



CrossMark

## Regionale Koordination in der Psychiatrie<sup>☆</sup>

Hermann Elgeti

Zahlreiche Faktoren erschweren eine flächendeckend in Deutschland realisierte, individuell bedarfsgerechte Organisation des Hilfesystems in der Psychiatrie. Dazu gehören die unterschiedliche Kostenträgerschaft bei Prävention, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen, institutionszentrierte Sichtweisen und die starre Trennung von ambulantem und stationärem Sektor (Becker et al., 2008). Zudem hat die politisch gewollte Ausrichtung des Systems der sozialen Sicherung auf die Regeln des neoliberalen Kapitalismus dazu geführt, dass Kostenträger und Leistungserbringer auf Kostensenkung, Profitstreben und Konkurrenzdenken fixiert sind (Elgeti, 2011). Selektivverträge zur integrierten Versorgung sollen Qualität und Kontinuität der psychiatrischen Behandlung eingeschriebener Versicherter verbessern, haben aber Risiken und Nebenwirkungen, die u.a. auch die regionale Koordination betreffen (Brammesfeld und Amelung, 2013; Elgeti, 2013).

Im Ergebnis resultiert ein verhängnisvolles Zusammenspiel verschiedener Blockaden: Nach meinem Eindruck fürchten die Anbieter, dass ihre Arbeit wirklich transparent und vergleichbar wird, und die Kostenträger schauen am liebsten auf ihre Finanzen, nicht auf die Versorgungsqualität. Die meisten Kommunalpolitiker scheinen mir zu wenig Macht, Geld, Kompetenz oder Motivation zu haben, die gesetzlich garantierte Daseinsvorsorge für ihre Bürger zu gewährleisten und Sozialplanung zu betreiben. Und die psychisch Kranken und ihre Angehörigen

sind offenbar mangels Selbstbewusstsein, gesellschaftlicher Anerkennung und schlagkräftiger Interessenvertretung nicht wirklich in der Lage, ihre gesetzlichen Ansprüche durchzusetzen. Eine regionale Koordination gemeindepsychiatrischer Hilfen ist ein von den Reformkräften schon lange, aber nicht konsequent verfolgtes Erfordernis (Deutscher Bundestag, 1975; Elgeti und Machleidt, 1990). Ihre Aufgaben beschränken sich nicht auf die Förderung von Kommunikation und Kooperation der Akteure in der Einzelfallarbeit und bei der Weiterentwicklung des Hilfesystems (Clausen und Eichenbrenner, 2010). Sie umfassen gleichermaßen die systematische Planung und Evaluation, Steuerung und Qualitätsentwicklung des Hilfesystems in einer definierten Region (Kauder und Kunze, 1999; Aktion Psychisch Kranke et al., 2009). Eine zentrale Rolle kommt dabei den kommunalen Gebietskörperschaften zu, also den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten (Armbruster et al., 2006). Maßstab ist die Lebensqualität der psychisch erkrankten Personen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Eine Zielmatrix (Tabelle 1) benennt wichtige Qualitätskriterien und Versorgungsprinzipien für die Versorgungsebenen individueller Hilfeleistung, institutioneller Organisation und regionaler Koordination (Elgeti, 2003).

Um Inklusion und Partizipation für die betroffenen Menschen ebenso zu fördern wie Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Hilfeleistungen, sollten diese in einem abgestuften Hilfesystem möglichst ambulant, dezentral und ggf. „aus einer Hand“ angeboten werden (Steinhart und Speck, 2011).

Der Sozialpsychiatrische Dienst einer Kommune verbindet Einzelfallhilfen in subsidiärer Funktion mit Netzwerkarbeit und Steuerung der Aktivitäten im lokalen Verbund (Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste, 2013). Doch nur wenn die – Länder- und Träger-spezifisch sehr heterogene – Gesetzeslage diesen Auftrag erteilt, der Dienst vor Ort tätig ist und für seine Aufgaben personell auch ausreichend ausgestattet ist, kann er Kristallisationskern der regionalen Koordination sein (Elgeti et al., 2010).

Für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung des Hilfesystems müssen Dialoge, Daten und Diskurse innerhalb der Versorgungsebenen und zwischen ihnen sinnvoll miteinander verknüpft werden (Tabelle 2). Aussagekräftige Daten aus der Einzelfallarbeit können sowohl für das institutionelle *Controlling* als auch – anonymisiert – für die regionale Berichterstattung genutzt werden, womit der Dokumentationsaufwand begrenzt wird (Elgeti, 2003). Neben funktionierenden Koordinationsgremien und kontinuierlicher Psychiatrieberichte sind auch regionale Zielvereinbarungen ein wichtiges Instrument (DGPPN, 2013).

Ein Beispiel für entsprechende Bemühungen gibt der Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) der Region Hannover (knapp 1,2 Mio. Einwohner) auf Grundlage der Bestimmungen des Niedersächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (NPsychKG) von 1997 (Elgeti, 2009). Dort bekamen die Landkreise und kreisfreien Städte die Aufgabe, einen SpV zu gründen. Dessen Geschäfte führt der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi), der u.a. – im Benehmen mit dem SpV – einen

<sup>☆</sup> Lothar Schlieckau gewidmet mit Dank für 15 Jahre Psychiatrie- Koordination in Hannover.

Tabelle 1: Zielfelder eines sozialpsychiatrischen Qualitätsmanagements.

Qualitätskriterien Versorgungsprinzipien	Strukturqualität Zugänglichkeit und Vernetzung der Hilfsangebote	Prozessqualität Angemessenheit und Zuverlässigkeit der Hilfsangebote	Ergebnisqualität Autonomie und Integration der Patienten
<b>individuelle Ebene</b> Subsidiarität der Hilfeleistung	Erreichbarkeit der Hilfe und Vertrautheit der Helfer	Kompetenz der Helfer und bedarfsgerechte Hilfeleistung	möglichst eigenständiges Wohnen und Teilhabe am Arbeitsleben
<b>institutionelle Ebene</b> Flexibilität der Hilfsangebote	Verfügbarkeit und Vielfältigkeit der Hilfsangebote	personenbezogene Hilfeplanung und Kontinuität der Hilfeleistung	Konzentration auf Schwerkranke und Prävention ungünstiger Verläufe
<b>regionale Ebene</b> Koordination der Versorgung	Einbeziehung aller Akteure incl. Kostenträger und Politik	Organisation eines regionalen, Konsens-orientierten Dialogs	Priorität für ambulante Hilfen und die Behandlung Schwerkranker

Tabelle 2: Integrierte datengestützte Planung und Evaluation in der Psychiatrie.

	Dialoge und Diskurse zur Planung und Evaluation	Daten zur Dokumentation und Berichterstattung
<b>individuelle Ebene</b>	regelmäßige Befragung der Hilfeleistung auf ihre Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit	Informationsaustausch der Beteiligten, kurzgefasste, aussagekräftige Basis- und Leistungsdokumentation
<b>institutionelle Ebene</b>	Organisations- und Personalentwicklung im Mitarbeiterteam und beim Einrichtungsträger	Kontinuierliches Controlling und Erstellung statistischer Jahresberichte nach einheitlichem Muster
<b>regionale Ebene</b>	Koordination und Steuerung im regionalen Verbund unter Federführung der Kommune	regionale Berichterstattung in der Psychiatrie für Vergleiche im Längs- und Querschnitt (incl. <i>Benchmarking</i> )

Sozialpsychiatrischen Plan (SpP) über Angebot und Bedarf an Hilfen für psychisch erkrankte Menschen erstellen und regelmäßig fortschreiben soll. Der SpDi der Region beschäftigt einen Psychiatriekoordinator und verfügt über dezentrale Beratungsstellen in allen elf Versorgungssektoren. Bereits 1974 wurde für den Großraum Hannover ein seitdem monatlich tagender Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) gegründet, mit Beteiligung von SpDi, Kliniken, Heimen, ambulanten Anbietern von Hilfen, Behörden und Kommunalpolitik (Elgeti und Machleidt, 1990). So gibt es schon lange ein Forum für Informationsaustausch und Diskussion aktueller Probleme, für Verabredungen zur Verbesserung der Kooperation und für die Weiterentwicklung des Hilfesystems. Von großer Bedeutung war und ist bis heute die kontinuierliche, kritisch-konstruktive und engagierte

Mitwirkung von Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen (seit 1991) und ihrer Angehörigen (seit 1989). Die Novellierung des NPsychKG bot Gelegenheit zur umfassenden Reorganisation der Verbundarbeit auf Basis einer Konzeption, die Landeshauptstadt und Landkreis Hannover 1998 gemeinsam in Kraft setzten – drei Jahre vor Gründung der Region. Die Zielperspektiven betonen den Vorrang für Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Akteure, eine wohnortnahe, zuverlässige und qualifizierte Hilfeleistung nach dem Sektorprinzip. Zu den Verbundgremien gehört nicht nur der AKG als Vollversammlung des SpV und die Sektor-Arbeitsgemeinschaften zur Koordination der Hilfen im Wohnumfeld. Ein Regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät den Sozialdezernenten, zahlreiche Fach-

gruppen widmen sich speziellen Themen, und eine Beschwerdeannahme- bzw. Ombudsstelle vermittelt seit 2005 bei Problemen im Einzelfall. Seit dem Jahr 2000 wird jährlich ein Sozialpsychiatrischer Plan für die Region veröffentlicht. Sein inhaltlicher Schwerpunkt wechselt, daneben gibt es Tätigkeitsberichte der Gremien und Auswertungen der nach einheitlichem Standard erhobenen Daten zur regionalen Psychiatrieberichterstattung (Elgeti, 2008). Deren Verknüpfung mit Daten zur Sozialberichterstattung ermöglicht auch Analysen zur regional unterschiedlichen Inanspruchnahme zwecks Überprüfung einer bedarfsgerechten Verfügbarkeit von Hilfsangeboten (Elgeti, 1995; Gapski et al., 2011). Leider beteiligen sich immer noch nicht alle der rund 100 im SpV kooperierenden Einrichtungsträger an der Datenerhebung. Jährlich erscheint ein aktuelles

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1089289>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1089289>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)