

Gemeindepsychiatrische Qualitätssicherung

Zur Entwicklung eines sozialpsychiatrischen Qualitätsprogramms am Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste der Universität Siegen

von Prof. Dr. Michael Regus

Versorgungspolitischer Hintergrund

Die Gemeindepsychiatrie steht heute im Spannungsfeld neuer Anforderungen, die sich in der Problematik der Qualitätssicherung bündeln, die nicht zufällig in den letzten Jahren zunehmend in das Zentrum des Interesses gerückt ist. Die Erfahrungen mit der Psychiatriereform zeigen, daß diese nicht automatisch für alle Betroffenen zu befriedigenden Lösungen führt. Die Enthospitalisierung von Langzeitpatienten brachte oft nur die Verlegung in ebenfalls gemeindeferne Heime teilweise zweifelhafter Qualität. Dennoch ist auch die Zahl derer gestiegen, die heute mehr oder minder gut integriert in der Gemeinde leben. Aber auch sie und ihre Angehörigen beklagen sich, daß sie in Krisen oft allein gelassen werden; das Problem der Drehtürpsychiatrie und die Häufigkeit von Zwangseinweisungen hat nicht ab- sondern zugenommen und die Möglichkeiten, als Betroffener seine Vorstellungen dem Hilfesystem gegenüber zur Geltung zu bringen, sind immer noch sehr begrenzt. Die Bereitschaft der Leistungsanbieter, sich dem individuellen Hilfebedarf der Patienten bzw. Klienten anzupassen, ist meist gering. Die Folge ist eine wachsende Zahl psychisch Kranker, für die sich niemand (mehr) verantwortlich fühlt; andererseits erhalten jene, welche sich dem Angebot anpassen (müssen), nicht selten unangemessene und überflüssige Leistungen. Dazu kommt, daß die fachlichen Konzepte und professionellen Kompetenzen erst teilweise den spezifischen Anforderungen in der Gemeindepsychiatrie entsprechen. Dies alles führt dazu, daß heute eine gezielte Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Fachlichkeit und eine Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Angebote gefordert wird. Von neuen Konzepten der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung werden diesbezüglich neue Impulse erwartet.

Die Aktualität der Qualitätsproblematik ergibt sich aber auch aus veränderten sozialpolitischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Überall im Gesundheits- und Sozialwesen stellt sich gegenwärtig die Frage, wie angesichts des Umbaus der sozialen Sicherungssysteme und knapper werdender Ressourcen die Qualität der Leistungen gesichert werden kann. Die Notwendigkeit gezielter Qualitätssicherung als Korrektiv zu den Risiken und Nebenwirkungen der neuen Finanzierungs- und Steuerungsmodelle wurde auch vom Gesetzgeber erkannt und führte dazu, daß heute Vereinbarungen über entsprechende Maßnahmen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern getroffen werden müssen (vgl. BSHG § 93, SGB V § 135-137, SGB XI § 80). Die Frage, wie diese konkretisiert werden, ist für die Zukunft der Gemeindepsychiatrie von erheblicher Bedeutung. Entscheidend wird sein, inwieweit die Weiterentwicklung professioneller Fachlichkeit als notwendige Basis gemeindepsychiatrischer Qualitätssicherung anerkannt und abgesichert wird. **Ob** sie sich gegen einseitig betriebswirtschaftlich orientierte Ansätze durchsetzen läßt, ist noch offen. In jedem Fall ist zu erwarten, daß die Verteidigung und Verbesserung vorhandener Standards nur dann Aussicht auf Erfolg haben wird, wenn man nicht nur begründen kann, warum welche Leistungen mit welcher Qualität erbracht werden müssen, sondern auch belegen kann, daß diese Ansprüche in der Praxis tatsächlich eingelöst werden. Auch deshalb wächst bei vorausschauenden Trägern das Interesse an

Maßnahmen, die geeignet sind, ihre Bemühungen um die qualitative Weiterentwicklung ihrer Angebote zu überprüfen und transparent zu machen.

Das nachfolgend beschriebene Modell zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung wird unter Berücksichtigung der skizzierten Rahmenbedingungen gegenwärtig am Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste (ZPE) der Universität GH Siegen in Kooperation mit der Oberbergischen Gesellschaft für psychisch Behinderte mbH (OGB) entwickelt. Die Umsetzung des Gesamtprogramms erfolgt schrittweise und wird einen Zeitraum von mehreren Jahren umfassen.

Rahmenkonzept und theoretische Grundlagen

(1) Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement

Ein grundlegendes Merkmal des Modells ist die Verknüpfung von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Es geht also nicht nur um den Erhalt bereits erreichter Standards, sondern auch um deren kritische Überprüfung und die systematische Suche nach Verbesserungspotentialen. Dies ist ein Unterschied zu der ausschließlichen Orientierung an Mindeststandards, die in der Regel eher der Abwehr als der Förderung innovativer Prozesse dient. Die entwicklungsorientierte Qualitätssicherung stellt eine kontinuierliche Herausforderung für die Dienste und Einrichtungen dar, die von allen Beteiligten ein Umdenken erfordert. Notwendige Voraussetzungen sind die Klärung des Qualitätsverständnisses, die Formulierung eindeutiger Qualitätskriterien, qualifizierte Datenerhebungen und Auswertungen sowie ein Verfahren, das sicherstellt, daß die Erkenntnisse auch tatsächlich in praktische Konsequenzen umgesetzt werden. Zur Lösung dieser Aufgaben bedarf es eines effektiven Qualitätsmanagements und einer umfassenden Beteiligung der Mitarbeiter/innen und möglichst auch der Nutzer/innen. Hierfür sind organisatorische Strukturen und ein Klima erforderlich, das konstruktive Qualitätsdiskurse ermöglicht und anregt.

(2) Wissenschaftliche Begleitung

Ein weiteres Merkmal des Modells ist die externe wissenschaftliche Begleitung, die das träger- und einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unterstützt und dessen Binnenperspektive um eine wissenschaftlich orientierte Außensicht ergänzt. Im Einzelnen beinhaltet dies folgende Aufgaben: (a) Hilfe bei der Programmentwicklung und bei der Ausarbeitung der Instrumente, (b) Anregung und Evaluation qualitätsrelevanter Maßnahmen und Innovationen, (c) Beratung bei der Umsetzung des Programms, (d) Berichterstattung über Ergebnisse der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung, (e) Durchführung von Qualitätsprüfungen, (f) Sicherstellung des Anschlusses an die relevanten wissenschaftlichen Entwicklungen sowie (g) Qualifizierung der am Programm beteiligten Mitarbeiter/innen. Die konkreten Arbeitsschwerpunkte hängen jeweils vom Stand der Umsetzung des Programms und von den Prioritäten des Trägers ab.

(3) Zum Qualitätsverständnis

Das Qualitätsverständnis kann je nach Betroffenheit und Interessenlage erheblich variieren. Gerade in der Psychiatrie gehen die Sichtweisen oft stark auseinander. Für uns sind grundsätzlich die Interessen der Klient/innen vorrangig, was bei Differenzen die Suche nach tragbaren Kompromissen nicht ausschließt. Das im Qualitätsdiskurs häufig geforderte Prinzip der sog. Kundenorientierung wird von uns nicht uneinge-

schränkt übernommen, da das marktwirtschaftliche Denkmodell, das ihm zugrunde liegt, nur begrenzt auf sozialpsychiatrische Dienstleistungen anwendbar ist. So ist es z.B. für den Hilfeempfänger oft schwierig, die Qualität der Leistungen in allen relevanten Aspekten zu beurteilen. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß professionelle Interventionen differenzierte Funktionen haben, was ebenfalls eine unkritische Befriedigung der Nutzererwartungen ausschließt. So kann es z.B. notwendig sein, sich bestimmten Vorstellungen eines Patienten aus therapeutischer Verantwortung oder aus Rücksicht auf mitbetroffene Dritte (z.B. Angehörige) zu verweigern. Qualität professioneller Praxis bedeutet deshalb nicht nur, daß die Wünsche der Nutzer/innen angemessen wahrgenommen werden, sondern auch, daß sie auf der Grundlage kompetenter Fachlichkeit verantwortungsbewußt reflektiert und erst dann in konkretes Handeln umgesetzt werden. Dies bedeutet, daß auch auf der Ebene der Qualitätssicherung neben den vordergründigen Nutzererwartungen fachliche und ethische Normen gleichermaßen eine Rolle spielen und offengelegt werden müssen.

(4) Fachliche und ethische Grundlagen

Die fachlichen Normen, an denen wir uns orientieren, ergeben sich aus Expertenwissen und berufspraktischer Erfahrung, aus empirisch begründeten Erkenntnissen und wissenschaftlichen Theorien. Die ethischen Normen ergeben sich aus der Berufsethik der helfenden Professionen, aus den allgemeinen Menschen- und Bürgerrechten und aus dem Sozialstaatspostulat des Grundgesetzes. Fachliche und ethische Normen hängen in der Psychiatrie besonders eng zusammen und finden ihren Ausdruck in den Leitbildern der Träger, im beruflichen Selbstverständnis und in den Handlungsorientierungen der Mitarbeiter/innen und nicht zuletzt in der Art und Weise des Qualitätsmanagements.

In unserem Qualitätskonzept wird vor allem folgenden Prinzipien, die hier nur stichwortartig aufgelistet werden können, ein zentraler Stellenwert zugemessen:

- Subjektorientierung und Partnerschaftlichkeit in der helfenden Beziehung,
- Vollständige Wahrnehmung sozialer und lebensgeschichtlicher Zusammenhänge,
- Mehrdimensionales Krankheitsverständnis,
- Umfassende Unterstützung der Krankheitsbewältigung,
- Berücksichtigung der menschlichen Grundbedürfnisse,
- Individualisierung und Flexibilisierung der Hilfe,
- Selbstbestimmung des Klienten und Entwicklungsorientierung,
- Überwindung einseitig kustodialen Denkens,
- Systematische Förderung sozialer Integration,
- Chancengleichheit und Orientierung am Schwächsten.

Die Anerkennung dieser Prinzipien ist zugleich die Voraussetzung für die Kooperation mit weiteren Diensten und Einrichtungen, die sich an dem Programm beteiligen wollen.

(5) Qualitätsprüfungen

Die Qualitätsprüfungen sollen sich – soweit möglich – sowohl auf Aspekte der Struktur als auch auf solche der Prozeß- und Ergebnisqualität beziehen. Die Prüfkriterien

ergeben sich in erster Linie aus den oben genannten Prinzipien. Ein Problem ist, daß nicht alle relevanten Qualitätsaspekte gleichermaßen der empirischen Überprüfung zugänglich sind. Zu warnen ist deshalb vor unkritischer Verallgemeinerung isolierter Befunde und einer Überschätzung der Möglichkeiten externer Prüfungen. Dies gilt auch deshalb, weil es bisher noch keine allgemein anerkannten und hinreichend operationalisierte Standards für Qualitätsprüfungen in der Gemeindepsychiatrie gibt.

In vielen Fragen, vor allem der Prozeßqualität, ist von qualitativen Methoden der Sozialforschung (narrative Interviews, qualitative Dokumentenanalyse, teilnehmende Beobachtung etc.) ein größerer Erkenntnisgewinn zu erwarten als von statistischen Erhebungen und Kennziffern. Da qualitative Methoden jedoch relativ aufwendig sind, können sie bei routinemäßigen Qualitätsprüfungen nur begrenzt Anwendung finden.

Erweitern lassen sich die Erkenntnismöglichkeiten, wenn Dienste und Einrichtungen gleicher oder ähnlicher Aufgabenstellung unter definierten Fragestellungen verglichen werden (»Benchmarking«). Angesichts des Fehlens anerkannter Standards ist dies bisher die einzige Möglichkeit, zu methodisch einigermaßen befriedigenden Beurteilungen der (relativen) Stärken und Schwächen der Angebote zu kommen. Wir sind deshalb an einer Erweiterung der Vergleichsbasis durch die Beteiligung weiterer Träger – auch in anderen Regionen – sehr interessiert. Dies wäre auch unter dem Aspekt der Bündelung und des effizienten Einsatzes von Ressourcen von Vorteil und würde sich positiv auf die Chancen der Anerkennung des Modells durch die Kostenträger auswirken.

Bei der Formulierung der Fragestellungen für Qualitätsprüfungen ist zu bedenken, daß niemals alle relevanten Aspekte der Praxis gleichzeitig geprüft werden können. Es muß deshalb immer eine Auswahl getroffen werden, die – auch im Hinblick auf effektive Verwendung der Mittel – sorgfältig durchdacht sein muß.

Grundsätzlich interessieren sowohl die Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Leistungen (»Output«) als auch die Wirkungen bei den Nutzer/innen (»Outcome«). Dabei soll nicht nur die Übereinstimmung mit normativen Standards, sondern auch die Sichtweise der Nutzer/innen selbst erfaßt werden. Dies ist notwendig, weil es sich bei psychosozialen Dienstleistungen nicht um standardisierbare »Produkte« handelt. Sowohl die angestrebte als auch die erreichbare Prozeß- und Ergebnisqualität werden hier durch den Klienten als »Koproduzenten« mitbestimmt und sind Gegenstand der Aushandlung und Interpretation der beteiligten Akteure.

Ein Problem der Outcome-Evaluation besteht darin, daß es meist nicht möglich ist, über die Qualität psychosozialer Dienstleistungen anhand ihrer Wirkungen klare Aussagen zu machen. Ob ein registrierter Effekt auf sie zurückzuführen ist – oder ob andere Faktoren dafür verantwortlich sind – kann selten eindeutig bestimmt werden. Dennoch macht es Sinn, bestimmte Ergebnisvariablen, soweit sie mit vertretbarem Aufwand meßbar sind, zu erfassen, um Trends zu erkennen und mögliche Konsequenzen für das Qualitätsmanagement und die Angebotsplanung zu diskutieren.

Als Fazit ist festzuhalten, daß Qualitätsprüfungen immer nur einen Mosaikstein im Kontext der Qualitätssicherung darstellen und die traditionellen Instrumente, wie z.B. Fortbildung und Supervision, nicht ersetzen können. Der Beitrag, den externe Qualitätsprüfungen leisten können, liegt vor allem in der Aufbereitung und Erläuterung relevanter Daten sowie in der Anregung der Diskussion über Probleme und Entwick-

lungspotentiale, wobei die Grenzen zwischen Kontrolle, Beratung, Forschung und Fortbildung fließend sind.

Bausteine und Stand des Qualitätsprogramms

(1) Individuelle gemeindepsychiatrische Hilfeplanung (IGHP)

Die Notwendigkeit einer speziellen gemeindepsychiatrischen Hilfeplanung ergibt sich aus der Tatsache, daß für viele psychisch kranke und behinderte Menschen ein Leben außerhalb der Klinik nur möglich ist, wenn sie verschiedene Hilfearten und Funktionen des Versorgungssystems nacheinander oder gleichzeitig nutzen. Dabei ist keineswegs immer sichergestellt, daß der Hilfsbedürftige die Hilfen erhält, die er benötigt. Andererseits kommt es vor, daß er sie nur dann erhält, wenn er zugleich Leistungen in Anspruch nimmt, die er nicht benötigt. In anderen Fällen mangelt es an Koordination und Abstimmung der von unterschiedlichen Funktionsbereichen und Institutionen erbrachten Teilleistungen. Die Bereitschaft der Leistungsanbieter, die ihre Leistungen konsequent dem individuellen Hilfebedarf anzupassen («personenzentrierte Hilfeplanung») ist meist sehr begrenzt. Man erwartet, daß umgekehrt der Hilfsbedürftige sich anpaßt, auch wenn das Angebot nicht oder nur teilweise seinen Bedürfnissen entspricht («angebotszentrierte Hilfeplanung»). Bemühungen zu verbindlicher Abstimmung von Zielen und Inhalten der Gesamtleistung sind bislang noch die Ausnahme. Ursachen dafür sind zum einen die herkömmlichen Prinzipien der administrativen Steuerung und Finanzierung des Hilfesystems. Zum anderen werden aber auch vorhandene Möglichkeiten der Kooperation nur unzureichend genutzt, weil praktikable Konzepte für eine einrichtungsübergreifende Hilfeplanung und Erfolgskontrolle fehlen.

Bei dem Bemühen um Integration der Hilfen darf nicht übersehen werden, daß damit auch Risiken verbunden sein können. So kann sich die ohnehin schon schwache Position des einzelnen Nutzers gegenüber Institutionen und Experten auch verschlechtern, wenn er einem effizient und lückenlos vernetzten System gegenübersteht, bei dem Spielräume und Nischen wegfallen, die für ihn auch positive Funktionen haben können. Wir sind deshalb der Meinung, daß die institutionelle Vernetzung mit einer verstärkten Einbeziehung des Klienten in die Planung der Hilfen verbunden werden muß.

Bei der Entwicklung unseres Systems zur Hilfeplanung und Dokumentation knüpften wir an die Ergebnisse der Projektgruppe der AKTION PSYCHISCH KRANKE an, die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums ein Konzept und Instrumentarium für eine fachlich fundierte Personalbemessung im ambulant-komplemetären Bereich erarbeitet hat (Kauder/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997). Die Besonderheit ihres Ansatzes liegt darin, daß die Logik angebotszentrierter Hilfestellung grundsätzlich in Frage gestellt und eine konsequent personenzentrierte Betrachtung zum Dreh- und Angelpunkt der Bedarfsermittlung gemacht wird. Die hierfür entwickelten Instrumente sind nicht nur zur Personalbemessung, sondern auch allgemein zur Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Arbeitsweise gedacht.

Da die Ergebnisse der Arbeitsgruppe neue fachliche Standards setzen und eine Reihe wichtiger Entwicklungsaufgaben der Gemeindepsychiatrie bündeln, entschlossen wir uns, mit einem darauf aufbauenden Projekt in das Qualitätsprogramm der OGB einzusteigen. Die vorliegenden Instrumente wurden überprüft und zu einer differenzierten Verlaufsdokumentation erweitert, wobei auch Richtlinien für ein Case-

Management und ein Instrumentarium für bilaterale, d.h. aus Betreuer- wie aus Klientensicht erfolgende Verlaufsbewertungen entwickelt wurden.

Das Ergebnis liegt inzwischen in Form der sog. individuellen gemeindepsychiatrischen Hilfeplanung (IGHP) vor. Sie basiert auf einem differenzierten Assessment- und Dokumentationssystem, das mit relativ geringfügigen Anpassungen auf unterschiedliche Dienste und Einrichtungen anwendbar ist. Ziel ist die Unterstützung einer handlungsorientierten Diagnostik und Arbeitsmethode mit weitestmöglicher Einbeziehung des Klienten. Intendiert sind weiterhin überschaubare, realistische Zielformulierungen, regelmäßige Überprüfung des eigenen Handelns an diesen Vorgaben, konkrete Absprachen und Festlegung der Verantwortung für die fallbezogene Kooperation, auch über Einrichtungsgrenzen hinweg, schriftliche Dokumentation der Planungsschritte, Entwicklung gemeinsamer, berufsgruppen- und institutionsübergreifender Sprachregelungen sowie die Entwicklung eines auf die Region bezogenen versorgungspolitischen Verantwortungsbewußtseins durch systematische Erfassung von Versorgungsdefiziten, mangelnden Absprachen und Vernachlässigung bestimmter Problemlagen und Personengruppen.

Im Sommer 1998 wurden das Konzept und die Instrumente in den Diensten und Einrichtungen der OGB erstmals erprobt. Sie wurden inzwischen unter Berücksichtigung der dabei gemachten Erfahrungen überarbeitet und werden zur Zeit endgültig implementiert.

(2) Struktur- und Konzeptevaluation

Dieser Baustein beinhaltet die Prüfung der Struktur- und Konzeptqualität auf der Grundlage von Dokumentenanalysen, Einrichtungsbesuchen und schriftlichen sowie mündlichen Leiter- und Mitarbeiterbefragungen. Zu diesem Zweck wurden Fragebögen für Leitungskräfte und Mitarbeiter/innen sowie Interviewleitfäden entwickelt, die ein differenziertes Bild der Dienste und Einrichtungen vermitteln.

Erhoben werden insbesondere Daten zu Nutzerstruktur, Adressatenkreis, Nachfrage und Inanspruchnahme, zu materiellen und räumlichen Verhältnissen, Konzepten, Angeboten und Versorgungsalltag, Personal- und Mitarbeiterführung sowie zur Fort- und Weiterbildung. Außerdem werden die Meinungen über die Stärken und Schwächen der eigenen Einrichtung und des regionalen Hilfesystems erfragt.

(3) Nutzerbeteiligung und Beschwerdemanagement

Nicht nur bei der individuellen Hilfeplanung, sondern auch darüber hinaus soll die Nutzerbeteiligung erweitert werden. Dies soll zum einen durch den Ausbau des Beschwerdemanagements geschehen, zum anderen durch systematische Nutzerbefragungen, bei denen die Zufriedenheit mit der Betreuung und dem Versorgungssystem ermittelt wird. Dies setzt jedoch die Lösung einiger nicht ganz einfacher Probleme voraus. So muß z.B. sichergestellt sein, daß die individuellen Antworten der Befragten nicht gegen ihren Willen den Betreuern oder dem Träger bekannt werden. Andererseits soll aber im Kontext der Qualitätssicherung – anders als bei nur theoretisch orientierter Forschung – auch gewährleistet sein, daß berechtigte Kritik nicht ohne Folgen bleibt. Einen Ausweg aus dem Dilemma bietet das sog. Assistenzmodell, bei dem der Fragebogen mit Hilfe einer externen Person, die das Vertrauen des Klienten besitzt, ausgefüllt wird. Dabei können Probleme besprochen und gemeinsam Überlegungen angestellt werden, wie die Interessen des Klienten am besten wahrgenommen werden können.

Wir erwägen gegenwärtig, diese Aufgabe entsprechend geschulten Bürgerhelfern zu übertragen und deren Rolle damit zugleich stärker im Sinne auch anwaltschaftlicher Funktionen zu akzentuieren.

(3) Angehörigen- und institutionelle Umfeldbefragung

Neben der Sichtweise der primär betreuten Klienten interessieren auch die Erfahrungen und die Wahrnehmung mitbetroffener Dritter (insbesondere der Angehörigen) sowie relevanter Kooperationspartner im institutionellen Umfeld (z.B. niedergelassene Nervenärzte, Klinik, soziale Dienste). Auch hier sind systematische Befragungen vorgesehen, bei denen es um die Stärken und Schwächen der Angebote und um die Klärung der Möglichkeiten verbesserter Kooperation gehen soll.

(4) Entwicklung des Qualitätsmanagements

Da effektive Qualitätssicherung ohne ein funktionsfähiges Qualitätsmanagement nicht möglich ist, müssen träger- und einrichtungsintern entsprechende Strukturen entwickelt werden. Bei der OGB wurde zuerst ein zentraler Qualitätsarbeitskreis eingerichtet, der Grundsatzfragen und die Qualitätsziele diskutieren und die Möglichkeiten ihrer Umsetzung klären soll. Außerdem halten wir einen Qualitätsbeauftragten für erforderlich, der – unbeschadet der qualitätspolitischen Verantwortung der Leitung – das Qualitätsmanagement organisiert und koordiniert. Bezüglich weiterer Strukturen (Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel etc.) gilt das Prinzip, diese nicht unabhängig von den jeweils aktuellen qualitätspolitischen Zielen aufzubauen und neue Elemente nur bei Bedarf und mit klar definierter Aufgabenstellung einzuführen. Grundsätzlich soll das Qualitätsmanagement soweit wie möglich in bereits vorhandene Organisationsstrukturen integriert werden.

(5) Strukturelle Vernetzung (Gemeindepsychiatrischer Verbund)

Nach den Empfehlungen der Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm soll sich der Gemeindepsychiatrische Verbund aus den Kernelementen aufsuchend-ambulanter Dienst, Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion, Tagesstätte und berufs begleitender Fachdienst zusammensetzen (Expertenkommission 1988: 296 ff.). Diese Bausteine sollen unter Einbindung eines Psychiaters und in Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung in der Region sicherstellen und zugleich bedarfsgerechte Wohn- und Arbeitsangebote entwickeln bzw. entsprechende Angebote anderer Träger in den Verbund einbeziehen. Heute wird darüber hinaus auch noch die verstärkte Einbeziehung des klinischen Bereichs gefordert. Der Verbund soll die verbindliche Abstimmung von Angeboten und Verantwortlichkeiten, effiziente Lösungen von Kommunikations- und Schnittstellenproblemen sowie die klienten- bzw. patientenzentrierte Integration der Hilfen ermöglichen.

Die Entwicklung trägerübergreifender Verbundsysteme ist erfahrungsgemäß mühsam und nur über Teilschritte möglich. Die Koordination und unterstützende Begleitung dieses Prozesses ist vor allem Aufgabe des kommunalen Psychiatriekoordinators, der bei allen entsprechenden Initiativen einbezogen sein sollte. Konkrete Möglichkeiten, die Vernetzung und Verbundbildung weiter voranzutreiben, sehen wir auf verschiedenen Ebenen:

Auf der Mitarbeiterenebene durch zunächst noch spontane Zusammenarbeit bei der Aufstellung und Durchführung integrierter Hilfepläne, wobei das Konzept und Instrumentarium der IGHP hierfür ein geeignetes Rüstzeug bietet.

Weitergehend sind verbindliche Kooperationsstrukturen durch Absprachen auf der Leitungsebene. Diesen muß die gemeinsame Erarbeitung der zu vereinbarenden Inhalte vorangehen. Dazu können z.B. im Rahmen von Arbeitsgruppen oder Tagungen der Stand der Kooperation analysiert und Möglichkeiten der Weiterentwicklung besprochen werden. Ein mögliches Ergebnis würden verbindliche Leitlinien sein, etwa für die Übergabe von Patienten/Klienten von einer Einrichtung in eine andere (z.B. nach stationärer Behandlung) oder für die Parallelbetreuung durch verschiedene Institutionen (z.B. niedergelassener Nervenarzt, Tagesstätte, ambulanter Dienste etc.).

Eine neue Qualität würde erreicht werden, wenn neben den Regelungen zur klientenbezogenen Kooperation auch die Übernahme einer nach Funktion und Adressatenkreis eindeutig definierten Versorgungsverpflichtung vereinbart und die diesbezügliche Kooperation eindeutig geregelt wird. Dies wäre die notwendige Voraussetzung für die Bildung eines vertragsfähigen Trägerverbands mit fachlicher und administrativer Leitung, der auch mit den Kostenträgern in Verhandlungen über neue Formen der Finanzierung der gemeinsam erbrachten Leistungen eintreten könnte, sofern die künftige Entwicklung der versorgungspolitischen Rahmenbedingungen dies erlauben sollte.

Prof. Dr. med. Michael Regus lehrt Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Universität-Gesamthochschule Siegen und vertritt den Schwerpunkt »Gesundheitswesen und psychiatrische Versorgung« am dortigen Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste (Tel: 0271/740-3215, Fax: 0271/740-431 1).

Der Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Qualitätsprogramms der OGB für das Jahr 1998 liegt jetzt vor. Er umfaßt 192 S. und beinhaltet im Anhang das Instrumentarium der IGHP. Gegen einen Unkostenbeitrag von 15,- DM kann er bezogen werden: Oberbergische Gesellschaft zur Hilfe für psychisch Behinderte mbH, Kleine Bergstr. 7, 51643 Gummersbach

©: Psychosoziale Umschau 3/99