

# **Neue Wege der Psychosebehandlung**

---

## **Bedürfnisangepasste Behandlung, offener Dialog und ihre Umsetzung in Deutschland**

Nils Greve

Psychosozialer Trägerverein Solingen

Friedrichshafen, 11./12.03.2010

# Überblick

---

- ❑ Bedürfnisangepasste Behandlung und Offener Dialog: Prinzipien, skandinavische Projekte, Evaluationsstudien
- ❑ Besonderheiten im Vergleich zu unserer Standardbehandlung
- ❑ Bedürfnisangepasste Behandlung in Deutschland: Implementation, Stand der Dinge

# Bedürfnisangepasste Behandlung

---

- Akut- und Langzeitbehandlung von Psychosen (v. a. Ersterkrankter)
- im Rahmen des Standard-Versorgungssystems, die
- so weit wie möglich ambulant stattfindet,
- das soziale Umfeld der Patienten konsequent einbezieht und
- ausgehend von einer Krisenperspektive
- sehr stark psychotherapeutisch arbeitet.

# Skandinavische Projekte - 1

---

## **Turku** (Alanen/Lehtinen)

- 1980-er Jahre
- Behandlung für ersterkrankte schizophrene Patienten im gemeindepsychiatrischen Setting
- Finnischer Beitrag zum skandinavischen Frühbehandlungsprojekt für schizophrene Patienten (NIPS)

### Elemente:

- Therapieversammlungen
- Familientherapie
- Psychodynamische Einzeltherapie
- Umfassende Aus- und Weiterbildung

# Skandinavische Projekte - 2

---

## **West-Lapland** (Seikkula u. a.)

- Zusätzliches Element „Offener Dialog“
- 1984: Therapieversammlungen außerhalb systemischer Familientherapie (im Krankenhaus)
- 1987: Bildung fallspezifischer Teams
- 1990: mobile Psychoseteams

### Prinzipien:

- Soforthilfe
- Orientierung am sozialen Netzwerk
- Flexibilität und Mobilität
- Verantwortung
- Kontinuität der psychologischen Betreuung ( $\geq 5$  Jahre)
- Psychose = Bewältigungsstrategie
- Dialogismus
- Ertragen von Unsicherheit und offenen Fragen

# Skandinavische Projekte - 3

---

## **Parachute** (Cullberg u. a.)

- ❑ Multizentrische Studie (1/5 der Bevölkerung Schwedens), 90-er Jahre, Laufzeit 5 Jahre
- ❑ Ziel: Verbesserung der Versorgung ersterkrankter schizophrener Patienten

### Besonderheiten:

- ❑ Frühintervention (< 24 h, aufsuchend), Niedrigschwelligkeit
- ❑ Psychodynamische oder kognitive) Psychotherapie
- ❑ Systemische Familienarbeit
- ❑ Behandlungskontinuität ( $\geq$  5 Jahre)
- ❑ Optimale, möglichst niedrig dosierte Neuroleptika-Behandlung
- ❑ Spezielle stationäre Versorgung: Krisenwohnung mit Betreuung rund um die Uhr (Soteria-Elemente)
- ❑ Vermeidung langfristiger Beeinträchtigung durch Unterstützung der Patienten Richtung Wohnen und Arbeiten

# Bedürfnisangepasste Behandlung und Offener Dialog: Grundprinzipien

---

- Sofort reagieren
- Das soziale Netzwerk einbeziehen
- Sich flexibel auf Bedürfnisse einstellen
- Gemeinsam Verantwortung übernehmen
- Psychologische Kontinuität gewährleisten
- Krisen- statt Krankheitsperspektive
- Unsicherheit tolerieren
- Dialogik – „gemeinsames Erstaunen“

# Evaluationsstudien – 1

---

- ❑ Halbierung der Krankenhaustage und besserer Outcome durch Hinzunahme der systemischen Familientherapie (Turku)
- ❑ Mittelwerte Krankenhaustage/Patient x Jahr in Parachute:  
22 (Experimentalgruppe)  
42 (historische Gruppe)  
60 (prospektive Gruppe)
- ❑ API (Lehtinen, Finnland, multizentrisch, 2-Jahres-Katamnese):  
ca. 40 % ohne NL in der Experimentalgruppe  
bei leicht überlegenem Outcome gegenüber Kontrollgruppe
- ❑ Sinkende Inzidenz von Schizophrenie-Erstdiagnosen: von 35 auf 7/100.000 Einwohner x Jahr innerhalb von 10 Jahren (West-Lappland)
- ❑ Signifikante Befundverbesserung (GAF nach 12 Monaten) durch Krisenwohnung gegenüber herkömmlicher Klinik (Parachute)
- ❑ DUP ca. 4 Monate (API – Finnland)

## Evaluationsstudien – 2

	<b>API 4/92 -12/93</b> N=34	<b>OD 1/94 -12/97</b> N=46	
<b>DUP</b>	<b>4,2 Monate</b>	<b>3,3 Monate</b>	s
Therapieabbruch	18 %	5 %	s
<b>Hospitalisierung</b>	<b>42 Tage</b>	<b>17 Tage</b>	s
<b>Rückfälle (1 und mehrere)</b>	<b>39 %</b>	<b>29 %</b>	ns
<b>Neuroleptika</b>	nach 5 Jahren: 24 % insgesamt: 39 %	nach 5 Jahren: 17% insgesamt: 29 %	ns
Keine Residualsymptome	76 %	82 %	ns
In Arbeit o. Studium	70 %	76 %	ns
arbeitslos	12 %	13 %	ns
Disability allowance	27 %	14 %	ns
Individualtherapie	42 %	46 %	ns
<b>Therapieversammlungen</b>	<b>37 mal</b>	<b>24 mal</b>	ns

(5-Jahres-Katamnesen ersterkrankter schizophrener Patienten)

## Evaluationsstudien – 3

---

- insgesamt geringere psychotische **Symptome**
- mehr vollständige **Remissionen**
- Symptomfreiheit** beim überwiegenden Teil (bis zu **80%** nach 5 Jahren)
- Verkürzung** und **Verringerung stationärer** Behandlungen
- seltenere **Therapieabbrüche** (15% - 5% über 5 Jahre)
- bessere psychosoziale Funktionsfähigkeit
- ein höherer Anteil in voller **Erwerbsfähigkeit**
- Neuroleptikafreiheit** bei 40 bis 70 % der Patienten
- erheblich reduzierte Dosierungen
- 60% der Behandlungen nach 2 Jahren abgeschlossen

# **Besonderheiten im Vergleich zu unserer Standardbehandlung**

---

- Mobil-modulförmige Organisation
- Psychotherapeutische Grundhaltung (und Module)
- Systemische Kommunikation
- Integrierte rationale Pharmakotherapie

# Mobil-modulförmige Organisation

---

- ❑ Mobile Kleinteams im Kern aller Hilfen, Funktion  $\approx$  Assertive Community Treatment
- ❑ Modulförmige Organisation der übrigen Hilfen darum herum
- ❑ Verbund aller (wesentlichen) Hilfearten
- ❑ Krisenbetten

# Psychotherapeutische Grundhaltung und Hilfeformen

---

- ❑ Krisenperspektive
- ❑ Verstehen von Problemen, Anlässen, Auslösern
- ❑ Schwerpunkt auf psychotherapeutischen Modulen (psychodynamisch, kognitiv-verhaltenstherapeutisch, systemisch)

# Systemische Kommunikation

---

- ❑ Therapieversammlungen im Kern der Hilfen
- ❑ Offener Dialog (u. ä.)
- ❑ Systembezogene Therapie- und Beratungsmodule

# Integrierte rationale Pharmakotherapie

---

- ❑ Nachrangigkeit der Pharmakotherapie als eingebettetes Modul
- ❑ Initiale Neuroleptika-Karenz
- ❑ Geringere Dosierungen in der Akutbehandlung
- ❑ Eingeschränkte Indikation für Langzeit-Neuroleptik

# Bedürfnisangepasste Behandlung versus „Frühintervention“

---

- ❑ Traumatisierung durch das psychiatrische Hilfesystem
- => Prävention und Frühintervention
- ❑ „Prodromalsymptome“ versus „psychosoziale Krise“
- ❑ Praxistauglichkeit
- ❑ Wie spezifisch ist bedürfnisangepasste Behandlung?

# Einführung bedürfnisangepasster Behandlung in Deutschland

---

Maßnahmen auf mehreren Ebenen:

- Institutionen (Leistungserbringer)
- Finanzierung
- Fortbildung
- Fallarbeit
- Evaluation
- Bisherige Ansätze

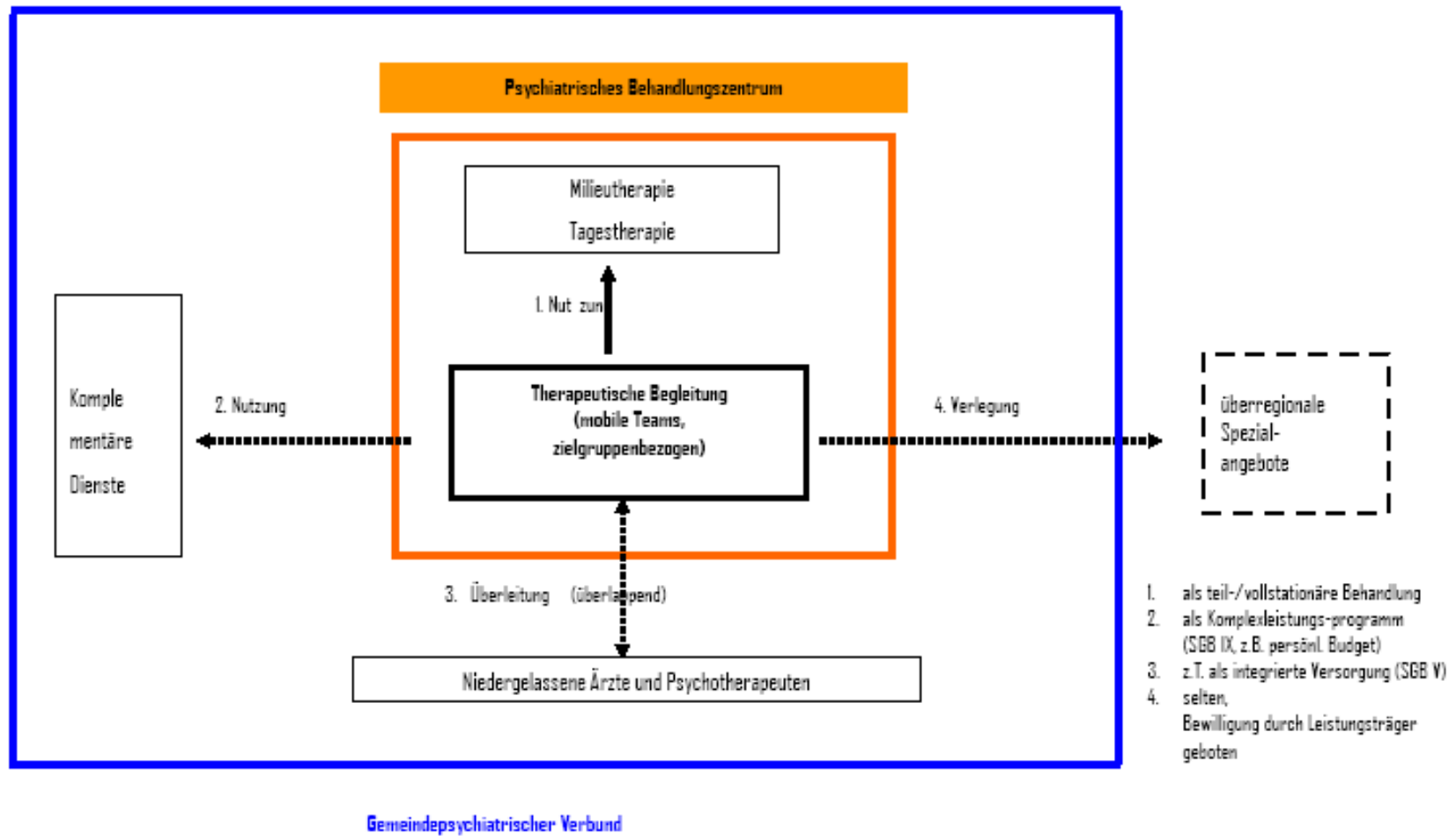
# Struktur (Leistungserbringer)

---

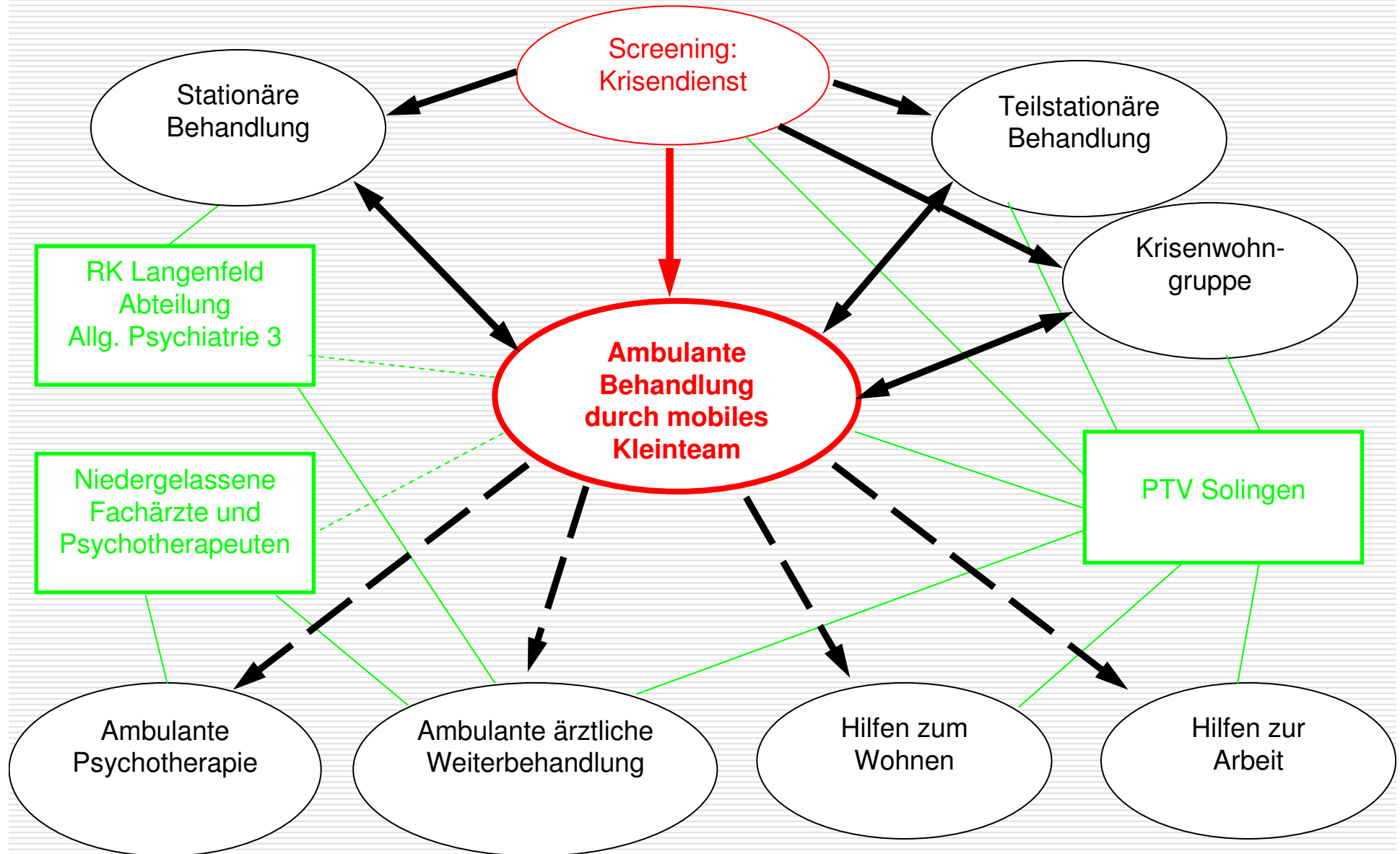
- ❑ Regionalbezug aller Institutionen (für Kliniken: Sektorisierung), daneben ggf. Spezialeinheiten als ergänzende Module
- ❑ Gemeindepsychiatrischer Verbund
- ❑ Integration stationär/teilstationär/ambulant
- ❑ Modul- statt Paket-Struktur der Hilfen
- ❑ (Gemeinsame) fallbezogene oder feste mobile Kleinteams , Setting-übergreifend
- ❑ Erreichbarkeit rund um die Uhr (Krisendienst, Krisenbetten)

(7)

## Integriertes regionales Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen



# Bedürfnisangepasste Behandlung psychischer Erkrankungen in Solingen



# Finanzierung

---

- Kostendeckung für intensive ambulante Behandlung
  - „Bayerische Institutsambulanz“
  - Home Treatment
  - „Tagesklinik“?
- Integrative, SV-Sparten übergreifende Finanzierung
  - Integrierte Versorgung
  - Regionalbudget
  - Persönliches Budget
- Geeignete „Verrechnungsgrößen“
  - Fachleistungsstunden
  - Tagessätze
  - Jahrespauschalen
- Integration in die Regelversorgung (Bettenabbau?)

# Fortbildung

---

## Organisation:

- Gemeinsame (institutionsübergreifende) Fortbildungen für alle Mitarbeiter aller beteiligten Institutionen

## Inhalte:

- Psychotherapeutische Grundhaltung, Krisen- statt Krankheitsverständnis (z. B. für Psychosen)
- Therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung, Systemtheorie etc.)
- Therapeutische Gesprächsführung (insbesondere systemische Gesprächsformen, Offener Dialog)

# Fallarbeit

---

- Therapieversammlungen
- „Teamkultur“ in den Kleinteams (feste vs. fallbezogene)
- Vernetzung mit den Modulen auf Fallebene
- Supervision

# Ansätze in Deutschland (1)

## Modellhafte Institutionen

---

- „Home Treatment“: Frankfurt/Main, Krefeld, Günzburg (dort mit systemischer Weiterbildung), Hamburg (UKE), Detmold, Geesthacht, Nauen, Solingen, ...
- Soteria: Zwiefalten, München-Haar
- Stationen mit Soteria-Elementen: diverse Kliniken
- Krisenwohnungen: Solingen, Bremen, Berlin

## Ansätze in Deutschland (2)

### Modellhafte Finanzierungen

---

- „Integrierte Versorgung“: Hamburg, Berlin, Bremen, Kiel, ...
- Regionale Gesamtbudgets für Krankenhausbehandlung (z. B. Itzehoe) oder für Eingliederungshilfe (z. B. Rostock)
- Trägerübergreifendes Persönliches Budget

## Ansätze in Deutschland (3) Fokus „Beziehungsarbeit“

---

- ❑ Gelsenkirchen: Therapie mit Ersterkrankten
- ❑ Nauen, Solingen/Langenfeld, Detmold, Hamburg u.a.: Mitarbeiter-Weiterbildung
- ❑ Paderborn, Gummersbach, Wunstorf: systemische Akutstationen (SYMPA)
- ❑ Stuttgart, Hamburg und Altenburg: SPZA mit systemisch-therapeutischer Ausrichtung
- ❑ DGSP: Fortbildung „Psychotherapeutische Grundhaltung“

u. a.

---

# Ausblick

---

- Wächst zusammen, was zusammen gehört?
  - Psychotherapie und Psychiatrie
  - Klinik- und Gemeindepsychiatrie
  - Psychiatrie und Gemeinde
  
- Bundesweites Netzwerk

# Literatur

---

- Volkmar Aderhold u. a. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. Psychosozial Verlag Gießen 2003
- Jaakko Seikkula und Tom Erik Arnkil: Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Paranus Verlag Neumünster 2007
- Johan Cullberg: Therapie der Psychosen. Ein integrativer Ansatz. Psychiatrie Verlag Bonn 2008

---

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[nils.greve@ptv-solingen.de](mailto:nils.greve@ptv-solingen.de)