Kooperation durch Veränderung
– Veränderung durch Kooperation
Vortrag 9. Februar 2006 in Cloppenburg

Gliederung

1. PSK Bergisch Gladbach: Entwicklung und aktueller Stand
2. Versorgungsregion
3. Kooperation konkret
4. Aktuelle Herausforderungen: Chancen und Grenzen

Zu 1) PSK Bergisch Gladbach

- Aktueller Stand
- Entwicklung
- Zwischenfazit

Aktueller Stand

Psychiatrische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen mit Versorgungsverpflichtung

- 3 stationäre Abteilungen:
  Qualifizierte Akutbehandlung Drogen (42 Betten)
  Med. Reha Drogen (40 Betten, davon 10 für integrierte adaptive Phase)
  Med. Reha Alkohol/Medikamente (40 Betten)
  sowie
  Institutsambulanz und Substitution
  Komplementärer Bereich (aufsuchendes Betreutes Wohnen)

Entwicklung

- 1980: Fachklinik für med. Reha (A./M.)
- 1981: Zweite Abteilung – med. Reha Drogen
- 1990: Dritte Abteilung – qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger (1 .Station in Nordrhein)
- 1994 2. Station qualifizierte Akutbehandlung Drogen
- 01.04.1994 Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung für Drogenabhängige im Versorgungsgebiet (Stadtteile Kölns, Rhein.-Berg. Kreis)
- 1995: 3. Station qualifizierte Akutbehandlung Drogen
- 1996: Aufsuchendes Betreutes Wohnen für Rhein.-Berg. Kreis
- 1997: Aufsuchendes BeWo für Köln
- 1998: Institutsambulanz
- 1999: Antrag auf 20 Betten für qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholabhängige mit psychiatrischer Pflichtversorgung
- 2000: Antrag auf soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige mit psychiatrischer Comorbidität

Zwischenfazit
- Psychiatrische Pflichtversorgung und Projekt „Behandlung Sofort“ ⇨ deutliche Zunahme psychiatrisch comorbider Patienten
- Probleme, diese Patienten nach Abschluss der qualifizierten Akutbehandlung weiterzuvermitteln
- Veränderung und Weiterentwicklung der eigenen Konzepte:
  - Integration dieser Patienten in eigene med. Reha (bei Drogen– und Alkoholabhängigen)
  - Aufsuchendes Betreutes Wohnen für diese Zielgruppe
  - Institutsambulanz inklusive Substitutionsbehandlung (persönliche Ermächtigung)
  - Antrag auf Wohnheim für diese Zielgruppe

Zu 2) Versorgungsregion

Köln: Zwei Verbundsysteme der Drogenhilfe (zwei Träger):
- Notschlafstelle
- Kontaktcafe
- Substitutionsambulanz
- Beratungsstelle
- Ambulante medizinische Reha (LZT)
- Stationäre medizinische Reha (LZT)
- Adaption
- Betreutes Wohnen
- Arbeitsangebote etc.

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach:
- Ambulanz inklusive Substitutionsbehandlung
- Qualifizierte Akutbehandlung/Entzug (drei Stationen)
- Stationäre medizinische Reha (LZT) mit integrierter Adaptionsphase
- Aufsuchendes betreutes Wohnen
  (geplant: Soziotherapeutisches Heim für Drogenabhängige mit Mehrfachschädigung und/oder psychiatrischer Comorbidität)

Hausärzte:
- Substitution

Zwei Akutkliniken:
- Qualifizierte Akutbehandlung/Entzug (zwei Stationen), eine Ambulanz

Rheinisch-Bergischer Kreis

Zwei Beratungsstellen mit
- Kontaktcafe
- Beratungsstelle
- Ambulante medizinische Reha (LZT)
- Betreutes Wohnen
- Arbeitsangebote etc.

Hausärzte:
- Substitution

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach:
- Ambulanz inklusive Substitutionsbehandlung
- Qualifizierte Akutbehandlung/Entzug (drei Stationen)
- Stationäre medizinische Reha (LZT) mit integrierter Adaptionsphase
- Aufsuchendes betreutes Wohnen
  (geplant: Soziotherapeutisches Heim für Drogenabhängige mit Mehrfachschädigung und/oder psychiatrischer Comorbidität)

Zu 3) Kooperation konkret
- Seit 1990 Eröffnung der 1. Station qualifizierte Akutbehandlung Drogen in Nordrhein (hochschwellig, überregional)
- Seit 1994/95 Pflichtversorgung, Vergrößerung der Bettenkapazität und „Behandlung Sofort“

Irritationen im Hilfesystem durch Weiterentwicklung der PSK
- → Enorme Intensivierung der Arbeitskontakte in der Region
- → Niederschwelliger Behandlungsansatz
- → Irritationen im Hilfesystem durch Weiterentwicklung der PSK
  Z. B. aufsuchendes Betreutes Wohnen – Ergänzung oder bedrohliche Konkurrenz?
  Sinnvolle Hilfe oder coabhängiger Ansatz?
  Institutsambulanz – Ergänzung oder bedrohliche Konkurrenz?
- → Klärung erfordert Kontakt und Kommunikation
  Aufsuchendes Betreutes Wohnen – offene Konzeptdiskussion mit Drogenhilfe
  Ziel: Kooperation durch Vernetzung in der Vielfalt

Z. B. Soziotherapeutisches Wohnheim – Zuständigkeit der Drogenhilfe
- ⇨ Soziotherapeutisches Wohnheim für psychiatrisch comorbide Drogenabhängige – Zuständigkeit: PSK
- ⇨ Ambulante Betreuung – v. a. Drogenhilfe (außerdem ASD, Bewährungshilfe, Ambulanz)
- ⇨ Ambulante Behandlung psychiatrisch comorbider und/oder chronisch mehrfachgeschädigter Suchtkranker - Institutsambulanz, z. T. in Kooperation mit der Drogen-/Suchthilfe

Stand heute (2006)
Gemeinsame Diskussion über Zustand des Hilfesystems in Kooperation mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung
Beispiele für Kooperationspartner:
- Drogenhilfe
- Allgemeinpsychiatrische Abteilung an Allgemeinkrankenhaus
- Somatische Abteilung an (anderem) Allgemeinkrankenhaus (Konsile durch PSK)
- Niedergelassene Ärzte
- Bewährungshilfe
- Komplementäre Einrichtungen

Zu 4) Aktuelle Herausforderungen: Chancen und Grenzen
Intern:
Integration der psychiatrisch comorbiden Patienten in die Gesamtgruppe erfordert elastischen Umgang mit Spannungen und Widerstand
- → bei Patienten und Mitarbeitern
- → u. a. Schulung in MI

- Integration vor Selektion: Eine therapeutische Grundhaltung
  Gemeinsames Behandlungskonzept für alle Patienten (der Abteilung)
  mit Berücksichtigung individueller Unterschiede
  - ➔ Offener Umgang in der Patientengruppe, d.h.:
  - ➔ Keine Dauerbefreiung von z.B. milieutherapeutischen Aufgaben, sondern offenes und offensives Abwägen zwischen verbindlichen Regeln und Rahmenbedingungen und individueller Situation des Einzelnen
    Ziel: Kommunikation statt Tabu
- Auswirkungen im therapeutischen Alltag
  Bedeutung von Setting:
  Z.B. Akutstationen (Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger)
  - ➔ Psychopathologisches Entzugssyndrom mit ausgeprägten Ambivalenzkonflikten (individuell und in der Gruppe)
    ▪Latentes Risiko der Eskalation
    ▪Bedeutung der Bezugspersonenarbeit und eines offenen Umgangs mit Spannungen und Konflikten

Z. B. Med. Reha Drogen

➔ *Voraussetzung:*
▪Perspektive vor Behandlungsbeginn (Besonderheit: Reha-Start unter Substitution möglich)
▪Compliance
▪Vorrang/Gleichrangigkeit der Sucht als Kernthema
▪Mäßige Beeinträchtigung durch Psychose im Alltag

➔ ▪Integration in das komplette Therapieprogramm
▪Fortsetzung der psychopharmakologischen Behandlung
▪Zusätzliche psychoedukative Angebote („Realitätstraining“)
▪Individuelle Rückzugsmöglichkeiten
▪Thematisieren im Einzel- und Gruppensetting

Konfliktfälle:

▪Individualisierung: Unterschiedliche Maßstäbe für z. B. psychotische und andere Patienten je nach Einzelfall
▪Minussymptomatik (z. B. Pünktlichkeit)
▪Affektstabilität
▪Akzeptanz bei Rückzugstendenzen
▪Aushalten von Spannungen und Konflikten in dissozial geprägtem Milieu

Zielgruppe:
Integration psychiatrisch comorbider Patienten erfordert
▪soziale Kompetenz (Rücksichtnahme) seitens der Mitpatienten und Mitarbeiter
▪Differenzierung und Individualisierung
▪Transparenz im therapeutischen Alltag

Problem:
Zusätzliche Integration dissozialer Patienten wegen Neigung zu offensivem, oft aggressivem und konfrontativem Auftreten
Folge:
U. U. massive psychische Belastung für psychiatrisch comorbide Patienten bis zur Dekompensation

Innere Rahmenbedingungen:

- Schulung der Mitarbeiter in Sucht- und Allgemeinpsychiatrie
- Entwicklung therapeutischer Instrumente zur
- Integration unterschiedlicher Patientengruppen
- Thematisierung und u. U. Klärung von Ambivalenzkonflikten mit soweit wie möglich nichtkonfrontativem und zugleich eindeutig klarem therapeutischem Vorgehen
- Mitverantwortung der Patienten

➔ MOTIVATIONAL INTERVIEWING als therapeutische Haltung im Alltag

- Konsequente Durchführung und Sicherstellung medikamentöser inklusive psychopharmakologischer Behandlung (u. a. Atypika, Depot-NL)

Äußere Rahmenbedingungen:

- Stellenplan: Ist und Soll
- Kostendruck, Personalabbau und u. U. Existenzangst
- Fort- und Weiterbildung
- Innere und äußere Vernetzung der Institution
- Realisierbare Anschlusslösungen
- Kommunikation auch mit Kosten- und Leistungsträgern

Bedeutung von Schnittstellen:
Intensive, konkrete und (auch) während der stationären Behandlung fortgesetzte Kooperation zwischen vor- und/oder nachbehandelnden (bzw. betreuenden) Institutionen und Personen

Behandlungsperspektive:
Bereits bei Behandlungsbeginn Planung der konkreten Nachsorge mit Einbeziehung des Patienten und Kontaktaufnahme mit der zuständigen Institution

- *Voraussetzung:* Offene Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen der Sucht- (und Drogen-)hilfe, Allgemeinpsychiatrie, Jugendhilfe etc.

Therapeutische Haltung:
Integration vor Spezialisierung, aktive Einbeziehung der Patienten zur Übernahme von Eigenverantwortung entsprechend ihren Ressourcen, Störungen und konkreten Möglichkeiten D. h. mit dem Patienten statt ohne oder gegen ihn im Rahmen der eigenen therapeutischen (konzeptionellen?) Möglichkeiten

Behandlungskonzept und -setting:
Individueller Umgang z. B. mit Rückzugsbedarf und wenig konfrontativ geprägter Alltag

➔ MOTIVATIONAL INTERVIEWING als grundlegende therapeutische Haltung aller Mitarbeiter

Arbeitsatmosphäre:
Ausreichende Stellenbesetzung, Schulung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterebenen (CA, OA, PDL etc.) in MI, Sucht- und Allgemeinpsychiatrie und angrenzenden Gebieten (z.B. sozial- und ausländerrechtliche Fragen), Supervisionen

Anschlusslösungen:
Frühzeitige Klärung weiteren Hilfebedarfs, benötigter, bestehender und fehlender sinnvoller Anschlusslösungen. Einbeziehung der Institutionen des regionalen Netzwerks (z.B. bei fehlendem soziotherapeutischem Wohnheim: Wer ist zuständig für Konzept, Trägerschaft, weitere Unterstützung?)

- Sicherstellung langfristiger Unterstützung inkl. medikamentöser Behandlung und deren Fortsetzung
- Integration birgt Chancen und hat Grenzen. Beide Aspekte sind zu beachten. Entscheidend ist vor allem die eigene Haltung. Wir streben Integration vor Selektion an bei eigener Weiterqualifizierung (i. S. v. Spezialisierung) unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen und Grenzen(bei Patienten, Mitarbeitern, Träger, Netzwerk vor Ort etc.)

Suche nach adäquaten ASL (Wohnheime, Arbeitsplätze u.a.)
Schwierig: Z. B. eigenes Wohnheim– Grundstück erst 2006 akzeptiert
Hartz IV, zwei Regionen im Versorgungsgebiet (Köln und Rhein.-Berg. Kreis)

→ Unterschiedliche Strategie der Kommunen – unterschiedliche Strategie der Drogenhilfe
→ PSK: Hat gemeinsames Vorgehen mit Drogenhilfe in beiden Regionen initiiert

Kostendruck:

- Wiederaufnahmen auch wegen fehlender alltagsnaher Hilfen
- Nachfragen seitens der GKV / MDK
- Ringen um ausreichende Behandlungszeit

Fachliche Probleme:
Integration möglich, sofern Störungen durch z. B. chronifizierte oder akute Psychose nicht stark dominierend

→ D. h. z.T. Verlegung unvermeidbar - Perspektive für Patienten sicherstellen auch in diesen Fällen

Ziel:
Kooperation statt Abgrenzung und Ausgrenzung der schwierigsten Fälle

→ Vorraussetzung: Alle Beteiligten sind betroffen und profitieren zumindest langfristig

Dr. med. Thomas Kuhlmann
Chefarzt
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach
Tel.: 02202/206-173
Fax: 02202/206-182
Email: thkuhlmann@psk-bg.de