

Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung

Workshop 11.04.2018
StäB mit Fallbeispiel

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

StäB: Teilbereich der Zuhausebehandlung

Zunächst Hoffnung, den Krankenhäusern wird eine umfassende Möglichkeit zur Zuhausebehandlung geboten

StäB ist aber nur ein kleiner Teil der Zuhausebehandlung für Patienten, die tägliche Versorgung benötigen (und dies tolerieren)

Patienten mit niedrigerem Versorgungsbedarf können im Regelsystem nicht zuhause behandelt werden

- Wie kommt man von 100% wieder herunter?
- Wie sieht die Nachsorge solcher Patienten aus?

Welche zusätzliche Funktionen lassen sich mit StäB verbinden?

Das geplante AZ-Team in Rüdersdorf

Aufnahme- und Zuhausebehandlungsteam

Aufgaben: ACT-Behandlung im Rahmen von §115d (StäB) und im Rahmen der Modellversorgung incl. extramuraler Krisenintervention

Erstassessment bei neuen Patienten, Aufnahmesteuerung

Intramurale Krisengespräche für ambulante Patienten außerhalb der Regelarbeitszeiten
(erst ab Eröffnung Erweiterungsbau)

Psychiatrische Konsile für somatische Abteilungen

Enge Verknüpfung mit sozialpsychiatrischem Dienst

Workload nach Vollaufbau

Bis zu 16 StäB-Patienten

Einzelne niederfrequente Zuhausebehandlung von Modellpatienten

Bis zu 5 Erstkontakte/ Tag in der Rettungsstelle (durchschnittlich 3)

Durchschnittlich 3 Konsile/Tag

Verfügbarkeit: Regelarbeitszeiten, evtl. Krisentelefon bis in die Abendstunden, Ausweitung auf Zeitraum bis 22 Uhr später eventuell möglich

Wochenende: zunächst nur extramurale Aufgaben durch Pflege und Ärzte

Fallvignette

80j. Frau mit wahnhafter Störung (keine schizophreientypischen Symptome)

Wähnt, dass in der Wohnung über ihr ein Bordell betrieben werde. Deutet Geräusche und normale Vorkommnisse im Mietshaus dementsprechend um.

Starke soziale Isolation, da sie sofort vorwürfig wird und Menschen mit ihrem Wahn überfordert. Seltener Kontakt zur Tochter. Hat Betreuung, lehnt aber Kontakt ab.

Zuweilen gereizt und bedrohend > Unterbringungen (ca. 10 mal). Unter Medikation ruhiger jedoch keine Veränderung des Wahnerlebens.

Zweimaliger Wohnungsverlust, die Wahnthematik zog jeweils mit. Jetzt erneute Wohnungskündigung.

Fallvignette – zweimalige Begutachtung

Betreuungsrechtlich: Fortsetzung der gegebenen Zwangsmedikation?

u.a. „ ... welches Behandlungsziel soll und kann realistisch betrachtet erreicht werden?
Lässt sich feststellen, ob eine medikamentöse Behandlung der Betroffenen in ihrem Wirkungsprofil einen ausreichenden Erfolg bewirken kann? Ist die Patientin gegenwärtig bereit, verordnete Medikamente einzunehmen?“

Fallvignette – Argumentation im Betreuungsverfahren

„Frau X ... kann nicht erkennen, dass die ihr Sorgen machenden Gedanken, durch ein Bordell beeinträchtigt zu sein, Ausdruck einer psychiatrischen Störung sind. Insofern entspricht die Ablehnung der Behandlung der psychischen Erkrankung nicht dem Ausdruck einer als frei zu betrachtenden Willensbildung. In anderen Bereichen der Willensbildung ist die Patientin nicht beeinträchtigt.“

Konkrete Folgen, die für Frau X eintreten könnten, wenn die Behandlung jetzt abgebrochen wird, sind das Wiederauftreten fremdaggressiver Regungen und eine weitere Störung der Teilhabefähigkeit am sozialen Leben. ... Frau X ist so sehr von ihrem Wahnerleben geprägt, dass die normalen familiären Beziehungen und die Beziehungen zur sonstigen sozialen Umwelt abzubrechen drohen. Auch wird ihre Wohnsituation krankheitsbedingt immer wieder in Gefahr geraten.

Fallvignette – Argumentation im Betreuungsverfahren

Das chronifizierte Krankheitsbild wird über lange Jahre psychiatrisch begleitet werden müssen. Da Frau X vermutlich selbst bei gutem Verlauf nicht eine so starke Krankheitseinsicht ausprägen wird, dass sie später freiwillig einen Psychiater oder ambulante Dienste aufsucht, **ist zu empfehlen, bereits jetzt ein Hilfesystem mit überwiegender aufsuchender Arbeit in der Häuslichkeit der Patientin zu etablieren. (Empfehlung mehrjähriger konstanter Behandlung)**

Fallvignette – Diskussion

Eine Fortsetzung der Zwangsmedikation war abzulehnen, da eine Medikation und Betreuung über den notwendigen Zeitraum von 2 Jahren (Ziel Wiederherstellung der freien Willensbildung bezüglich der Erkrankung) nicht gewährleistet werden konnte, da kein aufsuchender Dienst durch Klinik und eine Fortsetzung der (Zwangs-)medikation jeweils stationäre Aufnahmen erfordert hätte.

- Schwäche der psychiatrischen Versorgung: fehlendes Home-Treatment
- Schwäche des BGB: keine ambulante Zwangsbehandlung
- Ist die Wiederherstellung der freien Willensbildung tatsächlich das Wesentliche?
Was ist mit der sozialen Teilhabe?

Weitere Fallbeispiele

(Modell-)patient, Ende 30, schwere paranoid-halluzinatorische Symptomatik in rezidivierenden Krankheitsphasen. Isst nicht mehr, ist laut, bedroht schließlich andere. Wird beim Hausbesuch untergebracht, einmalige Medikation zur Gefahrenabwehr. Dann leicht besser und freiwillige Medikationseinnahme. Entlassung schon nach drei Tagen vor allem wegen der nicht versorgten Tiere. Intensive Arbeit mit Angehörigen und Nachbarschaft nötig, damit Behandlung zuhause durchgeführt werden kann. Aufsuchende Behandlung zunächst dreimal pro Woche, dann seltener.

Pat. mit Persönlichkeitsproblematik und wahnhaftem Erleben. Fühlt sich durch Geister im Wald bedroht. Läuft mit Keule und Waffen herum, nicht übergriffig aber sehr bedrohlich. Heftige Nachbarschaftskonflikte da auch sehr provokant. Immer wieder längere stationäre Behandlung wenn Nachbarschaftsproteste. Wie kann hier Akzeptanz erreicht werden?

Weitere Fallbeispiele

(Modell-)patient, Ende 50, schwere paranoid-halluzinatorische Symptomatik chronifizierte. Kommt gerne in die Klinik, geht damit Konflikten aus dem Weg. Droht zu hospitalisieren und wird im Krankenhaus regelmäßig aggressiv und bedrohlich. Mag trotzdem nicht entlassen werden, da Zuhause kein sozialer Empfangsraum.

Bedrohlicher Patient, den der SpDi trotz erheblichen Behandlungsbedarfs nicht unterbringen kann, da PsychKG-Kriterien nicht erfüllt sind und keine Betreuung etabliert werden kann. Akzeptiert aber die Besuche des SpDi, die allerdings hinsichtlich der Frequenz zu gering sind. Überweisung zu StäB.

Welche Wirkfaktoren sind hier angesprochen ?

Kontinuierliche Behandlung

Heilsamkeit der häuslichen Umgebung

Bedeutung des familiären und nachbarschaftlichen Verhältnisses

Vermeiden von sozialem Stress

Vermeiden von Hospitalisierung

Behandlungswunsch, obwohl man „nicht krank ist“

Schwere Erkrankung und psychiatrische Angebote

Altes Denkschema:

Leichte oder abgeklingende Erkrankungen: ambulant

Mittelschwere Erkrankungen: teilstationär

Schwere Erkrankungen: stationär

Erkrankungsschwere und psychiatrische Angebote

Neues Denkschema:

Leichte Erkrankungen: ambulant

(Abklingende Erkrankungen, Wiedereingliederung: niederfrequente Zuhausebehandlung)

Mittelschwere Erkrankungen: teilstationär (oder mittelfrequente Zuhausebehandlung) oder bei besonderer Indikation geplant stationär

Schwere Erkrankungen ohne Komplikationen: akuttagesklinisch

Schwere Erkrankungen mit z.B. Eigen- oder Fremdgefährdung: stationär

Schwere Erkrankungen mit z.B. fehlender Krankheitseinsicht: StäB

Indikationen für StäB - Rüdersdorf

Für wen kommt StäB in Frage?

- Patienten, die keine Behandlung in Klinik wünschen/ die sich sonst nicht behandeln ließen
- Patienten, die systemische/ familientherapeutische Behandlung brauchen
- Patienten, bei denen ein Milieuerhalt/ Erhalt der Alltagsroutinen wichtig ist
- Patienten, die sehr reizoffen sind
- (In Ausnahmefällen) Heimpatienten
- Patienten, die Begleitung am Arbeitsplatz bei drohendem Jobverlust benötigen

Ausschluss: Überwachungspflichtig aus somatischen oder psychischen Gründen/ Ablehnung einer Zu Hause Behandlung durch Mitbewohner/ sehr einsame Patienten

Indikationen für „das Bett“

Der Dienstarzt prüft zunächst, ob eine Indikation für eine psychiatrische Behandlung durch das Krankenhaus (§ 39 oder 118,2 **oder 115d** SGB V) vorliegt. Im nächsten Schritt prüft er, ob eine ambulante Betreuungsform ausreicht und verweist an die regional zuständige PIA bzw. bei Modellpatienten auch an die zuständige Station oder Tagesklinik. Ist aufgrund der Schwere der Symptomatik eine ambulante Betreuung nicht ausreichend, wird der Patient in die Akuttagesklinik aufgenommen oder an die beiden regionalen Tageskliniken verwiesen. **Alternativ steht StäB zur Verfügung.**

Eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt nur, wenn neben der Indikation zur Akutbehandlung auch die Indikation für die Aufnahme in ein Krankenhausbett vorliegt (**z.B. akute Entzugssymptomatik, bestehende Fremd- oder Eigengefährdung, Notwendigkeit der pflegerischen Vollversorgung, Anreiseprobleme, häusliche Konfliktsituation etc.**)

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !