

Stationsäquivalente Leistungen und Leistungen der sozialen Teilhabe – Möglichkeiten der Kooperation

Mitgliederversammlung der BGSP am 30. Mai 2018

Christian Reumschüssel – Wienert

ChristianR.Wienert@t-online.de

Dysfunktionen des deutschen Gesundheitssystems

- Versäulung unterschiedlicher Bereiche der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe sowie des stationären und ambulanten Bereichs
- Historisch gewachsene Abschottung der Versorgungsbereiche
- Harter Wettbewerb, der auf ökonomisches Eigeninteresses abzielt und die Abschottung verstärkt – mit den Folgen
 - Ineffiziente Konkurrenz
 - Unkoordinierte Überversorgung in Diagnostik und Therapie
 - Mengenausweitung und Konzentration auf „attraktive“ Leistungen und Klient*innen
 - Unkoordinierte Unterversorgung und Ausgrenzung unattraktiver Patientengruppen (inverse care law)
 - Regionale Disparitäten und inter-regionale Schieflagen

Versuche der Integration

- Reha-Angleichungsgesetz (1974) und SGB IX (2001) waren in Fragen der Integration/ und Kooperation unterschiedlicher Bereiche nicht erfolgreich
- Reduzierung der Ansprüche auf „Schnittstellenproblematik“
 - Z.B. zwischen Leistungsträgern bei der Anschlussheilbehandlung
 - Z.B. innerhalb des SGB V durch verschiedene Formen der „Integration“
- In der Psychiatrie...
 - Forderungen der DGSP/ „Plattformverbände“ zum „Gemeindepsychiatrischen Verbund“ (1980/1984)
 - „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988)
 - „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ (1995/2000)

Zwischenergebnis zur Integration (Medizinische Behandlung – SGB V)

- „Modelle“ der Integrierten Versorgung (§§ 140 ff) in der ambulanten Behandlung - MVZ
- Differenzierte Krankenhausversorgung
 - Stationen, Tageskliniken, PIA, Vor- und nachstationäre Behandlung
- Leistungen nach § 64b DGB V
 - Sektorübergreifende Versorgung (SGB V – Bereich)
 - Ambulante Leistungserbringung
 - Kooperation
- Regionalbudgets
 - „Freie“ Gestaltung der Leistungserbringung (Stationär, Teilstationär, ambulant (PIA), ambulant (Zuhause))

Ein weiterer Schritt: Stationsäquivalente Behandlung (Stäb)

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

- Grundlagen: § 39 und § 115 SGB V
- Für Krankenhäuser und Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung
- Stationsäquivalente Behandlung im Lebensumfeld
 - Ergänzung der bisherigen (stationären) Versorgung
 - Indikation: „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“
 - Behandlung hat definierten Anfang und Ende
 - Andere Leistungserbringer können mit der Durchführung teilweise beauftragt werden
 - Berücksichtigung und Kooperation mit der bestehenden psychosozialen Infrastruktur

Anforderungen an die Leistungserbringung

• Aufnahme

- Initiative zur Klärung kann von unterschiedlichen Stellen erfolgen
- Indikatoren: Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit
- Indikation durch Fachärzt*in
- Aufnahmemanagement durch Stáb-Team unter Berücksichtigung der Wohn- und Lebensform bzw. sozialen Umfeldes

• Diagnostik

- „Vor Ort“ in Kooperation mit Krankenhaus
- Sicherstellung eines Monitorings (Somatik, Testungen)
- Psychosoziales Assessment

• Therapie

- Bedürfnisorientierte Therapie durch Team
- Gemeinsame Definition von Behandlungszielen durch alle Beteiligten
- Ziele: Stabilisierung des Patienten, Förderung der Selbstversorgungs- und Arbeitsfähigkeit, Krisenbegleitung

• Planung weitere Behandlung

- Berücksichtigung aller Beteiligten
- Psychosoziale orientierte Rehabilitations- und Teilhabeplanung
- Entlassplanung und Management

Kooperation innerhalb von Stäb

- **Beauftragung/Delegation von weiteren Leistungserbringern**
(§ 10 Vereinbarung nach §115d Abs. 2 SGB V)
- **Nicht mehr als 50% (Zeitanteile) der Leistungen**
- **Anforderungen** (§ 7 Vereinbarung):
 - LE nimmt an der ambulanten psychiatrischen **Behandlung** teil
 - Berufsgruppen wie Behandlungsteam:
Ärzte, Psychologen, Pflegefachpersonen, Spezialtherapeuten
- **Gesamtverantwortung liegt beim Krankenhaus**

Inhalte, Integration und Kooperation im SGB IX (BTHG)

- **Neuordnung des Ziels der Leistungen**
 - ...volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe... (§1 SGB IX)
- **Neuer Behinderungsbegriff**
 - ... Beeinträchtigungen in Wechselwirkung mit materiellen und einstellungsbedingten Barrieren...(§ 2 SGB IX)
- **Verbesserung der Rechtsstellung der/-s Leistungsberechtigten**
- **Verbindlichkeit von Koordination der Leistungsträger (§§ 8 ff SGB IX)**
- **Verbesserung der Teilhabe- und Gesamtplanung**
 - Teilhabeplanung (§§12 – 27 SGB IX)
 - Gesamtplanung (§§ 117 ff SGB IX)
- **Neufassung der Ziele und Inhalte von „sozialer Teilhabe“ und „Assistenz“ (AsT)**
 - ...gleichberechtigte Teilhabe [...] zu ermöglichen und zu fördern
 - ... selbstbestimmte und eigenverantwortliche Alltagsbewältigung und Lebensführung im eigenen Wohnraum und Sozialraum (§ 76 SGB IX)



Bedingungen der Kooperation bei gleichzeitiger Leistungserbringung AsT <-> Stäb

- Verschieden Rechtskreise (SGB V <-> SGB IX)
- Verschieden Zielsetzungen
 - Krankenbehandlung (Heilung etc.)
 - Soziale Teilhabe
- Unterschiedliche Leistungsinhalte (?)
- Rechtlich gegebene Möglichkeit paralleler Leistungserbringung
- Teilw. unterschiedliche Berufsgruppen in den Teams

Gute Voraussetzungen der Kooperation!!(?)

Ansatzpunkte von Kooperation (Voraussetzung: Leistungsberechtigte und Leistungsträger spielen mit)



Neuralgische Punkte

- **Keine gegenseitige Akzeptanz und Verbindlichkeit**
- **Überlappung von Zuständigkeiten und Arbeitsteilung**
- **Differenzen bei Diagnosen, Assessments und Zielen**
- **Konflikte in der Frage des Managements**

AsT und Stäb ein gutes Paar???

ChristianR.Wienert@t-online.de