

Home treatment



Alice Salomon Hochschule Berlin
Fachhochschule für Soziale Arbeit,
Gesundheit, Erziehung und Bildung

Prof. Dr. med. Dipl.Psych.ger. Heike Dech

Agenda

Strukturwandel in der psychiatrischen Versorgung: Verlagerung in den ambulanten Bereich

Personzentrierte ambulante Komplexleistungen

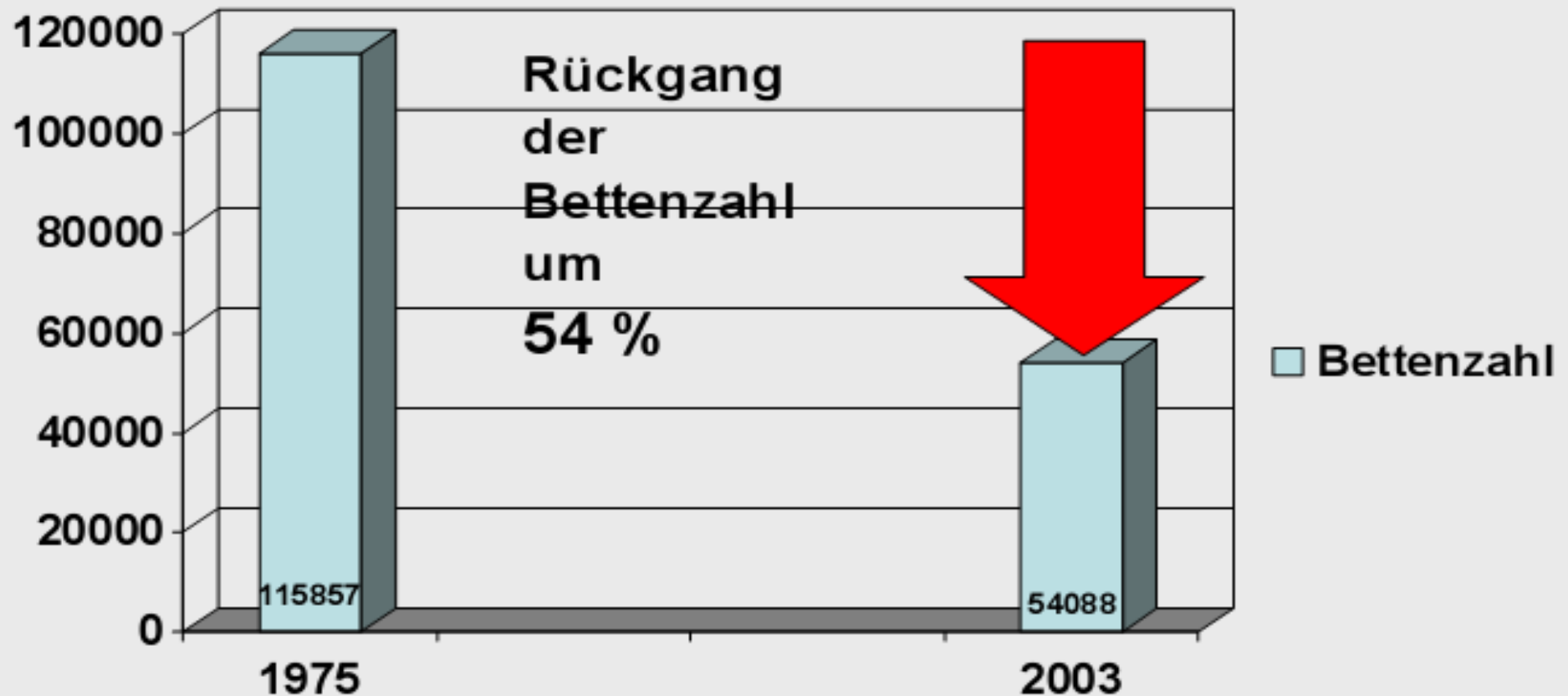
Das SGB V – SGB IX Problem

Home treatment	Ziele
	Charakteristika
	Effektivität
	Multiprofessionelle Teams

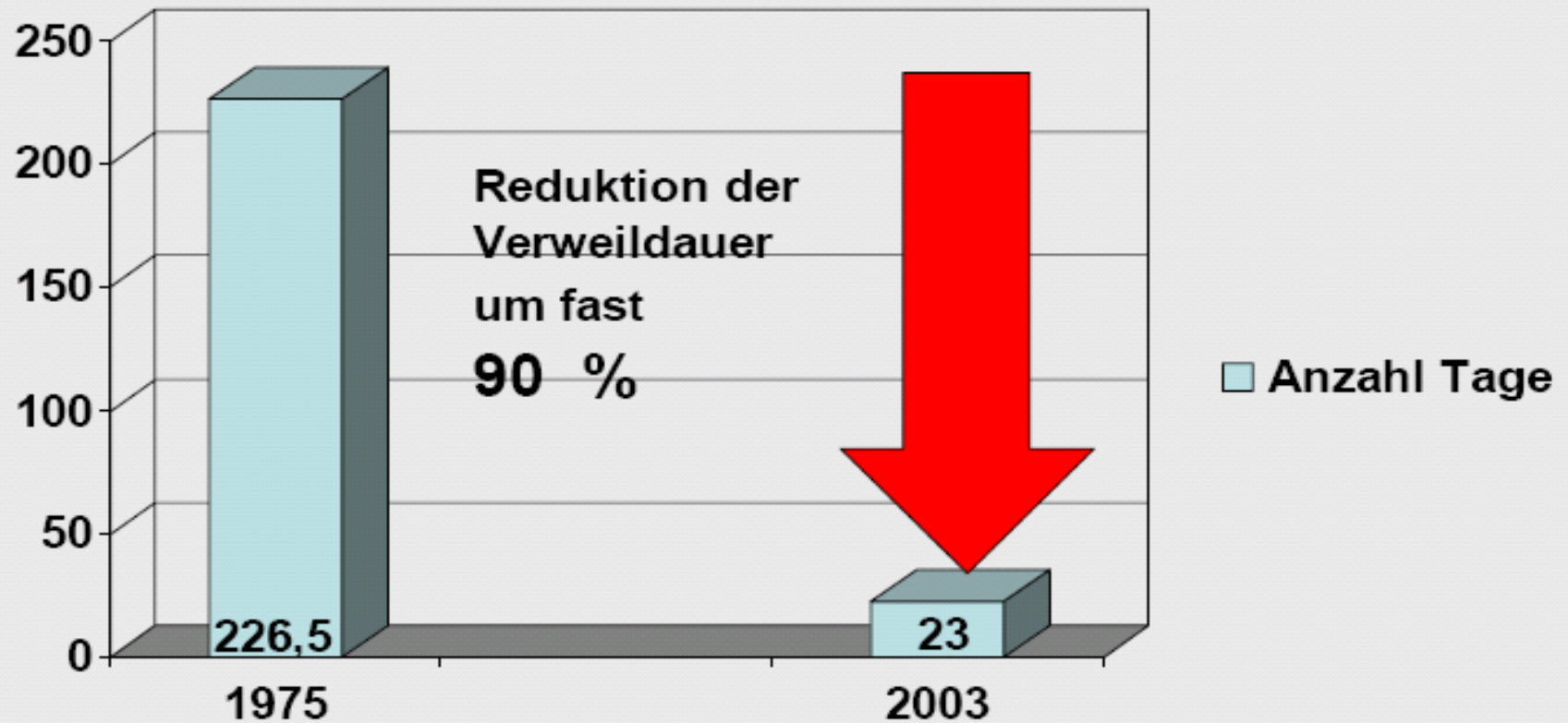
Wege zum home treatment? Ambulante Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege

Umsetzung

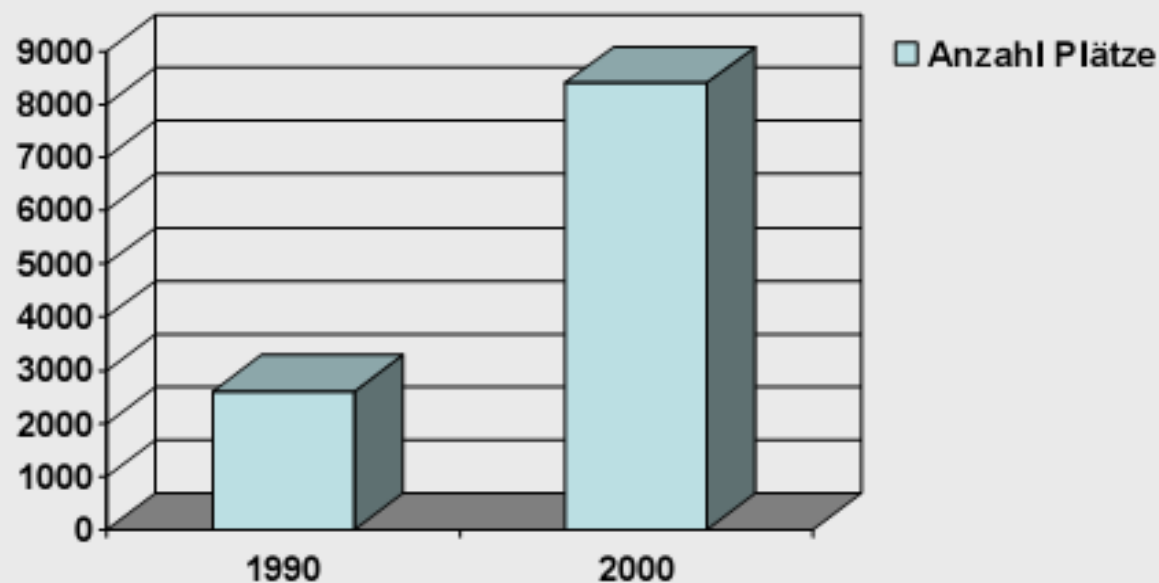
Rückgang der **Bettenzahlen** in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie 1975-2003



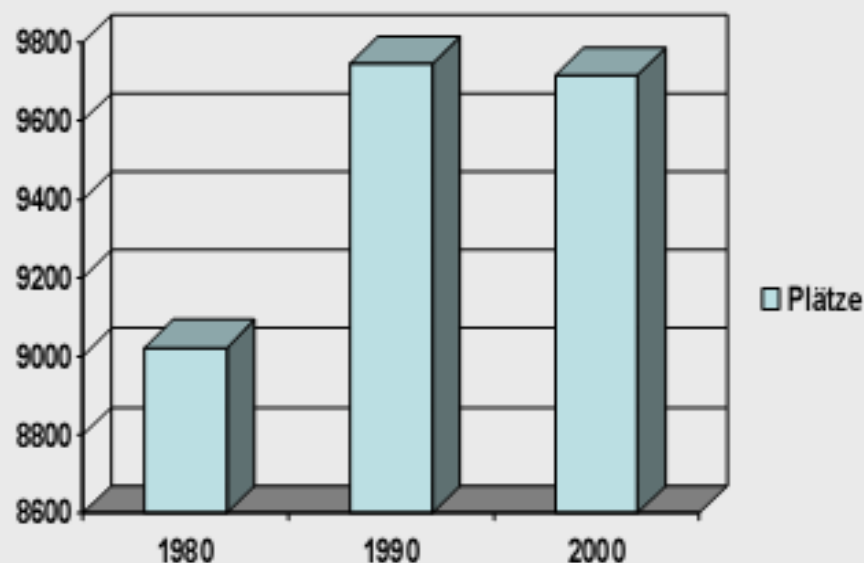
Rückgang der **Verweildauern** in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie 1975-2003



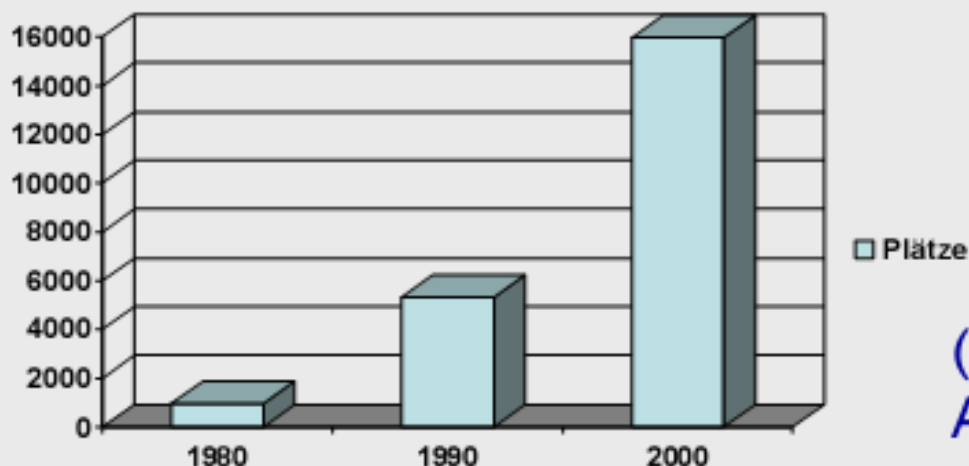
Entwicklung außerklinischer Einrichtungen



Tagesklinikplätze



Heimplätze (6 Bundesländer)



Plätze für Betreutes Wohnen (5 Bundesländer)

(Bestandsaufnahme
AG Psychiatrie 2003)

Personzentrierte Komplexeleistungen (IBRP):

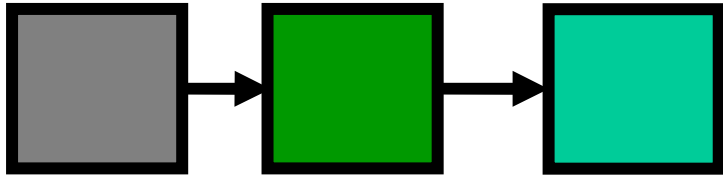
- werden in gebündelter Form von einem multiprofessionellen Team erbracht,
- funktionales Zusammenwirken der Leistungen,
- wohnortnah und lebensweltbezogen,
- umfassend und bedarfsgerecht,
- individualisierte und flexible Hilfen,
- Wunsch- und Wahlrecht
- Beziehungskonstanz.

Die personenbezogene Behandlung soll die bisherige institutionelle Ausrichtung der Versorgung (Behandlungskette) ablösen; das Konzept der personenbezogenen Hilfen versteht sich als Kontrapunkt bzw. Fortentwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes (Kauder, V., 1997).

Daraus ergibt sich, dass nicht den Einrichtungen, sondern dem einzelnen Sozialleistungsberechtigten die Ansprüche zustehen.

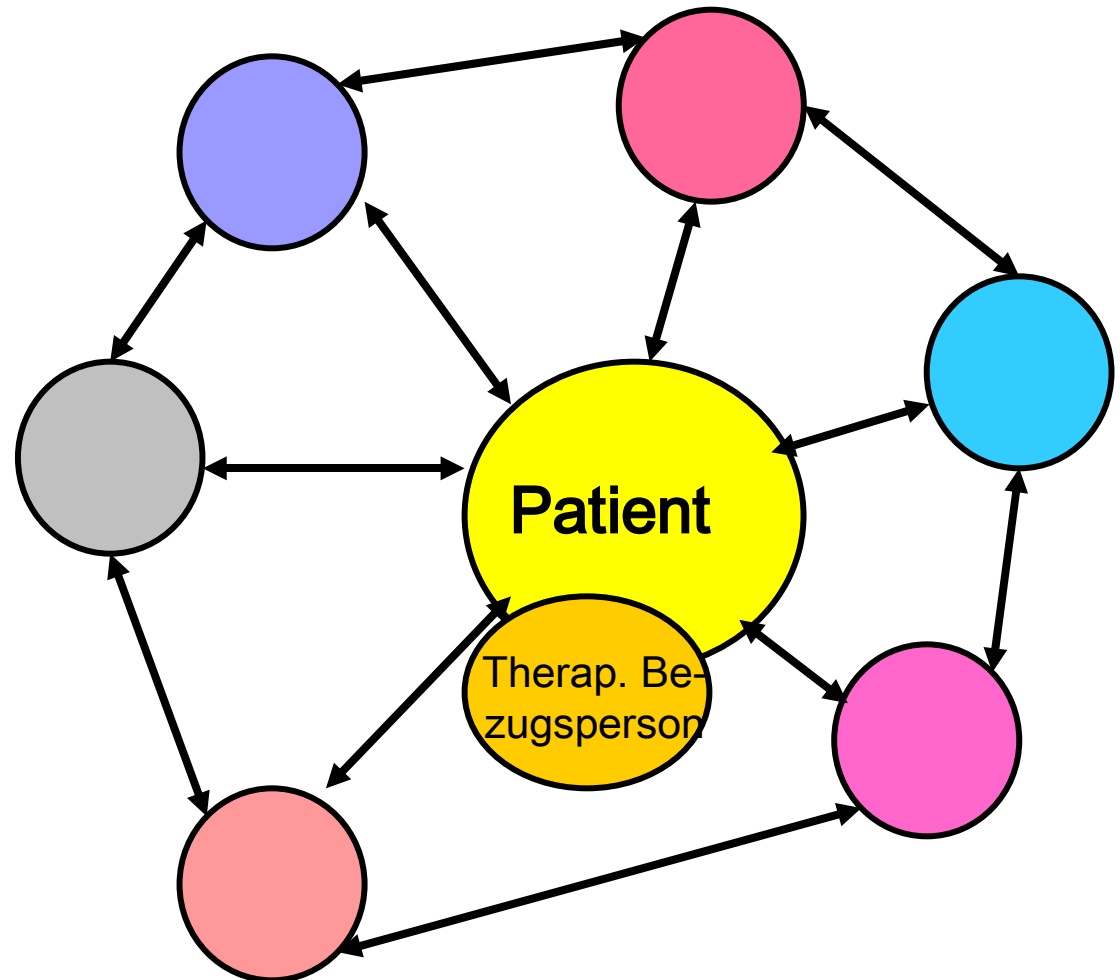
Vom Objekt zum Subjekt: Der personzentrierte Ansatz in der Psychiatrie

früher: Institutionenkette



Vom Versorgungsobjekt zum selbstbestimmenden Subjekt

- Von der Versorgung zur Förderung und Inklusion
- Von der institutionellen zur personalen Orientierung
- Vom zentralistischen Sondersystem zum regionalen, offenen Unterstützungssystem
- Von der Anbieterkontrolle zur nutzerorientierten Qualitätssteuerung
- Von der Befund- und Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung



Komplexleistungen:

Bündelung von sozialpsychiatrischen Hilfen (Leistungen):

zur Selbstversorgung,

zur Arbeit/Ausbildung,

zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung,

stationäre und teilstationäre Behandlung,

erforderlichenfalls ergänzend nicht-psychiatrische Leistungen.

Verpflichtung zur zeit- und bedarfsgerechten Versorgung !

Warum von home treatment ?

- Von den durch Psychiater und Psychotherapeuten erbrachten Behandlungsangeboten werden schwer und chronisch psychisch Kranke wenig erreicht.
- Ausgeprägte Komm-Struktur der konventionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote.
- Die bisherige Gemeindepsychiatrie, die hauptsächlich komplementäre und rehabilitative Angebote umfasst, wird damit um mehr Behandlungskomponenten erweitert.
- Aufheben der künstlichen Trennung von Behandlung (SGB V) und Rehabilitation (SGB IX)

Im ambulanten Sektor stehen Behandlungs- und Rehaangebote bisher unverbunden neben einander. Bisher fehlt eine wesentliche Behandlungskomponente.

Ziele von home treatment

- Alternative zur stationären Behandlung
- Aufsuchende Behandlung
- Möglichst geringer Eingriff in das Alltagsleben
- Nach stationärer Akutbehandlung frühzeitige Weiterbehandlung zuhause
- Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmen vermeiden
- kurzzeitige Krisenintervention
- Beziehungskonstanz auch in Krisensituationen ermöglichen.

Soziale Inklusion erfordert auch eine „Krisenbehandlungskomponente“

Charakteristika von home treatment Angeboten

Aufsuchende Behandlung	Behandlung im häuslichen Umfeld Zusammenarbeit mit Angehörigen Max. 3 Hausbesuche/Tag
Direkter Zugang	durch Krisentelefon Eigene Behandlungsräume Keine Überweisung erforderlich
umfassend	Abends und am Wochenende erreichbar, teilweise auch 24Std. Home treatment-Angebote
Filterfunktion	Beurteilung der Dringlichkeit, ggf. Vermitteln der passenden Einrichtung
skill mix	multiprofessionelles Team (Team Manager, Psychiater, Fachpflege, Psychologe, Fachsozialarbeiter, Sekretärin, angeleitete Kräfte)
Team Manager	Koordiniert Hausbesuche und Behandlung/Beratung vor Ort, Vernetzung ambulante Versorgung erfordert andere Informations-, Entscheidungs- und Kooperationsmodelle
Risk assessment Needs assessment	Einschätzen der Dringlichkeit und Gefährdung Integration von Behandlungs- und sozialen Angeboten

Metaanalyse: Effektivität von home treatment

Vermeidung von stationärer Aufnahme und Kosteneffektivität

Methodik: Metaanalyse gemäß Cochrane-Kriterien

Auslußkriterium: Tagesklinische Beh., Tagesstätte, Betreutes Wohnen

91 Studien aus 30 Jahren

Ergebnisse:

7. Caseload \leq 25 Pat., aber nicht unter 15 Pat.
8. tägliche erreichbar, aber 24 Std.Dienst nicht erforderlich
9. Home treatment als essentielle Behandlungskomponente, aber kein ausschließliches home treatment team
10. Reduktion stat. Behandlungsdauer (5 d/mo), aber keine statistische Signifikanz

Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, J Henderson J, Watt H, Wright C (2001): Home treatment for mental health problems – a systematic review. Health Technology Assessment 5; Nr. 15

Überwindung des „SGB V / SGB IX – Problems“

- Psychische Gesundheit und soziale Fragen sind eng miteinander verknüpft: bessere Bündelung von sozialen und Gesundheitsangeboten
- Gemeindepsychiatrie umfasst hauptsächlich komplementäre und rehabilitative Angebote
- Behandlungsangebote werden separat von Institutsambulanz oder niedergelassenen Praxen erbracht
- Künstliche Trennung von Behandlung (SGB V) und Rehabilitation (SGB IX)
- Verbesserung der Therapiekontinuität



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(§ 26 SGB IX)

- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- (mit Zustimmung des Betroffenen) Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
- Training zum Umgang mit Krisensituationen,
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen
- Rehabilitation (z.B. WFB, Besuch einer Tagesstätte)

Der Weg zum „home treatment“?

Ambulante Soziotherapie

§ 37a SGB V (seit 2002)

Indikationen

Die Leistung ist beschränkt auf die Diagnosen:

Schizophrenie

Depression

Nicht bei: Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Das soziale Funktionsniveau auf der GAF-Skala darf nicht über 40 Punkte betragen.

→ Soziotherapie soll nur von Sozialpädagogen oder Fachkrankenpflegern für Psychiatrie erbracht werden, die definierte und umfangreiche psychiatrische Erfahrung, Kenntnisse und laufende Fortbildungen nachweisen müssen.

Bedarf: für ca. 80.000 Pat. kommt Soziotherapie in Frage.

(Melchinger 1999)

- *Hilfen bei der Kontaktgestaltung im Wohn- und Arbeitsbereich*
- *Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen*
- *Hilfe in der Familie*
- *Hilfe bei der Tagesstrukturierung und Alltagsbewältigung*
- *Psychoedukation (Umgang mit der Erkrankung).*

Ambulante Psychiatrische Pflege

§ 37 SGB V (seit 2005)

- analog der Soziotherapie als Kassenleistung
- Richtlinien zur Verordnung allgemeiner häuslicher Krankenpflege wurden um Behandlungspflegeleistungen für psychisch Kranke ergänzt
- fachärztliche Diagnosestellung und Verordnung
- maximal zwei Pflegeeinsätze täglich

Qualifikationsanforderungen

Gute Gemeindepsychiatrie ist Beziehungsarbeit

Die therapeutische Bezugsperson ist von zentraler Bedeutung: als Hauptansprechpartner, Berater, Begleiter durch das System

Der Wandel erfordert eine Weiterentwicklung des gerade in der Psychiatrie bedeutungsvollsten Behandlungsfaktors, nämlich des Faktors Mensch, also der psychiatrisch tätigen Berufsgruppen durch Weiterentwicklung der Berufsbilder, der damit verbundenen Qualifikationen und der Klärung der Verantwortlichkeiten.

Selbstständigeres, aber auch eigenverantwortlicheres Arbeiten hat Auswirkungen auf Qualifikationsanforderungen. Es sind vielfältige klinische Kompetenzen erforderlich:

- Fähigkeit selbstständig diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu treffen
- Kompetenz zur professionellen psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung
- Unterstützung in Alltagsaktivitäten
- psychische Gesundheitsförderung und Psychoedukation
- Fähigkeit zur Krisendiagnostik und Krisenintervention
- Fähigkeit zum case management und zu komplexen multiprofessionellen Behandlungsplanungen.

WHO (2005): Human Ressourcen und Ausbildung im Bereich Psychische Gesundheit. Info Papier d. Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz. Helsinki

B

Gemeindepsychiatrischer Verbund

Arbeitskreis Sozialpsychiatrische Hilfen



**Ambulante
Versorgung
erfordert andere
Informations-,
Entscheidungs-
und
Kooperations-
modelle**

Versorgungsumfänge

Pat./Jahr

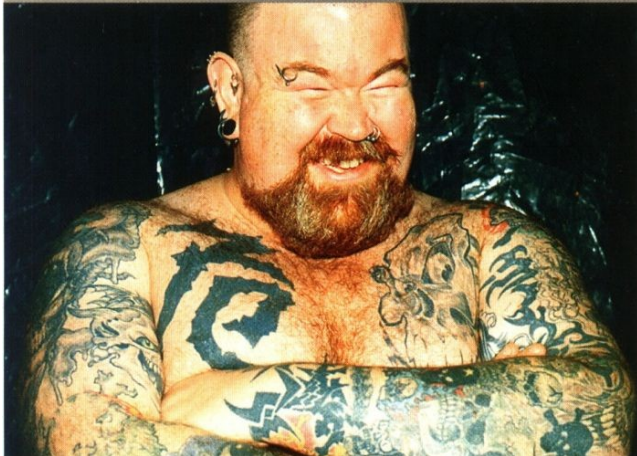
Institutsambulanzen	200.000	?, multiprof.
Psychiatrische Praxen	4.000.000	5.000 Praxen
Psychotherapeuten (Ärzte & Psychologen)	700.000	18.000

Umsetzung ?

- Modell Institutsambulanz
- Modell multiprofessionelle sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis
- Modell gemeindepsychiatrisches Zentrum

Vielen Dank

4.
PURE DEAD MENTAL



5.
FAILURE, VICTIM, OUT OF CONTROL, LOONY.

SIR WINSTON CHURCHILL,
ABRAHAM LINCOLN, LORD NELSON,
ALEXANDER THE GREAT, MICHELANGELO,
RUBENS, PICASSO, WILLIAM BLAKE,
CHRISTOPHER COLUMBUS, BACH,
BEETHOVEN, MOZART, CHOPIN,
COLE PORTER, NOEL COWARD,
ALBERT EINSTEIN, CHARLES DARWIN,
ERNEST HEMINGWAY, LEO TOLSTOY,
GRAHAM GREENE, EMILY BRONTE,
ROBERT LOUIS STEVENSON,
FLORENCE NIGHTINGALE,
TONY HANCOCK, T.S. ELLIOT,
ROBERT BURNS, EDGAR ALAN POE, DYLAN
THOMAS, SPIKE MILLIGAN,

2.
COULD I BE YOUR NEIGHBOUR



Gutachten „Psychiatrische Versorgung in Hessen bis 2007“

3 – 5%	Alkoholabhängigkeit	180.000 – 300.000
0.25%+0.16%	Heroin- + Kokainabhängige	15.000 + 10.000
2%	Medikamentenabhängige	150.000
7% (>65jährige)	Demenz	77.000 (1999); 89.000 (2007)
0.4 – 0.5%	Schizophrenie	24.000 – 30.000 (12.000 in Beh.)
3 – 4%	Depression	100.000 – 200.000 (2/3 Frauen)
5 – 10%	Belastungs- und Anpassungsstörungen	300.000 – 600.000
0.4 – 1.5%	Anorexie (15-35jährige)	300 – 1100
0.5 – 3%	Bulimie	370 – 2200
2 – 18%	Persönlichkeitsstörungen	120.000 - ?
0.1% (d. Kinder)	frühkindl. Autismus	1000 - 1100
0.4% (Ki)+ 1% (Ju)	ADHS	24.000 + 5000

Gutachten „Psychiatrische Versorgung in Hessen bis 2007“: Bedarf an Sozialpsychiatrischen Angeboten

Bettenmeßziffer: 0.5 – 0.6 Betten für 1000 Einwohner

Versorgungsdichte:

55 Betten + 15 teilstationäre Plätze je 100.000 Einwohner (incl. Suchtbeh. und Gerontopsychiatrie)

30 – 35 Plätze **Wohnheim für psych. Kranke je 100.000 Einwohner**

60 Plätze **Betreutes Wohnen für psych. Kranke je 100.000 Einwohner**

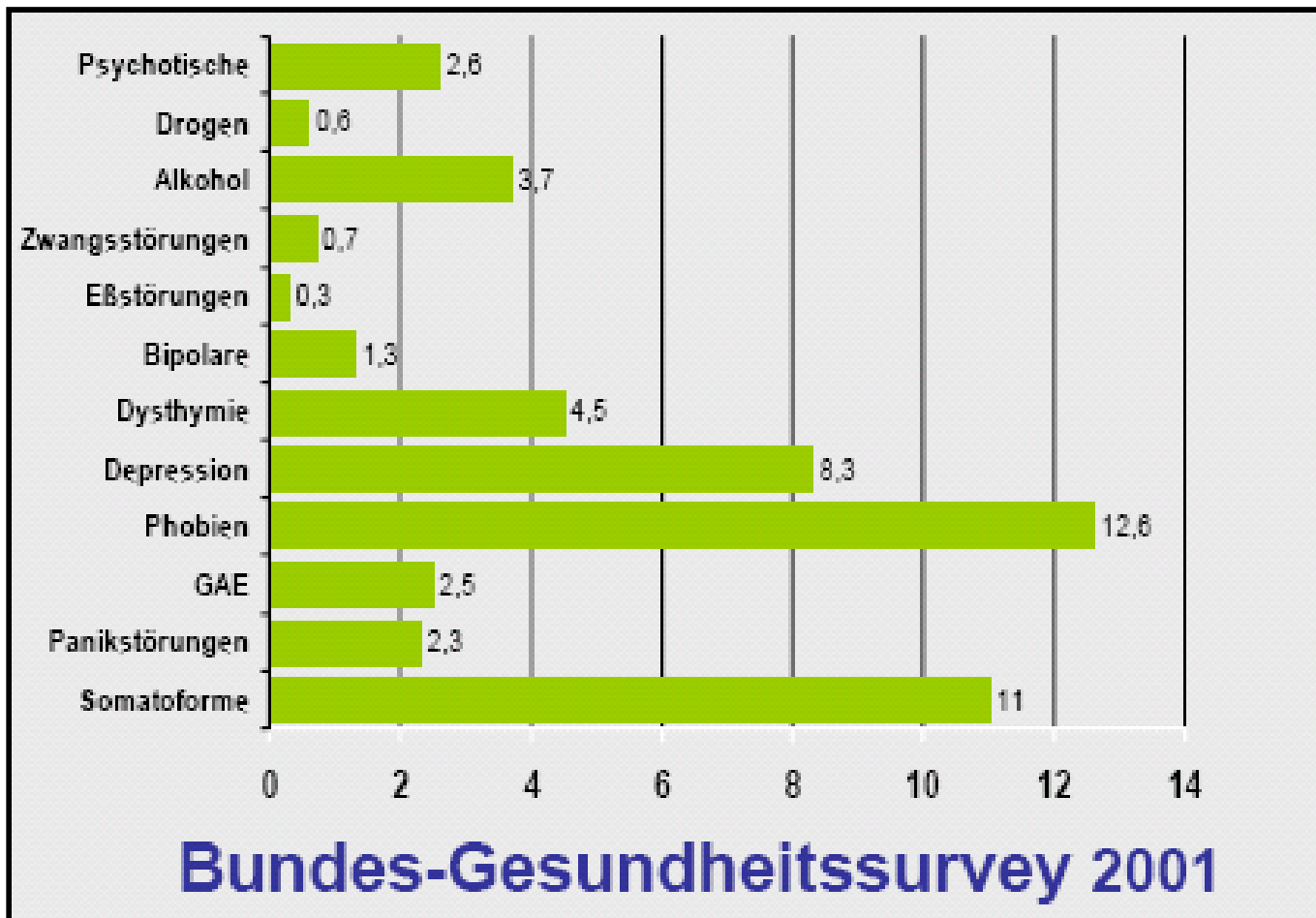
20 Plätze **Betreutes Wohnen Sucht je 100.000 Einwohner**

20-25 Plätze **Tagesstätten je 100.000 Einwohner**

35-38 Plätze **Werkstätte für psych. Kranke je 100.000 Einwohner**

1 Fachkraft PSKB je 50.000 Einwohner

2.7 Mitarb. SPDi je 100.000 Einwohner



Anzahl der stationär behandelten Fälle/Jahr

