

Bewertung des PPO-Konzepts aus Sicht des BPE – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.¹

Als Wirtschaftswissenschaftlerin und Pädagogin bin ich natürlich versucht, mich hier ellenglang mit den vorgeschlagenen Instrumenten und Methoden auseinanderzusetzen, aber ich denke, Sie haben mich hier eingeladen, weil Sie die Perspektive von Psychiatrie-Erfahrenen zu Ihrem Konzept kennenlernen möchten. Vielleicht doch eine Bemerkung, die beide Perspektiven verbinden kann. Durch den Übergang von der Mangel- zur Überflußgesellschaft haben sich die Märkte von Verkäufermärkten zu Käufermärkten entwickelt. Jedes Unternehmen, das am Markt bestehen will tut daher gut daran, mit einer Marktanalyse zu beginnen und vor allem zu lernen vom Kunden her zu denken. D.h. es geht nicht in erster Linie darum zu fragen „Was kann oder will ich anbieten?“, sondern zu fragen „Was braucht oder will der Kunde?“. Im sozialen oder medizinischen Bereich würde das heißen „Was will oder was brauchen die NutzerInnen, also die PatientInnen oder KlientInnen und deren Angehörigen?“. Die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen müssen also Ausgangspunkt aller Planungen sein, wobei die Grundprinzipien lauten müssen:

- Selbsthilfe geht vor Fremdhilfe
- Ambulant vor stationär
- Hilfe wie so gut wie möglich, aber nicht mehr Hilfe als nötig
- Hilfe muß immer Hilfe zur Selbsthilfe sein

Mir ist sehr wohl bewußt, das unser zergliedertes System der Kosten- und Leistungs-träger die praktische Umsetzung dieser Forderungen sehr beeinträchtigt. Aber wenn dies so ist muß man evtl. auch einmal darangehen, diese Zergliederung zu überwinden. Heute gehen wir hier aber von Status Quo aus.

Zunächst möchte ich positiv bemerken, dass Sie von Qualitätsentwicklung und nicht mehr nur von Qualitätssicherung sprechen. So wie ich Ihr Projekt verstanden habe, handelt es sich um ein „lernendes System“, also um ein System, dass sich aus sich heraus in eine positive Richtung weiterentwickeln will, also Schritt für Schritt immer höhere Qualitätsstufen anstrebt. Auch dies finde ich positiv. Die im Handbuch (S. 30) aufgeführten Leitziele für die professionelle Begleitung von psychisch erkrankten und behinderten Menschen kann ich im großen und ganzen so unterstreichen. Ich wünsche mir jedoch eine Ergänzung im ersten Punkt, der dann wie folgt lauten würde: „Autonomie wahren und fördern“ Das Selbstbewußtsein ist nach psychischen Störungen und häufig noch verstärkt durch Erlebnisse bei Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen während des Klinikaufenthaltes stark angeknackst. Es kommt also darauf an das verlorengegangene oder ohnehin unterentwickelte Selbstbewußtsein neu zu entwickeln und zu stärken. An vorhanden Ressourcen anzuknüpfen, Mut zu machen, Selbstverantwortung und Selbsthilfefähigkeiten zu fördern. Es ist wichtiger, wenngleich zunächst etwas zeitaufwendiger, Betroffene darin zu unterstützen ihre Angelegenheiten selbst zu re-

¹ Beitrag zur Fachtagung: Ein System zur leitzielorientierten Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie – PRO PSYCHIATRIE QUALITÄT in Berlin 19./20.06.2002

geln, als alles für ihn zu tun. Nur so können Betroffene auf kürzere oder längere Sicht wieder in die Lage versetzt werden ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Ich habe allerdings stellenweise auch den Eindruck, als wenn der Perspektivwechsel, also aus der Nutzerperspektive heraus zu denken und zu planen, noch nicht ganz gelungen ist. In einigen Abschnitten werden die Betroffenen und ihre Angehörigen erst ganz am Schluß genannt. Z.B. müßte die Reihenfolge der auf S. 41 aufgeführten Punkte nach meinem Verständnis umgedreht werden, also mit der Klienten- und Angehörigenbeteiligung anfangen, weil der individuelle Bedarf ja nur mit diesen beiden ermittelt werden kann, und mit der individuellen Hilfeplanung und Umsetzung der Hilfen enden. Dies ist keine Frage der Höflichkeit, sondern eine Frage der Systematik. Der Praxisbericht aus Hamburg gestern hat ja auch schon gezeigt, dass man in der praktischen Arbeit vor Ort diese Umkehrung schon vorgenommen hat. Aber auch die Gliederung des Handbuchs selbst macht deutlich, dass immer noch von der Institution her gedacht wird und nicht vom Nutzer her. Erst im Kapitel 5 und hier wiederum erst als Unterkapitel 5.4 und 5.5 tauchen Klientenbeteiligung und Angehörigenbeteiligung auf.

Das Gesamtkonzept erinnert mich an den Lieblingspruch meines Schulleiters, wenn mal wieder ein Stoß neuer Gesetze oder Dienstanweisungen gekommen war : „Ach was könnte Schule schön sein, wenn uns nur nicht die Schüler mit Ihrer Erwartung wir sollten Unterricht machen, bei unseren administrativen und konzeptionellen Arbeiten ständig stören würden.“ Ich will damit sagen, dass möglichst viel von der Arbeitszeit der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen für den direkten Kontakt mit den Klienten eingesetzt werden sollte. D.h. die Arbeit in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen sowie die Dokumentation und das Berichteschreiben darf nicht zur Hauptaufgabe werden, so dass der Anteil der Arbeitszeit, deren Qualität beurteilt werden soll zur Nebensache wird.

Wichtig ist mir, dass die NutzerInnenbeteiligung von Anfang an und auf allen Stufen und systematisch und permanent erfolgt. Keine Bauplanung, keine Konzeptionsentwicklung, keine Veränderung im gemeindepsychiatrischen Verbund darf erfolgen ohne die Beteiligung der VertreterInnen der SHG´s der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen. Jeder Patientenaufklärungsbogen, jede Behandlungsvereinbarung, jeder Zufriedenheitsfragebogen, jedes Dokumentationsformblatt etc. muß m.E. dialogisch erarbeitet werden. Dies geht am besten über dialogisch besetzte Beiräte in denen gleichberechtigt, also auf gleiche Augenhöhe, verhandelt wird. Auf gleicher Augenhöhe, heißt aber auch unter den gleichen Rahmenbedingungen. Entweder arbeiten Profis, Betroffenen und Angehörige alle unentgeltlich und in ihrer Freizeit in diesen Beiräten oder alle werden von Ihrer Arbeit unter Erstattung des Lohnausfalls freigestellt und erhalten ggfs. auch Fahrtkostenerstattung. Nur dann herrscht wirklich Waffengleichheit. Im Kapitel 5.4 Klientenbeteiligung, wurde diesen Ansprüchen zum Teilrechnung getragen. Aber wenn es auf Seite 11 des Handbuchs z.B. heißt: Bei der Erarbeitung der Qualitätsindikatoren und -standards sollen deshalb soweit als möglich VertreterInnen der Angehörigen, Betroffenen einbezogen werden“, kann ich nur sagen, was man wirklich will, ist auch möglich. Ich kann mir jedenfalls die Erarbeitung von Qualitätsstandards ohne die Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer eben so wenig vorstellen, wie ich mir vorstellen kann, dass Qualitätszirkel, Task-Force-Gruppen oder Lerngruppen die sich ausschließlich aus MitarbeiterInnen zusammensetzen, ohne Nutzerbeteiligung zu tragfähigen Ergebnissen kommen sollen (S.43 ff.).

Eine trägerunabhängige, dialogisch besetzte Beschwerdestelle Psychiatrie, die parteilich die Interessen der Betroffenen vertritt ist m.E. eine wichtige Ergänzung, um Nutzerinteressen zu wahren und durchzusetzen sowie Qualitätsmängel aufzuspüren und zu beseitigen. Ich weiß nicht, ob eine derartige Beschwerdestelle im Kapitel „Gemeinwesenorientierte Qualitätsentwicklungsverfahren“ unter Punkt 3. „Externe Formen des Beschwerdemanagements“, ge-

meint ist. Die Tatsache, dass die Beschwerdestelle dort in einem Atemzug mit Patientenführsprechern genannt werden, läßt mich jedoch etwas zweifeln, weil die Patientenführsprecher, die mir bekannt sind alle im Auftrag des Trägers tätig sind.

Ein wichtiges Instrument der gegenseitigen permanenten Fortbildung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell psychiatrisch Tätigen sind m.E. Psychose-seminare bzw. dialogische Gesprächskreise. Nur so lernen alle Beteiligten es einen Perspektivwechsel vorzunehmen. Z.B. ein und dieselbe Psychose wird vom Betroffenen seine Angehörigen und vom anwesenden Profi völlig unterschiedlich erlebt und wahrgenommen. Nur im ehrlichen dialogischen Austausch über die Wahrnehmungen, Gefühle, ggfs. auch gesetzliche Rahmenbedingungen und institutionelle Zwänge, können Handlungsweisen und Reaktionen von Mitgliedern einer Gruppe durch die jeweils anderen Gruppen nachvollzogen und im Idealfall auch nachempfunden werden. Im dialogischen Austausch können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die auf Seite 27 oder 98 geforderte innere Haltung nach meiner persönlichen Erfahrung am besten erwerben. Wenn es z.B. auf S. 26 heißt: „Die Anerkennung der Selbstbestimmung einer KlientIn beispielsweise kann durchaus in Konflikt geraten mit dem dialogischen Verhandlungserfordernis ihrer Angehörigen, wenn die Klientin der professionellen HelferIn keine Schweigepflichtsentbindung gegenüber den Angehörigen erteilt.“ So kann der Dialog helfen derartige Unsicherheiten grundsätzlich (nicht im Einzelfall) zu klären und aufzeigen wo das Informationsbedürfnis der Angehörigen endet und das Schutzbedürfnis der Betroffenen beginnt. Die Professionellen können sehr wohl mit den Angehörigen über deren eigenen Unsicherheiten, Probleme und Ängste reden, die im Zusammenhang mit der psychischen Krise des Betroffenen Angehörigen stehen, sie können die Angehörigen sehr wohl über das Krankheitsbild, die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten oder die Erfolgsaussichten bestimmter Therapien in all-gemeiner Form aufklären, ohne dabei die Schweigepflicht zu verletzen.

Im Kapitel „strukturierte Qualitätsberichte“ (S.51 ff.) sollten m.E. die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen von PE und Angehörigen obligatorisch mit aufgenommen werden, um die Selbstbewertung durch eine Außensicht, hier die der NutzerInnen zu ergänzen und auch daran zu messen. Dass eine externe Qualitätskontrolle wichtig ist, wird ja auch im Kapitel 6.3 angesprochen. Ob jedoch eine Zertifizierung nach DIN ISO XYZ das Mittel der Wahl sein kann, wage ich zu bezweifeln. Zum einen binden derartige Zertifizierungsverfahren erfahrungsgemäß über längere Zeiträume intern wie extern doch ein ganze Menge interner und externer Personalstunden sowie nicht geringe Geldsummen. Zertifiziert wird aber immer nur, dass eine zum Zeitpunkt X vorhandene Qualität weiterhin dauerhaft in gleicher Weise erbracht wird. Ob diese Qualität gut ist oder durchaus verbesserungsfähig und verbesserungswürdig, ist damit überhaupt nicht ausgesagt. Ein derartiges Zertifizierungsverfahren eignet sich vielleicht dafür zu garantieren, dass die Bürger einer Stadt ständig in ausreichender Menge mit Wasser gleichbleibender Zusammensetzung versorgt werden oder dass z.B. die Gewindesteigung einer Schraube immer exakt die Gleiche ist. Im Bereich der Psychiatrie ist aber auch bei gleicher Diagnose die individuelle Situation und damit der individuelle Hilfebedarf sehr unterschiedlich. Genormte Hilfen können die individuellen Bedürfnissen von NutzerInnen des psychiatrischen Systems nie gerecht werden.

Was die Werbewirksamkeit derartiger Zertifikate angeht, könnte ich mir durchaus vorstellen, das ein von Betroffenen- und Angehörigenorganisationen oder von unabhängigen Beschwerdestellen verliehener „Sozial-Oskar“ oder „Psycho-Oskar“ mindestens den gleichen werbewirksamen Effekt hätte.

Ruth Fricke