

## Forum 5: Von der Klinik in den eigenen Wohnraum. Entlassung nach Maß.

Jürgen Hartlieb, Klinikum Stuttgart

---

### Entlassungsmanagement (EM)

**Einleitung:** Warum Kliniken sich seit einigen Jahren verstärkt dem Thema EM zuwenden.

Hauptsächlich:

- Seit spätestens Januar 2012 besteht gesetzliche Vorgabe über das Versorgungsstrukturgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung. Niederschlag in SGB V insbes. § 39:

*„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung.“*

Gehört somit zu den Kassenleistungen, ist abrechenbar, Praxis noch unklar.

- Kürzere Verweildauer bei stationären Behandlungen:

Dies bedeutet nicht, dass Patienten früher genesen, oder die Behandlungsmöglichkeiten dramatisch an Effizienz gewonnen hätten, sondern dass Klienten häufig noch nicht symptomfrei entlassen werden, bzw. sich noch in der gesundheitlichen Stabilisierungsphase befinden und so im ambulanten Versorgungsbereich ankommen.

Daher muss die Nachsorge zunehmend in den Stabilisierungsprozess mit einbezogen werden. Vermeidung des Drehtüreffektes.

### 1. Funktion und Rolle der Koordinierenden Bezugsperson (KB) im Rahmen des Entlassungsmanagements (Bezug mit Modellcharakter: Sozialpsychiatrisches Behandlungszentrum Mitte / Klinikum Stuttgart.)

Als Mitarbeiter im GPZ habe ich für viele Klienten die Rolle der KB. Überwiegend handelt es sich hierbei um Klienten, mit denen ich länger, bis hin zu vielen Jahren in Kontakt stehe. Die Übernahme dieser Bezugsrolle ist jeweils mit dem Klienten abgesprochen und kann selbstverständlich auch abgelehnt werden. Nach Aufnahme eines Klienten im Behandlungszentrum Mitte übernimmt die KB eine ganze Reihe von Aufgaben:

- Einbringen der ambulanten Verlaufsgeschichte, Darlegung der Umstände, die zur Destabilisierung des Klienten und zur Einweisung führten, Schilderung der Versorgungssituation (medizinisch, PIA, Tagesstruktur, bestehende GPZ- Einbindung, häusliche Situation.....). Dieses geschieht im Kreise aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen und des Betroffenen.

- Benennung der Allgemeinen Lebenssituation, familiäre bzw. lebensweltbezogene Faktoren, Ressourcen benennen, die eine ganzheitliche Sichtweise ermöglichen.

Einbezogen in die Problemanalyse werden je nach Vorliegen auch Sichtweisen von Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, Lebenspartner, bis hin zu Vertretern von beteiligten Einrichtungen, wie Jugendamt (sofern Kinder im Haushalt leben) oder Wohnungsnotfallhilfe (Verhinderung von Obdachlosigkeit, Übergangsversorgung bis Hilfen der Eingliederungshilfe vermittelt werden können....)

- Die KB behält auch während des stat. Aufenthaltes eines Klienten seine Bezugsrolle bei. Es erfolgt in planerischer Hinsicht keine Fallabgabe an den Sozialdienst der Klinik bzw. an Personen, die dem Klienten nicht vertraut sind. Als KB bleibt man bei allen wichtigen Entscheidungen, Prozessen und Planungen einbezogen und übernimmt Verantwortung für deren Umsetzung.

- Die KB fördert die Schnittstellenarbeit zwischen stationären und ambulanten Hilfen während des stat. Aufenthaltes, z.B. wenn ein Klient zuvor tagesstrukturierende Hilfen im GPZ in Anspruch nahm, soll dieses nach Möglichkeit auch während des stat. Aufenthaltes fortgeführt werden. Wichtige Versorgungsaspekte aus der ambulanten Betreuung, die sich bewährt haben, auch Kontakte innerhalb des GPZ, sollen frühzeitig wieder aufgenommen werden.

- Falls vor einer stat. Behandlung keine GPZ- Vorbetreuung bestand, werden während der stat. Behandlung Versuche unternommen Betroffene an die Tagesstätte /Arbeitstherapie im GPZ heranzuführen im Sinne einer Tagesstruktur, die nach der Entlassung zu einem wichtigen Bestandteil der Versorgung beitragen kann. Auch regelmäßige Gespräche mit der KB im GPZ werden nach Möglichkeit beibehalten.

Dieses verbessert nachhaltig die Chance, dass Betroffene auch nach der Entlassung die Angebote im GPZ nutzen und aus der Versorgung nicht herausfallen.

Grundsätzlich werden im EM stationäre und ambulante Versorgungsbausteine nicht als isolierte, sich gegenüberstehende „Blöcke“ verstanden, sondern die Vernetzung und Nutzung beider erfolgt parallel und nach erhobenem Bedarf. Die frühe Vernetzung von amb. und stat. Versorgung schafft Verbindlichkeiten und Gewöhnung, hilft Ängste abzubauen, vermittelt Niederschwelligkeit.

- Besondere Gewichtung erhält die frühzeitige Klärung von Stressfaktoren (häusl. Umfeld, Wohnungsprobleme, Versorgung eigener Kinder, Überforderung, materielle Notlagen, Beziehungs- Familiäre Konflikte, Einsamkeit, fehlende Beschäftigung....) die das Auftreten von Krisen begünstigen können im Sinne einer Rückfallprophylaxe nach der Entlassung. Lösungswege und Vorschläge werden während des stat. Aufenthaltes besprochen und eingeübt.

- Wichtig ist seitens der KB eine Einschätzung abzugeben, was in der bisherigen ambulanten Versorgung fehlte und angeregt werden sollte bzw. was sich in der Vergangenheit bewährte, Bspw. Vorschlag der Vermittlung in eine geeignete Betreute Wohnform, sollte ein Pflegedienst in die weitere Versorgung einbezogen werden, bestehen Voraussetzungen für die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen?, Sichtweisen, die stets die Ressourcen des Klienten mit einbeziehen (z.B. vorhandene Grade der Selbstversorgung, Interessen, Ressourcen aus dem sozialen Umfeld).

- Die KB begleitet den Klienten während der Dauer der stat. Behandlung, Gespräche in der Klinik und im GPZ werden fortgesetzt, der Betreuungskontakt bleibt stabil. Die Einleitung von Maßnahmen erfolgt in enger Absprache und ausschließlich mit Zustimmung des Betroffenen. Natürlich gibt es Betroffene, die im Rahmen des EM empfohlene Hilfen und Nachsorgevorschläge ablehnen. In solchen Fällen kann es zentrale Aufgabe des KB sein eine Mindestversorgung sicherzustellen, wie die Vermeidung etwaig drohender Obdachlosigkeit, ggf. Beantragung einer gesetzlichen Betreuung, Erarbeitung von Kompromissvorschlägen, Diskussion und Abklärung von Alternativen.....

## 2. Auswirkungen des EM in der Praxis:

- Der Einbezug von Erfahrungen und Erkenntnissen aus der ambulanten Vorbetreuung verbessert die Chance einer bedarfsgerechten Entlassplanung. Andernfalls kann es im stationären Kontext zu Fehleinschätzungen der Bedarfslagen kommen und das Vorhaben einer passgenauen Versorgungsplanung nach der Entlassung kann misslingen.

Es kommt vor, dass Betroffene in der Vollversorgung einer Klinik einen anderen Eindruck vermitteln, als im eigentlichen Lebensumfeld, und von sich aus kaum Problemlagen ansprechen bzw. ihrerseits notwendige Hilfen nicht einfordern. (KB).

- EM verläuft multiprofessionell, neben dem behandelnden Arzt, der KB sind ebenso Pflegekräfte, Ergotherapeuten, Psychologen (falls in Behandlung einbezogen), Betreuer, Sozialdienst der Klinik. Im Einzelfall ergänzt durch Angehörige...Vertreter anderer Institutionen.. einbezogen.

- Die GPZ sind im Klinikum Stuttgart in die Gesamtversorgung integriert und übernehmen in vielen Fällen nach vorherigem EM nahtlos die Nachsorge. So werden ebenfalls längere Abbrüche bei amb. Versorgungsbezügen und persönlichen Kontakten vermieden.

- Über die Einbeziehung der KB hat sich in Einzelfällen die Akzeptanz gegenüber psychiatrischer Behandlung verbessert (Adhärenz, auch Erfahrung aus PIA-Außensprechstunden im GPZ). Ebenso ist zu beobachten, dass sich die Inanspruchnahme eingeleiteter Nachsorge, wie Nutzung der Tagesstätte und Arbeitstherapie im GPZ, verbessert hat. Es kommen mehr Klienten in der geplanten Nachsorge an als zuvor. Die Übergänge zwischen stat. und amb. Versorgung werden in ihrer Vernetzung gestaltet und weniger als „harte“ Einschnitte erlebt.

Kontaktabbrüche nach stationärer Behandlung sind seltener.

- Im Rahmen des EM wird der Klient frühzeitig bei Überlegungen und Planungen einbezogen und kann dazu Stellung beziehen. Dies verstärkt im Einzelfall den Eindruck von Sinnhaftigkeit des stationären Aufenthaltes, wenn neben der medizinisch-diagnostischen-medikamentösen Behandlung eine konkrete, lebensweltbezogene Anschlussversorgung diskutiert und eingeleitet wird.

Dabei ist es wichtig zu sehen, dass viele Betroffene sich im Hilfesystem nicht ausreichend auskennen. Manche Arten von Hilfen (ABW, Ergotherapie, AT..) werden nicht selten mit Ansprüchen an die eigene Person verknüpft, die sie meinen nicht einlösen zu können und aus befürchteter Überforderung heraus die Umsetzung vermieden (Selbsteinschätzung hinderlich). KB agiert als Vermittler.

- Bei mehr Klienten gelingt die erforderliche Kontinuität in der psychiatrischen Behandlung aufrechtzuerhalten, bspw. durch die unmittelbare Überleitung in die PIA- Außensprechstunde im GPZ nach der stat. Behandlung (für viele vertraute Umgebung, Vermittlung über KB).

-Wird dem Hauptziel einer Wiedereingliederung in gewohntes Lebensumfeld gerechter.

## Forum 5: Von der Klinik in den eigenen Wohnraum. Entlassung nach Maß.

### Gustav Schöck: Erfahrungsbericht Bürgerhilfe

---

Meinem Beitrag liegt die Erfahrung einer mittlerweile 40-jährigen Tätigkeit als engagierter Bürger in einer autonomen Kontakt- und Begegnungsgruppe zugrunde – von 1974 – 1981 in Tübingen, danach und bis heute hier in Stuttgart. In dieser Zeit habe ich pro Jahr maximal fünf bis sechs Mal in der Gruppe gefehlt – Urlaubs- und Krankheitszeiten eingeschlossen. Die Treffen fanden und finden ein Mal in der Woche statt. Beruflich war ich als Kulturwissenschaftler beim Landemuseum Württemberg tätig.

Autonom heißt: Die Gruppe ist keinem der großen Wohlfahrtsverbände AWO, Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz usw. angeschlossen. Auch zu den beiden psychiatrischen Krankenhäusern hier in Stuttgart gibt es keine organisatorischen Verbindungen. Wir sind aber auf Landes- und Bundesebene Mitglied im Landes- bzw. Dachverband Gemeindepsychiatrie und über unseren kleinen Trägerverein „Stuttgarter Bürgerkreis zur Förderung seelischer Gesundheit“ (SBSG) Mitglied im Gemeindepsychiatrischen Verbund Stuttgart.

Was ist das Ziel einer solchen Gruppe?

Sowohl in der Tübinger Kontaktgruppe „Die Klinke“ als auch im Stuttgarter „Treffpunkt Süd“ versuchen Bürger und Bürgerinnen, die von ihrem Beruf her nichts mit der Psychiatrie „am Hut“ haben, Menschen, die als „psychisch krank“ diagnostiziert sind, gleichberechtigte Begegnungen und Aktivitäten in der und mit der „bürgerlichen Alltagswelt“ zu ermöglichen. Deshalb nennen wir uns auch Bürgerhelfer. Das Stichwort „Teilhabe“ ist uns wichtig.

An dieser Stelle scheint mir ein Satz von Klaus Dörner angebracht, den er seit seiner Pensionierung gerne verwendet: „Nur Bürger können Bürger integrieren“. Er spricht damit jenen Punkt an, der bei der medizinischen Behandlung psychischer Erkrankung oft zu kurz kommt: Den sozialen Aspekt des Leidens, der sich vor allem im Verlust sozialer Kontakte manifestiert. In vielen Fällen steckt in der sozialen Isolierung schon der Keim zur nächsten Krankheitsepisode: Einsamkeit macht krank. – Beim besten Willen: Auch ein gut funktionierendes professionelles Hilfesystem kann den Verlust menschlicher Alltagskontakte nicht kompensieren. Das ist Aufgabe – wenn man das so nenne will – von Freunden, Bekannten, Nachbarn, Kollegen – Mitbürgern eben. Auf dieser Ebene bewegen sich die Kontakte, die in einer solchen Gruppe entstehen können. Man kann dafür auch übergeordnete Begriffe verwenden. In solchen Gruppen entstehen familiäre Beziehungen, Freundschaften, Interessengemeinschaften, kann eine Form der Beheimatung stattfinden. Frau Wilfer hat heute früh von unterstützenden Beziehungen gesprochen.

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist: Die Begegnung von Bürgerhelfern mit psychisch erkrankten Mitbürgern ist Kompetenz-, nicht defizitorientiert. Es geht nicht darum, herauszufinden, was jemand nicht kann, sondern darum, bei gemeinsamen Aktivitäten an das anzuknüpfen, was jemand kann und gleichzeitig zu versuchen, verloren gegangene Kompetenzen und Fähigkeiten wieder zu aktivieren und zu fördern – und das möglichst

dauerhaft. Das hört sich relativ einfach und glatt an, ist aber ein schwieriger Prozess, der einem Respekt, Geduld, Sensibilität und oft auch Zurückhaltung abverlangt.

So weit zunächst einmal einige grundsätzliche Aspekte, unter denen wir unser ehrenamtliches bürgerschaftliches Engagement betrachten. Ich könnte das jetzt mit einer ganzen Reihe von konkreten Beispielen aus unserer konkreten Arbeit illustrieren und erfahrungsbasiert belegen. Ich will das der Diskussion überlassen und statt dessen noch auf zwei / drei andere Dinge abheben.

Im Umfeld der Entstehungsgeschichte der Psychiatrie-Enquete gab es eine ganze Reihe von psychiatrischen Kliniken, die in der Verbindung in die bürgerliche Lebenswelt eine wichtige Stütze für die Genesung von psychisch Erkrankten sah.

Auch in Stuttgart wurde im Gefolge – wenn ich es richtig weiß im Jahr 1979 – aus dem damaligen Bürgerhospital heraus eine solche Kontaktgruppe – die „Brücke“ gegründet. Auch an der früheren „Klinik der offenen Tür“ gab es einen „Laienhelfer-Kreis“, wie man damals sagte. Das als kleine lokale historische Reminiszenz.

Zum Schluss: Wir fänden es gut – und es hat zuletzt ja auch das eine und andere Mal hier in Stuttgart geklappt, wenn es aus der Klinik heraus vermittelnde Kontakte zu einer solch klinikfernen Gruppierung, wie wir es sind, geben würde.