

AKTION
PSYCHISCH
KRANKE e.V.

Was kann die PsB vom psychiatrischen Versorgungssystem in Sachen Teihabeorientierung lernen

Referent: Jörg Holke
Aktion Psychisch Kranke e.V

- **Erfahrungsaustausch**
 - **Bericht über aktuelle
Entwicklungen**
 - **Schnittstellen/mengen**
-

Teilhabeorientierung

als Bestandteil eines

Paradigmenwechsels in
Richtung

Personenzentrierung in der
psychiatrischen Versorgung

Das neue Paradigma: Personenzentrierte Hilfen ***Entstehung***

- **in Folge der Psychiatrieenquete, dem Modellprogramm und den Empfehlungen der Expertenkommission mit ihren vier Grundforderungen:**
 - **gemeindenahe bzw. wohnortnahe Versorgung**
 - **bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken**
 - **Koordination aller Versorgungsdienste**
 - **Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken**

wurden bis zum Ende der 80-Jahre die psychiatrische Pflegeanstalten durch wohnortnahe psychiatrische Kliniken abgelöst und gleichzeitig der Aufbau gemeindepsychiatrischer ambulanter Dienste konzipiert und begonnen

Das neue Paradigma: Personenzentrierte Hilfen *Entstehung*

- Die Psychiatriepersonalverordnung 1990 hatte eine erhöhte und rechtliche abgesicherte Personalausstattung der stationären und teilstationären Krankenhausbehandlung zur Folge.
- Abkehr vom einheitlichen Pflegesatz und die Differenzierung in Behandlungsbereiche, die sich am Bedarf des einzelnen Patienten orientieren
- Erste Schritt zu einer patientenzentrierten und nicht mehr institutionszentrierten Personalbemessung
- **Das Bett als Maßstab hatte ausgedient.**

Das neue Paradigma: Personenzentrierte Hilfen *Entstehung*

- Dem nach der Empfehlung der Expertenkommission Prinzip „ambulant vor stationär“ so notwendigen komplementären Bereich außerhalb der Klinik fehlte eine solche Konzeption.
- war der Auftrag an die Kommission bzw. des von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführten Forschungsprojektes "Personalbemessung im Komplementären Bereich der Psychiatrischen Versorgung" (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit").
- **Dessen zentrales Ergebnis war der Paradigmenwechsel von einer institutionszentrierten Sichtweise hin zu einer personenzentrierte Sichtweise (Personenzentrierte Ansatz – PzA)**

Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung

- personenzentriert statt institutionszentriert
 - bedarfsorientiert statt angebotsorientiert
 - Mensch mit (drohender) Behinderung bzw. Erkrankung als Subjekt einer unterstützten Entwicklung statt Objekt von Hilfeleistungen
-

Personenzentrierte Hilfe:

- 1. Individualisierung**
 - 2. Teilhabeorientierung**
 - 3. Lebensweltbezug**
 - 4. therapeutische Kontinuität**
-

1. Individualisierung

Welche Hilfen benötigt der Klient?

nicht:

**Welches verfügbare Angebot ist für ihn
das geeignetste?**

2. Teilhabeorientierung

**Recht auf Teilhabe am Leben mitten
in der Gesellschaft
(Arbeitsleben wo auch andere
arbeiten, eigene Wohnung wo auch
andere wohnen, Freizeit wo auch
andere ihre Freizeit verbringen,
gemischter Freundeskreis etc.)**

Nicht nur

**Ausgleich behinderungsbedingter bzw.
krankheitsbedingter Einschränkungen**

3. Lebensweltbezug

kein Umzug, um Hilfen zu erhalten

**kein Wechsel des Arbeitsplatzes, um
Hilfen zu erhalten**

**nicht Sondermilieus als einziger Ort der
Hilfeleistung**

sondern

**bedarfsgerechte Hilfen werden am
Lebensort organisiert**

4. therapeutische Kontinuität

**kein Betreuerwechsel bei
verändertem Hilfebedarf**

sondern

**flexible Anpassung der Hilfen an
den Bedarf des Klienten
(quantitativ und qualitativ)**

Der Paradigmenwechsel in der Umsetzung

- **personenzentrierte Hilfeplanung**
 - **Hilfeplankonferenz**
 - **Koordinierende Bezugsperson**
 - **Gemeindepsychiatrischer Verbund**
-

Der Paradigmenwechsel in der Umsetzung

personenzentrierte Hilfeplanung

**Hilfeplanung
ist
wesentlicher Bestandteil der
Hilfeleistung.**

**Sie ist an den gleichen Kriterien
auszurichten:**

- **Klient ist Subjekt**
 - **individuell**
 - **teilhabeorientiert**
 - **lebensweltbezogen**
 - **integriert**
-

- - **Es gibt keinen „objektiven“ Hilfebedarf.**
 - - **Gute Hilfeplanung ist intersubjektiv.**
 - - **Ziel ist, dass im Prozess der kooperativen Hilfeplanung ein konsensfähiger Plan entsteht.**
-

Personenzentrierte Hilfeplanung

- **Hilfe bei der Klärung und Formulierung von eigenen Wünschen**
- **Hilfe bei der Nutzung eigener Ressourcen
Erschließung aktivierbarer nicht-rehabilitativer
bzw. nichtpsychiatrischer Hilfen/Angote (VHS-
Kus, Fitnesscenter, Sportverein, Bürgerzentrum)**
- **Hilfe bei der Klärung von sozialrechtlichen Ansprüchen**
- **Hilfe bei der Realisierung erkannter Hilfebedarfe**

**dabei auch Berücksichtigung
gesellschaftlicher Interessen**

- **Angemessenheit von Hilfen**
 - **Wirtschaftlichkeit**
-

zielorientierte Hilfeplanung

- **Angestrebte Lebensform / Art der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**
 - **Wohnform**
 - **Arbeit, Beschäftigung !!!! (Extra Bogen IBRP)**
 - **Tagesgestaltung, Kontakte, Teilnahme am öffentlichen Leben**
 - **Ziele hinsichtlich eigener Kompetenzen bzw. Bewältigungsverhalten**
Welche Fähigkeiten kann und will er/sie entwickeln?
 - **Symptomatik, Befindlichkeit**
Welche Beeinträchtigungen sollen überwunden oder reduziert werden?
-

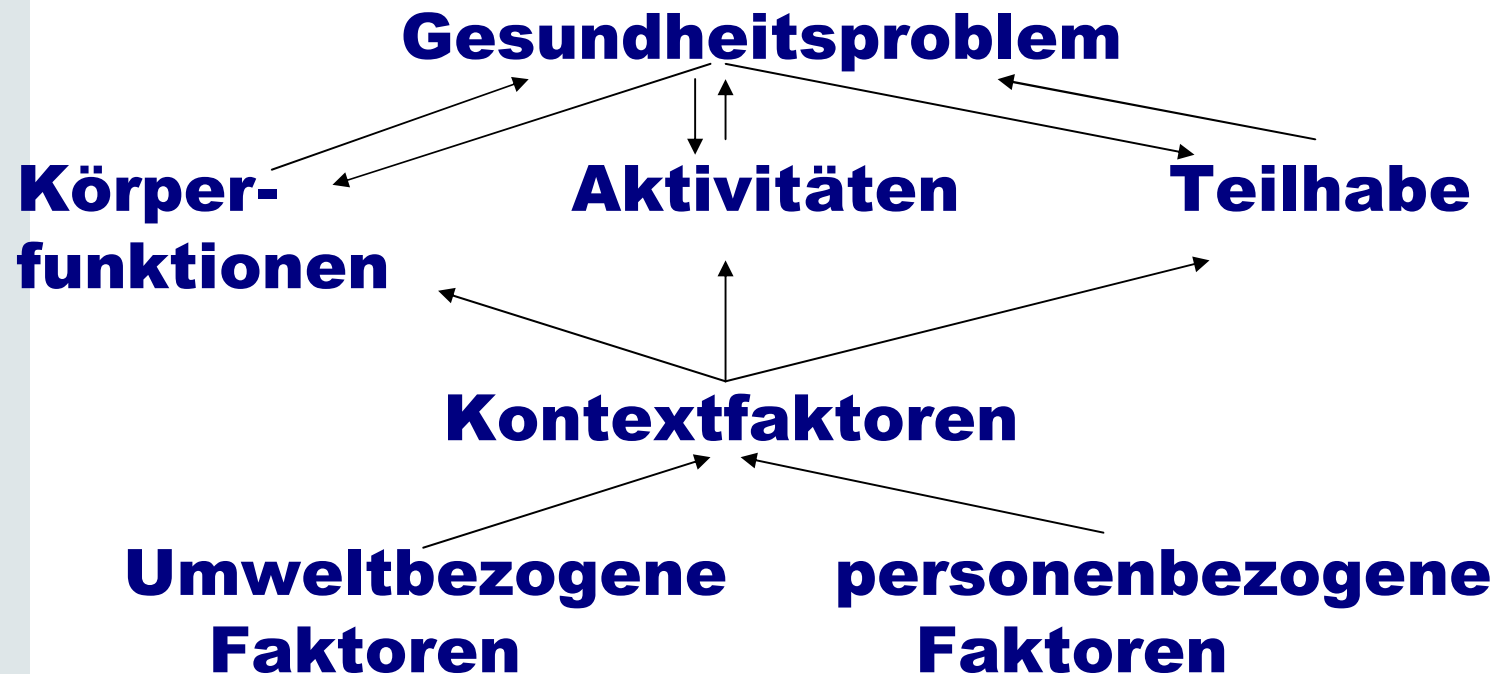
Unterstützung durch Einführung ICF - Diagnostik

Die "**Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung

- des funktionalen Gesundheitszustandes,
 - der Behinderung,
 - der sozialen Beeinträchtigung
 - und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person
-

- ICF

**Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit,
Behinderung und Gesundheit**



Organisation personenzentrierter Hilfen *Erfassungsbögen IBRP*

- IBRP besteht aus:
 - Den Bögen A-C
 - Bogen 3a Arbeit und Beschäftigung
 - Dem Anamnesebogen
 - Ergänzungsbogen zur Anamnese
 - Bogen Personalbemessung
 - Erläuterungen bzw. Manuale

(Siehe IBRP-Online.de)

***Unterstützung durch
die Einführung des SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe“***

- **Das 2001 eingeführte SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe - hat diesen Prozess maßgeblich unterstützt.**
- **Der hier auch im Sozialrecht etablierte Paradigmenwechsel stellt den einzelnen Menschen und dessen Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Fokus.**
- **und formuliert die dafür notwendigen Rahmenbedingungen**

Unterstützung durch die Einführung des SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe“

**Kein Leistungsgesetz in Bezug auf Voraussetzungen und
Zuständigkeit, sondern regelt das „Was“ und „Wie“**

- Recht auf Selbstbestimmung
- Förderung der gleichberechtigten und individuellen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- Verbindliche Teilhabeplanung
- Vereinheitlichung der Gewährung von Leistungen und Verfahrensabläufen
- Verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Kooperation
- **Lernende Gesetzgebung**
- **Einführung der Möglichkeit der Leistungserbringung durch ein persönliches Budget**

AKTION
PSYCHISCH
KRANKE e.V.

Der Paradigmenwechsel in der Umsetzung

Hilfeplankonferenz

Organisation PzA/Teilhabeorientierung

Hilfeplanung und Koordination in der Hilfeplankonferenz

- als nächster Schritt der Hilfeplanung und Koordination nach dem Erstellens des IBRP (bei Bedarf Personenkonferenz / “Fallbesprechung“ vorbereitend) folgt die abgestimmte Beschlussfassung über die erforderlichen Hilfen:

Bildung von Hilfeplankonferenzen

Teilnehmer sind autorisierte Vertreter

-des sozialpsychiatrischen Dienstes

-der versorgungsverpflichtenden psychiatrischen Klinik

-der weiteren Leistungserbringer

-der Leistungsträger (Sozialhilfe, RV, Arge, Krankenkasse etc.)

Hilfeempfänger werden grundsätzlich eingeladen und können auf Wunsch teilnehmen. Ihre Teilnahme ist nicht obligatorisch

Organisation PzA/Teilhabeorientierung

Hilfeplanung und Koordination in der Hilfeplankonferenz

- **Diese Hilfeplanungskonferenzen tagen in festem Rhythmus alle 2-4 Wochen und werden in der Regel durch den Psychiatriekoordinator geleitet.**
- **Die Hilfeplankonferenzen beschließen einvernehmlich eine Stellungnahme zum Hilfebedarf. Dies ersetzt nicht eine Entscheidung des zuständigen Leistungsträgers. Es ist jedoch davon aus zu gehen, dass ein einheitliches Votum eines solchen multiprofessionell besetzten Gremiums nach einhergehender individueller Hilfeplanung ein hohes Gewicht hat.**

- **Die Vorstellung eines Hilfebedarfs mit Hilfe des IBRP soll nicht über 10 Minuten in Anspruch nehmen!!!!!! (Personenkonferenz vorher)**
- **Für die anschließende Diskussion stehen ebenfalls durchschnittlich 10 Minuten zur Verfügung**
- **Dadurch soll erreicht werden, dass sämtliche Hilfebedarfe von psychisch kranken Menschen der Region mit komplexem Hilfebedarf in der Hilfeplankonferenz behandelt werden können.**

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Hilfepankonferenz/Zusammenfassung*

- sichert intensivere Hilfeplanung, da die Ergebnisse der Hilfeplanung in einem Fachgremium zur Diskussion gestellt werden,
- ist kompetentes Fachgremium unterschiedlicher Professionen und Spezialisierungen,
- dient der Überprüfung der Prozessstandards zur Hilfeplanung (Klient einbezogen? berufsgruppenübergreifend erhoben? usw.),
- ermöglicht eine inhaltliche Überprüfung der Hilfeplanung,
- hat die Möglichkeit zur Intervention (Änderungen des Hilfeplans, Durchführung einer Personenkonferenz),
- führt zu beschleunigter Entscheidung (alle Akteure an einem Tisch),
- schafft Transparenz über die Entscheidungsfindung,
- dient der Ergebniskontrolle und der Plausibilitätskontrolle auf höherem Niveau bei Wiedervorstellungen in der HPK,
- macht Versorgungslücken transparent.

Der Paradigmenwechsel in der Umsetzung

Koordinierende Bezugsperson

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Koordinierende Bezugsperson*

- **Wenn mehrere Dienste, Einrichtungen oder Leistungsbereiche (psychiatrische Behandlung, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, Pflege usw.) an der Hilfeleistung für einen psychisch kranken Mensch beteiligt sind, ist es entscheidend, dass er einen übergreifend ‚zuständigen‘ Ansprechpartner erhält: die ‚koordinierende Bezugsperson‘.**
- **Die koordinierende Bezugsperson ist eine psychiatrische Fachkraft, die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht und als Ansprechpartner für den Klient und sonstige beteiligte BetreuerInnen/Therapeuten dient.**

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Koordinierende Bezugsperson*

- **einrichtungsübergreifend zuständig**
- **leistungsbereichsübergreifend zuständig (verschiedene Leistungsträger)**
- **Ansprechpartner für Klient und sonstige beteiligte BetreuerInnen**
- **zuständig für die nächste Hilfeplanung und Einbringen in die HPK**
- **nach Beschluss der HPK im Amt bis der Beschluss aufgehoben wird**
- **ohne Entscheidungskompetenz, hat aber Informationsrecht und Recht zur Stellungnahme**

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Koordinierende Bezugsperson*

- **Sie sorgt für das Zustandekommen eines bedarfsgerechten Hilfeprogramms,**
- **wertet dieses im Verlauf mit dem Klienten und den beteiligten Diensten und Einrichtungen kontinuierlich aus,**
- **sorgt für Änderungen bei gewandeltem Hilfebedarf,**
- **stellt den notwendigen Informationsfluss und erforderliche Abstimmungen sicher**
- **und schafft Kontinuität im Hilfeprogramm, weil sie auch bei Einrichtungswechsel oder Unterbrechung der Hilfeleistungen trotz fortbestehendem Hilfebedarfs in der Funktion bleibt.**

Der Paradigmenwechsel in der Umsetzung

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Qualitätsmanagement und Steuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund*

- Expertenkommission hatte als Fundament zukünftiger psychiatrischer Versorgung die Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV) gefordert.
- der GPV ist die Sicherstellung gemeindepsychiatrischer Versorgung aller Patientengruppen innerhalb einer kommunalen Gebietskörperschaft, die unterschiedlichen und komplexen Hilfebedarf haben.
- die Expertenkommission hat dabei die Bedeutung kommunaler Steuerung und Koordination stark hervorgehoben.

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Gemeindepsychiatrischer Verbund*

Dabei sind von essentieller Bedeutung

- Der Grundgedanke „Kooperation statt Wettbewerb“ und Qualitätsicherung
- die möglichst vollständige Einbeziehung aller Akteure der regionalen psychiatrischen Versorgung (Nutzung, Planung, Finanzierung und Durchführung von Hilfeleistungen)
- ein möglichst hohes Maß von Verbindlichkeit und Transparenz der Erfüllung der Versorgungsaufgaben bzw. Verpflichtung

Sie widersprechen sich jedoch in gewisser Hinsicht, weil Vereinbarungen zur Verbindlichkeit und Transparenz umso schwieriger werden, je größer, heterogener und diskontinuierlicher der Kreis der Beteiligten wird.

Organisation PzA/Teilhabeorientierung

Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund und Leistungsanbieterverbund

Aus diesem Grund sind unterschiedliche Ebenen der Steuerung notwendig:

- Ein breiter Verbund aller Akteure der psychiatrischen Versorgung: der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund (GPSV) mit Verpflichtung der Mitglieder zur wechselseitigen Information und zur Abstimmung von Planung und Durchführung der Weiterentwicklung des Hilfesystems
- Ein auf die qualitätsgesicherte Leistungserbringung konzentrierter Verbund der Leistungsanbieter einer Region mit Verpflichtung der Mitglieder zur Leistung gemäß festgelegter Qualitätsstandards: Der Gemeindepsychiatrische Leistungsanbieterverbund (GPLV).

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund (GPSV)*

Auf der Ebene des Versorgungsgebiets ist ein Steuerungsverbund aller an psychiatrischer Hilfeleistung Beteiligten erforderlich:

- Kommunale Gebietskörperschaften,
- Psychiatriekoordinatoren,
- Selbsthilfe,
- Leistungsanbieter,
- Leistungsträgern
- sowie nichtpsychiatrische fachlichen und nichtfachlichen Hilfen vor Ort in Verbindung mit allen zuständigen Diensten und Einrichtungen.

Es soll ein Gremium bestehen, in dem entscheidungskompetente Vertreter der Mitglieder des Steuerungsverbundes bindende Beschlüsse über die Zusammenarbeit auf struktureller Ebene fassen.

Solch ein übergreifender Steuerungsverbund ist unverzichtbar für die Steuerung psychiatrischer Hilfen auf regionaler Ebene.

Organisation PzA/Teilhabeorientierung **Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund (GPLV)**

Es muss sichergestellt werden, dass dieser Leistungserbringerverbund zur Optimierung der regionalen Hilfeangebote verpflichtet ist und nicht der Interessenvertretung von Einrichtungsträgern.

- Durch die Verpflichtung zur Kooperation mit der Kommune, den Leistungsträgern, der Selbsthilfe sowie weiteren Leistungsanbietern im regionalen Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund,
- die Verpflichtung zur Transparenz gegenüber Kommune und Selbsthilfeverbänden,
- die förmliche Anerkennung des regionalen Leistungserbringerverbundes durch die BAG GPV (gegründet 2006) nach Prüfung der Voraussetzungen zur Mitgliedschaft (Qualitätsanforderungen), und die Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards durch die BAG GPV

Organisation PzA/Teilhabeorientierung *Qualitätsanforderungen an den GPLV*

Vorläufige 20-Punkte Liste der Kriterien, die beachtet werden sollten, liegt mit folgenden Inhalten vor:

- Zweckbestimmung
- Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung
- Beteiligung an regionaler Steuerung
- Festlegung auf die Qualitätsstandards „personenzentrierter Hilfeerbringung“ und „Teilhabeorientierung“
- Verpflichtung zur integrierten Hilfeplanung
- Beteiligung an regionalem Qualitätsmanagement
- Organisationsempfehlungen
- Verpflichtung zu Austausch mit Selbsthilfe

Umsetzungsquote (Schätzwerte)

in Bezug auf:

- **Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung** **50 %**
- **Hilfeplankonferenzen** **30 %**
- **Koordinierende Bezugspersonen** **30 %**
- **Gemeindepsychiatrischer Verbund** **10-20%**

Weitere Stichworte zur Weiterentwicklung der Versorgung

- **Ambulante SGB V - Leistungen: Integrierte Versorgung, ambulante Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, Ergotherapie**
- **Rehabilitation psychisch Kranker (RPR-Empfehlungsvereinbarung) , ambulant mit hoher Personalintensität**
- **Individualisierung der Wege in Arbeit und Beschäftigung (Grundsatz erst platzieren im Betrieb, dann rehabilitieren, SGB II § 16 (a), UB, Zuverdienst)**
- **Regionale Budgets für die Eingliederungshilfen**
- **Persönliches Budget (ca. 400 bundesweit)**

Fazit: Erfahrungsaustausch in Bezug auf

- ❖ **die integrierte Rehabilitations- bzw. Teilhabeplanung.**
Stichwort IBRP und ICF-Orientierung
- ❖ **die weitere Etablierung von Konferenzsystemen**
(Leistungsträger, Leistungserbringer, Betroffene) **Stichwort.**
Hilfeplankonferenzen, gemeinsam ???
- ❖ **der konsequenten auch finanzielle Berücksichtigung des**
Koordinationsbedarfs **Stichwort Koordinierende Bezugsperson**
- ❖ **die Leistungserbringung im Verbund**
(leistungserbringerübergreifend) bei komplexen Hilfebedarf,
Stichworte: Gründung von Leistungserbringerverbänden,
Kooperation statt Wettbewerb
- ❖ **Die Entwicklung von Qualitätskriterien in Bezug auf**
Teilhabeorientierung und regionale Leistungserbringung ;
Stichwort Steuerungsverbund mit Beteiligung SH, JH, RV, KK,
Arge etc. als regionale Arbeitsgemeinschaft
- ❖ **Ermöglichung der Leistungsform „Persönliches Budget“**
Stichworte: Selbstbestimmung, Leistungen aus einer Hand,
Flexibilisierung
- ❖ **Einbezug ambulanter SGB V Leistungen** **Stichwort**
Ergotherapie, Soziotherapie, APP und Ausbau amb. Reha

Fazit

- **das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe verpflichtet zur Personenorientierung/zentrierung der Hilfen**
- **Transparenz, Kooperation und Verantwortung für den individuellen Bedarf sind die Grundvoraussetzung in der Umsetzung**
- ***Soziale Teilhabe und gleichrangig Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung von zentraler Bedeutung für die Krankheitsbewältigung***

AKTION
PSYCHISCH
KRANKE e.V.

**Danke für ihre
Aufmerksamkeit**

www.apk-ev.de