

Reutlingen, 14.Mai 2019

Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund als Voraussetzung sektorenübergreifender Versorgung

Raoul Borbé
Ulm/Ravensburg



ulm university universität
uulm

zfp
Südwestfalen-Lippe



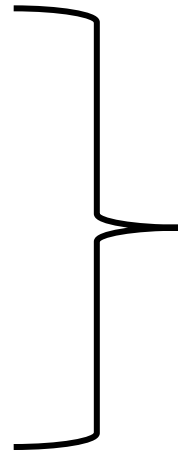
§1BTHG

Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre **volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen

Lebenspraktisches Bezugssystem

- Behandlung
 - Wohnen
 - Arbeit
 - Tagesstruktur/Freizeit
- (nach Eikelmann)



Hilfebedarf

- ICF
- Bedarfsermittlungs-instrument

ERMITTLUNG DES INDIVIDUELLEN HILFEBEDARFES FÜR
LEISTUNGEN DER TEILHABE IN BADEN-WÜRTTEMBERG
- A.) BASISBOGEN -



| | | |
|--|---------------|--------------------|
| 1. Erste Bedarfsermittlung vom | AZ.: | |
| Fortschreibung der Bedarfsermittlung vom | | |
| 2. Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person | | |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter | | |
| | | Nationalität |

PsychKHG Baden-Württemberg 12.11.2014

§ 7

Gemeindepsychiatrische Verbände

In den auf Ebene der Stadt- und Landkreise gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbänden schließen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zum Zwecke der Kooperation zusammen. Sie treffen hierzu eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen für Personen nach § 1 Nummer 1 eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände sollen mit Verbänden und Netzwerken aus anderen Bereichen zusammenarbeiten. Der besondere Kooperationsbedarf im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung soll berücksichtigt werden. Eine Moderation dieses Prozesses zur Versorgungsentwicklung durch die Stadt- und Landkreise im Rahmen ihrer bestehenden Zuständigkeit für die kommunale Sozialplanung wird vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen bestehender Verbände empfohlen.

§ 6 Sozialpsychiatrischer Dienst

§ 8 Koordination der
Hilfeangebote

§ 9 Patientenfürsprecher

§ 10 Ombudsstelle auf
Landesebene, Melderegister

Kooperation in der Gemeindepsychiatrie



interdisziplinär

interinstitutionell

Zwischen Professionellen und Betroffenen

- Dienste existieren isoliert voneinander oder in Konkurrenz
- Schnittstellenprobleme zwischen unterschiedlichen Systemen

Bei gemeinsamer Hilfeplanung berichten 82% der Betroffenen von einem positiven Einfluss auf ihre Lebenssituation (vs. 12%).

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: 441-451

§ 115 d SGB V

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen.

In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StÄB)



- In vielen Regionen besteht bereits eine gemeindepsychiatrische Kultur der vernetzten Kooperation aller Leistungserbringer

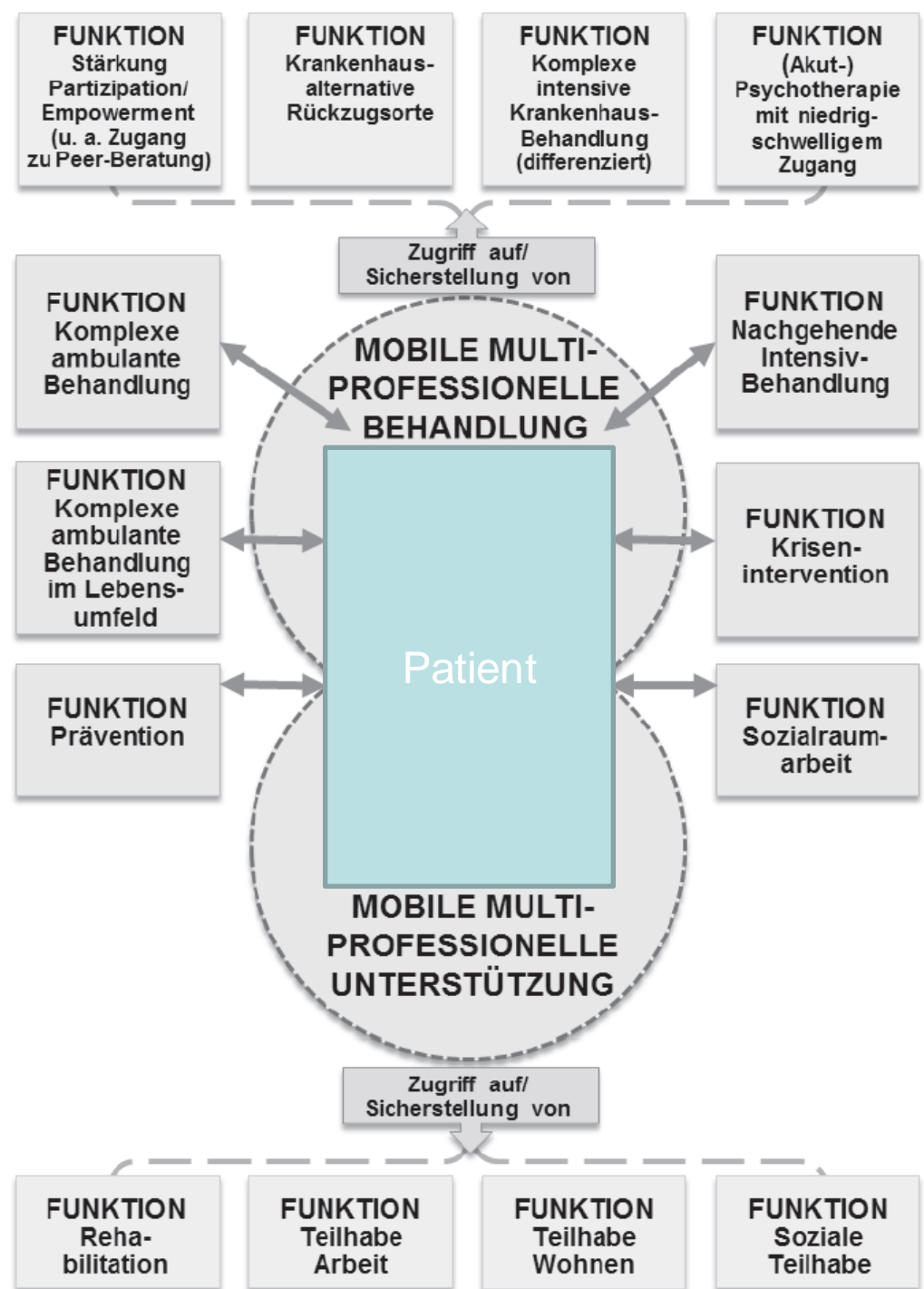
- gemeinsame Grundlage zur Verständigung jenseits von Leistungsanbietern und Berufsgruppen

- Die unterzeichnenden Verbände und Fachgesellschaften haben ausgehend vom Bedarf der Patienten und angelehnt an das Funktionale Basismodell von Steinhart und Wienberg, die verschiedenen Funktionen in Behandlung und Betreuung definiert.

Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen



Steinhart I, Wienberg G (2015) Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Sozialpsychiatrische Informationen; 45 (Heft 4): 9-15



Kooperationsvertrag

§ 1

Zweck und Dauer der Kooperation

1. Zweck der Kooperation ist die vom ZfP Südwürttemberg angeforderte externe Erbringung von ambulanten Leistungen seitens der Arkade, insbesondere Leistungen im Rahmen von Integrierter Versorgung (IV), psychiatrischer Institutsambulanz (PIA) und stationsäquivalenter Krankenhausbehandlung (StäB).
2. Ziel dieser Kooperation ist eine optimale Patientenversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Betreuungskontinuität. Die externen Leistungen der Arkade müssen rechtzeitig, mangelfrei und effizient sein. Umfang, Art und Dauer der Leistung bestimmt das ZfP.
3. Das Kooperationsverhältnis ist auf unbestimmte Zeit angelegt. Es kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Kalenderjahresende gekündigt werden.

Fallbeispiel Herr S.

- Schizophrenie, Epilepsie, Hypertonie, Alkoholabhängigkeit, seit langem abstinent
- Immer wieder wahnhaft anmutende Ängste mit szenischer Beschreibung
- Wohnt mit seiner Ehepartnerin in einer gemeinsamen Wohnung, ABW und AOK-Modellprojekt, PIA
- Intensivierung der Betreuung durch ABWplus, ambulante Ergotherapie

Fallbeispiel Frau C.

- Schizoaffective Störung, Adipositas III°, Hypertonie
- maniform-wahnhaft oder (chronisch-) suizidal, zuletzt depressives Syndrom, Verwahrlosung
- Zweier-WG, Betreuung durch SpDi, PIA
- In StäB u.a. Ernährungsberatung und Motivation für ABW, engmaschige Absprache mit SpDi, Haushaltshilfe, Medikation unverändert

Fallbeispiel Herr K.

- Schizoaffektive Störung, Tabakabhängigkeit, COPD, Harninkontinenz, Schwerhörigkeit
- Über 40 stationäre Aufenthalte manisch oder depressiv, meist ausgeprägt wahnhaft
- Fachpflegeheim der Eingliederungshilfe, PIA
- StäB: Bedarfsmedikation sollte reduziert werden, viel Austausch über private Dinge, Anleitung für lebenspraktische Dinge