
Die Berliner Krisenpension

Auswertung nach 23 Monaten

(Sep. 2005 – Jul. 2007)

Luciana Degano Kieser

17.06.08

Wie kommen die Klienten in die Krisenpension?

- n Eigene Initiative
 - q Selbsthilfeinitiativen
 - q Mundpropaganda
 - q Bezirkliche Strukturen (Ämter, SPsD, Träger des komplementären Bereichs)
- n Empfehlung des Arztes/Therapeuten
- n Empfehlung der Klinik
- n Bei vorliegendem Einverständnis kann das Team der Krisenpension mit dem Patienten auch außerhalb der Krisenpension Kontakt aufnehmen

Aufnahme- und Ausschlusskriterien

n Aufnahmekriterien

- q Vermeidung/Verkürzung von Krankenhausaufenthalt
- q Vernetzung (Arzt, Therapeut, etc.)
- q keine parallele / doppelte Hilfen

n Ausschlusskriterien

- q Primäre Suchterkrankung
- q Organische Psychosen
- q Akute Fremd- und Selbstgefährdung

Aufnahmeverfahren: Assessment

n **Erstgespräch:** wird von Mitarbeitern (Profi und ein Laienhelfer) durchgeführt

- q Problemdefinition
- q Erwartungen
- q Ausschlusskriterien

n **Aufnahmegespräch**

- q mit dem Arzt/ Leitung
- q Vernetzung/ evt. Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt
- q Zielsetzung und Vereinbarungen
- q Begleitungsplan
- q Unterschrift des Vertrages und der Hausordnung

Schwerpunkte der Begleitung

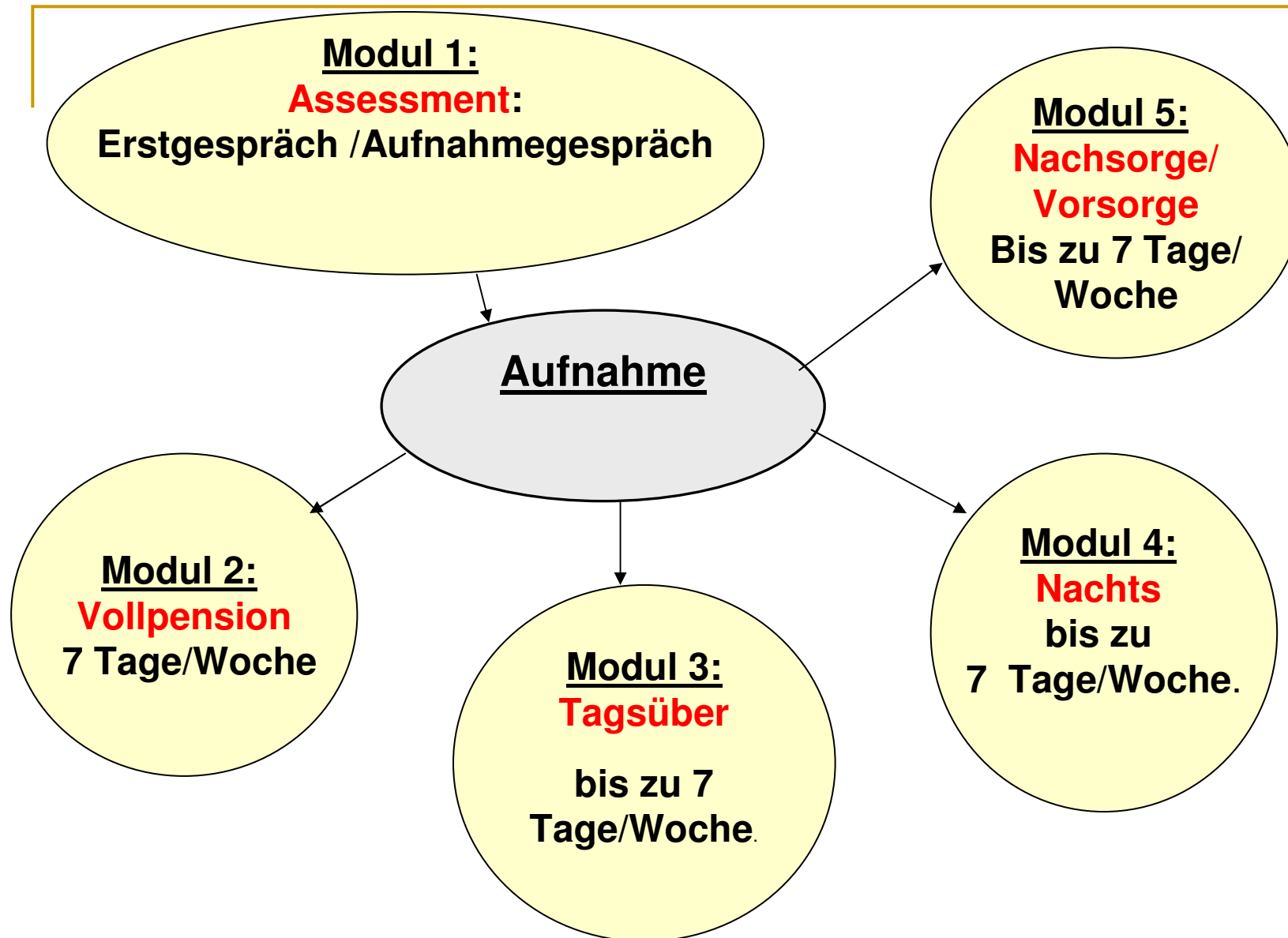
- n Trialogische Konzeptentwicklung
- n Personenbezogener Ansatz
- n Individueller Begleitungs- und Behandlungsplan
- n Regelmäßige Auswertungstreffen
- n Bedürfnisangepasste Begleitung durch ein trialogisch besetztes Begleitungs- und Behandlungsteam (*Laienhelfer/ Experte durch Erfahrung/ Familienangehörige/ Soziotherapeuten Ergotherapeuten/ Krankenpflegepersonal/ Psychologen/ Fachärzte/ Sozialarbeiter*)
- n Bezugpersonensystem
- n Vernetzung mit dem Hilfesystem
- n Intensive Begleitung in der Pension, bis zu 1:1 rund um die Uhr; Begleitung in die häuslichen Umgebung (zum Arzt, nach Hause, usw.), Hausbesuche
- n Nachsorge- und Vorsorgeprogramme

Die Bausteine

- n Multiprofessionelles Team
- n Keine ideologische Verankerung an einem einzigen Erklärungsmodell der Krankheit
- n Ressourcenorientierung
- n Schulenübergreifende, psychotherapeutische Ansätze
- n Personelle Kontinuität und hohes Maß an Flexibilität in der Begleitung (Bezugspersonensystem)
- n Individuell abgestimmte Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten
- n Wertschätzung und partnerschaftlicher Umgang
- n Dialog und Beteiligung der „Psychiatrie-Erfahrenen“ und der Angehörigen in allen Bereichen
- n Vernetzung
- n work in progress

Auslastung

- n 7 Betten
- n Das „weiche“ Zimmer
- n Ambulante Plätze: 8 bis ca.15
- n Eine kleine Gruppe von Gästen benötigt eine länger dauernde Anbindung mit kurzen Aufenthalten und häufigen Hausbesuchen



Qualitätssicherung

- n Quantitative und qualitative Erhebungen
- n Dokumentation (Basisdokumentation, Verlaufsdokumentation, Dienstbuch, Leistungen)
- n Dialog, aktive Teilnahme der Betroffenen und Angehörigen
- n Leitlinien
 - q Abläufe
 - q Dokumentation
 - q Begleitung
- n Supervision
- n Fortbildung
 - q Ex-in – Kurs (DPW)
 - q Weiterbildung
 - q „Erste-Hilfe“ Kurse

Auswertung der ersten 23 Monate

(Sep. 2005 – Jul. 2007)

n 165 Gäste

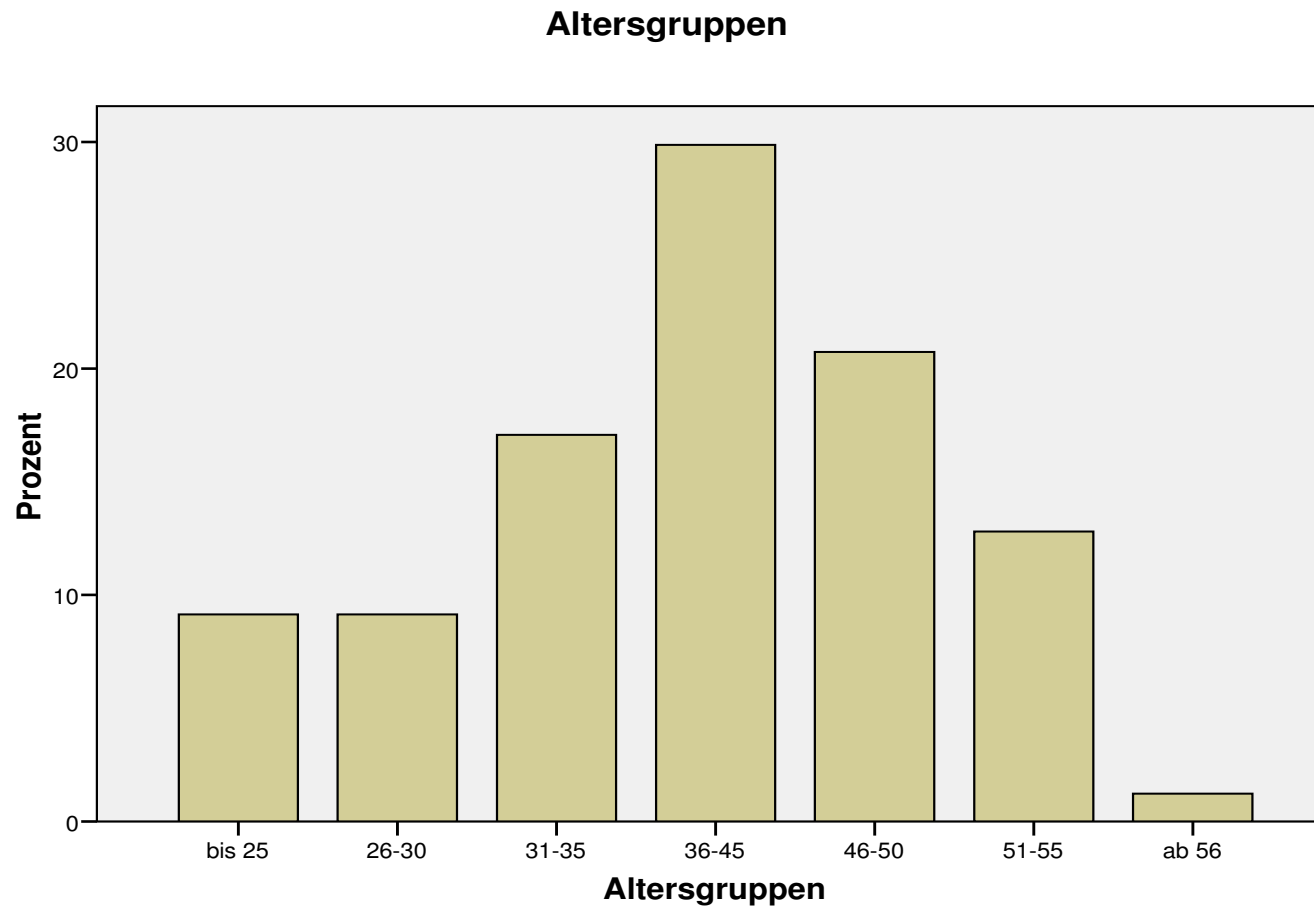
n 463 telefonische Erstkontakte

n 332 Erstgespräche

Die Gäste

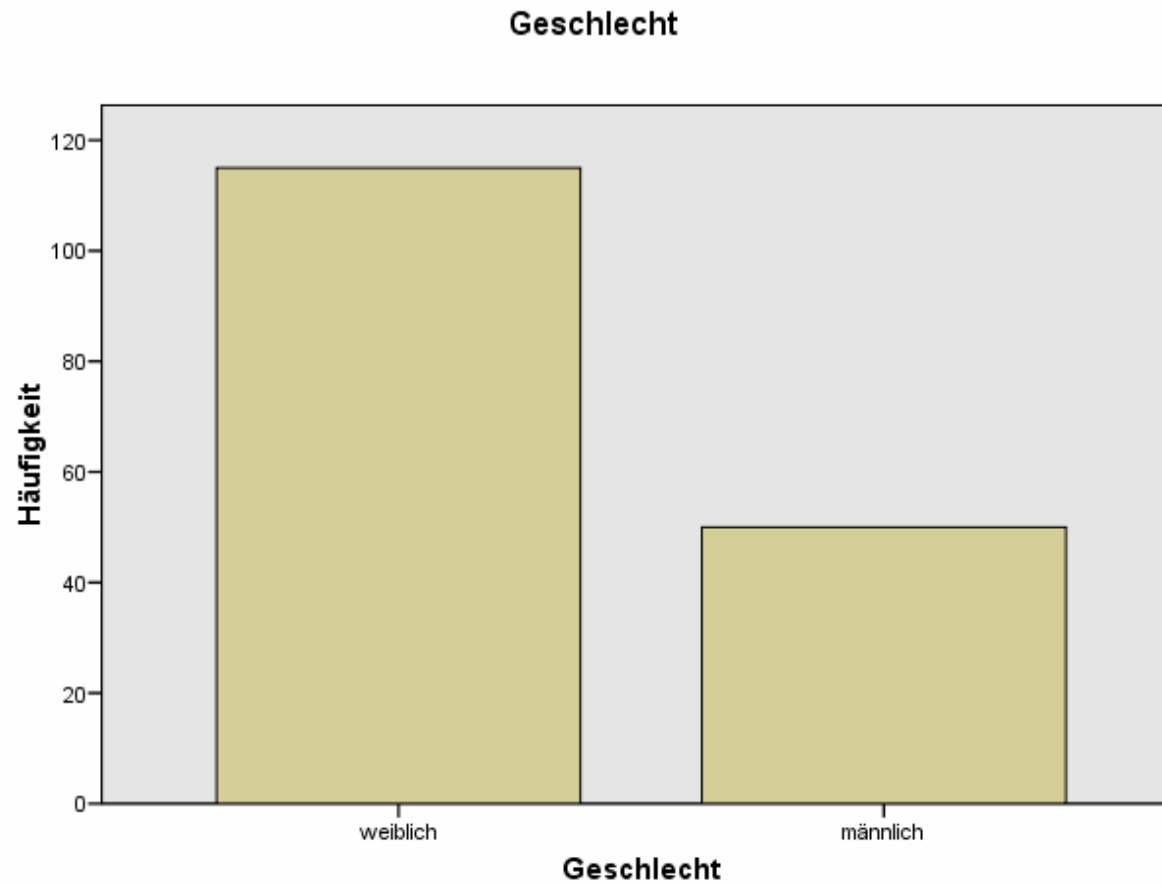
Alter: Mittelwert 41,2 Jahre

n = 165



Geschlecht

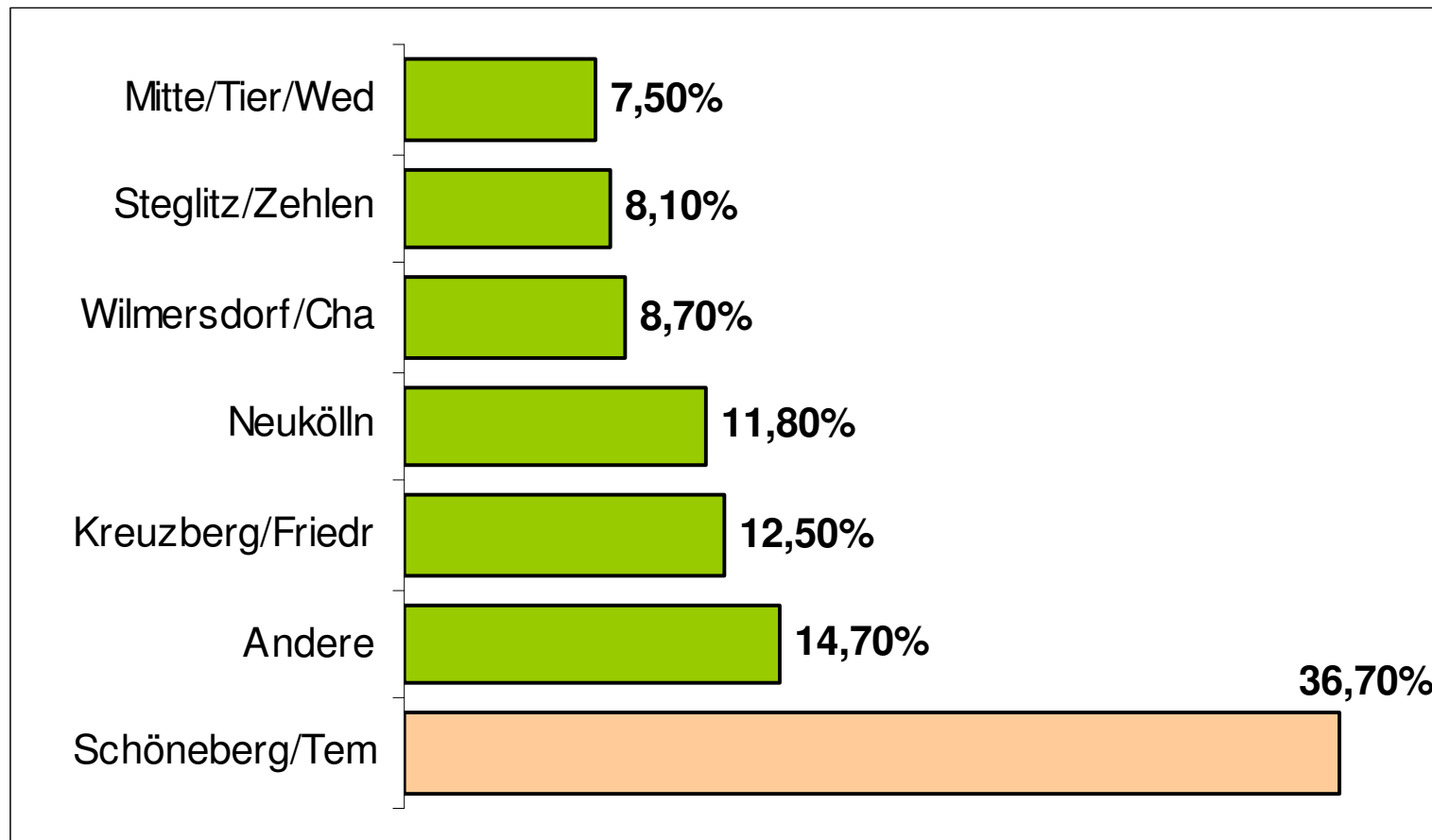
n = 165 (männlich = 30%, weiblich = 70%)



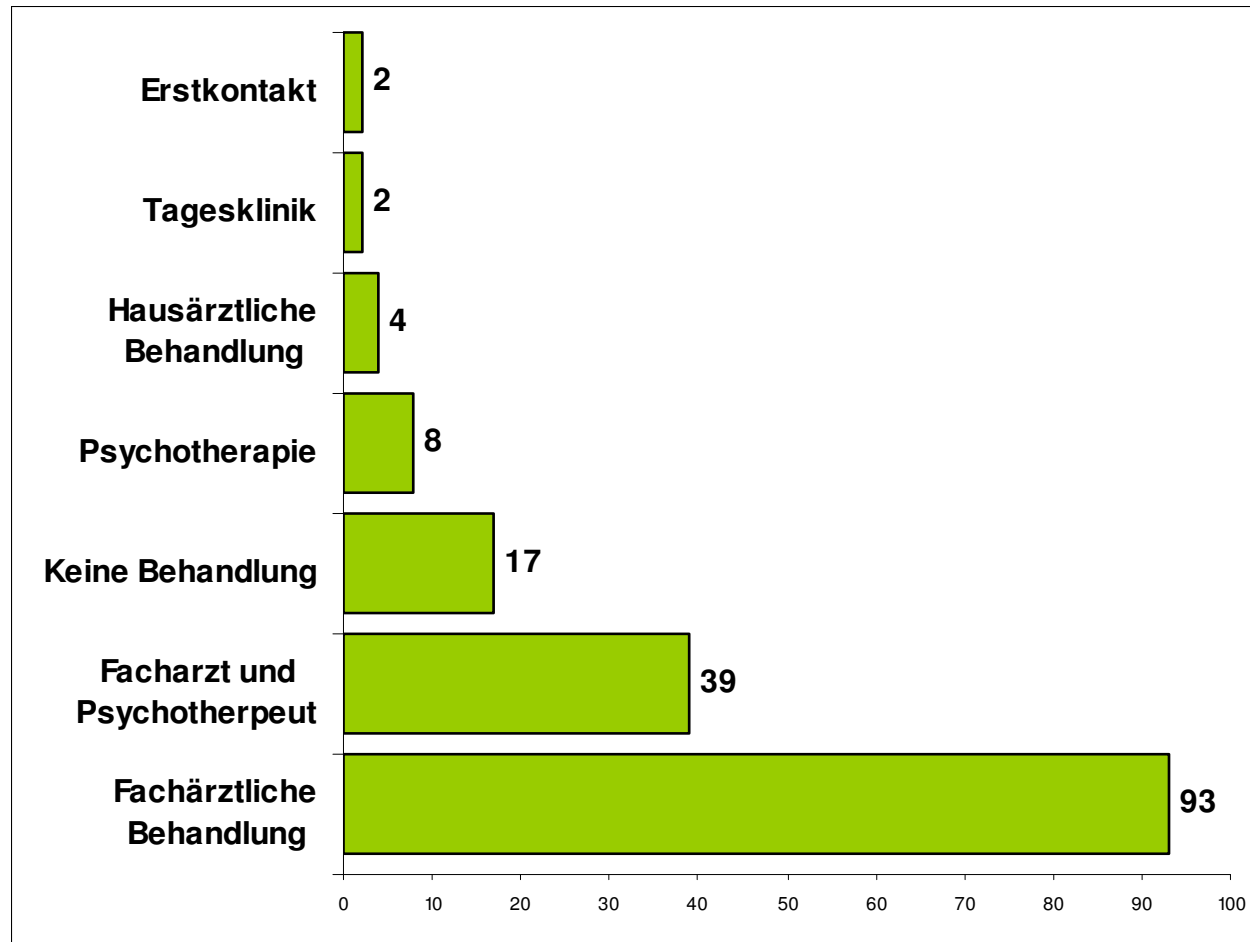
In welchen Berliner Bezirken wohnen die Gäste (n = 165) ?

n	Schöneberg/Tempelhof	36,7 %
n	Kreuzberg/Friedrichshain	12,5%
n	Neukölln	11,8%
n	Charlottenburg/Wilmersdorf	8,7 %
n	Steglitz/Zehlendorf	8,1%
n	Tiergarten/Wedding/Mitte	7,5%
n	Andere Bezirke	14,7%

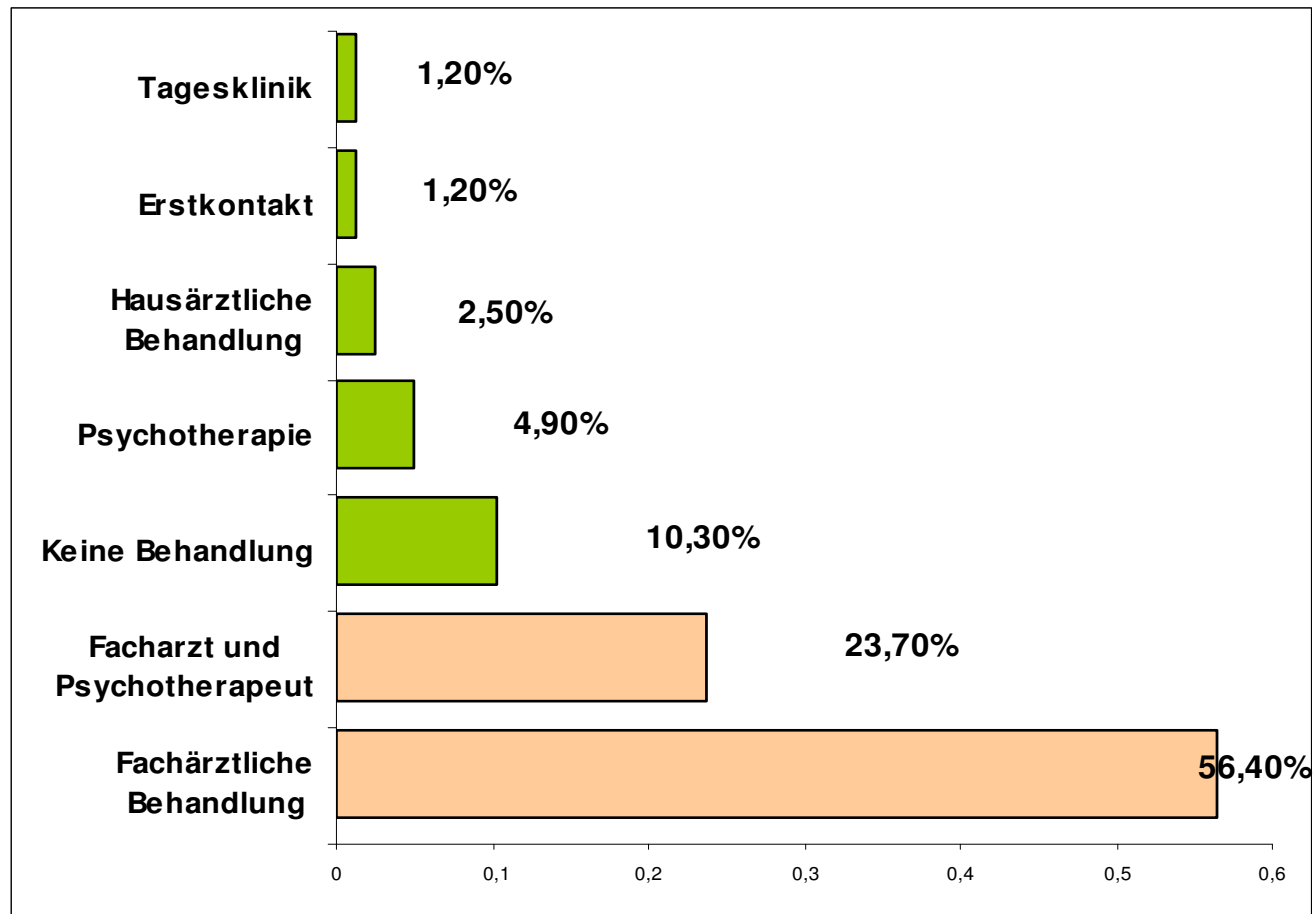
In welchen Berliner Bezirken wohnen die Gäste (n = 165) ?



Sind die Gäste vor Aufnahme in der Krisenpension in Behandlung? n = 165



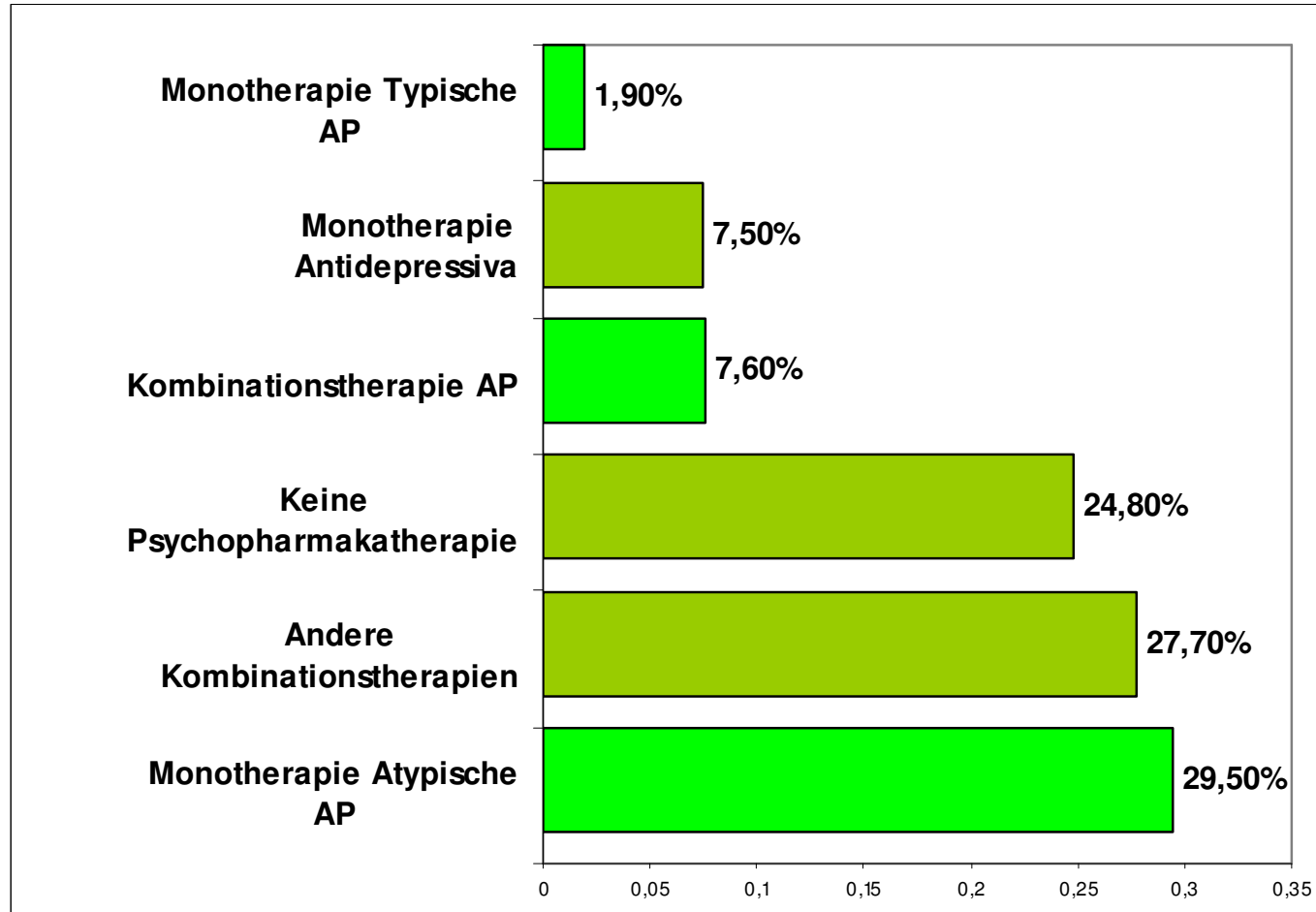
Sind die Gäste vor Aufnahme in der Krisenpension in Behandlung? n = 165



Die Gäste

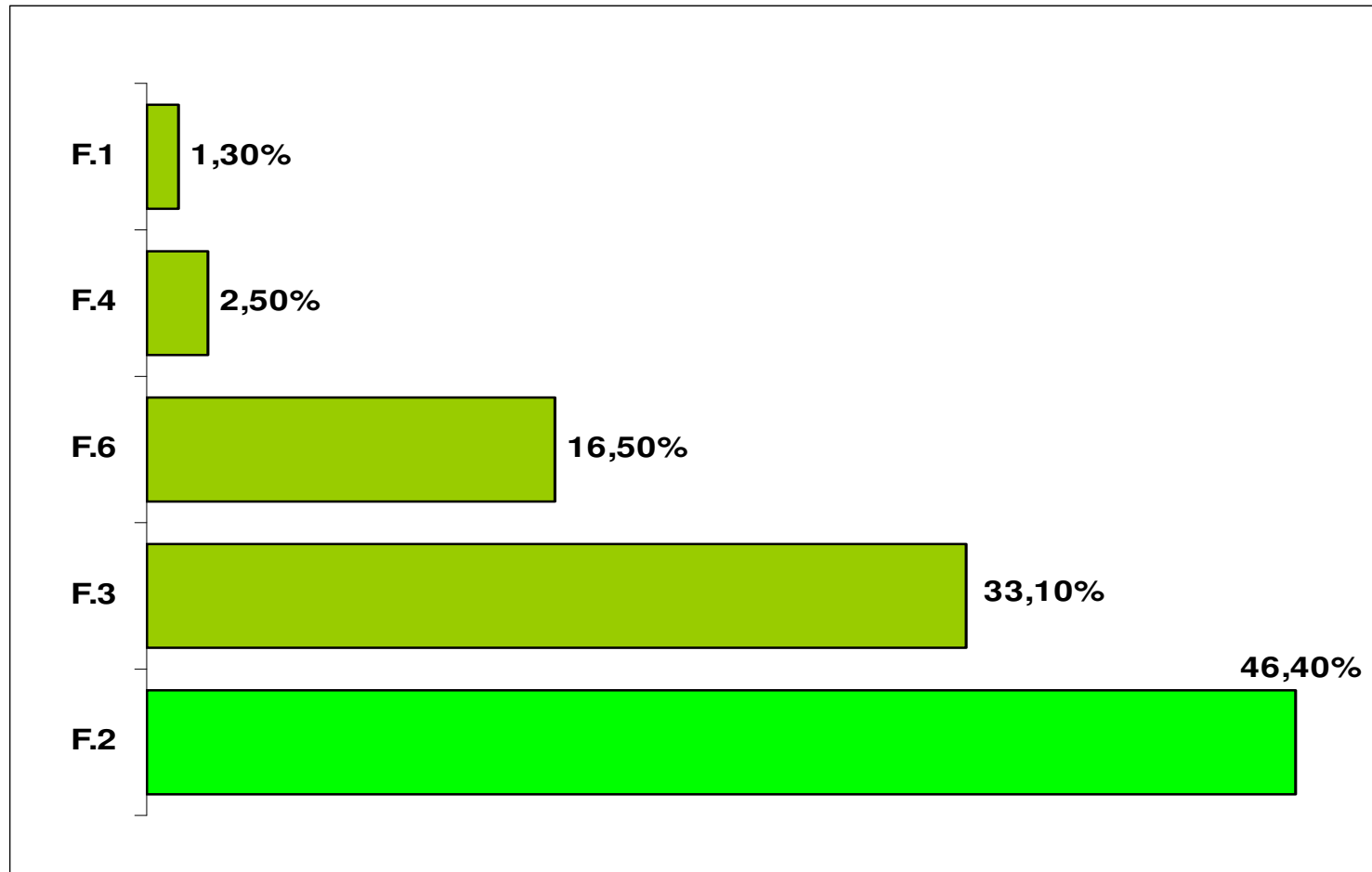
Psychopharmaka

n= 165



Diagnosen

n = 165



Dauer der Begleitung

- n Mittelwert: 33,3 Tage
- n Die Verweildauer der Aufenthalte im Modul „Vollpension“ ist kürzer (ca. 18 Tage)
- n In der ambulanten Phase kommen die Klienten nicht immer jeden Tag in die KP
- n In den Modulen Nachsorge und Vorsorge sind in der Regel die Kontakte weniger häufig

Warum eine Krisenpension?

- n „Ich werde nicht nur mit Medikamenten versorgt“
- n „Das Angebot an vielen Gesprächen bringt mir mehr als nur Medikamente“
- n „Es gibt hier wenige feste Strukturen, wir dürfen den Tagesablauf bestimmen“
- n „Hier arbeiten nicht nur Profis“
- n Individuelle bedarfsorientierte Begleitung
- n Menschliche Zuwendung
- n Es ist immer jemand da
- n „Eine gute Vermittlung in die nächste Begleitung ist wichtig, es geht schneller, als wenn man das allein macht“

Warum eine Krisenpension?

WHO - Health Evidence Network – WHO/Europe – 2005 (1)

- n Es gibt keine überzeugenden Argumente oder Daten, die für eine ausschließlich stationäre Versorgung sprechen.
- n Es lässt sich allerdings auch nicht wissenschaftlich belegen, dass gemeindebasierte Dienste allein eine ausreichend umfassende Versorgung sichern können.
- n Experten neigen deshalb überwiegend dazu, einen Mittelweg zu empfehlen = **Balanced Care** (**ausgewogene Versorgung**).

(Thornicroft & Tansella, 2004; McDavid & Thornicroft, 2005, HEN/WHO/Europe, 2005).

Das Konzept des „Balanced Care“ der WHO

WHO - Health Evidence Network – WHO/Europe – 2005 (2)

- n **Balanced Care** findet außerhalb des Krankenhauses statt, wobei diesem jedoch eine wichtige *Backup* (Sicherheit, Unterstützung) -Funktion zukommt.
- n Die psychiatrische Versorgung ist in normalen „**bevölkerungsnahen Settings**“ angesiedelt.
- n Krankenhausaufenthalte werden möglichst kurz gehalten, die Einweisungen erfolgen umgehend und nur, wenn sie wirklich erforderlich sind.

Das Konzept des „Balanced Care“. Grundstrukturen.

Die Grundstrukturen eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems (WHO)

The components of a balanced care mental health service“ (WHO - Health Evidence Network – WHO/Europe, 2004)

- n Outpatient/ambulatory clinics
- n **Community mental health care teams (CMHTs)**
- n Specialized and differentiated mental health services
- n Specialized outpatient/ambulatory clinics
- n Specialized community mental health care teams (CMHTs)
- n **Assertive community treatment (ACT) teams**
- n **Early intervention teams**
- n Alternatives to acute inpatient care
- n Acute day hospitals
- n **Crisis houses**
- n **Home treatment/crisis resolution teams**
- n Alternative types of long-stay community residential care

Das Konzept des „Balanced Care“. Grundprinzipien.

Grundprinzipien eines modernen psychiatrischen Versorgungssystems nach den Leitlinien der WHO (HEN, 2004)

Key principles for balanced community-based mental health services“(WHO - Health Evidence Network – WHO/Europe, 2004)

- n **Autonomy** *Selbständigkeit*
- n **Continuity** *Kontinuität*
- n **Effectiveness** *Wirksamkeit*
- n **Accessibility** *Zugänglichkeit*
- n **Comprehensiveness** *Vollständigkeit*
- n **Equity** *Fairneß bei der Verteilung der Ressourcen*
- n **Accountability** *Verantwortlichkeit*
- n **Coordination** *Koordination*
- n **Efficiency** *Leistungsfähigkeit, Effizienz*