
DAS PRINZIP BELOHNUNG - GEMEINDEPSYCHIATRISCHE
SUCHTHERAPIE
COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH
16. - 18. MÄRZ 2011 IN BIELEFELD-BETHEL

Schlussbetrachtung:

Zum Stellenwert des CRA als Perspektive der deutschen
Suchthilfe

Heinrich Kunze, Kassel
Aktion Psychisch Kranke

Themen:

- A Krankheit - Behinderung > < Behandlung - Rehabilitation
Schnitzeljagd zur Schatzsuche: Ziele des SGB IX
- B Krankenhaus-Perspektive
- C Krankheitsfolgen steuern oft die primäre Inanspruchnahme
- D Teilhabe - Neuausrichtung der Eingliederungshilfe
- E Ökonomie - von der Verantwortung für Maßnahmen zur
Verantwortung für Personen

A Krankheit - Behinderung > < Behandlung - Rehabilitation

Ziele des SGB IX

CRA - Eine Schnitzeljagd auf Schatzsuche durch das SGB IX

§ 27 Krankenbehandlung und Rehabilitation

Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei den Leistungen der Krankenbehandlung.

§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Abs. 1: ... werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. *Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten* abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder

2. Einschränkungen der *Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit* zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern ...

§ 10 Koordinierung der Leistungen

Abs. 1: ...in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf

voraussichtlich erforderlichen Leistungen *funktionsbezogen* feststellen

(Leistungserbringung:) ...unter Berücksichtigung der *Besonderheiten des Einzelfalls* die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende *Teilhabe* ... zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer...

Abs. 3: Den *besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter* oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen.

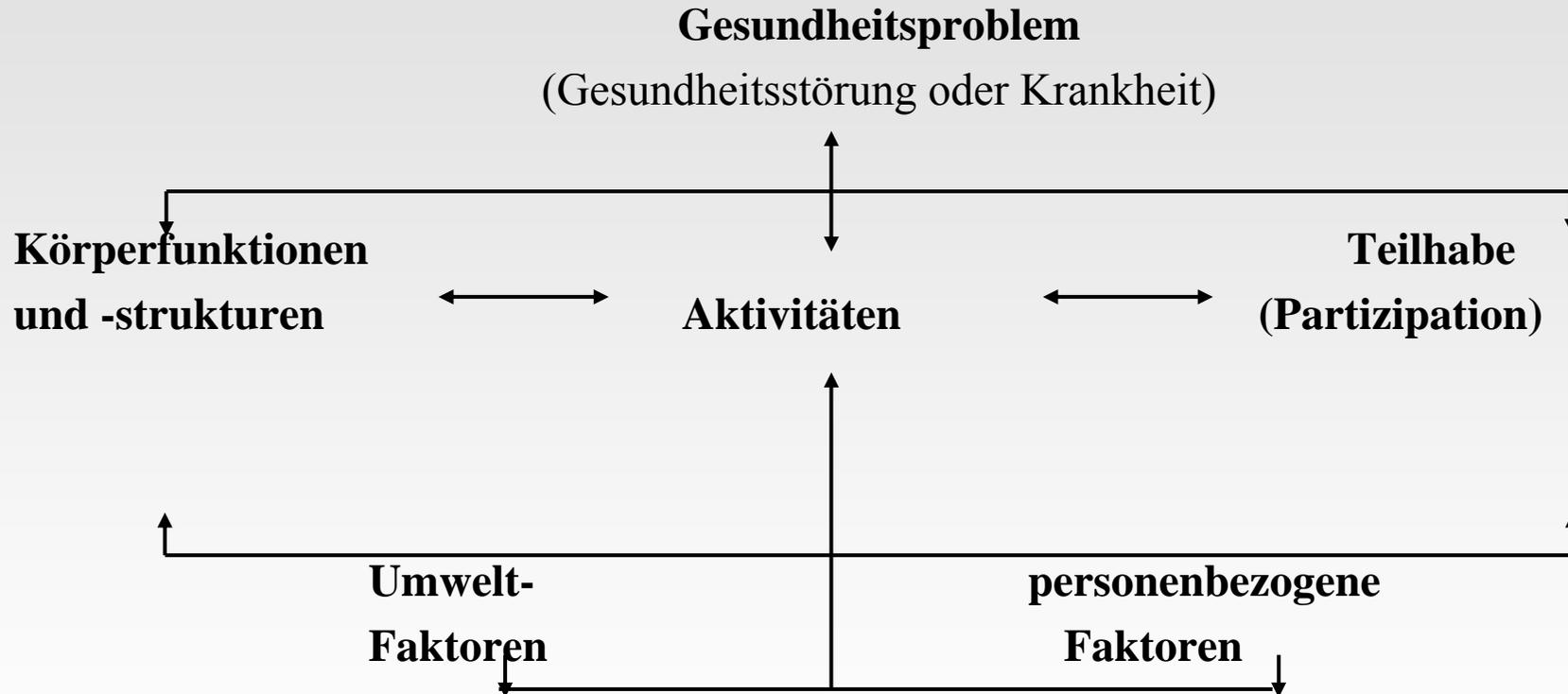
§ 1 SGB IX - Allgemeine Regelungen

§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

§ 4 Leistungen zur Teilhabe, Abs. 1 (Ziele)

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
2. Einschränkungen der *Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit* zu vermeiden ...
3. Teilhabe am *Arbeitsleben* entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten
4. die *persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern* ...
möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen

ICF - Das bio-psycho-soziale Modell

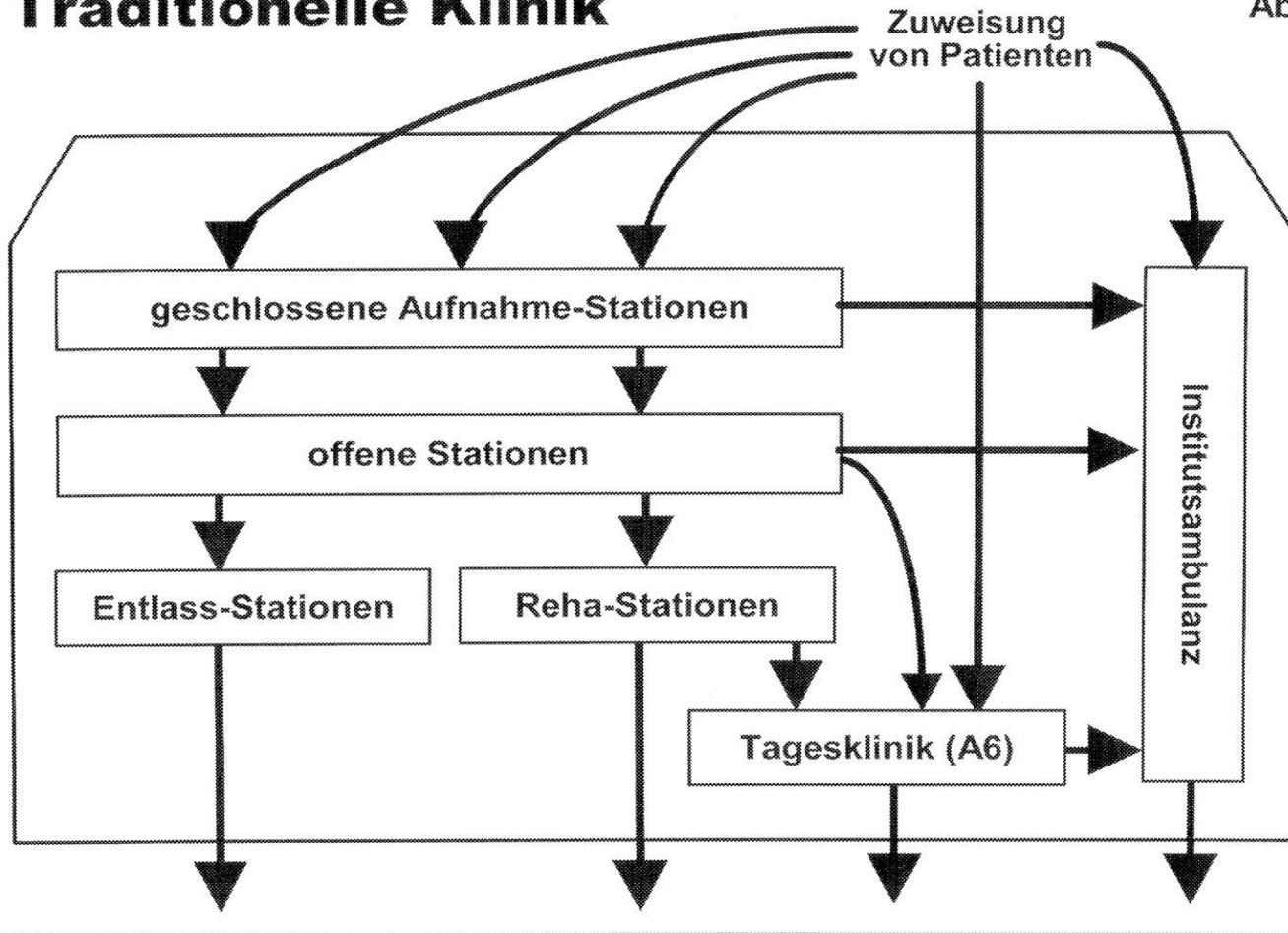


B Krankenhaus-Perspektive

Vom Einrichtungs- zum Personen- und Lebensfeld-Bezug

Traditionelle Klinik

Abb. 1



Kontinuität zum privaten und professioneller Kontext

- Familie, incl. Kinder
- Nachbarn / Vermieter
- FreundInnen
- Arbeitgeber / Kollegen
- Hausarzt / Facharzt
- Psychotherapeut
- Somatische Klinik
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Allgemeine soziale Dienste
- Komplementäre Einrichtungen
Suchthilfe / Altenhilfe
- Dienste und Einrichtungen für
Menschen mit geistiger Behinderung
- Betreuer / Bevollmächtigter
- Jugendhilfe
- Sozialamt / Wohnungsamt
- Amtsgericht
- M D K
- Krankenkassen

Abb. 3

Behandlungsziel: selbst gesteuertes Gleichgewicht

Patient wird zum Experten für seine Erkrankung und Behandlung
in seinem Lebenskontext

somatisch: z. B. Zuckerkrankheit, Ziel: Blutzucker im Normbereich,

durch abgestimmte Wechselwirkungen zwischen

- Ernährung
- Bewegung
- Medikamenten-Dosierung,

früher im *Kontext Krankenhaus-Station*,

>> vgl. „Käseglocke“ der stationären Suchttherapie

heute im *individuellen Kontext des wirklichen Lebens*

Insulin selber situativ angepasst

Die Organisationsstruktur der Klinik ändern, durch die neue Finanzierung unterstützt - Teil 1

- **Leitung:** *üblich* nach Gleichartigkeit der Behandlungsstufen, je getrennt für ambulant / stationär/ teilstationär

besser Verantwortung für Zielgruppen, störungsspezifisch u./o. regional
Prinzip der integrierten Behandlung im und von der Klinik aus im Lebensfeld
- **Beziehungskontinuität:** *bisher* innerhalb einer Behandlungsstufe, Unterbrechungen an den „Schnittstellen“ der „Behandlungskette“ bewirken Transferverluste
zukünftig: langfristige gemeinsame Erfahrung für weitere Behandlungsplanung orientiert an den individuellen Zielen, Erfahrungen und Ressourcen des Patienten sowie seines privaten und professionellen Umfeldes
- **Große Bedeutung des Kontextes:**
 - so früh wie möglich Behandlung im realen Leben
 - wichtige Bezugspersonen einbeziehen, aber nicht überfordern
 - soviel Schutz- und Schonraum, therapeutisches Milieu in der Klinik wie nötig
(auch für somatische Probleme)

Die Organisationsstruktur der Klinik ändern, durch die neue Finanzierung unterstützt - Teil 2

- **Qualitätssicherung:** Ziel-orientierte *Behandlungspfade* stationäre/teilstationäre/ambulante Behandlung übergreifend, vernetzt mit den externen Kooperationspartnern,
Ergebnis: Wirkung der Behandlung insgesamt und erprobt im wirklichen Leben
- **Abrechnungseinheiten für Behandlungspfade:**
mit Teilgruppen erproben, statt 100%-Ansatz in einem Schritt
z. B. *Personenbezogene Kompletpauschalen für definierte Zeitstrecken*,
z. B. 1 Jahr, und weniger / mehr
zur flexibel individualisierten Behandlung, mit Kontinuum der institutionellen Dosis
- ohne Bürokratieaufwand

EMPIRIE - Vergleich randomisierter Gruppen ergibt:
Erfolgreich: *Erst platzieren, dann rehabilitieren (DRAKE)*

besonders wichtig:

Allgemein formuliert - Der Bezug zum wirklichen Leben der Person
 ICF-Sprache - Partizipation und Kontext

Rehabilitationsansatz	Erreichte Integration in	
	Allgemeinen Arbeitsmarkt	Besch tzte Besch ftigung
Betrieblich mit Unterst tzung: erst platzieren, dann dort rehabilitieren	61 %	9 %
In Rehabilitationseinrichtung: erst trainieren, dann in Betrieb platzieren	11 %	71 %

Patienten-Orientierung und Ökonomie I

Die traditionellen Alternativen sind obsolet geworden:

- **Unbezahlbar**

ist eine ausreichend **lange nur stationäre Behandlung**, wie sie nötig wäre, um die Fragmentierung des Therapie-Prozesses zu vermeiden;

- **therapeutisch nicht vertretbar**

ist die flexible Anpassung der „Dosis Krankenhausbehandlung“ mit **häufiger Fragmentierung** der therapeutisch wichtigen Beziehungen.

Patienten-Orientierung und Ökonomie II

Beitrag zur **Reduktion der „strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen“**:

- Die Behandlung **wirkt besser**,
wenn die *reale Lebenswirklichkeit* praktisch und subjektiv in die Therapie einbezogen wird
- Die Behandlung ist **kostengünstiger**,
wenn die *„Dosis Krankenhausbehandlung“* flexibel, wann immer möglich, nach unten angepasst wird, auf der Grundlage *verlässlicher therapeutischer Beziehungen*

Rationalisierung hilft Rationierung vermeiden!

Verantwortung für Personen

institutionalisiert in Bezug auf die Maßnahmen, die *gleichzeitig und nacheinander* in Anspruch genommenen werden:

Beurteilung in Bezug auf

- o die *Wirkung*
- o die *Kosten*
- o die *Effizienz* = Nutzen/Kosten-Verhältnis für die einzelne Person/die Personengruppe

Beispiel: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV - www.dguv.de)
in Verbindung mit den Berufsgenossenschaften - *aus einer Hand*:

Behandlung, med. und berufliche Reha, Pflege - und Prävention!

=====

Aber z. B. Krankenkassen: Verantwortungs-Gliederung nach Maßnahmentearten
wie ambulante oder stationäre Fälle, PIA, ambulante Krankenpflege, Soziotherapie...

NUTZEN - aus Sicht der Patienten?
oder der Angehörigen? oder der Therapeuten?
oder der verschiedenen Kostenträger?

Realität = „Spartendenken“ zwischen und innerhalb
der verschiedenen Leistungsbereiche

Verantwortung institutionalisiert je für die Bereiche:

- Behandlung
- Rehabilitation/Eingliederung
- Pflege/Hilfe zur Pflege
- *Prävention/Sozialraum*
- *Grundsicherung*
- *usw.*

C Krankheitsfolgen steuern oft die primäre Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen

WIENBERG - Abb. A4: **Suchthilfe** bildet die „Spitze“, von der nach den beiden Seiten die

- Institutionen der *medizinischen* Primärversorgung
- der *psycho-sozialen/psychiatrischen* Versorgung

aufgereiht sind, die die Menschen wegen der Sucht*folgen*

- körperliche bzw. psycho-soziale - in Anspruch nehmen, ggf. müssen.

Abb. A5 & A6: Welche unterschiedlichen Institutionen mit der Zielgruppe befasst sind

Abb. A7: **Netzwerke**, die Zielgruppen-spezifische Kooperation der Suchtkompetenz mit anderen Professionellen

- z. B. Netzwerk 1 mit somatischen Kliniken (Intensivabteilung) und Jugendhilfe
- z. B. Netzwerk 5 mit Institutionen der Arbeitswelt

A2 Zielgruppen alkoholbezogener Interventionen

Alkoholbezogene Störungen sind in der Population **kontinuierlich** verteilt.

Es gibt unterschiedliche Zielgruppen alkoholbezogener Interventionen.

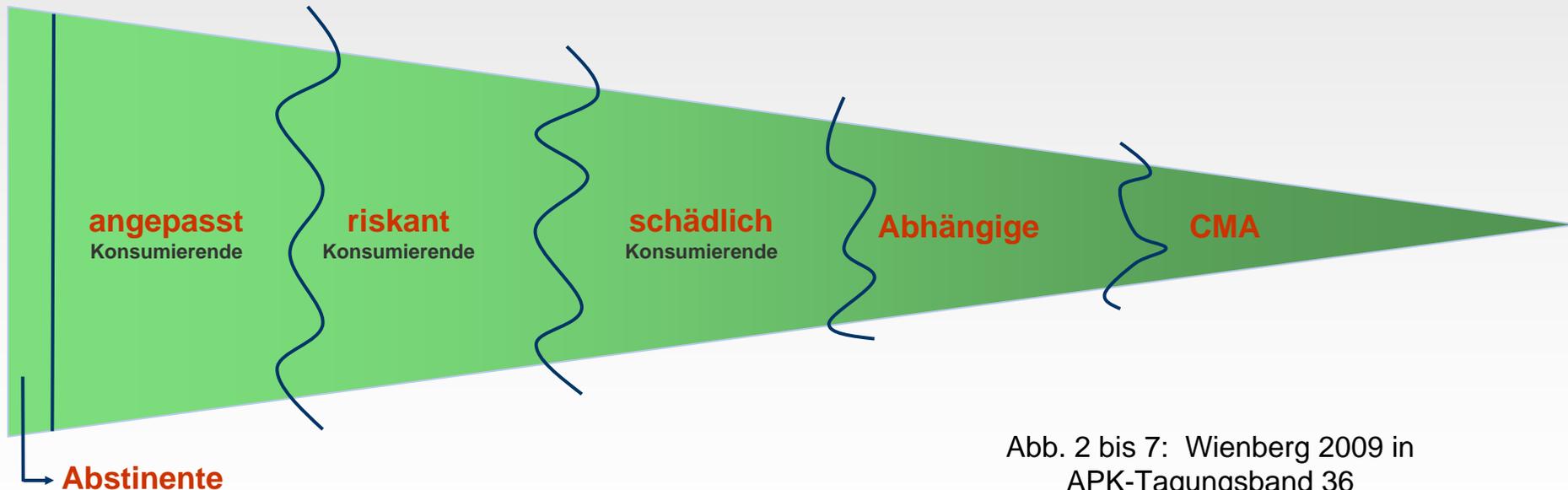
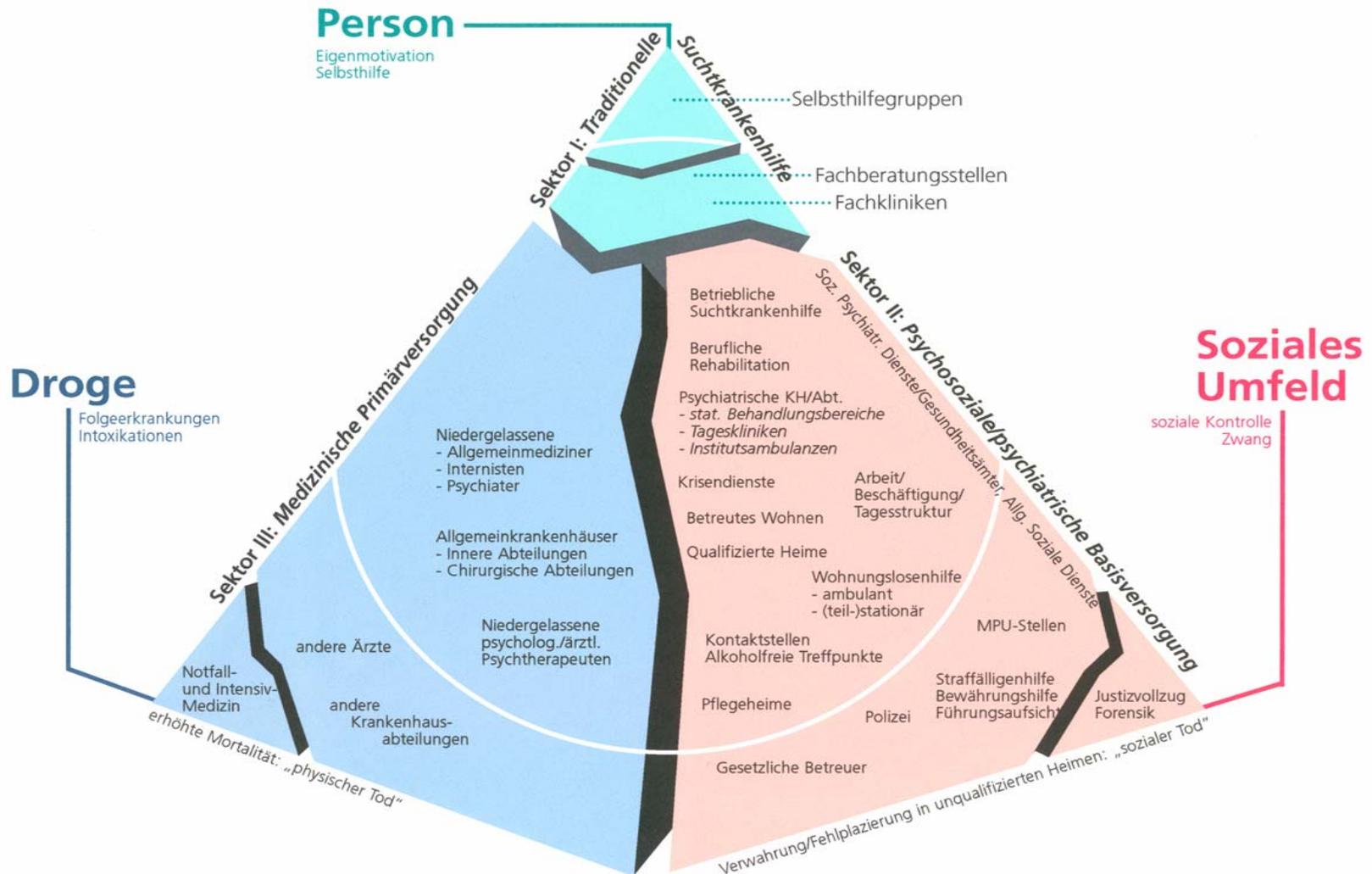


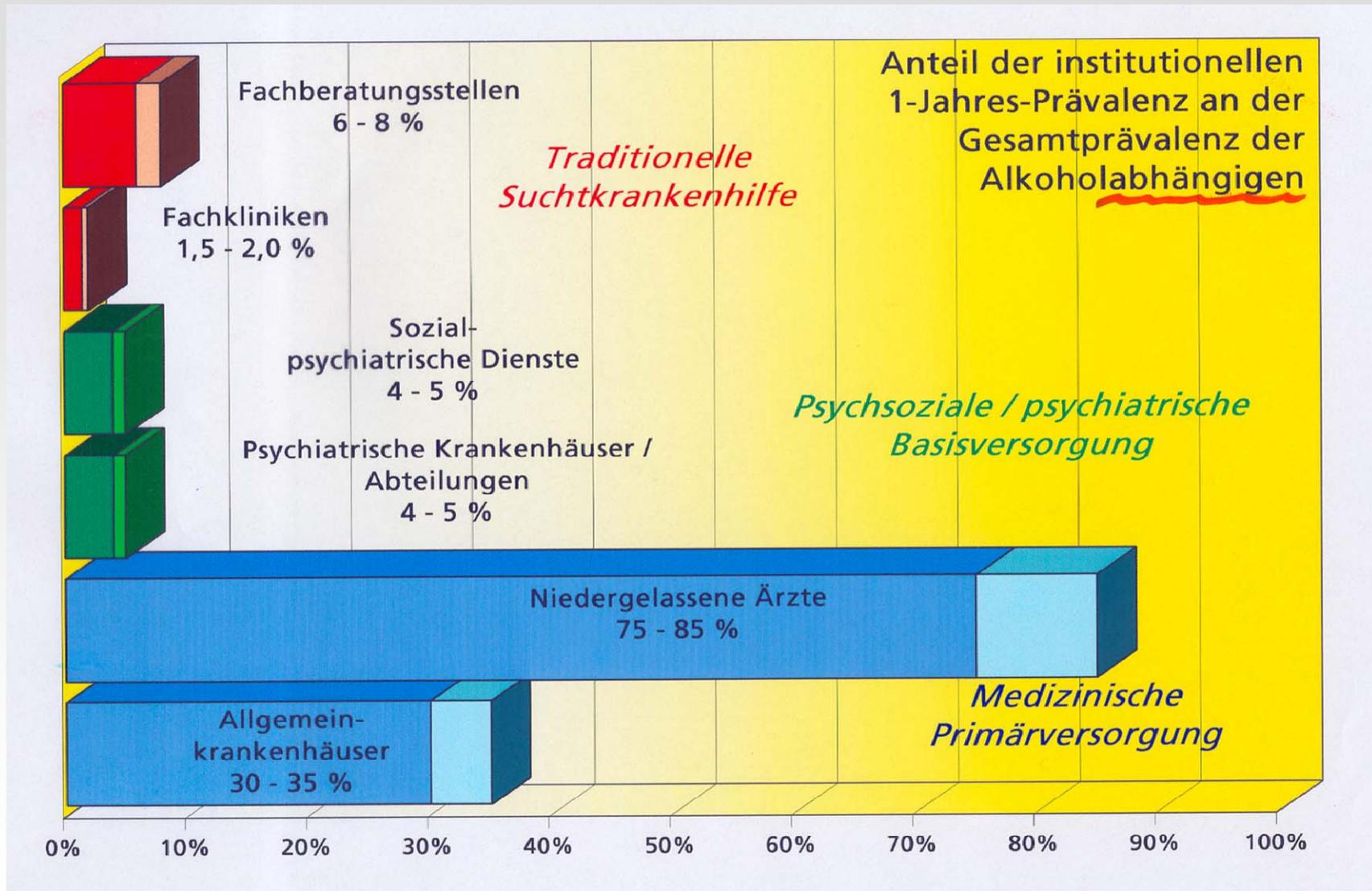
Abb. 2 bis 7: Wienberg 2009 in
APK-Tagungsband 36

A4 Wienberg: Dreieck „vergessene Mehrheit“

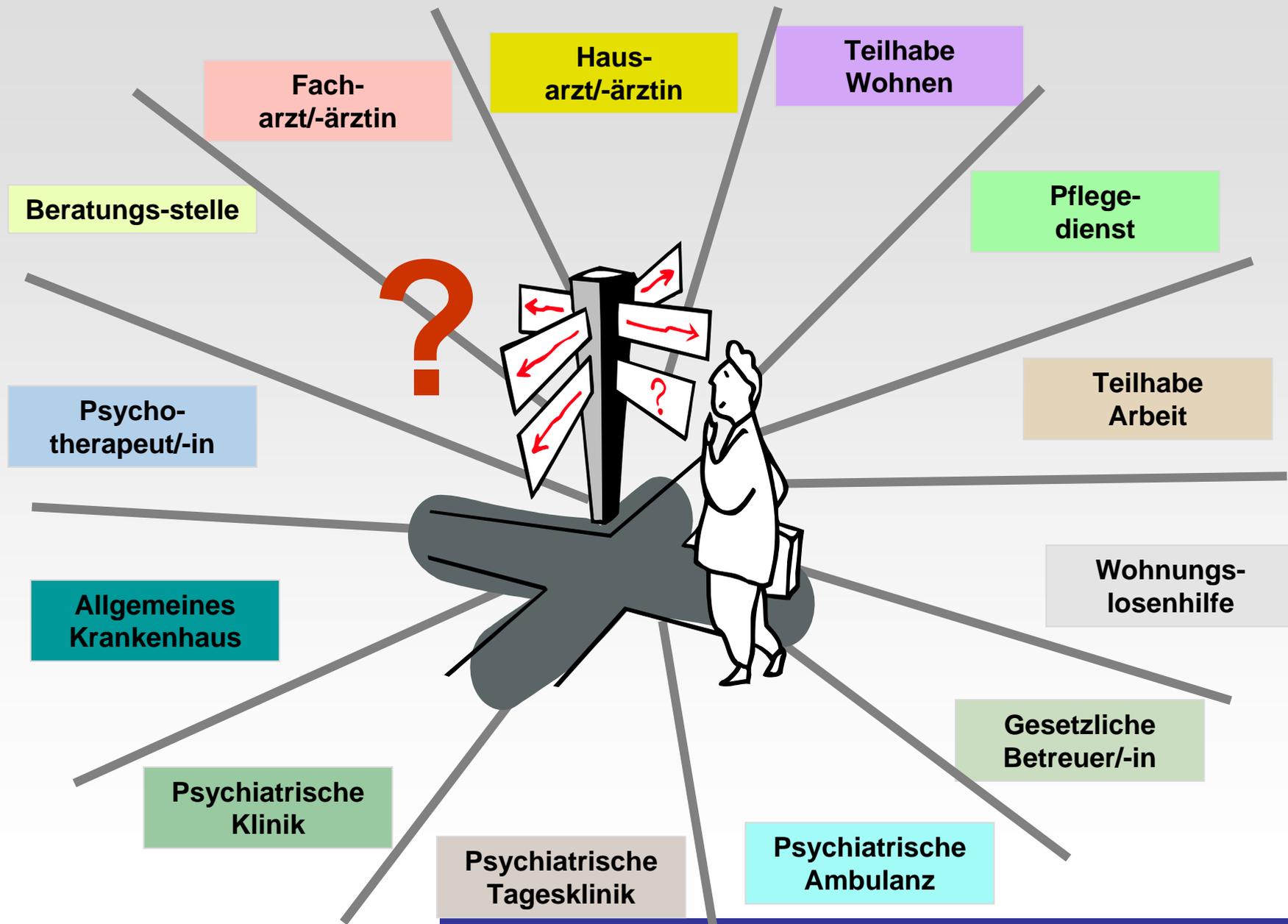


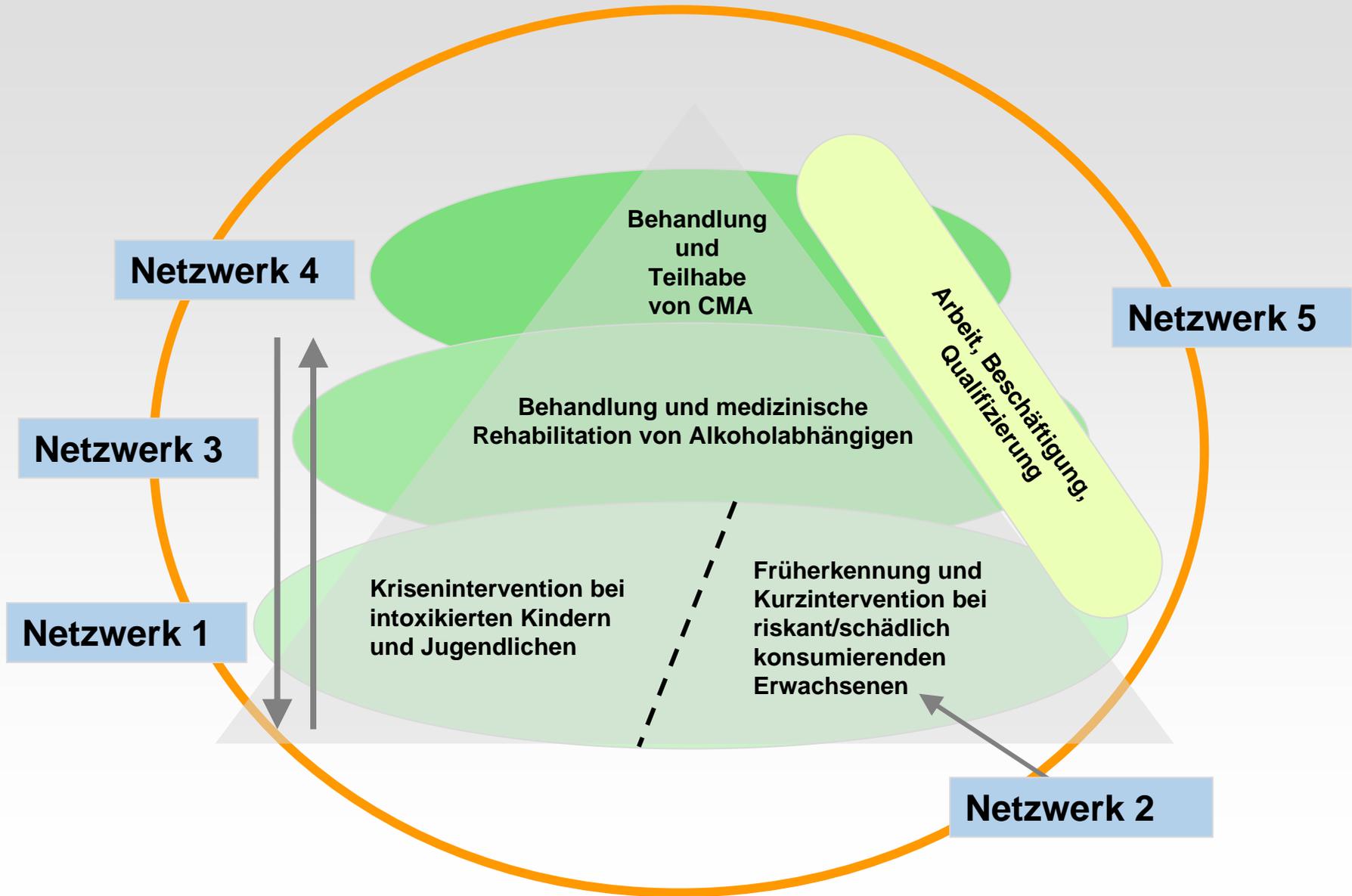
(WIENBERG 1990 ff.)

A5 WIENBERG: Kontaktdichte nach Versorgungssektoren

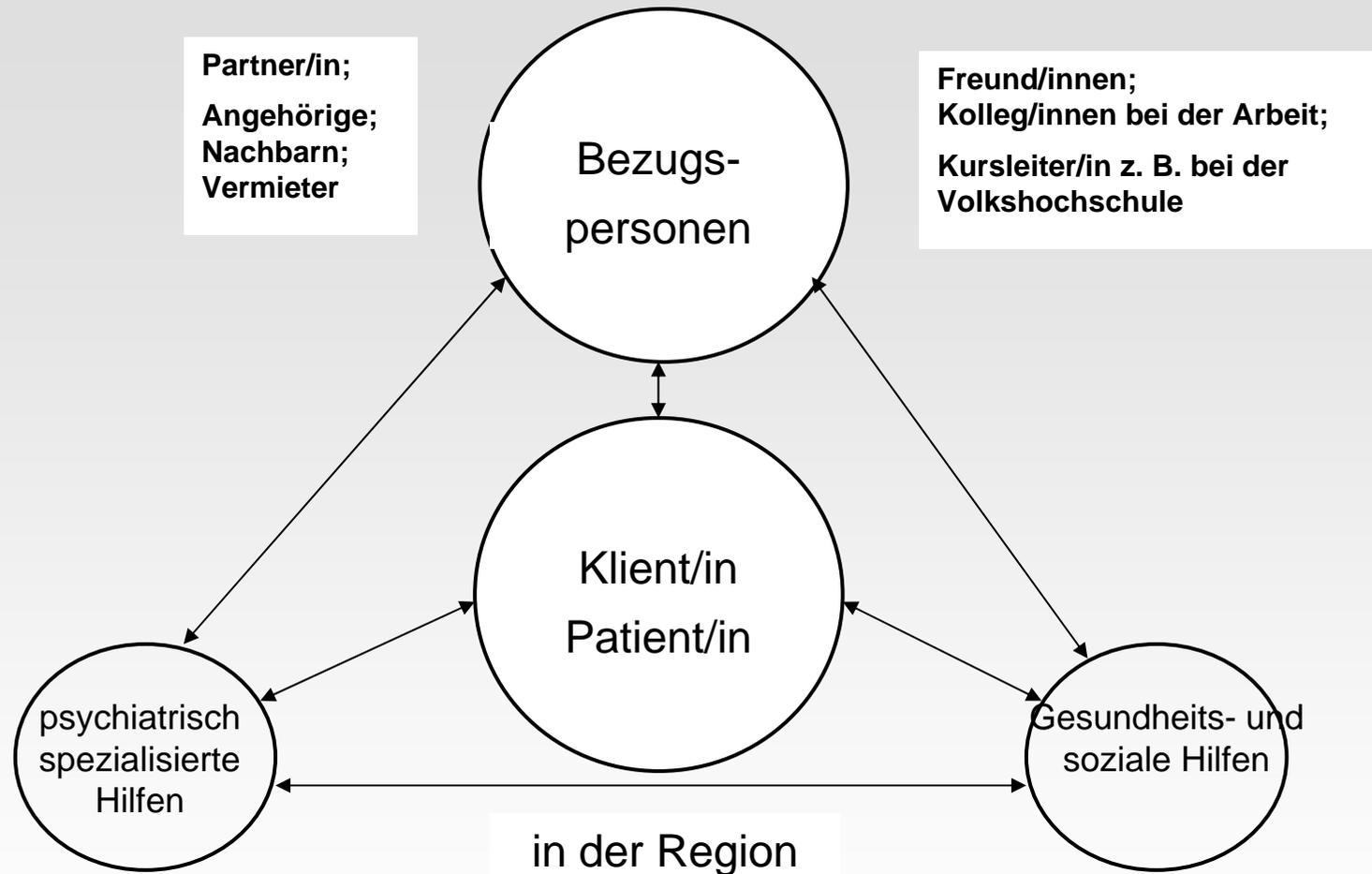


(WIENBERG 2001)





Integration und Normalisierung – personale Ebene



**Partner/in;
Angehörige;
Nachbarn;
Vermieter**

**Freund/innen;
Kolleg/innen bei der Arbeit;
Kursleiter/in z. B. bei der
Volkshochschule**

**ambulante sozialpsychiatrische Behandlung
sozialpsychiatrische Leistungen zur
Selbstversorgung im Wohnbereich, zu(r)
Arbeit/Ausbildung u. Freizeit sowie Begleitung
durch eine therapeutische Bezugsperson/
Behandlungsplanung u. -abstimmung,
Krankenhausbehandlung**

**niedergelassene Haus- und Fachärzte/ärztinnen;
Beratungsstellen (Mieter-, Schuldner-, Familien-,
Arbeitsvermittlung usw.);
Allgemeinkrankenhäuser;
Selbsthilfegruppen; Sozialstationen**

Integration und Normalisierung der Versorgung

Gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen (inkl. Klinik) in Kooperation mit NICHT-psychiatrischen Dienstleistungen, die vorrangig zu nutzen sind z. B.

- o ÖPNV
- o Freizeit-/ Sport-/ Kultur-Angebote, Volkshochschule, Vereine ...
- o Dienstleistungen für Ausbildung, beruflichen Bildung, Arbeit und Beschäftigung (Betriebe, Arbeitsagentur, Kommune)
- o Dienstleistungen im Wohnbereich und für Alltagsbedarf
- o Allgemeiner Sozialdienst (kommunal)
- o Schuldnerberatung
- o Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche (kommunal)
- o Altenhilfe
- o Suchthilfe
- o Wohnungslosenhilfe
- o Ordnungsamt/ Polizei/ Justizvollzugsanstalt

Was ist Aufgabe der Profi-/Fachleistung ? für Teilhabe in der Gemeinschaft - z. B. Fussball

- Profi u. Klienten vor dem Fernseher in der Tagesstätte
Kontext: institutionell organisiertes Milieu
- Profi mit Klienten im Fussballstadion
Kontext: im normalen Leben, aber Psychiatriegruppe
- Profi organisiert Kontakt zu „Fussballfreunden“, die als **Psycho-Paten** (ehrenamtl. Helfer) mit Klienten als Fussball-Fan-Gruppe ins Stadion gehen
Kontext und Gruppe normal

Profi-Leistung - spezifische Kompetenz:

den Kontakt anbahnen und beide Seiten befähigen, im Stadion einen schönen Nachmittag zu verbringen -

*Aber: Finanzierung meist nur direkte Patientenleistungen
ohne die Kontext-Arbeit*

D TEILHABE

Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe 1

ZIELE: Neuausrichtung von einer überwiegend einrichtungsorientierten zu einer personenzentrierten Hilfe,

Unterteilung der Leistungen in ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen entfällt

Förderung von Inklusion in Übereinstimmung mit der VN-Konvention

(Quelle: Arbeits- und Sozialministerkonferenz 10/2010)

Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe 2

Breiter Konsens: Personenzentrierte Teilhabeleistung,

- die individuelle Bedarfe und das Selbstbestimmungsrecht stärker berücksichtigt
- bundeseinheitliche Kriterien und Maßstäbe zur Bedarfsermittlung und zum Teilhabemanagement
- Trennung der Leistungen zum Lebensunterhalt/Wohnen von den Fachleistungen der Eingliederungshilfe
- Flexibilisierung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben, Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt
- durchlässiges, flexibles Hilfesystem
- Kostenneutralität und angemessene finanzielle Beteiligung des Bundes

IBRP - Integrierter Behandlungs- und Rehabilitations-Plan

Personenzentrierte Hilfeplanung

mit Patient verhandeln, individualisiert und integriert

Ziel- und Lebensfeld-bezogen

übergreifend in Bezug auf im Quer- und Längsschnitt beteiligte

Berufsgruppen, Einrichtungen, Leistungsträger

Vorrang haben *eigene Ressourcen und die von Bezugspersonen (privat, beruflich)*

vor **nicht** *psychiatrischen professionellen Hilfen*

vor *psychiatrischen professionellen Hilfen*

HPK - Hilfeplankonferenz berät und beschließt Empfehlung an die Leistungsträger
(noch überwiegend fokussiert auf Eingliederungshilfe)

ASMK/ BAGüS: Weiterentwicklung des Leistungsrechts für Menschen mit
Behinderung und pflegerischem Bedarf

E Ökonomie

**von der Verantwortung für Maßnahmen
zur Verantwortung für Personen:**

**„Strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen“
überwinden (Empfehlungen ... 1988)**

**1. FEHLANZEIGE! KEINE Verantwortung für Personen
über Maßnahme-Grenzen hinweg -
„Spartendenken“!**

KEINE BEURTEILUNG der Maßnahmen, **die gleichzeitig und nacheinander**
in Anspruch genommenen werden in Bezug auf

- o die *Wirkung*
- o die *Kosten*
- o die *Effizienz* = Nutzen/Kosten-Verhältnis für die einzelne Person/die Personengruppe

z. B. Krankenkassen:

nach Maßnahmentearten - Fälle, PIA, ambul. Krankenpflege Soziotherapie...

Aber: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV - www.dguv.de)

in Verbindung mit den Berufsgenossenschaften - *aus einer Hand*:

**Behandlung, med. und berufliche Reha, Pflege - und Prävention, die
Bedarf für Behandlung, Reha und Pflege mindert !**

2. Betriebswirtschaftliche Dynamik des Systems

Wenn die Maßnahme-Logik des Systems
und die betriebswirtschaftliche Maximierung
die normativen Handlungsziele (Abb. 3) dominieren, dann:

➤ **sparen** die Leistungsträger

➤ **expandieren** die Leistungserbringer

ohne Rücksicht auf die ökonomischen Folgen - Nutzen und Kosten

*Das Versorgungssystem wird angetrieben von den nach Maßnahmen strukturierten **Partikularinteressen** > Wettbewerb < der untereinander konkurrierenden Leistungsträger und Leistungserbringer - gilt sogar intern!*

CHAOS-STEUERUNG:

Zielgerichtete Steuerung findet so nicht statt.

Leistung folgt dem Geld, aber folgt das Geld der richtigen Leistung?

3. Patienten-orientierte Normen und Ziele

in Gesetzen wirken nicht,

wenn die starke *betriebswirtschaftliche* Steuerung des Handelns auf allen Ebenen im System der sozialen Sicherung auf Verantwortungsbereiche nach der *Maßnahme-Logik* gerichtet bleibt.

Personen-/Nutzer-Orientierung

muss betriebswirtschaftlich

lohnend werden!

4. Perspektivwechsel

Das Versorgungssystem und seine Finanzierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Menschen auszurichten:

- **Statt: Angebotsorientierung, die von institutionell definierten Maßnahmen ausgeht** – entsprechend Finanzierung, Konzepten, Trägern, denen die Menschen ihren Bedarf anpassen müssen
- **Ziel: Orientierung am Bedarf der Menschen in Regionen, und die Leistungen als personenbezogene Therapie-Funktionen erhalten, die in die Lebensfelder der Patienten wirken.**
- Relevanz und Nachhaltigkeit von Therapie wird im wirklichen Leben der Patienten entschieden,
- oder das Leben in der Institution wird zur Lebenswirklichkeit des Patienten.

5. Ökonomische Verantwortung für Personen

Matrix-Struktur:

Die Verantwortung für Personen/Personengruppen integriert die Maßnahmen-Zuständigkeit, auch Leistungsträger-übergreifend

institutionalisiert die Beurteilung der Maßnahmen, die *gleichzeitig und nacheinander von Personen* in Anspruch genommenen werden in Bezug auf

- o die *Wirkung*
- o die *Kosten*
- o die *Effizienz* = Nutzen/Kosten-Verhältnis für die einzelne Person/die Personengruppe

Beispiel: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV - www.dguv.de)

**in Verbindung mit den Berufsgenossenschaften - *aus einer Hand*:
Behandlung, med. und berufliche Reha, Pflege - und Prävention!**

**Aber z. B. Krankenkassen Verantwortungs-Gliederung nach Maßnahmearten
für ambulante oder stationäre Fälle, PIA, ambulante Krankenpflege, Soziotherapie...**

Themen

- A Krankheit - Behinderung > < Behandlung - Rehabilitation
Ziele des SGB IX
- B Krankenhaus-Perspektive
- C Krankheitsfolgen steuern oft die primäre Inanspruchnahme
- D Teilhabe - Neuausrichtung der Eingliederungshilfe
- E Ökonomie - von der Verantwortung für Maßnahmen zur
Verantwortung für Personen

„Gesundheitsversorgung“ -

geht weit über Behandlung/SGBV hinaus!

Personenkreis mit Krankheiten und Krankheitsfolgen nach ICF, die zu komplexem Hilfebedarf führen:

ambulante Versorgung durch bis zu 8 Einzelleistungen von verschiedenen Leistungserbringern, finanziert von von verschiedenen Leistungsträgern

die individuelle Koordination und Steuerung überfordert oft die Betroffenen, deshalb zur Entlastung:

stationäre Versorgung - die Institution als im Querschnitt integriertes Paket/Komplexleistung, z. B. Krankenhaus, Heim

➤ *Assessment und Case-Management* < über die Grenzen von Einrichtungen und Leistungsträgern hinweg unzureichend als professionelle Aufgabe anerkannt und finanziert

E8 Gefahr des Missbrauchs

Achtung:

*Die Patienten-Orientierung pervertiert,
wenn sie primär betriebswirtschaftlich als „Wertschöpfungskette“
und zur „Kundenbindung“ im institutionellen Eigeninteresse
missbraucht wird.*

***9. Regionale Versorgungsverpflichtung* - Kann diese durch Wettbewerb, Konkurrenz, zentrale Ausschreibungen für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und Folgen erreicht werden ??**

Besonderheit psychischer Erkrankungen:

- denn je schwerer die psychische Erkrankung,
- desto geringer der Wunsch nach Behandlung
- umso größer die Gefahr der Zerstörung der Beziehung zu Angehörigen

- Stigma - das „2. Leiden“
Musil: Psychische Krankheiten sind „minderwertige“ Krankheiten

Therapeuten u. a. Profis sind in Bezug auf ihre Handlungsziele Konflikten ausgesetzt zwischen

- Humanitären Werten,
- (Sozial-)Gesetzen
- Lehrmeinungen, Leitlinien, Evidenz, Versorgungsforschung, QM
- Erwartungen von Patienten und Angehörigen
- Fachöffentlichkeit, regional, national, international
- Stigma oder Wertschätzung in der Öffentlichkeit, in Medien
- Kommunal-, Landes-, Bundes-Politik
- praktischer Verfügbarkeit von Angeboten
- Eigennutz von Therapeuten

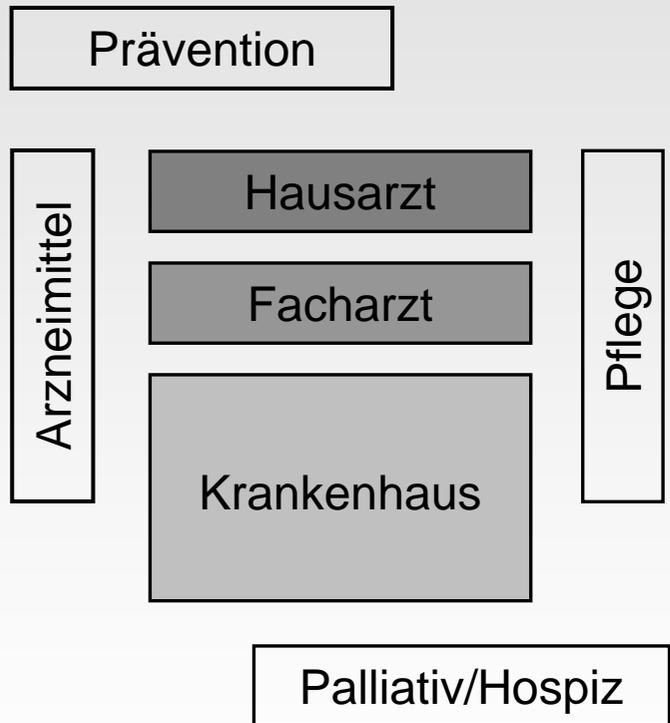
-
- ***Ökonomischen Rahmenbedingungen mit Anreizwirkung / betriebswirtschaftlicher Optimierung bei Leistungsträgern und Einrichtungen***

Weitere Themen - nicht erörtert, z. B.:

- o Privatisierung von Einrichtungen und Kliniken: Rechtsform gGmbH oder Inhaber/Aktionäre >> Gewinnentnahme
- o Verwaltung, Betriebswirt ... als Vorgesetzte der Therapeuten
- o „Deckungsbeiträge“ und Quersubventionierung
- o Therapeutische Leitung: Bonus für finanziellen Erfolg
- o Psych-PV finanziell ausgehöhlt: gefährlich für besonders vulnerable Personengruppe, staatliche Garantie der Strukturqualität Personal-Ausstattung unwirksam?
- o Pauschalierung der Finanzierung und Realisierung des individuellen Rechtsanspruchs der Patienten durch individuelle Entscheidung von Therapeuten unter ihren Arbeitsbedingungen

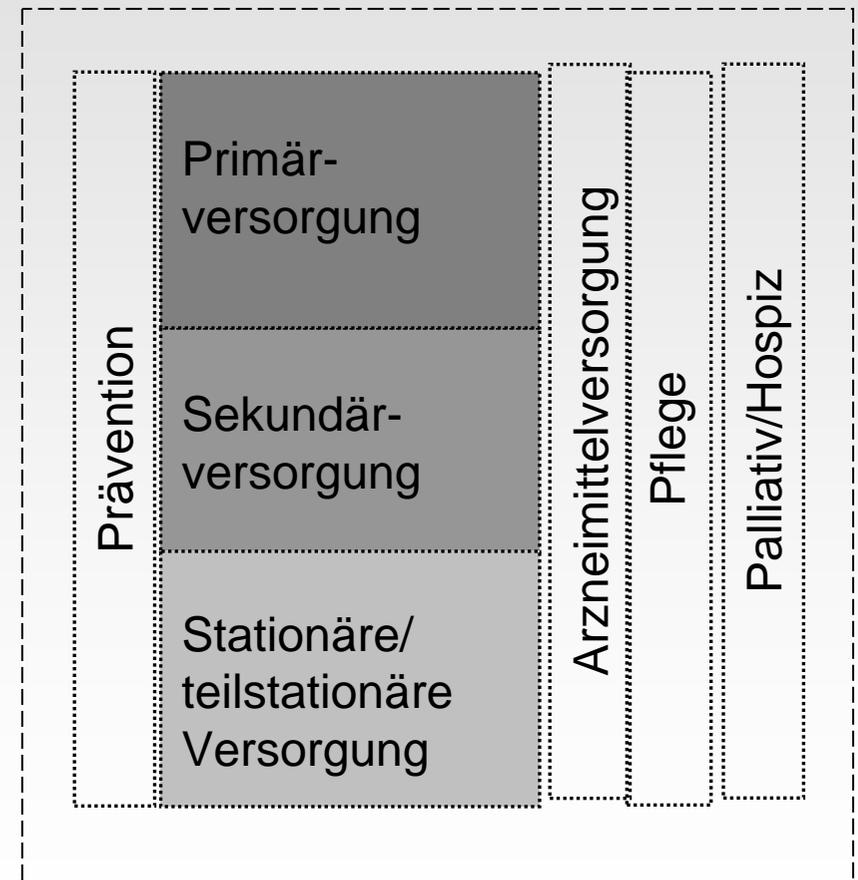
Traditionelles System

Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept

Populationsorientiert und sektorübergreifend



Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung.

KL : interne Leistungsvereinbarung / Personal-SOLL (Abteilung / Station)

Behandlungsleistungen	Ärzte	Pflege	Psychologen	Sozialarbeiter	u.a.
X stationäre Betten	VK	VK	VK	VK	VK
Y tagesklin. Plätze	VK	VK	VK	VK	VK
Z Amb.-Fälle	VK	VK	VK	VK	VK
	Σ VK	Σ VK	Σ VK	Σ VK	Σ VK

Abb. 4

2. Missverständnis: *Ökonomie = Gewinn-Maximierung bzw. Sparen*

Ökonomie und Ziele:

- vorgegebenen **NUTZEN** mit möglichst geringen **MITTELN** erreichen (*Minimalprinzip*)
- mit vorgegebenen **MITTELN** möglichst großen **NUTZEN** bewirken (*Maximalprinzip*)

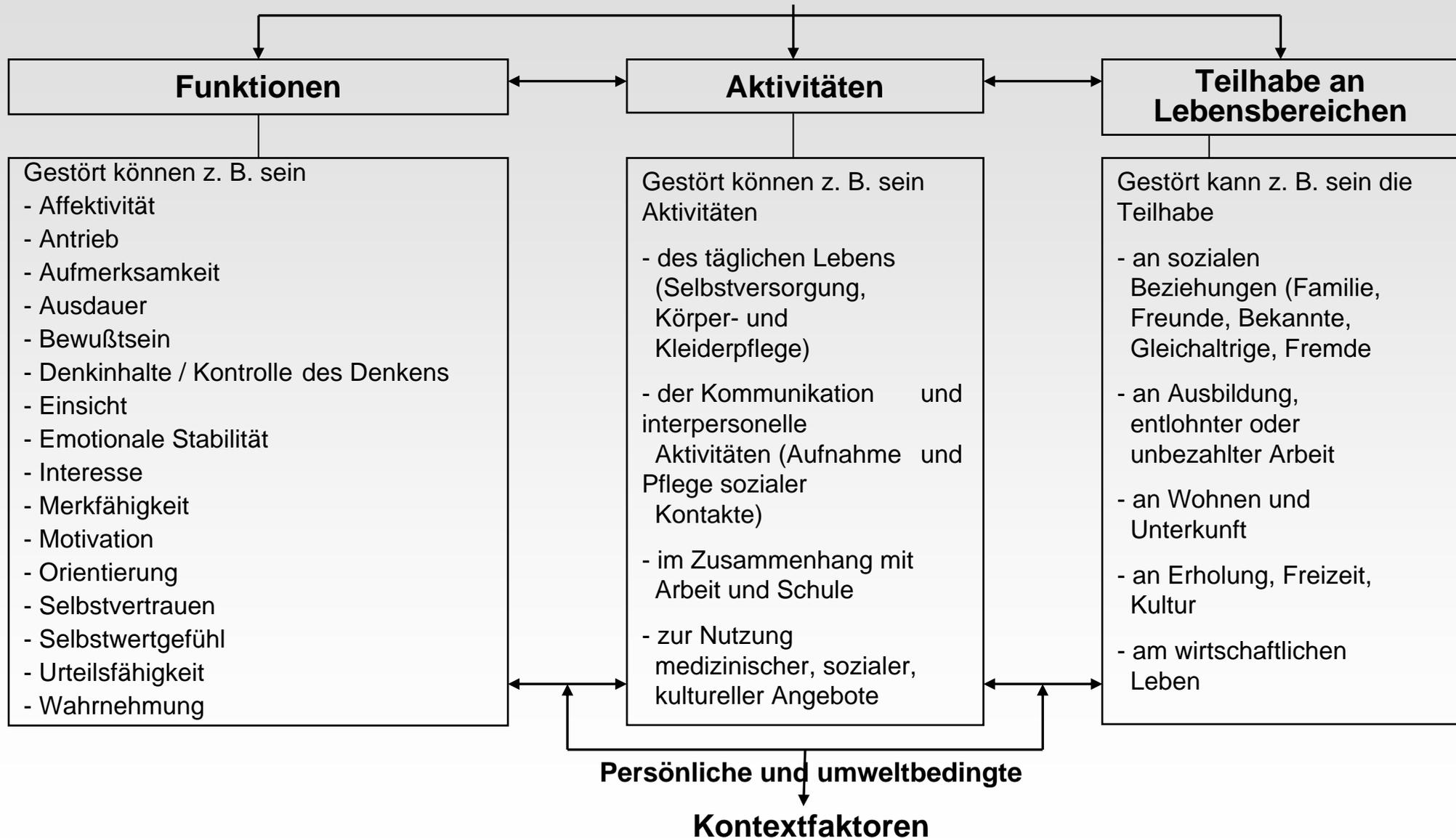
Effizienz als Verhältnis von **Nutzen** und **Mitteln**

Nutzen - welcher Nutzen und für wen?
Mittel zu wessen Lasten?

Ökonomie: Ziele

- vorgegebenen NUTZEN mit möglichst geringen MITTELN erreichen
- mit vorgegebenen MITTELN möglichst großen NUTZEN bewirken

Psychische Erkrankungen / Behinderungen



B2 FORTSETZUNG:

Diese Abbildung veranschaulicht unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beispielhaft die unterschiedlichen möglichen Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung und lässt die Wechselwirkung zwischen den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen erkennen. Sie verdeutlicht damit, dass es sich bei psychischen Erkrankungen, ins-besondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind. Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfordert daher eine genaue Kenntnis der Person des erkrankten Menschen, der vorhandenen und beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.

3. Fragmentierung nach Maßnahmen vs. Verantwortung für Personen

Horizontal: Maßnahme-bezogene Zuständigkeiten sehr differenziert

Vertikal: Zuständigkeit für Personen - über Maßnahmegrenzen hinweg ist unterentwickelt

Personen -Bezug

	1	2	3
Ausschüsse des Bundestages Gesundheit, Familie u. a.			
Ministerien Gesundheit vs. Familie vs. Arbeit (z. B. Sozialhilfe)			
BMG z.B. stationär vs. ambulante Behandlung, oder Pflege			
Sozialgesetze I-XII			
<i>Nach Maßnahmen gegliedert</i>			
Kranken-/Pflege-Kassen, DRV, Sozialhilfe			
Einrichtungen und Dienste			
Therapeuten, Tätigkeitsfelder			