

Das Modellvorhaben DynaLIVE in der LVR – Klinik Bonn

51. Jahrestagung der Fachgruppe
Psychiatrische Einrichtungen im VKD
Dortmund, den 19.10.2017
Dr. Michael Schormann



Agenda

1. Worum geht es bei dem Modellvorhaben?
2. Bisherige Erfahrungen und Fallbeispiele

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Ziel:

Verbesserung der
Patientenversorgung mit
sektorenübergreifenden
Leistungserbringung,
einschließlich der
psychiatrischen Behandlung im
häuslichen Umfeld.



Zielsetzungen

- ✓ zeitnahe Intervention bei Krisen
- ✓ Verbesserung der Behandlungsqualität durch:
Berücksichtigung des Lebensumfelds
- ✓ Stärkung von „Empowerment“/Selbstwirksamkeit bei den Betroffenen
- ✓ Integration in die ambulanten sozialpsychiatrischen Hilfesysteme

Ziele des Modellvorhabens für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger

- sektorübergreifende Behandlung
- Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen
- Vermeidung von Hospitalisierung und Chronifizierung
- Budgetsicherung für Laufzeit über 8 Jahre

Schnittstellen und Erfolgsfaktoren

Wichtige Schnittstellen:

- Kooperation mit externen Partnern, z. B. Niedergelassene Hausärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Gesundheitsämter
- Therapeutische Dienste
- Qualitätsmanagement

Erfolgsfaktoren:

- Erfolgreiche Schulung der Mitarbeitenden
- Entwicklung eines Therapieausfallkonzeptes
- Patienten- und Anwenderfreundliche Kalender- und Terminplanung

Bei PatientInnen der Modellkassen gibt es **3 mögliche Behandlungsarten**:

1. Übliche vollstationäre Anfangsphase
2. Im Anschluss „stationsintegrierte“ Behandlungsphase:
Patient nimmt von zuhause aus „SUL“ wahr – Änderungen:
Therapieplan wird nach individuellem fachärztlichem Assessment festgelegt
3. Danach ambulante Weiterbehandlung: Beim niedergelassenen FA oder in Ambulanz

Das Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn

alt

30 Tage vollstationäre Versorgung; Vergütung nach PEPP

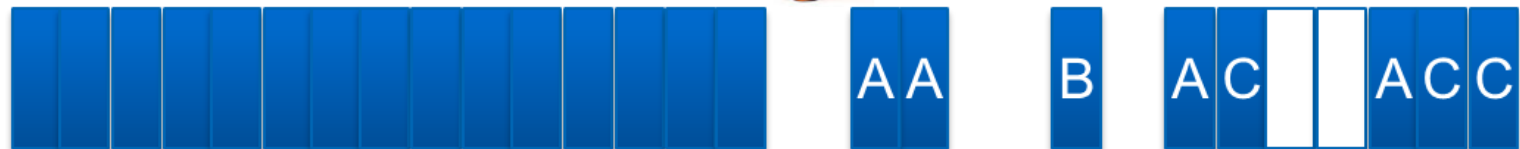


neu

15 Tage stationäre Versorgung;
Vergütung nach PEPP



und x Tage SUL - Leistungen;
Vergütung über diff. Leistungspakete
(Pauschalen)



Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:

Grundsätzliche Anmerkung: Reale Beispiele, zum Zweck der Anonymisierung geringfügige Änderung der lebensgeschichtlichen Daten

- Herr D., 35 Jahre, Diplomgeologe, lebt in Bonn-Zentrum. Depressive Störung im Rahmen Überlastung nach Umzug von Frankreich nach Bonn, seit 3 Jahren Promotionsvorhaben in molekularer Botanik.

Nach 7 Wochen „normaler“ stationärer Behandlung aktuell stationsintegrierte Phase. Fokus auf kognitivem Training zur Heranführung an Fertigstellung seiner Promotion.

Nutzt SUL für berufsgruppenübergreifende Kontakte mit Fokus auf kognitivem Bürotraining.

Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:

- Frau T., 37 Jahre, Sachbearbeiterin in Elternzeit, 2 Söhne 3/5. Lebt in Siegburg. Schwere Suizidversuch mit Pulsaderschnitten i. R. von Überlastung.

Nach 3 Wochen „normaler“ stationärer Behandlung 3 Wochen stationsintegrierte Phase. Kann dadurch besseren Kontakt zur Familie halten unter Vermeidung von erneuter Überforderung.

Nutzt SUL für berufsgruppenübergreifende Kontakte mit Fokus auf angemessenes Aktivitätsniveau, insbesondere Ergotherapie und Bezugspflege.

Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:

- Frau B., 55 Jahre, Archivarin, Angestellte der Stadt Bonn, lebt in Südstadt. Depressive Erkrankung, deshalb Aufnahme in Tagesklinik.

Nach 2 Wochen Beginn stationsintegrierte Phase, zeitgleich Wiedereingliederung nach Hamburger Modell.

Nutzt SUL für regelmäßigen psychotherapeutischen und ärztlichen Kontakt.

Beispiele von PatientInnen mit F3-Diagnose und hohem Funktionsniveau:

- Frau S., 41 Jahre, Schwere depressive Störung vor dem Hintergrund einer PTSD Typ II mit sexuellem Missbrauch. Lebt in Siegburg.

Nach stationärer Aufnahme nach 6 Wochen stationsintegrierte Phase.

Nutzt SUL mit psychotherapeutischem Fokus auf Stabilisierung vor weiterführender ambulanter Psychotherapie als Brückenfunktion.

Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:

- Herr K., 42 Jahre, schwere Schizophrenie mit häufigen Krankenhausaufenthalten und Hospitalisierungstendenz mit brüchiger sozialer Integration.

Daher stationäre Aufnahme, nach 8 Wochen stationsintegrierte Phase.

Nutzt SUL für niederschwellige, höherfrequente berufsgruppenübergreifende Kontakte, die Halt und Struktur geben.

Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:

- Herr T., 55 Jahre, seit 21 Jahren schizoaffektive Psychose. Aufnahme wegen schizomanischer Exazerbation nach Absetzen von Lithium und Aripiprazol.

7 Wochen stationäre Behandlung, aktuell seit 2 Wochen stationsintegrierte Phase mit Ziel der Reintegration in GVP=niederschwellige Werkstatt.

Nutzt SUL zur Stärkung alltagspraktischer Fertigkeiten und Teilnahme an Holz- und Ergotherapie

Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:

- Frau A., 36 Jahre, wiederholte psychotische Phasen. In ambulanter Behandlung in unserer Ambulanz.

Nach psychischer Verschlechterung direkte stationsintegrierte Behandlung über 3 Wochen zur Entaktualisierung und Vermeidung einer stationären Aufnahme.

Beispiele von PatientInnen mit chronischer F2-Diagnose:

- Frau S., 51 Jahre, langjährige schizoaffektive Psychose, Aufnahme nach psychotischer Exazerbation.

Nach 6 Wochen stationsintegrierte Phase zur Enthospitalisierung einschließlich einmal wöchentlichem **Hometreatment** in Meckenheim mit Schwerpunkt auf alltagspraktischen Fähigkeiten

Bisherige Akzeptanz:

ModellpatientInnen:

Positiv

Evaluation:

bisher ca. 100 PatientInnen behandelt
wenige Krisen in stationsintegrierter Phase,
grundsätzlich Krisenübernachtung im Modell möglich
mehr PatientInnen mit F3 u. hohem Funktionsniveau als F2
im Median Dauer 3 Wochen in stationsintegrierter Modellphase
im Durchschnitt 3 Behandlungstage pro Woche

Bisherige Akzeptanz:

Nicht-ModellpatientInnen:	Bisher keine Beeinträchtigung, aber Nachfragen
Mitarbeiter:	Potential des Modellprojekts wird positiv erlebt Hoher Schulungsbedarf negative Belastung
Mehraufwand:	a) Einpflegen in Ambulanz-KIS beim Phasenwechsel b) Doppelte Leistungsdokumentation (im Verlauf + SUL-Ziffer) c) Anwendung des Kalender-planbar-Systems
Konsequenz:	Einsatz MFA zur effizienten Aufgabenverteilung
Externe Kooperationspartner:	Großes Interesse

Aktuelle bedeutsame Aspekte:

1. Intern: Integration der Modellpatienten in bisherige Stationsroutinen
Ziele: Miteinander der PatientInnen ohne Dissonanzen
Anpassung der Krankenhausstrukturen an neue Anforderungen,
zum Beispiel Ruhe- und Begegnungsräume
2. Extern: Gute Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
3. Probleme: Mehraufwand in Bezug auf Verwaltungstätigkeiten
4. Chancen: Patientenorientiertere Behandlung
Vermeidung von Hospitalisierung, Erhalt der sozialen Bindungen

Herzlichen Dank!