

Vorlage Nr. 15/1460

öffentlich

Datum: 18.01.2023
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Schröder, Frau Dr. Pott

Gesundheitsausschuss **03.02.2023** **Kenntnis**

Tagesordnungspunkt:

**Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses vom 17.-
20.10.2022
nach München und Klingenmünster; Bericht**

Kenntnisnahme:

Der Bericht über die Studien- und Informationsreise des Gesundheitsausschusses vom 17.- 20.10.2022 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1460 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des
LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Zusammenfassung

Im Folgenden wird über die der Informationsreise des Gesundheitsausschusses vom 17.-20.10.2022 berichtet.

Die Mitglieder des GA, die Sprecher*innen der Fachforen Kaufmännische, Ärztliche und Pflegerische Direktionen des LVR-Klinikverbunds sowie Vertreter*innen der Verwaltung/Dezernat 8 besuchten das Isar-Amper-Klinikum und das Inn-Salzach-Klinikum der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) sowie das Pfalzlinikum Klingenmünster, um sich über neuere Formen und sektorenübergreifende Möglichkeiten psychiatrischer Versorgung insgesamt zu informieren und sich mit den in Bayern sowie der Pfalz bereits gemachten Erfahrungen auseinanderzusetzen. Neben dem bundesweit größten Modellprojekt zum Regionalbudget sowie dem intensiven Einsatz von stationsübergreifender Behandlung (StäB) zählten die Vermeidung der Forensifizierung von Patient*innen der Allgemeinpsychiatrie, das gelingende Management von sektorenübergreifenden Schnittstellen und sowie der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen/Peers zu wichtigen Themenfeldern.

Neben kurzen Zusammenfassungen zu den einzelnen Programmpunkten wird ausdrücklich auf die dankenswerter Weise seitens der Gastgeber*innen und Referent*innen zur Verfügung gestellten Präsentationen (**Anlage 1**) sowie den Jahresbericht des kbo-Krisendienstes verwiesen (**Anlage 2**).

Im Rahmen der fachlichen Bewertung werden die für den Klinikverbund des LVR besonders relevanten Aspekte zusammengefasst und Vorschläge für die künftige strategische und fachliche Weiterentwicklung skizziert.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1460:

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Der LVR Klinikverbund (Präsentation, Ilona Schäfer – **Anlage 1/Seite 3**)

1.	Reiseprogramm (17.-10.10.2022)	3
2.	Inhaltliche Beschreibung (in der Reihenfolge der besuchten Einrichtungen und des Reiseprogramms)	4
2.1	kbo Isar-Amper-Klinikum: Begrüßung durch die Geschäftsführung und Diskussion zu aktuellen Themen	4
2.2	kbo Krisendienst (Anlage 2)	5
2.3	Stationsäquivalente Behandlung (Vortrag mit Präsentation – Anlage 1/Seite 14)	6
2.4	Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsform (Vortrag mit Präsentation – Anlage 1/Seite 27)	6
2.5	Präventionsambulanz zur Vermeidung der Forensifizierung von AP-Patient*innen (Vortrag mit Präsentation – Anlage 1/Seite 38)	7
2.6	Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik (Vortrag mit Präsentation – Anlage 1/Seite 46)	7
2.7	kbo Inn-Salzach-Klinikum: Neubau in Wasserburg am Inn	7
2.8	Pfalzlinikum Klingenmünster: Begrüßung durch die Geschäftsführung	8
2.9	Vorstellung Modellvorhaben/Regionalbudget „Innovative Psychiatrie Für das 21. Jahrhundert – Wohnortnah. Kompetent. Menschlich.“ als bundesweit größtes Modellprojekt (Vortrag mit Präsentation – Anlage 1/Seite 51)	8
2.9.1	Finanzierung und Steuerung (Workshop/Präsentation – Anlage 1/Seite 62)	
2.9.2	Behandlung und Pflege (Workshop – siehe 2.9)	9
2.9.3	Sicht der Nutzenden – Peers und Genesungsbegleitungen (Workshop)	9
2.9.4	Beteiligung und Mitbestimmung (Workshop mit Präsentation – Anlage 1/Seite 64)	10
2.10	Leistungsangebote Maßregelvollzug (Vortrag mit Präsentation – Anlage 1/Seite 72)	10
2.11	Leistungsangebote Gemeindepsychiatrie (Vortrag)	11
2.12	HalfwayHouse: ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – Konzeption, Limitationen und Ausblick (Vortrag mit Präsentation – Anlage 1 Seite 78)	11
3.	Fachliche Bewertung	12
3.1	Was ist neu?	12
3.2	Bedeutung für den LVR-Klinikverbund	12
3.3	Vorschlag der Verwaltung	13
4.	Zusammenfassung und Ausblick	14

1. Reiseprogramm

Erster Tag (17.10.2022)

Ankunft, Begrüßung und Diskussion (kbo Isar-Amper-Klinikum)

Josef Mederer (Bezirkstagspräsident Bezirk Oberbayern)
Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach (kbo Vorständin)
Franz Podechtl (Geschäftsführer kbo Isar-Amper-Klinikum)
Prof. Dr. Peter Brieger (Ärztlicher Direktor kbo Isar-Amper-Klinikum)
Brigitta Wermuth (Pflegedirektorin kbo Isar-Amper-Klinikum)
Stinne Fronius (Kaufmännische Leitung kbo Isar-Amper-Klinikum)

Moderation und Führung über das Gelände: Henner Lüttecke (Öffentlichkeitsarbeit und Interne Kommunikation kbo Isar-Amper-Klinikum)

Zweiter Tag (18.10.2022)

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Prof. Dr. Peter Brieger (ÄD)
Christine Ernst-Geyer (Pflegedienstleitung Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, zentrale Aufnahme und StäB)

Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsformen

Dr. Ines Göttler (Oberärztin), Andrea Gerum (Stationsleitung)

Präventionsambulanz: Vermeidung der Forensifizierung von AP-Patient*innen

Dr. Islem Ganzoui (Oberärztin Präventionsstelle)

Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik

Prof. Dr. Martin Marziniak (Chefarzt Klinik für Neurologie), Dr. Ines Göttler (Oberärztin)

Erinnerungskultur am kbo-Isar-Amper-Klinikum: Führung über das Gelände und Vorstellung des „Bauzauns“ und der synchronoptischen Zeitleiste

Henner Lüttecke (Öffentlichkeitsarbeit und Interne Kommunikation)

Besichtigung des Neubaus kbo Inn-Salzach-Klinikum (Wasserburg am Inn)

Kooperationsprojekt mit einem somatischen Krankenhausträger, der RoMed Kliniken
Dr. Karsten Jens Adamski (Geschäftsführer kbo Inn Salzach-Klinikum gGmbH)

Dritter Tag (19.10.2022)

Ankunft und Begrüßung durch die Geschäftsführung (Pfalzlinikum Klingenmünster)

Theo Wieder (Vorsitzender des Verwaltungsrats, Pfalzlinikum Klingenmünster)
Dr. Sylvia Claus (Ärztliche Direktorin und Chefärztin Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Pfalzlinikum Klingenmünster)
Paul Bomke (Geschäftsführer, Pfalzlinikum Klingenmünster)

Vorstellung Modellvorhaben/ Regionalbudget „Innovative Psychiatrie für das 21. Jahrhundert – Wohnortnah. Kompetent. Menschlich.“ als bundesweit größtes Modellprojekt

Dr. Sylvia Claus (ÄD)
Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa (Pflegedirektorin – leider erkrankt)

Vier Perspektiven auf das Modell

a) Finanzierung und Steuerung

Bernhard Koelber (Leiter Unternehmensentwicklung, stv. Projektleiter Modellvorhaben)

Helmut Wagner (Leiter Medizincontrolling)

b) Behandlung und Pflege

Dr. Sylvia Claus (ÄD)

c) Die Sicht der Nutzenden – Peers und Genesungsbegleitungen

Anja Kuntz (Pflegerische Fachbereichsleiterin ambulante und aufsuchende Dienste)

Monica Mari-Schloss, Hannes Schön (Genesungsbegleitung)

d) Beteiligung und Mitbestimmung

Bernhard Dobbe (Personalratsvorsitzender)

Vierter Tag (20.10.2022)

Leistungsangebote Maßregelvollzug

Dr. Eva Biebinger (Chefärztin, Klinik für Forensische Psychiatrie, Unterbringungsleiterin)

Thomas Nagel (Pädagogisch-Pflegerischer Leiter, Klinik für Forensische Psychiatrie)

Dr. Wolfgang Weißbeck (ltd. Oberarzt u. Unterbringungsleiter Abteilung für Jugend-Maßregelvollzug)

Leistungsangebote Gemeindepsychiatrie

Birgit Fuchs (Leiterin Betreuen-Fördern-Wohnen (BFW))

Frank Schäfer (stv. Leiter BFW)

HalfwayHouse: ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – Konzeption, Limitationen und Ausblick

Birgit Fuchs (Leiterin BFW)

Michael Hoffmann (Dipl. Soz.Päd. HalfWayHouse)

2 Inhaltliche Beschreibung (in der Reihenfolge der besuchten Einrichtungen und des Reiseprogramms)

2.1 kbo Isar-Amper-Klinikum: Begrüßung durch die Geschäftsführung und Diskussion zu aktuellen Themen

Der Bezirk Oberbayern ist Träger der Eingliederungshilfe und überörtlicher Träger der Sozialhilfe. Darüber hinaus ist er zuständig für die psychiatrische und neurologische Versorgung und bedient sich hier unter anderem der „kbo-Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen“, einem Zusammenschluss von fünf großen psychiatrischen Fachkrankenhäusern mit jeweils mehreren Standorten.

Das kbo Isar-Amper-Klinikum verfügt über ca. insgesamt 2000 Betten an 12 Standorten mit insgesamt ca. 4.000 Mitarbeitenden. Pro Jahr werden etwa 50.000 ambulante und 16.000 stationäre Fälle behandelt. Am Standort München-Ost/Haar befinden sich ca. 1200 Betten, davon 500 im Maßregelvollzug.

Nach der Begrüßung und gegenseitigen Vorstellung aller Anwesenden kommt es zu einem offenen Austausch über verschiedene aktuelle und drängende Themen rund um die bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen.

Kbo-Vorständin Borrmann-Hassenbach betont das Interesse an §64b-Modellen zur Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung. Sie verweist zudem auf das bekannte Problem der nahezu unerfüllbaren Qualitätsstandards wegen fehlender personeller Ressourcen. Kliniken müssten in der aktuellen Zeit der Herausforderungen durch Corona, Energiekrise und Fachkräftemangel in der Regel auffangen, was in der Gesamtversorgung von Patient*innen „übrigbleibt“. Daher müsse Versorgung neu gedacht und gestaltet werden.

Die Ambulanzen des Isar-Amper-Klinikums rechnen – im Unterschied zu den in NRW üblichen Fallpauschalen – über Einzelleistungsvergütungen ab, dadurch ist eine differenzierte und patientenorientiertere Angebotsdichte möglich. Die durchschnittliche Höhe der Leistungsabrechnung pro Quartal sei jedoch trotzdem ähnlich wie in anderen Bundesländern mit pauschalen Vergütungssystemen.

Zur Einrichtung bzw. Finanzierung von StäB wurden im Isar-Amper-Klinikum zum Teil auf die im Krankenhausplan (aufgrund der wachsenden Einwohnerzahl) zusätzlich berechneten 90 Betten verzichtet.

Der Fachkräftemangel wird als eine der zentralen Herausforderungen eingeschätzt. Bezüglich des für den LVR akuten Themas der Einsätze von Ärzt*innen und Pflegekräften in Arbeitnehmerüberlassung wird auf Nachfrage berichtet, dass dieses in den Kliniken des Bezirks Oberbayern noch nicht signifikant sei und lediglich punktuell in der Akutpsychiatrie auftrete. Die Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Unternehmen sei sehr hoch.

Die digitale Messe LIKE Psychiatrie wird in diesem Kontext als eine Möglichkeit für Personalkampagnen gesehen, darüber hinaus seien Plakataktionen, der vielfältige Einsatz von Sozialen Medien (u.a. TikTok), der abgeschlossene Markenbildungsprozess von kbo sowie Stipendien und Ausbildungsunterstützung hilfreich.

2.2 kbo Krisendienst

Der Krisendienst Psychiatrie Oberbayern¹ wird durch Frau Dr. Borrmann-Hassenbach, Herrn Prof. Brieger und Herrn Podechtl im Rahmen der Diskussion auf Nachfrage seitens der LVR-Vertretenden spontan als Erfolgsmodell vorgestellt.

Nach dem Beginn in München und der späteren Ausweitung auf Oberbayern besteht seit mittlerweile fünf Jahren ein 24-Stunden-Dienst, der seit einem Jahr auch auf Niederbayern ausgeweitet wurde. Die Leitstelle, die im Isar-Amper-Klinikum verortet ist, wird von insgesamt ca. 50 speziell geschulten Fachkräften (Psycholog*innen, Fachpflegekräfte, Ärzt*innen - überwiegend Mitarbeitende der Klinik) bestückt. Etwa 80 % der ca. 30.000 Anrufe pro Jahr² können durch das geschulte Fachkräfteteam der Leitstelle telefonisch bearbeitet werden. Lediglich in ca. 20% der Nachfragen erfolgen aufsuchende Einsätze durch sog. „Ausrückteams“, in denen Mitarbeitende der kommunalen Kooperationspartner eingesetzt werden. Eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung besteht mit Rettungsleitstellen und der Telefonseelsorge sowie mit der Polizei, die den Krisendienst teilweise zu Einsätzen dazu ruft.

¹ <https://kbo.de/krisendienst-psychiatrie>

² Zum Vergleich wird berichtet, der Krisendienst Wuppertal verzeichne jährlich etwa 3.000 Anrufe (Ilona Schäfer, Vorsitzende LVR-GA)

Möglichen Sprachbarrieren wird vor allem durch die Integration des Anbieters Dolatel³ in den Krisendienst begegnet.

Ein konkreter Nachweis über die anscheinend positiven Effekte des Krisendienstes, wie z.B. ein Rückgang der stationären Aufnahmen, ist auf Grundlage der seitens kbo erhobenen Statistiken bislang nicht führbar. Eine Evaluation unter Einbezug von Statistiken zu Polizeisondereinsätzen könnte hier Aufschluss geben.

2.3 Stationsäquivalente Behandlung

Prof. Dr. Brieger und Frau Ernst-Geyer berichten, dass die kbo Isar-Amper-Klinik am 01.10.2018 mit zunächst 16 Plätzen in München-Zentrum in die stationsäquivalente Behandlung (StäB) gestartet sei. Ein multiprofessionelles mobiles Team aus 18 Mitarbeitenden (13 VK) versorgt seither die Innenstadt, seit Herbst 2021 ist ein weiteres Team im Landkreis München aktiv (11 Behandlungsplätze mit 11 Mitarbeitenden/8,5 VK). Das Einzugsgebiet München und Umland umfasst ca. 1,5 Millionen Einwohner*innen. Die Zuweisung in die StäB erfolgt über die Zentrale Aufnahme. Durch die enge Kooperation mit der Institutsambulanz kann u. a. eine ambulante Intensivbehandlung angeboten werden, wenn StäB nicht leistbar ist. Die fließenden Übergänge werden durch gute PIA-Konzepte sowie die Einzelleistungsvergütung gewährleistet, die die Chance für multiprofessionelles Arbeiten bietet (ca. 25 % werden hier aufsuchend erbracht). Mit der Aufnahme eines regelhaften und in die Versorgungsstruktur integrierten Angebots von StäB hat sich das Isar-Amper-Klinikum neu positioniert: die Behandlung erfolgt stationär, teilstationär, ambulant und stationsäquivalent mit einer deutlich verstärkten Vernetzung der Behandlungssektoren. Bei der Entwicklung des StäB-Konzeptes erfolgte eine enge Einbindung des Medizinischen Dienstes, so dass formale Hemmnisse konstruktiv ausgeräumt werden konnten. Ein großer Teil der StäB-Patientinnen sind Mütter mit kleinen Kindern, aber auch Patient*innengruppen, die sonst in Akutphasen keine adäquate Behandlung erfahren würden (z.B. Patient*innen mit Zwangserkrankungen), können versorgt werden. Die Vergütung durch die Krankenkassen liegt bei ca. 80 % des Pflegesatzes einer vollstationären Versorgung. Wichtige Gelingensfaktoren in der Umsetzung sind unter anderem die Möglichkeit zur digitalen Dokumentation sowie zur digitalen Umsetzung von Teamsitzungen und Übergaben sowie die multiprofessionelle Übernahme schwieriger Aufgaben, wie z. B. der 24-stündigen Rufbereitschaft sowie die 7-Tage-Abdeckung.

2.4 Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsformen

Nach kurzer Einführung zur Historie des Soteria-Konzepts wird durch die zuständige Oberärztin Frau Dr. Göttler das Angebot im Isar-Amper-Klinikum vorgestellt. Die Grundidee ist, die Patient*innen in einer alltagsnahen Umgebung durch eine stützende Beziehungsgestaltung und eine entängstigende Umgebung durch die psychotische Krise zu begleiten. Medikamente werden möglichst gering dosiert eingesetzt. Das Angebot in München wurde 2003 eröffnet, 2010 zunächst um eine weitere stationäre Einheit erweitert und seit 2021 mit einer Station und einer Tagesklinik fortgesetzt.

³ Der Dienstleister „Dolatel“ bietet in über 100 Sprachen rund um die Uhr (kultursensibles) telefonisches Dolmetschen unter anderem für medizinische Einrichtungen, Krankenhäuser und Arztpraxen an.

Auch im LVR-Klinikverbund ist Dolatel seit 2017 einer der sechs Anbieter für Sprachmittlung, mit denen zurzeit eine Rahmenvereinbarung besteht.

2.5 Präventionsambulanz zur Vermeidung der Forensifizierung von AP-Patient*innen

Vor dem Hintergrund der Zunahme forensischer Unterbringungen, dem erhöhten Risiko für Gewalthandlungen bei bestimmten psychischen Störungen und der unzureichenden Versorgung schwer psychisch kranker Patienten mit Gewaltrisiko im allgemeinpsychiatrischen Setting wurde unter dem Dach der Allgemeinpsychiatrie ein Präventionsangebot mit forensischer Expertise geschaffen. Ziele sind die Gewaltprävention und der Opferschutz. Das Angebot wird durch die zuständige Oberärztin Fr. Dr. Islem Ganzoui vorgestellt. Eingeschlossen werden vorwiegend Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Der Zugang ist niederschwellig und freiwillig für die Patienten. Es erfolgt gezielt eine Behandlung gewaltrelevanter Aspekte, nach Stabilisierung eine Weiterbehandlung über die Regelversorgung.

2.6 Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik

Für die noch neue und herausfordernde Behandlung von Post-Covid-Patient*innen, die seitens des bayrischen Gesundheitsministerium gewollt war, konnten fünf tagesklinische Behandlungsplätze in der neurologischen Klinik des Isar-Amper-Klinikums etabliert werden.

Unter dem „Post-Covid-Syndrom“ werden diagnostisch unterschiedliche Beschwerden gefasst, die mehr als 12 Wochen nach einer Sars-CoV-2 Infektion auftreten. Herr Prof. Marziniak und Frau Dr. Göttler führen aus, dass langandauernde Gewebeschäden, eine Persistenz von Viren oder Virusbestandteilen sowie eine chronische (Hyper-)Inflammation und/oder Autoimmunphänomene beobachtet werden, wobei zur Epidemiologie und Ätiologie bisher kaum belastbare Daten vorliegen. Für die betroffenen Patient*innen erweist sich im Rahmen des sich aktuell fortlaufend weiterentwickelnden Behandlungskonzeptes das sog. „Energiemanagement“ als wichtig und hilfreich, mit dem rechtzeitigen Erkennen von Belastungsgrenzen.

2.7 kbo Inn-Salzach-Klinikum: Neubau in Wasserburg am Inn

Der Nachmittag war der Fahrt nach Wasserburg und der Besichtigung des Neubaus des kbo Inn-Salzach-Klinikums vorbehalten, welcher in Kooperation mit den RoMed Kliniken entstanden ist (130 Betten in der Somatik). Herr Dr. Karsten Jens Adamski, Geschäftsführer, informierte über den Klinikneubau, in dessen erstem Bauabschnitt das komplette RoMed-Klinikum sowie die gemeinsame Eingangshalle und der erste Patienten-Pavillon inklusive Neurologie des kbo Inn-Salzach-Klinikums errichtet wurde. Im gemeinsamen Eingangsbereich befinden sich Pforte, Telefonzentrale, öffentliche Cafeteria, Mitarbeitendenkantine sowie klinikübergreifende Funktionsbereiche, wie zum Beispiel Labor und Notaufnahme. Weitere Betten-Pavillons sind in Vorbereitung. Geplant ist eine umfassende Modernisierung des psychiatrischen Angebots am Standort mit aktuell 516 Betten. Die Förderung des Freistaates Bayern wird hier besonders hervorgehoben.

In der anschließenden Diskussion überrascht die Geschäftsführung u.a. mit der Information, im Umfeld befinde sich eine erhebliche Anzahl geschlossener besonderer

Wohnformen, in welche Patient*innen (auch aus anderen Regionen Deutschlands) bei gegebener Indikation verlegt werden können.

2.8 Pfalzkllinikum Klingenmünster: Begrüßung durch die Geschäftsführung

Der Bezirksverband Pfalz ist ein kommunaler Träger mit rund 5500 Mitarbeitenden. In seinem Einzugsgebiet leben rund 1,4 Millionen Menschen. Er betreibt Kultureinrichtungen, Museen, 2 Schulen, den Naturpark Pfälzer Wald und das Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie. Das Pfalzkllinikum als Dienstleister für seelische Gesundheit stellt psychiatrische, psychosomatische, kinder- und jugendpsychiatrische, neurologische, sozialtherapeutische und gemeindepsychiatrische Angebote in vielen pfälzischen Regionen zur Verfügung. Der Standort Klingenmünster mit einer großen Abteilung für den Maßregelvollzug sowie einer Abteilung für Gemeindepsychiatrie besteht bereits seit 1857 und ist der Hauptsitz des Pfalzklinikums.

2.9 Vorstellung Modellvorhaben/ Regionalbudget „Innovative Psychiatrie für das 21. Jahrhundert – Wohnortnah. Kompetent. Menschlich.“ als bundesweit größtes Modellprojekt

Das Modellprojekt Regionalbudget des Pfalzklinikums Klingenmünster wird durch die Ärztliche Direktorin Frau Dr. Sylvia Claus vorgestellt. Die Größe der zu versorgenden Region stellte eine erhebliche Herausforderung dar. Das Projekt hatte sowohl fachlich als auch planerisch und verhandlungstechnisch einen langen Vorlauf. Die Klinik war zuvor bereits über Jahre an Projekten der integrierten Versorgung beteiligt, bot ambulante psychiatrische Pflege an sowie stationsäquivalente Behandlungen seit dem 1.2.2018. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen wurden jedoch erst erfolgreich möglich, nachdem der Krankenhausplan 90 zusätzliche Betten vorsah.

Das Modellprojekt richtet sich an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Aufgaben werden durch verschiedene Teams übernommen, insgesamt sechs an verschiedenen Standorten. Dazu gehören auch spezialisierte Teams für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie und Menschen mit geistigen Behinderungen. In der Zeit der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie konnte beispielsweise das Gerontopsychiatrische Team aufsuchend arbeiten.

Da sich fast alle Krankenkassen im Einzugsgebiet beteiligen, können 98% der Patient*innen eingeschlossen werden. Auf Wunsch der Krankenkassen erfolgt die Abrechnung weiter über PEPP. Nachweise nach PPP-RL müssen nicht erbracht werden.

Die Mitarbeitenden mussten für die neue Art des Arbeitens fachlich geschult werden. Hilfreich bei der Förderung der Akzeptanz der neuen Art des Arbeitens war beispielsweise, dass Assistenzärzt*innen im Rahmen ihrer Weiterbildung ein Jahr in einem aufsuchenden Team arbeiten.

Die noch regulär stationär behandelten Patienten und Patientinnen sind schwerer krank, dadurch steigt die Belastung für die Stationsteams. Bisher wurden keine Stationen geschlossen, jedoch weniger Betten auf Station belegt. Die Stationen bieten anstelle der stationären Behandlung TK-Plätze an oder nehmen an der aufsuchenden Behandlung teil.

Der Behandlungserfolg soll u.a. über die Wiederaufnahmeraten gemessen werden; die Zahl der Zwangsmaßnahmen sei rückläufig. Eine qualitative Evaluation (Mitarbeitende, Nutzer*innen, Angehörige) ist in Planung.

2.9.1 Finanzierung und Steuerung

Herr Bernhard Koelber, Leiter Unternehmensentwicklung, stv. Projektleiter Modellvorhaben, und Herr Helmut Wagner, Leiter Medizincontrolling, berichten zu dem aufgesetzten Instrumentarium. Das Controlling erfolgt über Kennzahlen, die in den letzten Jahren entwickelt wurden (insbesondere Erstaufnahmen). Eine Herausforderung besteht in der Dezentralität; auch die gemeindepsychiatrischen Dienste sind sehr verstreut.

Als Gelingensfaktor wird die Verhandlung auf Augenhöhe mit den Krankenkassen gesehen. Hierbei ist das Management hoch gefordert, um das Verhandlungsgeschehen zum Erfolg zu führen.

Die attraktiven Angebote für die Mitarbeitenden, die mit dem Personalrat im Rahmen einer Dienstvereinbarung zur aufsuchenden Arbeit verhandelt wurden, sind weitere Voraussetzungen zur Umsetzung.

2.9.2 Behandlung und Pflege

Siehe hierzu 2.9, Vortrag Frau Dr. Claus.

2.9.3 Sicht der Nutzenden – Peers und Genesungsbegleitungen

Frau Andrea Kuntz, Pflegerische Fachbereichsleiterin ambulante und aufsuchende Dienste, sowie die Genesungsbegleitenden Frau Mari-Schloss und Herr Schön berichten zunächst zur internen Struktur, dem Rollenverständnis sowie den Chancen und Herausforderungen im Zusammenhang mit Angeboten der Genesungsbegleitung im Pfalzkrinikum.

Zurzeit sind ca. 8 bis 10 Genesungsbegleitende klinikweit tätig. Es besteht eine gute interne Vernetzungsstruktur mit regelmäßigen Treffen. Die Genesungsbegleitenden fungieren als „kritische Beobachter*innen“ innerhalb des Systems psychiatrische Klinik und wirken so als Brückenbauer zwischen Fachkräften anderer Berufsgruppen und Patient*innen. Die Finanzierung erfolgt, je nach Budgetlage, aus dem Budget therapeutische Dienste und/oder Pflegedienst, wobei berufliche Vorerfahrungen der Genesungsbegleitenden zum Teil in die Vergütung einfließen.

Die Voraussetzung für die Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in ist – wie auch im LVR-Klinikverbund – der erfolgreiche Abschluss eines EX-IN Kurses. Hierbei tritt das Pfalzkrinikum selbst (in Kooperation mit EX-IN Deutschland) als Anbieter von EX-IN Kursen auf. Patient*innen des Klinikums wurden hierbei gezielt angesprochen und für die Ausbildung rekrutiert. Eine wichtige Diskussion entstand im Workshop in Bezug auf die Frage der Handhabung der eigenen Behandlung in Krisensituationen: im Pfalzkrinikum ist die stationäre Aufnahme in der Klinik und sogar auf der eigenen Station (grds.) möglich. Hierbei wies Herr Schön darauf hin, dass es die Möglichkeit gibt, die eigene Krankenakte verschlüsseln zu lassen und so vor dem Zugriff durch andere Berufskolleg*innen zu schützen.

Frau Mari-Schlosser beschreibt ihren beruflichen Alltag, der überwiegend von aufsuchender Tätigkeit geprägt sei und ein hohes Maß an eigenständigem Arbeiten erfordere. Hierin liege für sie eine große Chance für Genesungsbegleitende, auf Augenhöhe mit den anderen Kolleg*innen im multiprofessionellen Team tätig zu sein.

Allerdings seien hierfür auch bestimmte Rahmenbedingungen und eine gute Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und momentanen Belastbarkeit unabdingbar. Insgesamt werden Genesungsbegleitende seitens des Pfalzkrankenhauses als Mitarbeitende mit einer zentralen Rolle angesehen. Es ist geplant, die Angebote perspektivisch sukzessive weiter auszubauen.

2.9.4 Beteiligung und Mitbestimmung

Durch den Personalratsvorsitzenden Herrn Dobbe wird in die Arbeit des Personalrats des Pfalzkrankenhauses eingeführt und die Rolle bei der Einführung des Modellprojekts erläutert. Mit der Arbeit im Modellprojekt änderten sich sowohl die fachlichen als auch organisatorischen Anforderungen für die Mitarbeitenden. Die Herausforderung bestand darin, den Sorgen (z.B. in Bezug auf Verantwortung bei der Arbeit, „heimliche“ Arbeitsverdichtung, mögliche finanzielle Einbußen bei Verlassen des Schichtdienstes) durch Information und geeignete Schulungen zu begegnen. Im Ergebnis wird die Möglichkeit zum individualisierten Arbeiten und die gesteigerte Effektivität von den Mitarbeitenden als positiv bewertet.

2.10 Leistungsangebote Maßregelvollzug

Die Vorstellung der Angebote erfolgt durch Frau Dr. Eva Biebinger (Chefärztin Klinik für Forensische Psychiatrie, Unterbringungsleitung), Herrn Thomas Nagel (Pädagogisch-Pflegerischer Leiter, Klinik für Forensische Psychiatrie) und Herrn Dr. Wolfgang Weißbeck (Itd. Oberarzt u. Unterbringungsleiter Abteilung für Jugend-Maßregelvollzug).

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Klingenmünster hat insgesamt elf Stationen, davon acht im hochgesicherten Bereich, drei Stationen im Reha-Bereich und eine Fachambulanz. Die Ambulanz wurde 2021 an einen externen Standort (Neustadt) mit guter verkehrstechnischer Erreichbarkeit verlagert.

Im Akutbereich gibt es mehrere Stationen für männliche Patienten, jeweils getrennt für die Unterbringung nach § 63 und § 64. Es gibt eine Aufnahmestation für Frauen, hier werden Patientinnen mit Unterbringung nach § 63 und § 64 behandelt.

Eine der drei weniger gesicherten Stationen mit Schwerpunkt der Wiedereingliederung wird gemischtgeschlechtlich belegt, die beiden anderen haben jeweils den Schwerpunkt im Bereich § 63 bzw. § 64.

Herausgestellt wird auch die Zusammenarbeit mit der Gemeindepsychiatrie, siehe 2.11 und 2.12.

Beim Rundgang durch die Klinik konnte u.a. die Aufnahmestation für Frauen besucht werden. In der Behandlung werden milieuthérapeutische Angebote berücksichtigt (z.B. gemeinsame Wochenrunden der Patientinnen, transparente Strukturhilfen und Planung des Stationsalltags), durch die die Ressourcen der Patientinnen und die wechselseitige Unterstützung therapeutisch genutzt werden können.

2.11 Leistungsangebote Gemeindepsychiatrie

Frau Birgit Fuchs, Leiterin des Bereiches Betreuen-Fördern-Wohnen (BFW), und Herr Frank Schäfer, stellvertretender Leiter, stellen das Leistungsangebot des Bereiches vor. Zwei Schwerpunkte bestimmen die Arbeit: Dezentralisierung und Spezialisierung. Sie berichten von den Teilhabezentren, die in der Gemeinde zum Teil mit „virtuellen Heimen“/Plätzen geschaffen worden sind.

Unter anderem über den verstärkten Einsatz von Peers wurde viel in die Entwicklung der Haltung der Mitarbeitenden investiert, gefördert vor allem durch die eigene EX-IN Ausbildung von Psychiatrieerfahrenen (gemeinsam mit EX-IN Deutschland). Aktuell werden zur Besetzung von Stellen entsprechende Stellenangebote erfolgreich über „indeed“ geschaltet. Die Angebotsentwicklung hat sich durch den Einbezug von Peers deutlich verändert, die Ideen dieser Kolleg*innen werden aufgegriffen und umgesetzt. Intern erfolgt die Begleitung der Peers unter anderem durch Mentor*innen und Intervisionsangebote an jedem Standort. Das Signal, das damit (auch in Richtung der Klient*innen) gesendet wird, lautet: „Nimm Dir Zeit für die Krise“.

- Zentral: Aufbrechen der Versäulung in der EGH – Trägerbudget ist in konkreten Verhandlungen
- Regional: EGH-Verbund - alle Träger und drei Kommunen

Zur Schaffung neuer Wohnsettings für Menschen mit herausforderndem Verhalten werden immer wieder erfolgreich neue Wege fernab von Standards gegangen. Hilfreich ist bei der Genehmigung, dass die zuständige WTG-Behörde bereits von Anfang an mit in die Konzeptionserstellung eingebunden wird.

2.12 HalfWayHouse: ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – Konzeption, Limitationen und Ausblick

Frau Birgit Fuchs (Leiterin BFW) und Herr Michael Hoffmann (Dipl. Soz.Päd. HalfWayHouse) berichten, dass die Idee für das „Half-Way-House“ ursprünglich für Langzeit-Patient*innen im Maßregelvollzug (MRV) entwickelt wurde, bei denen die Entlassung nach Verhältnismäßigkeitsregel anstand. Manche dieser Patient*innen befanden sich 15-25 Jahre im MRV und galten als nicht entlass fähig. Inzwischen können auch Patient*innen übernommen werden, die weniger lang im MRV waren. Das Angebot ging 2017 an den Start und soll einen Zwischenschritt vom Übergang aus dem MRV in die Gemeindepsychiatrie schaffen. Aktuell werden elf Wohnplätze angeboten, die keine geschlossene Einheit bilden, sondern in bestehende Wohngruppen der EGH nahe am Klinikgelände eingebettet sind.

Die Grundidee des Konzepts ist, mit den Ansätzen der Eingliederungshilfe zunächst eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, um in den nächsten Schritten die individuellen Kompetenzen der Patienten zu fördern und schließlich eine Perspektive für die Entlassung zu entwickeln. Die Aufenthaltsdauer im Half-Way-House beträgt zwei bis maximal drei Jahre.

Bisher haben ca. 40 Patient*innen an dem Programm teilgenommen. Nur eine Handvoll wurden im ersten Jahr in den MRV zurückverlegt worden, da der Beziehungsaufbau und die Förderung der Eigenmotivation nicht gelangen.

Grundsätzlich besteht in dem Programm konzeptionell eine andere Haltung zum Risiko eines Rückfalls als im MRV. Die Rückfallraten der Entlassenen sind dabei aber nicht höher als bei regulärer Entlassung aus dem MRV.

3. Fachliche Bewertung

3.1 Was ist neu?

Als einer der zentralen Aspekte muss hervorgehoben werden, dass sich in allen besuchten Einrichtungen die enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Vorstandsressorts vorbildhaft darstellte. Die geschilderten Weiterentwicklungen wurden jeweils trägerseits unterstützt und durch die aktuellen politischen Rahmensetzungen und Aufträge befördert. Auf diese Weise ist es gelungen, die günstigen Momente für den Ausbau und die Weiterentwicklung bestehender Angebote zu nutzen. Erfolgreich konnte z.B. in München der bestehende Kontakt zum bayerischen Gesundheitsministerium genutzt werden.

Voraussetzung für den Aufbau von Modellprojekten im Sinne eines flexiblen ambulant aufsuchenden Behandlungsangebots waren außerdem die schon zuvor gemachten Erfahrungen der Fachkräfte mit derartigen Behandlungsformen. Hierdurch konnten die multiprofessionellen Teams entsprechende Konzepte (weiter-)entwickeln und notwendige fachliche wie auch persönliche Erfahrungen sammeln. In Klingenmünster gelang auf diese Weise der erfolgreiche Einstieg in das bundesweit größte Modellprojekt mit Regionalbudget; in München bestehen entsprechende Absichten zum Einstieg in ein Modellprojekt.

Die während des Besuchs des Gesundheitsausschusses vorgestellten Angebote im Maßregelvollzug (Präventionsambulanz, Halfway-House) zeigen ein gelingendes Management von Schnittstellen bzw. von zuvor als festgeschrieben erlebten Versorgungsgrenzen.

Durch die mittlerweile gut etablierte und fachlich hoch qualifizierte Tätigkeit des kbo Krisendienstes, der zunächst nur für den Bezirk Oberbayern eingeführt wurde und inzwischen in ganz Bayern eingerichtet ist, gelingt es, den überwiegenden Anteil der Anfragen mittels telefonischer Beratung zu klären, die Akuität der krisenhaften Anliegen zu reduzieren und die weitere Versorgung anschließend planbar über Regelsysteme zu bahnen.

3.2 Bedeutung für den LVR-Klinikverbund

Bereits in der Vorlage Nr. 15/1313 wurde, vor dem Hintergrund der krankenhausplanerischen und krisenhaften finanziellen Rahmenbedingungen, ein Ausblick für die Weiterentwicklung der ambulanten und aufsuchenden Behandlungsangebote im LVR-Klinikverbund gegeben.

Die dort skizzierten Ansätze müssen gemeinsam mit Fachexpert*innen in den LVR-Kliniken konkretisiert und weiterentwickelt werden. Auch die auskömmliche Finanzierung ambulanter, sektorenübergreifender und aufsuchender Behandlung stellt einen zentralen Gelingens-Faktor dar und ist im intensiven Diskurs mit den Kostenträgern sicherzustellen. Ein diesbezüglicher Sachstand und Ausblick wird in Vorlage Nr. 15/1444 (Bericht über die Budgetverhandlungen für den KHG-Bereich) gegeben.

Die stationsäquivalente Behandlung und andere Formen aufsuchender Behandlungen (Hometreatment-Modelle) bieten die Chance, Erfahrungen mit intensivierten ambulanten und aufsuchenden Behandlungsansätzen zu machen.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen lassen sich komplexe personenzentrierte Behandlungsangebote aufbauen und weiterentwickeln.

Über den Aufbau neuer bzw. den Ausbau bestehender Modellprojekte wird mit den Krankenkassen zu verhandeln sein. Die Einführung von Regionalbudgets oder anderer Finanzierungsmodelle personenzentrierter Versorgungsangebote könnte erheblich erleichtert werden, wenn der bundespolitische Wille bestünde, einen Anspruch auf eine Modellfinanzierung außerhalb der Regelleistungsfinanzierung zu schaffen (z.B. über eine „Opt in“-Regelung in Bezug auf bestehende Modelle). Aktuell scheitert der Umstieg auf eine Modellfinanzierung regelmäßig daran, dass sich nicht alle Kostenträger davon überzeugen lassen.

Angebote zur Prävention von Gewalt und zur Vermeidung der Forensifizierung von Patient*innen der Allgemeinpsychiatrie bräuchten unter anderem die Bereitschaft des Landes NRW, entsprechende Maßnahmen finanziell zu fördern. Projekte in anderen Bundesländern haben gezeigt, dass die Einsparungen des Kostenträgers des Maßregelvollzugs durch eine Vermeidung langjähriger Unterbringungen im MRV die Kosten für Präventionsambulanzen deutlich übertreffen. Prävention zahlt sich hier in zwei Richtungen aus: zum einen werden für einzelne Personen Unterbringungen im Maßregelvollzug vermieden, zum anderen müssen weniger Maßregelvollzugsplätze vorgehalten bzw. deren Betrieb finanziert werden. Eine eindeutige politische Willenserklärung des LVR und die Bereitschaft zur Übernahme solcher Angebote (s. beispielsweise die Präventionsambulanz kbo Isar-Amper-Klinikum) könnten hierbei unterstützend sein.

3.3 Vorschlag der Verwaltung

Folgende Ansätze sollten im Gebiet des LVR verfolgt werden:

- Für die LVR-Kliniken im KHG-Bereich: verstärkter Aufbau aufsuchender Behandlungsangebote und intensivierter ambulanter Behandlungsangebote, perspektivisch Vorbereitung von Modellprojekten mit Regionalbudgets bzw. anderen Finanzierungsmodellen mit personenzentrierten Leistungsmöglichkeiten.
- Für die LVR-Kliniken im Bereich der Eingliederungshilfe: personenzentrierte Bedarfe in Bezug auf Wohnraum/Wohnformen gemeinsam mit der WTG-Behörde entwickeln und den Kostenträger bereits in einem frühen Stadium mit einbinden
- Für den Bereich MRV: Aufbau eines Präventionsprojekts an der Schnittstelle von Allgemeinpsychiatrie und MRV, Weiterentwicklung von Angeboten an der Schnittstelle zwischen MRV und Eingliederungshilfe
- Für die Mitarbeitenden: Unermüdlich weiterer Einsatz für die Gewinnung und Qualifizierung des Personals zur Umsetzung der genannten Angebote. Hier müssen auch neue Berufsgruppen (z.B. Genesungsbegleiter*innen, künftige Absolvent*innen des Studiengangs Psychologische Psychotherapie) und Assistenzberufe eingeschlossen werden. Die eigene Ausbildung von Genesungsbegleitenden - in Kooperation mit dem LVR-IFuB, Sparte Bildung und EX-IN Deutschland und EX-IN NRW - sollte geprüft werden.
- Für die Region: Aufbau eines ambulanten Krisendienstes in Kooperation mit den anderen Anbietern der stationären Versorgung und der Gemeindepsychiatrie im Land NRW. Hierbei könnte sich aufgrund der heterogenen Versorgungsstruktur des Rheinlands nach einer Bestandsaufnahme/-analyse z.B. ein modellhaftes Vorgehen anbieten und danach ein sukzessiver Auf- bzw. Ausbau anschließen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Die Strategiekonferenz des Klinikverbunds im Frühjahr 2023 wird sich schwerpunktmäßig mit dem Ausbau der neuen Versorgungsangebote beschäftigen. Dabei sollen die Formen der intensiv-ambulant, aufsuchenden bzw. stationsäquivalenten Behandlung diskutiert werden.

Ein klinikverbundweiter Abschluss zur auskömmlichen Finanzierung von StäB wird zeitnah angestrebt. Hierdurch wird die Einführung von StäB-Angeboten in den bisher nicht beteiligten Kliniken weiter begünstigt und deren feste Einbindung in die Regelversorgung gestärkt.

Auch ein weiterer Ausbau der Modellprojekte ist geplant. Die Bonner LVR-Klinik steht vor der Aufnahme der AOK zur Teilnahme am DynaLIVE-Projekt – mündliche Zusagen liegen bereits vor. Damit kann zukünftig der größte Teil der Patient*innen im Einzugsgebiet der Klinik durch das Modellangebot erreicht werden.

Die LVR-Klinik Mönchengladbach wird in die Vorbereitung zur Vereinbarung eines Regionalbudgets gehen. Weitere LVR-Kliniken möchten sektorenübergreifende Behandlungsangebote über Modellfinanzierungen anstreben.

Mit den Krankenkassen im Rheinland soll in diesem Jahr intensiv über eine Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sowie flexiblerer Behandlungselemente im stationären und teilstationären Bereich verhandelt werden, über die eine bedarfsgerechte und hochwertige Versorgung auch mit geringeren stationären Behandlungskapazitäten sichergestellt werden soll. Damit soll auch der im Rahmen der Krankenhausplanung zu vereinbarende Versorgungsauftrag zunehmend durch nicht-stationäre Angebote erbracht werden – eine diesbezügliche Abstimmung mit dem Land NRW sowie den zuständigen Planungsbehörden wird erforderlich sein.

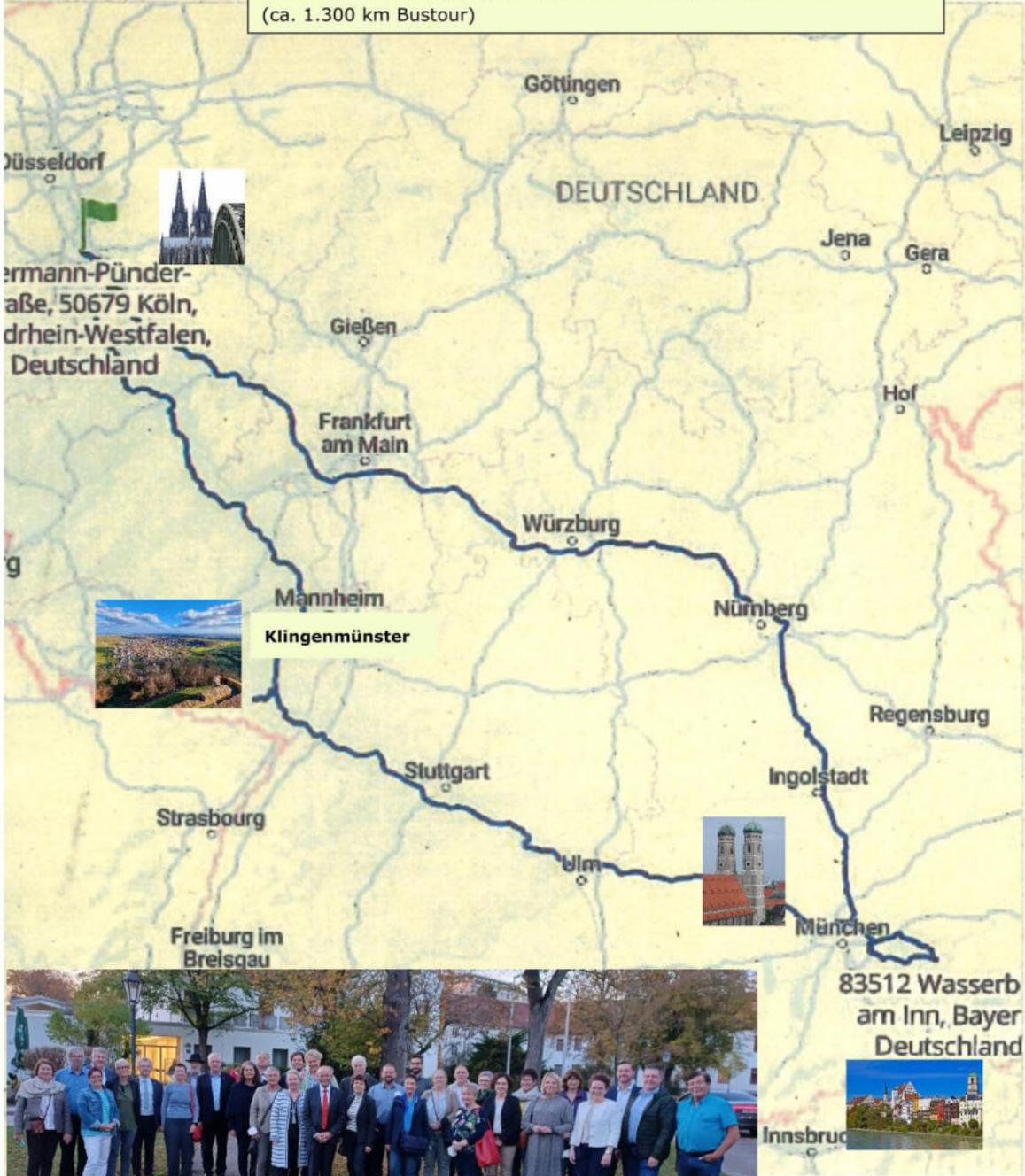
Die fachlichen Anregungen für die Weiterentwicklung im MRV werden in die Diskussion mit dem Gesundheitsministerium eingebracht werden.

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Übersichtskarte

Informationsreise des Gesundheitsausschusses 17. - 20.10.2022 Köln - München - Wasserburg/Inn - München - Klingenmünster - Köln (ca. 1.300 km Bustour)



Inhaltsverzeichnis

Der LVR-Klinikverbund Präsentation Ilona Schäfer, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses	3
StäB in München - eine Brücke zwischen den Versorgungsformen Prof. Dr. Peter Brieger, Christine Ernst-Geyer, kbo Isar-Amper-Klinikum	14
Soteria-Einheiten als alternative Behandlungsformen Dr. Ines Göttler, Andreas Gerum, kbo Isar-Amper-Klinikum	27
Vorstellung der KBO-Präventionsstelle Dr. Islam Ganzoui, kbo Isar-Amper-Klinikum	39
Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik Dr. Ines Göttler, Prof. Dr. Martin Marziniak, kbo Isar-Amper-Klinikum	47
Modellvorhaben im Pfalzkllinikum Dr. Sylvia Claus, Ärztliche Direktorin, Pfalzkllinikum Klingenmünster	52
4 Perspektiven auf das Modell	
Wie steuert man ein solches Projekt? Bernhard Koelber, Pfalzkllinikum Klingenmünster	60
Menschlich, multiprofessionell, maßgeschneidert, Finanzierung und Steuerung Helmut Wagner, Pfalzkllinikum Klingenmünster	62
Beteiligung und Mitbestimmung, Perspektiven der Arbeitnehmervertretung auf das Modellvorhaben nach § 64 b SGB V Bernhard Dobbe, Pfalzkllinikum Klingenmünster	64
Leistungsangebote im Maßregelvollzug Dr. Eva Biebinger, Thomas Nagel, Dr. Wolfgang Weißbeck, Klinik für forensische Psychiatrie Klingenmünster	72
HalfWayHouse: Ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Birgit Fuchs, Michael Hoffmann, Klinik für forensische Psychiatrie Klingenmünster	78

Präsentation Frau Schäfer, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses

Der LVR-Klinikverbund

1. Der LVR im Überblick
2. Organisation LVR
3. Der LVR-Klinikverbund
4. Aufbau Dezernat 6
5. MRV-Einrichtungen im Rheinland
6. Rolle der Politik
7. Zusammenarbeit
8. LVR-Institut für Forschung und Bildung
9. Inklusion – das übergreifende Qualitätsziel
10. Optimale Versorgungsstrukturen
11. Krankenhausplan
12. Herausforderungen



Präsentation GA Reise 2022

Folie 1

Der LVR im Überblick

- Dienstleister für etwa **9,7 Millionen Menschen** im Rheinland
- **kommunaler Dachverband** von 13 kreisfreien Städten, 12 Kreisen und der StädteRegion Aachen (umlagefinanziert)
- Rund **21.000 Beschäftigte** in 69 Dienststellen
- Träger von 41 **Schulen**, 20 **Museen** und **Kultureinrichtungen**, 10 **Kliniken**, Verbund **Heilpädagogischer Hilfen** und dem **Landesjugendamt**
- **größter Leistungsträger** für Menschen mit Behinderungen in Deutschland



Präsentation GA Reise 2022

Folie 2

Wie ist der LVR organisiert? - politisch



Die Gemeinden in Deutschland verwalten sich selbst. Doch viele Aufgaben gehen über ihre Grenzen hinaus. Daher übernehmen in NRW die Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL) kommunale Aufgaben.

Der LVR vertritt die Interessen seiner Mitglieder etwa im kulturellen Bereich, im Schul- und Sozialwesen sowie im Gesundheitsbereich.

Wie ist der LVR organisiert? - Verwaltung



LVR-Direktorin
Ulrike Lubek

- LVR-Dezernat 0: Organisationsbereich LVR-Direktorin
- LVR-Dezernat 1: Personal und Organisation
- LVR-Dezernat 2: Finanzmanagement, Kommunalwirtschaft und Europaangelegenheiten
- LVR-Dezernat 3: Gebäude- und Liegenschaftsmanagement, Umwelt, Energie, Bauen für Menschen GmbH
- LVR-Dezernat 4: Kinder, Jugend und Familie
- LVR-Dezernat 5: Schulen, Inklusionsamt, soziale Entschädigung
- LVR-Dezernat 6: Digitalisierung, IT-Steuerung, Mobilität und technische Innovation
- LVR-Dezernat 7: Soziales
- LVR-Dezernat 8: Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
- LVR-Dezernat 9: Kultur und Landschaftliche Kulturpflege

Der LVR-Klinikverbund

Zahlen, Daten, Fakten (Stand Ende 2021)

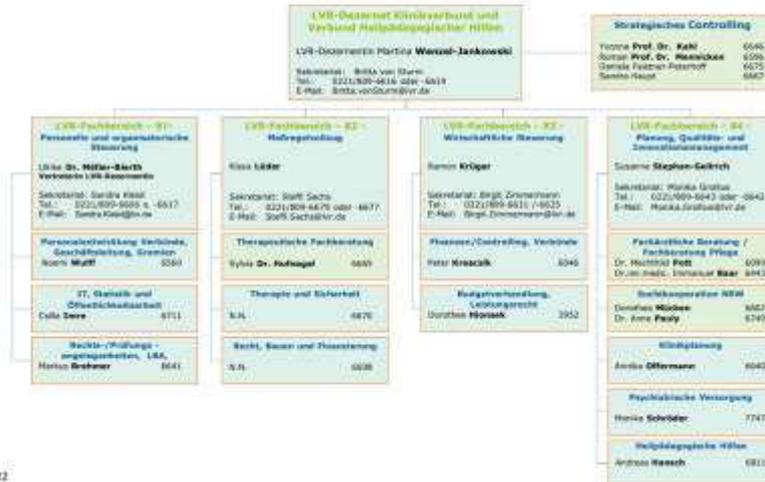
- ca. 12.000 Mitarbeiter*innen
- 10 Fachkliniken (neun psychiatrische, eine orthopädische)
- ca. 150.000 Patient*innen jährlich (stationär und ambulant)
- 4,4 Mio. Einwohner*innen im Pflichtversorgungsgebiet
- rund 840 Mio. Euro Umsatz
- Weitere Einrichtungen des Verbunds:
LVR-Institut für Forschung und Bildung
- Im Auftrag des Landes: Umsetzung des Maßregelvollzugs im Rheinland



09.01.2023

Folie 5

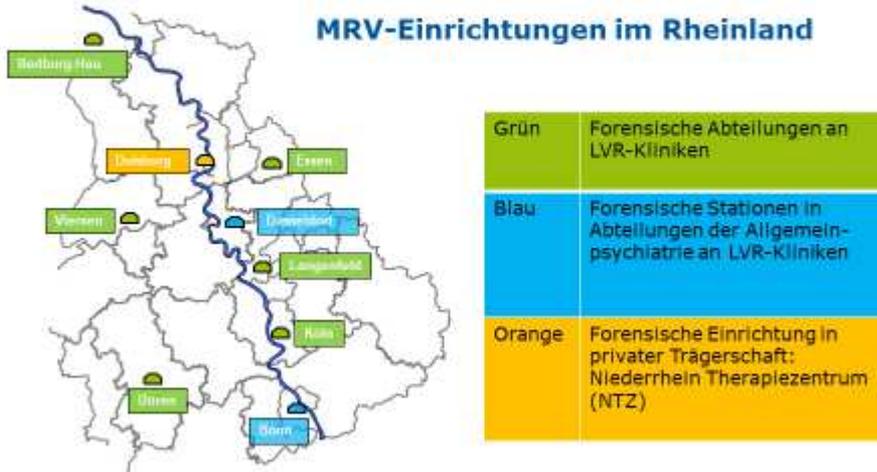
Aufbau Dezernat 8 – Zuständigkeiten der Fachbereiche



Stand Juli 2022

Präsentation GA-Reise 2022

Folie 6



Politik: Rolle eines Aufsichtsrats

Gesundheitsausschuss:

- gesundheitspolitische Grundsatzangelegenheiten
- einrichtungsübergreifende Entscheidungen

Krankenhausausschüsse:

als Betriebsausschuss primäres Entscheidungs- und Kontrollorgan für zentrale Wirtschaftsfragen der Klinik

Landschaftsausschuss / Landschaftsversammlung:

„Gesellschafterrechte“

Leitlinien für die Zusammenarbeit

„So viel gemeinsam wie möglich, so viel individuell wie nötig“

Der Klinikvorstand trägt die zentrale wirtschaftliche und unternehmerische Verantwortung

Bündelung der zentralen Steuerungsfunktionen im Fachdezernat

Nutzung der Synergie-Effekte des Klinikverbundes und des Gesamtverbandes LVR

Der/Die Vorstandsvorsitzende hat das Letztentscheidungsrecht und ist Mittler*in zur Verbundzentrale

LVR-Institut für Forschung und Bildung

Institut für Versorgungsforschung (Standort Köln)

Akademie für seelische Gesundheit (Standort Langenfeld)

Leitung:

Stefan Thewes (Stellv. Kaufmännische Direktion)

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Fachliche Direktion Forschung)

Dr. Carolin Schuster (Fachliche Direktion Bildung)

Verbundweite Aufgaben:

Versorgungsforschung

Fort- und Weiterbildung

Verpflichtendes Führungskräfteentwicklungsprogramm

Inklusion – das übergreifende Qualitätsziel

- Die Orientierung an der UN-Behindertenrechtskonvention bildet den übergeordneten strategischen Rahmen für unser Handeln: sowohl bei der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen als auch in der Gestaltung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse.
- Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen Menschen mit seelischen Erkrankungen sowie geistigen Beeinträchtigungen.
- Ziel ist es, ihnen volle gesellschaftliche Teilhabe und Zugang zur gesamten Umwelt zu ermöglichen, Diskriminierung und Stigmatisierung abzubauen und Chancengleichheit zu schaffen.
- Alle Aktivitäten richten sich dabei an den Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans „Gemeinsam in Vielfalt“ und an den individuellen Bedürfnissen der Menschen aus.

Optimale Versorgungsstrukturen schaffen und gestalten

Als kommunaler Krankenhausträger ist der LVR allein dem Wohl der Patient*innen verpflichtet. Unabhängig von gewinnorientiertem Handeln schafft er Raum für qualitativ hochwertige und innovative Behandlungs- und Versorgungsangebote, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen in ihrem Lebensumfeld orientieren. Dabei setzt er auf gemeinsames Handeln aller am Versorgungssystem Beteiligten.



Krankenhausplanung (I)

- Die Krankenhausplanung NRW 2022 setzt den Schwerpunkt auf eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung
- Bürger*innen sollen innerhalb von 20 Fahrminuten Angebote der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie und der Geriatrie flächendeckend in ganz NRW erreichen können
- Kopplung von Fallzahl und Expertise; je spezieller ein Angebot wird desto geringer soll zukünftig die Anzahl der Häuser sein, die diese Angebote zur Verfügung stellen. Dafür aber sollen diese Häuser über eine hohe Expertise aufgrund einer entsprechenden Fallzahl verfügen.
- Abkehr vom der Planungsgröße Bett hin zu Fallzahlen in der Somatik und Belegtagen in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PPPM)
- Einteilung der Medizinischen Fachgebiete in 32 Leistungsbereiche und 64 Leistungsgruppen in Analogie zu den OPS-Codes und der Weiterbildungsordnung der Ärzte

Krankenhausplanung (II)

- In der Somatik sollen zunehmend Angebote ambulantisiert werden
- Für den Leistungsbereich PPPM sieht NRW kein weiterer Ausbaubedarf
- Die im Krankenhausplan NRW 2015 NRW-weit „ausgeschütteten“ 2.300 Betten und Plätze sollen zunächst durch entsprechende Baumaßnahmen umgesetzt werden
- Das integrative Versorgungskonzept Psychiatrie/Psychosomatik bleibt erhalten
- Ausbau tagesklinischer Kapazitäten kann über den 20-prozentigen Anteil hinaus erfolgen (Krankenhausplan NRW 2015 sah 20 Prozent Anteil an tagesklinischen Plätzen an der Gesamtkapazität vor)
- Dezentralität im Sinne von Wohnortnähe und Kooperation mit somatischen Häusern im Sinne einer vernetzten patient*innengerechten Versorgung soll weiterverfolgt werden
- Innovationen im Ausbau alternativer = aufsuchender Versorgungsmodelle sind gewünscht

Herausforderungen

- **Demografischer Wandel und Fachkräftemangel**
- **Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik - Richtlinie (PPP-RL)**
- **Wirtschaftliche Lage**
- **Maßregelvollzug: Belegung und qualitative Weiterentwicklung**
- **Digitalisierung**

Demografischer Wandel und Fachkräftemangel

- Um Ihren Leistungsauftrag erfüllen zu können, benötigen die Kliniken und die Einrichtungen des Verbundes HPH qualifizierte und engagierte Mitarbeiter*innen
- Zunehmende Komplexität im Gesundheitswesen sowie der demografische Wandel und der damit einhergehende Fachkräftemangel, erfordern weitere Maßnahmen zur Personalgewinnung und -entwicklung

Beispielhafte Maßnahmen:

- „LVR-Klinik-Start“ – Stipendienprogramm für Medizinstudent*innen
- „Fit für die PDL“ – Führungsnachwuchsprogramm für angehende Pflegedienstleitungen
- „Wir im LVR“ – Willkommenskongress für Pflegeschüler*innen
- Traineeprogramm für das Management im LVR-Klinikverbund und LVR-Verbund HPH
- „Like-Psychiatrie“ – virtuelle Fach- und Karrieremesse
- LVR-weites Karriereportal ist im Aufbau

Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik - Richtlinie (PPP-RL)

- Ziel ist es, die Qualität der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch einen bundesweiten Mindeststandard in der Ausstattung mit Personal zu verbessern und zu sichern
- Starre und kleinteilige Vorgaben der PPP-RL erschweren eine bedarfsgerechte, patientenzentrierte, flexible und innovative Versorgung der Patient*innen
- Forderung, dass Mindestvorgaben zur Personalausstattung jederzeit an allen Standorten eingehalten werden müssen, sind nicht realistisch
- ➡ Gefährdung des psychiatriepolitischen Ziels einer gemeindenahen Versorgung
- ➡ Gefährdung der Weiterentwicklung einer leitliniengerechten, patientenzentrierten und flexiblen Versorgung

Wirtschaftliche Lage

Investitions-Finanzierung

- Umsetzung des 2010 beschlossenen Gesamtfinanzierungsprogramms in Höhe von 492 Mio. Euro für Modernisierung und Neubau von Kliniken. Darüber hinaus Investitionen aus aktuellen Förderprogrammen.
- Erschließung neuer Finanzierungsquellen und -lösungen für zukünftig anstehende Investitionsvorhaben, vor allem im Klinikverbund, dringend erforderlich.
 - Teilweise hoher Investitionsbedarf in die Kernversorgungsstrukturen
 - Energetische Sanierung (Nachhaltiges Krankenhaus)

Kostensteigerungen

- Erhebliche Kostenbelastungen aufgrund steigender Energie- und Baupreise
- Ab 2023 sind Personalkostensteigerungen durch Tarifierhöhungen zu erwarten
- (Noch) keine konkrete Kompensation der Kostensteigerungen (Ankündigung BMG)
- Baumaßnahmen aus Eigenfinanzierung werden stark begrenzt und priorisiert

Maßregelvollzug (I)

Belegung und Investitionsmaßnahmen

Der LVR betreut 1.456 stationär untergebrachte Patient*innen im Maßregelvollzug (MRV) und 324 Personen im Rahmen außerstationärer Angebote (langfristige Beurlaubung).

Aktuell verfügt der LVR über 1.314 Behandlungsplätze.

Daher ist mit dem Land ein umfangreiches Investitionsprogramm verabredet mit 557 Plätzen, davon 310 zusätzliche Plätze. Die übrigen 257 Plätze ersetzen abgängige Bausubstanz.

Ziel ist es auch, die übergroßen Stationen zu verkleinern, die Mehrbettzimmer und die Überbelegung abzubauen.

Maßregelvollzug (II)

Qualitative Weiterbildung

Das Gesundheitsministerium und die Träger arbeiten an der fachlichen Weiterentwicklung des MRV mit dem Ziel, insbesondere im Bereich des § 63 StGB (Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus), die Behandlung zu intensivieren und die Verweildauern zu verkürzen. Dazu gibt es zwei Ansätze:

- **StrUG - Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz**
Das Land NRW hat ein neues Unterbringungsgesetz erlassen, das den Behandlungsanspruch der Patient*innen in den Vordergrund stellt und die Stellung der forensischen Ambulanzen deutlich stärkt.
- **Qualitätsinitiative**
Um den im StrUG formulierten Behandlungsanspruch umzusetzen, hat das Land zusammen mit den Trägern eine Qualitätsinitiative aufgelegt und die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung gestellt, um zusätzliches Personal einzustellen und zu qualifizieren.

Digitalisierung

Digitalisierung im LVR-Klinikverbund trägt dazu bei, die Behandlungsqualität zu erhöhen, Arbeitsabläufe und Kommunikation effizienter zu gestalten und die Zufriedenheit der Beschäftigten zu steigern. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zu einer inklusive(re)n Gesellschaft.

Zur Umsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) investiert der LVR-Klinikverbund bis 2025 in 43 Projekten ca. 24 Mio. € in die Digitalisierung der Kliniken, zum Beispiel:

- Spracheingabe und mobile Anwendungen unterstützen bei der Dokumentation, z. B. Dekubitus/Wunddoku-APP, Medikations-APP
- Digitale, interaktive Schulungsfilme und Erklärvideos ersetzen zunehmend Präsenzs Schulungen, die sich im klinischen Alltag schwer umsetzen lassen
- Je digitaler wir werden, desto anfälliger sind wir für Angriffe von außen: Jedes Digitalisierungsprojekt hat einen Teilbereich IT-Sicherheit, hier investieren wir bis 2025 ca. 8 Mio. €
- Gemeinsam mit vitos (Hessen), kbo (Oberbayern) und LWL (Westfalen-Lippe) entwickeln wir das Patient*innenportal



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**

KBO Isarklinikum München 18.10.2022

StäB in München – eine Brücke zwischen den Versorgungsformen

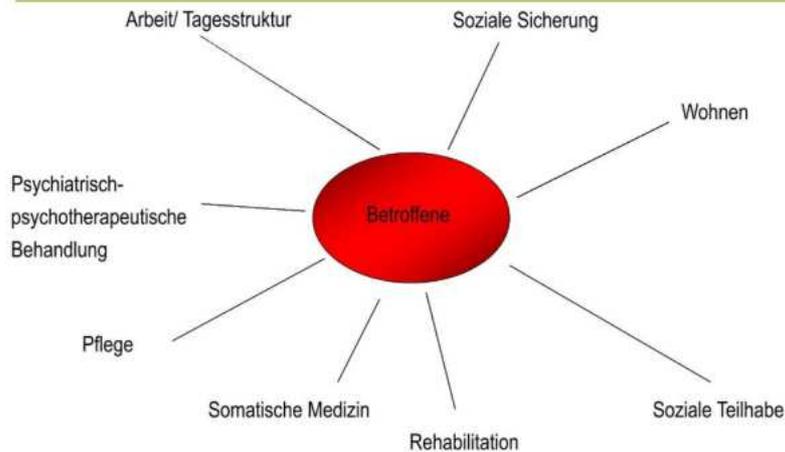
Prof. Dr. Peter Brieger, Christine Ernst-Geyer

The screenshot shows a press release from the German Federal Government. The header includes the logo of the Bundesministerium für Gesundheit and the Isar-Amper-Klinikum logo. The main heading is "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung". The text discusses the goal of reducing overnight stays in hospitals and mentions a commission report from 2022. A quote from the Federal Health Minister, Prof. Karl Lauterbach, is included: "Die Vorschläge sind ein guter Ansatz, den wir weiterverfolgen werden. In Deutschland werden immer noch überdurchschnittlich viele Patientinnen und Patienten vollstationär behandelt. Unser Anspruch muss es aber sein, notwendige Behandlungen dort zu erbringen, wo sie medizinisch und ökonomisch am sinnvollsten sind."

The slide is titled "Faktoren einer guten psychiatrischen Versorgung" and lists eight factors:

- Gemeindenähe
- geringe Dichte für Nutzer*innen (Privatsphäre)
- spezifische evidenzgeprüfte Interventionen
- Vermeidung von Zwang und Gewalt
- Angemessene Ausbildung der Mitarbeitenden
- Einbeziehung von Nutzern bei Entscheidungen
- Gewährleistung therapeutischer Beziehungen
- Umsetzen klinischer Leitlinien

The slide also includes the kbo+ Isar-Amper-Klinikum logo and the citation "Taylor et al. BMC Psychiatry 2009".



- komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung an 7 Tagen pro Woche
- im Lebensumfeld des Patienten
- durch ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Pflegekräfte, Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Spezialtherapeut*innen)

Rechtliche Entwicklung zu StäB

§ 115d SGB V

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (**Psych-VVG**) wurde durch Änderungen des **§ 36 SGB V** und den neuen **§ 115d SGB V** die Möglichkeit einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als eine neue Form der Krankenhausbehandlung eingeführt.



Vereinbarung zu StäB

Zur Vereinbarung nach **§ 115d SGB Absatz 2 SGB V** zur StäB konnte zwischen dem **GKV-Spitzenverband** (zentrale Interessensvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland), dem **PKV-Verband** (Verband der Privaten Krankenversicherung) und der **DKG** (Deutsche Krankenhausgesellschaft) eine Einigung erzielt werden. Die Vereinbarung trat zum **01.08.2017** in Kraft.

Ziele von StäB

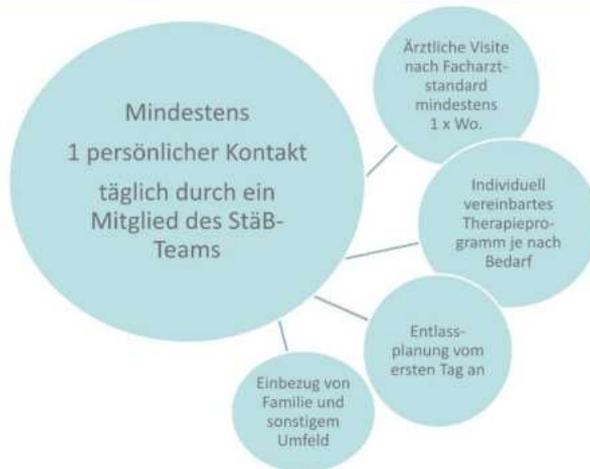
- ✓ Symptomreduktion und Behandlung analog stationärer Akutbehandlung
- ✓ Bewältigung der Erkrankung im häuslichen Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- ✓ Größtmögliche gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- ✓ Förderung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung im Sinne der Recovery
- ✓ Behandlungsangebot für Patientengruppen, die sonst in Akutphasen keine adäquate Behandlung erfahren würden
- ✓ Entlastung stationärer Versorgungseinheiten

Vorteile von StäB

- Bewältigung der Erkrankung im gewohnten Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- Gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- Trägt zu Entstigmatisierung und Normalisierung einer Behandlung bei
- Einbindung Angehöriger und bereits tätiger Dienste möglich
- Patient*innen leben weiterhin ihren Alltag, können weiter Verantwortung für Kinder, Haushalt, Haustiere übernehmen
- Probleme im Alltag und Auslöser der Krise werden schnell sichtbar und können gezielt bearbeitet werden
- Bearbeitung lebensnaher Themen
- Bewältigungsstrategien wirken am besten im gelernten Kontext
- Entlastung stationärer Versorgungseinheiten
- Möglichkeit Behandlungsübergänge zu gestalten

Vorteile von StäB

- Bewältigung der Erkrankung im gewohnten Umfeld und somit Vermeidung von Regression im vollstationären Kontext
- Gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung
- Trägt zu Entstigmatisierung und Normalisierung einer Behandlung bei
- Einbindung Angehöriger und bereits tätiger Dienste möglich
- Patient*innen leben weiterhin ihren Alltag, können weiter Verantwortung für Kinder, Haushalt, Haustiere übernehmen
- Probleme im Alltag und Auslöser der Krise werden schnell sichtbar und können gezielt bearbeitet werden
- Bearbeitung lebensnaher Themen
- Bewältigungsstrategien wirken am besten im gelernten Kontext
- Entlastung stationärer Versorgungseinheiten
- Möglichkeit Behandlungsübergänge zu gestalten



StäB am kbo-IAK-KMO

- Start 1.10.2018
- Multiprofessionelles mobiles Team, bis Herbst 2021 nur ein Team, 18 Behandlungsplätze.
- Stand 1.01.2022:
Team Innenstadt: 16 Behandlungsplätze, 18 MA (13 VK)
Team Haar (Landkreis München): 11 Behandlungsplätze, 11 MA (8,5 VK)
- Einzugsgebiet München und Umland (ca. 1,5 Mill. EW)
- Besonderheit: Die Zuweisung erfolgt auch über die Zentrale Aufnahme
- **Enge Verknüpfung mit PIA aus eigenem Team – dadurch AmBi möglich**

Standort StäB I
Zentrale
Lindwurmstraße
München



kbo+ Isar-Amper-Klinikum
REGION MÜNCHEN
Zuverlässig an Ihrer Seite.

kbo

StäB in München| Okt. 2022 | 11

Standort StäB II
Zentrale
Ringstraße 5
Haar



kbo+ Isar-Amper-Klinikum
REGION MÜNCHEN
Zuverlässig an Ihrer Seite.

kbo

StäB in München| Okt. 2022 | 12



- Klare Aufgabendefinition für jeden Behandlungstag und jede Mitarbeiter*in
- Kurzfristige Absprachen müssen möglich sein, z.B. Teams oder Tel.
- Definiertes Behandlungsziel für jede Patient*in
- Erstkontakte immer zu zweit
- Bei Bezugsarbeit die Präferenzen der Mitarbeiter*innen mit berücksichtigen
- Tägliche ausführliche und inhaltlich substantielle Übergaben
- Gute, lückenlose Dokumentation

StäB in München – Erfahrungen der ersten vier Jahre mit fast 700 Aufnahmen

Die durchschnittliche StäB Patient*in

- ist um die 45 Jahre alt
- eher weiblich,
- hat eine Psychose oder Depression und
- hatte bereits Voraufenthalte.
- Sie oder er wird über mehrere Wochen im StäB behandelt.

StäB in München – Erfahrungen bis Anfang 2022

Diagnosen:	Jeweils 35% der Frauen mit F2 und F3, 50% der Männer mit F2
Zugangswege:	über zentrale Aufnahme/Ambulanz oder von Station; ca. 50/50%
Verweildauer:	Ø 37 Tage
Entlassung:	80% in ambulante Weiterbehandlung 20% tagklinisch, psychosomatisch oder akutpsychiatrisch
Stationäre Voraufenthalte:	ca. 60% der Patienten waren zuvor mehr als 1x in stationärer Behandlung
Wohnform:	
Allein:	ca 30%
Familie/Kinder/ Partner/Eltern:	ca: 60%
TWG/Heim:	ca 10%
Arbeit/Lebensunterhalt:	25% in Erwerbsarbeit
Migration in der direkten Vorgeschichte:	ca 30%

StäB in München - Erfahrungen

- ✓ Stationsäquivalente Behandlung als Alternative zur stationären Behandlung
 - soll grundsätzlich helfen vollstationäre Aufenthalte zu vermeiden
- ✓ Ein Teil der Patient*innen nutzt StäB als Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt
- ✓ In München werden 50% der in StäB behandelten Patient*innen direkt aufgenommen und 50% von Stationen zuverlegt
 - StäB kann auch helfen vollstationäre Aufenthalte zu verkürzen

Die StäBler*innen



Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München?

From Theory into Practice – Early Experiences with Home Treatment in Munich, Germany

Autoren

Jessika Beyers¹, Johannes Homann², Eva Rätzsch³, Peter Bräuger³

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
- 2 Isar-Amper-Klinikum, Alzheimersches Lehrkrankenhaus der LMU München

Schlüsselwörter

Stationenäquivalente Behandlung, stationenübergreifende Behandlung, schwere psychische Erkrankungen, akute psychiatrische Behandlung

Keywords

crisis resolution and home treatment, integrated care, Germany, severe mental illness

Online-Publikation

2020

Bibliografie

Psychiatr Zeit

DOI: 10.1055/s-1216-6437

ISSN: 0303-4259

© 2020, Thieme. All rights reserved.

Gesang-Thieme Verlag KG, Königswinterstr. 14,

53449 Bad Honnef, Germany

Kontaktadressen

Prof. Dr. Peter Bräuger, Ärztlicher Direktor,

Isar-Amper-Klinikum gGmbH Region München,

Völknerstraße 72, 85540 Haar bei München, Deutschland

petr.brueger@kbo.de

Ergebnisse Bei 164 Behandlungsfällen wurden 50% der Patienten direkt „von außen“ in die StÄB aufgenommen, die anderen 50% von Stationen zugelegt. Mehr als 75% hatten Diagnosen aus dem Bereich affektiver und schizoaffektiver Erkrankungen, mit vielen Patienten aus im Wochenbett. Im Verlauf gab es wenige Notfälle, meistens wurde die Therapie regulär beendet. Bei Entlassung befanden sich die meisten Patienten aus zeitlicher Perspektive im gebesserten Zustand. Der Schweregrad der Erkrankung entsprach dem stationär behandelten Patienten.

Schlussfolgerung StÄB konnte erfolgreich eingesetzt werden und ist eine Ergänzung bzw. Alternative zu stationärer Behandlung. Dabei zeigten sich besondere Vorteile, bei denen StÄB besonders vorteilhaft war, z. B. Mutter-Kind-Behandlung.

ABSTRACT

Objective Stationenäquivalente Behandlung (StÄB), a treatment for crisis resolution and home treatment has been established in the greater Munich area since 2016, after it was established by a Federal Law. Our aim was to characterize the patients treated and analyze how treatment was carried out, as well as determine future target groups.

Methods Quantitative StÄB was performed through examination of records from all patients included in StÄB from 07.10.18-31.10.19. For analysis we used descriptive statistics.

Results We report data from 164 treatment cases. 50% of the patients were admitted to StÄB directly from the community, the other 50% were transferred from inpatient

Was kann die StÄB gut

- ❖ Sehr individuelle Behandlungsgestaltung – Auswahl von Bezugstherapeut*innen
- ❖ Das Lebensumfeld ist immer aufschlussreich!!
- ❖ Problemfokussierung - Einzelkontakte können individuell gestaltet werden
- ❖ Bessere Erkennung von Defiziten in der Alltagspraxis und spezielle Förderung
- ❖ Automatischer Kontakt zu Umfeld/den Angehörigen – Probleme werden schneller deutlich
- ❖ Behandlung von Eltern mit Kindern
- ❖ Außenaktivitäten
- ❖ Erreichen von Patienten, die nicht in eine Klinik gehen würden/ könnten i.R. ihrer Erkrankungen
- ❖ Hospitalisierung vermeiden – Entlassplanung vom ersten Tag an
- ❖ Vermeidung von Zwang und Gewalt
- ❖ Überleitung in ambulante Weiterbehandlung

Was sagen Kassen und MDK?



GKV kritisch - zurückhaltend, eine dauerhafte Finanzierung zu gewähren

MDK: 100% Prüfquote (erfolgreich)
Positives Gutachten zum Konzept
des IAK

MDK

23.12.2021



**Gemeinsamer Bericht
über die Auswirkungen der stationsäquivalenten
psychiatrischen Behandlung
im häuslichen Umfeld auf die Versorgung
der Patientinnen und Patienten einschließlich
der finanziellen Auswirkungen
gemäß § 115d Absatz 4 SGB V**

AKtiV - Beteiligte Einrichtungen/ Konsortialpartner

Modul A (Quantitative Evaluation)

Dr. Dr. Stefan Weinmann (wiss. Leitung), Dr. Johanna Baumgardt, Prof. Dr. Andreas Bechdorf
(Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Akademische Lehrkrankenhäuser Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Modul B (Qualitative Outcome-Evaluation)

Dr. Julian Schwarz, Prof. Dr. Sebastian von Peter (Projektleitung)
(Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Immanuel Klinik Rüdersdorf, Medizinische Hochschule Brandenburg)

Modul C (Routinedatenanalyse und Prozessevaluation)

Prof. Dr. Gerhard Längle, Martin Holzke (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zwielfalten);
Prof. Dr. Peter Brieger (Isar-Amper Klinikum München Ost)

Modul D (Gesundheitsökonomische Evaluation)

Prof. Dr. Reinhold Kilian (Universität Ulm)

Modul E (Biometrie und Datenmanagement)

Prof. Dr. Jürgen Timm (Kompetenzzentrum für Klinische Studien, Universität Bremen)



StäB ist klasse!



Soteria

Soteria -

Eine alternative Behandlungsform(?)

Andrea Gerum, Ines Göttler

Soteria

Milieu- und psychotherapeutisches Behandlungskonzept für Menschen in psychotischen Krisen

In einem alltagsnahen, normalisierenden Kontext Menschen mit möglichst gering dosierten Neuroleptika durch die Psychose begleiten

Krankheitsverständnis

Komplexe Wechselwirkung zw. psychischen, sozialen und biologischen Faktoren

Als Reaktion auf belastende Lebenssituationen können nicht lösbare Konflikte und Ängste entstehen, die zu psychotischem Erleben führen

→ Realitätsverlust → Isolation

Angst vor Kontakt mit gleichzeitig großem Wunsch danach

Selbsterleben stimmt nicht mehr mit Realitätsbezug überein

→ Angstzustände, Verwirrung, Anspannung

Psychosebegleitung

Im Mittelpunkt steht, die Patient*innen zu begleiten und ihnen damit ein Kontaktangebot zu machen („being with“)

Ein Kontakt „nach außen“ hilft den Betroffenen in ihrer sie ängstigenden Isolierung. Damit wird es möglich, dass aus dem psychotischen Erleben eine Erfahrung wird, die Veränderungs- und Entwicklungsmöglichkeiten beinhaltet.

Atmosphäre und Beziehungen

Zentraler Arbeitsauftrag: Gestaltung einer unterstützenden, reizreduzierten, entängstigenden Atmosphäre

Essentiell: Schutz- und Begegnungsraum zur Verfügung stellen

Entsprechende Gestaltung von Beziehungen und Räumlichkeiten



Entwicklung

1971 – 1983 „Soteria House“ L. Mosher

Non-professionals

„Being with“

(möglichst) keine Neuroleptika

Entwicklung

Seit 1984 Soteria Bern, L. Ciompi

Nachhaltige emotionale Entspannung

„Weiches Zimmer“

1:1-Begleitung

Sparsame Neuroleptika

Aktuell

- 1999 Zwiefalten (Münsterklinik)
- 2003 München (kbo-IAK)
- 2012 Reichenau (Zentrum für Psychiatrie)
- 2013 Gangelt (Vianobis-Fachklinik) – inzwischen geschlossen
- 2013 Berlin (Charité, St. Hedwig-Krankenhaus)
- 2020 Mannheim (ZI, für Adolezente)

IAS

- „Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria“ seit 1997
- Kriterien für Soteria-Einrichtungen (Mosher, Ciompi 2004)
- Soteria Fidelity Scale mit 30 Items

Soteria München

2003 Eröffnung

2010 Erweiterung auf 2 Einheiten, integrierte teilstationäre Plätze

Schließung der oberen Einheit, März 2021 Eröffnung Tagesklinik

Aufnahmekriterien

Psychosen aus dem schizophrener Formenkreis

Alter 16 – ca. 50 Jahre

Erst- und Mehrfacherkrankte

Ausschluss: Suchterkrankung u/o Persönlichkeitsstörung im Vordergrund, somatische Erkrankung mit hohem Pflegebedarf

Keine akute Selbst- und Fremdgefährdung bzw. nur bei ausreichender Bündnisfähigkeit

Behandlungsphasen

Phase I: Akutphase

1:1 Begleitung falls notwendig

Phase II: Stabilisierung und Aktivierung

Phase III: Vorbereitung auf die Entlassung

Team

Pflege, Ärztin/Arzt, Psycholog*in, SozPäd, Kunsttherapeut, Genesungsbegleiter*in
Bezugstandem

Erweitertes Berufsrollenverständnis

Ideal: Schicht- und Wochenenddienste für alle Berufsgruppen

8-Stundenschichten in Früh-, Spät- und Nachtdienst, mit BD 24h

Milieutheraeutischer Alltag

Haushalt mit Einkaufen, Putzen, Kochen, Waschen...

Gemeinsamer Alltag
Morgenrunde
Mahlzeiten
Ämter
Freizeit



Gruppenangebote

Psychotherapiegruppe
Interaktionsgruppe
Kunsttherapie
Bewegungsangebote
Entspannungsangebote
Recovery-Gruppe

TKL: erweitertes Gruppenangebot



Zusätzliche Angebote

Angehörigengruppe

Sommerfest

Stammtisch



Umgang mit Medikation



- Im Einzelfall – falls gewünscht und verantwortbar – keine neuroleptische Medikation
- Möglichst niedrige Dosierung
- Medikation positiv und hilfreich erfahren
- Eigenverantwortlicher Umgang

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

„Wenn ich ein Milieu schaffe, das mich entspannt, dann ändert sich auch etwas in meinem Hirnstoffwechsel, und umgekehrt verändert sich die „neurobiologische Stimmung“ meines Körpers und Gehirns ebenfalls in einer angsteinflößenden oder aggressiven Umgebung. Das ist der theoretische Ansatz, auf dem ganze Soteria-Experiment letztlich basiert.“

L. Ciompi



1:1 Begleitung

1:1 Begleitung rund um die Uhr
Grundlage: personelle Besetzung
Im Weichen Zimmer, kann ausgedehnt werden
Pat. nicht sich selbst und seinen/ihren Ängsten überlassen
Mehr Mit-Sein als Mit-Tun
Herausforderung: Herstellung des jeweils passenden Abstands

Begleitforschung

Entlassung ohne Neuroleptika 10 %,
Ersterkrankte: 22 %
Niedrige Dosierungen bei 33 %,
Ersterkrankte: 45 %
Regelmäßige psychiatrische Behandlung:
nach 2 Jahren 79%, nach 5 Jahren 65%
Psychotherapeutische Behandlung: 40 %
Medikation ohne ärztl. Absprache abgesetzt:
nach 2 Jahren 10 %, nach 5 Jahren 2%

Soteria ebenbürtig bzgl. Reduktion der Psychopathologie und Rückfallrisikos (Mosher, Ciompi)

BeFo 2003-2012 IAK:
58 % max. 30 Jahre alt
30 % 1. stationär-psychiatrischer Aufenthalt
CGI und GAF-Werte kaum geringer als in AP des IAK (F2-Diagnosen)
Aufenthaltsdauer nur wenig länger

Konzept und Umsetzung der Präventionsstelle

Vorstellung der Kbo-Präventionsstelle

*Dr. Islem Ganzoui
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie/
Oberärztin in der Präventionsstelle
18.10.2022*

Gliederung

1. Konzept und Grundlagen für die kbo-Präventionsstelle
2. Zielgruppe
3. Behandlung in der kbo-Präventionsstelle
4. Fallvorstellungen
5. Ansprechpartner der kbo-Präventionsstelle
6. Quellen

1. Konzept der Präventionsstelle – Rechtliche Grundlage

Artikel 51 Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz (2019) : Präventionsstellen

„Das Zentrum Bayern Familie und Soziales wirkt darauf hin, dass an Einrichtungen für forensische Psychiatrie ein bedarfsgerechtes Angebot an Vorsorgemaßnahmen für psychisch kranke Menschen geschaffen wird, bei denen auf Grund der Art und Schwere ihrer Erkrankung ein stark erhöhtes Risiko für Handlungen besteht, die eine Unterbringung nach § 63 StGB zur Folge haben könnten.“

Hintergrund

- Zunahme der forensischen Unterbringungen (z. B. Seliger & Kröber, 2008)
- Bestimmte psychische Störungen sind Risikofaktoren für Gewalt (z. B. Eronen et al., 1998)
 - Empirisch belegt bei schizophrenen oder persönlichkeitsgestörten Patienten (Kröber et al., 2008; Nitschke et al., 2010; Swartz et al., 1998)
- **Unzureichende Versorgung** schwer psychisch kranker Patienten mit Gewaltrisiko im allgemeinspsychiatrischen Setting (z. B. Hodgins & Müller-Isbemer, 2004; Weithmann & Traub, 2008), v.a. im ambulanten Setting häufig keine Wahrnehmung von Nachsorge nach Entlassung
- Psychotische und Persönlichkeitsstörungen als häufigste Hauptdiagnosen unter den nach § 63 StGB verurteilten Patienten

1. Konzept der Präventionsstelle

- Schnittstellen zwischen Allgemeinspsychiatrie und forensischer Psychiatrie
 - Die Ziele der Präventionsstellen sind **Gewaltprävention** und damit auch **Opferschutz**
 - zielgerichtete Maßnahmen, zur Vermeidung der **Ausübung von Gewalt** bei **potenziell vermindert schulfähigen oder schulfunfähigen PatientInnen** (potenziell §20/§21 StGB) mit Erkrankungen
 - aus dem schizophrenen Formenkreis und/oder
 - schwerer Persönlichkeitsstörung
- Durch die Behandlung in der Präventionsstelle sollen Unterbringungen im Maßregelvollzug nach § 63 StGB verhindert werden

1. Konzept der Präventionsstelle

- **Ergänzendes Angebot** zur regulären hausärztlichen und/ oder allgemeipsychiatrischen Behandlung
- Die präventive Behandlung basiert auf **Freiwilligkeit**
- Gezielte **Behandlung gewaltrelevanter Aspekte** der psychischen Störung
- **Niederschwelliges, entgegenkommendes Angebot** („No-Drop-Out“- Politik)
- Soweit möglich Miteinbeziehung des **Umfelds** des Patienten

2. Zielgruppe der kbo-Präventionsstelle

Einschlusskriterien:

1. Störung aus dem **schizophrenen** Formenkreis (ICD-10-Diagnosen F 20-29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) und/oder schwere **Persönlichkeitsstörung**
2. Erwartung, dass die betroffene Person im Falle einer Gewaltstraftat vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) oder schuldunfähig (§ 20 StGB) wäre und vom Gericht eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB angeordnet werden würde
3. Patienten mit erhöhtem Risiko zur Begehung von **Gewaltstraftaten** (vgl. Einrichtungen zur Verhinderung von Sexualstraftaten, z.B. „Kein-Täter-Werden-Netzwerk“)

Ausschlusskriterien:

1. Minderjährige Patienten
2. Intelligenzminderung
3. Suchterkrankung im Vordergrund
4. Wohnsitz außerhalb von Oberbayern (Zuständigkeit anderer PS)

3. Behandlung in der Präventionsstelle – Abklärung der Zugangsvoraussetzungen

1. **Anmeldung** durch Zuweiser (niedergelassener Arzt, Betreuer, Mitarbeiter einer Wohngemeinschaft, Allgemeinpsychiatrie, Bewährungshilfe, ...) oder Kontaktaufnahme durch Betroffene, u.U. Angehörige
→ Screeningphase 0
2. Terminvereinbarung, Klärung der Zugangsvoraussetzung (Freiwilligkeit, Diagnose, Risikoprofil)
→ Screeningphase I
3. Aufnahmeuntersuchung (5-6 Termine)
 - Diagnostische Einschätzung (ausführliche Anamneseerhebung inkl. Fremdanamnese, Vorbefunde, testpsychologische Diagnostik)
 - Erhebung des Risikoprofils
 - Abklärung des Behandlungsauftrags→ Screeningphase II
4. Bei Erfüllen der Zugangsvoraussetzungen → Behandlungsphase
5. Ende der Behandlung

... und nach Aufnahme: Behandlungsphase

- **Behandlungs- und Präventionsplans** (Aktualisierung alle 6 Monate) mit Festlegung von risikominimierenden Therapiezielen
- **Vereinbarung regelmäßiger Termine** in der Präventionsstelle, wenn möglich **aufsuchend** (Hausbesuche sowie Besuche vor Ort in Einrichtungen)
- **Leitlinienorientierte Psychopharmakotherapie**
- Supportive und kognitiv-behavioral orientierte **Psychotherapie**, Einzel- oder Gruppensetting, Erarbeitung von **Eskalationsszenarien**
- **Unterbringung nach PsychKHG** bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung
- **Krisenintervention** mit Kommunikation mit allen Beteiligten, ggf. Aufsuchen des Pat.
- Gemeinsame Planung zur Verbesserung der Tagesstruktur
- **Unterstützung** bei der Regelung finanzieller und anderer **sozialer Angelegenheiten**
- Aufbau oder Aufrechterhaltung eines adäquaten sozialen Empfangsraums
- Immer wenn möglich: Miteinbeziehen der **Angehörigen**

3. Behandlung in der Präventionsstelle - Behandlungsende

1. Ausreichende Stabilität hinsichtlich der Erkrankung und kein erhöhtes Risiko mehr für Gewalttaten
 2. Ablehnung der weiteren Behandlung durch den Patienten
 3. Wegzug, Versterben, Unterbringung im regulären Strafvollzug oder Maßregelvollzug
- Wiederaufnahme nach Behandlungsabbruch durch den Patienten bei weiterhin bestehenden Zugangsvoraussetzungen möglich

Nachsorge:

- Kontakt zu Zuweisern, Zurückvermittlung an selbigen
- Bei vorliegender **Schweigepflichtentbindung** können vorhandene Unterlagen weitergegeben werden

4. Fallvorstellungen – Fall 1

Herr R. – 19 J.

- Diagnose: Paranoide Schizophrenie
- Anmeldung: durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und das BLKA (Deradikalisierungszentrum)
- Gewaltvorgeschichte: islamistische Äußerungen in der Schule, Tätlichkeit im häuslichen Umfeld
- Procedere:
 - enger Austausch mit behandelndem Arzt, persönliches Erstgespräch mit dem Vater
 - Kontaktabbruch
 - Einweisung in die AP nach BayPsychKHG, Anregung ges. Betreuung und Beantragung von Zwangsbehandlung
 - 2 Besuche während der stationären Behandlung, Beziehungsaufbau -> Behandlungsbereitschaft
 - Wöchentliche Termine mit Pat. /Familie, Einzelgespräche, Depotgabe, Risikomanagement
- Pat. hat Studium an der TUM aufgenommen, Betreuung wurde seitens AG nicht verlängert

4. Fallvorstellungen- Fall 2

Herr S. – 41 J.

- Diagnose: Kombinierte Persönlichkeitsstörung, emotional-instabil/impulsiv, narzisstisch
- Anmeldung: durch die Allgemeinpsychiatrie, Tagklinik, lange Vorbehandlung Ambulanz
- Gewaltvorgeschichte: wiederholte Körperverletzungen gegenüber Angehörigen, im Streit mit Verkehrsteilnehmern, Sachbeschädigung; aktuell forensisch-psychiatrische Begutachtung am Laufen
- Prozedere:
 - Diagnostische Abklärung inkl. psychologischer Testung, Gefährlichkeitshypothese
 - Engmaschige supportive Gespräche, sozialtherapeutische Unterstützung
 - Bearbeitung eines Problembewusstseins bei Externalisierung; Ressourcenaktivierung
 - Medikamentöse Therapieoptimierung durch psychiatrische Ambulanz
 - Beratung bzgl. eines passenden psychotherapeutischen Settings

4. Fallvorstellungen – Fall 3

Herr M. – 35 J.

- Diagnose: Paranoide Schizophrenie
- Anmeldung: Begutachtungsabteilung
- Gewaltvorgeschichte: Im Rahmen der Haft immer wieder in Absonderung aufgrund ausgeprägter Sachaggressivität, auch ohne Auslöser oder unverhältnismäßig zum Auslöser
- Prozedere: Sozialpädagogische Maßnahmen: Krankenversicherung, Bankkonto, ALGII, Unterkunft, Coupons für Kleidung
- Kommunikation mittels Dolmetscherdienste
- Pharmakotherapieoptimierung
- Betreuung wurde angeregt
- Flexibilität bei der Termine-Vergabe

4. Fallvorstellungen – Fall 4

Herr S. – 31 J.

- Diagnose: Paranoide Schizophrenie (F20.0), vordiagnostiziert Asperger-Syndrom (F84.5)
- Anmeldung: Mutter des Pat. gleichzeitig Betreuerin
- Gewaltgeschichte: mehrere Körperverletzungen, Tätlichkeiten gegenüber seiner Mutter, Beleidigung, Spucken, Bedrohung vor allem von Passanten/Partnern, die sich in der Öffentlichkeiten küssen
- Procedere:
- Wöchentliche separate Termine für die Mutter/ für den Patienten (Bearbeitung einer Bindungsstörung auf beiden Seiten)
- Vermittlung von Skills zur Emotionsregulation und Stressmanagement
- Tagesstrukturierung
- In RS mit dem Behandler regelmäßige Anpassung der Medikation Motivationsversuche bei Ablehnung der empfohlenen Therapie!

5. Ansprechpartner in der kbo-Präventionsstelle

- Die kbo-Präventionsstelle befindet sich in **Berg am Laim, Streifeldstr. 37, 81673 München**. Die Räumlichkeiten sind im 2. OG, direkt über der City-Ambulanz des Fachbereichs Forensik.
- Seit dem 01.05.2021 im Betrieb.
- Die kbo-Präventionsstelle ist eine Abteilung der Allgemeinpsychiatrie des kbo-Isar-Amper-Klinikums und ist der **Ärztlichen Direktion** – Prof. Dr. Brieger – angegliedert.
- Aktueller **Patientenzahl**: 38 (43 mit neuen Anmeldungen).
- Personell besteht die Präventionsstelle aus:

OberärztIn	AssistenzärztIn	Psychologischer PsychotherapeutIn
SozialpädagogIn	KrankenpflegerIn	SekretärIn / medizinische Fachangestellte
- Die Kontaktaufnahme erfolgt am besten telefonisch oder per Email:
Tel.: 089 2000 465 80 / - 82
E-Mail: islem.ganzoui@kbo.de oder Präventionsstelle.iak-kmo@kbo.de



5. Quellen

- Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz – BayMRVG, Artikel 51
- Eronen, M., Angermeyer, M. C. & Schulze, B. (1998). The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 13-23.
- Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 185, 245-250.
- Kröber, H. L. (2008). Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2, 128-136.
- Nitschke, J. (2010/2019). Konzept der Präventionsambulanz der forensischen Klinik Ansbach. Unveröffentlichtes Dokument.
- Seliger, M. & Kröber, H.-L. (2008). Wurden schizophrene Maßregelpatienten zuvor in der Allgemeinpsychiatrie unzureichend behandelt? Erste Untersuchungsergebnisse aus 1988 und 2004. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 2, 120-127.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R. & Burns, B. J. (1998). Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.
- Weithmann, G. & Traub, H.-J. (2008). Die psychiatrische Vorgeschichte schizophrener Maßregelpatienten – Rahmenbedingungen der Deliktprävention durch die Allgemeinpsychiatrie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 2, 112-119.

Post Covid Tagesklinik

Erfahrungen der Post-Covid-Tagesklinik

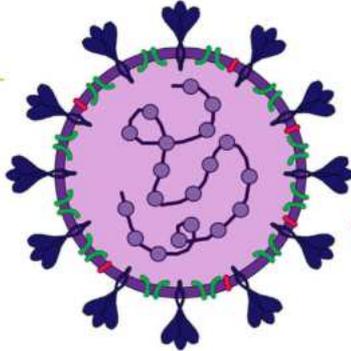


Zuverlässig an Ihrer Seite

Ines Göttler, Martin Marziniak
 kbo-Isar-Amper-Klinikum, Region München, Klinik für Neurologie



Isar-Amper-Klinikum Region München



 **Spike glycoprotein (S)**
 **Envelope protein (E)**
 **Nucleocapsid protein (N)**
 **Membrane glycoprotein (M)**
 **RNA viral**



Ihrer Seite

Structure of SARS-CoV-2. Schematic representation of SARS-CoV-2 virus structure highlighting its four major structural proteins: the spike glycoprotein (S), the envelope protein (E), the nucleocapsid protein (N) and the membrane glycoprotein (M). The RNA viral is also showed.

Front. Physiol. 13:813924.
 doi: 10.3389/fphys.2022.813924

Isar-Amper-Klinikum Region München
Angew. Inf. Wiss. | Deutscher Fachschriften-Verlag | Jul. 2022 | 2

Post-/Long-COVID: Begrifflichkeiten

- 1) Symptome, die aus der akuten COVID-19-Phase oder deren Behandlung fortbestehen
- 2) Symptome, die zu einer neuen gesundheitlichen Einschränkung geführt haben
- 3) neue Symptome, die nach dem Ende der akuten Phase aufgetreten sind, aber als Folge der COVID-19 Erkrankung verstanden werden
- 4) Verschlechterung einer vorbestehenden Grunderkrankung.

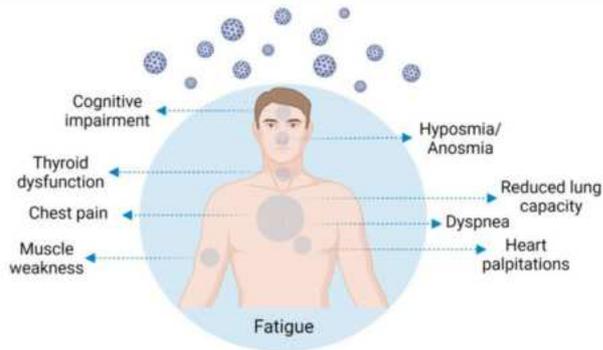
[S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID AWMF-Register Nr. 020/027](#)

Definition

Long-Covid Syndrom: Beschwerden nach einer Sars-CoV-2 Infektion > 4 Wochen < 12 Wochen

Post-Covid-Syndrom: Beschwerden nach einer Sars-CoV-2 Infektion > 12 Wochen

Hauptsymptome Postcovid



Life (Basel). 2022 Apr; 12(4): 517.

Post Covid Syndrom

- Epidemiologie: Datenlage unvollständig
- Pathogenese nicht geklärt, multifaktoriell und nicht bei jedem/jeder Pat. gleich
- langandauernde Gewebeschäden
- Persistenz von Viren oder Virusbestandteilen
- chronische (Hyper-)inflammation und/oder Autoimmunphänomene

Verschiedene Beobachtungen

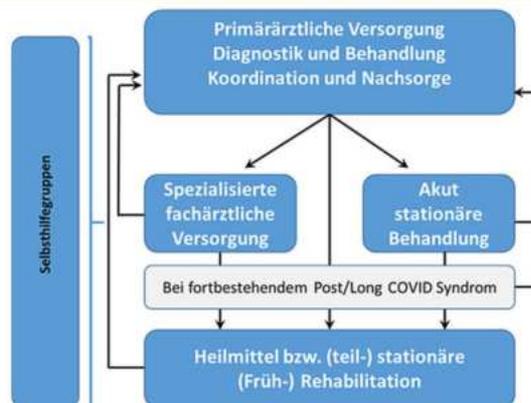
Risikofaktoren für ein PC-Syndrom sind weibliches Geschlecht, Alter der Pat. und Schwere der Erkrankung sowie Vorerkrankungen

Pat. mit langanhaltenden Post Covid Kopfschmerzen haben überdurchschnittlich oft eine Migräne

Das PC-Syndrom scheint nicht die Schwere der Fibromyalgie zu beeinflussen (Rivera et al. [BMC Musculoskeletal Disorders \(2022\) 23:471](#))

Aktuell keine spezifische Therapie

Vorschlag eines Modells praxisorientierter Versorgungswege



Post-COVID-Tagesklinik

Klinik für Neurologie, Station 56A4

Neurologisch-psychiatrischer Schwerpunkt

5 Behandlungsplätze (ca. 1100 Belegungstage/Jahr)

Nachgewiesene Infektion, keine post-vac-

Symptomatik

Behandlungsdauer: 14 - 28 Tage

Team: Ärztin, Psychologin, GuK, Physiotherapeut*innen, SozPäd., Ernährungsberaterin

Post-COVID-Tagesklinik

Therapieprogramm wochentags zw. 8.30 und 16.30 Uhr

Tägliche ärztliche Visite

Psychotherapeutische Einzelgespräche/ Neuropsychologische Diagnostik

(Neuro)Psychologische Gruppe

MTT, Nordic Walking, Fango, Kneippen, PMR und andere Entspannungsverfahren, Qi Gong, (Sitz-)Yoga, therapeutische Freizeitgestaltung, (Atem)Massagen, Riechtraining...

→ Krankheitsakzeptanz, Ressourcen- und Aktivitätsaufbau

→ symptomatische Therapie einzelner Symptome bzw. Linderung von Beschwerden

→ **PACING**



Modellvorhaben im Pfalzlinikum



Dr. Sylvia Claus
Ärztliche Direktorin
Pfalzlinikum

Ziele des Modellvorhabens



- Fließendere Übergänge zwischen den Sektoren
- Feste Bezugspersonen für Betroffene
- Etablierung aufsuchender multiprofessioneller Teams (ACT)
(in der Akutbehandlung und in der Nachsorge)
- Stärkere Einbindung des sozialen Netzwerkes

Voraussetzungen strukturell



- » Integrierter Versorgungsvertrag **stattkrankenhaus®**
- » Ambulante psychiatrische Pflege (APP) nach SGB V
- » Ambulante Hilfen nach Maß im SGB XII
- » Langjährige PIA-Tätigkeit aufsuchend und in der Sprechstunde
- » StäB-Erfahrung über 2 Jahre

Pfalzkl. Dr. Sylvia Claus 14.12.2022 5

Projektpartner im Überblick

Pfalzkl.



→ Umfasst aktuell ca. 95% unserer Patienten

Pfalzkl. Dr. med. Sylvia Claus 14.12.2022 7

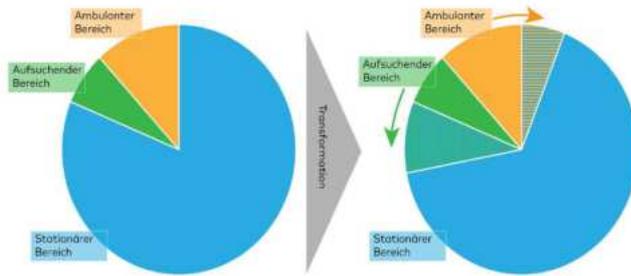
Zielgruppe: Severe Mental Illness (SMI)

- › 1 – 2% aller Erwachsenen, ca. 1 Mio Menschen in Deutschland
- › Schwer und dauerhaft reduziertes Funktionsniveau
- » → Zwangseinweisungen, Drehtürpsychiatrie, Rückfälle
- » → Erkrankungsprogression, schlechter Gesundheitsstatus
- » Bei Psychosen: Risiko 90%
- » Bei Bipolar I oder F33.3: Risiko 40%
- » Bei F60.31, F70, F1x.5: Risiko 30%
- » 80% der SIM-Patienten
 - › Zusätzlich 3 komorbide psychische Erkrankungen
 - › Zusätzlich 2 komorbide somatische Erkrankungen
 - › Hoher sozialer Unterstützungsbedarf (Wohnung, Finanzen, Netzwerk, Ernährung)



Pfalzkl. Dr. med. Sylvia Claus 14.12.2022 8

Idee der Transformation der Behandlungsbereiche



Quelle: Vertrag 64b SGB V Pfalzkl. Abb. 11



Pfalzkl.

Dr. med. Sylvia Claus

14.12.2022

9



BEZIRKS
VERBAND
PFALZ



Pflichtversorgungsgebiet des Pfalzkl.



Pfalzkl.

Dr. med. Sylvia Claus

14.12.2022

10



BEZIRKS
VERBAND
PFALZ

Herausforderungen für die Mitarbeitenden



- » Ländlicher Standort → weite **Fahrtstrecken**
- » **Koordination** der Personaleinsatzpläne
- » **Schnittstellenmanagement**
- » **Fachkräftemangel** in allen Berufsgruppen
- » Fehlende **Schichtzulagen** für den Pflegedienst
- » **Ängste** bezüglich Eigenverantwortlichkeit
- » **Alleinarbeit**



Pfalzkl.

Dr. Sylvia Claus

14.12.2022

11



BEZIRKS
VERBAND
PFALZ

Arbeitsfeld mit Komplexität und Ambivalenzen



- › Autonomie und Selbständigkeit
- ↕
- › Kontrolle und Fürsorgepflicht
- › *Wir sind zu Gast* → *Lebensumfeld* versus *Stationsmilieu*
- › *Wir sind allein* → *1:1 Begegnung* versus *Stationsteam*
- › *Wir bewegen uns auf unsicherem Terrain*
→ *Bedürfnisorientierung* versus *Stationsregeln*

Herausforderungen bei Akutbehandlung zuhause



- › Kein Personennotruf-Gerät
 - › Zeitverzögerung bei Notfällen
 - › Kein Hausrecht – keine Stationsregeln
 - › Hygienezustände im häuslichen Umfeld
- } Sicherheit
- › Vertretung aller Berufsgruppen
 - › *Breites Rollenprofil*
 - › Arbeit mit Angehörigen
 - › Lösungsorientiertes Arbeiten
- } Ungewohntes Terrain

Herausforderungen bei Akutbehandlung zuhause



- › Zeitmanagement und Zeitdruck
 - › Belastung durch gestiegenen Straßenverkehr
 - › Arbeitsmaterialien mitbringen
- } Logistik
- › Selbstorganisation im Team
 - › Flexible Arbeits- und Pausengestaltung
 - › weniger Regelkommunikation
- } Personalführung



Herausforderungen Patientenbezogen



- » **Abgrenzungsprobleme** im häusliche Umfeld
 (zu wenig Ruhezeiten, Haushaltstätigkeiten, Kindererziehung)
- » **Eignung häusliches** Umfeld
- » **Mitbehandlung somatischer** Erkrankungen
- » **Psychiatrische** Komorbidität (PTSB, Bulimie, Suchterkrankung)
- » **Skepsis** gegenüber Medikamenten
- » **Keine Fahrtauglichkeit** während Behandlung



Wo und wie kann behandelt werden?

Neue Behandlungsmodule im Modell



- **Clearinggespräche**
 - Erhebung der Bedarfe und der Ressourcen
- **Ambulante Intensiv-Kriseninterventionen**
 - Wiederherstellung der ambulanten Behandlungsfähigkeit
- **Netzwerkgespräche**
 - Einbeziehung des familiären Umfelds von Beginn an
- **Intensivtagesklinik**
 - Ausweitung der Behandlungszeiten
- **Ambulante Entgiftung**

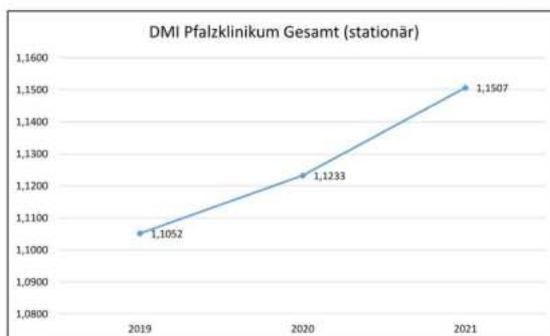
ACT-Teams und Anzahl der behandelten Patienten



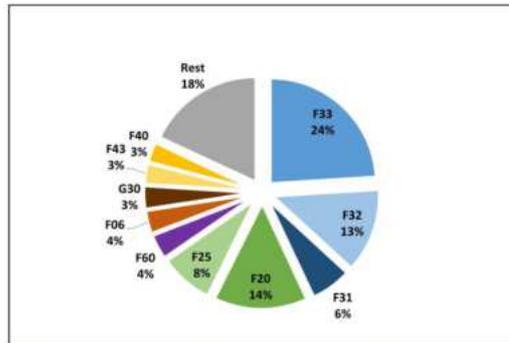
ACT-Teams und Anzahl der behandelten Patienten



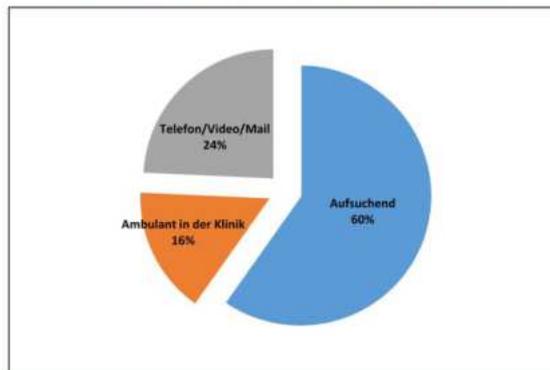
Fallschwere im stationären Behandlungssektor



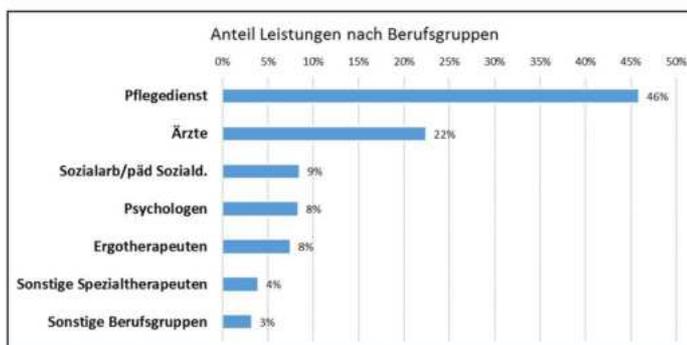
Diagnosegruppen in ACT



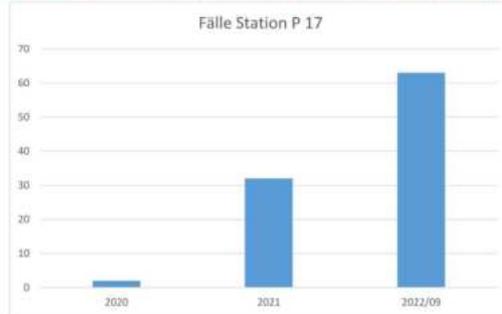
Ort des Geschehens ACT 2021



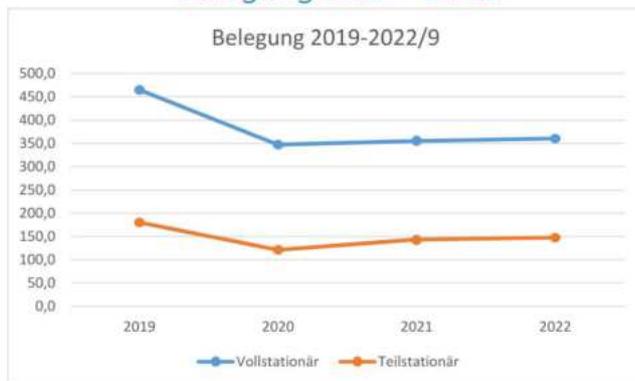
Aufsuchende Arbeit im multiprofessionellen Team



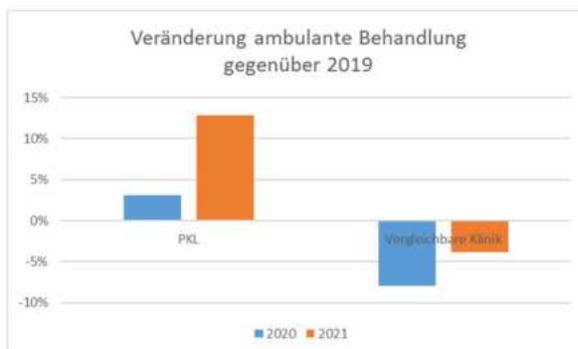
ACT für Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen



Belegung 2019 - 2021



Regelversorgung versus Modellvorhaben Benchmark der Kliniken in Rheinland-Pfalz





- » Nicht andere Patienten behandeln sondern *Patienten anders behandeln*
 - » mehr Zeit während einer *Akutbehandlung im gewohnten Umfeld*
 - » Die *Sicht der Angehörigen* wird von Anfang an einbezogen
 - » *Probleme am Arbeitsplatz* oder in der *Familie* werden berücksichtigt und bearbeitet
 - » *Krisen* werden frühzeitig abgefangen und *möglichst ambulant* behandelt
 - » Krankheitsepisoden werden durchgehend von demselben Team begleitet
-
- » → Reduktion der Behandlungstage im Krankenhaus (mittelfristig)
 - » → bessere Behandlung ohne Mehrkosten (langfristig)
 - » → verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit (mittelfristig)

**Nichts ist
stärker als
eine Idee,
deren Zeit
gekommen ist.**

Victor Hugo



*Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit*

sylvia.claus@pfalzlinikum.de

4 Perspektiven auf das Modell

Wie steuert man ein solches Projekt? Bernhard Koelber



Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Wie steuert man ein solches Projekt?



1



Startvoraussetzungen im Management:

- » Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung: Erfahrungen als Multistandortbetrieb
- » 25 Jahre Erfahrung mit Organisationsentwicklung, Transformationsprozessen, Qualitätsmanagement und Strategiearbeit
- » Gemeinsame Ausrichtung und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Unterstützern
- » Strategischer Rückhalt durch den politischen Gewährsträger (Bezirksverband Pfalz)
- » Umfangreiche administrative und sozialrechtliche Expertise durch die zunehmend vielfältige Angebotspalette auf dem Feld der psychosozialen Versorgung
- » Ein vom Land RLP unterstütztes Zukunftskonzept (Landeskrankenhausplan) als Verhandlungsgrundlage mit den Krankenkassen
- » Solide wirtschaftliche Situation



2



Herausforderungen des Managements (II)

in der eigenen Organisation:

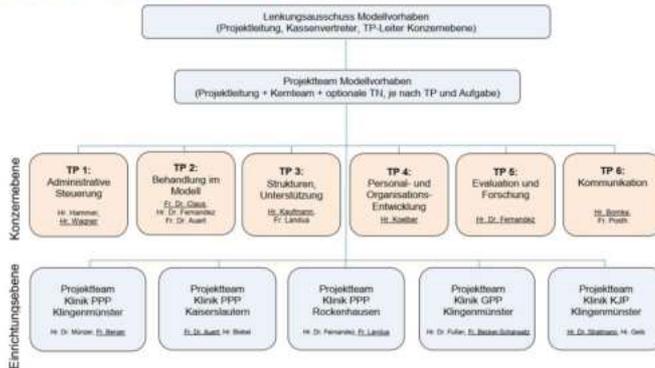
- » Mit Mehrdeutigkeiten und Widersprüchen umgehen: Denken und handeln i.S. des Modellvorhabens vs. Abrechnung in der „alten Welt“
- » Komplexität bewältigen, gleichzeitig verständlich und möglichst eindeutig kommunizieren
- » Nicht zu viel auf einmal!
- » Standardisierung und Vielfalt ausbalancieren
- » Projektfortschritt messen und kommunizieren
- » Anspruchsvolles Konzept vs. „Mühe der Ebene“ – Fachkräftemangel, Personalausfälle
- » Modellvorhaben und Corona



4



Unsere Projektstruktur



Beispiel: Organisationsmodelle ACT-Behandlung

Team-Modell

Multiprofessionelles Team, das ausschließlich aufsuchend tätig ist

Vorteile:

- eingespielte Aufgabenteilung
- gute Planbarkeit
- schneller Kompetenzaufbau
- Hohes Potenzial zu transprofessionellem Arbeiten

Nachteile:

- Wechsel Bezugsperson
- „Elitenbildung“
- Abkoppelung von der stationären und ambulanten Komm-Behandlung
- Entfernung vom 24/7-Prinzip

Lösung

Mischmodelle?

- Geteilte Stellen mit Mehrfachzugehörigkeiten
- Definierte Zeitslots für aufsuchende Dienste im Dienstplan einer Station
- zusätzliche Fallmanager
- Organisierte Kontakte zw. ACT-Team und Stationsteams
- MA-Rotation
- ...



Integriertes Modell

Multiprofessionelles Team, das auf Station und aufsuchend tätig ist

Vorteile:

- Bezugspersonenkonzept kann eher umgesetzt werden
- Gute „Sicht“ auf den gesamten Behandlungsprozess
- MA auf Station erleben MV „live“

Nachteile:

- Sehr schwer zu organisieren
- Gefahr tradierter Stationsrollen
- Bei Engpässen und Krisen fällt die aufsuchende Behandlung „hinten runter“
- Administrative Hürden, z.B. bei der Personalzuordnung

Beispiel: Dienstvereinbarung aufsuchende Arbeit

- » Keine tariflichen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, in der Praxis Verlust von Gehaltsbestandteilen im Vergleich zur Station
- » Intention: aufsuchende Arbeit attraktiv machen und Regelungsrahmen schaffen

Highlights:

- » Elektroautos als Dienstwagen
- » BYOD-Geräte
- » Qualifikation, z.B. über berufsbegleitendes Coaching

Dienstvereinbarung
zu den
Arbeitsbedingungen für Mitarbei-
tende mit aufsuchender
Klient*innenbezogener Tätigkeit
im Pfalzkllinikum

Fragen, Kommentare, Anregungen ?



Bernhard Koelber
Leiter Unternehmensentwicklung
Stv. Projektleiter Modellvorhaben
TP-Leiter Personal- und Organisationsentwicklung



Menschlich, multiprofessionell, maßgeschneidert, Finanzierung und Steuerung, Helmut Wagner



HELMUT WAGNER
MEDIZINCONTROLLER
PFALZKLINIKUM
HELMUT.WAGNER@PFALZKLINIKUM.DE
06349/900-1140

Menschlich, multiprofessionell, maßgeschneidert :
M wie Modellvorhaben im Pfalz-Klinikum
Finanzierung und Steuerung



Modellvorhaben Pfalz-Klinikum

Rahmenbedingungen:

- Laufzeit : 8 Jahre, seit Januar 2020
- größtes Modellvorhaben nach § 64b SGB V in Bezug auf Finanzvolumen und Fallzahl
- an 8 Standorten in der Pfalz
- Erwachsenenpsychiatrie incl. Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie, Schlafzentrum sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Einbezogen: Stationär, teilstationär, vor- und nachstationär, Institutsambulanz, aufsuchend („Zuhause-Behandlung“), ambulanter Pflegedienst (APP) und ambulante Ergotherapie



Modellvorhaben Pfalzkllinikum

Krankenkassen:

- Alle großen, in der Pfalz relevanten Kassen (AOK, TK, IKK Süd-West, DAK, BEK und der BKK Landesverband sind Verhandlungspartner
- Weitere 19 Einzelkassen (v.a. BKKs) sind mittlerweile beigetreten, außerdem der PKV und damit alle privaten Krankenkassen
- Bisher wollen 27 Kassen nicht beitreten
- => ca. 95% der Patient:innen sind im Modellvorhaben



Modellvorhaben Pfalzkllinikum

Finanzierung:

- Einzige vereinbarte budgetrelevante Leistung ist die Anzahl der behandelten Patienten (Nicht Fälle!), unabhängig davon wo, wie lange und wie sie behandelt wurden
- Geld wird wie bisher über Rechnungen „transportiert“ (PEPP, PIA-Quartalspauschalen, Zuhause-Behandlung Berechnungstage...) Pauschale Entgeltsysteme für viele Kassen nicht möglich 
- => Hoher administrativer Aufwand durch Fallwechsel, Probleme beim Erlöstransport (Ambulant statt stationär <-> Liquidität)
- 100% Budget-Ausgleich wenn die Anzahl der behandelten Patienten innerhalb von +/- 5% der Vereinbarung liegt



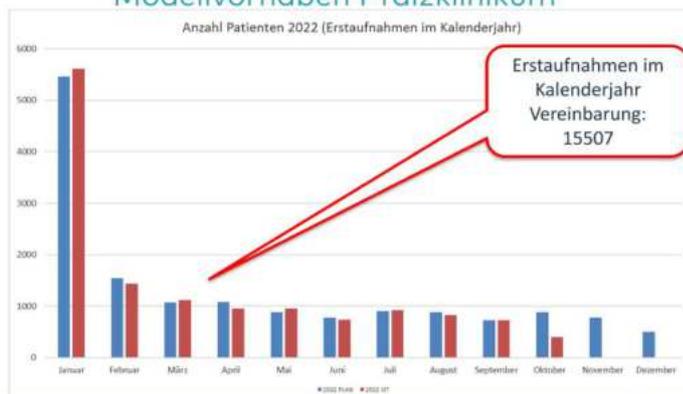
Modellvorhaben Pfalzkllinikum

Berichte zur Steuerung der Leistungen und Erlöse:

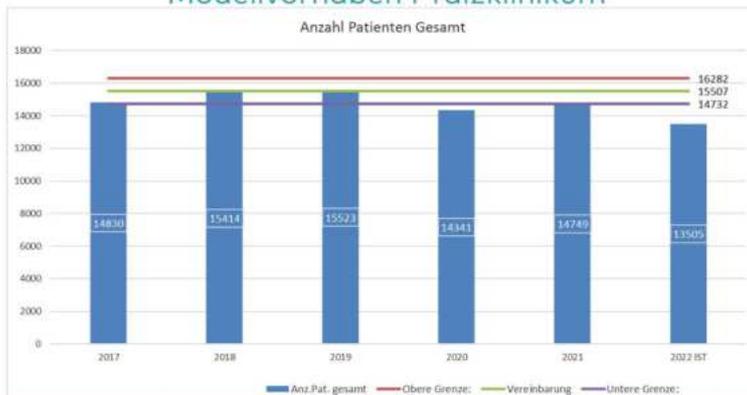
- Anzahl der Patienten (Erstaufnahmen im Kalenderjahr!) Problem: Zunahme nicht linear
- Klassische Kennzahlen (Belegung, Berechnungstage, PIA Pauschalen...)
- „Transportierte“ Erlöse je Setting (Liquidität)



Modellvorhaben Pfalzkllinikum



Modellvorhaben Pfalzkllinikum



Beteiligung und Mitbestimmung, Perspektiven der Arbeitnehmervertretung auf das Modellvorhaben nach § 64b SGB V, Bernhard Dobbe

„Beteiligung und Mitbestimmung“

Perspektiven der Arbeitnehmervertretung auf das Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Input für die Mitglieder des Gesundheitsausschusses Landschaftsverband Rheinland (LVR) anlässlich des Besuchs im Pfalzkllinikum am 19.10.2022

Bernhard Dobbe
(bernhard.dobbe@pfalzkllinikum.de)
Personalratsvorsitzender Pfalzkllinikum (AdöR)

Gliederung

Mitbestimmung:

Gesetzliche Aufgaben des Personalrates nach LPersVG

Entwicklungen:

Unser Selbstverständnis beim psychosozialen Komplexanbieter

Entwicklungen:

Gelebte Praxis und interne/externe Herausforderungen im Modellvorhaben

Diskussion

Vorneweg: Unsere Sicht auf die Dinge

- ✓ Öffentlich-rechtliche Trägerschaft, wichtige Vorläufer, neue Ufer möglich, Mutmacher
- ✓ Kritisch tragfähige transparente Kooperation mit der Geschäftsführung und vielen Leitungsebenen (keine Symbiose)
- ✓ Wir können im PR aufbauen auf unsere eigene Differenziertheit, Vielfalt der Bedürfnisse und professionelle Entwicklung, werden wahrgenommen
- ✓ Fokus auf qualitative Veränderungen, die ökonomische Absicherung dazu ist bisher gelungen
- ✓ Ein wichtiger Disput mit Verdi
(Gewerkschaftliche Zuordnung/ Vernetzung/ Spannungsbogen)

Gesetzliche Aufgaben des Personalrates nach LPersVG Rheinland-Pfalz



Unsere Aufgaben nach LPersVG:

Mitbestimmung, Mitwirkung, Beteiligung

Der Personalrat ist bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und im Entscheidungsspielraum an das Landespersonalvertretungsgesetz (LPersVG) gebunden. Hier sind geregelt die:

1. Mitbestimmung

- in personellen Angelegenheiten
- in sozialen und sonstigen innerdienstlichen sowie
- organisatorischen und wirtschaftlichen Angelegenheiten

Einstellungen, Befristungen,
Befragungen ... (§78)

Arbeitszeiten,
Urlaubspläne,
Gestellungsverträge
... (§80)

2. Mitwirkung

- bei Kündigung

Einwendungen, Anhörung
des PR ... (§83)

3. Beteiligung

- bei allen organisatorischen Maßnahmen

Personalplanung, -anforderungen,
Zertifizierungen, Arbeitsschutz...
(§84 ff.)

Gesetzliche Aufgaben des Personalrates nach LPersVG Rheinland-Pfalz

Unsere Aufgaben nach LPersVG: Informationsrecht und personelle Angelegenheiten

§ 69 Allgemeine Aufgaben und Informationsrecht der Personalvertretung
heißt: Beteiligung bei jeglichen Gesprächen

§ 78 Mitbestimmung in personellen Angelegenheiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

- (1) Der Personalrat hat insbesondere in folgenden Angelegenheiten ein Mitspracherecht:
1. Erstellung schriftlich festgelegter Beschlüsse der beschäftigten Mitarbeiter, Eingliederung,
 2. Zeit- oder Zweckbestimmung des Arbeitsverhältnisses, Ausgrenzen im Hochschulbereich,
 3. Übertragung einer Stelle oder mehrerer Stellen auf eine Dauer von mehr als zwei Monaten, Höher- oder Herabgruppierung,
 4. Übertragung einer anderen Tätigkeit für eine Dauer von mehr als zwei Monaten,
 5. Absenken oder vorübergehender Übertragung einer Tätigkeit, die einen Anspruch auf Zahlung einer Zulage auslöst, sowie Widerruf einer solchen Übertragung,
 6. Versetzung zu einer anderen Dienststelle und Umsetzung unter Wechsel des Dienstorts für eine Dauer von mehr als zwei Monaten binnen eines Jahres,
 7. Absetzung und Zuweisung entgeltlos § 20 des Beamtenstellengesetzes für eine Dauer von mehr als zwei Monaten binnen eines Jahres sowie Aufhebung einer solchen Maßnahme,
 8. Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit,
 9. Abänderung eines Vertrags zur Fortbeschäftigung oder Urlaub ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts,
 10. erneute Zuweisung eines Beschäftigten nach Arbeitsplatzsicherungsverfahren oder nach Ende eines Urlaubs ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts,
 11. Weiterbeschäftigung über die überragende Leistung,
 12. Anordnungen, welche die Freiheit der Wahl der Wohnung betreffen,
 13. Übertragung von Ersatzarbeiten und Versehen einer Nebenabteilung von Aufgaben,
 14. Genehmigung von Ersatzarbeiten, sofern die oder der Beschäftigte die Mitbestimmung beantragt,
 15. Erstellung von Abrechnungen, sofern die oder der Beschäftigte die Mitbestimmung beantragt,
 16. Auswahl für die Teilnahme an Maßnahmen der Berufsausbildung, der beruflichen Fortbildung und der beruflichen Umschulung, wenn mehr Bewerberinnen und Bewerber vorhanden sind, als Plätze zur Verfügung stehen,
 17. Befreiung und Abberufung von Ausbildungsleiterinnen und Ausbildungsleitern sowie Ausbilderinnen und Ausbilder,
- in den Fällen des Satzes 1 Nr. 14 und 15 ist die oder der Beschäftigte von der beschäftigten Maßnahme rechtzeitig vorher in Kenntnis zu setzen und auf das Arbeitsrecht hinzuweisen.
- (2) Der Personalrat bestimmt insbesondere bei den nachfolgend aufgeführten allgemeinen personellen Angelegenheiten mit:
1. Erstellung und Verwertung von Personalverträgen, von Personalfragebogen, Ausgrenzen im Rahmen der Leistungsprüfung, und von personalbezogenen Daten,
 2. Erstellung von Besetzungsmitteln,
 3. Durchführung der Besetzung (Berufsausbildung, berufliche Fortbildung und berufliche Umschulung) und Aufhebung von Grunddaten über die Auswahl von Ausbildungsleiterinnen und Ausbildungsleitern sowie Ausbilderinnen und Ausbilder und über deren Abberufung,
 4. Erwerb von Kenntnissen über die personelle Auswahl,
 5. bei Einstellungen, Versetzungen und Übertragungen von anderen Tätigkeiten,
 6. bei Übertragung von Funktionen, die einen Anspruch auf Zahlung einer Zulage auslösen,
 7. bei Rückgruppierungen,
 8. Aufhebung von Grunddaten über die Durchführung von Stellenauswahlverfahren einschließlich Inhalt, Ort und Dauer.

Auch: Die Beschäftigten als Stakeholder

Macht: Die Fähigkeit einer Interessengruppe, ihre Vorstellungen durchzusetzen

Legitimation: Die Wahrnehmung einer Interessengruppe, ihre Ziele und Handeln im herrschenden Normen- und Wertsystem wünschenswert oder angemessen zu gestalten

Dringlichkeit: Die Ansprüche der Interessengruppe, auf die rasch eingegangen werden muss, hohe Priorität für das Unternehmen (zeitlich und inhaltlich kritisch)

Quelle: ver.di Psychiatrie -Seminar 2017 Petra Bode

Die Personalversammlungen im Pfalzkrankenhaus „Überschriften“ über die Jahre:

- 2017 Wahljahr (§§: Keine Personalversammlung)
- 2018 - Der neue Personalrat stellt sich vor
- „Mitbestimmung, Mitwirkung, Beteiligung“
- 2019 „Von der Mitbestimmung zur Mitgestaltung“
- 2020 „Die Beschäftigten mitnehmen!“
- Wichtige Organisationsveränderungen mitbestimmen
- COVID-19-Pandemie bewältigen
- 2021 Wahljahr (§§: Keine Personalversammlung):
Ein neuer Personalrat nimmt seine Arbeit auf
- 2022 „Das Personal gewinnen, halten und binden“



Zum partizipativen Prozess im Pfalzlinikum

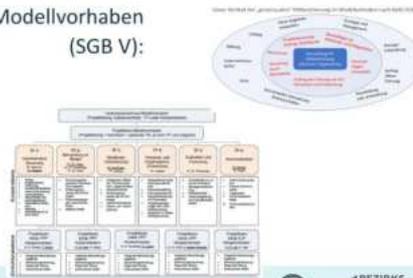
„Das Pfallzlinikum benötigt Mitarbeitende ... Diese Orientierung findet etwa ihren Ausdruck in dem **partizipativen Prozess zur Entwicklung der Leitlinien und der engen Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Personalrat**. Nur wenn das Leitbild von allen Menschen getragen wird, kann es jeden Tag aufs Neue mit Leben gefüllt werden – ein Versprechen, an dem wir uns messen lassen.“ (Koelber, B. 2021)

Hauptstrategien des Pfallzlinikums, 2011- 2021

Hauptstrategien	Strategische Maßnahmenbereiche
1. Leistungssteigerung durch Qualität	Neu- und Weiterentwicklung von Leistungsprozessen, Prozessoptimierung, Qualitätsmanagement
2. Personalmanagement	Personalmanagement, Personalentwicklung, Personalplanung
3. Innovation und Wachstum	Strategische, operative, organisatorische Innovationen
4. Nachhaltigkeit	Umweltmanagement, Soziales Management, Wirtschaftsprüfung
5. Personalentwicklung	Personalentwicklung, Personalplanung



Modellvorhaben (SGB V):



Der Personalrat im Lernenden Unternehmen

Von Allem was und ... mittendrin: Das Selbstverständnis des Miteinander-Arbeitens



Die Personalratsarbeit: Eine Baustelle



WAS WIRKT:

- Ein (befristetes) demokratisch legitimes Wahlamt,
- Eine ehrenamtliche Tätigkeit, „alle“ Beschäftigten haben das Wahlrecht
- Ein Gremium mit Funktionen/Rollen/ Regelwerke: Freistellungen auch in Teilzeit
- Arbeitnehmerseitige Partnerschaften mit SBV, Gleichstellung, JAV
- Beruflicher Werdegang mit vielfältiger Expertise (Psychiatrie, Verwaltung, Organisation, Funktionsbereiche ...)
- Gewerkschaftliche Affinität und Engagement
- Ausstattungen (Infrastruktur, Büropräsenz und - Organisation, Technik ...)
- Wahrnehmbarkeit sicherstellen



„Gruppendynamik“ im Personalrat?!

Ein kleiner Ausflug in den „Gruppendynamischen Raum“,
am Beispiel des Personalrates:
Das Individuum, die Gruppe und die Organisation

Der Beschäftigte in seinem Personalrat:

Das Mitglied: Der Beschäftigte in seinem Wahlamt (ggf. mit Freistellung),
im persönlichen, beruflichen, gesellschaftlichen, Unternehmens-
Handlungsraum; Eigene (weitere) Zugehörigkeit in Teilgruppen

In der Gruppe: Das Gremium mit seinen Teilgruppen
Listenplatz, der/die Vorsitzenden, Vorstand, Gremium auf Zeit,
weitere Binnendifferenzierung

In der Organisation: Das Unternehmen und seine Bereiche/Einrichtungen
Öffentlich-rechtlicher Träger, Tarifbindung, Gesetze: Individual- und Kollektivrechte,
Branche und Markt;
Die Netzwerke (Gewerkschaft, (Fach-)Gesellschaft, Politik)

Mit den **Kernthemen/Grundbedürfnissen** im
gruppendynamischen
Raum:
- **Zugehörigkeit**
- **Macht**
- **Nähe, Verbundenheit,**
Geborgenheit
(„Intimität“)!

¹ Quelle: Geramatis, O. 2020¹, mini-handbuch Gruppendynamik, S. 39ff.

Der Blick auf die Akteure und Allianzen

Unsere Herausforderungen:

- **Breite eigene Expertise** entwickeln: Ressourcen für Entwicklung, Ausrichtung und Kontinuität
- **Teamentwicklung mit Vielfalt** und Offenheit/Individualität der Bedürfnisse
- **Transparenz** und Kommunikation ins Gremium hinein
- Wechselnde interne und externe **Rollenzuordnungen**: Interessenvertreterin, Fürsprecherin, Wächterin/ Kümmererin, Vermittlerin, Mediatorin, Impulsgeberin, Event-Managerin, Expertise für OE/PE/Psychiatrieentwicklungen, Recruiterin, ...

PR als System im System
Unternehmen



- **Komplexität** (Dynamik, Krise, Wachstum, eigene Teilsysteme)
- Arbeiten unter **Coronabedingungen** muss wieder aufhören
- **Fragliche Attraktivität** der Personalrats-/Betriebsratsarbeit :
Ende der Karriere?! (E-DE-KA), gerade für teilzeit-freigestellte Vorstände
- Zugriff und Nutzen **der ZahlenDatenFakten** im Unternehmen

PR als System im
großen System



- Perspektiven und Optionen für das **Personal**
- Herausforderung **Sektoren, Teilsysteme**: Sind nicht an den Bedürfnissen der Menschen orientiert
- Chancen und Grenzen der **tariflichen Regelwerke**, z.B. Entgeltordnungen:
- Mehr „Leistungsorientierung“??
- Attraktive Regelungen für neue (aufsuchende) Tätigkeitsfelder einbauen
- Vernetzungen/**Netzwerke pflegen**/ Gewerkschaftliches Engagement

Modellvorhaben und das Personal

Contra / Sorgen:

- Selbstaussbeutung, heimliche Arbeitsverdichtung, höhere Erwartungen bei gleichbleibender Anzahl von Personal - somit: „weniger Zeit“,
- höhere Verantwortung, unzureichende Ausbildung, auf sich alleine gestellt?
- finanzielle Einbußen durch Verlassen des Schichtdienstes

Pro / Erwartungen:

- Abwechslung, unterschiedliche Settings, Zufriedenheit durch gesteigerte Effektivität
- höherer Benefit für Nutzer*innen, besseres Verständnis, Verringerung des Drehtüreffektes, weniger stationäre Aufnahmen, individuellere Behandlung
- selbstständige Planung von Behandlungsmöglichkeiten sowie Arbeitszeiten, agileres Arbeiten, mehr Wertschätzung durch andere Außenwirkung, mehr Flexibilität

Quelle: Fenia Wolff, 2022, Psychiatrie-Fachtagung Berlin

Modellvorhaben und das Personal Was hat sich in der Praxis verändert

- » Organisation: andere Planung, neue Strukturen, Selbstorganisation, agiles Arbeiten, Backoffice, neue Aufgaben, multiprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt
- » Aufgaben der Berufsgruppen ändern sich
- » Versorgung hat sich positiv verändert
 - › mehr Ressourcen, die genutzt und gefördert werden können
 - › individuellere / flexiblere Versorgung

Quelle: Fenja Wolff, 2022. Psychiatrie-Fachtagung Berlin



Quelle: Fenja Wolff, 2022. Psychiatrie-Fachtagung Berlin

Modellvorhaben und das Personal Erwartungen an die Führung

- **Vertrauen**, Rückendeckung, Wertschätzung und Anerkennung, Freiheiten ohne alleingelassen zu werden, offenes Ohr
- **Transparenz** und Informationen (fachlich sowie inhaltlich), Fachliche Kompetenz, Struktur, Organisation, Unterstützung und Mitwirkung
- **Fort- und Weiterbildungen** sowie Austausch ermöglichen
- **Work-Life Balance** respektieren und ermöglichen durch individuelle Lösungen (Zeitmanagement)

Quelle: Fenja Wolff, 2022. Psychiatrie-Fachtagung Berlin

Erwartungen und Anreize ambulante/ aufsuchende Versorgung



„Für den Großteil der Befragten ist es wichtig, Arbeitszeiten und Behandlungsmöglichkeiten selbstständig zu planen“ (Kuntz, 2021, S. 172).

Abb. 3 Auswertung: Anreize, aufsuchend tätig zu werden.
(Kuntz, 2021, S. 174)

Arbeitnehmervertretungen im gewerkschaftlichen Kontext – Übergeordnete Ziele und Herausforderungen in der Mitbestimmung (1)

Veränderungsprozesse in der Psychiatrie beinhalten u.a. neue Formen sektorübergreifenden Arbeitens, neue Tätigkeitsprofile, neue Management- und Führungsmodelle („agile“ Führung), neue Modelle der Arbeitszeitorganisation, die fortschreitende Digitalisierung (Digitale Transformation, Remote Leadership, VUCA-Welt (Q3), „Entgrenzung“, u.a. mit mehr Einfordern persönlicher Bedürfnisse über den Lebensverlauf. Hierzu tauchen auch neue Fragen zur Wertigkeit der Arbeit auf.

Konkretes Statement von Verdi: „**Dienstleistungsarbeit** ist mehr wert!“
Hierzu lautet eine Frage in der laufenden Diskussion: Wird sie in den bisherigen Modellen der Arbeitsbewertung und somit in Tarif- und Entgeltstrukturen noch zeitgemäß berücksichtigt?

An anderer Stelle heißt es bereits:
„Zu beobachten sind eine neue Haltung, **eine neue Kultur und ein neues Selbstverständnis** in der Gestaltung von Veränderungsprozessen, welche sich dadurch auszeichnen, dass **Mitbestimmungsakteure** und Akteurinnen und Beschäftigte **aktiver einbezogen** werden.“ (Zitat I.M.U 2021 (Q4, S.23)

Aber auch Entwicklungen: Große Verbände (Diakonisches Werk, Altersdorfer Anstalten) haben weitreichende Initiativen ergriffen im Kontext „zum Aufbau anpassungsfähiger Organisationen“. (Q10)
B. Oesterreich (2020, S. 70f.) äußert sich hier zur Notwendigkeit einer veränderten Einbindung der Mitarbeitervertretung. Grundsätzlich hinterfragt er sogar die Bereitschaft von Gewerkschafts- und Mitarbeitervertretungen „ihren Sinn und Zweck und ihre Aufgaben weiter zu entwickeln.“ (S.71)
Weitergedacht stellt sich sogar die Frage, **ob es die Mitarbeitervertretung bei den selbstorganisierten Teams überhaupt noch braucht.**

Arbeitnehmervertretungen im gewerkschaftlichen Kontext – Übergeordnete Ziele und Herausforderungen in der Mitbestimmung (2)

„**Mitbestimmung ist gelebte Demokratie im Betrieb** und in den Dienststellen. Deshalb sind Personalräte ein unverzichtbarer Bestandteil der Entscheidungsfindung ...“ (Q12)

„Mit der personalvertretungsrechtlichen Mitbestimmung wird zudem auch die **Menschenwürde, die Selbstbestimmung und die Persönlichkeitsentfaltung** der Dienststellenbeschäftigten gewahrt bzw. erzielt.“ (Q7, S. 90)

Die Hans-Böckler-Stiftung führt die **übergeordneten Ziele der Mitbestimmung** weiter aus (Q4):

- Sozial verträgliche Gestaltung der Veränderungen
- Hoher demokratischer und partizipativer Anspruch (beide Q4)

Wieder verbunden mit der Empfehlung ans Management: „Von besonders wichtiger Bedeutung ist das frühzeitige und gleichberechtigte Einbeziehen der Interessenvertretungen und der Beschäftigten. Tatsächlich ist eine frühzeitige Partizipation ein Schlüsselfaktor für den Gestaltungsprozess“ (Q4, S. 25)



Bei tariflichen Grundlagen für Leistungsdifferenzierung gilt für ver.di der Grundsatz:
„**Leistungsdifferenzierungen werden auf der Grundlage von tariflichen Regelungen gesteuert!**“ (Q11)

Die Ziele dazu:

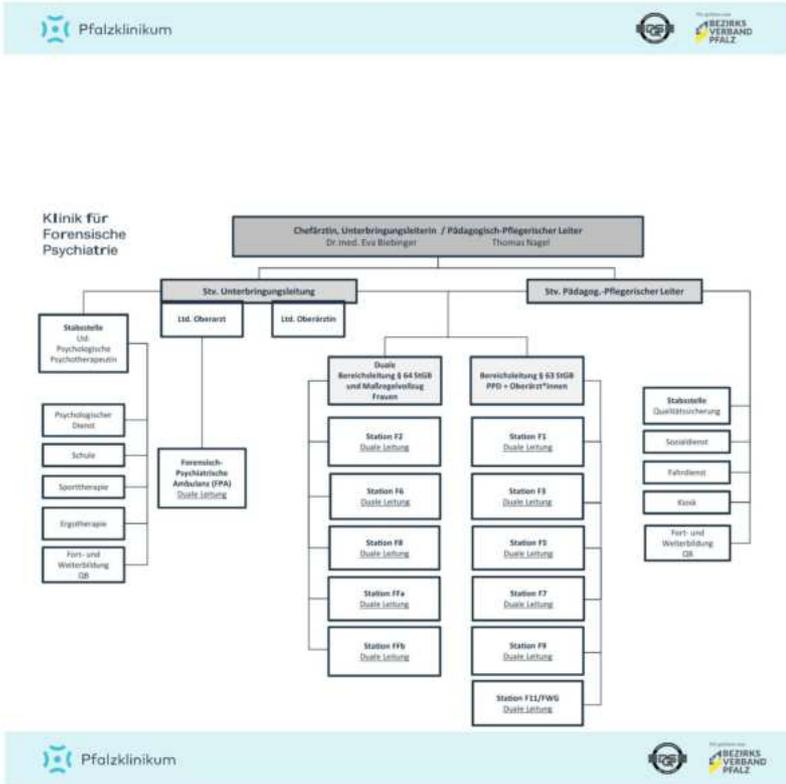
- Einführung nur bei breiter Zustimmung der Betroffenen,
- Wahlrecht einräumen,
- Rechtsanspruch auf Leistungsentgelte für alle,
- enge Margen der Zulagen festlegen,
- Einbau solidarischer Elemente,
- Kontrollmöglichkeiten verankern,
- keine Vermischung von Leistungsentgelt und Erfolgsbeteiligung (Q11, S. 12)

FAQ Mitbestimmung zu aktuellen Themen siehe auch (Q5)

Pfalzkllinikum Klingenmünster 20.10.2022

Leistungsangebote im Maßregelvollzug,
 Dr. Eva Biebin ger, Thomas Nagel,
 Dr. Wolfgang Weißbeck

Klinik Für Forensische Psychiatrie im Pfalzkllinikum



Klinik für Forensische Psychiatrie

- » **Insgesamt 11 Stationen**
 - » **8 Stationen im hochgesicherten Bereich**
 - › 1 Aufnahme Station für Patienten untergebracht nach § 63 StGB
 - › 1 Aufnahme Station für Patienten untergebracht nach § 64 StGB
 - › 1 Aufnahme Station für Frauen
 - › 1 Therapie Station für Patienten untergebracht nach § 64 StGB
 - › 4 Therapie Stationen für Patienten untergebracht nach § 63 StGB
 - » **3 Stationen im weniger gesicherten Bereich mit dem Schwerpunkt der Wiedereingliederung**
 - › 1 gemischtgeschlechtliche Station
 - › 1 Therapie Station für Patienten untergebracht nach § 64 StGB
 - › 1 Therapie Stationen für Patienten untergebracht nach § 63 StGB
- 1 Fachambulanz in Neustadt mit Nebenstelle am Standort Klingenmünster**

Strukturelle Sicherung des Behandlungsauftrags

- » Alle Therapiestationen verfügen über differenzierte, je nach Diagnose verschiedene Behandlungskonzepte
- » Alle Stationen werden dual geleitet
- » Eine umfassende durchgängige Kommunikationsstruktur der Einrichtungsleitung mit den Stationsleitungen sichert eine effiziente und effektive Umsetzung der Konzepte
- » Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement ist eingerichtet und wirksam

Kernthemen der Klinik für Forensische Psychiatrie

- » Verbesserung der ambulanten Versorgung durch Verlagerung des Standortes an einen verkehrstechnisch gut erreichbaren Standort wurde 2021 umgesetzt
- » Förderung des des Recovery Gedankens bei der Behandlung der forensischen Patient*innen z.Bsp.
 - › Begegnung auf Augenhöhe
 - › Empowerment
 - › Förderung sozialer Kontakte
 - › Festes Fundament schaffen
- » Einführung einer Safewards Station mit externer Unterstützung
- » Auseinandersetzung mit dem Thema „severe mental illness“ Möglichkeiten und Grenzen im Maßregelvollzug

Kommunikation mit der Öffentlichkeit

- » Teilnahme an den jährlichen Maßregelvollzugstagungen
- » Durchführung eines Symposiums alle 2 Jahre
- » Präsentation der Konzepte bei Kostenträger und Justiz und bei Fachtagungen
- » Einrichtung eines Beirats im Sinne des Maßregelvollzugsgesetzes

Kooperation mit der Gemeindepsychiatrie

- » Zusammenarbeit der Forensischen Psychiatrie mit der Gemeindepsychiatrie Bsp. HalfWayHouse aber auch mit anderen Anbietern der Teilhabe

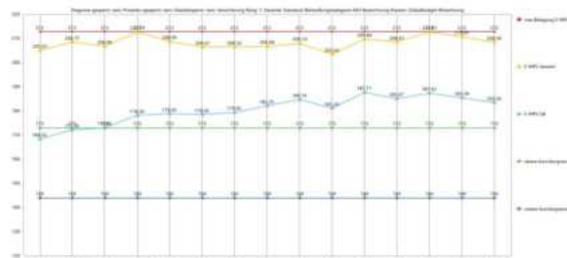
Herausforderungen

- » Hohe Belegungszahlen 112%- 115%, dadurch hohe Patient*innendichte mit der Folge von steigenden aggressiven Übergriffen
 - Maßnahmen
 - » Entzerrung durch Generierung von zusätzlichem Behandlungsraum
- » Fachkräftemangel
 - Maßnahmen
 - » Darstellung des Bereichs Forensische Psychiatrie als attraktiven Arbeitsplatz in Krankenpflegeschulen und Universität

Zeitreihenanalyse

Diagramm zeigt die Entwicklung der Belegungszahlen im Vergleich mit dem Standard (100%) von Juli bis September, von Min bis Max skaliert.

DeltaMaster 6



Stationäre Belegung (nach Rechtsgrundlage)

DeltaMaster 

Report generated with Proforma generated with DeltaMaster via: www.delta-master.com

Filter: Abrechnungstyp Code: RA

		September
E-MRV	MA63 Maßregelvollzug gem. § 63 StGB	125,73
	MA64 Maßregelvollzug gem. § 64 StGB	69,10
	MA67h Maßregelvollzug gem. § 67h StGB	0,83
	P126 Sicherungsunterbringung § 126a StPO	12,83
	Summe	208,50
IST	MA63 Maßregelvollzug gem. § 63 StGB	124,58
	MA64 Maßregelvollzug gem. § 64 StGB	68,94
	MA67h Maßregelvollzug gem. § 67h StGB	1,99
	P126 Sicherungsunterbringung § 126a StPO	12,56
	Summe	208,44
IST kum.	P453 Unterbringung gem. § 453c StPO	0,23
	P81 Unterbringung gem. § 81 StPO	0,14
	Summe	208,44

 Pfalzkllinikum

 BEZIRKSVERBAND PFALZ



 Pfalzkllinikum

 BEZIRKSVERBAND PFALZ

 Pfalzkllinikum

 BEZIRKSVERBAND PFALZ



 Pfalzkllinikum

 BEZIRKSVERBAND PFALZ

 Pfalzkllinikum

 BEZIRKSVERBAND PFALZ



Pfalzkllinikum



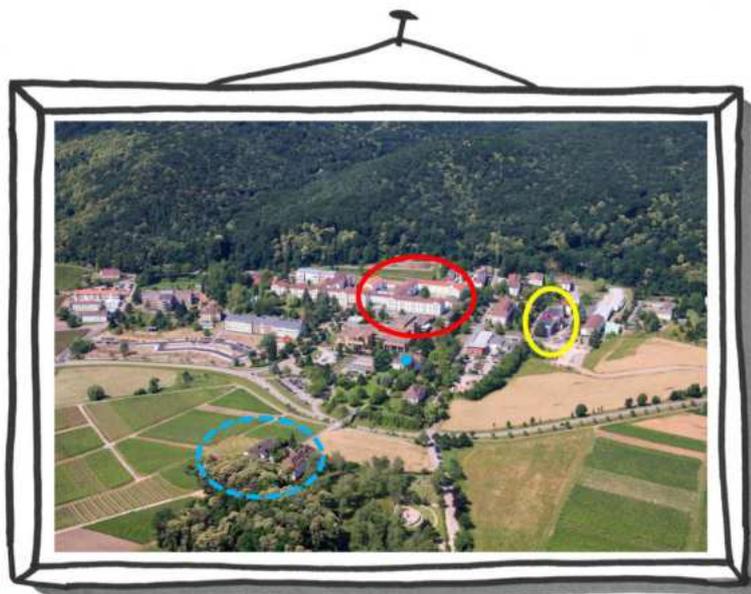
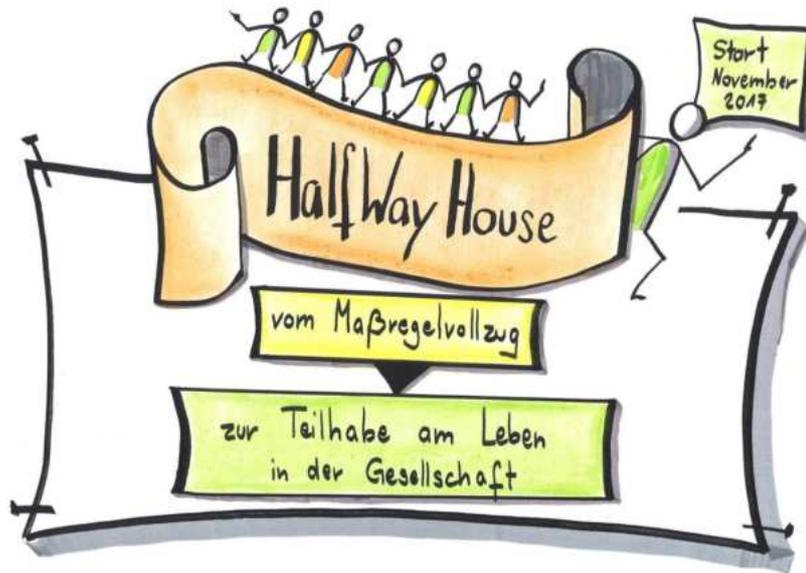
Pfalzkllinikum

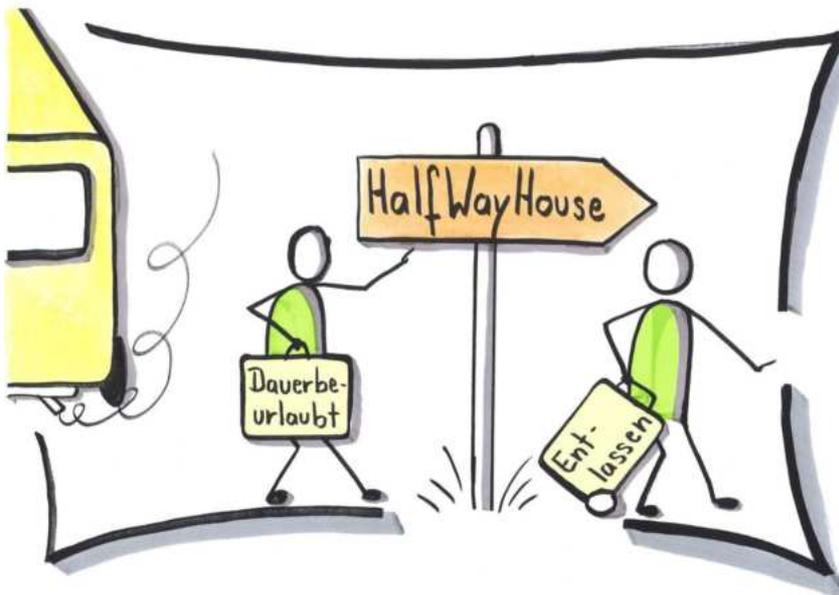


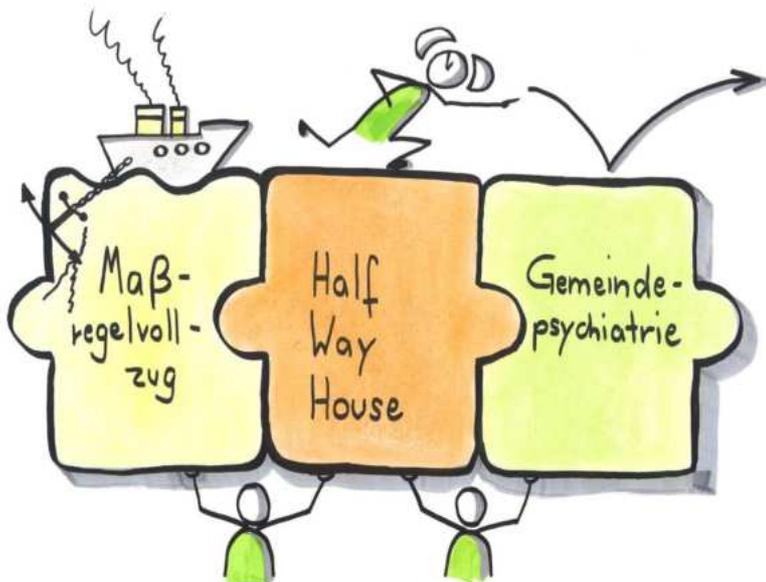
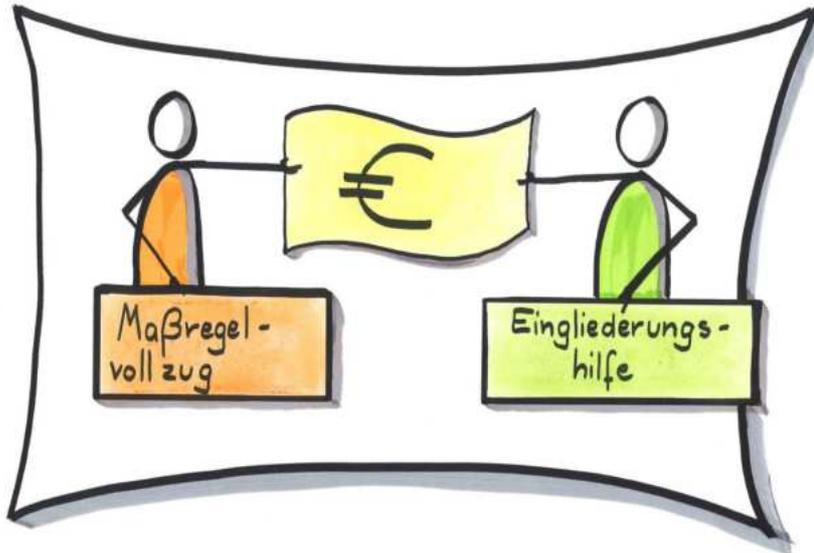
Pfalzkllinikum

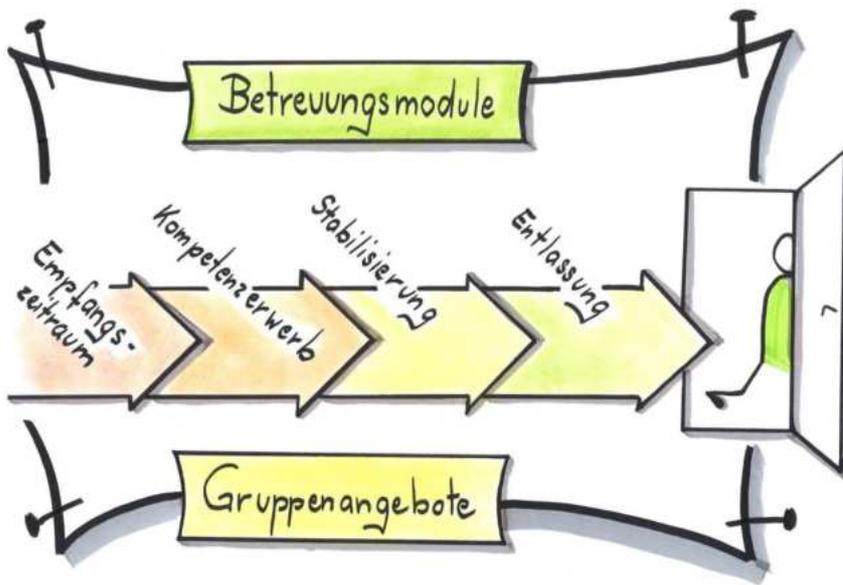
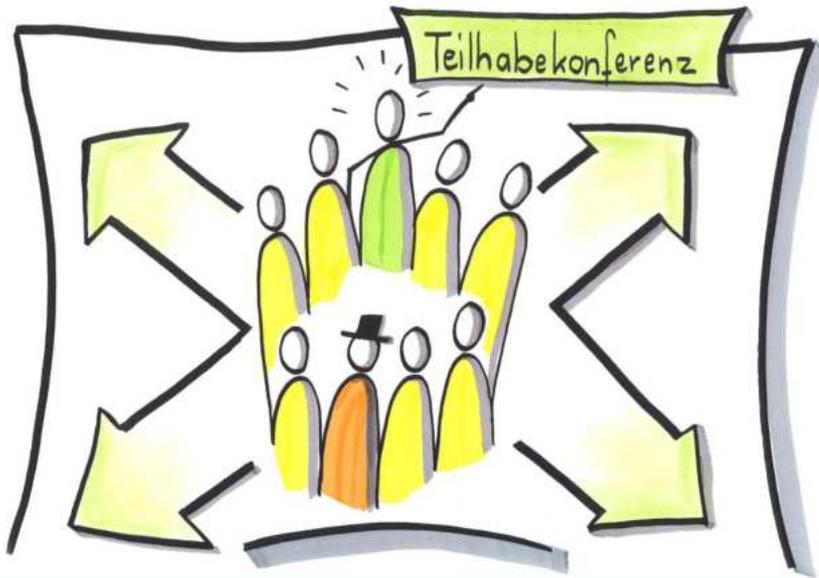


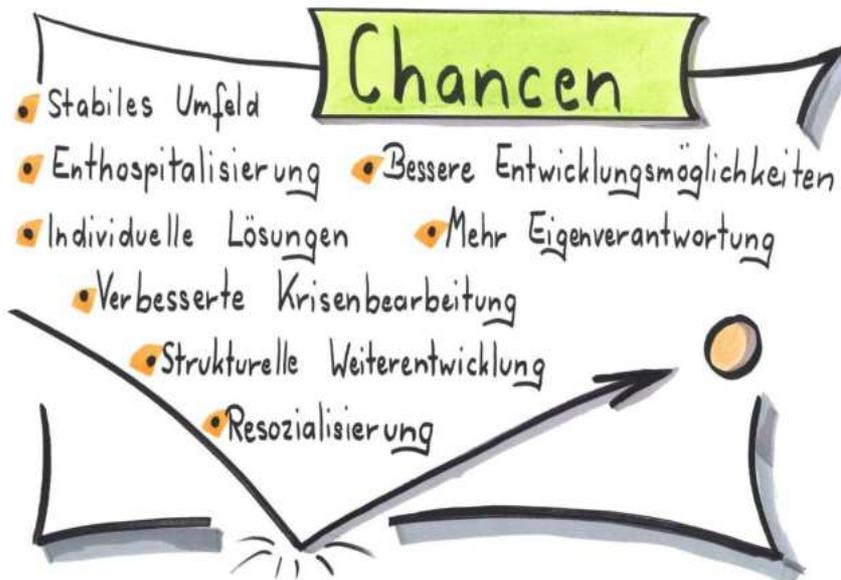
HalfWayHouse:
Ein Konzept zur Heranführung (dauer-)beurlaubter Patient*innen vom Maßregelvollzug zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Birgit Fuchs, Michael Hoffmann













Krisendienst Psychiatrie Oberbayern

Jahresbericht 2021



Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung zum vorliegenden Bericht	4
2	Einführung	6
2.1	Datengrundlage	6
2.2	Berichtsformen	6
2.3	Zeitpunkt der Auswertungen	7
2.4	Erhebungsinstrumente	7
3	Zusammenfassung	9
4	Auswertung	11
4.1	Telefonkontakte	11
	T1 – Summe aller Telefonkontakte	11
	T2 – Telefonkontakte nach Protokollart	12
	T3 – Telefonkontakte nach Wochentag	13
	T4 – Telefonkontakte nach Uhrzeit	14
	T5 – Regionale Verteilung der Anrufe (Häufigkeit)	15
	T6 – Weitervermittlungen	16
	T7 – Gruppen der Anrufenden	18
	T8 – Alter der KlientInnen	19
	T9 – Geschlecht der KlientInnen	20
	T10 – Problemspektrum	21
	T11 – Schwere der Symptomatik	22
	T12 – Psychopathologische Auffälligkeiten	23
	T13 – Akuität	24
	T14 – Gesprächsdauer	25
4.2	Persönliche Kriseninterventionen	26
	P1 – Summe aller persönlichen Kriseninterventionen	26
	P2 – Persönliche Kriseninterventionen nach Wochentag	27
	P3 – Persönliche Kriseninterventionen nach Uhrzeit	28
	P4 – Regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen	29
	P5 – Ergebnis/Maßnahmen	33
	P6 – Kontext der persönlichen Kriseninterventionen	35
	P7 – Nachforderung	36
	P8 – Beteiligte vor Ort	37

Jahresbericht Krisendienst 2021

P9 – Krisendienstnachsorge	38
P10 – Alter der KlientInnen	40
P11 – Geschlecht der KlientInnen	41
P12 – Problemspektrum.....	42
P13 – Schwere der Symptomatik	43
P14 – Gefährdung.....	44
P15 – Akuität	45
P16 – Einsatzdauer	46
P17 – Interventionsdauer	47

1 Vorbemerkung zum vorliegenden Bericht

Zum ersten Mal seit In-Kraft-Treten des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes zum 01.08.2018 und seit Bestehen eines rund-um-die-Uhr verfügbaren, flächendeckenden Krisenhilfeangebotes in ganz Bayern wird von allen Krisendiensten in Bayern ein Jahresbericht vorgelegt.

Bezirke, die von ihnen mit dem Betrieb der Leitstellen Beauftragten und Vertreter des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, das den Freistaat fachlich und als Kostenträger der Leitstellen vertritt, haben unter Geschäftsführung des mit der Auswertung beauftragten Instituts BIDAQ und mit Vorsitz des Bayerischen Bezirketags eine Lenkungsgruppe Berichterstattung Krisendienste (LeBeK) gegründet, die für die Weiterentwicklung des standardisierten Berichtswesens der Krisendienste zuständig ist. Aufbau und Inhalte des vorliegenden Berichtes sind entsprechend der Vorgaben des LeBeK grundsätzlich einheitlich und orientieren sich für das Berichtsjahr 2021 noch an der bisher vorliegenden Fassung eines Jahresberichtes, wie er gemeinsam von den Bezirken und BIDAQ als Musterbericht vereinbart wurde.

Das Jahr 2021 war für alle Krisendienste außer Mittelfranken und Oberbayern das Einstiegsjahr. Zum 01.03.2021 nahmen alle anderen bezirklichen Leitstellen die Arbeit auf, seit dem 01.07.2021 steht über die einheitliche Rufnummer bayernweit das 24/7-erreichbare Hilfeangebot für Menschen in psychischen Notlagen zur Verfügung. Da jeder Bezirk eigens mit der Einrichtung eines Krisendienst-Angebotes beauftragt wurde (Art 1 Abs. 3 BayPsychKHG), entstanden trotz vielfältiger Absprachen teils deutliche Unterschiede im Auf- und Ausbau des neuen Angebotes. Dies wiederum führte trotz grundsätzlich einheitlicher Erhebungsinstrumente (s.u. 2.4.) zu unterschiedlichen Datensammlungen und damit zu nicht ohne weiteres vergleichbaren Jahresberichten, z.B.

- Bis Juli 2021 unterschiedliche Öffnungszeiten (Zeitfenster und Umfang) der Leitstelle
- Unterschiedliche Personalausstattungen mit der Folge von unterschiedlichen Erreichbarkeiten
- Seit Juli 2021 unterschiedliche Beteiligung an nächtlichen Öffnungszeiten (einige Leitstellen stellen die Erreichbarkeit während der Nacht gemeinsam sicher und wechseln sich dabei ab)
- Unterschiedliche Vorgehensweisen in bezirklicher Öffentlichkeitsarbeit/Presseaktivitäten mit Auswirkungen auf Bekanntheitsgrad
- Erst im Laufe des gemeinsamen Betriebs wurden von den sieben Leitstellen unterschiedliche Nutzungen der Erhebungsinstrumente sowie unterschiedliche Dokumentationsgepflogenheiten erkannt, insbesondere die zahlenmäßig gewichtige Gruppe sogenannter Mehrfachanrufer betreffend, mit Effekten auf die Zählweise
- Unterschiedliche Geschwindigkeiten und Prioritätensetzungen in Aufbau und flächenbezogener Ausdehnung der aufsuchenden Hilfeangebote (Einsatzteams)
- Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bzgl. Eingehen von Kooperationen mit anderen Versorgern

Daher gilt es zu beachten, dass ein Vergleich der einzelnen Jahresberichte des Jahres 2021 trotz des analogen Aufbaus und weitgehend einheitlicher Bezeichnungen nur hinsichtlich zentraler Aussagen möglich ist. Neben den oben aufgeführten Gründen sorgen auch die teils deutlichen Unterschiede der regionalen Versorgungs- und Angebotsstrukturen (mit Rückwirkungen auf die Arbeit der Krisendienste), die Unterschiede in der Zusammensetzung der Bevölkerung sowie der unterschiedliche Mix städtischer und ländlicher Strukturen dafür, dass der Vergleich der Zahlen

zwischen den Krisendiensten methodisch nicht sinnvoll ist. Dies sollte zur Vermeidung von Fehlinterpretationen stets bedacht werden.

Einige der hier aufgeführten Aspekte werden im weiteren Verlauf (etwa durch Annäherung der vorgehaltenen Hilfeangebote, Koordinierung der Öffentlichkeitsarbeit auf bayerischer Ebene etc.) zu einer gewissen Annäherung der Voraussetzungen für die Krisendienste führen. Durch die von LeBeK für das Berichtsjahr 2022 beschlossene aktualisierte Fassung des Berichtes mit entsprechend zum 01.01.2022 abgeänderten Erhebungsbögen wird punktuell die Vergleichbarkeit erleichtert. Andere Faktoren wie unterschiedliche Bevölkerung und Versorgungslandschaften oder auch unterschiedliche Ausbaustufen beziehungsweise Nachtzusammenschlüsse werden einer Vergleichbarkeit auch künftig Grenzen setzen.

2 Einführung

2.1 Datengrundlage

Die folgenden Berichte erfolgen auf Basis der computergestützten Dokumentation der Leitstelle und der Einsatzteams in der Datenbank Samedi. Hier werden alle Leistungsdaten des Krisendienstes zentral gespeichert. In der Leitstelle arbeitet ein multiprofessionelles Team (PsychologInnen, SozialpädagogInnen und Fachpflege) unter fachärztlicher Leitung (Trägerschaft kbo). Die Einsatzkräfte werden von Fachpersonal der Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. einem Abend-Wochenend-Feiertags-Bereitschaftsdienst gestellt (Fachkräfte mit Diplom oder Masterabschluss Psychologie, mit Diplom oder Bachelorabschluss, Sozialpädagogik/Soziale Arbeit sowie andere geeignete pädagogische, und/oder psychiatrisch-therapeutische Fachkräfte (insb. Fachpflegekräfte Psychiatrie) mit einschlägiger Schulung in psychiatrischer Krisenintervention). Sowohl die MitarbeiterInnen der Leitstelle als auch die Einsatzkräfte haben einen personalisierten Zugang zur gemeinsamen Datenbank und dokumentieren jeweils von ihrem Standort aus. Alle Fachkräfte werden im Umgang mit der Datenbank entsprechend eines Datenbankmanuals umfassend geschult. Die gesamten Leistungsdaten des Krisendienstes werden zur Bereinigung, Fehlerbehebung und zum Ausschluss nicht verwertbarer Datensätze an BIDAQ (Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung) zur Aufbereitung übermittelt. Für die vorliegenden Berichte wird ausschließlich die Ebene der Einzelkontakte berücksichtigt (mehrere Kontakte einer Person mit dem Krisendienst Psychiatrie werden in einzelnen Protokollen erfasst und gezählt).

Seit dem 01.07.2021 ist der Krisendienst bayernweit rund um die Uhr über die einheitliche Rufnummer 0800/65530000 erreichbar. Darüber hinaus sind seit diesem Zeitpunkt persönliche Kriseninterventionen in Oberbayern rund um die Uhr möglich.

2.2 Berichtsformen

Die Auswahl der Daten folgt gemäß der Vorgaben im „Berichtswesen Krisendienst Psychiatrie“¹ und gliedert sich in drei Berichtsformen, die nach einem festgelegten zeitlichen Turnus der Steuerungsgruppe vorgelegt und von dieser freigegeben werden (siehe hierzu „Berichtswesen Krisendienst Psychiatrie“). Eine detaillierte Beschreibung und Erklärung aller ausgewerteten Items erfolgt in Kapitel 3.

Monatsauswertung

Wird am 15. eines Monats für den vergangenen Monat zu Verfügung gestellt:

Die Monatsauswertung gibt mit der Anzahl der gesamten Telefonkontakte und der Summe der persönlichen Kriseninterventionen (mobile Einsätze und persönliche Beratungen am Standort) einen Gesamtüberblick über die Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie.

¹ Verabschiedet von der Steuerungsgruppe am 11.08.2017

Quartalsauswertung

Wird 4 Wochen nach Quartalsende für das vergangene Quartal zur Verfügung gestellt:

In der Quartalsauswertung erfolgt eine differenzierte Auswertung der Telefonkontakte und der persönlichen Kriseninterventionen mit regionalem Bezug sowie Angaben zur Vernetzung (Weitervermittlungen).

Jahresauswertung

Wird 8 Wochen nach Jahresende für das vergangene Jahr zur Verfügung gestellt:

In der Jahresauswertung erfolgt – ergänzend zu den bestehenden Quartalsauswertungen – eine Darstellung soziodemographischer Daten und relevanter klinischer Variablen (z.B. Problemspektrum und psychopathologische Auffälligkeiten) der KlientInnen. Außerdem wird die Interventionsdauer (telefonisch und im persönlichen Kontakt) abgebildet.

2.3 Zeitpunkt der Auswertungen

Die Übermittlung der Daten erfolgt von der Leitstelle an BIDAQ am ersten Werktag eines Monats. Korrekturen und Ergänzungen werden innerhalb von 15 Tagen nach dem jeweiligen Monatsende eingearbeitet. Bei der Quartals- und Jahresauswertung werden die Datensätze der erfolgten Monatsauswertungen zusammengeführt, d.h. spätere (nach einem Monatsende erfolgte) Korrekturen der Originaldaten gehen nicht in die Quartals- und Jahresauswertungen ein!

2.4 Erhebungsinstrumente

Standardmäßig werden – differenziert nach Art der Inanspruchnahme – Basis-, Verlaufs- und Einsatzdaten dokumentiert, so dass eine komplette Darstellung des Leistungsgeschehens in der Datenbank erfasst wird.

Je nach Art der Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie werden verschiedene Protokolle zur Dokumentation ausgewählt. Die folgende Beschreibung erläutert die inhaltliche Bedeutung der unterschiedlichen Protokollarten:

Screeningprotokoll: Telefonische Krisenintervention; bestehend aus einer Einschätzung der Dringlichkeit des Anrufes, Beurteilung der Art der Krise und des Hilfebedarfs und einer daraus resultierenden Maßnahme: ausführlichere Beratung/Stabilisierung am Telefon, Aussprechen einer Empfehlung, direkte Einleitung weiterer Hilfen im Rahmen des Krisenhilfenetzwerks, z.B. Vermittlung in eine psychiatrische Institutsambulanz oder Initiierung einer persönlichen Krisenintervention durch die Krisenteams des Krisendienstes.

Verlaufsprotokoll: Telefonische Kontakte in Verbindung mit einer durchgeführten telefonischen oder persönlichen Krisenintervention, eventuell zur erneuten Stabilisierung am Telefon oder Koordinierung weiterer Schritte (z.B. Überleitung in die Regelversorgung).

Beratungsprotokoll: Telefonische Kontakte, die (nicht klientInnenbezogen) der kurzen Beratung, der Informationsweitergabe (Telefonnummern, Adressen oder Zuständigkeiten)

oder der Weitervermittlung bzw. Klärung (zum Beispiel bei AnruferInnen außerhalb des Bezirks Oberbayern oder AnruferInnen mit einem gänzlich anderen Anliegen) dienen.

Einsatzprotokoll: Persönliche Krisenintervention; im Einsatzprotokoll werden sowohl mobile Einsätze vor Ort (das Einsatzteam sucht die KlientInnen am Ort der Krise auf, also zum Beispiel in der Wohnung oder am Arbeitsplatz) wie auch persönliche Beratungen (durchgeführt am regionalen Krisendienststandort) dokumentiert. Neben der umfassenden Einschätzung der Situation und der genauen Verlaufsbeschreibung der Krisenintervention (auch dem Einbezug weiterer Stellen, z.B. der Polizei) werden sich direkt anschließende Maßnahmen (z.B. die Einleitung einer stationären Behandlung) differenziert erfasst.

Nachsorgeprotokoll: Nachsorgemaßnahmen am nächsten Werktag nach erfolgten persönlichen Kriseninterventionen. Diese bestehen zunächst aus einer telefonischen Krisenintervention, bei der ggf. weitere Maßnahmen, wie etwa eine weitere persönliche Krisenintervention oder eine Einleitung weiterer Hilfen organisiert werden.

3 Zusammenfassung

Der vorliegende Jahresbericht enthält auf Basis einer computergestützten Dokumentation aller Kontakte zwischen KrisendienstmitarbeiterInnen und Hilfesuchenden (telefonisch und persönlich) eine differenzierte Auswertung der Inanspruchnahme. Insgesamt gab es 28.606 Telefonkontakte.

Eine genauere Binnenanalyse bezüglich der Verteilung aller Telefonkontakte nach Uhrzeit und Wochentag offenbarte durchgehend eine Abnahme im Tagesverlauf von 9 bis 24 Uhr sowie zwischen den Werktagen und den Wochenenden. In der Nacht zeigte sich eine weitere Abnahme der Telefonkontakte bis 6 Uhr morgens, ab 6 Uhr eine Zunahme mit einer deutlichen Steigerung ab 9 Uhr. Der größte Anteil der telefonischen Kontakte war mit den KlientInnen selbst (65%). Wesentlich seltener wurde in der Leitstelle mit Angehörigen (20%) und Fachstellen (4%) telefoniert. Die Anrufe verteilten sich dabei folgendermaßen auf die einzelnen Regionen: Region 14 (insgesamt 74,2%, München alleine 54%), gefolgt von Region 18 (11,6%), Region 17 (6,7%) und schließlich Region 10 (4,9%). 2,6% aller Anrufe kamen von außerhalb Oberbayerns. Bei den Kriseninterventionen am Telefon, die durchschnittlich 22,7 Minuten dauerten (telefonische Kriseninterventionen, 42,7% aller Telefonkontakte, Durchschnittsalter der KlientInnen 41,1 Jahre) war meist eine Empfehlung (50,7%) für die Anrufenden als Ergebnis des Telefonats ausreichend. Seltener kam es im Anschluss zu einer persönlichen Krisenintervention durch die aufsuchenden Teams (17,7%) oder einer direkten Vermittlung (meist zu Netzwerkkooperationspartnern) (6%). Nur in Ausnahmefällen handelte es sich um einen Notfall (1,9%), bei dem Polizei/Rettungsdienst/Notarzt eingeschaltet werden musste. Das vorherrschende Problemspektrum am Telefon waren mit 19,9% depressive Verstimmungen, gefolgt von Belastungsreaktionen (12,1%) und Störungen des Realitätsbezugs (10,6%). Diese Symptomatik wurde telefonisch in 65,4% der Fälle als „deutlich bis extrem schwer“ eingeschätzt (35,9% der telefonischen Kriseninterventionen waren so akut, dass ein professioneller Hilfebedarf innerhalb von 24 Stunden erforderlich schien). Bei 8,1% der telefonischen Kriseninterventionen waren psychotische Symptome eruierbar, bei 11,4% spielte das Thema Suizidalität eine Rolle.

Hinsichtlich der persönlichen Kriseninterventionen (insgesamt 2111) zeigt sich eine leichte Erhöhung der Inanspruchnahme zum Vorjahr. Im Vergleich zu Zahlen vor 2020 ist weiterhin zu beachten, dass bei konkretem Verdacht auf eine akute Erkrankung oder bei Vorliegen einer bereits diagnostizierten Infektion mit dem Corona-Virus auch 2021 keine persönliche Krisenintervention angeboten wurde. In diesen Fällen wurden die AnruferInnen stattdessen an andere, auf Infektionsgeschehen spezialisierte Angebote weiterverwiesen oder vermittelt. Bei den persönlichen Kriseninterventionen, die sich aus Einsätzen (73%) und persönlichen Beratungen (26,8%) zusammensetzten, spielte bei 40,2% eine Selbstgefährdung eine Rolle. Die Einsatzdauer (inkl. Fahrtzeiten und Dokumentation) betrug im Schnitt 193,3 Minuten. Die größte Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen fand zwischen 9 und 18 Uhr statt, danach kam es zu einer kontinuierlichen Abnahme. Zwischen Werktagen und den

Wochenenden zeigt sich nur noch bei den persönlichen Beratungen ein geringer Unterschied in der Inanspruchnahme. Bei der regionalen Verteilung zeigte sich folgendes Ergebnis: Region 14 (insgesamt 72,1%, München alleine 43,4%), gefolgt von Region 18 (13,9%), Region 17 (8,3%) und schließlich Region 10 (5,6%). Eine persönliche Krisenintervention wird in ca. 46,6% der Fälle mit einer Weitervermittlung abgeschlossen, wie zum Beispiel in eine psychiatrische Institutsambulanz (18,5% der Weitervermittlungen) oder einer stationären Aufnahme (30% der Weitervermittlungen) beendet. Angehörige waren in 35% der persönlichen Kriseninterventionen mit vor Ort. In 11,6% aller persönlichen Kriseninterventionen erfolgte aus der persönlichen Krisenintervention eine Nachforderung anderer Hilfen, am häufigsten Rettungsdienst und Polizei. Krisendienstnachsorge (in Form von SpDi-Anmeldung, PIA-Termin oder einem weiteren Einsatz) am Folgetag einer persönlichen Krisenintervention war in 15,2% der Fälle erforderlich.

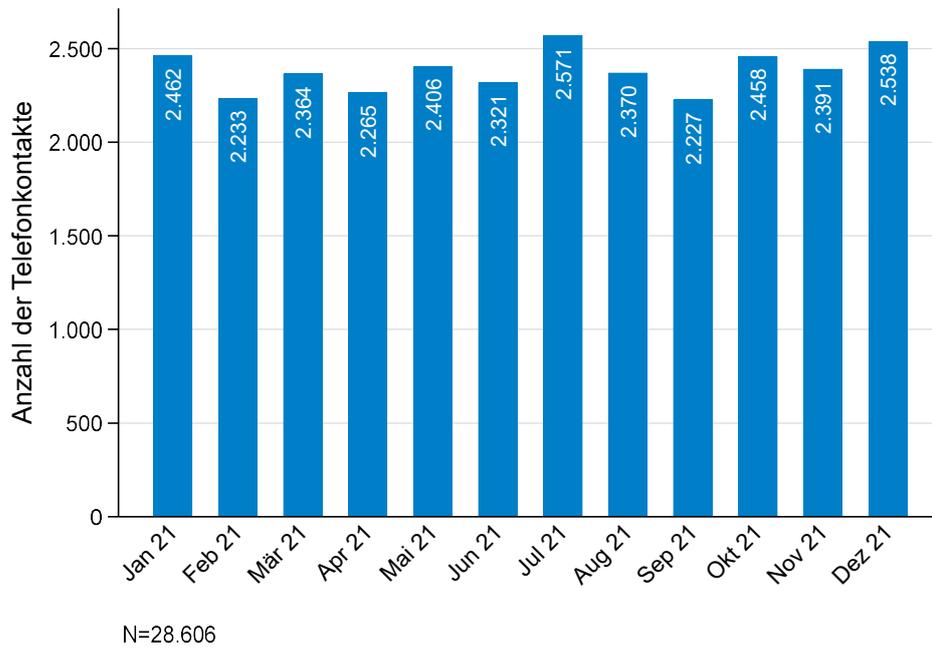
4 Auswertung

4.1 Telefonkontakte

T1 – Summe aller Telefonkontakte

Die Anzahl aller Telefonkontakte (telefonische Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie) pro Monat im zeitlichen Verlauf der letzten 12 Monate zeigt Abbildung 1. Es gehen Screening- und Verlaufsprotokolle sowie Beratungsprotokolle in die Auswertung ein.

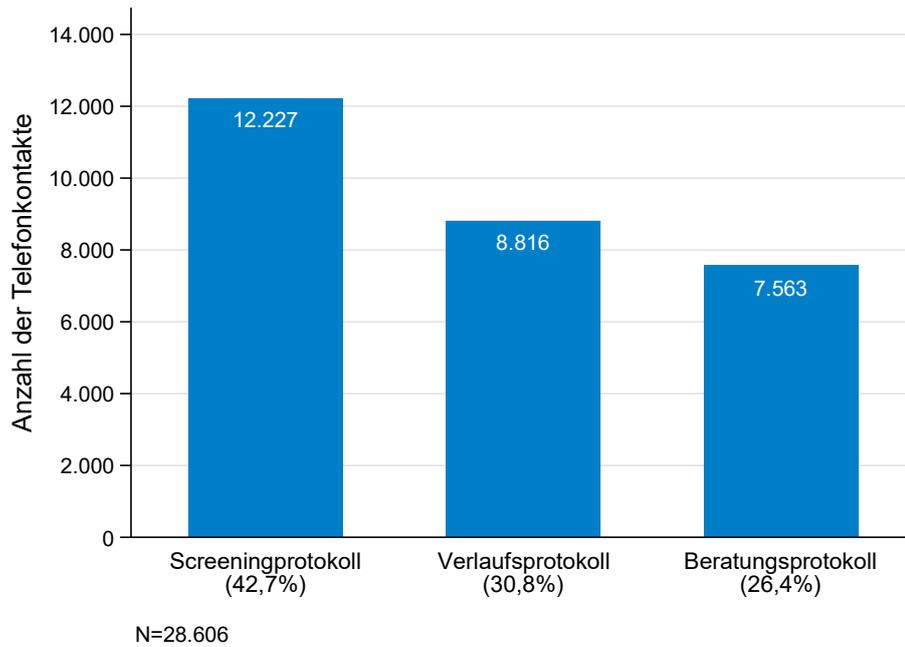
Abbildung 1: Anzahl aller Telefonkontakte (Screening-, Verlaufs- und Beratungsprotokoll) nach Monat



T2 – Telefonkontakte nach Protokollart

Abbildung 2 zeigt die telefonische Inanspruchnahme, differenziert nach der Art der Telefonkontakte (Protokollart, siehe Kapitel 2.4) für das Jahr 2021. Dargestellt sind die absoluten Zahlen der unterschiedlichen Protokollarten, die für einen Telefonkontakt erstellt werden.

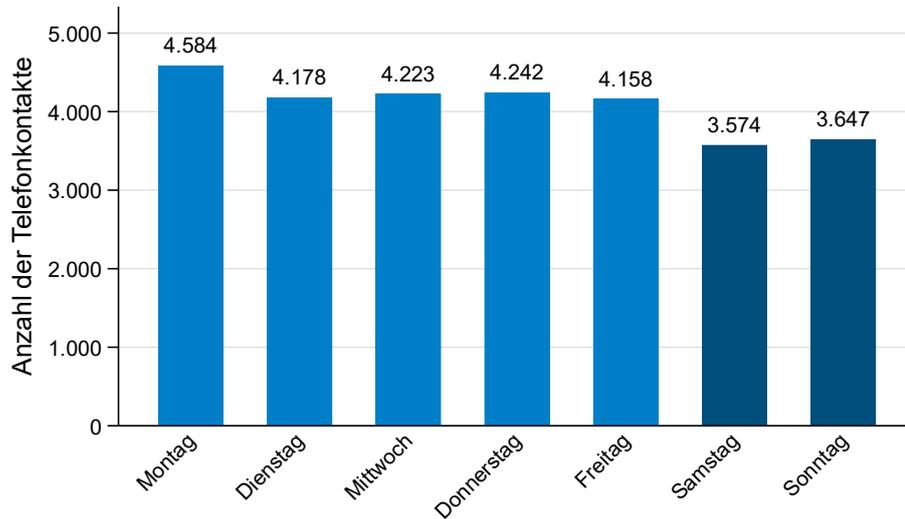
Abbildung 2: Anzahl aller Telefonkontakte nach Protokollart im Jahr 2021



T3 – Telefonkontakte nach Wochentag

Die Verteilung der Inanspruchnahme innerhalb einer Woche zeigt Abbildung 3. Die Gesamtsumme aller Telefonkontakte ist differenziert nach Wochentagen abgebildet.

Abbildung 3: Anzahl aller Telefonkontakte (Screening, Verlauf und Kurzkontakt) nach Wochentag im Jahr 2021, die Wochenendtage sind dunkelblau gekennzeichnet



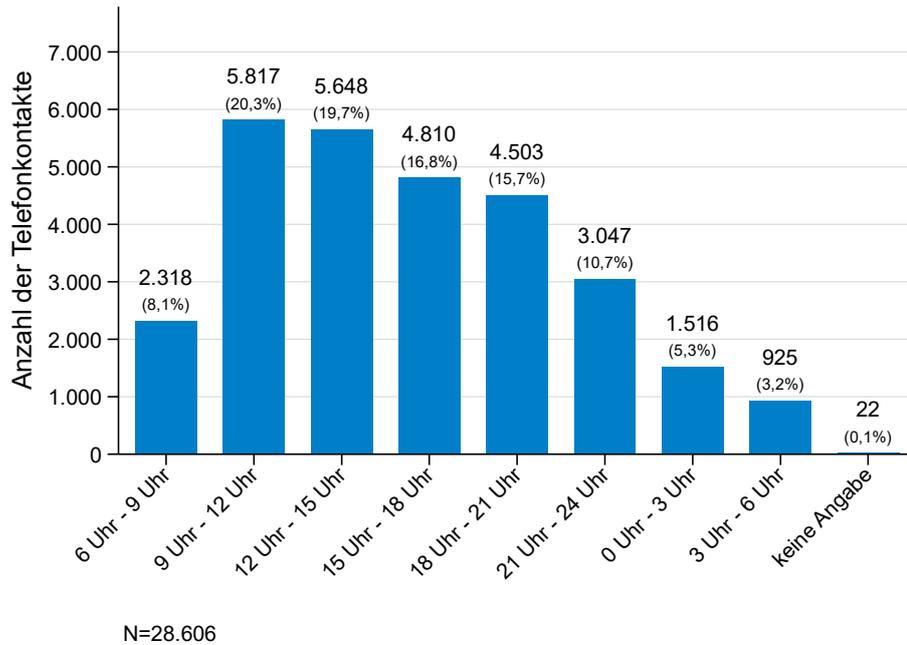
N=28.606

Durchschnittliche Anzahl Anrufe pro Tag nach Wochentagen:
Mo-Fr: 4.277; Wochenende: 3.611 (prozentualer Unterschied: 15,6% weniger)

T4 – Telefonkontakte nach Uhrzeit

Die zeitliche Verteilung der telefonischen Inanspruchnahme ist in Abbildung 4 ersichtlich. Die absoluten Zahlen (Summe aller Telefonkontakte) sind in 3-Stundenintervallen dargestellt.

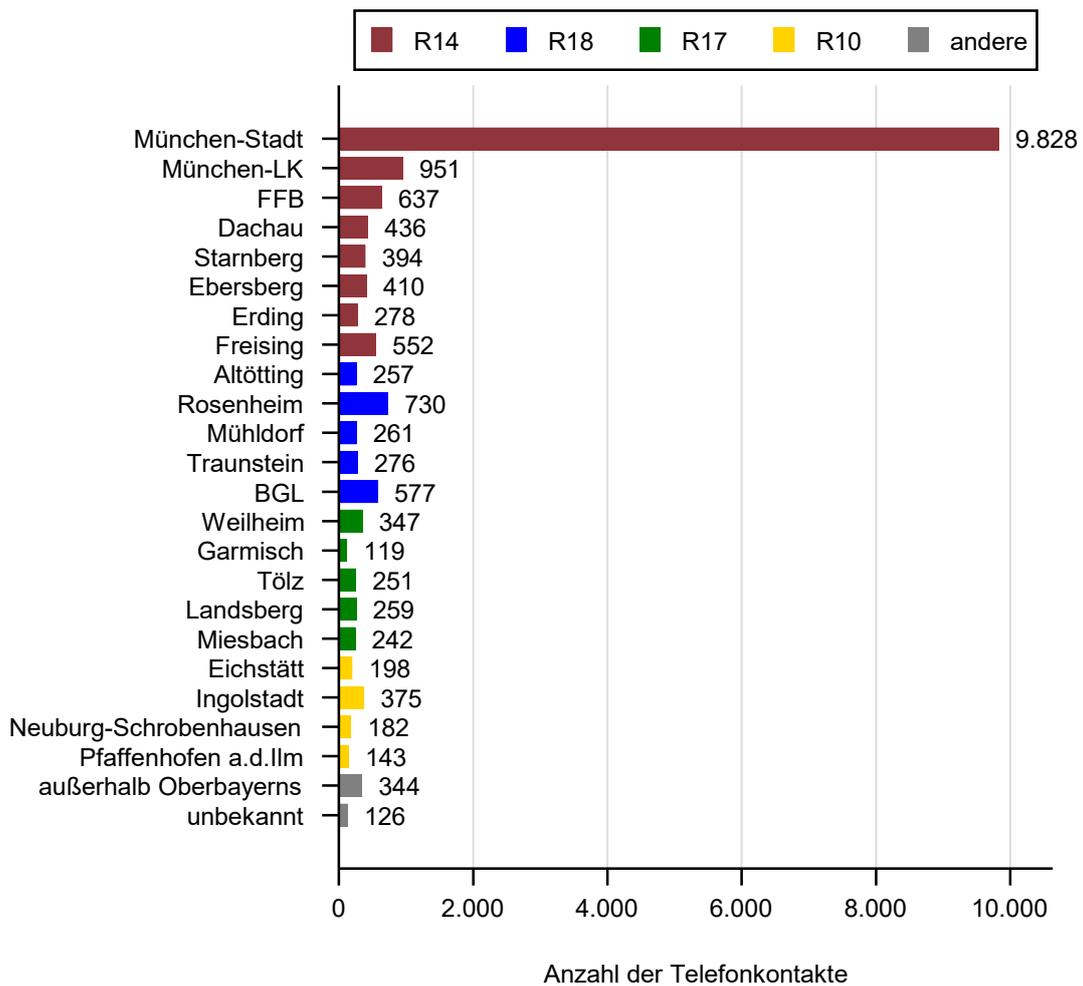
Abbildung 4: Anzahl aller Telefonkontakte (Screening, Verlauf und Beratungsprotokoll) nach Uhrzeit im Jahr 2021



T5 – Regionale Verteilung der Anrufe (Häufigkeit)

In Abbildung 5 ist die regionale Verteilung der eingehenden Anrufe in der Leitstelle für den definierten Zeitraum dargestellt (in den Beratungsprotokollen wird diese Angabe nicht erhoben, es sind hier nur Screening- und Verlaufsprotokolle berücksichtigt). Erfasst wird hier immer nur der Wohnort der Betroffenen (=KlientInnen), auch wenn z.B. Angehörige aus einer anderen Stadt oder Region (für die Betroffenen) anrufen. Die Graphik gibt somit Aufschluss über die Größe des Hilfebedarfs von BewohnerInnen (=Anzahl der KlientInnen) einer Region bzw. eines Landkreises.

Abbildung 5: Anzahl der Telefonkontakte (nur Screening- und Verlaufsprotokolle) nach Wohnort/Landkreis der KlientInnen im Jahr 2021



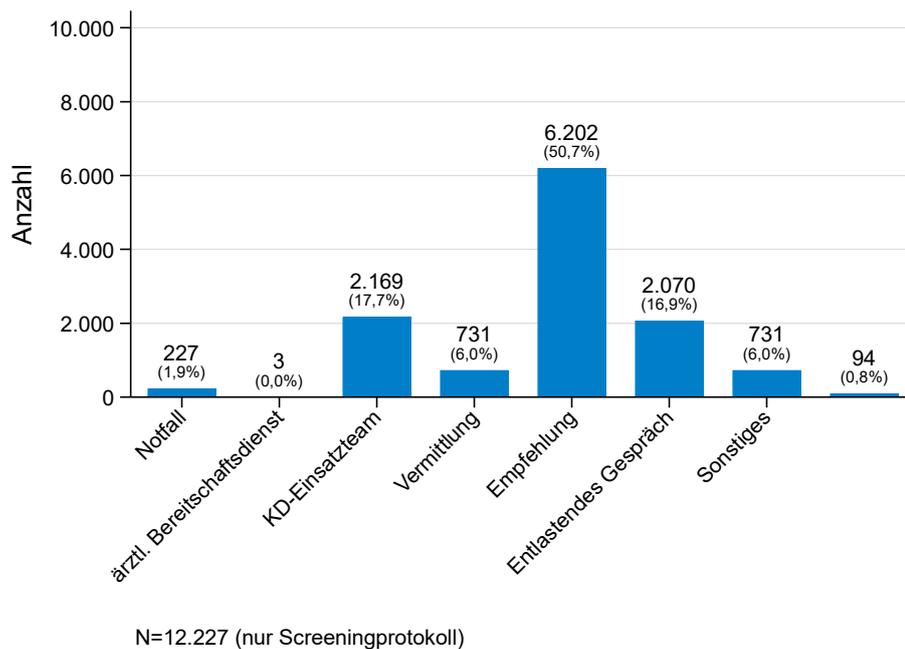
N = 18.173;
 Fälle mit fehlenden Angaben (N=2.870) sowie
 Kurzkontakte (N=7.563) wurden nicht berücksichtigt.

Verteilung nach Regionen:
 R14: N=13.486 (74,2%);
 R18: N=2.101 (11,6%);
 R17: N=1.218 (6,7%);
 R10: N= 898 (4,9%);
 andere: N= 470 (2,6%)

T6 – Weitervermittlungen

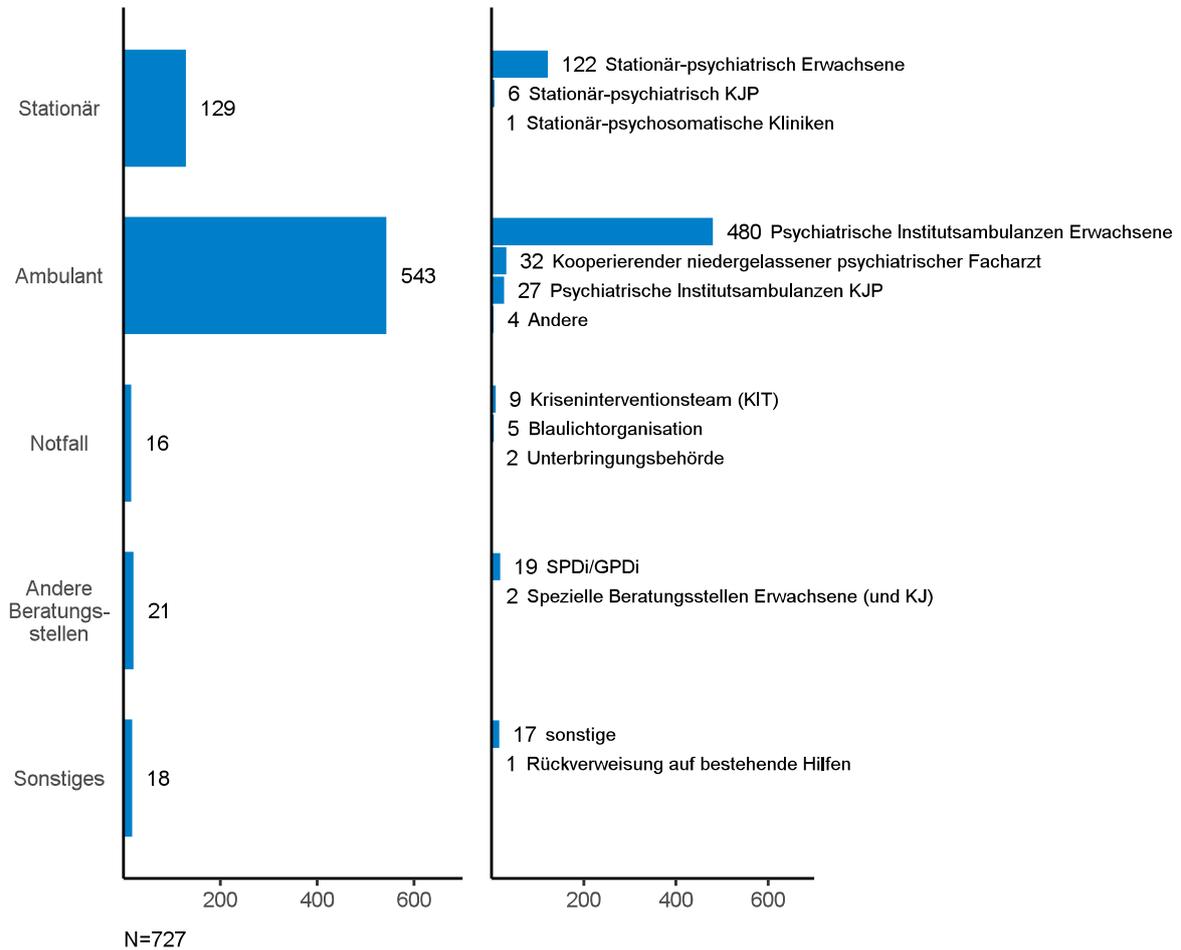
Die Resultate des Auswahlfeldes „Ergebnis“ in den Screeningprotokollen (keine Mehrfachnennungen) werden in Abbildung 6 gezeigt. Unter „Notfall“ werden die Blaulichtorganisationen Polizei, Rettungsdienst und Notarzteinsätze subsummiert. Die Auswahl „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ beinhaltet psychiatrische bzw. allgemeinärztliche Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). „Nicht ärztliches Team“ steht für die Initiierung einer persönlichen Krisenintervention (mobiler Einsatz oder persönliche Beratung am Standort) durch die Einsatzteams des Krisendienstes. „Vermittlung“ bedeutet eine aktive und verbindliche Überleitung von der Leitstelle aus zu entsprechenden Kooperationspartnern im Krisennetzwerk, z. B. in eine PIA (psychiatrische Institutsambulanz). „Empfehlungen“ hingegen bedeuten kein aktives Anmeldeverfahren durch die Leitstelle, hier wird dem KlientInnen z.B. eine Information/Adresse über eine Stelle weitergegeben, bei der sich Betroffene oder Angehörige dann selbst melden. Die Kategorie „Sonstiges“ fasst Gespräche zusammen, die keine weiterführende Aktion erforderlich machen oder deren Ergebnis sich nicht den Kategorien zuordnen lässt (z.B. KlientIn geht ins Kloster).

Abbildung 6: Anzahl der Ergebnisse nach telefonischer Krisenintervention (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



Eine differenzierte Darstellung über die Häufigkeiten der Vermittlungen aus der Leitstelle gibt Abbildung 7.

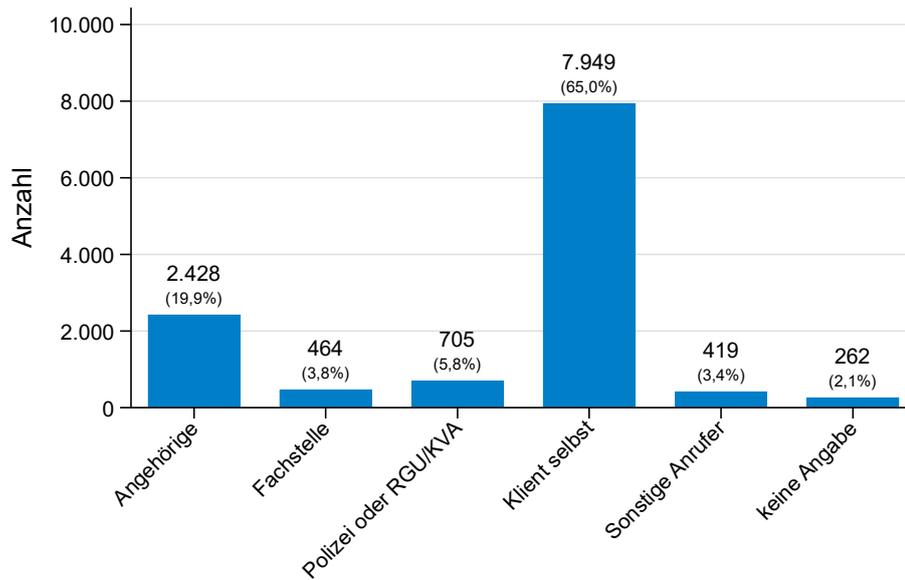
Abbildung 7: Anzahl der Vermittlungen nach telefonischer Krisenintervention (Screeningprotokolle) im Jahr 2021. Abweichungen zur Anzahl der Vermittlungen in Abbildung 6 entstehen, wenn keine weiteren Angaben gemacht wurden.



T7 – Gruppen der Anrufenden

Die Kontaktaufnahme zur Leitstelle erfolgt nicht immer durch die Betroffenen selbst. Abbildung 8 zeigt, welche und wie viele Personen anrufen und – wenn es sich nicht direkt um die KlientInnen selbst handelt – in welcher Beziehung sie zum Betroffenen stehen. Dabei werden Angehörige, Fachstellen und Sonstige (z. B. Nachbarn, Arbeitskollegen) unterschieden

Abbildung 8: Differenzierung der Anrufe nach Anrufergruppen (Screeningprotokolle) im Jahr 2021

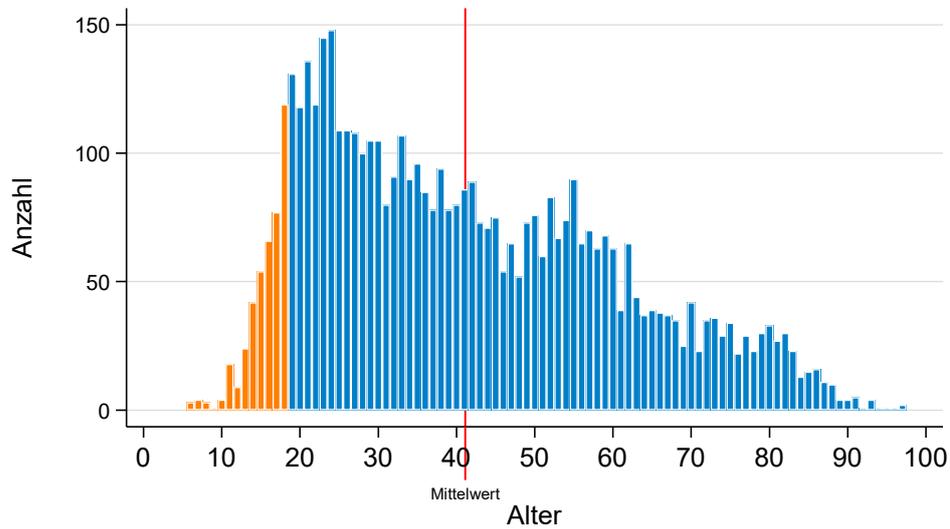


N=12.227 (nur Screeningprotokoll)

T8 – Alter der KlientInnen

Die Altersstruktur der KlientInnen (nicht unbedingt die der AnruferInnen, s.o.) zeigt Abbildung 9.

Abbildung 9: Alter der AnruferInnen im Jahr 2021 (Orange: <=18 Jahre, 8,5%)

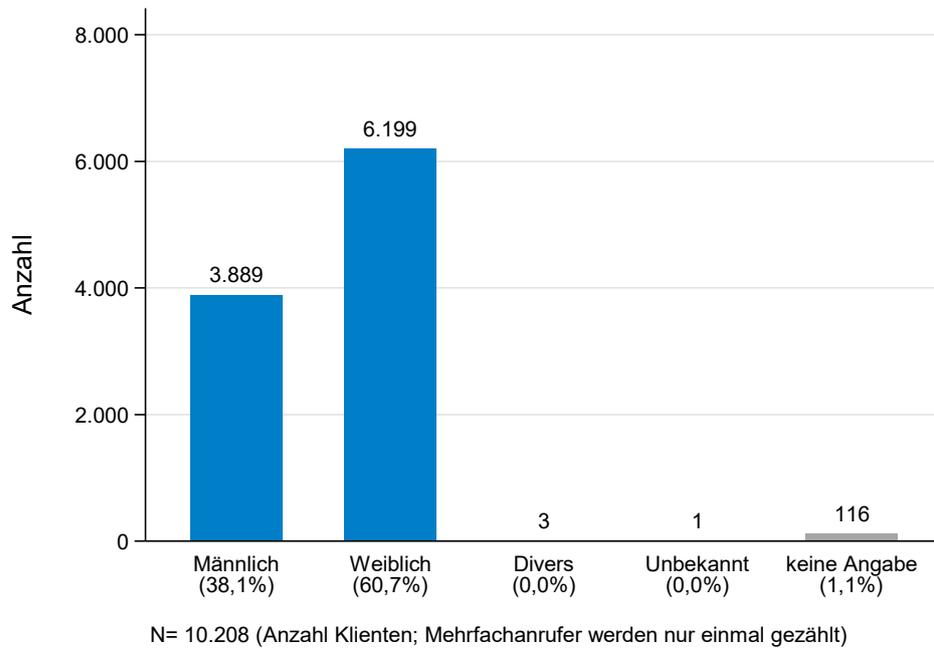


N=5.016 (Anzahl Klienten; Mehrfachanrufer werden nur einmal gezählt)
Anzahl Missings: 5.192.
Durchschnittsalter: 41,1 Jahre; Median: 38 Jahre.
Anteil mit Alter ≤18 Jahre: 8,5% (orange eingefärbt).

T9 – Geschlecht der KlientInnen

Die Verteilung nach Geschlecht ist in Abbildung 10 dargestellt. Auch hier handelt es sich um die Häufigkeitsangaben der KlientInnen, nicht der Anrufenden.

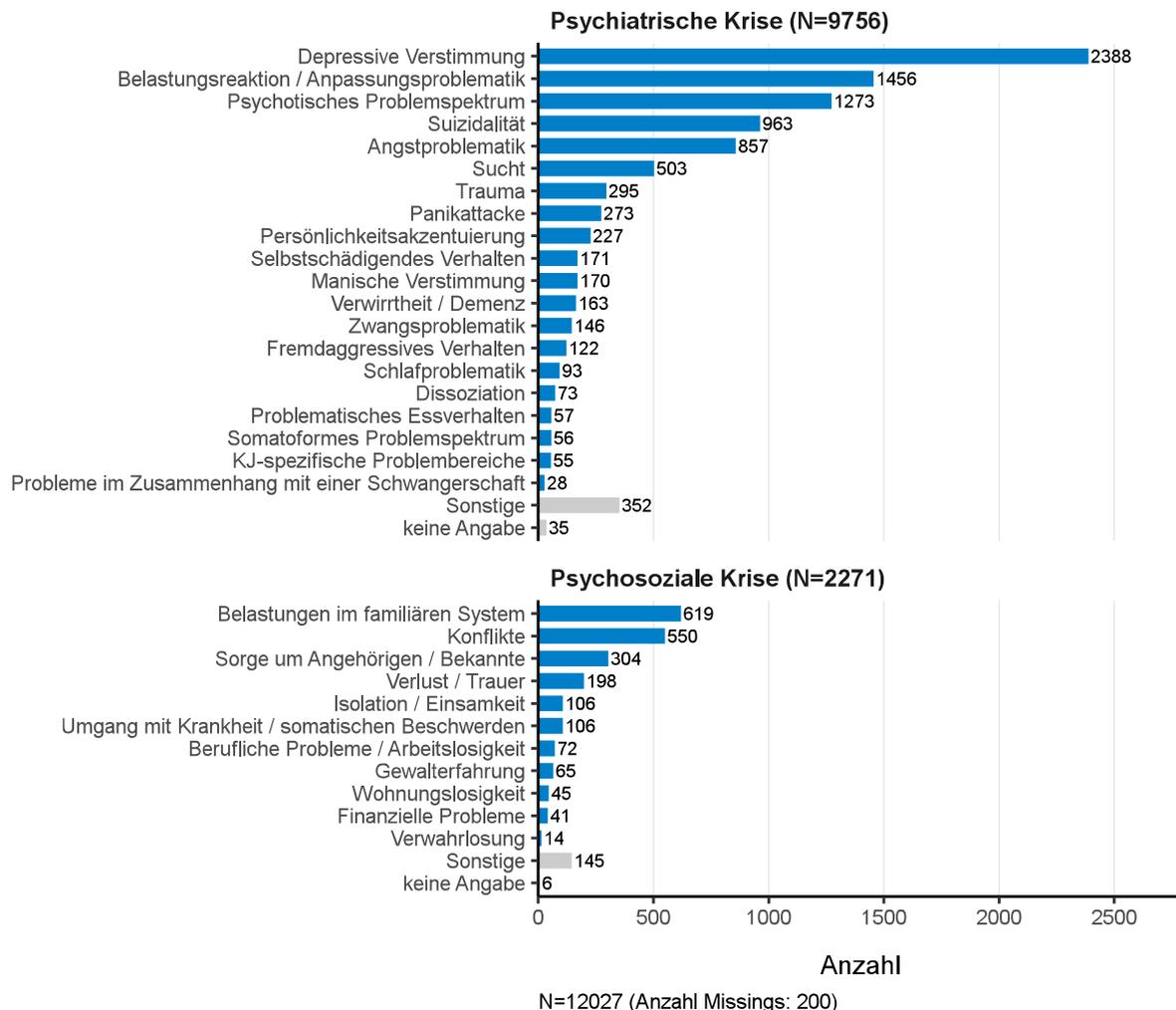
Abbildung 10: Geschlecht der KlientInnen (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T10 – Problemspektrum

Die Zuordnung und Dokumentation der mündlichen Symptomschilderungen (Selbstbeschreibung von Betroffenen oder Fremdanamnese durch AnruferInnen aus dem Umfeld der KlientInnen) zu einem vordergründigen Problemspektrum erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Krisendienstes am Telefon (Screeningprotokoll). Bei den Problemspektren wird grundsätzlich zwischen psychiatrischen Krisen und psychosozialen Krisen unterschieden. Die psychiatrischen Krisen sind dabei an die gängige Einteilung von Störungsbildern angelehnt, wie sie im therapeutischen Kontext verwendet wird. Die psychosozialen Krisen beinhalten vor allem Probleme, die den zwischenmenschlichen Bereich betreffen oder mit speziellen persönlichen Rahmenbedingungen (z.B. finanzielle Probleme) zusammenhängen. In Abbildung 11 wird die Verteilung der am Telefon erhobenen, vordergründigen Problemspektren dargestellt.

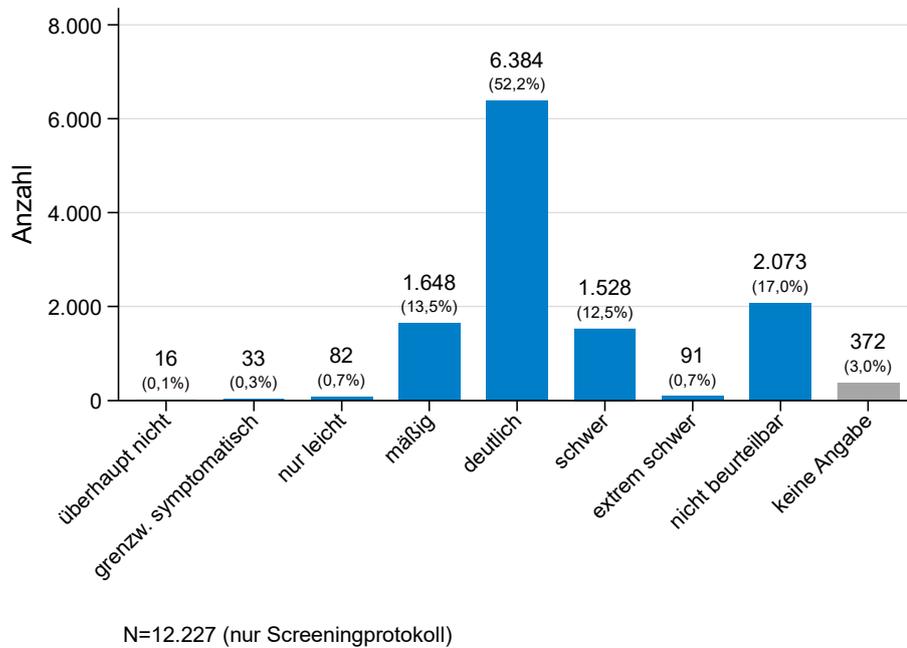
Abbildung 11: 1. Problemspektrum der KlientInnen (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T11 – Schwere der Symptomatik

Grob orientiert an den Kategorien des CGI (Clinical Global Impression Score) wird eine Einschätzung über die Schwere der beschriebenen Symptomatik (des 1. Problemspektrums) von den KrisendienstmitarbeiterInnen auf einer 7-stufigen Skala getroffen (Abbildung 12).

Abbildung 12: Schwere der Problematik (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T12 – Psychopathologische Auffälligkeiten

Bezüglich der psychopathologischen Auffälligkeiten der KlientInnen werden am Telefon die Kategorien „psychotische Symptome“ und „Selbstgefährdung“ zusätzlich erfasst. Abbildung 13 und 14 zeigen die verschiedenen Häufigkeiten dieser fachlichen Einschätzungen in der Klientenstichprobe.

Abbildung 13: Psychotisches Symptomspektrum (Screeningprotokolle) im Jahr 2021

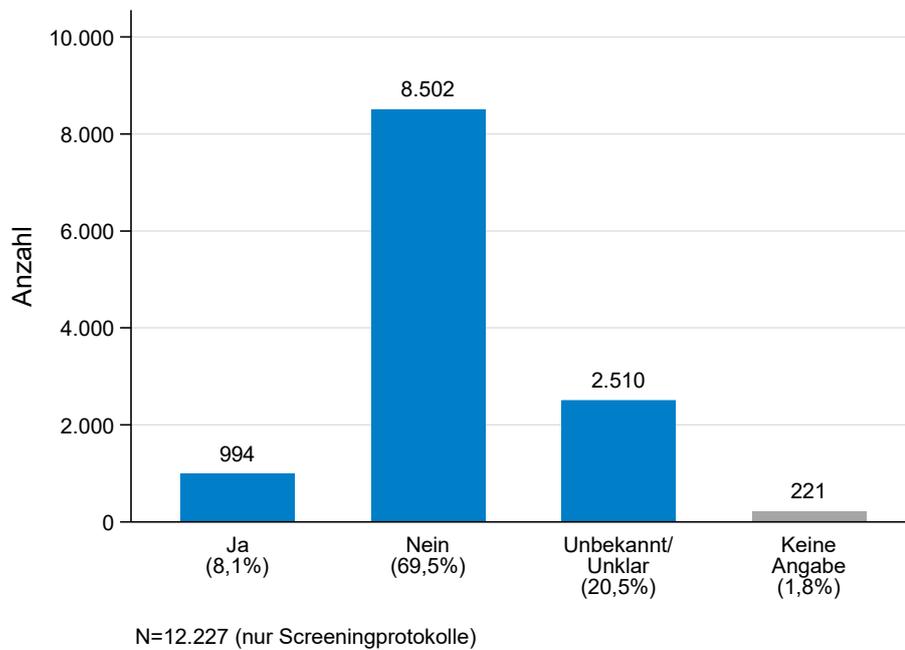
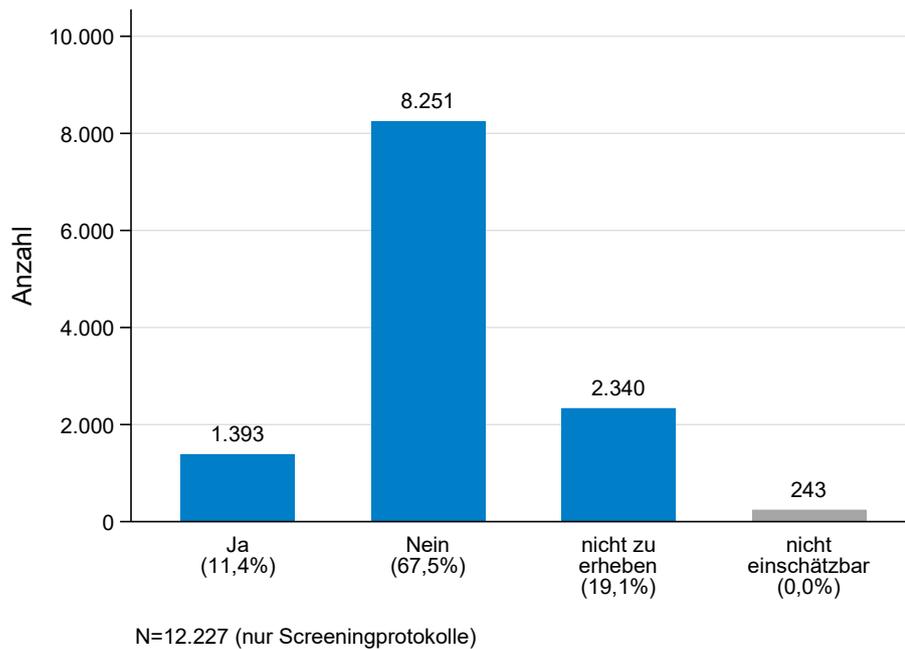


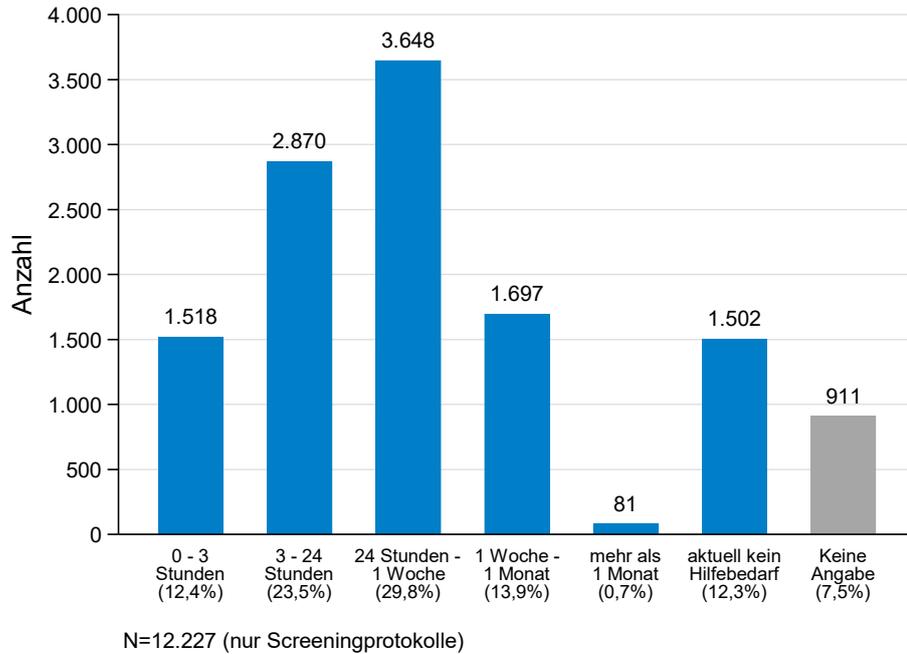
Abbildung 14: Selbstgefährdung (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T13 – Akuität

Eine fachliche Einschätzung der Akuität der Krisensituation wird über die Frage „Professioneller Hilfebedarf indiziert innerhalb...“ in 5 Abstufungen dokumentiert. Abbildung 15 zeigt die Anzahl der Fälle pro Kategorie.

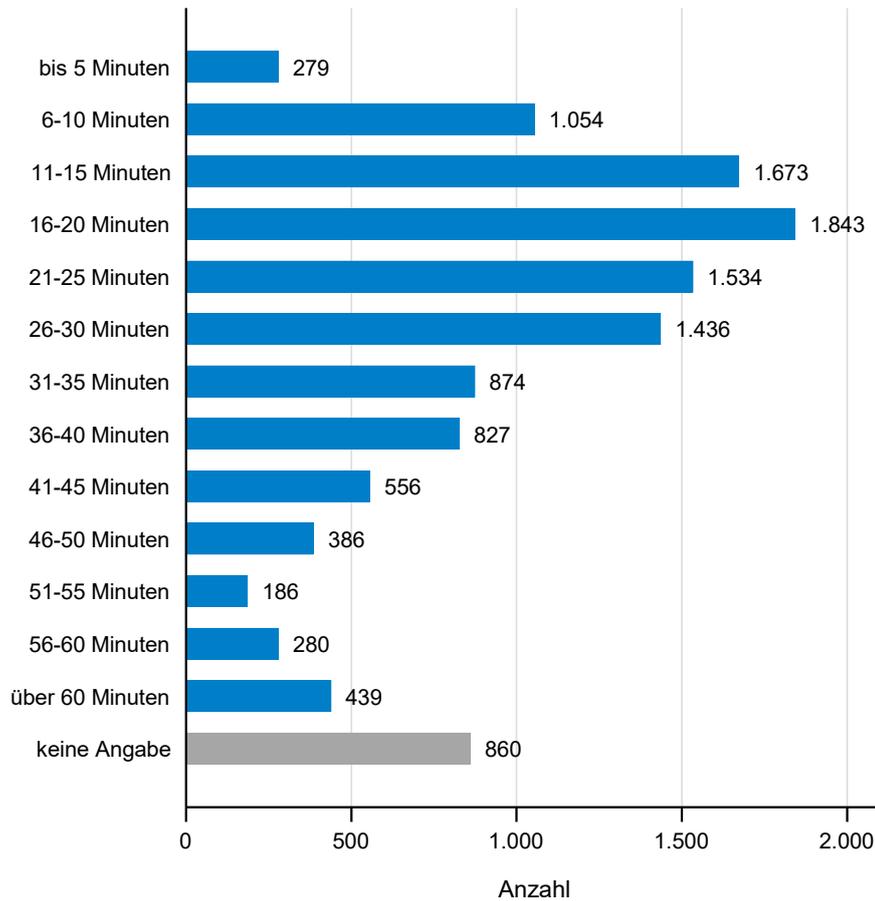
Abbildung 15: Akuität der Krisensituation (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



T14 – Gesprächsdauer

Die Gesprächsdauer setzt sich aus der Interventionsdauer am Telefon (Dauer der telefonischen Kriseninterventionen, die im Screeningprotokoll erfasst wird) und der Dokumentationszeit zusammen (Mittelwert: 27,7 Minuten).

Abbildung 16: Gesprächsdauer in Minuten (Screeningprotokolle) im Jahr 2021



N=12.227 (nur Screeningprotokolle);
Mittelwert: 27,7 Minuten

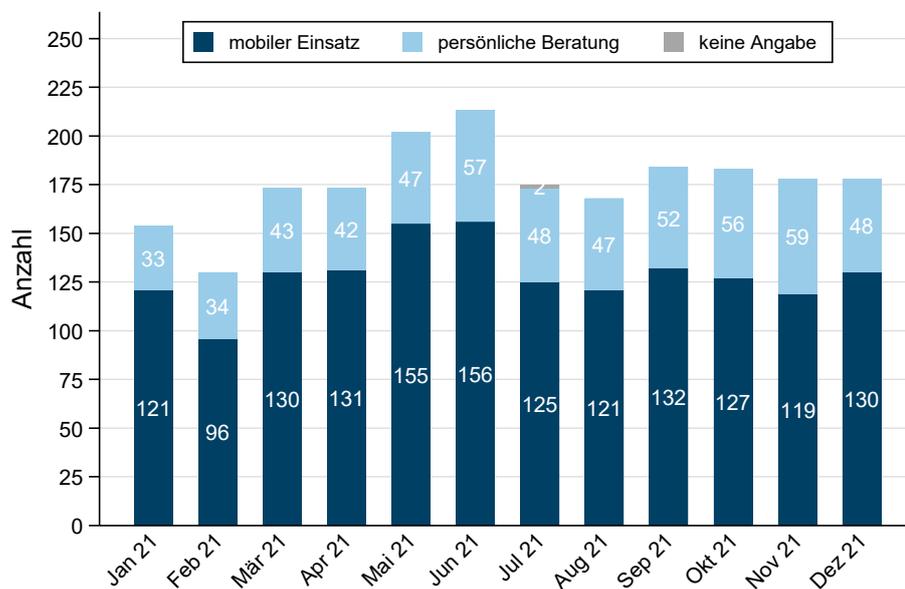
4.2 Persönliche Kriseninterventionen

Sowohl die Gesamtzahl der persönlichen Kriseninterventionen wie auch eine differenzierte Darstellung nach mobilen Einsätzen und persönlichen Beratungen am Standort gehen jeweils in die folgenden Auswertungen ein.

P1 – Summe aller persönlichen Kriseninterventionen

Die Inanspruchnahme der Einsatzteams pro Monat wird durch die Anzahl der erfolgten persönlichen Kriseninterventionen in Abbildung 17 ersichtlich.

Abbildung 17: Anzahl mobiler Einsätze und persönlicher Beratungen im Jahr 2021 (Einsatzprotokolle) nach Monat

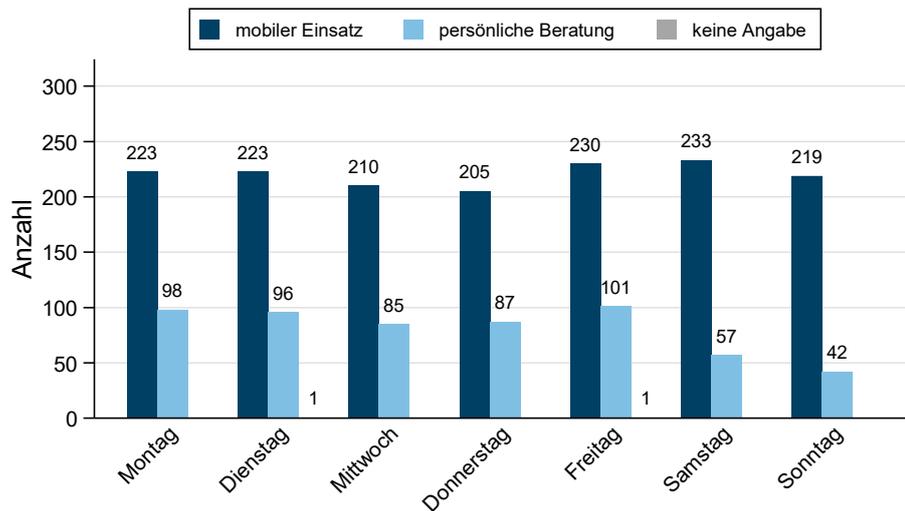


N=2.111

P2 – Persönliche Kriseninterventionen nach Wochentag

Die Verteilung der Inanspruchnahme innerhalb einer Woche zeigt Abbildung 18. Die Gesamtsumme aller persönlichen Kriseninterventionen ist dort differenziert nach Wochentag abgebildet.

Abbildung 18: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) nach Wochentag im Jahr 2021



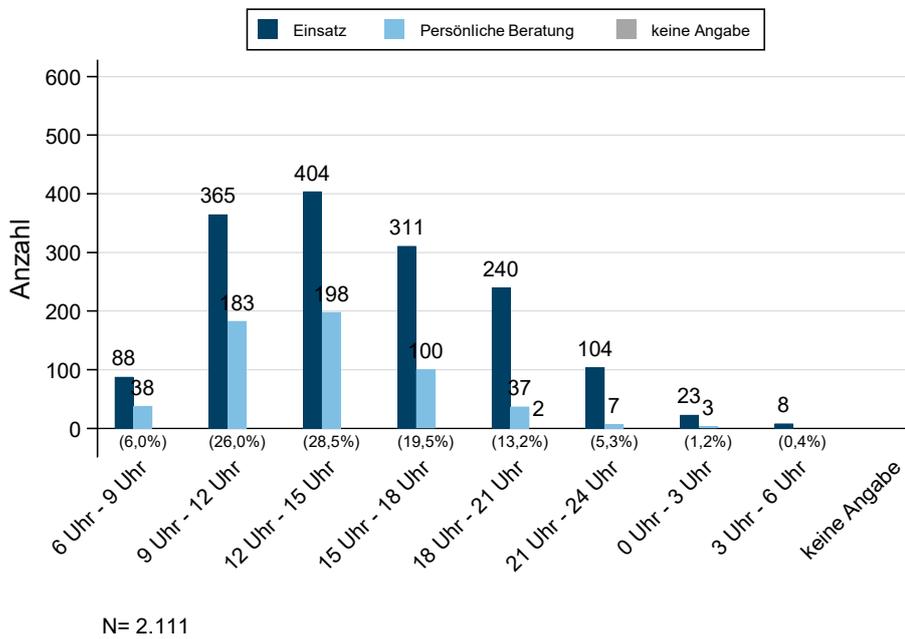
N= 2.111

Durchschnittliche Anzahl persönliche Kriseninterventionen pro Tag nach Wochentagen:
 Mo-Fr: 312; Wochenende: 276 (prozentualer Unterschied: 11,7% weniger)

P3 – Persönliche Kriseninterventionen nach Uhrzeit

Die zeitliche Verteilung der Inanspruchnahme der Einsatzteams ist in Abbildung 19 ersichtlich. Die absoluten Zahlen (Summe aller persönlichen Kriseninterventionen) sind in 3-Stundenintervallen dargestellt. Seit dem 1. Februar 2021 sind persönliche Kriseninterventionen in München, dem Landkreis München, Rosenheim und Region 10 rund um die Uhr möglich. Seit dem 1. Mai 2021 sind persönliche Kriseninterventionen darüber hinaus auch in den übrigen Landkreisen in Region 14 rund um die Uhr möglich. Seit dem 1. Juli 2021 sind in ganz Oberbayern persönliche Kriseninterventionen rund um die Uhr möglich.

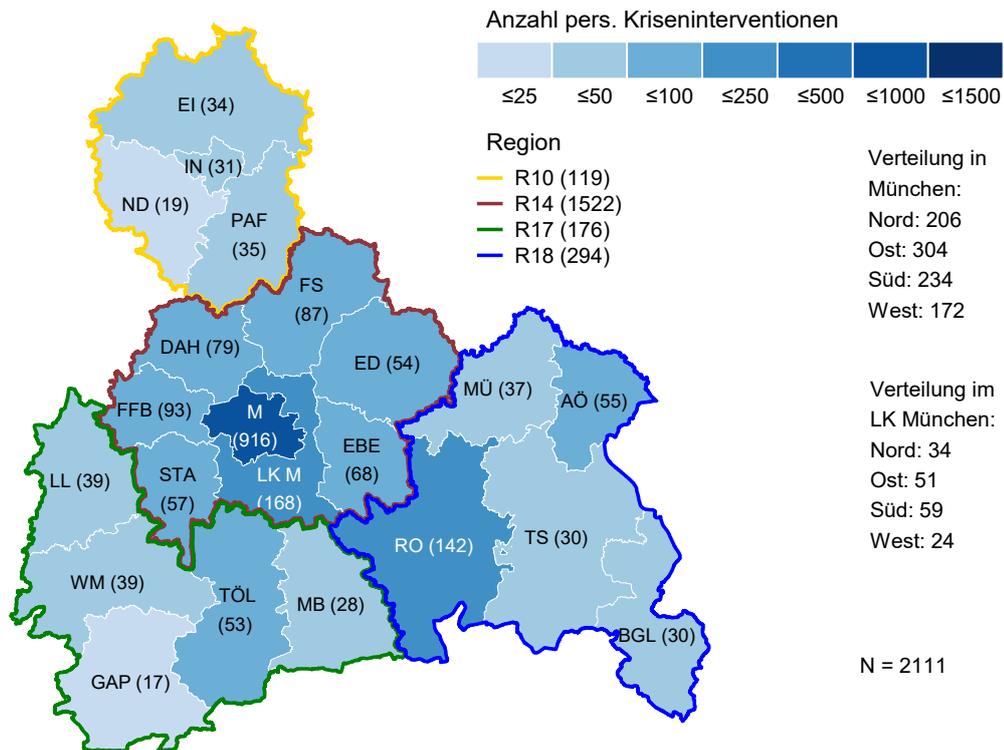
Abbildung 19: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) nach Uhrzeit im Jahr 2021



P4 – Regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen

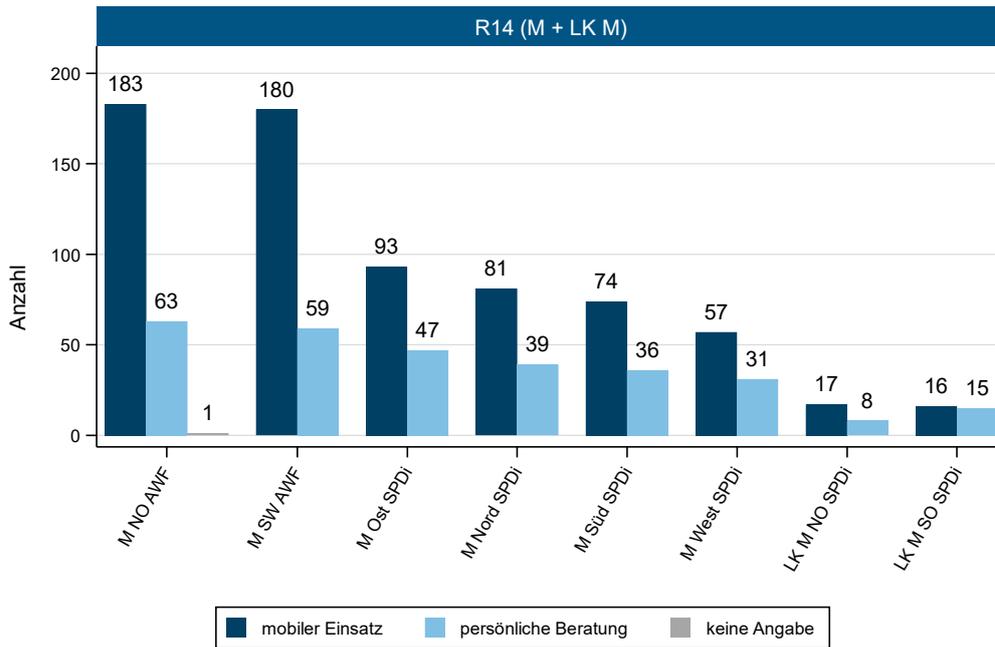
Abbildung 20 gibt einen Gesamtüberblick über die regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen. Mobile Einsätze und persönliche Beratungen sind in dieser Darstellung zusammengefasst. Die Aufteilung erfolgt auf Regionsebene und nach Landkreisen.

Abbildung 20: Regionale Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



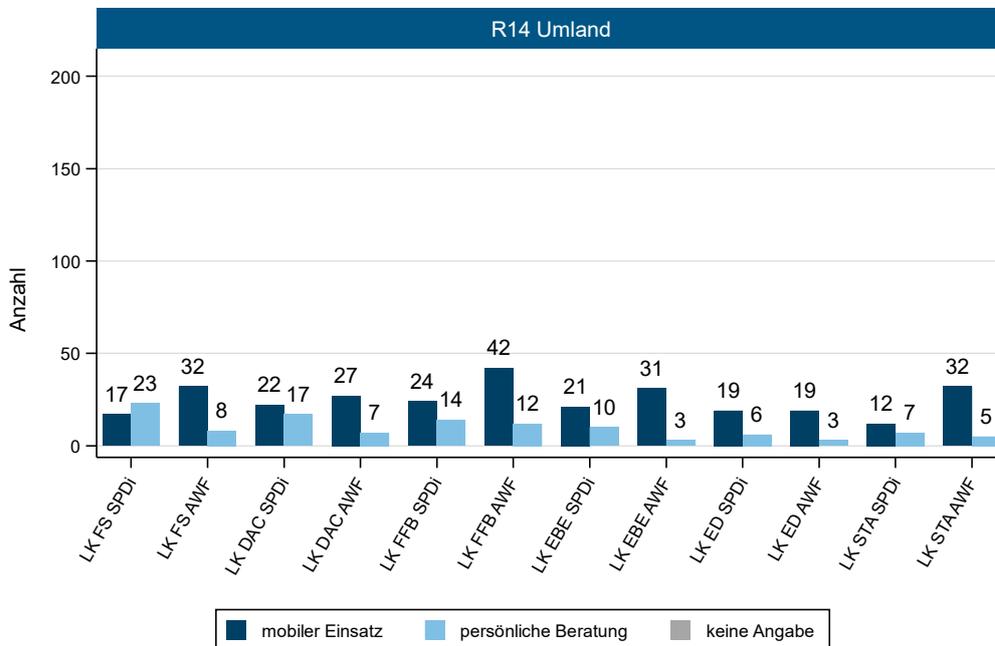
In den folgenden Abbildungen 21a-e sind die Anzahl der mobilen Einsätze und persönlichen Beratungen auf Ebene der Einsatzteams ersichtlich. Zusätzlich wird zwischen den Teams der SPDi-Tagdienste (Einsatzzeiten Montag bis Freitag 8-16 Uhr) und dem Abend-Wochenend-Feiertagsdienst (AWF) (Einsatzzeiten Montag bis Freitag 16-21 Uhr und am Wochenende/Feiertag von 8-21 Uhr) sowie den Nachtteams (21 bis 8 Uhr) unterschieden. Die Auswertung bezieht sich ausschließlich auf die Teamebene, also normalerweise dem Ort des Einsatzes. In Region 14 ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass die Teams in München und im Münchner Landkreis sich bei großem Bedarf auch sektorenübergreifend vertreten, d.h. eine starke Auslastung eines Teams nicht unbedingt einen Rückschluss auf die Binnenverteilung im Münchner Stadtgebiet zulässt.

Abbildung 21a: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 14 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



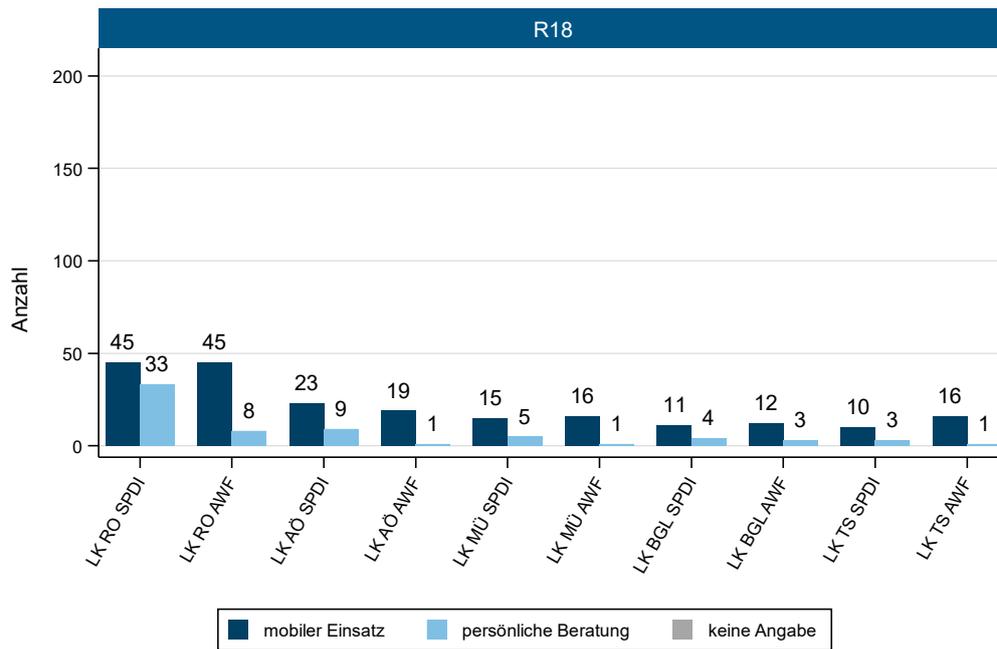
N=1.000

Abbildung 21b: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 14 (Umland) (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



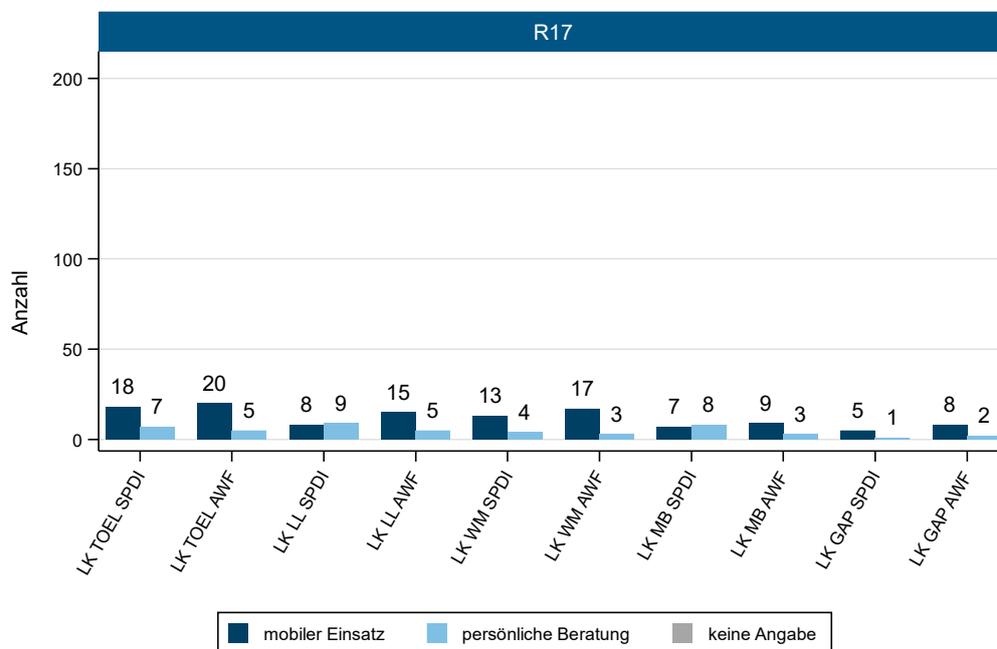
N= 413

Abbildung 21c: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 18 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



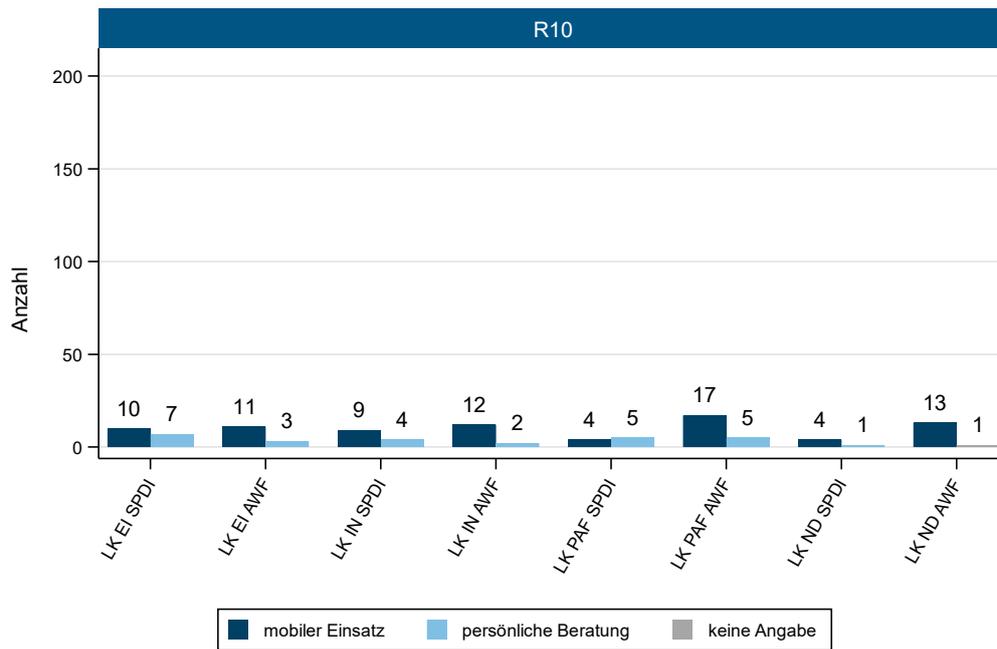
N= 280

Abbildung 21d: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 17 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



N= 167

Abbildung 21e: Differenzierte Verteilung der persönlichen Kriseninterventionen für Region 10 (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021

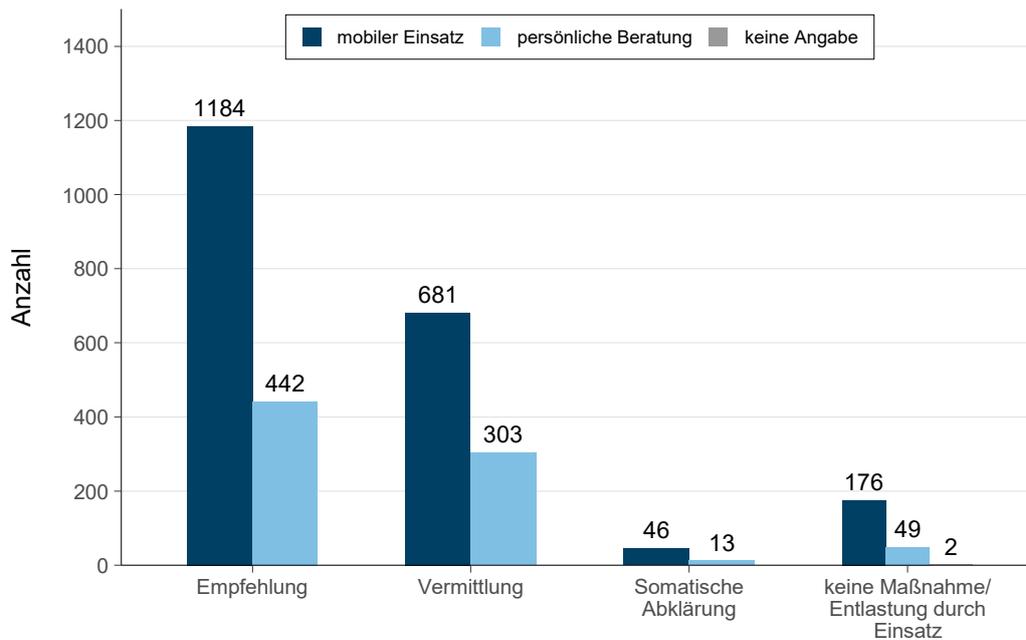


N= 108

P5 – Ergebnis/Maßnahmen

Das Resultat des Auswahlfeldes „Ergebnis“ in den Einsatzprotokollen wird in den Abbildungen 22 und 23 gezeigt. Es erfolgt hier eine erste Unterscheidung, ob aus der persönlichen Krisenintervention eine Empfehlung, Vermittlung, somatische Abklärung erfolgte oder die Entlastung durch die persönliche Krisenintervention als solche ausreichend zur Bewältigung der Krise war.

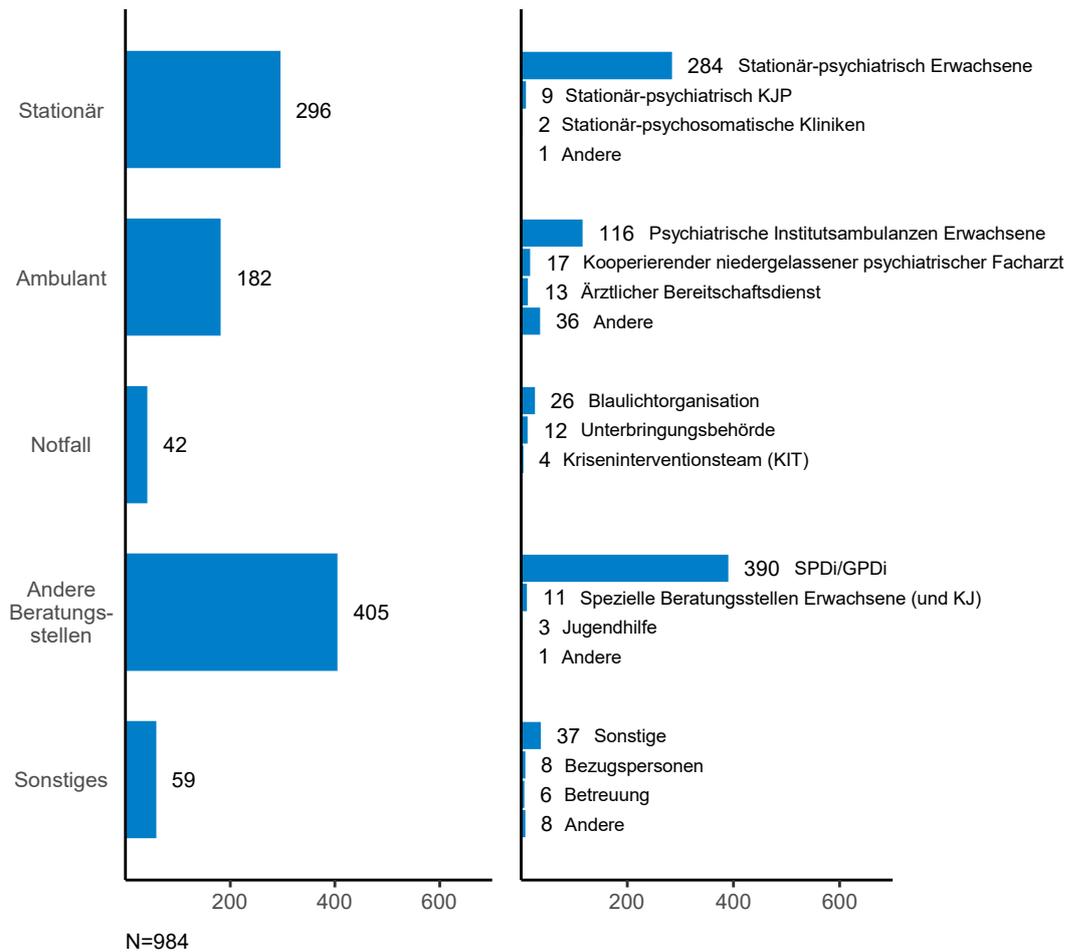
Abbildung 22: Ergebnis der persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



N=2111; Mehrfachnennungen bei "Empfehlung", "Vermittlung" und "somatische Abklärung"

Die Vermittlungen aus Abbildung 22 werden in Abbildung 23 weiter differenziert.

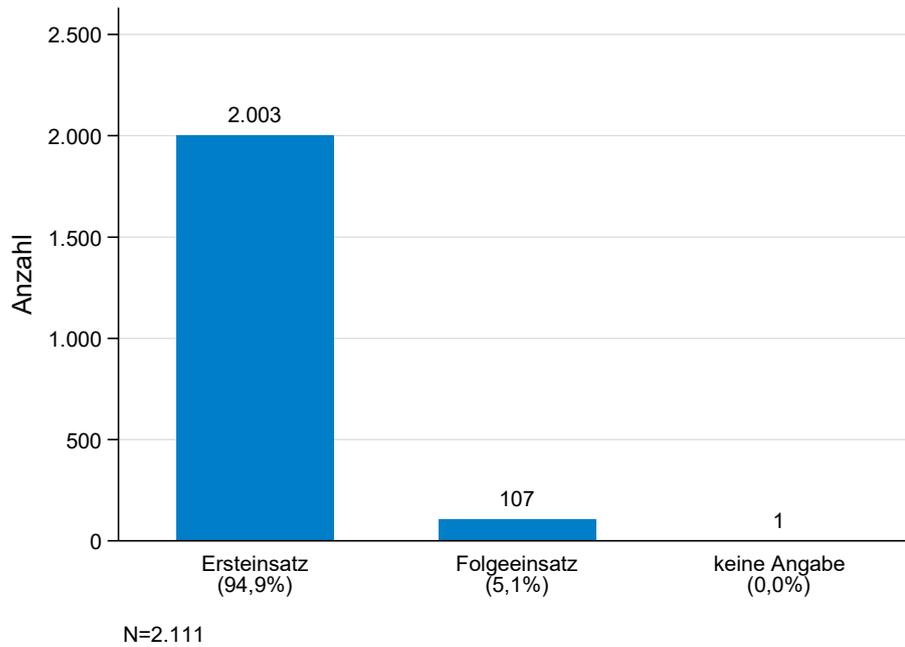
Abbildung 23: Ausgewählte Maßnahmen nach persönlicher Krisenintervention (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P6 – Kontext der persönlichen Kriseninterventionen

Folgende Abbildung 24 gibt Auskunft über den Kontext der persönlichen Krisenintervention. Gemeint ist damit die Differenzierung, ob es sich um einen Ersteinsatz oder um einen Folgeeinsatz bei einer anhaltenden krisenhaften Situation (zeitliche und inhaltliche Nähe zum Ersteinsatz) handelt.

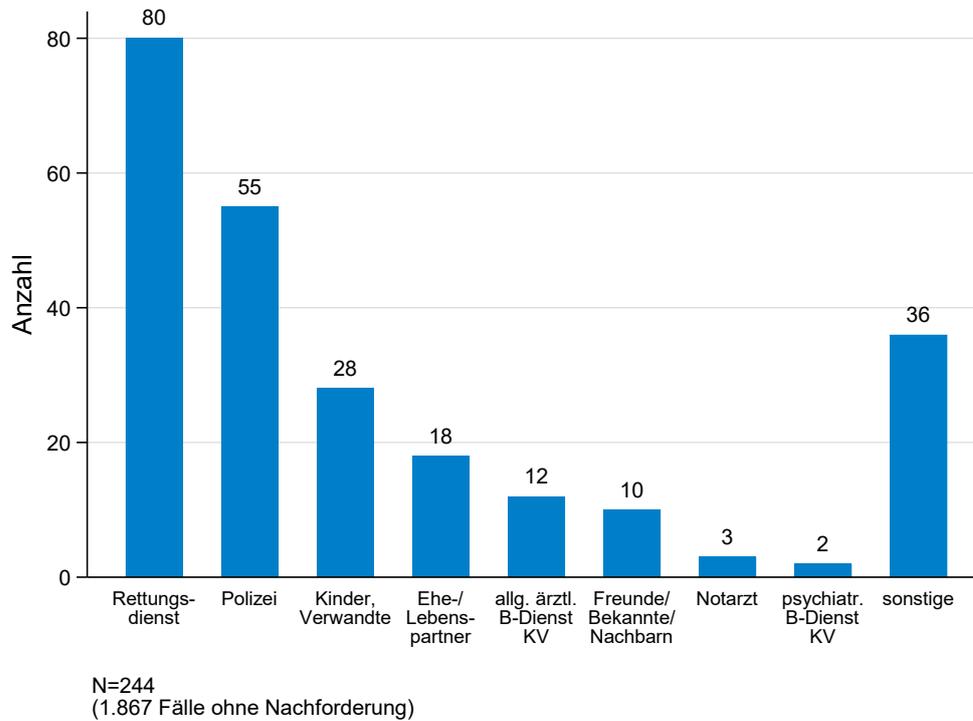
Abbildung 24: Kontext der persönlichen Krisenintervention (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P7 – Nachforderung

Über ein Auswahlfeld (keine Mehrfachnennungen) werden potenzielle Nachforderungen, die während einer persönlichen Krisenintervention erforderlich werden, abgebildet (Abbildung 25).

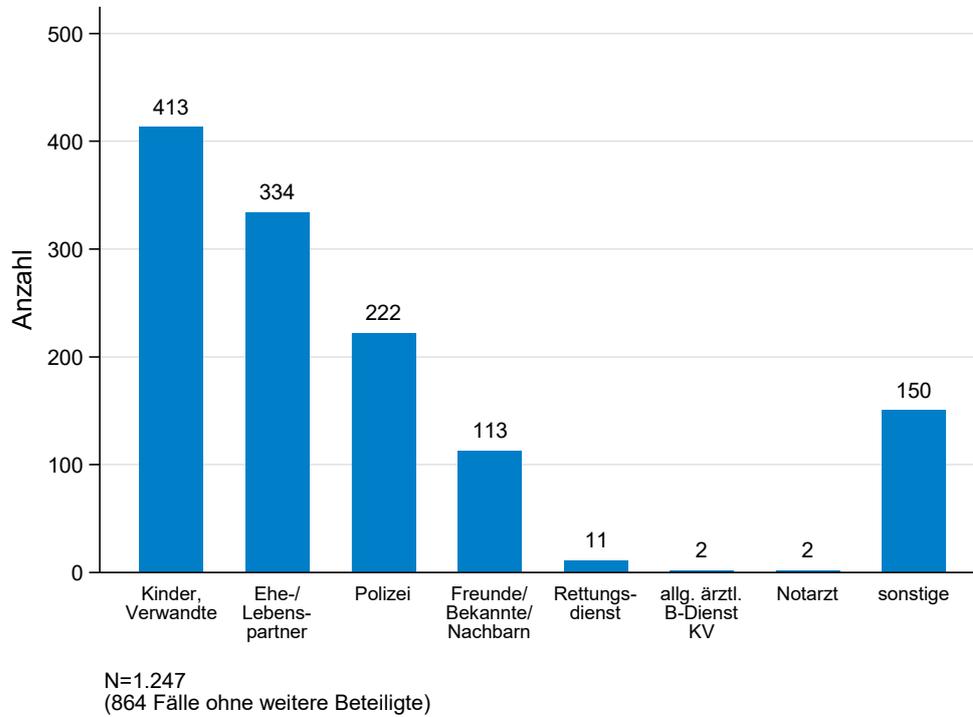
Abbildung 25: Nachforderungen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P8 – Beteiligte vor Ort

In Abbildung 26 wird ersichtlich, wie häufig welche Personen/Dienste schon zu Beginn der persönlichen Kriseninterventionen beteiligt waren (Einfachnennungen).

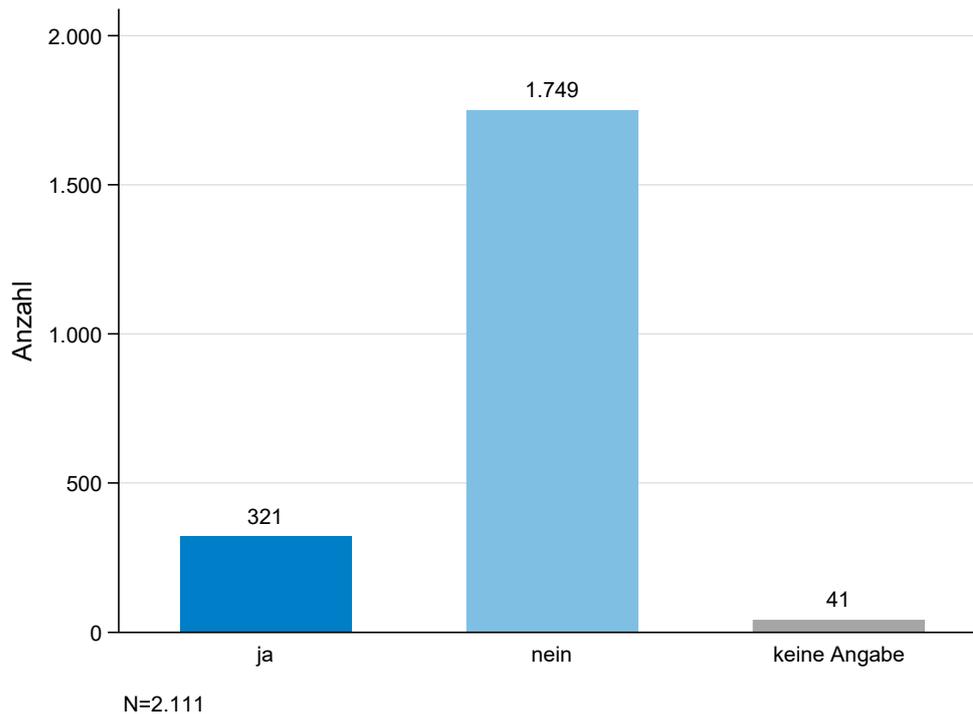
Abbildung 26: Beteiligte vor Ort bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P9 – Krisendienstnachsorge

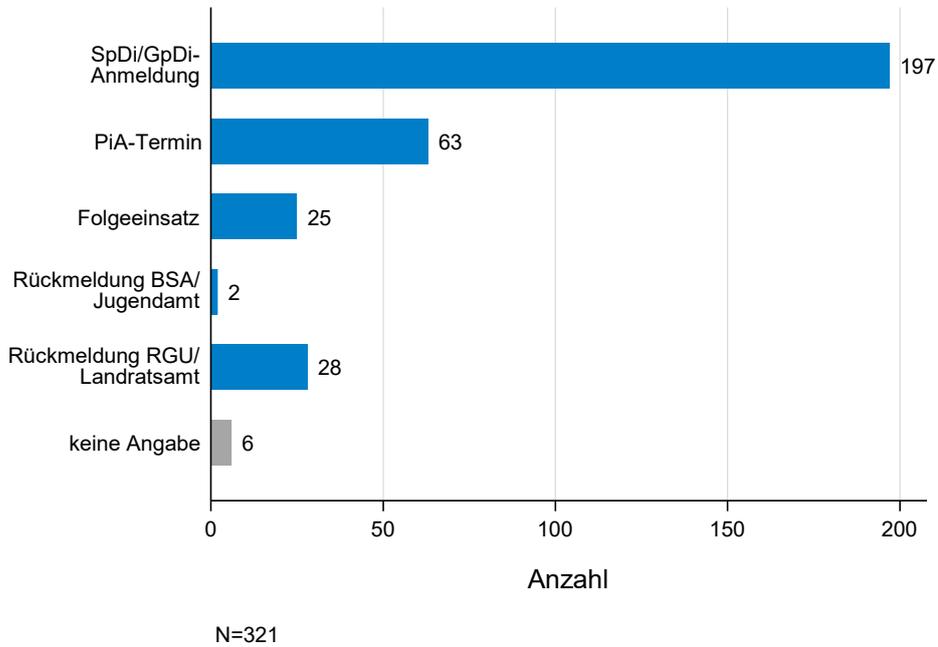
Abbildung 27 zeigt, in wie vielen Fällen nach einer persönlichen Krisenintervention eine Nachsorge erforderlich war. Nachsorgemaßnahmen werden am nächsten Werktag nach einer erfolgten persönlichen Kriseninterventionen durchgeführt. Sie bestehen zunächst immer aus einer erneuten telefonischen Krisenintervention, bei der ggf. weitere Maßnahmen, wie etwa eine weitere persönliche Krisenintervention oder eine Einleitung weiterer Hilfen organisiert werden.

Abbildung 27: Anzahl der erforderlichen Nachsorgen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



Die Nachsorgemaßnahmen, die im Rahmen der persönlichen Krisenintervention für den nächsten Werktag vereinbart wurden, werden in Abbildung 28 detailliert aufgeschlüsselt (Auswahlfeld mit Einfachnennung).

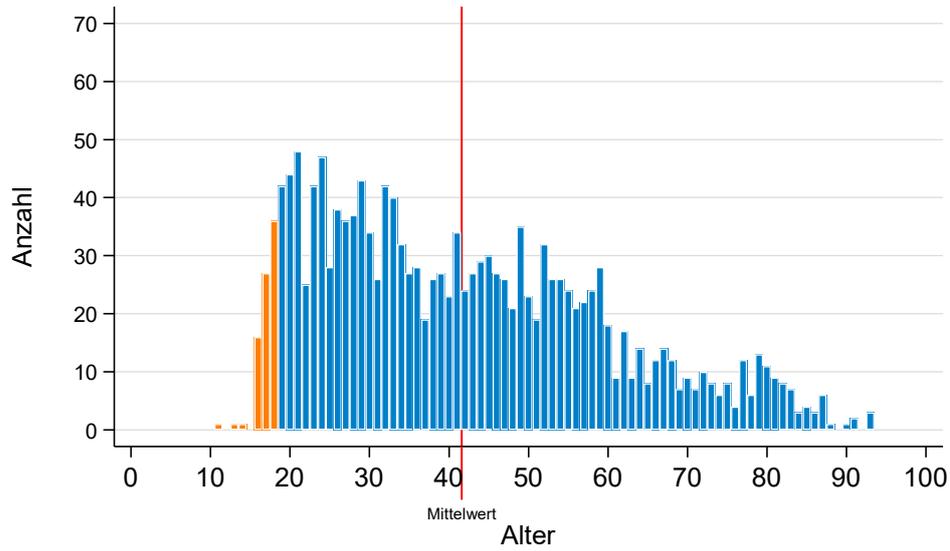
Abbildung 28: Vereinbarte Nachsorgen (aus Einsatzprotokoll) im Jahr 2021



P10 – Alter der KlientInnen

Die Altersstruktur der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen zeigt Abbildung 29.

Abbildung 29: Alter der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021
(Orange: <=18 Jahre, 5,1%)

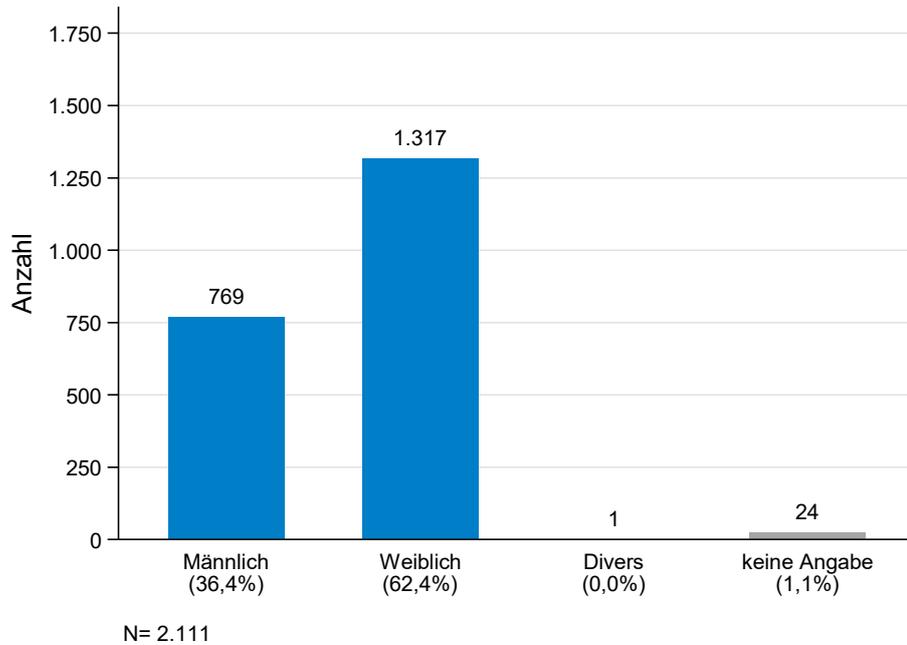


N=1.595; Anzahl Missings: 516;
Durchschnittsalter: 41,6 Jahre; Median: 39 Jahre.
Anteil mit Alter ≤18 Jahre: 5,1% (orange eingefärbt).

P11 – Geschlecht der KlientInnen

Die Verteilung nach Geschlecht ist in Abbildung 30 dargestellt. Es handelt sich um die Häufigkeitsangaben der KlientInnen im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen.

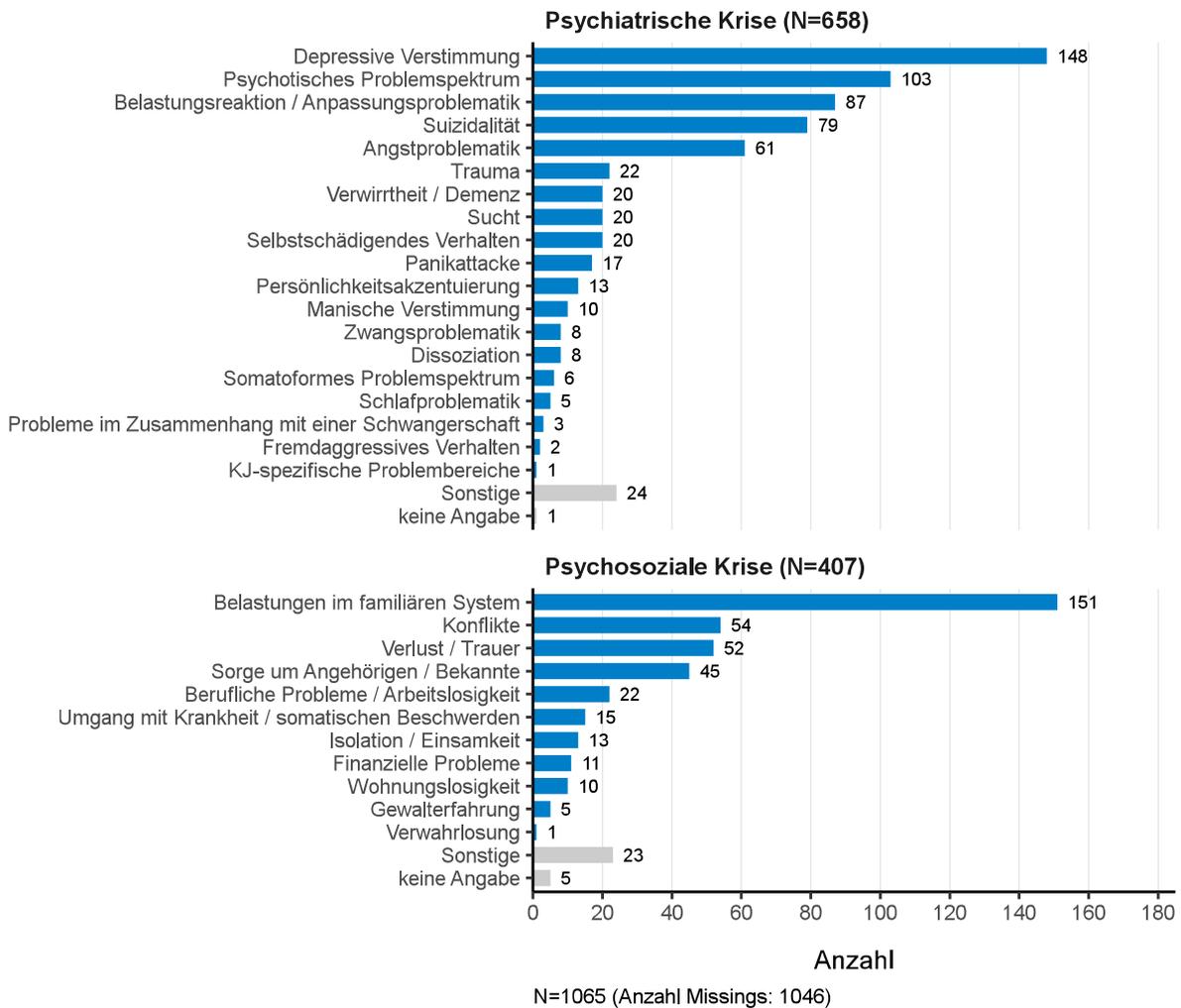
Abbildung 30: Geschlecht der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P12 – Problemspektrum

Die Einschätzung zu einem vordergründigen psychiatrischen Problemspektrum der KlientInnen erfolgt durch das Einsatzteam des Krisendienstes im persönlichen Kontakt. Bei den Problemspektren wird grundsätzlich zwischen psychiatrischen Krisen und psychosozialen Krisen unterschieden. Die psychiatrischen Krisen sind dabei an die gängige Einteilung von Störungsbildern angelehnt, wie sie im therapeutischen Kontext verwendet wird. Die psychosozialen Krisen beinhalten vor allem Probleme, die den zwischenmenschlichen Bereich betreffen oder mit speziellen persönlichen Rahmenbedingungen (z.B. finanzielle Probleme) zusammenhängen. In Abbildung 31 wird die Verteilung der im persönlichen Kontakt erhobenen, vordergründigen Problemspektren dargestellt.

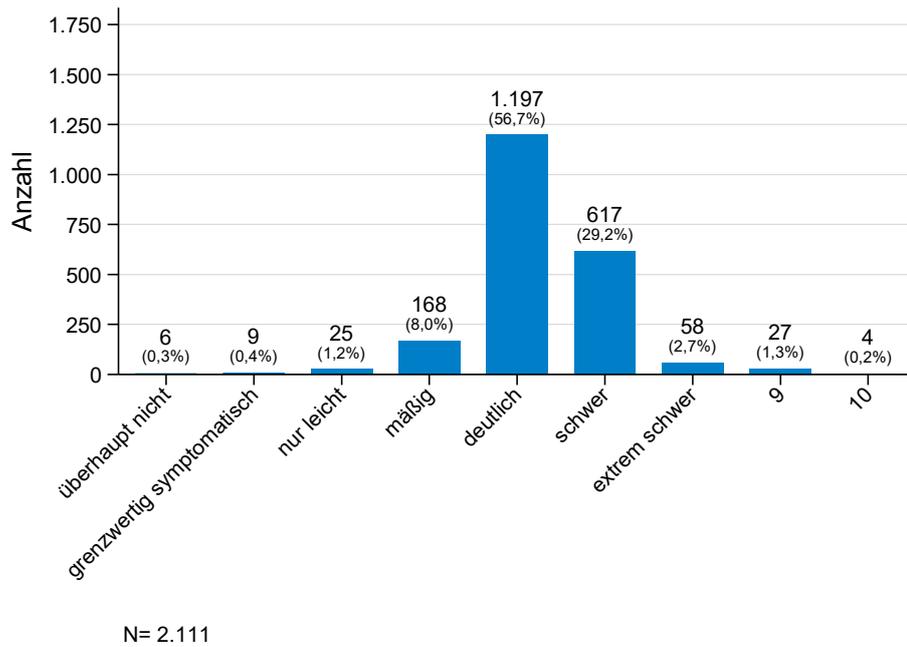
Abbildung 31: 1. Problemspektren der KlientInnen bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P13 – Schwere der Symptomatik

Grob orientiert an den Kategorien des CGI (Clinical Global Impression Score) wird eine Einschätzung über die Schwere der Symptomatik (des 1. Problemspektrums) bei der persönlichen Krisenintervention vom Einsatzteam auf einer 7-stufigen Skala getroffen (Abbildung 32).

Abbildung 32: Schwere der Symptomatik (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P14 – Gefährdung

Bezüglich der Gefährdungseinschätzung der KlientInnen werden die Kategorien „Selbstgefährdung“ und „Fremdgefährdung“ erfasst. Abbildung 33 und 34 zeigen die verschiedenen Häufigkeiten dieser fachlichen Einschätzungen bei den KlientInnen im Rahmen der persönlichen Krisenintervention.

Abbildung 33: Selbstgefährdung (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021

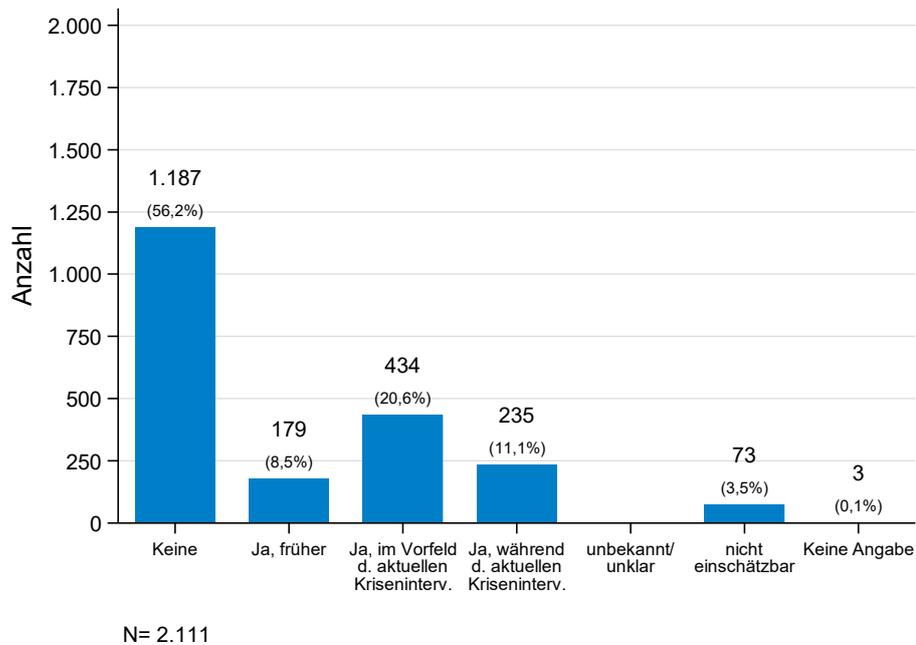
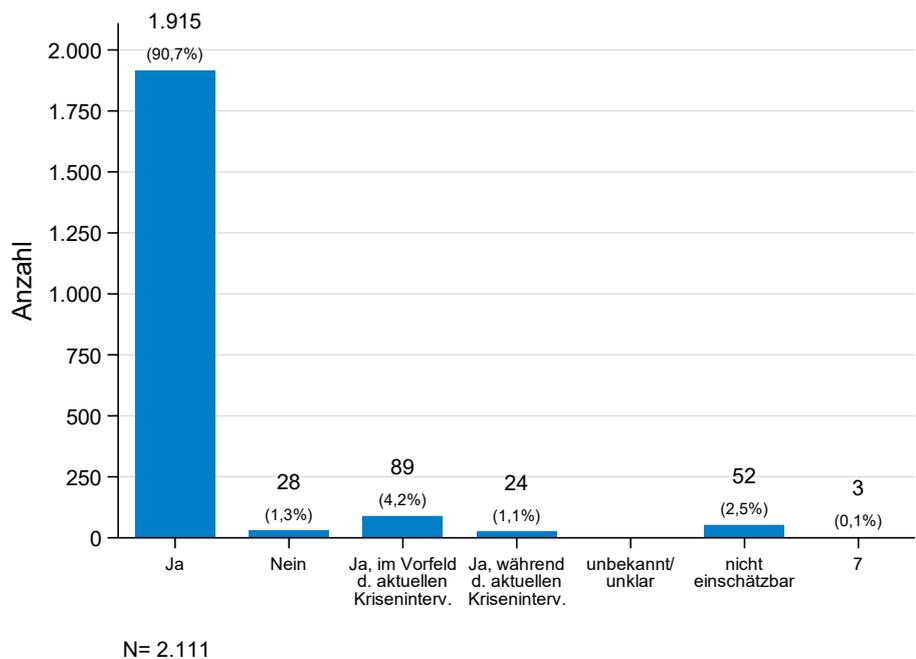


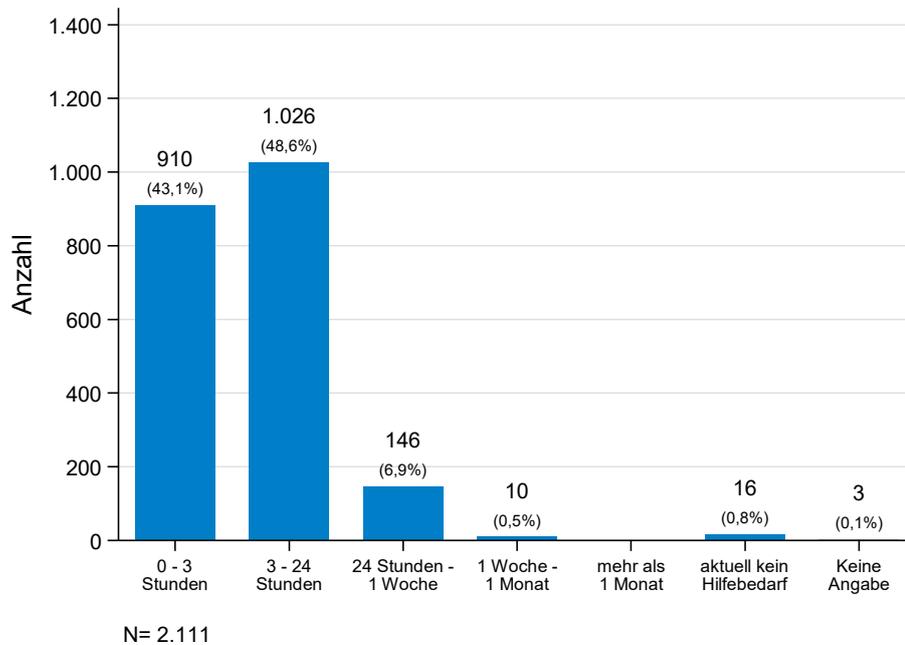
Abbildung 34: Fremdgefährdung (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P15 – Akuität

Eine fachliche Einschätzung der Akuität der Krisensituation beim persönlichen Kontakt wird über die Frage „Professioneller Hilfebedarf indiziert innerhalb...“ in 5 Abstufungen dokumentiert. Abbildung 35 zeigt die Anzahl der Fälle pro Kategorie.

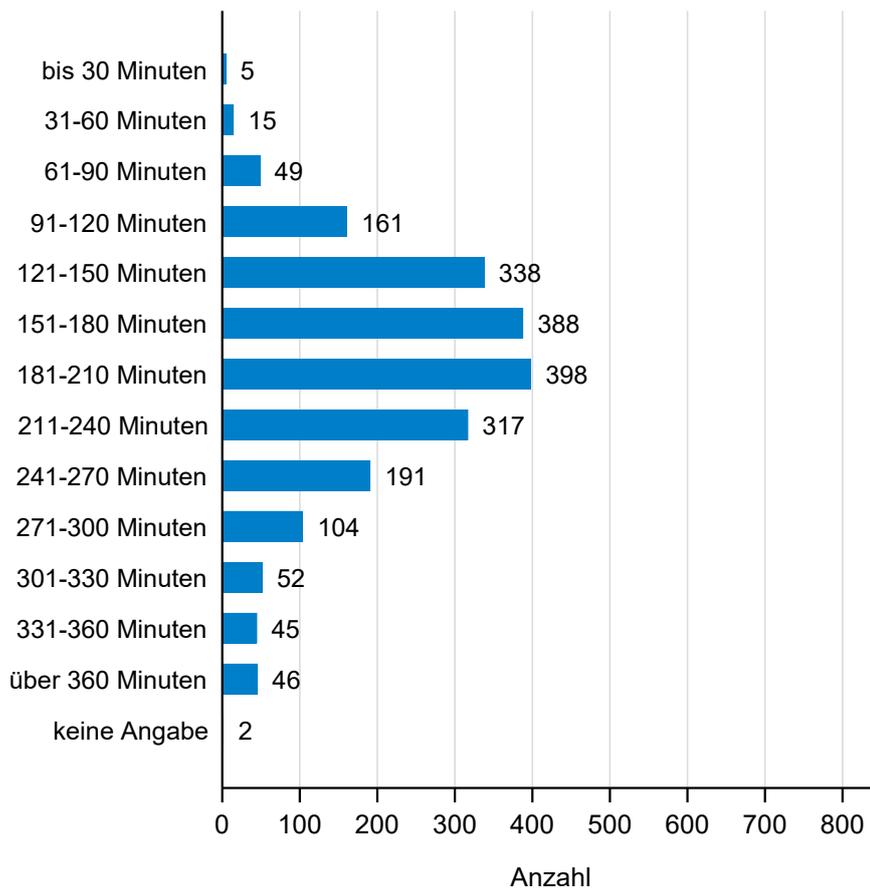
Abbildung 35: Akuität der Krisensituation (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



P16 – Einsatzdauer

Die Einsatzdauer beinhaltet sowohl Fahrt- als auch Dokumentationszeiten und bildet damit die Gesamtzeit ab, die ein Einsatzteam mit einem Einsatz beschäftigt ist. In Abbildung 36 sind diese Einsatzzeiten dargestellt, der Mittelwert beträgt 199,3 Minuten.

Abbildung 36: Einsatzdauer persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021

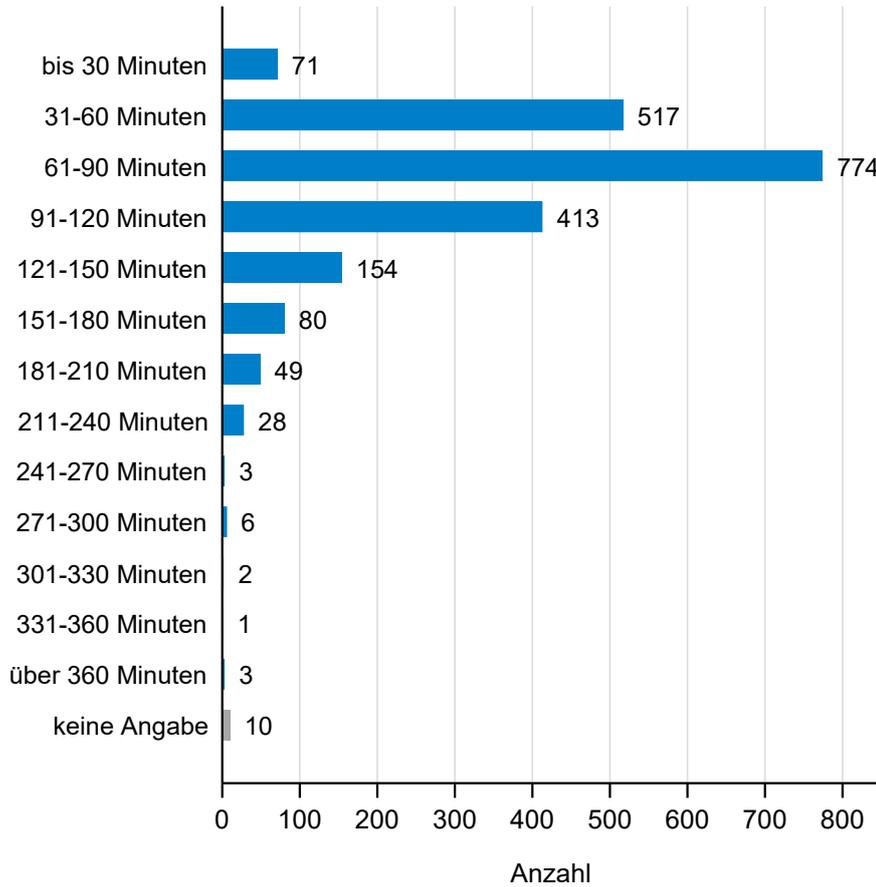


N=2.111;
Mittelwert: 199,3 Minuten

P17 – Interventionsdauer

Abbildung 37 zeigt die Interventionsdauer als Teil der Einsatzdauer (P16), die den direkten Kontakt zum KlientInnen bzw. dem KlientInnensystem (z. B. Angehörigen) darstellt – Fahrt- bzw. Dokumentationszeiten sind hier nicht berücksichtigt.

Abbildung 37: Interventionsdauer bei persönlichen Kriseninterventionen (Einsatzprotokolle) im Jahr 2021



N=2.111;
Mittelwert: 93,2 Minuten

Datenbereitstellung durch die kbo-Leitstelle und die Sozialpsychiatrischen Dienste der freien Wohlfahrtspflege.

Kommentierung der Daten durch die kbo-Leitstelle.

Abbildungen erstellt durch

BIDAQ – Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung

Am Moosfeld 13

81829 München