

Ambulantisierung

als
Aufgabe und strategische Ausrichtung
der
Evangelischen Stiftung Alsterdorf

am Beispiel der
psychiatrischen Arbeitsfelder.

ausgearbeitet vom 11.09. – 22.10.2008

vorgelegt von Eckart Drews am 24.10.2008

Inhalt:

| | | |
|-------------|--|----|
| | Statt einer Einleitung | 5 |
| I: | Grundlegendes | 6 |
| | Konversion der Anstalt als Geschäftsmodell | 6 |
| I,1: | Zur Ambulantisierung | 7 |
| I,2: | Unmittelbare Aufgabe | 8 |
| I,2,1: | Die Folgen von Diffusion und Diversion | 8 |
| I,2,1,1: | Theravitalis | 9 |
| I,3: | Congress Community Living | 10 |
| I,4: | Das implizite Geschäftsmodell (Leitbild) | 10 |
| I,5: | Community-Living als Stiftungsstrategie | 11 |
| I,6: | Die Begrifflichkeit des Assistenzbedarfes | 11 |
| I,6,1: | Behinderungen | 11 |
| I,7: | Definition Geschäftsmodell | 12 |
| II: | Rahmen, Bedingungen, Strukturen, Regionalitäten | 12 |
| II,1: | Die Entwicklung in Schleswig-Holstein | 12 |
| | kostenträgerseitig: | 12 |
| II,1,1: | Ambulant statt teilstationär | 13 |
| II,2: | Das Persönliche Budget | 14 |
| II,3: | Altenhilfe: | 14 |
| II,4: | Behindertenhilfe und Psychiatrie | 14 |
| II,4,1,: | Behindertenhilfe und Psychiatrie in der ESA | 15 |
| II,4,1,1: | Region Hamburg | 15 |
| II,4,1,2: | Region S-H | 16 |
| II,5: | Regionalisierung als Strategie am Beispiel tohus | 16 |
| II,5,1: | Psychiatrisches Zentrum Reinbek | 16 |
| II,5,1,1: | Exkurs: Von Widrigkeiten | 17 |
| II,5,2: | Regionalisierung versus Linienfunktionen | 18 |
| II,5,2,1: | Regionalisierung | 19 |
| II,5,2,1,1: | Die Region Stormarn als Beispiel für Sinnhaftigkeit regionaler Schwerpunktsetzung | 19 |
| II,5,2,1: | Geschäftsfeld Altenhilfe sozialräumlich | 20 |
| II,5,2,2: | Die Diakonie in Hamburg und Stormarn | 21 |
| II,6: | Definitiver Exkurs: | 22 |
| | Das Quartier ist der Sozialraum ist das Netzwerk im Verbundsystem – oder so ähnlich ... | 22 |

| | | |
|---------------|---|----|
| III: | Medizin und mehr | 22 |
| III.1: | Ein kurzer historischer Abriss - ESA und Medizin | 22 |
| III,2: | Zum medizinischen Selbstverständnis: | 23 |
| III,3: | Zur Entwicklung des psychiatrischen Systems | 23 |
| III,3,1: | Der Focuswechsel in psychiatrischen Bezügen | 24 |
| III,4: | Das Heinrich Sengelmann Krankenhaus | 24 |
| III,4,1: | Zur Geschichte | 25 |
| III,4,2: | Zum unmittelbaren Vorlauf und zur derzeitigen Aufstellung | 25 |
| III,4,4: | Die Entwicklungspotentiale HSK | 26 |
| III,4,4,1: | Psychiatrieplan Kreis Stormarn | 26 |
| III,4,4,2: | Problemanzeige: Der Standort Bargteheide für das Thema Alter/Psych. | 27 |
| III,4,4,3: | Ausbau des Schwerpunktes Sucht | 28 |
| III,4,4,4: | Region Süd | 29 |
| III,4,4,5: | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 29 |
| III,4,4,6: | Trägerübergreifende Kooperationen | 30 |
| III,4,4,7: | Die Pflege des Hamburger Versorgungsauftrags | 30 |
| III,4,4,8: | Betreutes Wohnen Hamburg | 31 |
| III,4,4,9: | Resümee | 31 |
| IV: | Die Ambulantisierung der Psychiatrie der ESA mit praktischen Anwendungsbeispielen | 32 |
| IV,1: | Ambulantisierung Stormarn | 32 |
| IV,1,1: | Der Kreis Stormarn | 32 |
| IV,1,2: | Know-How-Partner – Die Trägerlandschaft in Stormarn | 33 |
| IV,1,3: | Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen: | 33 |
| IV,1,4: | Die politischen Versuche | 34 |
| IV,1,4,1: | Soziotherapie | 34 |
| IV,1,4,2: | Regionalbudget | 35 |
| IV,1,4,3: | Integrierte Versorgung | 35 |
| IV,1,5: | Schnittstelle Sozialdienste | 36 |
| IV,1,6: | Modellregion Südkreis – Bürgerhaus Barsbüttel | 37 |
| IV,1,6,1: | Zur Ausgangslage | 37 |
| IV,1,6,2: | Die Projektidee und strukturelle Voraussetzungen | 38 |
| IV,1,6,2,1: | Die Kooperation mit dem Bürgerverein | 39 |
| IV,1,6,2,2: | Die Kooperation mit Verwaltung und Politik | 39 |
| IV,1,6,2,3: | Kooperation mit alsterarbeit | 39 |
| IV,1,6,2,4: | Kooperation mit Medizin | 40 |
| IV,1,6,2,4,1: | Suchtmedizin | 40 |
| IV,1,7: | Die Region Nord – Bad Oldesloe | 41 |
| IV,1,7,1: | Arbeit und Beschäftigung Kreiskantine | 41 |
| IV,1,7,1,1: | Kooperationspartner WfbM | 42 |

| | | |
|---------------|--|----|
| IV,1,8: | Region West – Bargfeld-Stegen und Bargteheide | 42 |
| IV,1,8,1: | Entwöhnungstherapie für Doppeldiagnosen | 43 |
| IV,1,8,2: | Wohnhaus Rothenmoor | 44 |
| IV,1,8,3: | Geschlossene Heimversorgung | 44 |
| IV,1,8,4: | Haus Wahlstedt in Bargfeld-Stegen | 45 |
| IV,1,8,5: | Forensik | 45 |
| IV,1,8,6: | Arbeit und Beschäftigung | 45 |
| IV,1,8,6,1: | Kioskbetrieb | 45 |
| IV,1,8,7: | Bargteheide | 46 |
| IV,1,8,7,1: | Wohnverbund Bargteheide | 46 |
| IV,2: | Ambulantisierung Psychiatrie Hamburg | 46 |
| IV,2,1: | Die Hamburger Trägerlandschaft: | 46 |
| IV,2,2: | Fördern & wohnen: | 47 |
| IV,2,3: | Sozialräume gestalten: | 48 |
| IV,2,3,1: | Thrift-stores als Geschäftsidee | 48 |
| IV,2,4: | Suchthilfe | 49 |
| IV,2,4,1: | Subway | 49 |
| IV,2,4,2: | Schnittstelle Doppeldiagnosen | 50 |
| IV,2,5: | Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf als Kooperationspartner | 50 |
| IV,2,5,5,1: | Zur Positionierung des EKA | 51 |
| IV,2,5,5,2: | Zur Historie | 51 |
| IV,2,5,5,3: | Die Innere und die Ambulantisierung | 52 |
| IV,2,5,5,3,1: | Erneut: Sozialdienst | 53 |
| IV,2,5,5,3,2: | Undenkbar? | 53 |
| IV,3: | Ambulantisierung Schleswig-Holstein | 54 |
| IV,3,1: | Zur historischen Entwicklung | 54 |
| IV,3,1,2: | Gemeindepsychiatrie – Die Brücken | 55 |
| IV,3,1,2,1: | Dach- und Landesverband Gemeindepsychiatrie | 56 |
| IV,3,1,2,2: | Fortbildungsverband Sozialpsychiatrie | 56 |
| IV,3,1,2,3: | Landesverband Gemeindepsychiatrie | 56 |
| IV,3,1,2,4: | Die neueste Entwicklung – Strategie und Konkurrenzen | 56 |
| IV,3,2,1: | stadtmission | 58 |
| IV,3,2,1,1: | stadtmission tohus und hsk | 59 |
| IV,3,2,1,1,2: | Sucht | 59 |
| V: | Struktur, Operationalisierungen, Tools | 61 |
| V,1: | Die bisherigen Schnittstellen | 61 |
| V,2: | all4one – wenigstens das! | 61 |
| V,2,1: | Die unterschiedlichen Systeme von Finanzierung und Abrechnung | 61 |
| V,2,1,1: | Das Softwareproblem | 62 |
| V,2,1,1,1: | Der Stand | 62 |
| VI: | Und nun? | 64 |

Statt einer Einleitung:

Es sei im Folgenden gestattet, den Auftrag, ein Konzept zur Ambulantisierung von Psychiatrie zu erstellen, nach zu justieren und im Sinne des Auftrags zu konkretisieren: Ambulantisierung als Aufgabe und strategische Ausrichtung der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Oder deutlicher: Die Evangelische Stiftung Alsterdorf muss sich neu aufstellen – sowohl intern als auch extern.

Ein modernes diakonisches Dienstleistungsunternehmen gründet sich in erster Linie auf die Parameter Autonomie des Klienten und Respekt vor der Freiheit seines Willens

Dazu ist Klientenzufriedenheit durch Erhalt von Würde und selbst bestimmtem Leben die einzige Garantie für den Erfolg der Dienstleistung - wirtschaftlich, inhaltlich und sozialräumlich.

Innovation, Fantasie, Toleranz und Humor sind wesentliche Zutaten zum Gelingen von Teilhabe als Mitgestaltung von Kultur.

Recovery¹, enabling communities und soteria² die diakonischen Fachbegriffe. So wandelt sich auch die Seelsorge – neben die Sorge für das Individuum tritt die Sorge für das Quartier. Und es entsteht Gemeinde (originär: Sozialraum) mit Ursprung in der Diakonie. Das Bekenntnis entspringt einem Zusammenspiel aus Bedarf, Bereicherung und Erfahrung.

Für die ESA beinhaltet dies Stichworte wie Regionalsierung in Bezug auf Bundesländer, den externen Ambulantisierungsdruck antizipieren und innovativ in Beschleunigung auf dem als richtig erkannten Weg verwandeln, den Behindertenbegriff offensiv um- und zudefinieren und dann die vorhandenen Elemente der ESA dergestalt zu strukturieren, dass mit minimalem investiven Aufwand eine zukunftsfähige Aufstellung erreicht wird.

Da die inhaltliche Kompetenz für diese Aufgabe von der ESA als Ressource vorgehalten wird, ist dies zuallererst eine Strukturierungsaufgabe – mit vielen inhaltlichen Implikationen.

Die Entwicklung der ESA in den vergangenen 5 Jahren war geprägt von klugen Organisationsentscheidungen. Der Tarifwechsel und die Ausgründungen haben Freiräume eröffnet, die in den einzelnen gGmbHs beachtliche Innovations sprünge zur Folge hatten.

Gleichzeitig war durch die Erkrankung von Rolf Baumbach und nachvollziehbar suboptimale Kompetenzfeld-Allabdeckung eines Zweier-Vorstands eine strategische Ausgestaltung der Holding nicht priorisiert. Verbunden mit dem Belassen von Problembereichen und Problembären in ebendieser Holdingstruktur rieb sich der Vorstand zusätzlich mit operativem Geschäft auf.

Der zweijährige Übergangsvorstand und eine unangemessene Fehde mit dem Aufsichtsorgan verschlimmbesserten die Führungsschwäche von

¹ Eigentlich: Datenwiederherstellung - hier: Handlungsmodell in der Behandlung geistig und psychisch gestörter Menschen

² griech.: Rettung – hier: Alternatives Behandlungsmodell von Menschen in psychotischen Krisen – in Europa Hauptvertreter Luc Chiompi

Vorstand und Holding und führten bis dato dazu, dass vom Vorstand der ESA weder strategische Impulse noch strukturell notwendige Entscheidungen ausgehen.

Als logischer Effekt zeigen sich verschenkte Kooperationsgewinne, unsinnige bis aberwitzige Föderalstrukturen, misstrauische Konkurrenz statt Zusammenspiel. Der Bereich Psychiatrie ist³ hier nur Focus für ein Situationsbild der Gesamtstiftung. Gleichzeitig taugt er aber als Prototypus um pars pro toto die Richtung zu beschreiben.

Die Gliederung des folgenden ist jeweils Annäherung und erste Durchdringung – viele Verlinkungen führen weitergehend ins Detail.

Die durchgängige Brille ist psychiatrisch focussiert, sodass in den Randbereichen auch Sehschwächen oder mangelnde Trennschärfe möglich ist.

Nicht jede Sicht muss tiefenscharf sein – ein genaueres Hinsehen lässt vielleicht manches auch klüger und anders sehen.

I: Grundlegendes:

Konversion der Anstalt als Geschäftsmodell

Das letzte große Geschäftsmodell⁴ der ESA war die Konversion des Alsterdorfer Zentralgeländes. Ausgelöst durch die Schlangengrubendiskussion von 1979 war die ESA mit ihrem abgeschotteten Anstaltsgelände inmitten der Stadt im Fokus der Fachöffentlichkeit und der Politik. Schließlich waren die Initiatoren des seinerzeitigen Aufschreis und deren Unterstützer mittlerweile auf ihrem „Weg durch die Instanzen“ in Hamburg weit nach oben gelangt. Und Alsterdorf und die Strafanstalt Fuhlsbüttel waren nur für den ortskundigen Vorbeifahrer zu unterscheiden.

Die Sanierung der ESA in 1996 mit der publizistischen Beimusik von Reformbedarf und Strukturanpassung hielt Alsterdorf als Problemfall im öffentlichen Bewusstsein. Die Sanierungsvorgabe, einen Instandhaltungstau in Höhe von DM 52 Mio. Stiftungsseitig zu erbringen gab das Thema vor: **Bauen**.

Aber anstatt in der eigentlichen Bedeutung von Instandhaltungstau das Vorhandene wieder instand zu setzen, kamen die Impulse aus dem Bereich der damaligen Behindertenhilfe, sich neu zu strukturieren. Das nach zu bilden – inhaltlich und strukturell – was sich bereits im Vollziehen war: Der Auszug vieler Wohngruppen vom Stiftungsgelände in die Stadtteile, die besonderen Wohn- und Arbeitsformen in Schleswig – Holstein – es entstanden AlsterDorf, Hamburg-Stadt und Hamburg-Land. Dies in Verbindung mit der Gabe Rolf Baumbachs für Bau und Architektur ließ für

³ Weil eh schon per definitionem verrückt

⁴ Nicht deckungsgleich mit Unternehmensziel, sondern eine Operationalisierungsstufe weiter

die daran Beteiligten fast unmerklich einen großen Wurf gelingen: Konversion, Inklusion und Ambulantisierung. Ingredienzien waren finanzielle Zwänge, fachlicher und politischer Gegenwind, Impulse aus der Klientenarbeit (Kernkompetenz) und die nötigen Prisen von Genie und Wahnsinn. Von diesem gelungenen Projekt zehrt die ESA als Marke zu Recht noch immer. Mit den Attributen: Fortschrittlich, vorbildlich, qualitativ hochwertig.

Das Geschäftsmodell verbraucht sich mit den Jahren und die ESA steht vor der Frage eines neuen, Stiftungs-umfassenden Themas. Und dies Thema liegt wie das vorige auf der Straße, ist logischer Schritt auf dem eingeschlagenen Weg, innerhalb der meisten (g)GmbHs lange in Umsetzung und wird erneut mit finanziellem Druck an uns herangetragen: Ambulantisierung.

I,1: Zur Ambulantisierung⁵:

Wenn von Ambulantisieren (in ambulante Strukturen umwandeln) die Rede war, wurde zuvörderst an die Auflösung von Großanstalten und Sonderwelten gedacht. Die Psychiatriereform im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete 1975 forderte die Auflösung der Landeskrankenhäuser und deren Dezentralisierung – es entstanden kleinere Regionalanstalten. Der Kostendruck der Krankenversicherer und die Deckelung der Klinikbudgets zwang zu kürzeren Verweildauern und somit zur Abwicklung oder Umwandlung von Langzeitstrukturen. Statt Krankenhaus stationäre Heimversorgung. Es entstanden auch im Kreis Stormarn viele psychiatrische Heime, die dem HSK die Langzeitpatienten nach verkürztem Klinikaufenthalt abnahmen. Somit hat der Kreis Stormarn in etwa so viele psychiatrische Heimplätze wie die gesamte FH Hamburg⁶.

Durch den Paradigmenwechsel in der Sozialgesetzgebung (Teilhabe, ambulant vor stationär⁷) forciert, setzt sich in der Psychiatrie nunmehr der eigentliche Wortsinn von ambulant durch: Der Sozialraum wird fußläufig als Quartier definiert⁸, in welchem der Klient Unterstützungsleistungen und Netzwerke zum Verbleib oder zur Wiedereingliederung erhält. Die Begriffe Community Care, Community Living und Community Enabling spiegeln diese Entwicklung wider.

Budgettechnisch ist mit Ambulantisierung seitens der öffentlichen Kostenträger die Absicht verbunden, durch weniger Leistungen als in stationärer Vollversorgung Kosten zu senken. Dahinter steht der Gedanke, dass bei Besuch beim niedergelassenen Arzt ja auch weniger Kosten entstünden als bei Klinikaufenthalt. Übersehen wird dabei, dass stationäre Versorgung immer ökonomischer⁹ ist als vergleichbare dezentrale Leistung. Es werden institutionelle Synergien gehoben, es entstehen keine Wegezeiten und Fahrtkosten, der Organisationsaufwand ist gering.

⁵ Vom Wortsinn her: ambulare – umhergehen, spazieren gehen, engl: walk.

⁶ Aussage noch nicht valide

⁷ SGBs V, IX, XII

⁸ Dörner spricht vergleichbar vom Einzugsbereich einer Grundschule

⁹ in welcher Währung rechnet sich Lebensqualität? (aus: Leitbild tohus, Mai 2008)

Bei der praktischen Ausgestaltung gibt es derzeit noch genügend Verhandlungsspielraum um auskömmliche Ergebnisse zu vereinbaren¹⁰.

Hauptfaktor für Betonung und Beschleunigung des Ausbaus ambulanter Strukturen aber ist der unbedingte Klientenwille: Der Klient will nicht im Heim wohnen und verbittet sich eine Sonderwelt. Will kein Ghetto. Der Klient will normal leben – trotz der psychischen Erkrankung. Selbstbestimmt und nur mit not-wendender Assistenz. So einschränkungsfrei wie irgend möglich. Und dies bedeutet eigene Häuslichkeit oder Wohngemeinschaft¹¹. Die Person und nicht die Diagnose bestimmt den Lebensmittelpunkt und die Lebensausgestaltung. Und wer dies Angebot darstellt bekommt den Auftrag des Kunden.¹²

Die Zielvereinbarung mit dem Hamburger Senat zur Ambulantisierung¹³ Umwandlung stationärer Plätze wird zu sehr als Angriff auf den Bestand abgewehrt statt zur Beschleunigung auf dem richtigen Weg genutzt. Ein im übrigen verständliches Verhalten der einzelnen Betriebe, bei denen das Geschäftsrisiko liegt und die zumindest ihren Stand halten müssen.

I,2: Unmittelbare Aufgabe

Es ist originäre Vorstandsaufgabe, das Geschäftsmodell für die Gesamtstiftung zu formulieren. So sollte Vorstandsseitig dieses Thema zum Gesamtthema, zum neuen Geschäftsmodell der Stiftung erklärt werden und über Anreizsysteme und Bereitstellung von übergeordnetem Know-How ein Drive in die Richtung zu entwickeln und so verhindern, dass jede Sparte der Stiftung (ich nehme hier die Schulen aus!) erst dann Fahrt aufnimmt wenn sie muss. Der Kongress Community Living mit seiner beispielhaften Doppelzielrichtung auf Behindertenhilfe und Psychiatrie war hier mit der Hinwendung auf Sozialräumlichkeit ein guter Anfang, der leider als Thema der Gesamtstiftung nicht fortgeführt wurde.

I,2,1: Die Folgen von Diffusion und Diversion:

Von den staatlichen deutschen Banken wurde gesagt, sie hätten kein eindeutiges Geschäftsmodell mehr gehabt. Deshalb suchten sie die schnelle Rendite um Erfolg und somit Sinnhaftigkeit unter Beweis zu stellen und wurden anfällig für die faulen Kredite der US-Hypothekenkrise.

¹⁰ dies allerdings in unterschiedlicher Gewichtung zwischen Stormarn, Kiel und Hamburg

¹¹ vgl. zur Bedeutung des Wohnraums ausführlich: Volker Kauder (Hrsg., heutiger Vorsitzender CDU-Bundestagsfraktion, langjähriger Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranker) in Personenzentrierte Hilfen, Psychosoziale Arbeitshilfen 11

¹² Die dramatische Entwicklung in der stationären Altenhilfe macht die Unabdingbarkeit des Klientenwillens für den wirtschaftlichen Erfolg eines Leistungsangebots deutlich: Trotz demographischer Entwicklung sinkt die Verweildauer in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Weil die Klienten einfach nicht ins Heim wollen. Also organisieren sie sich ihre Assistenzleistungen als lange als möglich in der eigenen Häuslichkeit. Dieselben Faktoren treffen auch auf psychiatrische Klientele zu.

¹³ Umwandlung vollstationärer Hamburger Behindertenhilfeplätze; die Angebote waren zwar dezentralisiert aber nicht ambulantisiert.

Die Strategie der ESA war vergleichbar: Das stringente eigene Geschäftsmodell war Diffusion (Jeder Firma ihre eigene Strategie) und Diversion (Aufspaltung in voneinander unabhängige GmbHs) gewichen und als Antwort darauf wurden sich Nebenerwerbsquellen oder Zukaufunternehmen gesucht – es wurde ausgescorst, kommerzielle Geschäftsfelder besetzt (afm, ASV,ASC, aquinet u.v.a.m.). Vielleicht mit Ausnahme der ASC (bogdol-kooperation)¹⁴ wurden Gesellschaften gegründet auf Märkten, in denen es an stiftungseigener Professionalität fehlte.

Demnach ist es richtig, künftige Aus- und Neugründungen wieder am Geschäftsmodell auszurichten.

I,2,1,1: Theravitalis

Die Entwicklung von theravitalis lief im Grunde vergleichbar ab. Weil die Ausrichtung des seinerzeitigen Therapiebereiches auf das EKA und auf die Klienten des Zentralgeländes den Bestand nicht mehr sicherten – die assistenzen ambulantisieren und rehabilitierten auch medizinisch in die Sozialräume hinein, das EKA als Hauptauftraggeber war vermeintlich zu klein. Therapeutische Großeinrichtung sucht Auftrag. Durch die Ausgliederung aus den Bezügen der Gesellschaften wurde das Kooperationspotenzial noch einmal geschwächt und theravitalis versuchte die Außenbindung. Wellness, Gesundheitstraining und Prävention für externe Firmen, Fitness – ohne jedoch den Standort oder das Flair für den trend einzubringen.

Potenziale: Auch wenn es jetzt sehr schnell gehen muss (warum eigentlich plötzlich? Für eine überzeugende Verwendung kommt es auf einige Monate nicht an) gibt es für theravitalis gleich mehrere Optionen, die sich vielleicht addieren ließen:

- Verkleinerung des Therapiebereichs auf ein auskömmliches Maß für eine noch zu beschreibende Auftragsmasse
- Umwidmung der still zu legenden Flächen in eine Übergangsstation des EKA (bis der Neubau steht) für Menschen mit Demenzerkrankungen¹⁵
- Strukturelle Zusammenführung der Bereiche Dr. Wunder und theravitalis zu einem auf assistenzbedarfe spezialisierten ganzheitlichen Therapiezentrum (Zwischenschritt)
- Weiterqualifikation der Mitarbeiter zu Unterstützern für ambulante Belange. Für die Bedarfe, bei denen Spezialisten für das Klientel einen Mehrwert an Lebensqualität bedeuten und somit das ambulante System zentral entlasten können.
- Die medizinischen Praxen daraufhin überprüfen, inwieweit sie für das Geschäftsmodell oder für das EKA wertig sein können.

¹⁴ Weil sich hier wenigstens mit einem fachkundigen Kooperationspartner zusammengetan wurde, der die Kernkompetenz einbringt

¹⁵ siehe dazu ausführlich IV,2,5,5,3 dieses Konzepts

I,3: Congress Community Living

Der Congress Community Living im Oktober 2007 führte bundesweit und fachöffentlich erstmalig zwei bis dato in misstrauischer Konkurrenz stehende Disziplinen sozialer Dienstleistung in den wissenschaftlichen und den professionellen Austausch – Behindertenhilfe und außerklinische Psychiatrie (Vorstand der DGSP)¹⁶

Wobei die psychiatrischen Beteiligten noch einmal kritischer auf die KollegInnen der Behindertenhilfe äugten; standen diese doch in dem Ruch der Anstaltsverhaftung oder der bevormundenden Pädagogik. Andererseits traf man sich verstärkt in den fachlichen Bezügen vor Ort, erkannte sich als Partner bei Quartiersentwicklung und bemerkte, dass beide Bereiche vor denselben Aufgaben und Problemen standen. Wiedereingliederungshilfe, Stigmatisierung, Ambulantisieren, Anstalten und Heime als Erbe, Bürde und Übermacht.

Durch kluge Bündelung der innovativen Bereiche der ESA unter Außer-Acht-Lassung von Föderalen oder Proporzern wurde Alsterdorf für kurze Zeit doch wieder Meinungsführer und hatte eine durchweg positive Presse. Ein Aufnehmen der Impulse dieser eigenen Fachtagung ist nicht wirklich in Sicht. Die Bereiche arbeiten weiterhin separat und die Gesellschaften achten eifersüchtig darauf, das nicht die andere Gesellschaft in den eigenen Revieren wildert.

Das Geschäftsmodell von Community-Living heißt: Ambulant konsequent und durchgängig aus Sicht des Sozialraumes oder Quartiers¹⁷ zu sehen – die Sichtweise des Ortes, an dem der Kunde lebt und leben will. Community Living dekliniert das durch, was mit Dezentralisierung und Ambulantisierung erst beginnt: Sowohl Ambulantisieren als auch Dezentralisieren bezieht sich auf vollstationäre und klinische Bezüge, die es aufzulösen gilt. Bezugspunkt ist demnach die Institution, die sich fortan dezentral in die Region ergießt – und sich verwundert, wenn die Region nicht jubelt.

I,4: Das implizite Geschäftsmodell (Leitbild)

Das Leitbild der ESA mit seinen Leittermini Freiheit, Verantwortung, Autonomie, Individualität und Respekt hat neben großer Zustimmung auch erbitterte Kritik erfahren. Zu modern, zu theologisch, zu wenig sozialetisch, zu wenig theologisch, zu biographisch. Lässt es doch die soziale Verantwortung, die Sozialanwaltschaft vermeintlich so gänzlich außer Acht. Dafür individualisiert das Leitbild konsequent und nimmt so das implizite Geschäftsmodell der ESA auf: Fokussierung auf die individuellen Bedürfnisse und Befähigungen des einzelnen in seinem Lebensraum mit seinen Teilhabewünschen.

¹⁶ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

¹⁷ Begriffsklärung siehe II,8 dieses Konzepts

I,5: Community-Living als Stiftungsstrategie:

Die Akzeptanz der sozialen Dienstleistung assistenz durch die ESA als Leistungserbringer hängt für die Kunden derselben zuvörderst am Parameter Normalität der individuellen Lebensbezüge. Behinderung ist die Exclusion aus der Gesellschaft der „Normalen“.¹⁸ Diese wird allerdings in unterschiedlicher Ausprägung erfahren, was je angepasste Organisationsleistungen erfordert.

I,6: Die Begrifflichkeit des Assistenzbedarfes

Ähnlich wie das Leitbild der Stiftung definiert die Begrifflichkeit der assistenz den Bedarf des Klienten konsequent aus dessen individueller Sicht - strictly out of his perspective. Es ist die Person, die bestimmt welche Assistenz sie zur Teilhabe benötigt.

Andererseits ist es das Gemeinwesen selbst, das für seine Bürger die Verteilung und die Grenzen bestimmt. Und dies erklärterweise die Kommune, der Sozialraum vor Ort mit je unterschiedlichen Teilhabenotwendigkeiten¹⁹. Hier geht es um die Daseinsvorsorge, die gemeinhin als Aufgabe der Kommunen gilt.

I,6,1: Behinderungen:

Unter Behinderung werden im SGB XII wie zuvor schon im damaligen BSHG die geistigen, körperlichen und seelischen Behinderungen als solche benannt. Die WHO beschreibt Behinderung als Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit, die einen Assistenzbedarf nach sich zieht. In Deutschland wird dies noch einmal mit einer Zeitspanne von mindestens sechs Monaten aufwärts konkretisiert.

Nehme man beide Definitionen und stelle ihre Füße auf den weiten Raum des Quartiers, so ergeben sich fünf Klientele mit verbrieftem Assistenzbedarf:

- Kinder und Jugendliche mit dem Assistenzbedarf Bildung und Erziehung
- Menschen mit einer psychischen Behinderung
- Menschen mit einer geistigen Behinderung
- Menschen mit Assistenzbedarf wegen Alter
- Menschen mit einer körperlichen Behinderung,

die sämtlich leben wollen, wo, wie und mit wem sie wollen. Eigenständig, selbstbestimmt und unter Erhalt und Fortentwicklung ihrer gewachsenen Bezüge als integraler Teil der Bürgergesellschaft.

Daneben existieren Behinderungen durch Migration oder Armut und einige andere mehr, die an dieser Stelle nicht Teil der zu findenden Definition sind. Oder über Aufgabenfelder der Stadtmission (Obdachlosen- und Straffälligenhilfe) inkludiert werden könnten.

¹⁸ siehe. Ausführlich im Folgenden

¹⁹ ebd.

I,7: Definition Geschäftsmodell:

Das Geschäft der Evangelischen Stiftung Alsterdorf ist assistenz am Individuum im Sozialraum und die Vernetzung und Komplettierung von Unterstützungs- und Befähigungsprozessen. Angestrebt ist die Einbindung von Menschen mit unterschiedlichsten Fähigkeiten und Möglichkeiten im gemeinsamen Quartier, sodass Anerkennungsprozesse entstehen, die die Individualität, Integrität, Bürgerrechte und Würde eines jeden sichern.²⁰

Im übrigen wären der Community-Living Kongress und die erfolgreichen Geschäftsideen der gGmbHs nicht möglich gewesen, wenn diese sozialräumliche Ausrichtung nicht implizit schon lange in der ESA vorherrschte. Es ist wirklich nichts Neues – es braucht aber strategische und strukturelle Zusammenführung der innovativen Kräfte, die derzeit oftmals unverbunden nebeneinander wirken.

II: Rahmen, Bedingungen, Strukturen, Regionalitäten

II,1: Die Entwicklung in Schleswig-Holstein kostenträgerseitig²¹:

Bis 2006 war für die Eingliederungshilfe nach SGB XII der überörtliche Sozialhilfeträger das Landesministerium für Soziales (der jeweils genaue Name änderte sich mit jedem Regierungsneuzuschnitt) zuständig. Dies resultierte noch aus dem ersten Regierungswechsel von Schwarz zu Rot und dem erklärten politischen Willen, die jahrzehntelang zentralistische Eingliederungshilfepolitik auf Aufsichtsebene zu bündeln – dies wiederum um von zentraler Stelle Fachlichkeit und Modernisierung in die „Szene“ zu bringen. Das Bundesland war, verglichen mit den seinerzeitigen Meinungsführern wie Hessen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen positiv formuliert noch sehr ausbaufähig.

Das Sozialministerium zog Fachaufsicht und Strukturhoheit an sich und begann, zunächst im psychiatrischen Bereich, zu dezentralisieren und in den Kreisen die Bildung von Gemeindenahen Verbänden aus Leistungserbringern, Kostenträgern, Politik zu forcieren. Ohne Mitgliedschaft in diesen Verbänden schloss das Ministerium einfach keine Vereinbarungen mehr mit den Trägern ab.

Dennoch wurden sämtliche Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zentral vom Ministerium abgeschlossen und auf die Kreise verbindlich heruntergebrochen. Es kam zu dem berechtigten Gefühl der Kreise, das Ministerium lasse diese für die hohen Fachanforderungen und für dessen Ahnungslosigkeit von den Bezügen vor Ort zahlen

In 2005 kam es dann nach dem „Heidemord“ zur Bildung einer Großen Koalition und sofort wurde seitens der Unionsdominierten Mehrheit der Landkreise und des als Sozialhilfeträger mit bestimmenden Landkreistages

²⁰ angelehnt an Anne Dore Stein, die den Begriff der Anerkennungsverhältnisse definiert

²¹ vgl. IV,3,1 dieses Konzepts

die Re-Kommunalisierung der Wiedereingliederungshilfe nach SGB XII im Koalitionsvertrag vereinbart.

Es folgte eine Übergangsfrist bis Ende 2006 und dem Sozialministerium wurde die Zuständigkeit gegen Widerstand entzogen. In diese Übergangs- und Widerstandsphase von fast zwei Jahren gerieten dringliche Projekte von tohus: Wohnhaus Rothenmoor und 50%tige Platzzahlaufstockung des Wohnverbunds. Beide Projekte wurden noch vom Sozialministerium genehmigt, nachdem dieses eine Einigungshoffnung mit den Kreisen begraben hatte und fielen deshalb sehr großzügig aus.

Parallel dazu war aber auch den Sozialpolitikern aller beteiligten Seiten klar, dass eine Fachlichkeit für Wiedereingliederungshilfe in den Kreisverwaltungen nicht vorgehalten würde und dass es deshalb eine konzentrierte Fachbehörde für Eingliederungshilfe geben müsse. Die Landkreise vereinbarten eine zentrale Koordinierungsstelle für Soziale Hilfen (KOSOZ), die drei kreisfreien Städte verfahren ähnlich. Der Fachlichkeit wurde hier auf Kosten von Föderalstruktur und Budgethoheit ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Interessant aber ist das politische Argument: Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen muss sich an den kommunalen Bedingungen und Bedarfen vor Ort orientieren und den unterschiedlichen Bedingungen von Teilhabefähigkeit ausrichten. Die Wiedereingliederungshilfe gehöre dort angesiedelt, wo die Menschen leben, um die es geht.

Wenn man so will: Auch hier Ambulantisierung, sozialräumliche Ausrichtung als Vorgabe und erklärter Wille der Kostenträger.

II,1,1: Ambulant statt teilstationär:

Auch die Begrifflichkeit eines teilstationären Wohnens ist eine schleswig-holsteinische Besonderheit. Es weicht die Unterscheidung von stationär versus ambulant vermeintlich auf und entzieht sich vor allem einer Budgetorientierten Steuerung der Aufwendungen für die Eingliederungshilfe durch fixe tagesgleiche Vergütungssätze. Im Gegensatz dazu kann über das Instrument der Fachleistungsstunde Kostenträgerseitig auf Intensität und somit Kosten Einfluss genommen werden. Tohus bekommt von Seiten der KosoZ die deutliche Aufforderung, eine eingeforderte Platzzahlausweitung im teilstationären Wohnverbund über Fachleistungsstunden zu vereinbaren. Tohus wäre Prototyp für die schleswig-holsteinische Psychiatrielandschaft – und der Einstieg in den konsequent ambulanten individuellen Bedarf – persönliches Budget in Anzahl der Fachleistungsstunden statt teilstationäre Institutionsverhaftung. Diese Verhandlungen – mit dem nötigen Mandat und Kompetenz geführt - werden wegweisend.

II,2: Das Persönliche Budget:

Der Gesetzgeber erfand das Persönliche Budget²² in der Eingliederungshilfe um damit die Position des Auftraggebers – Kunden – zu stärken. Der Klient bekommt durch ein unabhängiges Fachgremium (Hilfepflichtkonferenz) einen individuellen Teilhabebedarf konstatiert. Dieser Bedarf wird verpreist und steht dem Klienten als Betrag zur Auftragsvergabe an assistenzdienstleister zur Verfügung. Dadurch wird eine Stärkung des Kundenwillens intendiert und die Allmacht der Institutionen und Anbieter begrenzt.

Bis dato gibt es keine Regularien oder Ablauforganisationen für das Persönliche Budget in HH und S-H. Dies nicht zuletzt, weil die Leistungserbringer (wir alle) das Persönliche Budget als Angriff auf unsere Deutungs- und Strukturhoheit abwehren.

II,3: Altenhilfe:

Das Einstiegsalter in die stationäre Altenhilfe liegt bei ca. 84 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer in Alten- und Pflegeheimen liegt bei ca. 2 Jahren. Hier hat der Wandel im Kundenverhalten den demographischen Faktor gekippt. Der alte Mensch definiert seine Normalität als Selbstständigkeit in eigenen häuslichen Bezügen und der Schritt in vollstationäre Bezüge wird in den allermeisten Fällen nicht mehr gegangen, sondern im Pflegebett oder Rollstuhl gefahren. Bis zu diesem Wendepunkt, der als Vorleben durch Verlust von Eigen- und Selbstständigkeit empfunden wird, wird alles ambulant organisiert – ambulante Pflege, Essen auf Rädern, Hausbesuche von Krämer, Friseur, Fußpflege.

Im Bereich der Altenhilfe ist die Dienstleistung strikt Quartiers gebunden und kann sich nicht regional aufstellen. Es sei denn in einer Metropolregion wie Kiel (stadtmision)²³, wo 260.000 Bürger auf kleinem Raum theoretisch ambulant betreut werden können.

Zusätzlich haben wir zur Zeit die reichsten Senioren aller Zeiten in Deutschland, und die lassen sich ihre Lebensqualität auch etwas kosten. Hier wäre der Schritt in die ambulanten Pflegedienste mit Serviceleistungen und umfassender Verbleiberberatung ein guter Schritt in Richtung: „Wir geben Ihrer Zukunft Ihr Zuhause“. Nur diese Dienstleistung entspricht dem Kundenwillen nach Erhalt von Selbstbestimmung und Autonomie.

Dem Träger im übrigen, der einem diesen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit so lange ermöglicht hat, dem vertraut man auch wenn es Heim-wärts geht.

II,4: Behindertenhilfe und Psychiatrie:

Im Gegensatz zu den Alten sind diese Klientele in aller Regel nicht mehr im ursprünglichen Quartier beheimatet, sondern durch Ausgrenzungsprozesse

²² geregelt in §17, SGB IX

²³ vgl. ausführlich IV,3 dieses Konzepts

und Trägerinteressen schon in Sonderwelten gelandet. Die Auffälligkeit wird als Abweichung von der Normalität gedeutet und zunächst separiert. In psychiatrischen oder vergleichbaren Anstalten. In Krankenhäusern oder Heimen. Dadurch wird das entsendende Quartier zunächst entlastet und vermeintlich nicht irritiert. *Der Behinderte kommt nach Alsterdorf und die Verrückte ins HSK* (die klassischen Sonderwelten). Nur weil dem so ist, spricht man heute noch vom Ambulantisieren – der vollstationär-zentralistische Sockel ist noch verdammt hoch.

Außerdem ist es die vergleichsweise²⁴ geringe Anzahl von Betroffenen, die es derzeit noch erforderlich und möglich macht, diese Klientele in ausgewählte aufgeschlossene Sozialräume zu inkludieren. Hier hängt Normalisierung somit weniger ab vom entsendenden Quartier denn von der Findung und Schaffung von Leuchtturm-Sozialräumen. Dies ist ein zwar vergehender²⁵ aber zur Zeit noch gut nutzbarer Vorteil für die Assistenzdienstleistungen der ESA auf diesem Gebiet. Diese Klientele sucht Normalisierung als Teilhabe nicht am eigenen, sondern an einem Sozialraum. Oder, anders formuliert: Es geht zunächst um gesellschaftlich definierte Schutzzonen um vulnerable Kommunikationsstrukturen zu ermöglichen und bewahren.²⁶

II,4,1,: **Behindertenhilfe und Psychiatrie in der ESA**

Der Bereich assistenzen (früher Behindertenhilfe, noch früher Heilpädagogische Anstalt (HPA)) grenzte sich schon früh ab vom klinisch-medizinisch dominierten psychiatrischen Bereich. Die Idioten waren doch noch etwas anderes als die Wahnsinnigen. Durch Führung und Erziehung war Förderung möglich, während das medizinische Auge eher die Krankheit, die Diagnose sieht. Auch hier spiegelt sich eine Dauerfehde um den definitorischen Führungsanspruch innerhalb der Stiftung. Medizin oder Pädagogik als wahre Nachfolger Sengelmanns²⁷.

Die Neustrukturierung der ESA in 2005 führte diese Separation durchgängig fort; beide Bereiche arbeiten völlig unverbunden nebeneinander.

II,4,1,1: **Region Hamburg:**

Der Bereich Betreutes Wohnen (Dr. Tschechne) und die assistenzen führen einen Dauerstreit um das Klientel Doppeldiagnosen auf der Schnittstelle von Behindertenhilfe und Psychiatrie. Vordergründig geht es um den Vorwurf mangelnder Fachlichkeit in psychiatrischen Belangen, letztlich aber um Alleinvertretungsanspruch versus Geschäftsfeldausweitung. Die innewohnenden Möglichkeiten, ausgehend von einer gemeinsamen

²⁴ im Vergleich zur Altenhilfe

²⁵ vergehen wird dieser Effekt, wenn die Sozialräume befähigt sind, auch diese Klientele in ihren Bürgertreffs und Sozialkontaktstellen zu integrieren.

²⁶ Frank Deppe, Soziologe, FR 20.08.02

²⁷ siehe hierzu auch III,1 dieses Konzepts

Schnittstelle das jeweilige Quartier gemeinsam zu bespielen, werden nicht gesehen²⁸.

II,4,1,2: Region S-H

Auf dem Gelände der ehemaligen Anstalt Stegen vollzog sich die gleiche Separation von Psychiatrie und Behindertenhilfe. HSK versus Gut Stegen mit sämtlichen Ingredienzien und Ausformungen wie auf dem Zentralgelände der Stiftung. Folgerichtig sind im Bereich Stormarn heute drei Gesellschaften tätig: HSK, tohus, assistenz-umland. Dazu nicht regionalisiert sondern weiterhin versäult und somit nochmals in Konkurrenz stehend alsterarbeit.

II,5: Regionalisierung als Strategie am Beispiel tohus:

Tohus ist entstanden aus den Bezügen des HSK. Demgemäß wurden auch die ersten Dezentralisierungsschritte in enger Anbindung an die Mutter vollzogen. Nahezu gleichzeitig mit den ersten dezentralen außerklinischen Einrichtungen (Tagesstätte Bad Oldesloe, Wohnheim ToHUS) erfolgte eine erste zaghafte Dezentralisierung des medizinischen Bereiches durch die Tagesklinik in Ahrensburg. Beide Entwicklungen vollzogen sich unverbunden.

Die politische Vorgabe in 2002, 20 stationäre Betten im HSK abzubauen und dies durch eine weitere Tagesklinik zu kompensieren, ließ den Versuch angeraten sein, dieses Mal eine Paketlösung zu stricken. Es entstand der Projektauftrag an Drews, das Psychiatrische Zentrum Reinbek mit Tagesklinik, Tagesstätte, Institutsambulanz und angegliederte Wohnbetreuung zu konzeptionieren.

II,5,1: Psychiatrisches Zentrum Reinbek:

Das Psychiatrische Zentrum Reinbek war der erste Schritt in die Region Südkreis hinein – in eine Region, die bis dato psychiatrisch noch nicht durch die HSK Strukturen erschlossen war. Die Klienten richteten sich regional nach Hamburg aus oder blieben psychiatrisch un- oder unterversorgt. Durch Zuständigkeitsgehakel in der seinerzeitigen Klinikleitung entstand in Reinbek eine gemeinsam genutzte Immobilie. Inhaltliche oder kooperative Synergien werden nur durch die Zusammenarbeit der handelnden Personen vor Ort gehoben. Die institutionelle Öffnung der medizinischen und außerklinischen psychiatrischen Angebote zum Nutzen der Klienten ist nicht erfolgt. Gemeinsame Gruppen oder sonstige Aktivitäten finden nicht statt.

²⁸ siehe hierzu auch IV,2,5,5,3,2 dieses Konzepts

II,5,1,1: Exkurs: Von Widrigkeiten:

Anbei ein Entwicklungszwischenschritt, der das seinerzeitige und bestehende Problem verdeutlicht:

Zur Ausgangslage:

Das sozialpsychiatrische Zentrum Reinbek verbessert nicht nur signifikant die Versorgungslage des Südkreises Stormarn – es ist auch zur Kompensation des stationären Bettenabbaus im HSK vonnöten. Das Projekt ist somit im Gesamtzusammenhang der klinischen und außerklinischen Entwicklung des HSK von höchster Priorität.

Zur Wirtschaftlichkeit:

Ungeachtet sonstiger budgetbedingter Unwägbarkeiten oder Implikationen (Stiftungsumlage, Gesamtbudgetrahmen des Klinikverbands, Bescheide der Kostenträger etc.) ist das Projekt bei Vollauslastung vorerst auf 10 Vollkräfte konzipiert.

Die Institutsambulanz trägt sich laut Vorgabe selbst.

Realistisch ist in der Aufbauphase des Projekts von einer Gesamtauslastung – berechnet über die ersten Monate - von 40-70% bis Jahresende auszugehen.

Zu den Zielen:

Zielvorgaben Projekt Reinbek

Strategische Ziele

- *Ausschöpfung des Versorgungsgebietes Südkreis Stormarn*
- *Verbesserung des Belegflusses für alle HSK-/Stiftungseinrichtungen*
- *Modellhafte Einpassung in Entwicklung von Rahmenbedingungen (DRG's, Regionalbudgets, integrierte Versorgung (§ 140 SGB V))*
- *Verbesserung der Vernetzung in die Region*
- *Nutzung der Trägerkompetenz (als klinischer und außerklinischer Träger) zur Verbesserung von Marktchancen und der Versorgungssituation der Klientele*
- *Offensive, innovative Mitgestaltung der psychiatrischen Landschaft*
- *Zukunftssicherung durch strukturelles und inhaltliches Modellprojekt psychiatrisches Zentrum*

Operative Ziele

- *Eine gemeinsame Einrichtung aus TK, TS und IA im Süden des Kreises Stormarn*
- *Keine Insellösungen - Verbundsystem mit Ahrensburg und Bad Oldesloe*
- *Vermeidung von Doppelstrukturen durch Synergien inhaltlicher, personeller und logistischer Art*
- *Ausschöpfung von Ressourcen und Kooperationen (intern und extern) zwecks Angebotsabstimmung, Erweitern der Produktpalette und Nutzenoptimierung für den Gesamtverbund HSK*

- *Kompensation des stationären Bettenabbaus, sukzessiver Personalabbau*

Wirtschaftliche Vorgaben

- *Kostendeckende Ertragssituation von Beginn an*
- *Erwirtschaftung von unmittelbaren und mittelbaren Erträgen für den Gesamtverbund*
- *Sukzessiver Personalaufbau*
- *Keine nicht refinanzierten Investitionen*
- *Strikte Einhaltung des voraussichtlichen Budgetrahmens von € 1,2 Mio. für Erwerb, Umbau und Einrichtung/Ausstattung*

*Dr. H.-J. Funke
Ärztlicher Direktor
05.02.2003*

*E. Drews, Pastor
Leiter A. Bereich*

*Thomas Liehr
Pflegedienstleitung*

Zum Handlungsbedarf:

Nachdem das Sozialpsychiatrische Zentrum im Juni 03 ans Netz ging, sind die o.g. Ziele hinsichtlich ihres Zielerreichungsgrades abzu prüfen und der Organisationsentwicklungsprozess ist nachzujustieren. Hierbei sind die von der Krankenhausleitung vorgegebenen Gesamtziele und –interessen kollegial und loyal den Partikularinteressen vorzuordnen.

Da sich vor Ort Fragen wie Budget, Stellenpläne und –besetzungen, konzeptionelle Ausrichtung etc. aus in der Natur der Sache liegenden Gründen nicht einvernehmlich in die vorgegebene Richtung entwickeln können, ist die Krankenhausleitung gefordert, die Projektleitung erneut eindeutig zu bestätigen.“

II,5,2: Regionalisierung versus Linienfunktionen

Das Beispiel Psychiatrisches Zentrum Reinbek verdeutlicht die Gemengelage einer konsequenten Linienfunktion bis zur Absurdität:

| | |
|---|--------------------------|
| Ärzte und Psychologe Tagesklinik/Institutsambulanz: | Chefarzt HSK |
| Pflegepersonal Tagesklinik/Institutsambulanz: | Pflegedienstleitung HSK |
| Sozialarbeiter Tagesklinik/Institutsambulanz: | Leitung Sozialdienst HSK |
| Ergotherapeuten Tagesklinik/Institutsambulanz: | Therapieleitung HSK |
| Pflegepersonal Tagesstätte: | Leitung AKB HSK |
| Ergotherapeuten Tagesstätte: | Leitung AKB HSK |
| Sozialarbeiter Tagesstätte: | Leitung AKB HSK |

Bei 10 Stellen seinerzeitig fünf verschiedene funktionale Zuständigkeiten. Dass unter diesen Voraussetzungen ein gemeinsames Zentrum mit Chancen und Optionen nicht verwirklicht wurde, liegt auf der Hand.

Es zeigt sich wieder, dass eine Dezentralisierung noch keine Ambulantisierung ist. Die Strukturen und der hierarchische Blick der Zentrale bleiben erhalten.

II,5,2,1: Regionalisierung:

tohus hat stattdessen die Regionalisierung als Alternative ergriffen und gestaltet die Region mit Bürgerhaus Barsbüttel, dezentralen Wohnangeboten, Arbeit und Beschäftigung, Kooperationen mit Bürgerverein und Kommune ohne medizinische Beteiligung.

Wie zuvor gesagt bedürfen die Klientele Psychiatrie und assistenzen kurz- und mittelfristig nicht primär *ihres* Sozialraumes sondern *eines* Sozialraumes, anhand dessen sie Teilhabe verwirklichen können²⁹. Dies lässt der ESA mit ihrer dezentralen Struktur in Hamburg und Stormarn viel Gestaltungsraum, ausgehend von den bestehenden Feldkompetenzen regional/bezirklich Betreuungszentren für beide Klientele zu bespielen und so den Sozialraum weiter zu erschließen.

Ich beschränke mich in dieser Darstellung zunächst auf den Kreis Stormarn – er ist in vielem exemplarisch.

II,5,2,1,1: Die Region Stormarn als Beispiel für Sinnhaftigkeit regionaler Schwerpunktsetzung³⁰

Nord – Bad Oldesloe:

Bad Oldesloe als Kreisstadt ist durchpsychiatrisiert. Vielleicht, weil hier die Kreisverwaltung und der Sozialpsychiatrische Dienst lokalisiert sind.

Eine enorme Dichte an psychiatrischen Anbietern, vorwiegend langjährig etablierte psychiatrische Heime.

Hier heißt es

- zu ambulantisieren als prae vor den anderen Trägern,
- Unterstützungsfunktionen und Vernetzung zu priorisieren,
- Kooperationen einzugehen und Marktnischen zu erspüren.

West – Bargfeld-Stegen und Bargteheide:

Das HSK mit seinem Großgelände, zwei eigene Wohnheime daselbst – daneben die „Boomtown“ des Kreises, Bargteheide bis dato psychiatrisch unversorgt.

Hier heißt es

- Bargteheide als Markt neu zu besetzen,
- durch teilstationäre Wohnbetreuung und Medizin eine Brücke von der Zentrale in die Region zu schlagen,
- das Zentralgelände HSK auf unstrittige vollstationäre Klientele zu focussieren.

Süd – Reinbek, Glinde, Barsbüttel:

Bis 2003 keine psychiatrischen Angebote vor Ort. Unter- bis unversorgtes Versorgungsgebiet. Nach Hamburg orientiert.

Hier heißt es,

- Strukturen neu schaffen,

²⁹ siehe dazu auch II,4 dieses Konzepts

³⁰ hier sämtlich nur angerissen – en detail siehe IV,1,6-8 dieses Konzepts

- Modellprojekte austesten,
- durch Kooperation innerhalb ESA die Grenze nach Hamburg aufweichen.

Drei unterschiedliche Regionen mit je unterschiedlichen Bedarfen. Ich verdeutliche dies am Thema Arbeit:

- Bad Oldesloe braucht, weil mit Wohnbetreuung übersättigt, Arbeitsangebote im Dienstleistungsgewerbe. Projekt: Kreiskantine und Waschcafé.
- In Bargteheide muss erst psychiatrische Infrastruktur geschaffen werden. Deshalb Arbeitsprojekt in Bargfeld-Stegen: Kiosk im HSK.
- Der Südkreis mit Psychiatrischem Zentrum und Wohnverbund braucht dringend unterstützende Arbeitsplätze. Bürgerhaus Barsbüttel, Kooperation mit alsterarbeit.

Da Regionalisierung in den einzelnen Gesellschaften schon weit gediehen ist, hat die ESA regional nicht nur Feldvorteil anderen Anbietern gegenüber, sondern buchstäblich Heimvorteil. Und jede Region definiert ihre eigenen Bedarfe. Und wir gestalten mit – mit dem was wir am besten können: Zu befähigen. Dem Kundenwillen zu entsprechen. Dem Leitbild viele Gesichter geben.

Diese Form von Regionalisierung wird ein Zwischenschritt in Richtung eigentlicher Sozialräumlichkeit, sprich: Quartier sein. Aber Zwischenlösungen halten bekanntlich am längsten. Und diese Zwischenlösung lässt in den Leuchtturmkommunen durchaus eigene und weiterführende Sozialräumlichkeit zu – bis hin zu einer Versöhnung von Sozialraum und Quartier³¹.

II,5,2,1: Geschäftsfeld Altenhilfe sozialräumlich:

Der Bereich der klassischen Behindertenhilfe wird sich reduzieren – sowohl medizinischer Fortschritt als auch pränatale Auslese lassen perspektivisch weniger Betroffene entstehen. Hinzu kommt der demographische Faktor von der anderen Seite: Dass weniger Kinder geboren werden trifft nicht nur die Jugendhilfe oder das Bildungssystem.

Die Zahl der langwierig psychiatrisch erkrankten wird perspektivisch gleich bleiben – die Zunahme ist über den Bereich Sucht in Verbindung mit psychischer Erkrankung³² zu erwarten.

Zusätzlich erreichen beide Klientele erstmalig in der Geschichte durch medizinischen Fortschritt und Erfolg der sozialtherapeutischen Betreuung eine fast durchschnittliche Lebensdauer. Dies bedeutet, auch die originären Klienten der ESA werden alt und bedürfen gesonderter assistenzen, die sich nicht in der automatischen Ausgrenzung aus der Eingliederungshilfe (SGB XII) in die Altenhilfe (SGB XI) erschöpfen können. Der Nachrangigkeit der

³¹ vgl. dazu ausführlich II,8 und IV,3,2,1,1,2 dieses Konzepts

³² Doppeldiagnosen

Eingliederungshilfe ist hier politisch zu begegnen und einer Durchlässigkeit der Hilfen ist beispielhaft das Feld zu öffnen.

Wie zuvor gesagt reiht sich das Klientel der Altenhilfe nahtlos ein in die assistenzbedarfe. So gesehen ist der Schritt in das Geschäftsfeld strategisch richtig und notwendig.

Ein besonderes Augenmerk gilt hier der medizinischen Versorgung als das ambulante System unterstützende Komponente. In Hamburg durch das EKA mit Geriatrie, Spezialstation für Alzheimer³³, Angliederung von Praxen und MVZs in die Sozialräume hinein das Geschäftsfeld mit medizinischer Kompetenz und Dienstleistung besetzen. Die Verbindung assistenzen und Medizin ist ein bislang ungenutztes USP der ESA gegenüber fast allen anderen Erbringern sozialer Dienstleistungen im Bereich..
Gleiche Optionen gelten auch für das HSK für Stormarn mit Gerontopsychiatrie, gerontopsychiatrischer Tagesklinik in Bargteheide, MVZ und Institutsambulanz (Bargteheide hat keinen Psychiater mehr).

Für tohus bedeutet dies Aufbau von Stützpunkten für Tagesstruktur, Entlastung des ambulanten Systems, Aufbau und Koordination eines psychiatrischen Krisendienstes, Beratung, Begegnung, Kommunikation. Inklusion somit auch für Senioren. Ambulante Pflege, somatisch und psychiatrisch, intensive Kontakte und Kooperationen mit aufgeschlossenen Kirchengemeinden. Gerade in den Kirchengemeinden fällt es auf, wenn ein Klient eines Hilfesystems bedarf

II,5,2,2: Die Diakonie in Hamburg und Stormarn:

Die Fusion der Hamburger Kirchenkreise zu vorerst zwei Großgebilden (einschl. Stormarn) mischt die Karten in der Hamburger Diakonie grundlegend neu. Die bisherige Dominanz des Diakonischen Werks gegenüber fünf Kirchenkreisen und Stiftungen wie Rauhes Haus und ESA, beruhend auf Zentralität und Uneinigkeit der Gegenseiten, weicht einem neuen Player – mit eigenem diakonischen Anspruch.

Es ist erklärter Wille der neuen Kirchenkreise, für ihre Sozialräume die diakonischen Schwerpunkte und Bedarfe selbst zu definieren, anstatt, wie bisher, diese im DW zentral zu verorten. Hierfür suchen die Kirchenkreise Mitplayer – und Alsterdorf ist ein willkommener Kooperationspartner weil schon vor Ort tätig und nicht mit dem Diakonischen Werk verbandelt. Die in den Kirchenkreisen vertretenen gemeindlichen (sozialräumlichen) Initiativen zur Teilhabe und Inklusion können Türöffner in die Quartiere sein und die ambulante (Wieder)eingliederung von Menschen mit assistenzbedarfen befördern. Warum müssen mit Treffs und Stützpunkten neben den gemeindlichen Aktivitäten Doppelstrukturen entstehen, die kein Außenstehender versteht?

³³ siehe dazu ausführlich IV,2,5,5,3 dieses Konzepts

II,6: Definitiver Exkurs:

Das Quartier ist der Sozialraum ist das Netzwerk im Verbundsystem – oder so ähnlich ...

Wie so oft, wenn sich neue Begrifflichkeiten entwickeln oder gar aus dem Englischen eindeutschen, entsteht ein zunächst undurchdringlicher Begriffswirrwarr. Auf dem Gebiet der Behindertenhilfe ist dies deutlich nachzuvollziehen³⁴. Zuerst ist da eine Haltung, dann ein Wechsel der professionellen Sichtweise – erst nach und nach finden sich die Worte zur Tat und es entwickelt sich eine fachliche Terminologie.

Die Gemeindepsychiatrie in Deutschland nahm in den letzten dreißig Jahren eine gleiche Entwicklung. In Kürze folgender Abriss:

Auflösung der Anstalten (Landeskrankenhäuser) und Etablierung einer *Gemeindenahen Psychiatrie = Dezentrale Psychiatrie*. Es entstanden *Außerklinische* Bereiche und *Komplementäreinrichtungen*. Bis dahin lag der Definitionsbezugspunkt immer bei der klinischen Zentrale.

Der eigentliche Paradigmenwechsel erfolgt jetzt und ist in vollem Gange: Von Institutionsbezogenheit zu Klientensicht, von der Anstalt in die eigene Häuslichkeit und damit wiederum in ein Quartier innerhalb eines Sozialraumes.

Es ist die Zukunftsaufgabe³⁵ der ESA, innerhalb des Sozialraumes psychiatrische Verbundsysteme aus Wohnen, Fördern, Arbeit, medizinische Behandlung u.a.m. zu schaffen und diese durch Gemeinwesenarbeit in vorhandene oder zu befähigende Netzwerke einzuflechten³⁶.

III: Medizin und mehr

III.1: Ein kurzer historischer Abriss - ESA und Medizin

Heinrich Sengelmann begründete 1863 sein christliches Liebeswerk. Er entdeckte die Idioten, Schwachsinnigen und Gemütskranken als herausfordernde Aufgabe für die Glaubwürdigkeit einer Gesellschaft³⁷. Er integrierte in seiner Person und in seinem Werk Glaube, Dienst und Vision, schuf Bewusstsein, seine Begeisterung und Begeisterung steckte an und entwickelte einen Sog, dem sich MitstreiterInnen anvertrauten. Durch personale und inhaltliche Glaubwürdigkeit entstand eine ungebrochene Identität diakonischer Barmherzigkeit – ein typischer Gründervater.

Nach Sengelmanns Tod verloren Identitätsfragen zunehmend an Bedeutung zugunsten von medizinischer und pädagogischer Wissenschaft und Profession. Die vormalig strikte Bindung an christliche Inhalte wurde

³⁴ handicaped, disabled, behindert, assistenzbedürftig, Teilhabe eingeschränkt

³⁵ das Geschäftsmodell

³⁶ diese Definition unterscheidet sich bewusst von Dörners Sicht des dritten Sozialraumes. Letzterer ist ungefähr mit dem fußläufigen Quartier beschrieben – bei Dörner Grundschulbezirk. Es bedeutet einen großen Unterschied, ob das Quartier im großbürgerlichen Eppendorf oder im sozial hoch belasteten Steilshoop lokalisiert ist.

³⁷ Vgl. hierzu ausführlich: Haas zu Heinrich Sengelmann – die blinden Flecken der Diakonie

ersetzt durch die Adaption gesamtgesellschaftlicher Normen, Welt- und Menschenbilder. Professionalisierung und damit einhergehende Spezialisierung ließen den Liebesdienst zur Dienstleistung und die Berufung zum Beruf werden. Vor diesem Hintergrund wird die schleichende Übernahme der christlichen Identität durch soziokulturelle Normen verständlich. Die Stiftung hatte dem ideologischen Zeitgeist nicht mehr viel entgegen zu setzen. Der Schritt von Barmherzigkeit zu Euthanasie wurde denkbar und vollzogen, das optimistische Menschenbild war fortan Maß der Dinge.

III,2: Zum medizinischen Selbstverständnis:

*Psychiater haben es schwerer als Chirurgen.
Von der Seele lässt sich kein Teil wegschneiden.*
© Walter Ludin,

Ohne Rekurrenzung auf ein optimistisches Menschenbild verliert die Medizin zunächst einmal ihre Identität als heilende Disziplin. Heilung bekommt Heilsbedeutung und Gesundheit wird zum pseudoreligiösen Gut. Krankheit und Behinderung werden als Defizit, das es zu bekämpfen gilt, begriffen; Tod wird als Scheitern empfunden.

Gerade in der Psychiatrie wird dies begleitet durch ein andauerndes Minderwertigkeitsgefühl gegenüber den schneidenden oder sonstig naturwissenschaftlichen Medizinen. Daraus resultiert ein besonderes Beharrungsverhalten mit Betonung des Primates der Medizin vor sämtlichen anderen Professionen. Böse Zungen würden formulieren: Die Mediziner sind im psychiatrischen System vergleichbar den Klerikern vergangener Jahrhunderte.

III,3: Zur Entwicklung des psychiatrischen Systems:

Zu den zehn Erkrankungen mit den weltweit meisten Lebenserwartungstagen gehören acht psychiatrische Diagnosen. Lebenserwartungstage bedeutet: An diesen Krankheiten leiden die Betroffenen am längsten. Nur zwei nichtpsychiatrische Diagnosen schaffen den Sprung in dieses Ranking: Gelenkentzündungen (Rheuma) und Diabetes auf den Plätzen 4 und 10.

Gleichzeitig ist im Heinrich Sengelmann Krankenhaus binnen 12 Jahren die durchschnittliche Klinikaufenthaltsdauer von 156 Tagen auf 23 Tage zurück gegangen. Bedeutet: Die Klientinnen kommen immer früher ins nichtklinische System. Der andere Effekt ist fast noch bedeutender: Durch verbesserte medizinische Versorgung und vor allem durch den Erfolg nichtmedizinischer Beratungs- und Betreuungsarbeit erreichen psychiatrische Klientinnen erstmals in der Psychiatriegeschichte eine fast normale Lebenserwartung. Sie suizidieren sich weniger. Und die neuen Medikamente lassen chronische Klientinnen nicht mehr durchschnittlich mit 60 Jahren ableben. Sie kommen also nicht mehr nur früher ins System – sie verbleiben auch ungleich länger.

Durch den Rückzug der SGB V Leistungen aus Rehabilitation, Prävention und Sozialtherapie hat sich der Schwerpunkt weg von der Medizin hin zur Sozialtherapie verschoben. Medizin wird somit auf das Notwendige beschränkt und erfüllt die Rolle einer Unterstützungsleistung im sozialpsychiatrischen Gefüge. So gesehen verlangt das psychiatrische Gefüge nach Medizinern, die Ressourcen-orientiert dem eigentlich tragenden Netzwerk assistieren.

III,3,1: Der Focuswechsel in psychiatrischen Bezügen

Somit findet in der Betreuung und Begleitung chronisch seelisch kranker Menschen seit einiger Zeit eine Neuorientierung statt: Pharmakologie, klinische Unterbringung, Verwahrung und Versorgung treten immer stärker in Hintergrund. Stattdessen werden personenorientierte Hilfen, die Stabilisierung und Förderung von Ressourcen und ein Krankheitsverständnis mit biographischen und sozialen Bezügen verstärkt. Das heißt, während der Krankenhausbehandlung wird vor allem der medizinische Teil der psychiatrischen Versorgung wahrgenommen. Alle anderen Erfordernisse wie Training, Rehabilitation und Integration der Erkrankung in das tägliche Leben sind klinisch nicht mehr leistbar. Sie finden deshalb zunehmend in einem ausdifferenzierten sozialtherapeutisch orientiertem Bereich statt. Diese Hilfe leistet nichtmedizinische, sozialtherapeutische Psychiatrie.

III,4: Das Heinrich Sengelmann Krankenhaus

*„Ich gebe meinem Psychiater noch ein Jahr,
dann fahre ich nach Lourdes.“*

Woody Allen

Das Heinrich Sengelmann Krankenhaus (HSK) hat als 2-Länder-Klinik mit regionaler Monopolversorgung eine nachgerade überirdische Position: Das Monopol für den Kreis Stormarn sichert die Sektorversorgung für ca. 230.000 Menschen – die Erwähnung im Hamburger Psychiatriebettenplan gibt Freiraum für jegliches psychiatrische Spezialangebot für die Metropolregion Hamburg. Die engen Kooperationsmöglichkeiten mit der Psychiatrischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf (EKA) und mit der aus den eigenen Bezügen gewachsenen tohus gGmbH (tohus) lassen ein wirtschaftlich und inhaltlich expandierendes Unternehmen vermuten.

Doch Wanderer, kommst du nach Bargfeld ... findest du eine konventionelle, medizinisch durchwirkte, segregierte Inselmentalität mit Nabelschau der eigenen Gefälligkeit: Wir sind gut, wir sind modern, wir sind voll belegt³⁸.

³⁸ Eine im übrigen logische Konsequenz von 10 Jahren Ägide Dr. Funke.

III,4,1: Zur Geschichte:

Gegründet wurde das HSK als „Anstalt Stegen“ Anfang der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts für sog. „Therapie resistente“ Patienten des AK Ochsenzoll. Die durchschnittliche Verweildauer betrug noch 1988 mehr als 365 Tage. Zweimal im Monat fand in Ochsenzoll die Auswahl derer statt, für die keine Hoffnung auf Besserung bestand und die entweder ins HSK oder ins noch entferntere Rickling verlegt wurden. Noch im Jahre 2008 beschrieb die Hamburger Psychiatriereferentin (die diese Selektion als Assistenzärztin in Ochsenzoll mit erlebte) auf einer öffentlichen Veranstaltung³⁹ dies Verfahren als Deportation in Sammel- und Massentransporten.

1989 bewarb sich das HSK auf Initiative des seinerzeitigen Chefarztes⁴⁰ um die Regionalversorgung des Kreises Stormarn, da die Landesregierung S-H das bis dahin zentralistisch ausgerichtete Landeskrankenhaussystem des Landes neu und dezentral strukturieren wollte⁴¹. Gleichzeitig kündigte HH das sog. Kostenteilungsabkommen (von eminenter Bedeutung für die Finanzierung von Langzeitpatienten), so dass S-H ein komplett ausgestattetes Krankenhaus für Regionalversorgung ohne investive Maßnahmen nutzen konnte.

Flapsig gesagt: Das Krankenhaus spielte Evangelische Akademie: Gebt uns ein Thema und wir tagen. Gebt uns einen Auftrag und wir sind bereit. Seinerzeit eine Win-Win-Konstellation für beide Seiten. Der Kreis Stormarn war Modellregion landesweit und das HSK das erste psychiatrische Krankenhaus mit Regionalversorgung.

III,4,2: Zum unmittelbaren Vorlauf und zur derzeitigen Aufstellung:

anstelle: EKD 620, 2 aa⁴²

Im zweiten Schritt der Sanierung der ESA musste ein Investitionsvolumen in Höhe von DM 52 Mio aus ESA-Mitteln aufgebracht werden, um die Vorgaben der Sanierung von 1996/97 zu erfüllen. Hier war eine Option des seinerzeitigen Vorstands⁴³ der Verkauf des HSK für DM 35 Mio. an einen regionalen Alten- und Pflegeheimbetreiber⁴⁴. Als Antwort auf die Widerstände wurde ein Gegenkonzept (Fusion HSK-EKA zum Klinikverbund der ESA) von Drews erarbeitet und dann vom Stiftungsvorstand dem Stiftungsrat zur Bescheidung vorgelegt. Der Stiftungsrat stimmte dem zu und es kam zur Fusionierung. Dadurch wurde Dr. Funke zum Ärztlichen Direktor des Klinikverbunds und somit zum Verweser über sämtliche psychiatrischen Belange der ESA. Es folgten 10 Jahre Stillstand. Kein

³⁹ Verabschiedung Dr. Funke

⁴⁰ Prof. Dr. Dr. Linden – damaliges Gründungsmitglied der Hamburger Grünen und ein Segen für das HSK

⁴¹ Wechsel von Barschel auf Engholm

⁴² bei Interesse oder Bedarf nachzulesen im Evangelischen Kirchengesangbuch, Lied 620, zweite Strophe, erster Satz

⁴³ Kraft/Baumbach

⁴⁴ Eymer-Gruppe, böser Finger

einzigem Versorgungsauftrag wurde medizinisch neu angeworben, keine neuen Klientele akquiriert.

Das HSK ist ein konventionelles, medizinisch konservatives Krankenhaus mit Komm-Struktur. Das Versorgungsmonopol verführt zu Trägheit und Beharrung und die o.g. Voraussetzungen werden nicht ausgeschöpft.

III,4,4: Die Entwicklungspotentiale HSK:

Die randständige Lage zu Hamburg und in Stormarn mit mangelhafter ÖPNV-Anbindung auf segregiertem Großgelände⁴⁵ ohne sozialräumliche Bezüge lässt eine weitere Attraktivität des Hauses als Akut- und Regelversorgung unwahrscheinlich bis aussichtslos sein. Eine Konversion des Geländes oder Beifügen von sozialpsychiatrischen Verbundelementen scheitern am Sonderwelteffekt.

So ist eine Verlagerung in die Regionen des Kreises unabwendbar. Das Zentralgelände wird zukünftig nur noch mit Klientelen zu belegen sein, die entweder unstrittig der Segregation bedürfen oder für die das Zentralgelände zumindest unschädlich ist.

Gleichzeitig steht ein Systemwechsel in der Finanzierungs- und Abrechnungssystematik der psychiatrischen Kliniken unmittelbar bevor: Die bisherige Pflegesatzsystematik mit Finanzierung von Belegtagen wird ersetzt durch ein „durchgängiges leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem“⁴⁶. In 2009 soll das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz in Kraft treten und in Folge eine kleinteiligere Abrechnung mit Individueller Bedarfsbestimmung und – verpreisung. Eine prinzipielle Durchlässigkeit zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsformen ist gefordert und die stärkere Differenzierung soll auch ambulante und Kostenträger-übergreifende Behandlungsmodelle ökonomisch interessant machen. „Es soll nicht mehr um Behandlung in der Klinik, sondern durch die Klinik gehen.“⁴⁷

III,4,4,1: Psychiatrieplan Kreis Stormarn:

Die Fortschreibung des Psychiatrieplans Stormarn von Dez. 2007 beschränkt die unstrittigen vollstationären Bedarfe psychiatrisch auf wenige Diagnosegruppen:

„Durch zunehmende ambulante und teil-stationäre Versorgungsformen wird der Bedarf an vollstationären Angeboten signifikant geringer. Letztlich bleiben nur wenige unstrittige Diagnosen vollstationär behandlungs-/versorgungsbedürftig:

⁴⁵ auch wenn immer wieder vom HSK Gelände, weil gängiger Sprachgebrauch, geredet wird: Es ist originäres Gelände der ESA aus dem seinerzeitigen Geländetausch mit Hamburg um die City-Nord herum.

⁴⁶ Eppendorfer, 9/2008, S. 1

⁴⁷ Deisler, ebd.

- Fremd- und Selbstgefährdung
- Sucht mit vollstationärem Kontroll-/Schutzbedarf
- Forensik
- Fortgeschrittene Demenzen
- Suizidalität
- und andere wenige mehr⁴⁸

Für diese Klientele wird vollstationäre klinische Psychiatrie vorzuhalten sein. Zusätzlich werden vergleichbare stationäre Angebote von SGB XII Einrichtungen (tohus) den Bettenabbau kompensieren müssen. Zu den bereits vorhandenen Wohnheimen ToHUS und Rothenmoor wären denkbar: Pflegeheim für Demenzerkrankte (Wahlstedt in einvernehmlicher Variante) Entwöhnungseinrichtung für Doppeldiagnosen (Rentenversicherungsträger), Forensik (klinisch und außerklinisch).

Die Spezialisierung der vorhandenen vollstationären Angebote fokussiert diese passgenauer und stellte die Kernkompetenz eines diakonischen Trägers zusätzlich heraus.

III,4,4,2: Problemanzeige: Der Standort Bargteheide für das Thema Alter/Psych.

*Alter ist keine chronische Krankheit.
Alter ist eine Behinderung.*
ED

Die am stärksten boomende Kommune des Kreises ist Bargteheide.⁴⁹ Gleichzeitig bislang ohne eigenes psychiatrisches Angebot – somit ohne regionale Konkurrenz. Vor der Tür des HSK gelegen bietet die Kommune zwei zentral gelegene Grundstücke zur freien Verwendung an – 7.000m² und 1.500m². Ein regionaler Investor (SGB XI-Bereich) ist an Zusammenarbeit interessiert. Die Geschäftsführung HSK signalisiert kein Interesse weil keine Ideen.

Gleichzeitig wird mit den Kostenträgern ein großes Klinikbauvorhaben auf dem HSK-Gelände geplant. Merkt hier eigentlich noch jemand was?

Option 1 (7.000m²): Ausgliederung eines Teils des HSK zu einer kleinen psychiatrischen Klinik mit angeschlossener Tagesklinik (bereits im Bewilligungsverfahren) in Bargteheide. Dazu die Neubauvorhaben verwenden und auf dem HSK-Gelände Umwidmung der vorhandenen Gebäude zu o.g. Zwecken. Angliedern von Angeboten im SGB XI und SGB XII-Bereich.⁵⁰

Option 2 (1.500 m²): Verlegung der Tagesklinik Ahrensburg (Inseldasein ohne Synergien in der Kommune, zu beengt) und Zusammenschluss mit Binnendifferenzierung mit neuer Tagesklinik zu einer Einheit von ca. 35 Plätzen. Bargteheide ist eine S-Bahn Station von Ahrensburg entfernt.

⁴⁸ Psychiatrieplan Stormarn, 2. Fortschreibung, Bad Oldesloe 2007, S.

⁴⁹ siehe auch IV,1,8,7 dieses Konzepts

⁵⁰ siehe auch IV,1,8,1-6 dieses Konzepts

Da Bargteheide keine sozialpsychiatrischen Angebote im SGB XI-Bereich hat, diese aber der Psychiatrieplan ausdrücklich fordert, lässt sich hier ohne (größere zusätzliche) investive Mittel ein Zentrum für Ältere mit Gerontopsychiatrie, gerontopsychiatrischer Tagesklinik, MVZ, Tagesstätte, psychiatrischem und somatischem Pflegedienst errichten. „Stärkere Vernetzung zwischen Wiedereingliederung und Altenhilfe⁵¹ um dem demographischen Faktor und den Diagnosen psychiatrische Erkrankung und hohes Lebensalter zu entsprechen.“⁵²
Zusätzlich sind im Psychiatrieplan des Landes gerontopsychiatrische Tageskliniken ausdrücklich erwähnt (S. 28)

III,4,4,3: Ausbau des Schwerpunktes Sucht:

Sucht ist der Endzustand der Misshandlung.
Unbekannt

Für Suchtbehandlung ist Szenerferne ein unstrittiger Vorteil. Die Metropolregion Hamburg belegt schon jetzt ca. 50% des Restversorgungsanteils HSK mit Suchtklientel. Ein Ausbau des Schwerpunktes würde den HHer Versorgungsauftrag sichern (der Koalitionsvertrag Rot-Grün beschreibt ein Ende der Praxis, Hamburger Psychiatrieklientel außerhalb der Stadtgrenzen zu versorgen. Da die FHH jedoch gleichzeitig das Suchtphänomen als Problem der Inneren Sicherheit und Ordnung behandelt, wird es ihr hier leicht fallen, Sucht anders als Psychiatrie zu betrachten und eben dies zu bewilligen⁵³).

Drei Suchtstationen im HSK plus Wohnhaus Rothenmoor plus die Suchtaufträge teilstationär und ambulant der tohus gGmbH in den Bereichen Wohnen, Fördern, Arbeit und Beschäftigung lässt die ESA in der Metropolregion Hamburg konkurrenzlos sein. Anzuschließen ist eine Entwöhnungseinrichtung für Doppeldiagnosen (Lücke im bisherigen Suchthilfenetz, da Klienten mit Gabe von Neuroleptika und/oder Substitution keine Aufnahme in traditionelle Entwöhnungseinrichtungen finden⁵⁴. Hier ist die Priorisierung strategische Vorstandsaufgabe, da das System aus sich heraus den Schritt nicht gehen wird. Angeschlossen werden muss eine Drogenambulanz zur Lösung des Dauerthemas Substitution.

„Spezialisierung und Qualifizierung der etablierten und/oder neuen Träger auf die Klientele Doppeldiagnosen. Ggf. Errichtung neuer Angebote wie Entwöhnung für psychisch kranke Menschen mit einer Suchtproblematik, die bisher im etablierten Suchthilfesystem nicht angemessen versorgt sind.“⁵⁵

⁵¹ Aufgabe: Durchlässigkeit der Hilfen

⁵² Psychiatrieplan Stormarn,

⁵³ Siehe dazu ausführlich: IV,2,4 dieses Konzepts

⁵⁴ siehe dazu ausführlich: IV,1,8,1 dieses Konzepts

⁵⁵ Psychiatrieplan Stormarn

III,4,4,4: Region Süd:

Der Süden des Kreises Stormarn war bis 2003 psychiatrisch nicht versorgt. Das Psychiatrische Zentrum Reinbek ist als Modell für integrierte, innovative, Kostenträger übergreifende psychiatrische Versorgung an der Klerikalmedizin gescheitert⁵⁶. Konsequenz: Die Tagesklinik führt ein Inseldasein, während tohus mit Bürgerhaus Barsbüttel, Wohnverbund, Ambulantem Betreuten Wohnen und Arbeits- und Beschäftigungsprojekt (in Kooperation mit alsterproducts) expandiert. Hier ist die Unterstützungsfunktion der Medizin als ein Teil der gemeinsamen Versorgungskette gefragt. Kooperation mit psychiatrischer Medizin ist ein USP den kein anderer vergleichbarer Träger bietet.

Der Süden des Kreises ist mit 15 tagesklinischen Betten medizinisch-psychiatrisch noch lange nicht ausgeschöpft. In der Region leben ca. 35% der Kreisbevölkerung.

In diesem Zusammenhang sei verwiesen auf den gültigen Psychiatrieplan des Landes S-H: ...Einvernehmen bestand – und dieser Position schließt sich die Landesregierung ausdrücklich an – die bestehenden Tageskliniken als Keimzelle für eine Weiterentwicklung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung zu nutzen. So soll angestrebt werden:

- die Anbindung von Institutsambulanzen an die Tageskliniken
- die Prüfung zur Anbindung von Krisenbetten
- die Erweiterung der Öffnungszeiten – ggf. auch am Wochenende
- Verbindung von Tageskliniken und Wohngruppen“⁵⁷

Dies verlangt nach Integrierter Versorgung und Zusammenwirken in Anlehnung an das seinerzeitige Konzept des Psychiatrischen Zentrums Reinbek.

III,4,4,5: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Kreis Stormarn überwiegend ein blinder Fleck. Hier wäre eine Kooperation mit dem Werner Otto Institut (WOI) in Verbindung mit den neu errichteten Wohngemeinschaften für Junge Erwachsene (SGB VIII) der tohus ein seitens des Kreises lange erwarteter Schritt zur Verbesserung der Versorgung. Mit dem Kinder- und Jugendhaus St. Josef in Bad Oldesloe besteht eine Kooperationsvereinbarung mit Einkauf von Fach-Know-How und Personalaustausch.

Seitens des Psychiatriereferenten S-H ist die Anregung protokolliert, doch am HSK eine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz zu installieren. Leider Ohne Resonanz.

⁵⁶ siehe auch II,7,1 dieses Konzepts

⁵⁷ Psychiatrieplan 2000 – Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen, Kiel 1999, S. 28.

Diese fachpolitische Ansage war der Grund für die großzügige Bewilligungspraxis im Psychiatrischen Zentrum Reinbek zum Zweck eines Modellprojekts.

„Die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Jugendhilfe und Hilfsangeboten für Erwachsene ist strukturell stärker zu vernetzen... Schaffung von Spezialangeboten für junge Erwachsene im Übergang aus der Kinder- und Jugendhilfe (Kein Stormarner Jugendlicher ab 21 soll seine Ausbildung/Lebensmittelpunkt wechseln müssen, weil es keine Wohnbetreuungsangebote für diese Klientele in Stormarn gibt).“⁵⁸

III,4,4,6: Trägerübergreifende Kooperationen

tohus ist in engen Absprachen mit den frei-gemeinnützigen Trägern der außerklinischen Psychiatrie im Kreis Stormarn. Stichwort: Kartellbildung statt Konkurrenz um die privaten Anbieter gemeinsam zu behindern. Vor dem Hintergrund des angedachten Systemwechsels in der Abrechnungssystematik⁵⁹ muss hier rechtzeitig in Absprache und Kooperation seitens des klinischen Versorgers gegangen werden.

In enger Absprache mit der Kommunalpolitik ist eine Initiative zur Schaffung eines Träger übergreifenden psychiatrischen Krisendienstes von tohus gestartet. Sämtliche frei-gemeinnützigen psychiatrischen Anbieter, das Gesundheitsamt des Kreises (Sozialpsychiatrischer Dienst) sowie die Vorsitzende des Kreis Sozial- und Gesundheitsausschusses sitzen mit am Tisch. Das Versorgungskrankenhaus muss zum Jagen getragen werden. „Schaffung eines systemübergreifenden Krisendienstes (Sozialpsychiatrischer Dienst gemeinsam mit Trägern ambulanter, teil- und/oder vollstationärer Maßnahmen) in Stormarn, damit nächtliche und/oder wochenendliche Krisen nicht mehr automatisch zu Krankenseinweisung führen oder nicht notwendigen vollstationären Bedarf begründen.“⁶⁰

III,4,4,7: Die Pflege des Hamburger Versorgungsauftrags

Der Hamburger Versorgungsauftrag (80 Betten) ist seit 1989 und mit Macht seit 1995 ein ausdrücklich auslaufender Restversorgungsauftrag.⁶¹ Die seinerzeitige Krankenhausleitung hat diesen nur retten können, indem sie den Hamburger Krankenhausbedarfsplanern auf dem Feld Suchtentzug entgegen kam. Alle anderen Klientele stellt Hamburg innerhalb der eigenen Grenzen selber dar. Der Koalitionsvertrag stellt den Restversorgungsauftrag explizit wieder in Frage.

⁵⁸ Psychiatrieplan Stormarn

⁵⁹ siehe III,4,4 dieses Konzepts – differenzierte Fallpauschalen

⁶⁰ Psychiatrieplan Stormarn.

⁶¹ Wie wenig die Bezüge gepflegt wurden entnehmen man Inhalt und Pflege des Titels *Akademisches Lehrkrankenhaus der Uni Hamburg*

III,4,4,8: **Betreutes Wohnen Hamburg**

Eine Zusammenarbeit zwischen dem Bereich Dr. Tschechne und dem HSK besteht nicht. Dies hat historisch ideologische Gründe die nicht bearbeitet wurden und werden. So werden auch hier Know-How und Feldkompetenz nicht genutzt. Die Zusammenarbeit zwischen EKA und Tschechne ist leidlich. Gemeinsame Strategien zum wechselseitigen Nutzen werden nicht forciert. Vertane Chance.

III,4,4,9: **Resümee**

Das randständig gelegene HSK lebt die Struktur und den Geist der Landeskrankenhauskultur als separiertes und segregierendes Gebilde dem Grundsatz nach fort. Dies fällt nach außen hin nur bedingt auf, da aus der Historie heraus auch die Aktivitäten von tohus als Teil der Klinik gesehen werden.

Dennoch werden spätestens die bevor stehenden Änderungen in der Abrechnungssystematik von klinischer Psychiatrie ein Umdenken erforderlich machen. Die bestehende Komm-Struktur ist schon jetzt nicht mehr attraktiv und das HSK wird sich in die Regionen hinein orientieren müssen. Auch für Klinik gilt: Ambulant und teilstationär vor stationär. Aufsuchende Hilfe, Vernetzung, Case-Management, Tageskliniken, medizinische Versorgungszentren, Integrierte Versorgung, regionale Feldkompetenz sind unabdingbar, um dem Klientenwillen zu entsprechen.

Es sind viele Regionen des Kreises lange noch nicht ausgeschöpft. Klienten bleiben unversorgt, weil sie keine niedrigschwelligen Einstiegspforten ins System hinein haben. Sowohl Klienten als auch Zuweiser wie niedergelassene Ärzte, sozialpsychiatrische nichtmedizinische Träger etc. bis hin zum Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises müssen um Aufnahme ersuchen.

Der Sozialdienst des HSK ist binnenorientiert und erfüllt nicht die Schnittstellenfunktion in die Region hinein. Die Sozialarbeiter arbeiten stationsbezogen und übernehmen klinikinterne Aufgaben, anstatt sich als Case-Manager für eine Region zu positionieren oder die Organisation des Hilfebedarfes von Klienten zu übernehmen⁶².

Bis zu 50 Prozent der derzeit zentral vorgehaltenen vollstationären Betten müssen mittelfristig in die Region hinein verlagert werden und im engen Kontakt mit der außerklinischen Psychiatrie sind dezentrale, sozialräumliche Verbundsysteme aufzubauen, die dem Klienten, der psychiatrische Hilfe braucht, diese einladend, präsent und persönlich vor Ort nahe bringen.

Die Psychiatriepläne des Landes und vor allem des Kreises geben die Richtung vor – letzterer ist im Einvernehmen mit Kreispolitik und

⁶² siehe hierzu ausführlich: IV,1,5 und IV,2,5,5,3,1 dieses Konzepts

Sozialpsychiatrischem Dienst von Drews formuliert worden. Das HSK hat sich trotz Aufforderung nicht beteiligt.

IV: Die Ambulantisierung der Psychiatrie der ESA mit praktischen Anwendungsbeispielen

IV,1: Ambulantisierung Stormarn:

IV,1,1: Der Kreis Stormarn:

Der Kreis Stormarn umfasst mit ca. 230.000 Einwohnern das Gebiet zwischen Hamburg und Lübeck mit allen Vorteilen einer Randlage zwischen zwei Metropolregionen. Die Wirtschaftskraft und das Bevölkerungswachstum lässt in Stormarn sehr viel mehr zu als in anderen Teilen von Schleswig-Holstein. Die Eigenwerbung des Kreises hierzu: „Stormarn zählt mit seiner reizvollen Vielfalt zu den attraktivsten Regionen Deutschlands. Auch in Hinblick auf die hervorragende Infrastruktur, die erfolgreiche Stärkung des Wirtschaftsstandortes, die niedrige Arbeitslosenquote und die hohe Kaufkraft gehört Stormarn zu den „Top Ten“ der bundesweit 323 Kreise. Kein Wunder also, dass Stormarn wie ein Magnet wirkt: Die kontinuierlich wachsende Bevölkerung und die zunehmende Ansiedlung von Unternehmen sind der beste Beweis.“⁶³ „Der Kreis Stormarn ist kaufkräftigster Kreis in Schleswig-Holstein und starker Partner für die Unternehmen in der Metropolregion Hamburg.“⁶⁴ Politisch hält sich die zweite Legislatur ein Landrat der SPD, die CDU ist stärkste Fraktion des Kreistages und das Feld Gesundheits- und Sozialpolitik wird seit vielen Jahren von der Ausschussvorsitzenden Frau Margot Sinning federführend gestaltet, deren politischer Hauptschwerpunkt die psychiatrische Versorgung des Kreises ist. Politische Initiativen sind über diesen Weg Erfolgversprechend.

Die Zusammensetzung des Stormarner Kreistages
in der Wahlperiode 2008 bis 2013:



⁶³ www.kreis-stormarn.de/kreis/kreisportraet

⁶⁴ www.bargtheide.de/stadt_politik/wirtschaftsfoerderung

Die Kreisverwaltung hat sich seit 2003 umstrukturiert – das bis dato eigenständige Gesundheitsamt wurde unter die Organisationshoheit des Kreissozialamtes gestellt und somit verschoben sich die Gewichte weg von Fachlichkeit und Bedarf hin zu Kosten und Budgetierung.

IV,1,2: Know-How-Partner – Die Trägerlandschaft in Stormarn:

tohus (AKB HSK) war der erste Anbieter von Einrichtungen der teilstationären und ambulanten Eingliederungshilfe in Stormarn.

Partner im gemeinsamen Trägerkonzert sind sämtliche frei-gemeinnützigen Anbieter. Es bestehen intensive Kontakte zur AWO, zur WfbM, zur Südstormarner Vereinigung – bis hin zu Kooperationen und Verhandlungsgemeinschaften. Es existiert ein internes Kartell zur Vermeidung von Konkurrenzen und zur Marktfernhaltung von privaten Anbietern. Dies beinhaltet auch Gebietsabsprachen und Geschäftsfeldabgrenzungen.

Gerade mit kleineren Anbietern wurden Kooperationen geschlossen, um durch Know-how-Vorsprung und Umsetzungskompetenz in eigener Regie auch Nischen- oder Nebenangebote aufzulegen. In Kooperation mit Frauen helfen Frauen e.V. betreibt tohus eine WG für chronisch kranke Frauen, mit dem Kinder- und Jugendhaus St. Josef werden zwei Wohngemeinschaften für Junge Erwachsene betrieben. Trägerschaft liegt bei tohus, Fachkompetenz wird eingekauft. Auf diese Weise konnte verhindert werden, dass die Kooperationspartner selbst die Angebote auflegen.

IV,1,3: Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen:

Die Ambulantisierung der Psychiatrie verlangt nach Unterstützungsstrukturen, die ambulanten Versorgungsverbände stützen und deren größere Maschen mit einem Sicherheitsnetz unterlegen. Die vollstationäre Psychiatrie braucht dies erst einmal nicht, weil Rundum-Sorglos-Paket mit Kontrolle, jederzeitiger Intervention durch Pflege und Medizin, Sonderweltstatus.

Demgegenüber braucht die ambulante Psychiatrie Krisendienste, Rufbereitschaften, dezentrale medizinische Begleitung bis hin zu home-treatment, psychosoziale Begleitung und Betreuung, ambulante psychiatrische Krankenpflege, Krisenbetten in der Region, Kostenträger-übergreifende Kooperation aller am System Beteiligter.

IV,1,4: Die politischen Versuche⁶⁵:

Es gibt in Deutschland keine Lobby, die auch nur annähernd so einflussreich ist wie Pharmazie und Medizin. Der Gesundheitsbranche ist der Wachstumsmarkt unserer Tage. Dennoch werden über Privilegien und Selbstverwaltungsorgane marktwirtschaftliche Strukturen verhindert. Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Pharmaverbände Krankenversicherungsträger, Apothekerverbände haben es bislang vermocht, jeden Angriff auf das bestehende System zu vereiteln.

Der bevorstehende Gesundheitsfond hat zum erklärten Ziel, die Definitionshoheit der einzelnen Krankenkassen zu brechen und das System zu flexibilisieren.

Zuvor wurde dies erfolglos versucht durch Absenkung der Krankenhausbudgets um 1% p.a. zur Förderung von Modellen der Integrierten Versorgung. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz⁶⁶ geht in dieselbe Richtung.

Auch die Option eines Regionalbudgets will die Klinikträger in intensive, Kostenträger-übergreifende Kooperationen und in Regionalisierung und Ambulantisierung drängen.

Sogar die Krankenkassen blasen ob des dramatischen Anstiegs der psychiatrischen Klinikbehandlungskosten in dies Horn: „Lösungsweg dahin ist eine sektorale, also Kostenträger übergreifende Zusammenarbeit ... neue Versorgungsformen, regionale Budgets, neue Vergütungsformen etc.“⁶⁷ Oder aber: "Wir brauchen Angebote, die direkt im Lebensumfeld der Patienten ansetzen und ihnen ermöglichen, in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Dazu zählt eine sozialpsychiatrisch ausgerichtete Versorgung im Lebensumfeld, ein "home treatment" mit ambulanten Kriseninterventionen und so genannten Rückzugsräumen und Krisenpensionen."⁶⁸

Wie erfolglos alle bisherigen politischen Initiativen waren zeigt das Beispiel Soziotherapie:

IV,1,4,1: Soziotherapie

„**Soziotherapie** ist in Deutschland eine definierte ambulante Versorgungsleistung für Patienten mit schweren psychischen Störungen, die sie in die Lage versetzen soll, andere medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie in diesem Zusammenhang umfasst Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen und wird von vertraglich zugelassenen Personen erbracht. Für eine Kostenübernahme dieser Leistung durch die gesetzliche

⁶⁵ Gesundheitsfond, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Integrierte Versorgung, Regionalbudget

⁶⁶ siehe hierzu: III,4,4 dieses Konzepts

⁶⁷ Verbände der Ersatzkassen HH (VdAK), zit. in eppendorfer 10/2008

⁶⁸ Pressemitteilung der Techniker-krankenkasse bei der Vorstellung ihres Gesundheitsreportes im Juni 2008

Krankenversicherung sind eine fachärztliche Verordnung und eine Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse erforderlich.“⁶⁹

Seit 01.01.2000 ist Soziotherapie als medizinische Dienstleistung in § 37a SGB V verankert. In ganz Schleswig-Holstein hat sich keine Krankenkasse bereit gefunden, einen Vertrag über Soziotherapie mit irgendeinem Versorger zu schließen. Der gesetzliche Anspruch der Patienten wird einfach nicht umgesetzt und die Kassen schieben diese Leistung weiterhin in den SGB XII-Bereich ab. Es findet sich auch kein Medizinträger, der – z.B. als Krankenhaus – im Verbund mit Trägern der Sozialtherapie – z.B. tohus – diese Leistung erzwingt.

Soziotherapie wäre ein hervorragendes Schnittstellentool in einem Regionalbudget.

IV,1,4,2: Regionalbudget:

Das Regionalbudget wird einem klinisch-psychiatrischen Regionalversorger (z.B. die Region Stormarn) als festgeschriebener Betrag auf 5 Jahre zugesichert. Die Klinik hat somit Planungssicherheit und selber die Motivation, die teure vollstationäre Behandlung durch teilstationäre oder ambulante psychiatrische Medizin zu ersetzen. Außerdem sind durch intensive Kooperationen mit den niedergelassenen Psychiatern und den Gemeindepsychiatrischen Versorgungsverbänden alternative Behandlungsnetze zu stricken, die vollstationäre Unterbringung vermeiden helfen. Auch hier wieder der Versuch, das bisherige starr gegliederte klinische System aufzuweichen. Und die damit verbundene Hoffnung, wenn die Klinik im eigenen wirtschaftlichen Interesse Ambulantisierung fördert, dass nach fünf Jahren ein geringerer Bedarf an vollstationären psychiatrischen Betten erwiesen ist.

Das Regionalbudget wird im Kreis Steinburg in S-H umgesetzt. Sämtliche internen Initiativen, dies in Stormarn zur Ambulantisierung der Psychiatrie in Kooperation hsk – tohus umzusetzen, sind Klinikseitig auf Abwehr und Blockade gestoßen. Auch der Chefarztwechsel hat an dieser Position nichts geändert.

IV,1,4,3: Integrierte Versorgung:

Die Integrierte Versorgung⁷⁰ fördert Medizinische Versorgungszentren mit mindestens zwei Kassensitzen und angegliederten Komplementärangeboten (Ergotherapie, Pflegedienst, Soziotherapie, SGB VIII, XI, XII).

Die Einrichtung einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Bad Oldesloe wurde auf Initiative von Drews nicht aus dem ärztlichen Bestand HSK heraus realisiert, sondern in Kooperation mit vier von fünf niedergelassenen Fachärzten aus der Region Nordstormarn bestückt. Hintergrund war der Effekt einer intensiven Zusammenarbeit mit der ambulanten Psychiatrie als

⁶⁹ wikipedia

⁷⁰ § 140 SGB V

vertrauensbildende Maßnahme zur Kooperationsöffnung für Integrierte Versorgung und Regionalbudget.

Sämtliche Initiativen – auch folgend mit verschiedenen Partnern in Bargteheide – sind versendet.

Bedenkt man, dass der Anteil der psychiatrischen Klinikkosten an Gesamtbudget der Kliniken sich in den vergangenen zehn Jahren in etwa verdoppelt hat⁷¹ mutet es sonderbar an, dass sich nur etwa jeder 65.te IV-Vertrag auf psychiatrische Erkrankungen bezieht. Hier mauert das System.

IV,1,5: Schnittstelle Sozialdienste⁷²:

hsk und tohus halten unverbunden nebeneinander sozialdienstliche Angebote vor.

tohus als ehemaliger Außerklinischer Bereich HSK ist aus dem Geschäftsmodell entstanden, dass sich die verschiedenen psychiatrischen Klientele im HSK sammeln und über den Kliniksozialdienst bei weiter anhaltender Betreuungsnotwendigkeit in sozialräumlich orientierte gemeindepsychiatrische Versorgungsnetze verwiesen werden und/oder diese sukzessive aufzubauen.

Durch Personalunion Leitung Kliniksozialdienst und Leitung Außerklinischer Bereich konnten neue Einrichtungen ohne Belegungsrisiko (die Patienten sammeln sich im HSK und die Bedarfe für Spezialeinrichtungen ergeben sich aus der Verweisungslage) im Kreis aufgelegt werden. Der Kliniksozialdienst hatte so eine deutliche Außenorientierung in die Region hinein.

Durch die Ausgründungen in gGmbHs ist dieser Vorteil nicht mehr existent. Der Kliniksozialdienst bespielt die HSK-internen Belange, die Zuordnung ist Stations-bezogen und Verlegungen nach tohus finden kaum noch statt⁷³

Sowohl für die Weiterversorgung von Patienten in der Region und in die Region hinein als auch für die Aqise aus dem Versorgungsgebiet in die hsk-Bezüge ist eine Ausrichtung auf die regionalen Belange des Versorgungskreises unabdingbar.

Die Schnittstelle Sozialdienst muss wieder für die gemeinsamen Belange von hsk und tohus genutzt werden – denkbar wäre erneute Personalunion bei Leitung, Geschäftsbesorgungs-/Gestellungsvertrag hsk-tohus für die Dienstleistung Sozialdienst aus den ambulanten Bezügen heraus, Bildung von Regionalteams für Sozialarbeit, die Klinik und Region aus einem Guss versorgen.

⁷¹ Verbände der Ersatzkassen: Gesamtausgaben für psychiatrische Klinikbehandlung in Deutschland ca. 1,5 Mrd. € - ca. 10% der Klinikengesamtbehandlungskosten

⁷² vgl. ausführlich IV,2,5,5,3,1 dieses Konzepts

⁷³ aktuelles Beispiel: Belegungskrise Wohnhaus Rothenmoor im Sommer 08)

IV,1,6: Modellregion Südkreis – Bürgerhaus Barsbüttel

IV,1,6,1: Zur Ausgangslage⁷⁴:

Der Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe weg von der vollstationären Versorgung hin zu ambulanten und teilstationären Unterstützungs- und Assistenzleistungen ist in Gang gekommen. „Ambulant vor stationär“ ist gesetzlicher Auftrag und das SGB XII stellt in Anlehnung an das SGB IX die Begrifflichkeit der Teilhabe in den Mittelpunkt gesellschaftlichen Handelns zur Rehabilitation.

Gleichzeitig ist die Fachöffentlichkeit durch Themen wie Inklusion oder Community Living dabei, die Teilhabe von Menschen mit Assistenzbedarf auch auf das Gemeinwesen auszurichten, in welchem Teilhabe geschehen kann. Schließlich muss sich auch das jeweilige Quartier, die jeweilige kommunale Infrastruktur darauf hin verändern, dass Teilhabe ermöglicht wird. „Die Einbeziehung der Nachbarschaft und die Initiierung von Bürgerhilfe und von Patenschaften werden zu dem beitragen, was heute mit Inklusion gemeint ist“⁷⁵

In den Bereichen Wohnen und Fördern hat der Kreis Stormarn in den vergangenen Jahren aufgeholt und es ist erklärter Wille der Beteiligten, „Benachteiligten die uneingeschränkte Teilhabe am Gemeinwesen in selbstbestimmter Lebensführung zu ermöglichen“⁷⁶. Ebenfalls beschreibt u.g. Psychiatrieplan die dazu gehörige Notwendigkeit, die Aufmerksamkeit auch auf den Bereich Arbeit zu lenken: „Die ambulanten und teilstationären Prioritäten erfordern einen zügigen Ausbau von Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen“⁷⁷. Dies entspricht voll u.g. Initiative der Behindertenbeauftragten, die im Unterabschnitt „Arbeitsintegration für behinderte Menschen“ davon spricht, dass „eine Stärkung der ambulanten Lebensformen behinderter Menschen [...] zugleich neue Ideen zur Integration in das Arbeitsleben und die Stärkung niedrigschwelliger Arbeitsmöglichkeiten“⁷⁸ erfordere. Ansonsten könne „Ambulantisierung, Leben im Gemeinwesen ohne Arbeitsmöglichkeiten [...] zu so etwas wie ambulanter Hospitalisierung führen“⁷⁹

Dass Teilhabe am Arbeitsleben Selbstwert stärkend und Sinn stiftend ist und somit einen großen Anteil am Gesundheits- und Rehabilitationsprozess hat, ist unstrittig.

Der Psychiatrieplan fordert ausdrücklich, „die teilstationären Leistungen in den Bereichen Wohnen, Fördern und Arbeiten [...] offensiv zu kombinieren“⁸⁰. Dieses zusätzlich noch mit einem am Gemeinwesen

⁷⁴ Ausriss aus Konzept Bürgerhaus Barsbüttel

⁷⁵ S. Schmidt, Behindertenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion: Bundesinitiative Daheim statt Heim, S. 5

⁷⁶ Psychiatrieplan des Kreises Stormarn, 2. Fortschreibung, S. 20

⁷⁷ Psychiatrieplan ..., S. 21

⁷⁸ S. Schmidt, S. 8

⁷⁹ ebd.

⁸⁰ Psychiatrieplan, S. 20

orientierten Angebot für das Quartier zu verbinden –siehe Grundsätze und Ziele des Psychiatrieplans⁸¹- ist die herausfordernde Aufgabe des vorliegenden Konzepts „Bürgerhaus Barsbüttel“.

IV,1,6,2: Die Projektidee und strukturelle Voraussetzungen

Die Immobilie des ehemaligen „Instituts für Theologie und Frieden“ der katholischen Kirche ist seit Anfang 2006 durch Verkauf der Kommune Barsbüttel anheim gefallen.

Lokalisiert im Soltausredder 20 in Barsbüttel, gelegen zwischen einer Grundschule und einer Integrierten Gesamtschule und neben dem kommunalen Schwimmbad ist das Anfang der 80er Jahre hochwertig erstellte Gebäude mit 44 Räumen und 1350 Quadratmetern Nutzfläche auf dem Wege, zu einem Bürgerzentrum umgewandelt zu werden. Es hat sich mit Unterstützung von Politik und Administration ein Trägerverein gebildet, der das Konzept Bürgerhaus voran treibt.

„Durch nachhaltige Angebote, wie ein Bürgerhaus, kann Barsbüttel in direkter Nachbarschaft zur Metropole Hamburg deutlich an Lebensqualität gewinnen. So kann die Gemeinde neben ihrer Lage im Grünen ein breites soziales Netzwerk aufbauen und ihr Profil in der Konkurrenz zur vielfältigen Großstadt deutlich verbessern. Das Bürgerhaus Barsbüttel soll zu einem offenen, soziokulturellen Zentrum heranwachsen. Hier finden Veranstaltungen, Bildungsangebote und Gruppentreffen statt. Darüber hinaus will es mit allen Interessierten zusammen daran arbeiten, Barsbüttel zu einer noch lebenswerteren Gemeinde zu machen. Das Ziel des Hauses ist Menschen zusammen zu führen, sie weiter zu bilden, ihnen Werte zu vermitteln sowie Barsbüttels Freizeitangebote zu steigern.“⁸²

Die Kommune ist hoch interessiert, dies Konzept umzusetzen und bietet der tohus gGmbH eine Kooperation zur Belebung des Bürgerhauses an. Dieses wird vertraglich vereinbart. Modell dafür ist ein Arbeits- und Beschäftigungsprojekt „Bürgerhaus Barsbüttel“.

Als erster vertraglicher Schritt ist eine Teilanmietung des Dachgeschosses geplant zwecks Darstellung eines Stützpunkts für den Wohnverbund Stormarn.

Ausgehend von der Frage, welche Bedarfe das umliegende Quartier sowie die Immobilie selbst haben, ist ein Bistro/Cafébetrieb vorgesehen. Die dazu notwendige Küche ist als Verteilerküche mit Frischzubereitung von Salaten o.ä. angedacht. Dies würde eine Versorgungslücke für das anliegende Quartier mit zwei Schulen etc. schließen und das Bürgerhaus tagsüber zu einem kommunikativen Treffpunkt mit Publikumsverkehr machen.

Durch Zentrierung der Beratungsangebote der Kommune (durchgeführt in Kooperation mit tohus) und Verlagerung der kommunalen Bücherei in das Bürgerhaus (bewirtschaftet als Arbeitsprojekt für Klienten) werden weitere Angebote für die kommunale Öffentlichkeit vorgehalten.

⁸¹ vgl. Psychiatrieplan S. 20

⁸² Konzept für das Bürgerhaus Barsbüttel vom 15.08.07, www.buergerhaus-barsbuettel.de,

Die Immobilie selber hält gut ausgestattete Archiv-Räumlichkeiten vor, in denen ein Archivbetrieb für umliegende Interessenten (z.B. zwei nahe liegende Krankenhäuser) zu führen wäre. Hier ist eine Kooperation mit der Kommune und dem dortigen Archivar geplant.

Die Bewirtschaftung und Verwaltung des Bürgerhauses lässt mehrere Büro-Arbeitsplätze zu.

Das parkähnliche Gelände sowie umliegende kommunale Grundstücke sind für eine Landschafts-/Gartentruppe gut geeignet.

IV,1,6,2,1: Die Kooperation mit dem Bürgerverein:

Der Bürgerverein Barsbüttel als Zusammenschluss/Dachorganisation kommunaler Vereine und Initiativen garantiert die intensive Vernetzung ins Gemeinwesen und ist wesentliche Schnittstelle für weitergehende Inklusionsprozesse.

Hier ist auch – weil nicht institutionell refinanziert – ein guter Partner im Boot für Spendenakquise und Aktion-Mensch-Projekte.

IV,1,6,2,2: Die Kooperation mit Verwaltung und Politik:

Sowohl der Bürgermeister als auch der Leiter des Sozialamts – in Personalunion auch Standesbeamter und zuständig für die Immobilie Bürgerhaus – vertreten die Projektidee offensiv nach innen und außen. In einer gemeinsamen konzertierten Aktion gelang es, das Projekt trotz Kommunalwahlkampf noch im Mai 2008 durch die Ausschüsse und die Gemeindevertretung positiv bescheiden zulassen.

Seit September 2008 hat die Kommune Reinbek einen neuen Bürgermeister. Erste Kontakte sind wohlwollend.

IV,1,6,2,3: Kooperation mit alsterarbeit:

Durch enge Absprache mit alsterarbeit bei Ziel der gegenseitigen Aufweichung von Landesgrenzen und Zuständigkeiten können Kompetenzsynergien gehoben werden und die Sichtbarkeit der ESA in der Region wird stärker.⁸³ Durch die Kontakte in die Verwaltung hinein ergeben sich schon mögliche Folgeaufträge wie die Bewirtschaftung der neu zu bauenden Mensa in der benachbarten IGS.

⁸³ ansonsten vgl. IV,1,7,1,1 dieses Konzepts

IV,1,6,2,4: Kooperation mit Medizin:

Barsbüttel ist medizinisch-psychiatrisches Niemandsland. Da die vier Kommunen im Südkreis Stormarn⁸⁴ infrastrukturell unverbunden sind, ist der Weg ins psychiatrische Zentrum Reinbek sehr viel beschwerlicher als die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im benachbarten Hamburg. Durch ambulante Sprechstunden der Psychiatrischen Institutsambulanz angegliedert an die vorgehaltenen Beratungsangebote kann nicht nur die Versorgung der Kommune verbessert werden, sondern auch Aquse für die eigenen psychiatrischen Bezüge vor Ort geschehen.

Tagesklinische Strukturangebote (Ergo-, Arbeits-, Freizeittherapie etc.) sind im Verbund mit Arbeit und Beschäftigung tohus ebenfalls naheliegend gemeinsam aufzulegen.

Die Option, Medizin und Sozialpsychiatrie aus einer Hand anzubieten und die Schnittstellen und Kostenträger übergreifend zu bespielen ist ein bis dato ungenutzter Marktvorteil.

In Kooperation von hsk und tohus ist ein regionaler psychiatrischer Pflegedienst eine weitere Grundbedingung für konsequente Ambulantisierung von Medizin.

Auch die kurzfristig avisierte Änderung im Finanzierungssystem von klinischer Psychiatrie (Behandlung nicht mehr *in* sondern *durch* die Klinik) verlangt nach kommunalen Zentren, in denen ambulant und teilstationär psychiatrische Behandlung geschieht.

IV,1,6,2,4,1: Suchtmedizin:

Gänzlich unbestellt ist das Feld der ambulanten Suchtmedizin. In deutscher Systematik ist Sucht überwiegend der Psychiatrie zugeordnet. Diese Zuordnung wird von der klassischen Psychiatrie nur halbherzig umgesetzt. Zwar sind Suchtklienten unabdingbare Ertragsbringer für Belegung und Ergebnis, gleichzeitig aber ein stiefkindlich behandeltes Klientel.

Eine ambulante oder teilstationäre Suchtbehandlung erfolgt in keiner Dependance des HSK, die Substitution von Klienten wird ambulant nicht erbracht. Stattdessen werden externe Ärzte eingekauft um diese unabdingbare Behandlungsform für Sucht- und Doppeldiagnoseklienten aus den eigenen Bezügen heraus zu halten. Dabei leben in den Bezügen von tohus ca. 30 Klienten, für die je eigene ambulante Behandlungspartner gesucht werden müssen, da der Regionalversorger dies Klientel nicht ambulant behandelt. Sowohl die Tageskliniken als auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen haben über die Mutter hsk die sofortige Möglichkeit, ihren Behandlungsauftrag auf Suchtklientele auszudehnen. Dies ist ein Ertragsfeld und zur Aufrechterhaltung der ambulanten Bezüge unverzichtbar.

⁸⁴ Barsbüttel, Reinbek, Oststeinbek, Glinde

IV,1,7: Die Region Nord – Bad Oldesloe:

Die Psychiatriedichte der Region ist oben schon genannt⁸⁵. tohus betreibt den Wohnverbund, ambulante und teilstationäre Wohnbetreuung in eigener Häuslichkeit, die psychiatrische Tagesstätte und in Umsetzung begriffen das Arbeits- und Beschäftigungsprojekt Kreiskantine mit Waschcafé.

Verglichen mit allen anderen örtlichen Trägern, die vollstationär oder sonderweltlich (Werkstatt) aufgestellt sind gilt tohus als moderner, sozialräumlich und gemeindepsychiatrisch orientierter Träger, der innovativ das Angebotspektrum diversifiziert. So gibt es keine Auslastungsprobleme und die Einrichtungen sind unbestritten.

IV,1,7,1: Arbeit und Beschäftigung Kreiskantine⁸⁶

Die Kantine der Kreisverwaltung Stormarn ist seit längerer Zeit nicht mehr in Betrieb. Für gewerbliche Pächter war der Betrieb nicht mehr rentabel, da es sich nicht um eine Vollküche handelt, und die Zubereitung der Mahlzeiten extern erfolgte bzw. durch eine Cateringfirma geliefert werden musste. Bis 2006 bot das hiesige Jugendaufbauwerk einmal wöchentlich einen Mittagstisch an, der zwar gut nachgefragt, aber aus einrichtungsinternen Gründen wieder eingestellt wurde. Die Idee des Arbeits- und Beschäftigungsprojektes ist die Wiedereröffnung der Kantine mit dem Angebot eines Mittagstisches. In Bad Oldesloe sind rund 400 von insgesamt rund 600 Mitarbeitern der Kreisverwaltung Stormarn beschäftigt. Die Mitarbeiter, die mittags eine warme Mahlzeit einnehmen möchten, weichen zur Zeit auf die Kantine des Finanzamtes und auf die örtliche Gastronomie aus. Ein Teil dieser Mitarbeiter soll durch das Kantinenprojekt erreicht werden.

Die Öffnungszeit wird die Mittagsstunden umfassen von ca. 12.00 bis 14.00 Uhr. Orientiert an der allgemeinen Wochenarbeitszeit der Mitarbeiter wird die Kantine von montags bis donnerstags betrieben, da freitags in der Regel um 12.30 Uhr Arbeitsende ist. Ein Frühstücksangebot wird nicht erfolgen, da aufgrund der Arbeitszeitregelung der Mitarbeiter, die keine Frühstückspause beinhaltet, ein Bedarf nicht erkennbar ist. Die Küche wird als Verteilerküche mit Frischzubereitung von Salaten, kleinen Snacks und selbstgebackenem Kuchen angedacht. Dem allgemeinen Trend folgend

sollen verschiedene Kaffeespezialitäten angeboten werden.

Die Reinigung des gesamten Kantinenbereiches sowie die dekorative Gestaltung des Speiseraumes wird durch das Arbeits- und Beschäftigungsprojekt abgedeckt.

Die Räumlichkeiten des Kantinenbereichs sind großzügig und in gepflegtem Zustand. Einige Elektrogeräte müssen ausgetauscht bzw. ergänzt werden wie z.B. Elektroherd, Geschirrspülmaschine, Kaffeefullautomat. Das vorhandene Besteck und Geschirr ist nicht mehr vollständig und zeitgemäß und bedarf einer Erneuerung. Technische und logistische Erfordernisse wie

⁸⁵ siehe auch II,7,2,1,1 dieses Konzepts

⁸⁶ Ausriss aus Konzept

Telefonanschluss und Lagerräume sind gegeben. Die Sanitärbereiche befinden sich in einem renovierten, hervorragenden Zustand. Der Garderobenbereich ist großzügig und lässt die Abtrennung für einen kleinen geschlossenen Mitarbeiterbereich (Spind für Wertsachen der KlientInnen zu.

Zur Zeit werden die Räumlichkeiten zur Bewirtung bei politischen Veranstaltungen, Ausschusssitzungen und Feierlichkeiten der Kreisverwaltung genutzt. Perspektivisch können hier zusätzliche Arbeitsplätze für das Arbeits- und Beschäftigungsprojekt entstehen.

Von Seiten der Kreisverwaltung liegt eine zustimmende Erklärung und ein Nutzungsvertrag für die Bewirtschaftung der Kreiskantine durch die tohus gGmbH vor.

Im Rahmen des Arbeits- und Beschäftigungsprojektes werden 20 Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen entstehen für die Bereiche

- Ausgabe von Mahlzeiten,
- die Herstellung kleinerer zusätzlicher Snacks,
- Pflege und Reinigung des gesamten Kantinenbereiches wie Küche, Speiseraum und Sanitäreinrichtungen,
- Wäschepflege der Arbeitskleidung, Tisch- und Küchenwäsche,
- Büroarbeitsplätze für die Logistik und Organisation der Essenbestellungen und Abrechnung sowie den Einkauf für den zusätzlichen Imbissbetrieb
- Betreiben eines kleinen Waschcafé's im zentral gelegenen Stützpunkt Brunnenstraße.

IV,1,7,1,1: Kooperationspartner WfbM:

Durch gute Kontakte aus o.g. Trägerkartell heraus ist die Kooperation mit der WfbM wie schon im Südkreis mit alsterarbeit dem Grunde nach unproblematisch. Es gibt viele Organisationsformen, die auch auf der Schnittstelle zwischen Zweckbetrieb und wirtschaftlichem Geschäftsbetrieb sowie auf der Schiene Leistungsfähigkeit mit Verlässlichkeit des Arbeitsplatzes weil Zuständigkeitswechsel von SGB XII zu SGB IX hilfreich scheinen⁸⁷.

IV,1,8: Region West – Bargfeld-Stegen und Bargtheide:

Historisch wird die Region durch die Ballung von Psychiatrie auf dem HSK-Zentralgelände dominiert. Da bisher keine institutionalisierte Zusammenarbeit geregelt ist⁸⁸ gibt es auch keine gemeinsame Zielplanung. Oben angeführt ist bereits die Option, einen Teil der Klinik nach Bargtheide auszugliedern⁸⁹ und den folgenden „Leerstand“ durch unstrittige Klientele zu vermeiden.

⁸⁷ mal wieder: Durchlässigkeit der Hilfen

⁸⁸ die Ausformulierung von Kooperation über einen Kooperationsvertrag ist bis dato trotz mehrfacher Versuche nicht erfolgt

⁸⁹ vgl.: III,4,4,2 dieses Konzepts

IV,1,8,1: Entwöhnungstherapie für Doppeldiagnosen

Im bundesdeutschen Suchthilfesystem klafft eine garstige Lücke: Idealtypisch kommt der Klient über Drogenberatungsstelle, Zuweisung durch niedergelassene Fachärzte oder juristische Notwendigkeit⁹⁰ in den klinischen Entzug. Dieser wird z.B. auf der Spezialstation A (Bella Vista) des HSK geleistet. Danach folgt die ca. 9-monatige Entwöhnungstherapie die zur vollständigen Drogenfreiheit des Klienten berechtigt. Diese Entwöhnungstherapie findet bevorzugt auf dem flachen Land, Szenefern und reizarm statt. Financier hier ist der Rentenversicherungsträger, wodurch auch die Finanzierungsmonopole durch Krankenkassen und Sozialhilfe gemildert werden können.

Klienten mit Doppeldiagnosen ist dieser Weg versperrt, weil entweder durch Psychopharmaka (bewusstseinsverändernde Drogen, die ärztlich verschrieben sind) oder durch Substitution eine Drogenfreiheit nicht gewährleistet ist.

Die Rentenversicherungsträger sind enorm anspruchlich in Bezug auf Vorhaltung von medizinischer und psychologischer Therapie – was bei gewollter Kooperation auf dem Zentralgelände HSK trotzdem optimal darstellbar wäre⁹¹.

Das Wohnhaus Rothenmoor ist konzipiert zur Gestaltung des Übergangs von klinischem Entzug zu stationärer Entwöhnung, um das Klientel sozialtherapeutisch auf die hochschwelligten Anforderungen einer Entwöhnungstherapie vorzubereiten.

Der Wohnverbund mit seinen Wohngemeinschaften für Doppeldiagnosen ist jetzt schon geeignetes Folge- oder Ersatzangebot.

Für den Suchthilfebereich der Stadtmission entstünde ein unschädlich Szeneferner stationärer Unterstützer.

Konzeptionell wäre hier offensiv zu überlegen, ob nicht auch eine gemeinsame und/oder binnendifferenzierte Entwöhnungstherapie für die User legaler und illegaler Substanzen möglich wäre. Schließlich ist bei Doppeldiagnose auch die psychiatrische Erkrankung vorrangige Gemeinsamkeit des Klientels.

Mit einer Entwöhnungstherapie auf dem eigenen Gelände gäbe es die erste Komplettkaskade für Doppeldiagnosen im norddeutschen Raum mit folgenden beteiligten Playern:

- HSK Station A (Bella Vista)
- HSK Station B (Ausweg)
- HSK Station K (Spezialstation für Doppeldiagnosen)
- Wohnhaus Rothenmoor (vollstationär, Übergang und Therapievorbereitung)
- Wohnheim ToHUS (Binnendifferenzierung für Doppeldiagnoseklienten)
- Suchthilfebereich Stadtmission

⁹⁰ § 35 StGB – Therapie statt Strafe

⁹¹ z. B. Kooperationsvertrag, Gestellungs-/Geschäftsbesorgungsvertrag zur Darstellung von medizinischer und psychologischer Leistung

- Wohnverbund Stormarn (teilstationäre und ambulante Wohnbetreuung mit Spezialauftrag Doppeldiagnosen)
- Tagesstätten (Binnendifferenzierung für Doppeldiagnoseklienten)
- Projekte Arbeit und Beschäftigung (Binnendifferenzierung für Doppeldiagnoseklienten)

IV,1,8,2: Wohnhaus Rothenmoor

Die ersten konzeptionellen Überlegungen für eine vollstationäre Suchthilfeeinrichtung datieren aus dem Jahre 2000 – angeregt seinerzeit durch das Sozialministerium himself. Zunächst als kleine überschaubare Einheit mit 12 Plätzen, angedockt ans HSK geplant, erfolgte die erste Korrektur in 2004 mit einer Platzzahlerhöhung auf 16 Plätze, weil anders keine wirtschaftlich auskömmliche Größe.

Dass auch eine Einheit mit 16 Plätzen strukturell zu klein wäre, war seinerzeit allen Beteiligten klar. Dennoch entschied sich die gemeinsame Klinikleitung, das Projekt voran zu treiben und durch intensive Kooperation über Nachtwachen, Substitution, Psychiatrische Institutsambulanz, zu schaffende Drogenambulanz, Rufbereitschaften, Belegflüsse durch Sozialdienst und gemeinsamen Suchtaufnahmekopf u.v.a.m. Synergieeffekte zu heben.

Durch die Ausgliederung in unterschiedliche gGmbHs und freies Spiel der Kräfte seitdem ist das Wohnhaus Rothenmoor strukturell unverbunden und Risikobehaftet⁹².

IV,1,8,3: Geschlossene Heimversorgung:

Es war in Hamburg Jahrzehntlang politisch verpönt, einen Bedarf für eine geschlossene Heimversorgung auch nur zu denken. Deshalb findet ein Verlegungstourismus von Klienten aus der Metropolregion Hamburg entweder nach Kropp und Lübeck statt, oder die unzureichende Versorgung führt direkt in die forensische Unterbringung.

Es stimmt, dass geschlossene Unterbringung einen tiefen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Klienten bedeutet – aber dieses sensible Feld überlasse ich doch nicht freiwillig denen, die aus ökonomischen Gründen Sicherheitsdienste statt psychiatrische Fachkräfte beschäftigen. Deutlich wird diese Entwicklung an Hand der Verkäufe der psychiatrischen Kliniken Hamburgs, Niedersachsens und Schleswig-Holsteins an private Klinikketten. Dies betrifft auch sämtliche forensischen Abteilungen, die per definitionem ureigenste hoheitliche Aufgaben des Staates übernehmen. In keinem Segment unseres Gemeinwesens (leider mit Ausnahme von manchen Pflegebezügen) findet ein derart umfassender Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines Bürgers statt wie in der Forensik oder der Freiheitseinschränkenden psychiatrischen Behandlung und Betreuung.

⁹² vgl. hierzu auch: Vorgang Liehr / Drews vom 07.11.07 – Vorstandsunterlagen Fenker

Auf der anderen Seite ist das Klientel vorhanden und die Schön-Kliniken in Neustadt planen geschlossene Heimversorgung aus den eigenen Bezügen einschl. Forensik heraus. Müssen die andren wieder einmal schneller sein?

IV,1,8,4: Haus Wahlstedt in Bargfeld-Stegen:

Über die Planungsfehler bei Konzeptionierung und Implementierung von Haus Wahlstedt braucht hier nichts zu stehen. Außer der Anfrage, ob die Modernität, Technik- und Wissenschaftslastigkeit des Wohnheims wirklich Schritte in die richtige Richtung sind.

Ein in sich abgeschlossenes Gelände wie das Zentralgelände HSK mit Kooperation Gerontopsychiatrie oder perspektivisch Spezialabteilung für Demenzerkrankungen im EKA wäre als Standort zwar auch nicht optimal, aber unter Abwägung der unterschiedlichen Interessen ein vertretbarer Kompromiss zur Füllung des Geländes mit Zuweisungs- und Belegungsgarantie aus den eigenen Bezügen. Zusätzlich ein erster Schritt in Richtung SGB XI in Stormarn.

IV,1,8,5: Forensik:

Forensik sei hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Das Klientel ist derart Angstbesetzt und öffentlich kaum durchzusetzen, dass eine Spezialeinrichtung nicht ratsam erscheint. Dennoch ist es ein Klientel, das auch perspektivisch Behandlungsbedürftig ist. tohus betreut in seinen Einrichtungen ca. 5% Klienten, die aus forensischen Bezügen kommen, im Rahmen des normalen psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungsauftrags. Hiefür wurden vier Mitarbeiter intensiv fachlich fortqualifiziert.

IV,1,8,6: Arbeit und Beschäftigung:

Die Focussierung auf unstrittig vollstationäre Bedarfe auf dem Zentralgelände ESA in Bargfeld-Stegen lässt durch die Finanzierungssystematik ein teilstationäres Arbeits- und Beschäftigungsprojekt nicht zu. Das Segment Strukturierung und Beschäftigung ist im vollstationären Vergütungssatz inbegriffen. Dennoch steht nirgends geschrieben, dass Beschäftigungsangebote in der jeweiligen Einrichtung selber aufgelegt werden müssen.

IV,1,8,6,1: Kioskbetrieb:

Es gibt erste Anfragen, ob tohus mit Klienten aus den Wohnheimen für das HSK den defizitären Kioskbetrieb übernehmen könnte. Die Antwort lautet: Ja. Hier wäre eine Dienstleistung für den sonderweltlichen Sozialraum mit

Verbesserung der Versorgung aller dort kurz- oder längerfristig Lebenden möglich.

IV,1,8,7: Bargteheide:

Verwaltungstechnisch ist Bargteheide ein Mittelzentrum – unterteilt in die Organisationseinheiten Bargteheide Stadt (Bargteheide, 15.000 Einwohner) und Bargteheide Land (Bargfeld-Stegen, Delingsdorf, Elmenhorst, Hammoor, Jersbek, Nienwohld, Todendorf, Tremsbüttel, Einzugsgebiet von 14.000 Einwohnern).

So gesehen ist das HSK für Bargteheide ein lokaler Anbieter. Die o.g. Grundstücksoptionen⁹³ mit Einflussmöglichkeiten auf die Bebauungspläne erklären sich daher. Eine Ansiedlung von klinischen und außerklinischen Einrichtungen ist ausdrücklich erwünscht.

IV,1,8,7,1: Wohnverbund Bargteheide:

Der Wohnverbund der tohus gGmbH schlägt ausgehend vom Zentralgelände die Brücke in die Kommune Bargteheide hinein. Es entsteht ein erstes teilstationäres Wohnangebot mitten im Zentrum Bargteheides gegenüber vom Rathaus an der Einkaufspassage⁹⁴. WG mit sechs Plätzen plus 3 Einzelappartements. Angeschlossen ist ein kleiner Betreuungsstützpunkt.

Der Wohnverbund Bargteheide wird konsequent aus der Region West bewirtschaftet und ist somit der erste Schritt zur Ambulantisierung der Wohnheime auf dem ESA-Gelände in Bargfeld-Stegen.

IV,2: Ambulantisierung Psychiatrie Hamburg

IV,2,1: Die Hamburger Trägerlandschaft:

Die ambulante nichtmedizinische psychiatrische Versorgung ist in Hamburg strikt sektoral aufgeteilt. Die tonangebenden Träger⁹⁵ wachen eifersüchtig über ihre Reviere und halten andere Träger auf Abstand. Die ESA ist durch den Bereich Betreutes Wohnen Winterhude und Rahlstedt als kleiner Träger vertreten. Leider hat sich der Bereich nicht offensiv an Neuverteilung und Gebietsabsprachen beteiligt, so dass die ESA psychiatrisch in der Hamburger Trägerlandschaft keine führende Rolle spielt. Durch die zusätzliche strukturelle Aufteilung der sozialtherapeutischen Psychiatrie in unterschiedliche Organisationsformen tritt die ESA als

⁹³ siehe genauer: III,4,4,2 dieses Konzepts

⁹⁴ Bargteheide, Rathausstraße 21

⁹⁵ Wie Rauhes Haus, Freundeskreis Ochsenzoll, Via Altona und wenige andre mehr

nominell zweitgrößter Träger der Metropolregion Hamburg⁹⁶ nicht ihrem Gewicht entsprechend in Erscheinung.

IV,2,2: Fördern & wohnen:

Die Privatisierungswelle des CDU-Senats in Hamburg hat neben der Veräußerung des LBK⁹⁷ auch die kommunalen Alten- und Pflegeheime (pflegen & wohnen) aus den staatlichen Bezügen geschossen. Ein Bewerber für die Übernahme dieser Einrichtungen war die ESA. Nachdem die Bewerbung vorschnell publik und somit Medienwirksam geworden war, es keine gleichzeitige intensive Abstimmung mit dem Senat gab und auch Verhandlungsführung, Ernsthaftigkeit und Kompetenz nicht über Zweifel erhaben waren, ging pflegen & wohnen an die Vitanas-Gruppe. Diese hat sich allerdings auf das Segment Pflege beschränkt und übrige Geschäftsfelder in kommunaler Regie belassen. Es entstand fördern & wohnen. Hier handelt es sich neben der Zuständigkeit für Asylsuchende vor allem um sozialpsychiatrische Einrichtungen, die erklärtermaßen auch veräußert werden sollen. In Kürze die Zahlen: 600 Mitarbeiter, ca. 60 Mio. Umsatz, interessante stationäre und ambulante Eingliederungshilfe für Psychiatrie und Sucht (legal).

Der Geschäftsführer soll nach Wegen suchen, fördern & wohnen Gewinnbringend abzuwickeln. Dabei ist es nicht unbedingt erstrebt, den Betrieb in jetziger Größe zu belassen. Teilverkäufe sind erwünscht. Pikanterie und Chance: Der Geschäftsführer ist Dr. Rembert Vaerst, seines Zeichens Vorgänger von Hartmut Clausen als kaufmännische Leitung der ESA. Dieser ist nach wie vor mit dem Ehepaar Lühr gut befreundet. Die seinerzeitige Trennung war nicht einvernehmlich. Hier ist Fenker ein hilfreicher Know-How-Träger für Details und mögliche Taktik.

Der Vorstand hat in 2006 einen Letter of Intend zur Übernahme von fördern & wohnen abgegeben. tohus hat sich offensiv um Übernahme beworben. Der dazu gehörige Schriftverkehr seitens der Behörde (damals Maderycz und Wersich) sagt eine Berücksichtigung von tohus beim weiteren Verlauf zu.

Dennoch ist das bisherige Verfahren halbherzig und nicht kompetent projektioniert. Die Kommunikation stockt, weil Vorstandsseitig nicht priorisiert und eingebettet. Dabei ist hier ein Königsweg für den Einstieg in den Hamburger Psychiatriemarkt – wobei das Veräußerungsentgelt ja nicht über Euro und Cent laufen muss, sondern über das Geschäftsmodell Ambulantisierung: Fördern & wohnen über eine neue Ambulantisierungsvereinbarung psych. teilweise oder ganz übernehmen und von zentraler Struktur in die ambulanten Stiftungsstrukturen überführen.

Hier wäre auch denkbar, das einzige Hamburger Heim für Alkoholranke, das auf dem Gebiet des Kreises Stormarn bei Reinbek liegt, aus seinem

⁹⁶ Neben dem KN Ochsenzoll und dem Freundeskreis – HSK, EKA (psych), tohus, Betreutes Wohnen Tschechne

⁹⁷ LBK: Landesbetrieb Krankenhäuser

fachlichen Tiefschlaf zu wecken und über das Gebiet Alkohol Einfluss auf den Hamburger Suchtbereich zu nehmen (Ambulantisierung der Großeinrichtung Sachsen-Waldau, Dezentralisierung in Stormarn und Rückführung in Hamburger Sozialräume etc.).

IV,2,3: Sozialräume gestalten:

Die schon vorhandenen Stützpunkte, Netzwerke und Ressourcen in den Stadtteilen können bei kluger Abstimmung und fachlicher Offenheit zumindest begrenzt gemeinsam genutzt werden. Ein erster Schritt in die Richtung ist die derzeitige Verhandlung mit SI⁹⁸ bzgl. der Doppeldiagnose Behinderung und Psychiatrie. Zunächst noch wenige Fälle betreffend ist hier ein Einstieg in gemeinsame solidarische Prozesse denkbar. Verwiesen sei hier auf dem Know-How-Transfer von tohus in die assistenzen hinein.

IV,2,3,1: Thrift-stores als Geschäftsidee:

Es ist eine langjährig gehörte Klage, dass der Alsterdorfer Sachspendenbereich unökonomisch, ineffektiv und der Mühe nicht lohnend sei. Leider könne man den Bereich nicht einfach schließen, weil die Menschen ja dächten, sie täten damit etwas Gutes und das würde die Bindung der Spender an die ESA kappen.

Sozialräumlich gedacht hat die ESA hier einen Namen, ist also brand oder Marke für Spenden und deren Weiterverteilung und hat einen sozialräumlichen Ansatz. Also möge man auch Sachspenden für den Sozialraum nutzen – z.B. durch thrift-stores.

Thrift-stores sind im angloamerikanischen Raum ein Synonym für soziales und bürgerschaftliches Engagement und tragen gerade in sozial schwächeren Sozialräumen signifikant zur Verbesserung der Versorgung bei. Ein Hauptträger von thrift-stores in USA ist die Heilsarmee – für Hamburg wäre alsterdorf ähnlich als Marke aufzubauen. Thrift-stores sind nachhaltig, kommunikativ und jeder Besucher erwartet selbstverständlich, auf Menschen mit Handicaps als Personal zu treffen. Gleichzeitig macht der Schnäppchen- und Flohmarkt/Trödel-Effekt das Klientel der Kunden offen und fördert reale Begegnung. Wer einmal in Mission-Street San Francisco im thrift-store war, kommt immer wieder. Und thrift-stores klug und professionell aufgezogen an unsere Stadtteilstützpunkte angegliedert schaffen eine Klientelmischung die dem Sonderwelteffekt (oder anders neudeutsch formuliert: ambulantes Ghetto) entgegen wirkt.

Das bisherige Schattendasein der Sachspendenabteilung mit „verschämten“ Verkaufsnischen rund um das Alsterdorfer Zentralgelände/Markt ist nicht repräsentativ für den möglichen Geschäftserfolg. Auch das ließe sich viel Erfolgverheißender dezentralisieren und in einem konsequenten Ambulantisierungskonzept als Baustein für Nachhaltigkeit, Solidarität und Sozialraumgestaltung nutzen

⁹⁸: Soziale Integration, Fachbehörde HH für Eingliederungshilfe Psychiatrie excl. Sucht

IV,2,4: Suchthilfe:

Die Suchthilfe illegal in Hamburg ist ein Politikum. Es waren die Junkies auf dem Hauptbahnhof und in den einschlägigen Stadtteilen wie St. Georg und St. Pauli, die Schill als Wurzel allen Übels und Beeinträchtigung von öffentlicher Sicherheit und Ordnung ausmachte und deren Verschwinden aus dem Stadtbild er versprach. Diese Kampagne verschaffte ihm 18% bei der Schill/Beust-Wahl. Es folgten fünf tatsächliche und symbolische Maßnahmen:

- Der Hauptbahnhof wird mit klassischer Musik beschallt (Fluchreflex der Junkies),
- die Spritzentauschautomaten in den Hamburger Strafanstalten wurden abgeschafft (schließlich gibt es in Hamburger Knästen keine Drogen),
- der Justizsenator (Kusch) baute eine geplante und bewilligte neue, moderne und rehabilitative Strafanstalt (Billwerder) zu einem Hochsicherheitsbunker um
- und sämtliche dezentralen psychosozialen Drogenhilfeträger von Beratungsstellen, Spritzentauschräumen, Überlebenshilfen wurden aus dem Markt gekickt. Es wurden nur noch Aufträge an genehme und Linien treue Träger⁹⁹ vergeben.
- Zusätzlich wurde das Suchthilfespektrum im ehemaligen Wüstenrothaus randständig hinter dem Hauptbahnhof zentriert, so dass die o.g. Stadtteile gesäubert wirkten.

Strukturell wurden die Eingliederungshilfen für Drogen aus dem psychiatrischen Bereich herausgeschnitten und in eine gesonderte Organisationsform überführt. Der Fachbereich Drogen und Sucht wurde von der psychiatrischen Eingliederungshilfe (Soziale Integration, Axel Georg-Wiese) separiert und zu einem eigenen Referat zentriert (G, Drogen und Sucht, Christina Baumeister, s.u.). Mit diesem Strukturschritt bestritt man der Drogenabhängigkeit die Krankheitswertigkeit und konnte fachlich fraglich und juristisch unhaltbar die Bedarfe budgetieren. Dieses Verfahren ist in einem Rechtsstreit Palette e.V. vertreten durch Prof. Bernzen am 02.07.08 vor dem OLG gekippt worden. Dennoch wird das Verfahren der Budgetierung weiterhin versucht.¹⁰⁰

IV,2,4,1: Subway:

Der letzte Hamburger Träger für liberale und akzeptierende Drogenarbeit wird dieser Tage aus dem Markt gemobbt: Subway e.V.. Schon in der ersten Schließungswelle war das Ende von Subway politisch beschlossen, scheiterte aber am Widerstand der progressiven Hamburger Kulturschickeria. Der Vorstand von Subway ist mit Ernie Reinhardt (Lilo Wanders) verheiratet und der Widerstand auf St. Pauli (Corny Littmann, Lilo Wanders, FC St. Pauli) sorgte für einen politischen Tsunami, der die

⁹⁹ Jugend hilft Jugend, Jugendhilfe, eingeschränkt: Therapiehilfe e.V. . Andere Träger wie Palette, subway u.a.m. wurden abgewickelt und ausgeblutet.

¹⁰⁰siehe Belegung Wohnhaus Rothenmoor

damalige Drogenbeauftragte des Beust/Schill-Senats hinwegfegte. Die Drogenbeauftragte war obige Christina Baumeister, jetzige Behördenchefin.

Stiftungsintern war die Versuchung groß, diesen Träger zu übernehmen um somit einen Fuß in die Hamburger Drogenhilfandschaft zu bekommen. Letztlich aber wurde auf den Hinweis der Abhängigkeit von tohus mit Wohnhaus Rothenmoor und Wohnverbund vom Referat G reagiert und dem Einwand gefolgt, dass man mit diesem Schritt sich politisch endgültig mit diesem Senat überwürfe.

IV,2,4,2: Schnittstelle Doppeldiagnosen:

Es gibt in Hamburg keine ausreichenden Plätze in Spezialeinrichtungen für Doppeldiagnosen. Die einzige Klinikstation der Metropolregion ist die Station K im HSK. Hamburg hält keine vollstationären klinischen oder außerklinischen Einrichtungen vor. Die Schnittstellen der Referate G und SI sind fachlich und politisch über Kreuz als Auswirkung der o.g. politischen Entwicklung.

SI ist personell und inhaltlich sozialdemokratisch dominiert (A. Georg-Wiese seit 20 Jahren im Geschäft, die Hamburger Psychiatriereferentin, Hildegard Esser ebenfalls seit Menschen Gedenken). Das Referat G ist, wie oben beschrieben, Linientreu.

Neben der politisch-populistischen Durchschaubarkeit spiegelt sich hier auch die Spannungsreiche Beziehung zwischen Psychiatrie und Sucht wider – wobei das Klientel der Doppeldiagnosen das am stärksten steigende in allen psychiatrischen Bezügen ist. Schließlich sind Alkohol, Cannabis und Opiate die am besten wirkenden Substanzen bei Psychosen und vergleichbaren Störungen.

Die Berührungsangst der ESA-Psychiatrie in Hamburg¹⁰¹ vor Suchtklientele geht an Entwicklung und Bedarfen vorbei. Außerdem wird das in der ESA vorhandene Know-How suboptimal genutzt.

IV,2,5: Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf als Kooperationspartner

In Bezug auf ärztlich-psychiatrische Belange ist die Kooperation zwischen dem HSK und dem EKA gut strukturiert. Durch Personalunion auf Chefarzdebene werden beide Standorte ärztlicherseits bespielt. Weitere Kooperationen liegen bei Logistik, Beriebsarzt, Arbeitssicherheit (letztere in erweiterter Kooperation mit tohus). Weitere Kooperationen z.B. bei Pflege, Sozialdienst, therapeutische Bereiche sind wahrscheinlich unter den Bedingungen der unterschiedlichen gGmbHs nicht angestrebt.

¹⁰¹ Psychiatrie im EKA, Tagesklinik, Bereich Dr. Tschene

IV,2,5,5,1: Zur Positionierung des EKA

Psychiatrisch ist das EKA die einzige Hamburger Psychiatrie ohne eigenen Versorgungssektor. Dieser war jahrelang nicht gewünscht, weil damit ein Klientelwechsel hin zu auffälligem Verhalten oder geschlossener Unterbringung zwangsläufig gewesen wäre. Dies passte nur schwerlich in eine Ausrichtung von „sanfter Psychiatrie“ mit Hinwendung zu einem „weniger kranken Klientel“. Übrigens eine Entscheidung, die man treffen kann, wenn man gut genug ist, für Patienten attraktive Behandlungsformen vorhält und nicht fürchtet, als vergleichsweise kleiner Anbieter zwischen die Absprachen der Großanbieter mit den zuweisenden Kassen zu geraten.

IV,2,5,5,2: Zur Historie

Das EKA stand seit vielen Jahren am Rande der Schließung. Sowohl für den Hamburger Senat als Krankenhausplaner war das Haus nicht attraktiv – außerdem fehlte dem EKA jedwedes Spezifikum. Für die umliegenden Stadtteile war das Haus fester Bestandteil der Anstalt Alsterdorf und es war kaum als öffentliches Krankenhaus im Bewusstsein. Eine Stadtteilorientierung war zudem durch die renommierten Krankenhäuser Barmbek und Jerusalem im fußläufigen Umfeld nicht erfolgversprechend. Einzig der Spezialauftrag zur Versorgung für Menschen mit Behinderungen sicherte das mittelfristige Überleben.

Der Streit zwischen Behörde und EKA eskalierte an dem Beschluss der Behörde, die Chirurgie im EKA zu schließen. Als Antwort kaufte sich der Vorstand ein Chirurgenteam der Endo-Kliniken ein, die ihren Patientenstamm mit einbrachten und für sofortige Vollaustattung sorgten. Dass diese gänzlich unverbunden mit den restlichen Disziplinen im EKA seitdem Hüften operieren, fiel im sonstigen, relativ unspezifischen Portefeuille des Hauses nicht wirklich auf.

Auch die Epileptologie als herausragendes Kompetenzzentrum hat nur wenig Berührungspunkte mit den sonstigen Fachabteilungen des EKA.

Die neu erworbenen Betten für geriatrische Medizin wurden aus der Inneren Abteilung herausgeschnitten und führen seitdem ein Eigenleben. Dies liegt nicht zuletzt an der mangelnden Gabe zu Kommunikation und Kooperation der handelnden Chefärztin.

Übrig bleibt die für ein Krankenhaus mit Behindertenversorgung notwendige internistische Abteilung – aber da die Klientinnen dezentral über die Regionen ambulantisiert waren und somit vor Ort medizinisch versorgt wurden und dieses auch ideologisch bedingt bleiben sollen, fehlt dem Kernstück des EKA Belegung, USP und Verwurzelung.

IV,2,5,5,3: Die Innere und die Ambulantisierung

Durch die Zersplitterung des Hauses gibt es kaum logische und direkte Zuweisungswege aus den anderen Abteilungen. Auch die Menschen mit Behinderungen machen nur einen Bruchteil der notwendigen Belegung aus. Die Innere ist strukturell in den vorhandenen Klinikbezügen nicht überlebensfähig. Die geringe Auslastungsquote zeigt dies überdeutlich. Dabei hatte sich unter dem derzeitigen Chefarzt schon ein Bypass entwickelt. Noch als Oberarzt warb er einen Suchtauftrag für Alkohol bei der Behörde ein – statt wie üblich Sucht in psychiatrischen Bezügen darzustellen, schaffte er es, einen qualifizierten Suchtentzug in die internistische Abteilung des Hauses zu holen. Somit war ein Sockel mit Suchtpatienten fremdbelegt – aber die Innere nach wie vor weit von auskömmlicher Belegung entfernt.

Im Sinne von Ambulantisierung ist neben der Ausgestaltung von hausärztlicher Praxis oder MVZ eine Konzeptidee vielversprechend, die derzeit von Dr. Poppele und Drews gemeinsam der Klinikleitung EKA vorgelegt wird: Die klinische Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen.

Es gibt in Deutschland derzeit ca. 800.000 Bürger, die unter Altersdemenzen leiden¹⁰². Davon 80% an der Alzheimerschen Krankheit. Nahezu alle längerfristig Betroffenen sind in ambulanten oder auch stationären Bezügen beheimatet. Überwiegend wird die Betreuung in eigener Häuslichkeit von An- und Zugehörigen, über ambulante Pflegedienste und tagesstrukturierende Unterstützungsangebote erbracht. Aber auch vollstationäre Betreuung in Regel- oder Spezialeinrichtungen steht vor demselben Problem wie die ambulanten Bezüge: Demenzerkrankte Menschen werden überproportional häufig somatisch krank. Und als logische Folge ihrer Demenz wird die Erkrankung erst spät erkannt und somit oft zu spät behandelt. Überproportional häufige Klinikbehandlungsbedürftigkeit ist die Konsequenz aus diesem Dilemma – und damit gleichzeitig eine Überforderung des normalen klinischen Medizinbetriebs, der auf die speziellen Bedarfe dieses Klientels nicht eingestellt ist. (Unruhezustände, keine Compliance, nicht vorhandener Tag-Nacht-Rhythmus, Umtriebigerkeit u.v.a.m.). So beklagen gerade die ambulanten Unterstützungssysteme (Alzheimer-Gesellschaften Hamburg und Stormarn) dass es für ihre Klientele keine würdigen Klinikangebote gäbe. Niemand sei auf diese Klientele eingestellt und wolle diese haben. Folge sei bei und nach jeder Klinikbehandlung eine hochgradige Irritation aller am ambulanten Unterstützungssystem Beteiligten¹⁰³.

Die gegenwärtige Entwicklung um theravitalis herum ließe vielleicht geeignete Räumlichkeiten für eine Spezialstation darstellen¹⁰⁴ und das EKA als Teil der ESA hätte ein notwendiges Unterstützungstool zur

¹⁰² für die Metropolregion Hamburg ergibt das ca. 34.000 Betroffene

¹⁰³ verwiesen sei hier auf das sinnverwandte medizinische Phänomen des Durchgangssyndroms

¹⁰⁴ zwischenzeitlich kristallisiert sich eine bessere Lokalisierung heraus

Aufrechterhaltung und Verbesserung der ambulanten Versorgung für dies Klientel aufgelegt. Das Belegungsproblem der Inneren Abteilung des EKA wäre abgestellt und das Krankenhaus wieder ein gutes Stück in Richtung Stiftung und Geschäftsmodell geholt.

IV,2,5,5,3,1: Erneut: Sozialdienst:

Der Krankenhaussozialdienst stellt das entscheidende Bindeglied dar zwischen ambulanten Bezügen, dezentralen Versorgungsverbänden, medizinischer Unterstützungsleistung und nachheriger Weiterbetreuung¹⁰⁵. Damit ist er auch Dolmetscher für alle Seiten und führt in fachkundiger Kommunikation die Bedarfe der verschiedenen am Netzwerk Beteiligten zusammen.

Vor allem aber ist es diese Berufsgruppe, die, oftmals in Professionsunion mit den Entsendern aus den Sozialräumen, sofort vermelden kann, wenn sich die Unterstützungsbedarfe für das ambulante Netz ändern. Einen Kliniksozialdienst nach innen zu positionieren und ihn zum Heilhilfsberuf zu degradieren ist Ressourcenvernichtung.

Hier werden die kollegialen und fachlichen Kontakte in die Verbundsysteme wie Alzheimer Gesellschaften, Pflegedienste, Angehörige, Verbände gehalten und gefestigt – zugleich wird aus der Klinik heraus weitere Versorgung im Verbundsystem organisiert. Sie sind Case-Manager, Berater des Systems, Visitenkarte für Fachlichkeit und Service – dass das EKA klinische Professionalität und hochwertige Medizin gewährleistet – davon geht das Umfeld aus. Das aber machen alle anderen auch. USP dieser Station ist der Benefit für das ambulante Verbundsystem.

Im übrigen sind es auf der ambulanten Seite weit überwiegend Sozialpädagogen, die neue Dienste und Einrichtungen konzeptionieren und leiten. Aus Fachkontakt mit allen Beteiligten erwachsen Ideen für weitere Bedarfe – möglicherweise sogar für unerhörte Gedanken.

IV,2,5,5,3,2: Undenkbar?

Ich habe einen Traum.
Dass Menschen lachen.
Sie Freude finden für den Moment.
„Ganz entspannt im Hier und Jetzt.“
Den Spruch bitte nicht!
Doch!
Genau den Spruch bitte doch, denn:
Mehr werden wir nicht erreichen.
Ich geh meine eigenen Wege
Ein Ende ist nicht abzusehn
Eigene Wege sind schwer zu beschreiben
Sie vergehn ja schon im Gehen¹⁰⁶.

¹⁰⁵ vgl. auch: IV,1,5 dieses Konzepts

¹⁰⁶ unschwer zu erkennen: Frei nach H.-R. Kunze

Dass Wölfe und Lämmer beieinander weiden, dass trauen wir uns zu glauben und zu hoffen. Aber dass Menschen mit einer geistigen Behinderung¹⁰⁷ und Menschen mit einer Demenz nicht miteinander spielen, lachen, kommunizieren und entspannte Gemeinschaft erfahren können, das zu denken ist sakrosankt weil politisch inkorrekt. Das Zusammenführen von unterschiedlichen Klientelen macht vermeintlich die Sonderwelt zum Ghetto¹⁰⁸ und grenzt vom Verderbtheitsgrad an Religionsvermischung.

Dabei wird der Paradigmenwechsel hin zur Sozialräumlichkeit genau in diese Richtung zwingen weil die je spezifizierten Verbundsysteme sich entweder untereinander vernetzen und in den Sozialräumen Ressourcenschonende Kooperationen bis hin zu gemeinsamen Stützpunkten etc. auflegen oder der Sozialraum kommunalisiert die Daseinsvorsorge wirklich.

Als Chance formuliert kann der Sozialraum Winterhunde von assistenz nord, Betreutem Wohnen Dr. Tschechne, alsterfemo, bugenhagenschule etc. mit einem alsterdorfer Quartiersmanager bespielt werden und die verschiedenen nur dezentralen Verbundsysteme werden zu einer wirklich ambulanten¹⁰⁹ sozialräumlichen Vernetzung verknüpft.

Die ESA hält nicht nur die Strukturen und Verbundsysteme vor – sie strotzt vor allem vor fachlicher Kompetenz und Innovationskraft wenn man sie denn genügend ermutigen und führen würde.

Ist es wirklich unerhört, wenn Menschen aus der Tagesförderstätte gemeinsam mit Demenzkranken Musiktherapie, Freizeitpädagogik oder kognitive Förderung erhielten? Bis hin zu ausgelagerter WfbM – Beschäftigung als Kommunikator auf der Dementenstation? Spazierengehen, Tutorenschaften, die Beziehung ist entscheidend – nicht die Dauerhaftigkeit und nicht der Inhalt, sondern der Kontakt für den Moment heilt im Hier und Jetzt. Ein Mensch, der Freundlichkeit verschenkt und zugleich aufmerksam ist und damit Schutz und Sicherheit vermittelt ist für diese Station weit mehr wert als eine weitere Fachkraft.

IV,3: Ambulantisierung Schleswig-Holstein:

IV,3,1: Zur historischen Entwicklung:

Die Entwicklung der Schleswig-Holsteinischen psychiatrischen Bezüge ist anderenorts in diesem Konzept schon beschrieben worden¹¹⁰, es lohnt jedoch den Blick auf die außerklinische Trägerlandschaft um Trend und Entwicklungen rechtzeitig mitgestalten zu können.

Wie zuvor gesagt war die klinische Psychiatrie in Schleswig-Holstein Landeseitig über die Landeskrankenhäuser in Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen zentralisiert.

¹⁰⁷ Begrifflichkeit dient der Verdeutlichung

¹⁰⁸ ebenso

¹⁰⁹ ambulant hier im Unterschied zu dezentral – der Unterschied ist die Sicht des Standortes

¹¹⁰ vgl. ausführlich II,1 dieses Konzepts

Daneben wuchsen einige wenige kirchliche Träger mit regionaler Bedeutung – hier sind der Verein für Innere Mission in Rickling und das Missionszentrum Breklum/Bredstedt zu nennen.

Im Verlauf der Dezentralisierung der Psychiatrischen Versorgung bemühten sich die klinischen Träger überwiegend erfolgreich um außerklinische Versorgungsaufträge, um vorhandene Strukturen umzuwandeln und Bestand zu sichern. Dabei waren die vergleichsweise kleinen und regional begrenzten kirchlichen Anbieter im Vorteil, weil diese aus ihrem ganzheitlichen Auftrag¹¹¹ heraus auch vorher schon komplementäre Versorgungseinrichtungen vorhielten. Obwohl auch nicht unbedingt modern oder innovativ, waren die kirchlichen Regionalversorger nicht im Focus als psychiatrische Notstandsgebiete.

IV,3,1,2: Gemeindepsychiatrie – Die Brücken:

Die Brücke SH ist im Zuge der deutschen Psychiatrie-Reform entstanden - Mitarbeiter/innen aus psychiatrischen Einrichtungen, engagierte Bürger und Angehörige, die sozialpsychiatrische Hilfsvereine gründeten, um vor Ort konkrete Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu leisten¹¹².

Weil Schleswig-Holstein Schlusslicht in der bundesdeutschen Entwicklung blieb und am großen Modellprogramm Psychiatrie Schleswig-Holstein nicht teilnahm¹¹³, entstand eine Gemeindepsychiatrisch ausgerichtete Gegenbewegung als Antwort auf die beharrende und übermächtige Landeskrankenhausstruktur. Diese lokalen Hilfsvereine und Gemeindepsychiatrisch-emanzipatorischen Initiativen erwachsen somit dort, wo die psychiatrische Zentralversorgung nicht durch regionale diakonische Träger in den Auswüchsen vermeintlich abgemildert wurde.

Für die Regionen Nordfriesland und Segeberg war dies nachvollziehbar – für Stormarn eigentlich nicht, da das HSK bis 1989 ausschließlich Hamburger Patienten versorgte. Dennoch war dies für tohus und Vorläufer AKB ein Glücksfall weil es keine fachliche Konkurrenz in puncto Gemeindepsychiatrie gab.

Durch einen losen Zusammenschluss der Hilfsvereine unter dem Dach des DPWW entstand in S-H die Organisation der Brücken mit intensivem Fach- und Know-How-Austausch. Über kluge Gremienarbeit, fachpolitische Initiativen und ausnehmende regionale und lokale Feldkompetenz ist dieser Träger im Land vorbildlich vernetzt und im Kompetenzvorsprung als Konkurrent kaum einholbar. Und wenn Konkurrenz aussichtslos ist, möge man kooperieren.

¹¹¹ Mission ist mehr als Medizin

¹¹² vgl.: www.bruecke-sh.de/wir

¹¹³ vgl. ebd. und II,1 dieses Konzeptes

IV,3,1,2,1: Dach- und Landesverband Gemeindepsychiatrie:

Ausgehend von der starken Position der Brücken in S-H und angesichts des Dauerkonflikts mit der Medizin über Deutehoheit und Definitionsmacht in Bezug auf Gemeindepsychiatrie entstand der bundesweite Dachverband Gemeindepsychiatrie¹¹⁴. Erster Vorsitzender ist der führende Kopf der S-H-Brücken, G. Ernst-Basten; erklärtes Ziel ist eine von den jeweiligen Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege unabhängige Lobbyarbeit für Gemeindepsychiatrie.

IV,3,1,2,2: Fortbildungsverbund Sozialpsychiatrie

Die Brücke S-H organisiert einen Landesweiten Fortbildungsverbund für Sozialpsychiatrie. Außerdem die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung der DGSP für S-H.

Seit 2006 hat sich tohus als fast einzige Nicht-Brücke diesem Fortbildungsverbund angeschlossen und sich durch Fachlichkeit der Angebote und Vielzahl der Veranstaltungen einen guten Namen erworben. Die Zusammenarbeit entwickelte sich sehr erfreulich und ließ ob der eingebrachten psychiatrischen Fachlichkeit positiv aufmerken.

IV,3,1,2,3: Landesverband Gemeindepsychiatrie:

Der Landesverband S-H gründete sich erst 2006, da sich die Brücken untereinander in Bezug auf Organisation, lokale, regionale und Landesweite Zuständigkeiten sowie in der Behandlung der Disziplin Suchthilfe nicht einig waren. Außerdem wurden weitere Träger außerhalb der Brücken auf Landesebene Handverlesen zur Gründung eingeladen. tohus ist Gründungsmitglied, Drews im Vorstand, der regionale Kooperationspartner AWO-Stormarn eingespielt und die stadtmision bewirbt sich gerade.

Die erste fachöffentliche Veranstaltung des Landesverbands war die von tohus initiierte Tagung über Qualitätsstandards für ambulante und teilstationäre Wohnbetreuung im März 2008 in Rendsburg.

IV,3,1,2,4: Die neueste Entwicklung – Strategie und Konkurrenzen:

Im Landesverband Gemeindepsychiatrie sind zwei Kieler Träger¹¹⁵, sowie über die Metropolregion auch weitere Player¹¹⁶ eingebunden, die plötzlich intern durch die ausgewiesenen sozialpsychiatrische Personalie Nernheim im eigenen Revier Konkurrenz erfahren.

¹¹⁴ hier nur grob angerissen – Vorläufer war eine bundesweite lockere Organisation psychosozialer Hilfsvereine

¹¹⁵ Brücke S-H und Kieler Fenster

¹¹⁶ Brücken Plön und Rendsburg-Eckernförde

Zusätzlich wird die Entwicklung um das van der Camer Haus in Hassee nicht unkritisch gesehen und gibt zumindest Anlass zu Irritation.

An der Spitze der Brücke S-H gab es gerade einen personellen Wechsel, der strategisch von höchster Bedeutsamkeit ist: Der bisherige Geschäftsführer Ernst-Basten wechselte als alleiniger hauptamtlicher Vorstand zum Dachverband DPWV und hat durch engste Kontakte in die Politik und Trägerlandschaft hinein mit dieser Position einen kaum zu überschätzenden Einfluss.

Nachfolger als Geschäftsführer der Brücke S-H ist Wolfgang Faulbaum-Decke, bislang Geschäftsführer der GAPSY¹¹⁷ in Bremen und Initiator und Mitbegründer des SGB V – Netzwerks im Dachverband für Gemeindepsychiatrie. Mit dieser Personalie verbunden ist ein Strategiewechsel in der Ausrichtung sozialpsychiatrischer Arbeit: Nicht mehr komplementäre Aufstellung zur medizinischen oder klinischen Psychiatrie, sondern das offensive Auflegen eigener sozialpsychiatrischer Medizinangebote als integraler Teil des Netzwerks. „In Bremen etablierte er Projekte, die bundesweit Modellcharakter haben, etwa das Konzept „Rückzugsräume“, das psychisch Kranken in Krisensituationen eine Alternative zu einem Klinikaufenthalt bietet“¹¹⁸ Außerdem sind Verträge zur Integrierten Versorgung und Initiierung von Soziotherapie¹¹⁹ von ihm in Bremen vorbildlich eingeworben und verhandelt. Seine Umsetzungskompetenz lässt einiges erwarten oder befürchten – Je nach Blickwinkel.

Dass Faulbaum-Decke zugleich stellvertretender Vorsitzender des Dachverbands Gemeindepsychiatrie ist und im Verbandsrat des Bremer DPWV aktiv war, bekräftigt, was für ein Schwergewicht¹²⁰ das Spielfeld betrifft. In der Metropolregion Kiel als Konkurrent der stadtmision und Landesweit.

Die ESA droht binnen kurzer Zeit den bisherigen numerischen oder nominellen Vorsprung als Träger mit Medizin im Portefeuille zu verlieren. Die Brücken betreiben in den ersten Kreisen schon Tageskliniken, die die ambulante sozialpsychiatrische Aufstellung ergänzen.

¹¹⁷ Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste

¹¹⁸ eppendorfer, 10/2008, S. 9

¹¹⁹ vgl.: IV,1,4,1 und IV,1,4,3 dieses Konzepts

¹²⁰ W. Faulbaum-Decke über seine sozialpsychiatrischen und psychiatriepolitischen Ansätze (www.psychiatrie.de/dachverband/kontakt/personen/article/Faulbaum-Decke,_Wolfgang.html):

„Während meiner mehr als 20 jährigen beruflichen Tätigkeit in unterschiedlichsten psychiatrischen Versorgungsfeldern habe ich eine grundsätzlich kritische Haltung gegenüber psychiatrischen Kliniken und Heimen entwickelt, die von dem Wunsch getragen wird ein personen- und bedarfsorientiertes Hilfeangebote im ambulanten Bereich auf und auszubauen. Es ist von hoher Bedeutung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen, individuell angepasste Hilfen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erhalten. Der Auf- und Ausbau von ambulant zu erbringenden Leistungen steht dabei im Vordergrund. Die Umsetzung einer zuverlässigen gemeindenahen Versorgung ist immer noch nicht abgeschlossen. Der Ausbau integrierter Versorgungsangebote und die Schaffung sozialpsychiatrischer Verbundsysteme in einem verlässlichen Netzwerk sind wesentliche Bausteine der Zukunft und werden zu einer besseren und für alle Beteiligten transparenteren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen.“

Über die strukturelle Feldkompetenz der vorbildlich vorgehaltenen psychiatrischen Verbundsysteme Bremens, die Fahlbaum-Decke einbringt wird er, zunächst mit Kiel beginnend, die sozialräumlichen und ambulanten psychiatrischen Bezüge medizinisch unterstützen und eigene, das psychiatrische Verbundsystem unterfütternde und diesem zuarbeitende medizinische Strukturen aufbauen.

Spätestens hier lässt die Abwehr und Rückweisung des Chefarztes HSK, im Verbund mit der stadtmision (tages)klinische Versorgungsstrukturen in Kiel aufzubauen, doch leise zweifeln, ob chefärztliche Standesregeln dem Gegenwind gewachsen sind, der ihnen da dräut.

IV,3,2: alsterdorf als regionaler Player in S-H:

Die regionalen Spezifika der Schleswig-Holsteinischen Psychiatrieentwicklung und –politik sind im vorigen mehrfach ausführlich dargestellt. Diese gelten selbstredend sowohl für tohus, als auch hsk, stadtmision, norddeutsche Gesellschaft u.a.m.. Hier bietet sich zuerst ein Wissenspool an, um gemachte Erfahrungen und vorhandene Kontakte und Einschätzungen zu bündeln.

Zusätzlich ist über Kooperationen in unterschiedlichsten Geschäftsfeldern offensiv nachzudenken – allerdings ist vor dem Hintergrund des oben definierten Geschäftsmodells vom Ambulantisierung und Sozialräumlichkeit die jeweilige Unterschiedenheit weitaus bedeutsamer als die eher zufällige Gemeinsamkeit eines Bundeslands. Im Klartext: Die Region S-H ist zu groß als dass im eigenen Geschäftsinteresse glaubwürdig gemeinsame ambulante Strukturen aufbauen und bewirtschaften ließen.

IV,3,2,1: stadtmision:

Im Rahmen der Gesamtstiftung war der Unternehmenszukauf nicht glücklich und entspricht nicht wirklich der notwendigen Stiftungsstrategie¹²¹

Weil eine Sanierung ihre eigenen Gesetze hat, sind hier andere Reaktionen prioritär als unbedingt strategische. Wenn das Haus brennt, muss ich löschen. Dass dabei viel Zeit ungenutzt verstrichen ist, kann man im Nachhinein nur bedauernd konstatieren.

Dennoch ist das Know-How der stadtmision ein bis dato ungenutztes Potenzial für die ESA für die Zeit nach der Sanierung. Deshalb in diesem Konzept nur Holzschnittartige oder halb durchdachte Ideen, die sich in der Umsetzung als klug oder dumm erweisen werden.

¹²¹ Siehe auch I,2,1 dieses Konzepts.

IV,3,2,1,1: stadtmision tohus und hsk:

IV,3,2,1,1,2: Sucht:

Ein großes gemeinsames Kompetenzfeld ist die Suchtmedizin, wobei es strategisch von hoher Bedeutung ist, dass die stadtmision derzeit versucht, Medizin durch regionale Kooperation und Kostenträgerdiversifikation vor Ort darzustellen. TASK ist ein kompetentes Beispiel für Einbindung des Rentenversicherungsträgers und könnte durch Angliederung oder Beifügung einer Tagesklinik Sucht ergänzt werden.

Gerade der klinische Suchtentzug gehört zu den Indikationen, die nicht ambulant oder dezentral durchgeführt werden müssen. Vollstationäre Unterstützungsstrukturen können in vielen Fällen unschädlich auch regional und überregional vorgehalten werden.

Der klinische Suchtentzug der Stadt Kiel wird über das psychiatrische Krankenhaus in Bredtstedt erbracht; eine Zusammenarbeit mit dem hsk wäre von Zeit und Wegstrecke weitaus kürzer.

Auch wäre eine Tagesklinik Sucht vor Ort, betrieben in Kooperation von stadtmision und hsk eine Option im Sinne der ESA zur Verbesserung der Versorgung vor Ort und zur Komplettierung des Suchthilfeträgers stadtmision um das Segment der Medizin.

Das Wohnhaus Rothenmoor als Schleswig-Holsteiner Einrichtung¹²² ist zentral und Szenefern strukturell unschädlich für das Geschäftsmodell der Stiftung weil ebenfalls unstrittiger vollstationärer Bedarf. Es gibt somit keinen Grund, dass Rothenmoor nicht die stationäre Unterstützung für das Verbundsystem der stadtmision in Kiel übernehmen sollte.

Die TASK ist der erste Schritt in Richtung Rentenversicherer. Für die mögliche Entwöhnungstherapie für Doppeldiagnosen in Bargfeld-Stegen ein guter Schritt in Richtung *Genauer ins Auge fassen*¹²³. Als weiteres Geschäftsfeld, das wiederum überregional das ambulante Netz unterstützen kann. Und als erste konkrete Möglichkeit einer Kooperation in der Region S-H bei Entstehung, Konzeptplanung und -erstellung bis hin zur gemeinsamen Betreibergesellschaft

Zwischen Wohnverbund Stormarn und den ambulanten Suchthilfeangeboten der stadtmision kann ein Verbund entstehen mit gegenseitigem Unterstützen und Know-How-/Personaltransfer.

Somit gibt es genau betrachtet auf dem Feld der Suchthilfe die klassische Konstellation, dass ein Landkreis wie Stormarn trotz Randlage die stationären Bedarfe der Region Kiel bedienen kann. Das passt in die Strategie der Stiftung weil passgenau ausgerichtet am ambulanten Bedarf.

¹²² Von Relevanz für den Geltungsbereich der Leistungsvereinbarung

¹²³ Die Entwöhnungstherapie für Doppeldiagnosen steht seit Anbeginn im Masterplan von tohus. Lässt sich leider derzeit intern nicht vorantreiben.

IV,3,2,1,1,2: Psychiatrie:

Der Großteil des Kieler Stadtgebietes wird sektoral nach wie vor über das Aneos-Krankenhaus in Heiligenhafen psychiatrisch versorgt. Die stadtmision kooperiert mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Rickling und die Brücke S-H betreibt durch den Träger *Kieler Fenster* eine dem ambulanten Verbundsystem assistierende Tagesklinik. Hier ist eine Konkurrenzgemengelage, die es klug abzuwägen gilt. Möglichkeiten werden sich aus der Feldkompetenz vor Ort in Kiel ergeben.

IV,3,2,1,1,2: stadtmision als Prototyp

Neben dem derzeitigen Sanierungsbedarf hat die stadtmision sämtliche Ingredienzien, die das Rezept für einen Prototypen¹²⁴ ausmachen: Ballungsraum mit Allzentralität für ca. 300.000 Bürger, aufgestellt in Suchthilfe, Altenhilfe, Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Staffälligenhilfe und somit im Gegensatz zu anderen Alsterdorfer Bezügen eine echte auch ambulante Aufstellung mit Beratungsstellen und Quartierbezogener Ausrichtung.

Hier treffen viele¹²⁵ Komponenten aus Sozialraum und Quartier so zusammen, das, intelligent miteinander verwoben und verknüpft, ein neuartiges Teilhabenetz entstehen kann, wo der Sozialraum das Quartier wiederum unterstützen kann – und dieses eben nicht ersetzt. Das wäre eine neue Dimension von Durchlässigkeit der Hilfen in Übereinstimmung mit Klientenwillen, politischem Willen, Geschäftsmodell der Stiftung und wäre zudem hochgradig rentabel, weil die stationären, die ambulanten und die sozialräumlichen Einrichtungen und Dienstleistungen der stadtmision sich gegenseitig bedienen und befördern können¹²⁶.

Die eigentliche Sanierung der stadtmision muss inhaltlich erfolgen – was die Notwendigkeit und Fachlichkeit der bislang ergriffenen Maßnahmen ausdrücklich nicht in Frage stellt¹²⁷. Aber die stadtmision und ihre Aufstellung in Kiel ist von Bekanntheit und Reputation in der Stadtöffentlichkeit vergleichbar dem hohen Renommee alsterdorfs für Hamburg.

Die Entwicklungspotenziale sind vergleichbar einem Schritt vom Community Living zum Community enabling.

Das Know-How und die inhaltliche Hochklassigkeit der ESA verführt dazu zu träumen - dass die wirtschaftliche Sanierung der stadtmision nicht nur monetär, sondern auch innovativ, prioritär und inhaltlich freudig und

¹²⁴ Kiel ist Hamburg im Kleinen

¹²⁵ die medizinische Komponente müsste man über Kooperation vor Ort oder über Medizin in der ESA beifügen.

¹²⁶ Oder wie heißt es anderen Orts so treffend: eine *neue Wettbewerbsarena* betreten

¹²⁷ Im Gegenteil – die Personalien Nernheim und Eisenreich mit ihren gegenseitigen Ergänzungspotenzialen lassen sowohl Sanierung als auch strategische Fortentwicklung nebeneinander denkbar scheinen

neugierig geschieht. Damit der nächste Kongress in Kiel stattfinden kann – *Kiel – an example for an enabled community.*¹²⁸

V: Struktur, Operationalisierungen, Tools

Viele der o. g. strategischen Implikationen sind nicht wirklich neu. Einige sind schon seit Jahren als Anregung oder benannte Handlungsoptionen im vorhandenen System mit Organigramm, Zuständigkeiten und Aufteilungen hinterlegt. Aber es ist nicht Teil des Auftrags zur Konzepterstellung, eine Strukturmatrix für die teilweise Umsetzung zu unterlegen.

Dennoch mögen die als hilfreich gewerteten Konzeptteile in eine zukünftige strategische und organisatorische Neuausrichtung der ESA einfließen.

V,1: Die bisherigen Schnittstellen

Gemeinsame Konferenzen oder vertragliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Beteiligten sind in den vergangenen Jahren nicht erfolgreich vorangetrieben worden. Die Zeichen stehen nach wie vor auf Trennung der Bereiche, Zuständigkeits- und Besitzstandswahrung, wer darf was? – statt: Was ist das Beste für alle und wer kann das im Einzelfall je am aussichtsreichsten?

Die Häufigkeiten, TOPs und Protokolle der gemeinsamen Geschäftsführungssitzungen von hsk, tohus, stadtmision mit oder ohne Vorstand sprechen hier eine beredete Sprache. Strategische Führung angesichts der durch Strukturänderung und Ausgliederungen entstandenen Zentrifugalkräfte ist Vorstandsseitig nicht erfolgt.

V,2: all4one – wenigstens das!

V,2,1: Die unterschiedlichen Systeme von Finanzierung und Abrechnung

Hamburg und S-H unterscheiden sich in Finanzierung und Abrechnung von Eingliederungshilfe grundlegend.

Hamburg hat ein System von Hilfebedarfsgruppen, die mit den Trägern vereinbart (Vergütungsvereinbarungen) verpreist werden. Bei den Leistungsvereinbarungen wird auf grundsätzliche Vergleichbarkeit geachtet und das Steuerungsinstrument des Leistungsträgers ist die Einstufung in Hilfebedarfsgruppen.

Die Qualität der Eingliederungshilfeträger ist durchweg hoch und wird mit jährlichen Qualitätsberichten überprüft.

¹²⁸ und spätestens dann haben wir auch die eigenen Begriffe geprägt, die weniger denglisch klingen

Grundsätzlich anders ist die Systematik in S-H. Als Flächenstaat mit vorheriger Landeskrankenhausstruktur haben sich die Eingliederungshilfeträger je regional entwickelt, es entstanden kaum vergleichbare Konstrukte mit stark unterschiedlicher Qualität der Angebote vorwiegend auf dem Gebiet der vollstationären Heimversorgung. Viele ehemalige Landeskrankenhausstrukturen wurden mit Übergang von SGB V auf SGB XII per Etikettenschwindel „umgewidmet“ und es entstanden sonderweltliche Krankenhäuser.

Über das Steuerungselement Leistungsvereinbarungen versuchte das Sozialministerium als überörtlicher Sozialhilfeträger eine Vergleichbarkeit der Einrichtungstypen herzustellen, um dann die Vergütungssätze landesweit zu mitteln.

Für tohus hätte dies eine durchgängige Vergütungsabsenkung bedeutet – darum wurde in enger Abstimmung mit dem DW als Dachverband der Prozess verlangsamt.

Durch o.g. Paradigmenwechsel hin zu Kommunalisierung von Eingliederungshilfe wird jetzt versucht, über das Kunstprodukt kosoz halbherzig eine Fachbehörde zu installieren, die eigenständig keine Vereinbarungen abstimmen kann, sondern sich jeden Schritt von der zuständigen Kreisverwaltung genehmigen lassen muss.

Die kreisfreien Städte gehen einen leicht anderen Weg mit stärkerer Kommunalisierung der Hilfen vor Ort, da diese als urbane Regionen nochmals mehr Klienten und weniger Budgetmittel zur Verfügung haben.

Das Sozialministerium ist als Fachaufsichtsbehörde zur Gänze ausgebootet und als Player nur noch randständig.

V,2,1,1: Das Softwareproblem:

Ein Bereichsübergreifender Anbieter wie die ESA hat bisher keine entsprechende Software für Dokumentation, Qualitätsberichte, Abrechnung.

Das schon ins Auge gefasste Programm all4one hatte Möglichkeiten, auf die unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten einzugehen und System immanent zu unterstützen.

tohus rechnet auf Basis eines medizinischen Klinikinformationssystems überwiegend händisch ab – dokumentiert wird nicht dokumentenecht auf Word-Basis.

Durch den Wechsel von tagesgleichen Vergütungssätzen im ambulanten Bereich auf die Systematik der Fachleistungsstunde ist ein Abrechnungstechnischer Blindflug im Gange – zur Erläuterung ein Schriftstück an die kaufmännische Leitung der ESA¹²⁹:

V,2,1,1,1: Der Stand

Sehr geehrter Herr Clausen

wohl wissend, dass in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf derzeit viele Baustellen zu bearbeiten sind und ich mich deshalb mit den Bedarfen der tohus gGmbH regelhaft gedulde

¹²⁹ Brief vom 20.08.08

oder zurückhalte – oder mich wenigstens darum bemühe – beschreibe ich Ihnen heute einen dringenden Regelungsbedarf:

zur Ausgangslage:

tohus hat sich als Firma entwickelt aus dem seinerzeitigen außerklinischen Bereich des Heinrich Sengelmann Krankenhauses. Abrechnungstechnik, Dokumentation der Betreuungsleistungen etc. finden demgemäss auf der Basis von Softwareprogrammen im Bereich der SGB V – Systematik statt.

Zur Problemstellung:

Der politisch gewollte und inhaltlich sinnvolle Paradigmenwechsel im Bereich von Assistenzdienstleistungen weg von vollstationär abgebildeten Angeboten hin zu Ambulantisierung, dezentraler Struktur und Modularisierung der Betreuungsleistungen stellt das bisher (in vielen Fällen händisch aufbereitete) Abrechnungs- und Dokumentationssystem vor unlösbare Probleme. So kann die Umstellung vom tagesgleichen Entgelt auf andere Leistungsbezüge von einem Krankenhausabrechnungssystem nur im Rahmen der dortigen Abrechnungssysteme bewältigt werden. Es können zwar komplizierte DRGs mit Relativgewichten bis zur x. Stelle hinter dem Komma abgerechnet werden, aber leider keine Fachleistungsstunden.

Diese zeichnen sich nämlich infolge der Umrechnung aus geleisteten Minuten in Stunden durch Kommastellen aus, die nicht eindeutig abgebildet werden können.

Uneindeutig aber muss dies System-bedingt in einer für die Kostenträger nicht auf Kompetenz hinweisenden Abhilfe erfolgen: Je angebrochener Stunde wird eine zusätzliche Rechnungszeile aufgemacht. Bei Halbjahresabrechnungen, die wir regelhaft erstellen müssen, muten wir unseren Kostenträgern eine unübersichtliche und rechnerisch kaum nachvollziehbare Papierflut zu.

Zum Handlungsbedarf:

Zu Beginn des Jahres 2008 ist das ambulante betreute Wohnen im Kreis Stormarn auf das System der Fachleistungsstunde umgestellt worden. Diese unterscheidet sich nochmals grundlegend vom System der Hilfebedarfsgruppen in Hamburg.

Auch die bislang noch tagesgleich entgoltenen teilstationären Wohnangebote werden schleswig-holstein-weit auf dieselbe Systematik umgestellt. Diese Entwicklung betrifft in der tohus gGmbH ca. 110 Plätze, die insgesamt ca. 50% der Gesamtplatzzahl ausmachen.

Zur bisherigen Lösungsoption:

Es gab intensive Kontakte zur Anschaffung einer befriedigenden Softwarelösung, die bis zur Entscheidungsreife gediehen waren. Unter intensiver Einbindung, Beratung und Mithilfe des Fach-Knowhows der ESA (hier insb. Herr Neidhardt) standen die Verhandlungen mit all4one unmittelbar vor dem Abschluss. Aufgrund von übergreifenden Stiftungsbelangen wurde diese Lösung „vom Tisch geholt“ und es zeichnet sich für mich derzeit keine andere oder neue zeitnahe Option ab.

Zur Dringlichkeit:

Wir müssen die Fachleistungsstunden jetzt abrechnen und die konkrete Umsetzung erfährt o.g. Ausformungen.

Unserer Verpflichtung zu fälschungssicherer und umfassender Dokumentation kommen wir seit Jahren nicht nach und erweisen uns in der dilettierenden Umsetzung als unfähig.

Die ersten Abrechnungen kommen zurück und die Zahlungen gehen nicht ein.

Eine Lösungsfindung muss jetzt erfolgen im Hinblick auf Aufnahme der Investition in Planung / Budgetierung.

Ich bitte Sie herzlich und zuständigkeitshalber um Mithilfe und Beratung, welche Knöpfe ich intern drücken oder welche Köpfe ich bearbeiten muss um dem o.g. Zustand schnellstmöglich abzuwehren.

Mit freundlichen Grüßen
Eckart Drews

VI: Und nun?

ist der hoffentlich noch geneigte Leser am vorläufigen Endpunkt seiner Reise angelangt.

Er hat ein Feld umfahren, unterschiedliche Perspektiven, Jahreszeiten und Konsistenzen zu sehen bekommen, Blüten, Stilblüten und garstiges Kraut genossen und hat hoffentlich die Bäume *und* den Wald gesehen.

Die Ambulantisierung der Psychiatrie der ESA ist so gesehen eine Reise – eine

- Studienfahrt durch Kulturgeschichte, Politik, Fachdiskurse, Kommunikation und Personen – das Leitbild von tohus bringt dies sehr treffend zum Ausdruck. Es „ sind uns die christlichen Werte, gesellschaftliche Normen und Vereinbarungen, sozialpolitische Rahmenbedingungen und der Stand der psychiatrischen und therapeutischen Wissenschaft Verpflichtung und Gestaltungsaufgabe zugleich¹³⁰.,
- Oder eine Bewegung von ganz vielen Herzen und Positionen. In den USA ist dieser Tage Endspurt des Präsidentschaftswahlkampfes Die alte gegen eine neue Zeit. Nicht mit der Frage, ob sich das alte System bewegt, sondern die Bewegung¹³¹ selbst ist es, die den Wandel, den Systemwechsel schafft. Und plötzlich spielt in einem bigotten Land sogar die Hautfarbe keine Rolle mehr.
- Ein Spaziergang durchs Quartier, in dem Menschen miteinander leben wollen,
- eine Autofahrt durch den Sozialraum ESA in dem viele Menschen arbeiten und denselben Strang ziehen – mit Hoffnung zukünftig auch alle am selben Ende.

Das Feld will beackert und bestellt werden. Und gehegt, geschützt und gewässert. Wie jedes lebendige System, das darauf wartet, dass seine Entwicklungspotenziale zu Entfaltung und Blüte kommen.

Verabredungsgemäß liegt dies Konzept binnen sechs Wochen vor. Es ist weder fertig noch vollständig, aber dennoch umfassend und der Verfasser dankt für die Möglichkeit, sich so ausführlich zum Thema zu äußern.

¹³⁰ Leitbild tohus, Mai 2008

¹³¹ motion, Motivation