

Pera Gromann / Silvia Krumm (Hrsg.): Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 4 - Kooperation: Anspruch und Wirklichkeit, 1. Auflage, Psychiatrie Verlag 2014

Klaus-D. Liedke: Möglichkeiten einer Integrierten Versorgung in der Psychiatrie

Inhalt

Zunächst die Übersicht ... 2

- 1 Probleme der Psychiatrie: Separierte Versorgung, schwierige Integration 3**
 - 1.1 *Ziele der Reformpsychiatrie, erreicht und nicht 4*
 - 1.2 *Neue Erkenntnisse und Hoffnung auf Vorankommen 6*

- 2 Es gilt zu koordinieren: Anspruch und Bedarf, Angebot und Inanspruchnahme 7**
 - 2.1 *Leistungsansprüche folgen dem Sozialrecht 8*
 - 2.1.1 *Das System der sozialen Sicherung hat seine Tücken 9*
 - 2.1.2 *Dies sind relevante Leistungsgrundlagen der Psychiatrie ... 10*
 - 2.1.3 *... und so könnten sie gemeinsam genutzt werden? 11*
 - 2.2 *Einrichtungen müssen wirtschaftlich arbeiten 12*
 - 2.2.1 *Wie lassen sich Sozial- und Gesundheitsbetriebe steuern? 13*
 - 2.2.2 *Das sind Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung ... 14*
 - 2.2.3 *... und so könnten sie gut zusammenwirken? 15*
 - 2.3 *Maßnahmen sind für betroffene Menschen da 16*
 - 2.3.1 *Vom individuellen Hilfebedarf zur multimodalen Behandlung 17*
 - 2.3.2 *Dies sind psychiatrisch psychosoziale Maßnahmen ... 19*
 - 2.3.3 *... und so ließen sie sich womöglich abstimmen? 21*

- 3 Bausteine der Versorgung wirken zusammen: Integrierte Versorgung Psychiatrie 23**
 - 3.1 *Kooperation mit Verträgen und in Verbänden 24*
 - 3.1.1 *Versorgungsverträge mit Krankenkassen, mit wem sonst? 25*
 - 3.1.2 *VersA Rhein-Main, Verbund sozialpsychiatrischer Angebote 27*
 - 3.1.3 *Kollegiale Zusammenarbeit in Theorie und Praxis 28*
 - 3.2 *Gemeinsame Plattform für Behandlung und Betreuung 30*
 - 3.2.1 *Was es alles abzubilden und zu dokumentieren gibt 31*
 - 3.2.2 *Form und Inhalt eines integrierten Behandlungsplans 32*
 - 3.2.3 *Softwaretechnische Umsetzung, Stand der Dinge 35*

- 4 Viel verlangt? Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung Psychiatrie 37**

Zunächst die Übersicht ...

Der vorliegende Artikel handelt vom Zusammenwirken psychiatrischer Einrichtungen und Dienste. Das ist nicht ganz so gelungen, wie es die Reformer in den 1970er und 80er Jahren beabsichtigt hatten. Das Hilfesystem ist fragmentiert und schöpft seine Möglichkeiten heute nicht aus. Integrierte Versorgung ist eine neue Leistungsform der gesetzlichen Krankenversicherung¹, die von Beteiligten ein verbindliches Zusammenwirken verlangt. Das eine Gelegenheit und Chance für erneute Weiterentwicklung. Sowieso ist die Zeit reif, das Thema Koordination und Kooperation psychiatrischer Dienste anzugehen². Die Probleme sind nämlich eher größer geworden und heute stehen Institutionen, Fachgesellschaften und Mitglieder der Diskussion vielleicht aufgeschlossener gegenüber. Ob aus Interesse und Einsicht, oder weil es verlangt wird. Der Beitrag ist so aufgebaut.

- Kapitel 1 beginnt mit einem Blick auf den Stand der Dinge. Entwicklungsfortschritte der psychiatrischen Versorgung und bestehende Hemmnisse werden beschrieben, allgemeine Aufgaben einer Zusammenarbeit benannt.
- Kapitel 2 betrachtet die Kooperationserfordernisse im Einzelnen. Integration ist auf drei Ebenen erforderlich: Verständigung über eine Person, Organisation betrieblicher Einrichtungen, Übergänge sozialrechtlicher Maßnahmen.
- Kapitel 3 beschreibt Lösungsansätze der Integrierten Versorgung. Formal ist eine funktionierende Zusammenarbeit zu arrangieren, dazu werden eine gemeinsame Plattform zur Dokumentation und Austausch benötigt.
- Kapitel 4 schließt mit den Aussichten der Integrierten Versorgung Psychiatrie, dem Netzwerk psychische Gesundheit und Alternativen. Der Beitrag endet mit Blick auf wünschenswertes Zusammenwirken in der Psychiatrie.

Zur Begrifflichkeit: Die Beschreibung von psychischen Erkrankungen, dem psychiatrischen Fachgebiet und Versorgungsgegenstand ist schon sprachlich nicht einfach. Einige zentrale Begriffe und Themen des seelischen und sozialen Lebens, des gemeinen und professionellen Umgangs bei Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung werden wie folgt verwendet:

- Psychiatrie bezeichnet das gesamte Fachgebiet der psychischen Erkrankungen: Gesellschaftliche Einordnung, Krankheitslehre, Therapie, Betreuung usw. Soziale oder Gemeindepsychiatrie stellt den Kontext der Gemeinschaft und Umwelt in den Vordergrund, kommunale oder Sozialpsychiatrie betont den fachpolitischen Charakter.
- Psychische Erkrankungen sind alle das Denken, Fühlen, Handeln betreffenden gesundheitlichen Störungen, wie sie in diagnostischen Manualen aufgeführt werden. Bezogen

¹ Die §§ 140 a-d SGB V sind im Zuge der Gesundheitsreformen in der heutigen Form in das Sozialgesetzbuch aufgenommen worden. Danach ist es der gesetzlichen Krankenversicherung möglich, Leistungsverträge außerhalb der Regelversorgung zu schließen.

² Zur Diskussion über die grundsätzliche Orientierung der Psychiatrischen Versorgung siehe beispielhaft: Salize, Hans Joachim: Sozialpsychiatrie – wohin? In: Psychiatrische Praxis 2012. Thieme Verlag Stuttgart.

auf Häufigkeit und Schwere der Krankheiten sind es etwa Schizophrenien oder affektive (die Stimmung betreffende) und Störungen der Persönlichkeit.

- Wenn der Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und der sozialen Umgebung von besonderer Bedeutung für die Lebenssituation ist, geht es um Psychosoziale Beeinträchtigung. Länger anhaltend oder auf Dauer kann es sich um eine Behinderung oder Schädigung handeln.
- Als Versorgung wird die gesamte Zuständigkeit von Leistungsträgern und Tätigkeit der Leistungserbringer in der Psychiatrie bezeichnet. Dazu gehören psychiatrische Behandlung mit vorwiegend therapeutischen Interventionen im Sinne von Genesung und Heilung, Betreuung mit vorwiegend begleitend unterstützenden Tätigkeiten.
- Unternehmen sind Rechtsträger von Sozial- und Gesundheitsbetrieben, von und in denen Leistungen erstellt, Dienste erbracht werden. Sie unterhalten Einrichtungen, wie sie sozialrechtlich vorgesehen und ggf. zugelassen sind. Maßnahmen sind einzelne Tätigkeiten wie Sprechstunde, Medikation, Essen, Begleitung.

Der Text ist kein Konzept und kein Erfahrungsbericht, eher ein Dialog zwischen Theorie und Praxis. Ausgehend von Mängeln im Miteinander der beteiligten Leistungsträger und Einrichtungen will das Modell der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie die Behandlung und Betreuung psychisch kranker und psychosozial beeinträchtigter Menschen verbessern. Das setzt bisherige Errungenschaften voraus, muss dann neue Wege öffnen und weitere Erkenntnisse bringen. Die Konstruktion ist schnell entworfen und die Initiative kann durchaus begeistern, die Umsetzung erweist sich freilich wie stets als schwieriger.

1 Probleme der Psychiatrie: Separierte Versorgung, schwierige Integration

Wenn jemand psychisch erkrankt, ist das für alle schlimm. Das erste Mal und auch, wenn es häufiger vorkommt oder auf Dauer anhält. Keiner weiß genau, warum solche Entwicklungen oder Ereignisse eintreten, was man tun soll und wie es weitergeht: Wird das Eine richtig sein oder das Andere, hilft eingrenzen oder gehen lassen, soll man Medikamente nehmen oder die Wurzeln erkennen und damit umgehen lernen? Ist es überhaupt gut, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen oder besser, auf Selbstheilung zu vertrauen? Und wer könnte klug beraten, kennt sich aus im Dschungel von sozialem Leistungsrecht und der gesundheitlich psychosozialen psychiatrischen Fachwelt? Vieles ist möglich, rätselhaft meist, was konkret zu tun sei.

So ungefähr stellt es sich dar, wenn jemand in eine psychische Krise gerät und erkrankt. Dabei geht es Betroffenen und Nahestehenden im Grunde nicht viel anders, als professionell Tätigen auch. Psychiater und Therapeuten, Sozialarbeiter, Pfleger und Betreuer haben zweifellos einen gehörigen Wissensvorsprung, verfügen über Handwerkszeug, haben bestenfalls schon viel gesehen und Erfahrung, auch Abstand zu emotional besetzten Ereignissen. Aber die Experten sind an Restriktionen gebunden, müssen viele Fälle und letztlich auch eigene Stimmungen ma-

nagen. Und sie kennen den Kranken und seine Lebenszusammenhänge weniger, als nahe stehende Lebenspartner und Familienmitglieder, Kollegen und Nachbarn.

Die offizielle Psychiatrie kommt mit den Unsicherheiten zurecht, sie muss es. Wie das geht? Theoretisch kann man unter vielen Möglichkeiten der Beratung und Behandlung, Betreuung und Intervention wählen. Aber all das ist an Voraussetzungen, Ausschlüsse, Unverträglichkeiten, Bereitschaften gebunden. Kurz, es sind Unwägbarkeiten zu berücksichtigen, die dazu führen, dass überhaupt nur wenige oder ein einziger Weg übrig bleiben. Die Auswahl und Entscheidung dafür werden leichter, weil sich über das menschlich Subjektive reden lässt, psychiatrische Empfehlungen vergleichsweise gut zu beeinflussen sind. So findet sich eine Lösung einfach oft darin, dass irgendeine Hilfeleistung gewählt, ein Zustand ertragen, ein Kompromiss gefunden werden. Richtig zufrieden stellt das nicht.

1.1 Ziele der Reformpsychiatrie, erreicht und nicht

Bis zur Mitte der 1960er Jahre herrschte in der bundesdeutschen Psychiatrie im übertragenen Sinn tiefes Mittelalter. Nach dem 2. Weltkrieg waren die übrig gebliebenen Gegebenheiten weitergeführt worden, was auch sonst: Aus der Jahrhundertwende stammende Großanlagen, Personal, Stand der medizinischen Lehre. Gerade für die Psychiatrie galt es, Rassenwahn und Nazi-Ideologie zu überwinden und irgendwie mit der grausamen Vergangenheit zu Recht zu kommen. Es gab Anstalten mit großen Bettensälen, zu wenig (weiß gekleidete) Ärzte und zu viele kräftige Pfleger, unbehandelte Patienten auf Langzeitstationen, beinahe keine ambulante Versorgung vor Ort. Die unhaltbaren Zustände wurden schließlich im Zuge der Studentenbewegung angeprangert, die Psychiatrie-Reform begann auch in Deutschland.

Die Bundesregierung hatte eine Sachverständigenkommission eingesetzt und die legte 1975 ihren abschließenden Bericht vor. Darin wurden schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker und Forderungen festgestellt, nämlich³

„dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen.“

Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse wurden verlangt und die politische Forderung nach Gleichstellung erhoben:

„Die psychiatrische Krankenversorgung ist grundsätzlich ein Teil der allgemeinen Medizin. Demgemäß muß das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem seelisch Kranken muß prinzipiell mit dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden.“

In Folge solch katastrophaler Verhältnisse wurde ein großes Modellprogramm aufgelegt. Eine Expertenkommission begleitete die Projekte und gab im Abschlussbericht 1988⁴ Empfehlun-

³ Hier zitiert nach Wikipedia unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie-Enquete>, eingesehen am 26.02.2014

⁴ Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und Aktion Psychisch Kranke e.V.: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn 1988.

gen, die seitdem und bis heute als Ziele einer modernen Psychiatrie-Versorgung gelten. Schwerpunkte und Stand der Umsetzung lassen sich wie folgt benennen.

- Grundsätzlich angestrebt wurde eine auf Gebietskörperschaften bezogene, gemeinde-nahe Versorgung, um das Alltagsleben, Steuerbarkeit und Verbindlichkeit der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker zu verbessern. Die Regionalisierung ist fast überall umgesetzt, kommunale Verantwortung wird nur partiell wahrgenommen.
- Die großen psychiatrischen Krankenhäuser sollten umstrukturiert, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern auf- und ausgebaut, stationäre Behandlungen verkürzt oder vermieden werden. Institutsambulanzen und Tageskliniken sollten hinzukommen. Das ist alles weitgehend erreicht.
- Die ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch / psychosomatische Versorgung durch niedergelassene Ärzte ist überall erheblich verbessert worden, auch wenn fehlende Psychiater heute neue Probleme schaffen. Psychotherapeuten sind trotz eigenem Leistungsgesetz an der eigentlichen Psychiatrie faktisch nicht beteiligt.
- Außerhalb der ärztlich medizinischen Versorgung wurden umfangreiche und differenzierte ambulante Hilfsangebote geschaffen, die psychisch kranken Menschen und ihren Familien im Lebensumfeld helfen: Kontaktstellen, Tagesstätten und ambulante Dienste sind das Herzstück eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes.
- Unter einer Kooperation und Koordination der Versorgungsdienste hatte man sich intensive Zusammenarbeit (auch mit Leistungsträgern) und Abstimmung der Bausteine vorgestellt. Aber selbst dort, wo es heute Koordinatoren, Arbeitsgemeinschaften, Planungs- und andere Gremien gibt, stellen diese kein wirkliches Zusammenwirken her.

Es ist anders gekommen als empfohlen und gedacht. Einerseits ist die Ausstattung mit ortsnahe Psychiatriebetten, Fachärzten und komplementären Diensten inzwischen fast überall gut, Reformziele sind erreicht, deutsche Psychiatrie muss den internationalen Vergleich nicht scheuen. Andererseits hat sich ein Nebeneinander der Hilfeleistungen, haben sich regelrechte Versorgungssäulen ausgebildet, was so weder beabsichtigt war noch akzeptabel scheint. Dass jeder in erster Linie für sich sorgt, läuft den Belangen hilfebedürftiger Menschen zuwider. Die erfordern, dass sozialstaatliche Vor- und Fürsorgeleistungen sowie Sozial- und Gesundheitsbetriebe in bester Weise miteinander harmonisieren.

Dazu passt, dass es bis heute keinen Standard gibt, wie eine psychiatrische Versorgungsregion ausgestattet sein sollte, welche Einrichtungen und wieviel davon es geben sollte, keine einheitlichen Verfahren, um passende Bündel psychosozialer Behandlung und Betreuung zu schnüren⁵. Ob Psychiatriepolitik, Sozialwirtschaft oder Einzelfalllösung, es kommt stets unvorherseh-

⁵ Einen Eindruck der heterogenen Verhältnisse (Behandlungsplätze in der Psychiatrie, ambulant tätige Experten, Einwohner je Krankenhausespezialisten u.a.) gab beispielsweise: Fritze, Jürgen: Quality Time für Patienten. Vitos Kongress 2013 siehe unter <http://www.psychiatriekongress.de/wissenschaftliches-programm.html> (Zugriff am 01.03.2014, der Beitrag ist nur für Kongressteilnehmer einsehbar).

barer als gedacht zustande⁶. Das ist nicht wirklich erstaunlich, widerspricht nur einem verbreiteten Berufs- und Amtsethos, dass einmal als richtig angesehene Vorstellungen sich dann auch wie gewollt umsetzen ließen. Dem gegenüber verwundert es fast, dass Hilfeleistungen dennoch oftmals wohl arrangiert oder Versorgungsstrukturen vorbildlich etabliert werden. Vermutlich gelingt das nur weniger direktiv als vielmehr durch Personen angestoßen, die sich durchsetzen, an unvorhersehbaren Ereignissen und dass Gelegenheiten genutzt werden.

1.2 Neue Erkenntnisse und Hoffnung auf Vorankommen

Hält man sich die bisweilen politisch idealistisch gefärbten Vorstellungen der Psychiatrie Enquete und der Expertenkommission angesichts dessen, was heute daraus geworden ist, vor Augen, ist wohl umzudenken. Es mangelt nicht mehr an Versorgungs- und Behandlungsbausteinen, sondern an deren Abstimmung. Nicht das Schaffen oder Vorhandensein von Betten, Plätzen und Stellen steht im Vordergrund, sondern es muss um Programme für die Klientel gehen, an denen sich verschiedene Institutionen und Berufe, Bausteine und Maßnahmen übergreifend beteiligen. Fachlich wäre zu empfehlen: Interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit - Multimodale, integrierte Behandlung und Betreuung - Psychische Erkrankung und psychosoziale Beeinträchtigung zusammen sehen.

Sollen solche Entwicklungsfortschritte zustande kommen, verlangt dies andere Akzente der Versorgungsplanung und Behandlungssteuerung. Leitfragen sind: Wie können Leistungsträger und Einrichtungsträger dazu bewegt werden, im Hinblick auf eine Krankengeschichte oder einen beeinträchtigten Lebensverlauf miteinander und nicht jeder für sich zu handeln? Wie wäre es den Akteuren möglich, Therapie und Unterstützung flexibel über die eigenen Häuser und Firmen hinweg zu gestalten, Übergänge zu schaffen, den eigenen Beitrag zum Ganzen zu leisten? Unterschiedliche Ansätze lassen sich diskutieren.

- Die bisherigen Empfehlungen zur Koordination und Steuerung des Psychiatrischen Versorgungssystems funktionieren so nicht. Da es auch zukünftig kaum gelingen wird, finanzielle und personelle Mittel, quantitativ und qualitativ durch Experten-Autorität oder Selbstverpflichtung zu lenken, sollte man diese Strategie aufgeben.
- Üblicherweise übernimmt der Staat die Zuständigkeit für notwendige Versorgungsleistungen, wenn diese nicht durch Bürger selbst oder in freier Wirtschaft sichergestellt wird. Dafür spricht im Falle der Psychiatrie einiges, bedürfte aber klarer Regelungen, erheblich besserer Ausstattung, geeigneter Kompetenzen und Befugnisse.
- Von öffentlicher Seite wird vielfach favorisiert, ein wie auch immer gearteter Wettbewerb möge für die Verteilung auch kniffliger sozialer Versorgungsgüter sorgen. Leistungsrechtlich ist bereits vielfach angelegt, der beste und günstigste Anbieter möge gewinnen. Nur, für Marktregulation der Psychiatrie fehlt wirklich jede Voraussetzung.

⁶ Gerade beim Psychiatrieplan ist die Bezeichnung manchmal irreführend, denn dem Inhalt nach handelt es sich eher um Erhebungen oder Feststellungen, weniger um Planung. Beispielhaft: Schröder, Wilhelm F. / Walter Rehberg / Karsten Zich: Psychiatrische Versorgung in Hessen, Entwicklung bis 2007. IGES Eigenverlag, Berlin 2002

- Wahrscheinlicher ist ein vierter, sind viele andere Wege. Sie bewegen sich pragmatisch im Rahmen jetziger Gegebenheiten, lassen sich freilich ständig nachbessern, bis man sich neu gesetzten Zielen nähert. Missglückte Versuche werden zurückgenommen, vielversprechende unterstützt. Planung und Steuerung werden dynamisch.

Es sind dies Denkrichtungen, keine Variante ist wirklich eine Option. Dazu fehlen die politischen Kräfte und es sind keine einflussreichen Interessengruppen auszumachen, die das Thema nachhaltig verfolgen würden. Wer dabei bleibt, wird auf die weitere Entwicklung achten und natürlich evtl. Gelegenheiten nutzen, um zur Meinungsbildung beizutragen. Versorgungsträger können sich einstweilen vorteilhaft positionieren, wenn sie die Tücken des Versorgungssystems kennen und unter den gegebenen Bedingungen das Beste für die eigenen Zwecke erreichen. Das entspricht zwar nicht dem erstrebenswerten Reifegrad des psychiatrischen Versorgungssystems, aber möglicherweise kristallisieren sich auf diese Weise irgendwann zukunftsweisende Lösungen heraus, setzen sich vielleicht auch noch durch.

2 Es gilt zu koordinieren: Anspruch und Bedarf, Angebot und Inanspruchnahme

Die Psychiatrie ist mit all ihren Besonderheiten ein wahrlich besonderes Tätigkeitsgebiet. Einzelaspekte lassen sich plausibel beschreiben, eine Psychose, Betten im Krankenhaus, Vergütungen. Aber in Wirklichkeit sind die Dinge vielschichtig und kompliziert: Psychische Gesundheit und Erkrankung, Behandlungskonzepte und Betreuungsleistungen sind miteinander verwoben, Angelegenheiten der Psychiatrie diffus und irrational. Das trifft auf Menschen zu, die mit den Obliegenheiten des Lebens und Zusammenlebens nicht allein zurechtkommen. Das setzt sich Einrichtungen und Unternehmen des Sozial- und Gesundheitswesens fort. Das macht bei der Verteilung von Finanzmitteln und der Steuerung von Hilfeleistungen nicht halt.

Wenn es im Weiteren um Aufgaben der Koordination in der Psychiatrie geht, sollen die Verhältnisse und Möglichkeiten realistisch ausgelotet werden. Zusammenhänge und Interessensphären der Beteiligten sind zu beachten, man muss die Dynamik und Wechselseitigkeit im Versorgungsgeschehen verstehen. Weil die Gegebenheiten nun einmal nicht so einfach zu verändern sind, ist der Blick für das Machbare nötig, trotzdem sollen wünschenswerte Vorstellungen nicht aufgegeben werden. Um die Facetten einer Psychiatrie-Versorgung in den nötigen Einzelheiten zu beachten und dennoch nicht den Überblick zu verlieren, wird der Analyse das bekannte systemische Konstrukt zugrunde gelegt.

- Makroebene - Im großen Gemeinwesen wie in kommunalen Gemeinschaften sind es sozialpolitische und rechtliche Strukturen, Finanzmittel aus Steuern und Kassen, die öffentlichen Hilfeleistungen zugrunde liegen. Die Verfügung darüber richtet sich nach Zuständigkeit von Leistungsträgern, Anerkennung von Einrichtungen, Ausstattung einer Region, Regeln der Inanspruchnahme.
- Mesoebene - Hilfeleistungen werden umgesetzt durch Sozial- und Gesundheitsbetriebe als Leistungserbringer. Sie müssen als öffentliche oder private Unternehmen erfolg-

reich wirtschaften und sich in einem vorgegebenen Rahmen bewegen, bestimmt durch Leistungsformen, Einrichtungen, Maßnahmen. In Erfüllung von Versorgungsaufgaben sind sie zugleich Mittler zum Hilfebedarf eines einzelnen Bürgers.

- Mikroebene - Jeder betroffene Mensch, Patient oder Klient haushaltet mit seinen persönlichen, materiellen, physischen und psychischen Ressourcen. Bedürfnisse und Interessen beziehen sich auf beste Behandlung und Betreuung immer dann, wenn dies nötig scheint. Ob ein potenzieller Leistungsempfänger wirklich Bedarf an Hilfeleistung hat, wird subjektiv, methodisch oder instrumentell beurteilt.

Auf der gesellschaftlichen Ebene werden demnach Leistungsrecht und Anspruchsgrundlagen geschaffen. Auf der Ebene der Sozial- und Gesundheitsbetriebe werden Einrichtungen unterhalten und Maßnahmen erbracht. Auf der individuellen Ebene des einzelnen Menschen geht es um das Arrangement zwischen Hilfebedarf und Erfüllung. Die Grenzen zwischen diesen Ebenen sind willkürlich und sowieso durchlässig, aber sie zeichnen sich zwischen den Akteuren, ihren Interessen und ihrem Handeln deutlich ab. In den folgenden Abschnitten werden diese Sphären näher betrachtet.

2.1 Leistungsansprüche folgen dem Sozialrecht

Das deutsche Netz der sozialen Sicherung ist in vielen Etappen entstanden und umfasst heute diverse Versicherungs-, Vorsorge- und Fürsorgeleistungen. In den 1970er Jahren wurden Einzelgesetze in das Sozialgesetzbuch aufgenommen, es umfasst zwölf Bücher. Die Bestimmungen sind kompliziert, in der Tiefe nur von Experten zu beherrschen. Anwendern wird der Umgang mit dem sozialen Leistungsrecht zudem erschwert, weil sich sozialpolitische Grundsätze, ökonomische Rahmenbedingungen und Ausführungsbestimmungen ständig ändern. Eine umfassende Reorganisation des Gesundheits- und Sozialsystems wird gelegentlich diskutiert, dürfte aber wenig aussichtsreich sein. Jedoch gibt es Entwicklungstrends: Staatliche Leistungserfüllung wird relativiert, privatwirtschaftlicher Wettbewerb, Wohlfahrtspflege und Selbstverwaltung werden bevorzugt. Öffentliche Sozialleistungen werden an Leistung, Qualität und Preis gebunden, individuelle Ziele der Leistungsberechtigten haben Vorrang, Einrichtungen müssen flexibel werden.

Nicht alles wird sich so leicht realisieren lassen. Tatsächlich behaupten sich konventionelle Leistungsstrukturen erstaunlich, Einrichtungsträger finden eben Mittel und Wege zur Anpassung, adaptieren Neuerungen, sichern die Marktstellung. Dem Sozial- und Gesundheitssystem bleibt der stets nächste und fast ständige Versuch, eine Balance zwischen Anbietern und Empfängern von Hilfeleistungen herzustellen. Das gilt von behördlicher Zuständigkeit über Betriebe und Einrichtungen bis hin zum einzelnen Menschen. Über dieses Bemühen wird das System der sozialen Sicherung immer undurchdringlicher. Trotzdem bleibt Spielraum, um den es in diesem Beitrag für den kleinen Bereich der Psychiatrie geht.

2.1.1 Das System der sozialen Sicherung hat seine Tücken

Bestimmungen über Hilfeleistungen, Behandlungs- und Betreuungsdienste gelten für alle Menschen und so natürlich auch bei psychischen Leiden. Es gibt keine besonderen Regelungen für bestimmte Erkrankungsmerkmale, weil die Systematik des Sozialrechts auf Lebensrisiken und Absicherungen aufbaut, nicht auf spezifische Beeinträchtigungen. Alle Menschen sind verfassungsgemäß zuerst gleich und erst dann verschieden. Dieses Prinzip des Grund- und Sozialrechts wird im Fall der Psychiatrie gelegentlich zum Handicap, wenn sich nämlich Hilfebedarf und Leistungsansprüche aufgrund von mehreren Lebensrisiken und diffusen Belastungen der Menschen überschneiden. Das Leben erweist sich dann als komplexer als die Gliederung staatlicher Vorsorge es vorsieht.

Niemand ist den komplizierten Lebensverhältnissen der Menschen näher als Psychiatrie und Psychosoziale Dienste, jedenfalls wenn es gesundheitliche Probleme gibt. Die Fachleute sind sich einig: Psychische und soziale Beeinträchtigungen bedingen und beeinflussen sich gegenseitig, wie genau, das weiß niemand. Aber wenn es zu inneren oder Konflikten mit Mitmenschen und Umwelt kommt, wenn Alltagslösungen, Erziehung und Polizei nicht mehr weiter wissen, ist meist die Psychiatrie gefragt. Das gilt für moderne Themen des Ausfalls wegen Erschöpfung und für problematisches Verhalten, das ist nicht anders bei klassischen Erkrankungen der Depression, Persönlichkeitsstörung, Sucht und Abhängigkeit.

Wenn denn Hilfe vonnöten ist, ist das Sozialrecht zuständig: Umfassend angelegt ermöglicht es umfangreiche aber je exklusive Leistungen. Theoretisch schließen sich mehrere Ansprüche nicht aus, jedenfalls soweit sie nicht förmlich oder nachvollziehbar abgegrenzt sind. Aber praktisch eben doch. Denn jedes Amt und jede Behörde werden bemüht sein, nicht originäre Leistungen von sich fern zu halten und zu meiden, was nicht zwingend verpflichtend ist. Niemand will für andere Zuständigkeiten aufkommen, und sei es auch nur gemeinsam. Dafür sind die Regularien zu speziell, Formulare nicht angelegt, der vorgesetzte Segen wird vielleicht aus Furcht vor Prüfung nicht erteilt.

Mit Psychisch-Kranken-Gesetzen⁷ ist versucht worden, zusammen mit ordnungsrechtlichen Regelungen zur Unterbringung schwer gestörter Personen öffentliche Stellen auf die Erfüllung eines Hilfebedarfes zu verpflichten. Schutz und Sicherheit sind wichtige Versorgungsaspekte, aber letztlich scheitern wirksame Regelungen an der Zuständigkeit und letztlich am Geld. Ähnliches gilt für Gesundheitsgesetze der Länder, in denen vielleicht ein Sozialpsychiatrischer Dienst vorkommt, weitergehende Maßnahmen aber nicht vorgesehen sind⁸. Das übrige soziale Leistungsrecht bezieht sich, wie gesagt, fast ausschließlich allgemein auf Lebenszustände der Menschen. Der besonderen Problematik psychischer Erkrankungen und psychosozialer Beeinträchtigungen wird man mit dem bestehenden Instrumentarium jedenfalls nicht gerecht.

⁷ Beinahe in allen Bundesländern gibt es mittlerweile solche Gesetze, die im Prinzip vom Anspruch auf Schutz und Hilfe ausgehen. Einzig in Hessen besteht das Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen (HFEG) aus dem Jahre 1952 noch immer. In: Zeuschewitz, Friedrich von: Landesrecht Hessen, Textsammlung, 23. Auflage. Nomos Verlag, Baden-Baden 2013.

⁸ Ebenfalls beispielhaft: Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HHöGD) von 2007. In: Zeuschewitz, Friedrich von: Landesrecht Hessen, Textsammlung, 23. Auflage. Nomos Verlag, Baden-Baden 2013.

2.1.2 Dies sind relevante Leistungsgrundlagen der Psychiatrie ...

Aus dem Blickwinkel der Psychiatrie sind mehr oder weniger alle Bestimmungen zum sozialen Leistungsrecht wesentlich, die sich auf unterstützungsbedürftige Lebensbereiche, Lebenslagen, Lebenssituationen ihrer Klientel beziehen. Weil dabei so gut wie alles vorkommen kann, was Menschen überhaupt begegnet, bleibt die Auswahl groß. Probleme der Gesundheit, des Wohnens, Arbeitens, Dabeiseins (Teilhabe) sind fachlich geeignete Kategorien, um einen vollständigen Zugang zu Hemmnissen und Möglichkeiten eines kranken Menschen zu schaffen. Aber beim Auffinden von Anspruchsgrundlagen psychiatrisch psychosozialer Hilfeleistungen bringt das nicht viel. Es bleibt nur der Weg, die in Frage kommenden, potenziell passenden Leistungsgrundlagen nach Lage der Dinge herauszusuchen.

Eine gewisse Grundkenntnis wird jeder Bürger dabei haben, über den Sozialkundeunterricht oder im Einbürgerungsverfahren vermittelt, einschlägigen Ratgebern oder Wikipedia entnommen. Beratungsstellen helfen im Zweifel weiter, Ämter und Behörden sind zur Auskunft verpflichtet. Notfalls stehen Fachanwälte für Sozialrecht bereit, echte und vermeintliche Ansprüche durchzusetzen. In der Praxis der Psychiatrie sind es die Sozialarbeiter, die Amts- und Rechtswege zur Hilfeleistung kennen und diese realistische bahnen können. Es ist eine ihrer vornehmsten Tätigkeiten zu klären, wer wofür zuständig ist, welche Voraussetzungen zu erfüllen sind, wen man ansprechen kann, welche Formulare und Verfahrenswege einzuhalten sind. Fundstellen sind die relevanten Sozialgesetzbücher:

- SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende: Leistungen zum Lebensunterhalt und arbeitsfördernde Maßnahmen bei besonderen Vermittlungshemmnissen.
- SGB III - Arbeitsförderung: Arbeitslosengeld, Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen, Ausbildung im Berufsförderungswerk.
- SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung: Krankenbehandlung durch Haus- und Fachärzte und Psychotherapeuten sowie Verordnung von Medikamenten, Sozio-, Ergo-, Physiotherapie. Krankenhausbehandlung in stationärer Fachklinik, Tagesklinik und durch Psychiatrische Institutsambulanz, Ambulante Psychiatrische Pflege.
- SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung: Zahlung bei Erwerbsunfähigkeit, Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen.
- SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen: Psychosozialer Dienst für Schwerbehinderte im Arbeits- und Berufsleben, Eingliederungshilfen, Minderleistungsausgleich, Förderung von Integrationsfirmen.
- SGB XI - Soziale Pflegeversicherung: Ambulante Pflege, Tagespflege, stationäre Pflege auch als pauschale Zuzahlung zur stationären Behindertenhilfe.
- SGB XII – Sozialhilfe: Leistungen zum Lebensunterhalt, Krankenhilfe und Behindertenhilfe im Wohnheime, betreuten Wohnen, Tagesstätten, Werkstätten.

Damit ist der Arbeitsrahmen der Psychiatrie formal bestimmt. Einzelheiten findet, wer das soziale Leistungsrecht systematisch durchforstet. In der Praxis geht man häufig eher anders vor: Über ein in Betracht kommendes Haus werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Maßnahmen geklärt, die Bedürftigkeit im Zweifel zweckmäßig als Bedarf interpretiert, die Spielräume ausgeschöpft. Denn umgekehrt gilt: Wenn es ein eigentlich gewünschtes Angebot einer psychiatrisch psychosozialen Sorge nicht gibt, braucht man auch nicht nach Zuständigkeit und Kostentragung zu suchen.

2.1.3 ... und so könnten sie gemeinsam genutzt werden?

Die originäre Funktion der öffentlichen Institutionen ist es, ihnen übertragene Aufgaben zu erfüllen, Budgets in Ordnung zu halten und sich über dies nicht angreifbar zu machen. Das normale Geschäft lässt sich auf diese Weise konform und zuverlässig bewältigen. Lebenssituationen und Hilfebedarfe der Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Beeinträchtigungen lassen sich nur leider oft nicht so leicht in allgemeine Regeln einfügen, Ausnahmen sind hier durchaus typisch. Diese Problematik ist offenkundig und wird auch seit langem gesehen, aber sie lässt sich momentan kaum lösen. Muss man bei einem insgesamt funktionierenden Versorgungssystem zwangsläufig solche Einschränkungen für besondere Personengruppen in Kauf nehmen?

Angesichts alter und immer neuer Versorgungssorgen wird schon versucht, dies zu ändern. Einige Initiativen zielen darauf, das Zusammenwirken der Einrichtungen bei aller Kompliziertheit des Sozial- und Gesundheitssystems zu befördern. Auch wenn bislang nicht gerade von durchschlagendem Erfolg zu berichten ist, streben verschiedene Stellen Verbesserungen in diesem Bereich an.

- Die Aktion Psychisch Kranke besitzt keinen direkten Einfluss auf das Leistungsgeschehen, steht aber der gesetzgebenden Bundespolitik nahe. Gefordert werden seit langem Personenzentrierte Hilfe im sog. Komplexleistungsprogramm, Psychiatriekoordination und Gemeindepsychiatrischer Verbund.
- In ihren Konferenzen fordern die Arbeits- und Sozialminister der Länder eine Entlastung der Behindertenhilfe und insbesondere psychosozialer Hilfeleistungen zulasten anderer Zuständigkeiten. Des Weiteren die Abkehr von institutionellen Bindungen zugunsten personenzentrierter Hilfeleistung.
- Für Menschen mit Behinderung könnten individuelle und integrierte Hilfeleistungen durch ein Bundesteilhabegesetz erlangt werden, die sozialrechtlichen Einzelzuständigkeiten würden zugunsten einheitlicher und flexibler Leistungen gebündelt.
- In Modellvorhaben wurden regionale Budgetfinanzierungen erprobt, wobei Leistungsträger in einen Topf zahlen und daraus jeder Leistungserbringer erhält, was er braucht. Über eine einzige Region (Itzehoe) hinaus hat sich das Modell nicht etabliert.
- Mit den Gesundheitsreformen wurde den Krankenkassen eine Integrierte Versorgung erlaubt, die ein breites Behandlungsspektrum über Kassenärzte und Krankenhäuser hinaus ermöglicht. Für die Psychiatrie wird dies unten ausgeführt.

- Der Landeswohlfahrtsverband Hessen hat modellhaft eine Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe (PerSEH) erprobt. Der Hilfebedarf soll einheitlich ermittelt, in Konferenzen verhandelt, Leistungen minutengenau bewilligt werden.

Man erkennt, dass sich eine Menge tut und auch die Schwerpunkte einer möglichen künftigen Entwicklung: Die Versorgung psychisch kranker, psychosozial beeinträchtigter Menschen soll sich nach dem individuellen Hilfebedarf und nicht nach dem Programm einer Einrichtung richten. Betroffene Menschen, hilfebedürftige Patienten und Klienten sollen mehr Rechte erhalten, sie sollen über Art und Umfang von Hilfeleistungen selbst entscheiden. Komplexe Gesundheitsstörungen erfordern multiple Maßnahmen und vernetzte Versorgungsträger.

2.2 Einrichtungen müssen wirtschaftlich arbeiten

Krankenhäuser und Wohlfahrtspflege sind als öffentliche und karitative Dienste entstanden, Ärzte waren immer schon ein besonderer Stand. Das ist anders geworden oder wird es werden. Jeder, der heute Sozial- und Gesundheitsdienste leistet, muss wirtschaften und seine Einrichtungen als eigenverantwortlichen Betrieb führen. Dabei ist es relativ gleich, ob sie sich in öffentlichem Eigentum befinden oder von dort beaufsichtigt werden, ob es sich um private, gemeinnützige oder kommerzielle Organisationen handelt. Die zunehmende ökonomische Orientierung muss freilich nicht bedeuten, dass Fachlichkeit in den Hintergrund tritt. Eigentlich sollte es im Gegenteil so sein, dass gerade anspruchsvolle und beste Güter einen sorgsamem, wertbezogenen Umgang verdienen. Oder umgekehrt: Grundlage jedes wirtschaftlichen Handelns ist ein nützliches Gut, das gebraucht und verlangt wird.

In der Psychiatrie sind Sozialdienste und Gesundheitsprodukte die fraglichen Güter. Es sind humane Verrichtungen wie ein menschlicher Beistand, ein Tun (oder Lassen) mit oder für jemanden, die inzwischen gegen eine Vergütung ein- und verkauft werden. Da ist es verständlich, dass jeder sein Geschäft nach Preis und Menge zu seinen Gunsten gestalten möchte. Das muss sogar sein, um Ausgaben zu decken und einen Überschuss zu erzielen, um Unsicherheiten ausgleichen und Investitionen tätigen zu können. Andererseits ist es aber nur bedingt möglich bzw. explizit nicht gewollt, dass soziale Versorgungsgüter über Umsatz- und Gewinnziele gesteuert werden. Vielmehr ist ein festgestellter Bedarf die Schlüsselgröße sowohl für das Versorgungsangebot als auch die Nachfrage nach Behandlung und Betreuung. Zwischen diesen beiden Polen, der öffentlichen Erbringungspflicht und dem Streben nach Privatisierung, rangiert die Wirtschaft mit sozialen Gütern als Zwitter, es ist ein Dritter Sektor⁹, der irgendwo zwischen Unternehmertum und Staatswirtschaft rangiert.

Die sozialen und Gesundheitsleistungen sind es selbst, die Probleme bereiten. Solche Dienste sind schwer zu beschreiben, besitzen vertrackte Eigenschaften. Sie müssen bereitgestellt und können nicht bevorratet werden, sind in ein und demselben Augenblick erbracht und verbraucht. In Verbindung mit menschlich seelischen Themen kommen sogar noch ausgeprägt subjektive, bisweilen irrationale und paradoxe Züge hinzu. Beispielsweise könnte nichts oder wenig tun unter Umständen mehr bringen, als bloß eine zeitliche Vereinbarung zu erfüllen.

⁹ Die Bezeichnung folgt der klassischen Volkswirtschaftslehre: Wohlfahrtsträger und überhaupt Non-Profit Unternehmen operieren zwischen der Privaten (erster Sektor) und der Staatlichen (zweiter Sektor) Wirtschaft.

Herzliche Bindung kann mehr bewirken als ein langes Gespräch. Der Nutzen, die Wertschöpfung psychosozialer Leistungen liegt nicht im Quantum an Arbeit, sondern in dessen Wirkung. Die aber lässt sich nicht gut messen. Fachleistungsstunden, tagesgleiche Entgelte, pauschalisierte Maßnahmen sind insofern künstliche, nur näherungsweise bestimmte Leistungseinheiten. Trotzdem muss mit eben diesen schwierigen Gütern gewirtschaftet werden.

2.2.1 Wie lassen sich Sozial- und Gesundheitsbetriebe steuern?

Unübersichtlichkeit und Durcheinander sind der Psychiatrie nicht unbekannt. Aber wenn man in diesem Fachbereich eine Einrichtung führt, ein Unternehmen betreibt oder Verantwortung für Ansprüche und Ressourcen trägt, sind solche Zustände wenig angebracht. Höchstens soviel, dass Kollegen in ihrem Wirken mit Patienten und Klienten nicht verschreckt werden. Die Unternehmensführung muss jedoch die Dinge ordnen und gestalten, sie in eine gewünschte Richtung bewegen, Ergebnisse erzielen. Dabei hat es das Management im Sozial- und Gesundheitsbranche zumal in der Psychiatrie wahrlich nicht leicht. Unternehmen, Betriebe, Einrichtungen operieren frei verantwortlich und doch im staatlichem Auftrag, erhalten weder Garantien noch finden sie einen Markt vor, sie sollen keine Gewinne machen und doch alles leisten, was in ihrem Zuständigkeitsbereich jemals verlangt wird.

Wie kann das gehen? Eine ganze Wissenschaft widmet sich diesem Problem so die Non-Profit Forschung, das Social-Marketing, Bezugsgruppen- oder Non-Profit Management. Es gibt komplizierte Begriffe wie Subsidiarität und Korporatismus¹⁰, die im Prinzip darauf hinauslaufen, dass der Staat wohl steuern will und ja auch muss, dies aber nicht in Verantwortung für die Folgen tun will. Besser, dies übernehmen Wirtschaftsteilnehmer. Für die Verhältnisse im Sozial- und Gesundheitswesen bedeutet dies: Einstmals öffentlich betriebene Krankenhäuser und Wohlfahrtsträger werden zu selbstständigen Betrieben und in die freie Wirtschaft entlassen. Im Fall der Psychiatrie wird versucht, die Steuerungshoheit durch die Instrumente der Koordination zu erhalten. Weil das nicht sonderlich gut klappt, wäre es aussichtsreich, Einrichtungsträgern mehr oder die ganze Verantwortung anzuvertrauen? Wie weit geht das?

Voraussetzung für die erfolgreiche Unternehmensführung ist überall, dass die Ökonomie des jeweiligen Produktes verstanden wird. In der Psychiatrie geht es um die Behandlung psychisch kranker Menschen, um die soziale Betreuung gestörter, beeinträchtigter Lebensverhältnisse. Wie macht man das am besten? Wer ist dabei beteiligt? Und wie lässt es sich unter gegebenen Bedingungen machen? Das ist nicht so leicht zu erklären und in ein betriebliches Programm einzukleiden. Man hat es mit Menschen zu tun, ob nun in Ämtern und Behörden, in der Familie und mit Freunden, mit Nachbarn oder dem Pfarrer, Kollegen, Chefs, vielleicht der Polizei und wem sonst noch. Psychosoziale Hilfe muss mit all den vorgetragenen und stillen Belangen der Beteiligten umgehen. Will gangbare Wege finden, andere verstehen und sich verständigen.

Im Ergebnis sollte das Geschäftsfeld durchdrungen sein. Man weiß auf der Ebene der Leistungsträger und Gemeinschaft in etwa, welche Konzepte überzeugen könnten. Man wird auf

¹⁰ Subsidiarität bezeichnet die Nachrangigkeit öffentlicher von privater Verantwortung, das Prinzip gilt von der katholischen Soziallehre bis zur staatlichen Verfassung. Korporatismus ist abgeleitet von Korps (Körper, Körperschaft) und bezeichnet die mitverantwortliche Einbindung gesellschaftlicher Gruppen, hier der Wohlfahrtsträger, in letztlich staatlich bestimmte Entscheidungen.

der Ebene des Individuums konkrete Behandlungs- oder Hilfepläne erstellen können. Und in der eigenen Einrichtung sind die Mitarbeiter und Kollegen auf der Ebene der Sozial- und Gesundheitsbetriebe mit ihrer Schlüsselrolle im Leistungsgeschehen vertraut. Nun geht es um die Balance der Interessen, um das Harmonisieren all der Akteure und Ansprüche hin zu einem erkennbar nützlichen Leistungsbeitrag. Der wird nicht nur darin bestehen, dass alle Beteiligten vorkommen und sich vertragen, sondern es sollen Perspektiven aufgezeigt, Lösungen organisiert werden. Der konstruktive Beitrag psychosozialer Dienste besteht im Geschick, etwas meist Immaterielles zu leisten, was andere nicht können, weswegen sie Dienste nutzen.

2.2.2 Das sind Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung ...

Sozial- und Gesundheitsbetriebe sind gewissermaßen eingeklemmt zwischen den kollektiven Ansprüchen der Gemeinschaft und den individuellen Erwartungen jedes Einzelnen. Hier ist der Bedarf, so gut es geht, objektiv bestimmt. Dort ist ein immer subjektiv empfundenes Bedürfnis. An beide Seiten haben die Einrichtungen leisten, ihnen kommt zwangsläufig eine Mittlerrolle zu. Für die klinische und komplementäre Psychiatrie erledigen die folgenden Einrichtungen:

- Psychiatrische Kliniken als Abteilung am Allgemeinkrankenhaus oder Fachkrankenhaus behandeln stationär (Betten), teilstationär in Tageskliniken oder ambulant über Institutsambulanzen (PIA).
- In freier Praxis tätige, kassenärztlich niedergelassene Haus- und Nervenfachärzte sowie psychologische und ärztliche Psychotherapeuten behandeln ambulant.
- In freier Praxis auf Verordnung tätige, ärztlich medizinische Hilfsdienste übernehmen Ambulante psychiatrische Pflege (APP), Ergo-, Sozio-, Physiotherapie.
- Sozialpsychiatrische Dienste beraten, vermitteln und begutachten in öffentlicher Trägerschaft oder im Auftrag, übernehmen Betreuung, keine Behandlung.
- Wohnheime schaffen Unterkunft und betreuen stationär, Werkstätten beschäftigen teilstationär im Rahmen der Behindertenhilfe und übernehmen Eingliederung und Rehabilitation.
- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten und Betreutes Wohnen leisten Eingliederungs-, Teilhabe- und Rehabilitationsaufgaben als ambulante bzw. teilstationäre Behindertenhilfe.
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sind stationäre Einrichtungen zur medizinischen und beruflichen Wiederherstellung. Integrationsfirmen bieten Arbeits- und Beschäftigungsplätze im normalen, gewerblichen Umfeld.

Zu den Kerneinrichtungen der Psychiatrie kommen weitere hinzu, Suchtkrankenhilfe, psychosomatische Medizin, Wohnungslosenhilfe, Arbeitsrehabilitation und anderes. Wie eine Region konkret ausgestattet ist, welcher Träger welche Einrichtungen betreibt und was diese genau machen, wie sie zusammenarbeiten, das ist immer exklusiv. Es gibt, wie oben schon angeführt,

keine gemeinsame, d.h. über Einzelzuständigkeit hinausreichende Planungsgrundlage, keine regionale Musterausstattung oder psychiatrische Standardversorgung.

Das Problem der Koordination in der Psychiatrie liegt hier auf der Ebene der Leistungserbringer auf der Hand. Das erste Motiv ist, für sich selbst zu sorgen, für eine ungefährdete Existenz und Entwicklungsmöglichkeit der Einrichtungen, in denen man arbeitet, für die man zuständig ist. Für die Betriebe ist es überlebensnotwendig und legitim, Geld zu verdienen. Damit sie nicht mehr ausgeben, als sie einnehmen, müssen Betten, Zimmer und Plätze belegt sein, Mitarbeiter ausgelastet. Natürlich gibt es auch ideelle Beweggründe (um die es hier nicht vorrangig geht), aber die müssen eben im Rahmen der Betriebsführung untergebracht werden. Paradoxerweise kann sich ein gut geführtes, wohl organisiertes und wirtschaftlich gesundes Unternehmen eben auch die besten Dienste leisten. Und beste Dienste tragen zum gesunden Betrieb bei etc.

2.2.3 ... und so könnten sie gut zusammenwirken?

Steuert denn betriebliche Sozial- und Gesundheitswirtschaft unter diesen Umständen das psychiatrisch psychosoziale Leistungsgeschehen? Sicher, wenn Unternehmen klug und ambitionierte handeln, erledigen Sie diese Aufgabe fast nebenbei. Ihre Sandwichfunktion bedeutet ja eine Art Vermittlungsauftrag mit Leistungschancen. Die Anfrage an eine Einrichtung kommt von zwei Seiten: Betroffenen Menschen wünschen, dass es ihnen mithilfe psychiatrischer und psychosozialer Dienste besser geht, dass gesundheitliche oder Lebensziele erreicht werden, Genesung, Rehabilitation, Eingliederung, Teilhabe gelingen. Zugleich möchten öffentliche Institutionen die Versorgungspflichten der Gemeinschaft durch fachlich professionelle Leistungen erfüllen lassen. Der Auftrag kann überhaupt erst ausgeführt werden, wenn eine entsprechende Versorgungsermächtigung vorliegt und im Einzelfall eine Leistungszusage erfolgt. Wem dieses Zusammenspiel gut gelingt, wer die Erwartungen nach Hilfe, Vorankommen, Dabeisein, Schutz, Sicherheit usw. nach beiden Seiten hin gut erfüllt, hat gewonnen.

Ein solch dreiseitiger (der Betrieb hat ja auch etwas davon) Nutzen sollte sich zunächst immer dann einstellen, wenn Sozial- und Gesundheitseinrichtungen über geeignete Ressourcen verfügen, sie das Miteinander und die Übergänge der Bausteine im Inneren arrangieren können. Es ist ein gewichtiges Argument für den umfassenden Auftrag zur Sektor-Versorgung an ein einziges Unternehmen, dass die nötigen Komponenten komplexer Fachleistungen auf diese Weise in einem Arbeitsrahmen verantwortet werden. Aber solche Voraussetzungen sind nicht überall gegeben und auch nicht immer gewollt. Und es gibt natürlich keine Garantie, dass man mit einem exklusiven Leistungserbringer zufrieden ist, mehrere Anbieter vielleicht doch besser wären? Die Verhältnisse hängen erheblich von den Akteuren und Gegebenheiten vor Ort ab. Wie gesagt, Psychiatrie ist ein heterogenes Versorgungsfeld.

Wegen der Vielfalt an Zuständigkeiten und Trägern bei ambulanten, klinischen und komplementären Einrichtungen wird man nirgends einen ‚Vollversorger‘ vorfinden. Es gibt stets andere Gegebenheiten, aber immer verlangen psychisch psychiatrische Erkrankungen sowie Behandlung und psychosoziale Betreuung der Menschen ein breites Portfolio an Möglichkeiten. Diesen Widerspruch zu überbrücken, lässt sich nur gemeinsam mit den Beteiligten lösen. Ob das intern in einer Organisation oder mit anderen zusammen geschieht, in welchem Umfang

und in welcher Weise, per Koordination oder Kooperation - sie müssen zusammenwirken. Wie das befördern lässt und gelingen kann, zeigen einige Ansätze.

- Psychosoziale Zentren kombinieren sozialhilfefinanzierte Wohn- und Betreuungseinrichtungen zu einem Leistungsverbund. Eine gemeinsame Dienststelle und Leitung schaffen gute Voraussetzungen für flexible und koordinierte Dienste.
- Weiter geht der Gemeindepsychiatrische Verbund. Er besteht im Sinne der Experten-Empfehlungen aus Kontaktstelle, Tageseinrichtung und ambulant aufsuchendem Dienst, wird in der Praxis meist weiter gefasst, wirkt aber nur lose zusammen.
- Kassenärztliche Behandlungs- und dazu verordnete Leistungen lassen sich in Medizinischen Versorgungszentren bündeln. In einem psychosozialen Gesundheitszentrum ließen sich auch vorstationäre und komplementäre Dienste einbinden.
- Wenn Betreuungs- und Behandlungsdienste von einer spezifischen Einrichtung entkoppelt werden, lassen sich Maßnahmen virtuell erbringen: Eine vertraute Bezugsperson und der Wohnort bleibt, die Intensität und Form der Hilfe ändert sich.
- Auch auf der Ebene der Leistungserbringer ließen sich Dienste und Vergütungen zu einem Einrichtungsbudget pauschalisieren. In der Praxis hat sich das nirgends durchgesetzt, problematisch ist der fehlende Bezug zur bzw. Nachweis der Leistung.
- Ebenso kann hier die Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen angeführt werden, nun als betrieblich organisiertes Zusammenwirken verschiedener Berufe in multiprofessioneller Zusammenarbeit zwecks multimodaler Maßnahmen.

Werden sich solche Modelle durchsetzen, welche? Wiederum sind zumindest die Trends eindeutig: Die Ziele eines intensiven Zusammenwirkens in der Psychiatrie sind fachlich unstrittig, die Umsetzung wird von Einrichtungen aus eher wirtschaftlichen Gründen gemieden. Das Management der psychiatrisch psychosozialen Einrichtungen muss auf Sicht den Erwartungen an seine Dienste gerecht werden, soll effektiv leisten, effizient wirtschaften, evident helfen. Die psychiatrisch psychosoziale Versorgungslandschaft könnte sich verändern, strategische Vorausschau auf künftige Anforderungen sichert die Zukunft der Einrichtung.

2.3 Maßnahmen sind für betroffene Menschen da

Sozialleistungsträger sind für Versorgungsaufgaben zuständig, Unternehmen betreiben Einrichtungen, in denen Behandlungs- und Betreuungsdienste erbracht werden. Das geschieht durch Berufskundige mit ihren spezifischen Methoden und Mitteln. Letztlich dient der institutionelle und industrielle Überbau nur dazu, bedürftigen Menschen zu helfen und diese Hilfe sollte sich natürlich nach der Gesundheits- und Lebenssituation der Klientel richten. Aber beim Individuum angekommen bestätigt sich die These, dass Einrichtungen ihre Dienste konzipieren und feilbieten und die Menschen sich tendenziell darauf einzustellen haben. Das Versorgungssystem ist bei weitem noch nicht ‚Personenzentriert‘, wie man sich das vorgestellt hat.

Mit den Gesetzesreformen der vergangenen Jahre wurde Einrichtungen in allen Versorgungsbereichen aufgeben, ihre Dienste leistungsgerecht zu gestalten¹¹. In Wohnheime, Werkstätten und überhaupt in die Behindertenhilfe zogen gestufte Hilfebedarfsgruppen ein, was freilich an den Diensten für Bewohner und Besucher nichts geändert hat. Über die Finanzierung der Psychiatrischen Krankenhäuser gibt es heftigen Streit um die Leistungs- und Kostenströme¹². Und so ist es in beinahe allen für die Psychiatrie relevanten Leistungsbereichen. Die Erfassungs- und Dokumentationswut, immer auf der Suche nach besseren und sparsamen Diensten, bordet über, hilfreich ist sie selten. Einig sind sich die Fachleute darin, dass den Erwartungen und Notwendigkeiten hilfsbedürftiger Menschen auf diese Weise nicht näher zu kommen ist.

Auch bei der Begegnung von Hilfe leistendem und Hilfe nehmenden Menschen muss erst einmal verstanden werden, was genau passiert. Die Suche kann in diesem Beitrag nicht bis in die innersten Beweggründe des Fühlens, Denkens und Verhaltens der Menschen führen, auch nicht in die Sphären psychodynamischer Interaktion oder soziokultureller Wechselwirkungen. Es geht vielmehr darum, psychiatrisch-soziale Dienste so zu bestimmen, dass sich die Beteiligten über ihre Erwartungen und den Nutzen, über Mengen und Kosten austauschen können. Hilfebedarf und Hilfeleistung lassen sich für den Einzelnen eben nur in Übereinstimmung bringen, wenn der Gegenstand beschrieben wird, auf beiden und allen Seiten die gleiche Sprache gesprochen, dasselbe gemeint wird. Was der eine braucht, muss der andere geben können, das ist zu koordinieren.

Über welche Dinge könnte man sich verständigen, was wären geeignete Einheiten für solche Verständigung? Im sozialrechtlichen und wirtschaftlichen Kontext sind es Leistungen, therapeutisch pädagogisch würde man das eher Maßnahmen nennen, neutraler klingen Bausteine oder Module. Eine universelle Definition gibt es nicht sprachlich und schon gar nicht inhaltlich. Soviel ist nur klar, es könnte sich um ein Tun oder Lassen handeln, auch um etwas Handfestes, die eingesetzte Zeit eines Mitarbeiters oder damit verbundene Kosten, sogar ein Erfolg eine Wirkung könnten gemeint sein. Psychosoziale Dienste sind wahrlich hybride Güter, alles steckt darin. Solche Leistungseinheiten sind erklärungsbedürftig, dazu müssen sie sinnvoll bestimmt und zu beschreiben sein. Und man muss sie in eine gewisse Ordnung bringen.

2.3.1 Vom individuellen Hilfebedarf zur multimodalen Behandlung

Indessen leidet die Behandlungs- und Hilfeplanung für psychisch kranke und psychosozial beeinträchtigte Menschen auch an der Sprachverwirrung und Beliebigkeit von Begriffsinhalten. Im Bereich der Behindertenhilfe hat man es mit Hilfeplanverfahren vergleichsweise weit gebracht, beinahe schon einem Standard gefunden. Im Bereich der Medizin gibt es Definitionen in der Krankheitslehre und Diagnostik, schwieriger wird es bei Behandlungsempfehlungen außerhalb physisch medikamentöser Möglichkeiten. Leitlinien helfen nicht weiter, denn sie sind nicht auf den Einzelfall bezogen. So ähnlich geht es bei Psychotherapie, Pflege, Körper- oder

¹¹ Im SGB XII Sozialhilfe heißt es in § 75 Einrichtungen und Dienste unter (2) beispielsweise: „(...) hat der Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen vorrangig mit Trägern abzuschließen, deren Vergütung bei vergleichbarem Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderer Träger.“

¹² Das gesetzlich bereits auf den Weg gebrachte ‚Pauschalierte Entgeltssystem Psychiatrie (PEPP) sieht zeitlich festgelegte Therapieeinheiten und eine degressive Vergütung vor. Kritiker befürchten erhebliche Verwerfungen in Behandlung und Finanzierung und präferieren ein Modell Tagesgleicher Entgelte Psychiatrie (TEPP).

Handlungsbezogenen Verfahren, wo es eine jede Profession längst zu akademischer Weihe und ausgeklügeltem Vokabular gebracht hat. Nur alle zusammen haben noch keinen Weg einheitlicher Hilfe- oder Behandlungsplanung gefunden.

Es gibt das multifaktorielle Modell der Genese psychischer Erkrankungen, dessen Charme in der Schlichtheit besteht: Bei einer gegebenen Empfindsamkeit (Vulnerabilität) können belastende Lebensereignisse (Stress) eine akute Erkrankung auslösen, deren Verlauf auch erheblich von den Folgen selbst abhängt (Coping). Wenn das zutrifft, wäre ein dementsprechende Behandlungs- und Betreuungsansatz die logische Folge, d.h. man müsste nach einer günstigen Kombination an Maßnahmen streben. Ein solches multimodales Vorgehen bezöge verschiedene Maßnahmen an Therapie und Begleitung ein, würde sie aufeinander beziehen, voneinander wissen, sich wechselseitig darauf einstellen. Freilich ist das alles leichter gesagt als getan, es stellen sich ungelöste Fragen: Wer soll in einem solchen Miteinander den Hut aufhaben, der Arzt oder Therapeut, ein Fallmanager, eine Bezugsperson? Wie würde man sich verabreden über Zuständigkeiten, Einrichtungen, Berufe hinweg? Gibt es ein gemeinsames Instrument, ein Medium über das sich die Spezialisten austauschen könnten? Wie könnte das aussehen?

Soviel kann schon an dieser Stelle festgehalten werden, dass nicht ein irgendwie angesprochener, dem Patienten ‚zufällig‘ nahestehender psychiatrisch psychosozialer Experte das sehen und tun sollte, was er eben sehen und tun kann, sondern das Ganze des Menschen und seiner Lebensumstände im Vordergrund stehen muss. Notmaßnahmen einmal außen vorgelassen, da gibt es sicher anderen Vorrang. Ob das Heft ein Therapeut, Fachberater, Sozialarbeiter in die Hand nimmt und was die im Einzelnen tun, ist gerade in der Psychiatrie eigentlich beinahe zweitrangig – die Person spielt eine erheblichere Rolle. Alle Beteiligten sollten freilich in ihrem Vorgehen grundsätzlich übereinstimmen, in Kontakt miteinander stehen und vielleicht sogar eine ähnliche Haltung zu Mensch und Psychiatrie einnehmen. Die handwerkliche Methodik und leistungsmäßige Einordnungen kämen danach, sie stehen nicht am Anfang.

Wenn man nicht gerade das eigene berufliche oder institutionelle Setting als Ausgangspunkt allen Handelns erachtet, ist der empfehlenswerte Ablauf eines Behandlungs- und Betreuungsgeschehens recht klar. In einer Art ‚Matching‘ werden Hilfebedarf und Hilfeleistung schrittweise, womöglich in mehreren Schleifen aber doch zielgerichtet auf einen optimalen Weg gebracht. Der geht etwa so: Am Anfang steht eine Erkrankung, eine beeinträchtigte Gesundheits- und Lebenssituation. Leidensdruck und Not führen zum Arzt oder in eine Beratungsstelle. Man klärt den Status und stellt Zusammenhänge her, bestimmt den vorrangigen Hilfebedarf und Weiteres. Es entsteht vielleicht eine erste Idee, was zu tun sei. Im Zuge einer Feinplanung müssen Einzelheiten abgeklärt, nach zuständigen Leistungsträgern und Leistungsmöglichkeiten gesucht werden. Schließlich sind konzeptionell und personell passende Anbieter, leistungsbe-reite Einrichtungen zu finden. Wenn das nicht zum Erfolg führt: Zurück auf Start!

2.3.2 Dies sind psychiatrisch psychosoziale Maßnahmen ...

Dem Arbeitsbereich klinische und komplementäre Psychiatrie wäre schon sehr geholfen, wenn es eine Systematik der psychosozialen Hilfeleistungen gäbe¹³. Die Dienste kommen zwar ganz zum Schluss am Ende einer langen Reihe von Klärungen (siehe nachfolgend), doch ohne reale Leistungsmöglichkeiten hat nun einmal alle Hilfeplanung keinen Sinn. Und da zeigt sich, dass die Verständigung über solch komplexe Angelegenheiten mithilfe von Kategorien, Definitionen, Standards eher gelingt. Das Vergleichen und Bestimmen, Suchen und Einordnen zwingt zur Genauigkeit.

Einstweilen beschränken sich solche Klassifikationen in der Psychiatrie auf leistungsrechtliche Zuständigkeiten (Makroebene) und betriebliche Einrichtungen (Mesoebene). Was dann kommt, ist vielfältig und oft krause. Um ein wenig Ordnung hineinzubringen ließe sich nach dem fachlich inhaltlichen Gehalt von Maßnahmen fragen: Wer macht etwas, Was und Wie wird es gemacht, Warum wird es getan? Zunächst sind Berufe zu betrachten. **Wer** ist in der Psychiatrie zugange?

- Der zuständige Facharzt ist Psychiater, auch Neurologe. Mediziner untersuchen Körper und Seele, behandeln mit Medikamenten, Gespräch und Verordnung.
- Psychologen sind die Spezialisten für Tests und Psycho-Diagnostik, Psychotherapeuten behandeln im Gespräch, sind aber in der Kern Psychiatrie wenig tätig.
- Sozialarbeiter und -pädagogen sind die Experten für Alltagsbelange, kümmern sich um Lebensverhältnisse, Leistungsansprüche und die Organisation von Hilfe.
- Ergotherapeuten konzentrieren sich in der Psychiatrie auf Handlung und Betätigung, trainieren etwa den Verstand, praktische Fertigkeiten und Fähigkeiten.
- Krankenschwestern und Pflegekräfte sind in der Psychiatrie zuständig für Aktivitäten des täglichen Lebens, dazu insbesondere körperbezogene Hilfen.
- Viele andere Berufe sind gelegentlich in der Psychiatrie tätig, so Arbeitserzieher, Motopäden, Physiotherapeuten, Musiktherapeuten.

Was und Wie die Berufsständigen und Berufskundigen im Einzelnen arbeiten, ist nicht einheitlich zu beschreiben. Das richtet sich nach Ausbildung und Berufslehre, nach spezifischen Methoden und, natürlich, nach abrechenbaren Ziffern beim Auftraggeber sowie den Nachweispflichten ihm gegenüber. Einige von den jeweiligen Tätigkeiten sind exklusiv, manches müssen alle handhaben, und wieder anderes überschneidet sich. Vollständig erfasst ergäbe das Tun aller Berufsträger eine lange Liste, mit der man hier beim Thema Koordination individueller Hilfeleistungen vermutlich nicht viel wird anfangen können.

¹³ Zu einem entsprechenden Versuch siehe: Liedke, Klaus-Dieter: Betriebswirtschaftliche Aspekte der sozialen Hilfeleistung – Ein Funktionsmodell zur betrieblichen Sozialwirtschaft. In: Wendt, Wolf Rainer: Sozialwirtschaftliche Leistungen, Versorgungsgestaltung und Produktivität. Ziel Verlag, Augsburg 2011.

Dagegen ist es von Belang, sich über das **Warum** zu verständigen. Eine berufliche Handlung ohne Sinn und Zweck wird normalerweise niemand ausführen, jede Intervention folgt einer Intention. Über diesen ideellen Gehalt der psychosozialen Maßnahme kann man und muss man reden, gerade weil die Verständigung darüber in der Psychiatrie manchmal schwer fällt. Lebenslagen und Lebensziele psychisch kranker Menschen wie auch die Vorstellungen der Umgebung sind nicht immer rational, greifbar, verständlich. Aber wie auch immer und wer einen Hilfebedarf feststellt, letzten Endes bezweckt die Maßnahme etwas, es soll etwas erreicht werden. Berufe kommen sich dabei kaum ins Gehege und Abrechnungen macht jeder für sich. Aber in den Absichten und Zielen begegnen sich die einzelnen Dienste am und mit dem Patienten oder Klienten, hier geht es um das Gemeinsame. Für eine psychiatrische Behandlung, psychosoziale Betreuung kommen zum Beispiel folgende Absichten in Betracht¹⁴. Es geht darum:

- Zweck der psychiatrischen Intervention ist die Krankenbehandlung. Medikamente können wirken, Ratschläge an Patient und Familie, andere Therapieverfahren, notfalls das Krankenhaus. Wirklich heilen lassen sich psychische Erkrankungen nicht.
- Gesundheitsförderung ist gewissermaßen die Kehrseite, zu der Aufklärung über Krankheitszusammenhänge (Psychoedukation), das Bemühen um Widerstandskraft (Resilienz), Selbstständigkeit und Stärke (Recovery), Hilfe zum gesunden Leben gehören.
- Eine Hauptangelegenheit bei psychischen Erkrankungen und Schädigungen ist die Beziehungspflege, sei es um Zugang zur Person zu erhalten und zu bewahren, die Mitwirkung zu verbessern (Compliance), Vertrauen zu stärken, Isolation zu verhindern.
- Insbesondere wenn ein sprachlich rationaler Zugang nicht möglich ist, Ziel Milieugestaltung auf eine passive Einflussnahme in der Erwartung, dass geordnete Umgebungsbedingungen etwa in Tagesablauf und Gemeinschaft förderlich sind.
- Sozialtraining soll beitragen, Kompetenzen im Umgang mit Mitmenschen, in der Öffentlichkeit, am Arbeitsplatz zu erwerben und zu üben, die jemand hatte oder noch nie erlernte. Das kann das Leben erleichtern und positive Rückwirkungen haben.
- Für Menschen mit andauernden psychischen Erkrankungen, bei folgender Behinderung oder multiplen Beeinträchtigten kann Alltagsbegleitung nützlich sein. Wenn allgemeine Lebensbelange unterstützt werden, muss jemand darüber nicht krank werden.

Es sind dies sozusagen Leistungsabsichten und Leistungszwecke, eine Mixtur aus beruflichem Handeln und absichtsvollem Vorgehen vor dem Hintergrund einer besonderen Lebenssituation. Von hier aus lassen sich Ziele zuordnen und verfeinern bis zum konkreten Hilfe-, Teilhabe- oder Behandlungsplan. Man könnte solche Kategorien auch in Besserung, Genesung, Rehabilitation, Teilhabe, Eingliederung finden, nur sind dies erst einmal recht nichtssagende Begriffe, gehören eher zum Vokabular der Leistungsträger. Psychiatrisch psychosoziale Maßnahmen als

¹⁴ Die genannten Kategorien sind im Rahmen von Studien bei der Stiftung LEBENSRAÜME in Offenbach erarbeitet worden (2005 unveröffentlichte Manuskripte). Sie haben sich als treffend und nützlich etwa für interne Bildungszwecke erwiesen.

Leistungseinheiten zu fassen, ist eine schwierige aber wichtige Angelegenheit. Denn darüber erfolgt letztlich die Verständigung über Tun und Lassen und Absicht der professionellen Psychiatrie. Dies weiter zu klären, wäre eine lohnende Entwicklungsaufgabe!

2.3.3 ... und so ließen sie sich womöglich abstimmen?

Erstaunlich aber wahr ist also, dass sich im gesamten Tätigkeitsbereich der Psychiatrie bislang kein Instrument etablieren ließ, mit dessen Hilfe sich das Gesundheits- und Lebensganze eines Menschen abbilden ließe, ein ganzheitlicher Blick möglich wäre. Aber in den jeweiligen Ressorts der Psychiatrie sind natürlich Ansätze bekannt und Instrumente verbreitet, die dazu beitragen und einzubeziehen sind:

- Die Expertenkommission der Bunderegierung hatte schon 1987 funktionale Behandlungs- und Betreuungsbedarfe vorgeschlagen, die sich nach den (allgemeinen) Lebensbelangen der Menschen richten. Das wurde vielfach aufgegriffen.
- Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)¹⁵ ist eine Systematik zur Erfassung ‚aller‘ Einflüsse und Zusammenhänge, bleibt sehr allgemein, wird im Bereich Rehabilitation und Psychosomatik verwendet.
- Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD)¹⁶ ist das weit verbreitete Manual zur psychiatrischen Diagnostik. Allein anhand von Symptomen werden Erkrankungstypen festgelegt, die komplexen Lebenssituationen nicht gerecht werden.
- Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)¹⁷ sowie das Nachfolgeinstrument Integrierter Teilhabeplan (ITP) erfassen ganze Lebenssituationen, aber nur für die Behindertenhilfe, insbesondere ärztlich therapeutische Kategorien fehlen.
- Im Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde¹⁸ sind alle Kategorien eines psychischen und somatischen Befundes differenziert aufgeführt. Entstehungszusammenhänge oder Behandlungsbezug sind nicht Aufgabe des Manuals.
- In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen¹⁹ werden relevante Themen der Behandlung und Betreuung nach dem Kriterium der Evidenz (als wirksam anerkannt) behandelt, nicht für den konkreten Einzelfall.

¹⁵ Siehe Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln 2010

¹⁶ Siehe Dilling, Horst / W. Mombour / M. H. Schmidt [Hrsg.] (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 6. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern 2008.

¹⁷ Siehe Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung, Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenintegriertes Hilfesystem, Psychiatrie Verlag, 5. Auflage, Bonn 2005. Und: Petra Gromann: Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung, Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Psychiatrie Verlag, Bonn 2001.

¹⁸ Siehe Arbeitsgemeinschaft Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.): Das AMDP-System, Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 8. Auflage. Hogrefe Göttingen 2007

¹⁹ Siehe Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer, Berlin 2013.

- Das Persönliche Budget nach in § 17 SGB IX (Teilhabegesetz) ist kein Manual sondern ein Leistungsanspruch, der es (nur) behinderten Menschen ermöglicht, Teilhabeleistungen von einem ausgezahlten Geld selbst einzukaufen und darüber zu steuern.

Mit allem halten sich die Möglichkeiten in Grenzen, Zusammenhänge und Wechselwirkungen rund um Ereignisse und Verläufe bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Beeinträchtigungen zu erkennen und zu dokumentieren. Wie könnte es weiter gehen? Es folgt eine Skizze, wie sich das Einzelne doch genauer und zugleich als Ganzes systematisch erfassen ließe. Das Material stammt aus den genannten Modellen und Methoden, es ist der Vorschlag für ein universelles Vorgehen:

1. Beim ersten Kontakt wird man eine grobe Einschätzung vornehmen, ob eine dringliche Situation²⁰ gegeben ist und ggf. sofort gehandelt werden muss, oder ob und wie das weitere Behandlungs- und Betreuungsverfahren anzugehen ist.
2. Im zweiten Schritt könnte schon versucht werden, die hauptsächlichen Themen der Gesundheits- und Lebensstörung sowie des möglichen Hilfebedarfes einzukreisen. Eine funktionale Sichtweise wird aufgegriffen.
 - a) Gesundheit und Rehabilitation – Wenn akute oder chronische psychische Erkrankung im Vordergrund steht, sind Maßnahmen der Krankenbehandlung und Therapie, des Trainings und der Übung angezeigt. Für diesen Funktionsbereich sind in erster Linie Ärzte und Psychotherapeuten zuständig.
 - b) Wohnung und Haushalt – Den Lebensmittelpunkt eines jeden Menschen bildet seine Wohnraum und die persönliche Haushaltsführung. Unterstützende Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen beziehen sich auf eine adäquate Lebensumgebung und Hilfen, die Ressourcen zu unterhalten.
 - c) Arbeit und Beschäftigung – Wem eine sinnerfüllende Betätigung fehlt, leidet (zusätzlich) auch psychisch. Maßnahmen zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung zielen auf angemessene Herausforderungen und Belastungen im Rahmen eines Berufes, einer Ausbildung oder Beschäftigung.
 - d) Selbstentfaltung und Teilhabe – Für jeden Menschen hat Leben einen inneren Sinn, der mit Betätigungen und im sozialen Gemeinwesen erfüllt wird. Maßnahmen der Integration sind darauf ausgerichtet, familiäre und zwischenmenschliche Beziehungen, kulturelle Einbindung, Bildung zu stärken.
3. Wenn Probleme und Defizite bekannt sind, wird man als Drittes nach dem Bedarf an Hilfe fragen. Muss es überall und zwingend professionelle Hilfe geben? Konform mit der Methode der Behinderten-Hilfeplanung wäre etwa so vorzugehen.

²⁰ Eine hilfreiche Einschätzung solcher Situationen und Hinweise zum Vorgehen finden sich in: Rupp, Manuel: Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Auflage Thieme Verlag Stuttgart 2010

- a) Zu klären ist, worin Ressourcen und Vermögen eines Menschen bestehen, wie er mit der Lebenssituation zurechtkommt bzw. sich selbst helfen könnte.
 - b) Was jemand nicht selbst oder allein kann, gelingt vielleicht durch Aktivierung und Umfeld? Es wären nahestehende, natürliche Hilfen etwa die der Familie.
 - c) Der Notwendige Hilfebedarf ergibt sich aus den Anforderungen der gesundheitlichen und Lebensbereiche, die nicht anders zu versehen sind.
4. Im vierten Schritt müssen die nun bestimmten Hilfebedarfe konkret umgesetzt, ausführbare Maßnahmen der Behandlung und Betreuung gefunden werden. Das bedeutet reale Beteiligte finden und geeignete Vereinbarungen treffen.
- a) Welche Leistungsträger sind bei der Lebenslage und dem Hilfebedarf vorrangig zuständig? Ziele und Mittel, letztlich Anträge sind zu formulieren.
 - b) Wer kommt als Leistungserbringer in Betracht? In Art einer Realitätsprüfung muss eine erreichbare und leistungsbereite Einrichtung gefunden werden.
 - c) Stimmen Leistungsträger und Leistungserbringer im Grunde überein, sind Einzelheiten zu Zielen und Maßnahmen, Mengen und Preisen zu vereinbaren.

3 Bausteine der Versorgung wirken zusammen: Integrierte Versorgung Psychiatrie

Theoretisch kann man das Tätigkeitsfeld der Psychiatrie überschauen, erfahren lässt es sich in der Praxis. Hilfebedarf und Erwartung des Menschen auf der einen sowie verfügbare Einrichtungen und Maßnahmen auf der anderen Seite passen selten zueinander, warum sollten sie auch. Es begegnen sich verschiedene Welten, hier individuelle dort soziale, hier eigene dort professionelle Belange. Die Akteure müssen sich aufeinander einstellen, sich anpassen, bevor es nützliche Arrangements geben kann. Angesichts mannigfacher Lebenssituationen und Hilfemöglichkeiten gibt es viele Eventualitäten und wenig sichere Aussichten. Das muss nicht schlecht sein, verschafft Möglichkeiten und eigenen Entscheidungsspielraum. So funktioniert das seit Jahr und Tag, die Frage ist nur, ob es besser hinzukriegen wäre.

Die Integrierte Versorgung unternimmt den Versuch. Es handelt sich um eine besondere Leistungsform der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Zuge der Gesundheitsreformen in das 5. Sozialgesetzbuch aufgenommen wurde. Dort heißt es:

„§ 140 a Integrierte Versorgung. (1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.“

Krankenkassen dürfen Versorgungsverträge demnach nicht nur mit Vertragsärzten und Psychotherapeuten sowie Krankenhäusern schließen, sondern auch mit anderen Leistungserbringern. Mit wem genau, das ist nicht gesagt. Es obliegt Krankenkassen, ob und wie, für welche Erkrankten und mit welchen Leistungserbringern sie Integrierte Versorgung vereinbaren. Sie tun das vielleicht, wenn bessere Patientenversorgung in Aussicht steht, wollen Behandlungsmängel bei komplexen Krankheitsgeschehen und chronischen Erkrankungen abstellen. Unübersehbar geht es auch um Wettbewerbsvorteile und monetäre Erwartungen, um den andauernden Kostenanstieg zu begrenzen, Behandlungszeiten zu verkürzen, Behandlungserfolge und Ergebnisse zu optimieren.

Das alles passt eigentlich sehr gut zum komplexen und komplizierten Versorgungsgeschehen der Psychiatrie. Und dennoch fällt es schwer, das Instrument hier zu nutzen. Unter Integrierter Versorgung wird allein Krankenbehandlung verstanden, andere Leistungen - Sozialhilfe, Pflege, Teilhabe, Rehabilitation – gehören nicht dazu. Das ist bei weitem der größte Versorgungsanteil, schränkt aber doch ein. Vertragsnehmer und Leistungserbringer der Integrierten Versorgung müssen für SGB V Leistungen zugelassen sein und die Bedingungen für jede Maßnahme einhalten. Überhaupt sind die formalen Hürden hoch, der bürokratische Aufwand ist erwähnenswert. Schließlich lauten die Prämissen der Kostenbegrenzung: Integrierte Versorgung darf nicht teurer sein als vergleichbar konventionelle Dienste (nur, wie misst man das?). Das alles sind Gründe, warum sich Krankenkassen für eine Integrierte Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie nicht nur begeistern.

3.1 Kooperation mit Verträgen und in Verbänden

Wie so oft sind auch im Fall Psychiatrie die Mängel konventioneller wie reformierter Versorgung der Ausgangspunkt für weitere Entwicklungen. Komplexität und Subjektivität der Menschen mögen ein gezieltes, planmäßiges Vorgehen im psychiatrisch psychosozialen Arbeitsfeld schwer machen, das ist nicht zu ändern. Aber alle haben natürlich Interesse, innere und soziale Widersprüche anzunähern, Spannungen und Leiden zu vermindern. Wer psychisch erkrankt und beeinträchtigt ist, will wie jeder andere ein gutes, sein eigenes Leben führen, will genesen, psychisch stabil und gesund sein. Professionelle Helfer wollen überzeugend und wirksam dazu beitragen, und natürlich haben sie auch eigene Motive, etwa an sicherem Auskommen oder beruflicher Erfüllung.

Das sind alles ganz gute Voraussetzungen für ein Einvernehmen? Sie genügen offensichtlich nicht, zu viel steht entgegen: Da sind unterschiedliche Haltungen der Beteiligten, ausgeprägter Idealismus, manchmal kaum anzunähern. Oder es gibt finanzielle, organisatorische Widrigkeiten, die nicht zu überwinden sind, rechtliche, formale Komplikationen usw. Menschen, Organisationen und Gemeinschaften machen eben was sie für richtig halten und was sie wollen, solange Gemeinsamkeit und aufeinander Einstellen nichts Besseres verspricht. Das heterogene Versorgungsgeschehen in der Psychiatrie nimmt jedenfalls zu, ein Zusammenwirken der Bausteine und Strukturen, der Träger, Einrichtungen und Maßnahmen ist schwieriger denn je. Verdachtsdiagnosen, woran es liegen könnte:

- Programmatische Entwürfe wie regionale Versorgungs- oder Einrichtungsbudgets, gemeindepsychiatrische Verbände, Komplexleistungsprogramme werden nur theoretisch begrüßt. Tatsächlich verfolgen Einrichtungsträger vorwiegend eigene Interessen.
- Rechtliche Regelungen etwa in Psychisch-Kranken-Gesetzen zögen finanzielle Konsequenzen²¹ nach sich. In der weitgehend verarmten Republik werden nur noch öffentliche Mittel bereitgestellt, wenn es zwingend ist. Psychiatrie gehört kaum dazu.
- Das freie Spiel der Kräfte im Sinne ‚der Markt wird es richten‘ kann nicht funktionieren. Das Versorgungssystem ist so angelegt, dass ein öffentlicher Auftraggeber einigen wenigen Anbietern gegenübersteht, die auch noch stellvertretend leisten²².
- Die fachliche Einsicht der Beteiligten hat ihre Grenzen im eigenen Vorteil. Dem professionellen Handeln der Einrichtungen stehen eher machtlose Koordinatoren, Psychiatrie Beiräte, Ausschüsse, Arbeitsgemeinschaften gegenüber.

Wie auch immer, in der Praxis grenzen sich Psychiatrie-Versorger oft ab, ambulant und stationär, klinisch und komplementär, Hausarzt und Psychiater wirken nicht ordentlich zusammen. Weder Selbstverwaltung, öffentliche Steuerung noch Marktmechanismen ändern daran viel. Die Integrierte Versorgung Psychiatrie geht es mit dem nun beschriebenen Projekt anders an. Sie bezieht sich auf die dafür geschaffene Rechtskonstruktion im Sozialgesetzbuch, mit der das Gesundheitssystem beweglicher und flexibler werden soll.

3.1.1 Versorgungsverträge mit Krankenkassen, mit wem sonst?

Die Techniker Krankenkasse hat in Zusammenarbeit mit Trägern der Gemeindepsychiatrie das *NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG)* entwickelt und damit ein ambitioniertes Konzept geschaffen. Der Vertrag umfasst mit allen Anhängen und Anlagen rund 200 Seiten und ist nicht eben einfach zu verstehen. Man braucht tiefere Kenntnis des fünften Buches im SGB, dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, und selbstverständlich beste Psychiatriekenntnisse, theoretisch wie praktisch. Zum Versorgungsauftrag heißt es in § 2:

„Dieser Vertrag regelt Inhalt, Umfang und Ablauf der Integrierten Versorgung psychisch Kranker (NetzWerk psychische Gesundheit). Sie besteht auf der Basis der bisherigen Regelversorgung aus einer alternativen Versorgungsstruktur im Sinne eines fach- und sektorenübergreifenden, multiprofessionell arbeitenden Versorgungsnetzes, welches Leistungsprozesse, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind, miteinander verknüpft und alle zur Versorgung psychisch Kranker erforderlichen Leistungserbringer einbezieht. Dazu gehören insbesondere Hausärzte, Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten, ambulante Pflegedienste, Soziotherapeuten und soweit erforderlich auch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und Krankenhäuser.“

²¹ Das Prinzip der Konnektivität bedeutet im föderalen Staatssystem sinngemäß: Wer bestellt, bezahlt. Konkret: Von den Ländern aufgabenebene Versorgungspflichten müssten auch von dort finanziert werden. Das will keine Regierung.

²² Es sind oligopolistische Marktverhältnisse. Aufträge werden von einem oder wenigen Leistungsträgern (Landeswohlfahrtsverband, Agentur für Arbeit, Krankenkasse) vergeben, dem stehen mehrere Auftragnehmer gegenüber. Ein offener Austausch ist auch nicht möglich, weil Leistungen zwingend, unfreiwillig oder alternativlos sind (Zwangskonsum, fehlende Konsumentensouveränität).

Was sieht der Versorgungsvertrag weiter vor? Alle psychischen Erkrankungen und die gesamte Palette relevanter Behandlungsleistungen der Krankenkasse sind einbezogen, darüber hinaus wird alles angeboten, was an psychiatrischer Therapie und Betreuung als gut und richtig angesehen wird. Das Programm soll finanziell auskömmlich für Krankenkasse und Leistungserbringer sein und schließlich auch noch attraktiv für die Versicherten. Denn der Beitritt ist freiwillig, die Alternative zur konventionellen Behandlungsform muss überzeugen, sonst macht niemand mit. Dies sind die wichtigsten Merkmale des *Netzwerks psychische Gesundheit*:

- Gemeindepsychiatrische Träger können Vertragsnehmer der Krankenkasse sein, weil sie in ihren Regionen vernetzt, ihre Einrichtungen wenig stationär gebunden sind. Allerdings muss eine Leistungsberechtigung nach SGB V vorliegen (z.B. Soziotherapie).
- Das Modell des Netzwerks psychische Gesundheit ist umfassend angelegt. Einbezogen sind alle psychiatrischen Diagnosen sowie alle für die Behandlung relevanten SGB V Leistungen, zusätzlich umfangreiche Sonderleistungen.
- Die Krankenkasse bietet ihren Versicherten den freiwilligen Beitritt zur Integrierten Versorgung an, wenn spezifische Erkrankungsmerkmale vorliegen: Diagnose, Krankenhausbehandlung, Krankheitszeiten und Medikation.
- Schreibt sich ein Versicherter in die Integrierte Versorgung ein, nimmt ein Fallmanager Kontakt auf, mit dem behandelnden Arzt werden Assessment durchgeführt und ein Behandlungsplan erstellt. Das Programm läuft regulär drei Jahre.
- Die Finanzierung der Integrierten Versorgung bemisst sich an den fiktiv eingesparten Krankenhauskosten. Für Vertragsnehmer errechnet sich das Budget aus der prognostizierten Anzahl von Teilnehmern und bundesweit ermittelten Behandlungskosten.
- Während der Teilnahme an der Integrierten Versorgung können Kassenärztliche Leistungen separat abgerechnet werden. Die Kosten einer evtl. Krankenhausbehandlung müssen ganz oder anteilig vom Vertragsnehmer übernommen werden.

Viele Einzelheiten können an dieser Stelle nicht ausgeführt werden, sind für das Verständnis des Ganzen in diesem Beitrag auch nicht erforderlich. Die rechtlichen Ansprüche und Vertragspflichten gestalten sich im Prinzip so: a) Versicherte der Krankenkassen haben den gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung, der regulär durch niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhausbehandlung eingelöst wird. b) Die Krankenkasse bündelt alle für psychiatrische Erkrankungen relevanten Leistungen in einen Versorgungsvertrag, den sie mit einem ausgewählten Vertragsnehmer abschließt. c) Die Krankenkasse bietet den in Frage kommenden Versicherten Integrierte Versorgungsleistungen an, diese erklären ihren Beitritt alternativ zu konventionellen Leistungsansprüchen. d) Vertragsnehmer der Integrierten Versorgung setzen Fallmanager und Bezugspersonen ein, beauftragen Ärzte und andere Leistungserbringer, koordinieren die Krankenbehandlung.

Si einfach sich das an dieser Stelle vielleicht liest, das Modell hat Grenzen. Denn es muss all die unterschiedlichen Zuständigkeiten, Leistungsformen und Leistungserbringer einbeziehen, von

denen die Rede war. Integrierte Versorgung muss all die Hemmnisse überwinden, warum Beteiligte, Behandlungs- und Betreuungsbausteine nicht automatisch oder gerne zusammengehen. Es geht nicht nur um formale Regelungen, sondern auch um eingefahrene und gewohnte Abläufe, um Menschen und ihre Institutionen. Man denke etwa an die Begegnung des Psychiaters mit einem Sozialarbeiter, der Patienten in die Sprechstunde begleitet und einen Behandlungsplan verhandeln will. Oder an Ängste vor Prestigeverlust, Bedeutung und sogar des Einkommens, falls psychotisch Erkrankte vielleicht tatsächlich weniger Krankenhaus in Anspruch nehmen sollten. Nicht alles ist realistisch, aber real.

3.1.2 VersA Rhein-Main, Verbund sozialpsychiatrischer Angebote

Wer will diese Arbeit übernehmen? Integrierte Versorgung setzt eine leistungsfähige und leistungsbereite, kompetente Organisation voraus. Für kleine einzelne Träger sind die fachlichen Anforderungen, Haftungs- und finanziellen Risiken zu hoch, um solch komplexe Versorgungsaufgaben zu übernehmen. Und die selbst angebotenen und erforderlichen Gemeinleistungen sowie meist auch das Einzugsgebiet sind zu klein. Außerdem verlangt die Aufsichtsbehörde für Versorgungsverträge der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt, dass nur Managementgesellschaften solche Kontrakte schließen, dann aber nicht selbst behandeln und betreuen dürfen. In jedem Fall gibt es reichliche Gründe, warum Integrierte Versorgung zumal in der Psychiatrie eine eigene Organisation erfordert.

VersA Rhein-Main GmbH wurde vor diesem Hintergrund initiiert, ohne das alles schon so genau gewusst zu haben. Ein erster Vertrag mit der Techniker Krankenkasse war 2010 mit LEBENS-RÄUME²³ in Offenbach geschlossen worden, einem typischen Träger gemeindepsychiatrischer Dienste. Weil aber das *NetzWerk psychische Gesundheit* keinesfalls nur im Sektor der zuständigen Gebietskörperschaft angeboten werden konnte (siehe oben), musste man sich bald mit den Kollegen der benachbarten Städte und Kreise verständigen, Frankfurt, Main-Kinzig, Groß-Gerau. Auch andere Träger meldeten ihr Interesse an und so entstand die Idee, eine eigene Organisation für das Rhein-Main Gebiet zu schaffen. Das gelang in bemerkenswert kurzer Zeit auf kollegial freundschaftlicher Basis.

Der *Verbund sozialpsychiatrischer Angebote* besteht heute aus 10 psychiatrietätigen Unternehmen, gemeinnützigen Vereinen und Gesellschaften der freien Wohlfahrtspflege und Trägern von Fachkrankenhäusern. *VERSA Rhein-Main GmbH* deckt ein zusammenhängendes Gebiet in west-östlicher Ausdehnung von knapp 200 km ab, eingeschlossen sind 10 Gebietskörperschaften, in denen knapp 3 Mio. Einwohner leben. Damit sind dann allerdings die besagten Grenzen hinsichtlich Organisation, Erreichbarkeit, Verständigung usw. erreicht. Damit kein interner Wettbewerb in der Versorgungsregion entsteht, können weitere Träger nicht zum Zuge kommen, die gern mitmachen würden. Sofern es anderenorts Interesse und ähnliche Voraussetzungen gibt, ließe sich das Modell auf andere Gebiete übertragen. *VERSA Rhein-Main* selbst verfolgt keine Erweiterungsabsichten.

²³ Näheres unter: www.lebsite.de (eingesehen am 02.03.2014)

Dies sind die äußeren oder formalen Eckpunkte der Organisation. Im Inneren sind grundsätzliche Bedingungen aufgestellt worden, um günstige Voraussetzungen für eine gedeihliche Zusammenarbeit zu schaffen: Es muss eine fachlich ideelle Übereinstimmung geben. Der Kooperationspartner muss gemeindepsychiatrische Dienste anbieten (und SGB V Zulassung besitzen) und in seiner Region verwurzelt sein. Die Gesellschafter müssen wirtschaftlich solide und solvent sowie ordentlich geführt sein. Die Gesellschafter sind zugleich tätige Kooperationspartner. Sie betrachten ihr Engagement für die Integrierte Versorgung Psychiatrie als fachliche Herausforderung, ein wünschenswertes Angebot zu schaffen, und verbinden das natürlich mit der Erwartung einer zukunftsfähigen Leistungsform. Dies sind wesentliche Merkmale der *VERSA Rhein-Main*:

- Jeder Gesellschafter beteiligt sich mit 5.000 EUR am Stammkapital der Gesellschaft mit beschränkter Haftung und verpflichtet sich, seine Dienste als Kooperationspartner aktiv in einer zugewiesenen Gebietskörperschaft einzubringen.
- Die Managementgesellschaft ist Vertragsnehmer der Krankenkassen, beauftragt Kooperationspartner mit Behandlungs- und Serviceleistungen. Konzeptentwicklung und Vertragsmanagement, Koordination und Leistungssteuerung sind zentrale Aufgaben.
- Die Aktivitäten der Managementgesellschaft werden über eine Koordinationsstelle ausgetauscht und gesteuert. Rund um die Uhr fließen die Informationen über Kommunikationskanäle zusammen, werden bearbeitet, weiter gegeben, ausgewertet.
- Managementgesellschaft und Koordinationsstelle finanzieren sich über einen einbehaltenen Anteil der Vergütungen der Krankenkasse für Behandlung und Betreuung der Versicherten. Zurzeit wird ein Betrag von 50 EUR je Versichertem und Monat erhoben.
- Die Aufgabe der Versorgung eines Versicherten obliegt letztlich dem zuständigen Kooperationspartner. Mitarbeiter der ortsvertrauten Trägerorganisation stellen das Fallmanagement, binden die benötigten Komponenten der Behandlung ein.
- Die Federführung, Geschäftsführung und Koordinationsstelle der Managementgesellschaft übernimmt ein Gesellschafter im Auftragsverhältnis. In den ersten Jahren der *VERSA Rhein-Main* liegt die Aufgabe beim Initiator *LEBENSRAÜME*.

Die Managementgesellschaft ist ein Zusammenschluss gleich gesinnter Träger von psychiatrischen Diensten, die selbst an der gemeinsamen Aufgabe einer Integrierten Versorgung mitwirken. Zentrale Aufgaben werden gebündelt, können auf diese Weise kompetent und effizient erledigt werden. Einzelne Aufgaben der individuellen Behandlung und Betreuung übernehmen Kooperationspartner vor Ort, diese setzen eigene Ressourcen ein und bedienen sich der vorhandenen Leistungserbringer.

3.1.3 Kollegiale Zusammenarbeit in Theorie und Praxis

Der passende Aufbau der Organisation ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Abläufe der Integrierten Versorgung gut funktionieren können. Aber die strukturelle Konstruktion allein

macht natürlich nicht das Geschehen aus. Immerhin bewährt sich *VERSA Rhein-Main* auch insofern, als Verabredungen eingehalten und Tätigkeiten soweit nötig einheitlich gestaltet werden. Integrierte Versorgung hat schwierige, anspruchsvolle Prozeduren zu durchdringen und dabei helfen eben formulierte Ansprüche und etablierte Standards. Werden Abläufe fixiert, wirkt dies direkt oder indirekt auf Behandlungs- und Betreuungsvorgänge ein, soll sie möglichst verbessern im Sinne von einfach und genau, anspruchsvoll und zufriedenstellend machen. Das schadet der Individualität resp. *Personenzentriertheit* nicht, im Gegenteil. Zwei Beispiele für geregelte Verfahrensabläufe:

Die Kooperation der Beteiligten ist so angelegt: a) Die Krankenkasse spricht die von ihr selektierten Versicherten über ein Call-Center an. b) Sie informiert die Koordinationsstelle über interessierte Versicherte. c) Die Koordinationsstelle legt eine elektronische Akte an und leitet die Nachricht an den zuständigen Kooperationspartner weiter. d) Der Kooperationspartner nimmt Kontakt zum Versicherten auf, informiert über die Bedingungen der Integrierten Versorgung, bietet im persönlichen Gespräch eine Einschreibung an. e) Bei Einwilligung des Versicherten informiert die Koordinationsstelle die Krankenkasse, die eine Vergütung festsetzt. f) Der Kooperationspartner bestimmt einen Fallmanager, der entwickelt im Zuge eines Assessments zusammen mit dem Versicherten und seinem Arzt einen Behandlungsplan. g) Für die ärztlich therapeutischen und alle weiteren Dienste werden interne oder externe Leistungserbringer beauftragt. h) Alle laufenden Vorgänge werden auf einer Plattform dokumentiert, Auswertungen und Qualitätsnachweise werden anonym erhoben.

Das reguläre Abrechnungsverfahren ist so aufgebaut: a) Jährlich einmal werden die Vergütungssätze von der Krankenkasse anhand bundesweiter statistischer Daten festgelegt. b) Nach Einschreibung eines Versicherten und Angabe der aktuellen Diagnose weist die Krankenkasse dem Vertragsnehmer eine Vergütungsgruppe zu. c) Quartalsweise (monatlich) werden der Krankenkasse die Vergütungen für die eingeschriebenen Versicherten in Rechnung gestellt. d) Die Kooperationspartner erhalten eine Abrechnung ihrer Versicherten, Vergütung der Krankenkasse abzüglich einbehaltener Pauschale für Gemeinleistungen. e) Die beauftragte Koordinationsstelle stellt ihre Dienste separat in Rechnung. f) Die Kooperationspartner bestreiten ihre eigenen Aufwendungen und bezahlen die externen Leistungserbringer aus der weitergegebenen Vergütung. g) Einmal jährlich berechnet die Krankenkasse den Bonus und Malus für evtl. beanspruchte Krankenhausleistungen.

In dieser Weise sind wesentliche Abläufe im Netzwerk festgelegt und lassen sich beliebig zu Aufgaben- und Checklisten, Terminplänen, Zahlentableaus ausformulieren. Soweit es eben zweckmäßig ist. Integrierte Versorgung braucht in jedem Fall gute Organisatoren. Aber intuitive, subjektive, die sog. weichen Faktoren des Verhaltens und der Verständigung sind mindestens ebenso bedeutend, dabei viel schwieriger zu fassen. Kollegen und Partner, Versicherte und Klienten sind an solche Regeln gebunden und wenn sie nicht als hilfreich verstanden werden, dann nutzen sie meist wenig. Es gibt eben keine gelungene Organisation ohne ihre Men-

schen und so muss beides zusammenwirken, zueinander passen²⁴. Das gilt auch für *VERSA Rhein-Main*. So arrangiert sie das Miteinander:

- Die Gesellschafterversammlung ist das offizielle Organ der *VERSA Rhein-Main*, es repräsentiert die Anteilseigner und entscheidet über die wichtigen Unternehmensangelegenheiten: Geschäftsführer, Unternehmensziele, Wirtschaftspläne.
- Die Geschäftsführung ist das gesetzlich vorgesehene Organ der GmbH zur Vertretung der Organisation nach innen und außen: Festlegung der Geschäftspolitik, Leistungsangebote und Vertragsgestaltung, Finanzpläne und Abrechnungen, Infrastruktur.
- Mit Gründung der *VERSA Rhein-Main* wurde eine Lenkungsgruppe eingerichtet, die sich ursprünglich aus Gesellschaftern und aktiven Initiatoren zusammensetzte. Das Gremium trifft sich 2monatlich, diskutiert aktuelle und grundsätzliche Themen.
- Wissensvermittlung, Erfahrungslernen und Austausch der Mitarbeiter erfolgen in regelmäßigen Praxistreffen und mit spezifischen Bildungsangeboten. Anfangs wurden intensive Schulungen durchgeführt, der qualifizierte Austausch muss verstärkt werden.
- Eine Reihe von Qualitätstreffen und Qualitätszirkeln mit Krankenkassen und Leistungserbringern vor Ort sind vorgesehen, sollen in größeren Abständen stattfinden, um grundsätzliche Belange und die Ergebnisse der Versorgungsarbeit auszutauschen.

Ziel ist eine gelingende Kooperation ohne große Reibungsverluste. Mit vielen Beteiligten und über mehrere Etappen müssen Informationen gelenkt, immer wieder gleiche Tätigkeiten ausgeführt und doch jedem Einzelnen entsprochen werden, stets aufs Neue sind Lösungen zu finden. Bei allem ist die Bedeutung der zentralen Koordinationsstelle hervorzuheben. Die Autoren des Versorgungskonzepts haben es nicht unterschätzt, wie viel ständiger und einzelner Aufwand erforderlich ist, um das Geschehen zu ordnen und lebendig zu halten. Die Koordinationsstelle ist die große Schaltstelle im Netzwerk, ohne die nichts geht!

3.2 Gemeinsame Plattform für Behandlung und Betreuung

Die Konstruktion der Integrierten Versorgung dient dazu, die Behandlung eines einzelnen Patienten zu verbessern. Versorgungsverträge und Managementgesellschaft schaffen die Voraussetzungen, um Bausteine der psychiatrischen Behandlung und psychosozialen Betreuung im Einzelfall aufeinander abzustimmen. Anders geht es nicht, man muss sich nur die anfänglichen Ausführungen über komplexe und komplizierte Versorgungsgegebenheiten vor Augen halten. In diesem Abschnitt steht der Einzelfall im Vordergrund. Wie gelingt es, dass sich die beteiligten Berufsgruppen und Maßnahmeträger über einen Versicherten, Patienten, Klienten verständigen und gemeinsam vorgehen?

²⁴ Bemerkenswert gut passen an dieser Stelle die allgemeinen Managementempfehlungen, etwa die von Peters, T. und Waterman, R.: Auf der Suche nach Spitzenleistungen. Was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann“, Landsberg 1994.

Dazu gehört die Klärung vieler Einzelfragen, vielleicht in dieser Reihenfolge: Wer soll sich überhaupt miteinander austauschen, und worüber bzw. wo findet das wechselseitige Informieren und Dokumentieren seine Grenzen? Wie wird die nötige Information angelegt, was soll überhaupt aufgezeichnet werden und was kann man weglassen? Welche Mittel sind bzw. welches Medium ist geeignet, die Menge an Information zu erfassen und gezielt auszutauschen? Die damit zusammenhängenden Probleme sind nicht zu unterschätzen, deren Lösung vermutlich sogar entscheidend für den Erfolg Integrierter Versorgung. Denn ein entsprechender Austausch findet auch in konventionellen Einrichtungen statt, nur eben reduziert auf eine kurze Zeit im Krankenhaus, begrenzt auf einen einzigen Dienst, eine Sprechstunde.

Die Integrierte Versorgung steht dagegen vor der Notwendigkeit, dass sich alle Beteiligten über alle Aktivitäten und längere Zeit verständigen müssen. Das eben führt zu einem Informations- und Dokumentationskomplex, der mehr als nur Sammeln und Auswerten von Daten und Berichten bedeutet. Ein wohl durchdachtes, intelligentes, anpassungsfähiges Instrumentarium wird gebraucht, um die richtigen Informationen zu gewinnen und auszutauschen. Das muss über eine Plattform geschehen, die zunächst den Notwendigkeiten folgt und eine abstrakte Idee ist, dann natürlich realisiert werden muss. Ein Vorbild dafür gibt es nicht.

3.2.1 Was es alles abzubilden und zu dokumentieren gibt

Integrierte Versorgung Psychiatrie beginnt auch bezüglich der Information und Dokumentation dort, wo konventionelle Verfahren enden. Es gab die gute alte Patientenkartei des Arztes, die heute im erweiterten PC Format noch immer effektiv ist. Das Krankenhaus benötigt umfangreiche Patientenakten, heute als Krankenhausinformationssystem selbstverständlich ebenfalls elektronisch geführt. Überhaupt fallen in Einrichtungen viele Daten an, weil sich Funktionen und Belange über Zeiten hinweg Informationen austauschen müssen: Begonnen beim Aufnahmezustand über Schicht- und Spezialdienste bis zum Entlassungsbericht. Vom ambulant begleitenden Dienst bis zur Pflege in teils absurdem Ausmaß. Theoretisch gibt es elektronische Versicherten- und Patientenkarten, aber die werden wegen Bedenken im Falle von Verlust oder Missbrauch noch nicht eingesetzt.

Wo solche Muster versagen, schreibt vielleicht jeder auf, was für sinnvoll gehalten wird, oder auch nicht. Das sind alles keine Vorbilder für die Integrierte Versorgung, deren Konzept beruht auf gegenseitigem Wissen und Austausch der Beteiligten. Dazu wird ein Informationssystem benötigt, zu dem zwei Komponenten gehören: Einen psychiatrisch psychosozialer Behandlungsplan und eine elektronische Dokumentationsplattform für die Beteiligten. Beides gehört zusammen, so ungefähr wie Software und Computer. Das Datengerüst ist die logische Konstruktion, damit richtige und nötige Angaben zum Versicherten, Patienten, Klienten auffindbar für alle geordnet sind. Solche Daten müssen irgendwo stehen, physisch abgebildet werden, sich administrieren lassen, so dass sie für alle die es betrifft zugänglich und dennoch bestens geschützt sind.

Man findet für Psychiatrie und psychosoziale Tätigkeiten keine Mustervorlagen eines geeigneten Behandlungsplans. Der wird zwar in jedem Psychiatrie Lehrbuch angesprochen, aber nirgends steht, wie so etwas aussieht und was darin stehen sollte. Schon gar nicht, wenn medizi-

nische und komplementäre, soziale und andere Vorgänge einbezogen werden sollen. Dabei brauchen alle erst einmal bestimmte anamnestische, biografische, diagnostische Angaben, die muss man nicht mehrfach erheben. Dann gibt es allgemeine und spezielle, zwingende und fakultative Angaben zur Person, die im Einzelnen sortiert und ggf. zugänglich gemacht werden müssen, vielleicht Befunde, Indikationen, Verordnungen. Schließlich haben wieder alle miteinander festzulegen besser zu vereinbaren, was wann wie getan wird. Und zu guter Letzt ist jeder auf seine Weise daran interessiert zu wissen, ob und wie sich Wirkung und Erfolg von Behandlung und Betreuung einstellen.

Man könnte versucht sein, eine möglichst vollständige Sammlung all dessen anzulegen, was vielleicht einmal zu wissen oder zu gebrauchen wäre. Aber das führt eindeutig zu weit. Technisch ist zwar fast alles möglich, nur hat das keinen Sinn und wäre nicht zu vertreten. Jede Aufzeichnung produziert Daten und elektronisch gespeichert weiß heute niemand, wo solche Informationen einmal auftauchen. Eine Beschränkung der Information ergibt sich zum Glück allein aus eindeutigen rechtlichen Gründen. Darauf einige Hinweise²⁵.

- Das Bundesdatenschutzgesetz verbietet im Grundsatz die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten, soweit dies nicht konkret rechtlich erlaubt ist.
- § 203 Strafgesetzbuch verpflichtet Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Mitarbeiter in Beratungsstellen zur ausdrücklichen Verschwiegenheit über Privatgeheimnisse.
- Das Sozialgesetzbuch verpflichtet die vom Gesetzbuch erfassten Leistungsträger zum Schutz im Umgang mit Sozialdaten.
- Die Gesetzliche Krankenversicherung sieht zur Integrierten Versorgung eine gemeinsame Dokumentation vor, die nur in engen Grenzen genutzt werden darf.
- Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz könnte Datenschutz freilich eine unzulässige Benachteiligung bedeuten, etwa bei mangelndem Verständnis (freier Wille) .

Datenschutz ist im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung ein weiteres kompliziertes Thema. Es ist zwingend und absolut einleuchtend: Datenvermeidung, Zweckbindung, Einverständnis, Sicherung, Kontrollen und Verfahrensregeln sind einzuführen und zu beachten, damit die sensiblen Informationen gut aufgehoben sind, gezielt und eben nur für die vorgesehenen Zwecke genutzt werden können.

3.2.2 Form und Inhalt eines integrierten Behandlungsplans

Das alles (und noch viel mehr) war zu bedenken, als *VERSA Rhein-Main* daran ging, ein eigenes Informations- und Dokumentationssystem zu entwerfen. Der Behandlungsplan Psychiatrie ist so konzipiert, dass allgemeine Angaben zur Person und krankheitstypische Besonderheiten aufgenommen werden, die involvierten Berufsstände ihre spezifischen Methoden wiederfin-

²⁵ Ausführliche Zusammenhänge in: Bake, Christian, Bern Blobel, Peter Münch (Hrsg.): Handbuch Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen, 3. Auflage. Datakontext, Heidelberg 2009. Alle Gesetzestexte in: <http://www.gesetze-im-internet.de/index.html> (eingesehen am 02.03.2014)

den, die für Maßnahmen typischen Daten ebenfalls ihren Platz haben. Bei der Auswahl der Kategorien und Daten wurde auf einschlägige Lehrbücher, medizinische und soziale Klassifikationssysteme, Studien und Instrumente zu psychosozialen Arbeitsfeldern zurückgegriffen. Vorlagen zur Dokumentation psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Betreuung aus der Praxis wurden berücksichtigt. Die Gliederung ist so aufgebaut:

- I. Erläuterung und Erklärung - In dieser Abteilung werden allgemeine Grundsätze, Struktur und Aufbau des Behandlungsplans sowie eine Anleitung zur Benutzung beschrieben. Versicherter, Patient, Klient auf der einen Seite, behandelnder Arzt, zuständige Fallbetreuer und andere Beteiligte erklären sich informiert und einverstanden.
 - A. Aufbau Behandlungsplan - Die Struktur und Benutzung des Informations- und Dokumentationsinstruments werden hier erläutert (ähnlich wie dies in diesem Text geschieht). Anwender erhalten Hinweise auf die Konstruktion, Sinn und Zweck des Behandlungsplans, Literatur und verwendete Quellen.
 - B. Leitfaden zur Anwendung - In der Art eines kurz gefassten Handbuchs werden Anwender im Umgang mit dem Behandlungsplan unterwiesen. Für verschiedene Gegebenheiten und Situationen eines Behandlungsgeschehens gibt es methodische Anleitungen zur Dokumentation (z.B. welche Formulare).
 - C. Erklärung der Beteiligten - In diesem Formular wird dokumentiert, welche Personen am Behandlungsplan beteiligt sind, welche Daten und Dokumente einbezogen (Datenschutz) und an wen sie ggf. weiter gegeben werden dürfen (Schweigepflicht), dass sie mit dem Inhalt vertraut und einverstanden sind.
- II. Mensch und Maßnahme - Diese Abteilung bezieht sich auf allgemeine und gleichbleibende Angaben zur Person des Versicherten, Patienten, Klienten. Neben biografischen Daten sind Kontaktpersonen (Rollen und Rechte) wesentlich. Die derzeit vereinbarten Maßnahmen werden benannt, damit spezifische Leistungsdaten angelegt.
 - D. Allgemein und Stammdaten - Die von jedem Beteiligten benötigten Angaben zur Person sind relativ unveränderbare Stammdaten, etwa Namen, Geburtsdatum. Die Daten werden in andere Formulare automatisch übernommen. Ein Übersichtsblatt fasst alles (selbst festgelegte) Wichtige auf einen Blick.
 - E. Kontakte zu Beteiligten - Neben obligatorischen Kontaktpersonen (Arzt, Fallzuständiger) sind weitere anzulegen, wenige Angaben werden erfasst. Jeder Kontaktperson werden Rollen zugewiesen, die der Beziehung zum Versicherten, Patienten, Klienten entspricht. Daran sind ggf. Zugangsrechte gebunden.
 - F. Biografische Angaben - Ähnlich einem Lebenslauf sind Daten zu Schule und Ausbildung, Kenntnissen und Tätigkeiten usw. vorgesehen. Angaben zur Lebensform mit Wohnung und Haushalt, zu Arbeitsverhältnissen, Beschäftigung und sozialen Sicherung, Freizeit und Interessen können gemacht werden.

- G. Aktuelle Maßnahmen - Hier erscheinen Vertragsdaten der Hauptleistung, im vorliegenden Fall also die der Integrierten Versorgung. Möglich sind auch andere Leistungstypen (z.B. Pflege, Betreutes Wohnen), bei deren Anlage ein spezielles Formular angelegt wird, das hierfür relevante Daten umfasst.
- III. Untersuchung und Behandlung - Dies ist der Hauptteil mit dem eigentlichen Behandlungsplan. Auf Untersuchung, Befund und Diagnose folgen einzelne Vereinbarungen und Verordnungen, die zum Integrierten Behandlungsplan zusammengeführt werden. Zur Vorsorge in Krisenfällen werden obligatorisch Verabredungen getroffen.
- H. Untersuchung und Befund - Wichtige Merkmale einer psychischen Gesundheitsstörung und psychosozialen Beeinträchtigung können erhoben werden, wie sie sich aus Psychopathologie und körperlichem Befund ergeben: Von der Anamnese, über Probleme und Beschwerden zur Diagnose.
- I. Vereinbarung und Verordnung - Mit der Indikation werden die nötigen und möglichen therapeutischen und begleitenden Maßnahmen der Behandlung und Betreuung vorgesehen. Der Arzt verordnet, vereinbart sie dem Versicherten, Patienten, Klienten im Zusammenwirken mit dem Fallbetreuer.
- J. Integrierter Behandlungsplan - Nach Vereinbarung der Einzelmaßnahmen geht es um die Abstimmung therapeutisch begleitender Dienste. Ein einheitliches Vorgehen soll inhaltlich und zeitlich geplant, Zuständigkeiten festgelegt, Aufgaben verteilt, Absprachen zur Zusammenarbeit getroffen werden.
- K. Vorsorge für Krisenfälle - Für den Fall von Krisen werden Absprachen zur Vorsorge und Intervention getroffen. Ausgehend von möglichen Notsituationen des Versicherten, Patienten, Klienten werden Reaktionen und Eskalationsstufen verabredet: Was ist zu tun und wer ist einzuschalten.
- IV. Dokumentation und Auswertung - In dieser Abteilung wird die laufende Entwicklung des Behandlungsgeschehens dokumentiert. Vorgesehen sind der Eintrag veränderlicher Gesundheitsdaten, laufende und auswertende Berichte (Arzt, Entwicklung). Formulare zur Qualitätsbewertung sind möglich.
- L. Labor und Psychometrie - Im Zuge der psychiatrisch psychosozialen Behandlung kann der Gesundheitsstatus anhand geeigneter Parameter erhoben werden. Psychometrische Daten (z.B. Befindlichkeit, Blutwerte, Medikamente) geben wichtige Hinweise auf Entwicklung und Erfolg der Maßnahmen.
- M. Chronik und Bericht - In der Chronik sind tagesgenaue Kurzeinträge vorgesehen, alle Aktivitäten soll notiert werden. Alle Beteiligten können sich auf andere beziehen, doppelte Handlungen werden vermieden, Bezüge zueinander hergestellt. Für spezielle Berichte werden Formulare angelegt.

- N. Kontrolle und Überprüfung - Der Behandlungs- und Betreuungserfolg kann durch Überprüfung von erfolgten Tätigkeiten und psychometrischen Daten erfolgen. Weitergehende qualitative Bewertungen erfolgen durch Tests und Interviews, für die Integrierte Versorgung z.B. mittels HONOS-D Rating.

Der *Behandlungsplan Psychiatrie* orientiert sich an einem idealtypischen Geschehensverlauf von Erkrankung und Behandlung. Das Erste kommt am Anfang, der Schluss zuletzt, erst wird das Allgemeine ausgeführt, dann das Besondere. Die stringente Gliederung von Informationen wird für die gesamte Information verwendet: Den vier Abteilungen sind Abschnitte A. bis N. zugeordnet, darin finden sich dem Inhalt entsprechende Rubriken und Kategorien, bis schließlich logische und Felder zur freien Eintragung die Inhalte aufnehmen. Es entsteht zwar ein bisschen viel ordnender Überbau, aber auf diese Weise ist alles Mögliche vorgesehen und findet, wenn es denn gebraucht wird, seinen Platz. Dennoch hält sich der Umfang der Information in Grenzen. Wo Daten nicht explizit ausgewertet werden müssen, sind anstelle digitaler Kästchen analog beschriftbare Textfelder vorgesehen, nehmen die nötige Variabilität der Einträge auf und sind nicht maschinenlesbar.

Nach einer ersten, etwa ½ jährigen Anwendung zeigt sich: Die Systematik der Information und Dokumentation im *Behandlungsplan Psychiatrie* scheint insgesamt zu passen, muss hier und da nachgebessert werden. Jedoch ist das Handling noch nicht zufriedenstellend. Noch mehr Übersicht, stärkere Selektion der benötigten Daten nach Inhalt und Zugang, höhere Anwendungsfreundlichkeit bei der Dateneingabe, mehr Möglichkeiten der Automatisierung und Auswertung. Das sind Aufgaben, die sich nur im Dialog von Facharbeit und Informationstechnik bewältigen lassen.

3.2.3 Softwaretechnische Umsetzung, Stand der Dinge

Für die Integrierte Versorgung Psychiatrie könnte der allein der Umgang mit Information einen qualitativen Sprung bedeuten, so ähnlich, wie das in anderen Bereichen des modernen Lebens ist. Arbeitsmodelle wie das *Netzwerk psychische Gesundheit* verwenden zunächst keine neuen Therapie- oder Betreuungsverfahren, setzen keine anderen Berufe und Methoden, Einrichtungen und Maßnahmen ein. Abgesehen von der Bevorzugung anderenorts nur wenig praktizierter Vorgehen wie Fallmanagement, Home-Treatment, Psychoedukation. Wirklich anders ist die Methode der Zusammenarbeit und die ist ohne elektronische Kommunikation nicht denkbar. Man stelle sich vor, wie die Berufsgruppen und Institutionen in einem solchen Konzept am gemeinsamen Behandlungsplan per Post oder Fax, durch Besuche oder am Telefon mitwirken sollen. Deswegen ist allein schon die technische Umsetzung von großer Bedeutung.

Wiederum sind keine fertigen Modelle oder Lösungen vorzufinden. Eine Software für die Zwecke der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie gibt es derzeit nicht, jedenfalls keine, die Anforderungen erfüllt, wie sie in diesem Beitrag aufgezeigt werden. Was es gibt sind wiederum Teillösungen und Anbieter, die zumindest viel versprechen. Bei näherer Betrachtung erweisen sich die käuflichen Programme meist als weniger tauglich, wobei allein die Recherche schwie-

rig ist²⁶. Andererseits sind heute universelle Software-Plattformen und flexible Programm-Umgebungen verfügbar, die sich für komplizierte Geschehensverläufe wie die Integrierte Versorgung gut nutzen lassen sollten. An ein ideales Informationssystem für die Zwecke der *Integrierten Versorgung Psychiatrie* und des *NetzWerks psychische Gesundheit* wären folgende Anforderungen wünschenswert:

- Der Zugang zum Plattform ist via Internet jeder autorisierten Stelle von überall möglich. Daten werden verschlüsselt übersandt, das System ist hoch geschützt.
- Über ein Rollenmodell (z.B. Fallmanager, Arzt, Externe) wird der Zugriff der Nutzer auf Informationen, ihre Berechtigungen und die Konfiguration einzelner Daten geregelt.
- Durch das Weitergeben von Rechten (z.B. Koordination an Fallmanager, der an Arzt) werden zentrale Hierarchie und übermächtige Administration vermieden.
- Der Datendefinition und den Funktionsabläufen liegt ein sozialwirtschaftliches Prozessmodell zugrunde, das die Verwendung für beliebige Leistungen erlaubt.
- Angaben zu Personen sind stark formalisiert, folgen etwa dem Behandlungsplan. Daten sind, soweit sie nicht ausgewertet werden, als freier Text angelegt.
- Eine dynamische Datensteuerung reduziert sichtbare Arbeitsfelder auf die jeweils benötigten Informationen. Die Software kann auf Kleincomputern eingesetzt werden.
- Zu einzelnen Prozeduren sind Arbeitshilfen hinterlegt, die als Leitfäden, Formularmuster, Briefvorlagen usw. viele Standardvorgänge erleichtern und automatisieren.
- Die Auswertung leistungsbezogener Daten (für Klienten, Maßnahmen, Einrichtungen) ist möglich, Daten können über Schnittstellen weitergegeben werden.
- Die Software läuft auf eigenen Servern und wird von eigenem Personal verwaltet. Die Anlage ist redundant ausgelegt und gesichert.

Voraussetzung für die Erfüllung solcher Anforderungen ist unter anderem, dass die Mechanismen des Geschäfts verstanden, dass der Prozess modelliert werden kann. Man muss sich über Informationsflüsse klar werden, die Daten definieren und was damit geschieht, Beziehungen und Rechte festlegen usw. Wenn die Wirklichkeit getreulich wiedergegeben werden soll, geht das oft einher mit gestalterischen Eingriffen und hilft so, Strukturen zu optimieren. Zu all dem zwingt der Computer auch Anwender im Sozial- und Gesundheitsbereich, selbst die krause Psychiatrie und psychosoziale Tätigkeiten. Informatiker helfen mit ihrem analytischen Verständnis und dem Zwang zur Darstellbarkeit, weil letztlich alles in eine Formel einzukleiden ist.

²⁶ Hilfreich: Kreidenweis, Helmut / Bernd Halfar: IT-Report für die Sozialwirtschaft 2013. Eichstätt 2013

In der Praxis nutzt *VERSA Rhein-Main* für das *Netzwerk psychische Gesundheit* eine junge und entsprechend moderne Software für das Gesundheitswesen namens *samedi*²⁷. Wichtige Kennzeichen sind internetbasierte Netzwerктаuglichkeit bei hohen Sicherheitsstandards, freie Programmierbarkeit von intelligenten Formularen, Weitergabe von Rechten. Gleichwohl wird eine Eigenentwicklung erwogen, um den oben genannten Prämissen näher zu kommen, und auch aus wirtschaftlichen Gründen. Es darf als sicher gelten, dass Informationstechnologie und Computereinsatz im Sozial- und Gesundheitsbereiches stark wachsen wird und dass Integrationsmodelle eine herausragende Bedeutung haben werden.

4 Viel verlangt? Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung Psychiatrie

Dieser Beitrag lautet *Wie können Leistungsträger, Einrichtungen und Berufsangehörige in psychosozialen Arbeitsbereichen gut zusammen arbeiten? Möglichkeiten einer Integrierten Versorgung Psychiatrie*. Das bis hierhin Gesagte lässt sich in aller Kürze so zusammenfassen:

- Die Psychiatrische Versorgung in Deutschland wurde vergleichsweise spät in den 1970er Jahren reformiert, dann gründlich durchdacht und gut ausgestattet. Das Zusammenwirken, die Koordination der Bausteine gelang nicht wie vorgesehen.
- Das Psychiatrische Versorgungssystem ist heute hoch differenziert und zugleich in Säulen gespalten, die in sich und miteinander nicht einfach harmonieren. Behandlung und Betreuung müssen kompliziert arrangiert werden, im Einzelnen:
 - Sozialrechtliche Zuständigkeiten und Anspruchsvoraussetzungen treffen bei komplex beeinträchtigten Lebenssituationen nicht oder gleich mehrfach zu.
 - Betriebliche Einrichtungen richten sich nach Zulassungsmöglichkeiten und finanzierbaren Diensten. Sie wirtschaften ohne Garantie und Markt.
 - Hilfebedarfe der Menschen beziehen sich auf alle denkbaren Lebensbereiche, viele berufliche Helfer verständigen sich nur bedingt untereinander.
- Integrierte Versorgung ist eine gute Chance, zumindest im Bereich der Krankenversicherung die konventionellen Einzelleistungen zu überwinden. Schon das ist eine große und sinnvolle Herausforderung. Zur Pionierarbeit gehören:
 - Die Organisation der Zusammenarbeit erfordert neue Wege einer Kooperation verbundener Unternehmen auf Grundlage gegenseitigen Vorteils.
 - Ein gemeinsamer Behandlungs- und Betreuungsplan Psychiatrie ist zu entwickeln als Voraussetzung für das Zusammenwirken der Beteiligten.

²⁷ Die *samedi GmbH* bietet nach eigenem Bekunden „mit ihrer Web-Software allen Dienstleistern im Gesundheitswesen eine fachübergreifende, web-basierte Vernetzung auf Basis einer gemeinsamen Prozessplanung und Patientenkoordination mit höchsten Sicherheitsanforderungen.“ Siehe unter <https://www.samedi.de/> (eingesehen am 02.03.2014).

An dem Thema, an vielen Themen wäre weiter zu arbeiten. Auf der Hand liegt etwa, dass die anspruchsvollen formalen und fachlichen Tätigkeiten mithilfe von Werkzeugen, Leitfäden, Standards, mit didaktischen Instrumenten erleichtert und verbessert würden. Neue Arbeitsweisen sind so nirgends vertraut, neuen Tätigkeiten etwa die des Fallmanagers müssten weiter entwickelt, geschult, geübt werden. Unstrittig wichtig wäre es, Merkmale und Indikatoren zu bestimmen, mit deren Hilfe man Integrationseffekte, Veränderungen, Wirksamkeiten psychiatrisch psychosozialer Dienste aufzeigen könnte. Integrierte Versorgung Psychiatrie setzt mit solchen Themen über den unmittelbaren Anlass hinaus Entwicklungsanreize, denn das Konzept ist ohne dies nicht zu realisieren. Und so könnten diese Entwicklungsarbeiten dem ganzen Fachgebiet zugute kommen, ob nun im konventionellen oder im Projektzusammenhang.

Integrierte Versorgung Psychiatrie ist ein ambitionierter Vorschlag. Im riesigen Reich der Krankenversicherung handelt es sich um eine zwar viel beachtete, aber doch vergleichsweise kleine Baustelle. Im Zusammenhang mit der gesamten Versorgungslandschaft, also auch der übrigen Leistungszuständigkeiten, wird die Bedeutung nochmals relativer. Insbesondere aus dem Modell des *Netzwerks psychische Gesundheit* könnte noch Großes werden, oder es erleidet das Schicksal so mancher guter Reformprojekte? Was ist also von der Integrierten Versorgung Psychiatrie zu halten? Was sind die Stärken und Schwächen, die Chancen und Risiken²⁸?

- Auf der Vorteilsseite (Stärken) steht vor allem die bislang einmalige Möglichkeit einer zusammenhängenden Behandlung und Betreuung eines Großteils der beteiligten Einrichtungen und Maßnahmen, verbunden mit einer großen Nähe zum Versicherten sowie zum gemeindepsychiatrischen Umfeld.
- Nachteilig (Schwächen) ist der hoher Aufwand für Koordination und Abstimmung zwischen den Beteiligten und dass zumindest das Modell der außerklinischen Vernetzung finanziell wenig attraktiv und noch gering verbreitet ist, gleichwohl einen hohen Entwicklungsaufwand erfordert.
- Die Möglichkeiten (Chancen) bestehen in einer wirklichen und überzeugenden Integration von allen relevanten Behandlungs- und Betreuungsdiensten für psychisch kranke und psychosozial beeinträchtigte Menschen über ein Fallmanagement, mithin eine weitsichtige Gesundheitsförderung, kostengünstig und leistungsstark.
- Dem stehen Wagnisse (Risiken) gegenüber, dass die komplexen Anforderungen auch mit diesem Konzept nicht genügend differenziert und integriert zugleich erfüllt werden können, und dass insbesondere Krankenhäuser oder Konzerne das Modell für ihre Zwecke gewinnen.

Die Bewertung fällt ausgewogen widersprüchlich aus, die Zukunft ist auch in dieser Sache ungewiss. Gegenwärtig überwiegt bei Initiatoren und Betreibern verständlicherweise die Überzeugung, dass Integrierte Versorgung für die Psychiatrie ein lohnendes und aussichtsreiches Modell ist, sonst würde man sich nicht in solchem Maß engagieren. Wirkliche Nachweise einer

²⁸ In der sog. SWOT Analyse werden positive und negative Merkmale in der Gegenwart als Stärken (Strengths) und Schwächen (Weaknesses), für die Zukunft als Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats) gegenüber gestellt.

besseren - im Sinne von wirksam, gern in Anspruch genommen, bei allem günstig - Behandlung und Betreuung stehen aus. Von mehreren Seiten wird versucht, die Effekte herauszufinden. Krankenkassen fordern obligatorisch und regelmäßig eine Fremdbeurteilung des Gesundheitszustandes bei Ärzten und psychiatrischen Fachkräften an²⁹. Forschungsinstitute führen umfangreich qualitative Untersuchungen durch. Auch mit hausinternen Aufzeichnungen wird versucht, den Dingen auf die Spur zu kommen. Aber gesundheitsökonomische Evaluation in der Psychiatrie ist ein schwieriges Thema, Auswertungen und Aussagen liegen noch nicht vor.

Die Frage nach Wirkungen und Wirksamkeit der Integrierten Versorgung nach dem Typ *Netzwerk psychische Gesundheit* ist auch nochmals von Bedeutung, weil dies nicht das einzige Modell für die Psychiatrie ist. Angesichts des enormen Aufwandes solcher Versorgungsverträge für die Psychiatrie suchen Krankenkassen wie Vertragsnehmer nach Standardmodellen. Die lassen sich modifizieren und in der Praxis variieren, laufen im Prinzip aber schon jetzt auf wenige Typen hinaus. Die sind wesentlich durch die Trägerschaft geprägt und so ist - aller fachlichen Übereinstimmung zum Trotz - ein gewisser Wettbewerb um den besten Ansatz, aber auch um Bedeutung und Einfluss vor Ort, letztlich um Aufträge unvermeidlich. Idealtypisch sind folgende Urmodelle zu unterscheiden.

- In der ursprünglichen Fassung bedurften Integrierte Versorgungsverträge der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung, so sind Zusammenschlüsse von Fachärzten und Psychotherapeuten entstanden. Im Facharztmodell kooperieren zunächst Berufskollegen, andere Leistungserbringer könnten eingebunden werden. Die organisatorischen Ressourcen sind begrenzt, die Administration gefürchtet.
- Nach dem Klinikmodell darf ein Krankenhaus weitgehend uneingeschränkt stationär, teilstationär und ambulant, auch aufsuchend tätig sein, kann also allein nach fachlichen Kriterien behandeln. Dem Vorteil einer bestenfalls leistungsfähigen und belastbaren Institution stehen erhebliche Bindungen an die Ökonomie und Kultur des Krankenhauses entgegen. Der Bezug zur sozialen Lebenswelt fehlt gänzlich.
- Wenn alle Behandlungsleistungen der Krankenversicherung, klinische, ambulante und ergänzende Leistungen durch einen Vertragsnehmer in Kooperation mit externen Anbietern aus einer Hand erfolgen, entspricht dies dem Netzwerkmodell. Gemeindepsychiatrische Träger gewährleisten einen regionalen Bezug, die Konstruktion ist kompliziert und erfordert Risikobereitschaft.

Mit welchem Konzept sich die Ziele einer modernen Psychiatrie am besten erreichen lassen, ob sich ein bestimmtes Modell der Integrierten Versorgung und welches sich durchsetzt, ist nicht ausgemacht. Allein die *Techniker Krankenkasse* unternimmt beispielsweise mehrere Versuche und erprobt sie parallel. Das ist anders gar nicht möglich, denn solche umfänglichen Konstruktionen lassen sich nicht im Labor entwickeln und nur in Maßen vorüberlegen, man muss irgendwann angefangen und sich auf den Weg begeben. Beim Stand der Dinge wäre eine gewis-

²⁹ In verschiedenen Varianten eingesetzt wird das frei verfügbare Instrument HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) zur Einschätzung des Schweregrades der Beeinträchtigung von Patienten mit psychischen Störungen.

se Vielfalt der Versorgungssysteme sowieso berechtigt und anzustreben, gerade weil die Verhältnisse so unterschiedlich sind. Einstweilen lassen sich einige Grundsätze identifizieren, die jeder Konstruktion einer Integrierten Versorgung in der Psychiatrie zugrunde liegen sollten:

- Gemeinsame Versorgung erfordert in wichtigen Auffassungen und Angelegenheiten grundsätzliches Einvernehmen der Beteiligten. Das Interesse an übergreifender Behandlung und Betreuung erkrankter Menschen ist Bedingung.
- Integrierte Versorgung setzt voraus, dass verschiedene Interessen respektiert werden. Jeder Beteiligte verfolgt originäre Absichten, der eigene Vorteil ist legitim. Er kann sich etwa in Beteiligung und Anerkennung, in Umsatz und Gewinn ausdrücken.
- Vertrauen und Transparenz sind die Basis einer guten Zusammenarbeit, sie werden gestützt durch eindeutige, verbindliche Spielregeln. Die Beziehungen der Akteure sind mit Verträgen abgesichert, Aufgaben definiert, Rechte und Pflichten benannt.
- Gemeinsame Ziele und Handeln müssen vermittelt und beachtet werden. Theoretische Grundlagen sind unverzichtbar: Konzepte und Verfahren sind zu beschreiben, fachliche Standards zu definieren, Bildungs- und Trainingsmaßnahmen zu etablieren.
- Hoch qualifizierte, verantwortlich Beteiligte müssen sich adäquat verständigen. Von herausragender Bedeutung sind Kommunikationsmittel, insbesondere ein informationstechnisches Netzwerk, Instrumente und Methoden zur Dokumentation.
- Es ist ein alter Hut und Gemeinplatz: Letztlich sind es Menschen, die als Hilfebedürftige, Hilfeleistende und Verantwortliche auftreten. Respekt, Sympathie, Gewogenheit untereinander sind so wichtig wie der fachlich ökonomische Konsens.

Damit wäre zugleich nochmals benannt, worin die Schwierigkeiten und Hemmnisse und im konventionellen Versorgungsgeschehen bestehen und wie zugleich den Mängeln an Koordination, oder eben besser an Kooperation, beizukommen wäre. Das Rezept würde lauten: 1. Nutze die Möglichkeiten und schaffe Anreize, dass die Beteiligten optimal zusammenwirken, ein regionales und Fachgebiet gut versorgen. 2. Mitmachen sollen Leistungsträger und Einrichtungsträger mit fachlicher Kompetenz und wirtschaftlicher Stärke, die gewillt und gewogen sind. 3. Man kleide die Verabredungen entlang der Beziehungen und Beteiligten in klare Regeln und fixiere dies in Verträgen, die jedem einen Vorteil verschaffen. 4. Die Besten sollen auch die schwierigen Aufgaben übernehmen, voneinander lernen und alle anderen beteiligen.