

Petra Gromann, Silvia Krumm (Hg.)
Kooperation: Anspruch und Wirklichkeit
Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 4

Psychiatrie
Verlag 



Petra Gromann ist Diplom-Soziologin und Professorin für Rehabilitation an der Hochschule Fulda. Sie ist Studiengangsleiterin für den B. A. Soziale Arbeit online und den M. A. Soziale Arbeit Gemeindepsychiatrie.



Silvia Krumm ist Soziologin und forscht an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg zu sozialpsychiatrischen Themenstellungen. Derzeit ist sie Vertretungsprofessorin für Gemeindepsychiatrie, Rehabilitation und Beratung am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Fulda.

Petra Gromann, Silvia Krumm (Hg.)

Kooperation: Anspruch und Wirklichkeit

Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 4

Psychiatrie
Verlag 

Petra Gromann, Silvia Krumm (Hg.)

Kooperation: Anspruch und Wirklichkeit

Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie 4

1. Auflage 2014

ISBN-Print: 978-3-88414-596-8

ISBN-PDF: 978-3-88414-859-4

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Störungen
und ihrer Behandlung im Internet unter: www.psychiatrie-verlag.de

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2014

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln unter Verwendung eines Fotos
von Stephan Brenn, Berlin/www.stephan-brenn.de/VG Bild-Kunst

Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck und Bindung: SDL Buchdruck, Berlin

Kooperation als Kernelement der gemeindepsychiatrischen Sozialen Arbeit – ein Editorial	7
<i>Silvia Krumm</i>	
Einführung in die Beiträge des Sammelbandes	17
<i>Silvia Krumm und Petra Gromann</i>	
Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – am Beispiel von Müttern in seelischen Krisen	20
<i>Kathrin Graupe-Rudolph und Jessica Schönrock</i>	
Anspruch und Wirklichkeit der Gewährung von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Jugendliche	43
<i>René Manthey</i>	
Die Rolle der Klinikmitarbeitenden in der Hilfeplankonferenz	59
<i>Sabine Sperber</i>	
Qualitätskriterien für Hilfeplankonferenzen aus Sicht der Betroffenen	87
<i>Judith Ommert und Lisa Reitz</i>	
Kooperation mit gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern in der Gemeindepsychiatrie	99
<i>Klaus Budinger, Britta Hinz, Momo Sabel und Ariane Sylupp</i>	
Möglichkeiten einer Integrierten Versorgung in der Psychiatrie	112
<i>Klaus-D. Liedke</i>	
Wirkungsorientierte regionale Kooperation in der Eingliederungshilfe – Forschungsaufgaben	163
<i>Petra Gromann</i>	

Kooperation als Kernelement der gemeindepsychiatrischen Sozialen Arbeit – ein Editorial

Silvia Krumm

Kooperation ist für die Soziale Arbeit im Kontext der Gemeindepsychiatrie von essenzieller Bedeutung (vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 2009). Schon in der 1975 publizierten Psychiatrie-Enquete wurde auf das Problem einer mangelnden Abstimmung und Zusammenarbeit in der Arbeit mit Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, hingewiesen: »Psychisch Kranke und Behinderte werden im Verlaufe ihres oft langwierigen Leidens häufig von verschiedenen Diensten nacheinander behandelt und betreut. Auf diesem Wege ergibt sich die Gefahr, dass die nachfolgende Behandlung die vorangegangene unberücksichtigt lässt.« (Deutscher Bundestag 1975)

Auch wenn im Zuge der psychiatrischen Reformbewegungen die medizinische und psychosoziale Versorgung erheblich verbessert wurden, haben diese Forderungen kaum an Aktualität verloren. Im Gegenteil: Der Abbau der großen Anstalten und der Ausbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung ließen eine gut aufeinander abgestimmte Angebotsstruktur umso dringlicher werden. Die institutionellen, professionellen und disziplinären Ausdifferenzierungen sind dabei als ein Ausdruck der zunehmenden funktionalen Differenzierung moderner, das heißt komplexer Gesellschaften einzuordnen. Komplexität im Sinne Niklas LUHMANNs (1983) meint die Vielschichtigkeit moderner Gesellschaften, die sich nicht mehr durch eine hierarchisch geordnete, sondern durch eine horizontal geordnete, funktionale Differenzierung auszeichnet. Sie liegt vor, »wenn die Untersysteme nicht als gleiche Einheiten nebeneinandergesetzt, sondern auf spezifische Funktionen bezogen und dann miteinander verbunden werden. Die leistungssteigernden Vorteile funktionaler Differenzierung liegen auf der Hand« (ebd., S. 242). Dies hat zwei Konsequenzen: Einerseits erhöht die professionslogische Konzentration auf bestimmte Aufgaben

die Systemkompetenz zur Bearbeitung spezifischer sozialer Probleme: »Funktional spezialisierte Organisationseinheiten entwickeln dabei eigene Problembearbeitungsmuster und Denkweisen, mit der [sic] sie an Aufgabenstellungen und Probleme herangehen, sie entwickeln eine eigene Fachlichkeit, die den Maßstab bildet für den Erfolg ihrer Arbeit.« (BAUER 2011) Andererseits zieht Differenzierung aber auch Folgeprobleme nach sich, zu denen vor allem ein ausgeprägter Bedarf an Koordination gehört. Gerade bei der Bewältigung komplexer Problemlagen sind die Systeme jeweils auf die spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten anderer Systeme geradezu angewiesen (ebd.). Die wechselseitige Abhängigkeit der einzelnen Teilsysteme ist ein konstitutives Merkmal (auch) der gegenwärtigen psychiatrischen Angebotslandschaft – mit allen Vor-, aber auch Nachteilen.

Fragmentierung des Versorgungssystems

Tatsächlich zeichnet sich das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland einerseits durch ein auch im internationalen Vergleich gut ausgebautes Netz unterschiedlicher Angebote aus. Trotz – oder gerade aufgrund – seines differenziert und regional sehr unterschiedlich gestalteten psychosozialen Versorgungsangebots weist es aber auch zahlreiche Hürden, Lücken und Schnittstellen auf. Vielfach existieren die einzelnen Dienste isoliert voneinander, anstatt sich in ihren je spezifischen Funktionen zu ergänzen. In der psychiatrischen Versorgungslandschaft finden sich nach wie vor viele »engagierte Einzelkämpfer«, während es an einer organisierten Koordination und verlässlichen Kooperation mangelt (LANG 2008).

Gerade Menschen, die zeitweise oder dauerhaft in ihren kognitiven, sozialen oder emotionalen Fähigkeiten eingeschränkt sind, aber auch Angehörigen und nicht selten den Professionellen selbst fällt es schwer, sich in diesem komplexen Hilfesystem zurechtzufinden. Eine Befragung hessischer Angehöriger von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Dienste zur Qualität gemeindepsychiatrischer Versorgung brachte zutage, dass die Koordination zwischen den psychiatrischen und gemeindepsychiatrischen Hilfen in mehr als der Hälfte der Regionen als unzureichend beurteilt wird (PEUKERT 1999). Neben dem

subjektiven Leid für die betroffenen Personen geht das Nebeneinander der ausdifferenzierten Angebote mit Über- beziehungsweise Unterversorgungen und demnach auch mit Informations- und Ressourcenverlusten einher. Als Gründe für die noch wenig integrierte psychiatrische Versorgungslandschaft werden neben der Vielfalt der Finanzierungsträger (z. B. gesetzliche Krankenversicherung, Renten- und andere Sozialversicherungsträger, öffentliche Hand, Kirchen) auch die verschiedene Organisation und Budgetierung des ambulanten und stationären Versorgungssektors genannt (DGPPN 2013).

Neue Versorgungsmodelle und Kooperation

Kooperation als »Königsweg zu einer Leistung, die aus eigener Kraft nicht vollbracht werden kann« (ROEHL, ROLLWAGEN 2005) erscheint als optimale Lösung für die vielfältigen Anforderungen im Umgang mit wachsender Komplexität der psychiatrischen Angebotslandschaft. Es mangelt nicht an Forderungen und Initiativen, um die erheblichen personellen, zeitlichen und finanziellen Verluste, die an den Bruchstellen des psychiatrischen Versorgungssystems entstehen, durch verstärkte Kooperationen zwischen den relevanten Akteuren der psychiatrischen Versorgung zu reduzieren. In den aktuellen S3-Leitlinien zur psychosozialen Versorgung wird die Vernetzung und Kooperation zwischen den relevanten Akteuren als zentrales Instrument zur Erreichung der Behandlungsziele gesehen: »Vor dem Hintergrund der noch wenig integrierten psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland stellt sich insbesondere in der Versorgung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen die Aufgabe einer Vernetzung der notwendigen psychiatrischen Hilfen – zum einen im Sinne der Behandlungsoptimierung über längere Zeiträume und zum anderen hinsichtlich der Integration medizinischer und sozialer, das heißt beschäftigungs- und wohnbezogener rehabilitativer Versorgung.« (DGPPN 2013)

Flankiert durch den im Sozialgesetz festgeschriebenen politischen Willen zum Ausbau von Kooperationen (z. B. SGB IX, Teil 1 § 10: Koordination der Leistungen) zählt Kooperation zu den zentralen Elementen zeitgemäßer psychiatrischer Versorgungsmodelle: Im personenzentrierten Ansatz, der in den frühen 1990er-Jahren den Paradigmenwechsel

von einrichtungs- zu personenzentrierten Hilfen einläutete, soll der individuelle Bedarf vor allem durch eine optimale Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen einzelnen Anbietern über die zahlreichen Orts-, Institutions-, Abteilungs- und weiteren Systemgrenzen hinweg erreicht werden. Zentrale Bedeutung kommt dem Kooperationsgedanken auch in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden zu, die auf die Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung zielen. Die Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. verpflichten sich ausdrücklich zur Kooperation mit dem Ziel, die vor allem im Rahmen von Hilfeplankonferenzen ermittelten, auf den Einzelfall ausgerichteten Hilfeleistungen umzusetzen. Wichtig ist hier die Benennung einer verantwortlichen, koordinierenden Bezugsperson. Eine ähnlich tragende Rolle erhält Kooperation auch im Konzept des Case Managements. Neben der auf Mikroebene angesiedelten Fallsteuerung erfolgen Systemsteuerung und soziale Netzwerkarbeit vor allem durch kooperative Vorgehensweisen (NEUFFER 2009). Schließlich stellen Koordination und Kooperation auch die Kerngedanken des auf breiter Ebene umgesetzten Konzepts der Integrierten Versorgung (IV) dar. Eine integrierte, das heißt eine Fach- (Sozialarbeit, Medizin, Pflege, Psychologie, Ergotherapie) und Sektorengrenzen (stationär, ambulant, rehabilitativ) übergreifende Versorgung ist »zwingend auf ein ineinandergreifendes Handeln, ja auf eine kooperative Versorgungsgestaltung verwiesen« (SCHAEFFER, EWERS 2006).

Auch wenn gegenwärtig keine sicheren Aussagen darüber gemacht werden können, in welchem Ausmaß zeitlich stabile und im Ergebnis fruchtbare Kooperationsbeziehungen gelingen, finden sich Hinweise darauf, dass sich der Anspruch umfassender Kooperationen in psychiatrischen Versorgungskonzepten nur bedingt in der Versorgungsrealität spiegelt. Dies könnte, wie es Fabian KESSEL (2011) für die Soziale Arbeit im Allgemeinen dargelegt hat, weniger am quantitativen Ausmaß von Kooperationsstrukturen als an deren qualitativer Ausgestaltung liegen. Vielmehr als die Frage nach dem *Ob* ist seiner Meinung nach die Frage nach dem *Wie* von Kooperationen zu stellen (ebd.).

Interinstitutionelle und interprofessionelle Kooperation

Kooperationen sind als eine abgestimmte und zielgerichtete Zusammenarbeit von Menschen, Gruppen und Organisationen zu bezeichnen, die wesentlich auf der Erkenntnis der Beteiligten beruht, »dass die Zweckmäßigkeit des eigenen Verhaltens vom Verhalten anderer Personen/Gruppen/Organisationen abhängt und diese Erkenntnis in eine entsprechende zeitlich befristete Verhaltenskoordinierung zum Zwecke einer besseren Zielerreichung einmündet« (ADERHOLT 2005). Primäres Ziel ist dabei nicht zwingend eine völlige Übereinstimmung, »sondern eher, dass eine Vorgehensweise abgestimmt und institutionalisiert wird, in der Unstimmigkeiten und Konflikte abgearbeitet werden können« (ebd.). Gesetzte Vereinbarungen, z. B. in Form von Kooperationsvereinbarungen zweier Organisationen, erleichtern einerseits die Bearbeitung von Problemen durch die vordefinierte Handhabung erwartbarer Fragestellungen. Andererseits findet aber aufgrund dieser Festlegungen eine Beschränkung auf *bestimmte* Handlungsmöglichkeiten statt. Hinzu kommt, dass die Mitglieder ihre Handlungen primär an den Erfordernissen der eigenen Organisation ausrichten. »Die Orientierungen der Mitglieder stellen sich auf die Erfordernisse der eigenen Organisation und nur bedingt auf die Logik der zu bearbeitenden organisationsübergreifenden Prozesse ein.« (Ebd.) Unstimmigkeiten an den Schnittstellen zweier oder mehrerer Systeme entstehen demnach durch die (häufig unbewusste) Notwendigkeit, die eigenen Systemgrenzen – trotz der Notwendigkeit, die Kompetenzen anderer Systeme durch Kooperation zu nutzen – zu erhalten und der jeweils eigenen Systemlogik zu folgen.

Ein prominentes Beispiel ist die auch in diesem Band von Kathrin Graupe-Rudolph und Jessica Schönrock behandelte »Schnittstellenproblematik« zwischen Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie, die eine frühzeitige Unterstützung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil in vielen Fällen behindert. Beide Systeme erfüllen unterschiedliche und als konträr wahrgenommene, gesellschaftliche Aufträge: Während die Psychiatrie vor allem das Wohl der Patientinnen und Patienten fokussiert, steht bei der Jugendhilfe das Kindeswohl im Zentrum (WAGENBLASS 2011).

Das Schnittstellenproblem zeigt sich aber auch an den Systemgrenzen professioneller Gruppierungen, wo sich historisch gewachsene, strukturelle Benachteiligungen bestimmter Berufsgruppen in multidisziplinären gemeindepsychiatrischen Teams als Hemmschuh für die Etablierung und den Ausbau interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperationen auswirken können. So kann etwa die ärztliche Dominanz bei einem ausgeprägten Statusgefälle der Professionen hierarchische Entscheidungsstrukturen fördern und eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen und den in der Pflege oder in der Sozialen Arbeit tätigen Teammitgliedern erschweren (BAUER 2011; SCHAEFFER, EWERS 2006).

Vertrauen als Kitt gelingender Kooperationen

Angesichts dieser prinzipiellen Barrieren für gut funktionierende Kooperationen ist es umso überraschender, wenn die Zusammenarbeit über Professionen, Disziplinen, Organisationen und Gruppen hinweg ganz ohne gesetzliche Festschreibungen, administrative Vorgaben oder hierarchische Zuständigkeiten gelingt. Der Schlüssel für das Verständnis liegt in der *Bereitschaft* zur Kooperation. Diese Bereitschaft wiederum wird durch das Ausmaß an Vertrauen moderiert. Tatsächlich kommt Vertrauen in differenzierten Gesellschaften eine herausgehobene Bedeutung zu, denn die Risiken und Ungewissheiten hinsichtlich der Folgen, die sich aus der Vielzahl an möglichen Anknüpfungen ergeben, können nur durch einen Vertrauensvorschuss in bestimmte Handlungsmöglichkeiten auf ein handhabbares Maß reduziert werden. Vertrauen ist, so eine Kernaussage LUHMANNs (1983), ein zentraler Mechanismus zur Reduktion der sozialen Komplexität, die aus der »Überfülle des Möglichen« entsteht. Vertrauen kommt demnach eine wichtige Funktion für die Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg zu.

Die Organisationssoziologie hat das Potenzial des menschlichen Faktors Vertrauen als ein wichtiges Organisationsprinzip seit Langem erkannt. Eine Zusammenarbeit auf Basis von Vertrauen ist einer lediglich durch Sanktionsmaßnahmen abgesicherten Zusammenarbeit eindeutig überlegen. Im optimalen Fall kann Vertrauen die Transaktionskosten

senken und den Aufbau effektiver Netzwerke begünstigen. »Vertrauen steigert die Motivation und die Anstrengungsbereitschaft von Organisationsmitgliedern, fördert deren Arbeitszufriedenheit und erhöht die Wahrscheinlichkeit positiver Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsprozesse.« (SCHWEER 2012, S. 108)

Nachhaltiges Vertrauen muss durch ein permanentes gegenseitiges Bemühen und durch Wertschätzung getragen sein. Als vertrauensförderliche Komponenten werden eine über die Zeit entstandene Herausbildung kollektiver Strukturen über gemeinsame Erfahrungen, eine personale Konstanz sowie ehrliche Kommunikation, Informationsweitergabe, Interesse am Gegenüber und das Ernstnehmen von Problemen des anderen genannt (ebd., S. 112).

Kooperationen als »gelingender Dialog« zwischen Professionellen und Betroffenen

Der hohe Stellenwert von Kooperation in der gemeindepsychiatrischen Arbeit ist nicht auf die interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit beschränkt, sondern gilt insbesondere auch für die Beziehung zwischen Klientin, Klient und Professionellen. Angesichts der Relevanz der subjektiven Bedürfnisse, der Wünsche und Ziele der Betroffenen steht und fällt ein Hilfe- beziehungsweise Unterstützungsprozess mit dem Ausmaß der partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Betroffenen und Professionellen sowie auch der Angehörigen. Kooperation ist in diesem Zusammenhang mehr als die auf ein gemeinsames Ziel gerichtete, wechselseitige Abstimmung zwischen den beteiligten Partnerinnen und Partnern. So setzt eine vom Individuum ausgehende Hilfe- und Teilhabepflicht die grundsätzliche Bereitschaft von Professionellen voraus, auf »gleicher Augenhöhe« zu verhandeln. Dies wird nicht selten durch die trägen Ausläufer eines traditionellen Hilfesystems gebremst, das einerseits durch Institutionen- und Defizitorientierung wie auch durch ein hierarchisch strukturiertes Arzt-Patienten-Verhältnis (oder allgemeiner: Professionellen-Klienten-Verhältnis) ausgezeichnet war. (Arbeits-)Kulturen sind bekanntlich träge und hinken wirtschaftlichen oder politischen Entwicklungsprozessen meist hinterher. Veränderungen setzen sich nur allmählich durch. »Die Ab-

läufe und Möglichkeiten einer Einrichtung/Lebensgemeinschaft geben sehr vieles vor, und es stiftet Unruhe, hier ausgehend von den Wünschen zu planen, die dann scheinbar doch nicht umzusetzen sind.« (GROMANN 2010) Die Unterstützung selbstbestimmter Teilhabe verpflichtet die Professionellen hingegen dazu, in einen intensiven Dialog mit den Klientinnen und Klienten zu treten. Die Fähigkeit zum Dialog verweist dabei auf eine Fallkompetenz, die Wahrnehmungs- und Orientierungsmuster der Betroffenen zu erkennen und in einen Bezug zu deren aktuellen Bedürfnissen und Wünschen zu setzen. Häufig sind diese Muster nur vor dem biografischen Hintergrund der Betroffenen zu verstehen.

Eine gelungene Kooperation zwischen Professionellen und Betroffenen entspricht nicht nur dem – auch politisch gewollten – Wunsch nach mehr Patientenorientierung, wie dies bereits vor mehr als zehn Jahren in einem Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Drucksache 143/03) ausdrücklich betont wurde. Eine gemeinsam erarbeitete Hilfeplanung kann vor allem auch den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. PECK, GULLIVER und TOWEL (2002) berichten in einer englischen Untersuchung, dass 82 % der Betroffenen, die an der Entwicklung ihres individuellen Hilfeplanes beteiligt waren, über einen positiven Einfluss der Hilfeplanung auf ihre Lebenssituation berichteten, während dies für 12 % der nicht in die Hilfeplanung Einbezogenen zutraf. Grund genug, sich intensiv mit dem Thema Kooperation in der Gemeindepsychiatrie zu beschäftigen.

Literatur

- ADERHOLT, J. (2005): Unternehmen zwischen Netzwerk und Kooperation. In: ADERHOLT, J.; MEYER, M.; WETZEL, R. (Hg.): *Modernes Netzwerkmanagement. Anforderungen – Methoden – Anwendungsfelder*. Wiesbaden, S. 113–142.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE; SCHMIDT-ZADEL, R.; KRUCKENBERG, P. (Hg.) (2009): *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie*. Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008. Köln.

- BAUER, P. (2011): Multiprofessionelle Kooperation in Teams und Netzwerken – Anforderungen an Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 9 (4), S. 341–361.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn.
- DGPPN (Hg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin/Heidelberg.
- GROMANN, P. (2010): Individuelle und integrierte Teilhabeplanung in Hessen. Eine Unterstützung von selbstbestimmter Teilhabe und regionaler Entwicklung auch für Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Teilhabe, 49 (2), S. 76–81.
- KESSEL, F. (2011): Von der Omnipräsenz der Kooperationsforderung in der Sozialen Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 9 (4), S. 405–415.
- LANG, A. (2008): Die Verantwortung für die Sicherstellung der Gemeindepsychiatrie in der Region. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE; SCHMIDT-ZADEL, R.; KRUCKENBERG, P. (Hg.) (2009): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008. Köln, S. 27–36.
- LUHMANN, N. (1983): Legitimation durch Verfahren. Frankfurt/Main.
- NEUFFER, M. (2009): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 4., überarbeitete Auflage, Weinheim/Basel.
- PECK, E.; GULLIVER, P.; TOWEL, D. (2002): Information, consultation or control: user involvement in mental health services at the turn of the century. Journal of Mental Health, 11 (4), S. 441–451.
- PEUKERT, R. (1999): Geborgen in der Einrichtung – verloren in der Gemeinde? In: Psychosoziale Umschau, 14 (2), S. 34–35.
- ROEHL, H.; ROLLWAGEN, I. (2005): Organisationale Gestaltung als Gestaltung von Kooperation. In: ADERHOLT, J.; MEYER, M.; WETZEL, R. (Hg.): Modernes Netzwerkmanagement. Anforderungen – Methoden – Anwendungsfelder. Wiesbaden, S. 165–184.
- SCHAEFFER, D.; EWERS, M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. In: Pflege & Gesellschaft, 11 (3), S. 197–209.
- SCHWEER, M. (2012): Vertrauen als Organisationsprinzip in interorganisationalen Kooperationen. In: SCHILCHER, C.; WILL-

ZOCHOLL, M.; ZIEGLER, M. (Hg.): Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt. Wiesbaden, S. 103 – 121.

WAGENBLASS, S. (2011): Kinder psychisch kranker Eltern. Zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Psychiatrie – Entwicklungen aus der Praxis. In: Die Kinderschutz-Zentren (Hg.): Das ist doch nicht normal – alle anders, alle gleich. Verantwortung gegen Ausgrenzung! Köln, S. 273 – 283.

Einführung in die Beiträge des Sammelbandes

Silvia Krumm und Petra Gromann

Vor dem Hintergrund einer ausdifferenzierten – fragmentierten – psychiatrischen Versorgungslandschaft führt kein Weg an Koordination als *dem* Schlüsselbegriff für die Umsetzung personenbezogener, teilhabeorientierter und nicht zuletzt effizienter Angebote vorbei. Die Notwendigkeit von Kooperation in der Gemeindepsychiatrie wird seit Langem erkannt und ist vielfach beschrieben worden. Wir wollen mit diesem Band diesen Forderungen Nachdruck verleihen, indem wir sowohl einen Einblick in die Vielgestaltigkeit von Kooperationen wie auch in die Stärken und Schwächen, Ressourcen und Barrieren *wirklicher* Kooperationen im Kontext der Gemeindepsychiatrie geben, um daraus – hoffentlich – neue Impulse für die Realisierung des berechtigten Anspruchs auf Kooperationen zu setzen. Die Beiträge des vorliegenden, vierten Bands der Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie nähern sich dem Thema der Kooperationen in der Gemeindepsychiatrie aus unterschiedlichen Perspektiven an.

Im ersten Beitrag beschäftigen sich Kathrin Graupe-Rudolph und Jessica Schönrock mit den Kooperationsstrukturen an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe einerseits und erwachsenenpsychiatrischem Versorgungssystem andererseits. Mit ihrer triangulierenden Studie ergänzen sie die gute Befundlage hinsichtlich der defizitären Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie vor allem um die wichtige Perspektive der betroffenen Kinder und anderer Angehöriger. René Manthey hat im zweiten Beitrag die Situation von Jugendlichen an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen beziehungsweise Bedrohung einer seelischen Behinderung nach dem § 35 a des Kinder-Jugendhilferechts untersucht. Mithilfe einer »statistischen Zwillingstudie« im Kontext eines Jugendhilfeverbands wurde deutlich, dass die Zuweisung zu ei-

ner »Versorgungsgruppe« ohne erkennbare personenbezogene Gründe erfolgt und somit als Ergebnis von gelingender oder misslingender Kooperation zu werten ist.

Sabine Sperber geht im dritten Beitrag der Frage nach, wie Kooperation in Hilfeplankonferenzen »funktioniert«. Sie hat dazu die nicht immer konfliktfreie Kooperation zwischen klinischen Mitarbeitenden und Mitarbeitenden der Gemeindepsychiatrie in diesem Gremium mit qualitativen Experteninterviews untersucht. Im Mittelpunkt steht hier die Perspektive der Klinikmitarbeitenden. Wie kommt es aus ihrer Sicht zum Misslingen und Gelingen von Kooperation (ergänzt durch Sichtweisen der anderen Teilnehmenden der Hilfeplankonferenz)?

Judith Ommert und Lisa Reitz beschreiben im vierten Beitrag die subjektiven Sichtweisen von psychiatriee erfahrenen Menschen auf eine Hilfeplankonferenz und leiten aus den Ergebnissen einige interessante Empfehlungen für eine verbesserte Gestaltung dieses zentralen Instruments der koordinierten Hilfeplanung ab.

Ausgehend von subjektiven Erfahrungsberichten einer konfliktbehafteten Zusammenarbeit von Mitarbeitenden gemeindepsychiatrischer Einrichtungen einerseits und gesetzlichen Betreuungspersonen andererseits widmen sich Klaus Budinger, Britta Hinz, Momo Sabel und Ariane Sylupp der Frage, wie Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden pädagogischer Settings und den gesetzlichen Betreuungspersonen verbessert werden kann. Anhand von vier qualitativen Interviews mit pädagogischen und medizinischen Mitarbeitenden ambulanter und stationärer Angebote für psychisch erkrankte Menschen zeigen sie sowohl einige Merkmale für eine gute Zusammenarbeit sowie konfliktträchtige Bereiche auf.

Die beiden folgenden Beiträge sind eher konzeptionell ausgerichtet: Klaus-D. Liedke beschreibt umfassend Hintergründe der Entwicklung sozialpsychiatrischer Konzepte von Integrierter Versorgung und beschreibt Kooperationsanforderungen – auch am Beispiel des Unternehmensverbundes VERSA Rhein-Main, einem Träger integrierter psychiatrischer Versorgung.

Der letzte Beitrag von Petra Gromann zeigt auf, welche Forschungsfragen sich stellen, wenn im Kontext der neuen Diskussionen in der Eingliederungshilfe Kooperation und Steuerung in der Region wirkungsorientierter umgesetzt werden soll.

Alle Beiträge sind – wie auch in den vorherigen Bänden der Schriftenreihe – im Kontext des berufsbegleitenden Blended-Learning-Studienganges MA Soziale Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie des Fachbereichs Sozialwesen der Hochschule Fulda entstanden.

Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – am Beispiel von Müttern in seelischen Krisen

Kathrin Graupe-Rudolph und Jessica Schönrock

Psychische Erkrankungen von Müttern stellen eine massive Belastung dar und bringen komplexe Hilfebedarfe für das gesamte Familiensystem mit sich. Insbesondere in seelischen Krisensituationen bedürfen Mütter und mitbetroffene Angehörige besonderer Fürsorge und Zuwendung durch das sie umgebende soziale Umfeld. Neben zügig und niedrigschwellig ansetzender Unterstützung sind die Verfügbarkeit bedarfsgerechter Hilfen sowie verlässliche Kooperationsstrukturen im Netzwerk grundlegende Voraussetzungen zur Entlastung und Stabilisierung des betroffenen Familiensystems.

Funktionale Unterstützungsstrukturen und gelingende Kooperation stellen dabei ein wesentliches Kriterium personenzentrierter Hilfen dar, vor allem an Schnittstellen von Leistungsbereichen mit differierenden gesetzlichen Grundlagen und Handlungsaufträgen wie denen der Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie. Vorhandene Netzwerke gilt es demzufolge strukturell auszubauen und miteinander zu verzahnen sowie die Zusammenarbeit interner und externer Strukturen bedarfsorientiert nachhaltig zu optimieren.

Erkenntnisinteresse und Einordnung in den aktuellen Forschungsstand

Die vorliegende Studie hat dahin gehend zum Ziel, wesentliche Kooperationsanforderungen und Kriterien gelingender Zusammenarbeit aus der Beteiligtenperspektive zu erheben, um im Ergebnis defizitäre

Aspekte aufzeigen sowie eine Qualitätssteigerung vorhandener Unterstützungsstrukturen im Sinne der Betroffenen erreichen zu können. Das Erkenntnisinteresse an der Forschungsfrage resultiert dabei aus ambivalenten praktischen Kooperationserfahrungen im Rahmen sozialpädagogischer Begleitung psychisch kranker Mütter, insbesondere innerhalb der benannten Schnittstellenproblematik. Zentraler Untersuchungsgegenstand ist dementsprechend neben den organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit das subjektive Erleben der Kooperation aus Sicht der beteiligten Netzwerkpartner. Dies erfordert grundsätzlich eine ganzheitliche Sichtweise auf die Thematik, sodass die Studie multiperspektivisch angelegt und an verschiedenen Standorten durchgeführt wurde. Neben der Perspektive der betroffenen Mütter, die der Angehörigen und Kinder, wurden gleichzeitig professionelle Netzwerkpartner hinsichtlich ihres individuellen Erlebens der Zusammenarbeit in den relevanten Arbeitsbereichen in zwei unterschiedlichen Bundesländern befragt.

Insbesondere die qualitative Sozialforschung zielt in ihrem Verständnis auf die Erfassung der Komplexität beziehungsweise Sinndeutung bestimmter Situationen aus Beteiligtenperspektive durch Beschreibung und Rekonstruktion und führt somit zu erkenntnistheoretischen Ansätzen des interpretativen Paradigmas. Diesem zuzuordnen sind konstruktivistische erkenntnistheoretische Positionen (vgl. FLICK 2009, S. 51). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde der Zugang des sozialen Konstruktivismus zur Erkenntnisgewinnung gewählt. Dieser geht unter anderem davon aus, dass zu untersuchende Wirklichkeiten soziale Herstellungsleistungen von Handelnden beziehungsweise Interaktionen darstellen. Wissen wird dabei selektiert und im Rahmen von Austauschprozessen strukturiert konstruiert (vgl. ebd., S. 53). Vor diesem erkenntnistheoretischen Hintergrund ist im Kontext der Forschungsfrage das Erleben von Kooperation aus Beteiligtenperspektive zwischen den relevanten Bereichen Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie zu erheben.

Aktuelle Studien zu Forschungsthemen psychisch kranker Eltern und betroffener Kinder fokussieren zum einen – vorwiegend aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – die Erfassung der Situation der Kinder sowie deren Risiken und Bewältigungsmöglichkeiten. Ein weiterer Schwerpunkt ist zum anderen der Blick auf die Situation der Eltern und deren Rechte aus juristischer Sicht (vgl. SCHONE, WAGENBLASS 2010,

S. 21 ff.) Hinzu kommen sozialpädagogische Forschungen in jüngster Zeit, die sich mit komplexen Problemlagen bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil auseinandersetzen. Diese reichen von der Erhebung statistischer Daten, der Herausarbeitung der familiären Problemlage bis hin zu Überlegungen adäquater Unterstützungsmöglichkeiten. Wenig erforscht sind genannte Themen aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie.

Auch in der Unterstützung von Kindern psychisch kranker Mütter und ihrer Familien zeigt sich, dass es trotz vielfältiger Fachdiskussionen zum Themenkomplex und der Entwicklung von Hilfen nach wie vor Defizite in der Versorgung der betroffenen Familien gibt.

Albert LENZ (2012) begründet diese vor allem mit der nicht ausreichenden und funktionierenden Kooperation zwischen den beteiligten Hilfesystemen (vgl. ebd., S. 124). Die Aufgabe der Entwicklung interinstitutioneller Kooperationsbeziehungen wird aus fachlicher Sicht aktuell als äußerst komplex und anspruchsvoll bewertet (vgl. SCHMUTZ, SECKINGER 2009, S. 23).

Gezielt mit dem Thema Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie beschäftigt sich das Institut für soziale Arbeit e. V. in Münster in Kooperation mit der Fachhochschule in dem durchgeführten Praxisforschungs- und Entwicklungsprojekt »Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie – Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und Anforderungen an sozialpädagogisches Handeln« (SCHONE, WAGENBLASS 2010). Hierunter haben Interviews mit Fachkräften der beiden Fachbereiche stattgefunden, die zeigen, dass das Rollenverständnis und die Erwartungen an die betroffenen Mütter jeweils divergieren. Gleichzeitig kommt das Fehlen einer gemeinsamen »Sprache« hinzu (vgl. ebd., S. 116 ff.). Der Psychiatrie mangelt es im Ergebnis der Erhebung an Wissen um die Situation der Kinder sowie die Handlungsweisen der Jugendhilfe. Der Jugendhilfe fehlen Kenntnisse zu psychischen Erkrankungen und den damit verbundenen medizinischen Verfahrensweisen (vgl. ebd., S. 209). Die Schwierigkeiten in der Kooperation sind sowohl institutionell als auch professionell begründbar. Eine der Ursachen liegt demnach in den verschiedenen institutionellen Systemlogiken innerhalb der Leistungsbereiche der Jugendhilfe und Psychiatrie (vgl. ebd., S. 144 ff.). Reinhold SCHONE und Sabine WAGENBLASS (2010) arbeiten in ihrer Studie vielfältige Missstände in der Kooperation der beiden Systeme heraus. Eine für

diese Forschung wichtige Erkenntnis liegt in der zu spät zustande kommenden Kooperation zwischen Jugendhilfe und der Psychiatrie, nämlich erst in der Krise der Betroffenen. Durch die späte Einschaltung der Jugendhilfe, deren Fokus auf das Kindeswohl gerichtet ist, ergibt sich häufig lediglich nur noch die Frage, ob das Kind aus der Familie genommen werden muss. Diese Sichtweise erschwert es auch für die psychiatrischen Fachkräfte, in weiteren Fällen unvoreingenommen zu intervenieren und das Jugendamt rechtzeitig zu involvieren (vgl. ebd., S. 211).

Auch Eva BROCKMANN und Albert LENZ (2010) nehmen in einer qualitativen Studie die funktionale Kooperation der Hilfesysteme der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe in den Fokus. Untersucht werden die Voraussetzungen sowohl auf der inter- und intrainstitutionellen als auch auf der fall- sowie fallübergreifenden Kooperationsebene. Im Ergebnis wird festgestellt, dass für gelingende Kooperation der beiden Handlungssysteme neben der Bereitstellung einer festen Ansprechperson Kenntnisse über die Handlungslogiken des jeweils anderen Systems, die Einrichtung gemeinsamer Unterstützungsangebote wie gemeinsame Sprechstunden, die Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen und gemeinsame Gespräche mit allen Beteiligten hilfreich sein können (vgl. ebd., S. 692 ff.). Als größtes Hindernis im Rahmen funktionierender Kooperation werden fehlende zeitliche und personelle Ressourcen festgehalten (vgl. ebd., S. 695).

Aufbauend auf diese Ergebnisse leiten BROCKMANN und LENZ (2010) förderliche Strukturen zur Entwicklung funktionaler Kooperation und Beziehungsgestaltung zwischen den beteiligten Systemen ab. Wesentlich ist dabei, dass nicht nur die Förderung der interinstitutionellen Ebene durch Arbeitsgruppen, sondern auch die intrainstitutionelle Ebene mit einem Fokus auf die Einbeziehung der Angehörigen samt der Kinder sowie das Bereitstellen von Expertinnen und Experten in den Einrichtungen vorschlagen werden (vgl. ebd., S. 697 f.).

Ein weiteres aktuelles Forschungsprojekt, welches sich unter anderem dem Bereich der Kooperation von Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie widmet, stellt das Landesmodellprojekt »Kinder psychisch kranker Eltern« dar, durchgeführt vom Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. Im Ergebnis wird Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie als unumgänglich für die Ebene der Fallarbeit, die Ebenen der Bedarfsanalyse sowie die der Weiterentwicklung

des Hilfesystems gesehen (vgl. SCHMUTZ 2010, S. 46). Die Verfasserin benennt zudem wesentliche Instrumente für die Weiterentwicklung von Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Darunter die Ideen gemeinsamer Fachtage, Fortbildungen und Workshops, überinstitutioneller Fallberatungen sowie das Zusammenwirken von Jugend- und Eingliederungshilfe (vgl. ebd.). Gemeinsam ist aktuell vorliegenden themenrelevanten Forschungen, dass diese die Bedeutung gelingender Kooperation der beiden beteiligten Leistungsbereiche Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie zur optimalen Unterstützung der betroffenen Familien deutlich herausstellen.

Methodische, datenschutzrechtliche und ethische Vorbetrachtungen

Die Erhebung der Daten zur Erkenntnisgewinnung subjektiv erlebter Kooperation beteiligter Netzwerkpartner im Krisenfall psychisch kranker Mütter erfolgte durch rekonstruktive Auswertung 16 leitfadengestützter Interviews im Rahmen einer qualitativen Fallstudie. Befragt wurden psychisch kranke Mütter nach erlebter Krisensituation, mitbetroffene Angehörige und Kinder sowie begleitende professionelle Netzwerkpartner. Zur Stichprobenziehung wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt:

- psychisch kranke Mütter mit Kindern und ihren Angehörigen,
- zurückliegende oder aktuelle psychische Krise der Mütter und erfolgte oder aktuelle Krankenhausbehandlung beziehungsweise ambulante Krisenintervention,
- Einbindung in eine begleitende Hilfe (Sozialpsychiatrie und/oder Jugendhilfe).

Im Rahmen der Stichprobenziehung spiegelte sich eine gewünschte Heterogenität der Fälle, vor allem in der Altersstruktur, den verschiedenen Diagnosen, den unterschiedlichen Wohnformen, den Kriseninterventionen, den Betreuungsformen der Kinder, den Krisenverläufen und den familiären sowie den professionellen Unterstützungssettings, wider.

Die Studie wurde multizentrisch ausgelegt und an zwei Standorten in Deutschland durchgeführt (Dortmund, Nordrhein-Westfalen sowie

im Wartburg-Kreis und im Kreis Gotha, Thüringen). Die multizentrische Ausrichtung der Studie bezieht sich neben den unterschiedlichen Standorten vor allem auf die perspektivenübergreifende Betrachtung jedes Falles.

Die Interviews wurden mit Einverständniserklärung der Untersuchungsteilnehmenden aufgezeichnet und transkribiert. Im Schnitt dauerte ein Interview ca. sechzig Minuten, die Befragungen der Kinder wurden altersentsprechend gekürzt. Ein Interview erfolgte wunschgemäß als Paarinterview, da die beteiligten Eltern einer Betroffenen grundsätzlich gemeinsam im Netzwerk agieren und kooperieren.

Die Systematisierung und Differenzierung der gewonnenen Daten erfolgte nach Kategorisierung im Rahmen der deduktiv-reduktiven Themenanalyse.

Im Vorfeld der Befragung erhielten alle Studienteilnehmenden umfassende verfahrenstechnische und datenschutzrechtliche Informationen. Aufgrund des angestrebten sensiblen Umgangs mit den Diagnosen der Mütter fanden vor der Erhebung zum Teil umfangreiche Telefonate und Kennenlerntermine mit den Betroffenen und zuständigen professionellen Mitarbeitenden statt. Priorität innerhalb der Studie hatten stets der Respekt gegenüber den Probandinnen und Probanden sowie deren Freiwilligkeit der Teilnahme. Bei der Auswahl der Kinder wurden jeweils Alter sowie die sprachliche und psychische Entwicklung berücksichtigt. Die Interviews der Kinder erforderten neben ihrer eigenen Einwilligung auch die schriftliche Einwilligung ihrer Mütter.

Forschungsethische Probleme und der Umgang mit Wissenskonflikten wie das Erfahren von Kindeswohlgefährdung oder Suizidalität wurden im Voraus diskutiert und entsprechende Vorgehensweisen bei Kenntnisnahme abgestimmt.

Ergebnisse der Studie

Ausgehend von einer tabellarischen Übersicht der soziodemografischen Daten aller Studienteilnehmenden werden nachstehend die Untersuchungsergebnisse nach entsprechenden Befragungsgruppen kategorisiert dargestellt. Bezug genommen wird dabei jeweils auf die organisatorische und strukturelle Gestaltung der Zusammenarbeit so-

wie auf relevante Kriterien des subjektiven Erlebens der untersuchten Kooperationsstrukturen.

TABELLE 1 Übersicht der soziodemografischen Daten der Studienteilnehmenden (vgl. Graupe-Rudolph, Schönrock 2013)					
Fall/Interview	Studienteilnehmende	Alter	Geschlecht	Anzahl der Kinder gesamt/ im Haushalt	Berufstätigkeit/ Ausbildung
I/a	Mutter	48	weiblich	5/(2)	Arbeitsmaßnahme
I/b	Angehöriger/ Lebenspartner	58	männlich		Berentet wegen Erwerbsminderung
I/c	Kind	11	weiblich		Schülerin
I/d	Professionelle Helferin	40	weiblich		Psychologin
II/a	Mutter	33	weiblich	1/(1)	Arzthelferin/ arbeitslos
II/b	Kind	13	männlich		Schüler
III/a	Mutter	27	weiblich	1/(1)	WfbM
III/b	Angehörige/Eltern	54 (Mutter) 50 (Vater)	weiblich männlich		Altenbetreuerin / arbeitslos Feuerwehrmann / arbeitslos
III/c	Professionelle Helferin	33	weiblich		Diplom- Sozialpädagogin (FH) rechtliche Betreuerin
IV/a	Mutter	27	weiblich	3/(1)	Berentet wegen Erwerbsminderung
IV/b	Angehöriger/ Lebenspartner	37	männlich		Anwendungs- programmierer
IV/c	Professionelle Helferin	37	weiblich		Erzieherin / Familien- therapeutin (ABW)
V/a	Mutter	40	weiblich	(2)	Hauswirtschafterin / aktuell in Tagesstätte
V/b	Kind	17	weiblich		Schülerin
V/c	Professionelle Helferin	37	weiblich		Diplom Sozialarbeiterin (SPFH)
VI/a	Mutter	32	weiblich	5/(3), schwanger	Keine Angabe

Die Perspektive der psychisch kranken Mütter

Alle an der Studie teilnehmenden Mütter wurden zunächst bezüglich ihrer subjektiven Einschätzung zur organisatorischen Gestaltung vorhandener Kooperationsstrukturen in Krisensituationen befragt. Zur Kontaktaufnahme in der akuten Krise kann zusammengefasst werden, dass in der Regel professionelle Unterstützungsangebote zügig beziehungsweise zeitnah einsetzen, in den meisten Fällen jedoch Eigeninitiative bei erheblichem Leidensdruck der betroffenen Mütter ausschlaggebend ist. Dabei wurde von den Befragten angegeben, dass gelegentlich im Rahmen der begleitenden Hilfen von professionellen Netzwerkpartnern Kenntnis von der Krisensituation genommen wird und entsprechende Vermittlung in psychiatrische Hilfen erfolgt. Erste Kontaktpersonen finden sich demzufolge nach den Angaben der Mütter im Setting der psychiatrischen Akutbehandlung. Neben Behandlerinnen und Therapeuten stellen in erster Linie Sozialdienste der Aufnahmekliniken erste Ansprechpersonen dar. Alle befragten Mütter verfügen über familiäre beziehungsweise partnerschaftliche Kontakte, die als wesentliche Vertrauens- beziehungsweise feste Kontaktpersonen in der akuten Krise hervorgehoben werden und im Rahmen der Begleitung und Versorgung in der Krisensituation integriert jedoch von professioneller Seite kaum einbezogen sind.

Auf struktureller Ebene kann festgestellt werden, dass Müttern adäquate Hilfen bekannt sowie Netzwerkpartner verfügbar sind. Die Palette der Formen üblicher Zusammenarbeit reicht unter anderem von Hilfeplangesprächen, rekonstruktiven Fallbesprechungen mit den beteiligten Helfenden und Diensten aus den Bereichen der Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie, regelmäßiger Begleitung bis zur Vermittlung in weiterführende Angebote. Allerdings wird dabei von den meisten Befragten betont, dass die Umsetzung und Gestaltung der Zusammenarbeit in der Regel abhängig von Einrichtungen, Diensten und Personen sowie deren Einstellung und Haltung bezüglich Qualität und Quantität erfolgt. Dies zeigt sich beispielsweise in der Zuverlässigkeit und Einhaltung von Absprachen, in Erreichbarkeiten und der Gestaltung von Informationswegen. Insgesamt wird zudem reflektiert, dass in akuten Krisensituationen wenig bis keine beziehungsweise unklare Absprachen zwischen den Beteiligten erfolgen und Informationen im Rahmen der Zusammenarbeit meist eigeninitiativ eingefordert wer-

den. Bemerkenswert ist, dass für Bedarfs- und Krisenfälle seitens der professionellen Helfenden in der Regel gemeinsam mit den betroffenen Müttern Krisenpläne erarbeitet und klare telefonische Kontaktangebote unterbreitet wurden.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle allerdings auch darauf, dass bestehende Krankheitseinsicht sowie aktive Mitwirkung der Mütter Informationsaustausch, Absprachen und Verfahrensweisen erheblich erleichtern und das Kooperationsgeschehen demzufolge positiv beeinflussen. Damit lässt sich gegebenenfalls begründen, dass Absprachen und Informationen in der Nachsorgephase nach Angaben der Mütter deutlich besser funktionieren als in der Akutphase der Erkrankung.

Die im Rahmen der gesamten Begleitung erforderliche Einhaltung der Datenschutzrichtlinien zum Schutz der Persönlichkeitsrechte der Studienteilnehmenden wird uneingeschränkt positiv gewertet und scheint somit keinerlei Einschränkungen in der erlebbaren Zusammenarbeit nach sich zu ziehen. Auch hier ist auf die Einstellung der Mutter zur Hilfe beziehungsweise auf Krankheits- und Behandlungseinsicht und gegebenenfalls daraus resultierende Schweigepflichtsbindungen hinzuweisen.

Zum subjektiven Erleben der Partizipation im Rahmen der Kooperationsbeziehungen geben die Mütter ambivalente Erfahrungen von mangelhaft bis optimal an, ebenso zu Mit- und Selbstbestimmung am Hilfeprozess. Eine Mutter berichtet innerhalb der Netzwerkstrukturen vom Gefühl »übergangen zu werden beziehungsweise gegenläufig zu arbeiten«. In fast allen Fällen lässt sich herausstellen, dass die Zusammenarbeit mit behördlichen Instanzen der Jugendhilfe als angst- und kontrollbesetzt erlebt wird und demzufolge eher aus Gründen der Furcht vor Sanktionierung zusammengearbeitet wird. Mütter benennen dabei vordergründig die Angst vor Kindesentzug und Fremdunterbringung der Kinder. Gleichzeitig beklagen die Befragten fehlende Bedarfserhebung in den Akutphasen der Erkrankungen, wobei auch hier der Bereich der behördlichen Jugendhilfe als defizitär beschrieben wird.

Im Gegensatz dazu erleben Mütter in der psychiatrischen Versorgung die verfügbaren Hilfen und die Zusammenarbeit als personenzentriert, was möglicherweise auf das Vorhandensein psychiatrischen Fachwissens sowie damit einhergehenden professionellen Einstellungen zu Betroffenen und Hilfen zurückzuführen ist. Die überwiegende Mehr-

zahl der Studienteilnehmerinnen gibt an, eher Personenzentrierung zu erfahren, wenn Bedarfe selbstständig angezeigt und entsprechende Unterstützung eingefordert werden. Allerdings wird dabei angemerkt, dass Bedarfserhebungen als »von Professionellen vorgegeben« erlebt werden, da die betroffenen Frauen über wenig Erfahrungswerte zur Wirksamkeit von Hilfen verfügen. Dahin gehend werden in der Zusammenarbeit fehlende Rückinformationen, Feedbacks und mangelnde Reflexion positiver Entwicklungstendenzen durch die Mütter seitens der Helfenden beklagt. Gleiches gilt für die ungenügende Einbeziehung der Interessen und Wünsche der Befragten innerhalb der Hilfeplanung und -umsetzung. Insgesamt zeigt sich im subjektiven Erleben der Kooperationsbeziehungen aus Mütterperspektive, dass insbesondere ethisch-moralische Kriterien der Beziehungsgestaltung bemängelt werden. Dazu zählen neben mangelndem Respekt und entsprechender Wertschätzung der Teilnehmenden fehlendes Vertrauen und Ehrlichkeit bis hin zu Stigmatisierungserfahrungen und Vorurteilen durch professionelle Helfende. Anders als erwartet reflektierten die meisten betroffenen Mütter trotz dieser Erfahrungen in Krisensituationen Offenheit gegenüber Helfenden und Hilfen. Die persönlichen Einstellungen diesbezüglich reichen von »Hilfe suchend« und »dankbar annehmend« bis »aufgeschlossen für Hilfe nur im Notfall« und »eigeninitiativ fordernd«, wobei bei allen befragten Müttern das Wissen um ihre Probleme bei der Ausübung der Elternrolle gut reflektiert vorhanden ist.

Konkret benennen können psychisch kranke Mütter Kriterien optimaler Kooperation im Rahmen der Krisenversorgung. Oberste Priorität haben aus Betroffenenicht Aspekte vertrauens- und respektvoller Beziehungsarbeit. Unter anderem werden dahin gehend benannt: Offenheit, Ehrlichkeit, Verständnis und Trost. Außerdem eine empathische Haltung der Professionellen, die Einhaltung von Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechten sowie die Umsetzung partizipativer Unterstützungsstrukturen und fester Bezugspersonen.

Umgekehrt wird ausgeführt, dass wechselnde Ansprechpersonen, unklare Zuständigkeiten, Machtgefälle und Hierarchien sowie fehlende Transparenz Kooperationsbeziehungen hindern beziehungsweise Distanzierung auslösen.

Die Perspektive der Angehörigen

In Auswertung der Interviews wird deutlich, dass die Kooperation aus der Angehörigenperspektive zunächst bezüglich der organisatorischen Gestaltung der Zusammenarbeit als nicht zufriedenstellend bewertet wird. Geht die erste Kontaktaufnahme in der Krise noch vom professionellen Umfeld aus, existieren im Rahmen der weiteren Hilfen und Interventionen für die Angehörigen keine festen Ansprech- oder Vertrauenspersonen. Ein Elternpaar berichtet, dass eigeninitiativ und aktiv adäquate Ansprechpersonen gesucht werden müssen und beklagt dies als deutliches Defizit im Rahmen der Zusammenarbeit.

Auf der Ebene der strukturellen Gestaltung der Kooperation wird sichtbar, dass alle Befragten zahlreiche Formen der Zusammenarbeit der betroffenen Mutter mit dem professionellen Netzwerk benennen können, Angehörige dabei aber weitestgehend als Beteiligte unberücksichtigt bleiben. Nur das befragte Elternpaar berichtet von sporadischem Einbeziehen in gemeinsame fachliche Gespräche. Auch Informationswege von Professionellen zu Angehörigen gestalten sich eher knapp. Es wird lediglich nachgefragt, ob die Versorgung der Kinder in der Familie sichergestellt werden kann. Weiterer Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen und den Angehörigen findet kaum statt. Die Gründe für die benannten Schwierigkeiten liegen offensichtlich nicht in den Auswirkungen von Datenschutz- und Schweigepflichtregelungen. Diese werden von den Angehörigen in der Regel nicht als Barriere erlebt. Als hinderlich reflektierte die datenschutzrechtlichen Grundsätze nur ein Befragter, der allerdings mit der betroffenen Mutter weder verheiratet war noch mit ihr zusammenlebte.

Die Auswertung der Daten zeigte weiterhin, dass sich Angehörige durch begleitende Hilfen wie ambulant Betreutes Wohnen, sozialpädagogische Familienhilfe oder eine gesetzliche Betreuung merklich entlastet fühlen. Bei der Befragung nach dem subjektiven Erleben der Kooperation kristallisiert sich allerdings gleichzeitig heraus, dass eine Einbeziehung in die installierten Hilfen hauptsächlich über ihre Eigenaktivität funktioniert. Angehörige werden selten durch professionelle Netzwerkpartner selbstverständlich in die Unterstützung und die Hilfeplanung integriert.

Erwartet wird von Professionellenseite dagegen aktive Mitarbeit bei installierten Hilfen beziehungsweise müssen sich Angehörige selbst

Gehör verschaffen: »Wahrgenommen? Ich mein, wenn ich angerufen hab [...] wenn ich angerufen hab, ist mir auch geholfen worden [...].« (GRAUPE-RUDOLPH, SCHÖNROCK 2013, Interview IIIb) Unterstützungsformen seitens der professionellen Helfenden werden demzufolge vordergründig nach Kontaktaufnahme der Angehörigen bereitgestellt. Zumindest gaben dabei alle Befragten an, das Gefühl zu erleben, ihnen und ihrer Situation wird Respekt und Wertschätzung entgegengebracht.

Die persönliche Einstellung der Angehörigen bezüglich der Zusammenarbeit mit professionellen Netzwerkpartnern divergiert von »annehmend zur eigenen Entlastung« bis »ganz oder teilweise ablehnend«. In diesem Fall hat die Selbsthilfe innerhalb des betroffenen Familiensystems so lange wie möglich Vorrang. Müssen zu gegebener Zeit Hilfen eingeschaltet werden, wird durch die Angehörigen großer Wert auf Partizipation gelegt.

Als wünschenswerte Qualitätskriterien für eine gelingende Kooperation im Krisenfall der betroffenen Mütter führen die Angehörigen Offenheit im Hinblick auf Informationen und Rückmeldungen sowie Partizipation in der Krisensituation an und stellen dabei die Wichtigkeit der Angehörigenperspektive in Gesprächen heraus. Darüber hinaus betonen alle Befragten die Notwendigkeit einer engen Kooperation zwischen allen Beteiligten, vor allem aber des verzahnten Zusammenarbeitens von Jugendamt und der Psychiatrie. Dies stellt aus Angehörigensicht eine Grundvoraussetzung dar, um ein bedarfs- und zielorientiertes Arbeiten im Sinne der Beteiligten in die gleiche Richtung zu ermöglichen.

Als hilfreich zur Förderung von gelingender Kooperation zwischen den Systemen scheint dahin gehend eine feste Ansprechperson für die Angehörigen zu sein, z.B. in Form eines gesetzlichen Betreuers. Bemängelt werden in diesem Sinne auch fehlende Entlastungsgespräche sowie mangelnde Informationen zu Erholungsmöglichkeiten, Aufklärungs-, Psychoedukations- und Selbsthilfegruppen.

Bei allen Befragten zeigt sich eine große Verstrickung in die gesamte Erkrankungssituation, sodass ein Bild von Überforderung bis Hilf- und Hoffnungslosigkeit entsteht. Kooperation kann aus der Sicht der Angehörigen dann entlastend wirken, wenn sie ausgehend vom Helfersystem funktioniert, ohne dass die Familienangehörigen eigeninitiativ tätig werden müssen.

Die Perspektive der Kinder

Grundsätzlich ist das Erleben der Kooperation aus Perspektive der Kinder abhängig von der Altersstruktur und Art der Unterstützung in der Krisensituation. Die befragten Kinder favorisieren übereinstimmend die Unterstützung und Hilfe durch nahe Angehörige in der Krise ihrer Mütter vor der Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Feste Ansprechpersonen finden sie demzufolge eher in ihrer Familie. Wenn professionelle Hilfen erforderlich sind und installiert werden, erleben mitbetroffene Kinder Ablenkung durch Unternehmungen sowie, dass die konkrete Unterstützung im Alltag durch Fachkräfte entlastend beziehungsweise wirksam ist.

Als interessantes Ergebnis lässt sich herausstellen, dass Kinder eine Herausnahme aus der Familie im Krisenfall zunächst sehr angstbesetzt beschreiben. In der Rekonstruktion des gesamten Erkrankungsverlaufes reflektieren sie die Fremdunterbringung jedoch als geeignete und hilfreiche Maßnahme für sich und die betroffenen Mütter in der akuten Krisensituation.

Kooperation mit und unter den Helfenden wird für die Kinder bei der Rückführung ins Elternhaus und der Vorbereitung dieser nach der Stabilisierung der Mutter entscheidend. Sie trägt hinlänglich zum Gelingen der Familienzusammenführung bei, z.B. wenn sie durch eine sozialpädagogische Familienhilfe oder durch die Pädagoginnen und Pädagogen der Wohngruppe nachsorgend und regelmäßig begleitet wird und damit eine zuverlässige Ansprechperson verfügbar ist.

Die Perspektive der beteiligten Fachkräfte

Alle befragten professionellen Helfenden beziehungsweise begleitenden Dienste geben an, die organisatorische Gestaltung der Zusammenarbeit in Krisensituationen betroffener Mütter zunächst grundsätzlich zufriedenstellend zu erleben. Durch einen engen Kontakt zu den Betroffenen werden auftretende Krisen zügig wahrgenommen, sodass kurzfristige Unterstützung umgesetzt werden kann. Eine Befragte verweist aufgrund der begrenzten Kontakthäufigkeit in ihrer Rolle als gesetzliche Betreuerin darauf, dass die Informationen zu Krisensituationen häufig von den die Familie regelmäßig begleitenden Helfenden ausgehen, Rückkopplung untereinander dann aber zügig umgesetzt wird.

Das Erleben der Professionellen zu der strukturellen Gestaltung der Kooperation ist abhängig vom Arbeitsbereich und dem damit verbundenen Arbeitsauftrag. Zusammenarbeit scheint grundsätzlich im Rahmen aufsuchender Hilfen zuverlässiger zu gelingen. Aufgrund der Komm-Struktur einiger Angebote, wie bei der befragten Mitarbeiterin eines Arbeitsprojekts, kann sich für diese in der Kooperation eine isolierte Stellung ergeben, obwohl sie eng mit der Mutter in der Krise zusammenarbeitet. Aufgrund der örtlichen Begrenztheit auf das Projekt schildert die Befragte eingeschränkte Möglichkeiten, Angehörige in die Arbeit integrieren zu können. Gleichzeitig wird angegeben, dass aus besagter Stellung im Arbeitsprojekt insgesamt ein erschwerter Zugang zu Wissen um Verantwortlichkeiten und die Gegebenheiten der Versorgungsstruktur resultiert.

Konkrete Rückmeldung zu Fällen und Fachaustausch sowie entsprechende Weiterbildung müssen vordergründig eigeninitiativ erfolgen. Beklagt werden auch nur von dieser professionellen Mitarbeiterin Hindernisse aufgrund der Schweigepflicht im Rahmen des Kooperationsprozesses. Alle anderen Befragten praktizieren regelmäßige Treffen und Rücksprachen zwecks Einzelfallabstimmung auf den verfügbaren Kommunikationswegen. Durch vorhandene Schweigepflichtsentbindungen oder die Legitimation als gesetzliche Betreuerin wird uneingeschränkt funktionierender Auskunft- und Informationsfluss reflektiert.

Auch die Versorgungsstruktur ist allen Befragten hinlänglich bekannt. Beispielsweise nutzen die Fachkräfte der aufsuchenden Hilfen in Dortmund spezielle Angebote für Mütter und deren Familien zum Fachaustausch, was unter anderem durch das vorhandene Netzwerk »Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern – Dortmund« (KAP-DO) gefördert wird.

Trotzdem muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass im Ergebnis der Befragung gemeinsame Hilfeplanung lediglich in Einzelfällen umgesetzt wird. Trotz relativ guter Erfahrungen bezüglich der strukturellen Gestaltung der Kooperation in drei von vier Fällen berichten alle Untersuchungsteilnehmenden von vielfältigen Hindernissen in der Zusammenarbeit.

Gemeinsam ist den Erhebungen die Kritik hinsichtlich häufiger Mitarbeiterwechsel sowohl im Bereich der Jugendhilfe als auch in der Psychiatrie. Weitere hinderliche Aspekte sind Konkurrenz- bezie-

hungsweise Kontrolldenken, welches teilweise daraus resultiert, dass Netzwerkpartner des jeweils anderen Bereiches selbst einmal im gleichen Arbeitsfeld tätig waren. Es scheint hier eine Schwierigkeit zu existieren, in der jetzigen Rolle mit entsprechendem Auftrag zu agieren. In der Folge werden Konflikte durch unklare Zuständig- und Verantwortlichkeiten beschrieben. Die genannten Hindernisse treten verstärkt in der weiteren, über die Krise hinausgehenden Zusammenarbeit auf.

Zu allgemeinen Kooperationshindernissen aus Professionellensicht zählen darüber hinaus die Unkenntnis zu Arbeitsbereichen und Strukturen anderer Einrichtungen. Insbesondere in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt zeigen sich diesbezüglich in psychischen Krisensituationen von Müttern Schwierigkeiten. Dazu zählt unter anderem die Erwartungshaltung beteiligter professioneller Helfender an das Jugendamt, denen dieses nicht gerecht wird. Wenn Hilfen installiert sind, nimmt das Jugendamt laut Aussagen der Befragten seine Aufgabe als Kontrollinstanz nicht mehr ausreichend wahr oder es treffen unterschiedliche Gefahreinschätzungen aufeinander, was als fehlendes Verantwortungsbewusstsein erlebt wird. Darüber hinaus beschreiben die professionellen Netzwerkpartner auch die Negativsicht der Mütter auf das Jugendamt als Hindernis innerhalb der Kooperation.

Zusätzlich ergeben sich aus dem Partizipationsauftrag von Angehörigen für die Professionellen Konflikte. Deren Einbeziehung wird als wesentlich reflektiert, gleichzeitig aber auch als hinderlich erlebt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn zu hohe Erwartungen von Angehörigen an die professionellen Helfenden oder an die Betroffenen selbst herangetragen werden oder wenn im Gegensatz dazu von den Angehörigen zu viel erwartet wird, wie z. B. Kinder im Rahmen der Krise zu schützen und damit Überforderung auszulösen.

Zusammenarbeit sowie Aufklärung der Angehörigen und mitbetroffenen Kinder durch professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter direkt vor Ort in der Familie gelingen gut, da alle Beteiligten im Blickfeld sind und somit komplexe Bedarfe sichtbar werden. Insgesamt sprechen Professionelle von einer Gratwanderung zwischen Informations- und Aufklärungsarbeit und dem Respekt zumutbarer Belastbarkeit, angezeigten Grenzen verfügbarer Ressourcen sowie dem Schutz der Privatsphäre der Angehörigen.

Die Zusammenarbeit mit betroffenen Müttern wird demgegenüber aus Professionellensicht weitaus einfacher erlebt. Hindernisse in der Par-

tizipation entstehen nur dann, wenn die Mütter erkrankungsbedingt massiv eingeschränkt sind und Zusammenarbeit zur Anstrengung wird. Für solche Fälle hat es sich als sinnvoll erwiesen, im Voraus Wünsche und Interessen abzuklären und Notfallpläne zu erarbeiten. Die Mitbestimmung der Mütter endet nur dann, wenn es zu akuten Gefährdungssituationen kommt.

Zur Erwartungshaltung an die Mutter bezüglich der Zusammenarbeit befragt, stellt sich im Ergebnis der Befragung der Professionellen grundsätzlich eine empathische Grundhaltung der Fachkräfte dar. Es zeigt sich Verständnis für die schwierige Situation von Müttern in psychischen Krisen, Erwartungen sind wohlwollend und keinesfalls überhöht formuliert. Auch das Problemverständnis aller Befragten zur Mutterschaft bei psychischer Erkrankung ist ähnlich gelagert. Die Elternrolle wird uneingeschränkt auch bei psychischer Krisensituation anerkannt und geachtet. Alle Helfenden sind bemüht, durch Information und gemeinsame Reflexion der Auswirkungen auf die gesamte Familiensituation Bedarfe zu erheben und personenzentrierte Hilfen zur Verfügung zu stellen.

Insgesamt lassen sich zahlreiche strukturelle und inhaltliche Qualitätskriterien für eine gelingende Kooperation filtern. Zu den strukturellen Kriterien zählen unter anderem der Ausbau des Netzwerkes und der Versorgungsstruktur für Mütter mit psychischen Erkrankungen und deren Familien. Außerdem die Transparenz von Hilfen, Angeboten und Leistungen aller beteiligten Netzwerkpartner, erforderliche Aktualität und Regelmäßigkeit der Information durch Rückmeldung sowie Treffen in den einzelnen Fällen. Gleichzeitig stellen professionelle Haltungen und Einstellungen beziehungsweise das Auftreten des Jugendamtes für die Befragten relevante Aspekte gelingender Zusammenarbeit dar. Inhaltlich zählen umfangreiches Fachwissen von Netzwerkpartnern beider Leistungsbereiche zu psychiatrischen Krankheitsbildern, das Verwenden einer gemeinsamen und verständlichen Sprache, insbesondere den Müttern gegenüber, ein gemeinsames Problembewusstsein sowie eine klare Rollenklärung der Professionellen untereinander zu den wesentlichen Qualitätskriterien optimaler Kooperation.

Einordnung der Ergebnisse

Aktuelle Forschungsarbeiten zum Thema Kooperation im Unterstützungskontext von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil fokussieren vornehmlich die Zusammenarbeit der beteiligten professionellen Netzwerkpartner aus deren Perspektive. Von besonderem Interesse im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist deshalb die Erhebung der Sichtweisen aller am Kooperationsprozess beteiligten Netzwerkpartner. Neben den professionellen Helfenden wurden dementsprechend die betroffenen Mütter selbst, deren Angehörige sowie mitbetroffene Kinder zum subjektiven Erleben der Zusammenarbeit zwischen professionellen Netzwerkpartnern aus den Leistungsbereichen Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie in psychischen Krisensituationen von Müttern befragt.

In der retrospektiven Auswertung der Interviews lässt sich zusammenfassend zunächst aus der Perspektive der befragten Mütter feststellen, dass eine zeitnahe und zügig einsetzende Krisenintervention, in der Regel in der psychiatrischen Akutbehandlung ansetzend, zunächst als grundsätzlich bedarfsgerecht und in der Krisensituation entlastend reflektiert wird. In allen vorliegenden Fällen konnte die psychiatrische Behandlung der betroffenen Mütter ohne Verzögerung eingeleitet werden, da die Betreuung der Kinder im Haushalt vorrangig durch Unterstützung der Familie sichergestellt wurde. Angehörige stellen demzufolge die zuverlässigste Ressource bei der Versorgung mitbetroffener Kinder dar. Bei Inanspruchnahme ambulanter Hilfen im Rahmen der Krisenintervention der Mütter, soweit diese indiziert und ausreichend waren, konnte teilweise mit Unterstützung begleitender Dienste durch die betroffenen Mütter selbst die Versorgung der Kinder gewährleistet werden. Rasche Interventionen durch das Jugendamt wurden von den Befragten nicht als Begründung für die Möglichkeit zügiger Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen benannt.

Die Zusammenarbeit der professionellen Helfenden untereinander gelingt aus deren Perspektive in der akuten Krisensituation relativ gut. Nachsorgend wird diese allerdings weniger zuverlässig gestaltet als in der akuten Krisenversorgung. Unter anderem werden Zuständigkeitsgerangel und erlebte Konkurrenz beziehungsweise Kontrolle untereinander als mögliche Ursachen benannt. Dieses defizitäre Erleben von

Kooperation entspricht aktuellen Forschungsergebnissen von SCHONE und WAGENBLASS (2010). Vor allem die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt konnten bestätigt werden. Insbesondere in der Wahrnehmung von Verantwortlichkeiten auf behördlicher Seite wird durch installierte Hilfen, die einen guten Blick auf das Familiensystem haben, die Verschiebung der Verantwortung durch das Jugendamt beklagt.

Auch bestätigen sich vorliegende Ergebnisse zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie dahin gehend, dass Zusammenarbeit sowohl vom Kooperationswillen der Dienste als auch von persönlicher Einstellung der jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängig ist.

Auffällig ist gleichfalls, dass Kooperation in der Regel lediglich fallbezogen, nicht regelmäßig und somit wenig nachhaltig umgesetzt wird. Trotz bestehender Netzwerke berichten die professionellen Helfenden von fehlendem fall- und fachübergreifendem Austausch z.B. durch gemeinsame Fallberatungen zur gezielten Verzahnung der Bereiche. Die Gründe sehen sie mitunter, ähnlich wie BROCKMANN und LENZ (2010), in den personellen Ressourcen, z.B. infolge häufiger Mitarbeiterwechsel. Insgesamt lässt sich durch die Auswertung der vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass Hindernisse in der Kooperation aus Professionellensicht nicht nur auf struktureller Ebene verhaftet sind, sondern zum Teil auch der Beziehungsgestaltung zu wenig Beachtung geschenkt wird (vgl. BROCKMANN, LENZ 2010, S. 687).

Die Befragungen belegen weiterhin, dass gegensätzlich zur Perspektive der Professionellen, die durchaus angaben, im Rahmen der Krisensituation aktiv zu kooperieren, die Mütter in der Krise keine Absprache unter den professionellen Helfenden erleben. Möglicherweise scheint hier gegebenenfalls der Informationsfluss zu versickern und keine Rückmeldungen an die betroffenen Mütter stattzufinden.

Bei Gegenüberstellung der Ergebnisse der Mütter und Professionellen ist ebenso auffällig, dass es große Divergenzen im Erleben der Zusammenarbeit untereinander gibt. Die betroffenen Mütter geben an, dass sie sich zu wenig mit ihren Wünschen und Interessen in Hilfeplanung und -umsetzung einbezogen fühlen und ethisch-moralische Aspekte in der Beziehungsgestaltung seitens der Professionellen fehlen. Die professionellen Helfenden hingegen zeigen in Auswertung der Befragung insgesamt eine gemeinsame beziehungsweise vergleichbare Problem-

definition hinsichtlich Mutterschaft bei psychischer Erkrankung, agieren grundsätzlich respekt- und verständnisvoll gegenüber den Betroffenen und spiegeln das Gefühl, dass Partizipation und Bedarfsberücksichtigung der betroffenen Müttern gemäß der eigenen Wahrnehmung gut gelingt.

An dieser Stelle sollten weitere Forschungen ansetzen, um konkrete Ursachen des konträren Erlebens mit dem Ziel zu untersuchen, zukünftig in der Praxis entgegensteuern zu können.

Verbesserungsbedürftig ist aus Sicht der Mütter außerdem die fehlende Integration von Kontakt- und Vertrauenspersonen seitens der Helfenden in der akuten Krise. Ähnlich gelagert sind die Ergebnisse der Befragungen der Angehörigen zum Themenschwerpunkt Partizipation und Mitwirkung im Rahmen der psychischen Dekompensation der Mütter. Dies scheint an dem Spagat zwischen Einbeziehung und Rückkoppelung der Professionellen mit den Angehörigen sowie der Sorge vor deren Überforderung zu liegen. Anzumerken ist nochmals, dass betroffene Mütter sowie alle befragten Kinder die große Bedeutung der Familie als Hauptressource in Krisenzeiten deutlich bestätigen.

Festzustellen bleibt an dieser Stelle, dass im Kooperationsgeschehen grundsätzlich ein hohes Maß an Eigeninitiative der betroffenen Mütter und deren Angehörige vom Helferfeld vorausgesetzt wird. Insbesondere in Krisensituationen, die ohnehin massive psychosoziale Belastungsfaktoren mit sich bringen, ist deshalb Entlastung durch entsprechende Kooperationsangebote und niedrighschwellige Gestaltung der Unterstützungsstrukturen zwingend erforderlich.

Aus den Befragungen der Kinder konnten insgesamt wenig verallgemeinerbare Erkenntnisse gewonnen werden. Dies ist eventuell auf die teilweise emotionsgeladenen Befragungssituationen beziehungsweise die fehlende Erinnerung der Kinder, die wahrnehmbare Scham sowie die damit verbundenen Kommunikationshemmungen zurückzuführen.

Wesentliches Ergebnis für diesen Forschungsbereich ist sicherlich, dass die Kooperation der beiden Handlungsfelder Psychiatrie und Jugendhilfe für Kinder dann bedeutungsvoll ist, wenn es um Fremdunterbringung in der Krise und vor allem um eine Rückführung nach der Stabilisierung ihrer Mütter geht. Unter diesen Umständen wird für sie auch die eigene Einbeziehung, die ihrer Mutter und die Zusammenarbeit mit professionellen Helfenden wichtig. Besonders die nachsorgende Arbeit seitens der Jugendhilfe gewinnt an dieser Stelle an Bedeutung,

wobei allerdings auch hierbei die Unterstützung durch die Familie in der Krise als Hauptentlastung reflektiert wird.

Der Kooperation im Rahmen von Fremdunterbringungen und Rückführungen von Kindern nach der psychischen Krise der Mutter sollte in Auswertung der Studienergebnisse in der Forschung zukünftig eine besondere Rolle zukommen, um in diesem schwierigen Bereich Zusammenarbeit auf der Ebene der konkreten Fallarbeit als auch auf Ebene der Weiterentwicklung der Hilfesysteme nachhaltig zu optimieren. Die aus aktuellen Forschungen gewonnene Erkenntnis der unterschiedlichen Zeittakte und damit einhergehenden zeitlichen Verzögerungen bei Einleitung von Maßnahmen der Systeme Jugendhilfe und Psychiatrie bestätigt dies (vgl. SCHONE, WAGENBLASS 2010, S. 143 f.).

Von psychischer Erkrankung der Mütter mitbetroffene Kinder sind direkt der Krisensituation ausgesetzt. Dies erfordert besonderen Schutz, unverzüglich einsetzende Hilfe und Kooperation aller Beteiligten im Notfall, aber auch die umfassende Vor- und Nachsorge in stabilen Zeiten der Mütter. Klarheit und Wissen darum, welche Angebote im Krisenfall entlastend wirken, haben sich in der Praxis laut Angaben der Befragten als äußerst hilfreich erwiesen.

Konsequenzen der Studienergebnisse für die Praxis

Funktionale Unterstützungsstrukturen und gelingende Kooperation zwischen den Leistungsbereichen der Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie stellen ein wesentliches Kriterium personenzentrierter Hilfe für Betroffene dar.

Erforderlich ist grundsätzlich:

- Kooperation aller beteiligten Netzwerkpartner auf Augenhöhe ohne Hierarchien und Machtgefälle
- Entwicklung und Praxis einer adäquaten professionellen Grundhaltung (Empathie, Respekt/Wertschätzung/Zuverlässigkeit/Partizipation/Trialoge etc.)
- Verfügbarkeit einer koordinierenden Bezugsperson, einer festen Vertrauensperson im Krisenfall für psychisch kranke Mütter und mitbetroffene Angehörige gleichermaßen

- Fachlich qualifizierte und kontinuierliche Begleitung der Betroffenen sowie Vermeidung wechselnder Zuständigkeiten
- Entwicklung gemeinsamer Qualitätskriterien und -standards
- Flexibilisierung der Angebote und Hilfen entsprechend des Bedarfes
- Transparenz der Angebote und Versorgungsstrukturen für alle Netzwerkpartner
- Umfassende Information der betroffenen Mütter und Angehörigen zu adäquaten Angeboten und Netzwerkstrukturen
- Stärkere Partizipation und Integration Angehöriger, da diese die Hauptressource innerhalb der Unterstützungsstrukturen darstellen und gleichzeitig mitbetroffen sind
- Entwicklung gemeinsamer Fachlichkeit der professionellen Helfenden der Leistungsbereiche Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie durch zuverlässige sowie regelmäßige fall- und fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit und entsprechende Fortbildung
- Optimale Krisenvorbereitung (Besprechung der Verfahrensweisen, Erstellung von Krisenplänen) für alle Beteiligten
- Imagewechsel Jugendamt: von der Kontroll- zur Hilfsinstanz

Literatur

- BROCKMANN, E.; LENZ, A. (2010): Beziehung gestalten – eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59, S. 687–703.
- FLICK, U. (2008): Triangulation. Eine Einführung. 2. Auflage, Wiesbaden.
- FLICK, U. (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek.
- FLICK, U. (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage, Reinbek.
- FROSCHAUER, U.; LUEGER, M. (2003): Das qualitative Interview. Stuttgart.
- GRAUPE-RUDOLPH, K.; SCHÖNROCK, J. (2013): Begleitete Mütter in psychischen Krisen – Wie stellt sich die Kooperation zwischen den professionellen Netzwerkpartnern aus Jugendhilfe und Sozialpsy-

- chiatrie in Krisensituationen für die Beteiligten dar? Eine qualitative Fallstudie. Unveröffentlichter Bericht zum Handlungsforschungsprojekt im Rahmen des Master-Studienganges MAPS Gemeindepsychiatrie im Fachbereich Sozialwesen, HS Fulda.
- HELFFERICH, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3., überarbeitete Auflage, Wiesbaden.
- LENZ, A. (2012): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Köln.
- LIST, D. (2004): Maximum variation sampling for surveys and consensus groups. Adelaide. <http://www.audienceialogue.net/maxvar.html> (10.03.2014).
- SCHMUTZ, E. (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesprojektes. Norderstedt.
- SCHMUTZ, E.; SECKINGER, M. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Impulse aus dem Landesmodellprojekt und Kommentierung zur bundesweiten Einordnung. Vortrag auf dem Fachtag »Kinder psychisch kranker Eltern«, Mainz.
- SCHONE, R.; WAGENBLASS, S. (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Auflage, Weinheim/München.
- SCHREIER, M. (2011): Qualitative Stichprobenkonzepte. In: NADERER, G.; BALZER, E. (Hg.): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen – Methoden – Anwendungen. 2., überarbeitete Auflage, Wiesbaden, S. 241–256.
- WIEGAND-GREFE, S.; HALVERSCHEID, S.; PLASS, A. (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen.

Kathrin Graupe-Rudolph, geboren 1970, Diplom-Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin (FH). Mehrjährige Tätigkeit als Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Wartburgkreis, zurzeit kommissarische Sachgebietsleiterin des Sachgebietes Sozialpsychiatrischer Dienst/Betreuungsbehörde im Gesundheitsamt des Wartburgkreises. Gegenwärtig im Abschlusssemester des berufsbegleitenden Master-

Studienganges MAPS Gemeindepsychiatrie im Fachbereich Sozialwesen an der Hochschule Fulda.

*Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit:
Kathrin.Graupe-Rudolph@gmx.de*

***Jessica Schönrock**, geboren 1982, staatlich anerkannte Ergotherapeutin und Rehabilitationspädagogin (Bachelor of Arts), seit 2007 Mitarbeiterin im ambulant Betreuten Wohnen und der Begleiteten Elternschaft bei MOBILE – Selbstbestimmtes Leben Behinderter e. V. in Dortmund. Zurzeit im Abschlussemester des berufsbegleitenden Master-Studienganges MAPS Gemeindepsychiatrie im Fachbereich Sozialwesen an der Hochschule Fulda.*

*Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit:
Jessicaschoenrock@gmx.de.*

Anspruch und Wirklichkeit der Gewährung von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Jugendliche

René Manthey

Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland hat in der Kinder- und Jugendhilfe für Diskussionen um Reformen gesorgt. Eine aktuelle politische Debatte fordert so die Alleinzuständigkeit der Kinder und Jugendhilfe für alle pädagogisch-therapeutischen Leistungen, um eine uneingeschränkte Teilhabe für alle Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen. Aktuell fallen ausschließlich Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung in die Zuständigkeit der Jugendämter. Ausdruck findet dies im § 35 a SGB VIII. Diese sogenannte »Kleine Lösung« führt in der Umsetzung immer wieder zu Schnittstellenproblemen zwischen den Jugend- und Sozialämtern, z. B. ausgelöst bei Abgrenzungsproblemen im Falle einer Mehrfachbehinderung (vgl. ASMK, JFMK 2011, S. 4 f.; WIESNER 2011, Rn 7, 8, 9 zu Vorbemerkungen § 35 a SGB VIII).

Im Zuge der Anpassung an die UN-Behindertenrechtskonvention erscheint eine aktuelle Standortbestimmung angezeigt: Wie stellt sich die aktuelle Situation der Gewährung von Eingliederungshilfen gemäß § 35 a SGB VIII in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe dar? Welche Bedeutung haben dabei kinder- und jugendpsychiatrische Gutachten? Führen vergleichbare Ansprüche immer zu einer einheitlichen Anwendung der Rechtsnorm?

Diese und weitere Fragen sind Gegenstand einer Studie, die im Zeitraum von Februar 2011 bis Juli 2012 im Rahmen eines Masterstudiums durchgeführt wurde. Besondere Beachtung fanden hier die Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe, die im Verwaltungsverfahren § 35 a SGB VIII eine wesentliche Rolle spielen. In der Verantwortlichkeit von Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen baut diese Untersuchung eine Brücke. So geben die Ergebnisse, neben der Beantwortung der oben benannten Fragen,

Aufschluss über die Qualität der Kooperation sowie Zusammenarbeit und knüpfen an das Grundanliegen dieses Sammelbandes an.

Dem Autor sind seelisch behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche gemäß § 35 a SGB VIII und ihre besonderen Bedürfnisse aus der langjährigen Arbeit in einem Heilpädagogischen Zentrum vertraut. Hier werden Angebote umgesetzt, die direkt auf diese Zielgruppe zugeschnitten sind. Dafür bereitgestellt werden neben einem entsprechend hohen Stellenschlüssel und speziell qualifiziertem Personal, vielfältige Förderangebote. Das Heilpädagogische Zentrum selbst ist Bestandteil eines Jugendhilfeverbundes. Hier lässt sich tendenziell beobachten, dass immer häufiger Kinder und Jugendliche, die im Vorfeld in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht waren, in den Regelangeboten von Hilfen zur Erziehung und nicht auf Grundlage einer Eingliederungshilfe betreut werden.

Folgende beispielhafte Auflistung an unterschiedlichen Faktoren soll die Auswirkungen der Situation verdeutlichen:

- überlastete Teams mit einer hohen Personalfuktuation,
- in Mitleidenschaft gezogene Kinder und Jugendliche ohne seelische Behinderung sowie die Betroffenen selbst,
- überforderte Fachkräfte aus Schulen und anderen sozialen Angeboten, die nicht selten – unter Druck gesetzt durch engagierte Angehörige – mit einem Ausschluss der Kinder und Jugendlichen drohen.

Im Kolleginnenkreis wird immer häufiger infrage gestellt, inwieweit sich Kinder und Jugendliche in den Regelangeboten in der Stärke und Ausprägung ihrer Besonderheiten von denen aus heilpädagogischen Angeboten unterscheiden und damit, ob sie hier bedarfsgerecht betreut werden können.

Die geschilderten Umstände waren für den Autor ein Anstoß für das Forschungsvorhaben, in dem geprüft wird, ob Kinder und Jugendliche, die eine Hilfe zur Erziehung nach § 34 SGB VIII erhalten, einen vergleichbaren Anspruch auf Eingliederungshilfen gemäß § 35 a SGB VIII besitzen. Der Schwerpunkt des Projektes liegt dabei darauf, methodisch präzise Daten zu ermitteln, die eine ernsthafte Diskussion um Anspruch und Gewährung von Eingliederungshilfen möglich machen.

Zahlen und Untersuchungen existieren vor allem im Zusammenhang mit der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. An

dieser Stelle soll auf drei quantitative Studien hingewiesen werden: die Ulmer Heimkinderstudie (vgl. SCHMID 2007), die Mannheimer Risikokinderstudie (vgl. LAUCHT 2005) und der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS (vgl. HÖLLING et al. 2012). Dezidierte empirische Untersuchungen zum Thema § 35 a SGB VIII im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe von Kindern und Jugendlichen stehen aktuell nicht zur Verfügung.

Geschichte und Struktur der Rechtsnorm

Eingliederungshilfen sind gemäß § 10 SGB I Aufgabe des sozialen Rechtes. Sie sichern die Teilhabe behinderter Menschen durch die Förderung des Rechtes auf Selbstbestimmung und einer gleichberechtigten Teilhabe. Gemäß § 29 Absatz 1 SGB I in Verbindung mit Absatz 2 verweisend auf § 27 Absatz 1 sind hierzu Leistungen durch den zuständigen Leistungsträger der Jugendhilfe geltend zu machen (vgl. BECK 2011, S. 4, 11 f.; WIESNER 2011, Rn 1 zu Vorbemerkungen zu § 35 a SGB VIII; FASSELT, SCHELLHORN 2011, Rn 3 zu Kapitel 13 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen).

In der Vergangenheit waren Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ein Bestandteil des Bundessozialhilfegesetzes. Mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ab dem 03. Oktober 1990 kam man den Forderungen diverser Interessengruppen aus der Kinder- und Jugendhilfe nach und bestimmte den Träger der öffentlichen Jugendhilfe, das Jugendamt, für die vorrangige Zuständigkeit (vgl. RÄTZ-HEINISCH et al. 2009, S. 40; HOMFELDT 2005, S. 11).

Wichtige Entwicklungen, die damit angestoßen werden sollten, betrafen eine bessere Beurteilung des pädagogischen Bedarfes, altersgerechte sowie entwicklungsfördernde Sozialisationsbedingungen und passgenaue Leistungen durch die Jugendhilfe, vor allem bei Verhaltensstörungen (vgl. WIESNER 2008, Rn 8 zu § 35 a SGB VIII; HOMFELDT 2005, S. 11).

Gesetze, Rechtsverordnungen oder Satzungen sind generell abstrakt. Ob aus einem spezifischen Tatbestand eine Eingliederungshilfe gemäß § 35 a SGB VIII resultiert, unterliegt dem Vorgang einer besonderen

Prüfung (vgl. FALTERBAUM 2006, S. 16). Wie unterschiedlich sich daraus die aktuelle Situation der Gewährung von Eingliederungshilfen darstellt, zeigen die Daten des Zwischenberichtes einer Arbeitsgruppe von Vertretern aus Bund, Ländern sowie der kommunalen Spitzenverbände. Demnach sind im Bundesland Bayern 2009 20,8 % und in der Hansestadt Hamburg 1,9 % aller Jugendhilfemaßnahmen als Eingliederungshilfen nach § 35 a SGB VIII in Anspruch genommen worden. Die starke Diskrepanz bestätigt sich in den aktuellen Zahlen des statistischen Bundesamtes (vgl. ASMK, JFMK 2011, S. 9; FEGERT 2010, S. 267 ff.; Statistisches Bundesamt 2012, S. 71 f.).

Eine mögliche Erklärung für die ungleichmäßige Gewährung von Eingliederungshilfen geben die immer wieder diskutierten Aspekte: a) der Kostensteigerung zulasten der Kinder- und Jugendhilfe durch die ausgelösten Fallzahlen; b) der Gefahr der Stigmatisierung durch eine gestellte Diagnose und einer frühzeitigen Zuordnung zum Kreis der seelisch Behinderten; c) Hilfen gemäß § 35 a SGB VIII widersprechen dem Integrationsgedanken der Kinder und Jugendhilfe (vgl. WABNITZ 2009, S. 27; BMFSFJ 2009, S. 94; MOOS, MÜLLER 2007, S. 9 f., S. 13; WIESNER 2011, Rn 11 a ff. zu Vorbemerkungen § 35 a SGB VIII).

Das Studiendesign der durchgeführten Untersuchung orientiert sich an den Anspruchsvoraussetzungen des § 35 a SGB VIII. Deshalb fokussieren sich die im Folgenden dargestellten Inhalte hierauf. Ausführlichere Betrachtungen sind Bestandteil der dem Artikel zugrunde liegenden wissenschaftlichen Arbeit, die auf Wunsch bei dem Autor angefordert werden kann.

Die Eingliederungshilfe gemäß § 35 a SGB VIII ist eine zweigliedrig aufgebaute Rechtsnorm. Sie basiert erstens auf einer Abweichung der seelischen Gesundheit vom alterstypischen Zustand und zweitens auf einer daraus resultierenden oder zu erwartenden Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. WIESNER 2011, Rn 10 zu § 35 a SGB VIII).

Als Abweichung von der seelischen Gesundheit wird eine seelische Störung bezeichnet, die länger als sechs Monate vom alterstypischen Zustand abweicht. Fachkräfte, die zu einer Diagnose berechtigt sind, werden im § 35 a SGB VIII Absatz 1 a konkret definiert. Dabei handelt es sich entweder um einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder eine Ärztin beziehungsweise einen psychologischen Psychothera-

peuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt (vgl. WIESNER 2011, Rn 10 zu § 35 a SGB VIII; DENNER 2008, S. 158).

Die Stellungnahme basiert auf dem ICD-10, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V (F). Im Rahmen der Prüfung ist es notwendig, eine geistige oder körperliche Störung auszuschließen. Des Weiteren ist darzulegen, ob die Abweichung von der seelischen Gesundheit einen Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Aussagen hierzu bieten die Grundlagen zur Klärung eventueller Zuständigkeiten zwischen Krankenkasse, Jugendhilfe oder Sozialhilfe (vgl. WIESNER 2011, Rn 13 zu § 35 a SGB VIII; MÜNDER et al. 2009, Rn 18; DENNER 2008, S. 158; KUNKEL 2005, S. 18).

Die diagnostischen Kategorien sind:

- F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F3: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F4: Affektive Störungen
- F5: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F6: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen/Faktoren
- F7: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F8: Intelligenzminderung
- F9: Entwicklungsstörungen
- F10: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit/Jugend (vgl. MÜNDER et al. 2009, Rn 20 zu § 35 a SGB VIII)

Mit dem Vorliegen einer Abweichung von der seelischen Gesundheit prüft der zuständige öffentliche Träger der Jugendhilfe, ob eine daraus resultierende Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vorliegt oder zu erwarten ist. Eine Rolle bei der Beurteilung spielen die gesellschaftlichen Bereiche, in denen eine soziale Teilhabe graduell erfassbar ist. Im Rahmen eines Einigungsprozesses über Mindeststandards entschied man sich für sieben relevante Analysebereiche: Persönlichkeit, Familie, Kindertagesstätte, Schule, Arbeit, Freizeit, Sozialraum. Eine Teilhabebeeinträchtigung in einem der Bereiche liegt mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vor, wenn auf einer fiktiven Wahrscheinlichkeitsskala zwischen null (unwahrscheinlich) und hun-

dert (absolute Sicherheit) der Wert bei 75 liegt (vgl. KÖLCH et al. 2007, S. 6; KUNKEL 2005, S. 18 f.).

Ein weiteres Instrument, mit dem sich Teilhabe messbar machen lässt, ist die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Diese ist wie die ICD-10 ein Teil der WHO-Familie der Internationalen Klassifikationen. Während die ICD Krankheiten klassifiziert, klassifiziert die ICF die Folgen von Erkrankungen. Sie betrachtet die Auswirkungen einer Krankheit als einen Prozess der Interaktion zwischen Krankheit, Person und sogenannten Kontextfaktoren und unterteilt die Einflussfaktoren auf einen Krankheitsverlauf in die Komponenten der Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe (Partizipation), Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren (vgl. KÖLCH et al. 2007, S. 2; DIMDI 2005, S. 9 ff.).

Da sich die Ausprägung einer Behinderung im Kindes- und Jugendalter in Art, Intensität und Auswirkung von der bei Erwachsenen unterscheidet, wurde eine Version speziell für erstgenannte Zielgruppe entwickelt: Die ICF-CY (vgl. HOLLENWEGER, DE CAMARGO 2011, S. 10; BMFSFJ 2009, S. 175).

Eine besondere Bedeutung erhalten hier:

- die Familie und die sie begleitenden Personen,
- die sehr dynamisch verlaufende Entwicklung von Kindern und Jugendlichen,
- die Partizipation im Spannungsfeld von Mitbestimmung und Fremdbestimmung durch Sorgeberechtigte und Institutionen,
- materielle und soziale Elemente der Umwelt (vgl. HOLLENWEGER, DE CAMARGO 2011, S. 15 ff.).

Studiendesign

In dem für die Studie auserwählten Regionalverbund der Kinder- und Jugendhilfe leben zum Erhebungszeitpunkt 68 Kinder- und Jugendliche in elf verschiedenen Betreuungsangeboten. Diese Rahmenbedingungen lassen eher auf eine qualitative Forschungsmethode schließen. Die zu kontrollierende Variable einer Rechtsnorm benötigt vor allem objektive und präzise Daten und hebt deshalb auf ein quantitatives Verfahren ab.

Beide Aspekte lassen sich gut in der quantitativen Methode Matched Pairs (parallelisierte Paare oder statistische Zwillinge) vereinigen. Klassisch lassen sich bei Matched Pairs durch die Parallelisierung von Gruppen und die Zuordnung von Zwillingen (Matching) Störvariablen kontrollieren (vgl. SCHNELL 2011, S. 215; PAIER 2010, S. 42; BACHER 2002, S. 2).

Im Fall dieser Untersuchung werden die Matched Pairs verwendet, um die Anspruchsvoraussetzungen des § 35 a SGB VIII im Bereich der seelischen Gesundheit und der gesellschaftlichen Teilhabe zu prüfen.

Nach Abschluss des Matchings werden die identifizierten Zwillinge einer qualitativen Analyse unterzogen, um den Bereich der Teilhabebeeinträchtigung sichtbar zu machen. Dies erfolgt, angelehnt an einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp MAYRING und Eva BRUNNER (2010), unter Verwendung der Kategorie D »Partizipation und Teilhabe« der ICF-CY. Für die Durchführung werden die in der ICF-CY verbindlich gemachten Verwendungsvorschriften angewendet (vgl. HOLLENWEGER, DE CAMARGO 2011, S. 19f.; MAYRING, BRUNNER 2010, S. 323, 327f.). Grundlage der Datenerhebung sind die aktuellen Hilfepläne der Jugendämter und die Entwicklungsberichte der Kinder- und Jugendlichen des Regionalverbundes.

Gesamtüberblick: Die Untersuchung unterteilt sich in vier erkenntnisgeleitete Ebenen, das heißt jede Stufe baut aufeinander auf und ist gleichzeitig für sich aussagefähig.

Stufe 0: Die Bildung einer Untersuchungsstichprobe von Kindern und Jugendlichen mit einer festgestellten Abweichung von der seelischen Gesundheit. Maßgeblich hierbei ist ein fachärztliches Gutachten.

Stufe 1: Eine strukturierte quantifizierende Datenerhebung im Rahmen einer Dokumentenanalyse. Im Anschluss daran werden aus dem entstandenen Datensatz zwei Vergleichsgruppen gebildet; Experimentalgruppe (gemäß § 35 a SGB VIII) und Kontrollgruppe (bezieht Hilfe zur Erziehung nach § 34 SGB VIII).

Stufe 2: Anhand der Erhebungsmerkmale wird ein achtstelliger Zahlencode generiert und in beiden Gruppen nach statistischen Zwillingen gesucht (Matching).

Stufe 3: Die Hilfepläne und Situationsberichte der identifizierten Zwillinge werden im Rahmen einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse – mittels der Kategorie D »Partizipation und Teilhabe« der ICF-CY – auf eine Teilhabebeeinträchtigung untersucht.

Erhebung der Daten: Die Datenerhebung der Untersuchungsstichprobe erfolgt nach quantifizierbaren Merkmalen in den Bereichen:

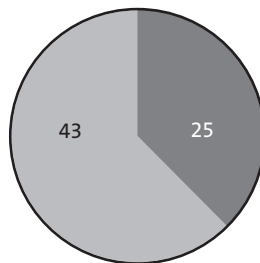
- Personenbezogene Faktoren – wie Alter und Geschlecht.
- Gesellschaftliche Faktoren – angelehnt an die Teilhabebereiche Familie (z. B. in der Frage, wie stellt sich die Elternsituation dar) und der Schule (z. B. hat das Kind oder der Jugendliche das Klassenziel erreicht). Hier wird versucht eine sich andeutende Teilhabebeeinträchtigungen zu erheben.
- Gesundheitliche Faktoren – anhand der Stellungnahme über die Abweichung von der seelischen Gesundheit (wie z. B. die Art sowie Anzahl der diagnostizierten Störungen und ob die Ärztin oder der Arzt eine Empfehlung für eine Eingliederungshilfe gegeben hat).

Aus dem Aktenstudium fanden einheitlich Verwendung die anonymisierten Daten aus den aktuellen Hilfeplänen der Jugendämter, den Situationsberichten der Einrichtung, den Zeugnissen und den fachärztlichen Gutachten. Es handelt sich um Dokumente aus insgesamt neun Jugendämtern, elf Kliniken und sechs Betreuungsangeboten.

Ergebnisse

Stufe o

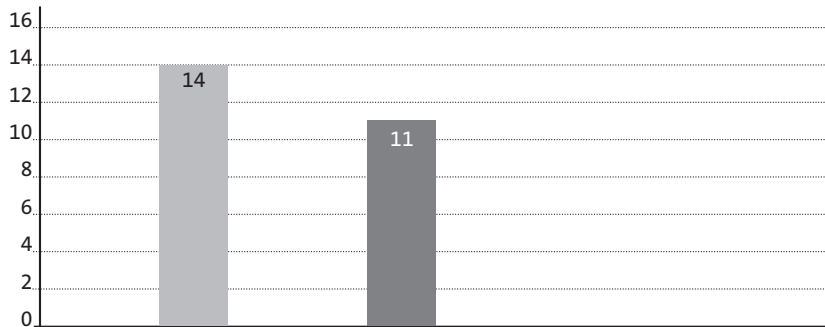
ABBILDUNG 1 Die Untersuchungsstichprobe
■ ohne Gutachten ■ Gutachten



Nach Maßgabe eines fachärztlichen Gutachtens über eine Abweichung von der seelischen Gesundheit konnte eine Untersuchungsstichprobe von 25 aus insgesamt 68 Kindern und Jugendlichen gebildet werden.

Stufe 1

ABBILDUNG 2 Die zwei Vergleichsgruppen
 ■ n (§ 34 SGB VIII) ■ n (§ 35 a SGB VIII)



Eine Experimentalgruppe (§ 35 a SGB VIII) mit elf Kindern und Jugendlichen ließ sich mit einer Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) von 14 Kindern und Jugendlichen vergleichen. Dabei ergibt sich folgendes Bild.

Gemeinsamkeiten:

- Für alle Untersuchten gilt gleichermaßen eine starke Beeinträchtigung im Bereich der Familie, durch die Erziehung im Rahmen einer Institution über Tag und Nacht oder über weite Strecken des Tages.
- Es sind vor allem Jungen in der Altersgruppe zwischen 11 und 16 Jahren, deren seelische Gesundheit beeinträchtigt ist.
- Fast alle Kinder und Jugendlichen beider Gruppen wurden im Rahmen eines Aufenthaltes in einer Klinik oder in einem Fachkrankenhaus diagnostiziert, nur wenige bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten.
- Die Mehrzahl der diagnostizierten Störungen fällt auf den Bereich F9 der ICD-10, den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.
- Sieben Kinder und Jugendliche der Experimentalgruppe (§ 35 a SGB VIII) und sechs der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) erhielten im Klinikgutachten eine Empfehlung für eine Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII.

Unterschiede:

- Kinder und Jugendliche der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) besuchen häufiger ein Förderzentrum.

- Kinder und Jugendliche der Experimentalgruppe (§ 35 a SGB VIII) besuchen öfter eine Grund- und Regelschule und wiederholen das Schuljahr.
- Fünf Kinder und Jugendliche der Experimentalgruppe (§ 35 a SGB VIII) haben mehr als drei diagnostizierte Störungsbilder, bei der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) trifft dies auf lediglich ein Kind zu.

Beide Gruppen unterliegen einer großen Ähnlichkeit. Die Experimentalgruppe (§ 35 a SGB VIII) hebt sich von der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) insofern ab, dass hier die zweigliedrigen Ausgangsvoraussetzungen stärker zur Geltung kommen. Dies wird zum einen deutlich durch den hohen Anteil an Kindern- und Jugendlichen mit mindestens drei diagnostizierten psychischen Störungen als Ausdruck von § 35 a SGB VIII Absatz 1 Satz 1: Ihre seelische Gesundheit weicht mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand ab. Zum anderen an dem hohen Anteil an Klassenwiederholern verweisend auf § 35 a SGB VIII Absatz 1 Satz 2: Ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist beeinträchtigt oder eine solche Beeinträchtigung ist zu erwarten.

Stufe 2

Im Rahmen der Untersuchung werden zwei Kinder und Jugendliche aus der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) identifiziert, denen ein Zwilling aus der Experimentalgruppe (§ 35 a SGB VIII) zugeordnet werden kann.

Die gleichen Merkmale beziehen sich auf:

- das männliche Geschlecht,
- die Altersgruppe von 11 bis 16 Jahren,
- die Erziehung im Rahmen einer Institution,
- das Vorhandensein eines alleinerziehenden Elternteils,
- die Förderung im Bildungsgang zur Lernförderung,
- die Wiederholung eines Schuljahres,
- die Diagnostizierung im Rahmen eines Klinikaufenthaltes,
- zwei diagnostizierte psychische und Verhaltensstörungen analog Klassifikation F.

Die Gemeinsamkeit der Anzahl an zwei F-Störungen lässt sich in Hinblick auf den Gruppenvergleich in Stufe 1, durch den hohen Anteil an mindestens drei F-Störungen in der Experimentalgruppe (§ 35 a

SGB VIII), weiter interpretieren. Es lässt sich ableiten, dass gerade Kinder und Jugendliche mit zwei F-Störungen einem größeren Ermessensspielraum bei der Vergabe einer Eingliederungshilfe unterliegen.

Durch das Matching verdichtet sich die Forschungsthese, dass einem ermittelbaren Anspruch auf eine Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII nicht zwingend eine Gewährung folgt.

Während der Bereich einer Abweichung von der seelischen Gesundheit zweifelsfrei attestiert wurde, bleibt die Einschätzung der Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weiter unscharf.

Stufe 3

Die ICF-CY, als standardisiertes Instrument, ermöglicht eine sehr detaillierte Beurteilung der Dokumente aus Jugendämtern und den verschiedenen Betreuungsangeboten. Es kamen insgesamt 22 verschiedene Kategorien aus sechs verschiedenen Kapiteln der Domäne D »Partizipation und Teilhabe« zur Anwendung. Die Variabilität der zuordenbaren Kategorien ist bei den Einrichtungen mit 15 größer als bei den Jugendämtern mit zwölf.

TABELLE 1 Ø Beeinträchtigungsgrad der ICF CY Domäne D »Aktivitäten und Teilhabe«

	Hilfeplan Jugendamt	Situationsbericht Einrichtung
Zwilling 1 (§ 35a SGB VIII)	Ø 3,0 – erheblich	Ø 2,8 – mäßig
Zwilling 2 (§ 34 SGB VIII)	Ø 4,0 – voll	Ø 3,1 – erheblich
Zwilling 3 (§ 34 SGB VIII)	Ø 3,8 – erheblich	Ø 3,4 – erheblich

Der durchschnittliche Beeinträchtigungsgrad des Probanden der Experimentalgruppe (§ 35a SGB VIII) fällt im Vergleich niedrig aus. Die Werte der beiden Zwillingpartner aus der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) liegen in der Gesamtauswertung höher.

Eine hohe Priorität bei der Analyse der Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat die Kontrollgruppe. Hier sind quantitativ am stärksten belegt:

d7203 »Sozialen Regeln gemäß interagieren«: Die Beschreibungen der Dokumente bezogen sich hierbei auf Diebstahl, ein stark provozierendes Verhalten sowie das Vorliegen von sieben Strafanzeigen durch

die Polizei, unter anderem wegen Erschleichens von Geld, in dem eine Sammlung von Geldern für wohltätige Zwecke vorgetäuscht wurde.

d7600 »Eltern-Kind Beziehung«: Kennzeichnend hier waren fehlende Kontakte durch Klinikaufenthalte der Eltern sowie eine starke Belastung der Kinder und Jugendlichen nach erfolgtem Kontakt mit den Eltern.

d8201 »Verbleiben in einem Programm der Schulbildung«: Hier wurde ein massives Gefährdungspotenzial sichtbar durch Schulverweigerung und Entweichung, Angriffe auf Lehrende und Mitschülerinnen und Mitschüler sowie permanentes Stören des Unterrichtes.

Ein Bereich erschien besonders besorgniserregend:

d7708 »Intime Beziehungen anders bezeichnet«: Hier lautet ein Ankerzitat: »Die Schule meldete [...] sexuelle Übergriffe auf ein anderes Mädchen.« (MANTHEY 2012, S. 87)

In diesem Teil der Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass die Zwillinge aus der Kontrollgruppe in einem erheblichen Maße von einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedroht sind.

Ergebnisse auf einen Blick

Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen aus der stationären Jugendhilfeeinrichtung, 25 von 68, leidet unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen.

Zwei Probanden der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) waren in acht wesentlichen Merkmalen mit einem Proband aus der Experimentalgruppe (§ 35 a SGB VIII) identisch.

Die Ergebnisse der ICF-CY-Analyse lassen bei den Zwillingen aus der Kontrollgruppe (§ 34 SGB VIII) auf eine erhebliche Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe schließen.

Die Untersuchung hat sehr deutlich gezeigt, dass es Kinder und Jugendliche im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung gibt, die über einen vergleichbaren Anspruch auf Eingliederungshilfe verfügen. Anspruch und Wirklichkeit von Eingliederungshilfen gemäß § 35 a SGB VIII stimmen somit nicht überein.

Standards und Transparenz

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen auf eine fehlende Transparenz im Rahmen der Kooperation und Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie schließen. Während die Abweichungen von der seelischen Gesundheit standardisiert und formal einheitlich definiert waren, ist dies für den Bereich der Teilhabe in den Berichten der Jugendämter beziehungsweise in ihrer Struktur weniger der Fall. Dies betraf die Beschreibungen der verschiedenen Lebensbereiche sowie eine konkrete Einschätzung der Situation.

Ein Beispiel hierfür ist die Information aus einem Hilfeplan eines Jugendamtes über mehrmalige sexuelle Übergriffe eines Jungen in der Schule. Unabhängig davon, dass es sich bei diesem Hilfeplan um kein Gutachten im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens handelt, wird eine deutliche Beeinträchtigung im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe deutlich. Es stellt sich die Frage: Kann der Junge im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung (§ 34 SGB VIII) bedarfsgerecht begleitet werden? Wenn man darauf zurückblickt, dass das Expertentum der Jugendämter ein Argument für den Zuständigkeitswechsel in der Vergangenheit war, stimmen die Ergebnisse nachdenklich.

In der Einleitung des Artikels werden drei Aspekte benannt, die aktuell als Erklärung für die ungleichmäßige Gewährung von Eingliederungshilfe diskutiert werden: a) der Kostensteigerung zulasten der Kinder- und Jugendhilfe durch die ausgelösten Fallzahlen; b) der Gefahr der Stigmatisierung durch eine gestellte Diagnose und einer frühzeitigen Zuordnung zum Kreis der seelisch Behinderten; c) Hilfen gemäß § 35 a SGB VIII widersprechen dem Integrationsgedanken der Kinder und Jugendhilfe. Als ein Fazit der Studie lässt sich ein neuer Aspekt hinzufügen beziehungsweise diskutieren: d) fehlende standardisierte Einschätzungen der gesellschaftlichen Teilhabe von Kindern und Jugendlichen.

Für einen Austausch auf Augenhöhe ist eine einheitliche und standardisierte Arbeitsweise und eine darauf aufbauende Einschätzung der sozialen Situation von Kindern und Jugendlichen durch die Fachkräfte der Jugendämter notwendig. Der Umstand, dass eine Version der ICF direkt auf die Situation von Kindern und Jugendlichen angepasst wurde, kommt dem sehr entgegen. Die ICF-CY bietet in ihrer Systematik wichtige Anhaltspunkte für solch eine qualifizierte Beurteilung.

Da der Autor den Umgang mit dem Manual als sehr komplex und zeitaufwendig erlebte, stellt sich für die Praxis die Frage: Wie kann man den Umgang mit der ICF-CY zukünftig handhabbarer gestalten?

Expertinnen und Experten schätzen ein, dass vor dem Hintergrund einer Gesamtzuständigkeit der Kinder und Jugendhilfe für alle Bedarfe, das heißt auch für geistig und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche, eine fachliche Weiterentwicklung der Jugendämter vonnöten ist (vgl. WIESNER 2011, Rn 6 zu Vorbemerkungen § 35 a SGB VIII). Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen dies.

Literatur

- ASMK; JFMK (2011): Inklusion von jungen Menschen mit Behinderung, http://www.lwl.org/spur-download/bag/72_11an4.pdf (14.03.2013).
- BACHER, J. (2002): Statistisches Matching – Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. In: ZA Informationen, 51, S. 38–66, http://www.jku.at/soz/content/e94921/e95831/e96904/e97459/StatisticalMatching_ger.pdf (15.05.2014).
- BECK, C.H. (2011): Sozialgesetzbuch. Bücher I–XII: Allg. Teil Grundsicherung. Arbeitsförderung. Gem. Vorschriften. Kranken-, Renten-, UnfallVers. Kinder-/Jugendhilfe. Rehabilitation Verwaltungsverfahren. PflegeVers. Sozialhilfe. 40. Auflage, München.
- BMFSFJ (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (14.03.2014).
- DENNER, S. (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart.
- DIMDI (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln.
- FALTERBAUM, J. (2006): Einführung in das Recht der sozialen Arbeit. Basa-online.

- FASSETT, U.; SCHELLHORN, H. (2011): Handbuch Sozialrechtsberatung. HSRB. 3. Auflage, Baden Baden.
- FEGERT, J. (2010): Führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über § 35 a SGB VIII als Einstieg zur »großen Lösung«? In: Das Jugendamt, 7–8, S. 267–274.
- HOLLENWEGER, J.; DE CAMARGO, O. K. (Hg.) (2011): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber.
- HÖLLING, H.; SCHLACK, R.; KAMTSIURIS, P.; BUTSCHALOWSKY, H.; SCHLAUD, M.; KURTH, B. M. (2012): Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittsstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch Institut. Springer, [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Bgbl_2012_55_836-842.pdf?__blob=publicationFile \(14.03.2014\)](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Bgbl_2012_55_836-842.pdf?__blob=publicationFile (14.03.2014)).
- HOMFELDT, J. (2005): § 35 a SGB VIII. Chancen sozialpädagogischer Professionalisierung. Baltmannsweiler.
- KÖLCH, M.; WOLFF, M.; FEGERT, J. (2007): Teilhabebeeinträchtigung – Möglichkeit der Standardisierung im Verfahren nach § 35 a SGB VIII. In: Das Jugendamt, 1, S. 1–8.
- KUNKEL, C. (2005): § 35 a SGB VIII aus rechtlicher und rechtspolitischer Sicht. In: HOMFELDT, J.: § 35 a SGB VIII. Chancen sozialpädagogischer Professionalisierung. Baltmannsweiler.
- LAUCHT, M. (2005): Die langfristigen Folgen früher Entwicklungsrisiken: Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie zu Risiko- und Schutzfaktoren. In: ARNOLDY, P.; TRAUB, B.: Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln. Karlsruhe, S. 169–183.
- MANTHEY, R. (2012): Anspruch und Gewährung von Eingliederungshilfen gemäß § 35 a SGB VIII. Untersuchung am Beispiel eines Regionalverbundes der Kinder- und Jugendhilfe in Westthüringen. Unveröffentlichte Master Thesis, Studiengang Soziale Arbeit, FH Fulda.
- MAYRING, P.; BRUNNER, E. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: FRIEBERTHÄUSER, B.; LANGER, A.; PRENGEL, A. (Hg): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. Auflage, Weinheim/München, S. 323–334.
- MOOS, M.; MÜLLER, H. (2007): Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35 a SGB VIII. Mainz.

- MÜNDER, J.; TRENCZEK, T.; MEYSEN, T. (2009): Frankfurter Kommentar zum SGB VIII. Kinder und Jugendhilfe. 6. Auflage, Weinheim/München.
- PAIER, D. (2010): Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung. Wien.
- RÄTZ-HEINISCH, R.; SCHRÖER, W.; WOLFF, M. (2009): Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven. Weinheim/München.
- SCHMID, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim/München.
- SCHNELL, R.; HILL, P. B.; ESSER, E. (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. Auflage, München.
- Statistisches Bundesamt (2012): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden.
- WABNITZ, R. J. (2009): Vom KJHG zum Kinderförderungsgesetz. Die Geschichte des Achten Buches Sozialgesetzbuch von 1991 bis 2008. Berlin.
- WIESNER, R. (2011): SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. 4. Auflage, München.

René Manthey, M. A. Soziale Arbeit, Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie und Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge FH, arbeitete in der Zeit von 2004 bis 2013 für einen Träger der Kinder- und Jugendhilfe in Thüringen als Hausleiter in einem Heilpädagogischen Zentrum und als Koordinator für ein Projekt der Initiative »weiter bilden«. Aktuell ist er pädagogischer Leiter einer sozialtherapeutischen Einrichtung für Kinder und Jugendliche im Landkreis Waldshut.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit: rene.manthey@t-online.de

Die Rolle der Klinikmitarbeitenden in der Hilfeplankonferenz

Sabine Sperber

In den letzten 15 Jahren wurden in vielen Regionen Deutschlands Hilfeplankonferenzen eingeführt, um regional passgenaue individuelle Hilfen für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen zu organisieren. Außerdem sollte es durch mehr Wettbewerb und Transparenz zu einer gerechteren Verteilung der Versorgungsaufgaben und einer Qualitätsüberprüfung kommen.

Da die psychiatrische Klinik für viele schwer psychisch erkrankte Menschen die erste Anlaufstation ist, sind Klinikmitarbeitende hier in einer wichtigen, »weichenstellenden« Position, indem sie über Hilfen informieren und bei der Beantragung von Hilfen wie der Vorstellung in der Hilfeplankonferenz helfen. In der konzeptionellen Rollendefinition sollen Mitarbeitende der Klinik als ständige Mitglieder die klinische Plausibilität der vorgestellten Hilfepläne überprüfen und klinisches Fachwissen einbringen.

Klinikmitarbeitende haben Expertise über schwer erkrankte, hilfebedürftige Menschen mit psychischen Störungen. Gleichzeitig ist ihre Perspektive deutlich auf Pathologie fixiert, und es ist für sie selten möglich, Patientinnen und Patienten auch in »gesünderen« Phasen zu begleiten und sie in ihrem sozialen Umfeld zu Hause zu erleben.

In dieser Forschungsarbeit wurde die Rolle der Klinikmitarbeitenden untersucht, wie sie sich nach der Einführungsphase in bestehenden Hilfeplankonferenzen zeigt. Dafür wurden 21 telefonische, leitfadengestützte Interviews mit ehemaligen Teilnehmenden F geführt. Zur Auswertung der Interviews wurde die Theorie der Reaktanz von Jack W. BREHM (1966) herangezogen. Mithilfe dieser wird erklärt, warum manche Klinikmitarbeitende ihre zugeteilte Rolle annehmen und in Aushandlungsprozessen mit den anderen Teilnehmenden modifizieren und warum andere diese Rolle ablehnen und mehr oder weniger offen versuchen, sie zu unterlaufen.

Hilfeplankonferenzen sind Treffen von Mitarbeitenden der Kostenträger und Leistungserbringern für Hilfen zur Eingliederung im Bereich Wohnen, Arbeiten und gesellschaftlicher Teilhabe einer Region. Zu den Teilnehmenden der Hilfeplankonferenz gehören Vertreter der Gebietskörperschaft, Psychiatriekoordinatoren, Vertreter von Leistungsträgern wie der Eingliederungshilfe, gegebenenfalls aber auch der Agenturen für Arbeit, Vertreter der ambulanten und stationären Behandlung, Trägervertreter aus dem System der wohnbegleitenden oder stationären Wohnhilfen, gegebenenfalls auch Träger der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit, in manchen Regionen auch Interessenvertreter der Selbsthilfe sowie Angehörige und schließlich die Antragssteller und ihre begleitenden Bezugsbetreuenden. In den Hilfeplankonferenzen soll der Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen oder von durch Behinderung bedrohte Menschen vorgestellt und diskutiert werden. Sie sollen dann passgenaue Hilfen finden oder entwickeln. Nach Möglichkeit soll der Hilfesuchende oder seine Vertreterin beziehungsweise sein Vertreter anwesend sein. Der Auftrag für die benötigten Hilfen und die Kostenzusage sollen in der Hilfeplankonferenz vorbereitet werden.

Hilfeplankonferenzen sind langsam entstanden und entspringen der Tradition der Psychiatrie-Enquete und der Regionalisierung psychiatrischer Angebote. Sie sollen die Ambulantisierung, Deinstitutionalisierung und vor allem die Individualisierung der Hilfen für psychisch Kranke (und andere Gruppen, auf die in dieser Arbeit aber nicht weiter eingegangen wird) vorantreiben. Durch Hilfeplankonferenzen soll der gemeindepsychiatrische Verbund gestärkt, Transparenz über Kosten und Angebote erhöht, Bedarf aufgedeckt und dementsprechend passende Angebote entwickelt werden. Bei all diesem soll der Klient, die Patientin aktiv beteiligt sein.

Dies alles sind konzeptionelle Ziele, die teilweise den Einzelinteressen der »stakeholder« in den Hilfeplankonferenzen widersprechen. Doch obwohl einige Hinweise auf Tagungen der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) vorliegen, die Schwierigkeiten bei der konkreten und personalintensiven Umsetzung thematisieren, scheinen Hilfeplankonferenzen der notwendige, nächste Schritt bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu sein. Es gibt Untersuchungen, Tagungen, Berichte über Implementationsprojekte und Ideen für Interventionen, Schulungen und Entwicklungswege (APK 2004, 2006 a, 2006 b; APK et al. 2006 c, 2009).

Meist wird der Hilfebedarf anhand eines »Individuellen Behandlungs- und Rehaplans« (IBRP) vorgestellt, am besten von der koordinierenden Bezugsperson. Je nach Hilfeplankonferenz sind die konkreten Hilfen und deren Anbieter im Vorfeld schon gesucht worden oder werden in der Hilfeplankonferenz angeboten, ausgewählt und entwickelt. Oft übernehmen Klinikmitarbeitende die Erstvorstellung des Hilfebedarfs einer Patientin oder eines Patienten, die beziehungsweise der in ihrer Klinik stationär behandelt wird. Die Thematisierung der in der Literatur breit beschriebenen »Schnittstelle« zwischen klinischer und außerklinischer Behandlung und Begleitung von medizinischer und sozialer wie beruflicher Rehabilitation und Sorgetätigkeiten ist Kern der Aufgabe der Hilfeplankonferenzen.

Die Hilfeplankonferenz soll neben der Versorgung in der Gemeinde auch einen personenzentrierten Ansatz umsetzen statt den früher vorherrschenden institutionszentrierten Ansatz. Die Hilfen sollen vom Bedarf der Person und nicht vom Angebot in der Region abhängig gemacht werden. Diese Ausrichtung geht mit auf eine Expertenarbeitsgruppe unter Federführung der APK zurück, welche die Personalbemessung im komplementären Bereich von 1992 bis 1996 erarbeitete. »Die Kommission ging nicht von den existierenden Typen von Institutionen oder den sozialrechtlichen Zuständigkeiten entsprechend dem fragmentierten System der sozialen Sicherung aus. Vielmehr nahm sie als Bezugspunkt den individuellen Bedarf von Personen in ihrem konkreten Lebenskontext. Die Organisation der Hilfen und ihre Finanzierung haben sich daran zu orientieren, und der Bedarf der Person ist nicht den bestehenden Institutionen und Finanzierungsbereichen anzupassen.« (KUNZE 2001, S. 117)

Ausgangspunkt für diese Untersuchung waren folgende Fragen:

- Welche Rollen haben Klinikmitarbeitende in Hilfeplankonferenzen?
- Welche Rollen werden ihnen zugeschrieben und welche Rollenvorstellungen haben sie selbst?
- Welche Haltung und Einstellung haben sie gegenüber der Hilfeplankonferenz?
- Gibt es strukturelle Einflüsse, die sich auf das Rollenverständnis auswirken?

Es geht in dieser Untersuchung nicht darum, eine umfassende Bestandsaufnahme über Klinikmitarbeitende in deutschen Hilfeplan-

konferenzen zu machen, sondern um die subjektive Sichtweise von Individuen in einer bestimmten sozialen und kulturellen Umgebung. Die qualitativen Experteninterviews sollen Wahrnehmungen und Einstellung der Teilnehmenden erheben. Innerhalb der Stichprobe gibt es durch Geschlecht, Alter, Berufsausbildung und Berufserfahrung eine ausreichende inhaltliche Repräsentativität, um nach Zusammenhängen und Mustern zu suchen. Es geht darum »von einem ›induktiven‹ Prinzip [ausgehend] erst einmal in der Empirie nach möglichen Zusammenhängen [zu suchen], die dann zu theoretischen Annahmen weiterentwickelt werden« (ARNOLD 1998, S. 7). Die Interviews erfolgten telefonisch. Die Mitschnitte wurden wörtlich in literarischer Umschrift transkribiert (MAYRING 2001, S. 70f.). Die Stichprobenauswahl erfolgte eher als »open sampling« (vgl. FRIEBERTSHÄUSER 2007, S. 5). Es nahmen neun Klinikmitarbeitende (vier Männer und fünf Frauen) an der Untersuchung teil. Alle gehören dem Sozialdienst der Klinik an und sind Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder Pädagogen. Außerdem führte ich mit zehn ständigen Mitgliedern der Hilfeplankonferenzen (Männern wie Frauen) Telefoninterviews. Davon gehören acht zu den Leistungserbringern, zwei waren mit Koordinatorfunktion bei der Kommune beschäftigt. Darüber hinaus wurden zwei frühere Mitglieder, die Mitglieder des Leitungsgremiums waren und die Hilfeplankonferenzen lediglich beobachteten, interviewt.

Ausgewählte Ergebnisse aus den Interviews

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass einige Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter die Hilfeplankonferenz klar ablehnen, während andere sie befürworten, auch wenn sie sich vereinzelt Änderungen wünschen. Vonseiten der anderen Teilnehmenden wird häufig geäußert, dass man sich eine ärztliche Teilnahme wünsche. Die ärztliche Teilnahme soll aber kein Ersatz für die Teilnahme des Sozialdienstes sein: »Nee, nee, es ist eigentlich eindeutig, ein eindeutiges Votum, dass die Klinikmitarbeiter weiterhin präsent sein sollen, dass sie eine wichtige Rolle haben und dass [es] eben auch diese zwei Kategorien von Klinikmitarbeitern gibt, in dem Fall, nämlich die ärztliche Sichtweise und der Kliniksozialdienst [, der] als solcher natürlich eine ganz wichtige,

Weichen stellende Position hat.« (Weiß, Zeile 146 ff.) Wie hier werden auch im Folgenden Zitate aus den Transkripten genutzt. Die Namen der Teilnehmenden sind aus datenschutzrechtlichen Gründen geändert worden. Die Interviews mit den Mitarbeitenden der Kliniken wurden mit den Buchstaben A bis I und die Interviews mit den anderen ständigen Mitgliedern der Hilfeplankonferenzen mit Farbwörtern kodiert. Die Interviews mit den Beobachtenden der Hilfeplankonferenzen wurden mit den Ziffern 1 und 2 verschlüsselt (vgl. SPERBER 2011).

Eine Beobachterin der Hilfeplankonferenzen wünschte sich die ärztliche Fachkompetenz ausdrücklich als Aufgabe der ständigen Vertreter der Klinik in der Hilfeplankonferenz: »[...] da noch mal wirklich von der ärztlichen Seite draufzuschauen, auf die Hilfeplanung, was sinnig ist, was nicht sinnig ist aus Behandler-Sicht, ne, gerade wenn es so auch um [...] Wechsel von Bezugspersonen oder so weiter geht, ne, wo man [...] vom Krankheitsbild her, denke ich, viel sagen kann, warum das vermeidet [sic] werden sollte.« (2, Zeile 96 ff.)

In einigen Regionen, in denen die Klinikmitarbeitenden bereits seit Jahren tätig sind, werden sie als »wandelnde Krankengeschichtsbücher« (Blau, Zeile 19) beschrieben, die sehr viele Menschen kennen, die in der Hilfeplankonferenz vorgestellt werden (vgl. GRAU, Zeile 165; C, Zeile 41 ff.) und durch diesen »Wissensschatz« (Orange, Zeile 97 ff.) die Schilderungen anderer illustrieren können.

Einstellung und Haltung von Klinikmitarbeitenden zu wichtigen konzeptionellen Grundlagen von Hilfeplankonferenzen

Die umfassende Ablehnung einiger Interviewpersonen wird in folgenden Aussagen deutlich:

»Da gibt's ganz ehrlich keinen [Sinn in der Hilfeplankonferenz]« (I, Zeile 234). »Inzwischen mache ich gar keinen IPRP mehr, sag ich ganz ehrlich.« (Ebd., Zeile 265) »Dann gibt's aber auch die Ausnahmen, die [...] die Hilfeplankonferenz gar nicht wollen, weil die sich sagen, wir lassen uns doch nicht in die Suppe spucken oder wir wollen unseren eigenen Brei machen.« (G, Zeile 310 ff.) »Also für mich ist die Hilfeplankonferenz so eine relativ sinnlose, arbeitsaufwendige Organisation, wenn die fachliche Einschätzung, die machen eigentlich die Klinikmitarbeiter, die vor Ort sind, das dann zu überlegen: Wohin geht

der Mensch, in welche Einrichtung jetzt? Ich finde da sollte man keine wildfremden Leute mit einbinden, sondern den Patienten, die Angehörigen und die Leute, die ihn kennen und die mit ihm zusammen halt die Therapie gemacht haben im Klinikaufenthalt. Weiß ich jetzt nicht, was das irgendwelche fremden Leute angeht.« (E, Zeile 249 ff.) »Also es gibt ja durchaus Klinikmitarbeiter, welche, die so an der Peripherie sind, die vielleicht ab und zu jemanden vorstellen müssen, da gibt's manche, die die Hilfeplankonferenz völlig blöd finden.« (Blau, Zeile 120 ff.) »Das ist nur noch eine formale Ebene, weil das so eingeführt ist, eigentlich könnten wir uns das schenken.« (H, Zeile 320 f.) (Vgl. auch A, Zeile 78 f.; E, Zeile 63; I, Zeile 28 ff.)

Es gibt auch abgeschwächte Formen der Ablehnung:

»Auf der anderen Seite kann es [die Hilfeplankonferenz] aber genauso gut auch mal als Last erlebt werden. Um es nur mal so zu umschreiben.« (2, Zeile 38 f.): »Man kam sich auch bevormundet vor, weil [...] in der Regel [...] habe ich mir schon ganz viele Dinge vorher überlegt und dass man das an sich nicht so gerne braucht, dass man da dann nochmal die guten Ratschläge bekommt.« (D, Zeile 170 ff.) »Also das [Schreiben der Hilfepläne] ist schon auf starke Ablehnung initial gestoßen. Also, ja ist natürlich Arbeit, eine andere Arbeit als sie sonst hatten und da haben sie sich glaube ich initial, über Jahre sehr gegängelt gefühlt. Und auch oft, sehr spät erst in die Gänge gekommen und so [...]. Sonst gab es schon mal, da war einer vier Monate da, und das war dann wirklich zwei Tage vor Entlasszeitpunkt, wurde [...] der Hilfeplankonferenz ein unausgegorener Hilfeplan vorgestellt, aus dem zu entnehmen war, dass das auch gar nicht richtig mit dem Betroffenen besprochen wurde oder so.« (Orange, Zeile 64 ff.) Einigen Klinikmitarbeitenden wird von anderen Teilnehmenden eine positive Grundeinstellung attestiert, die eine Bandbreite hat von »er steht voll dahinter [hinter der Hilfeplankonferenz]« (Lila, Zeile 162) über »kooperativ« (Rosa, Zeile 5) bis zu »ich würde schon sagen, dass die von ihrer Einstellung her schon da d'accord gehen, was die Hilfeplankonferenz betrifft« (Grau, Zeile 122 ff.). (Vgl. auch Lila, Zeile 229 ff.)

Eine Interviewpartnerin merkt an, dass sie über die Einstellung der Klinikmitarbeiterin in ihrer Hilfeplankonferenz nur Vermutungen anstellen kann und dass die Einstellung von der Rolle überdeckt werden könnte: »Wie ihre innere Haltung zur Hilfeplankonferenz ist, weiß ich nicht [...] das kann durchaus auch anders sein, weil sie war früher auch

nicht-ständiges Mitglied [...] und da war sie eher sehr kritisch [...] sie ist halt jetzt Mitglied und muss jetzt eine andere Rolle erfüllen und [vielleicht ist] die innere Haltung [...] trotzdem eine andere. Das kann ich aber nicht sagen.« (Grün, Zeile 68 ff.)

Es gab auch noch einige Äußerungen, die in keine der Kategorien passen. Das wäre die »fürsorgliche Einstellung der Klinikmitarbeitenden«: »Also, er ist so jemand, von der Haltung her, würde ich schon sagen, der schon eher sehr, sehr fürsorglich ist, der sagt, also [...] es gibt Menschen, die brauchen ganz viel Schutz [...] ansonsten natürlich folgt er schon allen sozial-psychiatrischen Ideen.« (Blau, Zeile 63 ff.)

Regionalisierung

Eine Klinikmitarbeiterin, die der Hilfeplankonferenz sehr ablehnend gegenübersteht, antwortet auf die Frage, warum die Hilfeplankonferenz eingeführt wurde: »Ja, da ging es um – ja, diese schönen Schlagworte, wie »regionale Versorgung«.« (E, Zeile 168) Eine Kollegin kritisiert die Regionalisierung, weil sie damit Patienten nicht außerhalb des Landkreises unterbringen kann, was die Patienten zum Teil wünschen würden, obwohl es die Hilfen auch im Landkreis gibt: »Es gibt Probleme, wenn wir irgendwo zum Beispiel eine Einrichtung außerhalb des Landkreises für denjenigen auswählen, aus irgendeinem Grund, dann gibt's schon Riesenprobleme, weil mir dann der Kostenträger oder die Hilfeplankonferenz schon sagt: Nee, der muss im Landkreis bleiben.« (I, Zeile 166 ff.) Über eine Ärztin wird berichtet: »Die Kollegin hat eben gleich an eine Leistung gedacht, also die ist zwar gut, aber dass die Leistung hier am Ort sein soll, das war für sie kein Thema.« (Braun, Zeile 31 f.)

Dass die regionale Versorgung schwierig sein kann, wenn die passenden Hilfen nicht angeboten werden, sieht auch ein anderer Klinikmitarbeiter: »Manchmal habe ich so den Eindruck, wir sind ganz froh mit dem, wie wir jemanden versorgt haben, aber es hat so etwas den Touch manchmal, weil wir noch nichts Besseres haben.« (F, Zeile 48 ff.) Dahinter steht aber der Wunsch, die regionale Versorgung zu verbessern, und nicht der Ansatz, die Forderung nach Regionalisierung zurückzuweisen.

Eine positive Einschätzung zu den Klinikmitarbeitenden und der Regionalisierung gab es aber auch noch: »Was sehr positiv ist bei den

Kliniksozialdienstlern ist, dass die aufgrund ihrer Vermittlung aus der Klinik, immer einen sehr aktuellen und sehr guten Überblick haben über die unterschiedlichsten Angebote im Landkreis, und dann dort auch sehr hilfreich sind, was so die ja die Passung von Hilfe und Klient angeht.« (Weiß, Zeile 38 ff.)

Ambulantisierung

Ein weiterer Grundgedanke der Hilfeplankonferenz ist die Förderung der ambulanten Versorgung. Diese Forderung nach Ambulantisierung scheint für Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter etwas zweischneidig zu sein: »Am Anfang haben wir das schon aufgenommen [...] weg von den stationären Einrichtungen hin zu ambulanten Einrichtungen, dem konnten wir natürlich ganz viel abgewinnen, aber man darf nicht übersehen, dass wir auch sehr schwache Patienten haben, die feste Strukturen brauchen, bis dahin auch zu geschlossenen Türen und festen Strukturen bis, ja, bis in die Einzelheiten des Alltags und da sind geschlossene Einrichtungen einfach auch notwendig und wie gesagt, dadurch dass die Krankheitsbilder sich auch verändert haben [häufiger Doppeldiagnosen, Sucht und psychiatrische Erkrankung bei immer jüngeren Patientinnen und Patienten], sind immer mehr notwendig geworden.« (G, Zeile 185 ff.) Diese eingeschränkte Unterstützung der Forderung nach Ambulantisierung scheint mit den Besonderheiten der Klinik zu tun zu haben.

Ressourcenorientierung

Mitglieder der Hilfeplankonferenz, die nicht aus der Klinik kommen, beschreiben, dass Ressourcenorientierung, also der Fokus auf Fähigkeiten und Copingmöglichkeiten der oder des Klienten, auf vorhandene soziale Unterstützung und bestehende, hilfreiche Beziehungen, für Klinikmitarbeitende sehr schwierig sei, da sie die Hilfesuchenden ja nur als Betroffene in der akuten Krankheitsphase und in einem sehr speziellen Setting kennenlernen, in dem Ressourcen schwer zu sehen sind: »Ein ganz wichtiger Punkt ist, dass [...] die Fähigkeiten und die Ressourcen eines Patienten im klinischen Bereich kaum beurteilt werden können, weil [...] ich kann gar nicht sehen, ob er mit dem Frühstück machen zurechtkommt, oder ob er einkaufen kann [...] Also es

sind bestimmte Lebensbereiche, die kann die stationäre Psychiatrie kaum beurteilen.« (Rot, Zeile 38 ff.) Zum Teil würden Klinikmitarbeitende aufgrund ihres Erlebens der Patientinnen und Patienten sogar eher zu einer Pathologieorientierung neigen: »Er kennt natürlich nur die Pathologie, also er kennt [...] die Menschen also da aus persönlichem Ansehen [...], kennt er natürlich nur die kranken Phasen. Deswegen sehe ich natürlich immer so diesen Blick auf die Ressourcen, also was kann der denn alles, wie hat der denn in der Zwischenzeit seinen Alltag bewältigt [...] darüber weiß er natürlich nur aus zweiter Hand. Also aus eigenem Ansehen ist immer diese, also das illustriert eher die Pathologie.« (Blau, Zeile 28 ff.)

Personenzentrierung

»Beim personenzentrierten Ansatz geht es darum, mit dem psychisch erkrankten Menschen gemeinsam den individuellen Hilfebedarf festzustellen und dann ein passendes Hilfspaket zu organisieren, möglichst im gewohnten Lebensfeld des psychisch kranken Menschen und unter möglichst ›normalen‹ Bedingungen; das heißt weitgehend außerhalb von Spezialeinrichtungen für psychisch Kranke.« (APK 2004, S. 12)

Was sich hinter dem Begriff Personenzentrierung in der individuellen Hilfeplanung verbirgt, wird von den Interviewpersonen sehr unterschiedlich definiert. Eine Sozialarbeiterin erläutert, dass Personenzentrierung bedeutet, dass die Klientinnen und Klienten sich für eine Einrichtung entscheiden und dass die Hilfeplankonferenz da kein Veto-Recht hat: »[Viele Vorsteller] sind eher unglücklich drüber, weil [...] da in dem Gremium, [das] den Patienten halt nicht kennt, was die ganze Situation nicht kennt, innerhalb von kurzer Zeit, über einen Menschen [entschieden wird], wo wir der Meinung sind: A [sic] wo bleibt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten? Hat der nicht das Recht sich zwei Einrichtungen oder drei anzugucken, ob die passen und dann zu sagen, aber da würde ich gerne hin?« (E, Zeile 56 ff.) Ihr Vorschlag sei »alle Routineverfahren, die nimmt man nicht in die Hilfeplankonferenz« (E, Zeile 300 ff.). In der Hilfeplankonferenz sieht sie nur die »wirklich kritischen Fälle, die schwierigen Fälle, wo jetzt zum Beispiel die Klinik auch mal nicht weiter weiß oder wo man sich sehr unsicher ist [...] also wenn wirklich Schwierigkeiten auftreten, die jetzt im normalen Klinikalltag nicht gelöst werden können, wenn nicht das

Routineprogramm sozusagen greift« (E, Zeile 300 ff.). Die Forderung des IBRP, die Patientinnen und Patienten bei der Hilfeplanung zu beteiligen, sei bei ihren Patientinnen und Patienten nicht umsetzbar. Im Sinne der Definition von Personenzentrierung, die dem IBRP beispielsweise zugrunde liegt, sehen die Interviewpersonen große Unterschiede zwischen Kliniken oder Klinikmitarbeitenden: »Es gibt Kliniken, die gerade den personenzentrierten Ansatz [...] richtig mittragen und auch in den Hilfeplankonferenzen entsprechend mitgestalten, auf der anderen Seite gibt es auch [...] Kliniken, wo das, ich sage mal eher schleppend passiert und dann auch die Beteiligung vielleicht in der Hilfeplankonferenz dann nicht so ist, wie es vielleicht gewünscht wäre, für eine integrierte Hilfeplanung.« (2, Zeile 9 ff.) »Also für den Sozialarbeiter ist der personenzentrierte Ansatz notwendig und selbstverständlich und bei den Ärzten spielt, glaube ich, die Kostenfrage eine größere Rolle.« (Braun, Zeile 78 f.) Es gibt Lob für die Klinikmitarbeitenden, die hinter den Anliegen der Patientinnen und Patienten stehen würden und weniger institutionsorientiert seien, sondern da freier denken und handeln (Lila, Zeile 34 ff.) und Kritik, dass einige Klinikmitarbeitenden noch nicht begreifen würden, dass die Ziele und Maßnahmen, die sie in den Hilfeplan schreiben, »im Grunde genommen, den jeweiligen Arbeitsauftrag für die Mitarbeiter der Nachsorgeeinrichtung auch [...] beinhalten sollten« (Rot, Zeile 208 f.) und dass die »individuelle Hilfeplanung [...] nicht mehr davon ausgeht, hier drei Diagnosen, der braucht das und das« (Gelb, Zeile 23 f.).

Ein Klinikmitarbeiter meint, die Vorstellungen in der Hilfeplankonferenz seien viel patientenorientierter als beispielsweise die Einzelvorstellungen in passenden Einrichtungen früher: »Früher war es so, dass wir in die Einrichtungen gegangen sind und da ist immer das Gefühl rübergekommen, wir haben unser Angebot, wir haben unsere Konzeption und damit habt ihr klarzukommen, jetzt gehen wir in ein Gremium rein, wo wir den Patienten und seine Biografie und seinen ganzen Werdegang darstellen und das sehr viel patientenorientierter abläuft.« (G, Zeile 27 ff.) Eine Klinikmitarbeiterin fordert aber auch eine stärkere Flexibilisierung der Einrichtungen: »Ich hätte mir gewünscht [...] mehr, was können wir als Einrichtung anbieten, also so von dem her gedacht, das wäre [...] dann gut gewesen.« (A, Zeile 95 ff.) Eine Interviewpartnerin relativiert die Erwartungen an die Forderung nach Personenorientierung: »Also, diesen Wunschtraum, dass jemand insti-

tutionsunabhängig die Planung macht, das ist einfach, denke ich, wäre es mir, ein großer Wunschtraum, aber völlig unrealistisch, das umzusetzen. Versuche ich dem im Moment jedenfalls nicht weiter nachzuhängen.« (Orange, Zeile 336 ff.) »Und in so Fallkonferenzen, wenn man dann mit den Leuten ins Gespräch kommt, also habe ich halt so erlebt, dass man so Leute auch mit psychotischen Erkrankungen, die so weitgehend, aber nicht 100 % remittiert waren, die dann auch so anderthalb Stunden durchgestanden haben, in der großen Runde viel, möglichst aktiv einbezogen waren, da habe ich von zweien, also auch mal die Rückmeldung gekriegt, also wissen Sie mir hat jetzt zum ersten Mal einer richtig zugehört, ja? Also ich denke, [dass] das im allerbesten Fall für die Kliniken vielleicht auch ein Vorbild sein könnte, wie man die Leute noch mal persönlich ernster nimmt, für ihre weitere Planung.« (Orange, Zeile 375 ff.)

Kooperationsthemen

Gemeinsame Verantwortung

Wenn ein gemeindepsychiatrischer Verbund besteht und die Klinik Teil dieses Verbundes ist und wenn dieser Verbund sich zur regionalen Versorgungsverpflichtung bekennt, ist von einer gemeinsamen Verantwortung auszugehen.

Tatsächlich ist es so, dass von den Klinikmitarbeiterinnen die gemeinsame Verantwortung entweder nicht erwähnt oder direkt abgelehnt wurde. Drei der Hilfeplankonferenz sehr ablehnend begegnende Sozialarbeiterinnen sehen keine gemeinsame Verantwortung mit den anderen gemeindepsychiatrischen Akteuren. Die Teilnehmenden der Hilfeplankonferenz, die nicht in der Klinik arbeiten, wurden während des Interviews direkt gefragt, welche Einstellung sie sich von den Klinikmitarbeitenden wünschen, sodass es hier mehr Äußerungen gibt. Die gemeinsame Verantwortung wurde oft genannt. »Teilweise ist [es] auch so, wenn jemand vorgestellt wird, wo die abgebende Station nicht weiß, was passiert, [...] da ist es dann eher wieder entlastend. Weil die ja dann auch erfahren, es gibt ein großes Gremium, was sich einfach Mühe gibt, für irgendjemanden einen Platz zu finden, was die Station allein nicht kann. [...] Wir haben ja diese Versorgungsverpflichtung,

und das ist dann letztendlich schon ein Netz auch für Klinikmitarbeiter.« (Grün, Zeile 54 ff.) (Vgl. auch Blau, Zeile 128 ff.)

Die Kliniken würden die gemeinsame Verantwortung aber noch nicht alle begreifen: »Da glauben manche immer noch, dass sozusagen dort der Gegner sitzt, und nicht, dass ich demjenigen, von dem ich etwas will, den Hilfebedarf für unsere Klienten, für unsere Rehabilitanden näher bringen muss.« (Gelb, Zeile 12 ff.) Eine andere Interviewperson sieht das Problem des fehlenden gemeinsamen Verantwortungsgefühles auch bei den Kostenträgern: »Auch wenn das hehre Ziel war, wir backen da jemandem was, das habe ich immer ganz gerne gesagt, wir können halt jetzt doch nicht backen, weil man hat immer noch das Problem, dass die Kostenträger einfach nicht zusammenkommen. Dass wir immer noch in Töpfen denken, z.B. die Krankenkassen, die Eingliederungshilfe, entweder Hopp oder Top [...] dass die mal zusammen was backen können [...] das haben sie noch nicht geschafft, finde ich bedauerlich.« (Grau, Zeile 292 ff.)

Das Interesse an Platzbelegung

In den Interviews der anderen Teilnehmenden wurde deutlich, dass die Hilfeplankonferenz in der Wahrnehmung vieler Klinikmitarbeitenden an Bedeutung gewonnen hat, auch wenn dies zum Teil ein langer Prozess war. »Also ich habe inzwischen das Gefühl, dass das für die [Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter als] wichtig und notwendig gesehen wird, da zu sein, als Vertreter in der Hilfeplankonferenz. Ich hatte das Gefühl, dass es eines langen, ich weiß nicht [lacht] Erziehungsauftrages bedurft hat, bis es für die selbstverständlich war, diese Hilfepläne zu schreiben.« (Orange, Zeile 61 ff.) (Vgl. auch Grau, Zeile 199 ff.)

Berichtet wurde auch über eine abwertende Grundhaltung oder fehlende Sensibilität: »Also es gibt einfach Klinikmitarbeiter, die wenn sie [...] ihren Klienten [...] vorstellen, dass die halt in seiner Anwesenheit, wirklich in ja sehr abwertender Weise über die Pathologie des Betreffenden sprechen.« (Blau, Zeile 219 ff.) (Vgl. auch Orange, Zeile 88 ff.)

Als Wunsch für die innere Haltung der Klinikmitarbeitenden äußerten die anderen Teilnehmenden Offenheit und das Erleben der eigenen Freiheit (vgl. Grün, Zeile 93; Lila, Zeile 115 ff.) und dass sie begreifen »was für ein Gedanke hinter dem IBRP steckt« (Gelb, Zeile 5).

Besonderheiten von Kliniken

Die Klinik bietet Rahmenbedingungen, die nach Meinung der Interviewpersonen Auswirkungen auf die Rolle der Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter haben. Dazu gehören der hierarchische Aufbau der Klinik, der Fokus auf die Akutbehandlung, die kurze Verweildauer und dass die Klinik oft erste Anlaufstelle für neu erkrankte Patientinnen und Patienten ist. Diese Rahmenbedingungen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Die Klinik als Institution ist laut den Beobachtenden der Hilfeplankonferenzen hierarchischer aufgebaut als die ambulanten Anbieter mit einem besonderen Status der Ärztinnen und Ärzte, die nicht mit den Strukturen der ambulanten Anbieter vergleichbar sei: »Hierarchieebenen, die in einer Klinik [...] ausgeprägt sind, einfach ja, weil es verschiedene Berufsbilder sind als in einem komplementären Bereich.« (2, Zeile 181 ff.) Eine Klinikmitarbeiterin erlebt den Status der Klinik so: »Manchmal kommt das schon so an, als wenn die stationäre Klinik, die zwar nur einen Bruchteil im Leben eines psychisch Kranken ausmacht, als wenn wir so, immer noch so, immer noch sag ich, mächtig seien, dabei sind wir das ja gar nicht. Ich meine was sind [...] drei, sechs, zwölf Wochen von einem Jahr? Das ist nichts. Ja? Wir müssen ja auch Ausnahmepunkt sein.« (F, Zeile 155 ff.)

Der Bezug zur Außenwelt und den ambulanten Angeboten würde fehlen, kritisieren einige Teilnehmende der Hilfeplankonferenz: »Also ich habe das Gefühl, dass die Kliniken, genauso wie ich es auch, damals, als ich in der Klinik war, [...] da habe ich mich als der Nabel der Welt gefühlt und vielleicht manchmal auch ganz schön dirigistisch, für die [...] Leute geplant, und da habe ich das Gefühl, das ist in den Kliniken, im Grunde noch unverändert.« (Orange, Zeile 395 ff.)

Klinikmitarbeitende lernen die Patientinnen und Patienten in einer akuten Krankheitsphase kennen und haben während remittierter Phasen oft keinen Kontakt zu ihnen. Dies führt dazu, dass sie die Ressourcen und den Hilfebedarf einer Patientin oder eines Patienten entweder nicht richtig oder zumindest nicht mittelfristig passend einschätzen können: »Wir machen das [den Hilfeplan] immer aus [...] einer Akutphase heraus [...] und das ist [...] so Zieldefinition und was weiß ich, wirklich zu beschreiben ist mitunter einfach nicht, also es bildet kein reales Bild [ab], weil die Patienten einfach in der Akutphase hier bei uns behandelt werden und

natürlich der Blick da auf [...] die Einschränkung und Probleme und den Bedarf gefärbt ist von der psychischen Verfassung und dass wir gesagt haben, manche Bedarfe haben sich dann im Nachhinein [...] nach psychischer Stabilisierung dann auch als gar nicht mehr so in dem Umfang als erforderlich [gezeigt].« (H, Zeile 174 ff.) (Vgl. auch Blau, Zeile 10 ff., 28 ff.; Rot, Zeile 44 f., 275 ff.)

Die immer kürzeren durchschnittlichen Verweildauern von 21 bis 30 Tagen in den Kliniken (die forensischen Abteilungen sind hier im Moment ausgenommen) führten dazu, dass die Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter den Bedarf gar nicht umfassend ermitteln könnten: »Heute haben wir eine durchschnittliche Verweildauer von 28 Tagen oder 27 Tagen. Wenn jetzt heute jemand zur Aufnahme kommt, ein chronischer Patient, und die Vermittlung in eine Einrichtung vorgesehen ist, das muss nicht nur der Reha-Bereich sein, das kann auch eine andere Einrichtung sein, dann hat der Sozialdienstmitarbeiter nicht wie früher die Möglichkeit, in der kurzen Behandlungszeit, sich ein umfassendes Bild zu machen, [...] welcher Bedarf denn vorliegt.« (Rot, Zeile 33 ff.) (Vgl. auch A, Zeile 20 f.; Rot, Zeile 179 ff.) Zum Teil würden aber auch die Sozialdienstmitarbeitende erst gegen Ende des Aufenthaltes in die Behandlung mit einbezogen, sodass wertvolle Zeit verschenkt würde: »Was schwierig ist, ist, dass die Sozialarbeiter oftmals eher so am Ende der Behandlungsphase, der aktuellen, dann wirklich so zum Einsatz kommen.« (Weiß, Zeile 34 f.) (Vgl. auch Orange, Zeile 247 ff.)

Da die Krankenkassen den Aufenthalt in der Klinik nicht mehr zahlen, wenn die Behandlung abgeschlossen ist und »nur noch« ein Versorgungsproblem besteht, stehen die Klinikmitarbeitenden unter Druck, die Patientinnen und Patienten rasch zu entlassen. In manchen Kliniken kommt dieser Druck zunächst bei den Ärztinnen an, die diesen dann an die Sozialarbeiter weitergeben: »Wenn ein Patient in die Klinik kommt [und] sich vielleicht erst nach einer Woche oder zwei Wochen herausstellt, dass er in sein altes soziales Umfeld nicht zurück kann, [...] dann muss eine Alternative gesucht werden und dann sitzen die Krankenkassen den Ärzten schon im Nacken und dann sagt der Stationsarzt zum Sozialarbeiter ›mach mal schnell, dass du eine Nachsorgeeinrichtung findest‹ und der zaubert mal eben schnell einen IHP [individuellen Hilfeplan] zusammen.« (Rot, Zeile 56 ff.) (Vgl. auch I, Zeile 7 ff., 51 ff.; A, Zeile 25 f., 20 f.; Weiß, Zeile 73 ff.)

Auch der Abstand zwischen den Hilfeplankonferenzen passe nicht zu den kurzen Verweildauern in der Klinik: »Also wir haben ja hier eine durchschnittliche Liegezeit von 23 Tagen, die Hilfeplankonferenz tagt alle vier [Wochen], eine Woche muss man im Voraus anmelden, das heißt eigentlich ist dieser Zeitrahmen schon für uns so, dass der unsere Gegebenheiten sprengt, schon das passt nicht rein.« (E, Zeile 33 ff.)

Die Bedeutung der Rollenklarheit von Mitarbeitenden der Klinik in der Hilfeplankonferenz

Alle Klinikmitarbeitenden hatten offenbar keine klaren Anweisungen von ihrer Vorgesetzten oder ihrem Vorgesetzten zur Teilnahme an der Hilfeplankonferenz erhalten. Zwei berichteten, dass sie nicht wüssten, ob die Klinikleitung wirklich ihre Teilnahme an der Hilfeplankonferenz erwartet. Es werde auch nie darüber gesprochen: »Das [die Erwartungen der Klinik an ihre Teilnahme] kann ich ganz schwer einschätzen [...] Das weiß ich gar nicht, ob das so, überhaupt so wirklich anerkannt wird. Also man weiß schon, dass wir [...] da drin sind aber es wird nie gefragt, so von sag mal, berichtet mal, gibt's irgendwas Besonderes.« (F, Zeile 55 ff.) Am konkretesten konnte ein Mitarbeiter einer forensischen Abteilung die Erwartungen der Klinik an ihn beschreiben; er solle die Belange seines Fachbereichs und die Bedürfnisse seiner Patientinnen und Patienten vertreten, passende Nachsorge organisieren und notwendiges Wissen weitertragen, damit möglichst keine Probleme auftreten, die dann auch wieder Arbeit für die forensische Abteilung bedeuten würden (vgl. G, Zeile 120 ff., 134 ff.).

Die anderen wahrgenommenen Erwartungen waren, dass der Sozialdienst alles rund um die Hilfeplankonferenz komplett übernimmt, inklusive Fortbildungen bei neuen Entwicklungen (vgl. B, Zeile 133 ff.) oder dass die Ärzte eine grobe Richtung vorgeben und der Sozialdienst dann für einen schnellen, problemlosen Übergang der Patientin oder des Patienten in eine angemessene Maßnahme sorgt: »Also [dass ich] [...] die Versorgungsmaßnahmen, um die es ging, auch umgesetzt krieg, also nicht, dass ich da wieder zurückkomme und sage, war wohl nichts.« (C, Zeile 65 ff.) (Vgl. auch E, Zeile 125 ff.; I, Zeile 42; Orange, Zeile 150 ff.)

Das Verständnis der Rolle »Koordinierende Bezugsperson« im Verbund

Der IBRP sieht vor, dass bei jeder Hilfeplankonferenz eine koordinierende Bezugsperson bestimmt wird, die Absprachen unter den Hilfebringenden unterstützt und für einen reibungslosen Informationsfluss (z. B. bei Veränderungen der Lebenssituation) sorgt. In einigen Interviews wurde das Thema im Zusammenhang mit Klinikmitarbeitenden besprochen. Ein ambulanter Anbieter berichtete, dass bei ihnen auch Klinikmitarbeitende die Koordination übernehmen würden: »Also wir haben Kliniksozialarbeiter, die die Funktion der koordinierenden Bezugsperson übernommen haben und dann vor dem großen Fragezeichen stehen, wenn dann Klienten den Status des Patienten verlieren [...], sprich, [sie] werden entlassen aus der Klinik und gehen dann in eine Hilfe oder auch nicht, dann findet diese koordinierende Arbeit im Prinzip nicht mehr statt [...] Wenn sie es [die Klinikmitarbeiter die Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson] machen, dass sich auch letztendlich auch [die] Klinikleitungen bewusst sind, was eigentlich an Arbeit auch dran hängt, auch an Verpflichtung, an Verbindlichkeit dranhängt.« (Lila, Zeile 4 ff.) Diese dauerhafte Verantwortung könne die Klinik aktuell vielleicht auch gar nicht übernehmen. Vielleicht könne sie dies noch für Patientinnen und Patienten, die zu den Klinikmitarbeitenden über Hometreatment beispielsweise auch nach der Entlassung sowieso in Kontakt bleiben (vgl. Lila, Zeile 68 ff.).

Eine Beobachterin mehrerer Hilfeplankonferenzen berichtete: »Also ich habe erlebt, dass zum Teil Klinikmitarbeiter noch die Koordination übernehmen, obwohl die Klienten entlassen sind, also dass sie diese koordinierende Bezugsperson weiter sind, einfach weil es, wie es immer so schön heißt, Drehtür-Patienten sind, und es schwierig wäre, die Koordination jetzt einfach in eine andere Hand zu geben [...]. Das funktioniert. Also in den Fällen, die ich jetzt gerade vor Augen habe, funktioniert das sogar gut.« (2, Zeile 122 ff.)

Eine Klinikmitarbeiterin fragte ich (ausgelöst durch die beiden vorstehenden Aussagen), wie es bei ihnen mit den koordinierenden Bezugspersonen laufe: »Ich [muss] zugeben, dass ich dazu bislang recht wenig sagen kann, denn normalerweise würde ich ja sagen, wir Sozialdienst/Klinik sind stärker drin, wenn eine Person nicht versorgt ist, ist sie versorgt, gibt es eine koordinierende Bezugsperson, dann kann diese

koordinierende Bezugsperson ja direkt mit dem Arzt Kontakt aufnehmen, wenn der Patient oder Klient das möchte, also wenn er jetzt hier ist, der Patient, dann sind wir in dem Sinne raus. Das geht etwas an uns vorbei, das krieg ich nicht so mit.« (F, Zeile 298 ff.) Auf meine Nachfrage, ob sie auch die Rolle der koordinierenden Bezugsperson bei Patientinnen und Patienten übernehme, die formell nicht versorgt sind, verneinte sie dies: »Die Person wird entlassen und damit ist die Klinik raus.« (F, Zeile 313 f.)

Zentrale Aufgabe: Erstanträge aus der Klinik

Die Ansprüche an die Erstanträge aus den Kliniken sind unterschiedlich. Bei längerer Zusammenarbeit in der Hilfeplankonferenz ist es so, dass wenn die Patientin oder der Patient nicht sehr lange da war, Hilfepläne aus den Kliniken noch Lücken haben können oder überwiegend aus kurzfristigen Zielen bestehen können (vgl. 2, Zeile 297 ff.). Eine Klinikmitarbeiterin und eine Moderatorin (aus unterschiedlichen Regionen) berichten, dass Anträge von den Klinikmitarbeitenden begonnen werden und dann von den ambulanten »Helfern« fortgeführt und nach drei bis sechs Monaten in der Hilfeplankonferenz erneut vorgestellt werden: »Wir haben auch immer wieder gesagt, wenn einer aus der Klinik kommt [...], gerade wenn es relativ kurzfristig [...] sich entscheidet, was ja doch manchmal ist, es muss kein perfekter Hilfeplan sein [...], dann guckt man halt nach drei Monaten nach.« (Orange, Zeile 249 ff.) »Irgendwie muss es ja dann jemand geben, der das Ding dann weiterschreibt, im Prinzip ist das dann derjenige, der die Hilfe leistet dann, der kriegt dann die von uns begonnenen Unterlagen, den IBRP da und muss es dann halt fortführen.« (H, Zeile 72 ff.)

Zur Vorarbeit vieler Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter gehören die Erhebung des Bedarfs, die Ideensammlung über mögliche passende Hilfen, das Organisieren dieser Hilfen und die Motivierung der Klientin oder des Klienten. Wenn dann die Hilfeplankonferenz andere Vorschläge liefert, verärgert dies einige Klinikmitarbeitende: »Es gab einen Vorlauf, man hat sich einiges überlegt, man hat auch den Patient mühsam, oft mühsam irgendwohin motiviert, und dann kommt diese Hürde der Hilfeplankonferenz.« (A, Zeile 22 ff.) »Das ist ja oft schon manchmal schwierig genug [...] mit dem Patient so einen Weg zu gehen, und [...] den da auch manchmal bei der Stange zu halten, ja und

dann, dann kommt man von da in so 'ne Runde, wo den keiner kennt und die kommen dann wieder mit anderen Ideen und das finde ich einfach nicht konstruktiv.« (A, Zeile 116 ff.) »Dann saß ich da manchmal mit dem Gefühl, sagt mal, was denkt ihr eigentlich, was ich so mache, die ganze letzte Woche, Wochen, ja und was ich mir so überleg.« (A, Zeile 68 f.) (Vgl. auch H, Zeile 92 ff., 185 ff.)

Die zuhörenden und beratenden Teilnehmenden kritisieren dieses Vorgehen beispielsweise, wenn zu umfangreiche Hilfen vorgeschlagen werden (z. B. stationäre Hilfen, wenn vielleicht auch ambulante reichen würden) oder wenn Anbieter solcher Hilfen nicht vorgeschlagen wurden: »99 % ist vorbereitet, also diese reine Lehre der Hilfeplankonferenz, dass man nur den Hilfebedarf schildert, und dann darüber abgestimmt wird und dann die Hilfeplankonferenz beschließt wer die Hilfe macht, das ist bei uns nicht der Fall [...]. Also ich bin persönlich manchmal damit unglücklich, also gerade bei stationären Sachen oder so, weil ich da zur Zeit sehr kritisch gucke, ob wirklich da ein Bedarf ist, und das ist [...] sehr schwierig, wenn die Leute sozusagen darauf geeicht wurden, die werden ja gerade in der Klinik doch manchmal ziemlich bearbeitet, dass sie dann einer stationären Unterbringung zustimmen, und wenn man da als Hilfeplankonferenz sagt, nee, wir finden das nicht plausibel, also das ist schon sehr schwierig. Bei den anderen Sachen, bei ambulanten Hilfen oder so, da ist ja, bei den ambulanten und teilstationären Hilfen ist bei uns die Landschaft relativ übersichtlich, also wer als psychisch Kranker mit einer Nicht-Sucht-Erkrankung eine Hilfe will, da gibt es nur einen Anbieter, der flächendeckend arbeitet [...], wenn die Art der Hilfeform klar ist, dann gibt's bei den Anbietern gar nicht so viel Auswahl, im Grunde, und dann habe ich da auch kein Problem damit.« (Orange, Zeile 288 ff.) Es scheint für die meisten Mitglieder der Hilfeplankonferenz (egal ob aus der Klinik oder nicht) nicht selbstverständlich zu sein, die ambulanten Angebote der Klinik in ihre Überlegungen mit einzubeziehen.

Nur in einem Interview scheint es eine wirkliche Zusammenarbeit zu geben und die PIA-Leistungen werden in der Hilfeplankonferenz angesprochen »wenn das ergänzende Leistungen im komplexen Hilfebedarf sind« (Weiß, Zeile 188). Interviewerin: »Dann erwähnt die Klinik ihren Anteil, den sie in Zukunft leisten möchte, schon auch.« Weiß: »Genau. Das wird auch aktiv eingefordert von den anderen Be-

teiligten, auch hinterfragt, ob da eine PIA-Leistung nicht angemessen [sei].« (Ebd., Zeile 193 ff.)

Viele der Interviewten betonen, dass die Atmosphäre in ihren Hilfeplankonferenzen gut sei, weil man »sich kenne« und viel gemeinsam entwickelt oder viele Systeme der Hilfeplanung gemeinsam durchlebt habe. »Es ist eine wohlwollende Atmosphäre so untereinander, [...] es ist einfach dadurch, dass es ein relativ überschaubarer Rahmen ist, weiß man einfach, mit wem man es zu tun hat, man kennt sich.« (Blau, Zeile 171 ff.) (Vgl. auch B, Zeile 54 ff.; C, Zeile 59 ff.; F, Zeile 45 f.; G, Zeile 114 ff.)

Partizipationskultur: Die Anwesenheit der Patientinnen und Patienten in der Hilfeplankonferenz

Ob Patientinnen und Patienten während der Fallvorstellung in der Hilfeplankonferenz anwesend sind oder nicht, beeinflusst die Rollenbeschreibung der Klinikmitarbeitenden. Außerdem lässt sich an den Äußerungen der Klinikmitarbeitenden zu dem Thema »Teilnahme der Patienten an der Hilfeplankonferenz« auch etwas über ihre Einstellung zur Hilfeplankonferenz ablesen.

So sind einige der Meinung, dass man die Patientinnen und Patienten nicht mitnehmen sollte, weil es für diese zu viel Stress wäre: »Die Vorstellung mit [dem] Patient zusammen [...] [in die Hilfeplankonferenz zu gehen, finden wir] eine ganz schwierige Situation [...] für den Patienten. Also die haben da richtig Angst [...] immer davor gehabt und das war denen total nicht geheuer, das war so unnachvollziehbar.« (A, Zeile 156 ff.) (Vgl. auch Grau, Zeile 184 ff.; C, Zeile 156 ff.; E, Zeile 224 ff.)

Andere Interviewte sind der Meinung, dass durch die Anwesenheit der Klientin oder des Klienten die Diskussionen in der Hilfeplankonferenz ernster und sachlicher werden und dass die Teilnahme der Klientinnen und Klienten wichtig sei. Allerdings ist das Gremium nach Meinung einiger Interviewter oft zu undiszipliniert, worauf die Klinikmitarbeitenden dann immer wieder hinwiesen (vgl. Grün, Zeile 159 ff., 176 f., 181 ff.; Gelb, Zeile 155 ff.; Weiß, Zeile 131 ff.).

Auch konkrete positive Auswirkungen der Teilnahme wurden benannt, so gebe es weniger Rückfragen, wenn die Klientin oder der Klient dabei ist (D, Zeile 44 ff.), was aber nicht der Grund sei, warum Klinikmitarbeitende ihre Patientinnen und Patienten mitbringen: »[...] sondern meine Idee dabei ist einfach, die Leute sollen wissen, um was es dabei geht. Ja und nicht nur den anonymen Bürokratismus, weil das ist ja ein extrem bürokratisches Verfahren und da [die Patienten] das einerseits nicht als solches [...] erleben, die merken, ich kann da auch selber mich mit einbringen, ich bin nicht nur passives Opfer« (D, Zeile 178 ff.) und es sei auch für die Klientin oder den Klienten entspannter als das frühere »Klinkenputzen« bei verschiedenen Einrichtungen, bis die Klientin oder der Klient einen Platz bekam (G, Zeile 16 ff., 50).

Die Klinikmitarbeitenden hätten, wenn die Patientinnen und Patienten dabei seien, einerseits die Aufgabe, »das Sprachrohr« (H, Zeile 70) für die Patientinnen und Patienten zu sein und »für die Anliegen der Patienten auch [...] gerade[zu]stehen« (Lila, Zeile 23 f.) oder aber auch sowohl die Sicht der Klientin oder des Klienten als auch die eigene vorzustellen, wenn es unterschiedliche Ansichten gibt, und dann die Hilfeplankonferenz entscheiden zu lassen (Rosa, Zeile 33 ff.).

Diskussionskultur: Umgang mit Rückfragen und Diskussion innerhalb der Hilfeplankonferenz

Eine Aufgabe der Hilfeplankonferenz ist es, die Hilfepläne auf Vollständigkeit und Konsistenz zu prüfen, die Angemessenheit der Hilfen zu diskutieren und bei Lücken in der Plausibilität nachzufragen. Es gibt aber unterschiedliche Haltungen dazu, wie kritisch das Gremium sein soll. Auch ob und wie nachgefragt werden soll, wird unterschiedlich beurteilt.

Eine Mehrheit der Interviewpersonen wünscht sich von den anderen Teilnehmenden Offenheit zur konstruktiven Kritik, die jedoch an den Zielen (Plausibilitätsprüfung und Psychiatrieplanung) orientiert sein soll. Rückfragen dürften nicht in Grundsatzdiskussionen ausarten.

Es sollten Fragen gestellt werden können und schlechte Hilfepläne sollten auch kritisch hinterfragt werden, aber das Umstürzen von entwickelten Plänen sei destruktiv (vgl. B, Zeile 106 ff.; C, Zeile 76 ff.; D, Zeile 99 ff.; F, Zeile 95 ff.).

Problematisch werde es, wenn der Hilfeplankonferenz der Ruf voraus-eile, alles besser zu wissen als die »Vorsteller«, denn dann stünden die vorstellenden Klinikmitarbeitenden stark unter Stress (Grün, Zeile 6 ff.). Hilfreich für die Zusammenarbeit sei es, wenn Hinweise zur Verbesserung der Qualität der Hilfepläne zum Teil auch im Vier-Augen-Gespräch gegeben werden, aber bei manchen »Vorstellern« helfe auch das nichts: »Hier gab es [...] in den Anfängen, dass von dem Koordinator auch vielleicht manchmal vonseiten des Kostenträgers Hinweise kamen, die noch in Richtung Qualität gingen, aber ich fand das war auch berechtigt und dadurch entstand dann auch eine Qualität, das wurde dann weitergereicht, es wurde dann ein Weg gefunden, dass das vielleicht nicht ganz so coram publico ist, dass man das auf irgendeine Art und Weise weitergibt [...], es gibt [...] schon zwei, drei, da kannst du dann zum x-ten Mal, da funktioniert's vielleicht nicht, das soll's auch geben.« (Grau, Zeile 252 ff.)

Einige beklagten, dass manchmal kritisch nachgefragt werde und manchmal nicht, ohne nachvollziehbare Regeln: »Also teilweise wird da bei der einen wird da extrem kritisch nachgefragt [...] bei bestimmten Mitarbeitern, ich weiß auch nicht wofür das da liegt.« (D, Zeile 30 ff.) (Vgl. auch E, Zeile 66 ff.; Rot, Zeile 230 ff.)

Eine Klinikmitarbeiterin sieht ein großes Problem in schwierigen Persönlichkeiten: »Man muss sagen, es steht und fällt mit den Menschen, mit denen man zusammenarbeitet und da gibt es halt ein paar, ja, schwierige dazwischen, die leider aber halt auch an den entscheidenden Stellen was zu sagen haben.« (H, Zeile 261 ff.)

Lösungsstrategien und Lösungsvorschläge

Im Leitfaden wurde allgemein nach Lösungsideen für die Probleme in der Zusammenarbeit mit den Klinikmitarbeitenden (oder von den Klinikmitarbeitenden) in der Hilfeplankonferenz gefragt, aber auch gezielt nach erfolgreichen und nicht erfolgreichen Strategien, die in

der eigenen Hilfeplankonferenz ausprobiert wurden. In den nächsten Abschnitten werden zunächst die erfolgreichen, dann die nicht erfolgreichen und abschließend die sonstigen Lösungsvorschläge dargestellt.

Bei den erfolgreichen Lösungsansätzen für eine gelungene Zusammenarbeit in der Hilfeplankonferenz werden vier Punkte immer wieder genannt:

- Das langjährige Kennen und Zusammenarbeiten;
- ein gemeinsames Raster für die Fallvorstellung, das auch weitgehend eingefordert und in Schulungen vermittelt wird;
- Offenheit zur Kritik und dass diese auf bestimmte Art und Weise geäußert wird, die dem Interviewten annehmbar erscheint und
- die kollektive Bereitschaft der Hilfeplankonferenz, sich ständig anzupassen und zu verändern.

Schulungen, ein gemeinsames Raster für die Fallvorstellung oder Vorgehen bei der Hilfeplanung und die Einhaltung dieser Vorgaben seien allesamt wichtig. »Hier wurde eine ganze Zeit [...] größten Wert auf die Art und Weise der Zielformulierung gelegt, wo dann auch Workshops und entsprechende Schulungen teilweise noch stattgefunden haben. [...] [Das] war hilfreich.« (D, Zeile 203 ff.) (Vgl. auch Gelb, Zeile 174 ff.; Lila, Zeile 323 ff.; Grau, Zeile 260 ff.) »Also da ist der Koordinator von der Hilfeplankonferenz, der arbeitet da ganz heftig dran, der bombardiert also alle Mitglieder, also, so die ständigen sowieso und auch die, die Teilnehmer, die dann jemanden vorstellen, mit ganz genauen Rastern, wie jemand vorzustellen ist. Ja, das heißt, muss ich ja irgendjemanden in der Hilfeplankonferenz anmelden, das heißt irgendwann entsteht auch ein Telefonkontakt mit dem Koordinator, und da bläut er einfach allen Leuten ein, wie sie sich dort zu verhalten haben. Und was sie mitzubringen haben, und wie sie das zu machen haben und so weiter. Und seit der da so, sehr dringlich drauf hinweist und auch wirklich Manuale an die Hand gibt, den Vorstellenden, wird es strukturiert, also, da tut sich was. Und ich denke das ist, in der Richtung, wenn der in der Richtung weiterarbeitet, dann, dann ist das gut.« (Blau, Zeile 190 ff.) (Vgl. auch Rosa, Zeile 102 ff.; Orange, Zeile 181 ff.; Grau, Zeile 252 ff.)

Hilfreiche Grundhaltung für Kooperation

Offenheit aller Beteiligten für Kritik und die Fähigkeit, Rückmeldungen angemessen (also auch im passenden Rahmen) zu äußern, seien wichtige Grundlagen, um Probleme in der Hilfeplankonferenz zu vermeiden, sagen Klinikmitarbeitende und andere Teilnehmende: »[Ein] wichtiger Aspekt ist, dass man sehr offen sein kann. Ja, die Offenheit, die dort an den Tag gelegt wird [...]. Wir streiten auch mal, wir haben auch unterschiedliche Meinungen, wir müssen, wir gehen auch Kompromisse ein, aber letztendlich immer in so einem Maße, dass alle wirklich zufrieden sind.« (G, Zeile 164 ff.) (Vgl. auch Rosa, Zeile 73 ff.) »Dass wir auch uns als Gremium immer wieder reflektieren, also auch mit Rückmeldung von außen, he, dort habt ihr so und so gewirkt, ihr wart ein bisschen unaufmerksam, Nebengespräche oder sonst was.« (Gelb, Zeile 199 ff.) »Dass nie irgendwie ein festes Konstrukt war, sondern sehr innovativ angepasst wurde. Ist auch [...] sehr stark daran gelegen, dass wir über lange Zeit, den gleichen Geschäftsführer hatten und der sich zur Aufgabe gemacht hat, das zu optimieren, sich den Belangen in [XXX] [...] anzupassen.« (G, Zeile 259 ff.)

Reaktanz als mögliche Interpretationsfolie der Ergebnisse

In der Sozialpsychologie wurde von Jack W. Brehm in den Siebzigerjahren erstmals die Reaktanztheorie vorgestellt (BREHM 1966). Reaktanz ist ein negativer motivationaler Zustand, mit dem Menschen auf wahrgenommene Einschränkungen ihrer Freiheit oder auf die Bedrohung ihres Images als autonomes Individuum reagieren (vgl. FREY, IRLE 2002, S. 220). Prinzipiell haben Individuen die Wahl zwischen verschiedenen Verhaltensweisen sowie die Freiheit zu entscheiden, ob sie eine Handlung ausführen oder nicht. Wenn nun ein Mensch wahrnimmt oder vermutet, dass diese Freiheit eingeschränkt wird, dann »entsteht psychische Reaktanz. Reaktanz ist ein motivationaler Spannungszustand, der darauf gerichtet ist, sich der drohenden Einengung zu widersetzen oder nach erfolgter Einengung den ursprünglichen

Verhaltensspielraum wiederzugewinnen« (FISCHER, WISWEDE 2009, S. 374).

Die Stärke der Reaktanz hängt von folgenden Faktoren ab (vgl. ebd., S. 374):

- der Bedeutung der Wahlfreiheit,
- den noch zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen,
- der wahrgenommenen Endgültigkeit der Freiheitseinschränkung,
- der wahrgenommenen Gefahr einer Generalisierung der Einflussnahme und
- der wahrgenommenen Legitimation.

»Reaktanz wird reduziert entweder durch auf Änderung der Situation hin angelegtes Verhalten und im Falle der Erfolglosigkeit/Unmöglichkeit durch kognitive Umstrukturierung.« (Ebd., S. 375)

Die Hilfeplankonferenz schränkt die Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Klinikmitarbeitenden in manchen Bereichen ein. Bisher konnten sie Patientinnen und Patienten in den von ihnen bevorzugten Einrichtungen vorstellen und, wenn Einrichtung und Patientin oder Patient einverstanden waren, die Kostenübernahme beim Kostenträger beantragen. Nun trifft sich die Hilfeplankonferenz direkt oder auch nur indirekt. Beteiligte, die vorher keine Entscheidungskompetenz hatten, können mitreden. Der Hilfebedarf wird von einem größeren Gremium geprüft, und auch andere Anbieter mischen sich in die Hilfeplanung ein. Außerdem gibt es klare Vorgaben, wie die Falldarstellung zu erfolgen hat und welche Termine eingehalten werden müssen. Meine Interviewpersonen haben Reaktanz in ganz unterschiedlichen Ausmaßen erlebt oder beobachtet. So kann die Verhaltensreaktion von offener Ablehnung und dem Versuch, die Hilfeplankonferenz wieder abzuschaffen, bis zur Teilnahme, aber mit innerer Ablehnung, reichen. Die Faktoren, die dies moderieren können, habe ich dargestellt. Klinikmitarbeitende können die Hilfeplankonferenz auch als Erweiterung des Handlungsspielraumes wahrnehmen: »Ich kann dort einen Bedarf vorstellen und die anderen müssen sich etwas einfallen lassen«, »ich kann auf Versorgungslücken hinweisen«.

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Hilfeplankonferenz setzen auf klare Anweisungen, ein einheitliches Schema für die Fallvorstellung, eventuell auch hierarchische Strukturen oder überzeugende Schulungen, um Probleme mit Klinikmitarbeitenden in der Hilfeplankonferenz zu lö-

sen. Einige Klinikmitarbeitende berichten von Variationsmöglichkeiten in ihrer Hilfeplankonferenz oder wünschen sich diese: »Ein schwieriger Hilfeplan, der mehr Diskussionszeitraum braucht als diesen 15-minütigen Zeitraum, da kann man eine halbe Stunde voranmelden. Das ist eine Strategie, die wird ganz selten genutzt, weil man natürlich weiß, wenn man eine halbe Stunde sitzt und es sind mehrere Hilfepläne, die so lange dauern, und das Ganze geht schon über einen recht langen Zeitraum, man ist sehr müde dann am Endes dieser Hilfeplankonferenzen.« (B, Zeile 159 ff.) Auch die Idee, nur für kritische Erstanträge die Hilfeplankonferenz zu bemühen, fand Anhänger: »Für die Antragstellung, für die ich jetzt spreche, mehrheitlich ja, wobei dann wie gesagt die Hilfeplankonferenz denke ich als Folgeinstrument dann, wenn die in der Hilfe sind, um zu gucken, ob das wirklich hilfreich ist, [...] wäre es sinnvoll wirklich zu überprüfen, ob es dann wirklich die angezeigte Hilfe ist.« (H, Zeile 346 ff.) »Ich könnte mir bei uns auch vorstellen, dass so was auch telefonisch gehandhabt wird.« (I, Zeile 104 f.) »Für uns ist es wirklich auch so, dass dieser Takt, einmal im Monat ist viel zu wenig, wir würden uns wünschen, dass das schneller vonstattengeht oder dass es häufiger wäre.« (I, Zeile 142 ff.) »Also, wenn dieses Gremium Hilfeplankonferenz weiter besteht, dann würde ich unbedingt mir wünschen, dass da Leute mit drinsitzen, die Patienteninteressen vertreten: Angehörigengruppenvertreter, Patientenfürsprecher, ich weiß nicht irgendwelche, Stadtseniorenrat, Kreisseniorenrat, irgendwelche Leute, die halt auch den Patienten sehen und auch das Interesse vom Patienten vertreten.« (E, Zeile 241 ff.)

Optionen der Vermeidung von Reaktanz

Notwendige Voraussetzungen hierfür sind, dass das Individuum das Gefühl hat, sich selbst für die Einschränkung seiner Freiheit entscheiden zu haben oder das Gefühl hat, dass es weiterhin alle Freiheiten (vielleicht sogar neue Freiheiten) hat. Es kommt verstärkt zu Reaktanz, wenn Menschen die Hintergründe, warum ihre Freiheit beschnitten werden soll, nicht bereits im Vorfeld so vermittelt wurden, dass sie die Argumente für sich annehmen konnten. Die Reaktanz ist zum Teil öffentlich und zum Teil auch nur privat sichtbar.

Die Interviewpersonen, von denen zwar keiner den Begriff der Reaktanz benutzte, konnten gut beschreiben, wie dieser negative motivationale Zustand vermieden oder verändert werden konnte, und zwar indem die Entscheidungen bezüglich der Hilfeplankonferenz (und damit die Einschränkung der Freiheit) gemeinsam getroffen werden: »[Die Hilfeplankonferenz] immer wieder [...] weiterzuentwickeln und zu merken wo man an Grenzen stößt, und [dass man] das aber gemeinsam bespricht und da halt versucht gemeinsam [!] für die Region spezifische Lösungen zu finden.« (2, Zeile 224 ff.) Die Information über die Hintergründe und Motive im Vorfeld der Einführung der Hilfeplankonferenz sei entscheidend: »Es [ist] wichtig [...], bevor man so was installiert, mit allen ins Gespräch zu kommen, [...] also jetzt so gerade zum Beispiel so eine Projektregion, wo man sagt, wir machen das und dann eine Kooperationsvereinbarung, wie das hier [...] dann unterzeichnet wird, dass man wirklich, äh, vorher einfach sagt, um was es geht und dass das klargemacht wird. Umso weniger das deutlich ist, umso schwieriger wird das, glaube ich, im Nachhinein, oder ist es im Nachhinein, wenn die Projektvereinbarung sage ich jetzt mal unterzeichnet ist, und man jetzt dabei ist, das zu installieren ähm, dann die handelnden Akteure noch mitzuziehen, wenn das vorher nicht klar ist und wenn sie dann erst merken, was das für ein Mehraufwand ist.« (Ebd., Zeile 243 ff.) Wichtig zur Vermeidung von Reaktanz ist auch, dass die Gründe für eine Hilfeplankonferenz innerhalb einer Klinik an alle weitergegeben werden. Die Klinikleitung unterschreibt eine Vereinbarung, aber die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die zur Hilfeplankonferenz sollen, müssen wissen und nachvollziehen können, warum dies auch in ihrem Interesse sein kann: »Wenn die Vereinbarung, wo ja alle Punkte enthalten sind, ja, klar ist, dass es halt auch schwierig ist, wenn es nicht weitergegeben wird, dass man das dann natürlich in der Praxis das entgegenbekommt [...] wenn das nicht [...] auch in den Ebenen in der Einrichtung weitergegeben wird, wird es dann halt schwierig in der Umsetzung [...]. Einfach so [...] eine Transparenz auch in die Einrichtung zu geben, [...] wofür das gut ist [...], also das erleichtert einfach den Prozess, [...] umso mehr man weiß darüber [...], wohin das führen soll, [...] umso einfacher ist es dann auch in der [...] Umsetzung.« (Ebd., Zeile 256 ff.) »Die Art der Entstehung, also dass es einfach so, von oben aufgesetzt war, war schlecht« (A, Zeile 208 f.).

Literatur

- APK (2004): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen. Köln.
- APK (2006 a): Dokumentation im gemeindepsychiatrischen Verbund. Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems. Köln.
- APK (2006 b): Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bericht zum Forschungsprojekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung«. Köln.
- APK; SCHMIDT-ZADEL, R.; KUNZE, H.; PEUKERT, R. (2006 c): Worauf Du Dich verlassen kannst. Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Köln.
- APK; SCHMIDT-ZADEL, R.; KRUCKENBERG, P. (2009): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Köln.
- ARNOLD, D. (1998): Qualitative Forschung. Grounded Theory. Studienbrief im Fernstudiengang Pflege Modul A 11. Jena.
- BREHM, J. W. (1966): A Theory of Psychological Reactance. New York.
- FISCHER, L.; WISWEDE, G. (2009): Grundlagen der Sozialpsychologie. 3., überarbeitete Auflage, München.
- FREY, D.; IRLE, M. (Hg.) (2002): Theorien der Sozialpsychologie. Band III. Motivation-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien. 2., überarbeitete Auflage, Bern.
- FRIEBERTSHÄUSER, B. (2007): Sinn und Ziel qualitativer Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft. Traditionen und Konzepte. Zugangsgeschützter Modultext im Rahmen des Masterstudienprogramms Soziale Arbeit (www.social-maps.de).
- FRIEBERTSHÄUSER, B.; JAKOB, G. (2005): Forschungsmethoden: qualitative. In: OTTO, H.-U.; THIERSCH, H.: Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. 3. Auflage, München, S. 576–591.
- HELFFERICH, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage, Wiesbaden.
- KUNZE, H. (2001): Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquête. In: APK, SCHMIDT-ZADEL, R.: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, S. 103–127. Köln (<http://www.apk-ev.de/publikationen/>)

Band%2027%20Teil%201%2025%20Jahre%20Psychiatrie.pdf
(19.03.2014).

MAYRING, P. (2001): Einführung in die qualitative Sozialforschung.

Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 4. Auflage, Weinheim.

SPERBER, S. (2011): Die Rolle der Klinikmitarbeiter in der Hilfeplan-
konferenz. Unveröffentlichte Masterarbeit.

*Sabine Sperber, Diplom-Psychologin und Psychologische Psychothe-
rapentin für Erwachsene und Kinder und Jugendliche (Verhaltensthe-
rapie). Master in Sozialer Arbeit (Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie).
Seit 2000 zunächst in Heidenheim/Brenz in der Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik tätig. Seit 2001 dort in der Tages-
klinik. Seit 2011 in der Tagesklinik Bernhausen (Klinik für Psychia-
trie, Psychotherapie und Psychosomatik Nürtingen).*

*Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit:
sabine.ferber@gmx.de.*

Qualitätskriterien für Hilfeplankonferenzen aus Sicht der Betroffenen

Judith Ommert und Lisa Reitz

Hilfeplankonferenzen stellen ein wichtiges Instrument für die koordinierte Organisation, Überprüfung und Bestätigung personenzentrierter Hilfen und Unterstützung für Menschen mit psychischen Störungen dar. »Die Hilfeplankonferenz überprüft, ob alle relevanten Lebensbereiche in der Hilfeplanung berücksichtigt wurden, ob die dargestellten Probleme, Ziele und vorgesehenen Hilfen schlüssig erscheinen und ob die Erbringung der vorgesehenen Hilfen sichergestellt ist.« (APK o.J.) Idealerweise sind alle am Hilfeprozess beteiligten Akteure in den Hilfeplankonferenzen vertreten, sodass eine bestmögliche, fallbezogene Abstimmung der erforderlichen Hilfen erfolgen kann (DGPPN 2013). Neben den Leistungsträgern und Leistungserbringern ist vor allem auch die Beteiligung der betroffenen Personen erwünscht. Die Teilnahme von Betroffenen an der Hilfeplankonferenz ist für die Entwicklung eines transparenten, an den subjektiven Bedürfnissen ausgerichteten Hilfe- und Teilhabeplans von großer Bedeutung. Tatsächlich nimmt aber nur ein kleiner Teil der Betroffenen an den Hilfeplankonferenzen statt.

Auch im Main-Kinzig-Kreis liegen die Teilnahmezahlen auf einem insgesamt niedrigen Niveau, auch wenn sie in den letzten Jahren Schwankungen unterworfen waren. In den beiden im Main-Kinzig-Kreis verankerten Hilfeplankonferenzen (in Ost und West) lag die Teilnahmequote im Jahr 2010 bei 34 % der Betroffenen (525 Vorstellungen). Im Jahr 2011 nahmen nur 28 % der Betroffenen an der Hilfeplankonferenz teil (527 Vorstellungen) und 2012 waren wiederum lediglich 34 % der Betroffenen an den 472 Vorstellungen beteiligt. Die geringe Teilnahme wurde in regelmäßigen Abständen zum Gesprächsthema zwischen der Psychiatriekoordination des Main-Kinzig-Kreises und der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz, dem Landeswohlfahrtsver-

band Darmstadt. Im Rahmen dieser Gespräche entstand der Wunsch, die Gründe für die geringe Teilnahme anhand einer Befragung der betroffenen Personen zu untersuchen und hieraus Empfehlungen für eine Erhöhung der Teilnahmezahlen abzuleiten.

Ziele der Studie

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es, Hypothesen zu den Gründen für eine Nichtteilnahme an einer Hilfeplankonferenz zu entwickeln. Aus diesen Hypothesen sollten anschließend Empfehlungen für eine »betroffenenfreundlichere« Hilfeplankonferenz abgeleitet werden. Das übergeordnete Ziel der Studie lag in der Erhöhung der Teilnehmeraten von Betroffenen an der Hilfeplankonferenz.

Zum methodischen Vorgehen

Im Rahmen der Studie sollten Klientinnen und Klienten befragt werden, die in einem Jahr an einer Hilfeplankonferenz (2009 oder 2010) teilgenommen hatten und sich im darauffolgenden Jahr nicht mehr vorgestellt hatten. Für die Stichprobengewinnung erfolgte eine vorab theoretisch festgelegte Fallauswahl mit den folgenden Einschlusskriterien:

- psychische Erkrankung,
- Wohnort im Main-Kinzig-Kreis,
- Begleitung oder Betreuung durch eine Einrichtung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) im Main-Kinzig-Kreis,
- einmalige Teilnahme an der Fallvorstellung in der Hilfeplankonferenz im Jahr 2009/2010,
- keine Teilnahme bei der Wiedervorstellung in der Regel zwei Jahre später,
- Betreuung und Begleitung durch unterschiedliche Leistungsbereiche (z. B. Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur) und Träger im Main-Kinzig-Kreis.

Als einziges Ausschlusskriterium galt das Vorliegen einer Suchterkrankung. Bei der Stichprobenauswahl wurde auf ein ausgewogenes Ge-

schlechterverhältnis sowie auf eine gleiche Personenanzahl aus den Bereichen Ost und West des Main-Kinzig-Kreises geachtet. Aus ethischen Gründen und um die Fremdheitsannahme gewährleisten zu können, wurden nur Betroffene befragt, die den Forscherinnen aus der eigenen Arbeit nicht bekannt waren. Der Zugang zum Feld wurde über die Einrichtungsleiterinnen und -leiter der Institutionen, die koordinierenden Bezugspersonen sowie die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer der Betroffenen hergestellt. Dieser Schritt gestaltete sich sehr schwierig, da sich einige der Betroffenen zum damaligen Zeitpunkt in einer psychosozialen Krisensituation befanden oder aus anderen Gründen nicht an der Studie teilnehmen wollten.

Insgesamt konnten zwölf Betroffene als Teilnehmende der Studie rekrutiert werden. Unter Berücksichtigung der genannten Einschlusskriterien wurden sechs weibliche und sechs männliche Betroffene und – soweit vorhanden – deren gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer kontaktiert, über die Studie informiert und um eine Teilnahme gebeten. Die Betroffenen wurden im Vorfeld über Sinn und Ablauf der Studie, über die Konsequenzenlosigkeit einer Nicht-Teilnahme sowie über die Anonymisierung und den Umgang mit den Daten aufgeklärt. Eine unterschriebene Einverständniserklärung der Teilnehmenden liegt vor. Zudem wurde angeboten, Einsicht in die Ergebnisse der Forschungsarbeit zu nehmen. Die Interviews fanden an Orten statt, die sich die Betroffenen selbst auswählten, wie z. B. in Einrichtungen, bei den Betroffenen zu Hause oder in einem Café. Die Interviewdauer betrug, je nach Betroffener oder Betroffenem, zwischen dreißig und neunzig Minuten. Zum Erfassen des Vorgehens und des Verlaufs wurde über den gesamten Verlauf des Handlungsforschungsprojektes ein Forschungstagebuch geführt. Das Vorgehen war geprägt von unserem zu Beginn der Forschung erstellten Forschungsdesign.

Die Fragestellung wurde mit dem Ansatz der qualitativen Sozialforschung bearbeitet. Qualitative Forschung beschreibt Lebenswelten aus der subjektiven Sichtweise der handelnden Menschen heraus und trägt damit zu einem besseren Verständnis der sozialen Wirklichkeit bei (vgl. FLICK 2010). Zur Erfassung der subjektiven Sicht auf die Hilfeplankonferenz sowie auf die möglichen Gründe für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Hilfeplankonferenz wurde auf das Instrument des leitfadengestützten Interviews zurückgegriffen. Die Entwicklung des Leitfadens orientierte sich an dem von Cornelia Helfferich

vorgestellten SPSS-Prinzip – Sammeln, Prüfen, Sortieren, Summieren (vgl. LAMNEK 2005, S. 365 f.). Der Leitfaden enthielt die folgenden, groben Frageimpulse:

- Sie haben bisher nur ein Mal an der Hilfeplankonferenz teilgenommen. Warum sind Sie beim nächsten Mal nicht mehr hingegangen?
- Wie haben Sie sich in Ihrer ersten Hilfeplankonferenz gefühlt?
- War beziehungsweise ist Ihnen der Auftrag der Hilfeplankonferenz bewusst?
- Wie müsste eine Hilfeplankonferenz aufgebaut sein, damit Sie wieder dorthin gehen würden?

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und vollständig transkribiert sowie anonymisiert. In einem ersten Schritt wurde das Transkript nach groben Themen strukturiert. Aussagekräftige Textpassagen wurden in einem zweiten Schritt feinstrukturell analysiert. Mit einer deduktiv-reduktiven Inhaltsanalyse konnten Ankerzitate identifiziert und Kernaussagen aus den Interviews herausgefiltert werden. Im Anschluss erfolgte eine interpretativ-reduktive Inhaltsanalyse der Aussagen der Betroffenen in Bezug auf eine »betroffenenfreundlichere« Hilfeplankonferenz (vgl. MAYRING, BRUNNER 2010). Schließlich wurden die Ergebnisse in Hypothesen verdichtet und in eine vorläufige Skizze einer aus Betroffenenensicht wünschenswerten Hilfeplankonferenz überführt (vgl. HEINZE 2001, S. 15).

Ergebnisse und Hypothesen

Aus der Sicht der Betroffenen sind die Fragen der Professionellen im Rahmen der Hilfeplankonferenz weder aufdringlich noch ausfragend. Es wurde die Ansicht geäußert, dass in der Hilfeplankonferenz nicht nach Gründen gesucht werde, um eine beantragte Leistung nicht zu bewilligen. Im Gegenteil sprachen die Betroffenen den Professionellen eine wohlwollende Haltung in Bezug auf die Bewilligung der beantragten Leistungen zu.

Hypothese 1: Die Betroffenen nehmen eine wertschätzende Haltung der Professionellen wahr.

Die Betroffenen empfinden die Fragen der Professionellen nicht als ausfragend. Sie haben nicht das Gefühl, dass nach Gründen gesucht

wird, die es begünstigen, eine beantragte Leistung nicht zu bewilligen, im Gegenteil. Den Betroffenen fällt die wohlwollende Haltung in Bezug auf die Bewilligung der beantragten Leistung positiv auf.

25 % der befragten Personen würden sich wünschen, dass die Professionellen ohne Störungen durch Handy, Toilettengang oder Ähnliches ihrer Aufgabe in der Hilfeplankonferenz nachkommen.

Hypothese 2: Die in der Hilfeplankonferenz für die Fallvorstellung zur Verfügung stehende Zeit ist ausreichend.

Die zeitliche Gestaltung der Hilfeplankonferenz wurde von der Mehrheit (n = 8) der Befragten als angemessen beurteilt. Lediglich eine Person gab eine zu kurze Zeitspanne für die Fallvorstellung an. Immerhin jede vierte Person gab an, dass die Zeitpanne für die Fallvorstellung zu lange dauerte.

Hypothese 3: Der formale Ablauf sowie die Atmosphäre der Hilfeplankonferenz bedürfen einer Anpassung an die Bedürfnisse der Betroffenen.

Negative Bewertungen beziehen sich weniger auf den inhaltlichen als vielmehr auf den formellen Ablauf der Hilfeplankonferenz. So wünschen sich einige der befragten Personen, dass die Professionellen ohne Störungen durch Handy oder Toilettengang ihrer Aufgabe in der Hilfeplankonferenz nachkommen. In Bezug auf die Atmosphäre innerhalb der Hilfeplankonferenz wird der Beamer als störend empfunden. Für einige der Betroffenen ist der Raum zu dunkel und die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten könnten besser genutzt werden. Die gesamte Atmosphäre in der Hilfeplankonferenz wird als zu »steif« empfunden. Die Betroffenen wünschen sich die Atmosphäre einfach netter und heimischer, »sodass man mit einem besseren Gefühl da sein« könne. Ein Getränk für den trockenen Mund, gepaart mit mehr Wärme und einer kleineren Runde, sind weitere Wünsche der Betroffenen.

Hypothese 4: Die koordinierende Bezugsperson kommt ihrem Auftrag in der Hilfeplankonferenz aus Betroffenen­sicht nicht immer nach.

Laut Aussagen der befragten Betroffenen ist die Fallvorstellung durch die koordinierende Bezugsperson nicht immer möglich. Im Rahmen der Hilfeplankonferenz von einer unbekannt­ten Person vorgestellt zu werden, kann aus Sicht der Betroffenen allerdings zu Anspannungen führen und wird als negativ erlebt.

Hypothese 5: Die an der Hilfeplankonferenz teilnehmenden Betroffenen sind zu wenig über den Ablauf und den Sinn bezüglich ihrer Teilnahme an ihrer Fallvorstellung in der Hilfeplankonferenz informiert. Entsprechendes Infor-

mationsmaterial zur Hilfeplankonferenz könnte zu einer Steigerung der Teilnahme von Betroffenen an ihrer Fallvorstellung führen.

Lediglich eine Person konnte detailliert den Auftrag der Hilfeplankonferenz beschreiben. Einzelne Inhalte des Auftrages der Hilfeplankonferenz konnten von acht Personen benannt werden, drei Personen machten keine Angaben zu diesem Aspekt. Der überwiegende Teil der Befragten ($n = 11$) äußert einen ungedeckten Informationsbedarf zum Inhalt einer Hilfeplankonferenz. Die Interviewteilnehmerinnen äußerten den Wunsch nach mehr Information zum Ablauf und zu den Hintergründen einer Hilfeplankonferenz. Hilfreich könnte aus Sicht der Betroffenen die Erstellung eines Flyers sein, der die Inhalte vermittelt.

Hypothese 6: Die Etablierung einer Betroffenenvertretung in der Hilfeplankonferenz stellt eine Entlastung für Betroffene im Sinne einer angstfreien Atmosphäre dar.

Die Möglichkeit einer Betroffenenvertretung wird von den befragten Betroffenen als positiv beurteilt. Die Betroffenenvertretung wird als wichtige Instanz benannt, die die Bedürfnisse und Ängste der Betroffenen in Bezug auf die Teilnahme in der Fallvorstellung in der Hilfeplankonferenz nachvollziehen kann und somit Experte in eigener Sache ist. Für die Etablierung einer Betroffenenvertretung und deren Aufgaben wurden im Rahmen der Befragung von den Betroffenen konkrete Vorschläge gemacht: Neben seinem Beisitz im Gremium der Hilfeplankonferenz sollte die Betroffenenvertretung bereits vor der Hilfeplankonferenz Kontakt zu den entsprechenden Betroffenen aufnehmen, um den Auftrag der Hilfeplankonferenz vermitteln zu können, um Ängste zu reduzieren und eventuelle Fragen der oder des Betroffenen zu beantworten. Weiter soll sie zur Teilnahme an der Hilfeplankonferenz motivieren. Eine Betroffene der Befragung könnte sich sehr gut vorstellen, diese Rolle der Betroffenenvertretung zu übernehmen. Es wird als angstreduzierend, hilfreich und unterstützend angesehen, wenn man in der Hilfeplankonferenz neben seiner Bezugsbetreuerin oder seinem Bezugsbetreuer noch eine weitere Person kennt (z. B. Betroffenenvertretung).

Hypothese 7: Einladungsprozess und der Ablauf der Hilfeplankonferenz sind klarer, verbindlicher und betroffenenfreundlicher zu gestalten.

Es werden klarere und verbindlichere Vorstellungstermine in der Hilfeplankonferenz gewünscht, die sich nicht kurzfristig verändern.

Auch sollten die in der Hilfeplankonferenz vorzustellenden Fälle auf einem größeren Zettel bedruckt an der Tür des Raums hängen, in der die Konferenz stattfindet, sodass man auch lesen kann, »wer wann dran ist«. Weiterhin wäre vor Beginn der Hilfeplankonferenz, wenn die Betroffenen noch vor verschlossener Tür warten, ein Glas Wasser wünschenswert, an dem »man sich festhalten kann, um die Nervosität abzubauen«. Wert wird auf eine Begrüßung mit ausführlicher Vorstellungsrunde gelegt, die sich nicht nur auf die Namen, sondern auf die Funktionen der Anwesenden bezieht. Nach der Vorstellungsrunde sollte das Konzept des »Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans« (IBRP) vorgestellt werden und auch der oder dem Betroffenen die Möglichkeit eingeräumt werden, etwas zur Situation zu sagen.

Hypothese 8: Ein kleinerer, den Betroffenen vertrauter Personenkreis als Gremium der Hilfeplankonferenz, gepaart mit Räumlichkeiten im Umfeld der Betroffenen kann sich positiv auf die Teilnahmebereitschaft auswirken. Als optimale Lösung wird aus Sicht der Betroffenen eine Zusammensetzung des Gremiums aus der Bezugsbetreuung, dem Kostenträger, einer Betroffenenvertretung und der oder dem Betroffenen gesehen. Zudem ist es ein Wunsch der Betroffenen, die Hilfeplankonferenz im Umfeld der Betroffenen stattfinden zu lassen, damit den Betroffenen unmittelbar eine Rückzugsmöglichkeit zur Verfügung steht. Ein Teil der befragten Personen (33 %) berichten, große Probleme mit der Anzahl der teilnehmenden Professionellen zu haben. 66 % der Befragten empfinden das Sprechen vor einer großen Runde als problematisch und hemmend.

Hypothese 9: Das Benennen von zu vielen Stärken in der Hilfeplankonferenz wird von den Betroffenen als Risiko erlebt, die beantragten Leistungen nicht bewilligt zu bekommen. Das Wissen um dieses Risiko könnte die Teilnahmebereitschaft senken.

Schließlich wurde das Problem einer zu starken Betonung der Stärken von Betroffenen angesprochen. Dies könnte dazu führen, dass die Kostenträger die beantragte Maßnahme ablehnen, weil kein entsprechender Hilfebedarf erkannt werde. Außerdem berichteten die Betroffenen auch von Ängsten, die Fragen der Professionellen nicht adäquat beantworten zu können.

Skizzierung einer Hilfeplankonferenz aus Sicht der Betroffenen

Die in den Interviews geäußerten Wünsche der Betroffenen hinsichtlich des Ablaufs einer Hilfeplankonferenz wurden in der folgenden Skizze verdichtet:

Vor der Hilfeplankonferenz

- Festlegung der Reihenfolge der Vorstellungen in der Hilfeplankonferenz bereits zwei Wochen vor Beginn der Hilfeplankonferenz. Schriftliche Einladung zur Hilfeplankonferenz in einem angemessenen Zeitraum von ein bis zwei Wochen vor der Hilfeplankonferenz durch den Vorsitzenden. Mit der schriftlichen Einladung sollte ein Flyer oder eine Broschüre mit gesendet werden, die alle wichtigen Informationen über die Hilfeplankonferenz und die Beisitzer (evtl. mit Bild) sowie deren Funktionen beinhaltet. Die Betroffenenvertretung gepaart mit den entsprechenden Kontaktdaten sollte zudem auf dem Flyer enthalten sein.
- Die Betroffenenvertretung sollte die Betroffenen vor der Hilfeplankonferenz kontaktieren und somit Ängste abbauen, noch offene Fragen beantworten und zur Teilnahme motivieren.
- Im Vorfeld sollten die Aufklärung und Informationen über die Hilfeplankonferenz auch von den koordinierenden Bezugspersonen erfolgen.

Gestaltung der Hilfeplankonferenz

- Eine Betroffenenvertretung sollte in Zukunft dauerhaft dem Gremium zur Unterstützung der Betroffenen beisitzen.
- Es sollte deutlich gemacht werden, dass das Benennen von Stärken den Betroffenen nicht zum Nachteil gereicht, sondern dass ihre Ressourcen positiv zu bewerten sind.
- Die Hilfeplankonferenz sollte öfter im näheren räumlichen Umfeld der Betroffenen stattfinden. Ebenfalls wäre über eine kleinere Runde der Beisitzenden nachzudenken, die der oder dem Betroffenen vertraut ist.
- Vor dem Raum der Hilfeplankonferenz sollten Getränke bereitstehen. Die zu besprechenden Fälle sollten gut lesbar an der Tür angebracht

werden. Für den Raum der Hilfeplankonferenz sollte Barrierefreiheit gewährleistet sein.

- Der Raum der Hilfeplankonferenz sollte hell und groß genug sein. Eine optimale Raumnutzung und Sitzordnung sollte gegeben sein (z. B. Betroffener und Bezugsbetreuung nicht an frontal ausgerichteten Plätzen, sondern inmitten des Gremiums).
- Auf eine entspannte Atmosphäre ist zu achten.

Formaler Ablauf der Hilfeplankonferenz

- Es sollte eine Begrüßung mit ausführlicher Vorstellungsrunde erfolgen, die sich nicht nur auf die Namen, sondern auf die Funktionen der Anwesenden bezieht.
- Die in der Hilfeplankonferenz festgelegten 15 Minuten pro Fallvorstellung können beibehalten werden.
- Es sollten nicht nur der Kostenträger und die Psychiatriekoordination das Wort in der Hilfeplankonferenz ergreifen, sondern auch die anderen Beisitzer.
- Betroffene sollten in der Hilfeplankonferenz anwesend sein dürfen, aber auch die Möglichkeit haben, stille Teilnehmende zu sein.

Insgesamt wird die Wertschätzung, die den Betroffenen durch die Professionellen im Verlauf der Hilfeplankonferenz entgegengebracht wird, als positiv erlebt. Dennoch lassen sich aus den oben dargestellten Forschungsergebnissen verschiedene Möglichkeiten für eine »attraktivere« Gestaltung der Hilfeplankonferenz im Main-Kinzig-Kreis aus Sicht der Betroffenen ableiten. Dazu zählt vor allem die Etablierung einer Betroffenenvertretung, die eine Kommunikation auf gleicher Augenhöhe fördern und damit Teilhabe der Betroffenen ermöglichen kann. Ernst zu nehmen sind die Befürchtungen der Betroffenen hinsichtlich eines zu starken Fokus der Stärken, die aus ihrer Sicht die Gewährung spezifischer Hilfen entgegensteht. Die Betroffenen sollten darüber aufgeklärt werden, dass das Benennen von Stärken der Betroffenen sich nicht nachteilig auswirkt, sondern dass die Benennung von Ressourcen zu den »normalen Bestandteilen« einer Hilfeplankonferenz gehört. Weitere, eher leicht umzusetzende Vorschläge beziehen sich auf den formalen Rahmen der Hilfeplankonferenz, wie etwa klare und verbindliche Vorstellungstermine sowie die Bereitstellung von Er-

frischungsgetränken. Wichtig erscheint vor allem auch ein verbessertes Informationsmanagement zu den Zielen und Inhalten der Hilfeplankonferenz.

Positiv zu bewerten ist die gute Zusammenarbeit mit den Betroffenen sowie deren Bereitschaft, unsere Studie zu unterstützen. Ebenso erfreulich war auch die engagierte Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Hilfeplankonferenz. Die Reaktionen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) des Main-Kinzig-Kreises sowie jene der befragten Betroffenen auf die Ergebnisse der Forschungsarbeit waren ebenfalls positiv. Auch wurde hier ein großes Interesse an den Studienergebnissen zum Ausdruck gebracht. Dies wurde durch die hohe Teilnehmendenzahl an der GPV-Sitzung, in der die Forschungsergebnisse dargestellt wurden, deutlich. Gleichzeitig zeigte sich, dass die in der Forschungsarbeit aufgeführten Verbesserungspotenziale teilweise als implizite Kritik verstanden wurden. Es war daher wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass es sich in den Darstellungen der Forschungsarbeit um die Wünsche der Betroffenen handelt, ohne dass diese auf »realistische« Umsetzung überprüft wurden. Sehr erstaunt waren einige Mitgliederinnen und Mitglieder des GPV über die fehlende Basiskommunikation innerhalb des GPV. So stellte sich z. B. heraus, dass der Landeswohlfahrtsverband davon ausging, dass alle Betroffenen eine persönliche Einladung zur Hilfeplankonferenz erhalten. Laut Aussagen der Einrichtungsververtretungen erfolge diese Einladung nicht regelhaft. Auch war die Vertreterin des Landeswohlfahrtsverband sehr überrascht darüber, dass bereits ein Flyer über die Hilfeplankonferenz noch aus Geschäftsführungszeiten des Psychiatriekoordinators bestand, der aber nach dem Wechsel der Geschäftsführung nie wieder verwendet wurde.

Vor dem Hintergrund der von den Betroffenen geäußerten Wünsche wurde vorgeschlagen, eine Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen, die sich mit den Forschungsergebnissen und deren Umsetzung befassen sollte. Inwieweit diese Idee umgesetzt wird, ist derzeit noch offen. Die Autorinnen würden sich freuen, wenn die vorgelegte Forschungsarbeit als konstruktive Kritik und Anregung für die Gestaltung einer partizipationsfördernder und »betroffenenfreundlicheren« Hilfeplankonferenz im Main-Kinzig-Kreis verstanden und einige der oben genannten Aspekte realisiert werden könnten. Vielleicht trug allein die Vorstellung der Ergebnisse bei den Mitgliederinnen und Mitgliedern des GPV, die

ebenfalls als Beisitzer in der Hilfeplankonferenz fungieren, zu kleineren Verhaltensveränderungen bei.

Literatur

- APK (o. J.): <http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=1&bid=23&mod=User> (15.05.2014)
- DGPPN (Hg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin/Heidelberg.
- FLICK, U. (2010): Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage, Hamburg.
- FREIKAMP, U. (2008): Bewertungskriterien für eine qualitative und kritisch-emanzipatorische Sozialforschung, <http://www.kp-trier.de/uploads/Freikamp.pdf> (21.03.2014).
- HEINZE, T. (2001): Qualitative Sozialforschung. Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. München.
- LAMNEK, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. 4., überarbeitete Auflage, Weinheim.
- LENZ, K. (2006): Methoden der empirischen Sozialforschung, http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/philosophische_fakultaet/is/methoden/prof/lehre/unterlagen_ringvorlesung/qm_1.pdf (03.04.2014)
- MAYRING, P.; BRUNNER, E. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: FRIEBERTHÄUSER, B.; LANGER, A.; PRENGEL, A. (Hg): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. Auflage, Weinheim/München, S. 323–334.
- SCHÜTZ, A. (1971–1972): Gesammelte Aufsätze. Band 1–2, Den Haag.

Judith Ommert, geboren 1985 in Bad Soden-Salmünster. Medizinische Fachangestellte und Sozialpädagogin M. A. mit dem Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie. Von 2008 bis 2009 Tätigkeit als koordinierende Bezugsperson in den Tagesstätten für Menschen mit psychischer Erkrankung des BMWK e. V. im Main-Kinzig-Kreis. Seit 2009 Sozialer Dienst zweier Werkstätten für Menschen mit psychischer Erkrankung des BMWK e. V.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit:
judith.ommert@gmail.com.

Lisa Reitz, geboren 1987 in Offenbach am Main. Sozialpädagogin M. A. mit dem Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie. Von 2009 bis 2011 Sozialdienst im Bezirkskrankenhaus Lohr am Main für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Seit 2011 tätig im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamts Main-Kinzig-Kreis.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit:
lisa.reitz@gmx.net.

Kooperation mit gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern in der Gemeindepsychiatrie

Klaus Budinger, Britta Hinz, Momo Sabel und Ariane Sylupp

Viele Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe mit einer psychischen Erkrankung haben aufgrund ihrer Erkrankung eine gerichtlich bestellte Betreuungsperson an ihre Seite gestellt bekommen.

Als Mitarbeitende der Gemeindepsychiatrie (z.B. im ambulant betreuten Wohnen und in stationären Einrichtungen für psychisch erkrankte Menschen) ist eine enge Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuungspersonen der Klientinnen und Klienten notwendig.

Aus der unmittelbaren eigenen Praxis und den Erfahrungen der Verfasserinnen in der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern entstand die Idee, die Zusammenarbeit kritisch zu hinterfragen, da die Zusammenarbeit zwischen den Betreuenden und Mitarbeitenden entsprechender Einrichtungen häufig konfliktbehaftet erscheint. Als These lässt sich zusammenfassen: Die Zusammenarbeit zwischen gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern und Mitarbeitenden diverser Settings für psychisch erkrankte Menschen gestaltet sich schwierig.

Die Unstimmigkeiten oder Konflikte können sich auf Betreuungsprozesse zulasten der Klientinnen und Klienten auswirken. Im Vorfeld der Untersuchung wurden zu dieser Fragestellung zwei Hypothesen gebildet, die näher betrachtet werden sollen. Zum einen, dass es in der Zusammenarbeit dadurch zu Konflikten kommt, dass es unklare Aufgabenbestimmungen beziehungsweise Aufgabenverteilungen gibt. Zum anderen, dass eine vermutlich unzureichende Kommunikation einen Einfluss auf die Qualität der Zusammenarbeit hat. Die Untersuchung zielt auf die Erfahrungen der Mitarbeitenden in ambulanten oder stationären Einrichtungen in der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuungspersonen ab. Anhand von leitfadengestützten Experteninterviews sollen subjektiv Merkmale einer guten Zusammenarbeit,

Bereiche mit Konfliktpotenzial sowie Erwartungen an die Zusammenarbeit erfragt werden. Das Forschungsziel ist, durch das Aufdecken konfliktbehafteter Situationen Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit aufzuzeigen.

Die gewählte Forschungsmethode qualitativer Experteninterviews erschien besonders geeignet, da das Forschungsinteresse auf Denk-, Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmuster, Bewältigungsstrategien oder Selbst- und Weltdeutungen von Menschen abzielt (vgl. FRIEBERTS-HÄUSER 2007). Zur Erforschung der Fragestellung wurden vier leitfadengestützte Experteninterviews mit pädagogischen und medizinischen Mitarbeitenden ambulanter und stationärer Angebote für psychisch erkrankte Menschen geführt.

Drei interviewte Personen verfügen über eine Berufsausbildung (Lehrberuf im Sozial- und Gesundheitswesen) und eine Person absolvierte ein Studium (Sozialwesen). Die Bandbreite der beruflichen Erfahrung im aktuellen Tätigkeitsfeld lag zwischen 7 und 18 Jahren. Jeweils drei Personen sind im stationären Setting tätig (zweimal Wohnheim, einmal Klinik) und eine Person im ambulanten Bereich (ambulant Betreutes Wohnen).

Im Rahmen der Interviews wurde der Kontakt zu gesetzlichen Betreuungen beziffert mit:

- Täglich, bei unbekannter Größe der Patientenzahl (alle gesetzliche Betreuungspersonen);
- regelmäßig, von zwölf Personen sind acht gesetzliche Betreuungspersonen;
- zwei bis dreimal im Monat, bei 18 Personen, jedoch nur acht Personen relevant, davon vier gesetzliche Betreuungspersonen;
- dreimal im Jahr persönlichen Kontakt, telefonisch mehr, bei dreißig »Bewohnern« zu 95 % gesetzliche Betreuungspersonen.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt nach den genutzten Auswertungskategorien und bezieht sich auf das Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp MAYRING (2010).

Subjektives Verständnis über die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung

Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuungsperson wird different argumentiert. Aus Sicht der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (MA) wird dann eine gesetzliche Betreuungsperson notwendig, wenn eine Klientin oder ein Klient nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu vertreten und verschiedene Bereiche ihres beziehungsweise seines Lebens (Finanzen, Gesundheit, Behördenangelegenheiten) vernachlässigt. Die Autorinnen und der Autor dieses Beitrags (im Folgenden »I 1–4« für Interviewer) erachten es als wichtig, dass in diesen Momenten der Vernachlässigung jemand diese Aufgaben übernimmt. Diese Übernahme der Aufgaben soll jedoch im Hintergrund geschehen: »Dass sie noch jemanden im Hintergrund [haben] [...]« (I 4, Zeile 19 ff.). Sie soll nicht die vorrangige pädagogische Arbeit der Mitarbeitenden beeinflussen beziehungsweise ersetzen. Die Betreuungsperson wird als Dienstleister verstanden, der zur Erleichterung der Klientin oder des Klienten, aber auch der eigenen Arbeit eingesetzt wird: »Es kann auch sein, dass die Leute einigermassen klarkommen und das dann eher als Hilfebestellung verstehen [...]« (I 4, Zeile 19 ff.). Eine gesetzliche Betreuungsperson wird dann notwendig, wenn sich der Mitarbeitende nicht auf seine vordergründige Arbeit konzentrieren kann.

Ebenso ist sie notwendig, wenn der Mitarbeitende keinen Handlungsspielraum hat und die Klientin oder den Klienten nicht erreicht: »[...] und aus meiner Sicht auch ne Erleichterung meiner Arbeit« (I 2, Zeile 3 ff.). So wird erwartet, dass bei fehlender Krankheitseinsicht oder Medikamenteneinnahme die gesetzliche Betreuungsperson eine Kontrollfunktion sowie Vertretungsfunktion übernimmt und eventuell gegen den Willen der Klientin oder des Klienten Maßnahmen anordnet, die die weitere Arbeit des Mitarbeitenden erleichtert: »[...] irgendwann eine Gefahr für Leib und Leben besteht und die Klienten einer klinischen Einrichtung zuführen sind [...]« (I 4, Zeile 6 ff.). Ebenso soll eine gesetzliche Betreuungsperson eingesetzt werden, wenn eine Klientin oder ein Klient nicht mehr fähig ist, gesellschaftlich tätig zu werden. Jemand ist demnach gesellschaftsfähig, wenn er die Aufgabengebiete einer gesetzlichen Betreuungsperson selbstständig abdecken

oder erfüllen kann. Zudem wird eine gesetzliche Betreuung bei Eigen- oder Fremdgefährdung aus Sicht des Mitarbeitenden notwendig, zum Schutz anderer wie auch der Klientin oder des Klienten selbst.

Es lässt sich zusammenfassen, dass eine gesetzliche Betreuung als Dienstleistung im Sinne der Klientinnen und Klienten, aber ebenso der Mitarbeitenden betrachtet wird und die vorrangige Aufgabe hat, die Klientinnen und Klienten vor sich und anderen zu schützen sowie sie dazu zu bewegen, die Aufgaben zu übernehmen, die hier als Voraussetzung zur Gesellschaftsfähigkeit betrachtet werden. Im Rahmen des stationären Settings ist auffällig, dass die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuerin oder eines gesetzlichen Betreuers im Zusammenhang mit mangelnder Krankheitseinsicht sowie mangelnder Konsequenz bei der Medikamenteneinnahme betrachtet wird: »Unsere Bewohner zum Beispiel haben oft keine Krankheitseinsicht und gefährden sich oder andere eben.« (I 1, Zeile 10 ff.) Auch hier wird hintergründig eine Erleichterung der eigenen Arbeit angestrebt sowie eine Handlungsohnmacht konstatiert, die ebenso Auswirkungen auf den Kontakt zu den Klientinnen und Klienten hat. Es ergeben sich daraus auch mögliche Handlungskonsequenzen für die Zukunft: Eine gesetzliche Betreuung wird dann angeregt, wenn die eigene Interpretation der Gesellschaftsfähigkeit von der Klientin oder dem Klienten nicht erreicht wird, wenn eine Klientin oder ein Klient sich nicht *compliant* zeigt sowie wenn die Zusammenarbeit mit der Klientin oder dem Klienten sich in vielen Bereichen mit denen einer gesetzlichen Betreuungsperson überschneidet. Diese möglichen Handlungskonsequenzen bergen die Gefahr, dass die Selbstständigkeit einer Klientin oder eines Klienten aberkannt wird und aufgrund des eigenen Anspruchs an die Arbeit nicht gemeinsam mit ihr oder ihm versucht wird, Lösungen zu finden oder eben solche Aufgaben zu übernehmen, um an ihnen zu lernen, sondern dass die Bestellung einer gesetzlichen Betreuungsperson in die Wege geleitet wird (ambulanter Bereich). Im stationären Bereich hingegen haben nahezu fast alle Betreuten eine gesetzliche Betreuungsperson. Eine Betreuung in die Wege zu leiten, ist dort jedoch eher die Ausnahme. Zudem haben die eigenen Gedanken zu der Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuungsperson Einfluss auf die Erwartungen an eine Zusammenarbeit mit eben diesen.

Information und Transparenz über die Aufgaben einer gesetzlichen Betreuungsperson

Bezüglich der Information und Transparenz über die Aufgabenfelder und Zuständigkeiten einer gesetzlichen Betreuungsperson gibt es sowohl Mitarbeiterinnen, die sich als informiert betrachten, als auch Mitarbeiter, denen es nicht klar ist. Diejenigen, die sich selbst als informiert betrachten, haben klare Erwartungshaltungen an die Zuständigkeiten (»Das bedeutet für alle Dinge, die außerhalb der Klinik stattfinden, ist der gesetzliche Betreuer zuständig.« [I 4, Zeile 53 ff.]) als auch an die Zusammenarbeit und gestalten diese auch aktiv: »Also nicht nur mündlich am Telefon vorstellen, sondern wenn ich jetzt neu reinkomme zu sagen, okay, ich wünsche mir das, dass wir uns zu dritt zusammensetzen, dass wir gucken, was liegt an, wer übernimmt was [...].« (I 2, Zeile 89 ff.) Die Zusammenarbeit fördert die Transparenz und den Informationsfluss und es erfolgen Absprachen in Bereichen, die eventuell nicht scharf getrennt sind von den Aufgaben des einzelnen Mitarbeitenden: »Da sind Punkte, die sich überschneiden und ich denke auch, dass das im Grunde ja auch nix Dramatisches ist, vielleicht auch was zu übernehmen, was jetzt in das Aufgabenfeld des anderen gehört [...].« (I 2, Zeile 98 ff.)

Dennoch wird auch von den informierten Mitarbeitenden betont, dass die Zuständigkeiten nicht klar getrennt sind, sich überschneiden und auch Inhalte der Betreuung durch den jeweils anderen Part (Wohnheim, Betreutes Wohnen) sein können.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich selbst als weniger informiert beschreiben, erleben Unsicherheit. Es wird kritisiert, dass Aufgaben der gesetzlichen Betreuungsperson übernommen werden müssen, obwohl der Mitarbeitende angibt, nicht ausreichend informiert zu sein über das Aufgabenfeld des anderen. Trotz des Unwissens über die Aufgaben gibt es hier eine klare Erwartungshaltung, was nicht zu den Aufgaben des Mitarbeitenden zählt: »Naja, es ist ja so, dass wir oft Sachen, die vom Betreuer erledigt werden müssen, dass wir die eigentlich schon übernehmen, das fängt damit an, dass wir die Bekleidungsanträge machen, dass wir Behördengänge regeln, die eigentlich der Betreuer

regeln muss.« (I 3, Zeile 163 ff.) Ebenso verhält es sich andersherum: »Manche gesetzliche Betreuer machen das dann sehr deutlich [lacht], wo das Aufgabenfeld jetzt nicht liegt ihrer Meinung nach.« (I 2, Zeile 23 ff.)

Diejenigen, die sich selbst als informiert betrachten, sind in den Fällen auch auf Informationsfluss und intensive Zusammenarbeit bedacht, sie ergreifen die Initiative bezüglich Informationserhalt und Übersicht und übernehmen im Sinne der Klientin oder des Klienten, wenn es vertretbar ist, auch Aufgaben der gesetzlichen Betreuungsperson und erwarten dies auch von dem anderen Beteiligten: »[...] direkt zu Beginn der Betreuung ein gemeinsames Gespräch sucht und sich auch mit dem Klient zusammensetzt, dem Klient erörtert, wer für was zuständig ist in den Bereichen wo's jetzt vielleicht nicht so klar ist, dass man das aushandelt in dem Moment des Gesprächs, wer welche Bereiche übernehmen kann, was angegangen werden muss, dass auf jeden Fall auch dem Klient ganz bewusst ist, äh, für wen habe ich eigentlich was [...]« (I 2, Zeile 81 ff.). Die Information und Transparenz hat etwas mit dem eigenen Verständnis der eigenen Arbeit zu tun, in diesem Fall der Subjektorientierung. Ebenso wichtig ist die Transparenz für die Klientin oder den Klienten. Transparenz bedeutet ebenso Abgrenzung: »[...] die gesetzliche Betreuung einfach sehr nah dran ist, ähm, was über private Kontakte oder Hilfe im Garten/Haushalt der Betreuung bis hin zu nem gemeinsamen Urlaub gegangen ist [...]« (I 2, Zeile 60 ff.). Wohingegen die weniger Informierten und darüber frustrierten Mitarbeitenden scheinbar wenig Eigeninitiative ergreifen, aber dennoch eine hohe Erwartungshaltung haben, und sich in einem engen Handlungsraum sehen, ohne diese verlassen zu wollen oder zu können: »Es ist oft so nicht, dass viele Betreuer ihre Aufgaben abwälzen und sie nicht übernehmen wollen, was dann immer schwierig wird, und weil wir bestimmte Aufgaben nicht übernehmen dürfen oder Entscheidungen treffen dürfen.« (I 1, Zeile 20 ff.)

Insgesamt scheint eine Unsicherheit gegenüber den Aufgabenbereichen zu bestehen und bei Mitarbeitenden im stationären Setting ein Unwille beziehungsweise Unmut bezüglich der Übernahme von Aufgaben, die der gesetzlichen Betreuungsperson zugeschrieben werden. Auch informierte Mitarbeitende haben Probleme mit der klaren Einordnung. Es sind verschiedene Haltungen zu erkennen, wie mit diesen Unstimmigkeiten umgegangen wird – ein Teil ist frustriert über die Aufga-

benverteilung und den mangelnden Einsatz der gesetzlichen Betreuungsperson, wohingegen andere Mitarbeitende zwecks Klärung und Verteilung die Initiative ergreifen und durch intensive Kommunikation eventuell unklare Bereiche nach individuellem Fall aufteilen und dort auch Aufgaben des anderen übernehmen, bei denen es sinnvoll ist. Insbesondere scheint es im ambulanten Bereich wichtig zu sein, dass auch die Klientin oder der Klient weiß, für welche Aufgaben er wen ansprechen muss, und so eine große Transparenz für alle Beteiligten besteht. Die zugrunde liegende Haltung ist geprägt von bisherigen Erfahrungen, die eventuell Frust produziert haben, und wirken sich ebenso auf die Erwartungshaltung und die Zusammenarbeit aktuell und in der Zukunft aus. Positive Zusammenarbeit wird als effektiv bewertet und fördert eine Offenheit gegenüber der Arbeit des anderen, wohingegen negative Erfahrungen zu einer klaren Erwartungshaltung führen, wo die Zuständigkeiten liegen oder eben auch nicht liegen.

Erwartungen an die Zusammenarbeit und Merkmale einer guten Zusammenarbeit

Alle Befragten betonten in den Interviews die Erwartung, dass ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen den gesetzlichen Betreuungspersonen und den Mitarbeitenden stattfinden sollte. Es wurde in drei Interviews deutlich, dass ein gemeinsames Arbeiten für und mit den zu Betreuenden erwartet wird, ein Mitarbeitender verwendete die passende Bezeichnung »an einem Strang ziehen«: »Hm, die Erwartung der Zusammenarbeit ist, dass man ja, ähm, an einem Strang zieht.« (MA 3, Zeile 44 f.) Es soll miteinander und nicht gegeneinander gearbeitet werden und der Betreute einbezogen werden. Des Weiteren wird erwartet, dass Absprachen Verbindlichkeit haben: »Regelmäßiger Austausch, Informationsweitergabe, aber auch, wenn man den anderen bittet, irgendwie ja Sachen im Bereich zu erledigen, dass das dann auch gemacht wird« (MA 2, Zeile 38 f., verweisend auf Zeile 35 f.). Durch die Transparenz auch gegenüber den Betreuten kann erst eine Akzeptanz einer umfassenden Hilfestellung erreicht werden. Kontrovers wird von einer Mitarbeiterin die Präsenz von gesetzlichen Betreuungspersonen diskutiert. Es wird ein Informationsaustausch

sowie eine Hilfestellung für die Klientin oder den Klienten erwartet, allerdings terminiert und nicht spontan: »Ja, auch bessere Terminierungen und nicht einfach vor der Türe stehen. Ja, auch erwarte ich, dass Gespräche möglich sind und man sich dafür vorher ankündigt. Die Patienten sollten merken, dass auch während des klinischen Aufenthaltes jemand für sie im Hintergrund ist.« (MA 4, Zeile 39 ff.) Dabei scheinen Transparenz und Verbindlichkeit in den Absprachen Unterfaktoren einer gelungenen Kommunikation zu sein. Bei zwei Interviewteilnehmerinnen wurden die gesetzlichen Betreuer in der Rolle des »Informationen Einholens« gesehen. Die gesetzliche Betreuungsperson hat hier die Funktion, dem pädagogischen Mitarbeitenden zuzuarbeiten. Es zeigt sich auch das Bedürfnis einer Interviewteilnehmerin nach Unterstützung durch die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer: »Ich steh dahinter.« Eine andere betont, wie wichtig es für die Betreuten ist, jemanden »im Hintergrund« zu haben, der sich um die Versorgung kümmert. Bei zwei Interviews wird als Merkmal guter Zusammenarbeit die Erreichbarkeit in Krisen und bei Notfällen sehr hoch angesehen.

Konflikte in der Zusammenarbeit

Die Mitarbeitenden betrachten sich als Bittsteller gegenüber Betreuungspersonen. Die Betreuungspersonen beteiligen sich insgesamt zu wenig, bis hin, dass es fast keine Zusammenarbeit gibt. Es besteht ein gefühltes fehlendes Engagement der Betreuungspersonen. Missverständnisse treten auf und führen zu Unmut bei Mitarbeitenden, wenn Dinge auf der Strecke bleiben. Weiter erschwerend ist, dass einzelne Betreuerinnen und Betreuer abweichende Maßstäbe haben. Zudem gibt es einerseits überaus engagierte und interessierte Betreuerinnen und andererseits Betreuer, die die Entscheidungsfreiheit den Mitarbeitenden überlassen: »Oder eben Betreuer die sich letzten Endes nicht so engagieren, für ihre Klienten, äh, äh, kümmern« (MA 3, Zeile 101 ff.). Mitarbeitende sind uninformiert darüber, inwieweit Betreuungspersonen befähigt oder geschult sind und übernehmen infolge des Unwissens dann Aufgaben, die sie eigentlich den Betreuungspersonen zuschreiben. Zum Teil muss man den Betreuerinnen

und Betreuern hartnäckig und mit Druck begegnen, damit diese ihre Dinge erledigen.

Die Betreuerinnen und Betreuer informieren sich nicht hinreichend und suchen zu wenig von sich aus den Kontakt. Kommunikation wird eher seitens der Mitarbeitenden initiiert.

Insgesamt gibt es zu wenige Absprachen und die Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig. Die Terminabsprachen wie auch die Vorankündigung von Besuchen sind ausbaufähig.

Die Kontaktaufnahme gestaltet sich teilweise schwierig. Stark bemängelt wurde, dass Betreuungspersonen zu wenig erreichbar und verfügbar sind. Einige Betreuungspersonen sind ohne Festnetz, beim Handy geht zum Teil nur die Mailbox an. Betreuungspersonen sind vor allem an Feiertagen nicht erreichbar und Informationen erreichen die Betreuungsperson dadurch erst verspätet: »Das sind wie gesagt einmal die Feiertags-Brücken oder ein ganz normales Wochenende. Wenn da was ist, dass ein Betreuer dann nicht zu erreichen ist [...].« (MA 3, Zeile 96 f.). Hier kann vermutet werden, dass das ein Resultat von unklaren Zuständigkeiten beziehungsweise Absprachen ist. Eine Handlungsahnung wird ausdrücklich erwähnt: »[...] wo wir oftmals dann auch von Bewohnern oder Bewohnerinnen so die Rückmeldung kriegen, der kümmert nicht, der kümmert sich nicht, da hab ich so oft angerufen und der meldet sich nicht oder so, und wo wir dann als Mitarbeiter auch manchmal den Eindruck haben, das ist dürftig, das ist sehr mau.« (MA 3, Zeile 102 ff.) Die Betreuungspersonen sind aus Sicht der Mitarbeitenden zu wenig präsent und es gibt zu wenig persönliche Kontakte. Gegenüber den Betreuten kommt es seitens einiger Betreuerinnen und Betreuer zu Nähe/Distanz-Verletzungen. Kontakte gestalten sich teilweise schwierig, da Betreuungspersonen sich entweder kaum kümmern oder zu nah dran sind an den Betreuten. Auch eine fehlende Vertrauensbasis zwischen Betreuten und Betreuungspersonen erschwert den Mitarbeitenden die Zusammenarbeit.

Lösung von Konflikten und Verbesserungsvorschläge

Als einen möglichen Lösungsweg – im Sinne einer Zielführung – wurde das Erledigen von originären Aufgaben der gesetzlichen Betreuungspersonen genannt. Im Sinne, das Notwendige zu veranlassen, um den Bedarfen der Betreuten gerecht zu werden. Hier scheint ein probates Mittel die Hartnäckigkeit unter Zuhilfenahme aller Kommunikationsmöglichkeit zu sein: »Genau, hartnäckig muss man dann halt sein und den Betreuern zwischendurch mal etwas Druck machen, damit die Sachen erledigt werden.« (MA 1, Zeile 83 ff.)

Ein gemeinsames Gespräch zu Beginn der Betreuung zwischen Mitarbeitenden, Betreutem und Betreuungsperson sowie das persönliche Vorstellen der Betreuungsperson wird gewünscht, ebenso, dass Betreuerinnen und Betreuer von sich aus vorbeikommen, Interesse an den Bewohnerinnen und Bewohnern zeigen und ihre Hilfe anbieten. Regelmäßige terminierte Treffen und Gespräche mit den Betreuungspersonen würden den Bewohnerinnen und Bewohnern helfen, aktuellen Handlungsbedarf zu erkennen, das gemeinsame Vorgehen zu planen und die Aufgaben auch im Sinne der Klientin oder des Klienten klar zu verteilen.

Es sollten einerseits vermehrt Fortbildungen für Mitarbeitende und auf der anderen Seite Schulungen für Betreuungspersonen angeboten werden, um die Arbeit des anderen einschätzen zu können, aber auch, um die Bereitschaft auf beiden Seiten zu fördern und Aufgaben des anderen zu übernehmen, wenn es der Betreuungskontext zulässt.

Eine telefonische Erreichbarkeit der Betreuungspersonen auch an Feiertagen wird gewünscht, ebenso wie eine engere Zusammenarbeit mit der ärztlichen Seite. Die Betreuerinnen und Betreuer sollten die Klientinnen und Klienten nicht als Aktenzeichen behandeln, sondern den menschlichen Aspekt stärker im Blick behalten: »Dass wir den jeweiligen Klienten eine gute Chance geben können, ihre Krankheit zu bewältigen beziehungsweise dass diese lernen damit umgehen zu können und von uns und den Betreuern gemeinsam gut unterstützt sind.« (MA 1, Zeile 37 ff.)

Übergreifend ist klar zu erkennen, dass es unklare Aufgabenverteilungen gibt und diese vorwiegend durch mangelnde Kommunikation

verursacht werden. Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen in den verschiedenen Einrichtungen begünstigen die bestehenden Unklarheiten. Es ist auffallend, dass dennoch eine klare Erwartungshaltung – trotz konstatierte Unklarheit bezüglich der Zuständigkeiten – gegenüber gesetzlichen Betreuungspersonen und deren vermeintlichen Aufgabenbereichen besteht. Diese durchaus hohe Erwartungshaltung spiegelt sich auch in der Forderung nach ständiger Erreichbarkeit wider. Die gesetzliche Betreuerin oder der gesetzliche Betreuer wird als Mitarbeiterin beziehungsweise Mitarbeiter im weiteren Sinne verstanden, da sie beziehungsweise er nicht nur zur Entlastung der Klientinnen und Klienten eingesetzt wird, sondern ebenso bewusst zur Erleichterung der eigenen pädagogischen Arbeit und eine Konzentration auf diese dem Mitarbeitenden durchaus bewussten eigenen Aufgaben ermöglichen soll. Die Wünsche der Mitarbeitenden sind umfassend, werden doch eventuell aufgrund von Vorurteilen, Erwartungen und früheren Erfahrungen insgesamt wenig angestoßen und umgesetzt. Hier sind auch Unterschiede zwischen ambulanten Betreuungssettings und stationären Betreuungsformen zu erkennen. Infolge von erfahrener Frustration scheinen die Mitarbeitenden der stationären Bereiche ihre eigene Arbeit stärker einzugrenzen und stoßen wenig Veränderungspotenzial an, sondern stellen resignierte Forderungen an die gesetzliche Betreuungsperson, wohingegen die Mitarbeitenden der ambulanten Settings aufgeschlossener gegenüber den Aufgabenbereichen und auch der Übernahme von Aufgaben zu sein scheinen. Eine Handlungsohnmacht ist dort zu erkennen, wo gesetzliche Betreuung bestimmten Erwartungshorizonten der Mitarbeitenden gegenübertritt und keine weiteren Mitarbeitenden oder Institutionen (wie ambulantes Betreutes Wohnen) im Unterstützerkreis der Klientinnen und Klienten sind. Zurückzuführen sind diese verschiedenen Aspekte durchaus auch auf die differentiellen intrinsischen Haltungen der Mitarbeitenden, die sich auch in den Bezeichnungen der zu Betreuenden äußern: »Bewohner, Patienten oder Klienten wie auch immer sie heißen« (MA 1, Zeile 10f.). Während die Mitarbeiterin aus dem ambulanten Bereich insgesamt auf subjektorientierte Arbeit Wert legt und bei der Bezeichnung »Klient« bleibt, wechseln die anderen Mitarbeitenden zwischen verschiedenen Begrifflichkeiten, die auf eine andere Haltung sowie auf eine bestimmte Rollenverteilung schließen lassen, die weiter zu untersuchen wäre.

Im Kontext weiterer Forschungsfragen wären vergleichbare Interviews mit gesetzlichen Betreuungspersonen durchzuführen. Dabei ist aus unseren Ergebnissen zu berücksichtigen, dass die Berufsgruppen wie auch der Rahmen der Betreuung (Berufsbetreuende, ehrenamtliche Betreuende) eine Rolle bei der Wahrnehmung der Arbeit durch die Mitarbeitenden spielen.

Bereits im Rahmen dieser kleinen Studie kam es seitens der Mitarbeitenden zu vielen Vorschlägen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Parteien. Diese Ergebnisse zu validieren und zu verbreiten, wäre eine lohnenswerte weitere Forschungsaufgabe.

Literatur

BUDINGER, K.; HINZ, B.; SABEL, M.; SYLUPP, A. (2013): Forschungsbericht – Durchführung und Auswertung eines qualitativen problemzentrierten Interviews. Unveröffentlichte Studienarbeit im Modul GP02, HS Fulda.

FRIEBERTSHÄUSER, B. (2007): Sinn und Ziel qualitativer Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft. Traditionen und Konzepte. Zugangsgeschützter Modultext im Rahmen des Masterstudienprogramms Soziale Arbeit, www.social-maps.de.

MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel.

Klaus Budinger, 1962, Diplom-Sozialpädagoge, ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen, Kreis Mettmann.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit: klaus@budinger-online.de.

Britta Hinz, 1986, Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin; Mitarbeiterin im Sozialdienst einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe, Düsseldorf.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit: hinz.britta@web.de.

Momo Sabel, 1989, Sozialarbeiterin B. A., Projekt JuP-Junge Perspektiven: ambulant Betreutes Wohnen für junge psychisch kranke Erwachsene, Wiesbaden.

Kontaktadresse bei Interesse an der vollständigen Forschungsarbeit: Momo.Sabel@gmx.de.

Ariane Sylupp, 1982, Diplom-Sozialverwaltungswirtin in Anstellung als Sozialarbeiterin und Wohnbereichsleitung im vollstationären Wohnheim für psychisch kranke Menschen, Neustadt in Holstein.

Möglichkeiten einer Integrierten Versorgung in der Psychiatrie

Klaus-D. Liedke

Der vorliegende Artikel handelt vom Zusammenwirken psychiatrischer Einrichtungen und Dienste. Das ist nicht ganz so gelungen, wie es Reformerrinnen und Reformer beabsichtigt hatten. Das Hilfesystem ist fragmentiert und schöpft seine Möglichkeiten nicht aus. Integrierte Versorgung ist eine neue Leistungsform der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit den §§ 140 a–d SGB V im Zuge der Gesundheitsreformen in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurden. Der gesetzlichen Krankenversicherung ist es damit möglich, Leistungsverträge auch außerhalb der Regelversorgung zu schließen und so mit den Beteiligten ein verbindliches Zusammenwirken zu arrangieren. Anders gibt es dann keinen Auftrag und kein Geld. Sowieso ist die Zeit reif, das Thema der Koordination und Kooperation psychiatrischer Dienste erneut anzugehen (vgl. SALIZE 2012). Die Probleme sind nämlich eher sogar größer geworden und bestenfalls stehen Institutionen, Fachgesellschaften und Mitglieder der Diskussion heute aufgeschlossener gegenüber. Ob aus Interesse und Einsicht, oder weil es verlangt wird, sei dahin gestellt.

Der erste Abschnitt beginnt mit einem Blick auf den Stand der Dinge. Entwicklungsfortschritte der psychiatrischen Versorgung und bestehende Hemmnisse werden beschrieben sowie allgemeine Aufgaben einer Zusammenarbeit benannt.

Der zweite Abschnitt betrachtet die Kooperationserfordernisse im Einzelnen. Integration ist auf drei Ebenen erforderlich: Verständigung über eine Person, Organisation betrieblicher Einrichtungen, Übergänge sozialrechtlicher Maßnahmen.

Der dritte Abschnitt beschreibt Lösungsansätze der Integrierten Versorgung. Formal ist eine funktionierende Zusammenarbeit zu arrangieren, dazu werden eine gemeinsame Plattform zur Dokumentation und Austausch benötigt, Schulung und Übung.

Der vierte Abschnitt schließt mit den Aussichten der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie, dem Netzwerk psychischer 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. Wichtige 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, das sich mit psychischen Erkrankungen befasst: z. B. gesellschaftliche Einordnung, Krankheitslehre, Therapie sowie Betreuung. Soziale oder *Gemeindepsychiatrie* stellt den Kontext der Gemeinschaft und Umwelt in den Vordergrund, kommunale oder *Sozialpsychiatrie* den fachpolitischen Charakter.

Psychische Erkrankungen sind alle das Denken, Fühlen, Handeln betreffende gesundheitliche Störungen, wie sie in diagnostischen Manualen aufgeführt werden. Bezogen auf Häufigkeit und Schwere der Krankheiten sind es etwa Schizophrenien, affektive (die Stimmung betreffende) Störungen oder 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 gehört psychiatrische *Behandlung* mit vorwiegend therapeutischen Interventionen im Sinne von Genesung und Heilung. Hierzu gehört ebenso *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

gegebenenfalls zugelassen sind. *Maßnahmen* sind einzelne Tätigkeiten wie Sprechstunde, Medikation, Essen und Begleitung.

Der Text ist kein Konzept oder Erfahrungsbericht, eher ein Dialog zwischen Theorie und Praxis. Ausgehend von deutlichen Mängeln im Miteinander der beteiligten Leistungsträger und Einrichtungen will das Modell der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie Fortschritte erzielen, die Behandlung und Betreuung der psychisch kranken und psychosozial beeinträchtigten Menschen verbessern. Das setzt bisherige Errungenschaften voraus, soll neue Wege öffnen und Erkenntnisse bringen. Die Konstruktion ist womöglich schnell entworfen und die Initiative kann durchaus begeistern, die Umsetzung hingegen erweist sich als schwieriger. Das liegt auch daran, dass viele Mittel und Wege für ein erfolgreiches Vorgehen erst noch herauszufinden sind.

Hintergründe: Separierte Versorgung, schwierige Integration

Wenn jemand psychisch erkrankt, ist das nicht nur für die Betroffenen schlimm – sowohl das erste Mal als 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 ist.

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. Psychiaterinnen und Therapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte 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 Expertinnen und Experten sind an Restriktionen gebunden, müssen viele

Fälle und letztlich auch eigene Stimmungen managen. Und sie kennen die oder den Betroffenen und ihre beziehungsweise seine Lebenszusammenhänge weniger als nahestehende 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, irgendeine Hilfeleistung wird gewählt, ein Zustand ertragen, ein Kompromiss gefunden. Richtig zufrieden stellt das nicht.

Ziele der Reformpsychiatrie

Bis zur Mitte der 1960er-Jahre herrschte in der bundesdeutschen Psychiatrie im übertragenen Sinn tiefes Mittelalter. Nach dem Zweiten 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 zurechtzukommen. Es gab Anstalten mit großen Bettensälen, zu wenig (weiß gekleidete) Ärztinnen und zu viele kräftige Pfleger, unbehandelte Patientinnen und 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 diese legte 1975 ihren abschließenden Bericht vor. Darin wurden schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker und Forderungen festgestellt, Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse verlangt und die politische Forderung nach Gleichstellung erhoben (Deutscher Bundestag 1975).

Infolge der katastrophalen Feststellungen durch die Psychiatrie-Enquete wurde ein großes Modellprogramm aufgelegt. Eine Expertenkommission begleitete anschließend die Projekte. Im Abschlussbericht 1988 nannte sie Empfehlungen, die seitdem und bis heute als Ziele einer modernen Psychiatrie-Versorgung gelten. Die Schwerpunkte und der Stand der Umsetzung lassen sich grob wie folgt zusammenfassen (vgl. BMFSFJ 1988):

Grundsätzlich angestrebt wurde eine auf Gebietskörperschaften bezogene, gemeindenahere Versorgung, um das Alltagsleben, die 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 Ärztinnen und Therapeuten ist überall erheblich verbessert worden, auch wenn fehlende Psychiater heute neue Probleme schaffen. Dazu gibt es, allerdings sehr unterschiedlich ausgebildet, Sozialpsychiatrische Dienste.

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 ortsnahen Psychiatriebetten, Fachärztinnen und -ärzten 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. Denn diese würden 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 wie viel davon es geben sollte, keine einheitlichen Verfahren, um passende Bündel psychosozialer Behandlung und Betreuung zu schnüren. Ob Psychiatriepolitik, Sozialwirtschaft oder Einzelfalllösung, es kommt stets unvorhersehbarer als gedacht zustande. Gerade beim Psychiatrieplan ist die Bezeichnung manchmal irreführend, denn dem Inhalt nach handelt es sich um Erhebungen oder Feststellungen, weniger um Planung (vgl. SCHRÄDER et al. 2002). Das ist nicht wirklich erstaunlich, widerspricht nur einem verbreiteten Berufs- und Amtsethos, dass das alles wie gewünscht und gewollt machbar wäre. Dass Hilfeleistungen dennoch oftmals wohl arrangiert oder Versorgungsstrukturen vorbildlich etabliert werden, ist fast ein Wunder. Vermutlich liegt das nur eher daran, dass sich Personen durchsetzen, Ereignisse eintreten und Gelegenheiten genutzt werden. So etwas gelingt selten direktiv gewollt, sondern ist möglich, wenn die Beteiligten ambitioniert vorgehen.

Neue Erkenntnisse und Hoffnung auf Vorankommen

Hält man sich die bisweilen politisch idealistisch gefärbten Vorstellungen der Psychiatrie-Enquete und der Expertenkommission angesichts dessen, was daraus geworden ist, vor Augen, muss man ein bisschen umdenken. 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 abgestimmte 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 sowie psychische Erkrankung und psychosoziale Beeinträchtigung werden zusammen gesehen.

Sollen solche Entwicklungsfortschritte zustande kommen, verlangt dies andere Akzente der Versorgungsplanung und Behandlungssteuerung. Die Leitfragen sind: Wie können Leistungs- 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 Akteurinnen und 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 Überzeugung von Beteiligten zu lenken, sollte man diese Strategie aufgeben.

Üblicherweise übernimmt der Staat die Zuständigkeit für notwendige Versorgungsleistungen, wenn diese nicht durch Bürgerinnen und 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.

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 eventuell Gelegenheiten nutzen, um zur Meinungsbildung beizutragen. Versorgungsträger können sich einstweilen vorteilhaft positionieren, wenn sie die Tücken des Versorgungssystems ken-

nen und unter den gegebenen Bedingungen das Beste für die eigenen Zwecke erreichen. Das entspricht zwar nicht dem eigentlich erstrebenswerten Reifegrad des psychiatrischen Versorgungssystems, aber möglicherweise kristallisieren sich auf diese Weise dann doch irgendwann zukunftsweisende Lösungen heraus.

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 in 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 soll man wünschenswerte Vorstellungen nicht aufgeben. Um alle Facetten einer Psychiatrie-Versorgung im Überblick mit den nötigen Einzelheiten zu sehen, wird ein bekanntes systemisches Konstrukt zugrunde gelegt.

Makroebene: Im großen Gemeinwesen wie in kleineren (kommunalen) Gemeinschaften sind es sozialpolitische und rechtliche Strukturen, Finanzmittel aus Steuern und Kassen, die öffentlichen Hilfeleistungen zugrunde liegen. Die Verfügbarkeit darüber richtet sich nach Zuständigkeit von Leistungsträgern, Anerkennung von Einrichtungen, Finanzausstattung einer Region, Regeln der Inanspruchnahme.

Mesoebene: Hilfeleistungen werden umgesetzt durch Sozial- und Gesundheitsbetriebe als Leistungserbringer. Sie müssen als öffentliche oder private Unternehmen erfolgreich wirtschaften und sich in einem vorgegebenen Rahmen bewegen, bestimmt durch Leistungsformen, Einrichtungen, Maßnahmen. In Erfüllung von Versorgungsaufgaben sind sie zugleich Mittler zum Hilfebedarf einer einzelnen Bürgerin oder eines einzelnen Bürgers.

Mikroebene: Jeder betroffene Mensch, Patientin 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 eine potenzielle Leistungsempfängerin oder ein potenzieller Leistungsempfänger wirklich Bedarf an Hilfeleistung hat, wird subjektiv, methodisch oder instrumentell beurteilt.

Auf der gesellschaftlichen Ebene werden 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 gezogen und sowieso durchlässig, aber sie zeichnen sich zwischen den Akteurinnen und Akteuren, ihren Interessen und ihrem Handeln doch ab. In den folgenden Abschnitten werden diese Sphären näher betrachtet.

Leistungsansprüche folgen dem Sozialrecht

Das Netz der sozialen Sicherung ist in Deutschland seit den Anfängen der Sozialgesetzgebung in vielen Etappen entstanden und umfasst heute diverse Versicherungs-, Vorsorge- und Fürsorgeleistungen. In den 1970er-Jahren wurden die meisten Einzelgesetze in das Sozialgesetzbuch aufgenommen, es umfasst zwölf Bücher. Die Bestimmungen sind reichlich kompliziert, in der Tiefe nur von Expertinnen und Experten zu beherrschen. Anwenderinnen und Anwendern wird der Umgang mit dem sozialen Leistungsrecht zudem erschwert, weil sich sozialpolitische Grundsätze, ökonomische Rahmenbedingungen und Ausführungsbestimmungen ständig ändern. Auch wenn keine umfassende Reorganisation des Gesundheits- und Sozialsystems in Sicht ist, sind Trends zu erkennen. Regelungen im Sozialgesetzbuch relativie-

ren staatliche Leistungserfüllung, bevorzugen privatwirtschaftlichen Wettbewerb, Wohlfahrtspflege und Selbstverwaltung. 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 in erstaunlicher Weise, Einrichtungsträger finden Mittel und Wege zur Anpassung, Neuerungen werden adaptiert, die Marktstellung gesichert. Dem Sozial- und Gesundheitssystem bleibt der stets nächste und fast ständige Versuch, eine Balance zwischen Anbietenden sowie Empfängerinnen 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.

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 mehrerer Lebensrisiken und diffuser Belastungen der Menschen überschneiden. Das Leben der Menschen 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 weiterwissen, ist meist die

Psychiatrie gefragt. Das gilt für moderne Themen des Ausfalls wegen Erschöpfung und problematischen Verhaltens, das ist nicht anders bei klassischen Erkrankungen der Depression, Persönlichkeitsstörung, Sucht und Abhängigkeit.

Wenn denn Hilfe vonnöten ist, ist das deutsche 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 fernzuhalten und zu meiden, was nicht zwingend verpflichtend ist. Niemand will für andere Zuständigkeiten aufkommen, und sei es auch nur gemeinsam. Dafür sind die Regularien heute zu speziell, Formulare nicht angelegt, der vorgesezte Segen wird vielleicht aus Furcht vor Prüfung nicht erteilt.

Mit Psychisch-Kranken-Gesetzen 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 sind (vgl. HGöGD, in: v. ZEVSCHWITZ 2013). 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 ganz gerecht.

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 infrage kommenden, potenziell passenden Leistungsgrundlagen nach Lage der Dinge herauszusuchen.

Eine gewisse Grundkenntnis, dies zu tun, wird jede Bürgerin und jeder Bürger haben, über den Sozialkundeunterricht oder im Einbürgerungsverfahren vermittelt, einschlägigen Ratgebern oder Wikipedia entnommen. Beratungsstellen helfen im Zweifel weiter, Ämter und Behörden sind fast immer zur Auskunft verpflichtet. Notfalls stehen Fachanwältinnen und -anwälte für Sozialrecht bereit, echte und vermeintliche Ansprüche durchzusetzen. In der Praxis der Psychiatrie sind es die Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, die Amts- und Rechtswege zur Hilfeleistung kennen und diese realistisch 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 Fachärztinnen und Psychotherapeuten sowie Verordnung von Medikamenten, Sozio-, Ergo- oder Physiotherapie. Krankenhausbehandlung in stationärer Fachklinik, Tagesklinik und durch Psychiatrische Institutsambulanz, ambulante psychiatrische Pflege.
- SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung: Rentenzahlung 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 in Wohnheimen, betreutem 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 so vor: Über ein in Betracht kommendes Haus werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Maßnahme geklärt, die Bedürftigkeit im Zweifel zweckmäßig als Bedarf interpretiert, die Spielräume ausgeschöpft. Denn umgekehrt gilt: Wenn es das eigentlich gewünschte Angebot einer psychiatrisch psychosozialen Sorge nicht gibt, braucht man auch nicht nach Zuständigkeit und Kostentragung zu suchen.

... und so könnten sie gemeinsam genutzt werden

Die originäre Funktion von öffentlichen Institutionen ist es, die ihnen übertragenen 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. Auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Beeinträchtigungen trifft das aber oft so nicht zu, denn deren Lebenssituationen und Hilfebedarfe fügen sich nicht so leicht in die allgemeinen Regeln ein, Ausnahmen sind hier durchaus typisch. Diese Problematik ist offenkundig und wird auch seit Langem gesehen, aber sie lässt sich eben kaum lösen. Bei einem allgemein gut funktionierenden Versorgungssystem müssen Einschränkungen für besondere Personengruppen in Kauf genommen werden.

Angesichts alter und immer neuer Versorgungssorgen wird allerdings schon versucht, dies zu ändern. Eine Reihe von fachlichen wie politisch rechtlicher Initiativen zielt 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 weiterhin Verbesserungen in diesem Bereich an.

Die Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) besitzt keinen direkten Einfluss auf das Leistungsgeschehen, steht aber der gesetzgebenden Bundespolitik nahe. Gefordert werden seit Langem Personenzentrierte

Hilfe im sogenannten Komplexleistungsprogramm, Psychiatrie-Koordination 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 fordern sie 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 Kassenärztinnen und -ärzte und Krankenhäuser hinaus ermöglicht. Für die Psychiatrie wird dies im späteren Abschnitt dargestellt.

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 die Schwerpunkte der künftigen Entwicklung, der Versorgung psychisch kranker, psychosozial beeinträchtigter Menschen soll sich nach dem individuellen Hilfebedarf und nicht nach dem Programm einer Einrichtung richten. Betroffene Menschen, hilfebedürftige Patientinnen und Klienten sollen mehr Rechte erhalten, sie sollen über Art und Umfang von Hilfeleistungen selbst entscheiden. Komplexe Gesundheitsstörungen erfordern multiple Maßnahmen und vernetzte Versorgungsträger.

Einrichtungen müssen wirtschaftlich arbeiten

Krankenhäuser und Wohlfahrtspflege sind als öffentliche und karitative Dienste entstanden, Ärztinnen und Ärzte waren immer schon ein besonderer Stand. Das ist anders geworden oder wird es werden. Jeder, der heute Sozial- und Gesundheitsdienste leistet, muss wirt-

schaften 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 jeden 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 heute als Wirtschaftsgut angesehen gegen 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 beziehungsweise 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 Sektor, 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, 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, pau-

schalierte Maßnahmen sind insofern künstliche, nur näherungsweise bestimmte Leistungseinheiten.

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 so viel, dass Kolleginnen und Kollegen in ihrem Wirken mit Patientinnen und Klienten nicht verschreckt werden. Die Unternehmensführung muss jedoch Dinge, mit denen sie zu tun hat, ordnen und gestalten, sie in eine gewünschte Richtung bewegen, Ergebnisse erzielen. Dabei hat es das Management in der 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 trotzdem gehen? Eine ganze Wissenschaft widmet sich diesem Problem, so die Non-Profit Forschung, das Social-Marketing, Bezugsgruppen-Management. Es gibt komplizierte Begriffe wie Subsidiarität (Nachrangigkeit öffentlicher von privater Verantwortung) und Korporatismus (mitverantwortliche Einbindung in eine Körperschaft), die im Prinzip darauf hinauslaufen, dass der Staat steuern will und auch muss, dies aber nicht in Verantwortung für die Folgen tun will. Besser, dies übernehmen Wirtschaftsteilnehmende. 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, freilich wie am Beispiel Psychiatrie zu sehen, noch koordiniert und gesteuert. Vielleicht ist es aussichtsreich, den Einrichtungsträgern und Wohlfahrtsunternehmen noch mehr oder gleich die ganze Steuerungsverantwortung anzuvertrauen? Wie weit kann man gehen?

Immerhin versteht man sich da aufs Management, wird es oder könnte es praktizieren. Voraussetzung für die erfolgreiche Unternehmensführung ist wie 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. Wer ist dabei beteiligt? Und wie lässt es sich unter gegebenen Bedingungen am besten machen? Das ist nicht so leicht zu erklären und in ein betriebliches Programm einzukleiden. Man hat es zunächst überall mit Menschen zu tun, ob nun in Ämtern und Behörden, in der Familie oder im Freundeskreis, mit Nachbarinnen oder dem Pfarrer, Kollegen, Chefs, vielleicht der Polizei und vielen mehr. Psychosoziale Hilfe leisten bedeutet zuallererst, mit all den vorgetragenen und heimlichen Belangen der Beteiligten umzugehen. Man muss gangbare Wege des Verstehens und der Verständigung finden.

Wenn das so weit getan ist, sollte das Geschäftsfeld durchdrungen sein. Man weiß auf der Ebene der Leistungsträger und Gemeinschaft, welche Konzepte überzeugen könnten. Man wird auf der Ebene des Individuums konkrete Behandlungs- oder Hilfepläne erstellen können. Und in der eigenen Einrichtung, auf der Ebene der Sozial- und Gesundheitsbetriebe nehmen Mitarbeiterinnen und Kollegen die Schlüsselrolle des Leistungsgeschehens ein. Nun geht es um die Balance der oft vielen Interessen, um das Harmonisieren aller Akteurinnen und Akteure sowie der Ansprüche hin zu einem erkennbar nützlichen Leistungsbeitrag. Der wird nicht nur darin bestehen, dass alle berücksichtigt sind und sich möglichst vertragen, sondern bestenfalls entsteht Neues, Perspektiven werden aufgezeigt, Lösungen organisiert. Der konstruktive Beitrag psychosozialer Dienste ist das Geschick, etwas meist Immaterielles zu leisten, was andere eben nicht können und deswegen die Dienste in Anspruch nehmen.

Das sind Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung ...

Sozial- und Gesundheitsbetriebe sind gewissermaßen eingeklemmt zwischen den kollektiven Ansprüchen der Gemeinschaft und den individuellen Erwartungen jedes Einzelnen. Für beide Seiten haben ihre Einrichtungen Dienste zu leisten, ihnen kommt damit zwangsläufig eine Mittlerrolle zu. Hier ist der Bedarf, so gut es geht objektiv bestimmt. Dort ist ein immer subjektiv empfundenes Bedürfnis. Für die klinische und komplementäre Psychiatrie erledigen das folgende 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 Nervenfachärztinnen 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 beziehungsweise 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 in Randbereichen weitere hinzu, Suchtkrankenhilfe, psychosomatische Medizin, Wohnungslosenhilfe, Arbeitsrehabilitation und andere. 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, das heißt 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 und Mitarbeitende ausgelastet sein. 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 aber ein gut geführtes, wohl organisiertes und wirtschaftlich gesundes Unternehmen eben auch die besten Dienste leisten. Und beste Dienste tragen zum gesunden Betrieb bei.

... und so könnten sie gut zusammenwirken

Steuert denn betriebliche Sozial- und Gesundheitswirtschaft unter diesen Umständen das psychiatrisch psychosoziale Leistungsgeschehen? Sicher, wenn Unternehmen klug und ambitioniert handeln, erledigen sie diese Aufgabe fast nebenbei. Ihre »Sandwichfunktion« bedeutet eine Art Vermittlungsauftrag mit Leistungschancen. Die Anfrage an eine Einrichtung kommt von zwei Seiten: Betroffene 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 beispielsweise nach Hilfe, Vorankommen, Dabeisein, Schutz und Sicherheit nach beiden Seiten hin gut erfüllt, hat gewonnen.

Ein solch dreiseitiger (der Betrieb hat auch etwas davon) Nutzen sollte zunächst immer dann gut gelingen, wenn Sozial- und Gesundheitseinrichtungen selbst über geeignete Ressourcen verfügen, sie das Miteinander und die Übergänge der Bausteine im Inneren arrangieren. Es ist ein gewichtiges Argument für den umfassenden Auftrag zur Sektorversorgung 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 nicht doch besser wären. Die Verhältnisse hängen erheblich von den Akteurinnen und Akteuren sowie Gegebenheiten vor Ort ab. Wie gesagt, Psychiatrie ist ein sehr 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 die 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 Expertenempfehlungen 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 bleiben, 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, beziehungsweise der 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 und wenn Ja, welche? Wiederum sind zumindest die Trends eindeutig: 1. Die Ziele eines inten-

siven Zusammenwirkens in der Psychiatrie sind fachlich unstrittig, die Umsetzung wird von Einrichtungen aus eher wirtschaftlichen Gründen gemieden. 2. Das Management der psychiatrisch-psychosozialen Einrichtungen muss auf Sicht den Erwartungen an seine Dienste gerecht werden, soll effektiv leisten, effizient wirtschaften, evident helfen. 3. Die psychiatrisch psychosoziale Versorgungslandschaft könnte sich verändern, strategische Vorausschau auf künftige Anforderungen sichert die Zukunft der Einrichtung.

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, spezifische Methoden und Mittel werden angewendet. Letztlich dienen der institutionelle und industrielle Überbau 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 darauf einzustellen haben. Das Versorgungssystem ist bei Weitem noch nicht »Personenzentriert«, wie man sich das einmal vorgestellt hat.

Aber es gibt Entwicklung. Das soziale Leistungsrecht ist mit den Gesetzesreformen der vergangenen Jahre praktisch in allen Versorgungsbereichen eben nach Leistungsmaßstäben ausgerichtet worden. Die Sozialhilfe verlangt beispielsweise von Einrichtungen und Diensten, dass deren Vergütung bei vergleichbarem Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderer Träger. Damit zogen in Wohnheime, Werkstätten und überhaupt in die Behindertenhilfe gestufte Hilfebedarfsgruppen ein, was freilich an den Diensten für Bewohnerinnen und Besucher nichts geändert hat. Über die Finanzierung der Psychiatrischen Krankenhäuser gibt es heftigen Streit um die Leistungs- und Kostenströme. Das gesetzlich bereits auf den Weg gebrachte »Pauschalisierte 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). 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. Ziemlich einig sind sich alle Fachleute darin, dass den Erwartungen und Notwendigkeiten hilfebedürftiger Menschen auf diese Weise nicht näher zu kommen ist. Nur, was ist zu tun?

Auch bei der Begegnung von Hilfe leistenden 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. Dafür gibt es keine universelle Definition, 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 Mitarbeitenden oder damit verbundene Kosten, sogar ein Erfolg einer Wirkung könnten gemeint sein. Vieles ist möglich, solange solche Leistungseinheiten sinnvoll bestimmt sind, darzustellen und zu beschreiben. Und man muss sie in eine gewisse Ordnung bringen.

Vom individuellen Hilfebedarf zur multimodalen Behandlung

Indessen scheint eine ganzheitliche Behandlungs- und Hilfeplanung für psychisch kranke und psychosozial beeinträchtigte Menschen an Sprachverwirrung und Beliebigkeit von Begriffsinhalten zu scheitern. Im Bereich der Behindertenhilfe hat man es mit Hilfeplanverfahren vergleichsweise weit gebracht, beinahe schon einen Standard gefun-

den. Im Bereich der Medizin gibt es Definitionen in der Krankheitslehre und Diagnostik, schwieriger wird es bei Behandlungsempfehlungen gerade außerhalb physisch medikamentöser Möglichkeiten. Leitlinien helfen nicht weiter, denn sie sind nicht auf den Einzelfall bezogen (vgl. DGPPN 2013). So ähnlich geht es bei Psychotherapie, Pflege, Körper- oder 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 dementsprechender Behandlungs- und Betreuungsansatz die logische Folge, das heißt 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, die Ärztin oder der 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 Spezialistinnen und Spezialisten austauschen könnten? Wie könnte das aussehen?

So viel kann schon an dieser Stelle festgehalten werden, dass nicht ein irgendwie angesprochener, der Patientin »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 eine Therapeutin, ein Fachberater, ein 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 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 erachtet, sollte der empfehlenswerte Ablauf eines Behandlungs- und Betreuungsgeschehens klar sein. In einer Art »Matching« werden Hilfebedarf und Hilfeleistung schrittweise zueinander gebracht, 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 zur Ärztin oder zum Arzt oder in eine Beratungsstelle. Man klärt dann 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, leistungsbereite Einrichtungen zu finden. Wenn das nicht zum Erfolg führt: Zurück auf Start!

Dies sind psychiatrisch psychosoziale Maßnahmen ...

Dem Arbeitsbereich klinische und komplementäre Psychiatrie wäre geholfen, wenn es eine Systematik zur Einordnung psychosozialer Hilfeleistungen gäbe. Manche Probleme der Verständigung über komplexe Zusammenhänge lassen sich mithilfe von Kategorien, Definitionen, Standards mindern. Einstweilen beschränken sich solche Klassifikationen in der Psychiatrie auf leistungsrechtliche Zuständigkeiten (Makroebene) und betriebliche Einrichtungen (Mesoebene), wie sie zuvor aufgezeigt wurden. Was dann kommt, ist vielfältig. 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 zugegen?

- Die zukünftige Fachärztin oder 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 be-

handeln 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 es die Berufsständigen und Berufskundigen im Einzelnen machen, ist nicht einheitlich zu beschreiben. Das richtet sich nach Ausbildung und Berufslehre, nach spezifischen Methoden und, natürlich, nach abrechenbaren Ziffern beim Auftraggebenden 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.

Dagegen ist es von Belang, sich über das Warum zu verständigen. Eine berufliche Handlung ohne Sinn und Zweck wird normalerweise niemand ausführen, eine Intervention folgt einer Intention. Über diesen ideellen Gehalt der psychosozialen Maßnahme kann man und muss man reden, denn die Verständigung darüber fällt in der Psychiatrie manchmal schwer. 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 der Patientin, dem Klienten, hier geht es um das Gemeinsame. Für eine psychiatrische Behandlung, psychosoziale Betreuung kommen zum Beispiel folgende Absichten in Betracht. Es geht um folgende Aspekte:

- Zweck der psychiatrischen Intervention ist die Krankenbehandlung. Medikamente können wirken, Ratschläge an Patientin, 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, zielt 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 -zwecke, 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 oder anderem finden, nur sind dies recht nichtssagende Begriffe der Leistungsträger. Psychiatrisch-psychoziale Maßnahmen als Leistungseinheiten zu fassen, ist eine schwierige, aber eigentlich äußerst 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.

... 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 das Gesundheits- und Lebensganze eines Menschen hervorginge. Aber es gibt immerhin einzelne Ansätze, die jeweils für ihr Ressort in diese Richtung gehen, Aufgabenbereiche einteilen, abgrenzen, was nicht passt und aufeinander beziehen, was verbunden sein sollte.

Folgende Instrumente sind im Arbeitsbereich Psychiatrie verbreitet und lassen sich bedingt als Hilfsmittel verwenden:

- 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) 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) ist das weitverbreitete Manual zur psychiatrischen Diagnostik. Allein anhand von Symptomen werden Erkrankungstypen festgelegt, die komplexen Lebenssituationen nicht gerecht werden (vgl. DILLING et al. 2008).
- Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) sowie das Nachfolgeinstrument Integrierter Teilhabeplan (ITP) erfassen ganze Lebenssituationen, aber nur für die Behindertenhilfe, insbesondere ärztlich therapeutische Kategorien fehlen (vgl. APK 2005; GROMANN 2001).
- Im Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde sind alle Kategorien eines psychischen und somatischen Befundes differenziert aufgeführt. Entstehungszusammenhänge oder Behandlungsbezug sind nicht Aufgabe des Manuals (vgl. AMDP 2007).
- In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen werden relevante Themen der Behandlung und Betreuung nach dem Kriterium der Evidenz (als wirksam anerkannt) behandelt, nicht für den konkreten Einzelfall (DGPPN 2013).
- Das Persönliche Budget nach § 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 weitergehen? Es folgt eine Skizze, wie sich das Einzelne vielleicht doch hinreichend genau und zugleich als Ganzes systematisch erfassen ließe. Das Material stammt aus den genannten Modellen und Methoden, es ist, idealtypisch gefasst, ein Vorschlag für ein universelles Vorgehen:

- I Beim ersten Kontakt wird man eine grobe Einschätzung vornehmen, ob eine dringliche Situation gegeben ist und gegebenenfalls sofort gehandelt werden muss, oder ob und wie das weitere Behandlungs- und Betreuungsverfahren anzugehen ist (vgl. RUPP 2010).
- II Im zweiten Schritt könnte schon versucht werden, die hauptsächlichen Themen der Gesundheits- und Lebensstörung sowie des möglichen Hilfebedarfes einzukreisen. Eine funktionale Sichtweise wird aufgegriffen.

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 Ärztinnen und Psychotherapeuten zuständig.

Wohnung und Haushalt: Den Lebensmittelpunkt eines jeden Menschen bildet sein Wohnraum und die persönliche Haushaltsführung. Unterstützende Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen beziehen sich auf eine adäquate Lebensumgebung und Hilfen, die Ressourcen zu unterhalten.

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.

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.

- III Wenn Probleme und Defizite bekannt sind, wird man als Drittes nach dem Bedarf an Hilfe fragen. Muss es überall und zwingend professio-

nelle Hilfe geben? Konform mit der Methode der Behinderten-Hilfeplanung wäre etwa so vorzugehen:

- Zu klären ist, worin Ressourcen und Vermögen eines Menschen bestehen, wie er mit der Lebenssituation zurechtkommt beziehungsweise sich selbst helfen könnte.
- Was jemand nicht selbst oder allein kann, gelingt vielleicht durch Aktivierung und Umfeld: Es wären nahestehende, natürliche Hilfen, etwa die der Familie.
- Der notwendige Hilfebedarf ergibt sich aus den Anforderungen der gesundheitlichen und Lebensbereiche, die nicht anders zu versehen sind.

IV 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:

- Welche Leistungsträger sind bei der Lebenslage und dem Hilfebedarf vorrangig zuständig? Ziele und Mittel, letztlich Anträge sind zu formulieren.
- Wer kommt als Leistungserbringer in Betracht? In Art einer Realitätsprüfung muss eine erreichbare und leistungsbereite Einrichtung gefunden werden.
- Stimmen Leistungsträger und Leistungserbringer im Grunde überein, sind Einzelheiten zu Zielen und Maßnahmen, Mengen und Preisen zu vereinbaren.

Bausteine der Versorgung wirken zusammen: Integrierte Versorgung in der Psychiatrie

Theoretisch kann man das ganze Tätigkeitsfeld der Psychiatrie überschauen, erfahren lässt es sich in der Praxis. Zuerst von Betroffenen, Angehörigen und Nahestehenden, dann vielleicht von Sozialarbeitenden, in Gänze sicher nur von Versorgungsexpertinnen und -experten. 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

Sphären. Die Akteurinnen und 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 fünfte Sozialgesetzbuch (SGB) aufgenommen wurde. Dort heißt es:

» § 140a 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 Vertragsärztinnen 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 das Instrument der Integrierten Versorgung nutzen. Sie tun das vielleicht zwecks besserer Patientenversorgung, wollen Behandlungsmängel gerade bei komplexen Krankheitsgeschehen und chronischen Erkrankungen abstellen. Unübersahbar geht es auch um Wettbewerbsvorteile und monetäre Erwartungen, um den andauernden Kostenanstieg zu begrenzen, Behandlungszeiten zu verkürzen, Behandlungserfolge zu verbessern, Ergebnisse zu optimieren.

Das alles gilt noch viel mehr für die Psychiatrie mit ihrem komplexen, komplizierten Versorgungsgeschehen. Unter Integrierter Versorgung wird also allein Krankenbehandlung verstanden, während andere Leistungen – Sozialhilfe, Pflege, Teilhabe, Rehabilitation – nicht dazugehö-

ren. Vertragsnehmer und Leistungserbringer der Integrierten Versorgung müssen für eine Leistung nach SGB V zugelassen sein und Bedingungen für jede einzelne Maßnahme einhalten. Überhaupt sind die formalen Hürden hoch, der bürokratische Aufwand ist erwähnenswert. Die Prämissen der Kostenbegrenzung lauten: Integrierte Versorgung darf nicht teurer sein als vergleichbar konventionelle Dienste (nur, wie misst man das?). Das alles macht es den Krankenkassen schwer, sich für eine Integrierte Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie zu begeistern.

Kooperation mit Verträgen und in Verbänden

Wie so oft sind auch im Fall Psychiatrie die Mängel oder Besonderheiten konventioneller wie reformierter Versorgung Ausgangspunkt für weitere Entwicklungen. Die Komplexität des Versorgungssystems 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 ein wenig 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 Helfende wollen überzeugend und wirksam dazu beitragen, sie haben natürlich auch eigene Interessen, etwa am sicheren Auskommen oder beruflicher Erfüllung.

Das sind eigentlich ganz gute Voraussetzungen für ein Einvernehmen. Aber sie genügen offensichtlich nicht, zu viel steht entgegen: Da sind unterschiedliche Haltungen der Beteiligten, ausgeprägter Idealismus, manchmal nicht anzunähern. Oder es gibt finanzielle, organisatorische Widrigkeiten, die nicht zu überwinden sind, oder rechtliche, formale Komplikationen. Menschen, Organisationen und Gemeinschaften machen, was sie für richtig halten und was sie wollen, solange Gemeinsamkeit und aufeinander Einstellen nichts Besseres verspricht. Deswegen scheint das heterogene Versorgungsgeschehen in der Psychiatrie eher noch zuzunehmen. Ein Zusammenwirken der Bausteine und Strukturen, der Träger, Einrichtungen und Maßnahmen ist heute jedenfalls schwieriger denn je.

Verdachtsdiagnosen, woran es liegen könnte:

- Programmmatische Entwürfe wie regionale Versorgungs- oder Einrichtungsbudgets, gemeindepsychiatrische Verbände, Komplexleistungs-

programme werden nur theoretisch begrüßt. Tatsächlich verfolgen Einrichtungsträger vorwiegend eigene Interessen.

- Rechtliche Regelungen etwa in Psychisch-Kranken-Gesetzen zögen finanzielle Konsequenzen (Prinzip der Konnektivität: wer bestellt, bezahlt) 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 Anbietern gegenübersteht (oligopolistische Marktverhältnisse: ein Leistungsträger, viele Leistungserbringer), die auch noch stellvertretend für ihre Klientel (Leistungsempfänger) leisten.
- 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.

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

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 beziehungsweise für Psychosomatik und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten, ambulante Pflegedienste, Soziotherapeuten und soweit erforderlich auch Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Krankenhäuser. «

Was sieht der Versorgungsvertrag weiter vor? Alle psychischen Erkrankungen und relevanten 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 auch 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 der behandelnden Ärztin oder dem behandelten 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 Vertragsnehmende errechnet sich das Budget aus der prognostizierten Anzahl von Teilnehmenden und bundesweit ermittelten Behandlungskosten.
- Während der Teilnahme an der Integrierten Versorgung können kasenärztliche Leistungen separat abgerechnet werden. Die Kosten einer eventuellen 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:

- Versicherte der Krankenkassen haben den gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung, der regulär durch niedergelassene Ärztinnen, Psychotherapeuten und Krankenhausbehandlung eingelöst wird.
- Die Krankenkasse bündelt alle für psychiatrische Erkrankungen relevanten Leistungen in einem Versorgungsvertrag, den sie mit einem ausgewählten Vertragsnehmer abschließt.
- Die Krankenkasse bietet den infrage kommenden Versicherten Integrierte Versorgungsleistungen an, diese erklären ihren Beitritt alternativ zu konventionellen Leistungsansprüchen.
- Vertragsnehmer der Integrierten Versorgung setzen Fallmanager und Bezugspersonen ein, beauftragen Ärzte und andere Leistungserbringer, koordinieren die Krankenbehandlung.

Eigentlich liest sich das fast einfach, aber das Modell hat Grenzen. Denn es muss die unterschiedlichen Zuständigkeiten, viele Leistungsformen und Leistungserbringer einbeziehen, von denen die Rede war. Integrierte Versorgung muss all die Hemmnisse überwinden, warum Beteiligte, Behandlungs- und Betreuungsbausteine nicht automatisch oder gern zusammengehen. Es geht nicht nur um formale Regelungen, sondern auch um eingefahrene und gewohnte Abläufe, um Menschen und ihre Institutionen. Man denke an die Begegnung der Psychiaterin mit dem Sozialarbeiter, der einen Patienten in die Sprechstunde begleitet und einen Behandlungsplan aushandeln will. Oder an Ängste vor Prestigeverlust, Bedeutung und sogar des Einkommens, wenn psychotisch Erkrankte vielleicht tatsächlich weniger Krankenhaus in Anspruch nehmen. Nicht alles ist realistisch, aber real.

VERSA Rhein-Main – Verbund sozialpsychiatrischer Angebote

Integrierte Versorgung setzt eine leistungsfähige und leistungsbereite, kompetente Organisation voraus. Der Versuch, als kleiner einzelner Träger solch komplexe Versorgungsaufgaben zu übernehmen, ist wenig aussichtsreich. Dafür sind die fachlichen Anforderungen, Haftungs- und finanziellen Risiken zu hoch, die selbst angebotenen und erforderlichen Gemeinleistungen sowie meist auch das Einzugsgebiet zu klein. Außerdem verlangt die Aufsichtsbehörde für Versorgungsverträge der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt, dass nur Managementgesellschaften solche Kontrakte schließen dürfen. Sie haben zu managen, sollen aber nicht selbst behandeln und betreuen. Das kann man auch anders sehen, einen Streit auf dieser Ebene aber kaum gewinnen. In jedem Fall gibt es reichliche Gründe, warum Integrierte Versorgung zumal in der Psychiatrie eine eigene Organisation erfordert.

Ohne all das schon so genau zu wissen, entwickelte sich VERSA Rhein-Main GmbH vor diesem Hintergrund. Ein erster Vertrag mit der Techniker Krankenkasse war 2010 mit LEBENSÄUßERUNG 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 Kolleginnen und 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 zehn 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 Kilometer ab, eingeschlossen sind zehn Gebietskörperschaften, in denen knapp drei Millionen Einwohner leben. Damit sind dann allerdings die besagten Grenzen hinsichtlich Organisation, Erreichbarkeit und Verständigung erreicht. Damit kein interner Wettbewerb in der Versorgungsregion entsteht, können weitere Träger nicht zum Zuge kommen, die gern mitmachen würden. Sofern es anderenorts Inte-

resse und ähnliche Voraussetzungen gibt, ließe sich das Modell auf andere Gebiete übertragen. VERSA Rhein-Main selbst verfolgt keine Erweiterungsabsichten.

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 in der 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 5000 Euro 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, weitergegeben, 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 fünfzig Euro je Versichertem und Monat erhoben.
- Die Aufgabe der Versorgung eines Versicherten obliegt letztlich dem zuständigen Kooperationspartner. Mitarbeitende der ortsvertrauten Trägerorganisation stellen das Fallmanagement, binden die benötigten Komponenten der Behandlung ein.
- Die Federführung, Geschäftsführung und Koordinationsstelle der Managementgesellschaft übernimmt ein Gesellschafter im Auftragsver-

hältnis. In den ersten Jahren der VERSA Rhein-Main liegt die Aufgabe beim Initiator LEBENSÄÄUME.

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.

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 Betreuungsvorgange ein, soll sie möglichst verbessern im Sinne von einfach und genau, anspruchsvoll und zufriedenstellend machen. Das schadet der Individualität beziehungsweise Personenzentriertheit nicht, im Gegenteil.

Zwei Beispiele:

Die Kooperation der Beteiligten ist regelhaft so angelegt:

1. Die Krankenkasse spricht die von ihr selektierten Versicherten über ein Callcenter an.
2. Sie informiert die Koordinationstelle über interessierte Versicherte.
3. Die Koordinationstelle legt eine elektronische Akte an und leitet die Nachricht an den zuständigen Kooperationspartner weiter.
4. Der Kooperationspartner nimmt Kontakt zum Versicherten auf, informiert über die Bedingungen der Integrierten Versorgung, bietet im persönlichen Gespräch eine Einschreibung an.
5. Bei Einwilligung des Versicherten informiert die Koordinationstelle die Krankenkasse, die eine Vergütung festsetzt.

6. Der Kooperationspartner bestimmt einen Fallmanager, der entwickelt im Zuge eines Assessments zusammen mit dem Versicherten und seinem Arzt einen Behandlungsplan.
7. Für die ärztlich-therapeutischen und alle weiteren Dienste werden interne oder externe Leistungserbringer beauftragt.
8. Alle laufenden Vorgänge werden auf einer Plattform dokumentiert, Auswertungen und Qualitätsnachweise werden anonym erhoben.

Das reguläre Abrechnungsverfahren ist so aufgebaut:

1. Einmal jährlich werden die Vergütungssätze von der Krankenkasse anhand bundesweiter statistischer Daten festgelegt.
2. Nach Einschreibung eines Versicherten und Angabe der aktuellen Diagnose weist die Krankenkasse dem Vertragsnehmer eine Vergütungsgruppe zu.
3. Quartalsweise (monatlich) werden der Krankenkasse die Vergütungen für die eingeschriebenen Versicherten in Rechnung gestellt.
4. Die Kooperationspartner erhalten eine Abrechnung ihrer Versicherten, Vergütung der Krankenkasse abzüglich einbehaltener Pauschale für Gemeinleistungen.
5. Die beauftragte Koordinationsstelle stellt ihre Dienste separat in Rechnung.
6. Die Kooperationspartner bestreiten ihre eigenen Aufwendungen und bezahlen die externen Leistungserbringer aus der weitergegebenen Vergütung.
7. Einmal jährlich berechnet die Krankenkasse den Bonus und Malus für eventuelle beanspruchte Krankenhausleistungen.

In dieser Weise lassen sich wesentliche Abläufe im Netzwerk festlegen und beliebig zu Aufgaben- und Checklisten, Terminplänen, Zahlentableaus ausformulieren. Soweit es zweckmäßig ist. Integrierte Versorgung braucht gute Organisatoren. Aber natürlich sind es Kolleginnen und Partner, Versicherte und Klienten, die an solche Regeln gebunden sind. Die intuitiven, subjektiven, sogenannten weichen Faktoren des Verhaltens und der Verständigung sind naturgemäß schwieriger zu fassen, aber sie entscheiden letztlich über Wohl und Wehe, sorgen für das Gelingen oder die Schwierigkeiten des Netzwerkes. Es gibt keine gelungene Organisation ohne ihre Menschen, und so muss beides zusammenwirken, zueinander passen. Das gilt auch für VERSA Rhein-Main und 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: Geschäftsführung, 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 zweimal monatlich, diskutiert aktuelle und grundsätzliche Themen.
- Wissensvermittlung, Erfahrungslernen und Austausch der Mitarbeitenden 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. Die Bedeutung der zentralen Koordinationsstelle ist stets 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.

Gemeinsame Plattform für Behandlung und Betreuung

Die Konstruktion der Integrierten Versorgung dient dazu, die Behandlung einer einzelnen Patientin oder 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 eine Versicherte, einen Patienten, einen Klienten verständigen und gemeinsam vorgehen?

Dazu gehört die Klärung vieler Einzelfragen, vielleicht in dieser Reihenfolge: Wer soll sich überhaupt miteinander austauschen und wovüber beziehungsweise 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 beziehungsweise 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 eben dieser Austausch findet auch in konventionellen Versorgungseinheiten statt, nur eben stark reduziert. Im Krankenhaus sind beispielsweise alle eine kurze Zeit lang an einem Ort, begleitende Dienste beschränken sich auf die soziale Umgebung, behandelnde Therapeutinnen und Therapeuten auf die Sprechstunde.

Die Integrierte Versorgung steht vor der Notwendigkeit, dass sich alle Beteiligten über alle Aktivitäten 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 der Notwendigkeit folgt und eine abstrakte Idee ist, dann natürlich realisiert werden muss. Ein Vorbild dafür gibt es nicht.

Was es alles abzubilden und zu dokumentieren gibt

Integrierte Versorgung in der 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 be-

nötigt umfangreiche Patientenakten, heute als Krankenhausinformationssystem selbstverständlich ebenfalls elektronisch geführt. Überhaupt fallen in Einrichtungen viele Daten an, weil sich etliche Funktionen und Belange über Zeiten hinweg informieren müssen: Begonnen beim Aufnahmezustand über Schicht- und Spezialdienste bis zum Entlassungsbericht. Ambulante Dienste haben spezielle Dokumentationsregeln entwickelt, bei der Pflege teils in absurdem Ausmaß. Theoretisch gibt es elektronische Versicherten- und Patientenkarten, aber die sind nicht einsatzfähig wegen der Bedenken bei Verlust oder Missbrauch.

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, das Konzept beruht auf gegenseitigem Wissen und Austausch der Beteiligten. Zwei Bestandteile eines Informationssystems sind nötig: Ein psychiatrisch-psychozialer Behandlungsplan und eine elektronische Dokumentationsplattform für die Beteiligten, beides lässt sich nicht unabhängig voneinander machen. Das Datengerüst ist als logische Konstruktion nötig, damit richtige und nötige Angaben zum Versicherten, Patientin, Klienten auffindbar für alle geordnet sind. Solche Daten müssen irgendwo stehen, physisch abgebildet werden, sich administrieren lassen, sodass sie für alle, die es betrifft, zugänglich und dennoch bestens geschützt sind.

Das Unterfangen ist nicht trivial. Man findet für psychiatrische und psychosoziale Tätigkeiten keine Mustervorlagen eines universellen Behandlungsplans. Der wird zwar in jedem Psychiatrie-Lehrbuch angesprochen, aber nirgends steht, wie so etwas aussieht und was darin stehen sollte. Und schon gar nicht, wenn medizinische 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 gegebenenfalls 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 Hinweise (vgl. BAKE et al. 2009):

- Das Bundesdatenschutzgesetz verbietet im Grundsatz die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten, soweit dies nicht konkret rechtlich erlaubt ist.
- § 203 Strafgesetzbuch verpflichtet Ärztinnen, Psychologen, Sozialarbeiter, Mitarbeitende 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 zwingend und absolut einleuchtend: Datenvermeidung, Zweckbindung, wirksame Kontrolle. Es ist mit Vorsicht und kritisch abzuwägen, welche Informationen wirklich gebraucht werden, und was nicht.

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 in der Psychiatrie ist so konzipiert, dass allgemeine Angaben zur Person und krankheitstypische Besonderheiten aufgenommen werden, die involvierten Berufsstände ihre spezifischen Methoden wiederfinden, 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 Dokumenta-

tion psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Betreuung aus der Praxis wurden berücksichtigt.

Hier die Gliederung:

- I **Erläuterung und Erklärung:** In dieser Abteilung werden allgemeine Grundsätze, Struktur und Aufbau des Behandlungsplans sowie eine Anleitung zur Benutzung beschrieben. Versicherte, Patient, Klientin auf der einen Seite, behandelnde Ärztin, zuständige Fallbetreuer und andere Beteiligte erklären sich informiert und einverstanden.

Aufbau Behandlungsplan: Die Struktur und Benutzung des Informations- und Dokumentationsinstruments werden hier erläutert (ähnlich wie dies in diesem Text geschieht). Anwenderinnen und Anwender erhalten Hinweise auf die Konstruktion, Sinn und Zweck des Behandlungsplans, Literatur und verwendete Quellen.

Leitfaden zur Anwendung: In der Art eines kurz gefassten Handbuchs werden Anwenderinnen und Anwender im Umgang mit dem Behandlungsplan unterwiesen. Für verschiedene Gegebenheiten und Situationen eines Behandlungsgeschehens gibt es methodische Anleitungen zur Dokumentation (z. B. welche Formulare).

Erklärung der Beteiligten: In diesem Formular erklären die Beteiligten, welche Personen am Behandlungsplan beteiligt sind, welche Daten und Dokumente einbezogen (Datenschutz) und an wen sie gegebenenfalls weitergegeben 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, Patientin, Klienten. Neben biografischen Daten sind Kontaktpersonen (Rollen und Rechte) wesentlich. Die derzeit vereinbarten Maßnahmen werden benannt, damit spezifische Leistungsdaten angelegt.

Allgemein- und Stammdaten: Die von jedem Beteiligten benötigten Angaben zur Person sind relativ unveränderbare Stammdaten, etwa Namen oder Geburtsdatum. Die Daten werden in andere Formulare automatisch übernommen. Ein Übersichtsblatt fasst alles (selbst festgelegte) Wichtige auf einen Blick.

Kontakte zu Beteiligten: Neben obligatorischen Kontaktpersonen (Ärztin, Fallzuständiger) sind weitere anzulegen, wenige Angaben werden erfasst. Jeder Kontaktperson werden Rollen zugewiesen, die der Beziehung zum Versicherten, Patientin, Klienten entspricht. Daran sind gegebenenfalls Zugangsrechte gebunden.

Biografische Angaben: Ähnlich einem Lebenslauf sind Daten zu Schule und Ausbildung, Kenntnissen und Tätigkeiten vorgesehen. Angaben zur Lebensform mit Wohnung und Haushalt, zu Arbeitsverhältnissen, Beschäftigung und sozialen Sicherung, Freizeit und Interessen können gemacht werden.

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.

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.

Vereinbarung und Verordnung: Mit der Indikation werden die nötigen und möglichen therapeutischen und begleitenden Maßnahmen der Behandlung und Betreuung vorgesehen. Die Ärztin oder der Arzt verordnet, vereinbart sie dem Versicherten, der Patientin, dem Klienten im Zusammenwirken mit dem Fallbetreuer.

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.

Vorsorge für Krisenfälle: Für den Fall von Krisen werden Absprachen zur Vorsorge und Intervention getroffen. Ausgehend von möglichen Notsituationen des Versicherten, der Patientin, des 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 aus-

wertende Berichte (Ärztin, Arzt, Entwicklung). Formulare zur Qualitätsbewertung sind möglich.

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.

Chronik und Bericht: In der Chronik sind tagesgenaue Kurzeinträge vorgesehen, alle Aktivitäten sollen notiert werden. Alle Beteiligten können sich auf andere beziehen, doppelte Handlungen werden vermieden, Bezüge zueinander hergestellt. Für spezielle Berichte werden Formulare angelegt.

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.

Ein entwickelter »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. Diese Prinzipien einer stringenten Gliederung von Informationen werden für die gesamte Information verwendet.

Viel verlangt? Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie

Dieser Beitrag behandelt die Frage, wie Leistungsträger, Einrichtungen und Berufsangehörige in psychosozialen Arbeitsbereichen gut zusammenarbeiten können. Das bis hierhin Gesagte lässt sich in aller Kürze wie folgt 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 verlief nicht wie vorgesehen.

- Das Psychiatrische Versorgungssystem ist heute hoch differenziert und zugleich in mehrere 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 Helfende 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.

In dieser Weise wäre an weiteren Themen zu arbeiten. Auf der Hand liegt etwa, dass die anspruchsvollen formalen und fachlichen Tätigkeiten etliche Werkzeuge, Leitfäden und Standards als didaktische Instrumente erfordern, die eingeführt, geschult, nachgebessert, geübt werden müssen. Oder es ist unstrittig, dass man Indikatoren und Messwerte braucht, mit deren Hilfe man aufzeigen könnte, ob die Integration psychiatrisch-psychosozialer Dienste überhaupt ankommt, zum Wohl oder Wehe der betroffenen Menschen ausschlägt, die Hinweise auf Verbesserung der Arbeit geben. Integrierte Versorgung in der Psychiatrie setzt weit über den unmittelbaren Anlass hinaus erhebliche Entwicklungsanreize, denn das Konzept ist ohne Netzwerke, Strategien und Methoden nicht zu realisieren. Umgekehrt könnten eben diese Entwicklungsarbeiten dem Fachgebiet insgesamt zugutekommen, denn es sind die entscheidenden Themen der Psychiatrie, ob nun im konventionellen Zusammenhang in Projektvorhaben.

Integrierte Versorgung in der Psychiatrie ist zweifellos ein ambitionierter Vorschlag. Aber 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 erleidet es das Schicksal so mancher guter Reformprojekte? Was ist also von der Integrierten Versorgung in der Psychiatrie zu halten? Was sind die Stärken und Schwächen, die Chancen und Risiken?

- 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 hohe 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 besseren – im Sinne von wirksam, gern in Anspruch genommen, bei allem günstig – Behandlung und Betreuung stehen aus. Von mehreren Seiten wird versucht, die Effekte heraus-

zufinden. Krankenkassen fordern obligatorisch und regelmäßig eine Fremdbeurteilung des Gesundheitszustandes bei Ärzten und psychiatrischen Fachkräften an. 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 der Wirksamkeit der Integrierten Versorgung nach dem Typ Netzwerk psychische Gesundheit ist nochmals von besonderer Bedeutung, weil dies nicht das einzige Modell für die Psychiatrie ist. Integrierte Versorgungsmodelle finden in der somatischen Medizin zwar mehr Verbreitung, aber angesichts des enormen Aufwandes solcher Versorgungsverträge für die Psychiatrie suchen Krankenkassen wie Vertragsnehmer nach Standardmodellen. Die lassen sich modifizieren und werden in der Praxis variiert, laufen im Prinzip aber auf wenige Typen hinaus. Da diese wesentlich durch die Trägerschaft geprägt sind, ist ein Wettbewerb um den besten Ansatz, Macht 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 Fachärztinnen 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 zuvor überlegen, man muss irgendwann angefangen und sich auf den Weg begeben. Beim Stand der Dinge wäre eine gewisse Vielfalt der Versorgungssysteme sowieso berechtigt und anzustreben, gerade weil die Verhältnisse so unterschiedlich sind. Einstweilen lassen sich grundsätzliche Prinzipien identifizieren, die dann aber jeder Konstruktion einer Integrierten Versorgung in der Psychiatrie zugrunde liegen, die beachtet werden 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 Akteurinnen und Akteure sind mit Verträgen abgesichert, Aufgaben definiert, Rechte und Pflichten benannt.
- Gemeinsame Ziele und gemeinsames 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 aufgezeigt, worin die Schwierigkeiten und Hemmnisse im konventionellen Versorgungsgeschehen bestehen, wie den Mängeln an Koordination oder eben besser an Kooperation beizukommen wäre. Das Rezept könnte 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, aber stets voneinander lernen und immer auch die anderen beteiligen.

Literatur

- AMDP (Hg.) (2007): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8., überarbeitete Auflage, Göttingen.
- APK (Hg.) (2005): Der personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenintegriertes Hilfesystem. 5. Auflage, Köln.
- BAKE, Ch.; BLOBEL, B.; MÜNCH, P. (Hg.) (2009): Handbuch Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen. 3., neu überarbeitete und erweiterte Auflage, Heidelberg.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMFSFJ) und Aktion Psychisch Kranke e. V. (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch, psychosomatischen Bereich auf Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn.
- DGPPN (Hg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin/Heidelberg.

- DILLING, H.; MOMBOUR, W.; SCHMIDT, M.H. (Hg.) (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6., vollständig überarbeitete Auflage, Bern.
- DIMDI (2010): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln.
- GROMANN, P. (2001): Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Köln.
- RUPP, M. (2010): Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart.
- SALIZE, H.-J. (2012): Sozialpsychiatrie – wohin? In: Psychiatrische Praxis, 39 (5), S. 199–201.
- SCHRÄDER, W.F.; REHBERG, W.; ZICH, K. (2002): Psychiatrische Versorgung in Hessen. Entwicklung bis 2007. Berlin.
- ZEZSCHWITZ, F. VON (2013): Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. In: ZEZSCHEWITZ, F. von: Landesrecht Hessen. Textsammlung. 23. Auflage, Baden-Baden.

Klaus-D. Liedke, Jahrgang 1953, Diplom Sozialpädagoge (FH), Diplom für Wirtschaft (FH), Vorstandsvorsitzender Stiftung LEBENS-RÄUME Offenbach am Main, Lehrbeauftragter an Fachhochschulen Rhein-Main (Wiesbaden), Fulda und Frankfurt, Geschäftsführer VER-SA Rhein-Main GmbH.

Kontaktadresse bei Interesse an der weiteren Entwicklungsarbeit: Stiftung LEBENS-RÄUME Offenbach am Main, Starkenburgering 31, 63069 Offenbach, Klaus-D.Liedke@lebmail.de.

Wirkungsorientierte regionale Kooperation in der Eingliederungshilfe – Forschungsaufgaben

Petra Gromann

Kennzeichnend für die derzeitige Situation ist eine kaum durchschaubare Vielfalt von Art und Finanzierung der konkreten Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Dies gilt auch für die Qualität der Gestaltung der Hilfebeziehungen durch Mitarbeitende, die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Ordnungssysteme vor Ort bis zu den Rahmenbedingungen und den konkreten Steuerungswirkungen der Finanzierungsformen, die nach wie vor stationäre und damit exkludierende Hilfen sowohl im Wohn- wie im Arbeitsbereich finanziell fördern.

»Wirkungsorientierung« als ein Schlagwort, das von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz in die Diskussion um die Steuerung von Leistungen in der Eingliederungshilfe eingebracht wurde, hat nun inhaltlich zwei Aspekte: das Bemühen um eine Verbesserung der Qualität von Unterstützungsleistungen (im besten Falle bezieht Wirkung dabei die Perspektive der Nutzer ein) wie den Aspekt der finanziellen Ressourcensteuerung: nur noch »wirkende« Interventionen legitimieren die Finanzierung von Leistungen. Dies reiht sich ein in die unterschiedlichsten Versuche, die ständig steigende Kostenentwicklung im Kontext der Eingliederungshilfe irgendwie finanziell »im Griff« zu behalten. Auf dem Hintergrund dieser kaum durchschaubaren Komplexität gibt es zur Frage der Steuerung und notwendigen regionalen Kooperation bisher keine über einzelne Projekte oder Teilbetrachtungen hinausgehenden Forschungsergebnisse.

Die durch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) Beschlüsse 2012, die Empfehlungen des Deutschen Vereins 2009 und die Einführung persönlicher Budgets bestärkte Diskussion um die Vereinbarung von Teilhabezielen in den unterschiedlichen Hilfeplanverfahren unterstützt die Entwicklungen zu einer kooperativen regionalen Ver-

sorgung. Die Empfehlung der Sozialministerkonferenz – von den subjektiven, von Nutzern definierten Teilhabezielen in der Hilfeplanung auszugehen – ist neben dem Bestehen auf Partizipation und Beteiligung ein wichtiger sozialpolitischer und fachlicher Meilenstein.

Partizipativ entwickelte Ziele und Zielindikatoren ermöglichen die Einführung eines »Ergebnismonitoring«. Ernst genommen und von allen Beteiligten umgesetzt ist dies ein wichtiger Schritt in den jeweiligen Einzelprozessen: Er ermöglicht Passung von Hilfen, Lernen aller Beteiligten aus Erfahrung und »bedürfnisangepasste Begleitung«. ¹ Personenzentrierte Hilfe kann so institutionell über die Angebote verschiedener Träger und deren konzeptionelle und zielgruppenorientierte Hilfen hinweg gestaltet werden und ist besonders im Bereich der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung.

Im Zusammenhang regionaler Versorgung wäre es folglich angemessen, hier ähnliche am »Gelingen« orientierte Prozesse gemeinsamer Absprachen zu entwickeln.

Lösungsorientiert vorzugehen, würde hier bedeuten, zunächst von den Akteurinnen und Akteuren auszugehen. Wer hätte denn mitzusteuern, wenn es um ein »magisches Fünfeck« ² von Zielkonflikten in den Bereichen von Ökonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe, flexibler personenzentrierter Leistungserbringung, regionalen Sozialräumen und koordinierter Sorge (Angehörige, gesetzliche Betreuungsperson, Sachwalter/Ombudspersonen) für Menschen mit Behinderung geht?

Lösungsorientiert an eine Konzeptentwicklung heranzugehen, heißt zunächst, damit zu beginnen, Akteurinnen, Akteure und Orte für Steuerungsfragen zu definieren.

Teilhabeorientierte Steuerung mit dem Ziel der Inklusion lässt sich nur an Sozialräumen festmachen – das Gemeinwesen hat Verantwortung für alle Bürgerinnen und Bürger. Orte der Steuerung müssen folglich überschaubare regional/kommunale Strukturen sein. Dies ist unabhängig von den Strukturen der Verwaltung von Eingliederungshilfe zu denken.

Die Akteurinnen und Akteure sind nicht unabhängig von den leistungsrechtlichen Strukturen zu sehen: Die Instrumente des reformierten § 93 des Bundessozialhilfegesetzes (Leistungsvereinbarungen, Prüfvereinbarungen, Vergütungsvereinbarungen) haben sich zwar auf die Vergütungsvereinbarungen faktisch beschränkt, wären jedoch weiter »Werkzeuge« der Steuerung. Neu ist lediglich der Anspruch der

Personenzentrierung von Leistungen, der über die bisher übliche »Typenbildung« normierter Leistungen oder Angebote – etwa der Grenzen ambulanter und stationärer Versorgung – hinausgeht.

Erprobt worden sind Steuerungssysteme für personenzentrierte Leistungen bisher aber meist mit Monopolerbringern (einem großen Träger, der viele Angebotsbereiche abdeckt). Diese Budgeterprobungen im Kontext der Eingliederungshilfe sind bisher an wenigen Orten, mit Unterstützungssystemen meist nur für eine der Zielgruppe versucht worden – und funktionieren von der Steuerung her gut (vgl. STEINHART 2006). Solche »Trägerbudgets« sind nur dort, wo es keine Angebotsvielfalt gibt, als regionale Budgets zu verstehen – sie scheinen dennoch ein einfacher Weg zu sein, zu wirkungsorientierten Modellen der Vereinbarung mit den Trägern der Eingliederungshilfe zu kommen. Sowie dies aber über eine Modellerprobung hinausgeht, stellen sich Fragen der Marktabschottung, Kartellbildung, des Unterlaufens von Wunsch- und Wahlrecht. Mit diesen Modellen überlässt man hohe Steuerungspotenziale der Leistungen allein den Erbringern von Leistungen, die »Marktdominanz« verschlechtert auch bei »wohlwollenden« Trägern den Einfluss der Menschen mit Behinderung auf die Gestaltung von Leistungen und ihr Wahlrecht. All diese Argumente sprechen gegen »trägerbudgetbezogene« Lösungen, die zudem ja auch sozialrechtlich hoch problematisch sind. In der Realität sind diese Situationen auch nicht sehr häufig anzutreffen – in den meisten Gebietskörperschaften gibt es eine Vielzahl von Anbietern.

Ein teilhabeorientiertes regionales Steuerungsmodell muss folglich auf eine Beteiligung aller wichtigen Anspruchsgruppen setzen: Leistungsträger, Leistungserbringer, Vertreter der Nutzer oder Anspruchsberechtigten und kommunale Vertreter. Dabei ist von der Idee Abstand zu nehmen, dass immer alle Beteiligte an einer Anspruchsgruppe zu berücksichtigen sind. Die folgenden Überlegungen versuchen jetzt, die Interessenpositionen im Hinblick auf Partizipation an Steuerung durchzudenken.

Bisherige Orte für kooperative regionale Absprachen waren (jeweils regional unterschiedlich) die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, Hilfeplankonferenzen und Gemeindepsychiatrische Verbände. Sie sind vielerorts Gebilde geblieben, in denen über gemeinsame Anliegen der Versorgung gesprochen wurde, faktisch jedoch »Belegung« gesteuert wird. Nur da, wo Trägervertreter auf dem Hintergrund getroffener

Vereinbarungen zur Qualität und zur Versorgungspflicht (vgl. BAG Gemeindepsychiatrische Verbände: www.bag-gpv.de) gemeinsam agieren konnten, sind daraus gelingende regionale Kooperationen entstanden, die Partizipation, personenzentrierte Ausrichtung der Leistungen und eine bedarfsangepasste Finanzierung ganz oder teilweise umsetzen können. Der Versuch über »Hilfepankonferenzen« zu steuern, krankt daran, dass alle Leistungserbringer vertreten sein wollen oder sollen und in diesem Rahmen ihre Partikularinteressen vertreten. Partikularinteressen lassen sich nicht allein durch Ausschluss (nur die Träger nehmen teil, die das Konzept der regionalen Qualitätssicherung mittragen) regeln. Überörtliche Strukturen (z. B. gleiche Teilhabeplanungsinstrumente) und klare Ziele sind für alle regionalen Akteurinnen und Akteure wichtig: zum einen, um die »Regeln« festzulegen und um eine Vergleichbarkeit der Unterstützungsleistungen im Blick zu behalten.

Gesteuert werden könnte folglich auf einer regionalen Ebene über den verbindlichen und gesicherten Einfluss auf Vertragsverhandlungen, die Steuerungsrunden wären dann Orte des Abgleichs von Bedarfseinschätzungen und Zielvereinbarungen für die sozialräumliche Entwicklung. Die konkrete Definition von »inkluisiven Gemeinwesen« und die Chancen zur gemeinsamen partizipativen Gestaltung müssen von allen Akteurinnen und Akteuren gemeinsam geleistet werden. Dabei sind gleichberechtigt sowohl ökonomische, fachliche wie kommunale und Selbsthilfe- wie Sorgeziele anzustreben. Der Einfluss auch auf Leistungserbringer, die sich nicht beteiligen, wäre dennoch über die Geltung der Vertragsvereinbarungen gegeben.

Steuerungsverantwortung der Eingliederungshilfe

Der Leistungsträger übernimmt dabei nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine inhaltliche Verantwortung – das ist Grundlage von Steuerungsrunden. Organisiert und moderiert werden sollte eine Steuerungsrunde durch eine Vertreterin oder einen Vertreter des Leistungsträgers der Eingliederungshilfe. Gegenstand der Steuerungsrunden ist der Prozess der Eingliederungshilfegewährung in einer definierten Re-

gion. Dabei sind sowohl der Überblick zu Neuanträgen wie Folgeanträgen wichtig, immer unter der Zielvorgabe, den Teilhabeanspruch auf flexible, personenzentrierte Unterstützungen auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu sichern. Fallbezogene Steuerung erfolgt in möglichst kleinen »Fall- oder besser Teilhabekonferenzen« der wesentlichen Akteurinnen und Akteure. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht nur Leistungsträger und Vertreter des aktuellen Leistungserbringers beteiligt sind, sondern eine Position der »Prozessverantwortung« (vgl. KLEINE SCHAARS 2009) fachlich oder von der Selbsthilfe her beteiligt ist.

Ein solches Modell wäre »anschlussfähig« auch für die Modelle der integrierten Versorgung (siehe Beitrag von Klaus-D. Liedke) und kann so leistungsträgerübergreifende »nahtlose« Passungen von Leistungen, die im Bereich der Hilfen für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen von so besonderer Bedeutung sind, befördern.

Auf der örtlichen Ebene geht es um die übergreifende Umsetzung und Steuerung der Bedarfslagen und die Qualität der Leistungserbringung in der Region. Gesteuert werden könnte folglich ähnlich wie in einer Teilhabekonferenz über Vereinbarungsziele im kommenden Jahr. Dabei ist die Erhebung und Beobachtung von Kennzahlen von besonderer Bedeutung. Ähnlich wie in integrierten Teilhabep länen für einzelne Personen könnte über Zielvereinbarungen zu Leistungserbringungsstrukturen und kommunalen Strukturen Rahmenbedingungen und Angebotsstrukturen wie Inanspruchnahme über Vereinbarungen gesteuert werden.

Dabei sollten nicht nur Vereinbarungen zu Budgets (zur Finanzierung laufender Unterstützungsprozesse der Eingliederungshilfe wie Regelungen zur Neu-Inanspruchnahme) getroffen werden:

Inklusive Strukturen der Sozialräume sind dabei von besonderem Interesse: Welche Rahmenbedingungen im Bereich Mobilität und Kommunikation sind von allgemeinem Interesse in dieser Region, gehören in die »Daseinsvorsorge« der Kommunen und können von Menschen mit psychischer Erkrankung genutzt werden? Welche »Teilgabe« von Akteurinnen und Akteuren, Angeboten und Trägern im Bereich der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sind im Sinne des Gemeinwesens verfügbar zu machen? Hier müssen neben Kennzahlen aus den einzelnen Teilhabeprozessen (gezielte Unterstützung der privaten Netzwerke – die konkrete Ausgestaltung kann als Auswertung aus den

einzelnen Hilfeplanungsprozessen erhoben werden) auch Maßnahmen der Kommunen vereinbart werden.

Vereinbarungen zur Verbesserung der objektiven Teilhabeindikatoren (Anteil privaten Wohnraums betroffener Menschen, Anteil Arbeitsplätze und Teilzeit- wie Zuverdienstoptionen im ersten Arbeitsmarkt) wie die Verbesserung der subjektiven Teilhabeindikatoren (erfolgreiche Unterstützungsprozesse von nutzerdefinierten Teilhabeziele³) sind von besonderer Bedeutung für die Qualität regionaler Hilfesysteme.

Damit wird die inhaltliche Steuerung mit der Finanzsteuerung verbunden und eine gemeinsame Verantwortung etabliert.

So können »gemeinsame« Interessen aller Akteurinnen und Akteure eine wesentliche Grundlage für gelingende Kooperation werden. Gemeinsame Interessen zur Grundlage von Kooperation zu machen, wirkt den bisherigen teilweise enttäuschenden und von Misstrauen und taktischen Manövern bestimmten Erfahrungen aus Steuerungs- runden von Trägern, Wohlfahrtsverbänden und den Trägern der Eingliederungshilfe entgegen.

Das Gelingen von Abstimmungsprozessen hat wesentlich mit Vertrauen zu tun – wie wir auch aus der ökonomischen Fachliteratur wissen (vgl. SCHILCHER et al. 2012). Hilfeplankonferenzen oder Landessteuerungsrunden mit den LIGA-Verbänden und den Trägern der Eingliederungshilfe verstehen sich häufig als »Interessenvertretung« der jeweiligen Position, die Kunst der Moderation wie das Gelingen von produktiver Zusammenarbeit bleibt dabei dann nur in außergewöhnlich günstigen personalen Konstellationen erfolgreich.

In der bundesdeutschen Wirklichkeit ist eine Vielzahl von Versuchen zu beobachten, Fallsteuerung lediglich als Aufgabe des Leistungsträgers zu verstehen. Konsequenz umgesetzt würde dies aber bedeuten, Kompetenz in Beratungs-, individuelle Prozessbegleitungs- wie Koordinationsleistungen personell in die Verwaltung der Eingliederungshilfe hineinzuholen. Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen, die geforderte Fachlichkeit, die Bindung des Vertrauens von Menschen mit Behinderung an vertraute Personen, die Umsetzung der UN-Konvention steht hier entgegen. Bisherige Versuche, die dies unter dem Primat der Finanzierung (Versuch von stationären Hilfen weg hin in kostengünstigere ambulante Konstellationen zu steuern) tun, scheitern an der Realität: Menschen mit Behinderungen wollen konkrete Beratung zu ihren Möglichkeiten, wollen die Menschen kennen, die für sie sorgen sollen und können nicht

im Rahmen von einem oder zwei Terminen mit einer fremden Person ihr Leben planen. Da diese Optionen aufseiten der Leistungsträger oft mit der Nichtaufstockung von internen Stellen für eine weitere Prozesssteuerung einhergehen, enden diese Versuche mit einem Misserfolg in der Umsteuerung, aber einem gefühlten Erfolg, die eigene Bedeutung klargemacht zu haben. Die Versorgungsrealität ändert sich nicht – mangelnde Teilhabe und Inklusion –, die Realität des fragmentierten Hilfen wird bestätigt, eine Umsteuerung zu personenzentrierten Hilfen und inklusiven Sozialräumen gelingt nicht.

Gelingende Umsteuerung hin zu Finanzierung von personenzentrierten Leistungen verlangt sowohl die Vereinbarung von Leistungen mit Trägern (Kosten und fachliche Ziele) auf der regionalen Ebene wie die Vereinbarung der Bedarfe mit Klientinnen und Klienten (Kosten und fachliche Ziele im Einzelfall). Beides muss parallel von der Eingliederungshilfe geleistet werden. Fachlichkeit im eigenen Haus, Fallmanagement, Instrumente und Verfahren, die konsensfähig sind und ein Rückhalt in der Sozialpolitik sind dafür unerlässlich.

Insbesondere ist die Frage der Kostentransparenz zentral, die Aufhebung der Fragmentierung durch Sondervereinbarungen unerlässlich, um beide Vereinbarungsprozesse auch im Sinne von Finanz- und Fachsteuerung regional transparent und vergleichbar durchführen zu können. Dies verweist auf die Bedeutung einheitlicher Teilhabeplanungsinstrumente, die zielgruppenübergreifend auch von der ASMK gefordert werden.

Partizipation von Beteiligten: Nutzervertretung

Bei der Frage der Zugangssteuerung ist in der Fachöffentlichkeit erkannt, dass eine leistungserbringerunabhängige Erstberatung strukturell zu entwickeln ist. Besonders wichtig sind dabei die Übergänge – deshalb sind viele Leistungsträger dazu übergegangen, gerade »Neuanträgen« besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dabei sind Entwicklungen besonders wichtig, die nicht ein neues Netz von Diensten und Einrichtungen etablieren, sondern in Richtung einer Assistenz für eigenständige Hilfeplanung/Teilhabeplanung gehen. Von beson-

derer Bedeutung für die Rechtssouveränität und die Umsetzung der UN-Konvention ist dabei, Zugang und Barrieren in Teilhabeplanungsinstrumenten und für die Beantragung von persönlichen Budgets zu minimieren. Hier ist auch eine wichtige Funktion der Selbsthilfe und Betroffenenorganisationen zu sehen, die hier auch »ihren« inhaltlichen Steuerungszugang als unabhängiger Verbraucherschutz strukturell hier gern verankert wissen wollen.

Zeitbezogene, personenzentrierte Leistungen als Basis eines Steuerungskonzepts können auch die dafür nötige Transparenz der Kosten und Leistungen für Nutzer erreichen. Insbesondere sind hier an bestimmte Zugangspassagen zu denken: der Übergang von der Schule zum Beruf für die jungen Menschen mit sogenannten geistigen beziehungsweise körperlichen/Sinnesbehinderungen, die Entwicklungen »aus der Werkstatt oder aus dem Wohnheim heraus« sind auch von Betroffenenvertretern zu gestalten. Das bisherige System der Heim- und Werkstattbeiräte macht dabei deutlich, dass eine strukturelle Qualifizierung und Unterstützung für Menschen mit Beeinträchtigungen dabei nötig ist. Beteiligungsprozesse für Nutzerinnen und Nutzer müssen organisiert werden, die eher heterogene Gruppe wird sicher über Engagement und begleitende Arbeitsgemeinschaften mit einer gewählten Vertretung zu einer Steuerungsbeteiligung kommen. Bei der Frage, welche Handlungsoptionen die Nutzervertretung denn bei einer Steuerungsrunde hat, kommen Rechtsansprüche, Verbraucherschutzfaktoren, gerichtliche Überprüfung, Öffentlichkeit oder Medien und ein offensiver Umgang mit der Transparenz von Entwicklungszahlen in Betracht. Beispielsweise ist die Handhabung des Betreuungsrechts regional sehr unterschiedlich und könnte von der Nutzerseite thematisiert werden.

Sozialraum – die regionale Verankerung

Als weiterer Akteur ist die kommunale Seite und ihre Verankerung im Gefüge regionaler Politik zu bedenken. Die Beteiligung der örtlichen Ebene an Planungsprozessen ist nötig – nicht nur um regionales Expertenwissen und soziale Räume zu erschließen. Derzeit ist es stark von der länderspezifischen Organisationsform abhängig, welche regio-

nenen Expertinnen und Experten mit den Gremien der Eingliederungshilfe zusammenarbeiten beziehungsweise diese selbst organisieren (bei der sogenannten »Niederzonung«: kommunale Zuständigkeit). Die Ebene der Kreisbeigeordneten, des Landrats, der Sozialausschüsse, der Sozialdezernenten, der Fachabteilungen, der Psychiatriekoordinatoren, der Dienste am Sozial- beziehungsweise Gesundheitsamt und der Finanzabteilungen sind sehr unterschiedlich einbezogen.

Von besonderer Bedeutung für einen regionalen Steuerungsansatz sind auch die jeweiligen statistischen Ämter: Sie verfügen über regionales Expertenwissen zu den Sozialräumen von Menschen mit und ohne Behinderung. Der von uns skizzierte Steuerungsansatz reicht über die bisherigen Fachgrenzen hinaus – aus der Zusammenführung der ungedeckten Bedarfe im Kontext der Einzelfallplanung und dem Wissen zu Entwicklungen in der Region kann eine sozialräumlich fundierte Analyse der Sozialräume entstehen, die inklusive Funktionen im Sinne einer Netzwerkentwicklung in Gang setzt. Ob es gelingt, für Aufgaben der kommunalen Daseinsfürsorge ein inklusives Planungsbudget zu entwickeln, ist dabei offen. Es sollte jedoch zumindest gelingen, Querschnittsaufgaben zu bündeln, wie dies etwa bei Planungsfragen zur Quartiersentwicklung, Dorfentwicklung oder dem Bereich Senioren bereits üblich ist. Eine Initiierung oder Steuerung begleitender Angebote – etwa der VHS – ist einzubinden, eine kommunale Berichts- und Beratungspflicht für die Planungen der Angebote der Eingliederungshilfe zu vereinbaren. Dabei wird es von Bedeutung sein, auch auf der individuellen Prozesssteuerung (Hilfepfankonferenzen) wie im Steuerungsgremium kommunale Vertretung vorzusehen, auch wenn das Bundesland eine überörtliche Organisation der Eingliederungshilfe vorsieht.

Wesentlich für die öffentliche Wahrnehmung ist hier auch eine Zusammenführung und Aufbereitung der Daten. Insbesondere die Kosten und Leistungen der Eingliederungshilfe sollten in einem transparenten fiktiven Budget darstellbar sein. Angebote der Eingliederungshilfe sind auch als »Teilgabe« zu entwickeln – wie schon an einigen Orten im Kontext von Dienstleistungen (Beispiel CAP-Märkte) realisiert. Örtliche Projekte können so vereinbart werden, das Recht auf Modellverträge ist festzuhalten.

Offen bleibt, ob die Position der Koordinierung – der »Sorge für« als Akteur an der Steuerungsrunde zu beteiligen ist. Dies schließt die In-

teressenvertretung von Angehörigen, Bürgerhelfenden und der koordinierenden Bezugspersonenposition ein.

Kennzahlen einer teilhabe- und wirkungsorientierten Steuerung

Vorausschickend ist zu betonen, dass ein Steuerungskreis sich auf Kennzahlen einigen muss: Mehr als sechs Kennzahlen für die ökonomischen, sozialen und Organisationsentwicklungsprozesse wie die Entwicklung von Teilhabe und Wirkung im Einzelfall sind schwerlich im Blick zu behalten.

Basiszahlen wie die Entwicklung absoluter Fallzahlen, die Gesamtentwicklung der Leistungszahlen sind dabei eine Interpretationsgrundlage. Zielgruppendifferenzierungen sollten möglich sein, sind aber nicht regelhaft sinnvoll. Da aber nicht nur die Kosten, sondern auch die Teilhabeentwicklung und die Wirkungsorientierung von Leistungen im Blick behalten werden sollen, gewinnen relative Kennzahlen (also z. B. die Kostenentwicklung pro Leistungsfall) große Bedeutung.

Insgesamt müssen auf dem Hintergrund gemeinsamer Steuerungsziele (Wertzuwachs: an kommunaler und personenzentrierter Teilhabe und Wirkung von Eingliederungshilfeleistungen) ein Kennzahlensystem für die Region entwickelt werden. Von Bedeutung ist dabei, sich auf gemeinsam festgelegte Signale zu einigen, das heißt auch gemeinsame Interpretationsspielräume zu definieren. Auch Kennzahlen setzen wertdefinierte Zielgrößen voraus.

Von großer Bedeutung ist, sich mit der Darstellung von ökonomischen Kennzahlen von den organisatorischen Strukturen der Leistungserbringung zu lösen. Kosten beziehungsweise Leistungsmengen müssen über Zielgruppen und Angebotsformen hinweg vergleichbar sein und für die Entwicklungen im Gesundheitsbereich – integrierte Versorgungsformen – anschlussfähig.

Auch fachliche Ziele lassen sich mit Kennzahlen erfassen: So könnten beispielsweise die autonomen (Selbsthilfe-)Anteile an der Teilhabeplanung in Zahlen ausgedrückt werden, quantitative Abbildung der sozialräumlich organisierten Hilfen aus Teilhabeplanungsdokumenten aggregiert werden.

Zielorientierung in der Hilfe- oder Teilhabeplanung bildet sich in Anteilen von wechselnden (aus Erfahrung und Leben lernenden) genehmigten Hilfeleistungen ab. Die Berücksichtigung von Ressourcen in Hilfeplänen lässt sich darstellen, Zielerreichung als Maß gelingender Passung von Leistungserbringung abbilden. Auch die Erhebung von Nutzerzufriedenheit lässt sich mit der Beantragung weiterer Hilfen vereinbaren.

Ökonomische Kennziffern bilden dabei ein virtuelles Budget für den Sozialraum ab, diese können als Euroanteile pro Anspruchsberechtigten, als Bruttoanteil der Sozialhilfe, als Leistungserbringerbudgets, als Nettoanteile der Sozialhilfe abzüglich der Eigenmittel oder als Vollkosten abgebildet werden, die alle sozialen Transferleistungen beinhalten.

Kennziffern für Prozesse sind zentral an Hilfe- oder Teilhabeplanungssystem zu binden. Allein schon Dauer und Laufzeiten, sozialräumliche Planung, Beteiligung am Hilfeplanprozess, trägerübergreifende Hilfeplanung sind wichtige optionale Abbildungen. Kennzahlen wären parallel für Bestandsklientinnen wie für Neuklienten zu führen, um wichtige Prozesse interpretierend im Hinblick auf eine Gesamtbetrachtung zu analysieren.

Klassische wirkungsorientierte Kennziffern, die die Entwicklung und Teilhabe von Klientinnen und Klienten beschreiben, können zunächst »forschend« vereinbart werden – müssten jedoch in einem Begleitforschungsprozess überprüft und gesichert werden. Dabei ist der Capability-Ansatz zu berücksichtigen.

Es sind objektive Erfolgsfaktoren (Teilhabeindikatoren zu den Lebensbereichen) mit subjektiven Erfolgsfaktoren (Teilhabeindikatoren aus Nutzersicht⁴) und gesellschaftlichen Erfolgsfaktoren (Vermeidung von Exklusionsrisiken, Bewältigung von Lebensrisiken wie Alter oder zunehmende Gesundheits- und Pflegerisiken) in Verbindung zu bringen.

Für diese komplexen, angereicherten Kennzahlenbündel ist es sinnvoll, zielgruppenspezifische Stichproben zu beobachten und zu bewerten, die ein punktuelles Anreichern von Daten ermöglichen.

Die Verwendung vorhandener Daten aus dem Leistungsbeantragungs- und Genehmigungsprozessen ist von großer Bedeutung, gegebenenfalls müssen die Hilfeplansysteme um wenige Aspekte angereichert werden. Soziale Nachhaltigkeit und die konkreten Transformationsprozesse

hin zu sozialräumlich-inklusiven Leistungen sind von besonderem Interesse.

Es stellen sich also ein Reihe von Forschungsaufgaben, welche »Anzeiger« für die verschiedenen Ziele von regionaler Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen vergleichsweise »einfach« zu erheben sind, welche Entwicklungen damit angezeigt werden und welche Vertrauensbasis eine solche transparente gemeinsame Basis von prospektiven Vereinbarungen (wir vereinbaren im kommenden Jahr nicht nur ein Budget, sondern auch Qualitätsziele – z. B. Steigerung der gelingenden Teilhabeunterstützung von Betroffenen um 2 %, Zunahme an privat genutztem Wohnraum von 1 %). Ein erster Versuch, sich diesen Überlegungen in einem Forschungsprojekt zu nähern, verbindet sich mit dem Projekt »Regionale Teilhabeindikatoren« des Fachbereichs Sozialwesens in Fulda.

Insgesamt wäre es wünschenswert, wenn ein »Baukastensystem« von Kennzahlen entsteht, das je nach regionaler Ausgangslage dann zur Analyse und Steuerung von den lokalen Akteurinnen und Akteuren ausgewählt werden könnte.

Anmerkungen

- 1 Der Bezug auf »Need Adapted Treatment« im Kontext von Behandlung als vergleichbare Entwicklung ist hier gemeint.
- 2 Der Bezug auf das konkurrierende Zielgrößenkonzept der sozialen Marktwirtschaft »magisches Viereck«, das in der jüngeren Vergangenheit um Umwelt auf ein »magisches Fünfeck« ergänzt worden ist, ist hier bewusst gewählt. Vgl. dazu auch GROMANN (2012).
- 3 Projekt »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?«, www.bag-wohlfahrt.de.
- 4 Projekt »Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?«, www.bag-wohlfahrt.de.

Literatur

GROMANN, P. (2012): Wirkungsorientierte Steuerung. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge (NDV).

KLEINE SCHAARS, W. (2009): WKS-Modell. Durch Gleichberechtigung zur Selbstbestimmung. Weinheim/München.

SCHILCHER, C.; ZIEGLER, M.; SAUER, S.; WILL-ZOCHOLL, M.; POTH, A.-K. (2012): Personale und systemische Dimensionen des Vertrauens. Vertrauenspraktiken am Beispiel unternehmens- und standortübergreifender Kooperationen. Wiesbaden.

STEINHART, I. (2006): Fachlichkeit und Ökonomie verbinden. Erfahrungen mit einem personenbezogenen Finanzierungsmodell aus einem regionalen Psychriatriebudget der Eingliederungshilfe. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 37 (3), Berlin, S. 74–86.

Petra Gromann, Soziologin, Professorin für Rehabilitation, Studiengangsleiterin des Masterstudiengangs Soziale Arbeit – Gemeindepsychiatrie.

