LVR-Klinik Viersen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

LVR
Qualität für Menschen

Das Krankenhaus meiner Träume

46. Fachgruppentagung des
Verbandes der Krankenhausdirektoren
Deutschlands
20./21.09.2012
Bad Emstal - Merxhausen

Friedrich Leidinger, Viersen

Die Geschichte des psychiatrischen Krankenhauses

Narrenturm Wien, 1784

Philippe Pinel, 1793

Steinhof, Wien, 1907

Die Heil- und Pflegeanstalt
Heilung bis zur völligen Genesung
- oder ein Ort zum Leben in Sicherheit und Ruhe?
Ein nie eingelöstes Versprechen!

Alternativen?

Friedrich Hölderlin
(1770-1843)

Nach 231 Behandlungstagen bei Dr. Autenrieth in der Tübinger Universitätsklinik gilt Hölderlin als „geistig umnachtet", man gibt ihm eine Lebenserwartung von „höchstens 3 Jahren". Da holt der Tischler Erich Zimmer den kranken Dichter am 3. Mai 1807 zu sich nach Haus. Hölderlin lebt bei Familie Zimmer, bis er am 7. April 1843 stirbt.

Ist das psychiatrische Krankenhaus der angemessene Ort für die medizinische Betreuung von Menschen in seelischen Krisen?

Das psychiatrische Krankenhaus der Zukunft

"Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen."

Helmut Schmidt (1980)

Das Krankenhaus träumen

- Wovon träumen die psychisch Kranken?
- Wovon träumen die Angehörigen?
- Wovon träumt die Gemeinde?
- Wovon träumen die Krankenkassen?

- Und wovon träumen die Psychiater?

Was wissen wir über die Bedürfnisse von Menschen in einer schweren seelischen Krise?

- Keine empirischen Befunde
- Was verlangen die Patienten?
  - > Respekt
  - > Sich sicher fühlen können
  - > Sich zugehörig fühlen können
  - > In Ruhe gelassen zu werden
  - > Etwas zu essen, Sauberkeit
  - > Behandlung

Forderungen des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen

- zuverlässige Hilfe in Krisen; leicht zugängliche Krisenhilfe an jedem Kalendertag und rund um die Uhr
- Abschaffung der Zwangsbehandlung; zwangsweise Unterbringung nur bei erheblicher Gefahr für wichtige Rechtsgüter (Leben; Gesundheit usw.)
- Vollständige Umsetzung der UNO-Behindertenrechte-Konvention, uneingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe
- Auflösung der Großkrankenhäuser

Forderungen der Psychiatrie-Erfahrenen
(Fachkonferenz Psychiatrie des Landtags NRW 2004)

- Psychosebegleitende Einrichtungen: ambulante Krisenteams, Krisenbetten und Weglaufhäuser.
- Ambulante Krisenteams sollten – rund um die Uhr – Menschen in schweren psychischen Krisen aufsuchen, zusammen mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen und Freunden die weiteren Maßnahmen beraten und organisieren sowie die weitere Entwicklung begleiten.
- In jeder psychiatrischen Fachabteilung bzw. in jedem Psychiatrischen Krankenhaus wird eine Soteria-Station benötigt.
- Soteria-Elemente sollten auf allen allgemein-psychiatrischen Stationen eingeführt werden
  - beruhigendes, entspannendes, freundlich - wohlwollendes Klima mit Abschirmung von verwirrenden Reizen (u. a. Weiches Zimmer)
  - kontinuierliche Stützung in tragenden menschlichen Beziehungen
  - Ermöglichung psychotische Krisen als sinnvolle Erfahrungen zu erleben
  - Zurückhaltung mit Diagnosen, Psychopharmaka und dem Glauben an eine allmächtige psychiatrische Fach- und Regelungskompetenz.

Forderungen der Angehörigen psychisch Kranker (BApK Agenda 2020)

- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken unter Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse,
- wohnort- und lebensfeldnahe, vernetzte Hilfeangebote,
- Versorgungsverpflichtung in der Region für alle psychisch Kranken, auch für „schwierige Patienten",
- Hilfe und Unterstützung „wie aus einer Hand", aufeinander abgestimmt und an identischen Zielen orientiert. Dafür ist die optimierte Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten, unter der Berücksichtigung des Prinzips „ambulant vor stationär" Voraussetzung.
- Aufsuchende Hilfen; sie sind Voraussetzung für Behandlungsbereitschaft, -erfolg und -kontinuität auch über Schnittstellen hinweg,
- Personenbezogene und indikationsbezogene Hilfen müssen für alle psychisch kranke Menschen gewährleistet sein,
- Langfristige Begleitung durch eine Bezugsperson, einen Case Manager mit persönlicher Verantwortung dem Kranken und seinen Angehörigen gegenüber, der auch unkonventionelle Lösungen sucht und bei dessen Auswahl der Betroffene ein Mitspracherecht hat.

Forderungen der Angehörigen (BApK: Agenda 2020)

Strukturen und Planung

- verbindliche Strukturen und verbindliche Versorgungsplanung in jeder Gemeinde unter Beteiligung von Patienten und Angehörigen;
- aufsuchende, Tag und Nacht erreichbare Krisenhilfe sowie ein niedrigschwelliges Angebot an Krisenbetten;
- personell ausreichend ausgestattete Sozialpsychiatrische Dienste, die aufsuchende Hilfe leisten, als Anlauf- und Interventionsstelle;
- Beseitigung der Umsetzungsdefizite bei der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege, psychiatrischen Familienpflege und Soziotherapie für alle Patienten, die diese Art der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung benötigen.

Erwartungen der Kostenträger

- Kostensenkung
- Einsparungen
- Kostenkontrolle
- Absenkung der Bettenzahlen
- Transparenz der Prozesse:
  Schluss mit der „Black Box" in der Psychiatrie!

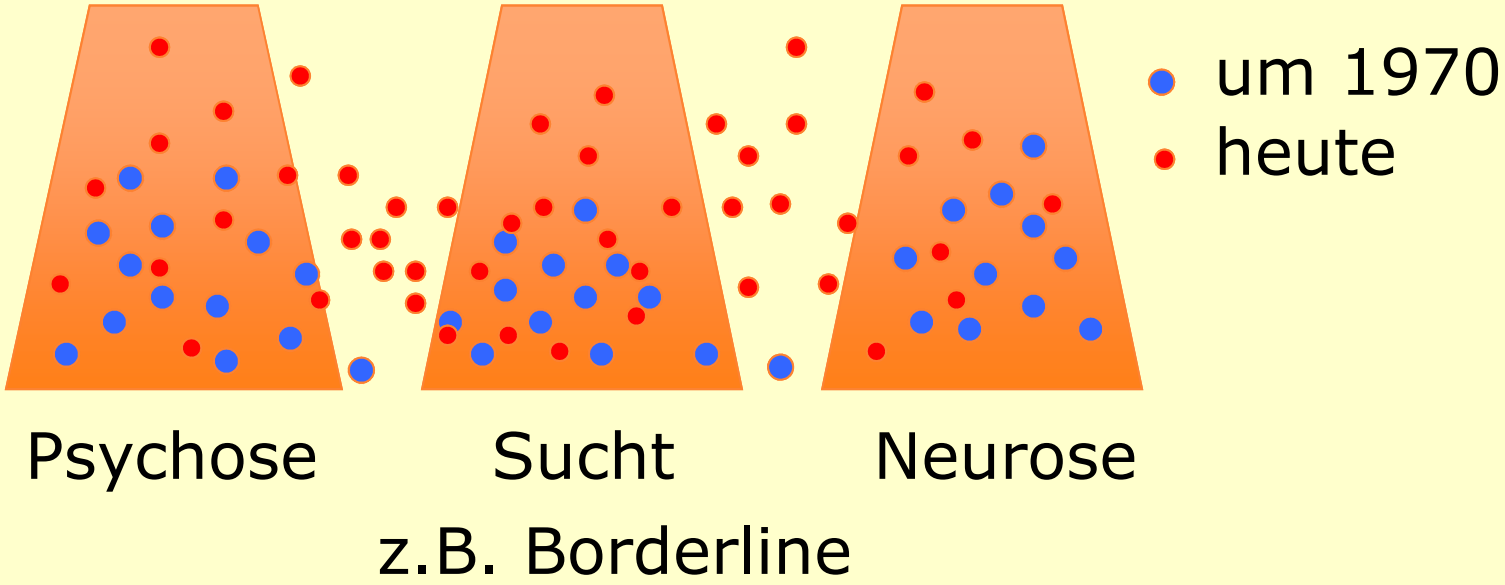
Erwartungen der Gemeinde

- Zuverlässige und effektive Versorgung psychisch Kranker.
- Public Value: Nicht allein der einzelne Kranke, sondern das ganze Gemeinwesen muss einen Nutzen aus dem Vorhandensein einer psychiatrischen Einrichtung ziehen.
- Die „Pflege des dritten Sozialraums" (Dörner) verlangt eine Begegnung von Bürgern und professionellen Helfern „auf Augenhöhe" und Lernen voneinander, damit professionelle und nichtprofessionelle (bürgerschaftliche) Hilfe angemessen verbunden werden.

Wo steht das psychiatrische Fachkrankenhaus 2012?

Epidemiologischer Wandel (gefühlt)

(nach Nouvertné 2011)



Nach der Reform:

- Die klinische Behandlung soll „die Patienten befähigen, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern."
  (vgl. Kunze, Schmidt-Michel 2008)
- Integration von Behandlung und Rehabilitation in die Gemeinde
- Krankenhaus ist <u>ein</u> Element im „Netzwerk psychiatrischer Hilfen"
- Ausrichtung des Leistungsangebots auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen <u>und</u> auf die Akteure (Leistungsanbieter und Stakeholder) des gemeindepsychiatrischen Netzes

Kritik der Krankenhauspsychiatrie:

- Die Organisation von Behandlung in Kliniken ist *„prozess- oder maßnahmenorientiert"* (Kunze, Schmidt-Michel; aaO).
  Jede Abteilung und jede Station hat ihr eigenes Behandlungskonzept und sucht sich dafür „ihre" Patienten. Zweifach negativer gesundheitspolitischer Effekt:
  - > bestimmte Zielgruppen bleiben außerhalb der Versorgung (und belasten dadurch andere Versorgungssysteme, z.B. Sozialhilfe) und
  - > die vorhandenen Ressourcen werden für eine künstlich erzeugte Nachfrage verbraucht.
- *Fragmentierung der Behandlungsprozesse*
  - > verhindert stabilisierende therapeutische Beziehung, schadet vor allem den schwächeren, vulnerablen Patienten;
  - > verursacht zusätzliche Kosten – durch *Schnittstellenmanagement* und *multiple Diagnostik* und *Behandlung* - und ist ökonomisch unsinnig.
- Anreize zu *Fehlallokation, Fehlsteuerung und Fehlversorgung*. Stationäre Angebote für Patienten, die genauso gut oder besser ambulant behandelt werden können (z.B. Psychotherapiestation).

Dilemma der ambulanten Psychiatrie

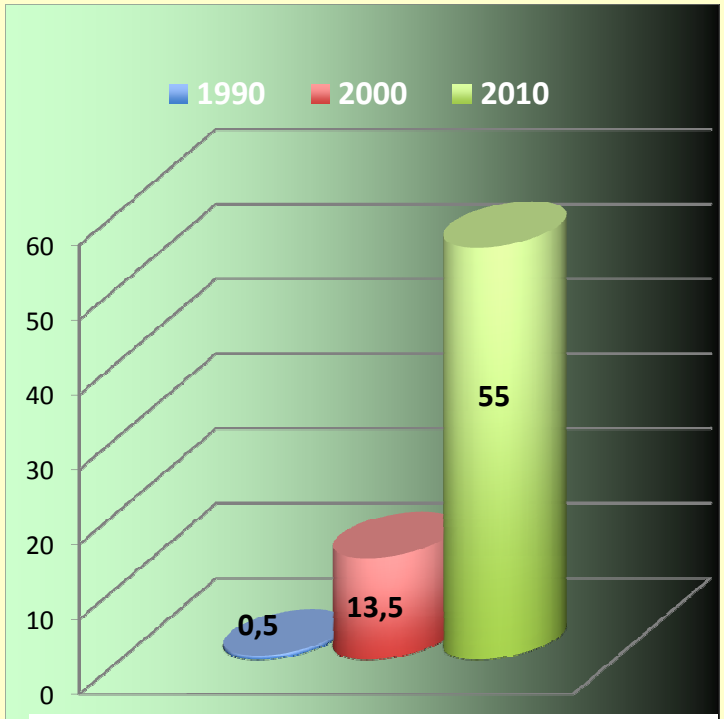
- Je mehr ambulant, desto mehr Verantwortung bei Angehörigen und Gemeinde.
- Angehörige und Gemeinde leisten in der Regel einen enormen, oft vom Krankenhaus nicht gewürdigten Beitrag zur Integration.
- Fazit: Das psychiatrische Krankenhaus muss nicht nur auf den Patienten achten, sondern auch auf die *Stärkung der Integrationskraft der Bürgergesellschaft,* die Stärkung von Selbsthilfe und bürgerschaftlicher Hilfe und die Förderung von Empowerment (vgl. Dörner 2006).

Moral Hazard: „Entdeckung" neuer Krankheiten

Der Triumph der Medizin nach Dr. Knock (J. Romain, 1923):

Ein Arzt muss sich darauf verstehen, Gesunde in Kranke zu verwandeln, denn

„Gesunde sind Menschen, die noch nicht wissen, dass sie krank sind".



Methylphenhydat-Verordnungen in Millionen Tagesdosen (SZ; 25.10.11)

Auswege:

- „integrative", d.h.: *sektoren- und stationsübergreifende* Behandlungsangebote: *Behandlungskontinuität* und Verlässlichkeit für die jeweiligen Patientengruppen.
- Entwicklung *störungsspezifischer Behandlungsangebote* in der Psychiatrie ist ein starker Motor für die Entwicklung und Implementierung von *Behandlungspfaden.*
  Cave! Konzentration auf den Prozess lässt Patienten in den Hintergrund treten.
- *Case Management*: Bedarfserhebung, Planung einer umfassenden Versorgung für einzelne Patienten, optimale medikamentöse Behandlung, ambulante Pflege und Versorgung zu Hause, Kontrolle der einzelnen Dienste und der Inanspruchnahme, psychoedukative Maßnahmen und Training sozialer Kompetenz, Nachsorge und Aufrechterhaltung des Kontakts.
- Englisches Vorbild: Für je 100.000 Einwohner ein klinisches Versorgungszentrum (Community Mental Health Team), das nach einem Behandlungsplan mit definierten Qualitätsstandards (Care Programme Approach) die Versorgung ambulant und stationär sicherstellt.

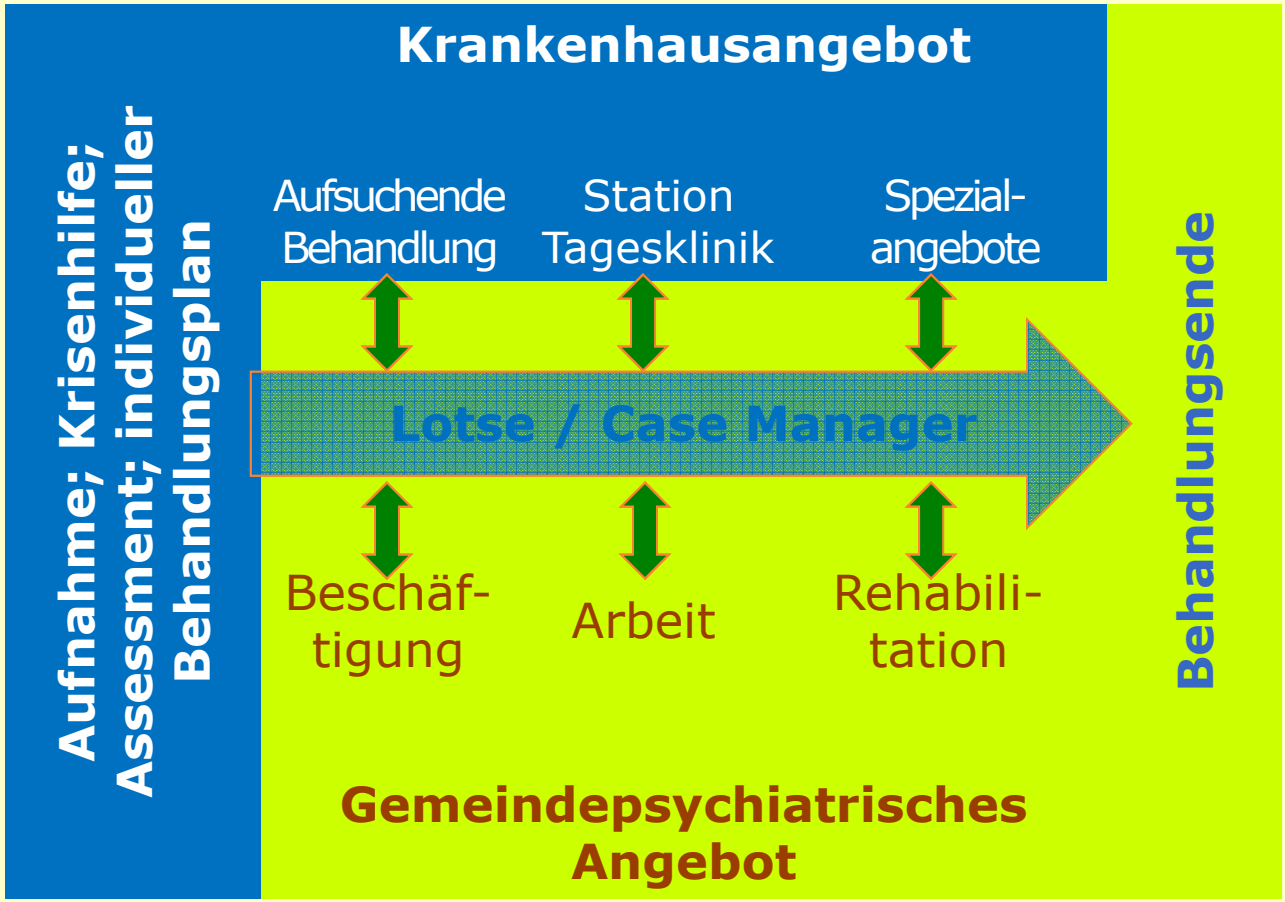
Ziele für ein psychiatrisches Krankenhaus der Zukunft

- Subjektivität versus Spezialisierung
- Alltagsorientierung versus Stationsreglement
- Beziehungsgestaltung im Team versus berufsspezifische Aufgabenerfüllung
- Autonomie versus fürsorglicher Zwang
- Priorität für Menschen mit hohem Hilfebedarf
- Kommunale Orientierung, Beitrag zur kommunalen Daseinssicherung

Integrative Behandlung

- Nicht der Patient passt sich dem Behandlungskonzept oder dem Stationsprogramm an, sondern die Klinik selbst passt sich den Bedürfnissen des Patienten an.
- Das Programm der Abteilung/Station richtet sich nach dem individuellen Behandlungsplan des Patienten.
- Organisation multiprofessioneller Behandlungsteams
  - > für ausgewählte Patientengruppen
  - > sektorübergreifend (ambulant – (teil-) stationär)
  - > stationsübergreifend.
- *Behandlungsführung und –begleitung (Lotse, Case-Management)*:
  bessere Nutzung der therapeutischen Angebote.

Ko-Evolution der Krankenhausentwicklung im Gemeindepsychiatrischen Verbund



Wie kann man die Ziele operationalisieren?

- **Grundsatz "ambulant vor stationär":**

  > Jeder zugewiesene Patient erhält ein ambulantes Angebot. Diagnostik und Behandlungsplanung primär ambulant und aufsuchend.

  > Wenn ambulant nicht ausreicht =>Tagesklinik
  (Merke: eine psychiatrische Tagesklinik ist eine psychiatrische Station ohne Bett!)

  > Wenn Tagesklinik nicht ausreicht => vollstationäre Aufnahme

  > Effekt: 40% Tagesklinik / 60 % stationär
  (Gerontopsychiatrisches Zentrum Gütersloh, 1991)

Planungsgrundlagen, Kapazität und Struktur

- **Öffentlicher Planungsprozess unter Beteiligung von Patienten- und Angehörigenvertretern**
- **Berücksichtigung des gemeindepsychiatrischen Angebots**
- **Anbindung an die allgemeinmedizinische Versorgung**
  - > Multimorbidität
  - > Ko-Evolution mit der somatisch-medizinischen Versorgung (Sucht, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik)
  - > Anti-Stigma Effekt
- **Bettenmessziffer: ≈ 0,7 / 1.000 (0,35 ≥ 2,5) ???**
  - > **Geesthacht: 0,12 / 1.000**
    (22 Betten für 180.000 Einwohner!)

Gebäude, Räume

- Räumlicher Bezug zu einem urbanen Zentrum (Verkehr, Handel, Dienstleistungen)
- Räumlicher Bezug zu einem Allgemeinkrankenhaus
- Gegliedert in kleine Einheiten (8 – 9 Betten pro Abteilung)
- „weiches Zimmer"
- 1- und 2-Bett-Zimmer als Standard
- Wohnküche als Ort der Begegnung und gemeinsamen Aktivität, milieutherapeutisches Basisangebot
- Ausgang in den Garten / ins Freie

Das Krankenhaus meiner Träume

Eine intelligente Organisation psychiatrischer Dienste

- die sich elastisch den aktuellen Bedürfnissen des jeweiligen Kranken anpasst;
- mit Ressourcenverantwortung für ambulante und stationäre Behandlung (integriertes Budget);
- mit finanziellen Anreizen für aufsuchende häusliche Behandlung statt für das Einsperren der Kranken auf einer Station;
- die kritisch mit dem Einsatz von Zwang und Gewalt umgeht
- und sparsam mit dem Einsatz von Medikamenten.

Anioły latają nisko - Engel fliegen tief
Galeria Miodowa; Kraków

Friedrich.leidinger@lvr.de