Bessere Reintegration mit Hilfe der Persönlichen Budgets und ambulanter psychiatrischer Pflege!

Nach den theoretischen Vorbemerkungen mit der Beschreibung des ökonomischen Potentials der Eingliederungshilfe in der ambulanten psychiatrischen Pflege, versuche ich Prinzipien für den Umgang mit psychisch krank diagnostizierten Menschen zu beschreiben. Eine positive Bewertung der Arbeitsbedingungen und einer optimistischeren Einstellung von Gesundheit durch die Beschäftigten in der ambulanten Pflege, im Vergleich zur stationären Pflege, stellt die Basis der erfolgreichen Umsetzung dar. Internationale und nationale Beispiele der gesellschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Reintegrationsmaßnahmen durch die ambulante psychiatrische Pflege bilden den Abschluss der nicht monetären Betrachtung. Das persönliche Fazit stellt die Bedeutung der ambulanten Hilfe für die Psychiatrieerfahrenen heraus.

1) Vorbemerkungen

Laut Bericht der Bundesregierung über die Ausführungen der Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches Sozialgesetzgebung (SGB IX), vom 20. Dezember 2006, ist mit Wirkung zum 1. Januar 2008 ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Teilhabeleistungen in Form Persönlicher Budgets gegeben. Hermann Elgeti berichtete während der Tagung „Ambulante Versorgung in der Krise“ 2006 von den Kennzahlen im sozialpsychiatrischen Verbund Hannover, von 2001 bis 2003 (plus 340 % bei den sonstigen ambulanten Hilfen). In der Zeit von 2001 bis 2004 hat sich die Zahl der Angebote von 74 auf 91 erhöht und das bei einer Vollzeitbeschäftigungsquote von plus 20%.

Bereits im Mai 2005 hat das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung einen Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses (Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern) über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege bekannt gemacht. Mit dem Beschluss vom 15. Februar 2005 werde ich mich in meiner Betrachtung nicht befassen, sondern mit der qualitativen Umsetzung der Persönlichen Budgets (Eingliederungshilfe) durch die ambulante häusliche Pflege.

Pflegebedürftigkeit bedeutet, das Angewiesensein eines Menschen auf die persönliche Hilfe anderer bei den gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens. Grundsätzlich lassen sich zwei Formen der Versorgung bei Pflegebedürftigen unterscheiden: Die häusliche Pflege – ambulant und teilstationär – sowie die stationäre Pflege in Heimen und Krankenhäusern.

2) Prinzipien der psychiatrischen Pflege

2.1) Beachtung der ganzen Person

Grundlage der psychiatrischen Pflege muss das dynamische Bio-psycho-soziale Krankheitsmodell sein (siehe Abbildung). Zwischen dem manischen und depressiven Bereich schwankt das subjektive Erleben, soziale Verhalten und die biologische Ebene. Diese drei Ebenen können von einander Abhängig sein, müssen es aber nicht – sie sind bei jeder Person in der Höhe der Amplitude, der Frequenz sowie in der Abhängigkeit der Ebenen unterschiedlich.

Das subjektive Erleben hängt vom Wollen, Fühlen, Denken und dem Glauben an die Wirklichkeit des Individuums ab. Das soziale Verhalten ist eine Abhängigkeit von der Haltung und Einstellung (Motivation, Teamgeist, Freude, Akzeptanz Anderer, Misstrauen, Opportunismus, Skepsis, Konkurrenzgefühl usw.) sowie den Werten, Normen und der frühen Prägung (Lebensbejahung, Religion, Gewaltfreiheit, Zivilcourage, Selbstlosigkeit, Zuverlässigkeit, Bescheidenheit oder Grundvertrauen, Lebens und Verlustängste usw.). Die Kybernetik der Biologie des Menschen drückt sich in der Anatomie, Histologie, Zytologie, Morphologie, Physiologie usw. aus.

Einfügen der Abbildung 1

Eine solche dynamische, kybernetische Heuristik beinhaltet die Empfänglichkeit der Pflegenden gegenüber der gepflegten, psychisch krank diagnostizierten Person.

2.2) Ehrliche Interaktion: Pfleger – Psychiatrieerfahrener - Angehöriger

Im Bericht der Bundesregierung zum Persönlichen Budget sind 243 BudgetnehmerInnen analytisch ausgewertet. Die größte Behindertengruppe ist mit 47% Menschen die psychische Erkrankung - Psychiatrieerfahrene. Dabei ist die Lebenssituation zu knapp 80% durch selbständiges Wohnen in Privatwohnungen mit differenzierten sozialen Netzwerken charakterisiert.

Im Gesundheitsreport 2006 der DAK-BGW (Deutsche Angestellten Krankenkasse - DAK - und Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW) ist die Arbeitsumgebung Klientenwohnung ein Unfallschwerpunkt für den Pfleger. Da die ambulante psychiatrische Pflege nicht nur supportive Gespräche beinhaltet, sondern auch praktische und haushaltstechnische Unterstützung, in und außerhalb der Klientenwohnung, sind die aufgelisteten Belastungen des Gesundheitsreportes nicht zu negieren, wie

bauliche Mängel, Hindernisse oder rutschige Fußböden, schlechte Lichtverhältnisse, fehlende Arbeitsmittel usw.

Eine ehrliche ressourcenorientierte Interaktion des Pflegers zu Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen schafft ein ressourcenorientiertes Klima bei allen Beteiligten. Der DAK-BGW Gesundheitsreport beschreibt die Kommunikation zum Klienten und den Angehörigen als wesentlichste Belastungsfaktoren in der Interaktion mit den Pflegekräften. Eine positive Interaktion wäre: Sie lachen gemeinsam, sie wissen viel über Interessen, Aktivitäten und Stärken aller Beteiligten und deren soziale Netzwerke. Wichtige positive Erfahrungen der Psychiatrieerfahrenen sind allen bekannt, was der Psychiatrieerfahrenen bewundert und respektiert. Es werden positive Visionen aller Beteiligten diskutiert und die Probleme werden nur bei Bedarf besprochen. Eine solche Interaktion bedingt umfangreiche Information über den Psychiatrieerfahrenen. Eine positive äußere Struktur der ausgewählten Aktivitäten, die Sicherheit im Umgang mit den Beteiligten gibt, ist dabei unabdingbar.

Die meisten psychisch kranken Menschen gehen in gesunden Phasen Konflikten aus dem Weg, da sie Streit befürchten, als Verlierer zu gelten, haben sie nicht gelernt auf innere und äußere Spannung zuachten. Aus diesen Gründen ist in der Anfangsphase der Interaktion das nicht ausgesprochene Thema „Nähe und Distanz“ immer präsent. Im Laufe der Interaktionszeit – mit gleichen Partnern – wird dieses Thema immer unwichtiger und Nähe und Distanz verschmelzen in eine gute Partnerschaft von Pfleger, Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen.

2.3) Fördern von Salutogenese

In der Salutogenese wird das Hauptmerk auf den Gesundungsweg gelegt. Durch eine globale Orientierung, deren Ausmaß das Durchdringen dynamischen Gefühls von Vertrauen ist, wird die Stimuli gefördert, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußern Umgebung ergeben und für die sich Anstrengungen und Engagement lohnen. Wird pathogenetisch beispielsweise ein schlechtes Gefühl geäußert, heißt das in der biologistischen Medizin: Zusätzliche Antidepressiva. In der Sichtweise von Salutogenese wird das schlechte Gefühl als ein „gesunder“ Hinweis des Klienten gesehen, das „inszeniert“ wurde, um zur „flexiblen Mitte“ zurückgeführt zu werden. Wer kein schlechtes Gefühl hat kann auch kein gutes Gefühl spüren.

In der psychiatrischen Literatur wird dieser Gesundungsweg auch als Recovery beschrieben. Pat Deegan´s Berichte, wie sie und andere Betroffene aus der Beschränkung der PatientInnenrolle heraus zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben gefunden haben, sind Meilensteine in der Entwicklung von Recovery-orientierten Konzepten. Michaela Amering beschreibt diesen

subjektiven, individuellen Vorgang als Ergebnis von Unabhängigkeit, in der sozialen Rolle zu funktionieren, und das führen eines sinnerfüllten Lebens über weite Strecken.

<u>Einfügen der Abbildung 2</u>

Dieser Gesundungsweg ist auch als ein über mehrere Jahre gehender Empowermentprozess zu sehen. Während dieser langen ambulanten psychiatrischen Pflege sind Zeiten mit erhöhter und weniger starken Nachfrage von supportiven Gesprächen und praktischer, wie auch haushaltstechnischer Hilfe notwendig. Wie kann ambulante psychiatrische Pflege nun diesen Gesundungsweg fördern:

- Hoffnung auf positive Veränderung nicht aufgeben, da Psychiatrieerfahrene hier stets das Potenzial zu Gesundungsschritten sehen
- Psychiatrieerfahrene brauchen sinnvolle Tätigkeiten, was eine individuelle Suche nach sinnvoller Beschäftigung notwendig macht
- Gesundung bedeutet nicht länger hilflos das Opfer der psychischen Diagnose zu sein (Gabe von Psychopharmaka), sondern der Psychiatrieerfahrene kann durch eigenes Handeln den Krankheitsverlauf mit beeinflussen
- Stigmatisierung bewältigen lernen, denn viele Psychiatrieerfahrene leiden weit mehr unter ihrer Stigmatisierung durch die Diagnose als unter der Schwierigkeit, sich von der Erkrankung zu lösen

2.4) Frühwarnzeichen offensiv begegnen

Ausgehend von meiner dynamischen, kybernetischen Heuristik kündigen sich Frühwarnzeichen (Alarmreaktionen) an.

<u>Einfügen der Abbildung 3</u>

Nicht jede Veränderung/Störung, die wahrgenommen wird, hat eine Alarmreaktion (Frühwarnzeichen) zur Folge, und nicht jede Veränderung muss in einer Manie/Depression (Erschöpfungsphase) enden. Im Laufe des Recoveryprozesses werden immer mehr Alarmreaktionen in der Wiederstandsphase, ohne chemische Hilfsmittel, aufgefangen und führen zur Entspannung und zur Regeneration.

Beispiele von Frühwarnzeichen, bei Psychotikern, können sein:

- **Veränderung im Denken/Sprechen** (Ideenreichtum, Gedankenflug, destruktive Ideen, fixe Ideen, Symbolträchtigkeit aller Wahrnehmungen,

Zerfahrenheit, Themenfixiertheit, Vergesslichkeit, Formulierungsschwierigkeiten, Änderung der Stimmlage usw.)
- **Veränderung im Verhalten** (Aufräumen, Geld ausgeben, Zettel schreiben, Verlangsamung, Antriebslosigkeit, im Bett bleiben, Nervosität, Gereiztheit, Intoleranz, Widersprüchlichkeit, Absetzen bzw. unregelmäßige Einnahme der Medikamente, Rauchbedürfnis, Appetitlosigkeit, Ruhebedürfnis, Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit, Ziellosigkeit usw.)
- **Veränderung im sozialen Leben** (Beziehungsängste, Verlustängste, Isolation, Unzufriedenheit mit Kollegen, gesteigerte soziale Aktivitäten, Rückzug, wenig Toleranz, Aggressivität, Austricksen der Ärzte, vermehrtes Aufsuchen der professionellen Helfer usw.)
- **Körperlich-vegetative Veränderung** (Verschiebung des Wach- und Schlafrhythmus, Schlaflosigkeit, kein Durst, gesteigerter Hunger, glänzende-flackernde-unruhige-trübe und/oder verschleierte Augen, bleich, fahl, aufgedunsen, starr, Augenringe, gesteigerte bzw. gehemmte Sexualität, verlangsamte, unkoordinierte und hektische Bewegungen usw.)
- **Veränderung der Gefühle und Empfinden** (Verliebtheit, Empfindsamkeit, Euphorie, Glück, Seelenschmerz, Unruhe, Angst, Trauer, Apathie usw.)

Psychiatrieerfahrene mit einer Borderlinediagnose können bei Frühwarnzeichen den Notfallkoffer benutzen. Inhalt des individuell gestalteten Notfallkoffers können intensive Düfte wie Ammoniak und Pfefferminzöl, Eiswürfel in die Hand nehmen, warm duschen, in frischen Merettisch beißen, scharfe Saucen in den Mund nehmen, in eine Chilischote beißen, Igelbälle über die Hand rollen usw. sein.

3) Arbeitsbedingungen und Gesundheit der ambulanten Pflegekräfte

Jede Arbeitstätigkeit ist mit körperlichen und geistigen Anstrengungen verbunden, die zu körperlichen und geistigen Belastungen führen. Das Ausmaß hängt von der Stärke der Belastung, den Bewältigungsmöglichkeiten und Puffern, die der Person zur Verfügung stehen, ab. Um etwas Licht in den Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege zu bringen, argumentiere ich mit den allgemeinen Daten aus der häuslichen Alten- und Krankenpflege, die mit Abstrichen auch in der psychiatrischen Pflege zu treffen.

3.1) Arbeitsbelastung

Laut Gesundheitsreport leisten nur 41% der ambulanten PflegerhelferInnen keine Überstunden und ca. 80% der Beschäftigten mit Leitungsfunktion und examinierten Pflegekräfte haben zu 50% mehr als 10 Überstunden/Monat.

Im Gegensatz zur stationären Pflege sind Beschäftigte der ambulanten Pflege weniger oft mit Heben und Tragen sowie Rumpfbeugung und –drehung beschäftigt. Dadurch ist auch in der ambulanten Pflege die Häufigkeit der somatischen Wirbelsäulenerkrankungen geringer. Auch organisationsbedingte psychische Belastungen wie Zeitdruck, zu hohe Verantwortung, Leistungsdruck, fehlende Pausen und Unterbrechungen gelten in der ambulanten Pflege als weniger belastend. Nur Informationsmangel und fachliche Überforderung sind im stationären Bereich geringer.

3.2) Sektorübergreifende Ressourcen

Die Aufgabenvielfalt ist ein Schlüsselkonzept der Arbeitspsychologie. Hier schätzen Beschäftigte in leitenden Positionen die Aufgabenvielfalt höher ein als die Beschäftigten im ambulanten Pflegedienst. 50% der Befragten meinen zu ihrer Tätigkeit: Wir wenden vielfältige Kenntnisse oder Fertigkeiten an, wir haben eine abwechslungsreiche interessante Tätigkeit und bei unserer Tätigkeit können wir immer wieder Neues lernen. 2/3 aller Befragten beschreibt das Klima unter den Kollegen als vertrauensvoll und unterstützend. 23 % fühlen sich als EinzelkämferIn und 25,6% wünschen sich mehr Kontakt zu den KollegInnen. Die Partizipationsmöglichkeiten in den Einrichtungen sind auch als Ausdruck der Zufriedenheit anzusehen. Aufgrund der Hierarchien in den Krankenhäusern werden die Beschäftigte in der ambulanten Pflege 3 mal stärker ermuntert Verbesserungsvorschläge einzubringen und mehr als die doppelte Anzahl der Befragten fühlt sich im ambulanten Bereich rechtzeitig und vollständig über Veränderungen informiert.

Über 90% der Befragten hat das Gefühl mit der Arbeit etwas sinnvolles zu tun und über 70% sind mit der Arbeit sehr zufrieden. Fast 70% der im ambulantem Bereich befragter Mitarbeiter hat nur selten daran gedacht in eine stationäre Einrichtung zu wechseln.

3.3) Spezifische Arbeitsbelastungen

Bei der statistischen Auswertung des Gesundheitsreports wurden 227 km/Woche durchschnittlich zurückgelegt. Dabei ist das Hauptverkehrsmittel das Auto und nur verschwindend gering Fahrrad, öffentlicher Nahverkehr sowie zu Fuß. Dabei treten negativer Zeitdruck, durch unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr, und Missachtung von Geschwindigkeitsbegrenzungen auf. Keine Schulung für die Fahrtätigkeiten im Rahmen des Berufs erhielt über 40% der Befragten.

4) Beisiele für ambulante soziale Reintegrationsmaßnahmen

4.1) Leistungen des Persönlichen Budgets in den Niederlanden

In den Niederlanden sind einheitliche Regelungen für 6 Unterstützungsbereiche formuliert. Der Umfang der erforderlichen Leistungen wird im Rahmen eines von Leistungsträger und Leistungsanbieter unabhängigen Indikationsverfahrens ermittelt.

- Hilfen bei der Haushaltsführung (putzen, Wäsche waschen, bügeln etc.)
- Persönliche Versorgung (aufstehen, duschen, anziehen, essen etc.)
- Gesundheitspflege (Umgang mit Medikamente, Wundversorgung etc.)
- Unterstützende Begleitung (Förderung, Erhalt von Selbständigkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben)
- Aktivierende Begleitung (Gespräche, pflegen und trainieren sozialer Kompetenzen etc.)
- Kurzzeitunterbringung (am Wochenende, in den Ferien etc.)

Im September 2006 waren 85 000 Menschen Leistungsnehmer mit individuellem Leistungsspektrum.

4.2) Leistungen des Persönlichen Budgets in den Modellregionen

In den Modellregionen wurden 97 BudgetnehmerInnen befragt: „Bei welchen Dingen im Alltag brauchen Sie Unterstützung“. Folgender Unterstützungsbedarf konnte, mit Mehrfachnennung, ermittelt werden:

Haushalt (Kochen, Putzen, Einkaufen ...)	76,3%
Umgang mit Behörden	68,0%
Gesundheit und Vorsorge, gesunder Lebensstil	58,8%
Begleitung in der Freizeit, Freizeitgestaltung	53,6%
Mobilität/Fahrdienst	52,6%
Verwaltung des Geldes	47,4%
Tägliche Versorgung (Ernährung, Körperpflege ...)	45,4%
Beziehung zu anderen Menschen	43,3%
Organisation der Unterstützung	42,3%
Arbeit, Arbeitsassistenz, Bildung	16,5%
Sonstiges	26,8%

In Nordrhein Westfalen haben die Modellregionen, Düsseldorf und Bielefeld, zusätzliche Geldleistungen für die Teilnahme an Bildungsangeboten und kulturellen Angeboten gewährt.

5) Fazit

In den Ausführungen habe ich versucht, positive, qualitative Reintegrationsaspekte der ambulanten Pflege für die Psychiatrieerfahrenen darzustellen. Auf die monetäre Situation bin ich absichtlich nicht eingegangen, da für die Psychiatrieerfahrenen die qualitative Maßnahme wichtiger ist als die monetäre Diskussion der Leistungsanbieter und Leistungsträger. Die Psychiatrieerfahrenen möchten mit einem positiv motivierten, ambulanten Mitarbeiter lieber zusammenarbeiten als mit einem interessenlosen, auf den feierabendfixierten, stationären Mitarbeiter. Dadurch und durch die alltagsnahe, umfangreich ausgestaltete Arbeit, von wenigen Bezugspersonen je Psychiatrieerfahrenen, der ambulanten Pflege ist der qualitative Reintegrationsaspekt, das Erkennen der Frühwarnzeichen gegeben, der dem Drehtüreffekt der stationären Psychiatrie entgegen wirkt, was ein in der Zukunft nicht mehr wegzudenkender Leistungsbereich sein wird. In Rheinland-Pfalz und Baden Württemberg haben einige große Leistungserbringer schon über 10% Selbstzahler für dieses ambulante Leistungsspektrum.

Ausgewählte Literatur:

Deegan Pat. Recovery: The Lived Experiance of Rehabilitation. In: Psychosocial Rehabilitation Journal 1988; 11/4 : 15-19

Wagner Franz-Josef. Verhandeln statt Behandeln – Partnerschaft im psychiatrischen Alltag In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (Hrsg) 2001 Band 1; 128 – 150

Wagner Franz-Josef. Personenzentrierte Hilfen aus Sicht von Betroffenen In: Kerbe 2004; 4: 19 – 22

Wagner Franz-Josef. Das Persönliche Budget – Weg oder Irrweg? In: Psych. Pflege 2005; 11: 183 – 186

Knuf Andreas, Wie werden psychisch kranke Menschen wieder gesund? In: pro mente sana aktuell 2005; 1; 26-27

Knuf Andreas. (2006) Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit, Bonn

Becker Jo. Zur Zukunft der Gemeindepsychiatrie. Psychosoziale Umschau 2006, 4: 10 – 11

Wagner Franz-Josef. Das Persönliche Budget – eine Pandora für wen? In: Psych. Pflege 2006; 12: 276-279

Bericht der Bundesregierung über die Ausführungen der Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), Berlin 2006

DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten

Amering Michaela. Hoffnung-Macht-Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. In: Dokumentation zur 10. Fachtagung des LVPE RLP vom 22. September 2006 in Ludwigshafen (www.lvpe-rlp.de)

Elgeti Hermann. Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997-2005. In: Dokumentation zur „Ambulante Versorgung in der Existenzkrise“ vom 15.-17. November 2006 in Reburg-Loccum

Stein Anne-Dore. Was ist Community Living? In: Soziale Psychiatrie 2007/1; 8-12