

KOOPERATION

Von der Anstalt über die Gemeinde zur Integrierten Versorgung



VON KLAUS-D. LIEDKE

Klaus-D. Liedke ist Vorstandsvorsitzende der Offenbacher Stiftung LEBENS RÄUME, ein gemeinnütziger Träger der Freien Wohlfahrtspflege, der sich auf psychosoziale Hilfleistungen spezialisiert hat.

www.lebsite.de

Die Geschichte der Psychiatrie zeigt, wie verschiedene Konstruktionen der Leistungserbringung auf Menschen und System wirkten. Nun wird mit dem Konzept der »Integrierten Versorgung« ein neuer Weg verbindlicher Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern beschritten.

In der Psychiatrie gibt es Paradigmen, die wechseln hin und wieder. Es geht um die Orientierung im Großen und Ganzen, darum, wie sich psychische Leiden behandeln lassen, wie man mit betroffenen Menschen umgeht und wie zweckmäßige Versorgung zu arrangieren wäre. Das alles hängt ja eng miteinander zusammen. Keiner weiß vorher, was aus einer Neuerung wird, aber es könnte gerade wieder einmal so sein, dass sich Grundsätze der Psychiatriearbeit wandeln.

Psychische Erkrankungen sind ein besonderes Phänomen. Schizophrenie, Depression, Sucht, Persönlichkeitsstörung und anderes haben zunächst nur gemein, dass es sich nicht zuerst körperliche Defekte vorliegen und auch das Denken an sich – was immer das bedeutet – so weit intakt ist. Die Psychiatrie kümmert sich um ein Sammelsurium höchst unterschiedlicher Störungen, bei dem es wesentlich um das Seelische geht, um Gefühle und Verhalten, um die menschliche Interaktion in der Gemeinschaft und im Miteinander.

Man ahnt oder kennt die Komplexität der Aufgabe und fragt sich, wie das unendliche Spektrum an psychischem Erleben, Leben und Zusammenleben überhaupt Gegenstand sozialer und gesundheitsfördernder Dienste sein kann. Wie ist ein Versorgungssystem gebaut, in dem jede Menge unterschiedlicher Berufe zu Werke gehen, in dem behandelt und betreut und gepflegt wird, therapiert und begleitet, trainiert und inkludiert. In dem es ein hoch differenziertes Sozi-

alrecht und für jede Lebenslage und jede Leistungsgrundlage eigens organisierte und finanzierte Einrichtungen gibt.

Das psychiatrische Versorgungssystem ist nicht einfach zu verstehen und schwer zu lenken. Im Grunde gibt es drei Aufgaben:

Erste Aufgabe: Der Einzelne soll die für ihn beste Hilfe bekommen, und zwar dann, wenn er sie braucht.

Zweite Aufgabe: Alle sollen die gleiche Möglichkeit haben, angemessene Hilfe zu bekommen.

Dritte Aufgabe: Bei begrenzten Mitteln muss das Hilfesystem sparsam und wirksam, also klug organisiert werden.

Dieser Beitrag zeigt, wie man das gemacht hat und warum das Konzept einer Integrierten Versorgung in der Psychiatrie vielleicht eine neue Entwicklung anstoßen kann.

Die Anstaltpsychiatrie: Konzentration der Dienste im betrieblichen Konzern

Um 1900 herum wurden Grundzüge der Psychiatrie entwickelt, von denen einige bis heute gelten. Dazu gehören das Verständnis und die Systematisierung der psychischen Krankheiten, die Möglichkeiten der Behandlung durch aktivierende und psychologische Einwirkung, schließlich auch manch gepflegte und gut erhaltene Krankenhausanlage. Viele dieser Spitäler werden, seinerzeit hochmodern wie kleine Dörfer mit allem ausgestattet, was ihre Bewohner oder

Was versteht man eigentlich unter Integrierter Versorgung?

Integrierte Versorgung ist eine kooperative Versorgungsform und eine andere Form der Regelversorgung. Ziel ist die Überwindung der sektoralen (ambulanter und stationärer Versorgungsbereich) und der disziplinären Trennung im Gesundheitswesen. Zur Integrierten Versorgung schließen die Krankenkassen sektoren- oder interdisziplinär-fachübergreifende Verträge mit den in § 140b Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) abschließend aufgezählten Leistungserbringern (§§ 140a Abs. 1 SGB V) ab. Mit dem Pflegewiderrundungsgesetz sind seit dem 1. Juli 2008 auch die Pflegekassen sowie die Leistungserbringer in der Pflege zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung berechtigt. Auch Pflegestützpunkte (Pflegeberatung) können einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abschließen (§ 92c Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Pflegeversicherung [SGB XI]). Die Integrierte Ver-

sorgung soll die Qualität der Patientenversorgung verbessern, die Versorgungskosten senken und die bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Dies geschieht entweder durch Integrierte Versorgung einer einzelnen Krankheit mit großer Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit oder durch Integration aller (medizinischen und ggf. auch pflegerischen) Versorgungsangebote in einer Region. Verträge zur Integrierten Versorgung sind öffentlich unter www.bqs-register14od.de registriert (§ 140d Abs. 5 SGB V). Die Inanspruchnahme eines Angebots zur Integrierten Versorgung durch die Versicherten ist freiwillig, so dass der Erfolg der Integrierten Versorgung von der Akzeptanz der Versicherten abhängt. Trotz finanzieller Anreize entsprechen die Zahl und der Inhalt der Verträge zur Integrierten Versorgung noch nicht den Vorstellungen des Gesetzgebers.

Heike Hoffer

Quelle: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2011. 1.139 Seiten. 44,- Euro. ISBN 978-3-8329-5153-5.



Insassen zum Leben brauchen, bis heute oder heute wieder als Psychiatrische Kliniken genutzt.

In den Anstalten oder von dort aus sind in der Nazi-Zeit kranke Menschen getötet worden. Die Schrecken sind auch an anderen Institutionen nicht vorbei gegangen, aber sie klingen im Namen mancher Krankenhäuser besonders nach. Mit dem Ende des Terrors wurden Häuser und Leiter instand gesetzt und standen bald erneut für eine schlimme Entwicklung. 1960er Jahren war es völlig unzeitgemäß, eintausend und mehr psychisch Kranke in meist entfernt gelegenen Asylen unterzubringen, in Sälen mit 30 Betten, in Anstaltskleidung, ohne Behandlung und Perspektive.

Teile des Studentenprotests richteten sich gegen diese Zustände. Angestoßen von kritischen Psychiatern und Politikern wurden die Verhältnisse grundlegend infrage gestellt und eine einmalige Reform begann. Es ging darum, Langzeitkranke aus den Baracken der »Landeskrankenhäuser« zu holen, sie zu »enthospitalisieren«, und geeignete Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten am Lebensort der Menschen zu schaffen. Das gelang fast überall, ohne dass Häuser abgerissen werden mussten. Im Gegenteil wurden viele Anlagen modernisiert und erleben mancherorts eine neue Zeit (vgl. Kasten »Merkmale der Anstaltspsychiatrie«).

Erlebt die Zentralisation von Versorgungsaufgaben eine Renaissance? Ganz abwegig ist der Gedanke nicht. Selbstverständlich wünscht keiner unzumutbare Zustände herbei und Anstalten möchte man auch nicht reorganisieren, aber manch heutiges Fachkrankenhaus hat sich eben ein neues Gewand zugelegt. Und da zeigen die üppigen Ressourcen, räumliche und personelle, organisatorische und strukturelle Möglichkeiten durchaus Vorteile. Man kann Psychiatrie dort aus einer Hand und mit einem Team verantworten, Spezialisten beschäftigen, Behandlungssettings differenzieren. Man hat mehr Ruhe und Konzentration für die Menschen als anderswo. Auch wenn das freilich nicht alles ist.

Die Reformpsychiatrie: Koordination heterogener Dienste in einem Sektor

Im Jahre 1975 berichtete die Psychiatrie Enquête von menschenunwürdigen Verhältnissen in der deutschen Verwahr-Psychiatrie. Ein finanzstarkes Modellprogramm wurde aufgelegt und 1988 formulierte die Expertenkommission der Bundesregierung ihre Empfehlungen, wie eine zukünftige Versorgungsstruktur anzulegen sei. Im Wesentlichen sollten Psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und ausreichend Nervenärzte die Großkrankenhäuser ablösen, komplementäre Einrich-

tungen und ambulante Dienste ergänzend Betreuungsaufgaben übernehmen.

Die Reform zielte auf die Beseitigung inhumaner Zustände. In manch streitbarem Zirkel wurden Konzepte entworfen und Großes verabredet: Psychisch und somatisch Kranke sollten gleichgestellt werden, Behandlung und Betreuung künftig am Lebensort der Menschen, in der »Gemeinde« und alltagsnah erfolgen. Die »Sozialpsychiatrie« verlangte Bürgerbeteiligung und Patientenemanzipation. Vieles ist erreicht worden und die psychiatrische Landschaft heute nicht wieder zu erkennen.

In den 1970er Jahren ging es in manch gesellschaftlichem Bereich darum, zentralistisch autoritäre Strukturen abzulösen. Die Psychiatrie machte insoweit keine Ausnahme. Man hat sich vorgestellt, die Versorgung der kranken Menschen künftig mittels kleinräumiger Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen vor Ort sicherzustellen und da gab es von vornherein die Schwierigkeit, die heterogene Trägervielfalt mit verstreuten Betten und vielen Kliniken, qualifiziert praktizierenden Ärzten und komplementären Einrichtungen beieinander zu halten. Eine professionell arrangierte Koordination, so der Plan, sollte die Gesamtversorgung gewährleisten (vgl. Kasten »Merkmale der Gemeindepsychiatrie«).

Auch mit dieser Strategie ging nicht alles nur gut. Die »kommunal« verantwortete Psychiatrie setzt auf Versor-

gungspflicht und Psychisch-Kranken-Gesetze, auf Psychiatrie-Beiräte und Koordinatoren, psychosoziale Ausschüsse und Arbeitsgemeinschaften. Viele dieser Konstruktionen gibt es noch, und doch dominieren in der Praxis längst finanziestarke und einflussreiche Krankenhäuser, Kassenärzte, Wohlfahrtsunternehmen. Ein jeder strebt nach Wachstum und entfaltet seinen Eigensinn. Im Ergebnis ist das Hilfesystem enorm ausgeweitet, die einzelnen Beiträge überlagern sich partiell und sind doch lückenhaft. Immer neue Bedarfe werden generiert.

Die Mängel ändern nichts an den Errungenschaften der Reformpsychiatrie. Dass nämlich der Bezug von psychischen Erkrankungen und dem sozialen Umfeld hergestellt wurde und wie dies in überschaubaren sektoralen Zuständigkeiten zu regeln ist. Dass die Macht einziger Institutionen nicht gut tut und besser personenbezogene Hilfe im Vordergrund steht. Dass man in diesem komplexen Handlungsfeld mit Vorteil arbeitsteilig und verantwortungsvoll, multiprofessionell und interdisziplinär vorgehen sollte. Auch wenn das alles nicht einfach in Einklang zu bringen ist.

Eine Integrative Psychiatrie: Kooperation der Partner zur verbindlichen Versorgung

Zeichnet sich nun wieder ein Paradigmenwechsel in der Psychiatrie ab? Eher neue Unübersichtlichkeit.

Merkmale der Anstaltpsychiatrie (ca. 1900 bis 1970, z. B. Landes-, Bezirkskrankehäuser)

- Dienste und Funktionen sind in einer großen Institution und an einem Standort zusammengefasst
- Staatliche finanzierte und verantwortete Versorgung ist, eventuell mit gesetzlichen Regelungen, garantiert
- Klinik- oder Anstaltsdirektor führt autokratisch, innen ausgeprägte Hierarchie, keine Außenkontrolle

Stärken

Garantiert Vollversorgung, Mittel sind beliebig einzusetzen, Ressourcen werden konzentriert, zentrale Führung.

Schwächen

Lebensfern ohne Alltagsbezug, fehlende Bedarfssteuerung, Individuum lebt in der Einrichtung, veraltetes Konzept.

Während Krankenhäuser, Kassenärzte und Psychotherapeuten weiterhin das Geschehen dominieren, müssen komplementäre Einrichtungen bescheiden auskommen. In der Lebenswirklichkeit der Patienten ist es umgekehrt. Das Sozial- und Gesundheitswesen leidet an ökonomischen Herausforderungen und Fehlsteuerung, die Psychiatrie steht noch relativ gut da, auch wenn hier Kosten- druck und Wettbewerb aktuell sind. Keiner weiß, was das nun kommende Pauschalisierte Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) bewirken wird.

Bemerkenswert sind auch andere Herausforderungen. Multimorbide Erkrankungen rund um klassisch psychiatrische Diagnosen nehmen rapide zu. Die Menschen leiden nicht häufiger unter Schizophrenien oder Affekterkrankungen, wohl aber unter Überlastungsreaktionen, psychosomatischen und psychosozial bedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen. Die Symptome bewirken Arbeitsunfähigkeit, Therapiebedarf, Krankenhausaufnahmen, Frühberentungen.

Die Psychiatrie ist gefragt, etwas zu unternehmen. Weil genaue Ursachen im Einzelfall schwer auszumachen sind, separierte Therapien wenig ausrichten, sind die Lebensverhältnisse insgesamt angesprochen.

Mit den Gesundheitsreformen der letzten zehn Jahre hat man die Möglichkeit der »Integrierten Versorgung« geschaffen. Leistungserbringer der ge-

setzlichen Krankenversicherung können außerhalb der konventionellen Zuständigkeiten untereinander Verträge schließen und so eine umfassende Behandlung von Patienten erreichen. Die Techniker Krankenkasse hat mit dem »Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)« ein Versorgungskonzept entworfen, das Versicherten alle Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen aus einer Hand zukommen lässt. Ein gemeindepsychiatrischer Vertragsnehmer organisiert das. Ein anderes Modell, die »Optimierte Versorgung Psychiatrie (OPS)« verfolgt die gleiche Intension, geht aber vom Krankenhaus aus (vgl. Kasten »Merkmale der Integrierten Psychiatrie«).

Ja, wenn alles klappt wie gedacht, könnte die Integrierte Versorgung in der Psychiatrie einiges anders machen. Den Mängeln des Systems bessere Alternativen gegenüberzustellen, ist ambitioniert und wird ein schwieriger Weg. Rückgriffe auf bewährte Strukturen sind erlaubt und man wäre geradezu töricht, was gut funktioniert, nicht zu nutzen.

Die Varianten mögen sich unterscheiden, gemeinsam wird man beachten: Verbindliche Kooperation vertraglich gebundener Leistungspartner ersetzt die Koordination. Berufsgruppen und Einrichtungen entwickeln eine neue Kultur der Zusammenarbeit. Patienten und Klienten, Versicherte und betreute Menschen haben einen einzigen Gesundheitsplan. ■

Merkmale der Gemeindepsychiatrie (ca. 1975 bis 2010, z. B. Abteilungsklinik, Psychosoziale Dienste)

- Vielfältige, spezialisierte Dienste und Einrichtungen übernehmen vorrangig ambulante Versorgung
- Plurale Trägerlandschaft mit Oligopol ähnlicher Steuerung durch Leistungsträger
- Vorstände und Geschäftsführer verantworten ihr Unternehmen, unverbindliche Abstimmung mit anderen

Stärken

Nah am Bürger und betroffenen Menschen, vielfältige Hilfe mit hohem Alltagsbezug, natürliches Hilfepotenzial

Schwächen

Nebeneinander der Einrichtungen, mangelnde Transparenz und Bedarfssteuerung, ungünstige Ökonomie

Merkmale der Integrierten Psychiatrie (ca. 2010 bis unbekannt), multimodale Behandlung und Versorgung)

- Leistungsträger und Leistungserbringer bilden strategisch Allianzen, erfüllen selektive Versorgungsaufgaben
- Zulassungsregeln sind gesetzlich vorgegeben, Leistung und Vergütung im Auftragsverhältnis vereinbart
- Selbstständige Partner kooperieren und teilen sich Aufgaben, eine öffentliche Aufsicht ist einzurichten

Stärken

Wichtige Akteure arbeiten verbindlich zusammen, einheitliche Behandlung und Betreuung einer Person, Standards

Schwächen

Formale Regeln nehmen großen Raum ein, standardisiertes Vorgehen engt Flexibilität ein, viele Aufgaben auf einmal