Wie wir den offenen Dialog mit den Familien und Netzwerken praktizieren.

Dr. Volkmar Aderhold
Hamburg
Institut für Sozialpsychiatrie
an der Universität Greifswald

Bestandsaufnahme

Betten in psychiatrischen Fachabteilungen

Seit 2001 ständige Zunahme der psychiatrischen Betten um 21%.
Die Bettenmessziffer liegt bei 87,9/100.000 Einwohner

Quelle: www.gbe-bund.de

Bei gut ausgebautem ambulanten Behandlungssystem würde die Hälfte der Betten ausreichen.

Psychiatrische Krankenhäuser

- Liegezeitverkürzung bei unveränderten kumulativen Behandlungstagen **= beschleunigte Drehtürpsychiatrie**

- In 40% Wiederaufnahme im Jahr nach der Entlassung

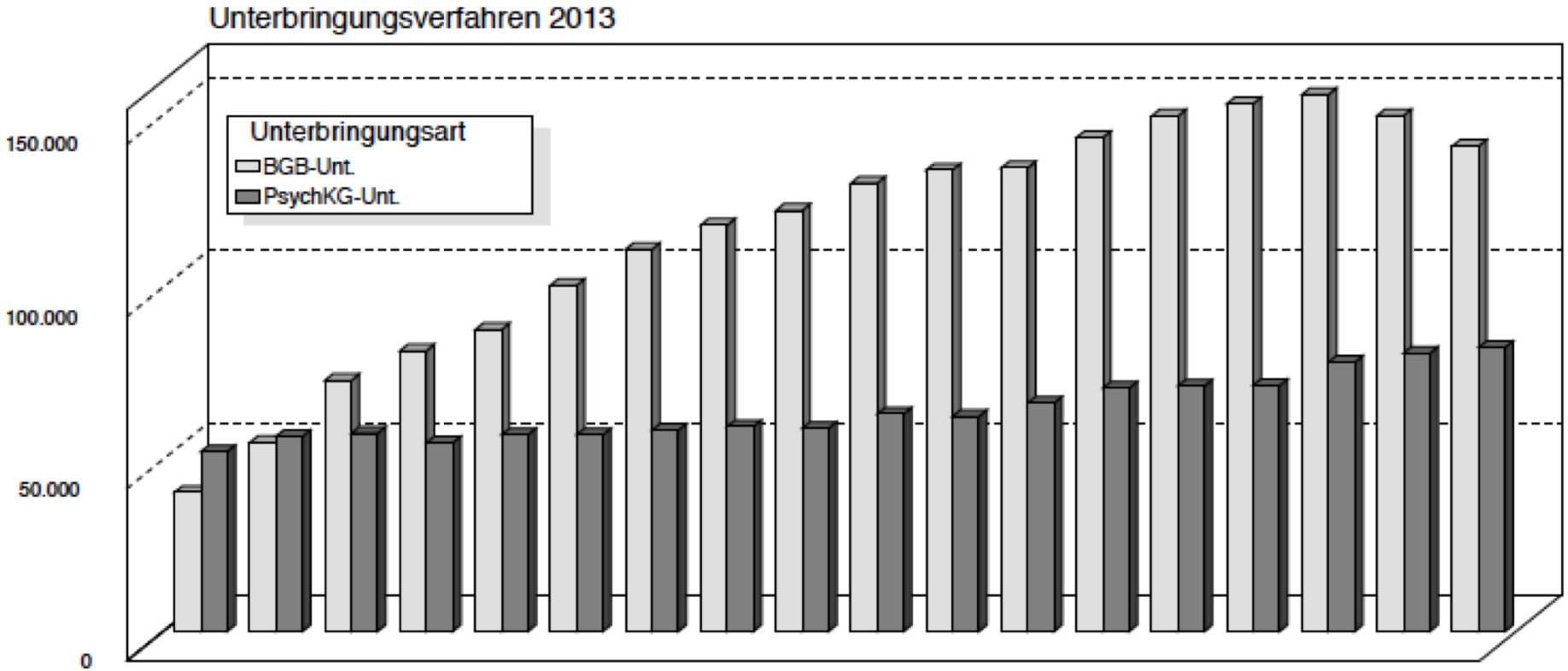
Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams
die mit dem Klienten und
seinem sozialen Netzwerk
zusammenarbeiten.

Unterbringungen

Unterbringungsverfahren nach § 1906 (Abs. 1 und 4 zusammen) sowie nach den PsychKGen

+ 240 % in 20 Jahren



	1992	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
BGB-Unt.	40.369	54.824	72.871	81.469	87.606	100.530	110.914	117.988	122.224	130.218	133.928	134.588	143.403	149.680	153.235	155.914	149.767	140.935
ychKG-Unt.	52.191	56.633	57.559	54.745	57.057	57.051	58.420	59.418	58.963	63.155	62.410	66.294	70.608	71.269	71.412	78.147	80.756	82.435

Quelle: Bundesamt für Justiz: GÜ2 1992 - 2013; (Zahlen von 2000 – 2007 ohne Hamburg); Grafik: Deinert

Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams die mit dem Klienten und seinem sozialen Netzwerk zusammenarbeiten.

Gemeinsam entwickelter Krisenplan senkt Risiko um 23%

de Jong et al JAMA P 2016

Forensische Unterbringungen

Starke Zunahme forensischer Unterbringungen

Steigende Verweildauer

- § 63 STGB 6.500 Pat. (psychische Erkrankungen)
- § 64 STGB 3.300 Pat. (Suchterkrankungen)

Insgesamt 9.800 Betroffene

DGPPN 2015

Forensik internationaler Vergleich

Daten von 1998-2003

Land	Forensische Betten / 100.000 Einwohner
Deutschland	13.1
Belgien	10.3
Niederlande	9.8
Schweden	8.0
Dänemark	6.6
Finnland	6.9
England & Wales	6.1 46% im Vergleich mit D
Irland	2.2
Italien	2.2
Portugal	1.8
Spanien	1.4

Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams

die mit dem Klienten und
seinem sozialen Netzwerk
zusammenarbeiten.

Ein Element: gemeinsam entwickelter Krisenplan

Institutionalismus

„...es spricht nichts dafür, dass heute weniger Menschen mit psychischen Störungen in institutionellen Bezügen versorgt werden als zu Zeiten der Enquete (1975).“

(Priebe 2005)

Das psychiatrische Ghetto

„Im günstigen Fall hat sich die Gemeindepsychiatrie unter der Hand in die »Psychiatrie-Gemeinde« verwandelt mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten, die für die Betroffenen nur mehr ein Surrogat des »normalen« Lebens darstellen.“

(Eikelmann et al 2005)

Integration in Arbeit

bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

- 50 % keine Arbeit
- 20 % geschützter Arbeitsplatz Behindertenwerkstatt

  Anstieg Anteil Menschen mit psychischer Erkrankung

  Übergang in allgemeinen Arbeitsmarkt: **0,11%**
- 15 % in Tagesstätten
- **10 % ein regulärer Arbeitsplatz**.

  1 % der Menschen im BeWo (NRW) haben reguläre Arbeit

Studie des Robert Koch Instituts 2015

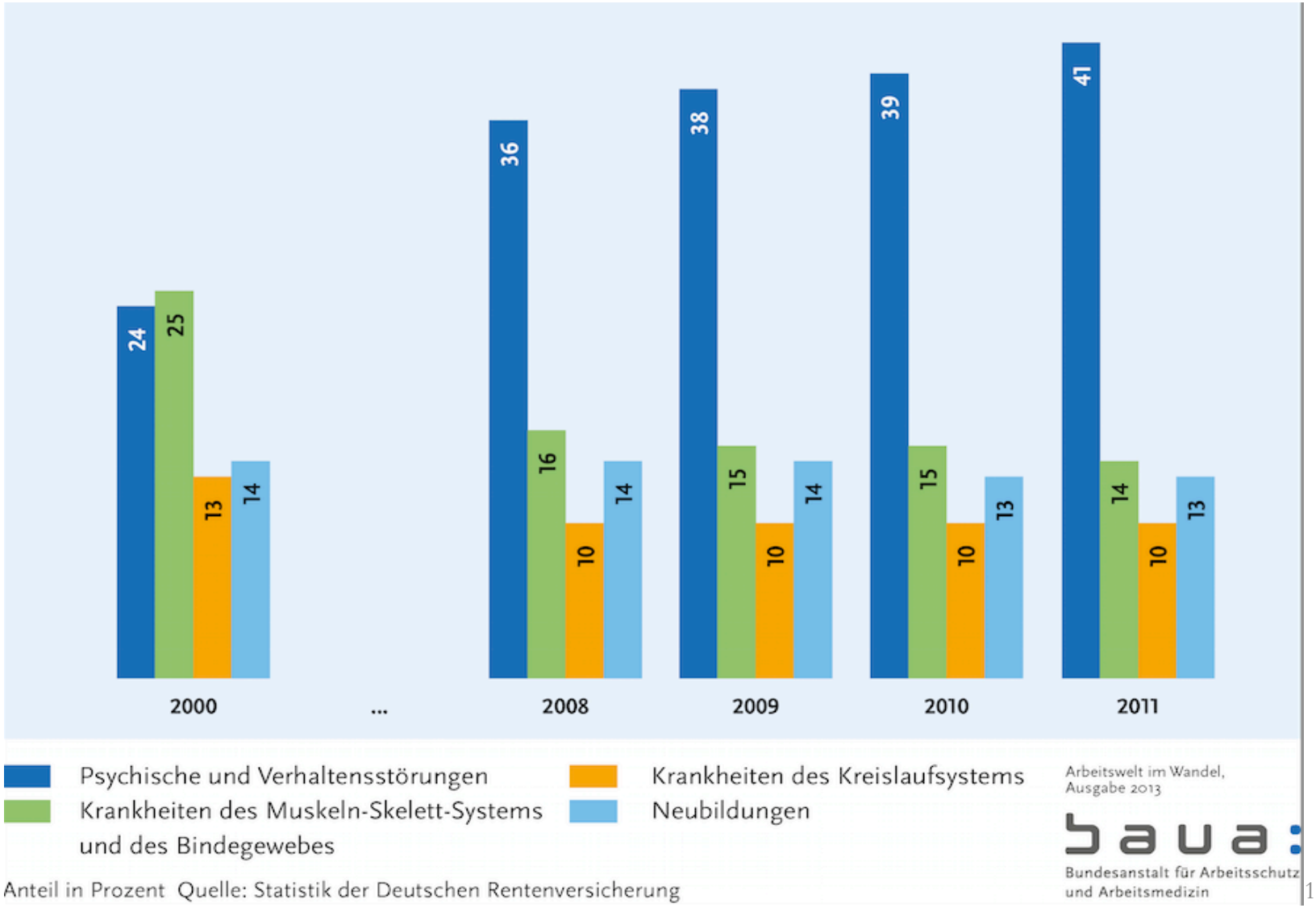
Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams für unterstütztes Arbeiten

„Supported employment“:

„First place then train.“

Anstieg der jährlichen Frühberentungen



Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
Frauen	**49,10**	**49,63**	**49,98**	**50,23**	**50,40**
Männer	**48,06**	**48,54**	**48,94**	**49,04**	**49,61**

Ambulantisierung

Multiprofessionelle ambulante Teams

S 3 Leitlinien Psychosoziale Therapien 2018

Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

S 3 Leitlinien Psychosoziale Therapien 2018

Empfehlung 11 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld
Wirkungen

Tab. 12: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Metaanalyse Cochrane Review
	NICE 2014	Murphy 2015
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++[1]
↑ Allgemeinzustand		~
↑ Soziale Funktionen		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ Stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++[1]
↓ Stationäre Behandlungszeiten		++[1]
↓ Behandlungsabbrüche		++
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion		
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
Zufriedenheit und erlebte Belastungen		
↓ Erlebte Belastungen, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Patienten	++[1]	++[1]
↑ Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++[1]
↑ Lebensqualität		~
Kosteneffektivität		
↑ Kosteneffektivität		++[1]

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; [1] Basiert auf Ergebnissen aus einer RCT

Längerfristige aufsuchende Behandlung im Lebensfeld

S 3 Leitlinien Psychosoziale Therapien 2018

Empfehlung 12 (NEU):

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Aufsuchende Behandlung bei Wohnungslosen

S 3 Leitlinien Psychosoziale Therapien 2018

Empfehlung 13 (NEU):

Die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung soll insbesondere für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (19.10.2017)

Hinweis: Die Gegenstimmen bzw. Stimmenthaltungen bezogen sich dabei auf die Beschreibung „insbesondere". Alternative Vorschläge erreichten jedoch keinen Konsens.

Das Modell

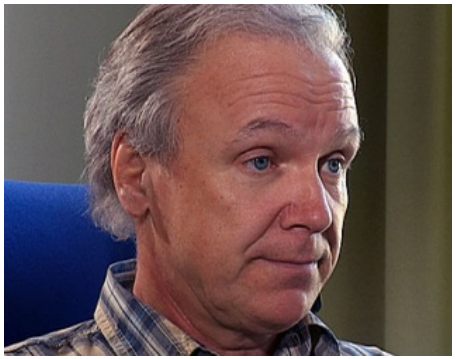
Bedürfnisangepaßte Behandlung und Offener Dialog

- Ein Modell der Ambulantisierung
- Mit psychotherapeutischer Kompetenz
- Fokus auf sozialer Inklusion

Bedürfnisangepasste Behandlung und

Yrjö Alanen

Klaus Lehtinen



Offener Dialog

Jaakko Seikkula

Birgitta Alakare

Struktureller Kontext

- **Multiprofessionelle ambulante Teams**
  + Erfahrungsexperten im Team
- Krisendienst 24 h
- Eventuell „Krisenwohnung“
- Akutstation im Krankenhaus

Weitere Therapien bei Bedarf:

- **Individuelle Psychotherapie** (50 - 65 % b. Psychosen)
- Kunsttherapie – Musiktherapie – Ergotherapie
- **Unterstütztes Arbeiten** (Supported Employment)

Organisatorischer Kontext

- **Sofortige Hilfe** in Krisen - der erste Anruf genügt.
- **Netzwerkgespräche in 24 h** von Beginn an und fortlaufend
- **Flexibilität und Mobilität -** zu Beginn tägliche NG möglich
- **Verantwortung** des Teams für den Rahmen
- **Beziehungskontinuität und psychologische Kontinuität -** so lange wie erforderlich

Netzwerkgespräche

- **Netzwerkgespräche sind die zentrale Intervention.**
  Von Anfang an und so oft wie erforderlich

- Dauer 90 Minuten. Mindestens 2 Teammitglieder.
  Bei Bedarf weitere Professionelle

- Familienangehörige, Freunde, Nachbarn u.a. später Ausbilder, Lehrer, Arbeitskollegen, Arbeitgeber, amb. Psychotherapeut,

- Ziel ist es, die ambulante Behandlung so bald wie möglich mit dem Alltagsleben des Patienten zu verbinden.

Netzwerkgespräche

Bei Menschen mit psychotischem Erleben:

- Der psychotische Klient nimmt von Anfang an teil, d.h. auch während der intensivsten Zeit seiner Psychose.

  Besondere Zugang zu traumatischen biographischen Erfahrungen in den ersten 2 Wochen.
- Selektive Anwendung von Neuroleptika bei Ersterkrankten initiale Verzögerung um 3 - 4 Wochen, danach Entscheidung, ob noch erforderlich.

Der Offene Dialog wird in West-Lappland bei allen Klienten angewandt/angeboten.

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

Beginn

- **Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen?**

- Genau zuhören
- Sich in jeden einfühlen.
- Sich innerlich berühren lassen.
- Garantieren, dass jede Stimme gehört wird.

Aufrichtiges Interesse

„Mitglieder des therapeutischen Teams reagieren aus ihrem gesamten körperlichen Sein heraus und sind aufrichtig daran interessiert, was jede einzelne Person im Raum zu sagen hat.“

Respekt und Annahme der Andersartigkeit

„Sie vermeiden dabei jede Anmutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte.“

Jeder hat einen guten Grund so zu sein und
es jetzt so zu sehen.

Mit den Worten der Klienten

- „Passe Deine Kommentare an das an, was von anderen gesagt wurde. **Wiederhole sogar Wort für Wort** und lass dann eine **kurze Pause**, so dass der Sprecher sagen kann, ob Deine Äußerung das war, was er sagen wollte ....
- Der Sprecher kann so seine eigenen Worte erneut hören und überlegen, ob es wirklich das war, was er sagen wollte und nachdenken, was es bedeutet seine Worte zu hören.“

Polyphonie

- Vielschichtigkeit erwarten.
- Vielfältige Standpunkte erfragen.

- Vielstimmigkeit ist unvermeidlich - innerhalb des sozialen Netzwerks und auch innerhalb des Teams, transparent für das Netzwerk.

- Polarisierung erwarten und zulassen.

- Allparteilichkeit des Teams

Polyphonie

Mikhail Bakhtin

1895 - 1975

- Weil immer unterschiedliche Standpunkte existieren, ist eine „Polyphonie“ und diskursive Interaktion vieler, auch nicht vereinbarer „Stimmen“ erforderlich, die diese Unterschiedlichkeit zwar *nicht* durch eine gemeinsame Wahrheit überwinden können, jedoch können echte Dialoge zu neuen Sichtweisen in den jeweils spezifischen Lebenskontexten führen.
  Dies ist ein niemals abgeschlossener Prozess.

Jenseits von „gesund“ und „krank“

- „Der gleichwertige, ‚kollaborative Austausch‘ aller birgt die Möglichkeit, dass ein neues gemeinsam geteiltes Verstehen in Vielstimmigkeit entsteht, bei dem jeder einen bedeutsamen Teil beigetragen hat.
- Eine Rangordnung gibt es dabei nicht und die Unterscheidung zwischen ‚gesund’ und ‚krank’ wird unwichtig.“

Olsen Seikkula et al 2014

Betonung der Erzählungen/Erfahrungen statt der Symptome

- Sicherheit geben, damit über alle Themen gesprochen werden kann, auch über die schwierigen und damit bisher **„Noch-nicht-Gesagtes“** ausgesprochen werden kann.

- Schwerwiegende Symptome werden als Verkörperung unaussprechlicher Dilemmata aufgefaßt, die oft auf **unerträgliche oder traumatische Ereignisse** zurückgehen.

- Was ist vor der Krise im Leben passiert?

Das bisher noch nie Gesagte

- Psychotische Menschen sprechen oft über reale Vorkommnisse ihres Lebens, die z.T. bedohlich, bisher unausgespochen und unverarbeitet sind.

- Das Teilen schwieriger Probleme kann bedrohlich sein, wenn frühere Versuche zu schmerzhaften Fehlschläge geführt haben.

- Günstiges Zeitfenster zu Beginn.

Traumatisierung bei Psychosen

Metaanalyse zu 2017 Patienten

Art der Traumatisierung von 16. LJ	Anteil den Patienten mit Schizophrenie-Diagnose
Sexueller Missbrauch	**26 % insgesamt**, bei Frauen mehr
	41 % bei zusätzl. Substanzmissbrauch
Inzest	vermutlich 5-10%
Physischer Missbrauch	**39 % insgesamt -** keine Geschlechtunterschiede
	ca. 70% bei zusätzl. Substanzmissbrauch

In geschlossenen Settings weit mehr (Selektion): ca. 90%

Bonoldi et al 2013

Negative Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr

Table 2. Results of the separate meta-analyses focusing on specific adverse experiences

	k	OR (95% CI), *p* value	*Q* test
Sexual abuse	20	2.38 (1.98–2.87), $p < .001$	$Q = 34.5, p < .05$
Physical abuse	13	2.95 (2.25–3.88), $p < .001$	$Q = 47.8, p < .001$
Emotional abuse	6	3.40 (2.06–5.62), $p < .001$	$Q = 23.1, p < .001$
Bullying	6	2.39 (1.83–3.11), $p < .001$	$Q = 19.1, p < .01$
Parental death	8	1.70 (0.82–3.53), $p = .154$	$Q = 35.4, p < .001$
Neglect	7	2.90 (1.71–4.92), $p < .001$	$Q = 32.9, p < .001$

Täter von sex. Missbrauch

Table 1. Perpetrator Relationship to Victim of Child Rape ($N = 288$)

Relationship	Percent
Father/Step-Father	15.4
Brother	5.6
Other Relative	22.1
Boyfriend/Friend	22.4
Other Acquaintance[a]	22.0
Stranger	10.1
Refused	2.4

Note. [a]This category includes co-workers, neighbors, and other non-relatives that the victim knows.

Smith et al Child Abuse & Neglect 2000

Vertrauenspersonen zur Mitteilung

Delay in disclosure

Table 2. Victim Relationship to Initial Disclosure Confidant ($N = 288$)

Relationship to Victim	Percent
Close Friend	22.5
Mother	20.7
Other Immediate Family[a]	8.0
Husband	7.4
Police/Social Worker/Clergy	6.6
Other Relative	5.5
Not Sure	1.2
Never Told Until Interview	28.1

Smith et al Child Abuse & Neglect 2000

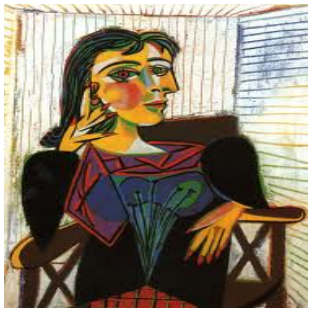
Heilsame Dialoge

- „Wenn die neue Sprache das Original erfasst, die unausgesprochene, beunruhigende Geschichte und der Kontext in dem die Symptome zuerst aufgetaucht sind, dann beginnt der Dialog Symptome zu kompensieren. .... Die mit ihnen verbundenen Gefühle werden beherrschbar.“

Seikkula & Trimble 2005

Erfahrungsexperten und Dialog

- **Erfahrungsexperten** haben besondere Fähigkeit, Übersetzer für Menschen in Krisen zu sein. Hoffnungsträger v.a. auch für Angehörige.



- Betonung des Dialogs und **nicht** das Fördern von Veränderungen im Patienten und in seiner Familie.

- „Anpassung der antwortenden Worte an den aufkommenden natürlichen Rhythmus der Konversation.

- **Prozessorientierung** statt Lösungsorientierung

Betonung des gegenwärtigen Moments

- Auf Reaktionen, Gesten und Gefühle im Hier und Jetzt reagieren.
- Als Professioneller eigene Gefühle aussprechen.

- Momente des Schweigens für innere Dialoge

“Reflektieren” (Tom Anderen)

- Wertschätzung von allen Anwesenden
- Was habe ich für mich wichtiges gehört?
- Was hat mich berührt?
- Welche Fragen sind mir gekommen?
- Auch eigene Gefühle einbringen.

Die eigene Unsicherheit aushalten

- Keine vorschnellen Erklärungen, Schlussfolgerungen, Lösungen
- Bereitschaft den eigenen Standpunkt zu bezweifeln und zu verändern.
- Innere Polyphonie

- Auch Expertenwissen ist subjektiv
- Auch Expertenwissen sollte polyphon sein

Prozessorientierung und Transparenz

- Schritte und Lösungen sollen im Netzwerk entstehen.
- Möglichst normal (soziale Inklusion)

- Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings und der Behandlungsschritte.

- Transparenz durch offene Diskussion anstehender Entscheidungen mit dem Netzwerk, auch bei unterschiedlichen Positionen im Team.

Konkrete Schritte

- Konkrete Schritte verabreden
  in Krisen sehr kurzfristig.

- (Wann) sollen wir uns wieder treffen?
- Sollte jemand zusätzlich eingeladen werden?

Von der Methode zu grundlegenden Werten

"Wir verschieben den Fokus in einem Netzwerk von einer Intervention hin zur Erzeugung von Dialogen und machen damit auch einen Schritt von der Anwendung einer bestimmten therapeutischen Methode zu **mehr grundlegenden menschlichen Werten.“**

Seikkula & Trimble 2005

Eine fürsorgliche einfühlsame Gemeinschaft

„Das Drama des Prozesses liegt nicht in einer brillanten Intervention durch die Profi, aber in dem emotionalen Austausch zwischen den Netzwerkmitgliedern einschließlich der Profis, die zusammen eine fürsorgliche einfühlsame Gemeinschaft herstellen oder wieder herstellen.“

Seikkula & Trimble 2005

Begegnungsmomente

„Die gemeinsame Reise dauert zwar nicht länger als die Sekunden, die ein Begegnungsmoment hat. Aber das reicht aus. Sie wurde gemeinsam durchlebt. Die Beteiligten haben eine private Welt erzeugt, die sie miteinander teilen. Wenn sie jene Welt wieder verlassen, werden sie feststellen, dass ihre Beziehung sich verändert hat.“

(Daniel Stern)

Wers‘ nicht erlebt hat, kann nicht glauben, welche Wirkung dialogische Netzwerkgespräche oft haben.

Wirkung von Netzwerkgesprächen

- Reduktion von Hospitalisierung
- Reduktion von Rückfällen
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung des psychosoziales „Funktionsniveaus“
- Verstärkt die Wirkung der weiteren Therapien
- Aktivierung sozialer Ressourcen
- Förderung der sozialen Inklusion
- 40-70% psychotischer Klienten ohne Neuroleptika

Evaluation nach 5 Jahren West-Lappland

Ersterkrankte nicht-affektive Psychosen N=39

Anzahl der Netzwerktreffen	in 2 J	21
	in 5 J	25 = 5/Jahr
mit weniger Erfahrung	in 5 J	35 = 7/Jahr
Tage im Krankenhaus:		17
Anzahl der Rückfälle über 5 Jahre:		**30 %**
ohne psychotische Restsymptome:		**82 %**
in Arbeit und Studium:		**76 %**
z. Zt. arbeitslos:		10 %
ohne Neuroleptika über 5 Jahre:		**70 %**
davon „Schizophrenie“ ohne NL		55 %

Evaluation von 3 historischen „Kohorten“

	API 1992-1993	OD 1994-1997	OD 2003-2005
Zahl der TN - Bei Studienbeginn - Nach 2 Jahren	 39 33	 51 43	 27 (gesamt 117) 18 (gesamt 95)
Durchschnittsalter	26 J.	26 J.	20 J.
Dauer unbehandelte Psychose	**4,3 Monate**	3,3 Monate	**0,5 Monate ***
Diagnose/DSM-III-R -Schizophrenie - Kurze psychotische Episode -Schizophrenieform -Psychosen (sonstige)	 **13 (38%)** 5 (15%) **9 (26%)** 7 (21%)	 19 (41%) 11 (24%) 6 (13%) 10 (22%)	 **4 (22%)** **7 (39%) *** 3 (17%) 4 (22%)
Psychotische Symptome nach 2 Jahren: **Keine**	 **> 80%**	 **> 80%**	 **> 80%**

20% der Bevölkerung hat an Netzwerkgesprächen teilgenommen.
Hohe Akzeptanz der Teams. Dadurch Verkürzung der DUP.

	API 1992-1993	OD 1994-1997	OD 2003-2005
Zahl an Rückfällen			
keine	**25 (74%)**	**38 (83%)**	**13 (72%)**
Therapieversammlungen	**26**	**21**	**23**
Individuelle Psychotherapie	**33 %**	**46 %**	**67 %**
Krankenhaustage	**25,7**	**9,3**	**13,6**
Gebrauch von NL			
- Mindestens einmalig	9 (26%)	12 (26%)	9 (50%)
- Kontinuierlich	**5 (15%)**	**5 (11%)**	**5 (28%)**
Arbeitsstatus nach 2 Jahren			
- **Arbeit oder Studium**	**21 (62%)**	**35 (78%)**	**13 (72%)**
- Arbeitslos	4 (12%)	6 (13%)	2 (12%)
- Rente	9 (26%)	4 (9%)	4 (16%)

Je kürzer die DUP, desto zurückhaltender mit neuroleptischer Medikation.

Zentrale Komponenten (Seikkula)

- In Krisen sofort
- Netzwerke einbeziehen
- Dialogische Netzwerkgespräche
- Keine oder geringe Medikation

- Individuelle Psychotherapie

Haltungen

- Dialogik
- Es gibt keine Wahrheit
- Durch ernsthafte Dialoge zwischen Menschen entstehen neue, jedoch immer subjektive Wirklichkeiten.
- Eine Sprache finden für Erfahrungen, die noch keine Sprache haben.

- Veränderung geschieht vor allem durch Begegnungen und Begegnungsmomente
- Prozessorientierung

Haltungen

- Jeden Krise/Behandlung/Betreuung ist einmalig
- Normalisierung
- Normale Lösungen haben Vorrang
- Lösungen/Schritte sind schon im System

- Polyphonie im Team
- Expertenwissen ist subjektiv
- Toleranz von Unsicherheit in einem als ausreichend sicher erlebten Therapiekontext

Haltungen

- Professionelle Helfer sind auch ein Teil des Problemkontextes.

- Authentische Selbstreflektion der Professionellen mit dem Netzwerk.
- Veränderung des eigenen Handelns der Professionellen statt Veränderung der anderen.

Und was noch?

- Die ganz persönlich passende Person des Vertrauens, die Hoffnung gibt und Hoffnung aufrechterhält.
- Eine Psychiatrie, die sich zur Aufgabe macht, genau diese Person zu suchen und zu unterstützen.

- Eine solche Praxis gilt heute als unprofessionell.
- Sie ist vor viele Betroffene in schweren Problemlagen die einzige Chance diese zu überwinden.

Internationale Verbreitung

Regionen in:

Finnland – Norwegen - Schweden – Dänemark -

Litauen – Deutschland – Polen - USA – Grossbritannien

Italien – Schweiz - *Australien – Niederlande - Japan*

Praxis in Deutschland

Umsetzung in Deutschland

Eine vollständige Umsetzung des Originalmodells ist in Deutschland bisher nicht möglich.

Kein Pauschalfinanzierung von Ersterkrankten durch KK.

Partielle Umsetzung

- Träger mit Integrierter Versorgung 25
- Kliniken mit regionalem Budget (64b) 9
- Kliniken ohne regionales Budget 4
- Träger mit SGB XII Finanzierung 15
- Organisationen mit Erfahrungsexperten 12

„Dosis“ von Netzwerkgesprächen ohne Hometreatment akut

- ø 3-6 Netzwerkgespräche im ersten Jahr
- ø 2-4 im zweiten Jahr

Effekte

Senkung der Hospitalisierungsrate

Meist hohe Behandlungszufriedenheit aller

Unerwartet positive Entwicklungen

Umsetzung von Netzwerkgesprächen in D

Netzwerkgespräche als ergänzende Intervention

Netzwerkgespräche zu Beginn eines Behandlungsprozesses

Netzwerkgespräche zur Krisenplanentwicklung

Netzwerkgespräche in Krisen begleitend

Netzwerkgespräche bei strukturellen Übergängen

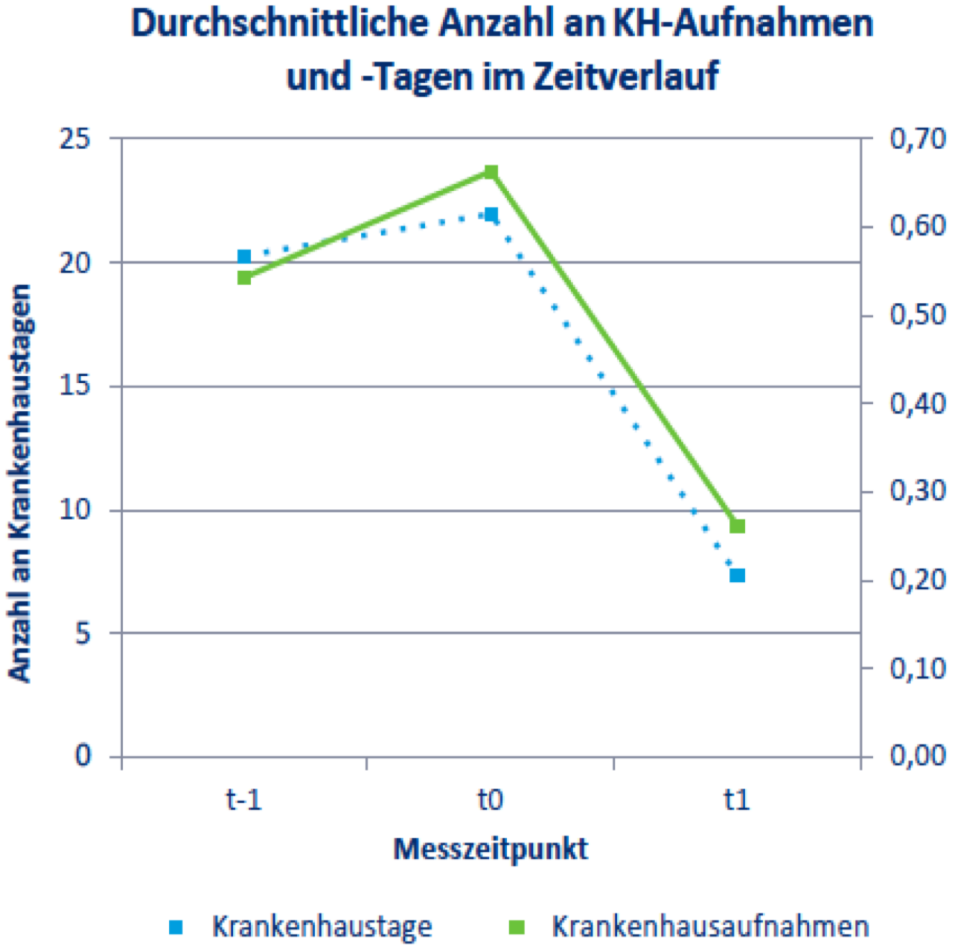
Netzwerktreffen nur mit Professionellen

dialogische Hilfeplankonferenz

N = 4354

Quantitative Ergebnisse: Krankenhaustage bzw. –aufnahmen

- **Zeiträume:**
  - § t-1: zwei Jahre bis ein Jahr vor Eintritt ins Netzwerk
  - § t0: ein Jahr vor Eintritt bis zum Eintritt ins Netzwerk
  - § t1: ab Eintritt bis ein Jahr nach Eintritt ins Netzwerk
- **Patientenzahl:** 4.354
- **Anzahl Krankenhaustage pro Patient**
  - t-1 = 20,27 Tage
  - t0 = 21,99 Tage
  - t1 = 7,36 Tage



Quantitative Ergebnisse: Funktionalität (HoNOS)

N = 4354

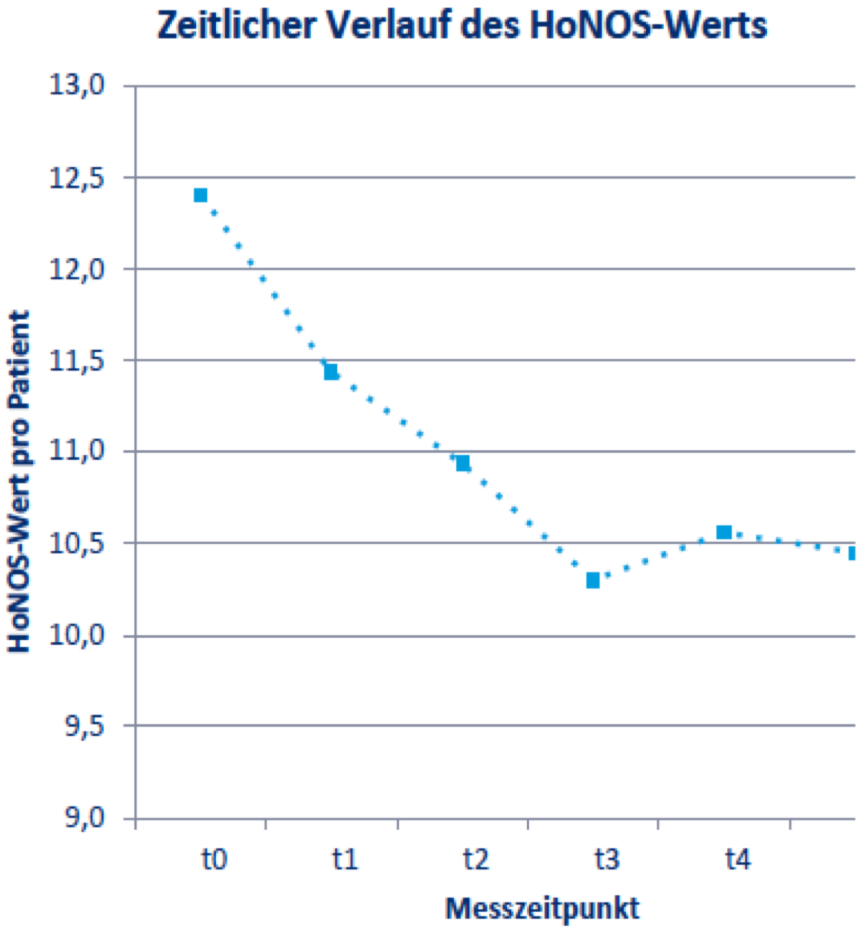
Patientenzahlen

- n(t0) = 5.933 (Einschreibung in Netzwerk)
- n(t1) = 3.567 (halbes Jahr nach Einschreibung)
- n(t2) = 2.055 (ein Jahr nach Einschreibung)
- n(t3) = 1.231 (eineinhalb Jahre nach Einschreibung)
- n(t4) = 692 (zwei Jahre nach Einschreibung)
- n(t5) = 304 (zweieinhalb Jahre nach Einschreibung)

Interpretation des Wertes:

je höher der Score, desto größer sind die funktionellen Einschränkungen des Versicherten

Veränderung des HoNOS-Wertes ist statistisch signifikant.



Zukunft in Deutschland

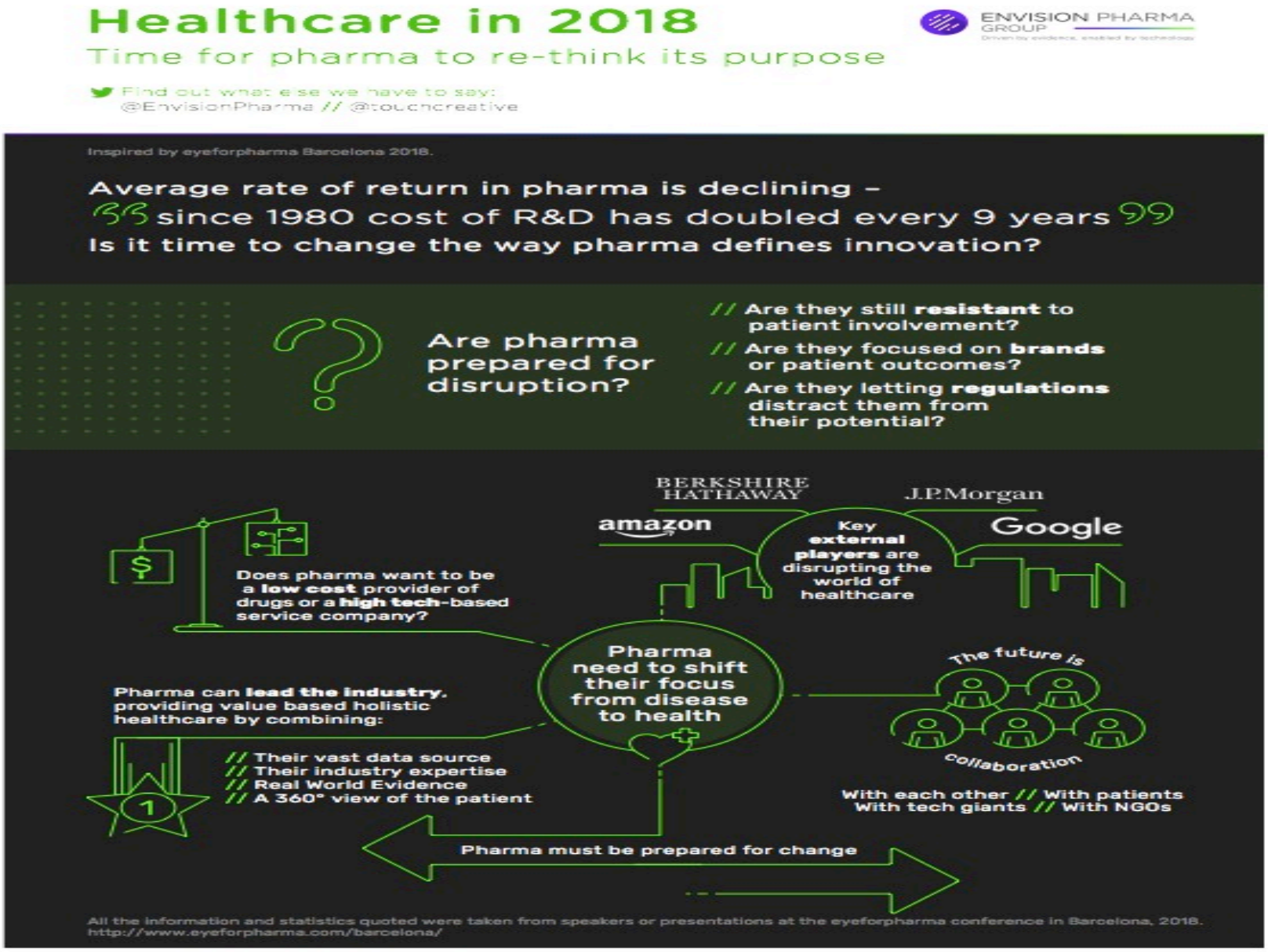
Umsetzung in Deutschland

- Keine angemessene Konversion von Betten im ambulante mobile multiprofessionelle Teams.
- Starker Einfluss (Lobbyarbeit) der Krankenhäuser (DKG) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und Politik.
- 50% der Psychiatrischen Krankenhäuser sind privatisiert. Weitere dienen der Querfinanzierung der Somatik.
- Budgeterhöhung für stationäre Versorgung von 2007 bis 2015 um 32% auf 9.8 Mrd.
- Vergütung von amb. multiprofessionellen Team im SGB V und SGB IX ist zu fordern = „evidenzbasierte Psychiatrie“

Umsetzung in Deutschland

- Die Verträge der Integrierten Versorgung mit gemeindepsychiatrischen Teams werden zunehmend schlechter ausfinanziert.
- Konkurrierende Billiganbieter verhindern Umsetzung von ambulanten multiprofessionellen Teams.
- Es ist vermutlich eine Verlagerung in Krankenhäuser beabsichtigt.
- Stationsersetzende (StÄB) Behandlung ist für die meisten Geschäftsführer von Kliniken unattraktiv.
- Befristete ‚Crisis Resolution Teams' werden nun favorisiert, obwohl sie deutlich weniger wirksam sind als längerfristige Begleitungsteams.

Die Zukunft ?


Healthcare in 2018
Time for pharma to re-think its purpose
Find out what else we have to say:
@EnvisionPharma // @touchcreative
ENVISION PHARMA GROUP
Inspired by eyeforpharma Barcelona 2018.
Average rate of return in pharma is declining –
since 1980 cost of R&D has doubled every 9 years
Is it time to change the way pharma defines innovation?
Are pharma prepared for disruption?
// Are they still resistant to patient involvement?
// Are they focused on brands or patient outcomes?
// Are they letting regulations distract them from their potential?
BERKSHIRE HATHAWAY
J.P.Morgan
amazon
Google
Key external players are disrupting the world of healthcare
Does pharma want to be a low cost provider of drugs or a high tech-based service company?
Pharma need to shift their focus from disease to health
Pharma can lead the industry, providing value based holistic healthcare by combining:
// Their vast data source
// Their industry expertise
// Real World Evidence
// A 360° view of the patient
The future is collaboration
With each other // With patients
With tech giants // With NGOs
Pharma must be prepared for change
All the information and statistics quoted were taken from speakers or presentations at the eyeforpharma conference in Barcelona, 2018.
http://www.eyeforpharma.com/barcelona/

Vielen Dank
für die
Aufmerksamkeit