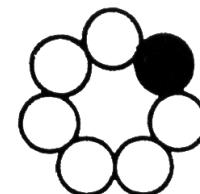


Regionale Kooperationsstrukturen – Gemeindepsychiatrische Verbünde: Theorie und Realität

Nils Greve

Bremen, 09.07.2014

**Psychosozialer
Trägerverein
Solingen e.V.**



**GEMEINDE
PSYCHIATRISCHER
VERBUND
SOLINGEN**



Warum Vernetzung?

- Multiple Zersplitterung des Gesundheits- und Sozialsystems bei Kostenträgern und Leistungserbringern
 - PTV Solingen 1999: rund 20 verschiedene Finanzierungen
 - Sozialpsychiatrisches Prinzip des Vorrangs für schwer Kranke
 - „Kunden“?
-
- Leitlinien beim Aufbau gemeindepsychiatrischer Hilfen:
 - Niederschwelligkeit
 - Verbundförmige Vernetzung
 - „Pflichtversorgung“
 - Ziel: Hilfen (wie) aus einer Hand

Schritte der Konzeptentwicklung

- Gemeindenahe Psychiatrie, Therapeutische Kette (Psychiatrie-Enquête 1975)
- Gemeindepsychiatrie, Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV – Expertenkommission 1988)
- Steuerung der Versorgung in kommunalen Gebietskörperschaften bzw. in „Versorgungsgebieten“ (100 – 150 000 Einwohner)
- Personenzentrierung (Kommission ... 1994): Gemeinsame Hilfeplanung von „Komplexleistungen“ aller (!) Sozialgesetzbücher

Qualitätskriterien für gemeindepsychiatrische Netzwerke (1)

Kommission zur Personalbemessung ... 1994

1. Regionaler Bezug (Versorgungsgebiet)
2. „Pflichtversorgung“
3. Komplexleistung aus allen erforderlichen Hilfen
4. Gemeinsame Hilfeplanung, Hilfeplankonferenz
5. Personenzentrierung
6. Koordinierende Bezugsperson

- Gegründet 2007 auf Initiative der Aktion Psychisch Kranke
- Derzeit 25 Mitgliedsverbünde
- Netzwerk von Verbünden regionaler Leistungserbringer
 - Leistungserbringerverbund versus Steuerungsverbund
- Qualitätskriterien
- Ziele und Aktivitäten:
 - Wechselseitige Besucher der Mitglieder
 - „Fachtag“ zu aktuellen Themen, z. B. Zwangsmaßnahmen, Hilfeplanung, Integrierte Versorgung, Reform der Eingliederungshilfe (04./05.12.2014)
 - Stellungnahmen zu Themen der psychiatrischen Versorgung
 - Vertretung des Verbundkonzeptes in psychiatriepolitischen Aktivitäten (Aktion Psychisch Kranke, „Kontaktgespräche“ etc.)
 - Akquise weiterer Mitglieder

Qualitätskriterien für gemeindepsychiatrische Netzwerke (2)

BAG GPV 2007

1. Alle „wesentlichen Leistungserbringer“
2. Recht auf Selbstbestimmung
3. Konsequente Orientierung am individuellen Bedarf
4. Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen
5. Zusammenarbeit mit Angehörigen usw.
6. Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
7. Fortbildung, Supervision und Qualifizierung
8. Datenschutz und Recht auf informationelle Selbstbestimmung
9. Gemeinsames Beschwerdemanagement
10. Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen

Verbundförmige Komplexleistungen für alle Hilfebedürftigen: multiple Hindernisse

- Trennung der SGB, Trennung ambulant/stationär
- Unterversorgung v. a. in ländlichen Regionen
- Versorgungslücken (Home Treatment, Rehabilitation)
- Große Zahl, Heterogenität und „Eigenleben“ der Institutionen
- Heterogenität der Konzepte (Zielgruppen, räumliche Bezüge ...)
- Konkurrenzdenken
- Unverbindlichkeit der Verbundkooperationen
- Unterfinanzierungen (z. B. APP)
- Eingrenzende Richtlinien (z. B. APP, Soziotherapie)
- Fehlen geeigneter leistungsübergreifender Planungsinstrumente
- Inkonsistenz des Gesetzgebers
- Partialinteressen der Selbstverwaltungspartner

Selektivität statt Vollversorgung

- Anspruchsberechtigungen und andere Eingangsvoraussetzungen (z. B. Schwerbehindertenausweis)
- Heranziehung
- „Richtliniengeeignete Klienten“ (und Patienten, z. B. PEPP)
- Spezialisierung vor Regionalisierung
- „Systemsprenger“ versus „Pflichtversorgung“
 - Abschiebung in Forensik oder ferne Heime?

Verbund versus „Markt“

- Von Monopolen zur Anbietervielfalt (in Teilgebieten)
- Von korporatistischen Strukturen zu offener Konkurrenz
- Einkaufsmodelle der Kostenträger
- EU-Recht, Ausschreibungen, Preiskampf
- Qualitätsförderung durch Wettbewerb?
- Verlust an gemeindepsychiatrischer Substanz
- Marktgerechte Kunden?

Praxis der Kooperation

- Grundlage: Kooperationsvertrag (z. B. Integrierte Versorgung), Leitlinie, Geschäftsordnung für Hilfeplankonferenz etc.
 - in der Regel geringer bis mäßiger Verbindlichkeitsgrad
- Häufigste Kooperationsform: Hilfeplankonferenz
 - meist nur SGB XII, allenfalls II/III
- Koordinierende Bezugsperson: Lotse, Anker, „Fallmanager“
 - einrichtungsübergreifend
 - Rollenklärung gegenüber Leistungserbringern erforderlich
- Fallbesprechungen, Helferkonferenzen etc.
- „Trägerunabhängige Erstberatung“
 - ... in wessen Trägerschaft?
- Krisendienst
 - unabhängig, additiv oder integriert

Einige Besonderheiten der Beteiligten

- Kommune als Leistungserbringer, als Kostenträger und als Garant der Daseinsfürsorge
 - „Steuerungsverbund“: Psychiatriebeirat, PSAG, Trägerkonferenz, kommunale Gesundheitskonferenz, Runde Tische etc.
- Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten: häufig Individualisten
- Kliniken, WfbM, große Heime: häufig eigenweltlich
- Gemeindepsychiatrie: Generalisten oder Sparten-LE? Zahl?
- Gesetzliche Betreuer: Anbieter oder Auftraggeber?

Trialog und Netzwerkarbeit

- Verbund der professionellen Helfer reicht nicht
- Einbeziehung der Klienten (z. B. in der HPK), der Angehörigen und weiterer Personen des sozialen Umfelds
- Peer-Beratung (Ex-In)
- Psychoseseminar
- „Honig in die Waben“:
 - Systemische Gesprächsführung
 - Recovery-Konzept, Ressourcenorientierung
 - Empowerment
 - ...

Einige Modelle

- Regionales Gesamtbudget für Krankenhäuser
 - Itzehoe (Deister), Geesthacht (Heissler), Nordhausen (Wilms) u. a.
- Regionales Gesamtbudget für Eingliederungshilfe
 - Rostock, Berlin
- Regionales Gesamtbudget SGB V + XII
 - Bremerhaven
- Trägerübergreifendes persönliches Budget
 - Rheinland-Pfalz
- Integrierte Versorgung im SGB V
 - „Netzwerk psychische Gesundheit“ – Dachverband Gemeindepsychiatrie mit TK (Ruprecht)
- Psychosozialer Trägerverein Solingen
 - Krisendienst, Integration Klinik-/Gemeindepsychiatrie, Nutzerbeteiligung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- nils.greve@ptv-solingen.de
- www.ptv-solingen.de
- www.bag-gpv.de
- www.gpg-nrw.de