Weihnachtsbrief

Verehrte, liebe Freunde der Friedrich-Husemann-Klinik,

gerne möchten wir Ihnen am Ende des Jahres wiederum von unserer Arbeit und von besonderen Ereignissen berichten.

Weitgehend unbemerkt von der allgemeinen öffentlichen Diskussion haben sich in den letzten 15 Jahren freiwillige Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen gebildet, die neue Wege gelebter Solidarität gehen und zu Freiheit in der Wahl des Arztes und der Therapie beitragen wollen. Sie stellen ein Gegengewicht zu der immer weiter sich ausdehnenden Zentralisierung, Bürokratisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens dar und möchten die Eigenverantwortlichkeit und Initiativkraft des Einzelnen stärken. Dr. Wolfgang Rißmann beschreibt in seinem einleitenden Artikel drei dieser Initiativen.

Vom 13. bis 16. September fand erstmals im Rahmen der Medizinischen Sektion am Goetheanum in Dornach/Schweiz ein internationaler Kongress für Anthroposophische Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik statt. Etwa 1000 Teilnehmer aus 42 Ländern kamen zusammen, um in Vorträgen, Podiumsdiskussionen und Arbeitsgruppen Erfahrungen und Erkenntnisse zu einzelnen Sachgebieten zusammenzutragen. Mitarbeiter der Klinik waren bei der Vorbereitung und Durchführung maßgeblich beteiligt. Klaus Adams berichtet davon.

Regina Schelly und Wiebke Meyer-Först erzählen von der Zusammenlegung der früheren Stationen Frauenabteilung und Mittelstock und von neuen therapeutischen Konzepten auf dem Mittelstock.

Justine von der Chevallerie und Werner Braun als Inhaber der Firma Echinos und Kooperationspartner der Klinik pflegen seit vielen Jahren das Parkgelände und den Garten. Sie beschreiben Konzept und Schwerpunkte ihrer Arbeit.

Den jährlichen Arbeitsbericht der Geschäftsleitung mit Hinweisen auf Veränderungen im Mitarbeiterbereich, auf das Qualitätsmanagement und auf die wirtschaftliche Situation der Klinik gibt Silvia Renkewitz.

Wir bedanken uns bei allen Patienten, Mitarbeitern, Einweisern, Kostenträgern und allen Geschäftspartnern sowie Freunden der Klinik für ihr Vertrauen in der Zusammenarbeit und wünschen Ihnen allen im Namen der Mitarbeiter eine schöne Weihnachtszeit!

Für den Vorstand *Dr. Elisabeth Kaufmann* *Silvia Renkewitz* *Dr. Wolfgang Rißmann*

Impressum

Weihnachtsbrief 2012

Friedrich-Husemann-Klinik
Fachklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Friedrich-Husemann-Weg 8
D-79256 Buchenbach

Tel. +49 (0) 7661 392-0
Fax +49 (0) 7661 392-400
e-mail: info@friedrich-husemann-klinik-de
www.friedrich-husemann-klinik.de

Bankverbindung / Spendenkonto:
Sparkasse Hochschwarzwald
Konto-Nr. 4376810
BLZ 680 510 04

Spenden sind steuerlich absetzbar

Freunde und Förderer
der
Friedrich-Husemann-Klinik

© 2012 by Friedrich-Husemann-Klinik, Buchenbach
Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion:
Maria-Luise Murswiek, Dr. Wolfgang Rißmann

Herstellung:
fgb · freiburger graphische betriebe
www.fgb.de

Inhalt

Grußwort des Vorstandes	1
Freiwillige Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen	5
Internationale Jahreskonferenz der Medizinischen Sektion am Goetheanum vom 13. – 16. September 2012	15
Aus alt mach neu!	21
Soziales Kompetenztraining auf dem Mittelstock	25
Echinos – Kooperationspartner in unmittelbarer Nachbarschaft	27
Jahresbericht 2012	30

Gelände der Friedrich-Husemann-Klinik

Freiwillige Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen

Die Finanzierung des Deutschen Gesundheitswesens stößt in den letzten Jahren immer wieder an Grenzen und wirft neue Fragen auf. Die Ursachen sind vielschichtig. Der wissenschaftliche und technische Fortschritt in der Medizin durch innovative Operationstechniken oder neu entwickelte Medikamente führt zu erheblichen Preissteigerungen. Der demografische Wandel mit einer immer älter werdenden Bevölkerung trägt ebenso zu einem steigenden Finanzierungsbedarf bei. Der Gesetzgeber sucht in kurzen Abständen die ausufernde Entwicklung zu begrenzen mit immer wieder neuen gesetzlichen Bestimmungen. Für die stationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungsträger wird derzeit ein neues Entgeltsystem vorbereitet, in der Hoffnung, auch hier Kosten zu reglementieren und einzusparen. Die Folge ist, wie bei anderen Reformen der letzten Jahre, eine exorbitant sich entwickelnde Bürokratisierung und Standardisierung des medizinischen Alltags. Der Dokumentationsaufwand nimmt immer mehr Zeit und Kraft in Anspruch, die eigentlich der Versorgung der Patienten gewidmet sein sollten. Vielfach wird auch gewarnt vor einer zu starken Ökonomisierung des Gesundheitswesens, wodurch medizinische und menschliche Grundwerte verlorenzugehen drohen. Giovanni Maio, Lehrstuhlinhaber für Medizinethik und Medizingeschichte an der Universität Freiburg, schreibt im Deutschen Ärzteblatt: „Tatsächlich ist es aber heute so, dass die Ökonomie nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr die Medizin der Ökonomie dient. Die Ökonomie macht die Vorgaben und diktiert genau, was sich lohnt und wie zu behandeln ist, damit am Ende die Zahlen stimmen. Wenn aber nicht mehr das Medizinische, sondern das Ökonomische zum Eigentlichen wird, dann verabschieden wir uns auch von bestimmten Werten in der Gesellschaft“ (Maio 2012).

Wenig beachtet wird in der vielfach kontroversen Diskussion, dass der Solidargedanke, der bisher konstitutiv weite Teile des Gesundheitswesens gestaltet hat, inzwischen weitgehend einem Anspruchsdenken und Renditedenken gewichen ist.

In diesem Zusammenhang erscheint es bemerkenswert, dass in den letzten 15 Jahren in Deutschland und auch in der Schweiz freiwillige Solidargemeinschaften entstanden sind, die wiederum den Solidargedanken in seiner ursprünglichen Form aufgreifen und zu entsprechenden gesellschaftlichen Formen führen wollen.

Zu der Thematik sollen Elemente aus der jüngst erschienenen Arbeit von Roger W. Dufern „Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen, freie Solidargemeinschaften in Südbaden“ herangezo-

gen werden (Dufern 2011). Roger Dufern ist Doktor der Soziologie. Außerdem ist er Heilpädagoge und Musiktherapeut mit eigener Praxis im sozialen Brennpunkt Freiburgs. Die Arbeit stellt die Dissertation des Autors dar.

Dufern schreibt: „Brüderliches oder solidarisches Teilen der Risiken im Krankheitsfall hat in Deutschland eine gute und lange Tradition. Schon im Mittelalter gab es Gesellenvereine und Zunftorganisationen, die sich der Kranken und Bedürftigen in Notzeiten durch Hilfskassen annahmen.

Der institutionalisierte Sozialstaat ist eine große Errungenschaft der Neuzeit und nahm seinen Anfang mit dem preußischen Landrecht, das eine Pflicht des Staates zur Unterstützung von bedürftigen und kranken Menschen vorsah. Der Sozialstaat hat den Menschen (nicht nur im Krankheitsfall) soziale Sicherheiten gebracht. Durch ihn wurden zunächst existenz-, später mit der Ausweitung der Sozialversicherungssysteme, besonders nach dem 2. Weltkrieg, auch im gesellschaftlichen Status sichernde soziale Institutionen geschaffen. Sie sollten in Zeiten der Bedürftigkeit einen sozialen Abstieg verhindern oder zumindest abfedern. Eine Ausweitung dieser Sicherungssysteme fand hinsichtlich des Kreises der Betroffenen statt. Ursprünglich nur für die Arbeiterschaft konzipiert, erfassen diese Sicherungssysteme heute ca. 90% der Bevölkerung.

Der Sozialstaat und insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung haben heute massive Finanzierungsprobleme. Ausufernde Kosten und ein nicht mehr funktionierendes System des solidarischen Ausgleichs, besonders aufgrund des demografischen Wandels, führen immer wieder zu neuen Problemen und finanziellen Löchern, die durch sogenannte Reformen in immer kürzeren Zeitabständen geschlossen werden sollen. Durch den aktuellen Rückgang der Arbeitslosigkeit und durch verschiedene Kürzungsmaßnahmen hat die GKV aktuell zwar massive Überschüsse angehäuft. Ich persönlich sehe das aber nur als Momentaufnahme. Langfristig wird besonders der demographische Wandel das aktuelle Solidarsystem auch in der GKV wieder massiv in finanzielle Schräglage bringen.

Die meisten Reformvorschläge führen zu Leistungsverkürzungen oder zu höheren Zuzahlungen bzw. Beitragssätzen. Sie suchen ihr Heil also vornehmlich durch das Drehen an der ökonomischen Schraube.

Ein wichtiges Problem allerdings liegt meines Erachtens darin, wie die institutionalisierte Solidarität im Gesundheitswesen ihrem Wesen nach auftritt. Diese staatlich organisierte Solidarität leidet meiner Ansicht nach besonders unter drei Mängeln:

1. Sie ist sozial anonym und unüberschaubar. Die Menschen in diesen Solidargemeinschaften bleiben einander fremd, sie kennen sich in der Regel nicht. Es erfolgen zwar wirtschaftliche Ausgleichsprozesse und Transaktionen, menschlich emotional ist diese Art der Solidarität aber für den Einzelnen kaum erlebbar oder mit den Sinnen wahrnehmbar.
2. Sie wird dem Menschen oktroyiert, ist eine aufgezwungene Pflicht und kann somit nicht die Qualität entfalten, die die Solidarität ihrem eigentlichen Wesen nach in ihren mitmenschlichen Potenzialen haben kann, wenn sie ohne Zwang in Erscheinung tritt.
3. Staatlich organisierte Solidarität im Deutschen Gesundheitswesen bezieht nicht alle Menschen mit ein, besonders Wohlhabende können sich ihr entziehen. Dies stellt unter anderem ein Gerechtigkeitsproblem dar.

Neben dem System der gesetzlichen Krankenversicherung existiert parallel das der privaten Krankenversicherung. Ihr ist der Solidargedanke eher fremd. Es wird nach „guten und schlechten Risiken" selektiert. Alt und krank sein sind Risiken, die vermieden werden sollen. Methodenvielfalt, Therapiefreiheit und individuelle Leistungsangebote sind zu einem hohen Grad gewährleistet. Die Beitragssätze steigen mit zunehmendem Alter, trotz Alterungsrückstellungen, stark an.

Das über viele Jahrzehnte gewachsene *duale System* der sozialen Sicherung im Krankheitsfall stößt überall an Grenzen und bedarf, nach meinem Dafürhalten, der Erweiterung und Ausdifferenzierung.

Ich plädiere für einen Übergang von einem *dualen* zu einem *pluralen* System der Sicherung im Krankheitsfall. Ich bin der Meinung, wir sollten weg vom Entweder-oder zum Sowohl-als-auch." (Dufern S.247–248)

Zu den gesetzlichen Krankenkassen zählen die Allgemeine Ortskrankenkasse, die Betriebskrankenkassen, Innungs-, See-, landwirtschaftliche, knappschaftliche Krankenkassen und die Ersatzkassen für Angestellte und Arbeiter. Wesentliche Prinzipien sind das Solidarprinzip, bei dem im Krankheitsfall gegenseitige Hilfe und Unterstützung gewährleistet ist. Ein Solidarausgleich findet statt zwischen Gesunden und Kranken und zwischen Teilnehmern höherer und niedriger Einkommen, zwischen Beitrag zahlenden Mitgliedern und beitragsfreien mitversicherten Familienangehörigen. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen keine eigentlichen Gewinne erzielen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist letztlich eine Zwangsversicherung für alle Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen unter einer gesetzlich festgelegten Einkommensgrenze, der Versicherungspflichtgrenze. Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Die private Krankenversicherung war ursprünglich stark an den Mittelstand gebunden. Heute sind vor allem Angestellte oberhalb der Versicherungsgrenze, Selbständige, Freiberufler und Beamte Mitglied. Das sind etwa 9 % der Bevölkerung. Die private Krankenversicherung ist eine Individualversicherung, innerhalb derer die Versicherten eine Risikogemeinschaft bilden. Die Beitragshöhe hängt vom gewählten Versicherungsschutz und vom individuellen Krankheitsrisiko ab. Das Leistungsspektrum umfasst sowohl Vollversicherung als auch Zusatzversicherungen für einzelne Leistungen. Bei allen Antragsstellern wird eine Risikoprüfung durchgeführt. Die privaten Krankenversicherungen sind privatrechtliche Unternehmen wie z.B. Aktiengesellschaften.

Das duale Krankenversicherungssystem hat in Deutschland zu einer Zweiklassenversorgung im Gesundheitswesen geführt. Bestimmte Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel Wahlleistung Zimmer oder Chefarztbehandlung bleiben Privilegierten und zahlungskräftigen Schichten vorbehalten. Privat versicherte Patienten erhalten schneller Termine bei einem Arzt.

Die große Problematik aller derzeitigen Krankenversicherungssysteme besteht darin, dass Solidarität nicht mehr in der Art familienähnlicher Brüderlichkeit gelebt wird, sondern als soziales Recht institutionalisiert ist. Dadurch ergeben sich erhebliche Ansprüche an den Staat und an die Versicherungsgesellschaften. Solidarität hat sich in Anspruchsdenken umgekehrt. Ueli Mäder schreibt hierzu: „Ob der heutige Sozialstaat partiell zur Schwächung des individuellen Solidaritätsbewusstseins beiträgt, wird kontrovers beurteilt. In vorindustriellen Gesellschaften wurde die Solidarität über die konkreten Begegnungen zwischen den Menschen gelebt, die unmittelbar voneinander abhängig waren. Der Übergang zur institutionell vermittelten Solidarität der modernen Gesellschaft brachte eine Anonymisierung mit sich. Die Verlagerung der Solidarität auf eine abstraktere Ebene stellt heute bewusstseinsmäßig und emotional andere Anforderungen. Hier vollziehen sich Brüche, die sich hoffentlich überbrücken lassen“ (Mäder 1999, S. 16).

Gegenbewegungen zeigen sich bereits in den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts aus vielfältigen Initiativen im Sinne eines bürgerschaftlichen Engagements. Zu nennen wären hier die zahlreichen Selbsthilfegruppen, aber auch freiwilliges bürgerschaftliches Engagement als Nachbarschaftshilfe. Ein gewisses Maß an bürgerschaftlichem Engagement ist wohl unerlässlich für das Funktionieren wirtschaftlicher und politischer Institutionen. Insofern wird dem Thema Freiwilligkeit immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet. In freiwilligem bürgerschaftlichen und sozialem Engagement erlebt der Einzelne unmittelbar seine eigene Initiativkraft und kann diese einsetzen. Er erlebt außerdem durch eigene Anschauung die Wirkung seines Engagements.

Gartenanlage auf dem Klinikgelände

Im Folgenden sollen drei Beispiele freiwilliger Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen beschrieben werden.

Als erstes Beispiel soll auf die Solidargemeinschaft „Artabana“ hingewiesen werden. Artabana wurde im Gesundheitswesen 1987 in der Schweiz gegründet und 2001 in Deutschland eingeführt. Artabana sieht sich bei einem Teil ihrer Mitglieder als vollwertige Alternative zu den beiden klassischen Formen der sozialen Sicherung im Krankheitsfall. Dies ist allerdings aus Sicht des Gesetzgebers umstritten und wird vorläufig nicht anerkannt. Insofern ist Artabana eine Ergänzung zu den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und versteht sich als Solidargemeinschaft auf der Grundlage von Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Solidarität. Eine individuelle und persönliche Gesundheitsversorgung soll möglich werden. Die Organisation ist geprägt durch dezentrale, subsidiäre Strukturen auf lokaler,

regionaler und nationaler Ebene. Entscheidungen werden grundsätzlich im Konsens oder zumindest mit einer qualifizierten Mehrheit von 75% getroffen. Die lokalen Gemeinschaften bestehen aus 5 – 30 Mitgliedern, die entweder als eingetragener Verein, als nicht eingetragener Verein oder als Gesellschaft bürgerlichen Rechts organisiert sind. Die Aufnahme in die Artabana ist ein längerer Prozess, der von der regionalen Gemeinschaft in Gesprächen vollzogen wird. Die Mitglieder haben volle Entscheidungsbefugnis und Verantwortung über die finanziellen Einlagen und deren Verwendung. Sie legen ihre monatliche Einlage einmal im Jahr neu fest. Neben den selbst zu erwartenden Ausgaben ist in dem Betrag auch ein Anteil für den regionalen sowie nationalen Nothilfefonds enthalten. Es existiert kein Leistungskatalog. Der konkrete Umfang der Solidaritätsleistungen wird bestimmt durch den wohlwollenden Dialog der Mitglieder untereinander. Artabana ist bis heute keine rechtlich anerkannte Krankenversicherung, insbesondere weil die im 5. Buch des SGB vorgeschriebene Leistungsbeschreibung fehlt.

Als zweites Beispiel sei die „Samarita Solidargemeinschaft“ genannt. Als die beiden Grundmotive nennt die Solidargemeinschaft die positive Gestaltung des Patienten-Arzt-Verhälnisses und damit freie Arzt-Wahl und eine gemeinsame Suche der individuell richtigen Therapie, zum anderen die gelebte Solidarität als freiheitlichen Weg einer künftigen Gesundheitsversorgung. Die Samarita Solidargemeinschaft wurde 1997 in Bremen gegründet aus dem Finanzdienstleistungsunternehmen „Andere Wege“. Heute bestehen in Deutschland mehrere Regionalgruppen und Kontaktstellen. Die Trägerstruktur war ursprünglich eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) und ist seit 2007 ein eingetragener Verein. Mit der Struktur eines Vereins und den Formen der Zusammenarbeit wird das Prinzip der Subsidiarität einer zivilen Bürgergesellschaft verwirklicht. 2008 war die Samarita Solidargemeinschaft maßgeblich beteiligt an der Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft von Selbsthilfeeinrichtungen – Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen (BASSG). Die Sieben Prinzipien der Samarita Solidargemeinschaft sind:

1. Therapiefreiheit mit weitestgehender Entscheidungsfreiheit bei der Arzt-, Heilpraktiker und Therapiewahl
2. Eigenverantwortung für Gesundheit und Gesundung
3. Solidarität durch direkte und persönliche gegenseitige Unterstützung
4. Transparenz für alle beteiligten Mitglieder
5. Zuwendung statt Anspruch durch eine klare Beitrags- und Zuwendungsordnung
6. Genossenschaftsprinzip durch wirtschaftliches Arbeiten innerhalb der Gemeinschaft
7. Bildung von sozialen Netzen in regionalen Gruppen und Kontaktstellen

Die Mitgliedsbeiträge richten sich nach der Betragsordnung, die Zuwendungen nach der Zuwendungsordnung. 50 % des Beitrages fließen auf das Individualkonto, 50 % auf den Solidarfonds.

Drittes Beispiel ist die „Solidarkunst im Breisgau GbR“. Sie wurde 2003 in Freiburg begründet. Die Initiative ging von einer Gruppe Therapeuten, Ärzten und Betroffenen aus. Der Name Solidarkunst wurde in Anlehnung an die Ideen und Impulse von Joseph Beuys gewählt. Beuys versuchte als bildender Künstler den Kunstbegriff auf das soziale Leben zu erweitern. Für ihn ist die Gestaltung des sozialen Lebens ein künstlerischer Prozess und nicht nur eine Frage der Organisation. Er spricht von „sozialen Wärmeskulpturen“, die die heute vielfach bestehenden „überintellektualisierten Kälteplastiken“ ablösen sollten: „Unsere Gesellschaft wird von einer überintellektualisierten Kälteplastik (Schlacke) beherrscht. Es liegt am Einzelwesen, Wärmeplastik (Kreativität) einzusetzen, die erst im Weiteren der gesamten Gesellschaft zugute kommt“ (Beuys 1997). Gemeint ist damit, dass Selbstbestimmung und Kreativität die immer stärkere Fremdbestimmung und Bürokratisierung ersetzen sollten.

Eine weitere Quelle der Initiative war das „soziologisches Grundgesetz“, das Rudolf Steiner am Beginn des 20. Jahrhunderts formuliert hatte und in dem der Übergang von sozialen Verbänden zu individueller sozialer Verantwortlichkeit beschrieben wird: „Die Menschheit strebt am Anfang der Kulturzustände nach Entstehung sozialer Verbände; dem Interesse dieser Verbände wird zunächst das Interesse des Individuums geopfert; die weitere Entwicklung führt zur Befreiung des Individuums von dem Interesse der Verbände und zur freien Entfaltung der Bedürfnisse und Kräfte des Einzelnen“ (Steiner 1989).

Wegleitend bei der Begründung der Solidarkunst waren verschiedene Ideen, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden sollen:

Gesundheit ist primär ein geistiges Gut und bedarf der fortwährenden Pflege und Prophylaxe durch den Einzelnen. Eigenverantwortung und eine gesunde Lebensführung beeinflussen entscheidend das persönliche Wohlergehen. Die gegenwärtigen Tendenzen im Gesundheitswesen, wo der Patient zum Kunden degradiert und anonymen Therapieprogrammen unterworfen wird, und wo die Leistung der Anbieter um der Rendite willen erbracht wird, führt auf die Dauer zu einer menschenverachtenden Ökonomisierung und Bürokratisierung.

Freie Arzt- und Therapiewahl soll gewährleistet werden. Dabei entscheidet der Betroffene über die von ihm gewählte Therapieform und nicht irgendwelche Gremien oder Behörden.

Therapiefreiheit ist nicht als unbegrenztes Anspruchsdenken zu verstehen, sondern ist mit freiwilliger Selbstbeschränkung auf die wirklich notwendigen und ethisch vertretbaren Maßnahmen verbunden. Eine solche Selbstbeschränkung kann in einer kleinen verbindlichen Gemeinschaft im gegenseitigen Gespräch transparent werden.

Solidarität ist eine persönliche Haltung, die nicht als Zwang von außen verordnet werden kann. Elemente der Solidarität sind: Jung trägt alt, reich trägt arm, gesund trägt krank, kinderarm trägt kinderreich. Bei der Mitgliederstruktur ist das zu beachten.

Solidarität bedarf der gegenseitigen Begegnung, Wahrnehmung und Auseinandersetzung. Daher ist freiwillige Solidarität am ehesten in regionalen Gruppen verwirklichbar. Eine Regionalgruppe sollte daher nicht mehr als 80 Teilnehmer umfassen.

Für den Impuls der Solidarkunst wurde die Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts gefunden. Jedes Mitglied der Solidarkunst ist Gesellschafter. Die Aufnahme erfolgt durch ein Gespräch mit dem Aufnahmerat und der Regionalleitung. Prinzipiell kann jeder, der die Ziele von Solidarkunst verfolgen will, Mitglied und damit Gesellschafter werden.

Zweimal jährlich finden regionale Gesellschafterversammlungen statt. Dort ist Raum für menschliche Begegnung. Es werden wirtschaftliche Vorgänge transparent dargelegt und rechtliche Fragen beraten und entschieden. Darüber hinaus finden weitere Veranstaltungen statt zu Fragen der Prävention und Gesundheitsgestaltung.

Die Solidargemeinschaft trägt gemeinsam kleine und mittlere Kosten, die für die Gesunderhaltung und Krankheitsbehandlung des Einzelnen entstehen. In diesem Sinne ist sie eine zusätzliche Hilfe neben der gesetzlichen oder privaten Grundversicherung. Für hohe Kosten bleibt die Grundversicherung notwendig.

Die monatlichen Einzahlungen richten sich nach den finanziellen Möglichkeiten jedes Einzelnen. Richtsätze werden in der Gesellschafterversammlung vereinbart.

Nach den Erfahrungen der „Artabana“, „Samarita“ und „Solidarkunst“ in den letzten 15 Jahren lässt sich sagen, dass freiwillige Solidargemeinschaften eine hilfreiche und sinnvolle Ergänzung der bestehenden Krankenversicherungen bedeuten. Sie können das vorhandene Versicherungssystem nicht oder noch nicht ersetzen. Sie können aber Impulse geben für die Ausbildung echter Solidarität und in bestimmten Notlagen unbürokratisch helfen. Es ist nur zu wünschen, dass an vielen Orten weitere solche Gemeinschaften entstehen, die wieder zu mehr Gesundheitsbewusstsein und echter Solidarität führen.

Dr. Wolfgang Rißmann

Literatur:

Beuys J (1997), Ein kurzes erstes Bild von dem konkreten Wirkungsfelde der sozialen Kunst. 3. Aufl. Wangen/Allgäu: FIU

Dufern R (2011), Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen, Freie Solidargemeinschaften in Südbaden. Marburg: Tectum Verlag

Mäder U (1999), Für eine solidarische Gesellschaft: Was tun gegen Armut, Arbeitslosigkeit und Ausgrenzung? Zürich: Rotpunkt

Maio G (2012), Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell ? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin. Deutsches Ärzteblatt Jg. 109, Heft 16, S. 696-699

Steiner R (1989), Gesammelte Aufsätze zur Kultur- und Zeitgeschichte 1887-1901. GA 31. Dornach: Rudolf Steiner Verlag

Goetheanum, Dornach / Schweiz

Internationale Jahreskonferenz der Medizinischen Sektion am Goetheanum vom 13.–16. September 2012

Die internationale Jahreskonferenz für Anthroposophische Medizin befasste sich in diesem Jahr auf ihrer Welttagung mit der Anthroposophischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Die Zahl der Anmeldungen stieg zuletzt auf 930 Teilnehmer, die aus 42 Ländern kamen, der große Saal im Goetheanum füllte sich zu den Plenumsveranstaltungen. Die Menschen verbreiteten eine interessierte, lebendige Stimmung und suchten vielfältige Begegnungen auf. Die geplanten Übersetzungen wurden in den Arbeitsgruppen häufig situativ ergänzt durch die spontane Bereitschaft von Teilnehmern, andere Menschen sprachlich zu unterstützen. Neben den 6 Vorträgen und 2 Podiumsgesprächen fanden von Donnerstag Nachmittag bis Sonntag Mittag über 50 Arbeitsgruppen statt, wo an jeweils 3 Terminen vielfältige Themen intensiv behandelt und Übungen ausführlich erprobt werden konnten. Die Begrenzung der Teilnehmerzahl in den einzelnen Arbeitsgruppen wurde häufig überschritten – teilweise verdoppelt, um den vielen Interessierten verschiedene Arbeitseinblicke zu gewähren. Hinzu kamen am späten Vormittag jeweils offene Gesprächsgruppen zu Kernfragen sozialer Gesundheit. Dazu wurden Spruchworte von Rudolf Steiner als Motiv der Gespräche vorgegeben.

Buntes Leben und lebendiger Austausch entwickelten sich in der Wandelhalle des Goetheanums, wo die Besucher sich an den vielfältigen Informationsständen von Arzneimittelfirmen, Kliniken, Ausbildungsinitiativen, Berufsverbänden und therapeutischen Initiativen informieren und neue Anregungen erhalten konnten.

Wiederkehrende künstlerische Höhepunkte waren die Eurythmie-Darbietungen. Die Tagung begann am Donnerstagnachmittag mit einer gehaltvollen Eurythmie-Aufführung zum Thema Balance. Musikstücke und Gedichte des 20. Jahrhunderts stimmten auf die Inhalte der folgenden Tage ein. Die Tagung endete am Sonntag mit einer eurythmischen Darstellung des Grundsteinspruches. Zum Auftakt der 6 Morgen- und Abendvorträge wurde jeweils ein Musikstück zur eurythmischen Darstellung gebracht, das die Stimmung und Thematik der Vorträge vorbereitete. So öffnete die Eurythmie die Teilnehmer für die intensiven Inhalte der Vorträge.

Am Donnerstagabend beschrieb Henriette Dekkers die Depression als existenzielles Erlebnis am Abgrund des Seins. Sie beleuchtete Abgründe in der menschlichen Biographie im Zusammenhang mit dem

Durchleben einer depressiven Erkrankung. Sie zeigte auf, wie der Mensch in den ersten Lebensjahrsiebten von Engel-Hierachien geführt wird, um mit etwa 21 Jahren zu dem Erlebnis zu kommen: „Ich fühle mich in mir!“ In diesem Entwicklungsprozess sind wir vielen Angriffen ausgesetzt. Unsere Aufgabe ist es, unser Eingebundensein mit geistigen Mächten zu durchschauen und zu erkennen. Frau Dekkers führte aus, dass die Erkenntnisdramatik des Goetheschen Faust zu unserer heutigen Kulturaufgabe gehört. Es gilt dabei, sich unerschütterlich am einzelnen Menschen zu orientieren. Dabei sind – nach einer Aussage Rudolf Steiners – Statistiken wertlos, wenn man nicht jeden einzelnen Fall kennt. Die Schwere des Themas breitete sich atmosphärisch aus, was man beim Verlassen des Saales deutlich spürte.

Am Freitagmorgen folgte der Vortrag von Ad Dekkers: „Die Seele des Menschen, ein dramatischer Kampfplatz – Die Herausforderung der Bewusstseinsseele“. Er sagte, dass man eine gewisse Liebe für diese Thematik entwickeln und sich auf dem Kampfplatz auskennen müsse. Es gehe um die Psychotherapie im Hinblick auf die menschliche Würde. Der Mensch müsse sich selber verstehen, sich empfindungsgemäß bejahen und seine Impulse finden. Ausgangspunkt sei die Wahrnehmung der äußeren Welt, die heute vielfältig durch Medien und anderes verstellt ist. Es gilt, selber Erlebtes zu vereinigen und einzuordnen, von Verzerrtem zu befreien, ihm Bedeutung zu geben – d. h. mit eigenem Denken zu durchdringen. Im Heilungsvorgang gilt es diesen Prozess ins Bewusstsein zu heben und die Seele dadurch zu befreien, so könne Geistiges dann helfend herein wirken.

Am Freitagabend hielt Wolfgang Rißmann einen Vortrag über „Psychotisches Erleben als Verlust der eigenen Urteilskraft – Die verstärkte Suche nach wahrer Wirklichkeit“. Er ging aus von der Frage nach der menschlichen Urteilskraft als zentraler Eigenschaft des Ich im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen. Dabei entwickelte er ein menschenkundliches Verständnis der beiden Grundrichtungen psychiatrischer Krankheiten, die heute in den diagnostischen Katalogen (ICD–10, DSM IV) nur nach äußeren Phänomenen geordnet werden ohne tieferen Zusammenhang. Für eine künftige Nosologie ist die Unterscheidung von Ich und den Seelengliedern nötig. Im Gesunden hält das Ich die Seelenglieder von Denken, Fühlen und Wollen in einem sinnvollen Zusammenhang. Bei der einen Grundrichtung seelischer Krankheit verknoten sich die Seelenglieder, es kommt zu seelischer Einengung, zu Ängsten, zu depressiven Störungen und Zwängen. Bei der anderen Grundrichtung verlieren die Seelenglieder den Zusammenhang und verselbständigen sich. Es entstehen dann manische Zustände und Psychosen. Die Behandlung von Menschen mit Psychosen führt nicht immer zur Heilung, sondern wenn möglich zur Beruhigung des Krankheitsgeschehens. In der therapeutischen Arbeit ist bei den Betroffenen nach Jahren oft eine tiefe Demut und Bescheidenheit gegenüber dem Leben sichtbar. Er verglich dann den Zustand der Psychose mit Erlebnisweisen auf dem spirituellen Schulungsweg. Neben vordergründigen

Ähnlichkeiten beider Zustände unterscheiden sie sich doch grundlegend dadurch, dass bei spirituellen Erlebnissen die Steuerungsfähigkeit und innere Freiheit voll erhalten, bei psychotischen Zuständen hingegen eingeschränkt ist.

Am Samstagmorgen beleuchteten Michaele Quetz und Wolfgang Rißmann die Thematik: „Der Leib des Menschen als Spiegelungsorgan für psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen". W. Rißmann führte zunächst allgemein aus: Im Mittelalter wurde der Leib als Tempel Gottes angesehen, seit 200 Jahren gilt er eher als physische Maschine. Naturwissenschaftlich wird das Gehirn allein als Träger der Seele angesehen. Doch gibt es heute erweiterte Ansätze z. B. bei Thomas Fuchs, der den ganzen Leib als Resonanzorgan der Seele versteht, nicht nur das Gehirn. Rudolf Steiner stellte in seinem Buch „Von Seelenrätseln" 1917 die funktionelle Dreigliederung des Leibes dar. Darin führt er aus, dass das Bewusstsein kein Produkt des Gehirns ist, sondern durch Spiegelung an und durch den Leib entsteht. Dabei sind leibliche Abbauprozesse vor allem im Nervensystem die Voraussetzung für Bewusstsein. Wir können 4 Funktionsstufen des Leibes unterscheiden, die mit den 4 Elementen in Zusammenhang stehen, wobei die Wärme als Grundlage für unser Selbstbewusstsein dient.

Michaele Quetz führte dann an Hand einer psychosomatischen Fallbeschreibung anschaulich aus, wie die leibliche Entwicklung im ersten Drittel des Lebens besonders entscheidend für die Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen ist. Sie differenzierte eine vierdimensionale Entwicklung des Körpers: die somatisch strukturelle Dimension, die belebte, die beseelte und die spirituelle Dimension des Körpers. Sie zeigte an dem Fallbeispiel schwerpunktmäßig Entwicklungen in den ersten 4 Jahrsiebten auf und die Auswirkungen von frühkindlichen Störungen auf die seelische Symptomatik. Anschließend erläuterte sie die Therapie (Medikamente, Kunsttherapien, übende Gruppen) im Hinblick auf Nachreifung und die Anregung der Ich-Entwicklung (biographische Psychotherapie, anthroposophische Themen).

Am Samstagabend sprach Michaela Glöckler: „Die Gestalt der Maria in Rudolf Steiners Mysteriendramen – Von den karmischen Ursachen psychopathologischer Phänomene und deren Heilung". Sie führte hinein in die Thematik eines spirituellen Schicksalsverständnisses z. B. durch unseren Bezug zu Verstorbenen. Sie führte aus, dass unser Leben Nahrung für die Hierachien ist. Sie stellte – anhand von Hinweisen Rudolf Steiners – karmische Entwicklungsreihen von menschlichem Erleben in aufeinanderfolgenden Inkarnationen dar, auch im Hinblick auf seelische Erkrankungen. In den Mysteriendramen griff sie einzelne Entwicklungssituationen heraus, wo z. B. Johannes Thomasius auf seinem Schulungsweg symptomatisch eine Depression durchleidet und Capesius einen psychoseähnlichen Zustand erlebt.

Am Sonntagmorgen schließlich sprach Peter Selg über die gesundende Kraft des menschlichen Geistes. Er führte aus, dass der Geist der Mittelpunkt des Menschen ist, der die Richtung gibt. Der Leib ist das Werkzeug für Geist und Seele und die Seele vermittelt zwischen beiden. Die Seele hat einzutreten in Raum und Zeit und ist gefährdet durch Technik und den modernen Lebensstil. Als Menschen brauchen wir eine lebendige Auseinandersetzung mit dem Geistigen, wobei heute das eigenständige Denken der sichere Weg zum Spirituellen ist. Unser Ich als geistiger Wesenskern kann nicht erkranken, es kann vielleicht noch zu schwach sein für die Herausforderungen des Lebens (siehe auch den Spruch am Ende des Artikels).

Neben den intensiven Vorträgen fand in den Arbeitsgruppen ein reger Austausch statt. 4 Arbeitsgruppen wurden von Mitarbeitern der Klinik bestritten: Elisabeth Kaufmann entwickelte die Behandlung der Schizophrenie; die praktische Demonstration von Anwendungen führte Therese Beeri aus der Ita Wegman Klinik durch. Wolfgang Rißmann stellte die Behandlung der depressiven Störungen dar, Vivianne Demarais sowie Eva-Marie Batschko aus Hamburg demonstrierten dazu Äußere Anwendungen und Rhythmische Massage. Annemarie Geiger und Veronika Werner berichteten von der Märchenarbeit in der Akutpsychiatrie. Klaus Adams leitete Seelenübungen zur Ich-Stärkung bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen an. Und Thomas Altvater beantwortete am Stand der Friedrich-Husemann-Klinik den Gästen ihre Fragen. Einige Therapeuten und Ärzte, sowie mehrere Pflegende aus der Klinik besuchten erfüllt die Tagung als Teilnehmende.

Die Tagung wurde organisiert von Henriette und Ad Dekkers, Boris Krause, Michaela Quetz, Michaela Glöckler und Wolfgang Rißmann, wobei die letzteren beiden die Tagungsmoderation im Duo durchführten. Am Ende der Tagung gab es vielfältigen Dank für die Organisatoren, die Vortragenden, die Leiter der Arbeitsgruppen und alle Helfer des Goetheanums.

Die intensive Beschäftigung mit den Inhalten der Anthroposophischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie die vielfältigen Begegnungen mit Menschen aus aller Welt an 4 Tagen bedeutete ein herausragendes Erlebnis für jeden einzelnen Beteiligten. Es bleibt die Frage, wie wir es schaffen, Lebendiges davon in unserem Berufsalltag fruchtbar zu machen.

Ich schließe diesen Bericht mit einem Spruchwort von Rudolf Steiner (London, 2.9.1923, GA 40, S. 92), den wir in der Gesprächsgruppe am Freitagmorgen bewegten:

Ich schaue in die Finsternis,
In ihr ersteht Licht,
Lebendes Licht.
Wer ist dies Licht in der Finsternis?
Ich bin es selbst in meiner Wirklichkeit.
Diese Wirklichkeit des Ich
Tritt nicht ein in mein Erdendasein
Ich bin nur Bild davon.
Ich werde es aber wieder finden,
Wenn ich,
Guten Willens für den Geist,
Durch des Todes Pforte gegangen.

Klaus Adams

PS: Die CD's der Vorträge können über www.avrecord.de bezogen werden.

Aus alt mach neu!

Wir gehen…

Wo kämen wir hin, wenn alle sagten, wo kämen wir hin? Und niemand ginge, um zu schauen, wohin man käme, wenn man ginge!

Am 30.11.2011 unterschrieb ich meinen Vertrag als Pflegerische Hausleitung des Johanneshauses und ich unterschrieb einen zweiten Vertrag: Projektauftrag zur Stationszusammenlegung der Station Mittelstock und der Station Frauenabteilung.
Der Mittelstock, das war eine fakultativ schließbare gemischte Station mit 16 Betten.
Frauenabteilung, das war einmal eine geschlossene Frauenstation mit 12 Betten, seit wenigen Monaten eine offene Frauenstation.

Die Zielsetzung des Projektes lautete:

1. Verbesserungen für die Behandlung der Patienten:
   - Die Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte verbessert die Patientenzufriedenheit.
   - Stabile, interdisziplinäre Teams können Krisen von Patienten leichter auffangen.
   - Interdisziplinäre Behandlungsteams sind auch Vorgabe im neuen Entgeltsystem.

2. Verbesserungen für die Mitarbeiter der Pflege:
   - Mehr Dienstplansicherheit durch ein größeres Team
   - Mehr Flexibilität bei personellen Engpässen
   - Verbesserung der Umsetzbarkeit von Pflegekonzepten
   - Steigerung der Arbeitszufriedenheit, denn im größeren Team können die Aufgaben besser nach Stärken und Schwächen verteilt werden.
   - Stabile Pflegeteams begünstigen die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

3. Wirtschaftliche Ziele
   - Stellenplanüberschreitungen können vermieden werden.
   - Zusätzliche Aufgaben können durch Nutzung von Rationalisierungsreserven bei gleichem Stellenplan ohne zusätzliche Kosten bewältigt werden.

4. Zukunftsorientierung
   - Voraussetzungen schaffen, um mit finanziellen Ressourcen noch wirtschaftlicher umzugehen
   - Voraussetzungen schaffen, um künftigem Personalmangel bei Ärzten und Pflegenden besser begegnen zu können

Es gab einen Projektstrukturplan, der die einzelnen Arbeitsschritte und die dazugehörige Evaluation beschrieb.

Zu Beginn haben wir das neue Arzt- und Pflegeteam zusammengestellt. Die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter der Klinik konnten sich für die neue Station bewerben. Vor Weihnachten 2011 stand das Team für die neue Station fest.

Das Team wurde im Jahr 2012 durch externe Berater begleitet. Gleichzeitig begannen bereits Anfang Dezember die Umbaumaßnahmen anhand eines Raumnutzungsplanes, der durch ein Gremium aus Haustechnik, Hauswirtschaft, Pflege und Ärzte erarbeitet und umgesetzt wurde. Die Beendigung des Umbaus war bis zum 31. Januar 2012 geplant, der Termin konnte bis auf wenige bauliche Kleinigkeiten eingehalten werden.

Aus zwei Stationszimmern wurde ein Stationszimmer, aus zwei Küchen wurde eine Küche, aus zwei Räumen für Äußere Anwendungen wurde ein Raum für Äußere Anwendungen, aus zwei Schmutz-

räumen wurde ein Schmutzraum, und es entstand ein gemeinsamer großer Speisesaal. Durch das Zusammenlegen und Entrümpeln der Räume bekamen wir Platz für einen Gesprächsraum, für einen Gruppenraum, ein Schreibzimmer für die Pflege und eine zusätzliche Toilette.

Die intensivste Umbauphase war zwischen dem 09. und 30.01.2012. Wir hatten je nach Phase die beiden Stationen zum Teil oder voll belegt. Manchmal waren nur einzelne Handwerker tätig und manchmal zogen plötzlich Handwerkerkarawanen durch die Flure und Räume. Das war natürlich für alle, für Patienten, für das Personal und auch für die Handwerker eine besondere Herausforderung. Eigenschaften wie Geduld, Ausdauer, Pioniergeist, Staunen, Humor, Tatkraft und Durchhalten waren gefragt. Aber wir hatten ja ein gemeinsames Ziel!

Pünktlich zum 1. Februar konnte die neue Station eröffnet werden. Die Eröffnung fand mit einer ersten gemeinsamen festlichen Morgenrunde statt. Die Patienten aus vorher zwei getrennten Stationen lernten sich kennen, das Pflege- und Ärzteteam arbeitete zum ersten Mal in neu gebildeter Form zusammen.

Unsere neue Station, das war nun eine offene gemischte Station mit 28 Betten, mit dem Namen Mittelstock. Nach einem längeren Namensfindungsprozess hatten sich die Mitarbeiter für diesen Namen entschieden und reihten sich so, mit all dem Neuen, wieder in die Namensstruktur des Johanneshauses ein. Denn die Geschwisterstationen heißen Unterstock und Oberstock.

Begleitet wurde der gesamte Veränderungsprozess seit Anfang Dezember 2011 durch ein fünfköpfiges Projektteam aus Ärzten und Pflegenden. Zu Beginn trafen wir uns 2x/ Woche, dann wöchentlich, ab Februar 2x/ Monat, ab April 1x/ Monat.
Gleichzeitig traf sich auch das neue Stationsteam 1x / Woche im Zeitraum von Anfang Dezember bis Mitte Februar. Dann konnten die Abstände erweitert werden auf 2 x/ Monat, ab Mai dann 1x/ Monat.
In diesen beiden Arbeitsgremien wurde eine Bandbreite von Aufgaben und Themen besprochen. Zum Beispiel:

- Eine Morgenrunde in der üblichen Zeit von 30 Minuten zu gestalten, nun aber mit 28 Patienten.
- Eine Mahlzeit in der üblichen Zeit von 30 Minuten unter milieutherapeutischen Gesichtspunkten zu begleiten.
- Die Übergabestrukturen so zu verändern, dass in der gleichen Zeit alle wichtigen Informationen zwischen Arzt, Pflege und Therapien fließen.
- Wie führen wir die verschiedenen Pläne zusammen? Therapiepläne, Visitenpläne, Pläne für äußere Anwendungen, Pläne für die Aufgaben der Patienten.

– Wie gehen wir mit Gewohnheiten um? Die eine Station hatte es so gemacht, und die andere Station ähnlich oder doch anders.
– Wie implementieren wir die neue Gruppe „Soziales Kompetenztraining“ für die Patienten?

Inzwischen hat sich vieles geklärt und gefunden. Manches wird noch erprobt:
– Die Morgenrunde findet je nach Thema gemeinsam statt oder wird bei sportlichen Aktivitäten geteilt.
– Bei dem Mittagessen bekommen wir Unterstützung durch die Mitarbeiter der Speiseversorgung.
– Die große Übergabe mittags beginnt in Ruhe mit einem sich Einlesen in die Pflegeberichte.
– Verschiedenste Pläne wurden zusammengeführt und verändert, manchmal ein zweites Mal verändert und sind noch immer im Verbesserungsprozess.
– Die Gruppe Soziales Kompetenztraining findet freitags von 10.30–12.00 Uhr statt.

Bis zum Jahresende 2012 ist das Projekt der Zusammenlegung der beiden Stationen, der ehemaligen Frauenstation und des damaligen Mittelstocks abgeschlossen. Die neue Station Mittelstock hat wertvolle Erfahrungen gesammelt, sich entwickelt, sich bewährt und sie bewegt sich weiter.

Wir gehen…

Ich möchte allen von Herzen danken, insbesondere den Patienten, die diese besondere Phase der Umstellung miterlebten. Und ich danke allen Mitarbeitern für ihre tatkräftige und anregende Zusammenarbeit.

Regina Schelly

Soziales Kompetenztraining auf dem Mittelstock

Mit dem „Sozialen Kompetenztraining“ haben wir im Juni auf dem Mittelstock ein neues therapeutisches Gruppenangebot gestartet, das auf Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) basiert. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie wurde in den 1980er Jahren von M. Linehan zur ambulanten Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Störung entwickelt, hat dort auch immer noch ihren Schwerpunkt, wird inzwischen aber auch bei der Behandlung von anderen psychischen Störungen eingesetzt. Die Grundlagen stammen aus der Verhaltenstherapie, ergänzt u. a. durch Achtsamkeitsübungen, die ursprünglich aus dem Zenbuddhismus stammen. Ein wichtiges Element dieser Therapie ist, den Betroffenen spezielle Fertigkeiten zu vermitteln, die den Umgang mit den Symptomen erleichtern und so die Symptome längerfristig abmildern.

Da wir in der Friedrich-Husemann-Klinik keine diagnosespezifischen Stationen führen, sondern Menschen mit ganz unterschiedlichen Schwierigkeiten auf einer Station zusammenfassen, war es notwendig, ein Gruppenkonzept zu entwickeln, von dem ein großer Teil unserer Patienten profitieren kann. Ich habe daher die für unsere Bedürfnisse wichtigen Bausteine der Dialektisch-Behavioralen Therapie zusammengestellt.

In 5 Gruppensitzungen von jeweils 90 Minuten, die einmal wöchentlich stattfinden, vermitteln wir den Patienten Fertigkeiten im Umgang mit Gefühlen, Achtsamkeitsübungen und zwischenmenschliche Fertigkeiten inklusive theoretischer Grundlagen. Warum habe ich im Moment oder immer wieder ein bestimmtes Gefühl? Ist es in dieser Situation adäquat, wie kann ich es verstärken oder abschwächen? Wie kann ich meine Wünsche äußern und sie möglichst durchsetzen, ohne den Anderen zu kränken? Das sind Fragen, die ganz konkret behandelt werden mit Hilfe von Übungen und kleinen Rollenspielen. Die Teilnehmer können so auch mehr Selbstsicherheit im Alltag gewinnen.

Die Gruppe ist für max. 8 Teilnehmer konzipiert und wird von 2 geschulten Mitarbeitern (1 Arzt und 1 Pflegekraft) geleitet. 2 Stationsärzte und 2 Pflegemitarbeiter haben in diesem Jahr je 3 Schulungskurse zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftliche Psychotherapie in Freiburg durchlaufen.

Die ersten Erfahrungen, die wir machen, sind positiv. Das Angebot wird von den Patienten gern und engagiert angenommen und als hilfreich erlebt, obwohl nicht immer alle Patienten an 5 Sitzungen teilnehmen können. Auch außerhalb der Gruppensitzungen finden die therapeutischen Inhalte Eingang in den Stationsalltag, so dass alle Patienten der Station davon profitieren.

Wiebke Meyer-Först

Echinos – Kooperationspartner in unmittelbarer Nachbarschaft

Viele Besucher und Patienten der Friedrich-Husemann-Klinik spricht das Gelände und die Natur, in welche die Klinik eingebettet ist, in besonderer Weise an. Einerseits sind es die zahlreichen alten und seltenen Bäume wie die Mammutbäume, das chinesische Rotholz, die Sicheltanne oder die Zypressen und Zedern, die beeindrucken. Andererseits erfreuen die umfangreichen und vielfältig bestückten Staudenbeete über das ganze Jahr hinweg immer wieder mit anderen blühenden Farben das Auge. So mancher Gast sieht die aufwändige Arbeit, die in der Anlage steckt, und fragt nach den Gärtnern. Diese findet er beim Durchqueren des Klinikgeländes dort, wo er auf das Firmenschild ECHINOS stößt. Die Betriebsleiter J.C. und W.B. berichten …

Als langjährige Mitarbeiter der Klinik haben wir uns vor 5 Jahren selbständig gemacht und das Gartenhaus mit dem dazugehörigen Gewächshaus und den Gemüseanbauflächen gepachtet. Unser Profil ist vielfältig, wie schon das Firmenschild verrät: Gartenbau – Begleitete Arbeit – Gartentherapie – Naturwahrnehmung.

Die gartenbaulichen Tätigkeiten umfassen zum einen die Park- und Gartenpflege, welche ebenfalls die Pflege von Privatgärten impliziert, zum anderen den biologisch-dynamischen Gemüse- und Kräuteranbau. Auf 0,5 ha werden Tomaten, Zucchini, Kohlrabi, Salate etc. und Tee- und Gewürzkräuter wie zum Beispiel Zitronenverbene, Drachenköpfchen und Koriander angebaut. Ein Teil des Gemüses kann an die Klinikküche verkauft werden, der größere Anteil wird mittlerweile im eigenen Hofladen vermarktet, der mittwochs und freitags in Selbstbedienung ganztägig geöffnet ist. Auch Spezialitäten wie Lichtwurzelkräutersalz, Tulsitee und Brennesselsamen finden sich dort im Sortiment.

Der Anbau unterliegt der EG Kontrolle und ist Demeter zertifiziert. Die biologisch-dynamische Wirtschaftsweise ist uns ein großes Anliegen, da sie eine verantwortungsvolle nachhaltige Beziehung gegenüber der Erde gestaltet. Daher nehmen wir den hohen Aufwand für diese Zertifizierung in Kauf.

Sowohl in der Gärtnerei als auch im Parkgelände werden die biologisch-dynamischen Spritzpräparate Hornkiesel und Hornmist eingesetzt. Dies sind Substanzen, welche mit einer homöopathischen Arznei beim Menschen vergleichbar sind. Sie öffnen die Pflanzen und machen sie in der Art empfänglich, dass sie sich mit den kosmischen und irdischen Kräften des Umkreises verbinden können und in ihren Lebens-

kräften gesteigert werden. Anliegen von Echinos ist es, eine beseelte und kraftvolle Parklandschaft und Gärtnerei zu gestalten, in der Heilung sowohl für die Natur als auch für den Menschen möglich ist. Die Vielfalt der Pflanzen ermöglicht so verschiedenste Platzqualitäten mit ganz unterschiedlichen Kräften.

In seiner kleinräumigen und auf Handarbeit ausgerichteten Struktur findet der Gemüse- und Kräuteranbau im Kontext der Begleiteten Arbeit (und Gartentherapie) seinen Sinn. Schon seit den sechziger Jahren ist es das Anliegen der Gärtnerei und der dort tätigen Menschen, das Heilsame in der Naturbegegnung und in der sinnhaften, körperlichen Arbeit an kranke Menschen zu vermitteln. Dieses ist uns auch weiterhin ein Anliegen.

Die Erfahrungen der langjährigen gartentherapeutischen Betreuung von Klinikpatienten aufgreifend und erweiternd, stellt Echinos weiterhin einen Ort für Unterstützung und Entwicklungsbegleitung von

Menschen in Krisensituationen und Umbrüchen bereit. Aufgrund der vielfältigen Tätigkeitsbereiche wie der eigenen Jungpflanzenanzucht, der Kompostwirtschaft, des Anbaus und der Ernte von Gemüse und Kräutern sowie deren Trocknung und Verarbeitung stehen verschiedenste Arbeitsprozesse und Anforderungsprofile zur Verfügung. Wir erleben, wie die körperliche Arbeit im Garten, verbunden mit individueller Begleitung, und die vertiefte Naturbegegnung vielfältige Erkräftigungs- und Entwicklungsmöglichkeiten bereit hält. Den Boden zu bearbeiten bedeutet bildhaft verstanden Boden unter den Füßen zu gewinnen. Es ermöglicht vielfach eine neue Identifikation, Motivation und Orientierung.

Durch die Kooperation mit 2 Vereinen und einer Ergotherapiepraxis kommen an 3 Vormittagen ca. 10 Menschen mit dem Ziel der Stabilisierung und Arbeitserprobung zur Mitarbeit zu uns. Um die Möglichkeiten dieses Bereiches zu erweitern, ist eine eigene Vereinsgründung in Planung.

In eine erfüllende und auch heilsame Naturbegegnung treten zu können ist auch Hintergrund des Forum Naturbegegnung mit seinem Seminarprogramm. Durch unsere Ausbildung in Substanzwahrnehmung bei Ilse Müller und Fortbildungen bei Dorian Schmidt haben wir ein systematisches Arbeitswerkzeug in die Hand bekommen, um mit tieferen Qualitäten, Wesensseiten oder Lebenskräften von Substanzen, Pflanzen und Orten in Verbindung zu kommen. Bei diesen Angeboten geht es darum, in eine lebendige persönliche Beziehung zur Natur zu gelangen und sich aus der trennenden Subjekt-Objekt Begegnung zu lösen. Die Erfahrung zeigt, dass sich dann immer wieder erstaunliche, bereichernde Erfahrungen ergeben können.

Inhaltliche Schwerpunkte im kommenden Jahr werden die 7 Planetenqualitäten, die Heilpflanzen Thymian und Mistel und Baumbegegnungen auf dem Klinikgelände und mit dem Ginkgo sein. Zum Thema der Lebensmittelqualität wird das Einkorn auf dem Programm stehen. Mit Thomas Mayer wird im Juni ein Tagesseminar zum Wahrnehmen von Elementarwesen stattfinden. So bereichern auch Gastdozenten das angebotene Programm.

Für die Umstrukturierung von der Klinikgärtnerei in einen eigenständigen Betrieb sind 5 Jahre eine kurze Zeit. Die erlebte Sinnhaftigkeit des Projektes macht jedoch Mut, den Betrieb Echinos weiterhin aufzubauen. Dabei ist immer wieder Initiative und Verantwortung gefragt, damit Zukünftiges realisiert werden kann. Sehr unterstützend ist die Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern, insbesondere der gute Kontakt zu der Friedrich-Husemann-Klinik. Vielen Dank!

Werner Braun, Justine v. d. Chevallerie

Jahresbericht 2012

Einleitung

„Eine Vision ohne Umsetzung bleibt nur ein Traum. Eine Umsetzung ohne Vision ist eine Tragödie. Eine Vision, die umgesetzt wird, ist die Hoffnung der Welt". – Inschrift aus einer Kirche in Sussex.

Mit der Neuauflage des Krankenhausgesetzes (KHG) im Jahr 2009 wurden durch den Gesetzgeber die Weichen für ein neues Finanzierungssystem in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gestellt. Seitdem ringen die Hauptakteure des deutschen Gesundheitswesens (Krankenkassenverbände und Deutsche Krankenhausgesellschaft) darum, den Vorgaben gerecht zu werden, „ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten" (KHG § 17d) zu entwickeln. Dass dabei die Leistungen der Krankenhäuser gerecht finanziert und unterschiedlicher Behandlungsaufwand medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen berücksichtigt werden sollen, stößt auf breite Zustimmung.

Die Ausgestaltung des Systems übertrug das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf das **Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information** (DIMDI) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Beide Institutionen hatten bereits mit der Entwicklung des deutschen DRG-Systems (Diagnosis related Groups), also dem Entgeltsystem für somatische Krankenhäuser, weltweite Beachtung gefeiert.

Bei so viel Know-how sah das BMG keine Hinderungsgründe für eine schnelle Umsetzung. Der Startschuss zum zunächst budgetneutralen Einstieg in das neue Finanzierungssystem soll der 1. Januar 2013 sein.

Man machte sich auch sogleich an die Arbeit: Das DIMDI ergänzte den Operations- und Prozedurenkatalog der Somatik (OPS) um psychiatrische und psychosomatische Prozeduren. Das InEK veröffentlichte ein Kalkulationshandbuch, auf dessen Grundlage einige psychiatrische Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen ihre tatsächlichen Patienten- und Behandlungsdaten aufbereiten und seit 2010 an das InEK weiterleiten. Auf dieser Datenbasis sollte das InEK das neue Finanzierungssystem entwerfen.

Die Zustimmung war schon alleine ob des ehrgeizigen Zeitplans nicht mehr ganz so umfassend. Zugleich wurde immer deutlicher, dass die Beteiligten zur Systementwicklung doch auf die „bewährten" DRG-Instrumente zurückgriffen. Die Bedenken der ärztlichen und pflegerischen Fachverbände wurden und werden zwar gehört, bleiben aber mit der Begründung, es handele sich um ein lernendes System, weitgehend unberücksichtigt.

Was kritisieren die ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Fachleute? Akutpsychiatrische Behandlung wird der Systematik wegen auf 25 Minuten-Therapieeinheiten gestutzt. Die vielen pflegerischen und therapeutischen Kontakte und Interventionen auf Station werden – zumindestens bisher – als nicht zuordenbar gewertet.

Den aktuellen Höhepunkt der Entrüstung von Seiten der Fachverbände erreichte der Geschäftsführer des InEK, als er Mitte September 2012 mit seinem Entwurf zum ersten Entgeltkatalog - kurz PEPP-Katalog genannt - an die Öffentlichkeit trat. Im Wesentlichen lautet die Kritik:

– die Hauptdiagnose bildet den Behandlungsaufwand nicht differenziert genug ab
– der Differenzierungsgrad des Katalogs im Hinblick auf die unterschiedlichen Krankheitsbilder ist unzureichend
– die verweildauerabhängige Vergütung (je länger der Aufenthalt desto geringer die Erlöse für das psychiatrische Krankenhaus) schafft Fehlanreize
– es besteht keine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Suchterkrankungen

Die möglichen Auswirkungen auf die gesamte Versorgungsqualität und die Versorgungsstruktur in der Psychiatrie bzw. Psychosomatik haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft Anfang Oktober 2012 veranlasst, dem vorgelegten PEPP-Katalog und den Abrechnungsbestimmungen für 2013 nicht zuzustimmen als auch eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit abzulehnen.

Der „Ball" liegt wieder beim Bundesministerium für Gesundheit – es bleibt also spannend.

Unsere Qualitäts- und Patientenarbeit

Die Feierlichkeiten zur erneut erfolgreichen Zertifizierung unseres Qualitätsmanagements nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH) fand am 20.01.2012 im Raphaelsaal statt.

Zum dritten Mal bestätigten externe Prüfer unserer Klinik eine sehr gute Qualität. Die Visitoren anerkannten in ihrem Bericht den hohen Standard in den Bereichen Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement.

Dieser Erfolg ist das großartige Resultat des gemeinsamen, engagierten Wirkens aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und findet in der von Frau Gesine Dannenmaier, Geschäftsführerin der KTQ GmbH, offiziell überreichten Zertifizierungsurkunde auch ihren äußeren Ausdruck.

Seit 2006 wird einmal jährlich in der Friedrich-Husemann-Klinik der hausinterne Qualitätspreis im Sinne von best practice vergeben. Einzelne Mitarbeiter, Teams und Bereiche sollen dadurch angeregt werden, Qualitätsdefizite aufzuspüren und die Qualität unserer Arbeit und Dienstleistungen zu verbessern. Den Qualitätspreis 2011 erhielten im Rahmen unseres Mitarbeiterfestes die Auszubildenden der Hauswirtschaft für die Anfertigung und den Vertrieb von Wickelset, Kirschkern- und Lavendelsäckchen. Die Produkte kommen darüber hinaus auch den Patienten im Rahmen der äußeren Anwendungen zugute.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im vergangenen Jahr zählten wir insgesamt 239 Mitarbeitende in der Friedrich-Husemann-Klinik.

In den wohlverdienten Ruhestand haben wir nach über 32 Dienstjahren Frau Anna-Maria Willmann aus dem Bereich Medizinisch-Technischer Dienst am 31.01.2012 verabschiedet. Ungezählte Arztdiktate kamen und ungezählte Arztbriefe verließen ihren Schreibtisch. Wir bedanken uns ganz herzlich für ihren unermüdlichen Einsatz.

Am 02.01.2012 konnten wir unsere neue Pflegedienstleitung, Frau Linda Göttel, begrüßen. Sie hat sich schnell, mit Engagement und Humor in ihre neue Aufgabe eingearbeitet.

Wie alljährlich möchte ich es nicht versäumen, mich – auch im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – bei unseren Praktikantinnen und Praktikanten, FSJlern sowie den vielen ehrenamtlich Tätigen für ihr Mitwirken zu bedanken. Nicht unerwähnt bleiben soll, dass seit 01.08.2012 nicht nur fünf junge Frauen, sondern erstmals auch zwei junge Männer ihr Freiwilliges Soziales Jahr in der Friedrich-Husemann-Klinik absolvieren.

Sozialleben

Das jährliche Mitarbeiterfest, mittlerweile gute, alte Tradition, fand am 17.11.2011 unter dem Motto statt „Bewegen und Kommunikation, Bewegen und Gemeinschaft, Bewegen und Gesundheit, Wohlergehen und Entspannung. Neben dem Mittagsbüfett „Frisch, leicht, gesund und lecker“, dass wie immer viel Anklang fand, lehrte uns Manfred Pfender nicht nur praktische, sondern auch theoretische Einsichten in Rücken schonendes und stressfreieres Arbeiten. Ein so anspruchsvolles, hochwertiges Programm findet auch über die Grenzen von Wiesneck Gehör. Es war also kein Wunder, dass uns Horst Schlämmer ganz getreu seiner Devise „Immer janz disch dran und knallhart nachjefracht“ an diesem Tage beehrte. Stellvertretend für alle Mitarbeiter erhielt Frau Renkewitz die Qualitätsauszeichnung „KT-KUH“, einen üppigen Blumenstrauß und …

Öffentlichkeitsarbeit

Herr Pix, Landtagsabgeordneter der Grünen, Herr Bürgermeister Reinhard und drei Gemeinderäte aus Buchenbach waren am 03.05.2012 zu Besuch in der Klinik. Herr Dr. Rißmann begrüßte die Gäste, stellte die Klinik, unsere Arbeit und u.a. unsere Holzpelletheizung vor. Beim anschließenden Gespräch wurden aktuelle Fragen der Gesundheitspolitik besprochen.

Die Kunst- und Werktherapeuten der Friedrich-Husemann-Klinik öffneten auch im Jahr 2011 wieder ihre Werkstätten für ein interessiertes Publikum. Neben der medizinischen Versorgung gehören umfangreiche künstlerische, werk- und arbeitstherapeutische Angebote, wie Malen, Weben, Plastizieren, Schnitzen und Korbflechten zum Konzept der Klinik. Die Besucher konnten am 19.11.2011 die Eigenschaften verschiedener Materialien und Techniken kennenlernen sowie deren therapeutische Qualität in eigener Anschauung erleben. Wie auch im letzten Jahr beteiligten sich befreundete Unternehmen, die im Umkreis oder auf dem Gelände der Klinik ansässig sind. Hierzu zählen Echinos, die Offenen Ateliers für Malen / Zeichnen und Plastisches Gestalten mit Ton sowie die Naturheilpraxis von Livia Müller-Lombardo. Auch sie hatten ihren Anteil am gelungenen Programm.

Zusammenarbeit und Kooperationen

Seit Jahrzehnten ist die Friedrich-Husemann-Klinik Mitglied im **Paritätischen Wohlfahrtsverband, Baden-Württemberg**. Frau Federer, Geschäftsführerin des Paritätischen Wohlverbands Bezirksgeschäftsstelle Freiburg, hat die Klinik im März 2012 besichtigt.

Der **Kooperationsvertrag zwischen der Universität Witten-Herdecke und der Friedrich-Husemann-Klinik** zum Blockpraktikum in der Psychiatrie für Medizinstudenten wird fortgeführt. Wir freuen uns, dass wir damit einen Beitrag zur patienten- und praxisnahen Ausbildung junger Mediziner leisten können.

Auch **Fortbildungsangebote für ärztliche Kollegen** sind uns wichtig. An der Ärztefortbildung am 30.06.2012 zum „Burnout" nahmen etliche Ärzte teil. Das Interesse war sehr groß, es kam nicht nur zu einem interessanten Austausch über das Thema, sondern auch über die Verbesserungsmöglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Einweisern und der Friedrich-Husemann-Klinik.

Ein herzliches Dankeschön für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Pächtern Herrn Martin Ganz vom **Häuslemaierhof** (www.haeuslemaierhof.de) sowie Herrn Braun und Frau von der Chevallerie von der Firma „**Echinos**" (www.echinos.de) darf auch in diesem Weihnachtsbrief nicht fehlen.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Helfern der Ortsgruppe Dreisamtal des **Naturschutzbundes Deutschland** (NABU), die uns beim Naturschutz auf dem Gelände der Klinik, auf den Streuobstwiesen beim Maierhof und rund um den Weiher tatkräftig und unermüdlich unterstützen.

Leistungs- und Finanzdaten

In Zahlen ausgedrückt lauten die Ergebnisse unserer Arbeit und die umgesetzten Ziele:

Leistungsdaten	**2010**	**2011**
Planbetten	103	103
Durchschnittliche stationäre Aufenthaltszeit	38,24	39,49
Anzahl der behandelten Patienten	971	950

Affektive Störungen und Schizophrenie als Hauptdiagnosen gehören weiterhin zu unseren Behandlungsschwerpunkten. Die Patienten kommen zu über 80% aus Baden-Württemberg.

Bilanzstruktur	**2010 in TEUR**	**2011 in TEUR**
Anlagevermögen	11.098	12.705
Umlaufvermögen	4.952	6.666
Summe Aktiva	***16.050***	***19.371***
Eigenkapital	11.610	15.383
Fremdkapital	4.440	3.988
Summe Passiva	***16.050***	***19.371***

Finanzdaten	**2010 in TEUR**	**2011 in TEUR**
Erlöse aus Krankenhausleistungen	7.011	7.116

Investitionen

Die neue Dacheindeckung des Gartenhauses und vielfältige Umbaumaßnahmen auf der Station Mittelstock standen im Mittelpunkt unserer Investitionen.

Um unsere Ansprüche im Rahmen der Kunst- und Kulturarbeit, der Forschung und des Umweltschutzes wenigstens teilweise umsetzen zu können, darf ich die Leser - wie jedes Jahr - wiederum um Schenkgelder bitten.

Spenden	**2010 in EUR**	**2011 in EUR**
Allgemeine Spenden	16.840	8.504
Zweckgebundene Spenden:		
Forschung	0	0
Fachweiterbildung Pflege	0	0

Allen Spendern, ob Einzelpersonen oder Institutionen, möchte ich ganz herzlich für ihre Unterstützung danken. Der Hauptanteil der Spenden wurde in unserer Kultur- und Umweltschutzarbeit verwendet.

Zum Abschluss möchte ich mich – auch im Namen des Vorstandes und der Betriebsleitung - bei allen Mitwirkenden bedanken. Es ist uns in den vergangenen Monaten gelungen, gesetzte Ziele zu verwirklichen, unsere tägliche Arbeit an und um unsere Patienten erfolgreich umzusetzen und unsere Klinik auch nach Außen lebendig darzustellen. Dieses vielfältige Engagement gibt Kraft und stärkt uns für die Zukunft.

Silvia Renkewitz, Geschäftsführung und Vorstandsmitglied