorientierten Methoden ins Hintertreffen. Der ganz-

heitliche Ansatz ist ein Ideal, das die Strukturen im Moment kaum zulassen.

Deutlich ist, dass sich strukturelle Probleme nur auf Systemebene und hier häufig nur politisch lösen lassen. Allerdings mangelt es den wenigen Initiativen häufig an solidarischer Unterstützung. Ein Beispiel ist hier die Soltauer Initiative (Vgl. www.soltauer-impulse.culturebase.org/), die sich seit 2004 bemüht, das politische Bewusstsein über die Demontage sozialpsychiatrischer Hilfen zu wecken. Wie schwer das ist, zeigte 2008 eine Tagung mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) in der FH Potsdam: Das Soziale als politisches Anliegen. Die Tagung fand parallel zum laufenden Studienbetrieb statt. Die auffällig geringe Teilnehmerzahl unter den Sozialarbeitsstudierenden erklärten diese damit, dass sie sich keine Fehlstunde in den Seminaren erlauben konnten. Der Vorschlag gemeinsam das Anwesenheitsgebot zu brechen, um an der Tagung teilnehmen zu können, erntete freundliches Erstaunen. Es fehlte absolut ein Bewusstsein darüber, dass Soziale Arbeit erst recht unter repressiven Bedingungen für ihre Ziele Konflikte austragen muss.

2009 wurde zum ersten Mal im Öffentlichen Dienst zu einem Streik für den Sozial- und Erziehungsdienst aufgerufen. Der Streikaufruf galt auch für die Sozialdienste. Bundesweit trauten sich allerdings viele Sozialarbeiter nicht, von ihrem Streikrecht Gebrauch zu machen. Es fehlte das Bewusstsein, dass man auch für seine eigenen Belange kämpfen muss. Unter den streikenden Sozialarbeitern wuchsen während der Auseinandersetzungen trägerübergreifend die Solidarität und das Gefühl einer professionellen Identität. Häufig hielten Gewissensfragen um das Wohl der Klienten viele Sozialarbeiter von einer Streikbeteiligung ab, doch viele Klienten zeigten Verständnis. Diese Erfahrungen löste allerdings keine Bewegung über den Streik hinaus aus. Der Organisationsgrad (Berufsverband/Gewerkschaft) unter den professionellen Kräften der Sozialen Arbeit ist weiterhin gering. Beim Bundeskongress für Soziale Ar-

beit 2009 in Dortmund boten die DGSP und der DBSH eine Veranstaltung an, die über Möglichkeiten der Auseinandersetzung von der sozialpolitischen Kampagne bis zum Whistleblowing informieren sollte. Auch hier war die Nachfrage gering. Es stellt sich die Frage: Wo geht der Druck durch die verschlechterten Arbeitsbedingungen im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld weiter hin? In innere Emigration, psycho-somatische Krankheit, Flucht in die Familienarbeit oder Jobwechsel? Man darf gespannt sein, ob sich endlich etwas bewegt: Vom 13. bis 15. September 2012 findet der 8. Bundeskongress für Soziale Arbeit in Hamburg statt (www.bundeskongress-soziale-arbeit.de). Es besteht die Hoffnung, dass von dort aus Impulse für ein politisches Mandat der Sozialen Arbeit ausgehen und entsprechende Initiativen sowie die Verbände der Sozialer Arbeit gestärkt werden.

Verbesserungen in der Sozialpsychiatrie müssen erstritten werden

Die aktuellen Bemühungen, die Arbeit in der Psychiatrie zu kalkulieren, zwingen die Soziale Arbeit dazu, sich an einem System zu beteiligen, dessen Grundannahmen aus der professioneller Sicht Sozialer Arbeit abzulehnen sind: Unsere berufliche Aufgabe ist es, in der Behandlung den Menschen ganzheitlich mit seinem Lebensumfeld zu betrachten. Die Kalkulation der psychiatrischen Arbeit betrachtet hingegen das Symptom und dessen möglichst schnelle Linderung oder Heilung im Krankenhaus. In Zeiten der ökonomischen Globalisierung und dadurch ausgelösten Bevölkerungswanderungen erhöhen sich die Anforderungen an die Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Es sind zusätzliche multikulturelle Kompetenzen gefragt und es müssen neue Hilfeformen und -Netzwerke erschlossen werden. Strukturell benötigt die Profession in der Psychiatrie Verbesserungen, die erstritten werden müssen. Angesichts der akuten Verwerfungen, die ins Mark Sozialer Arbeit in der Psychiatrie treffen, müssen die Kräfte gebündelt werden. Das gemeinsame Vorgehen von

DVSG und DBSH ist ein Schritt in die richtige Richtung. Um mehr politisches Gewicht in der Sozial- und Berufspolitik zu erhalten, müssen die Mitgliederzahlen in den Verbänden steigen. Der Organisationsgrad der Sozialen Arbeit muss sich dringend erhöhen.

■ *Waltraud Himmelmann ist Dipl. Sozialarbeiterin und arbeitet in der LWL-Klinik Dortmund.*

Sie ist 2. Vorsitzende des DBSH-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen und dort in der Landesfachgruppe Psychiatrie und Sucht aktiv,

© waltraud.himmelmann@dbsh-nrw.de

Ihre Patienten in guten Händen



Onkologische Heilbehandlung im Ostseeheilbad Graal-Müritz

Weiter geht's...

Die Klinik Graal-Müritz hilft Ihren Patienten nach der Akut-Therapie wieder Kraft zu tanken. Wir sind spezialisiert auf die Behandlung von **allen Tumorerkrankungen**, die als **Anschlußheilbehandlungen (AHB)** und **Anschlußrehabilitation (AR)** durchgeführt werden. Fordern Sie noch heute weitere kostenlose Informationen unter der Telefonnummer 038206/750 an. Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

 **Klinik Graal-Müritz**
Fachklinik für Onkologie und Ganzheitsmedizin

Lindenweg 16/17, 18181 Ostseeheilbad Graal-Müritz
Tel.: 038206/750, Fax: 038206/75175

www.krebsrehaklinik.de