

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2017

Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze
für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse der

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2017

Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Datum: 13. Oktober 2017

Zeit: 09:30 Uhr bis 18:30 Uhr

Ort: Mercure Hotel
Lange Brücke
14467 Potsdam

Veranstalter: Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – (Handlungsfeld „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“) in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg

Thesen – Forderungen – Impulse

Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Arbeitsgruppe 1)

- 1. In definierten Regionen – in Berlin im Sinne der Pflichtversorgung – sind niederschwellige Anlaufstellen zur Erstberatung, zum bedarfsorientierten Screening und zur direkten Weiterleitung in das Versorgungssystem zu schaffen. (Gesundheitsberatungszentren, zentrale Anlauf- bzw. Lotsenstelle)**

Menschen in akuten psychischen Krisen finden sich im segmentierten Versorgungssystem nicht ausreichend zurecht. Zudem bestehen sowohl bei den Fachärzten als auch ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten noch immer lange Wartezeiten bis zum Beginn der Behandlung. Die Anlaufstelle hält sowohl eine telefonische Hotline als auch tägliche niederschwellige Sprechstunden vor. Sie hat den gesamten Überblick über alle Angebote und über freie Kapazitäten in der Region.

Im Erstkontakt findet ein standardisiertes Screening statt, um den Bedarf an Hilfsangeboten und Behandlungsangeboten festzustellen und als Lotse sofort in das Hilfe- und Versorgungssystem zu vermitteln.

Der Sitz der Anlaufstelle könnte je nach Bedingung in der Versorgungsregion beim öffentlichen Gesundheitsdienst z.B. beim sozialpsychiatrischen Dienst, in der Klinik liegen oder im Rahmen der KV-Versorgung etabliert werden.

Die Transparenz der Leistungsangebote in der Region wird für Betroffene, Angehörige und Professionelle auf einer Webseite öffentlich gemacht.

- 2. In einer definierten Region – in Berlin in den Pflichtversorgungsgebieten – sind verbindliche, strukturierte Kooperationen aller Leistungserbringer sektorübergreifend sicherzustellen.**

Trotz der Vielzahl der Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich nach SGB V und in der Eingliederungshilfe ist die Überleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sektorübergreifend nicht geregelt. Für die Betroffenen kommt es an den Schnittstellen zu langen Übergangszeiten, nicht abgestimmten Hilfe- und Behandlungsangeboten und nicht abgestimmten Behandlungszielen der einzelnen Anbieter.

Es müssen verpflichtende Strukturen in definierten Regionen geschaffen werden, in der die Leistungserbringer aller Sektoren die Kooperation untereinander vertraglich festlegen, dazu gehören Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten, Regelungen für die Überleitung, gemeinsam abgestimmte Behandlungspfade.

Als Organisationseinheit kommt der Gemeindepsychiatrische Verbund in Frage oder ähnliche geschaffene Strukturen.

Es besteht seitens der engen Verbundstruktur und der darin zusammengefassten Leistungserbringer Berichtspflicht an die Gesundheitsbehörde/Gesundheitsministerien und eine Aufsichtspflicht der Umsetzung seitens der Gesundheitsministerien.

- 3. Die Akteure des Versorgungssystems sind auf allen Interventionsebenen sektorübergreifend von Prävention über Behandlung bis zur Rehabilitation und Teilhabe in Entwicklung, Umsetzung und Qualitätssicherung miteinzubeziehen. (Public Patient Involvement, zentrale Anlauf- bzw. Lotsenstelle)**

Die Entwicklung des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird noch immer durch kommunale Planung, Planung der Selbstverwaltung und wettbewerbsorientierte Leistungserbringer geprägt.

Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patienten und Patientinnen ist seit langem die Beteiligung der Nutzer gefordert, die bei einer Neuausrichtung des Versorgungssystems in den Ländern Berlin und Brandenburg im Sinne einer innovativen sektorübergreifenden Versorgung auf allen Ebenen zu beteiligen sind.

Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innenperspektive (Arbeitsgruppe 2)

- 4. Erreichbarkeit / Mobilität**

Menschen mit psychischen Störungen sind oft in ihrer Mobilität eingeschränkt und benötigen Transporte von und zum niedergelassenen Nervenarzt oder zum Krankenhaus

für teilstationäre und ambulante Behandlung. Diese sind insbesondere im ländlichen Raum schlecht zu organisieren, da z.B. die Strukturen des ÖPNV ausgedünnt sind.

Zu fordern ist einerseits der Ausbau des ÖPNV in strukturschwachen Regionen mit einer flexiblen Kombination von Bussen, Kleinbussen und Taxis, aber auch die Nutzung kommunalfinanzierter Schulbusse auch für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Zum anderen sollte die Etablierung neuer Formen der Mobilität (fahrerlose Transportsysteme, E-Mobilität) systematisch gefördert werden.

5. Krisendienst in Brandenburg

Anders als in Berlin existieren in Brandenburg keine psychiatrischen Krisendienste. Außerhalb der Dienstzeiten der sozialpsychiatrischen Dienste wird die Notfallintervention bei psychischen Krisen in der Häuslichkeit durch das KV-Notarztsystem durchgeführt. In der Regel besitzen die ärztlichen Kollegen keine speziellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionskenntnisse, so dass die Verbringung in eine psychiatrische Rettungsstelle oft der einzige Lösungsmechanismus ist, obwohl die Krise durch eine Gesprächsintervention vor Ort hätte abgefangen werden können. Dies führt im besten Fall zu unnötigen Krankentransporten, im schlechteren Fall auch zu unnötiger Krankenhausaufnahme.

Zu fordern ist die Errichtung von psychiatrischen Krisendiensten in allen psychiatrischen Versorgungsregionen Brandenburgs. Die Finanzierung sollte anteilig durch die Kommunen und die Krankenkassen erfolgen.

Generations-, gender- und kultursensible Aspekte der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Arbeitsgruppe 3)

6. Personalmangel / Personalakquise

Für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind eine angemessene Personalausstattung und gut qualifiziertes Personal von zentraler Bedeutung. Zudem erfordert die Behandlung von psychisch Kranken häufig einen multiprofessionellen Ansatz, da die Hilfebedarfe komplex sind und neben psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung die somatische Diagnostik und Therapie im Blick behalten muss sowie bei den vielfälti-

gen sozialen Problemen Unterstützung und Hilfe anbieten muss.

Dementsprechend ist die normative Festsetzung von quantitativen und qualitativen Personalstandards sowohl im klinischen wie auch im außerklinischen, komplementären Bereich von großer Bedeutung. Zudem gilt es die Berufe im psychiatrischen und psychosozialen Bereich attraktiv zu gestalten, dafür müssen ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die Vergütung ist angemessen zu gestalten, die Dokumentation auf das notwendige Mindestmaß zu reduzieren, die Personalausstattung ausreichend vorzuhalten, die gesellschaftliche Anerkennung helfender Berufe im psychosozialen Bereich zu fördern. Zudem fördert regelmäßige Fortbildung und Qualifizierung der Berufsgruppen die Attraktivität der Arbeit. Durch mehr Kompetenz und Expertise steigt zum einen die Gratifikation und Zufriedenheit der Berufstätigen zum anderen erhöht sich dadurch die Qualität der Behandlung und Hilfe.

Diese Maßnahmen können dazu beitragen, dass in Zukunft sich wieder mehr junge und sozial engagierte Menschen für die Berufe im psychosozialen Feld entscheiden. Zudem kann dadurch die Arbeit im psychosozialen Bereich auch für Quereinsteiger attraktiv sein.

7. Sektoren- und trägerübergreifender Personaleinsatz

Psychiatrie und Psychotherapie sind medizinische Fächer mit hohem Personalaufkommen. Insbesondere die Ressource Pflegekräfte, aber auch die anderer Berufsgruppen wird zunehmend knapper und ist in Brandenburg nicht mehr ausreichend verfügbar. Daher gilt es Möglichkeiten auszuloten, Personalressourcen trägerübergreifend flexibel zu nutzen, z.B. ambulante psychiatrische Pflege in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern oder ambulante Soziotherapie in Kooperation mit den niedergelassenen Psychiatern oder Psychiatrischen Institutsambulanzen. Schnittstellen gilt es auch in der komplexen Kinder- und Jugendhilfe wie auch in den Hilfesystemen älterer und betagter Menschen zu berücksichtigen.

Gemeinsame Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen können die trägerübergreifende Zusammenarbeit fördern.

Die Etablierung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden kann die verbindliche regionale Abstimmung und per-

sonenzentrierte institutionsübergreifende Koordination komplexer Hilfen unterstützen mit dem Ziel die regionale Verantwortung der psychosozialen Versorgung zu fördern und als gemeinsame Aufgabe der Träger psychosozialer Hilfen in einer Region zu begreifen.

Die „Stationsäquivalente Behandlung“ nach § 115d SGB V eröffnet neue Möglichkeiten der aufsuchenden Behandlung und sektorübergreifenden Koordination der Hilfen. Diese im PsychVVG vorgesehene neue Möglichkeit gilt es zu nutzen und engagiert zu entwickeln.

8. Familienbezogene gemeinsame Therapieangebote von Kinder-/Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie sowie im Altenhilfesystem

Die Trennlinie zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie, die für Patienten ab dem 18. Lebensjahr verantwortlich ist, ist weder klinisch sinnvoll noch deckt sich diese Trennlinie mit den Entwicklungsphasen von Jugendlichen in das Erwachsenenalter und deren Hilfebedarfen. Ähnliches gilt auch in den Übergängen vom Erwachsenenalter in das hochbetagte Alter mit individuell sehr unterschiedlichen und komplexen interdisziplinären Hilfebedarfen. Generationsübergreifende Ansätze über die gesamte Lebensspanne unter Einbezug der Familien und Lebenswelten sind daher zu fordern.

Ein Ansatz könnten Familienkompetenzzentren sein, die gemeindeintegriert bzw. sozialraumorientiert verortet sind und ein umfassendes Angebot, welches Beratung, (basis-)medizinische Belange, psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik- und Therapieansätze sowie sozialen Hilfen beinhaltet, koordiniert vorhalten. Besonders berücksichtigt werden die Transitionsphasen zwischen dem Jugendlichen und Erwachsenenalter sowie die komplexen Übergangsphasen der Erwachsenen in das (hoch-)betagte Alter.

Die Familienkompetenzzentren können sowohl als niederschwellige Beratung und erste Anlaufstelle für hilfeschuchende Einzelpersonen wie auch Familien dienen.

Zudem hält das Familienkompetenzzentrum Angebote der Frühdiagnostik und Frühintervention vor. Dabei finden die Übergänge zwischen unspezifischen Hilfebedarfen bei psychosozialen Notlagen und spezifischen Symptomen bzw. Syndromen, die klinisch beschreibbare Entitäten im Sinne von psychiatrischen Diagnosen darstellen, eine besondere Berücksichtigung. Das Familienkompetenzzentrum

hält damit ein Kontinuum an Hilfen vor, wobei Angebote der einfachen Beratung und bis zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie und umfassenden Unterstützung in sozialen Belangen vorgesehen sind. Die Hilfen sind lebensweltorientiert, berücksichtigen in besonderem Maß den familiären Kontext und sind entsprechend umfassend organisiert.

Hilfen des Familienkompetenzzentrums können unabhängig von klinisch beschreibbaren Diagnosen in Anspruch genommen werden. Dadurch ist der Ansatz niederschwellig.

Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung (Arbeitsgruppe 4)

9. Klärung der Dolmetscherfrage

Während die psychiatrische Grundversorgung prinzipiell durch das KV-System und subsidiär die Institutsambulanzen für alle Menschen mit psychischen Störungen gleichermaßen sichergestellt ist, bestehen dennoch Versorgungshemmnisse bei Menschen mit Migrationserfahrung. Dies nicht unbedingt wegen der fehlenden fachlichen Expertise der Psychiaterinnen und Psychiater, sondern vor allem wegen der Sprachbarrieren. Die Hinzuziehung eines Dolmetschers wird dabei weder im ambulanten noch im stationären Bereich ausreichend finanziert und unterbleibt daher oftmals.

Zu fordern ist die Übernahme von Dolmetscherkosten für zumindest die ambulante Behandlung durch die Bezirke (Berlin) bzw. Kommunen (Brandenburg) und eine Refinanzierung durch die Landeshaushalte.

Arbeitsgruppenübergreifende Forderungen

10. Förderung von E-Health in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Internetbasierte Interventionen, die überwiegend auf Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie zurückgreifen, sind in anderen europäischen Ländern (Holland, Skandinavien) schon Teil der Regelversorgung. In Studien konnten besonders internetbasierte Interventionen zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen ihre Wirksamkeit nachweisen. In Deutschland bieten einzelne Krankenkassen, wie die Techniker Krankenkasse oder die DAK,

ihren Mitgliedern bereits internetbasierte Interventionen an. Wesentlich bei dem rasch sich entwickelnden Markt ist, dass die Qualitätssicherung, die Datensicherheit und die Transparenz für die Nutzer und Behandler gewährleistet wird. Auch sollte zu Beginn einer internetbasierten Behandlung eine Diagnostik im persönlichen Arzt- oder Therapeutengespräch erfolgen und eine Vereinbarung für Krisensituationen getroffen werden.

Sind die Voraussetzungen gegeben, sollte der Einsatz in verschiedenen Stadien einer Behandlung gefördert werden. Dazu zählen der Einsatz von internetbasierten Interventionen als add-on bei laufender ambulanter oder stationärer Therapie, zur Überbrückung der Wartezeiten auf einen Therapieplatz, zur poststationären Nachsorge sowie in der hausärztlichen Praxis.

11. Förderung flexibilisierter Behandlungsformen, z.B. stationsäquivalente Behandlung

Durch die gegebene Krankenhausfinanzierung wird nach wie vor die stationäre Behandlungsform gegenüber der teil-

stationären oder ambulanten Behandlung bevorteilt. Dies ändert sich auch nicht durch die geplanten Veränderungen. Die strikte budgettechnische Trennung voll- bzw. teilstationärer und ambulanten Behandlung führt dazu, dass die Versorgungsangebote sich nicht nach den Bedürfnissen der PatientInnen ausrichten, sondern nach den Finanzierungsmöglichkeiten und damit an starren institutionellen Gegebenheiten. Dabei haben Modelle wie das Regionalbudget und andere Formen der Modellversorgung nach § 64b SGB-V bzw. der integrierten Versorgung gezeigt, dass eine bedürfnisangemessene Verlagerung von Budgets in den ambulanten Bereich (Ambulantisierung) zu vergleichbarer klinischer, jedoch besserer sozialer Ergebnisqualität führen.

Gefördert werden sollte die Umsetzung weiterer Modellvorhaben nach § 64b, die nunmehr mögliche Einführung der stationsäquivalenten Behandlung und möglichst auch die die SGB-Bücher übergreifende Behandlungssteuerung. Das Beispiel Schleswig-Holstein zeigt, dass eine aktive Rolle der Gesundheitspolitik für die Etablierung solcher Modelle vorteilhaft ist.

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	10
2.	Agenda der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2017 Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen	12
3.	Eröffnung	14
3.1	Begrüßung Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	14
3.2	Einleitung Dr. Jens Schick, MPH, Sprecher des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG	14
4.	Redebeiträge der Politik	15
4.1	Redebeitrag Almuth Hartwig-Tiedt, Staatssekretärin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg	15
4.2	Redebeitrag Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin	16
5.	Vortragsblock I: Überregionaler Input zur Bedeutung der psychiatrischen Versorgung	18
5.1	Internationaler Systemvergleich zur sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Prof. Dr. Martin Lambert, Zentrum für psychosoziale Medizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/ Dr. Iris Hauth, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee, Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	18
5.2	Neu, alt oder nur anders? „Innovative“ Modelle in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Dr. Bettina Wilms, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis	19
5.3	Nutzer_innenbeteiligung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Uwe Wegener, Berliner Selbsthilfevereinigung bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e.V. Gudrun Weißborn, ApK Landesverband Berlin e.V. - Angehörige psychisch Kranker	20

6.	Vortragsblock II: Innovative Versorgungsprojekte anhand von Best-Practice-Beispielen aus Berlin und Brandenburg	24
6.1	Beispiel I (Brandenburg)	24
	Prof. Dr. Martin Heinze, Immanuel Klinik Rüdersdorf Dr. Christian Kieser, Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam	
6.2	Beispiel II (Berlin)	26
	Dr. Ingrid Munk, Vivantes Klinikum Berlin Neukölln Alicia Navarro-Ureña, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V./ PIBB Berlin	
7.	Einführung in den weiteren Arbeitsablauf und Gruppenbildung	28
8.	Ergebnisse der Workshoparbeit	30
8.1	Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	30
	Moderation: Dr. Iris Hauth, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee, Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / Dr. Carsten Jäger, Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg GmbH	
8.2	Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innenperspektive	32
	Moderation: Dr. Ingrid Munk, Vivantes Klinikum Berlin Neukölln / Prof. Dr. Martin Heinze, Immanuel Klinik Rüdersdorf	
8.3	Generationsspezifische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	34
	Moderation: Dr. Christian Kieser, Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam / Prof. Dr. Michael von Aster, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik DRK Klinik Berlin Westend und Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam / Birgitta Neumann, Kompetenzzentrum Demenz Brandenburg	
8.4	Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung	37
	Moderation: PD Dr. Meryam Schouler-Ocak, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus	
9.	Abschluss und Verabschiedung	39
	Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	
10.	Anhang	40

1. Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Das Ziel der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung ist, einen fachlichen, länderübergreifenden Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft angesichts der spezifischen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren. Die Werkstatt dient als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure in der Region Berlin-Brandenburg. Im Fokus steht die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürger¹ mit ihren unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg.

Organisiert und koordiniert wird die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung durch das Management des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, da die Idee für ein eigenes Veranstaltungsformat aus den Diskussionen der Handlungsfeldworkshops entstanden ist. In diesen Diskussionen wurde bereits auf die Überschneidung zu den 90a Gremien und auf die Verbindungslinien zur zukünftigen gemeinsamen Krankenhausplanung hingewiesen. Abbildung 1 zeigt, von welchen Inputs die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung gespeist wird.



Abbildung 1: Inputs der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Für die Themenfindung sollen sowohl die Experten des Handlungsfeldes 3 befragt als auch über die Länderverwaltungen die Vorschläge der 90a Gremien eingeholt werden. Dabei bleibt die Unabhängigkeit des Handlungsfeldes und der 90a Gremien selbstverständlich gewahrt. Es bietet sich

außerdem an, Themen, die längerfristig mit der Krankenhausplanung zusammenhängen, mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Zukunftswerkstatt zu verbinden. Wichtig dabei ist, dass die Ergebnisse der Werkstattgespräche qualitativ hochwertig dokumentiert werden und dadurch

¹ Hinweis zur Sprachregelung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Dokumentation das generische Maskulinum verwendet. Alle Aussagen gelten selbstverständlich für Frauen und Männer gleichermaßen.

eine Verwertung der Ergebnisse für die beteiligten Akteure und Gremien möglich ist. Die weitere Umsetzung einer zukünftigen Krankenhausplanung findet unabhängig und außerhalb der Zukunftswerkstatt und des Handlungsfeldes durch die in der Abbildung angedeuteten Gremien statt. Die Platzierung der Zukunftswerkstatt im Zentrum der Abbildung 1 reflektiert lediglich die Aufnahme von eingehenden Informationen sowie die Nutzung potentieller Ergebnisse aus den Werkstattgesprächen und stellt in keiner Weise eine hierarchische Beziehung der in der Abbildung aufgeführten Gremien bzw. Akteure dar.

Abbildung 2 zeigt die in den bisherigen Diskussionen identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte, denen sich die jährlich stattfindenden Zukunftswerkstätten zu jeweils einem Schwerpunkt annehmen werden. Geplant ist, die Zukunftswerkstatt mit jeweils ca. 50 Teilnehmenden durchzuführen und abwechselnd Berlin und Brandenburg als Veranstaltungsort zu wählen.



Abbildung 2: Inhaltliche Schwerpunkte der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Die vorliegende Dokumentation der Zukunftswerkstatt „Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ bietet einen strukturierten Überblick über die in der Veranstaltung diskutierten Inhalte. In den Kapiteln 3 bis 6 erfolgt eine Zusammenfassung der einführenden und schwerpunktsetzenden Vorträge. Die Zusammenfassungen fokussieren dabei auf wesentliche Aussagen der Vorträge; die ausführlichen, den Vorträgen zugrundeliegenden Präsentationen der

Referenten finden sich jeweils im Anhang. Ausgehend von den Themenvorschlägen der Teilnehmenden in Kapitel 7 werden im Kapitel 8 die Ergebnisse der vier parallel durchgeführten Gruppenarbeiten auf der Grundlage der in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände und der Zusammenfassung der jeweiligen Moderatoren dargestellt. Die Ergebnisse spiegeln insofern nicht die Meinung aller Teilnehmenden wider und stellen auch keine Priorisierung bestimmter Themen dar.

2. Agenda

„Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ am 13.10.2017 zum Thema „Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen“

09:00 - 09:30 Registrierung

09:30 - 10:00 Eröffnung

Begrüßung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Einleitung

Dr. Jens Schick, MPH, Sprecher des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG

10:00 - 10:30 Redebeiträge der Politik

Almuth Hartwig-Tiedt, Staatssekretärin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

10:30 - 11:30 Vortragsblock I: Überregionaler Input zur Bedeutung der psychiatrischen Versorgung

Internationaler Systemvergleich zur sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Prof. Dr. Martin Lambert, Zentrum für psychosoziale Medizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/ Dr. Iris Hauth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer Klinik Berlin Weißensee

Neu, alt oder nur anders? - „Innovative“ Modelle in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

Dr. Bettina Wilms, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis

Nutzer_innenbeteiligung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Uwe Wegener, Berliner Selbsthilfevereinigung „bipolaris - Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e.V.“

Gudrun Weißenborn, ApK Landesverband Berlin e.V. - Angehörige psychisch Kranker

11:30 - 11:45 Kaffeepause

11:45 - 12:15 Vortragsblock II: Innovative Versorgungsprojekte anhand von Best-Practice-Beispielen aus Berlin und Brandenburg

Beispiel I (Brandenburg)

Prof. Dr. Martin Heinze, Immanuel Klinik Rüdersdorf

Dr. Christian Kieser, Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam

Beispiel II (Berlin)

Dr. Ingrid Munk, Vivantes Klinikum Berlin Neukölln

Alicia Navarro-Ureña, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V./ PIBB Berlin

12:15 - 13:00 Mittagspause**13:00 - 13:30 Einführung in den weiteren Arbeitsablauf + Gruppenbildung****Themenbereich 1:****Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**

Moderation: Dr. Iris Hauth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer Klinik Berlin Weißensee, Dr. Carsten Jäger, Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg GmbH

Themenbereich 2:**Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innenperspektive**

Moderation: Dr. Ingrid Munk, Vivantes Klinikum Berlin Neukölln, Prof. Dr. Martin Heinze, Immanuel Klinik Rüdersdorf

Themenbereich 3:**Generationsspezifische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**

Moderation: Dr. Christian Kieser, Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam, Prof. Dr. Michael von Aster, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik DRK Klinik Berlin Westend und Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam, Birgitta Neumann, Kompetenzzentrum Brandenburg

Themenbereich 4:**Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung**

Moderation: PD Dr. Meryam Schouler-Ocak, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin

13:30 - 14:30 1. Gruppenarbeitsphase = Problemerkennung und Zielerfassung**14:30 - 14:45 Kaffeepause****14:45 - 16:00 2. Gruppenarbeitsphase = Maßnahmen zur Problemlösung und Zielerreichung****16:00 - 17:00 Gesamtplenium und Zusammenfassung der Ergebnisse****17:00 - 18:30 Get-Together und Networking****18:30 Ende der Veranstaltung**

3. Eröffnung

3.1 Begrüßung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3



Sehr geehrte Damen und Herren, seien Sie alle herzlich willkommen zur vierten Zukunftswerkstatt. Es ist ein ganz besonderes Instrument und ich gratuliere Ihnen, dass Sie gekommen sind, das war die richtige Entscheidung. Die Zukunftswerkstätten haben eine große Chance. Wir können uns nämlich entscheiden für die besten, innovativen Versorgungsansätze in der Psychiatrie, in der Psychotherapie, in der Psychosomatik. Dabei können wir heute frei diskutieren und uns gleichzeitig sicher sein, dies ist kein „Sandkastenspiel“. Denn das, was in der Zukunftswerkstatt erarbeitet wird, ist tatsächlich so bedeutsam, dass es in die Gremiumsarbeit einfließt.

Die Zukunftswerkstätten entwickeln sich ein bisschen zu Familientreffen, zu einem Treffen der Mitglieder der großen Familie „Gesundheit der Bundesländer Berlin und Brandenburg“. Wir haben in dieser Region die Riesenchance, miteinander zu kommunizieren und gemeinsam gute Ideen zu entwickeln. Ich wünsche Ihnen allen eine erfolgreiche Zukunftswerkstatt.

3.2 Einleitung

Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG

Die Entwicklung des Masterplans im Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin Brandenburg geht auf das Jahr 2007 zurück; der aktuelle Masterplan 2.0 wurde 2014 nach diversen Evaluationen verabschiedet und bildet unter anderem die

Arbeitsgrundlage dieser Veranstaltung. Im Mittelpunkt stehen immer die Krankenhäuser, und die Frage, wie können Krankenhäuser und die anliegenden Versorgungsbereiche, und damit meine ich tatsächlich alle Versorgungsbereiche in gleichberechtigter Weise, zu einem guten Ergebnis kommen? Hier gibt es natürlich Unterschiede zwischen Brandenburg und Berlin, aber der Anspruch ist überall, eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sicherzustellen.

Neben dem Ziel der Vernetzung haben die letzten Zukunftswerkstätten immer auch wichtige, wegweisende Ergebnisse hervorgebracht, die in die politische Arbeit eingeflossen sind. Der Anspruch dieser Veranstaltung ist, dass die Ergebnisse, die hier produziert werden, in die Arbeit der landespolitischen Gremien, zum Beispiel die der 90a-Gremien, eingehen. Die 90a-Gremien beschäftigen sich mit Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung, um die Themen voranzutreiben, die für unsere Versorgung in den beiden Regionen – Berlin und Brandenburg – von zentraler Bedeutung sind.



Den Reiz dieser Veranstaltung macht deshalb neben der inhaltlichen Arbeit auch die Frage aus: Wie können Themen zusammen bearbeitet werden, die Berlin und Brandenburg betreffen und vielleicht auch unterschiedliche Lösungsansätze bieten? Dies geschieht mit Blick auf die gemeinsam abgestimmte Krankenhausplanung 2020 der beiden Bundesländer. Auch wenn der politische Wille vorhanden ist, ist die Umsetzung nicht einfach. Und genau hierfür ist die Zukunftswerkstatt ein gutes Instrument, die Blickwinkel beider Bundesländer zu betrachten, in die Diskussion zu kommen und gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln. Hierfür wünsche ich Ihnen tolle Diskussionen und heute Abend einen gelungenen Abschluss mit interessanten Ergebnissen.

4. Redebeiträge der Politik

4.1 Redebeitrag

Almuth Hartwig-Tiedt, Staatssekretärin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Für Brandenburg ist die flächendeckende medizinische Versorgung das zentrale Ziel für die Landespolitik und dies gilt im besonderen Maße auch für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde sind in Deutschland jedes Jahr fast 28 Prozent der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Wir hatten gestern eine Veranstaltung unseres Ministeriums zum Thema „Arbeit trifft Psyche“. Psychische Erkrankungen zählen in Deutschland nach Herz-Kreislauf-erkrankungen, bösartigen Neubildungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um durchschnittlich zehn Jahre verringerte Lebenserwartung.

Es freut mich deshalb, dass wir diese Problematik heute ins Zentrum der diesjährigen Zukunftswerkstatt gestellt haben. Die Gesundheitsversorgung sollte im Idealfall bedarfsgerecht sein und gleiche Gesundheitschancen in ganz Deutschland sichern. Überall sollten psychisch kranke Menschen die Behandlung erhalten können, die nach dem Stand der Wissenschaft wirksam und angemessen ist. Das klingt zunächst banal, aber für unser Land Brandenburg ist es das überhaupt nicht.

Im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Bundesgesetzgeber 2015 unter anderem die Bedarfsplanung novelliert. Seitdem soll bei der Bestimmung des Bedarfs in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung auch die Morbiditätsstruktur einer Region berücksichtigt werden. Das heißt, es soll die Anzahl bzw. die erwartete Anzahl psychisch kranker Menschen in die Planung einfließen. Bei der Häufigkeit psychischer Störungen sind die regionalen Unterschiede gering. Dies zeigen die epidemiologischen Untersuchungen, und auch das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch Instituts hat dies wieder bestätigt. Aber – und auch das wissen wir – beim Angebot gibt es beträchtliche regionale Unterschiede. Die ambulanten kassenärztlichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote sind in Westdeutschland besser ausgebaut als in Ostdeutsch-

land, in großen Städten besser als in ländlichen Regionen. Geht man allein von der Häufigkeit der psychischen Krankheiten aus, muss man feststellen, dass die ambulante Versorgung auf regionaler Ebene ungleich ist. Bedarfsgerechtigkeit wird hier verfehlt, sofern man nur den ambulanten Sektor betrachtet.



Nun soll die Zukunftswerkstatt innovative Ideen entwickeln zu der Frage: Was soll in den nächsten fünf oder zehn Jahren tatsächlich angeschoben werden. Es ist sicher richtig, die Morbiditätsstruktur und die ambulanten Angebote zu analysieren, aber das alleine reicht nicht. Landesweit haben in Brandenburg 18 Krankenhäuser eine Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, davon sechs Fachkrankenhäuser. Die 18 Krankenhausstandorte sind gut über das Land verteilt und haben eine Gesamtbettenkapazität von etwa 1700 Betten. Die Auslastungszahlen der Krankenhäuser zeigen, dass das Versorgungsangebot sehr gut in Anspruch genommen wird. Die Krankenhausplanung hat aber ebenfalls das Ziel, auch in der Fläche des Landes eine gemeindenahere und niedrigschwellige psychiatrische, psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Deshalb spielt hier die Behandlungsform der Tagesklinik eine große Rolle. Das teilstationäre Angebot wurde in den vergangenen Jahren in Brandenburg verstärkt auf- und ausgebaut. Mittlerweile gibt es landesweit 43 Tageskliniken mit insgesamt 775 Plätzen, die das psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebot abrunden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden landesweit 241 vollstationäre Betten an sechs Krankenhausstandorten vorgehalten. Auch hier haben wir das Versorgungsangebot um teilstationäre Kapazitäten ergänzt: Es sind elf Tageskliniken mit 126 Tagesklinikplätzen vorhanden. Hinzu kommt das Fachgebiet psychosomatische Medizin und Psychotherapie, das wir seit 2016 in der brandenburgischen Krankenhausplanung als eigenständiges Fachgebiet gesondert

ausweisen. Zehn Krankenhäuser halten diese Fachabteilung gegenwärtig mit einer Gesamtbettenkapazität von 226 vor, daneben wurden zehn Tageskliniken mit insgesamt 120 Tagesklinikplätzen eröffnet.

Soweit die Zahlen, nicht unwichtig sind aber auch die Präferenzen der Patientinnen und Patienten. Hilfsangebote müssen auf die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen zugeschnitten sein. Wie am Beispiel der Suchterkrankungen zu sehen, suchen viele Menschen mit psychischen Erkrankungen keine Hilfe oder erst nach langen Irrfahrten. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, auch über neue Angebote für psychisch kranke Menschen nachzudenken.

Das Internet fungiert mittlerweile häufig als erster Ratgeber; deshalb müssen wir dafür Sorge tragen, auch in diesem Bereich gute Angebote zu entwickeln. In unseren Nachbarländern in Europa gibt es immer mehr spezifische Informations- und Beratungsseiten im Internet. Auch mein Haus, das brandenburgische Gesundheitsministerium, engagiert sich bei derartigen Angeboten.

Meine Damen und Herren, warum haben wir diese Zukunftswerkstätten von Berlin und Brandenburg ins Leben gerufen? Weil wir schon vor einigen Jahren anfangen, eine gemeinsame Krankenhausplanung Berlin Brandenburg zu entwickeln. Denn es heißt, wer im Frühling nicht sät, wird im Herbst nicht ernten. Deshalb haben wir 2014 mit der Altersmedizin und Geriatrie angefangen, 2015 mit dem Thema Notfallversorgung weitergemacht. Im letzten Jahr ging es um die Kinder- und Jugendmedizin und heute um innovative, sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Aus Vorüberlegungen sind Gespräche geworden, aus Gesprächen wurden Tagungen, aus Tagungen gute Beispiele, die Beispiele wurden aufgegriffen von Menschen, die etwas bewegen wollten. Es erfolgten Anträge beim Innovationsfonds, es entstanden sektorenübergreifende Versorgungsformen und eine Versorgungsforschung für und mit Akteurinnen und Akteuren aus Brandenburg und Berlin. Auch das Thema der heutigen Tagung werden wir weiterverfolgen.

Meine Damen und Herren, die bisherigen Zukunftswerkstätten haben sich tatsächlich gelohnt, das können wir nachweisen, das ist nicht nur Gerede. Wir haben gesät und konnten bereits ernten. Und ich will schauen, wie Ihre Blumen und Bäume aussehen, die Sie heute säen. Ich wünsche Ihnen einen anregenden Tag und ich freue mich, Sie bei den nächsten Schritten wiederzusehen, wenn wir die

heute entwickelten Ideen in aktuelle Projekte, Anträge und Ähnliches weiter umwandeln.

4.2 Redebeitrag

Dilek Kolat, Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin



Auf dem Weg zu dieser Veranstaltung habe ich mich daran erinnert, wie die Cluster-Politik Berlin und Brandenburg entstanden ist: Die große Idee war es, Wissenschaft, Wirtschaft, aber auch Versorgung zusammenzubringen, aber so ganz daran geglaubt haben wir damals, ehrlich gesagt, nicht. Umso schöner ist es zu sehen, wie erfolgreich genau diese Cluster-Politik, diese Vernetzung der verschiedenen relevanten Bereiche und das Verständnis von Berlin und Brandenburg als eine gemeinsame Region, inzwischen sind. Deshalb freue ich mich sehr, dass es die Zukunftswerkstätten in dieser Form gibt.

Die Herausforderungen, die wir im Bereich Gesundheitswirtschaft haben, können wir nicht isoliert für Berlin oder Brandenburg betrachten, denn da gibt es ganz klare Verflechtungen. Die größte Verflechtung dieser Gesundheitsregion bringen die Patienten selbst mit, indem sie gesundheitliche Versorgung auch grenzüberschreitend in Anspruch nehmen. Eine weitere Verflechtung ist die gute Kooperation zwischen den Krankenhäusern, Einrichtungen, aber auch den Kostenträgern. Ich kann Ihnen auch versichern, dass die beiden Ministerien sehr eng zusammenarbeiten. Wir haben also gute Voraussetzungen, die Gesundheitsregion Berlin und Brandenburg voranzubringen.

Die erste große Herausforderung für mich ist, die Krankenhausplanung 2020 vorzubereiten. Rechtlich sind es zwei

unterschiedliche Krankenhausplanungen, das wird auch so bleiben, aber eine abgestimmte Krankenhausplanung der beiden Länder haben wir uns fest vorgenommen. Dafür ist es sehr wichtig, dass alle mithelfen, dass man die vorhandenen Ängste und Befürchtungen ausräumt. Neben der Krankenhausplanung 2020 gibt es aber auch weitere Anknüpfungspunkte, um die Versorgungssituation in Berlin und Brandenburg abgestimmt voranzubringen, zum Beispiel durch Projekte im Rahmen des Innovationsfonds.

Auch die vergangenen Zukunftswerkstätten haben bereits wichtige Versorgungsbereiche angesprochen, Altersmedizin, Notfallversorgung sowie Kinder- und Jugendmedizin, und die heutige Veranstaltung bezieht sich auf die psychiatrische Versorgung in all ihren Facetten. Die Weltgesundheitsorganisation hat es auf den Punkt gebracht: Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. Die Relevanz der psychischen Gesundheit ist inzwischen allgegenwärtig, das war vor einigen Jahren noch nicht so deutlich. Erst durch die gesundheitsökonomische Relevanz, also zum Beispiel die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und der Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen, hat das Thema der seelischen Gesundheit auch im gesellschaftlichen Bewusstsein an Bedeutung gewonnen.

Bevor ich zu einigen Gegenwarts- und Zukunftsfragen komme, möchte ich einen Blick in die Vergangenheit werfen: Das 40-jährige Jubiläum der großen, wegweisenden Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 1975. Damals wurden schon wichtige Impulse für die Versorgungslandschaft gesetzt. Zentrale Forderungen von damals waren unter anderem: die Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen, die Etablierung einer gemeindenahe Versorgung, die Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenanstalten, die Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker, die strukturierte Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Versorgung psychisch Kranker und Menschen mit einer Behinderung als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Zurecht kann ich hier stehen und sagen, dass Berlin all diese Forderungen erfüllt. Und darüber hinaus ist Berlin auch Vorreiter: Wir haben in Berlin ein vielfältiges, differenziertes psychiatrisches und psychosoziales Versorgungsangebot, das getreu dem Prinzip ambulant vor stationär folgt. Wir haben ein ausdifferenziertes klinisches und außerklinisches Versorgungssystem, das die Bereiche Wohnen und Betreuung, Arbeit und Beschäftigung, Vernetzung und Kooperation, sowie Beratung und Behandlung, einbezieht. Der integrative, inklusive Gedanke wird tatsächlich umgesetzt. Das Grundprinzip ist, dass alle Bereiche

an den Lebenswelten und Bedarfen der Personen ausgerichtet sind. Dies ist auch der rote Faden der regionalisierten Pflichtversorgung im Sinne eines gemeindepsychiatrischen Ansatzes: Hier arbeiten viele Bereiche, Selbsthilfe, niedrigschwellige Angebote, Berliner Krisendienste, psychiatrische Zuversdienst- sowie differenzierte Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, Hand in Hand zusammen.

So ein komplexes Versorgungssystem muss kontinuierlich kritisch hinterfragt werden. Hierbei sollten wir keine Denkverbote haben und ehrlich sagen, was verbessert oder neu entwickelt werden muss. Es mangelt nicht an Herausforderungen struktureller und inhaltlicher Art. Wir leben in einer Zeit, in der sich vieles verändert: Berlin ist eine rasant wachsende Stadt, die Multikulturalität steigt, die Komplexität in der Stadt steigt. Damit nehmen auch die Verdrängungsängste, gerade von psychisch kranken Menschen, zu. Es gibt Engpässe in der ambulanten Versorgung und die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen ist weiterhin ein gesellschaftliches Problem. Ein ganz aktuelles Thema sind die Flüchtlinge, die neue, ihrer Situation angepasste Versorgungsmodelle benötigen. Sie kommen aus sehr schwierigen Verhältnissen, haben viel Schlimmes erlebt, das Trauma ist allgegenwärtig. Eine neue Situation in Berlin sind aber auch Menschen aus anderen EU-Ländern mit psychischen Problemen, die eine adäquate Versorgung benötigen. Wir müssen bei all dem die engere Kooperation zwischen ambulanter Versorgung, den Betroffenen selbst und deren Angehörigen im Blick haben – den dialogischen Ansatz. Für Berlin ist auch die Verteilungsgerechtigkeit von Versorgung ein großes Thema und hier spielt natürlich die regionalisierte Versorgungspflicht eine ganz große Rolle, denn es gibt Engpässe in der Umsetzung.

Wir sollten daher die Chance dieser Veranstaltung nutzen, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen, Netzwerke zu bilden, bereits gut funktionierende Hilfe- und Versorgungssysteme zu festigen und weiterzuentwickeln. Neue Chancen bieten auch die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die es zu nutzen gilt, zum Beispiel das Berliner Gesetz über Hilfe- und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen, das Bundesteilhabegesetz, das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychische und psychosomatische Leistungen. Als Politikerin möchte ich an dieser Stelle sagen: Ich vertraue sehr den Expertinnen und Experten, dass es Ihnen heute gelingt, neue Impulse für eine qualitativ gute und patientenorientierte Versorgung zu setzen. Deshalb freue ich mich sehr über den heutigen Austausch und bin als Politikerin sehr gespannt auf die Ergebnisse.

5. Vortragsblock I: Überregionaler Input zur Bedeutung der psychiatrischen Versorgung

5.1 Internationaler Systemvergleich zur sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Prof. Dr. Martin Lambert, Zentrum für psychosoziale Medizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/ Dr. Iris Hauth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer Klinik Berlin Weißensee



Das „Hamburger Modell“ ist ein sehr gut evaluiertes Projekt aus der Klinik, das seit vielen Jahren auch andere Player einbezieht. Bereits 2005 wurde das Hamburger Modell im UKE entwickelt und 2007 als Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV) implementiert. Im Laufe der Jahre wurde das Modell weiter inhaltlich ausgebaut, diverse Studien durchgeführt und weitere Krankenkassen kamen hinzu. In diesem Jahr erhielt das auf dem Hamburger Modell aufsetzende Projekt RECOVER die Zusage für eine Förderung durch den Innovationsfonds des G-BA (www.recover-hamburg.de).

Bei den IV-Verträgen geht es in erster Linie darum, die Schwerstkranken gut zu behandeln, Klinikeinweisungen zu verhindern, ihr Funktionsniveau zu halten. Die Patientengruppen, die es am meisten betrifft, sind die mit Schizophrenie, bipolaren Störungen, psychotischen Depressionen. Das Besondere am Hamburger Modell ist unter anderem, dass es auch die Dauer der unbehandelten Jahre, bevor ein Mensch, der eine Psychose hat, in die Behandlung kommt, im Blick hat. Das Ziel ist, dass eine

so schwere Erkrankung wie eine Psychose möglichst früh entdeckt wird, um die Funktionsstörungen gut begrenzen zu können. Dem Hamburger Modell ist es gelungen, diese Frühbehandlung auf einem international anerkannten Niveau zu praktizieren.

Nach internationaler Studienlage² haben sich bei der Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen erstens die Early Intervention Centers gerade für die Transitionszeit bewährt, zweitens die Crisis Resolution Teams, die wir zu Akutbehandlung auch im Psych VVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) haben, sowie drittens die Assertive Community Treatment Teams (ACT) für eine längerfristige teambasierte Behandlung. Unter der Leitung von Professor Lambert wurde hierzu ein sehr gutes Konzept der Crisis Resolution Teams (CRT) entwickelt, ebenso auch Materialien für die ACT-Teams allgemein und für das im Hamburger Modell entwickelte Therapeutische ACT (TACT)³.

Das Hamburger Modell arbeitet sektorenübergreifend: Neben niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sind auch Pflegedienste und MVZ beteiligt. Zukünftig sollen auch niedergelassene psychologische Psychotherapeuten dazukommen. Gerade für sektorenübergreifende Modelle ist das Vorhandensein abgestimmter Behandlungspfade sehr wichtig. Auch hierzu wurden unter Leitung von Professor Lambert Materialien veröffentlicht. So wurden unterschiedliche Modelle für erst- und für mehrfacherkrankte Patienten entwickelt, in denen unter anderem die Aufgaben, die beteiligten Institutionen und das sektorale Netzwerk beschrieben sind.

Das im Hamburger Modell entwickelte TACT unterscheidet sich in wesentlichen Punkten vom traditionellen ACT. Insgesamt wird sehr viel Wert auf ärztliche und psychologische Betreuung, auf Pflege und Sozialarbeit, aber auch auf Psychotherapie gelegt.

Das Hamburger Modell wurde kontinuierlich durch Studien begleitet, die alle publiziert wurden (ACCESS I-III-Studien). Unter anderem konnten die Gesamtabbruchzahlen massiv gesenkt werden, ebenso die Zahl der Zwangseinweisungen. Das Ziel des Ganzen: die Verbesserung der Früherkennung und damit Verkürzung der Dauer der unbehan-

² OECD 2014: Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing

³ Vgl. Quellenangaben in Vortragsfolien.

delten Psychose kombiniert mit Integrierter Versorgung und damit einer Verbesserung der Behandlungsqualität. Dies führt insgesamt zu einer Verbesserung des Behandlungserfolgs. Hierbei geht es immer um die symptomatische, aber auch die funktionale Remission.

Die Finanzierung des Hamburger Modells startete in den ersten beiden Jahren mit Patienten-Jahrespauschalen (Capitation-Modell). Seit dem dritten Jahr gibt es vier Pauschalen, die sich nach Krankheitsschwere, Funktionsniveau und Intervention richten. Für Ersterkrankte in Remission gibt es ein Case Management mit dem Ziel, dass der psychisch Erkrankte nicht aus dem System fällt. Die sektorenübergreifenden Leistungen, die durch die Jahrespauschale abgedeckt werden, sind vielfältig und umfassen unter anderem eine Früherkennungsambulanz, die voll- und teilstationäre Behandlung, Arbeits- und Ergotherapie, 24h-Bereitschaftsdienst, TACT, aber auch Managed Care und Qualitätssicherung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

5.2 Neu, alt oder nur anders? „Innovative“ Modelle in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

Dr. Bettina Wilms, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis



Albert Einstein hat einmal gesagt: „Die reinste Form des Wahnsinns ist, alles beim Alten zu lassen und zu hoffen, dass sich etwas ändert.“ Innovationen brauchen Anlässe: sei es zum Beispiel das Psychiatrie-Enquete, die ökonomische Relevanz oder das Engagement der Betroffenen selbst, die sich im Petitionsausschuss klar gegen

PEPP positionieren. Innovationen brauchen aber auch Menschen: Es bedarf der „Selbstlosigkeit eines Missionars“, der „Beharrlichkeit eines Steuerbeamten“, dem „Optimismus eines Schiffbrüchigen“ und des „dicke(n) Fell(s) eines Nilpferds“.

Eine Gesellschaft muss sich fragen, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind. Es gibt heute einen „Markt der Möglichkeiten“ im Bereich innovativer Modelle in der Psychiatrie. Beispielfhaft seien hier die Integrierte Versorgung, das Regionale Psychiatrie Budget oder die Modellprojekte nach §64b SGB V genannt. Es gibt auch einige „besondere“ Projekte in Deutschland; Projekte, in denen subkortikal, unerschwellig ein Übergang zu anderen Formen der Sozialgesetzgebung gefunden wird und zum Beispiel Fragen der Eingliederungshilfe einbezogen werden. All diese Modelle haben Vor-, aber auch Nachteile. Das ist bei der Integrierten Versorgung die Einschreibepflicht, bei den krankenhausorientierten Modellen nach §64b zum einen die Frage der sektorenübergreifenden Versorgung, zum anderen die Probleme des Einschlusses möglichst aller Kostenträger.

Wie sieht nun die Landschaft der Modellprojekte nach §64b aus? Es gibt ganz unterschiedliche Zusammensetzungen, sowohl mit Aspekten der Integrierten Versorgung als auch des Regionalen Psychiatriebudgets. Die Idee des Regionalen Psychiatriebudgets war, den einzelnen Menschen und nicht den einzelnen Fall in den Mittelpunkt der Finanzierung zu stellen. Kliniken einer definierten Region können nach eigener Entscheidung – stationär, teilstationär, institutsambulant – den Patienten behandeln. Dabei geht es nicht darum, in Konkurrenz zur ambulanten Versorgung zu treten, andere Patienten als bisher zu behandeln, sondern die Patienten im Krankenhaus anders zu behandeln. Das Wesentliche für alle Beteiligten in der Finanzierung ist dabei: Hundert Prozent Mehr- bzw. Mindererlösausgleich in diesem Korridor; das bringt Sicherheit für Krankenhaus und Kostenträger. Dieses Modell wird regional in sehr unterschiedlicher Form umgesetzt. Gerade die unterschiedlichen Bedarfe, aber auch die unterschiedlichen Interessenlagen der Akteure spielen hierbei eine Rolle.

Wenn man in einer Region über Innovationen reden möchte, sind vor allem vier Aspekte wichtig: Reduktion der vollstationären Behandlungsplätze, Abnahme der Verweildauer,

Ausbau teilstationärer und ambulanter Behandlungskonzepte, vergleichbare Behandlungsergebnisse.⁴ Betrachtet man nun die Entwicklungstrends in den Regionen, ist durch innovative Modelle eine Reduktion der stationären Belegungstage, eine Hinwendung zu teilstationären, ambulanten Therapieformen ebenso möglich wie der Ausbau unterschiedlicher Formen von Behandlung zu Hause und eine Zunahme von Kooperationsformen mit den verschiedenen Versorgungsakteuren.⁵

Aktuell haben wir bundesweit 19 Verträge zu Modellprojekten nach §64b bundesweit, aber in Hamburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz, Saarland und Bayern gibt es kein Projekt. Auch die Struktur ist sehr unterschiedlich, nur 13 der Verträge sind mit allen Kostenträgern abgeschlossen. Das macht Probleme im Versorgungsalltag, wenn der eine Patient im Krankenhaus eine andere Behandlung erhält als der andere, weil er Mitglied einer nicht beteiligten Krankenkasse ist.

Was sind häufige Fragen, die sich im Zusammenhang mit den Modellprojekten stellen?

1. Zementiert man Versorgungsdefizite? Das passiert nur, wenn man nicht von Beginn an die Versorgungsentwicklung mitverhandelt.
2. Wie sieht die betriebswirtschaftliche Einschätzung aus? Kurzfristig macht es für keinen der Beteiligten irgendeinen Benefit, aber in mittel- und langfristiger Perspektive können die zur Verfügung stehenden Ressourcen einfach besser genutzt werden.
3. Wer lässt sich von wem über den Tisch ziehen? Diese Projekte benötigen ein grundsätzliches Vertrauen ineinander, Misstrauen be- oder verhindert die Umsetzung.
4. Nicht nur vom Krankenhaus ausgehend, nicht nur im Rahmen des SGB V? Um diese Perspektive aufzubrechen, bedarf es sehr viel Beharrlichkeit, denn dieser Schritt muss irgendwann gegangen werden.

Der aktuelle Stand der Entwicklung der Modellprojekte ist, dass es derzeit einen gewissen Stillstand gibt. Dies ist zum einen der abwartenden Haltung mit dem Psych VVG geschuldet, zum anderen der Tatsache, dass die Kostenträ-

ger sehr klar sagen, sie wollen erst mal die Evaluation der Modellprojekte abwarten. Auch gestalten sich die Verhandlungen vor Ort oft sehr zäh und scheitern zum Teil auch, wie einige Beispiele zeigen. Immer im Blick haben muss man, dass nach Vertragsunterschrift die Arbeit erst richtig losgeht, die konkrete Umsetzung ansteht. Und wenn es dann einen Geschäftsführer gibt, der plötzlich sagt: Nein, ich will doch lieber Budgetsicherung, und eigentlich will ich mich mit der Umsetzung nach innen nicht wirklich beschäftigen – hat man auch nicht viel gekonnt.

Herzlichen Dank.

5.3 Nutzer_innenbeteiligung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Uwe Wegener, Berliner Selbsthilfevereinigung bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e.V.

Ich bin heute in doppelter Funktion hier: einerseits als Vertreter einer Selbsthilfeorganisation, andererseits als Vertreter eines Vereins, der die Nutzer_innenbeteiligung voranbringen will. Ein Thema, an dem man in diesem Zusammenhang nicht vorbeikommt, ist der Zwang in der psychiatrischen Landschaft – und hier nicht nur in den Akutkliniken, sondern zum Beispiel auch in Alters- und Pflegeheimen. Der Anteil an zwangsweiser Unterbringung ist in den Bundesländern unterschiedlich hoch: Brandenburg hat hier bundesweit eine Vorreiterrolle, auch Berlin liegt im guten unteren Bereich. Aber auch in Berlin selbst gibt es Unterschiede in den Bezirken, so dass die Frage der Objektivierbarkeit der Zwangsmaßnahmen schwierig ist. Grundsätzlich besteht ein Bedarf an Reduzierung von Zwangsmaßnahmen. Wenn Zwangsmaßnahmen nötig sind, dann ist die – bisher oft vernachlässigte – Nachbesprechung sehr wichtig ebenso wie Behandlungsvereinbarungen wichtig sind. Zwangsmaßnahmen müssen kontrolliert werden. In Brandenburg arbeiten die Besuchs-kommissionen recht erfolgreich, in Berlin warten wir dagegen noch auf die Einberufung des Landespsychiatrie-beirats, nachdem bereits im Juni letzten Jahres das neue PsychKG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) in Berlin in Kraft getreten ist.

² Deister et al. Psychiatrische Praxis 2010

³ Deister, A./Wilms, B. 2014: Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach §64b SGB V, Psychiatrie Verlag

Dieser Beirat macht dann Vorschläge, wie die Besuchs-kommissionen besetzt werden etc.



Aber Psychiatrie besteht nicht immer aus Zwang. Das Ziel der psychiatrischen Versorgung muss an den Bedürfnissen der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Familien ausgerichtet sein, den Kranken soll ein weitgehend eigenständiges und sozial integriertes Leben ermöglicht werden, so hat es die Staatssekretärin im letzten Jahr formuliert. Was gehört nun dazu? Erstens die Ausrichtung „ambulant vor stationär“: das Behandeln in der Lebenswelt des Betroffenen und die Vermeidung von Klinikaufenthalten, wenn möglich. Zweitens ein dichtes Netz von Unterstützungsmöglichkeiten, vor allem auch die Erreichbarkeit in einer Krise, das Angebot medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen (Tagesförderstätten, Integrationsfirmen etc.), der Ausbau alternativer Angebote. Ein Hauptproblem ist die Sektorisierung, die sich zum einen auf die ambulanten und stationären Versorgungsbereiche innerhalb des SGB V, aber auch auf die Versorgungsbereiche zwischen den einzelnen SGBs bezieht. Die Vernetzung muss auf struktureller Ebene erfolgen sowie Patienten und Angehörige einschließen, zum Beispiel im Rahmen von – bisher zu selten genutzten – Netzwerkgesprächen.

Es gibt viele Ansatzpunkte, um auf Landesebene die psychiatrische Versorgung zu verbessern. Beispielhaft seien hier genannt: die Erhöhung der Zuwendungen für die Träger, eine verstärkte Förderung der inklusiven Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen, eine bessere Unterstützung von Selbstvertretungsorganisationen. Die Länder, vor allen Dingen Berlin, sind diesbezüglich sehr zurückhaltend und verweisen auf die viel zu geringe Krankenkassenförderung. Weitere Ansatzpunkte, um auf Landesebene aktiv zu werden, sind: keine Zwangsbehandlung im PsychKG, Förderung der Barrierefreiheit auch für

Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen, Initiierung von Anti-Stigma-Kampagnen.

Die Kontexte der Nutzer_innenbeteiligung finden sich auf den verschiedensten Ebenen: Neben der bedürfnisorientierten Behandlung gehört dazu auch der Peer-Support, die Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit, aber auch Ausbildung und Forschung. Im Mittelpunkt der Aktivitäten müssen die Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen stehen. Ersetzende Entscheidungen sind nach der UN-Behindertenrechtskonvention verboten, notfalls sind unterstützte Entscheidungen zu treffen. Fallkonferenzen sollten nur im Beisein des Betroffenen stattfinden, wünschenswert sind Netzwerkgespräche. Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen müssen beachtet werden. Natürlich ist auch die Ebene der Angehörigen wichtig, dazu hören wir gleich noch einen Vortrag.

Kommen wir zur Selbsthilfe: Wir haben in Brandenburg mehrere dutzend Selbsthilfegruppen im Bereich seelische Gesundheit und psychische Erkrankung, aber leider keine übergreifende Selbsthilfeorganisation mehr. In Berlin sieht es etwas besser aus: Es gibt viele Gruppen für Betroffene und Angehörige sowie verschiedene Selbsthilfeorganisationen. Es wird also viel getan, aber es könnten mehr Aufgaben bewältigt werden, wenn eine ausreichende dauerhafte finanzielle und strukturelle Unterstützung der Länder erfolgen würde.

In der Peer-Arbeit unterstützen sich Menschen, die eine gemeinsame, geteilte Erfahrung schweren seelischen Leides und existenzieller Krisen haben. Dies bietet die Basis für ein großes Vertrauen und ein tiefgehendes, gegenseitiges Verständnis. Als Peer-Berater ist man Rollenmodell und Hoffungsgeber. Peer-Beratung existiert in vielen verschiedenen Bereichen. Die Basis der Peer-Arbeit im psychiatrischen Bereich ist die evaluierte EX-In-Ausbildung (www.ex-in.de), seit 2008 in Berlin möglich. Wünschenswert wäre eine flächendeckende Versorgung mit Peers in bestimmten Bereichen in Berlin und Brandenburg

Wichtig ist, dass auf allen Ebenen geprüft wird, wie Nutzer_innen einbezogen werden können. Diese Einbeziehung muss institutionell verankert und unterstützt werden.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

Gudrun Weißenborn, ApK Landesverband Berlin e.V. - Angehörige psychisch Kranker

Angehörige werden fast in einem Atemzug mit den Betroffenen genannt, aber wir wissen, dass der Alltag anders aussieht, dass die Angehörigen noch nicht im System angekommen sind.



Die stationäre, aber auch die stationsäquivalente Behandlung sind hochschwellige Angebote. Um Menschen gut zu erreichen, benötigen wir unbürokratische, niederschwellige Zugänge zum System, mobile, flexible, aufsuchende Hilfen. Das persönliche soziale Netzwerk – der wichtigste protektive Faktor für seelische Gesundheit – muss selbstverständlicher Teil der Handlungs- und Behandlungsebene sein, in dem alle Beteiligten auf Augenhöhe miteinander kooperieren. Wenn also Klinikaufenthalte vermieden werden wollen, muss eine Hilfe frühzeitig erfolgen, um bereits im Vorfeld deeskalierend wirken zu können. Mit der Implementierung des Settings von Netzwerkgesprächen – frühzeitig, unbürokratisch, aufsuchend und allparteilich – würde den Ansprüchen an ein innovatives Angebot Rechnung getragen. In diesem Rahmen sind alle Konstellationen vorstellbar, da das Setting selbst autopoietisch ist, sich selbst verändert, entwickelt, anpasst. So wäre auch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit ohne Komplikationen möglich. Besonders geeignet sind hierzu die bereits erprobten Leistungen der Integrierten Versorgung, auch wenn hier noch einige Hürden beim Zugang zu den Hilfen abzubauen sind.

Jetzt mache ich einen Bruch und beziehe mich im Folgenden auf den Vereinbarungstext zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zwischen dem GKV Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Berlin. In § 3 wird von „Eignung des häuslichen Umfeldes“ gesprochen: Was bedeutet das? Dieser Begriff ist problematisch,

da er eine institutionenorientierte Haltung ausdrückt, die einem sozialpsychiatrischen Anspruch nicht gerecht wird. Wünschenswert wäre eine konzeptionelle Ausrichtung der stationsäquivalenten Behandlung, die die Bedingungen schafft, um kooperativ einen Prozess zu gestalten, der alle Perspektiven berücksichtigt. Hierfür ist eine Haltung der Allparteilichkeit erforderlich. Positiv hervorzuheben sind die §§3f., in denen als Voraussetzung zum Home Treatment ausdrücklich auf die Zustimmung aller im selben Haushalt lebenden, volljährigen Personen sowie auf die Berücksichtigung des Kindeswohls verwiesen wird. Entscheidend bei allen Überlegungen ist: Wer trägt für wen oder für was und vor allem wie lange die Verantwortung? Diese Formel lässt sich für alle Akteure durchspielen.

Folgende Anforderungen an die nutzerorientierte Versorgung aus der Angehörigenperspektive stelle ich Ihnen vor: Es gilt ambulant vor stationär. Entsprechend ist eine frühzeitige Deeskalation durch mobile, niedrighschwellige, aufsuchende Hilfen von zentraler Bedeutung. Mobile Teams können sich hierzu mit allen weiteren Akteuren, auch den Angehörigen vernetzen. Leider ist eine Kooperation mit den Angehörigen noch kein Standard, es gibt hierzu keine Qualitätsstandards. Eine Kooperation mit den Angehörigen ist aber notwendig für eine ressourcenorientierte Behandlung, ohne die Angehörigen in die Rolle des Co-Therapeuten zu drängen. Angehörige benötigen keine Behandlung, sie benötigen Unterstützung und Begleitung. Auch die Etablierung von ambulanten Krisenhäusern ist zukunftsweisend.

Im stationären Bereich wünsche ich mir aus Sicht der Angehörigen, aber auch der Betroffenen eine bedürfnisangepasste Notaufnahme. Es gibt Projekte zum Thema Demenzkranke in der Notaufnahme (Ruhezone, konkreter Ansprechpartner, deeskalierend), ähnliches wäre für Menschen mit psychischer Erkrankung sinnvoll, zum Beispiel Soteria-Stationen und Netzwerkgespräche. Daneben sollte es auf allen Stationen Informationsmaterial für Angehörige geben, Räume für soziale Begegnungen und Einzelzimmer mit der Möglichkeit, dass Angehörige übernachten können.

Im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung ist der Erstkontakt in der häuslichen Umgebung wünschenswert. Auch hier ist das Setting von Netzwerkgesprächen hilfreich, da die Allparteilichkeit gewahrt wird. Eine Kooperation mit Angehörigen ist Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Die Belange der Angehörigen und insbe-

sondere der minderjährigen Kinder müssen berücksichtigt werden. Die Entscheidung sollte gemeinsam getroffen werden, an welchem Ort die Behandlung stattfindet. Daneben ist eine unabhängige Peer-Beratung für Angehörige wichtig, eine Kooperation mit der Angehörigen-Selbsthilfe in den Ländern notwendig. Im Landesverband Berlin haben wir hierzu schon Initiative ergriffen und die „Qualifizierung Angehöriger zu Peer-Berater*innen“ ins Leben gerufen, die von den Krankenkassen finanziert wird.

Gern möchte ich zum Schluss im Kontext innovativer Entwicklung unsere Kriterien angehörigengestützter Versorgung vorstellen: Unser Ansatz ist, dass die Kooperation mit Angehörigen ein integrierter Bestandteil der bedürfnisangepassten Behandlungsstrategie wird. Die Umsetzung des Konzeptes erfolgt in Form von Netzwerkgesprächen, Trialogen etc. und die Standards werden regelmäßig überprüft. Ein weiteres wichtiges Thema sind die Kompetenzen der Mitarbeitenden. Wir benötigen geschulte Mitarbeiter, auch im Umgang mit Angehörigen. Ausgehend von der Frage „Wer trägt eigentlich für wen oder für was und wie lange die Verantwortung?“ müssen die unterschiedlichen Rollen, Kompetenzen und Verant-

wortlichkeiten geklärt werden. Zurzeit orientiert sich die Zusammenarbeit mit den Angehörigen oft allein an den Bedürfnissen der Patienten oder der Institutionen, während die Belastungen der Angehörigen aus dem Blick geraten. Angehörigen muss mit Empathie und Wertschätzung begegnet werden. Auch der Umgang mit der Schweigepflicht muss so konzipiert sein, dass ressourcenorientiertes Kooperieren möglich ist. Die Berücksichtigung der Belange von Angehörigen meint auch, dass das Beziehungssystem zwischen dem Betroffenen und den Angehörigen gestärkt werden muss. Hierfür ist die Information und unabhängige Beratung von Angehörigen von zentraler Bedeutung.

Um diese unabhängige Angehörigen-Peer-Beratung anbieten und etablieren zu können, werden wir in Berlin weitere Qualifizierungsangebote organisieren. Hierzu kooperieren wir, der Landesverband Berlin, mit dem LV Brandenburg und bieten die Qualifizierung über Ländergrenzen hinweg an. Erste unabhängige Beratungsangebote beginnen auch in Brandenburg zeitnah.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

6. Vortragsblock II: Innovative Versorgungsprojekte anhand von Best-Practice-Beispielen aus Berlin und Brandenburg

6.1 Beispiel 1: Brandenburg

Professor Dr. Martin Heinze, Immanuel Klinikum Rüdersdorf

Brandenburg ist, was die strukturellen Innovationen angeht, noch nicht so weit wie Berlin. Aber es gibt dennoch interessante Ansätze. Aus Sicht eines Krankenhauses können sich Innovationen in ganz verschiedenen Kontexten zeigen, zum Beispiel hinsichtlich der internen Krankenhausstruktur, bei der Frage der Ambulantisierung, bezogen auf innovative Therapieverfahren oder in Bezug auf die bereits angesprochenen Kooperationen innerhalb des SGB V und darüber hinaus. Außerdem betreiben wir in Rüdersdorf als Hochschulklinik auch psychiatrische Versorgungsforschung.



Ich habe Ihnen nur vier Beispiele mitgebracht, an denen ich das kurz festmachen kann, wo es möglicherweise Probleme gibt. Wir haben die bisher, glaube ich, einzige Akuttagesklinik im Land Brandenburg. Der wesentliche Unterschied zu einer Tagesklinik sind die Wochenendöffnungszeiten. Das ist keine große Sache, aber gerade damit können Sie stationäre Aufnahmen verhindern. Kleine Dinge, wie ein regelmäßiges Mittagessen am selben Ort, können in Akutphasen stationäre Aufenthalte verhindern. Akuttagesklinik heißt Versorgung von psychotischen Patienten in einem tagesklinischen Setting.

Dann möchte ich drauf hinweisen, dass die Kooperation mit den Niedergelassenen ebenfalls etwas ist, was wir in allen Modellbereichen fördern müssen. Unsere Klinik beteiligt sich in Form eines MVZ-Sitzes an den Integrierten Versorgungsverträgen der Psychiatrieinitiative Berlin Brandenburg (PIBB), sodass wir für alle Patienten flexible Angebote machen können.

Ein weiterer Punkt ist der Modellvertrag nach §64b, auf den Frau Wilms bereits eingegangen ist. Wir sind stolz darauf, dass wir die einzige Klinik im Land Brandenburg sind, die den §64b umgesetzt hat. Ich hoffe, dass es auch noch einen Modellversuch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Brandenburg geben wird, damit wirklich der Gesetzesauftrag für dieses Bundesland erfüllt ist. Im Wesentlichen geht es bei diesen Modellen um die Steuerung über ein einheitliches Budget, was die krankenhausernenen Behandlungssektoren übergreift. Wir machen dieses Modellprojekt mit der Techniker Krankenkasse und der BARMER zusammen. Wir haben von vornherein relativ innovative Abrechnungsformen entwickelt, so dass wir auch die ambulanten Leistungen in PEPP-Äquivalente relational bewerten. Das hat Vor- und Nachteile, schafft aber eine gewisse Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen. Leistungen sollten bezahlt werden – unabhängig davon, ob der Patient im Krankenhaus schläft oder nur fünf Stunden im Krankenhaus ist. Problematisch ist der Abschluss von Selektivverträgen mit verschiedenen Krankenkassen: Patienten mit den gleichen Beschwerden erhalten dann eine unterschiedliche Behandlung.

Als letztes Beispiel möchte ich die Ambulantisierung der Eltern-Kind-Arbeit nennen. Es gibt ja überall Mutter-Kind-Betten, aber wir haben eine Mutter-Kind-Ambulanz mit teilstationärem Angebot. Das ist die einzige Stelle, an der es uns gelungen ist, die Jugendhilfe finanziell mit einzu-beziehen. Wir bekommen eine Stelle von der Jugendhilfe finanziert, die mit uns gemeinsam mit den Müttern und Säuglingen arbeitet.

Dr. Christian Kieser, Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam

Das Projekt, das ich Ihnen vorstellen möchte, ist bundesweit betrachtet weder innovativ noch zukunftsweisend, denn dieses Projekt RPK (Rehabilitation Psychisch Kranker) gibt es in allen Bundesländern, außer in Berlin, Brandenburg und Bremen. In Brandenburg stehen wir kurz vor dem Abschluss. Wir betreiben das Projekt gemeinsam mit dem Oberlinhaus, das sich im Bereich der Berufsbildung und beruflichen Qualifikation große Expertise erworben hat. Wir arbeiten an dem Projekt bereits sechs Jahre, man benötigt also wirklich Beharrlichkeit und ein dickes Fell, um neue Dinge anzuschieben.



Der Ansatz des Projektes ist, dass wir medizinische und berufliche Rehabilitation verbinden und so die Sektorengrenzen bzw. die Silostrukturen aufweichen wollen. Als integrierte Komplexleistung ist unser hoher Anspruch, die Rehabilitanden in den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Damit wollen wir einen Beitrag zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben leisten. Die Zielgruppe sind Patienten von 18 bis 55 Jahren, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden. Das Innovative unseres RPK-Konzepts im Vergleich zu anderen RPK-Konzepten ist, dass wir auch Patienten mit Doppeldiagnosen aufnehmen. Sie wissen, Menschen mit schweren psychotischen Erkrankungen haben häufig eine zusätzliche Problematik mit Alkohol, Drogen oder anderem. Wir wollen auch Patienten in das Projekt mit aufnehmen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden und eine klare Abstinenzmotivation haben.

Die Rehabilitationsphase untergliedert sich in zwei Abschnitte: Zum einen die medizinische Rehabilitation mit einer Regeldauer von sechs Monaten, zum anderen die berufliche Rehabilitation in der Regel mit zwölf Monaten Dauer. Wichtig ist für uns die Flexibilität innerhalb dieser beiden Bereiche. Es werden verschiedene berufliche Trainingsbereiche angeboten, zum Beispiel Wirtschaft und Verwaltung, Druck und Medien oder Computer und Internet. Wichtig ist für uns eine sehr enge Zusammenarbeit mit den lokalen und regionalen klein- und mittelständischen Unternehmen.

Die Umsetzung sieht so aus, dass wir 20 Plätze für ein teilstationäres Angebot vorhalten. Für Patienten mit einem höheren Unterstützungsbedarf stehen 20 stationäre Plätze zur Verfügung mit einer Rundumbetreuung und -begleitung über 24 Stunden an sieben Tagen die Woche. Auch hier ist uns Flexibilität wichtig: Sollte zum Beispiel ein Rehabilitand mit einer teilstationären Maßnahme beginnen und wir sehen, dass der Hilfe- und Begleitungsbedarf intensiver wird, kann der Rehabilitand flexibel in den vollstationären Bereich wechseln. Die medizinische Rehabilitationsphase wird in den Räumen der RBK stattfinden. Hierfür haben wir eine passende Immobilie gefunden, die zurzeit räumlich und baulich saniert wird. Die berufliche Rehabilitation wollen wir soweit wie möglich extern in klein- bis mittelständische Unternehmen auslagern – getreu dem Grundsatz: Erst platzieren und dann trainieren und nicht umgekehrt.

Wenn Sie die beteiligten Kostenträger anschauen, verstehen Sie, warum die Verhandlungen mühsam, zäh und sehr lehrreich sind. Für dieses Projekt muss man sich mit drei sehr unterschiedlichen Leistungsträgern verständigen. Soweit zum RPK, dass wir mit einem Zitat von Richard von Weizsäcker überschrieben haben: „Es ist normal, verschieden zu sein.“

Ich möchte noch kurz ein Projekt ansprechen, welches wir in Brandenburg im Rahmen eines Innovationsfond-Antrags konkret erarbeiten. Es sind noch weitere Kliniken daran beteiligt, auch das Kompetenzzentrum Demenz in Brandenburg unterstützt es. In dem Projekt geht es um Menschen mit Demenzerkrankungen im Allgemeinkrankenhaus. Dies ist eine Gruppe von Menschen, die innerhalb der Allgemeinkrankenhäuser numerisch deutlich zunimmt, und wo wir erheblichen Versorgungs- und Verbesserungsbedarf sehen, auch im Sinne einer schnittstellenübergreifenden Behandlung und Begleitung, sowohl innerhalb eines Krankenhauses als auch hinsichtlich der Übergänge stationär-ambulant.

Vielen herzlichen Dank.

6.2 Beispiel II: Berlin

Dr. Ingrid Munk, Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln



Ich beginne mit einem kurzen Blick auf die wissenschaftliche Evidenzlage, denn Versorgung ist nicht nur eine politische Entscheidung, sondern sollte immer auch auf wissenschaftlicher Evidenz gründen. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Fachgesellschaft DGPPN sagt mit höchstem Empfehlungsgrad und der Evidenzebene Ia: Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen, professionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Wir haben heute früh bereits von den Inhalten und Zielen von Modellprojekten nach §64b gehört. Deshalb an dieser Stelle nur ganz kurz: Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld sind enthalten, sind aber nur ein Teil. Es geht insbesondere um die Vermeidung von Behandlungsabbrüchen und um die bessere Gestaltung der Übergänge zwischen stationär und ambulant. In Berlin gibt es zurzeit zwei Verträge nach §64b, zum einen den Vertrag von Vivantes mit der DAK, der zurzeit so umgesetzt wird, dass flexible Teams im Klinikum Neukölln und im Klinikum am Urban realisiert sind und dieses Modell erproben. Das andere Modell ist ein Modell der Hedwigs-Kliniken Mitte mit der BARMER. Sie sehen hier schon die Problematik: Beide Modelle arbeiten jeweils nur mit einer Krankenkasse.

Der Bezirk Neukölln mit 340.000 Einwohnern, für den wir die regionale Versorgungsverpflichtung inne haben, hat einen niedrigen Sozialindex, einen hohen Migrantenanteil, sehr viele Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis und

eine zunehmende Zahl obdachloser Patienten. Wir haben eine Akuttagesklinik mit einem Siebentagebetrieb und zwei dezentrale Tageskliniken. Wir haben seit 30 Jahren eine stationsintegriert arbeitende PIA, d.h. die stationären Behandler können den Patienten im Sinne der Behandlungskontinuität weiter behandeln.

Das Projekt versteht sich als Gesamtklinikprojekt, denn es ist nicht sinnvoll, ein isoliert arbeitendes Team zu etablieren; die Vernetzung in der Klinik ist entscheidend. Der Schwerpunkt des Projektes liegt auf der Verkürzung, Vermeidung und Flexibilisierung stationärer Aufenthalte, zum Beispiel in Form von Nachtklinik-Angeboten, tagesklinischer Behandlung auf Station, fraktionierter Behandlung oder Intervallbehandlung. Wichtig hierfür sind die notwendigen personellen Strukturen. Es ist wichtig, alle Mitarbeiter einzubeziehen. Bei uns wurden zum Beispiel bisher 90 Mitarbeiter in Netzwerkarbeit „Open Dialogue“ bedürfnisangepasster Behandlung geschult.

Zusätzlich habe wir ein flexibles, mobiles Team gebildet, das in der Wohnung des Patienten, an anderen Orten oder auch in der Klinik behandelt. Das multiprofessionelle Team besteht aus fünf Personen: einen Facharzt, einen Krankenpfleger, eine Ergotherapeutin, eine Genesungsbegleiterin und eine Psychologin. Dieses Team bietet ein bedürfnisangepasstes, individualisiertes Behandlungssetting: Neben Home Treatment gehören hierzu unter anderem am Bedarf angepasste Gesprächsangebote in der Klinik, Krisentelefon, tägliche Notfallsprechzeiten, aber auch medizinisch-psychiatrische Versorgung, das Angebot einer Recovery Gruppe als Übergangsgruppe, Netzwerkgespräche und erste Low-Level-Modelle von E-Health.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Alicia Navarro-Ureña, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V./ PIBB Berlin

Das Integrierte Versorgungsmodell der PIBB, der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg kommt aus dem ambulanten Bereich und ist aus der Notwendigkeit heraus entstanden, die ambulante fachärztliche Versorgung von Menschen mit schwerwiegenden, komplexen psychischen Erkrankungen zu verbessern. Wir sind 2003 mit dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit Berlin Brandenburg gestartet. Wir haben einen Vorstand mit neun Mitgliedern und um die 280 multiprofessionell ausgerichtete Mitglieder. Da

ein gemeinnütziger Verein keine Verträge schließen kann, haben wir 2008 eine Managementgesellschaft – PIBB Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg – gegründet. So wurden Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) nach §140a SGB V verhandelt. Die Verträge sind ein sehr dynamischer Prozess, wir lernen sehr viel voneinander, damit die Konstrukte tragfähig sind und eine Chance haben, in die Regelversorgung überführt zu werden. Das Ziel des Vereins ist es, dass nicht nur Patienten einzelner Krankenkassen die Versorgung in Anspruch nehmen können, sondern alle Patienten. Das Leistungserbringernetz der IV-Verträge ist in Berlin zum Teil recht heterogen: eine hohe Konzentration zeigt sich in Kreuzberg, Friedrichshain, Charlottenburg, während es zur Peripherie hin und vor allem in den ehemaligen Ostbezirken sehr dünn ist. In Brandenburg ist die Versorgungssituation deutlich schlechter.



Neben den kassenassoziierten Projekten gibt es aber auch ganz unterschiedliche weitere Projekte: Im Rahmen zum Beispiel von PIRA (Psychiatrie Information Religion Austausch) erfolgt Information, Austausch und Fortbildung in Moscheen. Weitere Projekte sind: ein Gesundheitszentrum für Flüchtlinge in Zusammenarbeit mit XENION, einem psychosozialen Verein für politisch Verfolgte (www.xenion.org); eine Kooperation mit der FU Berlin zum Thema Religion und Psychiatrie; ein dialogischer

Austausch mit Betroffenen und Familienangehörigen; ein Projekt zur Transition junger Patienten in Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatern und der Pinel Gesellschaft (www.pinel.de) etc.

Die Integrierte Versorgung sorgt dafür, dass Patienten in ihrer aktuellen Lebenssituation das bekommen, was sie brauchen. Die Versorgungsnotwendigkeit ist klar. Problematisch aber ist, dass der stationäre und der ambulante Bereich voneinander getrennt sind, gerade was die Finanzierung betrifft, und der Betroffene, seine Familie und seine Beziehungen sich in diesen Aufteilungen zurechtfinden müssen. Die Steuerung von Ressourcenallokation muss so funktionieren, dass das Geld quasi in einem virtuellen Rucksack beim Patienten ist, den der Patient genau dorthin mitnimmt, wo er gerade ist: in der Klinik, im ambulanten Bereich etc.

Wir haben drei indikationsbezogene IV-Verträge mit DAK und BKK VBU, in denen aktuell 550 Patienten versorgt werden, und einen populationsbezogenen IV-Vertrag mit der AOK Nordost. In diesem sind alle psychischen Diagnosen eingeschlossen plus die somatischen Erkrankungen, was sehr sinnvoll ist, denn oft haben psychisch erkrankte Menschen auch somatische Beschwerden.

Was bleibt also zu tun? Wir müssen die Schnittstelle ambulant-stationär wirklich zusammendenken und vermeiden, Doppelstrukturen aufzubauen. Auch die Netzstrukturen müssen verbessert werden, hierzu entwickeln wir in Brandenburg gerade E-Health-Angebote. Wir benötigen mehr Kooperationen mit den Kostenträgern und die Integrierte Versorgung darf nicht auf das SGB V beschränkt bleiben. Ein großes Anliegen ist uns außerdem, Peer-Berater in unsere Praxen holen, damit die Peer-Beratung Teil des Behandlungspfades wird – sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

7. Einführung in den weiteren Arbeitsablauf und Gruppenbildung

Moderation: Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3



Die Teilnehmenden wurden mit der Einladung zur Zukunftswerkstatt gebeten, im Vorfeld Vorschläge zu wichtigen inhaltlichen Schwerpunktthemen der Kinder- und Jugendmedizin zu nennen. Diese wurden in der Vorbereitungsgruppe der Zukunftswerkstatt ausgewertet, systematisiert und zu vier Oberthemen geclustert:

1. Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
2. Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innenperspektive
3. Generationsspezifische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
4. Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung

Außerdem erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit, vor Ort noch weitere Themenvorschläge einzubringen.

In Tabelle 1 finden sich alle, im Vorfeld der Veranstaltung eingegangenen und von den Teilnehmenden in der Veranstaltung formulierten Themenvorschläge, geclustert nach den vier Themenschwerpunkten.

Die Zuordnung der Teilnehmenden zu den vier Gruppen war im Vorfeld der Veranstaltung durch die Steuerungsgruppe erfolgt. Ziel der Einteilung war es, in allen vier Gruppen Akteure aus den unterschiedlichen Bereichen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen an einen Tisch zu bringen.

Die vier Gruppen wurden von folgenden Moderatoren geleitet:

- 1. Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Dr. Iris Hauth, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee, Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / Dr. Carsten Jäger, Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg GmbH
- 2. Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innenperspektive**
Dr. Ingrid Munk, Vivantes Klinikum Berlin Neukölln / Prof. Dr. Martin Heinze, Immanuel Klinik Rüdersdorf
- 3. Generationsspezifische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Dr. Christian Kieser, Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam / Prof. Dr. Michael von Aster, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik DRK Klinik Berlin Westend und Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam / Birgitta Neumann, Kompetenzzentrum Demenz Brandenburg
- 4. Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung**
PD Dr. Meryam Schouler-Ocak, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin

Oberthema	Themenvorschläge
Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Versorgungsunterschiede • ambulant vor stationär • Psychriatriebudget • sind ambulante psychiatr.-psychotherapeut. Angebote zeitnah erreichbar? • Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung • Welche Anreize können die Krankenhausträger zur Ambulantisierung ihres Angebots schaffen? • Welche Aussichten haben Verhandlungen mit den Krankenkassen in Brandenburg über ein Regionalbudget? Bisher sind alle Bemühungen seitens interessierter Kliniken gescheitert • regionalisierte Pflichtversorgung; gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen stärken/Verbände; Psychriatriebudget • Schnittstelle ambulant-stationär z. B. bei Entlassmanagement + stationsäquivalenter Behandlung; berlinweite Transparenz/Austausch zu SGB-V-Angeboten • Niedrigschwellige Versorgungs- und Alltagsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen • Versorgungsforschung für die technikbasierte Patientenleitung und -versorgung • präventive, frühzeitige aufzusuchende Hilfen
Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innen-perspektive	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Versorgungsunterschiede • Vermeidung von Klinikeinweisungen • Einbindung von Angehörigen bzw. privatem Umfeld in die Behandlung • Beziehungserhalt und Aufbau während Behandlung erfolgversprechend • Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema psychische Erkrankungen • Versorgung von Menschen mit komplexem und erheblichem Hilfebedarf: Angebot für Menschen mit Doppeldiagnosen, geriatr. Patienten, Angebote für nasse Alkoholiker und generell Abhängigkeitserkrankte • Integration psychisch Kranker nach langjährigem Klinikaufenthalt in den Arbeitsmarkt
Generations-spezifische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen der Transitionsphasen, Entwicklungsaufgaben • Kinder psychisch kranker Eltern • Hilfen außerhalb des medizinischen Systems • Schnittstelle: medizinische Behandlung – Jugendhilfe – Schule • Wo finden Eltern Hilfe und Beratung, wann sollten Eltern Hilfe und Beratung in Anspruch nehmen • Welche Rolle spielt die Schule • Bedarfsgerechte Hilfen im Dschungel unterschiedlicher Hilfesysteme • Regionale Versorgungsunterschiede • Neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit • Probleme in der Versorgung von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind • Schritt für Schritt zu passenden Angeboten • Wo sind die passenden Hilfen, wo finden Angehörige Beratung und Unterstützung • Verlust an Selbstständigkeit und Autonomie, Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit • Leben mit Demenz zu Hause, Anforderungen an Angehörige, wo finden Angehörige Rat und Unterstützung • Sektorenübergreifende Konzepte und Kooperation der einzelnen Akteure (Beratungsstellen, Ärzte, Krankenhaus, alltagsunterstützende Angebote, ambulante Dienste, Tagespflege)
Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Versorgungsunterschiede • Niedrigschwellige Versorgungs- und Alltagsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen • Kinder als Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Tabelle 1: Übersicht über die von den Teilnehmenden eingebrachten Vorschläge sowie deren Clusterung zu den vier Oberthemen

8. Ergebnisse der Workshoparbeit

8.1 Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Moderation: Dr. Iris Hauth, Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee / Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / Dr. Carsten Jäger, Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg GmbH

Problemfeststellung

Ein zentrales Problemfeld in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Unterversorgung bzw. unterschiedliche Verteilung, welche gerade im ambulanten Bereich deutlich wird. Dies trifft auf verschiedene Bezirke in Berlin zu, aber vor allem auf die Situation in Brandenburg außerhalb der Metropolen. Die bisherige Bedarfsplanung wird kritisch gesehen. Auf der anderen Seite ist ein Fachkräftemangel zu verzeichnen, auch dieser ist regional unterschiedlich stark ausgeprägt.



Aber auch bezogen auf das vorhandene Angebot gibt es Kritikpunkte: Zum einen ist die fehlende Transparenz unter den Leistungserbringern und Anbietern zu bemängeln. Dies führt dazu, dass dem Patienten nicht immer die richtigen Informationen, Angebote und Leistungen vermittelt werden. Dies trifft auch auf den zunehmend wichtiger werdenden Bereich der digitalen Transparenz zu. Zum anderen ist hier das große Thema der fehlenden Vernetzung zu nennen. Ein offensichtliches Problem sind Lücken in der sektorenübergreifenden oder auch SGB-übergreifenden Vernetzung. Aber auch die Vernetzung im Kleinen, zum Beispiel der ausreichende Einbezug des Hausarztes in die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, weist Verbesserungsmöglichkeiten auf.

In diesem Zusammenhang spielt auch die Problematik der

Sektorengrenzen und Schnittstellen eine wichtige Rolle. Schnittstellenprobleme finden sich in den verschiedenen Bereichen, gerade auch im Übergang stationär-ambulant beim Entlassmanagement, aber auch Stäb, §64b und §140a SGB V. Die Überleitungszeiten sind zum Teil zu lang für die Patienten. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, wie ein Konsens der beteiligten Akteure erreicht kann und wie entsprechende Kooperationen finanziert werden sollen.

Ein weiteres Problemfeld ist der Zugang zu Versorgungsangeboten: Wie kann ein niedrigschwelliger Zugang zum Versorgungssystem gewährleistet werden? Und wie wird sichergestellt, dass die Patienten – sowohl solche mit leichteren seelischen Problemen als auch schwer Erkrankte – die richtigen Hilfen bekommen? Mit welchen Mitteln und in welcher Form kann also zum Beispiel eine adäquate Früherkennung und -intervention garantiert werden? Es fehlt derzeit an einer entsprechenden Steuerung durch das System, zum Beispiel durch Lotsen oder Casemanager.

Insgesamt muss das Versorgungssystem besser als bisher die Selbststeuerung des Patienten unterstützen. Auch die Patientenorientierung muss stärker im Mittelpunkt der Versorgungsleistungen stehen, was wiederum die Einbindung aller Akteure für eine gemeinsame Therapiezielplanung notwendig macht. Auch die kommunalen Strukturen und Angebot müssen dabei stärker berücksichtigt werden.

Lösungsansätze

Gemeinsame Zieldefinition:

Ausgangspunkt der Überlegungen war, dass in einem ersten Schritt ein gemeinsames Ziel formuliert werden muss. Dieses Ziel lautet: Alle Menschen in Berlin und Brandenburg sollen – unabhängig von ihrem Wohnort – niederschwellig schnelle Hilfe bekommen. Im Rahmen dieses niedrigschwelligen Erstkontaktes soll geklärt werden, wie hoch der Versorgungsbedarf des Menschen ist, was dieser Mensch konkret benötigt. Danach ist es wichtig, dass der Zugang zu der richtigen Hilfe klar und einfach ist. Gleichzeitig muss das Hilfe- und Unterstützungssystem so konzipiert sein, dass der Mensch auch leicht wieder aus dem System aussteigen kann, wenn eine Hilfe nicht mehr notwendig ist. Wichtig ist also eine optimale Durchlässigkeit an beiden Seiten – beim Ein- und beim Ausstieg.

Bedarfsdefinition:

Ausgehend von dieser Zieldefinition muss der Bedarf erhoben und konkretisiert werden. Welche Leistungen werden für wel-

chen Bedarf benötigt – reicht zum Beispiel eine Beratung, bedarf es komplexer ambulanter Hilfe oder stationärer Versorgung? Diese Operationalisierung könnte quasi als Schablone für die unterschiedlichen Regionen zur Verfügung gestellt werden, die sie dann spezifisch auf ihre Belange anpassen können. Der Weg geht also vom Bedarf aus hin zu den Leistungsmodulen.



Regionale Abstimmung und politische Steuerung:

Auf der einen Seite muss die Leistungserbringung abgestimmt in der Region erfolgen. Gerade am Anfang kann es dabei hilfreich sein, mit einer „Kooperation der Willigen“ zu starten, um dann nach und nach alle relevanten Akteure miteinzubeziehen. Zu Beginn könnten zum Beispiel die Strukturen der Gemeindepsychiatrischen Verbände genutzt werden, um eine gemeinsam abgestimmte regionale Leistungserbringung zu initiieren.

Auf der anderen Seite muss das Thema auch auf politischer Ebene angegangen werden: Fragen der Steuerung der Krankenhausbetten, der Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor und Ähnliches müssen überregional gelöst werden. Hier bietet sich zum Beispiel eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung (90a-Gremien) an.

Regionalbudget:

Diese neue Form der gemeinsam abgestimmten regionalen Leistungserbringung könnte über ein Regionalbudget über alle Sektoren und SGBs hinweg finanziert werden, welches zum einen klare Anreize für sektoren- und SGB-übergreifende Kooperationen bietet, um alle an der Versorgung Beteiligten besser und strukturell zu vernetzen. Zum anderen müssen Anreize geschaffen werden, um die ambulante Versorgung attraktiver zu machen, auch aus Sicht der Krankenhäuser.

Pragmatische Lösungen:

Neben diesen „großen“ Forderungen und Ideen kann man be-

reits im Kleinen sinnvolle pragmatische Lösungen umsetzen. Hierzu gehört zum Beispiel die Etablierung einer zentralen Telefonnummer, die für alle als erste Anlaufstelle nutzbar ist und eine gewisse Transparenz in und durch das Versorgungssystem ermöglicht. Die Funktion dieser Anlaufstelle ist, dass hier eine erste Einschätzung dahingehend vorgenommen wird, ob und in welcher Form Hilfe benötigt wird – quasi analog dem Triage-System in der somatischen Notfallversorgung. Diese Bewertung und dann ggf. Weiterleitung erfolgt auf der Grundlage verbindlicher einheitlicher Assessment-Instrumente, die es erlauben, den Bedarf des Einzelnen zu operationalisieren.

Aber nicht nur für die Patienten ist es wichtig, eine übergeordnete zentrale Hotline zu haben, um einen Überblick im Versorgungssystem zu bekommen. Transparenz ist auch untereinander, also zwischen den Akteuren, von zentraler Bedeutung. Vorstellbar wäre eine gemeinsam genutzte interoperable Internet- und/oder Intranetplattform, auf der die Angebote der Region hinterlegt sind, auf der die professionellen Akteure einen Überblick darüber erhalten, wo zum Beispiel freie Behandlungsplätze vorhanden sind, welche Beteiligten gemeinsam kooperieren etc.

Evaluation und Versorgungsforschung:

Wichtig ist, dass die Innovationen begleitend evaluiert werden müssen, um den Nutzen und die Wirksamkeit der Maßnahmen einschätzen und ggf. Anpassungen vornehmen zu können. Außerdem ist es sinnvoll, die Möglichkeiten der Versorgungsforschung zu nutzen, um zum Beispiel Best Practice Beispiele anderer Länder in die eigenen Überlegungen einbeziehen zu können.

Ergänzungen aus dem Publikum und Diskussion:

Wichtig ist, dass eine Hotline bzw. ein Assessment nicht unbedingt zu einer Diagnosestellung kommen muss, der Blick darf nicht eingeengt sein auf ein psychiatrisch-diagnostisches Assessment.

Ein Problem ist nach wie vor die Trennung in den stationären und ambulanten Sektor. Die Leistungserbringer können an dieser Situation wenig ändern, aber warum gibt es in den Krankenkassen, in den Ministerien Mitarbeiter, die für die ambulante Versorgung zuständig sind und getrennt davon Mitarbeiter, die für die stationäre Versorgung zuständig sind? Dadurch wird das Denken in diesen Kategorien weiter zementiert.

Antwort: Seit zwei Jahren haben wir unsere Zuständigkeiten gebündelt für die Versorgung und es gibt ein einheitliches Versorgungsreferat im MASGF.

8.2 Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innenperspektive

Moderation: Dr. Ingrid Munk, Vivantes Klinikum Berlin Neukölln, Prof. Dr. Martin Heinze, Immanuel Klinik Rüdersdorf



Problemfeststellung

Auf der gesellschaftlichen Ebene ist eine allgemeine „Psychiatisierung“ zu beobachten. Dies ist schwierig, da zum Teil gesellschaftliche Probleme auf die individuelle Ebene verlagert werden. Es ist zu fragen, inwieweit seelische Probleme, psychische Erkrankungen auch ein Ausdruck der herrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse sind. Auch die soziale Eingebundenheit des Einzelnen ist nicht immer ausreichend, sozialer Halt fehlt. Ein weiteres Problem ist nach wie vor die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft, verbunden mit einer fehlenden Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu diesem Thema.

Regionale Versorgungsunterschiede und hier vor allem die Unterschiede zwischen Berlin und den berlinnahen Regionen Brandenburgs auf der einen Seite sowie den berlinfernen Regionen auf der anderen Seite stellen ein grundsätzliches Problem in der Versorgung psychisch kranker Menschen dar. Die Erreichbarkeit verschiedener Versorgungsangebote ist in den Regionen sehr heterogen.

Diese Situation wird durch den zunehmenden Fachkräftemangel noch weiter verschärft. Es müssen neue Wege gefunden werden, um Mitarbeiter zu gewinnen und entsprechend der sich wandelnden Anforderungen zu qualifizieren.

Die Schnittstellenprobleme sind ein übergeordnetes Thema in der Versorgung. Die verschiedenen Interessen der Akteure müssen berücksichtigt und Anreize für eine sektorenübergreifende Kooperation geschaffen werden. Die Verantwortung der Kostenträger für die Daseinsvorsorge muss klarer werden. Auch die Struktur der Kostenträger ist hier von Relevanz. In diesem Zusammenhang ist auch allgemein die Kommunikation der Beteiligten von Bedeutung. Divergierende Interessen und gegenseitiges Misstrauen be- oder verhindern sinnvolle Kooperationen.

Ein wichtiges Problemfeld sind die Prävention und die frühen Hilfen. Der Zugang ins Versorgungssystem scheint immer noch zu hochschwellig zu sein, primär verbunden mit einer Diagnose. Die Kontakt- und Beratungsstellen, die es bisher in Berlin und Brandenburg gibt, funktionieren nicht zufriedenstellend. Bereits durch ihre Trägerbezogenheit stellen sie eine Hemmschwelle dar. Es fehlen Angebote zur Frühintervention, um Klinikeinweisungen zu verhindern. Auch die hausärztliche Versorgung wird bisher noch nicht in ausreichendem Maße einbezogen.

Der Einbezug der Nutzerperspektive ist verbesserungsfähig. Auch werden bisher Angehörige und Erfahrene nicht angemessen in die Behandlung einbezogen. Hier gilt es, die Möglichkeiten besser auszuschöpfen sowie systematische und verbindliche Beteiligungswege zu erarbeiten.

Lösungsansätze

Die Gruppe hat konkrete Lösungsvorschläge für drei der angesprochenen Problembereiche erarbeitet. Im Vorfeld wurde diskutiert, was denn unter einer psychiatrischen Innovation zu verstehen sei. Die Definition einer Innovation ist in anderen medizinischen Bereichen leichter, zum Beispiel wenn ein neues Operationsverfahren entwickelt wird. Eine Innovation im psychiatrischen Bereich könnte sein, wenn systematisch in einem Projekt auf allen Ebenen von der Bedarfsplanung bis zur Studienplanung Patienten einbezogen werden.

Frühe Hilfen:

Im Sinne der Daseinsfürsorge des Staates sollten die Kommunen überparteilich und unabhängig so etwas wie Gesundheitsberatungszentren anbieten, evtl. als Transformation der Angebote der KBS. Wichtig, um wirklich einen niedrigschwelligen Zugang zu gewährleisten, ist, dass die angebotene Beratung nicht den Fokus auf «Psychiatrie» bzw. psychiatrische Diagnostik legt, sondern allgemeine

Information und Beratung – unabhängig vom möglichen Vorhandensein einer Diagnose – bietet. Nur so kann ein grundsätzlicher Vertrauensaufbau gewährleistet werden.

Eine über die allgemeine Beratung hinausgehende Begleitung ist schwieriger zu organisieren und finanzieren. Eine Möglichkeit wäre hier die stärkere Einbindung der Peers, also eine Begleitung durch Personen mit ähnlichem Erfahrungshintergrund, zu denen auch der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung leichter fällt. Wie diese Peers geschult und strukturell anzubinden sind, müsste dann genau geklärt werden.

Nutzerbeteiligung:

Im Bereich der Nutzerbeteiligung geht es grundsätzlich um mehr Verbindlichkeit in allen Gremien der Gesundheitsplanung und um deren Finanzierung. Es ist zwar gut, dass Nutzer in den 90a-Gremien beteiligt sind, aber warum haben sie kein Stimmrecht? In anderen Ländern wird stärker und systematischer die Nutzerperspektive berücksichtigt: Zum Beispiel ist im NHS (National Health Service) in Großbritannien die staatliche Unterstützung für Gesundheitsprojekte daran geknüpft, dass von der Planungsphase an Nutzer aktiv miteinbezogen werden. Wenn jemand zum Beispiel eine Gesundheitsapp entwickeln möchte, muss

erst die Akzeptanz der Nutzer erhoben werden, nur dann wird das Projekt gefördert. In Deutschland machen wir das umgekehrt: Wir entwickeln technologische Lösungen und wundern uns dann, dass diese von den Nutzern nicht angenommen werden. Verbindliche Guidelines für die Innovationsentwicklung, in der Nutzerinteressen systematisch eingebunden werden, müssen entwickelt werden. In England nennt sich das «Public and Patient Involvement»; dort gibt es auch Patientenuniversitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Patienten etc. Erste Ansätze gibt es hierzu auch in Deutschland, diese müssen aber ausgebaut werden.

Region und Mobilität:

Gerade in ländlichen Regionen stellt sich das Problem der Erreichbarkeit der Versorgungsangebote. Hier gab es den Wunsch, verstärkt Taxis, Kleinbusse oder auch Schulbusse einzusetzen. Die verschiedenen Dienste könnten zum Beispiel miteinander kooperieren, indem leere Schulbusse auf dem Rückweg von der Schule Patienten befördern. In der Zukunft können vielleicht auch selbstfahrende Transportmittel genutzt werden. Auch der Ausbau telemedizinischer Angebote ist hier ein wichtiger Punkt, um die Versorgung vor Ort sicherzustellen und zu erleichtern.



8.3 Generationsspezifische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Moderation: Dr. Christian Kieser, Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam, Prof. Dr. Michael von Aster, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik DRK Klinik Berlin Westend und Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam, Birgitta Neumann, Kompetenzzentrum Demenz Brandenburg



A. Kinder und Jugendliche

Problemfeststellung

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist regional sehr heterogen. Die regionale Versorgungssituation wird zusätzlich verschärft durch den Fachkräftemangel.

Gerade für diese Zielgruppe ist die Säulenhaftigkeit des Versorgungssystems problematisch, da neben medizinischen Leistungserbringern auch die Schule, die Jugendhilfe und andere Bereiche einbezogen werden müssen. Die Kommunikation und Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren ist aber nicht immer einfach, oft herrscht bei den Beteiligten ein fachspezifischer Tunnelblick. Auch das Thema der Finanzierung ist hier von zentraler Bedeutung.

Ein weiteres Problemfeld ist die Notwendigkeit einer generationen- bzw. altersphasenübergreifenden Sichtweise. Die Verknüpfung von Angeboten für einzelne Altersgruppen, die Berücksichtigung der Transitionsphase sind Themen, die verstärkt angegangen werden müssen, um vom Fokus der Akutbehandlung zu einer längerfristigen Perspektive zu kommen.

Lösungsansätze

Information und Aufklärung:

Auf der gesellschaftlichen Ebene ist die zentrale Aufgabe weiterhin „Information und Aufklärung“. Die Öffentlichkeit muss stärker als bisher sensibilisiert und aufgeklärt werden zum Thema „Seelische Nöte von Kindern und Jugendlichen“.

Unterstützung von Familien:

Eine grundsätzliche Möglichkeit, das Thema zu entstigmatisieren und den individuellen Zugang zu Hilfen zu erleichtern, könnte die Einrichtung von Familienkompetenzzentren sein. Diese hätten eine interdisziplinäre Ausrichtung und wären multiprofessionell ausgestattet. Notwendige Hilfen könnten hier zu den verschiedensten Problemen angeboten oder vermittelt werden, nicht nur aus rein medizinischer oder psychotherapeutischer Sicht.

Hinsichtlich der konkreten Unterstützung von Alleinerziehenden gab es die Idee der Stärkung der Bereitschaftspflege oder ehrenamtlicher Patenschaften. Es gibt in Berlin ein Best-Practice-Modell, das nennt sich „amsoc“ (Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern; www.amsoc-patenschaften.de): Hier stehen Familien als Paten zur Verfügung, wenn Eltern mit psychischen Erkrankungen dringenden Unterstützungsbedarf haben.

Gemeinsame Sprache und Vernetzung:

Ein wichtiger Themenpunkt war, wie es gelingen kann, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, die von allen Akteuren unterschiedlicher Institutionen verstanden wird. Uneinig war man sich, ob der ICF der WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health), der die verschiedenen Teilhabebeeinträchtigungen beschreibt, hierfür genutzt werden kann. Einigung bestand aber darüber, dass die gemeinsam genutzte Sprache weder eine medizinische noch eine psychologisch-psychotherapeutische Fachsprache sein sollte.

In diesem Zusammenhang ist auch das Thema Vernetzung von zentraler Bedeutung. Hier wurde auf die guten Erfahrungen mit dem Dachverband Jugendhilfe verwiesen. Zwischen Kliniken und Jugendhilfe gibt es inzwischen sehr gute Erfahrungen mit Kooperationsverträgen, die über allgemeine Erklärungen der guten Zusammenarbeit und des gegenseitigen Verständnisses hinausgehen und konkrete Prozesse definieren. Zum Beispiel können Jugendliche, die Jugendhilfe-Ansprüche haben und in Projekten der Jugendhilfe sind, bei Bedarf einer dichteren, intensiven

Behandlung für einige Tage Krisenbetten in den Kliniken nutzen, ohne dass die Maßnahme der Jugendhilfe dadurch unterbrochen wird. Auch hierzu – zum Formulieren dieser Prozesse – bedarf es einer gemeinsamen Sprache.

Rotationsmodell:

Die Arbeit an gemeinsamen Ansätzen und Prozessen auf der Grundlage einer gemeinsamen Sprache wird deutlich erleichtert, wenn die Akteure stärker als bisher voneinander wissen, was der jeweils andere tut, wofür er zuständig ist, wie sein Arbeitsalltag aussieht. Diesbezüglich gab es die Idee, dass Rotationsmodelle zwischen den unterschiedlichen Institutionen eingeführt werden: So könnten zum Beispiel Mitarbeiter des Krankenhauses zeitweise beim Jugendamt arbeiten und umgekehrt und dann ihre Erfahrungen untereinander austauschen.

Fachkräftemangel:

Das Thema Fachkräftemangel, insbesondere in den ländlichen Versorgungsstrukturen wie Brandenburg, stellt ein großes Problem dar. Hier fehlt eine wirklich zündende Idee, wie diese Situation entschärft werden könnte. Eine Lösung könnte die stärkere Nutzung von E-Health-Ansätzen sein, um die Hilfen und Leistungen zu den Menschen zu bringen. Darüber hinaus bedarf es aber weiterer Ansätze, um die Mobilität der Behandler zu steigern.



Frühkindliche Hilfen:

Gemeinsam war man der Auffassung, dass die Hilfsangebote im frühkindlichen Bereich, also für Kleinstkinder bis zwei Jahren, ausreichend vorhanden sind. Ein Mangel herrscht aber bei den Hilfen für Kinder nach dem zweiten oder dritten Lebensjahr. Leider fehlt hier bislang eine konkrete Idee, wie diese Lücke geschlossen werden könnte. Auf jeden Fall ist es wichtig, dass diese frühkindlichen Hilfen als interdisziplinäre Aufgabe verstanden werden.

Kompetenz in den Schulen:

Auch in den Schulen bedarf es einer stärkeren Kompetenz und Erfahrung zu den seelischen Nöten und Hilfebedarfen von Jugendlichen. Deshalb sollte zum einen der schulpsychologische Dienst gestärkt und nicht nur als rein diagnostisches Instrument genutzt werden. Eine stärkere Einbeziehung therapeutisch-interventioneller Ansätze wäre wünschenswert. Zum anderen sollten auch Lehrer selbst zu entsprechenden Themen geschult werden.

Ein weiterer Ansatz ist, dass externe Behandler bzw. Behandlerenteams in die Schulen gehen, dort die Lehrkräfte beraten oder in therapeutischer Form aktiv sind. Hierzu wird gerade ein Innovationsfondsprojekt vom ZSPR (Zentrum für Schulische und Psychosoziale Rehabilitation; www.zspr.de) angeschoben und begleitend evaluiert: Das Besondere an diesem Projekt ist, dass die Versäulung aufgehoben ist: Es existiert kliniknah eine Einrichtung, die von der Jugendhilfe, von der Gesundheit und von der Bildung gemeinsam getragen wird. Probleme der Jugendlichen können hier entwicklungsbezogen und interdisziplinär bearbeitet werden.

Übergang ins Erwachsenenalter:

Wie kann der jeweilige fachspezifische Tunnelblick von Kinder- und Jugendpsychiatern auf der einen Seite und Erwachsenenpsychiatern auf der anderen Seite abgebaut werden? Konkret gibt es zum Beispiel Überlegungen in der DRK Klinik Westend Berlin (www.drk-kliniken-berlin.de/westend), eine stationär und teilstationär arbeitende Transitionseinheit einzurichten, um die Brüche in den Übergängen, die fachlich nicht begründet sind und an den Bedarfen völlig vorbeigehen, überwinden zu können.

B Demenz

Problemfeststellung

Es gibt zwar auf der einen Seite einen Mangel an patientengerechten Angeboten, gerade bezogen auf Hilfsangebote zu Hause, auf der anderen Seite werden aber die bestehenden Möglichkeiten im Rahmen der Pflege, Betreuung, Begleitung und Altersgestaltung von Menschen mit Demenz bisher viel zu selten in Anspruch genommen. Um den konkreten individuellen Bedarf der Menschen mit Demenz zu erheben, fehlt es an geeigneten und praktikablen Assessmentinstrumenten.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die Atomisierung der Beratungsangebote und damit einhergehend eine Fragmentierung der Finanzierung dieser. Gerade für pflegende Angehörige ist es schwierig, sich in diesem Umfeld zu orientieren und die passenden Angebote zu finden.

Bezüglich der Wohnformen ist die starke Fokussierung auf Heimunterbringung zu bemängeln, alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz existieren zwar, dies aber noch nicht in ausreichendem Maße. Gleichzeitig stellt die medizinische Versorgung in Pflegeheimen eine Herausforderung dar, denn aufsuchende fachärztliche Betreuung findet noch zu selten statt.

Lösungsansätze

Patientengerechte Angebote:

Die Angebote der Pflege sollten stärker die Förderung der Ressourcen der Menschen mit Demenz im Blick haben. Hier gibt es gerade im Bereich der ambulanten Pflege neue Möglichkeiten nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: So kann neben den funktionalen Pflegeleistungen zum Beispiel auch Altersgestaltung vom ambulanten Pflegedienst angeboten werden. Grundsätzlich müssen Angebote gefördert werden, die eine universelle Prävention im Fokus haben.



Gerade die pflegenden Angehörigen müssen besser über die bereits bestehenden Unterstützungsangebote, zum Beispiel die Urlaubs- und Verhinderungspflege oder die Möglichkeit für häusliche Einzelschulungen, informiert werden.

Ein weiterer wesentlicher Punkt sind alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz, zum Beispiel Wohngemeinschaften oder Service-Wohnen, um so die Normalität weitgehend aufrechtzuerhalten. Es sollten verstärkt Wohnformen jenseits der klassischen Heimunterbringung gefördert werden.

Regionale Verbundstrukturen vs. Atomisierung der Angebote:

Die unter den verschiedenen SGB-Büchern existierenden Leistungen, zum Beispiel Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, AGnES (Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health-gestützte Systemische Intervention; www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de) müssen besser aufeinander abgestimmt und verbunden werden. Es könnten zum Beispiel regionale Verbundstrukturen aufgebaut werden, die alle relevanten Akteure auf regionaler Ebene zusammenführen. In Berlin gibt es mit den Gerontopsychiatrischen Verbänden bereits eine gut funktionierende Struktur, an der man sich orientieren könnte. Hier bietet auch das aktuelle Pflegeversicherungsgesetz neue Möglichkeiten.

In diesen Kontext gehört auch, dass die beteiligten Akteure bedarfsgerecht informiert und geschult werden. In der Versorgung von Menschen mit Demenz nimmt der Hausarzt eine Schlüsselrolle ein, der deshalb über entsprechende Kompetenzen verfügen muss.

Innovationsfondsprojekt:

Eine konkrete Lösung wird derzeit im Rahmen eines Projektantrags für den Innovationsfond diskutiert. In Zusammenarbeit mit dem MASGF und drei Krankenhäusern in Brandenburg soll beispielhaft der Prozess in, durch und aus dem Krankenhaus für Menschen mit Demenz definiert und erprobt werden. Das Projekt setzt bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus an, indem Menschen ab einem bestimmten Alter auf kognitive Störungen bzw. demenzielle Erkrankungen getestet werden. Die Idee ist, dass es eine prozesshafte Begleitung innerhalb des Krankenhauses mit einer sektorenübergreifenden Arbeit, also auch nach dem Entlassmanagement gibt. Hierfür sollen entsprechend geschulte Fachkräfte in den Krankenhäusern eingesetzt werden. Die Angehörigen sollen dabei in die Prozesse eingebunden werden.

Datengrundlagen:

Ein übergeordneter Lösungsansatz ist die Bereitstellung der relevanten Daten und daraus abgeleiteter Bedarfsplanungen auf regionaler Ebene. In Brandenburg wird es zum Beispiel Pflegedossiers geben, die auch die Thematik der Demenz und der Infrastruktur aufgreifen werden. Diese bieten auch die Möglichkeit des Benchmarkings: Man kann so zum Beispiel sehen, warum eine Region in der Versorgung bessere Ergebnisse erzielt als eine andere.

8.4 Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung

Moderation: PD Dr. Meryam Schouler-Ocak, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus



Problemfeststellung

Es gibt für Menschen mit Fluchterfahrungen vielfältige Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem: Dies sind natürlich erst einmal die sprach- und kulturgebundenen Barrieren, gerade in der psychiatrischen Medizin, der sprechenden Medizin.

Es fehlt aber auch an Wissen darüber, welche Hilfe man an welcher Stelle bekommt, an wen man sich mit einem bestimmten Problem wendet. Auch die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Betroffenen ist oft nur gering ausgeprägt.

Des Weiteren haben der Aufenthaltsstatus, das Asylverfahren und die Frage des Bleiberechts Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten. In diesem Kontext spielen auch sog. Postmigrationsstressfaktoren eine wichtige Rolle: Je länger das Verfahren dauert, je länger die Betroffenen in den Einrichtungen sind, desto höher ist die Gefahr psychischer Erkrankungen.

Es gibt bereits verschiedene Einrichtungen, die sich um die Belange von Menschen mit Fluchterfahrungen kümmern: In Berlin wurden beispielhaft die Clearingstelle der Charité, das Gesundheitszentrum, das BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer e.V.; www.bzfo.de) oder XENION (Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.; www.xenion.org) genannt. Insgesamt gibt es aber zu wenig Einrichtungen.

Lösungsansätze

Versorgungsforschung – Evaluation – Bedarfsanalyse:

Es ist wichtig, dass die von uns entwickelte Lösung wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Wir möchten fundierte Antworten haben, ob unser Ansatz etwas bringt oder nicht und in welchem Verhältnis dazu die Kosten stehen. Eine Idee war, den entwickelten Lösungsansatz in drei Modellregionen (städtisch, kleinstädtisch, ländlich) zu testen.

Deshalb steht am Beginn des Lösungsansatzes zuerst eine detaillierte Bedarfsanalyse, die Aussagen darüber erlaubt, wie die Menschen mit Fluchterfahrung regional verteilt sind, wie ihre sozialstrukturelle Zusammensetzung ist (Herkunft, Alter, Geschlecht etc.).

Daran schließt sich eine lokalspezifische Erhebung an, um ein noch differenzierteres Bild der Bedarfe zu erhalten. Wir wissen aus aktuellen Studien, wie viel Prozent der Menschen mit Fluchterfahrungen welche Störungsbilder haben: Zum Beispiel ist davon auszugehen, dass ca. ein Drittel aller geflüchteten Menschen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung hat, knapp die Hälfte zeigt Symptome einer Depression. Darauf aufbauend kann dann eine passende Angebotsstruktur entwickelt werden.

Grundlegende Struktur des Systems:

Wir haben uns bewusst dagegen entschieden, eine Speziallösung neben dem bestehenden Versorgungssystem zu etablieren; dies wäre wieder eine Insellösung gewesen. Stattdessen präferieren wir, dass die Leistungen integrativ in das bestehende System übernommen und keine Doppel- bzw. Parallelstrukturen aufgebaut werden.

Das vorgeschlagene System besteht aus drei Säulen: einem Wegweiser, einer Hotline und dem Versorgungssystem.

1. Säule: Wegweiser

Die Rolle der Wegweiser ist nicht mit den bestehenden Gesundheitslotsen gleichzusetzen. Wegweiser können bzw. sollen Personen aus der Community der Betroffenen sein, Peers also, die in Deutschland schon relativ gut angekommen sind. Sie erhalten eine niedrigschwellig angelegte Schulung zum Gesundheitssystem, erhalten Informationsmaterialien, Zugang zu Sprachmittlern etc. Die Wegweiser bilden in ihrer Rolle eine Brückenfunktion zwischen den

Betroffenen und dem Versorgungssystem. In diesem Bereich existieren bereits Projekte, auf die ggf. Bezug genommen werden kann, zum Beispiel MiMi („Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“; www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28).

2. Säule: Hotline

Als zweite Säule wollen wir eine Hotline etablieren, die am bestehenden System angekoppelt ist, zum Beispiel am Berliner Krisendienst oder bei den sozial-psychiatrischen Diensten. Eventuell kann auch die KV Berlin-Brandenburg hier eine wichtige Rolle spielen. Es ist zu prüfen, inwieweit bestehende Angebote genutzt bzw. weiterentwickelt werden können, zum Beispiel die Hotline des BIG e.V. (Hotline bei häuslicher Gewalt; www.big-berlin.info).

Die Hotline soll die Betroffenen, die Menschen mit Fluchterfahrungen, aber auch Peers und andere Akteure im Versorgungssystem informieren und aufklären. Die Hotline soll Zugang zu einem Dolmetersystem haben. Dieses Dolmetersystem basiert sowohl auf dem Face-to-Face-Kontakt, nutzt aber auch die neuen Medien, um dem Bedarf gerecht werden zu können. Eine entsprechende Dolmeterschulung soll ggf. auch angeboten werden. Eine Überlegung war auch, dass sich hier Start-up-Firmen mitandocken können.



3. Säule: Versorgungssystem

Die dritte Säule ist ganz wichtig, denn sie stellt die Verbindung zum bestehenden Versorgungssystem dar. Die bestehenden ambulanten und stationären Einrichtungen müssen

sich für die Zielgruppe der Menschen mit Fluchterfahrungen öffnen. Dies bedeutet auch, dass die Mitarbeiter – über alle Berufsgruppen hinweg – in interkultureller Kompetenz geschult werden. Die Sprachbarriere kann durch das Dolmetersystem überwunden werden, aber die Kulturbarriere muss durch den Ausbau der interkulturellen Kompetenz überwunden werden.

Es wurde überlegt, übergangsweise Kompetenz-Zentren für Menschen mit Fluchterfahrung einzurichten, quasi als spezialisiertes Angebot. Wir haben uns aber dagegen entschieden, da dies wieder eine Insellösung im Versorgungssystem darstellen würde. Die Versorgung soll wirklich dezentral in die Einrichtungen integriert werden. Schön wäre es, wenn eine aufsuchende Tätigkeit mit integriert werden könnte, wenn zum Beispiel der ÖGD (Öffentlicher Gesundheitsdienst) dahingehend gestärkt würde.

Wichtig ist, dass es für dieses System eine auskömmliche nachhaltige Finanzierung gibt. Nur so ist es möglich, das System zu verstetigen.

Ergänzungen und Diskussion:

Publikum: Der letzte Senat hat einen Rahmenplan zur psychosozialen Versorgung von geflüchteten Menschen erstellt. Das deckt sich ziemlich viel mit den Vorschlägen.

Antwort: Ja, das deckt sich hiermit. Das Regelsystem soll gestärkt werden, aber wir wollen noch mehr Angebote implementieren, zum Beispiel den regelmäßigen Kontakt zum Dolmetersystem. Auch die Peers, die wir in unserem Ansatz integriert haben, die Wegweiser, sind neu.

Publikum: Der Landesverband Berlin bietet Beratung für Angehörige geflüchteter Menschen. Und da wird zum Beispiel das Dolmeterschwerinstitut finanziert, aber nicht für Angehörige.

Antwort: In unserem Vorschlag werden nicht nur die therapeutischen Interventionen, sondern auch die Beratungen gedolmetscht. Der Dolmetscher wird auch für die Hotline eingesetzt und steht auch den Wegweisern zur Verfügung.

9. Abschluss und Verabschiedung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Das war wirklich eine tolle Runde heute, richtig intensiv und kreativ. Vielen Dank Ihnen allen, die so engagiert, so innovativ waren und auch bereit waren, mal über den Tellerrand hinauszugucken, die heute hier diskutiert und ihre Beiträge zusammengetragen haben.

Was passiert nun? Wir haben dieses mal zwei unterschiedliche Formen der Dokumentation, zum einen das Graphic Recording und zum anderen wie gewohnt die schriftliche Form. Es wird alles genau dokumentiert und die Dokumentation wird allen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse werden nicht versandt, sondern sie werden publik gemacht.

Am 1. November trifft sich die Steuerungsgruppe dieser Zukunftswerkstatt, um die Themen aufzunehmen und auch Schneisen zu schlagen, was wir jetzt daraus machen. Zum einen werden die Ergebnisse an die Ministerien weitergegeben. Zum anderen wollen wir überlegen, wie man diese Diskussionen weiterentwickeln kann. Wir benötigen Platt-

formen, um die Gespräche und Initiativen nicht im Sande verlaufen zu lassen. Wir werden Ihnen einen Vorschlag machen, wie die Ideen von heute weitergeführt werden können.

Natürlich sind wir darauf angewiesen, dass Sie bereit sind, auch in Zukunft in Workshops, in Gruppen oder anderen Konstellationen mitzumachen. Jeder kann für sich überlegen, was er zur weiteren Entwicklung beitragen kann. Wir hatten vorhin den Ausspruch: „Die Kooperation der Willigen“ – das passt hier auch gut.

Was bleibt mir? Nach dem Dank, Ihnen einen guten Weg zu wünschen, nehmen Sie viele Ideen mit, tragen Sie es auch weiter zu den Kollegen, die heute in den Kliniken und woanders tätig gewesen sind. Es ist gut, wenn die Begeisterung von der Zukunftswerkstatt weitergetragen wird. Wir freuen uns schon auf die nächste Zukunftswerkstatt und auf das, was aus dieser Zukunftswerkstatt heraus sich entwickeln wird. Und ich bin sehr gespannt, welche Impulse aus dieser Zukunftswerkstatt aufgenommen und weiterverfolgt werden. Also achten Sie in den nächsten Monaten darauf, wie es weitergeht.

Schönen Dank, machen Sie es gut.



10. Anhang

10.1 Teilnehmerliste

Name	Vorname	Titel	Firma
Adolphsen	Andres		Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Albrecht	Detlef		DWBO - Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
Aster	Michael	Prof. Dr.	DRK Kliniken Berlin Westend
Bauroth	Antje		Landkreis Teltow-Fläming
Böhm	Andreas	Dr.	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Braeter	Ulrike		Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Brändle	Wiltrud		Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Brandt	Elimar	Mag. theol.	PflegeZukunfts-Initiative e.V.
Bürger-Kemper	Brigitte		Psychotherapeutenkammer Berlin
Floeth	Thomas	Dr.	Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung Pinel
Franz	Helge		Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Gorsler	Anna	Dr.	Recura Kliniken GmbH, Beelitz
Götz	Thomas	Dr.	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Greuél	Marius		MVZ Pinel
Grubitz	Anke		DAK Landesvertretung Brandenburg
Grundmann	Stephan		bvvp Brandenburg
Hauth	Iris	Dr.	Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee / Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Hayn	Katrin		Landeshauptstadt Potsdam, Abteilung Planung und Steuerung
Heinze	Martin	Prof.	Immanuel-Klinik Rüdersdorf
Hoffmann	Stephanie		BTU Cottbus - Senftenberg

Name	Vorname	Titel	Firma
Hoyer-Rensmann	Daniela		WFBB Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
Jacob	Michael		vdek Verband der Ersatzkassen e. V.
Jäger	Carsten	Dr.	Medis GmbH
Jockers-Scherübl	Maria-Christiane	PD Dr. med.	Oberhavel Kliniken GmbH
Karpinski	Hendrik		Klinikum Niederlausitz GmbH
Kieser	Christian	Dr.	Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam
Klement	Monika		AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Kölch	Michael	Prof. Dr.	MHB, Ruppiner Kliniken GmbH
Koziolk	Carsten		Psychiatriekoordination Berlin-Mitte
Krause	Steffi		Pflegedienst Matthes Prenzlau
Kuhse	Bastian		WFBB Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
Lehmann	Göran		TK - Landesvertretung Berlin Brandenburg
Leyh	Gabriela		BARMER - Landesvertretung Berlin-Brandenburg
Lukas	Gabriele		Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Mädrich	Anja		TK - Landesvertretung Berlin Brandenburg
Mahnecke-Windhövel	Nadine		Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Marschner	Holger	Dr.	Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) - Landesverband Brandenburg
Matthes	Sylvia		Pflegedienst Matthes Prenzlau
Meier	Frank		IKK - Brandenburg und Berlin
Metge	Jens	Dr.	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Name	Vorname	Titel	Firma
Miroslau	Steffi	Dr.	GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH
Mommert	Alexander		Immanuel Klinik Rüdersdorf
Munk	Ingrid	Dr.	Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln
Navarro-Ureña	Alicia		Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V.
Niedermeyer	Ulrich	Dr.	Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH
Niemier	Robert		WFBB Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
Pellehn	Christian		LKB - Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
Piezka	Ingolf		ASKLEPIOS Fachkliniken Brandenburg GmbH
Rech	Martin		Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Reumschüssel-Wienert	Christian		PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin
Riedel	Manuela		Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Rindtorff	Annette		Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
Ripken	Judith		Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Rossmannith	Petra	Dipl. Pädagogin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Röttsches	Volker		DAK Gesundheit in Berlin
Rütting	Katrin		IKK - Brandenburg und Berlin
Sandner	Martin	Dr.	Krankenhaus Angermünde
Schick	Jens	Dr.	Sana Kliniken AG
Schmauß	Petra		Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Schmidt	Dagmar		AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Schouler-Ocak	Meryam	Dr.	Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Name	Vorname	Titel	Firma
Schreck	Jens-Uwe	Dr.	LKB - Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
Schumacher	Marianne		ApK Landesverband Berlin e. V
Sitsch	Andrea		Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Stoff-Ahnis	Stefanie		AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Stroske	Manuela		Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde, Klinik für Forensische Psychiatrie
Stutzig	Andreas		Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Towfigh	Stephan Anis	Dr. med.	Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Troppens	Detlef	Dr.	Oberhavel Kliniken GmbH
Uhl	Hartmut	Dipl.-Psych.	Praxis für Psychotherapie
Wegener	Uwe		bipolaris - Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e.V.
Weißborn	Gudrun		ApK Landesverband Berlin e. V
Wieling	Andreas		IKK - Brandenburg und Berlin
Wilms	Bettina	Dr.	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis
Winskowski	Stefanie		BTU Cottbus - Senftenberg
Zaske	Michael		Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

10.2 Ergebnisse der Gruppenarbeit: Ausgangsthemen, Problemfeststellung und Lösungsansätze zu den vier Themenschwerpunkten

Gruppe 1: Steuerung und regionale Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Oberthema	Inhalte
Ausgangsthemen	<ul style="list-style-type: none"> Regionale Versorgungsunterschiede ambulant vor stationär Psychriatriebudget sind ambulante psychiatr.-psychotherapeut. Angebote zeitnah erreichbar? Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung Welche Anreize können die Krankenhausträger zur Ambulantisierung ihres Angebots geschaffen werden? Welche Aussichten haben Verhandlungen mit den Krankenkassen in Brandenburg über ein Regionalbudget? Bisher sind alle Bemühungen seitens interessierter Kliniken gescheitert regionalisierte Pflichtversorgung; gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen stärken/Verbände; Psychriatriebudget Schnittstelle ambulant-stationär z. B. bei Entlassmanagement + stationsäquivalenter Behandlung berlinweite Transparenz/ Austausch zu SGB-V-Angeboten Niedrigschwellige Versorgungs- und Alltagsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen Versorgungsforschung für die technikbasierte Patientenleitung und -versorgung präventive, frühzeitige aufzusuchende Hilfen
Problemfeststellung	<ul style="list-style-type: none"> Verteilung der Versorgung – Unterversorgung Bedarfsplanung Fehl- oder fehlende Anreize Berlin – Brandenburg berlinnah – Brandenburg berlinfern <ul style="list-style-type: none"> o Ärzte, Psych-, Soz., Ergotherapeut, pHKP (psychiatrische Heilkrankenpflege) Personal- Fachkräftemangel Sektorengrenzen Konsens der Akteure Anzahl der Akteure Finanzierung von Kooperation Lotse wer steuert Patient? <-> Träger? Transparenz der Angebote fehlende digitale Transparenz Hausarzt Versorgungsrolle frühzeitig, niederschwellig Zugang Bedarfsfeststellung Schwerkranke zu lange Verteilungszeit Patientenzentrierung gemeinsame Therapiezielplanung Einbindung kommunaler Strukturen fehlende Evidenz zum Versorgungsumfang Früherkennung Intervention Schnittstelle ambulant-stationär z. B. bei Entlassmanagement + Stäb (Stationäre Äquivalent Leistungen) + § 64b SGB V berlinweite Transparenz / Austausch zu SGB V Angeboten Selbststeuerung
Lösungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> Versorgungsforschung und Information gemeinsame Zieldefinition → Versorgungsbedarf? von niedrig zu hoch gemeinsam abgestimmte regionale Leistungserbringung sektorenübergreifende Bedarfsplanung nach §90a SGB V gemeindepsychiatrische Strukturen aktivieren Kooperation der Willigen Regionalbudget (über allen Sektoren und SGB V) Anreize für Kooperationen (sektorenübergreifend) Anreize für ambulante Versorgung gemeinsame interoperable Intranet-/Internetplattform zentrale Telefonnummer Triage einheitliches Assessment ambulant/stationär

Gruppe 2: Struktur und Beziehung – Ziele in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzer_innenperspektive

Oberthema	Inhalte
Ausgangsthemen	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Versorgungsunterschiede • Vermeidung von Klinikeinweisungen • Einbindung von Angehörigen bzw. privatem Umfeld in die Behandlung • Beziehungserhalt und Aufbau während Behandlung erfolgversprechend • Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema psychische Erkrankungen • Versorgung von Menschen mit komplexem und erheblichem Hilfebedarf: Angebot für Menschen mit Doppeldiagnosen, geriatr. Patienten, Angebote für nasse Alkoholiker und generell Abhängigkeitserkrankte • Integration psychisch Kranker nach langjährigem Klinikaufenthalt in den Arbeitsmarkt
Problemfeststellung	<ul style="list-style-type: none"> • Frühe Hilfen <ul style="list-style-type: none"> ○ Vermeidung von Klinikeinweisungen ○ frühzeitige Hilfe ohne Diagnose ○ Hausärztliche Versorgung ○ Prävention ○ Frühintervention vor Klinik • Schnittstellen/ Daseinsvorsorge Kostenträger <ul style="list-style-type: none"> ○ Integration psychisch Kranker nach langjährigem Klinikaufenthalt in den Arbeitsmarkt ○ Interessen ○ Daseinsvorsorge (Kommune, Land) ○ Krisendienst Brandenburg ○ Schnittstellen SGB V ○ Lotsenfunktion ○ §64b SGB V ○ Anreizsysteme ○ Kostenträgerstruktur ○ Selektivverträge • Regionale Versorgungsunterschiede – Mobilität: <ul style="list-style-type: none"> ○ Regionale Planung ○ Distanz ○ Transportlogistik (Px und Tx) • Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> ○ Beziehungserhalt und Aufbau während Behandlung erfolgversprechend ○ Wissen um Hilfen ○ Misstrauen ○ Barrieren ○ Vernachlässigung • Einbindung von Erfahrenen und Angehörigen <ul style="list-style-type: none"> ○ Einbindung von Angehörigen bzw. privatem Umfeld in die Behandlung ○ Leitfaden Patientenbeteiligung ○ systematisch verbindlich ○ Leitfaden Angehörigenbeteiligung ○ Nutzerverhalten, Nutzerperspektive • Personal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Personalbemessung ○ Mitarbeitergewinnung ○ Peers • Gesellschaft und Psychiatrie <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema psychische Erkrankungen ○ fehlender Sozialhalt ○ Psychiatisierung ○ Stigma
Lösungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> • frühe Hilfen <ul style="list-style-type: none"> ○ Beratung <ul style="list-style-type: none"> ■ Transformation der KBS (Kontakt- und Beratungsstelle) ■ → Gesundheitsberatungsstellen der Kommunen ○ Begleitung <ul style="list-style-type: none"> ■ Vertrauensaufbau ■ ohne Diagnose ■ Peers und andere ■ bei unabhängiger Stelle • regionale Unterschiede / Mobilität <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxi/ Kleinbusse ○ Zuhause <-> Leistung (und umgekehrt) ○ Kooperation der Dienste ○ Telemedizin • Einbindung von Erfahrenen und Angehörigen/ Nutzerbeteiligung <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbindlich und systematisch in Gesundheitsplanung incl. Finanzierung ○ für Innovation (NHS) ○ „Public and Patient Involvement“ ○ Ausbildung/ Patientenuniversität

Gruppe 3: Generationsspezifische Aspekte in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Oberthema	Inhalte
Ausgangsthemen	<ul style="list-style-type: none"> • Herausforderungen der Transitionsphasen, Entwicklungsaufgaben • Kinder psychisch kranker Eltern • Hilfen außerhalb des medizinischen Systems • Schnittstelle: medizinische Behandlung – Jugendhilfe – Schule • Wo finden Eltern Hilfe und Beratung, wann sollten Eltern Hilfe und Beratung in Anspruch nehmen • Welche Rolle spielt die Schule • Bedarfsgerechte Hilfen im Dschungel unterschiedlicher Hilfesysteme • Regionale Versorgungsunterschiede • Neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit • Probleme in der Versorgung von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind • Schritt für Schritt zu passenden Angeboten • Wo sind die passenden Hilfen, wo finden Angehörige Beratung und Unterstützung • Verlust an Selbstständigkeit und Autonomie, Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit • Leben mit Demenz zu Hause, Anforderungen an die Angehörigen, wo finden die Angehörigen Rat und Unterstützung • Sektorenübergreifende Konzepte und Kooperation der einzelnen Akteure (Beratungsstellen, Ärzte, Krankenhaus, alltagsunterstützende Angebote, ambulante Dienste, Tagespflege) • „Ich will nicht ins Pflegeheim“, welche Alternativen gibt es?
Problemfeststellung	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment individuelle Bedarfsermittlung • mögliche Leistungen nicht genutzt • Atomisierung der Beratung • Fragmentierung der Finanzierung und der Angebote, SGB V, XI, XII • Hilfsangebote zu Hause • gesellschaftliche Aufgabe / Hilfe zur Selbsthilfe • Mangel patientengerechter Angebote / Akzeptanz • defizitäre Aufklärung • Haltung, Einstellung, Kompetenz • BGB Unterbringung in Heimen (Eingliederungshilfe vs. Pflege) • Demenzkranke ohne Angehörige • Fachärztemangel in Heimen • Regionale Versorgungsgebiete • Finanzierung niedergelassener Bereich • Kinder - Jugendliche - Jugendhilfe (SGB VIII) • Gesundheit - Bildung/Schule - Bildungsleichen • Beziehungsabbrüche • Personal- u. Fachkräftemangel • Verständigung zwischen Institutionen und Akteuren • Berufliche Qualifizierung / Agentur für Arbeit • fachspezifischer Tunnelblick • generationsübergreifende Angebote
Lösungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> • ICF care sets („Monster“): Beschreibung Teilhabebeeinträchtigungen • Dachverband Jugendhilfe • Kooperationsverträge Kliniken – Jugendhilfe (zweisprachig) • Gemeinsame Sprache → Prozesse • Z.B. Krisenbetten für Jugendhilfe • Rotation Klinik Jugendamt • Fortbildungen • ZSPR • Behandler in die Schule, Behandlungsmodule (Innovationsfondprojekt) • Schulung der Erzieher und Lehrer • Schulpsychologischer Dienst • Frühkindliche Hilfen: interdisziplinäre Aufgaben • Hilfen der > 2-3 Jahren • ehrenamtliche Patenschaften „amsoc“ • Bereitschaftspflege • Mobilität der Behandler • Telemedizin • Ärztehäuser • „Systemwechsel“ • Sensibilisierung Erwachsenenpsychiatrie für Kinder • Information und Aufklärung • Innovationsfondprojekt „Demenzranke im Krankenhaus“

Lösungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassmanagement • Häusliche Einzelschulung • Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Pflegedienste → qualifizierte Pflegeberatung • AGNES: aufsuchende Arzthelferin • universelle Prävention • regionale Verbundstrukturen aller Akteure • Fachstellen Alter und Pflege im Quartier • Daten, Bedarfsplanung • Alternativen zum Pflegeheim → Normalisierung – Wohngemeinschaften • Teilnehmende ressourcenfördernde Pflege → Schulung • Mehr möglich als im Moment umgesetzt • Schulung und Information Hausärzte
----------------	--

Gruppe 4: Psychosoziale Versorgung für Menschen mit Fluchterfahrung

Oberthema	Inhalte
Ausgangsthemen	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Versorgungsunterschiede • Niedrigschwellige Versorgungs- und Alltagsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen • Kinder als Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen
Problemfeststellung	<ul style="list-style-type: none"> • Sucht, Trauma, diagnostisches Problem • kulturelle Barriere, Sprachbarriere, kulturspezifische Fachkompetenz, Interkulturelle Öffnung • schwebende Verfahren, Wartezeiten • SGB V und XII, Rechtsanspruch • Wohnraum • Umverteilung im Land, Integration mit offenem Familiennachzug • Zuständigkeiten, Hoffnungslosigkeit, Perspektivlosigkeit • Erwartungen des Geflüchteten, Gesundheitskompetenz • kulturspezifische Pflegedienste • GFZ (Gesundheitszentrum für Flüchtlinge), XENION, PIBB • Clearingstelle auch für unbegleitete Minderjährige • Transfer Charité • Netzwerkbörse • ambulantes Beratungsangebot Bezirklich • Niedergelassene Ärzte und Fachärzte • Spezialangebote • Zentrum für Folteropfer • Gemeinde Dolmetscher • Sozialpädiatrischer Dienst • Eingliederungshilfe • 24 Mitarbeiterinnen in KBS (Kontakt- und Beratungsstelle) • Kliniken, Ambulanzen, Psychotherapeuten • Insellösungen • Dolmetscherkosten • Versorgungswege im System? • ambulantes Versorgungsnetz • Angebote aus Berlin genutzt in Brandenburg • Migrationsberatung durch Sozialarbeiter • Start-up- Konzepte • Guidance
Lösungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsforschung – Evaluation • Detaillierte Bedarfserhebung • Lokalspezifische Erhebungen • 3 Säulen: <ul style="list-style-type: none"> o Wegweiser: <ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgaben: System erklären, Zugang zur Sprachmittlung, Informationsmaterialien, niederschwellig o Hotline (präsent): <ul style="list-style-type: none"> ■ Krisendienst, SpD (Sozialpädiatrischer Dienst), Versorgungssituationssituation, KV-Berlin / KV Brandenburg ■ Dolmetersystem (Telefon, Video, Skype), Dolmeterscherausbildung o Versorgungssystem: <ul style="list-style-type: none"> ■ interkulturelle Kompetenz (verpflichtend), über alle Berufsgruppen, interkulturelle Öffnung (Anreize) ■ auskömmliche Finanzierung ■ ÖGD: Ausstattung und Stärkung

10.3 Materialien zu den Vorträgen

Einleitung (Dr. Jens Schick)

Vortragsblock I: Überregionaler Input zur Bedeutung der psychiatrischen Versorgung

- **Internationaler Systemvergleich zur sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Prof. Dr. Martin Lambert, Dr. Iris Hauth
- **Neu, als oder nur anders? „Innovative“ Modelle in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung**
Dr. Bettina Wilms
- **Nutzer_innenbeteiligung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Uwe Wegener, Gudrun Weißenborn

Vortragsblock II: Innovative Versorgungsprojekte anhand von Best-Practice-Beispielen aus Berlin und Brandenburg

- **Beispiel I: Brandenburg**
Prof. Dr. Martin Heinze, Dr. Christian Kieser
- **Beispiel II: Berlin**
Dr. Ingrid Munk, Alicia Navarro-Ureña

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

THE GERMAN CAPITAL REGION
excellence in life sciences & healthcare



„Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Dr. Jens Schick

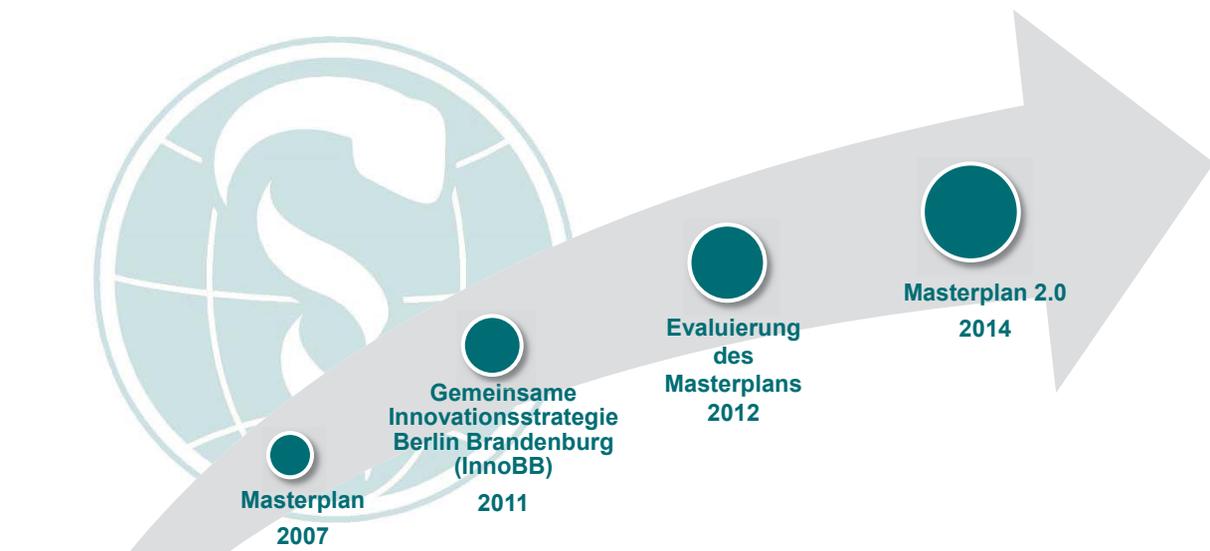


EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg und der Investitionsbank Berlin,
kofinanziert von der Europäischen Union – Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung.

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin Brandenburg



Health Capital BERLIN BRANDENBURG

1

Cross-Innovation

- Organisation und Durchführung von Cross-Innovation Veranstaltungen und Workshops (u.a. Mikroelektronik, Kunststoffe, Optik, Ernährung, Medien/Kreativwirtschaft)
- Schwerpunkt der Clusterkonferenz 2017

2

Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft

- Konzeptionierung, Organisation und Durchführung einer internationalen Konferenz „Big Data in Medicine“ in Potsdam unter Federführung der HIMSS und gemeinsam mit der Uni Potsdam/HPI
- Positionspapier Big Data

3

Stärkung der Innovationsstrukturen

- Analyse zu möglichen Standorten im Land Brandenburg für den Aufbau sog. Innovations-Campi
- Schaffung innovativer Rahmenbedingungen durch räumliche Nähe von Wirtschaft, Wissenschaft und Versorgung

4

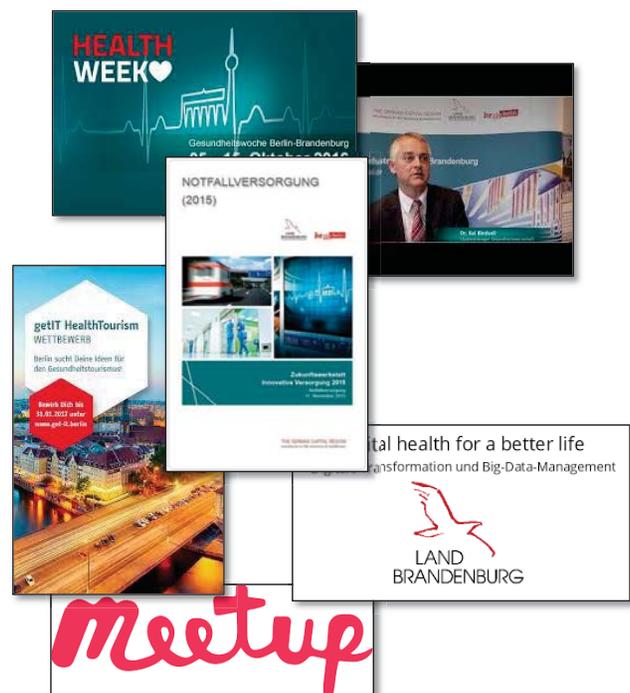
Unterstützung junger Unternehmen

- Barcamp Health IT / IT in Pflege & Versorgung
- meet-ups zur Vernetzung von Startups und Kliniken / Startup-Showcases etc.
- Vernetzung von Startups mit etablierten Akteuren (Pharma, Krankenkassen)
- Seedcamp

Akteure vernetzen – innovative Versorgungsformen initiieren

Um die Vernetzung der regionalen Akteure untereinander zu fördern - mit dem Ziel der Initiierung von innovativen Versorgungsformen - organisiert und/oder unterstützt das Clustermanagement verschiedene Veranstaltungsformate, u.a.:

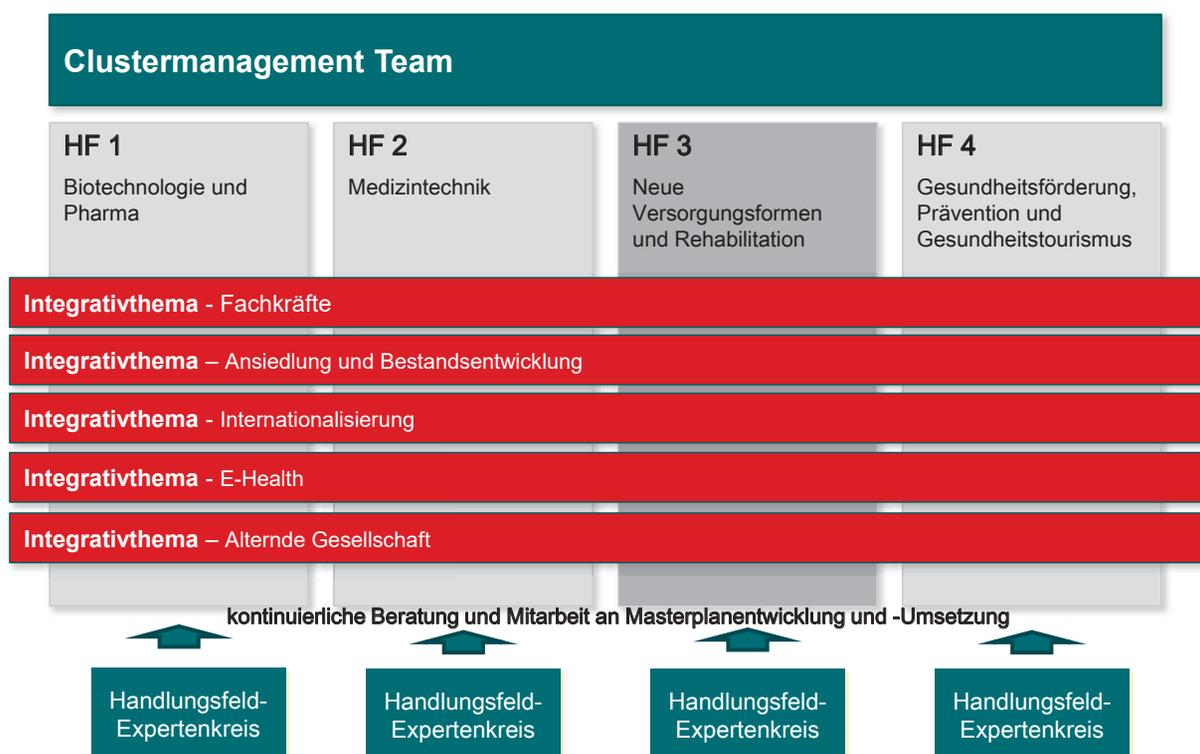
- die jährliche Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
- weitere jährliche Formate wie HealthWeek, BioBilanz, Treffpunkt Medizintechnik, Potsdam Days on Bioanalysis, Senftenberger Innovationsforum, ...
- regionale Wettbewerbe
- Zielgruppenspezifische Veranstaltungen (z.B. meetups, Barcamp, Seedcamp, ...)



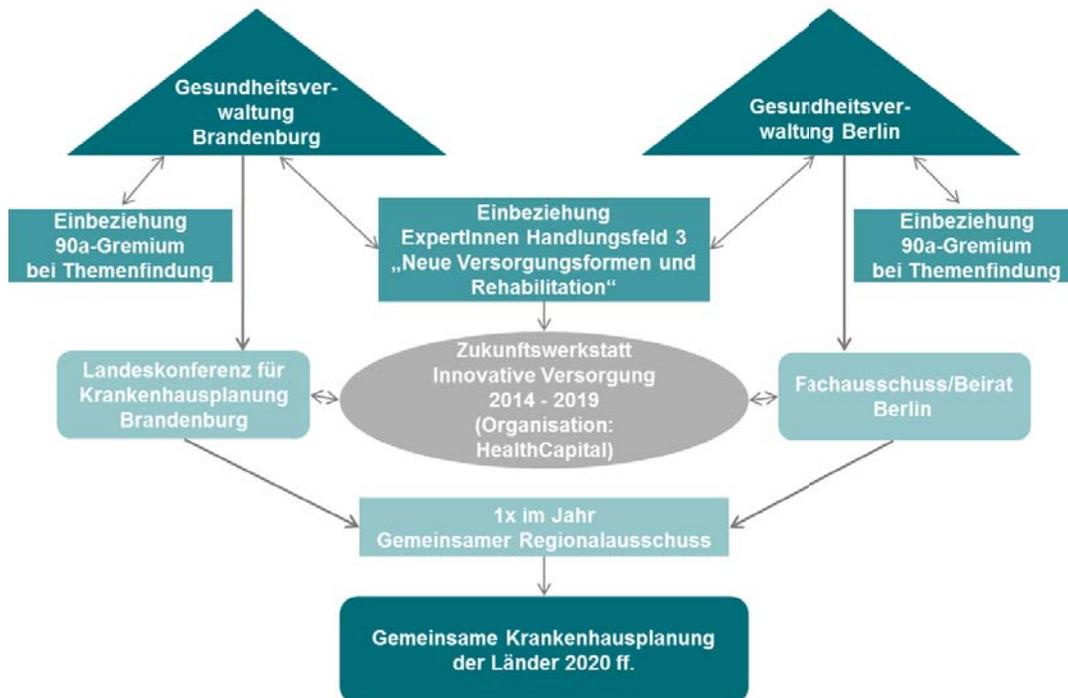
Vorangegangene Zukunftswerkstätten (2014-2016)



Handlungsfelder des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg



Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg ab 2020 ff.
↕
Entwicklung innovativer Versorgungsstrategien und Versorgungsketten



Format der Veranstaltung:

- Einmal im Jahr (zunächst 2014-2020), Auftaktveranstaltung am 6.12.2014 zum Thema Altersmedizin/Geriatrie
- Rund 50 Teilnehmer (nicht öffentlich)
- Veranstaltungsort alternierend zwischen Berlin und Brandenburg
- Ergebnisse werden aufbereitet und dokumentiert
- Vorbereitung der Werkstattgespräche durch Handlungsfeldmanager und einer Steuerungsrunde
- Externe Kompetenz national wie international sollte eingebunden werden



Planungsgremium Zukunftswerkstatt 2017



Elimar Brandt



Dr. Jens-Uwe Schreck



Jürgen Heese



Dr. Detlef Troppens



Michael Jakob



Enrico Kreutz



Dr. Jens Schick



Stefanie Stoff-Ahnis



Dr. Thomas Götz



Michael Zaske



Dr. Carsten Jäger



Brit Ismer



Lutz O. Freiberg

FachexpertInnen:

Dr. Iris Hauth

Dr. Ingrid Munk

Dr. Christian Kieser

Dr. Ulrich Niedermeyer

Prof. Martin Heinze



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Jens Schick

Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG,

Sprecher des Handlungsfeldes 3 "Neue

Versorgungsformen und Rehabilitation

info@healthcapital.com



Das Hamburger Modell: Integrierte Versorgung für Menschen mit Psychosen

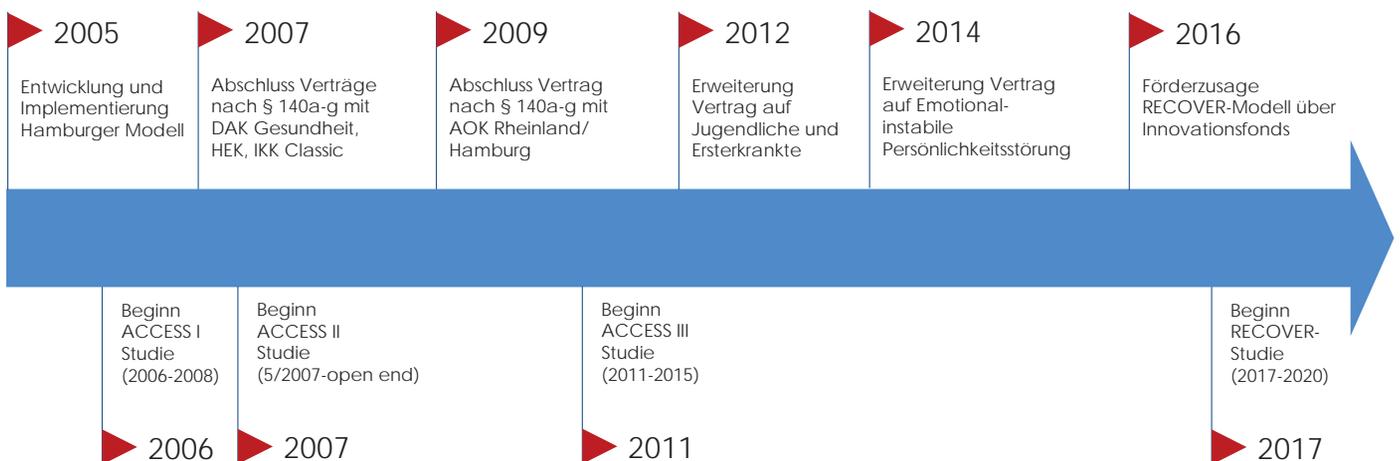
Prof. Dr. Martin Lambert
Leiter des Arbeitsbereich Psychosen, Leiter der Integrierten Versorgung

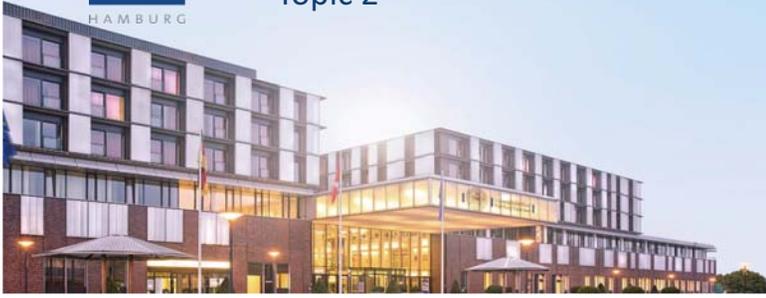
- Entwicklungen der Integrierten Versorgung
- Schwere psychische Erkrankungen und evidenzbasierte Versorgung
- Integrierte Versorgung nach dem Hamburger Modell
- Patientencharakteristika und Behandlungserfolg
- Finanzierung



Entwicklungen der Integrierten Versorgung

Entwicklungen der Integrierten Versorgung im UKE





Schwere psychische Erkrankungen und evidenzbasierte Versorgung

Schwere psychische Erkrankungen (engl. „severe or serious persistent mental illness“, SPMI)

Kern-Definition schwere psychische Erkrankung

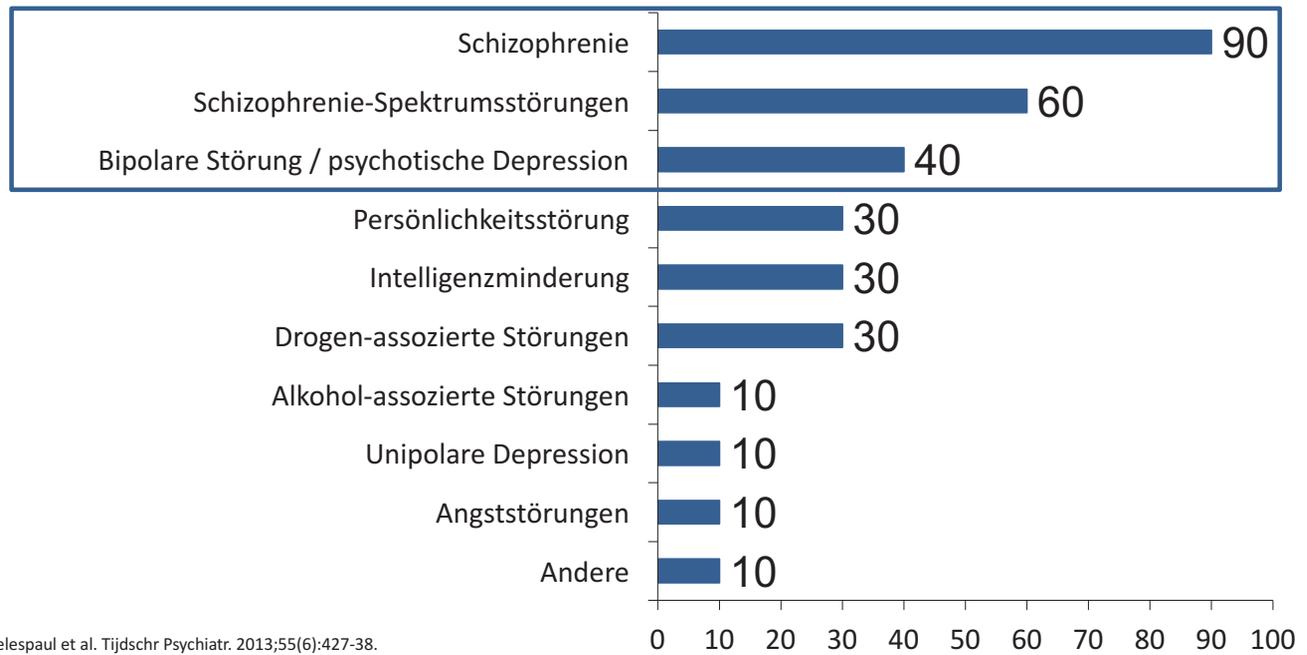
1) Psychische Störung nach DSM-V

2) Schwere und anhaltende Reduktion des Funktionsniveaus



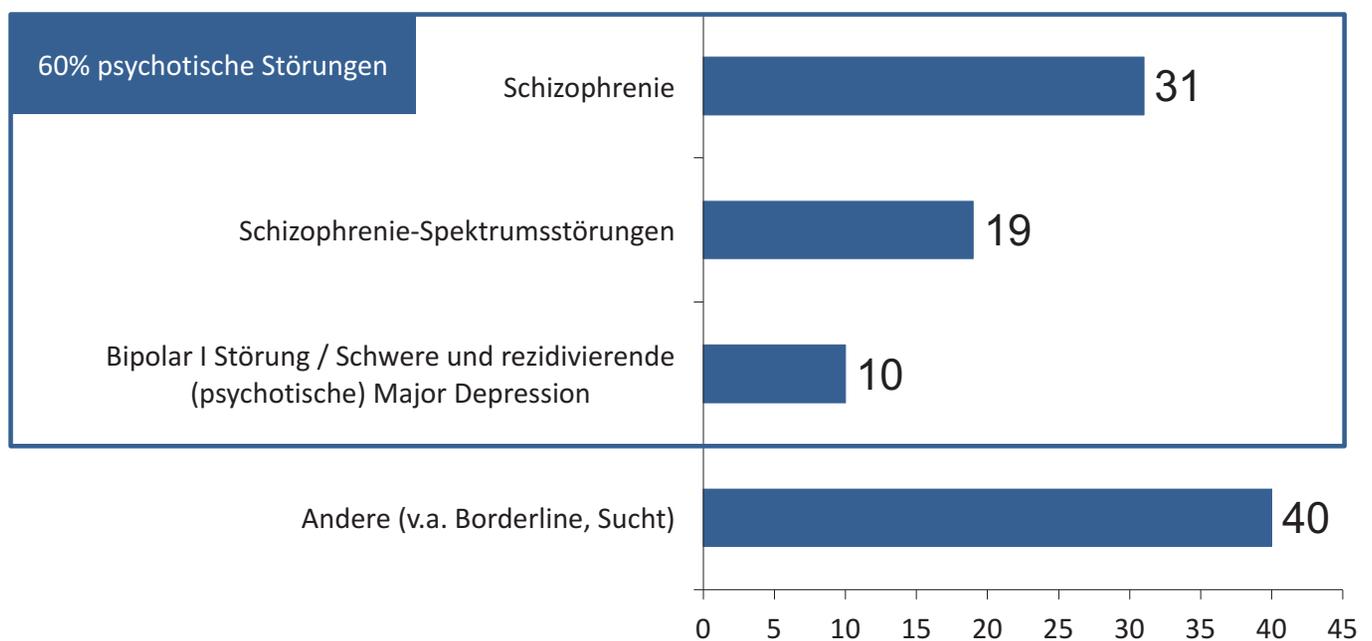
Demyttenaere et al. JAMA. 2004;291(21):2581-2590.
Kessler et al. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-627.
Kessler et al. Arch Gen Psychiatry 2012; 69: 372-80.
Parabiaghi et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41:457-63.
Delespaul et al. Tijdschr Psychiatr 2013;55(6):427-38.

Anteil von Patienten mit schweren psychischen Störungen nach Art (Diagnose) der Erkrankung ¹

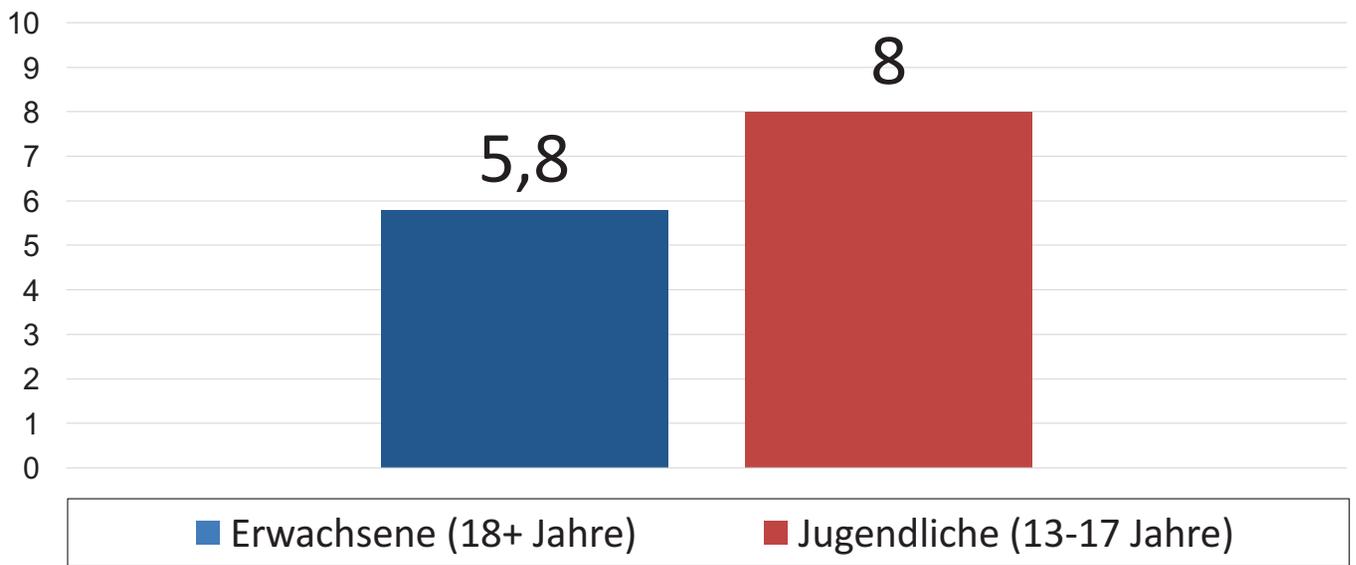


¹ Delespaul et al. Tijdschr Psychiatr. 2013;55(6):427-38.

Anteil von Patienten mit schweren psychischen Störungen nach Art (Diagnose) der Erkrankung ¹



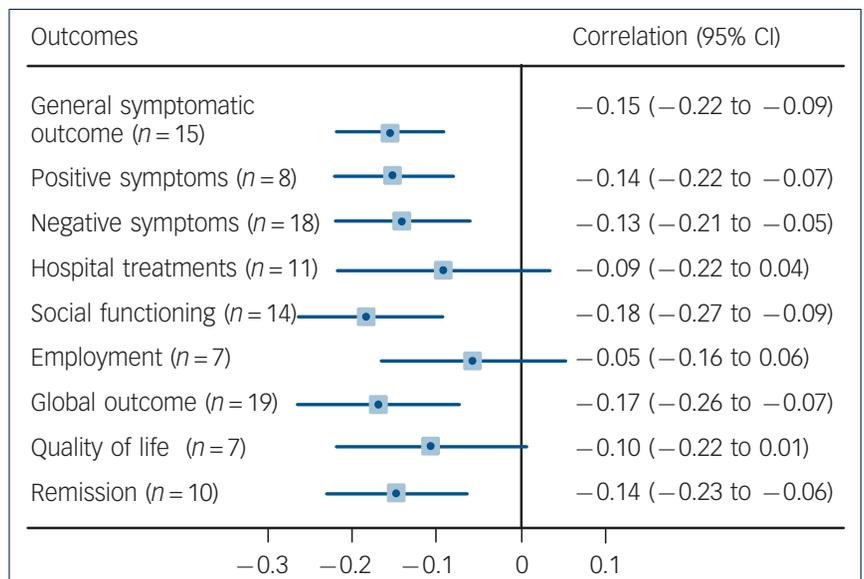
¹ Delespaul et al. Tijdschr Psychiatr. 2013;55(6):427-38.



¹ Bagelman & Napili. Congressional Research Service, CRS-Report 7-5700, USA 2015.

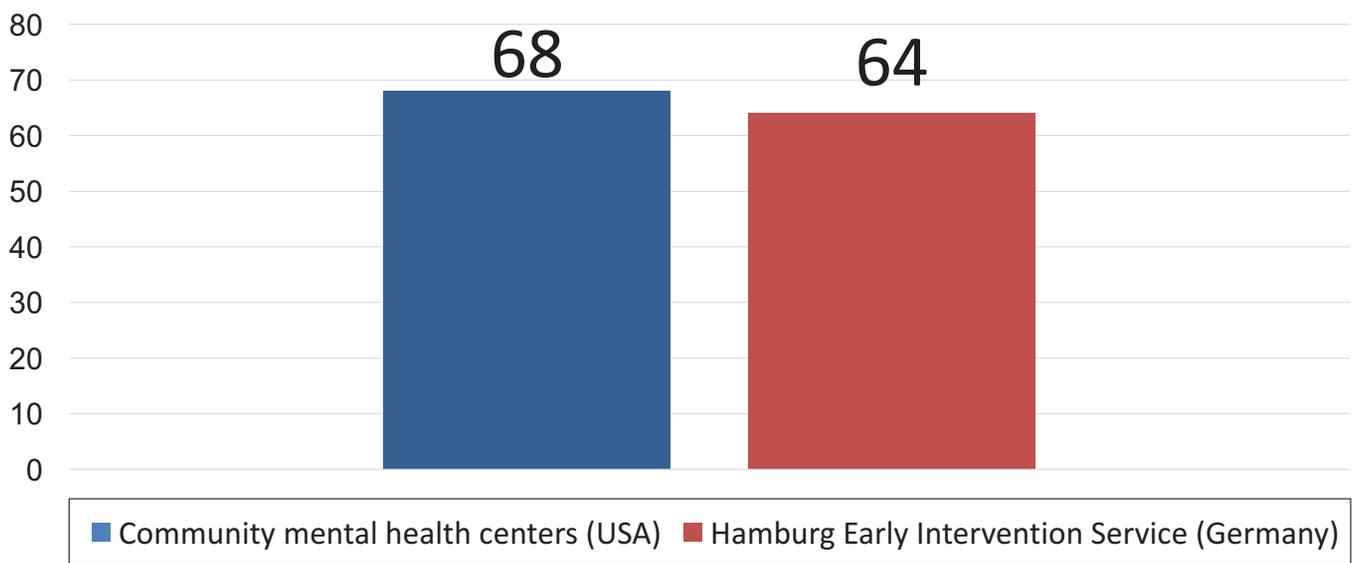
Meta-Analyse und Systematisches Review zum Einfluss der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) auf Langzeitprognose

- 33 Kohorten
- DUP 61.3 Wochen
- Follow-up 8.1 Jahre
- Lange DUP ist signifikanter Prädiktor von schlechtem multidimensionalen Behandlungserfolg

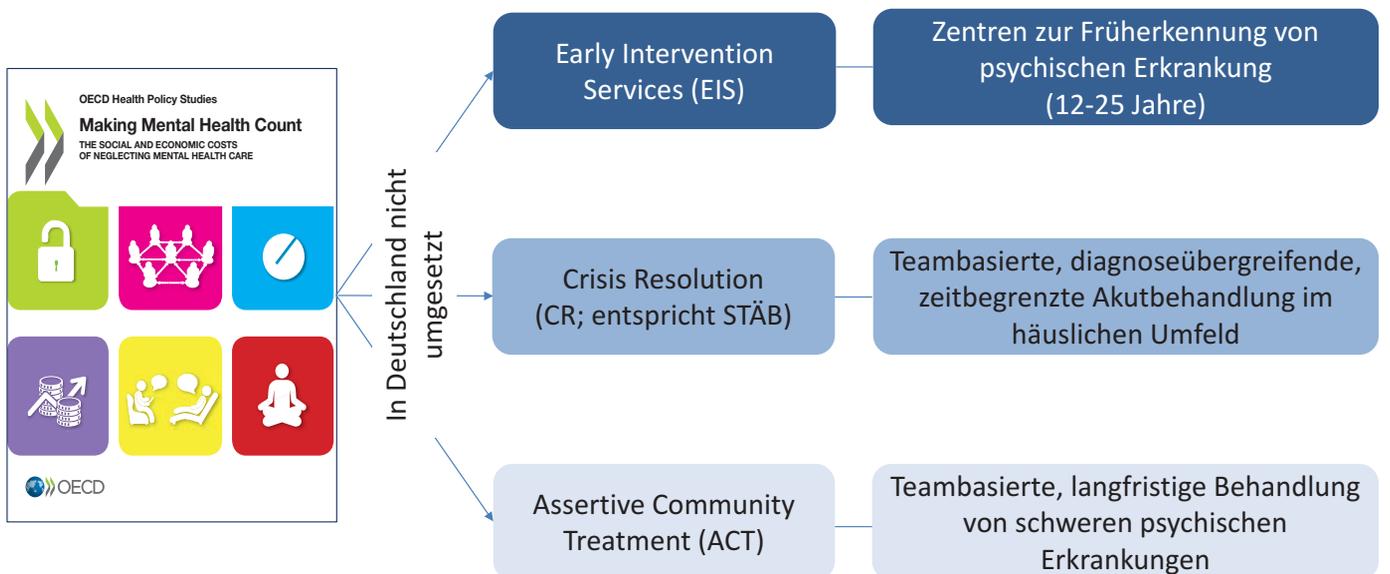


Negative Korrelation zeigen, dass eine lange DUP mit einem schlechten Behandlungserfolg assoziiert ist!

¹ Penttilä et al. Br J Psychiatry 2014; 205, 88-94



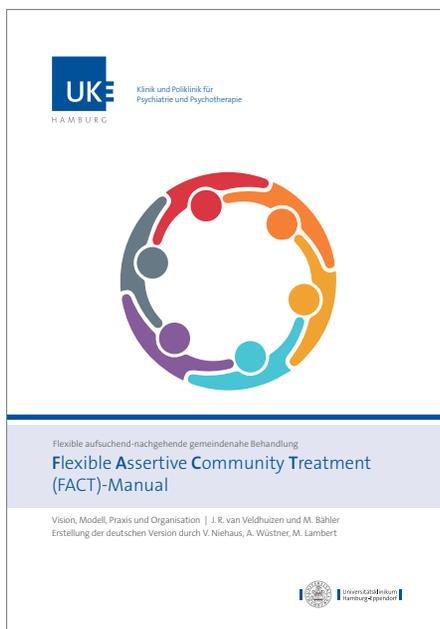
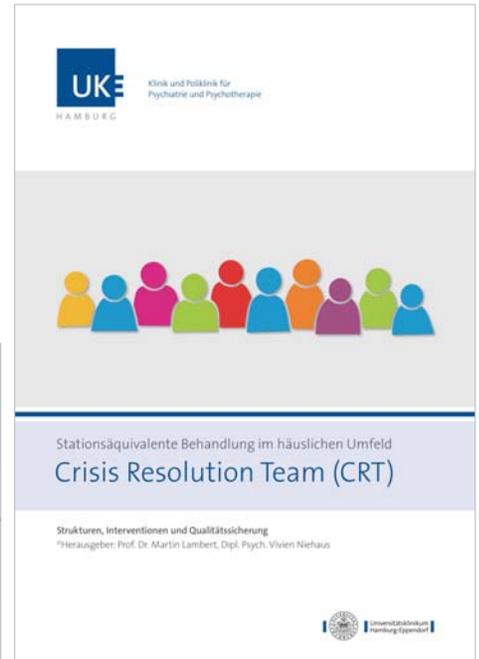
1. Addington et al. Am J Psychiatry 2015; 66: 753-756.
2. Lambert et al. Psychiatr Prax 2015;42 Suppl 1:49-53; Lambert et al. Acta Psychiatr Scand, in press.



¹ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014) Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing.

Fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team mit der Aufgabe einer zeitlich begrenzten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Klienten in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung

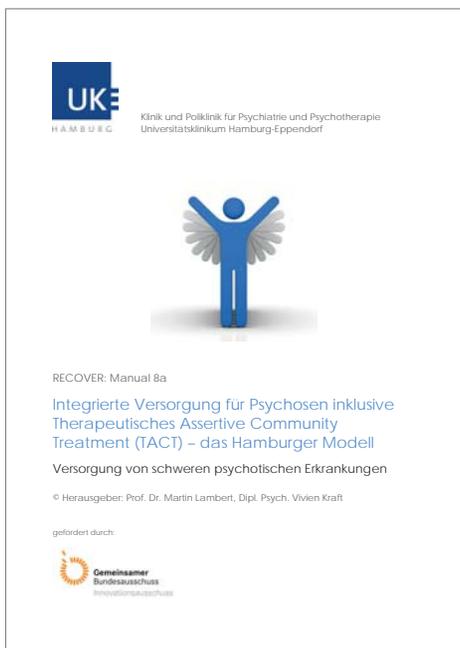
Lambert M, Kraft V. Stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld - Crisis Resolution Team (CRT): Strukturen, Interventionen und Qualitätssicherung © UKE 2017



Manual Flexibles Assertive Community Treatment (FACT) (2013). J.R. van Veldhuizen & M. Bähler; www.factfacts.nl, Groningen. Deutsche Übersetzung von V. Kraft, A. Wüstner & M. Lambert. © UKE 2017 DOI: 10.13140/RG.2.1.3925.1683



Qualitätssicherungsskala Flexibles Assertive Community Treatment (FACT) (2013). J.R. van Veldhuizen & M. Bähler; www.factfacts.nl, Groningen. Deutsche Übersetzung von V. Kraft, A. Wüstner & M. Lambert. © UKE 2017 DOI: 10.13140/RG.2.1.3925.1683



Manual Integrierte Versorgung für Psychosen inklusive Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) – das Hamburger Modell (2017). M. Lambert, V. Kraft © UKE 2017



Unter „News“ Bereitstellung der Manuale



Integrierte Versorgung nach dem Hamburger Modell

- Beginn 1.5.2007, Laufzeit 10 Jahre und 15 Tage
- § 140a-g SGB V – Integrierte Versorgung
- Managed Care Capitation Modell (Patienten-Jahrespauschale)
- Organisationsform eines *Provider Networks*
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung inklusive seit 1.5.2007 laufende Ergebnisqualitätsstudie (ACCESS II)

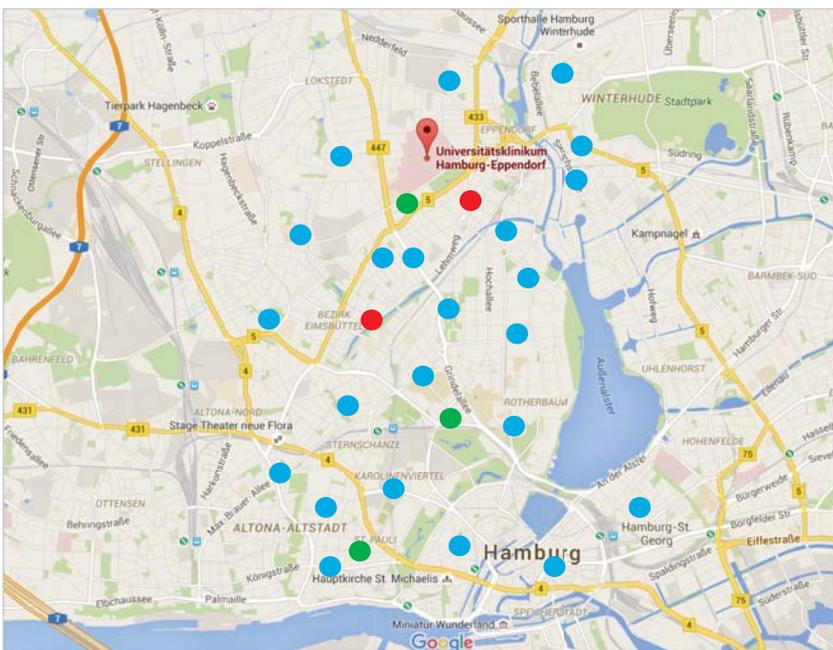
Aktuell



Ab 2017

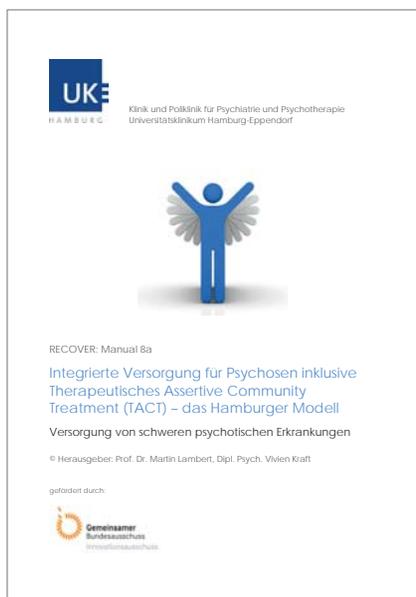


Krankenkasse	Aktuell		Ab 2018	
	IV-Psychose	IV-Borderline	IV-Psychose	IV-Borderline
	✓	✓	✓	✓
	✓		✓	✓
	✓	✓	✓	✓
	✓		✓	✓
			✓	✓



Partner	Anzahl	Zeichen
Aktuell		
Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	23	●
Pflegedienste	2	●
MVZ	3	●
Zukünftig ab 2018		
Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten	60	●
Niedergelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin	10	●

Störungsbereich ICD-10	ICD-10 Diagnosen
F1-Störungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substanzinduzierte psychotische Störung (F1x.5)
F2-Störungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schizophrenie (F20) ▪ Anhaltende wahnhafte Störung (F22) ▪ Akute vorübergehende psychotische Störung (F23) ▪ Induzierte wahnhafte Störung (F24) ▪ Schizoaffektive Störung (F25) ▪ Sonstige nichtorganische psychotische Störung (F28) ▪ Nicht näher bezeichnende nichtorganische Psychose (F29)
F3-Störungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode mit psychotischen Symptomen (F30) ▪ Bipolar affektive Störung (F31) ▪ Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) ▪ Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)



- Qualitätssicherungsmanual zum Hamburger Modell
- Workflow zum Hamburger Modell und zum sektorenübergreifenden Managed Care

Strukturen	Mehrfacherkrankte Patienten (18+)	Ersterkrankte Patienten (12+)
Kliniken	Erwachsenenpsychiatrie	Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie
Sektoren	Erwachsenenpsychiatrie (360.000)	Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie (620.000)
Aufgaben	Integrierte Versorgung	Früherkennung und Integrierte Versorgung
TACT Team	<ul style="list-style-type: none"> Erwachsenenpsychiatrie Vor allem Psychiater und Psychologen 	<ul style="list-style-type: none"> Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie Vor allem Psychiater und Psychologen
Beteiligte Institutionen	<p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> Station für Psychosen und bipolare Störungen Station für Akuterkrankungen <p>Tagesklinisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tagesklinik für Psychosen und bipolare Störungen Tagesklinik für Jugendliche und junge Erwachsene Tagesklinik der Arbeitstherapie <p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spezialambulanz für Psychosen und bipolare Störungen 	<p>Stationär:</p> <ul style="list-style-type: none"> Station für Psychosen und bipolare Störungen Station für Akuterkrankungen Station für Adoleszentenpsychiatrie Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie <p>Tagesklinisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tagesklinik für Psychosen und bipolare Störungen Tagesklinik für Jugendliche und junge Erwachsene <p>Ambulant:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spezialambulanz für Psychosen und bipolare Störungen <p>Früherkennung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Früherkennungsambulanz für psychische Störungen (FePS)
Sektorales Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> Niedergelassene Psychiater und Psychologen der Erwachsenenpsychiatrie Peer Genesungsbegleitung 	<ul style="list-style-type: none"> Niedergelassene Psychiater und Psychologen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie Jugendhilfe, Schulpsychologischer Dienst Peer Genesungsbegleitung

Definition TACT:

Fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team, das eine ambulante, aufsuchend-nachgehende und langfristige Behandlung im häuslichen Umfeld für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbietet.

TACT haben folgende Kernelemente:

- Fachärztlich geleitet, multiprofessionell
- Intensive Behandlung über einen langen Zeitraum
- 24h/tgl. 7Tage/Woche Krisenintervention
- Hochfrequente Behandlung
- Experten für Psychosen und bipolare Störungen
- Psychotherapie fester Bestandteil der Behandlung



Struktur	Traditionelles ACT ^{1,2}	Therapeutisches ACT ³
Indikation	Schwere psychische Störung	Schwere psychotische Störung
Team	Abhängig von Ausgestaltung (v.a. keine Therapieexperten)	Psychose-Experten-Team (v.a. Psychiater und Psychologen)
Behandler / Patient-Ratio	1 : 15/20	1 : 15/20
Bereitschaft	24h/tgl. / 365 Tage	24h/tgl. / 365 Tage
No-drop-out policy	Ja	Ja
Früherkennung	Nein	Ja
Pharmakotherapie	Abhängig von Ausgestaltung	Experten, Hauptaufgabe
Psychotherapie	Abhängig von Ausgestaltung	Experten, Hauptaufgabe
Netzwerk	Abhängig von Ausgestaltung	Netzwerk aus Psychosen Spezialinstitutionen
Behandlungskontinuität	Abhängig von Ausgestaltung	Ja
Behandlungsdauer	Abhängig von Ausgestaltung	Open-end

1. Stein LI, Test MA. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 392-7.

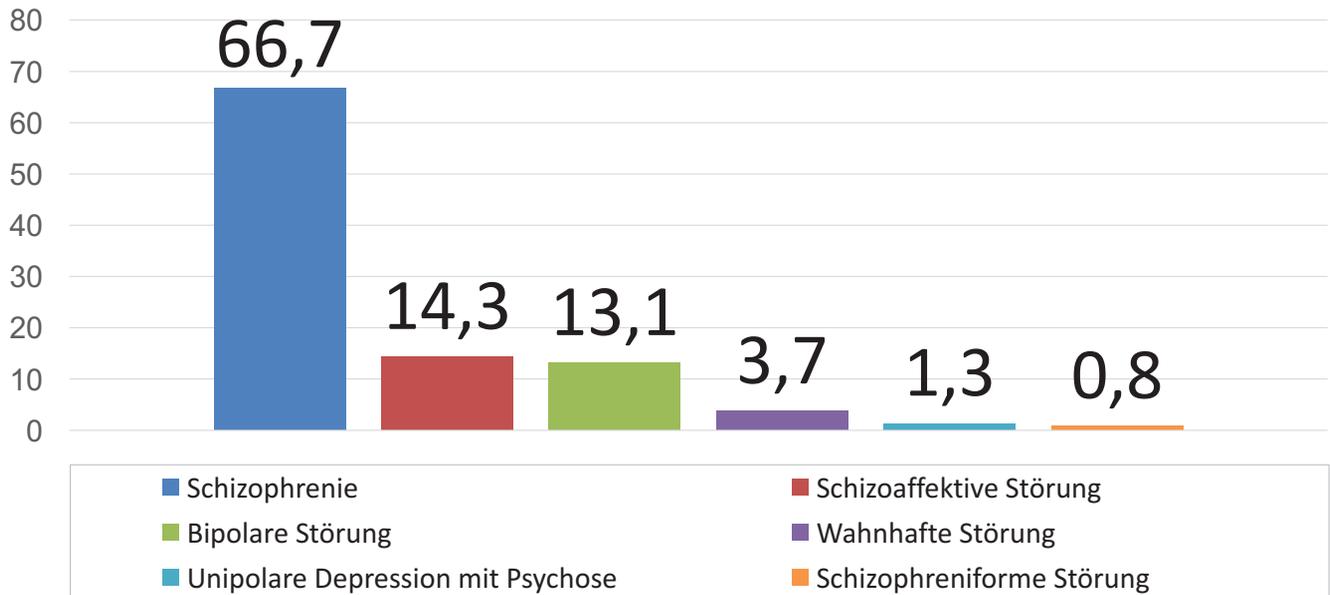
2. Marshall M, Lockwood A. Cochrane Database Syst Rev 1998;2:CD001089.

3. Lambert et al. J Clin Psychiatry 2010; 71: 1313-23.



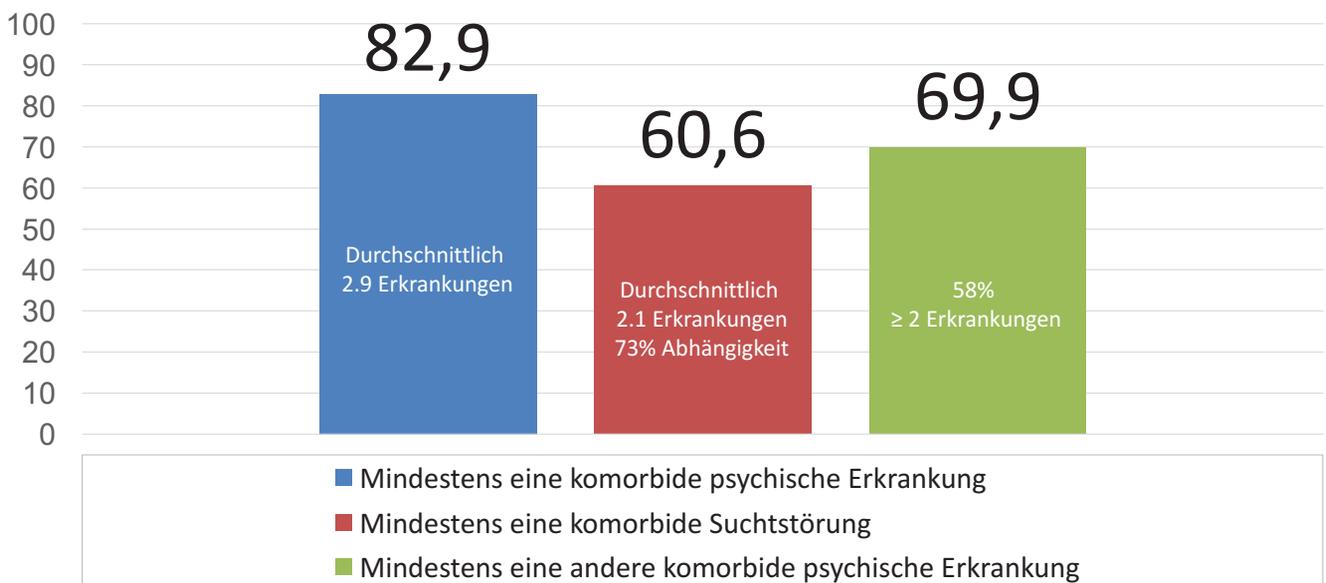
Patientencharakteristika und Behandlungserfolg

Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM



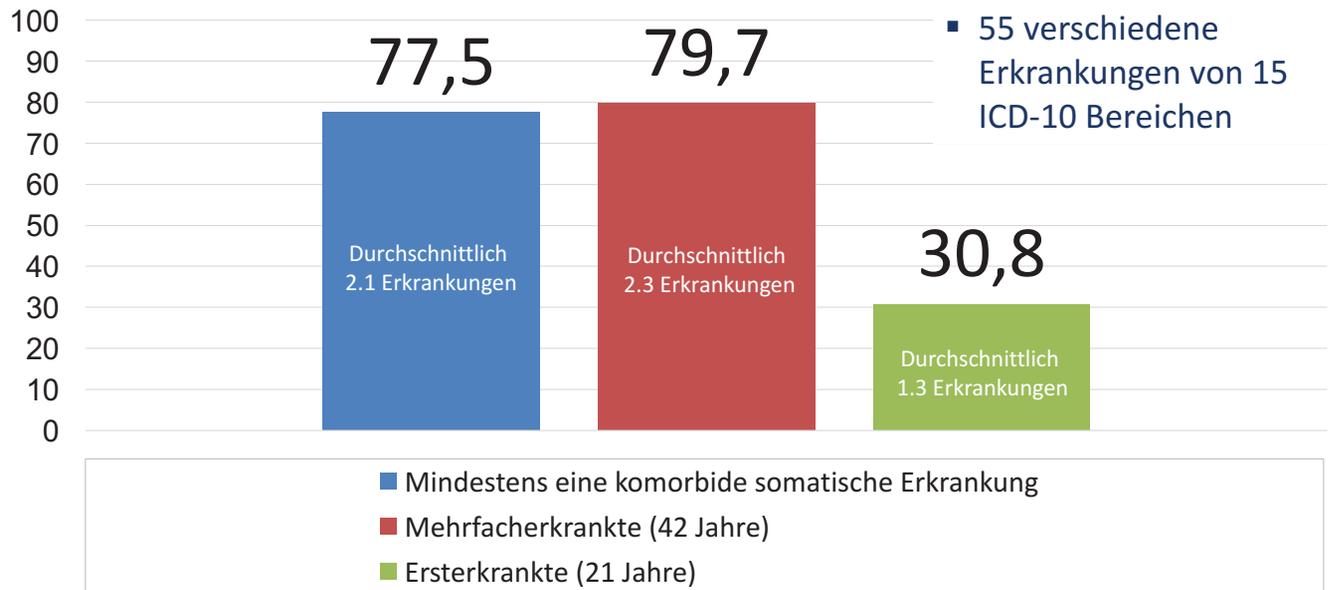
Lambert et al. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 408-419.
Lambert et al. Psychopharmakotherapie 2016; 23: 58-66.

Komorbide psychische Störungen nach ICD-10-GM



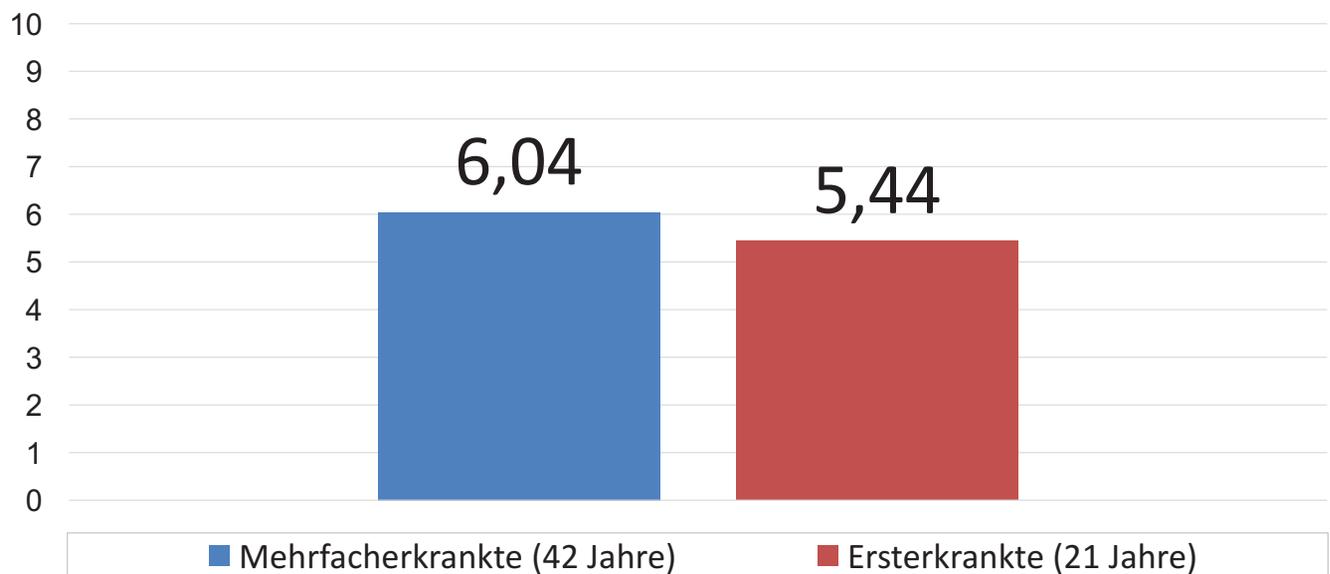
Lambert et al. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 408-419.
Lambert et al. Psychopharmakotherapie 2016; 23: 58-66.

Komorbide chronische somatische Störungen nach ICD-10-GM



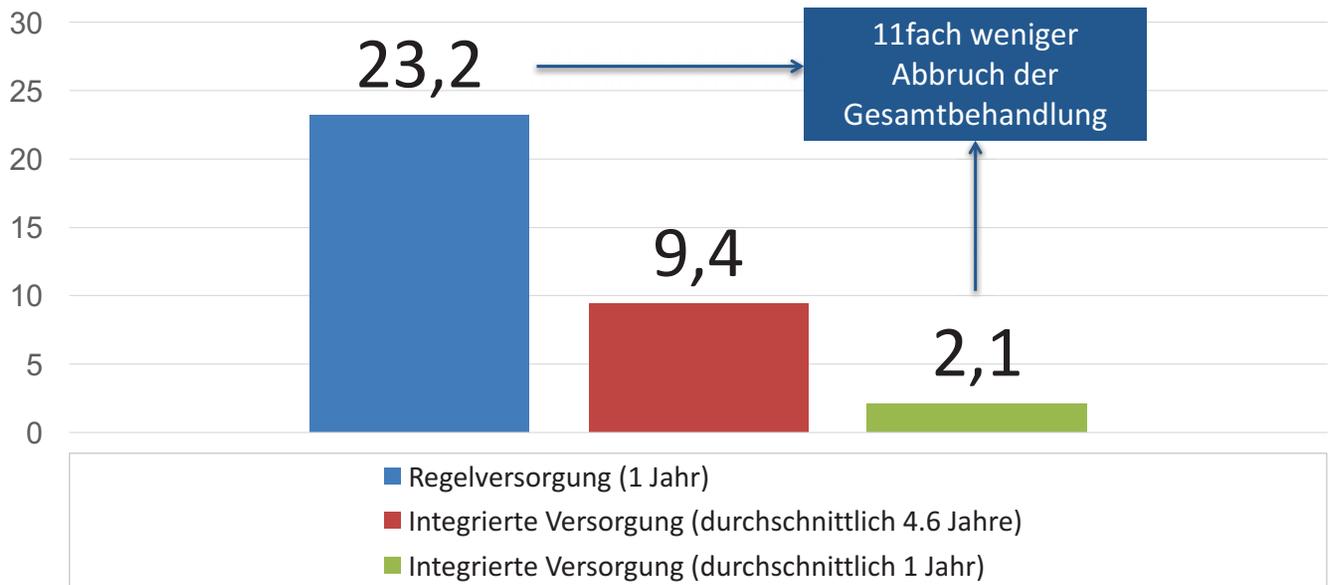
Lambert et al. Schizophr Res, Epub ahead of print.
Lambert et al. Acta Psychiatr Scand. 2017 Aug;136(2):188-200.

Soziale Unterstützungsbedarfsdiagnosen (Z) nach ICD-10-GM



Lambert et al. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 408-419.
Lambert et al. Psychopharmakotherapie 2016; 23: 58-66.

Gesamtbehandlungsabbruch
(N=328, durchschnittliche Zeit in IV: 4.6 Jahre)

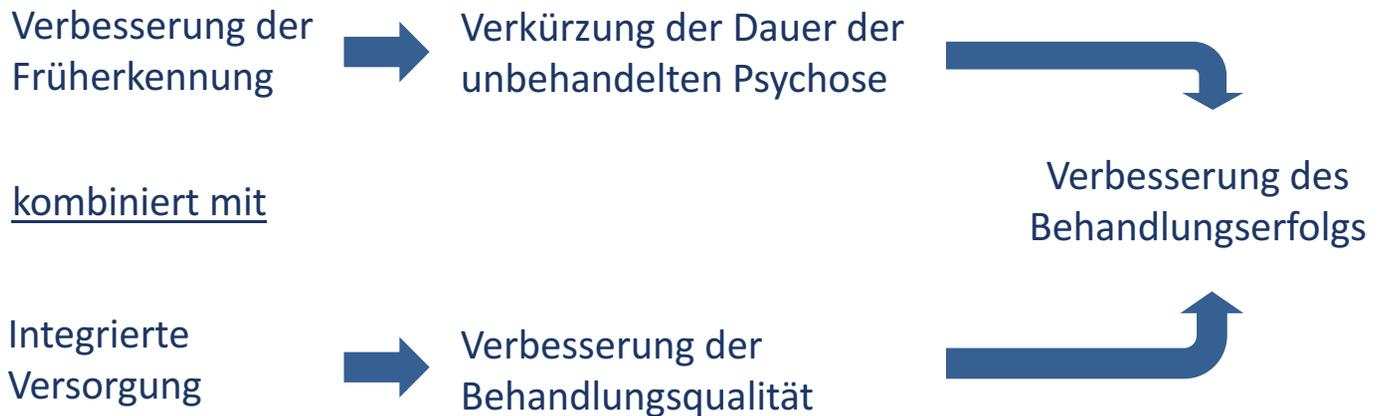


Lambert et al. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 408-419.
Lambert et al. Psychopharmakotherapie 2016; 23: 58-66.

4-Jahresverlauf alle Patienten (N=187)

Erfolgsvariablen	Mean (SD)			Mixed Model Repeat Measurement (MMRM, ≥ 4 Jahre)		
	Aufnahme	2 Jahre	4 Jahre	Df (Zeit)	Zeiteffekt, F	p-Wert
Psychopathologie (BPRS)	80.3 (19.7)	50.3 (11.7)	47.8 (10.9)	7/205.7	13.3	<.001
Schwere der Erkrankung (CGI-S)	5.8 (0.9)	4.0 (1.0)	3.7 (1.0)	9/621.2	17.3	<.001
Funktionsniveau (GAF)	35.9 (11.4)	58.9 (11.9)	63.7 (12.9)	9/615.3	15.3	<.001
Lebensqualität (Q-LES-Q-18)	2.2 (0.6)	3.3 (0.6)	3.4 (0.6)	9/633.6	3.6	<.001

Lambert et al. Psychopharmakotherapie 2016; 23: 58-66.



1 Lambert et al. Acta Psychiatr Scand. 2017 Aug;136(2):188-200.

- Rate von Patienten in 6-monatiger psychofunktionaler Remission zum Studienendpunkt

Symptomatische Remission

- Kriterium von Andreasen et al.¹
- Messung mit Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS²)
- Erfüllt wenn ≥ 6 Monate in 8 Symptomen ein Wert von ≤ 3 Punkten (nicht größer als „mild“) erreicht wurde.

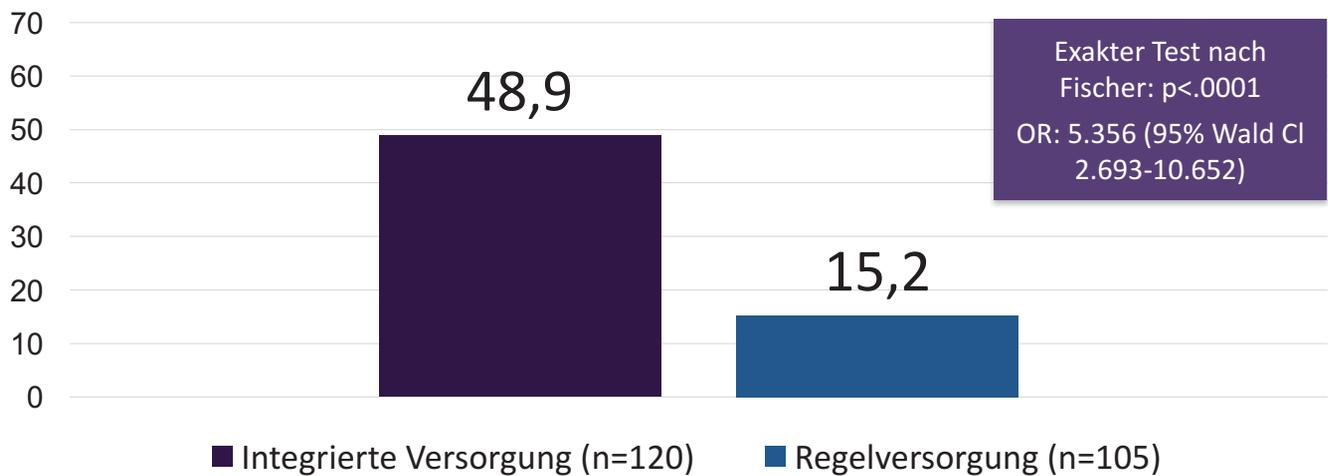


Funktionale Remission

- Kriterium von Albert et al.³
- Messung mit Global Assessment of Functioning Scale (GAF⁴)
- Erfüllt wenn ≥ 6 Monate ein Wert von ≥ 60 Punkten erreicht wurde (= mäßig eingeschränktes Funktionsniveau).

1. Andreasen et al. Am J Psychiatry 2005; 162: 441-9.
 2. Kay et al. Schizophr Bull 1987; 13: 261-276.
 3. Albert et al. Schizophr Res 2011; 125: 257-66
 4. APA. Diagnostic & statistical manual of mental disorders; 2000.

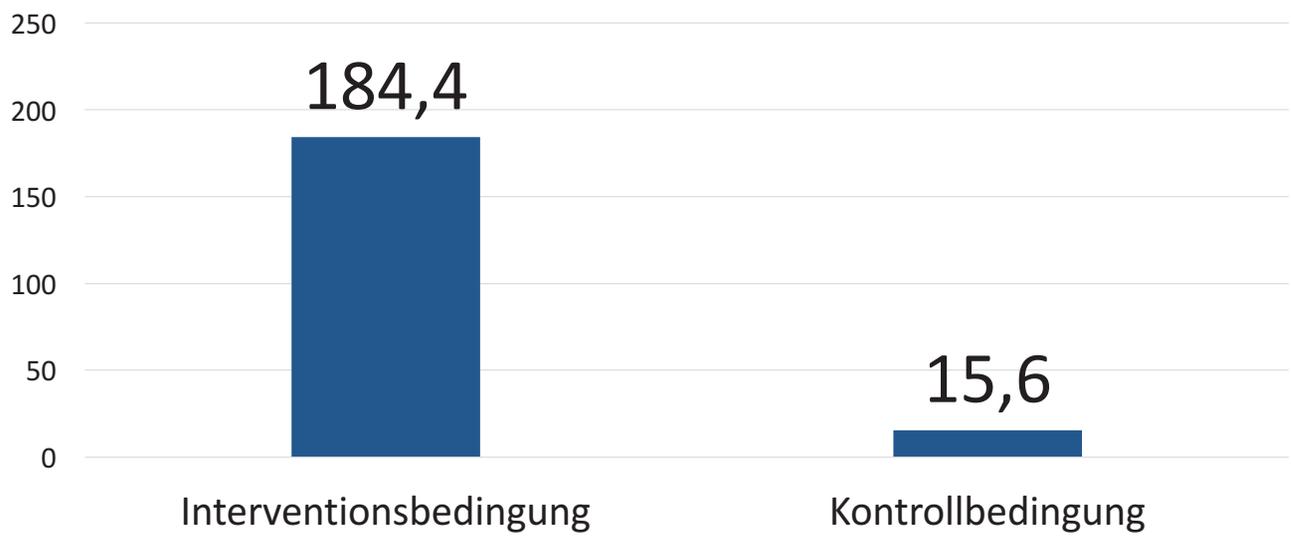
- Rate von Patienten mit ≥ 6 Monate Remission von Symptomen plus Funktionsniveau bei 1-Jahresendpunkt



1 Lambert et al. Acta Psychiatr Scand. 2017 Aug;136(2):188-200.

Faktoren	Regressionskoeffizient	Wald	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Nicht-affektive, affektive Psychose	-.237	.310	.578	.789	.343	1.815
Remission bei Aufnahme (ja, nein)	-.486	.292	.589	.615	.106	3.577
IB, KB	1.912	24.03	.000	6.766	3.150	14.53
Einschlussalter	0.89	4.319	.038	1.09	1.005	1.1.89
DUP	.003	1.863	.172	1.003	.999	1.008
Konstante	-3.73	11.38	.001	0.24		

1 Lambert et al. Acta Psychiatr Scand. 2017 Aug;136(2):188-200.



1 Lambert et al. Acta Psychiatr Scand. 2017 Aug;136(2):188-200.



- Jahrespauschale in Jahr 1 und 2
- Errechnung nach festgelegten Modus (im und außerhalb Sektor)
- Ab 3. Jahr (4 Pauschalen, die sich nach Krankheitsschwere (CGI-S), Funktionsniveau (GAF) und Intervention (Psychotherapie) richten
- Für Ersterkrankte in Remission ab Jahr 3 Case Management
- Jahrespauschale enthält startet am Tag der Aufnahme

1. Früherkennungsambulanz für psychische Störungen (FePS)
2. Vollstationäre Behandlung (Akutstation und Spezialstation)
3. Teilstationäre Behandlung (TK für Ersterkrankte und Post-Akut)
4. Ambulanz für Psychosen und Bipolare Störungen
5. Arbeitstherapie (Tagesklinik und Ambulanz)
6. Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) Team
7. 24htgl./365Tage/Jahr Bereitschaftsdienst
8. Intensivere Behandlung durch niedergelassene Psychiater
9. Psychotherapeutische Behandlung
10. Managed Care
11. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung



Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit



Prof. Dr. Martin Lambert

Arbeitsbereich Psychosen, Integrierte Versorgung

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

lambert@uke.de

**Neu, alt oder nur anders? -
„Innovative“ Modelle in der psychiatrisch-
psychotherapeutischen
Versorgung**



Carl-von-Basedow
KLINIKUM
Saalekreis gGmbH

Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen und zu hoffen, dass sich etwas ändert....

A. Einstein



Innovationen brauchen manchmal Anlässe...

Gesellschaftliche Aufbruchstimmung

Rodewischer Thesen (DDR 1963)

Psychiatrie-Enquete (Bundesrepublik 1975)

Finanzielle Erwägungen

DRG/ PEPP

Engagement von Betroffenen/ Angehörigen

Menschenrechtsdiskussion



Innovationen brauchen immer Menschen ...

„Die ideale Führungspersönlichkeit braucht: die Würde eines Erzbischofs, die **Selbstlosigkeit eines Missionars**, die **Beharrlichkeit eines Steuerbeamten**, die Erfahrung eines Wirtschaftsprüfers, die Arbeitskraft eines Kulis, den Takt eines Botschafters, die Genialität eines Nobelpreisträgers, den **Optimismus eines Schiffbrüchigen**, die Findigkeit eines Rechtsanwalts, die Gesundheit eines Olympiakämpfers, die Geduld eines Kindermädchens, das Lächeln eines Filmstars und das **dicke Fell eines Nilpferds**.“



Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Wirtschaftlichkeit im Jahr 1975 ...

„Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.“

Deutscher Bundestag: Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, 1975



Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Psychiatrie: Der Markt der Möglichkeiten...

(Markt hat auch was mit Geld zu tun...)

„Alt“

Integrierte Versorgung (IV)

Regionales Psychiatrie Budget (RPB)

„Neuer“

Modellprojekte nach § 64 B SGB V

„Besonders“

SGB-übergreifende Projekte



6

Psychiatrie: Der Markt der Möglichkeiten...

(Markt hat auch was mit Geld zu tun...)

Vom Krankenhaus aus:

Integrierte Versorgung (IV): z.B. Hamburger Modell; ZfP)

Modellprojekte nach § 64 B SGB V

Ausgehend von gemeindepsychiatrischen Akteuren:

Integrierte Versorgung (IV): z.B. GpG NRW; Hilfen aus einer Hand
incl. andere SGB

Ausgehend von Niedergelassenen Ärzten:

Integrierte Versorgung (IV): z.B. PIBB



7

Psychiatrie: Der Markt der Möglichkeiten...

(Markt hat auch was mit Geld zu tun...)

Nachteile IV:

Einschreibepflicht

Nachteile Modelle nach § 64b SGB V:

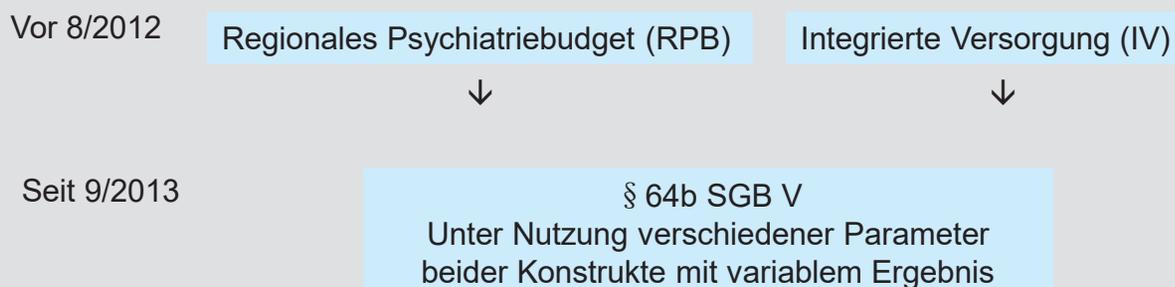
Komplexe Verhandlungsverläufe, die von wenigen Akteuren torpediert werden können

Sektorübergreifend?



8

Landschaft der Modellprojekte vom Prototyp auf dem Weg zum Fließband



9

Regionales Psychriatriebudget in Kürze

Innovatives System zur Finanzierung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen im klinischen Bereich

Es gibt keine „Fälle“ mehr – es geht um die Behandlung von Menschen.

Es werden präventive und rehabilitative Aspekte auch aus ökonomischer Sicht verstärkt.



10

Die Grundidee

Die Kliniken einer (definierten) Region können nach eigener Entscheidung die Behandlung eines Patienten entweder vollstationär, teilstationär, ambulant oder zu Hause durchführen.

Zwischen den Behandlungsarten kann beliebig gewechselt werden.



11

Die Grundidee

Es geht nicht darum, andere Patienten zu behandeln,
sondern darum,

Patienten einer Region anders zu behandeln.



12

Die Grundidee

Die Kliniken erhalten ein festgeschriebenes Budget.

Entscheidend für die Realisierung des Budgets ist nur, dass eine bestimmte Zahl von Menschen behandelt wird – unabhängig von Art und Dauer der Behandlung.

Die Zahl der zu behandelnden Menschen richtet sich nach der Zahl der im Jahr X behandelten Menschen +/-6% (sog. Korridor).



13

Budgetfindung und unterjährige Abrechnung

Budgetfindung:

Historisches Budget & Steigerungsraten

Abrechnungsarithmetik:

BPfIV/PEPP & Ausgleich des Liquiditätsverlustes

- ▶ 100% Mehr- bzw. Mindererlösausgleich im Korridor



RPB aus Sicht eines Krankenhauses

- Bedarfsgerechte Versorgung
- Personenzentrierte Therapieplanung

Behandlung weg vom Bett, aber nicht weg vom Krankenhaus

Dabei sind zu bedenken:

Regionale Aspekte

Unterschiedliche Interessenlagen der Akteure



Herausforderungen: Arbeit und Personal

Was? Inhalte

Wann? Arbeitszeiten

Wo? Klinik, Umfeld,

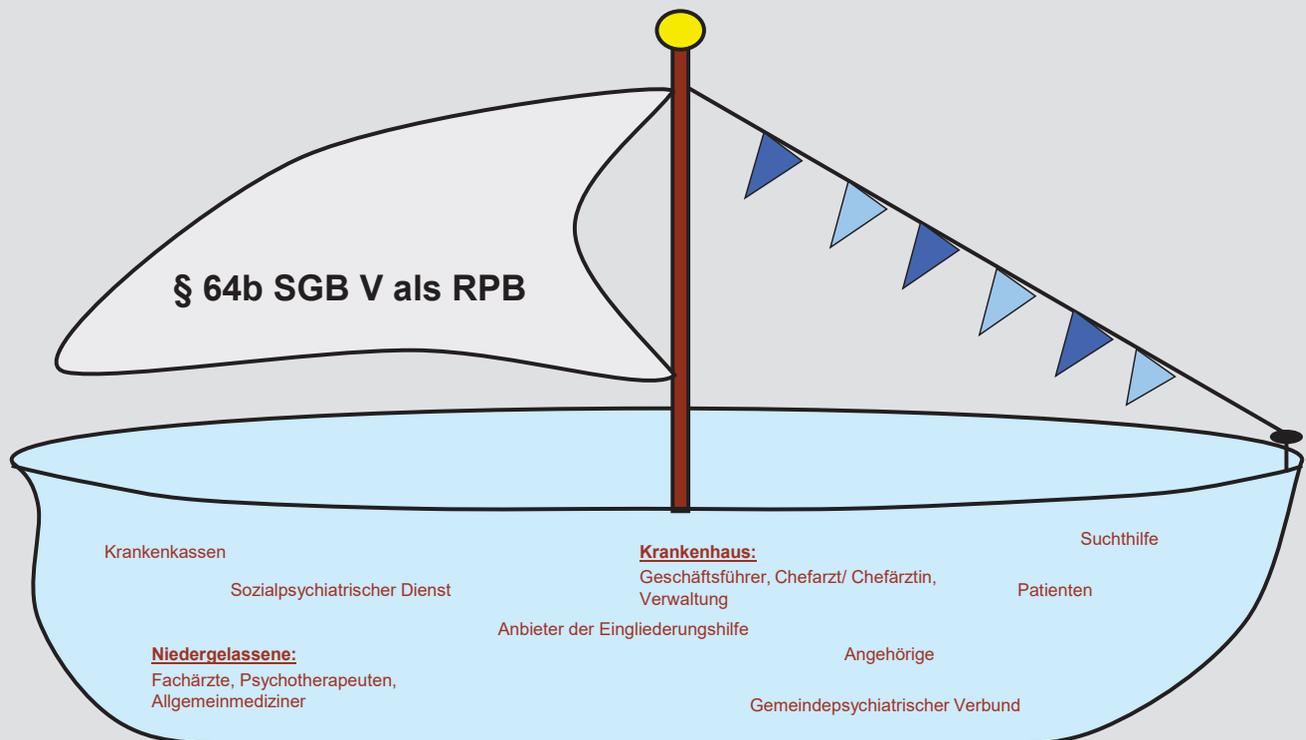
„da wo der Patient/ die Patientin wohnt“ (Psych VVG: StäB)

Wer? Berufsgruppe/ Mensch (nicht Echse!)

PsychVVG: Personalvorgaben



16



Wesentliche Ergebnisse aus 14 Jahren Itzehoe

- Reduktion der vollstationären Behandlungsplätze
- Abnahme der Verweildauer
- Ausbau teilstationärer und ambulanter Behandlungskonzepte
- Vergleichbare Behandlungsergebnisse

In Anlehnung an Deister et al. Psychiatrische Praxis, 2010



18

Entwicklungstrends in den Regionen

Reduktion der stationären Belegungstage

Hinwendung zu teilstationären und ambulanten Therapieformen

Reduktion der real belegten Betten

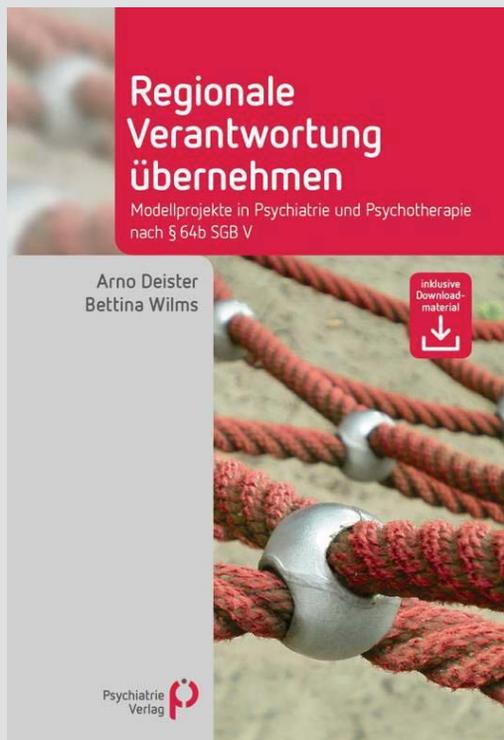
Ausbau unterschiedlicher Formen von Behandlung zuhause

Psych VVG: Stationsäquivalente Leistungen

Zunahme von Kooperationsformen mit den verschiedenen Versorgungsakteuren: KV-Bereich, Teilhabe-Angebote etc.



19



Arno Deister, Bettina Wilms:
Regionale Verantwortung übernehmen

Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V

1. Auflage 2014

280 Seiten plus
Downloadmaterialien,

34,95 Euro

Psychiatrie Verlag

ISBN: 978-3-88414-605-7

Auch als Ebook erhältlich.



Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Zusammenfassung Modelle § 64 B SGB V 2017

- Aktuell 19 Verträge über Modellprojekte nach § 64b SGB V
- Davon 13 mit allen Kostenträgern
- **Bundesländer ohne Modellprojekte: Hamburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen –Anhalt, Rheinland-Pfalz, Saarland, Bayern**
- Bundesländer mit mehr als 1 Modellprojekt: Schleswig –Holstein, Berlin, NRW, Hessen, Sachsen



Häufige Fragen – Mögliche Antworten

Zementierung von Versorgungsdefiziten?

Verhandlung von Versorgungsentwicklung

Betriebswirtschaftliche Einschätzung

Unterscheidung kurz-, mittel- & langfristiger Perspektive

Wer lässt sich von wem über den Tisch ziehen?

Cave: Diese Frage generiert Misstrauensaufwand!

Nicht nur vom Krankenhaus ausgehend? Nur SGB V?

Vermutlich ist dazu sehr viel Beharrlichkeit notwendig.



22

Und mit §64b SGB V wird alles gut? Entwicklung der Modellprojekte Stand 2017

Es gibt aktuell einen Stillstand in Sachen Modellprojekte

Die Verhandlungen vor Ort sind oft sehr zäh und können auch scheitern

Nach Vertragsunterschrift steht die konkrete Umsetzung an: Budgetsicherung vs. Versorgungsentwicklung



23

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung -
Innovative sektorenübergreifende Versorgungsansätze für
Menschen mit psychischen Erkrankungen
Potsdam, 13.10.2017**

Nutzer*innenbeteiligung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Uwe Wegener

Uwe.Wegener@bipolaris.de

bipolaris e. V., Tegeler Weg 4, 10589 Berlin

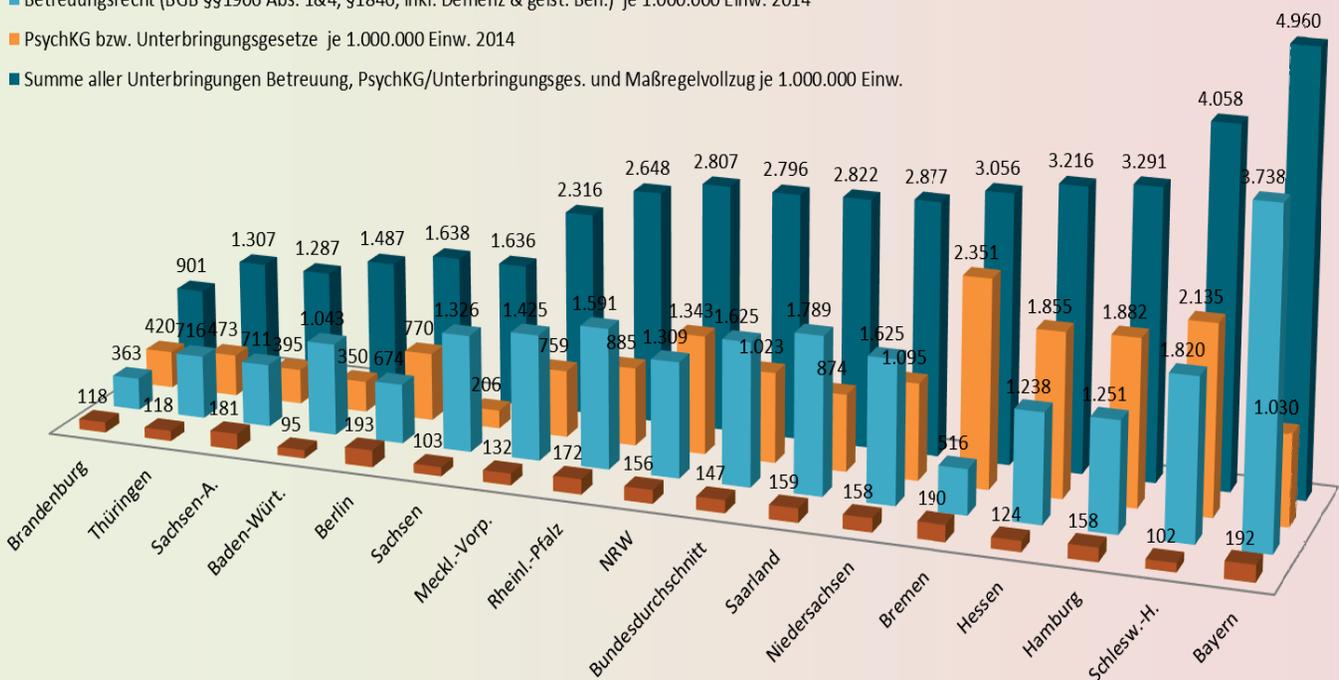
- Selbsthilfeorganisation
- Menschen mit der Erfahrung von Manien und Depressionen
- Ihre Angehörigen
- In Berlin und Brandenburg
- Selbsthilfe, Aufklärung, Interessenvertretung
- www.bipolaris.de

- Vereinigung von Peers aus Berlin & Brandenburg
- Vertiefung und Verbreitung von Erfahrungswissen
- Unterstützung von Peers und Peer-Arbeit
- betroffenenkontrollierte Projekte
- Öffentlichkeitsarbeit, Anti-Stigma
- www.exPEERienced.de

ZWANG IN DER PSYCHIATRISCHEN LANDSCHAFT

Zwangsweise Unterbringungen im Jahr 2014 pro eine Million Einwohner in den Bundesländern

- Maßregelvollzug §§ 63-64 StGB & §126a StPO je 1.000.000 Einw. 2010
- Betreuungsrecht (BGB §§1906 Abs. 1&4, §1846, inkl. Demenz & geist. Beh.) je 1.000.000 Einw. 2014
- PsychKG bzw. Unterbringungsgesetze je 1.000.000 Einw. 2014
- Summe aller Unterbringungen Betreuung, PsychKG/Unterbringungsges. und Maßregelvollzug je 1.000.000 Einw.



In Bayern gibt es pro Mio. Einw. mehr als 5-mal so viele Zwangsunterbringungen wie in Brandenburg. Die neuen Bundesländer bringen deutlich weniger unter als die alten. Ein Nord-Süd-Gefälle existiert nicht: So hat Baden-Württemberg die niedrigste Unterbringungsrate aller westlichen Bundesländer, Schleswig-Holstein die zweithöchste.

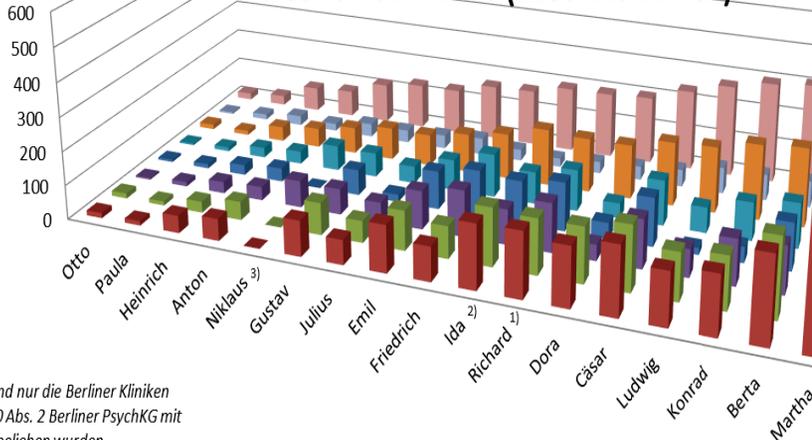
Quellen: *Betreuungen und PsychKG: "Betreuungszahlen 2013-2014: Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes", Stand 1.12.2015, Ausgewertet von Horst Deinert.*

Maßregelvollzug: *"Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven", AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, Stand: 28.12.2011*

© Weitere Auswertung und Grafik: Uwe Wegener, bipolaris e. V., www.bipolaris.de, Uwe.Wegener@bipolaris-mail.de, 16.12.2015



Unterbringungen an Berliner Kliniken* 2013 Personen bzw. Fälle (absolute Zahlen)



Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurden die Patienten, die von §26 nach §27 überleitet wurden, abgezogen. Da letztere Personenzahl nicht erhoben wurde, wurde diese anhand des Anteils der Überleitungsfälle geschätzt.

1) Personenzahl PsychKG geschätzt anhand angegebener Fälle

2) Personenzahl BGB geschätzt anhand angegebener Fälle

3) K. A. zu §26

*In dieser Statistik sind nur die Berliner Kliniken erfasst, die nach § 10 Abs. 2 Berliner PsychKG mit hoheitlicher Gewalt beliehen wurden. Unterbringungen nach §1906 BGB sind auch in anderen Einrichtungen erfolgt.

	Otto	Paula	Heinrich	Anton	Niklaus ³⁾	Gustav	Julius	Emil	Friedrich	Ida ²⁾	Richard ¹⁾	Dora	Cäsar	Ludwig	Konrad	Berta	Martha	Summe Berlin*
■ Fälle vorläufige U. §26 PsychKG	15	13	51	64	0	104	72	137	100	186	189	172	199	153	170	246	475	<u>2346</u>
■ Personen vorläufige U. §26 PsychKG	15	12	33	54	0	94	64	116	94	169	161	161	189	138	152	228	388	<u>2068</u>
■ Fälle behördliche U. §27 PsychKG	5	13	34	40	79	76	57	113	136	103	143	47	142	81	133	138	167	<u>1507</u>
■ davon vorher vorläufige U. §26	7	13	30	40	0	76	22	113	136	126	143	47	142	20	47	138	127	<u>1227</u>
■ Personen behördliche U. §27 PsychKG	5	12	30	38	75	72	51	91	128	95	122	44	133	75	112	132	148	<u>1363</u>
■ Untergebrachte Personen gesamt nach PsychKG	15	13	44	58	79	97	95	116	136	169	161	161	189	195	222	232	432	<u>2414</u>
■ U. Personen nach §1906 BGB (Betreuungsrecht)	5	16	29	22	40	38	41	50	34	26	35	41	51	78	77	78	154	<u>815</u>
■ Gesamtzahl Unterbringungen PsychKG + BGB	20	29	73	80	119	135	136	166	170	195	196	202	240	273	299	310	586	<u>3229</u>

Quellen: Angaben zur Unterbringung psychisch kranker und seelisch behinderter Personen in Einrichtungen nach § 10 Abs. 2 Berliner PsychKG und Betreuungsrecht, Erfassung durch die genannten Einrichtungen; Zusammenstellung: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Abteilung Gesundheit, I B 2; Erfassungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2013

© Grafik: Uwe Wegener, bipolaris e. V., www.bipolaris.de, Uwe.Wegener@bipolaris-mail.de (16.12.2015)



ZWANG

- Entscheidung über Zwangsmaßnahmen sind objektivierbar
- Reduzierung von Zwang in allen Formen:
 - Unterbringung
 - Zwangsbehandlung
 - Sicherungsmaßnahmen
- Umgang mit Zwangsmaßnahmen
 - Nachbesprechung, Behandlungsvereinbarung
- Kontrolle von Zwangsmaßnahmen
 - Besuchskommission,
 - Beiräte
 - Kontrolle auch außerhalb der Zwangsmaßnahmen nach Landesgesetzen, z. B. bei Unterbringung nach Betreuungsrecht, in Altenheimen

HERAUSFORDERUNGEN IN DER PSYCHIATRISCHEN LANDSCHAFT

DAS ZIEL

„Angestrebt wird die Sicherung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen und damit eine wohnortnahe Grundversorgung, die an den Bedürfnissen der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Familien ausgerichtet ist. Für die Kranken soll ein weitgehend eigenständiges und sozial integriertes Leben ermöglicht werden.“

Frau Staatssekretärin Hartwig-Tiedt anlässlich eines Treffens der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken im Land Brandenburg im April 2016

AMBULANT VOR STATIONÄR

- Klinik nur als Ultima Ratio
- Kein Herausreißen aus Arbeit, Familie und ambulanten Unterstützungssystem
- Effektivität
- Kosten
- Orte des Zwangserlebens
 - Ablehnung
 - Angstbesetzt
- Aufenthaltsdauer:
 - So kurz wie möglich
 - so lang wie nötig

DICHTES NETZ VON UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN

- Genügend Ärzte & Therapeuten
 - Unzumutbare Wartezeiten auf Psychotherapie
 - Versorgung Schwerstkranker
 - Situation in den Landkreisen
 - PIA
- Erreichbarkeit in der Krise (Krisendienst)
- Nicht-medizinische Angebote
 - BEW, Ambulante Psychiatrische Pflege, Familienhilfe, Tagesförderstätten, Integrationsfirmen ...
- Alternative Möglichkeiten:
 - Hometreatment, Krisenpension, Weglaufhaus...

SEKTORISIERUNG UND VERNETZUNG

- Größte Dilemma: Sektorisierung.
 - Zwischen den SGBs
 - Innerhalb des SGB V
- Vernetzung auf struktureller Ebene:
 - Gemeindepsychiatrische Verbände,
 - Integrierte Versorgung
 - Evtl. regionale Budgets
- Vernetzung beim Patienten und Angehörigen:
 - Netzwerkgespräche,
 - alle Unterstützer an einem Tisch sitzen:
 - Fallmanager, Klinik, ambulanter Arzt und Therapeut, Angehörige und Freunde, Arbeitgeber ...

BEISPIELHAFTHE DIREKTE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN AUF LANDESEBENE

- Erhöhung der Zuwendungen für Träger, z. B. für KBSen, Tagesstätten, sichere Finanzierungsbasis
- Verstärkte Förderung der inklusiven Beschäftigung von Menschen mit Beeinträchtigungen
- Keine Finanzierung von geschlossenen Heimen
- Unterstützung von Selbstvertretungsorganisationen
- Keine Zwangsbehandlung im PsychKG
- Unterstützung von unabhängigen Beratungsangeboten / EUTB
- Barrierefreiheit auch für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen in allen vom Land unterstützen Vorhaben verankern (bspw. Sportförderung, VHS)
- Anti-Stigma-Kampagne

ANTI-STIGMA-ARBEIT



NUTZER*INNEN-BETEILIGUNG

14



KONTEXTE DER NUTZER*INNEN-BETEILIGUNG

- Bedürfnisorientierte Behandlung und Unterstützung von Patient / Klient / Angehörigen
- Peer-Support (Peer-Beratung, Genesungsbegleitung)
- Interessenvertretung & Öffentlichkeitsarbeit
- Ausbildung & Forschung

13.10.2017

Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

16

BETEILIGUNG DES PATIENTEN / KLIENTEN

- Im Mittelpunkt müssen die Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen stehen
- UN-BRK verbietet entsetzende Entscheidungen, notfalls unterstützte Entscheidung
- „Fallkonferenzen“ nur im Beisein des Betroffenen
- Sollte das nicht möglich sein: Nachholende Gespräche
- Besser: Netzwerkgespräche
- Patientenverfügungen müssen beachtet werden
- Angebot von Behandlungsvereinbarungen

13.10.2017

Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

17

BETEILIGUNG DER ANGEHÖRIGEN UND DES UMFELDS

- Angehörige haben eine große Last, oftmals die größte Last zu tragen
- Einbeziehung in den Behandlungs- und Unterstützungsprozess
 - Verpflichtend
 - Festgeschrieben
 - Während der Behandlung
 - Auch im Entlassmanagement der Klinik
 - Angebot von Angehörigengruppen
 - Schweigepflicht ist kein Hindernis für Informationen zur Erkrankung und zur Entlastung der Angehörigen

SELBSTHILFE
SELBSTVERTRETUNG

SELBSTHILFE SEELISCHE GESUNDHEIT BRANDENBURG

- Mehrere Dutzend Selbsthilfegruppen im Bereich seelische Gesundheit / psychische Erkrankungen
- Keine übergreifende Selbsthilfeorganisation für Menschen mit psychischen Erkrankungen
 - „Netzwerk Brandenburg“ hat sich vor 10 Jahren aufgelöst
 - bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg
- Landesverband Brandenburg der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
- <http://www.selbsthilfe-brandenburg.de>

13.10.2017

Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

20

SELBSTHILFE SEELISCHE GESUNDHEIT BERLIN

- Über 200 Gruppen für Betroffene und Angehörige (ohne Suchtgruppen)
- Verschiedene Selbsthilfeorganisationen
 - BOP&P, bipolaris, Netzwerk Stimmenhören, Angehörigenverband, Aspies, Alzheimer Gesellschaft,
 - *Unspezifischer*: Berliner Zentrum für Selbstbestimmtes Leben, Berliner Behindertenverband
- Mitarbeit in vielen Gremien
 - Beiräte in Kliniken, Bezirken, Landesebene
- Um die vielfältigen Aufgaben zu bewältigen, ist eine dauerhafte finanzielle und strukturelle Unterstützung der Länder notwendig

13.10.2017

Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

21

AUFGABEN DER SELBSTHILFEORGANISATIONEN

- Initiierung und Aufbau von Selbsthilfegruppen
- Information, Aufklärung und Beratung
 - Betroffenen & Angehörigen
 - Allgemeinbevölkerung, Öffentlichkeitsarbeit & Anti-Stigma
 - Psychosoziale Unterstützungssystem
- Interessenvertretung
 - Klinikbeiräte, Trialogische Beiräte
 - Bezirksbeiräte, GPV, Steuerungsgremien
 - Landesbeiräte
 - Ausschüsse und Selbstvertretungsgremien, z. B. GBA

PEER-ARBEIT

PEER-ARBEIT

- Peers: Menschen mit ähnlichem Erfahrungshintergrund
- Reflektion der eigenen Krise
- Qualifikation z. B. durch Ex-In
- Personenzentrierte und strukturierte, bezahlte Arbeit (im Gegensatz zur Selbsthilfe)

DIE BASIS DES PEER-SUPPORTS

- Die gemeinsam geteilte Erfahrung schweren seelischen Leides und existenzieller Krisen bietet die Basis für großes Vertrauen und tiefgehendes gegenseitiges Verständnis
- „Gleiche Augenhöhe“
- Damit unterliegt diese Beziehung nicht den Einschränkungen von üblichen Therapeuten-Klienten-Beziehungen

ZUGRUNDELIEGENDE WERTE

- Jeder Mensch trägt das Potential zur Genesung in sich
- Genesung ist eine individuelle Reise und ein Prozess
- Jede Person kann Verantwortung übernehmen und an allen Entscheidungen, die ihn/sie betreffen beteiligt sein
- Jede(r) weiß was hilfreich für ihn/sie ist

WIRKUNG

- Rollenmodell & Hoffnungs-Geber
 - Es ist möglich, ein gutes Leben mit Bedeutung in der Gesellschaft zu leben
- Verständnis
- Austauschpartner, der weiter auf dem Weg ist
- Generalist
- Dolmetscher

PEER-BEGLEITUNG UND -BERATUNG

- Alltagsbegleitung, Krisenmanagement, pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Wohnbegleitung, Beziehungsarbeit...
- Genesungsbegleiter, Bezugsbetreuer
 - Betreutes Wohnen
 - Psychiatrische Wohn- und Altenheime
 - Ambulante Pflege
 - Kliniken (Tagesklinik, offene und geschlossene Station)
- Peer-Beratung
 - Einzelberatung, Gruppen, „Psychoedukation“
 - Kliniken, Arztpraxen, KBS, Selbsthilfeorganisationen...
- Gruppenangebote, z. B. Kreativbereich

28

BERATUNG UND BILDUNG IM PSYCHIATRISCHEN HILFESYSTEM

- Patienten- / Klientensicht in das Team bringen
 - Andere Sichtweise,
 - Bewusstseinsbildung
 - „Anwalt des Klienten“, Dolmetscher
- Berater oder Dozent
- Fort-, Weiter- und Ausbildung von Mitarbeiter des psychiatrischen Hilfesystems
- Qualitätsmanagement, Organisationsentwicklung
- Forschung, im besten Fall Betroffenen-kontrolliert
- Aufklärungs- und Bildungsarbeit in anderen Bereichen, mit denen Menschen mit psychischen Krisen in Berührung kommen

29

CHANCEN FÜR DAS GESUNDHEITSSYSTEM

- Produktion und Reflektion von Erfahrungswissen
- Mitarbeit von ExpertInnen durch Erfahrung ist nicht nur eine Ergänzung, sondern kann das Gesundheitssystem grundsätzlich verändern
 - Dauerhafter Dialog
 - Die Bedürfnisse der Betroffenen werden in den Mittelpunkt gestellt
 - Verbesserung der Dienste
 - Innovative Angebote
 - Angebot von Leistungen, die wirklich helfen
- Vom Objekt zum Subjekt



- Experienced – Involvement
- Ausbildung / Qualifikation von Menschen mit der Erfahrung schwerer psychischer Krisen
- Genesungsbegleiter*in oder Dozent*in
- EU-Projekt 2005-2007, Länderübergreifende Entwicklung eines Curriculums
- Kurse seit 2007 in HH, 2008 in Berlin
 - Inzwischen an über 30 Standorten
- 10 Module, 2 Praktika, Portfolio-Arbeit
- www.ex-in.de
- www.pinel-netzwerk.de/ueber-uns/ex-in/

GENESUNGSBEGLEITUNG IM PROJEKT GESUNDHEITSMETROPOLE HAMBURG: AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

- Starke ausgewogene Nutzung, hohe Akzeptanz, Beteiligung aller 10 Kliniken, gewachsene Infrastruktur,
- Große Behandlungszufriedenheit und positive Effekte bei den Nutzern (Betroffene & Angehörige)
- Förderung von Inklusion
- Offenere Krankheitskonzepte in Institutionen
- Weniger (Selbst)Stigmatisierung
- Bessere Erreichbarkeit von „Schwierigen“
- Mehr Förderung / Versorgungsgerechtigkeit für bisher Benachteiligte
- Prävention (auch durch Angehörigen Peerarbeit)

*nach Thomas Bock et al.: Peer Beratung für langfristige psychische Störungen - Möglichkeiten und Stand des Transfers in die Gesundheitsversorgung
Psychenet Abschlussposium 2015, www.psychenet.de*

32

13.10.2017 Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

REGION OBERBAYERN BAYERN

- Genesungsbegleiter*innen bei allen Teams der sozialpsychiatrischen Dienste
- Basis: 450€-Jobs

BREMEN

- „Bremen treibt Gesundheitsreform weiter voran“:
- 10 Genesungsbegleitungsstellen

33

13.10.2017 Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

ARBEITSSITUATION BERLIN / BRANDENBURG

- Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung (NIG) Pinel
 - Große Anzahl Genesungsbegleiter*innen / Bezugsbegleiter*innen
 - Integrierte Versorgung, Krisenpension oder Zuhause-Betreuung
 - Verträge mit anderen Organisationen, z. B. Charité, Albatros, FID
 - Weniger Klienten durch neue IV-Verträge → weniger GB
- Genesungsbegleiter*innen in verschiedenen Kliniken
 - EvB Potsdam, Neukölln, St. Hedwig, St. Joseph, Urban
- Betreutes Wohnen, z. B. VIA, Freundeskreis Spandau
- Einzelfallhilfe
- Kontakt- und Beratungsstellen
- Betroffenenberatung (Peer-Beratung) in KBS'en und Kliniken
- Dozententätigkeit in der Fortbildung
- Qualitätsentwicklung / Organisationsberatung
- Peer-Beratung in Facharztpraxen

UNTERSUCHUNGEN

- L. Davidson et al.: Peer Support among Adults with Severe Mental Illness: A Review of the Evidence; 2005
 - Keine schlechtere Qualität der Versorgung
 - In vielen Fällen höhere Nutzerzufriedenheit
- Peter Stastny: Strukturelle Etablierung von Empowerment-Projekten. Chancen und Grenzen am Beispiel der USA; 2004
 - Teams mit Peer-Spezialisten erreichen eine größere Verbesserung der Lebensqualität und größere Abnahme der Hauptlebensprobleme als Teams ohne Peer-Spezialisten
- D. Sells et al.: The treatment relationship in peer based and regular case management for clients with severe mental illness
 - Peer-Angebote sind insbesondere dann herkömmlichen Angeboten überlegen, wenn Psychiatrieerfahrene speziell auf ihre unterstützende Tätigkeit vorbereitet worden sind
(nach J. Utschakowski: Vom Erfahrenen zum Experten; Psychiatrie-Verlag, Bonn2009)
- Evaluation in Deutschland:
<http://www.ex-in.de/index.php/ex-in-deutschland/fachinformation/>

REVIEW REPPER U. CARTER, JOURNAL OF MENTAL HEALTH 2011, 20 (4); 392 - 411

- Review von Beobachtungsstudien, naturalistischen Vergleichsstudien
- Reduzierte Wiederaufnahmerate
 - Messzeitraum 3 Jahre
- Längere Verweildauer in gemeindepsych. Setting
- Höherer Empowerment-Score
 - Gemessen mit validiertem Fragebogen
- Verbessertes soziales Funktionsniveau
 - Gemessen mit validiertem Fragebogen
- Mehr Freunde und soziale Unterstützung
- Mehr Rückkehrer in berufliche Beschäftigung

Nach Anne Berghöfer, Charite CCM

PROPSYCHIATRIEQUALITÄT ZUR BETEILIGUNGSORIENTIERUNG

- „Durch den gleichberechtigten Diskurs von professionell Mitarbeitenden, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen **entsteht eine bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfequalität**. Zugleich nutzt die damit verbunden >>Verhandlungskultur auf Augenhöhe<< das Expertenwissen der am Dialog Beteiligten: Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als Experten aus Erfahrung, professionell Mitarbeitende als Experten durch Ausbildung und Beruf“

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (HG): PPQ: ProPsychiatrieQualität. Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement, Bonn 2009

NOTWENDIGE MAßNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DER EINBEZIEHUNG

- Auf allen Ebenen untersuchen, wie Nutzer*innen einbezogen werden können
- Einbeziehung institutionell verankern
 - Verordnungen, Satzungen, Verfahrensanweisungen
 - Anerkennung als Berufsgruppe an Kliniken und im komplementären System
 - Landesbeirat für Psychiatrie
 - Beschwerdestellen, Besuchskommissionen
- Gute Arbeit braucht Engagement aber auch Unterstützung
 - Vernetzung unterstützen
 - Selbsthilfeorganisationen Räume & Strukturen finanzieren
 - Ex-In-Kurse finanzieren

exPEERienced ALS TRÄGERVEREIN

erfahren mit seelischen Krisen e. V.

- Betroffenenkontrolliert
- Wahrung der Unabhängigkeit gegenüber Einsatzstelle und Antragsteller
- Honorar
- Anstellung

exPEERienced DIE ZIELE

erfahren mit seelischen Krisen e. V.

- Beratung und Begleitung von Menschen mit der Erfahrung schwerer seelischer Krisen
- Beratung, Begleitung, Qualifikation von Peers
- Vertiefung und Verbreitung von Erfahrungswissen
- Betroffenenkontrollierte Projekte
- Öffentlichkeitsarbeit, Interessenvertretung

13.10.2017

Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

40

exPEERienced ERSTE AKTIVITÄTEN

erfahren mit seelischen Krisen e. V.

- Ende 2015 gegründet
- Hauptsächlich Peers aus Berlin (und Brandenburg)
- Planung / Vorbereitung Peer-Projekt
- Trägerübergreifende Supervision
- Netzwerktreffen von Genesungsbegleiter*innen und Arbeitgeber*innen
- AG Arbeitssuche
- Anträge auf kollaborative Forschungsprojekte
 - Was ist Erfahrungswissen? Ein partizipativ-kollaboratives Forschungsprojekt
 - Psychiatrisierung der Lebenswelt

13.10.2017

Uwe Wegener: Nutzer*innen-Beteiligung

41

ERGÄNZENDE UNABHÄNGIGE TEILHABEBERATUNG (EUTB)

- Einführung im neuen Bundesteilhabegesetz
- Beratung von Menschen mit (drohender) Behinderung
- niedrigschwellig
 - inhaltlich, räumlich, sozial, zeitlich
- Ganzheitlich
 - individuelle Persönlichkeit
 - individuelle Situation
- Unabhängig von Kostenträger / Leistungsanbieter
- Empowermentansatz
- Peer Counselings

EUTB-ANTRAG EXPERIENCED

- Zeitraum: 1.1.2018 – 31.12.2020
 - Um zwei Jahre verlängerbar
- Ca.15-20 Stellen in Berlin
- exPEERienced beantragt 3 Vollzeitstellen
 - Schwerpunkt: Menschen mit (drohenden) psychischen Beeinträchtigungen
 - 5 Teilzeit
 - 3 Minijob
- Bescheide voraussichtlich Mitte November 2017

ERFAHRUNG ...

„Erfahrung ist nicht das, was einem zustößt. Erfahrung ist das, was man aus dem macht, was einem zustößt.“

Aldous Huxley



**Innovative sektorübergreifende
Versorgungsansätze für Menschen mit
psychischen Erkrankungen**

Angehörigenperspektive

13.10.2017

„Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2017“
Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg HealthCapitel

GUDRUN WEIßENBORN
ApK LV Berlin e.V.
DIPLOM-REHABILITATIONSPÄDAGOGIN

Themen

Teil 1

1. Bedeutung sozialer Netzwerke
2. Soziale Dimensionen psychischer Krisen/Erkrankungen

Teil 2

3. Anforderungen an die nutzerorientierte Versorgung aus der Perspektive der Angehörigen

13.10.2017

ApK LV Berlin e.V.

2



1_Bedeutung persönlicher sozialer Netzwerke

„Schätzungen zufolge werden zwei Drittel der chronisch psychisch kranken Menschen von und in ihren Familien betreut. Zudem vergegenwärtigt die Familie die wichtigste, oft auch die einzige, soziale und emotionale Bezugsgruppe vieler (chronisch) psychisch kranker Menschen „

(Heike Milles 2007, Familienkatastrophen - Psychische Krankheit im Familiensystem)

> gleichzeitig haben Angehörige kein ausreichendes Hintergrundwissen und erhalten kaum bzw. keine Ansprache / Unterstützung

13.10.2017

ApK LV Berlin e.V.

3

1_Bedeutung persönlicher sozialer Netzwerke

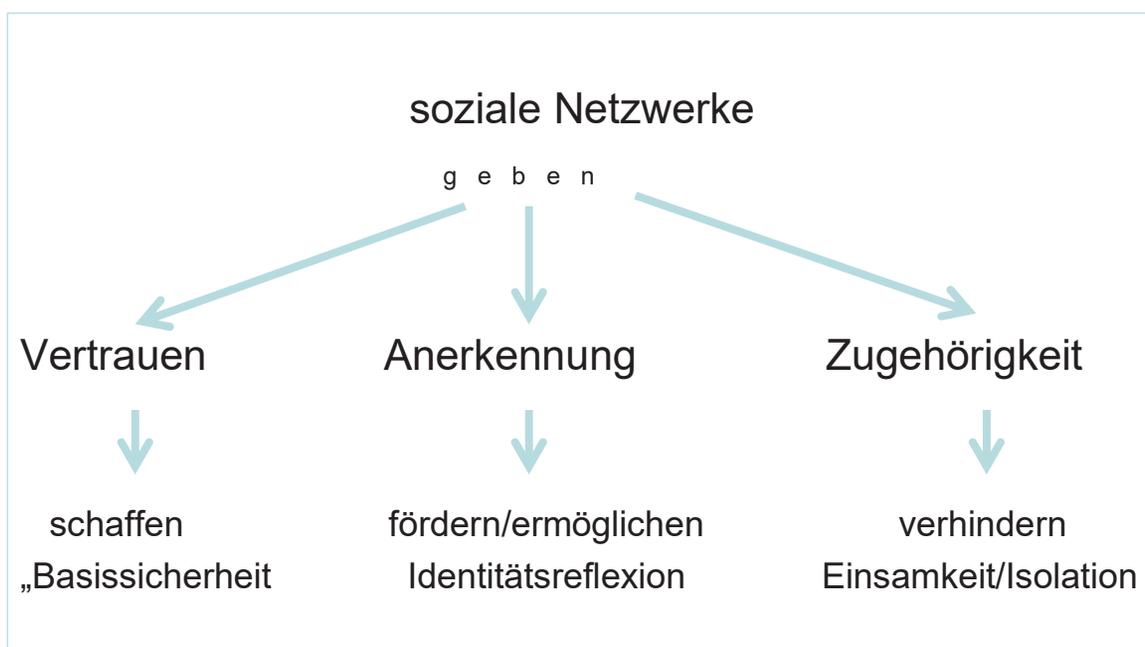
Soziale Unterstützung gilt als wichtiger
 Protektivfaktor für psychische Gesundheit

(Lehtinen et al. 2005; Barry et al. 2009; van Lente et al. 2011, RKI: DEGS 2010)

Soziales Immunsystem (Netzwerk) nimmt über
 Support Einfluss auf individuelles Immunsystem
 (bio-psycho-sozial)

(Nestmann: Netzwerke und soziale Unterstützung)

1_Bedeutung persönlicher sozialer Netzwerke Was?!



2_ Soziale Dimension psychischer Krisen /Erkrankungen

Was geschieht im sozialen Gefüge, wenn ein Mensch in eine psychische Krise gerät?

„Die Balance von Nähe und Distanz, von Intimität und Öffentlichkeit ist verloren gegangen.

Das Selbstverständnis des zwischenmenschlichen Miteinanders wird dabei zutiefst erschüttert, die Übernahme von Verantwortung in Frage, das Sich-Aufeinander-Verlassen-Können auf eine harte Probe gestellt“

G. Weißenborn: Vernetzung und individuelle Freiheit - Wieviel Netz braucht ein Mensch? VPSG-Jahrestagung 22./23.11.2013

2_ Soziale Dimension psychischer Krisen /Erkrankungen

Schweigepflicht

entwickelt ihre eigene Dynamik, wenn das soziale Umfeld, in diesem Fall ganz konkret der Partner, das Geschwisterkind, die Eltern, das eigene Kind zugleich in seiner Freiheit und seinen Belangen - trotz gleichzeitiger Inanspruchnahme - nicht respektiert und anerkannt wird.

- das „Nicht-Erwünscht-Sein“ (der Angehörigen) ist eine massive **Schamquelle** (Vgl. Hilgers 2003)
- das „Nicht-Gesehen-werden“ ist eine Überforderung (insbesondere minderjährige Kinder)
- die Angehörigen sind von wichtigen, die eigene Person betreffenden Vorgänge und Entscheidungen ausgeschlossen
- Verlust der Integrität (Informationssicherheit, Unversehrtheit)
- Vertrauensverlust

-> Unsicherheit / Bruch in den Beziehungen

G. Weißenborn: Vernetzung und individuelle Freiheit - Wieviel Netz braucht ein Mensch? VPSG-Jahrestagung 22./23.11.2013

2_Soziale Dimension psychischer Krisen /Erkrankungen

Dilemmasituation

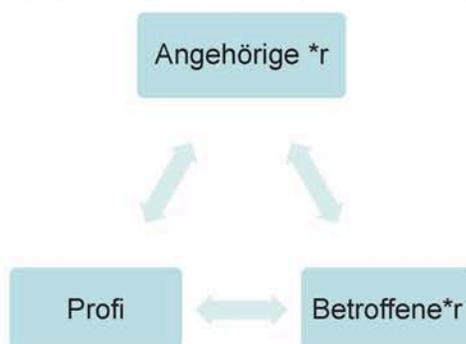
Angehörige können Teil des Problems sein

<- >

gleichwohl sind sie eine bedeutenden Quelle für soziale Interaktion und dem Bedürfnis nach Vertrauen, Anerkennung, Zugehörigkeit

2_Soziale Dimension psychischer Krisen /Erkrankungen

Angehörigenorientierung vs. Nutzer-/ Institutionenorientierung



Die Zusammenarbeit *mit* Angehörigen kann verschiedene Ziele haben, die nicht immer im Dienst der Angehörigen, sondern oft in dem der Patienten oder auch der Institution stehen

2_ Soziale Dimension psychischer Krisen /Erkrankungen

Angehörigenorientierung vs. Nutzer-/ Institutionenorientierung

Achtung!!

auf die Ressourcen von Angehörigen zurückzugreifen und sie in die Rolle des „Co-Therapeuten“ zu versetzen ist eine weitere Störungsquelle

- > Deshalb: Der Schutz vor Überlastung des begleitenden Familienmitgliedes / Partners steht im Mittelpunkt, da dieses/r nur „stabil“ für eine Begleitung und Unterstützung des Erkrankten zur Verfügung steht.
- > insbesondere der Schutz der minderjährigen Kinder

Achtung! Die Fremdbestimmung der Angehörigen durch prof. Dienste ist eine zusätzliche Belastungsquelle

- > Kooperation herzustellen und Netzwerkgespräch zu führen sind notwendig
- > Angehörige benötigen Information und Unterstützung, KEINE Behandlung

3_ Anforderungen an die nutzerorientierte Versorgung Angehörigenperspektive

Kooperation aller Akteure

Frage:

Wer trägt für wen oder für was und vor allem wie lange die Verantwortung?

- > **Trialog - Idee der ‚gemeinsamen Sorge‘**
Leitbild einer geteilten Verantwortung

3_Anforderungen an die nutzerorientierte Versorgung Angehörigenperspektive

ambulant vor stationär

1. frühzeitige Deeskalation im sozialen System -> Vermeidung von Klinikaufenthalten!
2. Mobile, niedrighschwellige, aufsuchende Hilfe für Menschen in Krisen = Netzwerkgespräche
3. Information zur unabhängigen Peer-Beratung
4. Krisenhäuser – flexibel, niedrighschwellig
5. Kooperation mit Angehörigen = ressourcenorientierte Begleitung/Behandlung
ohne Co-Therapeutenrolle
5. Angebote für Angehörige = Unterstützung bei der Auseinandersetzung der Angehörigen mit der psychischen Erkrankung, Aktivierung und Mobilisierung des Selbsthilfepotentials der Angehörigen, konkrete Entlastung insbes. für minderjährige Kinder

3_Anforderungen an die nutzerorientierte Versorgung Angehörigenperspektive

stationär

1. unabhängige Angehörigen-Peer-Beratung -> Kooperationsvereinbarungen mit der Angehörigen-Selbsthilfe in den Ländern
2. Notaufnahme – bedürfnisangepasst, deeskalierend: Ruhezone, konkrete Ansprechpartner für Betroffene und soziales Netzwerk, Informationsmaterial für Angehörige
3. Informationsmaterial f. Angehörige auf den Stationen
4. Netzwerkgespräche
5. Soteria-Kliniken / Stationen
6. Räume für soziale Begegnung, Räume für minderj. Kinder
7. Einzelzimmer, mit der Möglichkeit, dass Angehörige mit übernachten

3_Anforderungen an die nutzerorientierte Versorgung Angehörigenperspektive

stationsäquivalente Behandlung

1. Erstkontakt in der häuslichen Umgebung
2. Angehörige / soz. Netzwerk als Kooperationspartner*innen
3. Netzwerkgespräche vs. „Eignung der Angehörigen“
4. Informationsmaterial f. Angehörige
5. Berücksichtigung der Belange der Angehörigen, insbes. der minderjährigen Kinder
6. Gemeinsame Entscheidungsfindung, an welchem Ort die Behandlung stattfinden soll
7. unabhängige Angehörigen-Peer-Beratung -> Kooperationsvereinbarungen mit der Angehörigen-Selbsthilfe in den Ländern

3_Anforderungen an die nutzerorientierte Versorgung Angehörigenperspektive

Empfehlungen für eine angehörigenintegrierte Praxis

Kooperation mit Angehörigen

1. Integrierter Bestandteil der Strategie – Qualitätsstandard
2. Konzept (bedürfnisangepasste Bhdg.)
3. Umsetzung des Konzeptes - Netzwerkgespräch / Dialog, Ansprechpartner
4. Regelmäßige Überprüfung

Kompetenzen der Mitarbeitenden

5. Geschulte Mitarbeitende – Rollenbewusstsein im Umgang mit Angehörigen
6. Zuständigkeit, Verantwortung, Kompetenz klar geregelt

Zusammenarbeit mit Angehörigen

7. Empathie und Wertschätzung – Fachpersonen kennen die Belastung der Angeh.
8. Umgang mit Schweigepflicht ist geregelt
9. Ansprache / Kooperation von Eintritt bis Austritt -> geteilte Verantwortung
10. Recht der Pat. auf Kontaktsperre wird respektiert u. regelmäßig überprüft
11. Berücksichtigung der Belange von A. -> Stärkung des (Beziehungs-)Systems

Information von Angehörigen

12. klare Informationspolitik
13. Informationsmaterial -> insbes. Hinweis auf Expertise der Selbsthilfe
14. umfassende und zeitnahe Information
15. *Unabhängige* Beratung: Kooperationsvereinbarungen mit den LV der Angehörigen

angelehnt an Quelle: www.angehoerige.ch



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

ApK LV Berlin e.V.
Mannheimer Str. 32
10713 Berlin

www.apk-berlin.de



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Impuls

Innovative Versorgungsprojekte anhand von Best-Practice-Beispielen und Brandenburg

Univ.-Prof. Dr. Martin Heinze
Psychiatrische Hochschulklinik der
Medizinischen Hochschule Brandenburg
Immanuel Klinik Rüdersdorf

Innovation als Programm

- Interne Struktur
- Ambulantisierung
- Therapie
- Nutzerperspektive
- Kooperation innerhalb SGB V
- Kooperation alle SGB
- Psychiatrische Versorgungsforschung

Akuttagesklinik

- Öffnungszeiten bis in den Abend (19 Uhr) und am Wochenende
- Konzentration auf das hochakute Klientel der Allgemeinpsychiatrie
- Niederschwellige Aufnahme
- Flexibles Therapieprogramm
- Damit de facto Alternative zu stationärer Aufnahme, wenn keine Kontraindikationen vorliegen

Integrierte Versorgungsverträge seit 2006

- Ideelle Basisorganisation für alle Akteure in der IV ist der multiprofessionelle, sektorübergreifende, gemeinnützige **Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit** e.V. (VPsG)
- **PIBB GmbH** - Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg ist die Verträge-schließende Managementgesellschaft mit VPsG-Mitgliedern als Gesellschaftern aus allen Berufsgruppen /Sektoren
- Alle IV-Akteure sind Mitglied im vpsg und zeichnen Kooperationsvereinbarungen mit der PIBB

Differenzierte Vergütung anhand der vereinbarten Leistungskomplexe

Vorteile:

- Leistungsgerechte Entgelte bei sektorübergreifender Versorgung
- Verbesserung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität
- Transparenz bei überschaubarem Dokumentationsaufwand
- Voraussetzung für die Evaluation

Vergütung:

vollstationäre Leistungen: **PEPP**

teilstationäre Leistungen: **PEPP**

Ambulante Leistungen: Differenziert nach
aufwands- und berufsgruppenbasierten Einzelleistungen
einschließlich Fahrkosten bei Betreuung im häuslichen Umfeld

Umsetzung:

- Festlegung von Zeitkontingenten je Berufsgruppe für Behandlung und Fahrzeiten
- Abbildung von Gruppentherapien, Fallkonferenzen, Diagnostik
- durch flexible Kombination dieser Module können alle ambulanten Behandlungsformen sowohl im als auch außerhalb des Krankenhauses abgebildet und leistungsgerecht vergütet werden

Mutter/ Vater - Kind

Tagesklinik und PIA Fürstenwalde

- *Ziele:*
 - Förderung der Eltern- Kind- Beziehung
 - Sensibilisierung für mögliche Störungen der Interaktionen in der Familie
 - Vorbeugen bzw. frühzeitiges Erkennen von kindlichen psychischen Störungen
 - Stärkung der psychischen Widerstandsfähigkeit des Kindes (Resilienz) sowie der Elternkompetenz
 - Einbindung Kinder-/Jugendhilfe

- *Unsere Angebote:*
 - Aufklärung und Beratung zum Krankheitsbild sowie zu notwendigen Behandlungsmaßnahmen (z.B. medikamentöse Therapie bei Kinderwunsch bzw. bestehender Schwangerschaft und Stillzeit)
 - Kinderpsychiatrische Visite
 - Sozialpädagogische Beratung und Hilfestellung sowie Kontaktaufnahme zu Ämtern und Institutionen
 - Hilfen zur Tagesstrukturierung inkl. Hausbesuche bei Bedarf
 - Ambulante Gruppenangebote für Eltern und Kinder (Ergotherapie, Bewegung, Fütter-, Still- und Spielberatung)
 - Mögliche Mitaufnahme des Kindes bis 12 Monate in der Tagesklinik

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

RPK Brandenburg

13. Oktober 2017

Christian Kieser

RPK Brandenburg

Konzept der stationären Rehabilitation

Einrichtung zur kombinierten medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter

Eine gemeinsame Unternehmung der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH

mit dem Verein Oberlinhaus in Potsdam

Verzahnung

medizinischer und beruflicher Rehabilitation
für
schwer psychisch Kranke
als
integrierte Komplexleistung

Vermittlung der Rehabilitanden in den ersten Arbeitsmarkt

Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

4

Zielgruppe

- 18 - 55 Jahre
- Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen
- nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig
- hoher Rehabilitationsbedarf
- schizophrene u. wahnhaftige Störungen
- affektive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Doppeldiagnosen
- Abhängigkeitserkrankungen, bei bestehender Abstinenzmotivation

7

Rehabilitationskonzept

8

Rehabilitation

Medizinisch

- Psychiatrische Behandlung
- Gespräche auf Grundlage psychotherapeutischer Verfahren
- arbeitstherapeutisches Training
- Einbeziehung der Angehörigen
- Gesundheits- und Ernährungsberatung
- Physiotherapie, sporttherapeutische Angebote
- Vermittlung von Kulturtechniken

Beruflich

- Arbeitsdiagnostik
- berufliches Training, Arbeitserprobung
- Coaching und Praktika
- Berufsvorbereitungsmaßnahmen auf anschließende Erstausbildung bzw. Umschulung
- berufliche Anpassungsmaßnahme zur Integration auf allgemeinen Arbeitsmarkt

- Wirtschaft und Verwaltung
 - Druck und Medien
 - Computer und Internet
 - Metalltechnik
 - Holztechnik
 - Hauswirtschaft
-
- Weitere, abhängig von den Kooperationspartnern in der Wirtschaft

Umsetzung

Umsetzung (1)

- 20 Plätze für teilstationäres Angebot durch regionale Einbindung und gute Erreichbarkeit
- 20 Plätze stationäres Angebot für Rehabilitanden, die
 - in einem konflikthaften sozialen Umfeld wohnen
 - über keine stabile Wohnsituation verfügen
 - nicht ausreichend mobil sind
- Wechsel von teilstationär in stationäre Teilnahme und umgekehrt möglich

14

Umsetzung (2)

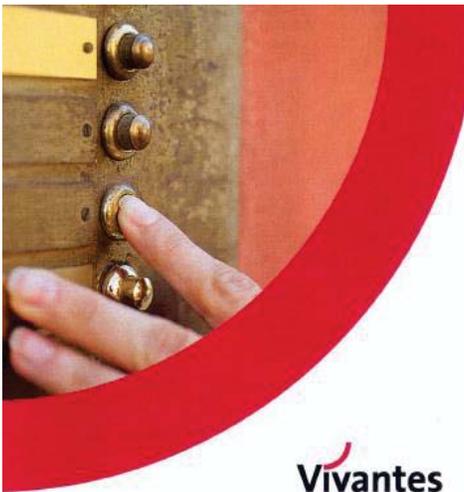
- Medizinische Rehabilitation in Räumlichkeiten der **RPK Brandenburg**
 - barrierefreie Therapie-, Funktions- u. Rehabilitationsräume
- Berufliche Rehabilitation
 - intern
 - im Klinikum EvB bzw. Oberlinhaus
 - **extern in klein- mittelständischen Unternehmen**

15

- SGB V Ki
 - SGB III A
 - SGB VI R
- „Es ist normal, verschieden zu sein“
- Reha
Reha
Reha /
Reha

(Richard von Weizäcker)

17



Vivantes

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Innovative sektorübergreifende Versorgungsprojekte anhand von Best-Practice-Beispielen aus Berlin und Brandenburg

Dr. med. Ingrid Munk, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln

Alicia Navarro-Urena, PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg e.V.
Potsdam, 13. Oktober 2017

Evidenzlage: Home Treatment



- 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

- Ein aufsuchender Ansatz soll v. a. dann zur Verfügung stehen, wenn Behandlungsabbrüche drohen.

Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia

-2-

 Vivantes

Inhalte und Ziele der Modellprojekte § 64 SGB V

- Home-Treatment (= Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld)
- Verkürzung / Vermeidung stationärer Aufenthalte
- Vermeidung von Behandlungsabbrüchen
- Sektorübergreifend stationär / ambulant ⇒
Psychiatrische Institutsambulanz, niedergelassener
Psychiater, Psychotherapeut
- Erprobung von stationsäquivalenter Behandlung

-3-

 Vivantes

Sektorübergreifende Modellprojekte § 64 b SGB V

- Bundesweit: 17 Verträge
- Berlin
- Vivantes: Etablierung von flexiblen Teams im Klinikum Neukölln und im Klinikum Am Urban \implies DAK
- Hedwigskliniken Mitte (Alexianer) \implies BEK

-4-

Regionale Verantwortung Vivantes Klinikum Neukölln



- Regionale Verantwortung
- ca. 340.000 Einwohner
- niedrigster Sozialindex aller Berliner Bezirke
- hoher Migrantenanteil (40 – 50 %)
- unklare Zahl von Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis

-5-

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Vivantes Klinikum Neukölln

- 170 vollstationäre Betten (+41)
- 1 Akut-Tagesklinik mit 7-Tage-Betrieb, 2 dezentrale Tageskliniken (Nord-Neukölln, Britz)
- PIA, stationsintegriert
- ca. 4500 Aufnahmen/Jahr, VD17 Tage, Belegung 102 %

-6-

 Vivantes

Modellprojekt § 64 b: Umsetzung

- Einbeziehung aller Mitarbeiter/innen: Projekt der gesamten Klinik
 - 2017/2018 4. Kurs in Netzwerkarbeit – Open Dialogue-
Bedürfnisangepasste Behandlung
 - bisher 90 Mitarbeiter/innen ausgebildet
- Schwerpunkt: Verkürzung, Vermeidung und Flexibilisierung stationärer Aufenthalte
 - auf den Stationen: Nachtklinik, tagesklinische Behandlung auf Station, stundenweise Behandlung, fraktionierte Behandlung (2 – 5 Tage/Woche), Intervallbehandlung
- Aufbau von Strukturen:
 - personell: Flexibles Team = Mobiles multiprofessionelles Team, das in der Wohnung des/r Patienten/in, an anderen Orten und in der Klinik behandelt
 - Facharzt – Krankenpfleger, Ergotherapeutin –
Genesungsbegleiterin - Psychologin

-7-

 Vivantes

Flexibles Team: Stationsäquivalente Behandlung

Bedürfnisangepasstes, individualisiertes Behandlungssetting:

- Home Treatment
- nach Bedarf angepasste, auch intensive Gesprächsfrequenz in der Klinik
- Therapieangebote in der Klinik (Einzel- oder Gruppensetting)
- „Krisentelefon“
- Tägliche „Notfallsprechzeit“ (12:00 – 12:30 Uhr)
- Medizinisch-psychiatrische Versorgung
- (z. B. Blutentnahmen, medikamentöse Einstellung, Kontrolluntersuchungen)
- Recovery-Gruppe
- Netzwerkgespräche
- Erprobung von E-Health



M. Wittig, Gesundheits- u. Krankenpfleger
I. Pohlig, Ergotherapeutin
S. Rout, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
P. Ramirez, Diplom-Psychologin
M. Flügel, Genesungsbegleiterin

-8-

 Vivantes

DAS INTEGRIERTE VERSORGUNGSMODELL DER PIBB – PSYCHIATRIE-INITIATIVE- BERLIN BRANDENBURG

Health Capital Berlin Brandenburg

Berlin, 13.10.2017

Alicia Navarro Ureña | FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie

- Vorsitzende Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG)
- Geschäftsführerin der Management-Gesellschaft PIBB
- Facharzt-Praxis in Berlin-Steglitz



 **vpsg** Verein für Psychiatrie und
seelische Gesundheit e.V.

 **PIBB** | Psychiatrie Initiative
Berlin Brandenburg

GLIEDERUNG

1. STRUKTUREN & TEILNEHMER
2. AUSGANGSPUNKT : VERSORGUNGSNOTWENDIGKEIT
3. VERTRÄGE
4. AUSBLICK: WAS BLEIBT ZU TUN?

1. STRUKTUREN & TEILNEHMER

STRUKTUREN & TEILNEHMER

VPsG e.V. gemeinnützig Gründung 2003		PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg Gründung 2008	
Ziel: Versorgung der psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychosozialen Versorgung von Menschen die psychisch schwerwiegend erkrankt sind durch multiprofessionelle und sektorenübergreifende Vernetzung zu verbessern.		Ziel: Umsetzung der integrierten Versorgung als Vertragspartner der Kostenträger gem. § 140 a ff. SGB V .Ziel der Verträge ist die Versorgung der Menschen in psychischen Krisen durch vernetzte, komplexe, ambulante Behandlungsschritte, die vom Facharzt koordiniert und den aktuellen Bedürfnissen des Betroffenen angepasst werden zu schließen.	
Vorstand VPsG 9 Mitglieder	Mitglieder 260 Mitglieder (natürliche & juristische Personen) 120 Ärzte 35 psychosoziale Trägervereine 20 Psychotherapeuten 15 Kliniker Sozio- und Ergotherapeuten Psychiatrische Fachpfleger	PIBB-Kooperationspartner Psychiater / Nervenärzte / MVZ Psychotherapeuten Hausärzte Psychiatrische Pflegedienste Psychosoziale Trägervereine Psychiatrische Kliniken Gesundheitszentrum für Flüchtlinge (GZF)	

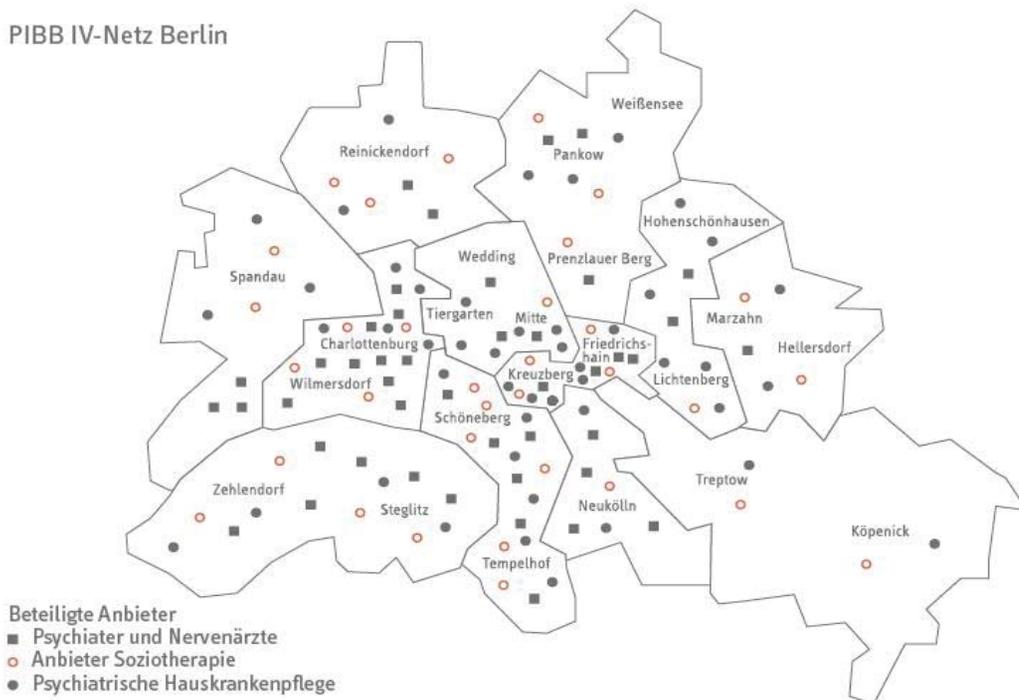
PROJEKTE DER PIBB & VPSG

- **PIRA** Psychiatrie Information Religion Austausch
- **Gesundheits-Zentrum für Flüchtlinge** in Zusammenarbeit mit Xenion –psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.
- Religion und Psychiatrie in Kooperation mit der FU Berlin
- Schreiben für die Seele
- Dialogischer Austausch mit Betroffenen und Familienangehörigen
- Psychoedukation
- Kooperation mit Hausarztnetzen
- Projekt zur Transition junger Patienten in Kooperation mit Kinder und Jugend Psychiatern

STRUKTUREN & TEILNEHMER

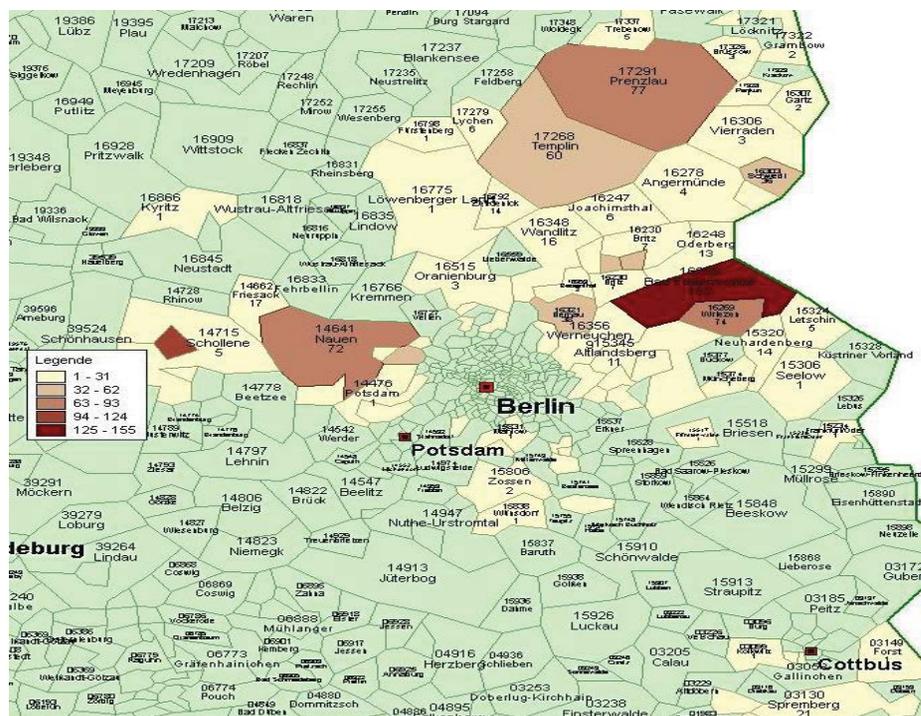
IV-LEISTUNGSERBRINGERNETZ PIBB IN BERLIN

PIBB IV-Netz Berlin



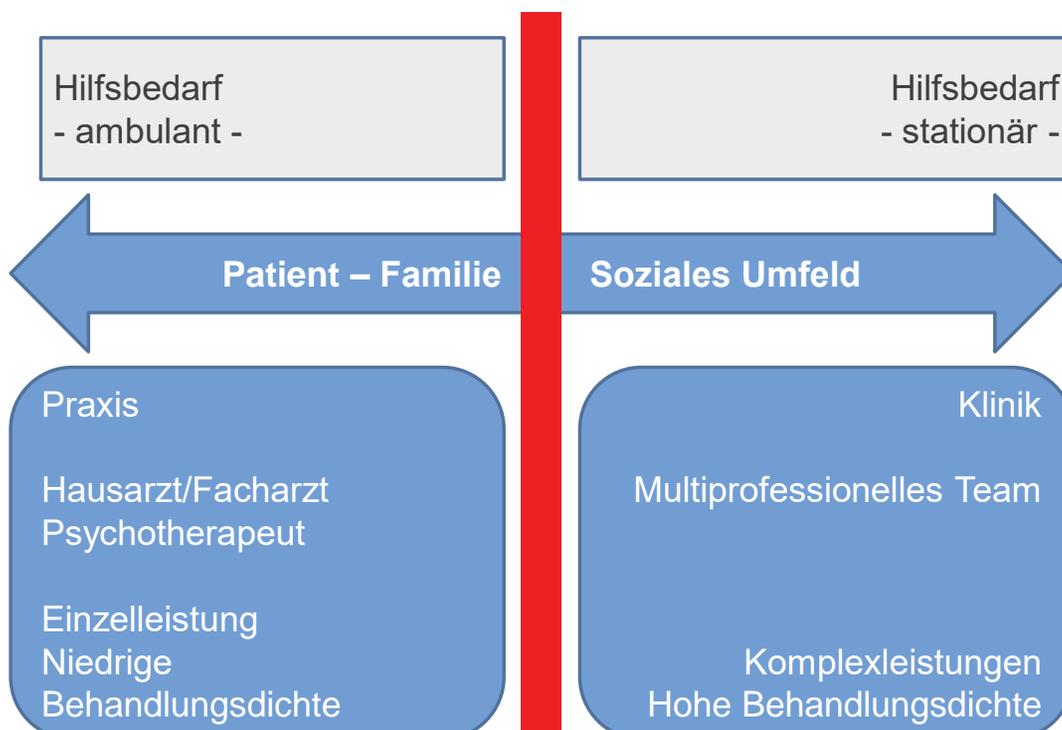
STRUKTUREN & TEILNEHMER

IV-LEISTUNGSERBRINGERNETZ PIBB IN BRANDENBURG



2. AUSGANGSPUNKT: VERSORGUNGSNOTWENDIGKEIT

AUSGANGSPUNKT: VERSORGUNGSNOTWENDIGKEIT VERSORGUNGSRREALITÄT: AUS DER SICHT DES PATIENTEN



AUSGANGSPUNKT: VERSORGUNGSNOTWENDIGKEIT EMPFEHLUNGEN ZUR VERSORGUNG

- ➔ multiprofessionell, aufsuchend
- ➔ patientenzentriert, lebensfeldorientiert
- ➔ sektorenübergreifend, flexibel
- ➔ ambulant – teilstationär – stationär
- ➔ Steuerung von Ressourcenallokation

AUSGANGSPUNKT: VERSORGUNGSNOTWENDIGKEIT KONZEPT INTEGRIERTER VERSORGUNG

- Fachärztliche psychiatrische Behandlung
- Steuerung der Behandlungspfade durch Facharzt
- Ambulante Komplexbehandlung (ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie)
- Bezugstherapeutensystem mit institutions- und schnittstellenübergreifender, professioneller Bezugsperson (Psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie)
- Psychoedukation in Kooperation mit Klinik
- Trialog: Tagungen mit Betroffenen- und Angehörigen-Verbänden (Aktion Psychisch Kranker, Aktionsbündnis seelische Gesundheit)
- Hohe Transparenz mit Kostenträgern (Lenkungsgremien)

3. VERTRÄGE

VERTRÄGE MORTALITÄT

„Psychiatrische Patienten sterben 15-20-Jahre früher“

The British Journal of Psychiatry, Graham Thornicroft 2011

- **3 Indikationsbezogene IV-Verträge seit 2011 mit „Vertragstyp A“ mit DAK, BKK VBU** verbesserten ambulanten Versorgung für Diagnosespektrum: Schizophrenie, Affektive Erkrankungen, Demenz; mit Hilfe ambulanter Komplexbehandlung (Soziotherapie, Häusliche psychiatrische Krankenpflege, Psychoedukation), Einschluss zwei Jahre mit Verlängerungsoption, aktuell 550 Patienten
- **Populationsbezogener IV-Vertrag mit AOK Nordost seit 12/ 2011: Budgetvertrag** für alle F-Diagnosen unter Einbeziehung der somatischen Behandlungskosten, keine Befristung, Vergleich der Kostenverläufe über statistische Verfahren, aktuell 2300 Patienten

4. AUSBLICK: WAS BLEIBT ZU TUN?

AUSBLICK WAS BLEIBT ZU TUN?

- Verbesserung der Schnittstelle ambulant – stationär (keine Doppelstrukturen)
- Optimierung der Netzstrukturen E-Health (Brandenburg; Video-/ Sprechstunden und -Konferenzen)
- Verbesserung der Homepage zu einem umfassenden Info-Portal (Trialogisch)
- Mehr Kooperationen mit Kostenträgern, Entlassungsmanagement (z.B. Vivantes)
- Erweiterung der ambulanten Komplexbehandlung durch weitere SGB-Bereiche (SGB II,IV, VII, XII)
- Einbeziehung von Peer-Beratung und Selbsthilfe (APK)

IHRE ANSPRECHPARTNER/IN



Alicia Navarro Ureña

Geschäftsführerin

Fachärztin für
Psychiatrie u. Psychotherapie

PIBB GmbH
Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Tegeler Weg 4
10589 Berlin

Tel: +49 30 - 22 19 31 08

iv@pi-bb.de | www.pi-bb.de



Dr. Michael Krebs

Geschäftsführer

Facharzt für
Psychiatrie u. Psychotherapie

PIBB GmbH
Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Tegeler Weg 4
10589 Berlin

Tel: +49 30 - 22 19 31 08

iv@pi-bb.de | www.pi-bb.de



Dr. Carsten Jäger

Geschäftsführer

Wirtschaftswissenschaftler

PIBB GmbH
Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Tegeler Weg 4
10589 Berlin

Tel: +49 30 - 22 19 31 08

iv@pi-bb.de | www.pi-bb.de

**VIELEN DANK FÜR
IHRE AUFMERKSAMKEIT**



vpsg Verein für Psychiatrie und
seelische Gesundheit e.V.

PIBB | Psychiatrie Initiative
Berlin Brandenburg

Impressum

Herausgeber

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital
c/o Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Geschäftsbereich Gesundheitswirtschaft
Fasanenstr. 85
10623 Berlin
info@healthcapital.de
www.healthcapital.de

Dokumentation, redaktionelle Bearbeitung und Layout:

AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
Kaunstraße 21
14163 Berlin

Bildnachweise

Titel: Bild Arzt mit Stethoskop © natali_mis/Sdobe Stock; Bild Hände © PeopleImages/iStock; Bild Kopf mit Zahnrädern © DigitalStorm/iStock

Veranstaltungsfotos: © WFBB/David Marschalsky

Abbildungen 1 und 2: eigene Darstellung

Kontakt

Handlungsfeldmanagement des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“

Antonia Jung, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, Tel.: 030 46302 521, Mail: antonia.jung@berlin-partner.de

Bastian Kuhse, Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH, Tel.: 0331 73061 258, Mail: bastian.kuhse@wffb.de

© Alle Rechte vorbehalten März 2018

Investition in Ihre Zukunft!



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
Regionale Entwicklung

Dieses Vorhaben der Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH wird über die Investitionsbank Berlin mit Mitteln der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin sowie des Ministeriums für Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg gefördert, kofinanziert von der Europäischen Union.



HealthCapital
BERLIN BRANDENBURG

Investition in Ihre Zukunft!



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
Regionale Entwicklung

Dieses Vorhaben der Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH wird über die Investitionsbank Berlin mit Mitteln der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin sowie des Ministeriums für Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg gefördert, kofinanziert von der Europäischen Union.