

Veranstaltungsprogramm Psychiatrie der senatorische Behörde Bremen Workshop 07. Mai 2014

Prof. Dr. Martin Heinze

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Immanuel Klinik Rüdersdorf

- *Seelisch krank – gut behandelt?*
- *Haltung und Ethik in der psychiatrischen Behandlung*
- *Ein Kenner von innen schaut von außen auf die Bremer Klinikpsychiatrie*
- *Spannungsfeld Ökonomie - Menschlichkeit*

Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder
sie ist keine Psychiatrie. (Dörner 1972)

... also ohne soziale Psychiatrie
keine Psychiatrie. (Fischer 1919)

Ausgangspunkt Psychiatrie-Enquete und neuere Rahmenbedingungen

Prinzipien der Gemeindepsychiatrie

- Deinstitutionalisierung
 - Verminderung der Zahl psychiatrischer Betten
 - Gemeindenahe Versorgung
 - Förderung der Selbstständigkeit der Betroffenen
 - Entprofessionalisierung – personenzentriert statt institutionszentriert (Pat. und Mitarbeitende)
- Kontinuität
 - Koordination aller Versorgungsinstitutionen
 - Case Manager
 - Clinical Case Manager

Prinzipien der Gemeindepsychiatrie

- Sektorisierung
 - Vorhalten aller Institutionen im Sektor
 - Übernahme der Versorgungsverantwortung
- Orientierung an Bedürfnissen
 - Besondere Beachtung von Grundbedürfnissen und Lebensqualität
- Prävention
 - Früherkennung

Bilanz: Bericht der obersten Landesgesundheitsbehörden und Sachverständigenrat im Gesundheitswesen

- Enthospitalisierung ist zum Stillstand gekommen
 - Graue Psychiatrie (Wienberg)
 - Unterrepräsentanz von alten Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund
 - Fehlsteuerung des Systems
 - ...
-
- Notwendigkeit, das psychiatrische Versorgungssystem regional, kooperativ, personenzentriert und im Sinne psychiatrischer Behandlungszentren umzugestalten.
-
- „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Oberen Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003), 1. Auflage 2007, insbesondere S. 97f.

Notwendig ist „eine Rahmenordnung mit finanziellen Anreizen zum systemrationalen Handeln“.

Sachverständigenrat im Gesundheitswesen: Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ (Kurzfassung, S. 41, www.svr-gesundheit.de)

Probleme ...

- Unzufriedenheit über zersplitterte Versorgung
- Fehlendes Care-Management
- Institutions- statt Personenzentrierung
- Angebote fast ausschließlich zur Regelarbeitszeit
- Relativ hohe Bettenzahl
- Uneffizienter Ressourceneinsatz
- Fehende Flexibilität und Bürokratiekosten
- ...

Grundsätzliche Probleme: Fehlanreize im Sozialgesetzbuch

- Budget wesentlich an voll- und teilstationäre Behandlung gebunden
 - Fehlanreiz für zu lange Verweildauer
- Ambulante Leistungen nicht ausreichend finanziert
 - PIA Quartalspauschale entspricht etwa einem Behandlungstag
- Keine Behandlungskontinuität, da Sektorengrenzen nicht überwunden werden können
- Zersplitterung des SGB: Krankenhäuser/KV, Rehaträger, Sozialhilfeträger, Agentur für Arbeit

Steuerung und Anreize in der psychiatrische Versorgung

- Das alte System setzt falsche Anreize: das Geld klebt an Bett, Unterfinanzierung der PIAs
- Das neue System löst genau dieses nicht
- Der Steuerungseffekt im bestehenden System führt konkret
 - zu mehr Betten
 - zu mehr Fällen
 - zu mehr stationären Behandlungstagen
 - zu weniger ambulanter Behandlung
- Wer *Berechnungstage* bezahlt, ...wird *Berechnungstage* geliefert bekommen
- Wer *Fälle* bezahlt, ...wird *Fälle* geliefert bekommen
- Wer *Gesundheit* bezahlt, ...

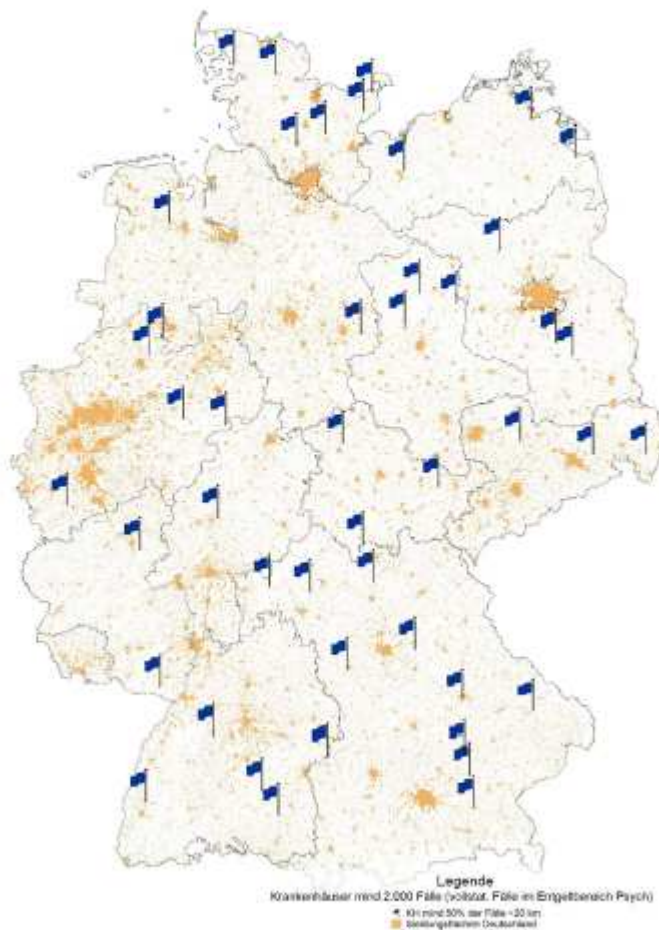
Wie kann man die psychiatrische Versorgung steuern?

- Zahl der Berechnungstage
- Zahl der Behandlungsfälle
- Zahl der behandelten Menschen
- Zu erfüllende Aufgabe / Ziele
- Vorhandene Ressourcen
- Leistung
- Qualität
- Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Persönliche Anreize
- ...

Daten aus dem Klinikum-Ost – aktuelle berufliche Situation (2006)

	F0	F1	F2	F3	F4	F6
berufstätig	1,8%	24,8 %	6,2 %	23,7 %	25,1 %	4,8 %
Ausbildung	-	1,4 %	4,0 %	3,0 %	5,7 %	3,7 %
Beschützt	-	1,1 %	5,6 %	2,8 %	4,4 %	10,7 %
Arbeitslos	1,8 %	43,7 %	34,8 %	21,9 %	29,0 %	55,9 %
Rente	91,3 %	11,0 %	31,5 %	35,9 %	15,7 %	10,1 %

Gemeindeferne Psychiatrie

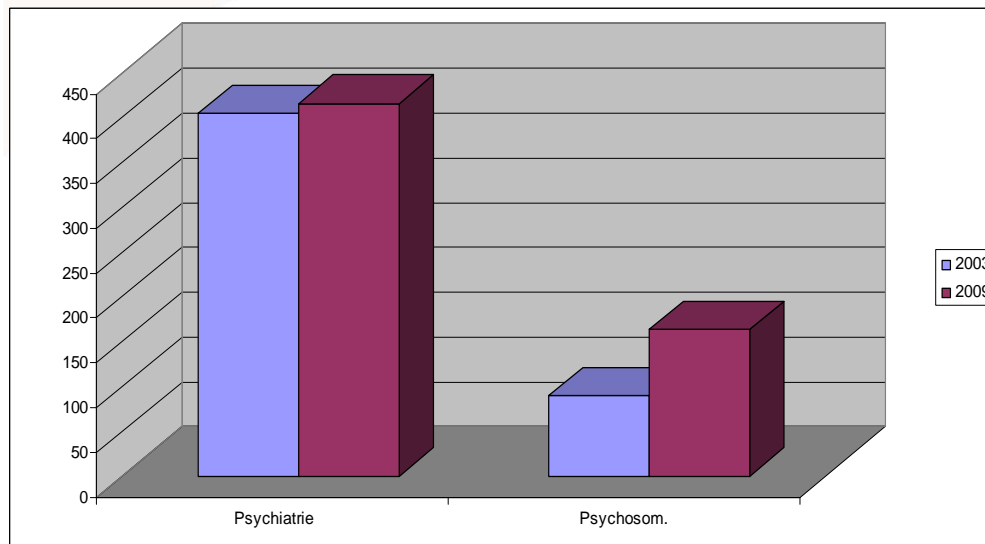


Psychiatrische
Einrichtungen mit:

- mehr als 2.000 Fälle
- mehr als 50% der
Patienten aus
Entfernung > 20 km

Psychosomatik versus Psychiatrie

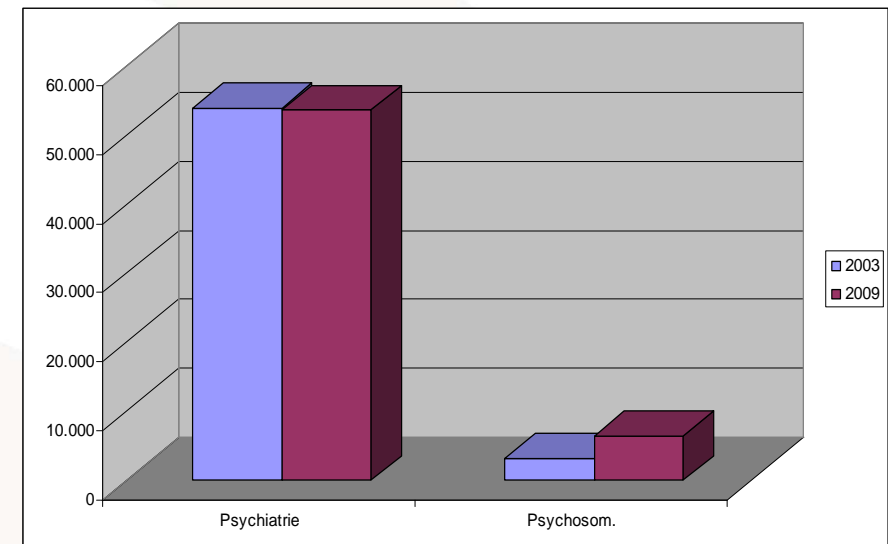
Kliniken/Abteilungen



11 Abteilungen mehr (2,7%)
(81%)

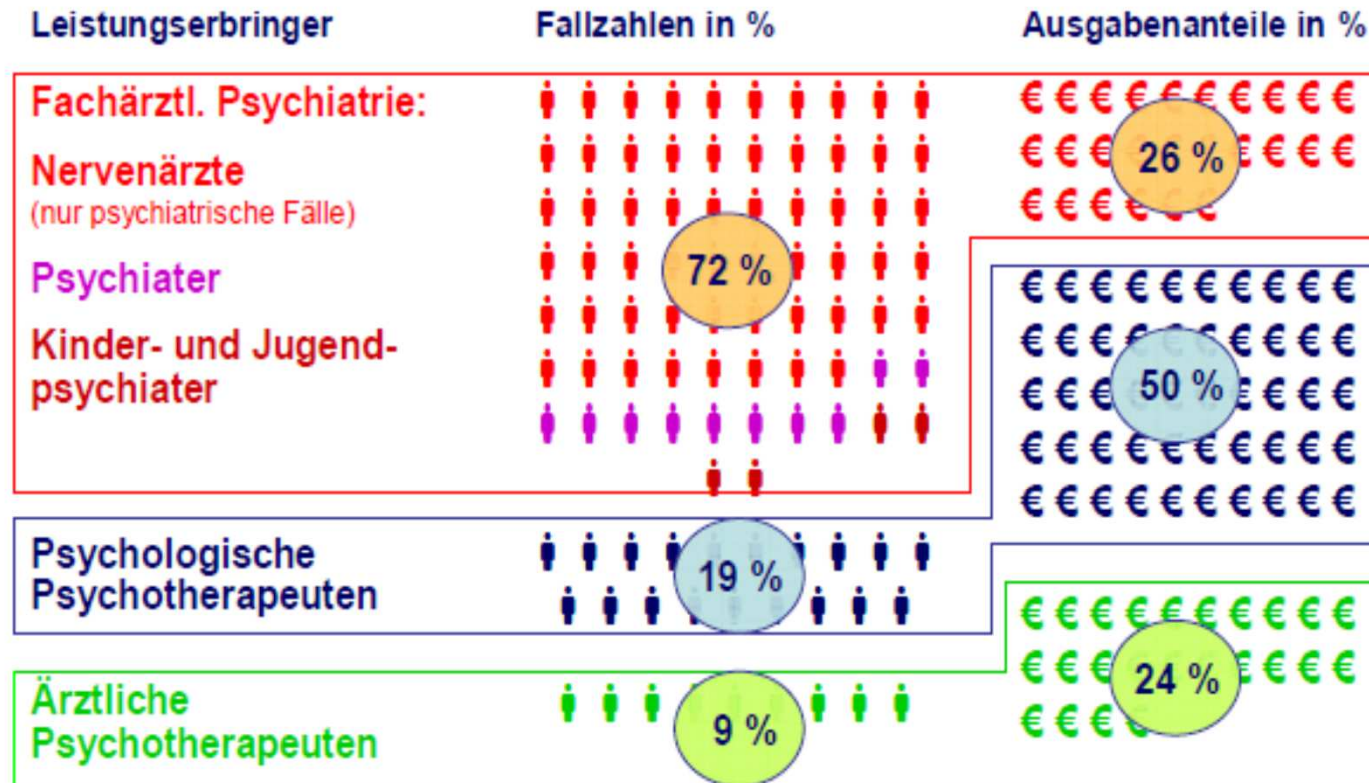
73 Abteilungen mehr

Betten



299 Betten weniger (0,6%) 3298 Betten mehr
(103%)

Warnendes Beispiel „ambulante psychiatrische Versorgung“



Quelle: Melchinger
2010

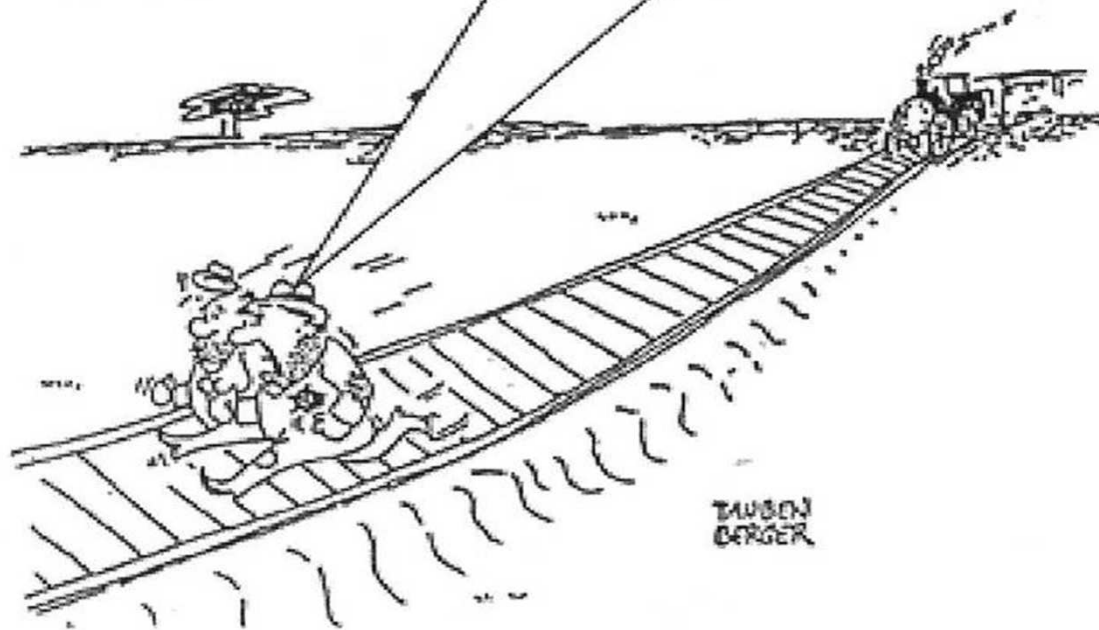
Psychiatrische Fälle in der kassenärztlichen Versorgung nach Leistungserbringern und Ausgabenanteilen

Warum wird das von der Psychiatrie nicht zur Kenntnis genommen?

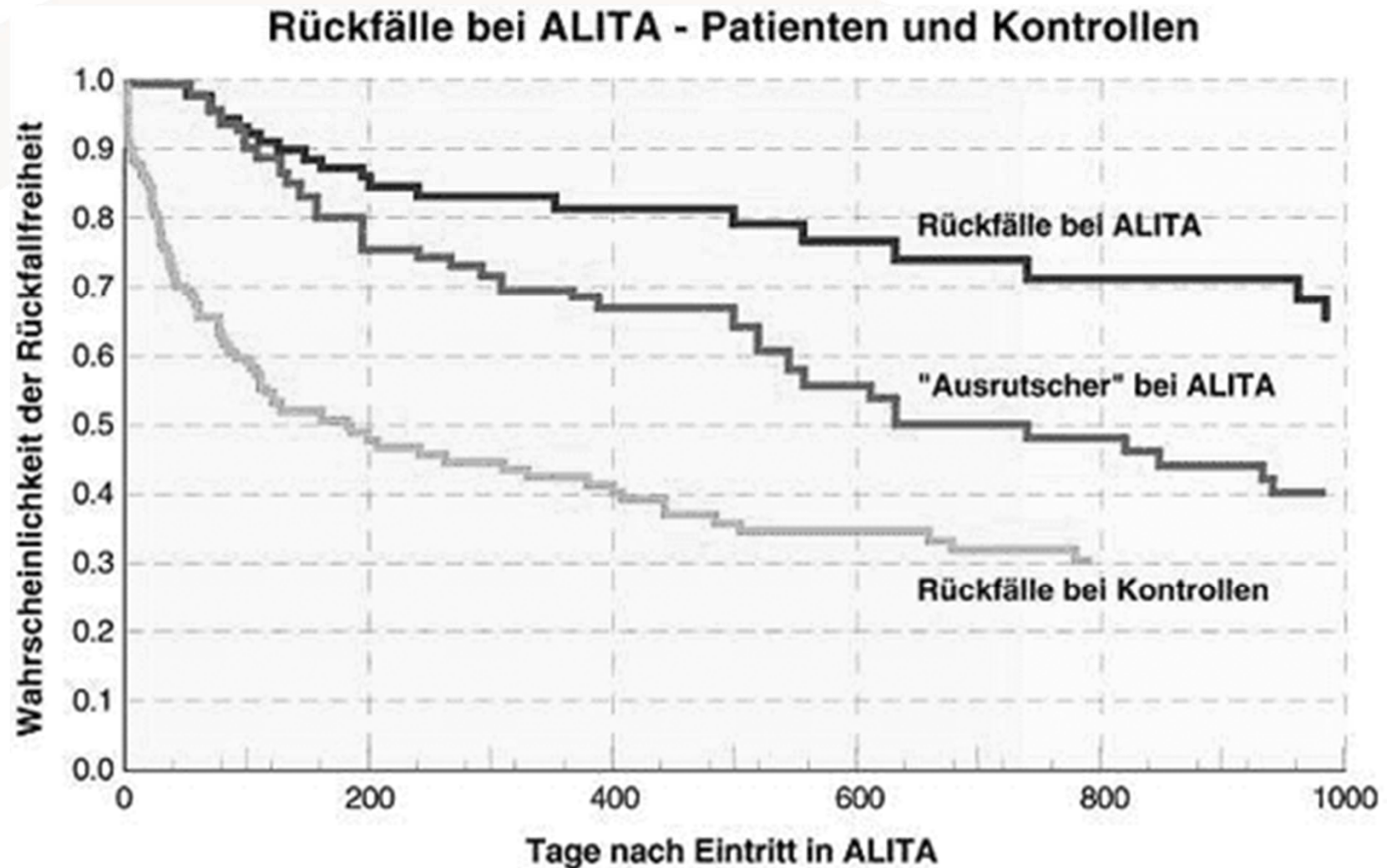


- Abwertung der politischen Seite der Psychiatrie als ideologisch
- Fehlsteuerungen des Systems werden beibehalten, weil sie nutzen. Priorisierung der stationären Versorgung
- Entwertung des regionalen Vollversorgungssystem durch (übertriebene) spezialisierte Angebote
- Übertriebende Spezialisierung auch im psychotherapeutischen Bereich auf dem Hintergrund finanzieller Interessen
- Leugnung des Problems der chronisch Kranken
- Fehlverwendung der Mittel für weniger schwer Erkrankte
- Entkoppelung Versorgungs- und Universitätspsychiatrie

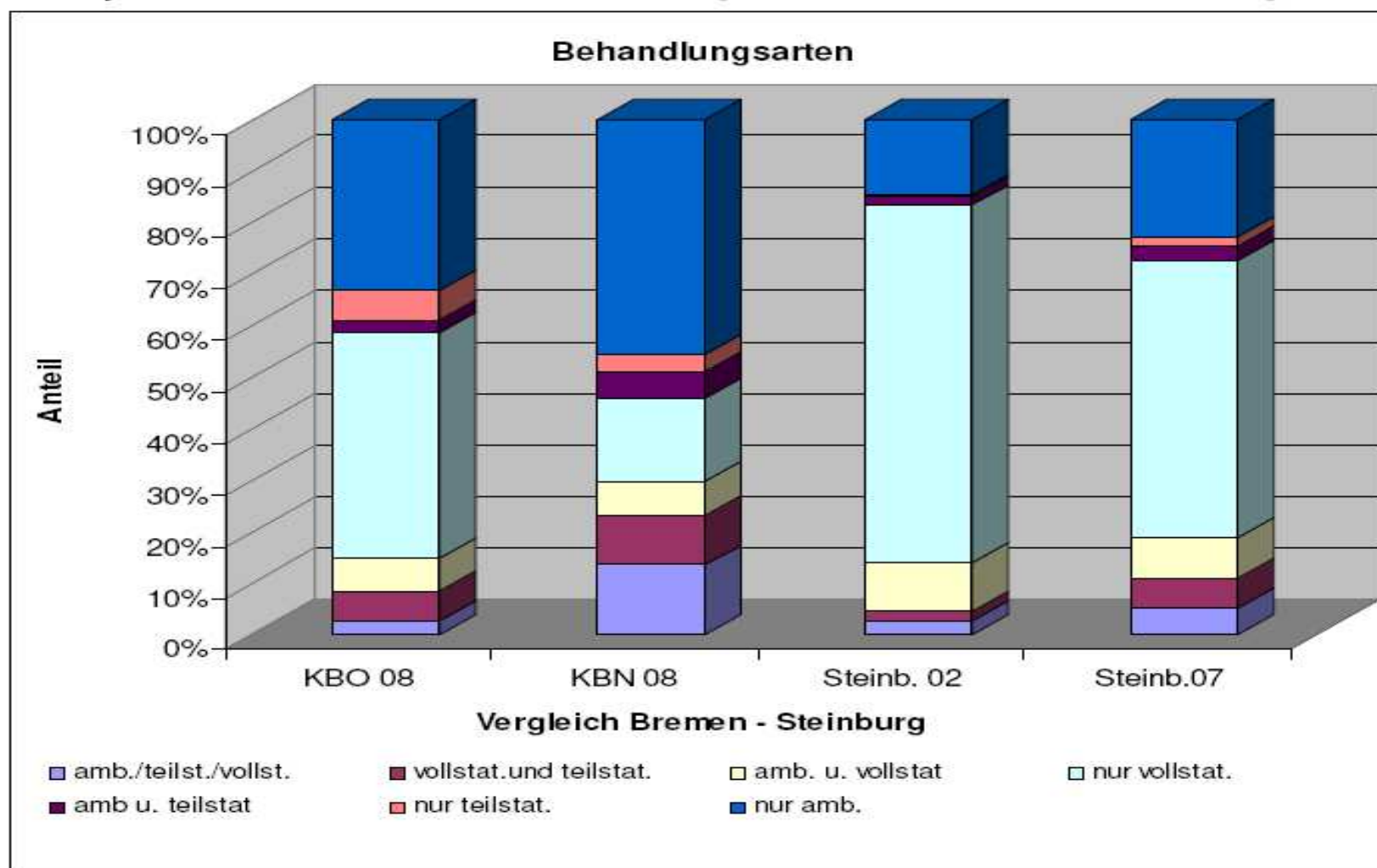
*Wenn nicht bald eine Weiche
kommt sind wir verloren*



Es geht auch besser – Beispiel aus der Praxis



Auswirkung der ökonomischen Steuerung



2te Stufe der Psychiatriereform?

Zunächst: was ist anders?

- Verschiebung der diagnostischen Spektren
- Chronische Erkrankungen und Einzelepisoden
- Fortschreitende Psychiatrisierung und Modediagnosen
- Ökonomisierung der Psychiatrie, vor allem andere Trägerstrukturen
- Wandel der Medizin allgemein
 - Bettenabbau, DRG, Organisation, Stationen
- Trennung Psychiatrie und Suchtkrankenbehandlung ist fragwürdig geworden
- Gesundere Ältere
- ...

Ein neues Entgeltsystem sollte...

Dann: was sollten neue Versorgungssysteme leisten?

- den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker gerecht werden
- den Patienten die nötige Zeit für die Genesung bieten
- Flexibilität am Übergang zwischen verschiedenen Behandlungssettings sicherstellen
- Behandlungsressourcen vom vollstationären in den teilstationären und ambulanten Bereich verlagern
- die Teilhabe am Leben sicherstellen
- Prävention fördern - und ökonomisch attraktiv machen
- bzgl. der Qualität überprüfbar sein
- offen für zukünftige Entwicklungen sein

Ökonomisierung versus Menschlichkeit

Effizienz

- Effizienzbetrachtungen sind sinnvolle Techniken, zu einem rationalen Ressourceneinsatz zu kommen
- Einzutragen wäre auf der Y-Achse das Maß der Gesundheit, was durch die eingesetzten Ressourcen erreicht werden kann (als Ziel)
- Meistens wird aber auf der Y-Achse der Gewinn als Geldwert eingetragen (welcher nur ein Mittel sein kann)
- Grobe Verwechslung von Mittel und Zweck in bestimmten neoliberalen Auffassungen der Marktwirtschaft
- Selbstzweck (Kant) kann nur der Mensch und die Natur sein

Markt und Humanität der psychiatrischen Versorgung müssen nicht im Widerspruch stehen

- Wohl des Gemeinwesens als Ziel
- es gibt keine Theorie der Marktwirtschaft, die nicht gleichzeitig darstellen würde, dass Marktkräfte das Geschehen nur dann sinnvoll und produktiv gestalten können, wenn ein entsprechender ordnungspolitischer Rahmen vorhanden ist. Soll der Markt der gesellschaftlichen Entwicklung dienen, so bedarf es eines politischen Eingreifens, damit dieser Zweck auch im Sinne des Gemeinwesens und damit zum Wohle vieler Beteiligten erreicht werden kann.
- Markt und Regulation
- Die ökonomischen Beziehungen, auch die Gewinne, die reinvestiert werden, sind Mittel zur Erreichung der Ziele. Eine Effizienzbetrachtung muss fragen, mit welchem Personal- und Sachmitteleinsatz das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken, möglichst effizient erreicht werden kann. Nur sekundär darf sie fragen, welche Effizienz im Bereich des Kapitalertrags damit verbunden ist.

Was nicht geht

- Denn nur die Reflektion darauf, wie wir als Menschen sinnvoll unsere Menschlichkeit entfalten können, reguliert wiederum unsere Vorstellung von der Welt, indem sie Kritik an überzogenen Einstellungen möglich macht, vor allem Kritik am Warencharakter, in den alle menschlichen Beziehungen hinein sich verändern können, die natürlich auch heute gilt. Wir sollten eine Verdinglichung menschlicher Beziehungen nicht zulassen, nicht zulassen, dass ein Mensch nur auf seinen Waren- und Ertragswert reduziert wird oder überhaupt auf einen Wert, der ausschließlich in Hinblick auf seinen Nutzen im Sinne des Kapitals bestimmt wird.
- Eben solche Verdinglichungen sind, wenn der Mensch nur als Kunde, Nutzer oder als humane Ressource gesehen wird.

Problembereiche

- KHRG > PsychEntG
- Nur Leitliniengerechtigkeit und Qualitätsparameter als Regulatoren der finanziellen Anreize können die gewünschten Inhalte sichern
- Aber:
- Qualität: Wegfall der PsychPV > GBA
- EBM – wer macht welche Studien
 - Gute alte Psychopharmaka werden nicht in methodisch guten Studien getestet
 - Keine ausreichende Finanzierung von industrieunabhängigen Studien
 - Pseudo-EBM da erheblich durch Industrieinteressen beeinflusst – Fortbildungen der Medizin
- Leitlinien und Individualität
 - In der Psychiatrie ist der wesentliche Wirkfaktor die Beziehung, die nicht zu standardisieren
 - Psychotherapie: ständig neue technisierte Verfahren, neue Industrie

Wie verändern sich die Standards professionellen Handelns?

- Arzt: unternehmerisches Denken für den Betrieb (Diagnosestellung!)
- Psychologen: technisierte Leistungserbringung
- Ergo- und Physiotherapie: reduziert auf abrechenbare Leistungen
- Pflege: Pflegecodierung bringt aktuell das meiste Geld: Zunahme der 1:1-Betreuung, der Unterbringung? Bei sinkenden Ressourcen

Widersprüche – Behauptungen des rationalen Vorgehens und dennoch anderes Ergebnis

- S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt neuere Antipsychotika als firstline-treatment, obwohl keine ausreichende Evidenzlage vorhanden ist (Einfluss einer Lobby)
- PsychPV wurde nicht ausreichend bewehrt – bei Allianz beider Seiten der Selbstverwaltung wird Qualität nicht umgesetzt (Lobby)
- Ungelöstes Problem: wie können die sachlich richtigen Inhalte in diesem Spiel von (finanziellen) Interessen überhaupt umgesetzt werden

Ambivalenz / Unbehagen

- Obwohl Dinge rational geklärt werden (sollen) und Sicherheit oder Verlässlichkeit zunehmen, zeigt sich eine **Ambivalenz**, ob das der richtige Weg ist
- ... oder eher das Gefühl des **Unbehagens**, ob die Bürokratisierung und Technisierung nicht der Psychiatrie das Menschliche austreibt.

Alternativen der Steuerung

- Entkoppelung vom Markt und rein inhaltliche, nicht finanziell getriggerte Anreizsetzung ist unmöglich
- Durchsetzen der Qualität gegen Lobbyinteressen (Wer?)
- Beahlt wird nicht Krankheit, sondern Gesundheit
 - Populationsbezug der Psychiatriefinanzierung
 - Entgelthöhe wird größer, je integrierter und sektorübergreifender die Leistung erbracht wird
 - Region als Planungsraum: regionales Kartell zur Ermöglichung regionaler Marktwirtschaft
 - Steuerung durch Patienten
 - Kleinteiligkeit der SGB-Paragrafen muss überwunden werden

Anforderungen an eine psychiatrische Haltung

Wolfgang Blankenburg (1926 – 2002)

„Gegenstand der Psychopathologie ist nicht abweichendes Verhalten, ... sondern eine Vielfalt von Beeinträchtigungen des Sichverhalten*könnens* ... Es geht nicht darum, ob jemand sich so oder so verhält, ... sondern um Freiheitsgrade im Produzierenkönnen eines wie auch immer gearteten Verhaltens... Auf das *Können* bzw. Nicht-Können kommt es an.“
(1978b, 141 f.)

Psychopathologie

- Psychopathologie lässt sich systematisch entwickeln als Psychopathologie stellt Beeinträchtigung des Könnens fest: Fühlen-Können, Erleben-Können, Denken-Können, Handeln-Können und damit Beeinträchtigungen der Subjektivität
 - Psychopathologie ist die empirische Wissenschaft des Phänomenbestandes der subjektiven, freiheitlichen Beziehung zur Um- und Mitwelt, d.h.
 - sie überprüft, wie Menschen ihr eigenes Potential für eine freie Beziehung zu der Welt und anderen Menschen umzusetzen vermögen oder daran scheitern.
- „Psychopathologie der Freiheit“ (Henry Ey)

„Entscheidend ist im vorliegenden Zusammenhang, dass überhaupt nach einer Positivität im Negativen (d.h. im krankhaft Beeinträchtigenden) gefahndet wird. Ein solcher Ansatz des Verstehens ermöglicht ein tieferes sich-angenommen-Fühlen des Patienten, der sich in der Regel mit seiner Abweichung ein Stück weit identifiziert. Damit ermöglicht dieser Ansatz zugleich ein verlässlicheres Arbeitsbündnis, in dem er dem Patienten jenes Gefühl des Akzeptiertwerdens gibt, auf dessen Boden er sich, ohne einen Selbstverlust befürchten zu müssen, eher in Frage zu stellen und auf neue Selbstverwirklichungsmöglichkeiten einzulassen vermag.“

„Ein Hauptdesiderat der gegenwärtigen Psychotherapie ist es – komplementär zur analytischen Aufarbeitung der Vergangenheit –, Therapiemethoden zu entwickeln, die nicht nur „Freiheit von...“, sondern „Freiheit für...“ vermitteln. Öffnung für die Zukunft ebenso wie die Frage nach der Zeitigung des Daseins in unterschiedlichen Lebenssituationen gehören zu den unabdingbaren Aufgaben einer anthropologisch orientierten Psychotherapie ... „

Soziale Beziehungen sind grundlegend

- Eine freiheitliche Selbstbeziehung hat die Abhängigkeit von anderen und anderem als Bedingung
- Das Selbst verhält sich zu selbst, indem es sich zu dieser Abhängigkeit verhält
- Subjektivitätsbegriffe thematisieren die Verhältnisse dieser Verhältnisse zu sich selbst, zu anderen Dingen und zu anderen, die sich zu sich selbst verhalten
- Persönliches Subjektsein und Freiheit wird jeweils anders aufgefasst, je nachdem an welcher Konzeption von Subjektivität ich mich orientiere, diese realisiere und mich damit freiheitlich verhalte

Rückwendung zur Psychopathologie

- Psychopathologie ist die empirische Wissenschaft des Phänomenbestandes der subjektiven, freiheitlichen Beziehung zur Um- und Mitwelt.
- Sie überprüft, wie Menschen ihr eigenes Potential für eine freie Beziehung zu der Welt und anderen Menschen umzusetzen vermögen oder daran scheitern.
- Eine Theorie der Subjektivität stellt die notwendige Metawissenschaft dazu dar. Spezifische Subjektivitätsauffassungen liefern die normative Grundlage, um zu verstehen und zu handeln.

Konsequenzen für die therapeutische Praxis

- Therapeutische Praxis zielt auf die Realisierung einer solchen Subjektivität: Die eigene und notwendige soziale Eingebundenheit akzeptieren und dadurch Teil einer sozialen Welt zu sein, in deren Zusammenhang persönliche Autonomie zu entwickeln ist.
- Sowohl Autonomie als auch die Sicherheit des sozialen Verbundenseins sind gleichberechtigte und wesentliche Teile dessen, was frei in einer gegebenen und konkreten Situation meinen kann.
- Das Ergebnis der therapeutischen Arbeit sollte sein, das eigene Sein in der Welt zu akzeptieren, Realitätsbezug und soziale Bezüge her- und Übersteigerungen der Autonomie hintanzustellen, ebenso die Rechte und Bedürfnisse anderer wie die eigenen anzuerkennen.

Leitgedanken Rüdersdorf

Unser Behandlungsansatz ist integrativ und ganzheitlich

- Orientierung an Standards ..
- Unsere therapeutische Hilfe ist auf die erkrankten Menschen ausgerichtet, die neben ihrem aktuellen Krankheitsbild ihre individuelle Lebensgeschichte und ihre persönlichen Bedürfnisse und Wünsche mitbringen. Wir wollen ihre Ressourcen, Fähigkeiten, Interessen und ihre Motivation erkennen und fördern.
- Wir suchen gemeinsam mit den psychisch erkrankten Menschen einen verstehenden Zugang für ihre Erkrankung. Dabei sind sie die Experten für ihre Erkrankung. Wir als professionelles Team bringen unser Fachwissen, unsere therapeutische Erfahrung und unsere Bereitschaft zuzuhören und zu unterstützen in diesen Klärungsprozess ein. Wir wollen den erkrankten Menschen dabei helfen, sich selbst besser anzunehmen und eine für sie sinnhafte Perspektive zu entwickeln.
- Fortbildungsverpflichtung

Leitgedanken Rüdersdorf

Grundlage jeder psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfe sind die persönlichen Beziehungen zwischen den beteiligten Menschen

- Wir bauen zu den erkrankten Menschen eine tragfähige, verlässliche und gleichberechtigte Beziehung auf. Unsere Wertschätzung, Akzeptanz und Echtheit sind die Grundlagen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und dienen auch unserem Umgang untereinander als Vorbild. Die Kontinuität dieser Beziehung ist das tragende Element der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit.
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Würde des Patienten
- Respekt vor religiösen Überzeugungen

Leitgedanken Rüdersdorf

Wir sind für alle hilfesuchenden Menschen unserer Versorgungsregion gleichberechtigt da

- Regionale Versorgungsverpflichtung ...
- Alle Patienten und Patientinnen haben unabhängig von ihrem Auftreten oder Ihrer Erscheinung Anspruch auf eine vorurteilsfreie und differenzierte Behandlung.
- Wir organisieren unsere Arbeit so, dass jedem/ jeder für die gesamte Dauer einer Behandlungsepisode Bezugspersonen sowohl aus der Pflege als auch aus den anderen Berufsgruppen zugeordnet sind.
- Wir fördern das Zusammenleben von jungen und alten Menschen beiderlei Geschlechts, die sich mit ihren Lebenserfahrungen ergänzen und gegenseitig helfen können. Dabei ist uns ein offenes und lebendiges Klima, in dem Selbsthilfe und Solidarität modellhaft angeregt werden, damit sie später ohne unsere Hilfe gelebt werden können.

Leitgedanken Rüdersdorf

Wir organisieren unsere Arbeit personenzentriert und gemeindenah

- Multiprofessionalität, Transparenz, Kommunikation
- Alltagsnähe, lebensfreundliche Milieus
- Der Lebensmittelpunkt unserer Patienten und Patientinnen ist ihr Zuhause und ihr soziales Umfeld. Auf ihre Persönlichkeit und ihr Umfeld richten wir unsere Hilfen entsprechend den jeweiligen Erfordernissen im Einzelfall und auch die Organisation unserer Arbeit sowie die Struktur unserer Einrichtungen aus.
- Wo es möglich und sinnvoll ist, leisten wir aufsuchende Hilfen. Ambulante Hilfen haben Vorrang vor teilstationärer Behandlung, diese wiederum vor vollstationärer Behandlung. Wir sorgen für Flexibilität und Durchlässigkeit zwischen den Behandlungsangeboten in den verschiedenen Bereichen.
- Netzwerkarbeit

Psychiatrische Versorgung

Welches System wollen wir?

- Kontinuierliche Behandlung, bei denen, die es brauchen und wollen, Adhärenz
- Alle Behandlungsschritte ausgerichtet auf Bedarf der Betroffenen, nicht der Institution
- Case-Management ... (inkl. einheitlicher Dokumentation)
- Gemeinsame Behandlungsplanung ... Auf dem Hintergrund einheitlicher Leitlinien
- Verbindliche Absprachen zur Vollversorgung in der Region
- Frühe Behandlung, Aufklärung, Stigmareduktion
- Antizipierende Krisenintervention
- Reduktion von Gewalterfahrungen
- Möglichst hohes soziales Integrationsniveau

Gesetzliche Vorgaben § 17 d KHG

- Durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von **tagesbezogenen Entgelten**
- Prüfung über die Möglichkeit anderer Abrechnungseinheiten und der **Einbeziehung des ambulanten Bereiches (PIA)**
- **Unterschiedlicher Aufwand** der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen ist abzubilden
- **Praktikabler Differenzierungsgrad**
- **Bundeseinheitliche Bewertungsrelationen**
- Vergütung von **voll- und teilstationären** Leistungen
- **Jährliche Weiterentwicklung** und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen
- Grundlage ist die **„Reparatur“ und Anwendung der Psych-PV**

PsychEntgG:

Amtliche Begründung zu § 64b

...

Mit der neuen Rechtsgrundlage wird Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Rechnung getragen, die durch eine oftmals besonders lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte und eine vielfach besonders hohe Zahl der einzubeziehenden Akteure gekennzeichnet ist. Zur Weiterentwicklung der Versorgung gilt es hier daher besonders, unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermöglichen und zu fördern. (...)

Koalitionsvertrag

Ein neues Vergütungssystem in der **Psychiatrie** und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.

Modellprojekte nach § 64b

Hanau (Alle Kassen, OVP, PEPP)
Zwickau (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Glauchau (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Kreis Steinburg (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Kreis Rendsburg-Eckernförde (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Kreis Dithmarschen (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Kreis Herzogtum-Lauenburg (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Kreis Nordfriesland (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Hamm (Alle Kassen, Korridor, PEPP)
Nordhausen (AOK, BKK, IKK, DAK, Korridor, BpflV)
Rüdersdorf (Techniker Krk, Barmer GEK, OVP, PEPP)
Berlin/St. Hedwig (Barmer GEK, Korridor?, PEPP)

...

Mannheim ZI
Lüneburg
Berlin-Herzberge
Bremen

Ziele Modellprojekte Krankenhäuser

Reduktion der stat. Belegungstage

- Hinwendung zu stationsäquivalenten

Therapieformen

- Reduktion der real belegten Betten

- Ausbau unterschiedlicher Formen von

Behandlung

zu Hause

- Zunahme von Kooperationsformen mit den verschiedenen

Versorgungsakteuren: KV-Bereich, Teilhabe-Angebote etc.

Ziele formuliert aus dem Dachverband Gemeindepsychiatrie

Möglichst vollständige Hilfen vor Ort = in regionalen Versorgungsgebieten (regionale Pflichtversorgung)

-

Schließung der Versorgungslücken, insbesondere ambulant-aufsuchende Behandlung und ortsnahe integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation

-

Spezialangebote außerhalb der Region: für alle erreichbar?

-

So ambulant (ggf. aufsuchend) wie möglich, so stationär wie nötig

-

Gemeindepsychiatrischer Verbund: „wie aus einer Hand“

-

Integrierte sektorübergreifende Angebote

- Einbeziehung des „sozialen Umfelds“

- Kombination der traditionellen Kompetenzen aller Akteure

Projekte der Gemeindepsychiatrie

Überwindung des Sektorbezugs der Verträge der Integrierten Versorgung, Beispiele:

- AWOLYSIS und Brain Insight (M)
- Krankenhaus Itzehoe und Brücke Schleswig-Holstein (IZ)
- Charité und Pinel-Gesellschaft (B)
- GPV Reinickendorf und Pinel-Gesellschaft (B, in Vorbereitung)
- UKE und niedergelassene Ärzte (HH)
- SPI und LWL-Klinik (PB)
- Reha-Verein und LVR-Klinik (MG), ähnlich demnächst in weiteren rheinischen Regionen
- GPV Herford (in Vorbereitung)

Forderungen zur Umsetzung im Diakoniepapier

- Anreize müssen gesetzt werden zu Investitionen in Modellprojekten
- Große Anzahl, damit Alternativen deutlich werden
- Passgenauigkeit zu regionalen Strukturen
- Bedarfsgerechtigkeit bezüglich der Klienten
- Kosten dürfen nicht im Vordergrund stehen
- Zusammenarbeit mit anderen Trägern
- „lernendes System“ für die Regelversorgung ab 2017
- Einheitliche Qualitätskriterien
- Überleitungsmöglichkeiten

Sozialpsychiatrie in Rüdersdorf

Zielsetzungen konzeptionell ...

- Stärkere Betonung der sektorübergreifenden Versorgung (Üben am Modellvertrag)
- Orientierung am Patienten und nicht am Fall
- Auflösen zu starker Teamabgrenzungen (Kooperation/ gemeinsame Teams ambulant und teilstationär)
- Intensiv-ambulante Arbeit (Home-Treatment u.ä.)
- Flexibilisierung von Patientenübergängen ohne Behandlungsabbrüche, niederschwellige Angebote
- Für Krisenarbeit und iv: Verlagerung von therapeutischer Arbeitszeit analog der Bedarfe der Patienten

Wesentliche Elemente

- Einbeziehung der Erfahrenen und Angehörigen
 - Beirat und Gremienarbeit
 - Sprechstunden
 - Trialogforen
 - Genesungsbegleiter
 - Gemeindepsychiatrischer Verbund
- Akuttagesklinik
- Modellprojekt § 64b

Welche Strukturen brauchen wir zukünftig?

- Organisationsprinzip ist nicht mehr die Station sondern das multiprofessionelle Behandlungsteam
- Weiterhin gibt es Milieus für den freundlichen Empfang, die Therapien, die Tagesgestaltung und die Mahlzeiten ... und auch zum Schlafen, wenn das gebraucht wird
- Keine Trennung stationär, ambulant, tagesklinisch

Spezifische Teams ... am Standort Rüdersdorf

■ 7 Behandlungsteams

- 2 Behandlungsteams für die affektiven Erkrankungen
- Psychoseteam
- 2 Suchtteams
- Demenzteam
- Psychotherapieteam
- Jedes Team unter oberärztlicher Leitung mit einem Facharzt und einem Assistenten, einem Sozialtherapeuten, einem Psychologen und 2 pflegerischen Bezugstherapeuten
- versorgt etwa 200 Menschen pro Jahr kontinuierlich
- Pro Team ein fest zugeordneter „halber“ Ergotherapeut

Milieus ...

- Milieuteams aus Pflegenden und Ergotherapeuten
 - Gestalten den Tagesablauf
 - Bieten ein Zuhause
 - Schützen den Schlaf
 - Intervenieren bei Krisen
 - Versorgen die Patienten
- Zu jedem Milieu gehört ein fester halber Ergotherapeut
- Ca. 10 Pflegende versorgen je 2 Wohngruppen

Milieus

- Den freundlichen Empfangsraum Tag und Nacht
- Die Räume für die Therapien
- Die Räume für die Tagesgestaltung und das Essen

Und Wohnräume

- Suchtspezifisches Wohnmilieu akut und therapeutisch
- Verschiedene Wohnmilieu für allgemeinpsychiatrische Patienten – regional gegliedert
- **Demenzgerechtes Wohnmilieu**
- Ein Milieu, welches besonderen Schutz
- Wohnmilieu für Psychotherapiepatienten außerhalb der Psychiatrie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit