



Oder.... zum Wandel psychiatrischer Krankenhäuser und Kliniken

Prof. Dr. Georg Juckel

LWL-Universitätsklinikum Bochum
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Präventivmedizin
der Ruhr-Universität Bochum

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Entwicklung der Schizophrenie- Behandlung: 2 Outcome-Bereiche



Wunschziele:

Lebensqualität; Kognition;
Soziales Funktionsniveau;

Liberal

- BP
- Pos
- Neg

„Krankheit“ ganzheitlich im sozialen Kontext;
von den Symptomen hin zu Fertigkeiten und
Teilhabe (ICD-ICF)

- Mindestens 50%-ige
Teilzeitarbeit oder
- ent
- Sch

Bleibt ein hochgestecktes Ziel:

- Un
- Fin
- Mi
- wö
- Fre

Die Klinik als stationäre Psychiatrie als eine
Service-/“Auftank“-Station im Netzwerk vieler
weiterer Unterstützungspunkte

- Über 2 Jahre!!

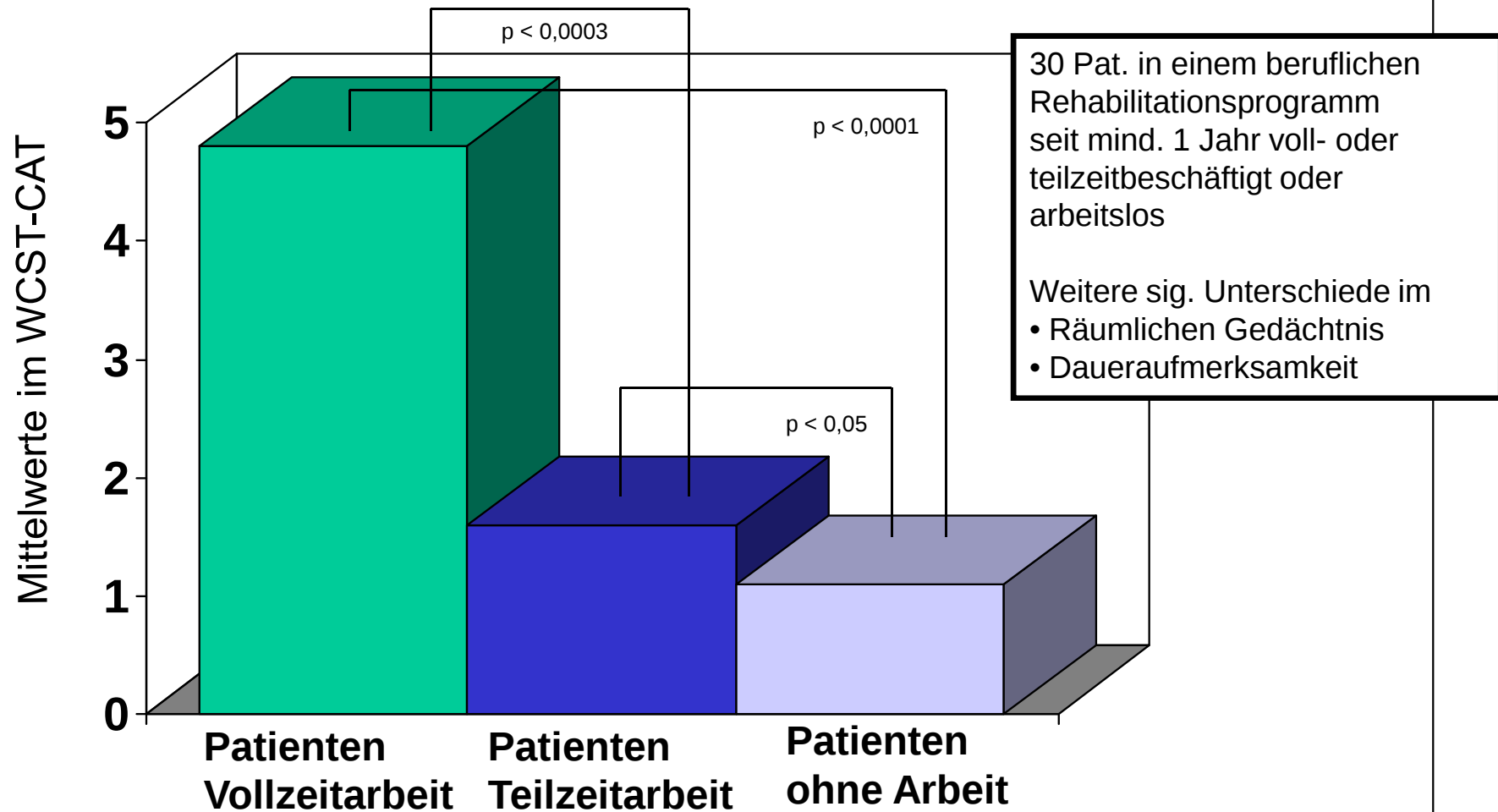
Vor 1950
(Keine
Antipsychotika)

LWL

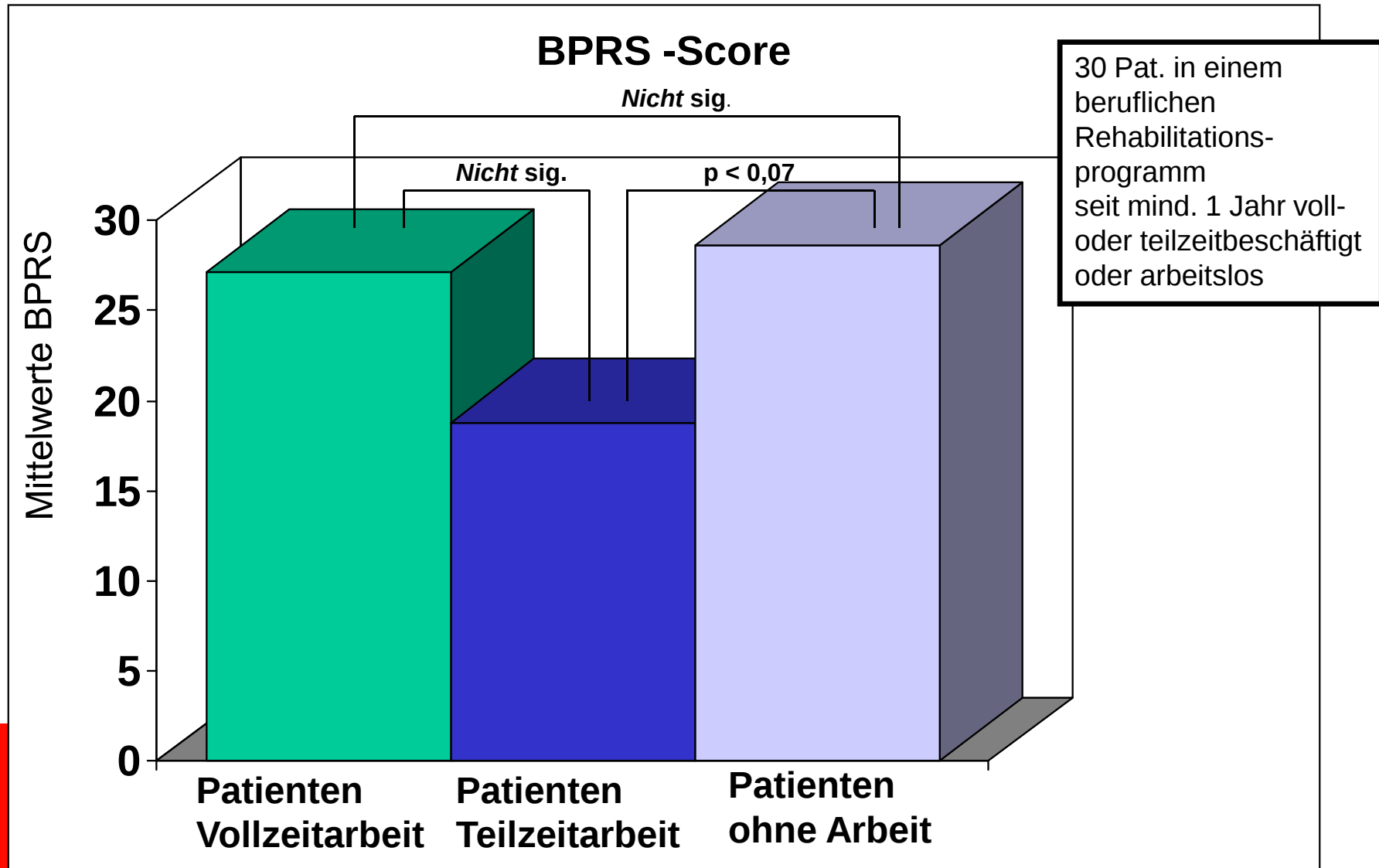
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Exekutivfunktionen und Arbeitsfähigkeit

WCST-CAT (Wisconsin Card Sorting Test: Categories Correct)



Psychopathologie und Arbeitsfähigkeit





**Stadt – Land (das „Dorf“ für sich):
mitten im Leben – außerhalb versteckt**

offener – geschlossener Baukörper

Therapie - Sicherheit

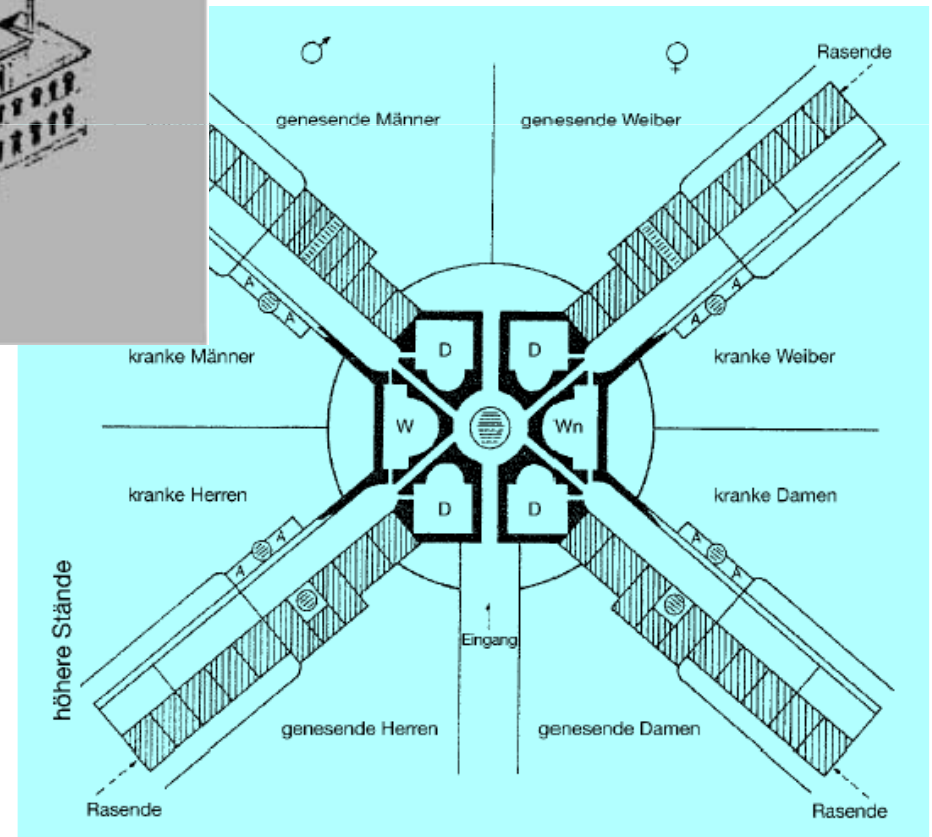
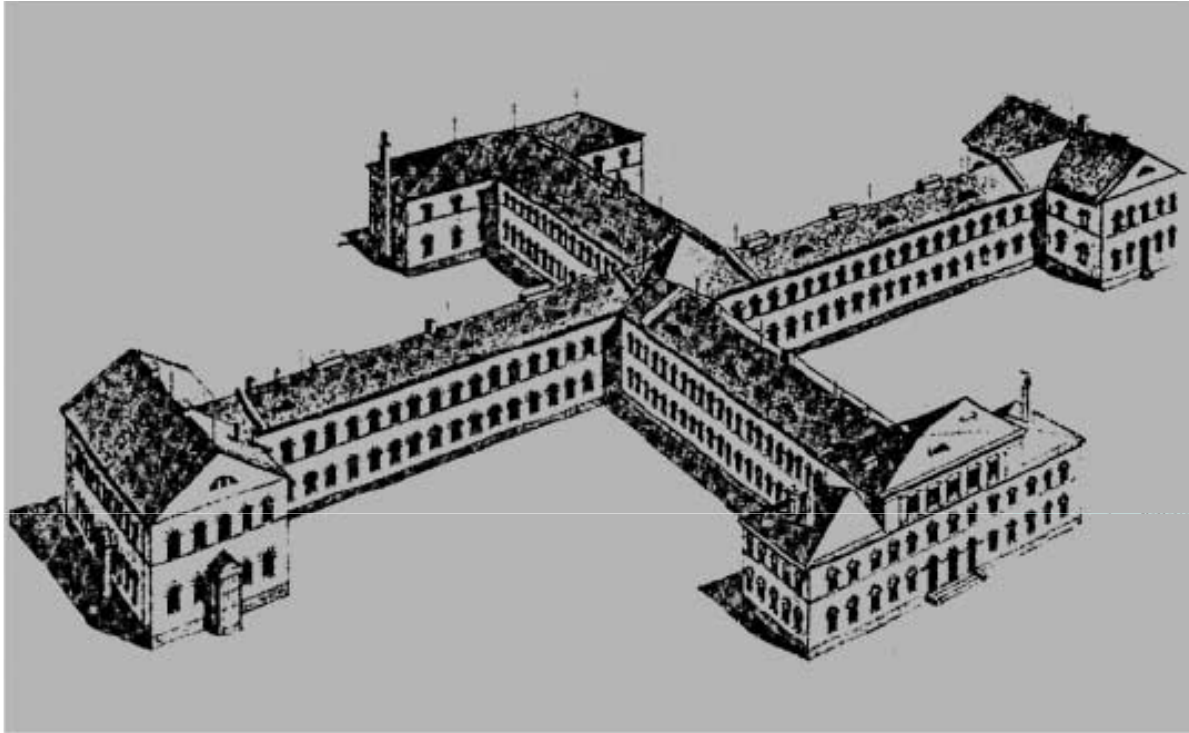
20. Jahrhundert – 19. Jahrhundert

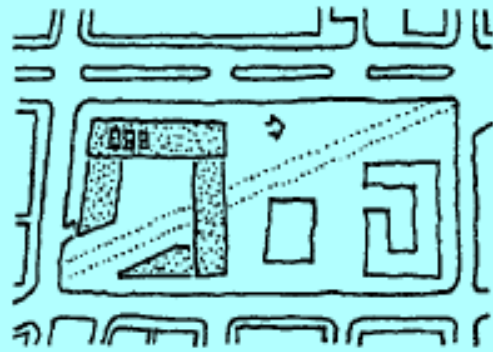
LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

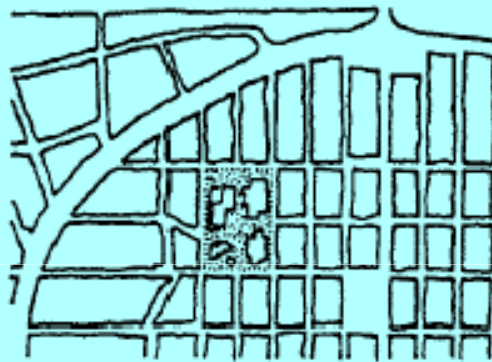


Panoptisch, Beaufsichtigung





Manhattan Community Mental Health Center,
1967 (Vorbild für ZI)



Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Mannheim 1976



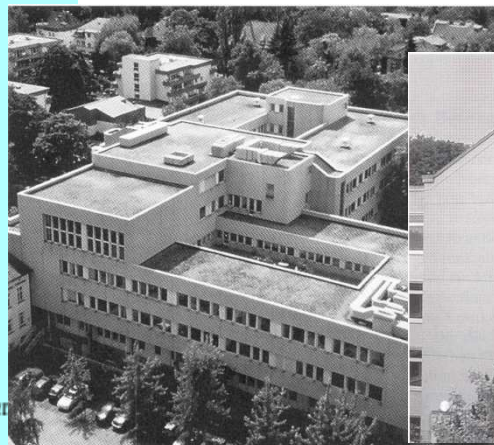
Psychiatrische Universitätsklinik, Klinikum Innenstadt
München 1904/1991

Seit 50er/60er/70er Jahre:

Kritik an menschenunwürdiger
Unterbringung

Integration psychiatrischer Kliniken im
oder in der Nähe eines
Allgemeinkrankenhauses

Regional, zentral in der Stadt, kleinere
Einheiten: Prävention, schnelle
Krisenintervention und kontinuierliche
Rehabilitation (z.B. Kognition)



Ost und West



Rodewischer Thesen 1963

- „offene“ Psychiatrie
- Flächendeckende Dispensaires
- Vorrang der Gemeindenähe
- Auflösung der Langzeitbereiche

Psychiatrie-Enquete 1976

- Gemeindenähe
- Ambulant vor stationär
- Sektorisierung
- Enthospitalisierung

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Gemeindepsychiatrie



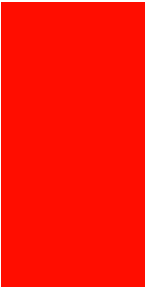
Gemeinde = soziales System, Dreh- und Angelpunkt +
Ort für Leben und Behandlung, nicht Krankenhaus

Kontinuität

- Koordination aller Versorgungsinstitutionen
- Case Manager
- Clinical Case Manager

Sektorisierung

- Vorhalten aller Institutionen im Sektor
- Übernahme der Versorgungsverpflichtung



Stärkung der Selbsthilfe

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Probleme heute

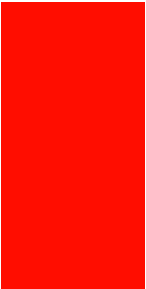


Einrichtungen und Aktivitäten der Sozial- und Gemeindepsychiatrie werden zunehmend weniger

Soziale Exklusion und Stigma

(Gemeindepsychiatrie braucht eine Psychiatrie-bereite Gemeinde)

Versorgung „minorer“ Formen
psychischer Störungen und Krisen



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Wandel der psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken



- Wegfall ambulanter komplementärer Angebote, Zunahme von stationären Fällen (bei weiterer Reduktion der VWD)
- Übernahme vieler ambulanter, komplementärer, betreuender und rehabilitativer Aufgaben
- Bildung von Gesundheitszentren („Alles aus einer Hand“ (Behandlungskontinuität) „für jedermann in seelischer Not“)
- Starre Sektorisierung überwinden; Kliniken als Anbieter und Koordinator/Case Manager im Netzwerk der Versorgung psychisch kranker Menschen
- Integrative Behandlungsansätze: IV-Verträge, MVZ-Gründung für die Versorgung psychisch Kranker auch somatisch, etc.
- Berufliche Rehabilitation, ambulante Reha, Hometreatment, Psychiatrischer Pflegedienst
- Anti-Stigma-Arbeit: Öffnung der Kliniken, Aufklärung, Gemeindearbeit, „Atelier“, kulturelle Aktivitäten, Vortragsreihen
- Beratungs-und Krisenzentren (24h geöffnet)
- etc.

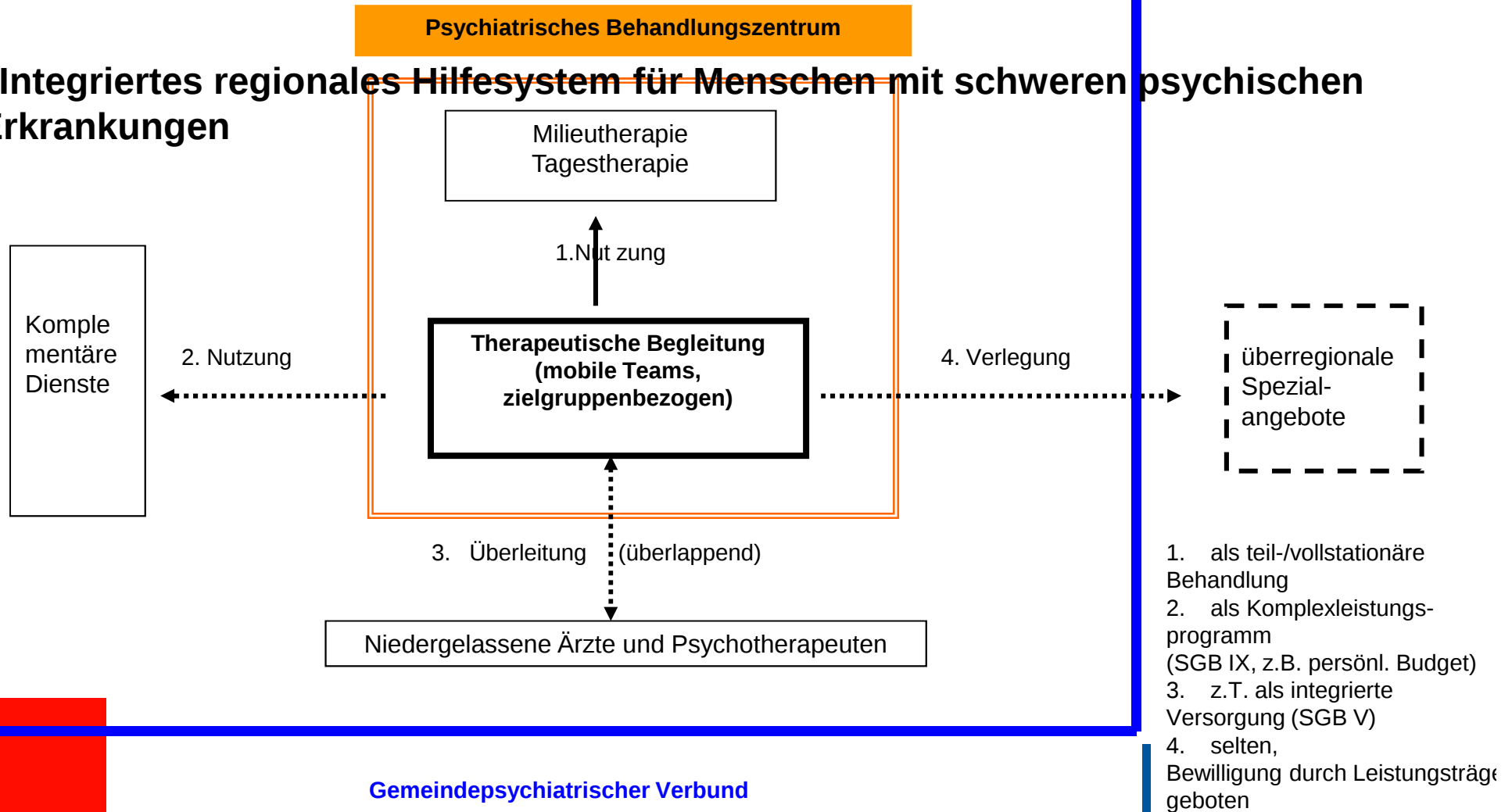


Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

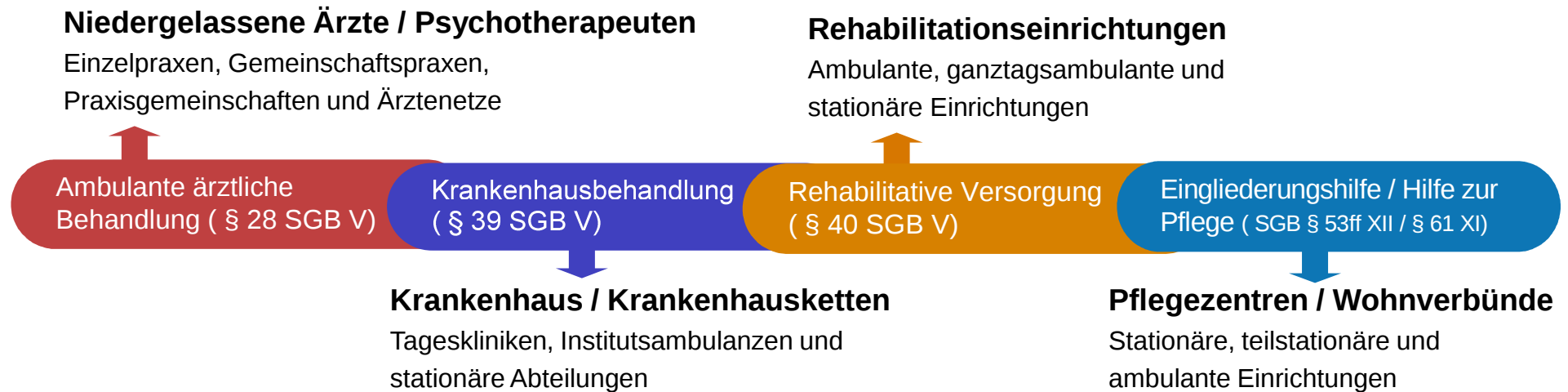
Trägerpluralität oder Alleinanbieter ?



Integriertes regionales Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen



Versorgungsstrukturen und Sektorisierung: starre Säulen nebeneinander



„Das deutsche Gesundheitswesen beinhaltet vor allem im Hinblick auf eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen noch beachtliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Diese betreffen sowohl Qualitätsdefizite als auch bisher ungenutzte Möglichkeiten zur Kostensenkung“

(Quelle: Gutachten vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003)

LWL

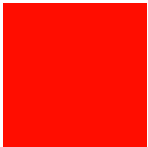
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Die Klinik „neuen Typus“ als Koordinator und/oder Anbieter von sektorenübergreifende und integrierende Versorgungsleistungen



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

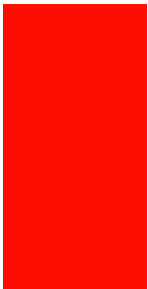


Entwicklung eines psychiatrischen Krankenhauses „neuen Typus“ = EXTROVERSION („Schleifen der Mauern“)

Nicht mehr „monolithischer“ Block (nach innen orientiert) (ABWARTEN, ob ein Patient kommt, „eingeliefert“ wird), sondern flexible dynamische nach-außen orientierte Untereinheiten (**TRACKS**) = moderner Anbieter von sozialen Dienstleistungen (um Kunden=Patienten werben; Wettbewerb der Anbieter/Kliniken)

Modulares flexibles System (Auflösung Dichotomie stationär/ambulant) mit hohem zentralen und dezentralen Vernetzungsgrad sowie breitem und differenziertem Angebot (**Behandlungskontinuität: „Alles aus einer Hand für alle Aspekte/Stadien psychischer Erkrankungen“**)

Getragen kooperativ vom ganzen Team mit ganzheitlichem Ansatz aus einer Philosophie („**Psychische Erkrankungen sind Teil des Lebens, abgestufte Angebot für jeden in seelischer Not**“) (ambulant und stationär, Krise oder Schwersterkrankung)



Früherkennung, Prävention, minore psychische Störungen / Krisen

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Wichtige Struktur- und Prozeßprinzipien für ein Zentrum seelische Gesundheit

- Aufbau des Krankhauses in Tracks (Module): stat. Kern – teilstat. Möglichkeiten – ambulanter Zweig
- Konsequente „Ambulantisierung“ mit weitgefächertem Angebot von Spezialsprechstunden
- Aufbau dezentraler Strukturen (Beratung/Kontaktstellen) im Stadtgebiet mittels beispielsweise von MVZ und IV-Projekten (IV z.B.: Ambulanter Entzug, Demenz: Heimbetreuung, Schnittstellenprojekt Schizo. und Dep., Sucht und Psychose, Hometreatment, Präventions-/Früherkennungsnetzwerk)
- Ausrichtung auf primäre, sekundäre und tertiäre Prävention: Vorbeugen ist besser als Nachsorge, spart Kosten, wissenschaftliche Begleitforschung in Bezug auf Frühverläufe und Entstehungsbedingungen psychischer Störungen, frühes Erkennen und Eingreifen)
- Verstärkte Öffnung und Vernetzung mit den Fachstrukturen, aber auch in die Stadt und Umgebung hinein
- Erweiterung des „Kerngeschäfts“ um psychische Störungen aller Ausprägungs- und Intensitätsstufen (insbesondere den „leichten“ Störungen und Krisen)



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Vorteile eines modularen Systems : Erhöhung der Qualität der Patientenversorgung und der Kosteneffizienz

- Synergieeffekte: Doppelnutzung vorhandener Ressourcen
- Flexibilisierung von Strukturen (Entwicklung und Optimierung schlagkräftiger Behandlungskorridore, DMP etc.
- Flexible Steuerung von Patientenströmen
- Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten für alle Menschen mit psychischen Problemen
- Vielseitiges Angebot schafft Attraktivitätserhöhung und gutes Image, für den Patienten alles aus einer Hand (ambulant bis stationär), Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit (neue Betätigungsfelder)
- Empowerment für Patienten, da Nutzung und Entscheidung für ein differenziertes Behandlungsangebots
- Beitrag zur Entstigmatisierung der Psychiatrie



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Track-Konzept Bochum: www.psychiatrie-bochum.de

LWL-Klinik Bochum | Klinik der Ruhr-Univ



„Tracks“: nosologisch orientierte, modular aufgebaute, flexibel arbeitende ambulante, teilstationäre und stationäre Einheiten für Beratung, Diagnostik, Behandlung in Kontinuität unter Integration von Lehre und Forschung

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

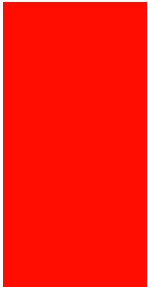
Implikationen aus der Track-Idee



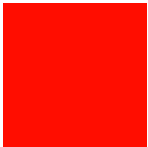
- Keine Aufnahmestation, Aufnahme von akuten Patienten überall
- Auflösung der Ambulanz/Kernambulanz und Verteilung
- Integrierte Tagesklinik (2-4 Plätze)
- Jeder Track Räume für Ambulanz, Tagesklinik und stationäre Einheiten
- Angebot von integrierten Spezialsprechstunden (z.B. Antabus-Sprechstunde im Suchtbereich, Borderlinesprechstunde auf Station, Trauma und Psychose oder Negativsymptomatik im Psychose-Track, Gedächtnissprechstunde auf Gerontostation etc.)
- Integration von Forschung (Kontinuität von Mitarbeitern und Inhalten) und Lehre („Lehrlings“-Studenten) im Track
- Teammitarbeiter für alle Patienten da (amb- (teil)stat) , Bezugstherapeuten (Ärzte/Psychologen) und Bezugspflegesystem



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

- 
- Matrixstruktur. Teilautonome Arbeitsgruppen; Koordination durch sich selbst (gemeinsame Leitung: OA und Stationsleitung), übergreifende Leitung: BL
 - Nutzung der Angebote von anderen Tracks und der zentralen Einheiten: Ergotherapie, Bewegungstherapie, Sozialdients, Musik- und Kunsttherapie etc.
 - Baulich: Theken- und Infosystem (zentrale und periphere Service-Inseln), EDV-Basierung, zentrale Auskunft am Eingang (Infos , Anmeldung, etc.), dann Etagen mit Infopoints
 - Eingangsbereich der Tracks für Mischnutzung (Sprechzimmer, Multifunktionsräume, Dienstzimmer u.ä.), dahinter Patienten- und Aufenthaltsräume
 - Gemeinsame Nutzung von Behandlungszimmer nach Raumbellegungsplan (KIS-XTime-Flughafensoftware)
- 





Erfahrungen



Umsetzung seit 2006 teilweise gut, Motivationsschub der Mitarbeiter

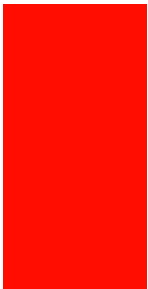
Personale Kontinuität gut gewährleistet trotz ärztlicher Fluktuation (PsychPV und Ambulanzstellen)

Haupthemmschuhe Räumlichkeiten (Altbau) und personelle Möglichkeiten (z.B. 1:1 Betreuung)

Juristisch: PIA §118

Flexible Aufnahmen/Entlassungen problematisch

Da auch immer wieder „Fremdaufnahmen“ notwendig
Keine flexiblen Wände; Nicht planbarer temporärer Bedarf

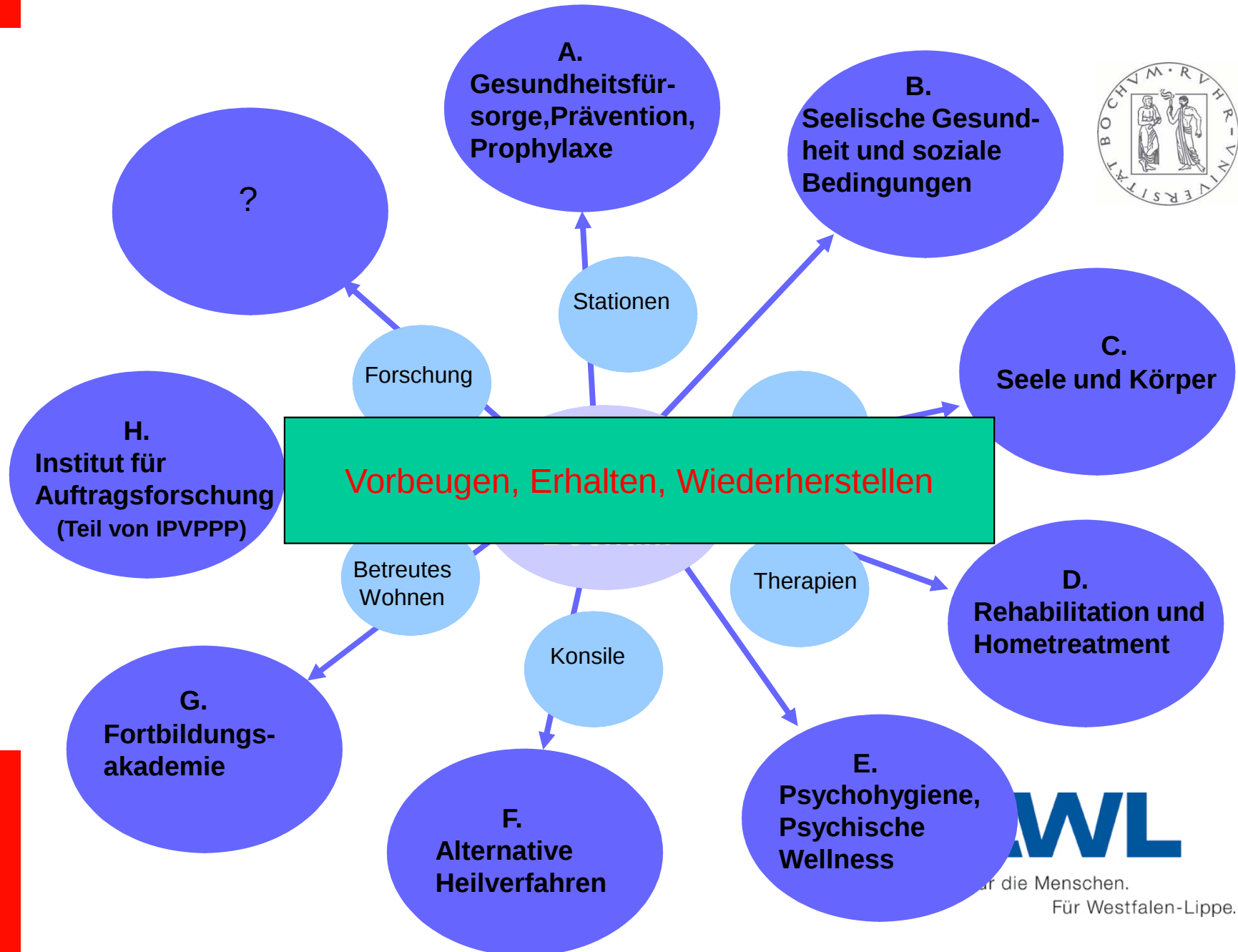


Fallpauschale oder Budget überlegenswert: Modell Hamburg, oder jetzt Hanau oä.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

LWL Zentrum für seelische Gesundheit Bochum





MASTERPLAN 2015 LWL-Uniklinik Bochum = Zentrum für seelische Gesundheit

Präambel: Qualitätssicherung/-verbesserung bei knapperen Ressourcen

Zielsetzung patientenorientierte, störungsspezifische und flexible Krankenhausbehandlung.

- Gesundheitsdienstleitung
- Integration klinischen Arbeitens und Forschens
- Behandlungskontinuität
- Versorgung auch minorer psychischer Störungen
- Früherkennung und Prävention

Übergreifende zentrale Behandlungsprinzip: **psychotherapeutisches Arbeiten und psychotherapeutische Haltung**

„**Netzgedanke**“ als zukünftiges übergreifendes Organisationsprinzip:
Miteinander vernetzte Strukturen bilden in sich wiederum Netze: abgestufte Angebote von psychischen Krisen bis hin zu psychiatrischen Notfälle aber auch vorbeugende und nachsorgende Angebote (zunehmend „psychische Wellness“).



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Integrierte Versorgung psychisch kranker Menschen

Netzwerk zur Versorgung psychisch kranker Menschen TK – LWL-Klinik Bochum

- **Hauptziel** ist eine weitere Verbesserung der Versorgung von TK-Versicherten, die unter Depressionen oder Schizophrenie leiden
- **Unterziele** sind der
 - Abbau bestehender Defizite in der Versorgung und
 - die Stärkung der Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern.
- Als **Maßnahmen** wurden
 - umfangreiche ambulante voll- bzw. teilstationäre Versorgungsmodule entwickelt und
 - verbindliche Ablaufstrukturen sowohl in der Versorgung als auch in der Führung der Patienten installiert.





Basisleistungen

Modul: Aufnahme in das Versorgungsnetz

Modul: Quartalsuntersuchung

Modul Psychoedukation



Ergänzende Leistungen

Modul: Therapieumstellung, -intensivierung, -check

Modul: Notfallkomplex

Modul: Zweitmeinung

Modul: Stabilisierung nach stationärer Behandlung

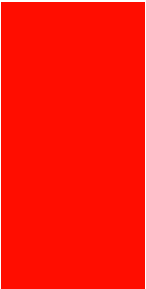
Modul: Nachsorgegruppen

Modul: Soziotherapie und häusliche psychiatrische
Krankenpflege

Modul: Psychotherapeutische Krisenintervention

Modul: Hochfrequente ambulante Behandlung im
Krankenhaus

Modul: Rehasport



Netz- und Fallmanagement (Klinik)

**Mittlerweile evaluiert: gute Ergebnisse der
Krankheitsverbesserung (HDRS, CGI; PSP) (Juckel et al. 2012)**



Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe

Gesundheitsministerkonferenz 2007



Psychiatrie in Deutschland

Strukturen

Leistungen

Perspektiven

Arbeitsgruppe Psychiatrie
der Obersten Landesgesundheitsbehörden

- Psychische Gesundheit gewinnt an Bedeutung
- WHO Deklaration von Helsinki 2005 mit Aktionsplan psychische Gesundheit
- EU Grünbuch, RKI Bericht
- Verhinderung von Depression, Kinder- und Jugendgesundheit, Essstörungen
- Selbsthilfe, Angehörige, Anti-Stigma
- Geschlechtssensible Hilfen, Migration

1. Psychisches Wohlbefinden fördern
2. Zentrale Position der psychischen Gesundheit aufzeigen
3. Gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen
4. Geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen fördern
5. Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten
6. Gute Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme sichern

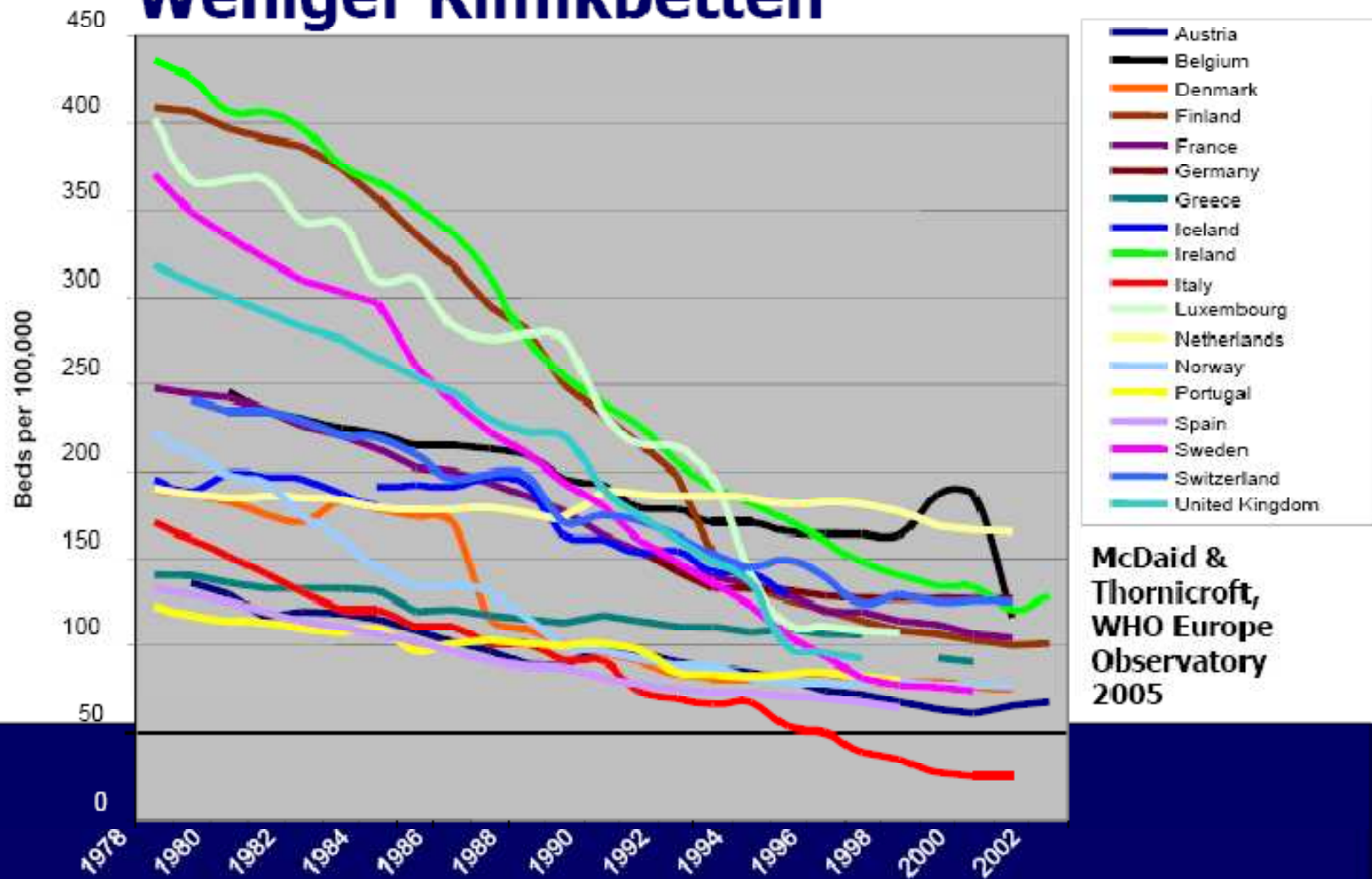
d.h. eben nicht Solingen, Pinel oä., sondern aller Sektoren,
auch der vollstationären Einheiten !

9. Ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot schaffen
10. Verlässliche Informationen über psychische Gesundheit sichern
11. Faire und angemessene Finanzierung bereit stellen
12. Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen



ischen.
Westfalen-Lippe.

Weniger Klinikbetten



Folgende Slides netterweise von Prof. T. Becker, Günzburg/Ulm

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Multiprofessionelle gemeinde- psychiatrische teambasierte Behandlung

1) Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams
(Community Mental Health Teams = CMHT)

2) Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung
(Assertive Community Treatment = ACT)

3) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld
(Home Treatment)

(Primär) aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung

(Assertive Community Treatment = ACT)

- multidisziplinäres ambulantes Behandlungsteam (z.B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegepersonal, Ergotherapeuten)
- *gemeinsame* Verantwortung des *Teams*
- hohe Betreuungsintensität auch zu Hause
- 7 Tage 24 Stunden Verfügbarkeit
- Zuständigkeit für medizinische *und* soziale Versorgung
- Kontakt zum Patienten auch während stationärer Episoden
- Einbeziehung des sozialen Netzes

	Effekte von ACT gegenüber		
	herkömmlicher Versorgung (k=17 Studien)	Krankenhaus-basierter Rehabilitation (k=3 Studien)	Case Management: (k=6 Studien)
Krankheitsassoziierte Merkmale			
↓ der Sterbefälle	~	~	~
↓ der Symptomschwere	~	~	~
Behandlungsassoziierte Merkmale			
↓ stationäre Behandlungen	++	++	k.A.
↓ stationäre Behandlungszeiten	++	++	k.A.
↓ Behandlungsabbrüche	++	~	k.A.
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion			
↑ sozialer Funktionen	~	~	~
↑ Beschäftigungssituation	++	++	~
↓ von Obdachlosigkeit	++	++	++
↓ Straffälliges Verhalten/Inhaftierung	~	++	~
Zufriedenheit & Lebensqualität			
↑ der Behandlungszufriedenheit	++	~	++
↑ der Lebensqualität	~	~	~
Kosteneffektivität			
↑ Kosteneffektivität	k.A.	k.A.	k.A.

Effekte von aufsuchender gemeinde-psychiatrischer Behandlung auf verschiedene Zielparameter (Marshall 1998)

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe
 ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
 -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 k.A.: keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium bzw. Evidenz nicht ausreichend
 ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Evidenz – viele Studien ...

Evidenz:	A) Systematische Reviews und Metaanalysen	B) aktuelle randomisierte kontrollierte Studien
	-Marshall & Lockwood 1998: <i>Einschluss von 26 Studien</i> -Metaanalyse der NICE Leitlinie "Schizophrenie" 2009: <i>Einschluss von 22 Studien</i> -Ziguras & Stuart 2000: <i>Einschluss von 35 Studien</i> -Zygmunt 2002 : <i>Einschluss von 7 Studien</i> -Nelson 2007: <i>Einschluss von 8 Studien</i> -Coldwell & Bender 2007: <i>Einschluss von 6 Studien</i> -Drake 2008: <i>Einschluss von 22 Studien</i> -Cleary 2008: <i>Einschluss von 5 Studien</i>	-Harrison 2002 -Killapsy 2006 -Macias 2006 -Schonebaum 2006 -Gold 2006 -Sytema 2007 neuere Studien zeigen weniger deutliche Vorteile des ACT im Vergleich zur Standardbehandlung Warum? - Burns et al. 2007, Harvey et al. 2011 - weil Kontrollbedingung TAU „zu gut“ - weil Manualtreue bzw. Umsetzung „zu schlecht“ - weil Effekte bezogen auf die Reduktion von stationären Behandlungszeiten dann am höchsten waren, wenn die Betroffenen stationäre Angebote im Vorfeld in hoher Intensität nutzten



Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)

- häusliche Behandlung einer *akuten* psychotischen Erkrankungsepisode durch spezialisiertes Team
- ärztlich-psychiatrische Kompetenz integriert
- in USA rund um die Uhr, in Deutschland - soweit HT verfügbar - nicht rund um die Uhr
- fester Bestandteil: Hausbesuche (home treatment)
- Ziel: Vermeidung einer Krankenhausbehandlung
- flexible Kommunikation mit Netzwerk des Patienten
- Gabe von Medikamenten und Supervision der Einnahme sollte möglich sein

	Metaanalyse Cochrane Review	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Randomisierte kontrollierte Studie	Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home treatment)
	Joy 2006	NICE 2009	Johnson 2005 McCrone 2009	
Krankheitsassoziierte Merkmale				
↓ Sterbefälle	~	~	~	
↓ Symptomschwere	+	+	+	
↑ Allgemeinzustand	~	+	k.A.	
Behandlungsassoziierte Merkmale				
↓ stationäre Aufnahmen in akuter Phase	k.A.	++	++	
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten	++	~	++ ¹	
↓ stationäre Behandlungszeiten	k.A.	++	++	
↓ Behandlungsabbrüche	++	++	k.A.	
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion				
↑ Beschäftigungssituation	~			
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten	~			
Zufriedenheit und erlebte Belastungen				
↓ erlebte Belastungen, Angehörige	++			
↑ Patientenzufriedenheit	++			
↑ Angehörigenzufriedenheit	++			
Kosteneffektivität				
↑ Kosteneffektivität	+			

Studien in Europa zeigten (vs. USA) weniger Vorteile von HT gegen Standardbehandlung
Warum? – Burns et al. 2002

- weil Kontrollbedingung in Europa „dichter an HT“
- bitte beachten: HT erscheint in Europa nicht „schlechter“, aber „Kontrast kleiner“

Identifizierung von HT-Wirkkomponenten ist wichtig - **Burns et al. 2006**

- Zahl Patienten-Mitarbeiter niedrig, Hausbesuche wichtig, höherer % Kontakte z.H., Verantwortung Gesundheit und Soziales, Multidisziplinarität

Beispiel: Home-Treatment in Bayrisch Schwaben

Durch Klinik (alle Stufen auch für Hochakut vorhanden !)



- Multiprofessionelles Behandlungsteam (Arzt, Pflege, & Sozialpädagogin)
- Verfügbarkeit an 7 Tagen über 24 Stunden unter Einbezug der Struktur der Gesamtklinik & „Krisenbett“
- Mo-Fr von 8-17 Uhr sowie am WE z.B. von 9-14 Uhr, Flexibilität „nach hinten“ je nach klinischer Erfordernis
- Wochenenden, Feiertage, Nachtstunden: Station 41 II + diensthabender Arzt /Oberarzt der Psychiatrie; flexible Regelung an Weihnachten & Ostern





Empfehlungen 1-3

Gemeindepsychiatrische teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung **in definierten Regionen** soll zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung etabliert werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung **wohntnah und erforderlichenfalls aufsuchend** behandeln.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Menschen mit schweren psychischen Störungen in **akuten Krankheitsphasen** sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen **in ihrem gewohnten Lebensumfeld** behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia



**Conclusio: Team einschließlich auch
stationärer und teilstationärer
Behandlungsmöglichkeiten
im gemeindepsychiatrischen Netzwerk !**

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Kooperatives Versorgungssystem ist notwendige Voraussetzung, d.h. es gilt die sektoralen Versorgungsstrukturen zu überwinden

Alle Anbieter von Niedergelassenen zu Reha-Einrichtungen, hohe Koordinationsleistungen

Einführung von „DMP“ und Leitlinien-gestützte Behandlungspfade

Aufsuchende Hilfesysteme (Personen- vor Institutionszentrierung)

Modular-flexibles regionales Versorgungssystem: hohen dezentralen Vernetzungsgrad, differenziertes Angebot (Kliniken oft in der Mitte bei Wegfall anderer Strukturen: Koordination, Verantwortungsübernahme)

Rechtliche Flexibilisierungsmöglichkeiten vorhanden (IV, MVZ, Jobsharing,...)

Voraussetzung für wirkliche Prävention

Kostenträgerübergreifende Versorgung !

Bruchmann&Juckel, 2009

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Weiterentwicklung des deutschen psychiatrischen Versorgungssystems hin zur Ambulantisierung, Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen zu Ungunsten stationärer Versorgungsstrukturen

Ausbau dezentraler Tageskliniken mit Institutsambulanzen/Tagesbehandlung stundenweise auch zuhause,
wahrscheinlich Subdifferenzierung der Institutsambulanz in psychiatrische, psychosomatische und geriatrische Institutsambulanzen

Weiter Reduktion von Betten ohne Gefährdung für Wohl und Wehe psychiatrischer Patienten zur Akutversorgung nicht denkbar und wünschbar: „Amerikanisierung des psychiatrischen Versorgungssystems“ (Patienten obdachlos oder im Gefängnis) hat schon begonnen (Abbau sozialpsychiatrischer Strukturen; Rechtssprechung (BGH-Urteil etc).



Ein Grundstock von Akut-/Krisenbetten notwendig (bis Entlassung dann möglich ist!)

Psychiatrische Krankenversorgung gänzlich ohne Bett unmöglich, schwere akute Krankheitsverläufe akuter Psychose, schwere wahnhafte Depressionen akuter Manie etc. ohne vollstationären Aufenthalt nicht denkbar.

Hier geht es auch um Sicherungsaspekte, aber auch um Milieuthherapie, therapeutische Gemeinschaft etc.

Techniker Krankenkasse Vertrag von uns entwickelt, durch die Hamburger Hauptverwaltung der Techniker „abgespeckt“, zum ersten mal durch die Pinel-Gesellschaft in Berlin umgesetzt, ein sozialpsychiatrischer Träger ohne Einschluss der Krankenhäuser und nur teilweise Einschluss von niedergelassenen Kollegen, siehe Verein der niedergelassenen Kollegen in Berlin, die sich hier eindeutig distanziert haben, bzgl. Eigen- und Fremdgefährdung, sprich Suizidalität eine gefährliche und risikoreiche Entwicklung.

Träger bekommt den ökonomischen Anreiz, bestmögliche und teilweise maximale psychiatrische Krankenversorgung nicht anzuwenden, Gefahr für Leib und Leben des Patienten.



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Zusammen wohnen und zusammen in einer Art Großpsychotherapie sich zu befinden für über einige Wochen, darf nicht unterschätzt werden, das Fachgebiet heißt Psychiatrie und Psychotherapie, d.h. viele psychotherapeutische Elemente durch Ärzte, Psychologen, Pflege etc. sind wichtig zur Verbesserung der Symptomatik.

Vereinzelung für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, sprich jeder alleine zu Hause im Extremfall, hier gehen die gruppentherapeutischen Elemente und auch das Peer-to-Peer Element, dass Patienten von anderen Patienten lernen, dass es ein dichtes therapeutisches Beziehungsleben zwischen Mitarbeitern und Patienten auf der Station gibt, verloren.



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Langfristige intensive oder weniger intensive Weiterbehandlung dann tagesklinisch bzw. ambulant durch Home Treatment/mobiles Behandlungsteam (Beispiel Hanau) möglich.

Jedoch wichtig Erhalt der Ressourcen (Finanzierung !?), um die gesamte stationäre Mannschaft zu ambulantisieren, um den Patienten das zu geben, was er benötigt, nämlich Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Ergo-, Musik-, sozialarbeiterische Leistungen, Bewegungstherapie etc., viele Angebote vermutlich weiterhin räumlich zentral auf einem Krankenhausbaufläche (modular wenige Stunden o.ä. pro Tag) oder dezentral Tagesklinik mit Ambulanz, MVZ oder auch mit anderen Anbietern (SpDs, Praxen) oder Kollegen im Jobsharing

Tracksystem, Ambulantisierung, modularer Aufbau, psychiatrisches Krankenhaus neuen Typus und vor allem auch Home Treatment und Zwischenstufen zwischen Ambulanz und Tagesklinik **sehr gewünscht** und gefragt, aber das **Standbein** müssen weiterhin im Track die **Betten** sein, aus der heraus im Kern sich alles entwickelt bzw. für jeden Patienten in seelischer Not je nach dem Schweregrad seiner Problematik das passende Angebot da ist und wenn es akut und intensiv ist, gibt es eben auch ein Bettenangebot.



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Fazit I



- Funktionaler und sozialer Outcome (Teilhabe) sehr entscheidende Parameter aller unserer Behandlung und Versorgung
- Klinik „neuen“ Typus: Übernahme vieler ambulanter, rehabilitativer, teil- und voll stationärer Aufgaben
- Klinik als Koordinator und integrierender Einrichtung im Versorgungsnetzwerk
- Für plurale Aufgaben und Überwindung starrer Sektorsierung stärker modulare flexible Strukturen;
- Track-System eine Möglichkeit: Idee gut, schwierig in der Umsetzung (Komplette Klinik insgesamt „umkrempeln“: Strukturen, Prozesse, Einstellungen)
- Integrierte Versorgung der Klinik selbst in den Tracks paßt gut zu integrierten Versorgungsmodellen mit allen Anbietern in einer Region (evtl. auch eine gute Voraussetzung dafür)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Fazit II



- Studien bzgl ACT und Hometreatment zeigen keine eindeutige Überlegenheit gegenüber der „Standardbehandlung/-versorgung
- Ein Netzwerk zur Versorgung psychisch Kranker, bzw. das Arbeiten in mobilen Teams schließt notwendigerweise auch stationäre und teilstationäre Versorgungsmöglichkeiten ein
- Die Akutpsychiatrie ist (leider) nicht wegzudenken. Man wird sehen, wie Früherkennung und Prävention psychiatrischer Störungen (und natürlich die weitere Ökonomisierung) die Versorgungslandschaft z.B. bzgl. der weiteren Reduktion von Betten verändert.
- Psychiatrische Kliniken/Krankenhäuser müssen sich wandeln u.a. auch im Sinne der weiteren Ambulantisierung. Sie werden jedoch weiterhin fester Bestandteil des Versorgungsnetzwerkes sein, an manchen Orten bilden sie dies evtl. auch alleine.



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.







Vielen Dank für's Zuhören !



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.