

JAHRES- UND QUALITÄTSBERICHT 2008

Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik



Inhalt

1.	Vorwort	4
2.	Das Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	5
3.	Grundsätze unserer Arbeit	7
4.	Leistungsdaten	8
5.	Patientendaten	9
6.	Psychiatrische Institutsambulanz	27
7.	Psychiatrischer Konsildienst	29
8.	Besondere Vorkommnisse	30
9.	Aktivitäten	33
10.	Qualitätssicherungsmaßnahmen	34
11.	Fort- und Weiterbildung	35
12.	Kommunikationsstrukturen	36
13.	Ausblick 2009	37

1. Vorwort

Dies ist der erste Jahresbericht des Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Ernst von Bergmann (EvB) in Potsdam unter meiner Leitung. Er soll die wichtigsten Leistungsbereiche vorstellen, Veränderungen und Entwicklungen zeigen, die Schwerpunkte unserer Arbeit veranschaulichen, Problembereiche erläutern und einen Ausblick auf das kommende Jahr geben.

Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Zentrums. Durch deren hohes Engagement ist die Patientenversorgung trotz hoher Belegung und knapper Ressourcen auf sehr hohem Niveau. Deren Bereitschaft auch in schwierigen Situationen Veränderungsprozesse mit zu gestalten sind außergewöhnlich.



Dr. Christian Kieser
Zentrumsleiter



2. Das Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ZPP&P)

Das Zentrum verfügt über 84 Betten, 25 teilstationäre Behandlungsplätze und eine Psychiatrische Institutsambulanz. Das Zentrum nimmt die regionale Versorgungsverpflichtung für die Stadt Potsdam mit ca. 150.000 Einwohnern wahr. Die Behandlung findet in multiprofessionellen Teams statt. Grundlage ist eine individuelle Behandlungsplanung für jeden Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereingliederung in Familie und Beruf.

Der stationäre Bereich

Die 84 Betten verteilen sich auf 4 Stationen. Die AB2 und AC2 sind allgemeinpsychiatrische Stationen, die Station AD2 hat zusätzlich einen psychotherapeutischen und die Station AD1 den Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen. Mit Ausnahme der Station AD1 gilt das Heterogenitätsprinzip.

Der teilstationäre Bereich

20 teilstationäre Behandlungsplätze werden in der Tagesklinik, die sich auf dem Klinikgelände befindet, vorgehalten und nach dem Heterogenitätsprinzip belegt. Weitere 5 teilstationäre Behandlungsplätze werden auf den Stationen für die Patienten zur Verfügung gestellt, für die ein Settingwechsel von vollstationär nach teilstationär indiziert ist, zugleich aber die Kontinuität zu Behandlern und Milieu aus therapeutischen Gründen gesichert werden soll.

Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Patienten, die den PIA-Aufnahmekriterien entsprechen, werden nach Beendigung des stationären/teilstationären Aufenthaltes in der Ambulanz weiter behandelt oder auch von niedergelassenen Kollegen in die PIA überwiesen. Einige Patienten werden ambulant von den Therapeuten weiter betreut, die sie während der stationären Behandlung betreut haben.

Die wichtigsten Entwicklungen im Jahr 2008 hier im Überblick:

Personelle Veränderungen

Als stellvertretender Zentrumsleiter ist Herr Dr. Klimitz seit 1. März 2008 tätig. Als Psychologe und Psychotherapeut ist er ein wichtiger Repräsentant der Psychotherapie und Psychosomatik. Um den Bereich Psychotherapie und Psychosomatik weiter auszubauen, ist es gelungen, die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten von 2 auf 5 zu erhöhen. Oberarzt Dr. Simonn hat die Klinik verlassen. Seine Nachfolge hat Frau Dr. Kaps-Sommer angetreten. Als Vertreter des Chefarztes wurde Oberarzt Dr. Theophil ernannt. Zur zentrumsleitenden Pflegekraft wurde Frau Antje Schulz und zu deren Stellvertreterin Frau Kathleen Püschel bestellt.

Versorgung

Im teilstationären Bereich erhöhten sich die Behandlungsplätze von 15 auf 25. Ein halbe Arztstelle wurde für den Konsildienst eingerichtet. Damit ist es möglich, täglich psychiatrisch/psychotherapeutische Konsile auf den somatischen Stationen durchzuführen. Die Kontaktaufnahme zur Klinik wurde durch ein „Hotline-Handy“ vereinfacht, über welches von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr ein Oberarzt erreichbar ist. Die Planung der elektiven Aufnahmen erfolgt durch die Oberärzte. In der Zeit von 16.00 Uhr bis 8.00 Uhr und an den Wochenenden ist der diensthabende Arzt für das Handy verantwortlich.

Qualitätsmanagement (QM)

QM als Instrumentarium, die Qualität unserer Arbeit laufend zu verbessern, hat erhebliche Bedeutung gewonnen. Mehrere Arbeitsgruppen und Projekte sind entstanden – u.a. wurden die Basisdokumentation (BADO) und die ereigniskorrelierte Dokumentation („Besondere Vorkommnisse“) neu eingeführt. Mitarbeiter des Zentrums nehmen an bundesweiten Qualitätszirkeln bzw. Arbeitsgruppen wie „AG Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ und am Pharmakovigilanzprojekt Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie“ (AMSP) teil.

Veranstaltungen

Neben mehreren kleineren Veranstaltungen und der Organisation von Tagungen z.B. der PIA-Mitarbeiter des Landes Brandenburg und des Arbeitskreises der Chefärzte der Abteilungen und Fachkrankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Landes Brandenburg hat das Zentrum gemeinsam mit der Brandenburger Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (BraGSP) und Unterstützung durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) die Tagung „Finnland an der Havel“ veranstaltet. All dies erforderte neben der täglichen Patientenversorgung einen hohen organisatorischen Aufwand.

3. Grundsätze unserer Arbeit

Personenzentrierung: Wir handeln nach dem Grundsatz: „Was braucht der Patient und wie viel können wir ihm davon geben?“. Wir verfahren somit nicht nach dem alten Muster: „Wir haben hier ein Angebot, das Sie annehmen können“ – dem sich ein Patient unterzuordnen hat (institutionsbezogene Sicht).

Heterogenität: Wir belegen die Stationen mit jungen und älteren Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen und Schweregrade der Erkrankung. Dadurch entsteht ein Stationsklima, welches den Genesungsprozess besonders begünstigt: Es folgt dem Grundsatz, auf den Stationen ein hohes Maß an Normalität zu ermöglichen, denn „es ist normal verschieden zu sein“ (v. Weizsäcker).

Offene Türen: Es gibt keine geschlossene Station. In der Regel sind die Türen auf allen Stationen offen. Auch dies ist Teil der Normalität.

Beziehungskonstanz: Da wir viele Patienten über lange Zeiträume begleiten, versuchen wir eine möglichst konstante Patient-Therapeuten-Beziehung zu gewährleisten. Die Patienten werden bei Wiederaufnahme in der Regel auf die Station („Heimatstation“) aufgenommen, die sie vom Voraufenthalt bereits kennen. Der Grundsatz der Beziehungskonstanz gilt auch in der PIA.

Angehörigensperspektive: Wir legen großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Sie sind häufig die einzigen Bezugspersonen psychisch Kranker und eine wichtige Ressource für die Behandlung und Nachbetreuung. Angehörige wollen in die Behandlung, Entlassungsplanung und Nachbetreuung einbezogen werden und haben in der Regel belastende Wochen im Vorfeld der Aufnahme durchgestanden.

Kommunale Psychiatrie: Wir halten die Verankerung in der Versorgungsregion (Stadt Potsdam) für außerordentlich wichtig. Die enge Zusammenarbeit mit den außerstationären Einrichtungen, den Trägern des komplementären Bereichs, Beratungsstellen, dem sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD), Selbsthilfegruppen, und anderen Akteuren der psychosozialen Versorgung ist ein Kernelement unserer Arbeit.

4. Leistungsdaten

Im Jahr 2008 kam es im Vergleich zum Vorjahr zu einer erheblichen Leistungssteigerung in allen Bereichen. Die Auslastung betrug im vollstationären Bereich im Jahresschnitt 99,8%, im teilstationären Bereich 102%.

	2007	2008	Zunahme	Prozent
Behandlungstage vollstationär	27.803	30.535	2.732	+10%
Behandlungstage teilstationär	4.333	6.292	1.959	+45%
Fallzahlen PIA pro Quartal	300	450	150	+50%

5. Patientendaten

Die hier zugrunde gelegten Daten beruhen auf der Auswertung der klinikinternen Basisdokumentation (BADO) und ereigniskorrelierten Dokumentation („Besondere Vorkommnisse“).

Im Jahr 2008 sind im Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik insgesamt 1441 Fälle voll- und teilstationär behandelt worden. In die Auswertung sind 1379 Fälle bzw. 1025 Patienten entsprechend 96% der Patientendaten eingegangen.

Fallzahlen/Patientenzahlen

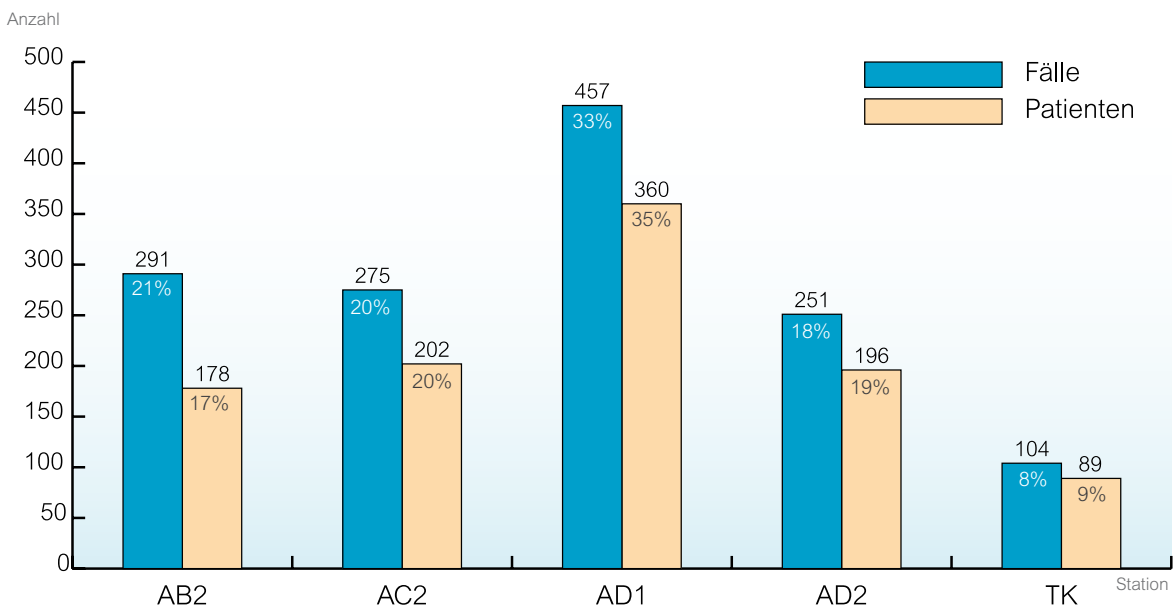


Abb. 1: Fälle/Patienten 2008

Die allgemeinspsychiatrischen Stationen AB2 und AC2 behandeln Patienten unterschiedlichen Alters und verschiedener Diagnosen. Die Station AD1 versorgt schwerpunktmäßig Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen; ca. 1/3 der Fälle bzw. der Patienten, die im Jahr 2008 in der Klinik behandelt wurden, sind auf die Station AD1 aufgenommen worden. Die Station AD2 hat neben dem allgemeinspsychiatrischen zusätzlich einen psychotherapeutischen Behandlungsschwerpunkt.

Obwohl für die Planung im psychiatrischen Bereich die Patientenzahl aussagekräftiger ist, wird zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Kliniken in den folgenden Kapiteln die Fallzahl zugrunde gelegt.

Zugangswege

Knapp 1/3 der Patienten kam ohne Einweisung zur stationären Aufnahme. Die überwiegende Zahl der Patienten (knapp 39%) wurde von niedergelassenen Ärzten, insbesondere somatisch tätigen Kollegen eingewiesen. Demgegenüber spielte die Einweisung durch Psychologische Psychotherapeuten bisher kaum eine Rolle. Weniger als 10% der Patienten wurden von der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) eingewiesen. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass die Behandlung schwer und chronisch psychisch Kranker durch die PIA häufig eine stationäre Behandlung erübrigt bzw. an ihre Stelle tritt. Ohne Einweisung, weitergeleitet von der Rettungsstelle des Klinikums, über den KV-Notdienst und SPSD kamen 380 Fälle zur stationären Behandlung. Werden die Kategorien „andere“ und „unbekannt“ noch mitgerechnet, so erhöht sich die Zahl auf 548. Man kann daraus schließen, dass ca. 40% der Fälle die Psychiatrische Notaufnahme als Notfall aufsuchen und sofort versorgt werden müssen.

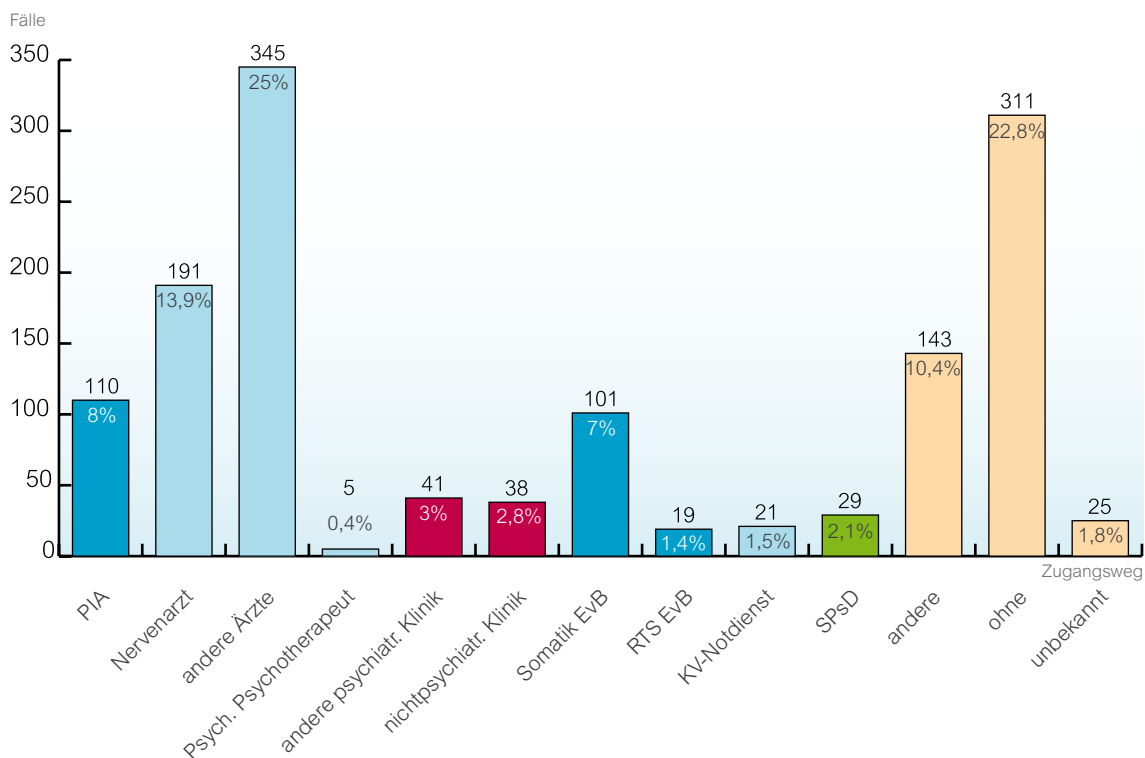


Abb. 2: Einweisungen / Verlegungen

Von den somatischen Bereichen des Klinikums Ernst von Bergmann wurden 101 Patienten in die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verlegt – ca. 20 Patienten mehr als im Jahr 2007. Die größte Zahl wurde von den Kliniken für Innere Medizin (der besseren Übersichtbarkeit wegen wurden die verschiedenen internistischen Kliniken zusammengefasst), gefolgt von den Stationen für Intensivmedizin (IST) und der Intermediate care (IMC) verlegt.

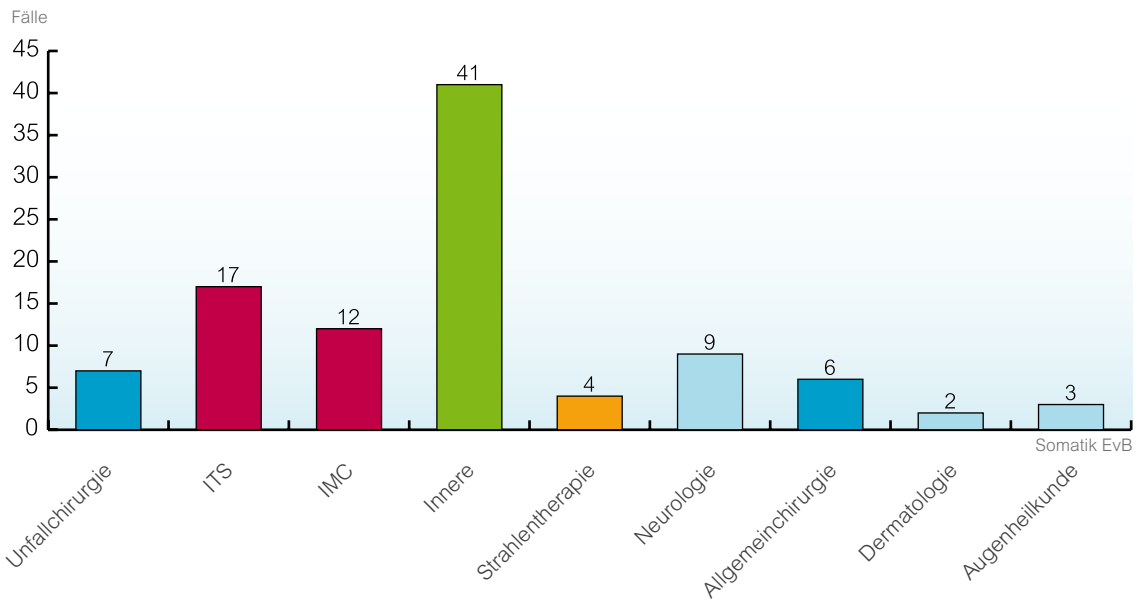


Abb. 3: Verlegungen aus der Somatik des EvB

Der Großteil der Patienten kam allein in die Klinik. Mehr als 1/3 der Patienten wurde entweder von der Polizei, Rettungsdienst/Notarzt oder von professionellen Helfern wie z.B. Wohngruppen- oder gesetzliche Betreuer in die Klinik begleitet.

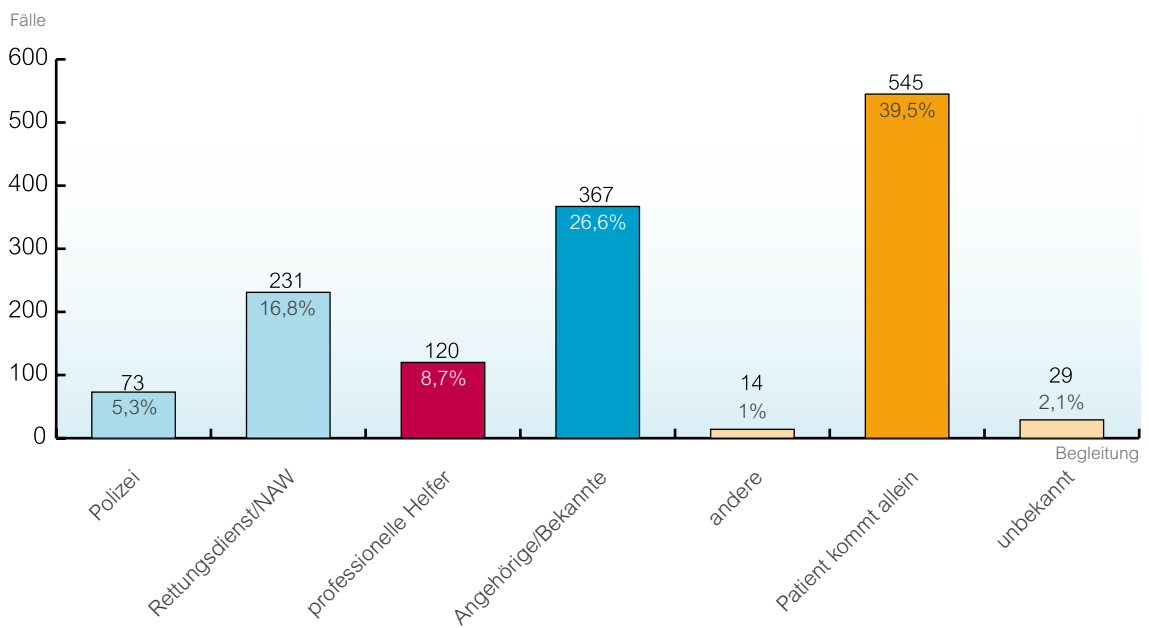


Abb. 4: Begleitung in das ZPP&P

Tag und Uhrzeit der Aufnahmen

Für die Personalplanung und Ressourcennutzung sind neben Patienten-/Fallzahlen der Wochentag und die Uhrzeit der Aufnahmen wichtige Merkmale. 90% der Aufnahmen (N=1240) erfolgten an Wochentagen, 10% an Wochenenden (N=122) und Feiertagen (N=17). Knapp 1/3 der Aufnahmen fielen in die Spät-Nachtschicht, d.h. in das Zeitfenster von 14.00 Uhr bis 5.59 Uhr. Die Personalplanung muss auf diese Zeiten abgestimmt werden.

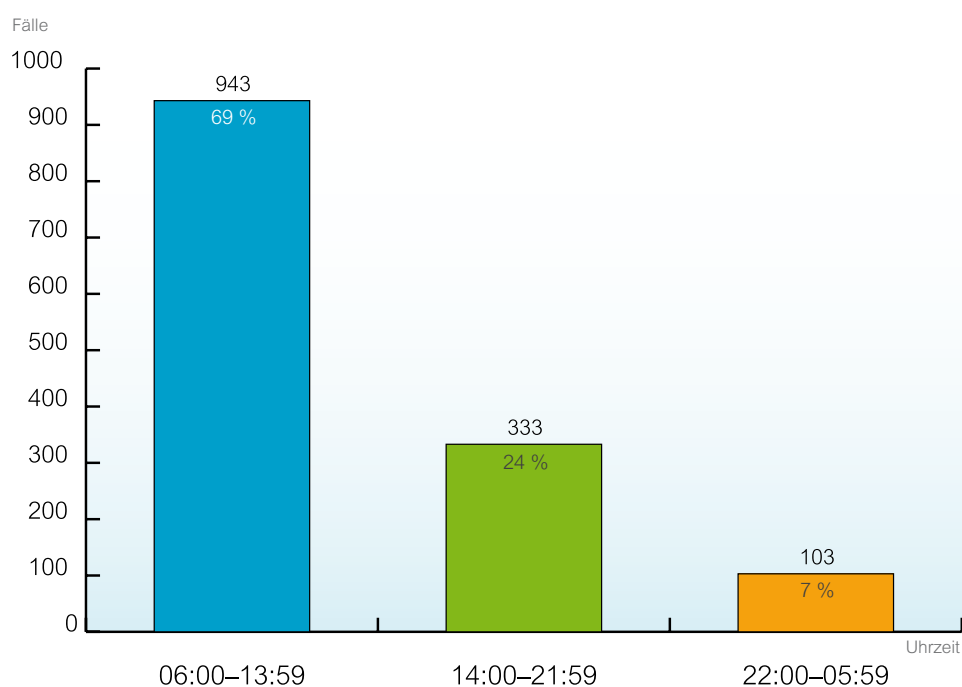


Abb. 5: Uhrzeit der Aufnahme

Aufenthaltsdauer

Die Patienten auf der Station AD1 mit dem Behandlungsschwerpunkt Abhängigkeits-erkrankungen hatten mit knapp 12 Tagen die kürzeste durchschnittliche Verweildauer. Insgesamt betrug der Mittelwert der Behandlungsdauer im vollstationären Bereich 20,5 Tage bei einem Median von 13 Tagen. Im Jahr 2007 lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 19,8 Tagen. Diese leichte Zunahme der Aufenthaltsdauer spiegelt u.a. die zunehmende Schwere der Erkrankungen wider (vgl. Diagnosespektrum und somatische Komorbidität). Die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Tagesklinik lag im Durchschnitt bei etwas über 6 Wochen. Werden die Wochenenden, an denen keine Behandlung stattfindet, abgezogen, ergibt sich daraus ein Mittelwert von 32 Behandlungstagen.

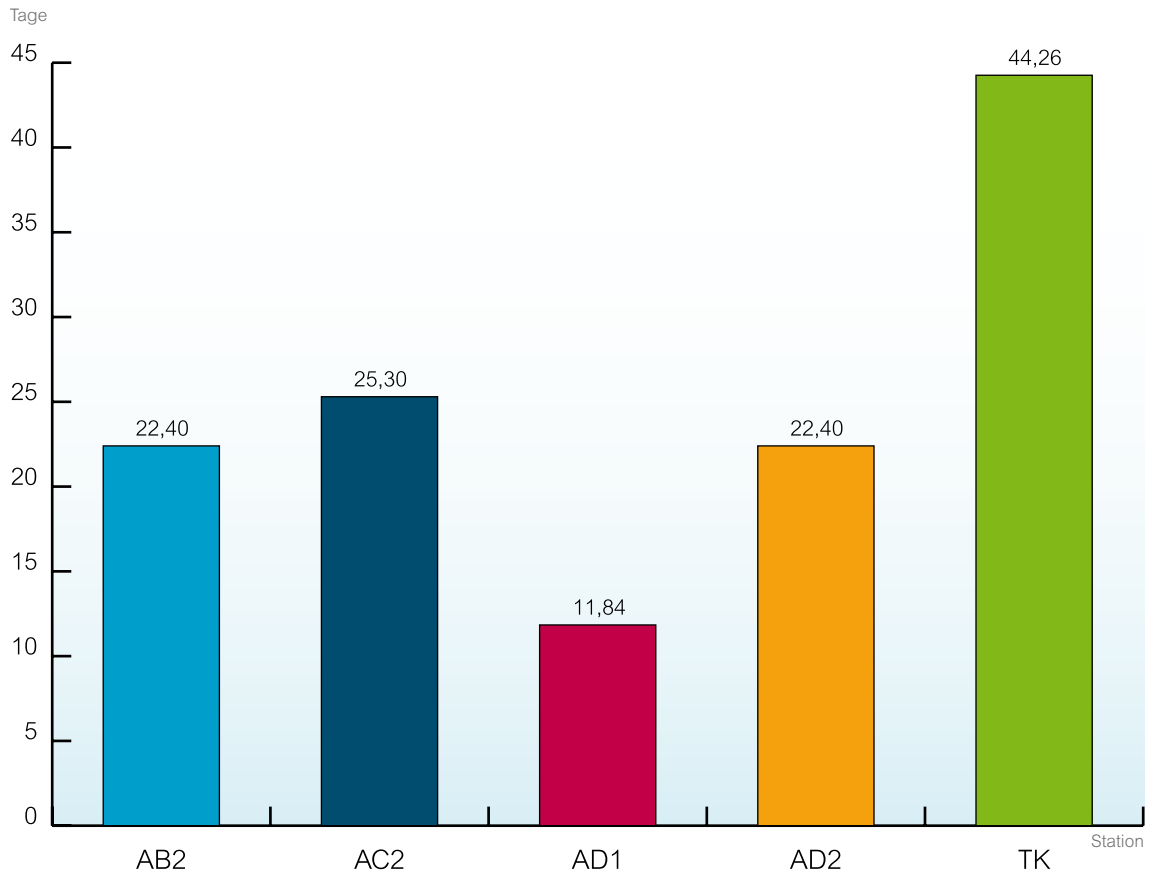


Abb. 6: Aufenthaltsdauer stationsbezogen in Tagen

Aufenthaltsstatus

Patienten, die sich aufgrund ihrer Erkrankung selbst oder andere erheblich gefährden und es nicht gelingt, sie von der Notwendigkeit der stationären Behandlung zu überzeugen, müssen gegen ihren Willen untergebracht werden. Über die Notwendigkeit und Dauer der Unterbringung entscheiden die Richter des Amtsgerichtes. Die gesetzlichen Grundlagen dafür bieten das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) oder die gesetzliche Betreuung (BGB). Insgesamt waren im Berichtsjahr 75 Patienten (5,4%) zu irgendeinem Zeitpunkt der stationären Behandlung gegen ihren Willen untergebracht.

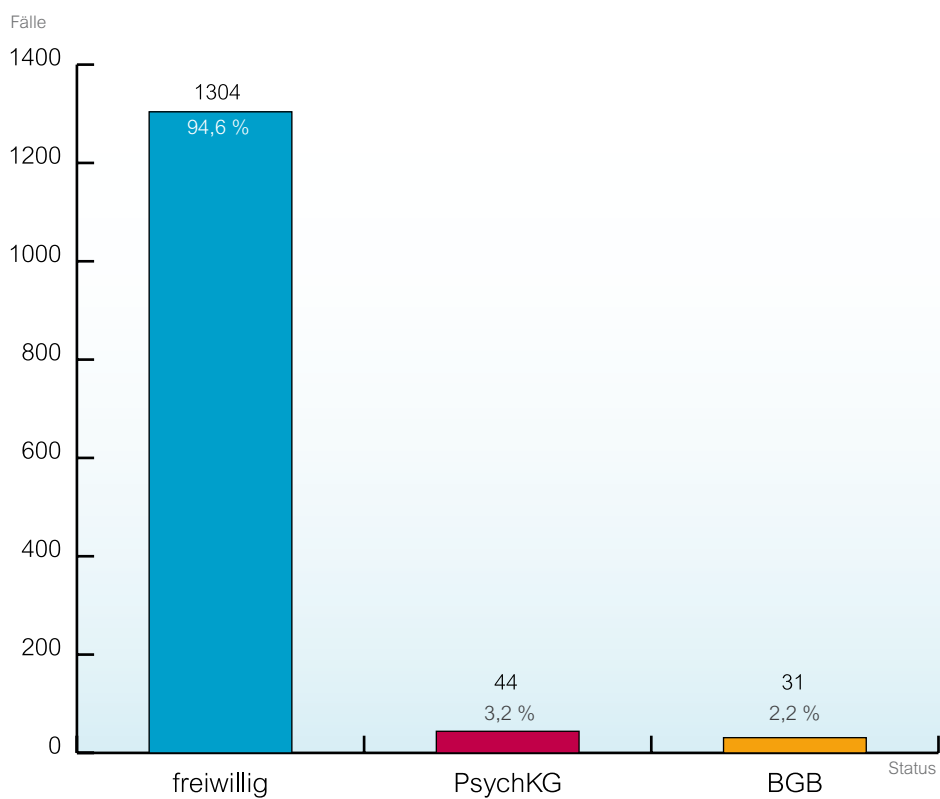


Abb. 7: Aufenthaltsstatus

Die Unterbringungsdauer der 75 Patienten war sehr unterschiedlich. Die meisten der untergebrachten Patienten (N = 29) waren bis zu 4 Wochen mit richterlichem Beschluss gegen ihren Willen in stationärer psychiatrischer Behandlung.

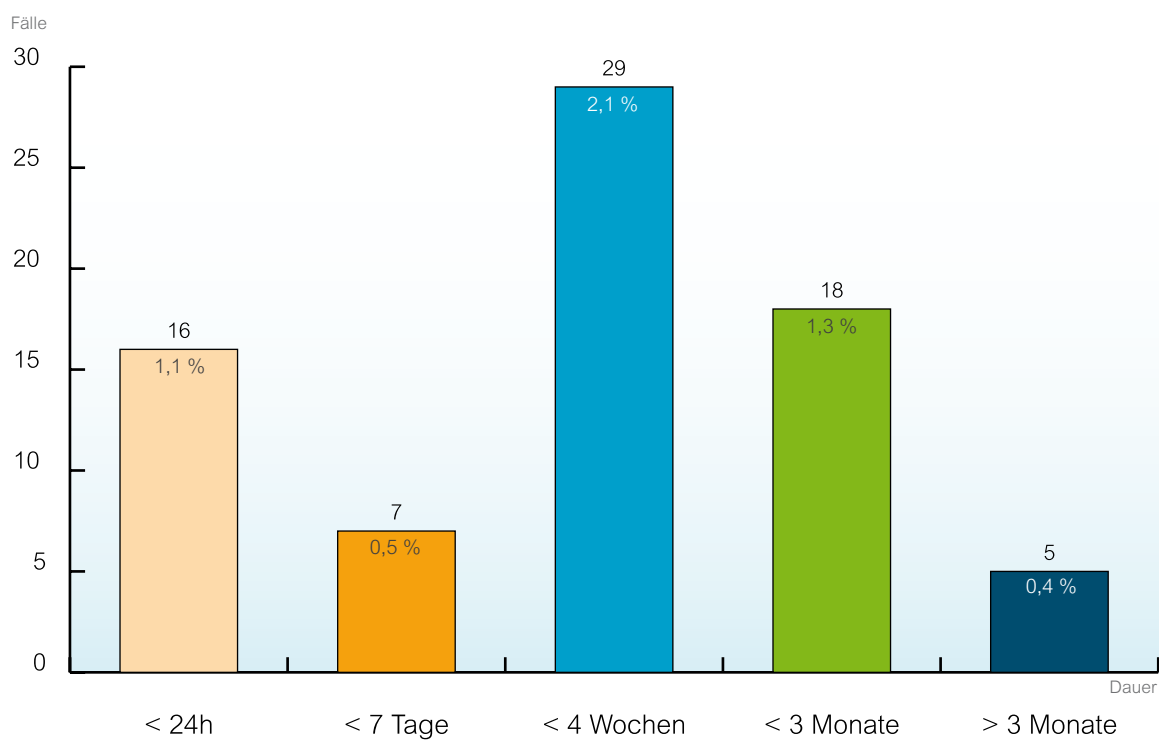


Abb. 8: Unterbringungsdauer

Diagnosen

In knapp 1/3 aller Fälle bestand eine Abhängigkeitserkrankung. Wird die 2. psychiatrische Diagnose mit berücksichtigt, dann führte bei knapp der Hälfte der Fälle eine Abhängigkeitserkrankung zur Aufnahme. Damit war die Alkoholabhängigkeit die häufigste Diagnose, gefolgt von den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und wahnhaften Störungen, an dritter Stelle fanden sich die affektiven Störungen. Bei rund 7 % der Fälle wurde die Diagnose einer organischen Psychose gestellt, worunter überwiegend die Demenzerkrankungen subsumiert sind. In 3% der Fälle waren die Kriterien einer Doppeldiagnose erfüllt, die wir als zeitgleiches Vorhandensein einer schizophrenen Psychose und einer schweren substanzgebunden Komorbidität definiert haben. Die Behandlungsverläufe dieser Patienten sind häufig langwierig, es kommt mehrfach zu Behandlungsabbrüchen und Wiederaufnahmen, die ambulante Behandlung ist in der Regel durch den zusätzlichen Substanzkonsum erheblich erschwert.

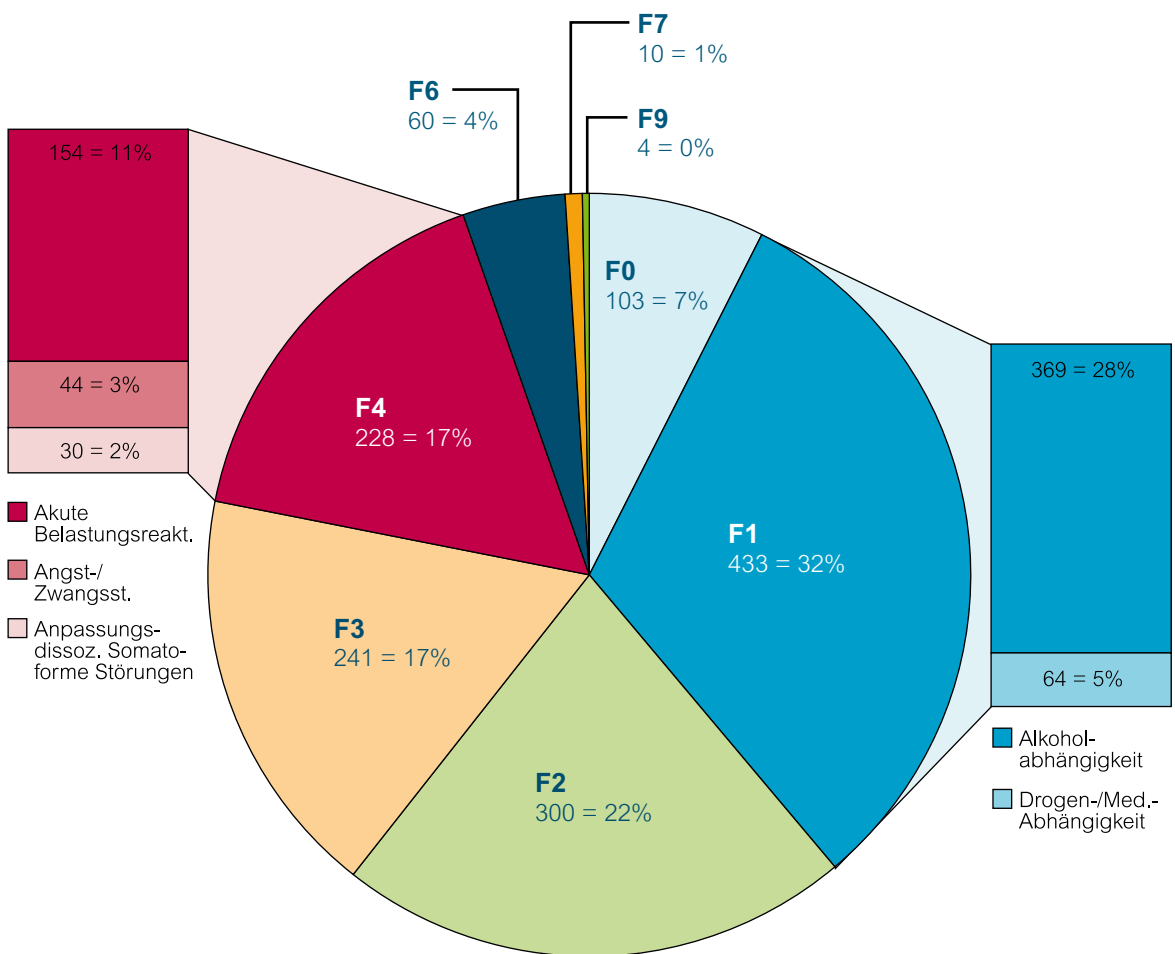


Abb. 9: Erste Psychiatrische Diagnose

Legende:

F0 = Organische Störungen

F1 = Abhängigkeitserkrankungen

F2 = Schizophrene und Wahnhafte Störungen

F3 = Affektive Störungen

F4 = Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen

F6 = Persönlichkeitsstörungen

F7 = Intelligenzminderungen

F9 = Verhaltens- und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter

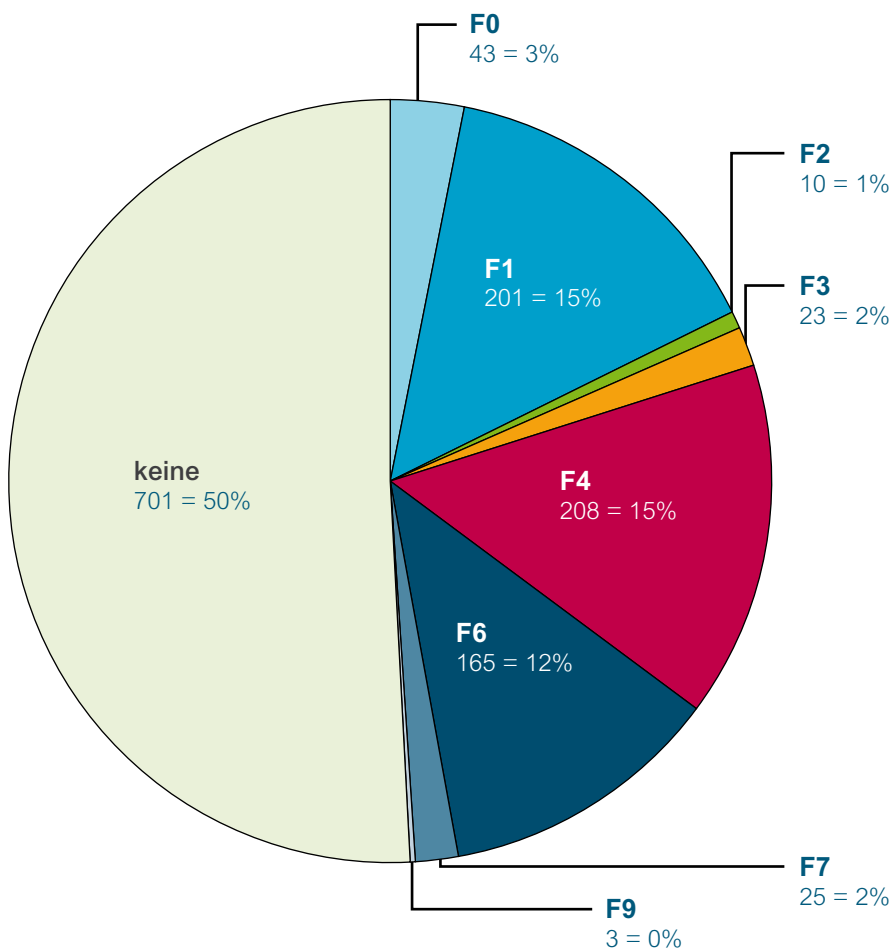


Abb. 10: Zweite Psychiatrische Diagnose

Zusammenhang zwischen Diagnose und Aufenthaltsdauer

Die diagnosebezogene Aufenthaltsdauer zeigt, dass Pat. mit affektiven Störungen im Schnitt mit über 32 Tagen am längsten behandelt wurden, Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen hingegen die kürzeste durchschnittliche Verweildauer aufwiesen.

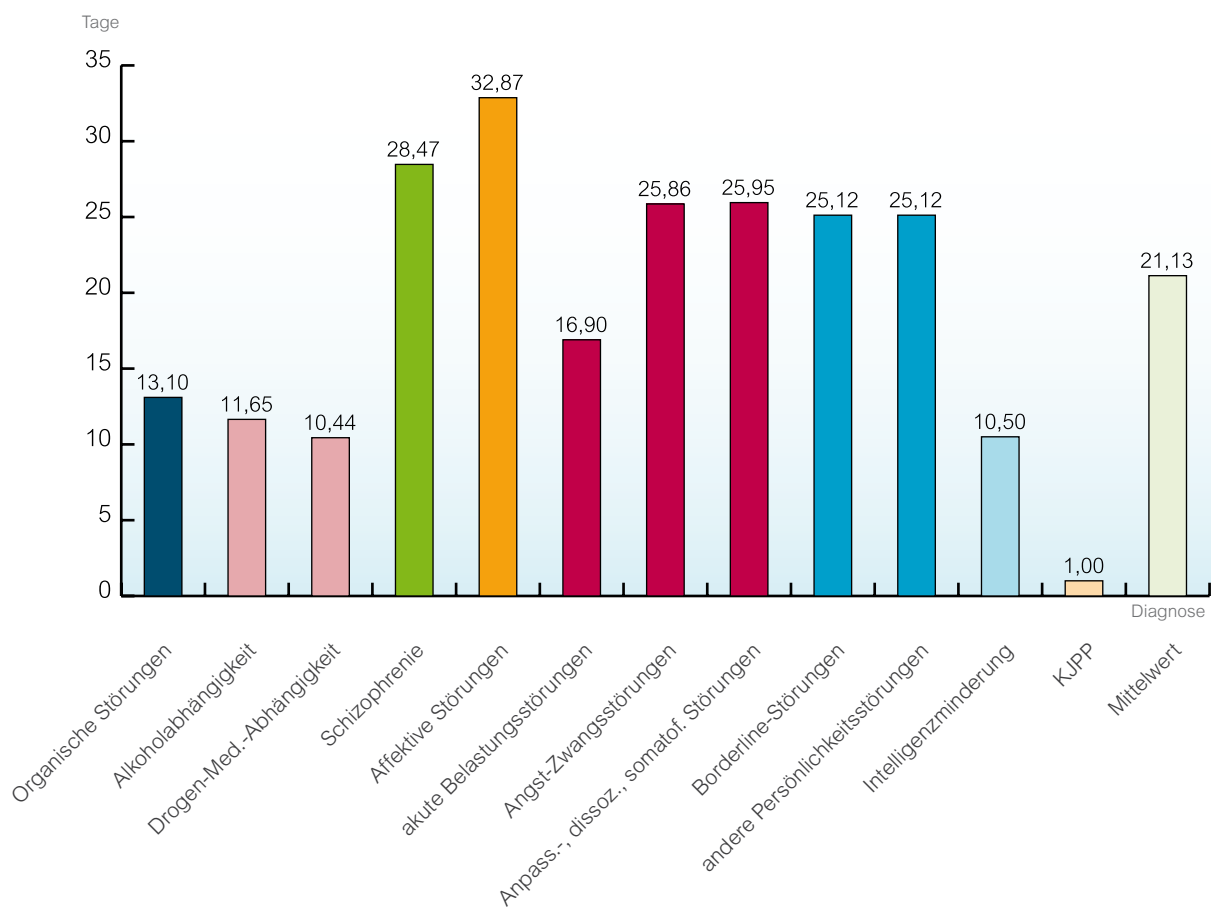


Abb. 11: Diagnose und Behandlungsdauer

Körperliche Erkrankungen

Knapp die Hälfte der Patienten (47%) hatte zusätzlich eine somatische Erkrankung. Die häufigste Gruppe waren internistische gefolgt von neurologischen Krankheiten. Körperliche Erkrankungen erschweren in der Regel die psychiatrische Behandlung und erfordern zusätzliche Diagnostik, Therapie und intensive pflegerische Maßnahmen. Die gesamte Therapieplanung muss darauf abgestimmt werden und die Durchführung einer angemessenen Psychopharmakotherapie erfordert häufig mehr Zeit.

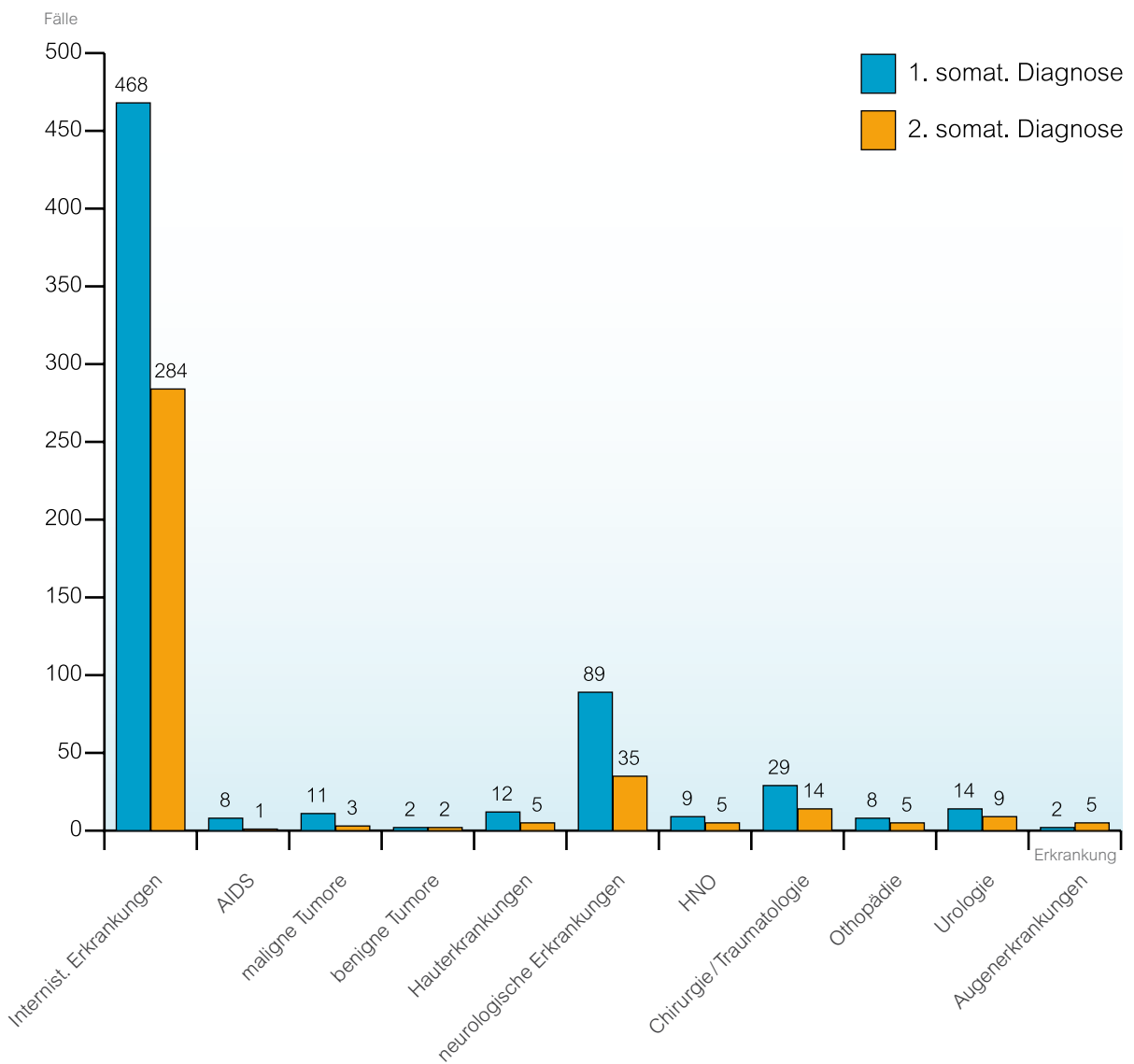


Abb. 12: Körperliche Erkrankungen

Altersstruktur

Die Altersverteilung zeigt, dass die 45–64-Jährigen die am häufigsten vertretene Altersgruppe ist. Unter 18-Jährige wurden nur ausnahmsweise aufgenommen (N=5). Dagegen waren 15 % der Patienten älter als 64 Jahre. In 7% der Fälle haben wir die Diagnose einer Demenz gestellt; somit waren mehr als die Hälfte der gerontopsychiatrischen Patienten wegen einer anderen psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung.

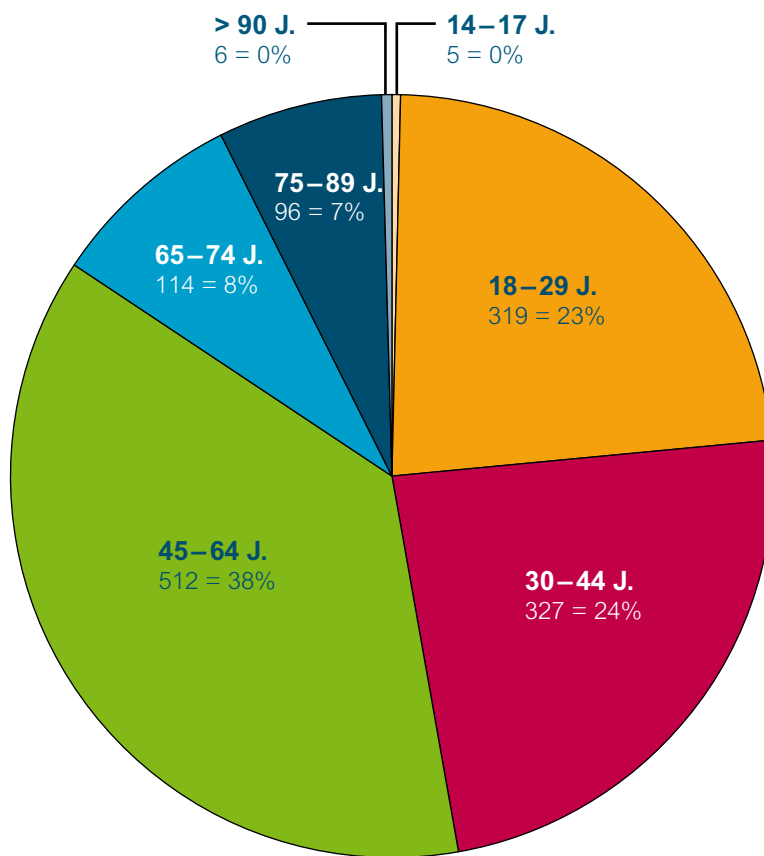


Abb. 13: Altersstruktur

Geschlechtsverteilung

Mehr als die Hälfte der Fälle (53%), die sich 2008 bei uns in Behandlung befanden, waren Männer (N=786). Während auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen und in der psychiatrischen Tagesklinik die Frauen leicht überwogen, befanden sich auf der Station AD1 mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen 3 Mal häufiger Männer als Frauen in Behandlung. Insgesamt wurden auf dieser Schwerpunktstation 1/4 aller männlichen Fälle des gesamten Zentrums behandelt.

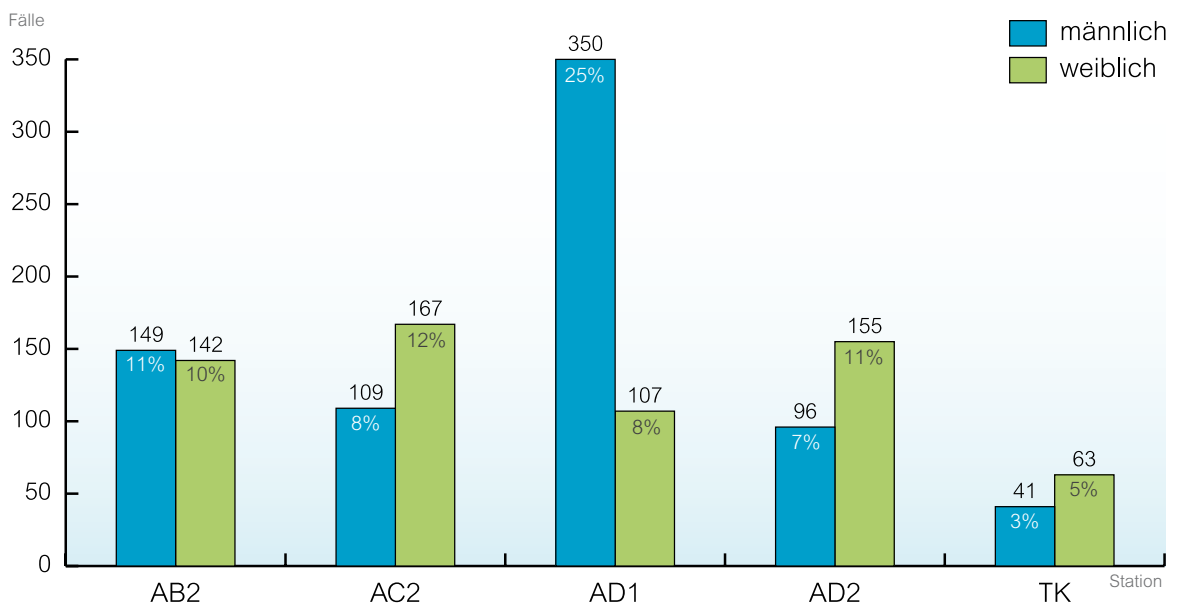


Abb. 14: Geschlechtsverteilung stationsbezogen

Entlassungsmodus

Nur knapp 3 % der Patienten haben die Behandlung, ohne ein ärztliches Abschlussgespräch abzuwarten, abgebrochen. Dabei handelt es sich überwiegend um Patienten, die nach einem Ausgang nicht mehr auf die Station zurückgekehrt sind. 7% der Patienten haben die Behandlung entgegen der ärztlichen Empfehlung beendet. Ein Patient verstarb durch Suizid.

Weiterbehandlung nach der Entlassung

Ein Großteil der Patienten wurde nach der stationären Behandlung von einem somatisch tätigen niedergelassenen Kollegen weiterbehandelt. Die Nervenärzte spielten in der Nachbehandlung eine eher untergeordnete Rolle. Im Unterschied zu den Einweisungen, wo die Psychologischen Psychotherapeuten kaum vertreten waren, wurden viele Patienten mit der Empfehlung einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung entlassen.

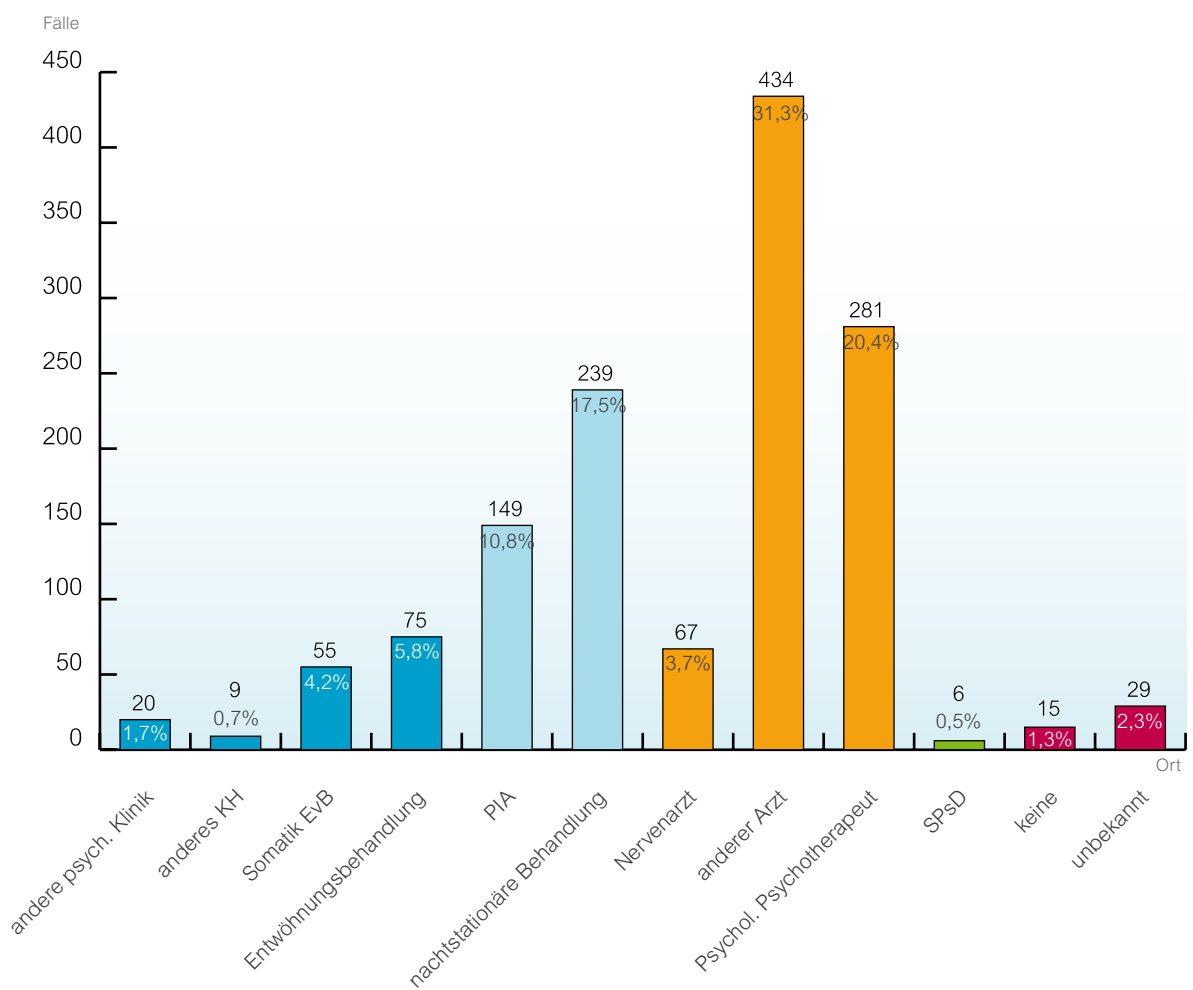


Abb. 15: Weiterbehandlung

Weiterbetreuung

Die Mehrzahl der Patienten wurde ohne institutionelle Weiterbetreuung entlassen. Auf die Problematik der „speziellen Heime“ wird an anderer Stelle Bezug genommen.

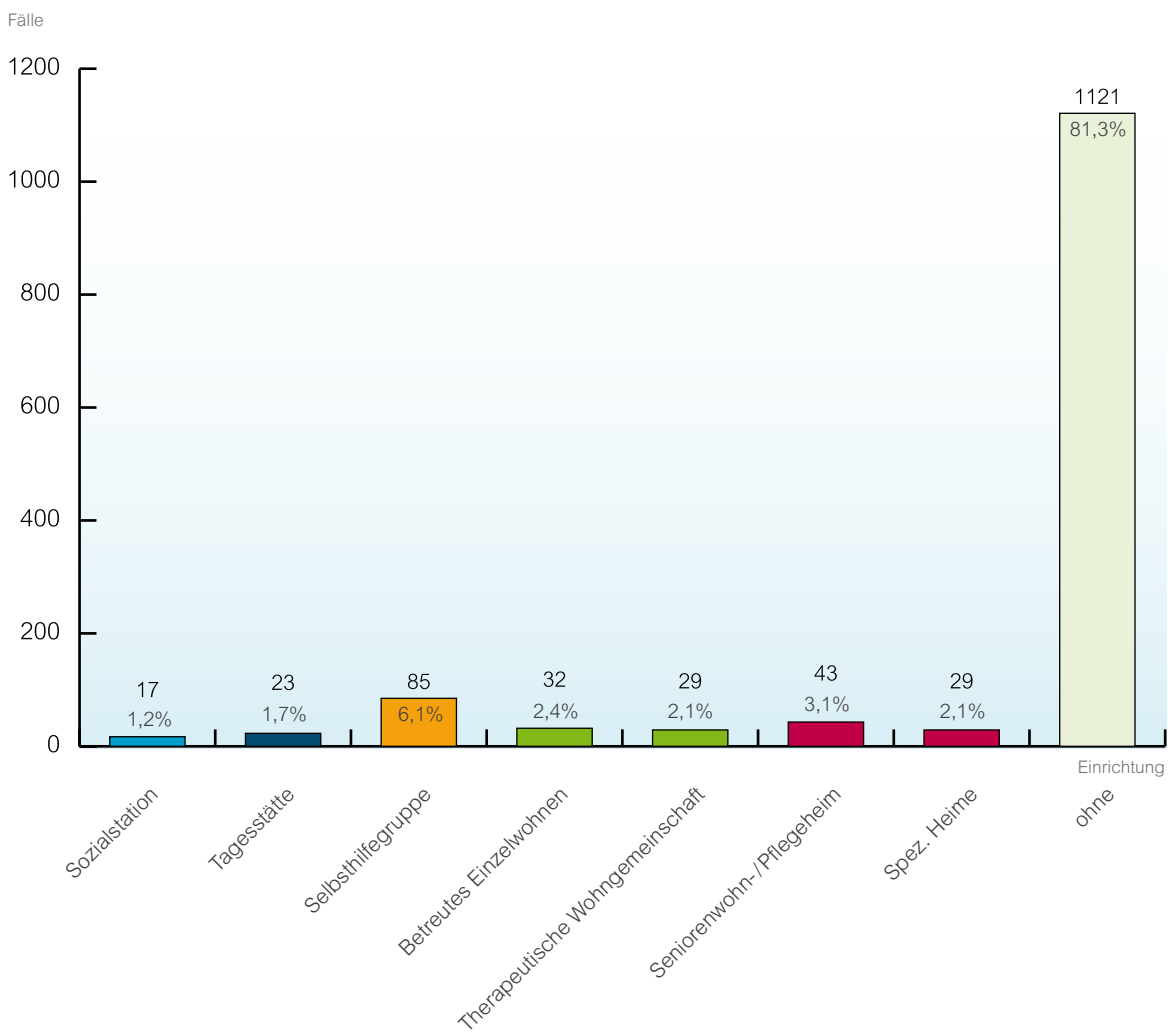


Abb. 16: Weiterbetreuung

Wohnort der Patienten

In Potsdam wohnten 3/4 aller Patienten. Etwas mehr als 1/5 hatte den Wohnsitz im Land Brandenburg. Es kann davon ausgegangen werden, dass davon die überwiegende Mehrzahl in Potsdam Mittelmark (Kleinmachnow, Stahnsdorf, Teltow) wohnt.

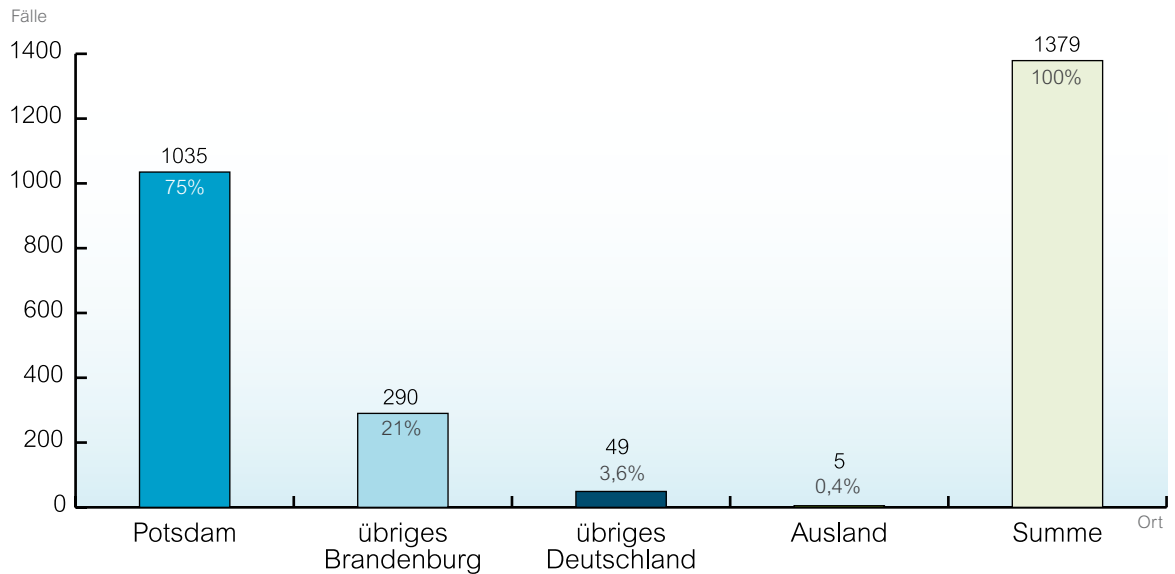


Abb. 17: Wohnort

Familienstand

Mehr als 2/3 der Patienten hatten keinen festen Partner. Entweder waren sie ledig oder lebten nach Trennung/Scheidung oder Tod des Partners allein. 30% der Patienten befanden sich in einer festen Partnerschaft (verheiratet oder in eheähnlicher Beziehung).

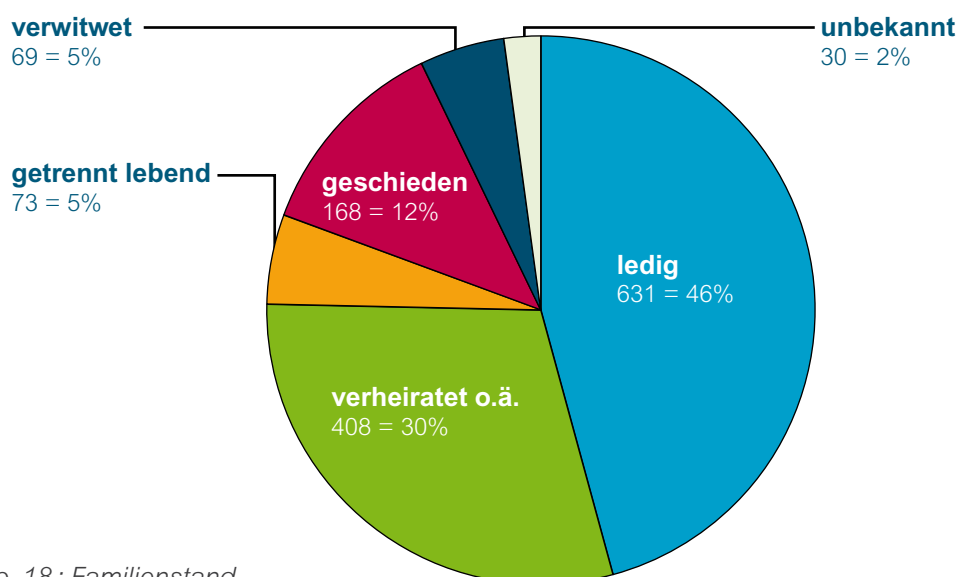


Abb. 18: Familienstand

Wohnsituation

Die Mehrzahl der Patienten lebte bei Aufnahme wie bei Entlassung in einer Privatwohnung. 38 Mal erfolgte die Entlassung nicht mehr in die eigene Wohnung.

In institutionellen Wohnformen lebte nur ein geringer Prozentsatz. Drei Kategorien verlangen jedoch unsere besondere Aufmerksamkeit: In der Kategorie „spezielle Heime“ handelt es sich häufig um geschlossene Wohnheime außerhalb der Heimatregion des Patienten. Dies widerspricht dem Grundsatz der gemeindeintegrierten psychosozialen Versorgung, nach dem alle Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen das Recht haben (sollten), in ihrer Heimatregion die für sie erforderlichen Hilfen zu erhalten. 29 Patienten sind im Jahr 2008 in „spezielle Heime“ entlassen worden. Dieser Punkt ist gemeinsam mit den Verantwortlichen der regionalen Pflichtversorgung zu diskutieren. Zwei weitere Kategorien sind das Obdachlosenwohnheim und die Kategorie „ohne festen Wohnsitz“ (ofW). Immer wieder kommt es vor, dass Patienten in das Obdachlosenwohnheim entlassen werden. Die Weiterbehandlung dieser Patientengruppe wird in der Regel durch unsere PIA gewährleistet (siehe Kap. 6 Psychiatrische Institutsambulanz). Mitunter handelt es sich dabei um Patienten, die schon seit vielen Jahren im Obdachlosenwohnheim wohnen, ihren weiteren Verbleib in dieser Umgebung wünschen und sich dort „zu Hause“ fühlen. Trotz unserer Grundregel „Kein Patient wird auf die Straße entlassen“ war in 16 Fällen bei Entlassung kein fester Wohnsitz bekannt.

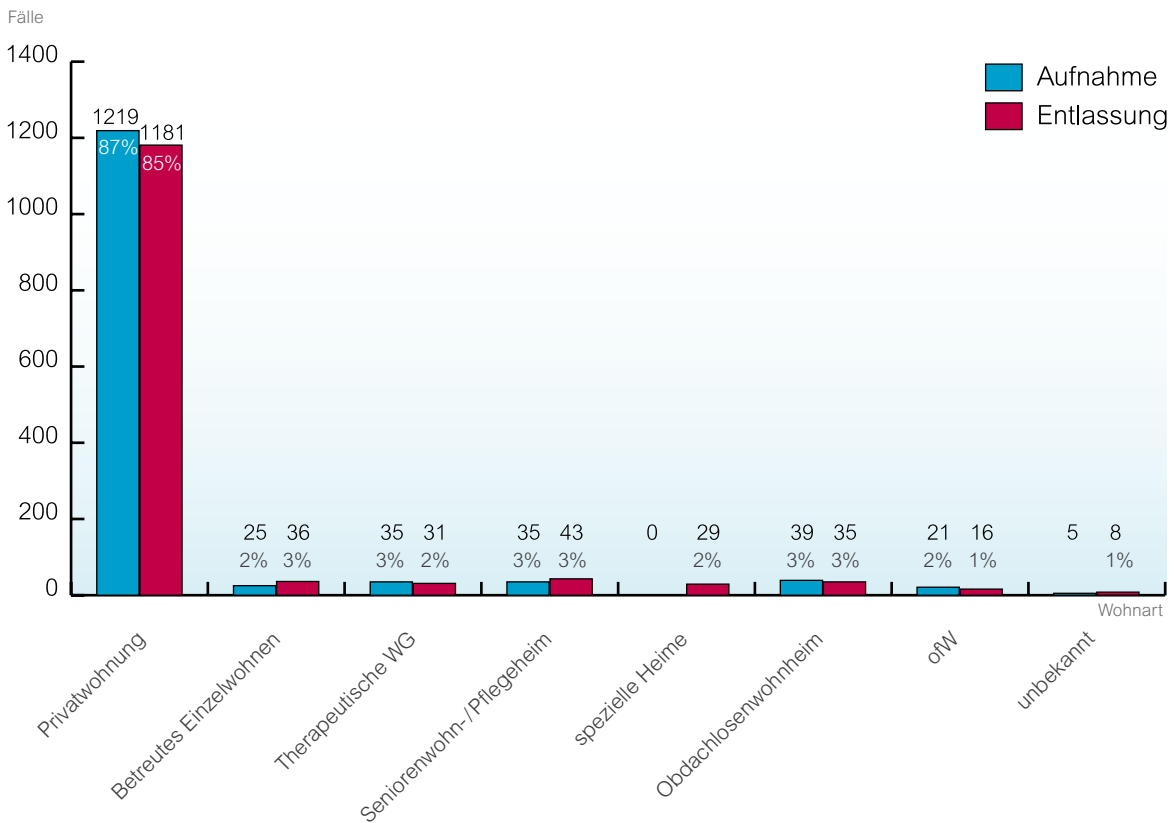


Abb. 19: Wohnsituation

Einkünfte

Knapp 1/4 der Patienten verfügten über ein eigenes Einkommen. Knapp 1/3 der Patienten bezog ALG oder Grundsicherung, ein weiteres 1/3 war berentet.

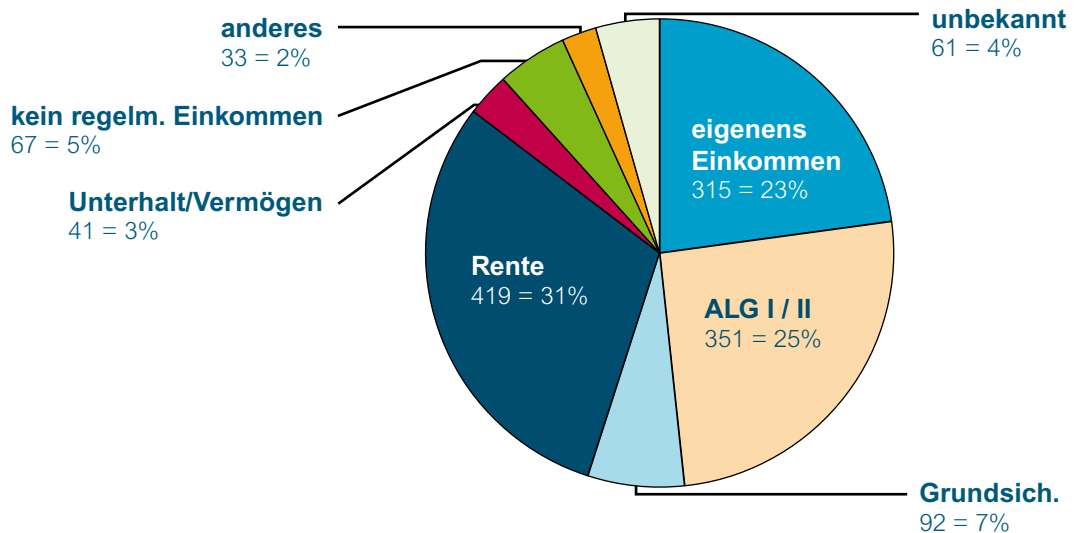


Abb. 20: Einkünfte

Migrationshintergrund

Der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund betrug 9%, davon waren Mitbürger aus den EU-Staaten am häufigsten vertreten. Die Anzahl der Bürger in Potsdam mit Migrationshintergrund liegt bei 4,6 % und ist damit geringer als im Bundesdurchschnitt. Die Heimatländer der Bürger mit Migrationshintergrund liegen meist in Osteuropa (Demografiekonzept Potsdam, 2008). Menschen mit Migrationshintergrund waren hiernach in unserer stationär-psychiatrischen Behandlung überrepräsentiert. Das kann als Hinweis gewertet werden, dass für psychisch Kranke mit Migrationshintergrund in Potsdam die Schwelle eine stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen niedrig ist.

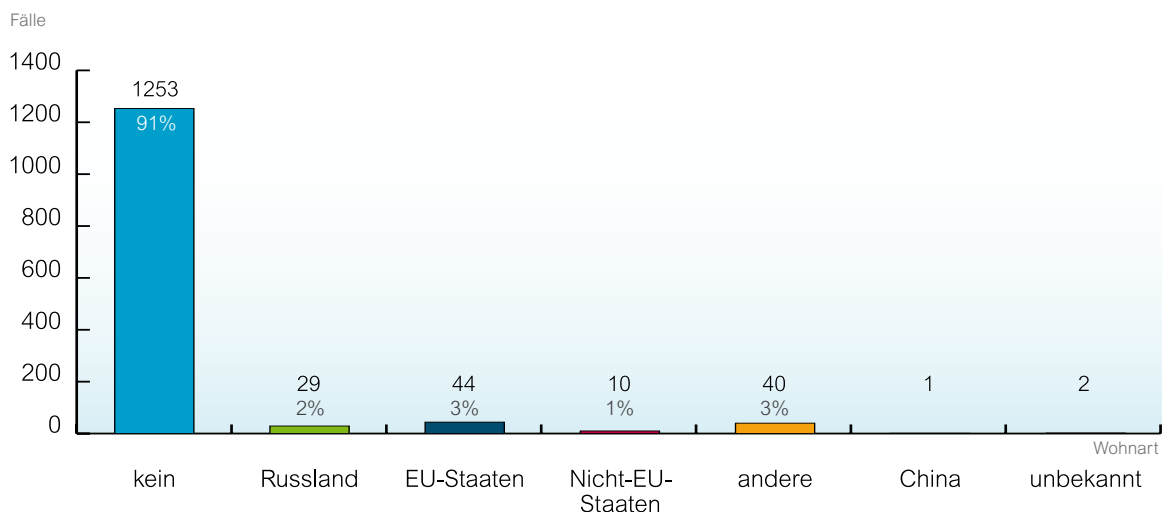


Abb. 21: Migrationshintergrund

6. Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Die Patientenzahl in der PIA ist von Quartal zu Quartal kontinuierlich gestiegen. Im letzten Quartal 2008 sind 460 Patienten durch die Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte der PIA behandelt worden. Neben Gesprächsterminen in der PIA wurden Patienten, die krankheitsbedingt die PIA nicht aufsuchen können, zu Hause aufgesucht. Eine besonders schwer erreichbare Gruppe sind Menschen mit psychischen Erkrankungen und Obdachlosigkeit. 14-tägig wurde das Obdachlosenwohnheim von einem Kollegen der PIA aufgesucht, um dort die Patienten, die nicht in die PIA kommen, zu behandeln. In einzelnen Fällen wurden die Patienten durch den Arzt bzw. Psychologen, der sie während der stationären Behandlung betreut hat, nach dem Konzept der stationsintegrierten PIA weiter behandelt. Die folgenden Zahlen beziehen sich auf das letzte Quartal 2008.

Die Diagnosenverteilung unterscheidet sich erheblich vom stationären Diagnosespektrum. Nach der prozentualen Verteilung wurden im Vergleich zum stationären Bereich in der PIA ca. 2 Mal mehr Patienten mit einer schizophrenen Psychose und ca. 4 Mal mehr Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung behandelt. Patienten aller anderen Diagnosegruppen sind in der PIA seltener im Vergleich zum stationären Setting. Gemäß im § 118 SGB V formulierten Behandlungsauftrag werden in der PIA in der Regel die Patienten behandelt, die „nicht wartezimmerfähig“ sind und die Komplexbehandlung durch ein multiprofessionelles Team benötigen.

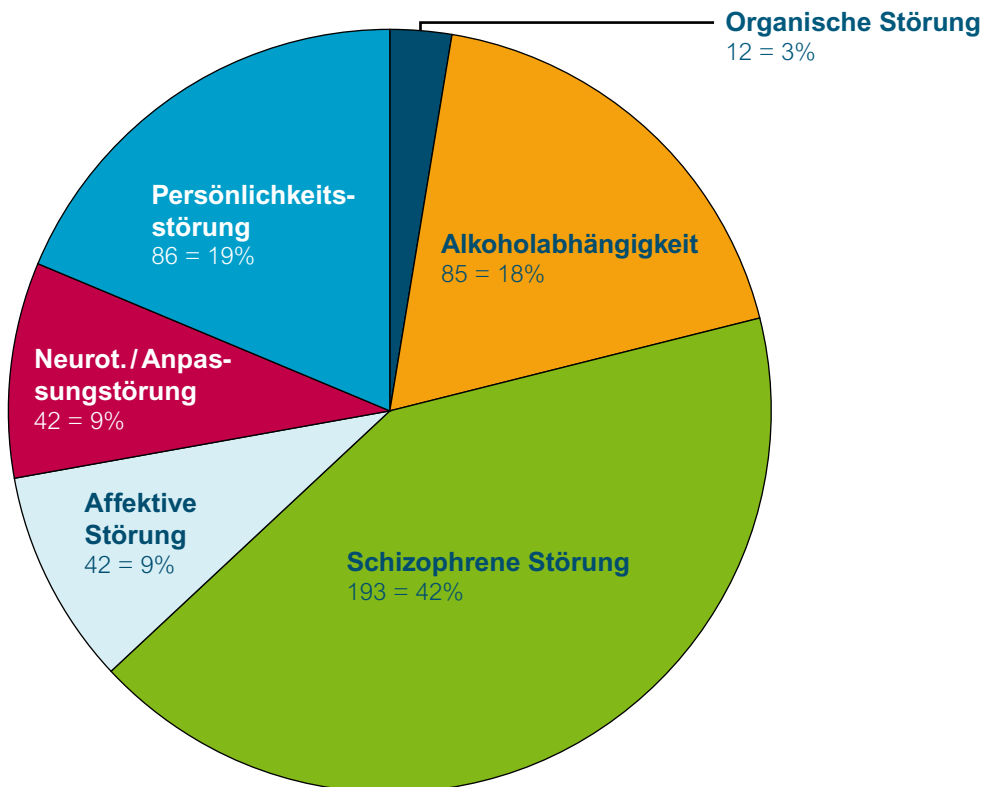


Abb. 22: Diagnosenverteilung in der PIA

Im letzten Quartal 2008 gab es insgesamt 4083 Kontakte zu den in der PIA behandelten Patienten – somit im Durchschnitt knapp 9 Kontakte pro Patient. In diese Gesamtzahl sind auch 120 Krisengespräche eingeschlossen. Krisengespräche sind ungeplant und besonders ressourcenintensiv, da sie in der Regel länger als ein regulärer Patientenkontakt dauern und häufig zwei Therapeuten in Anspruch nehmen.

Wie sich die Kontakte auf die einzelnen Berufsgruppen aufteilen, zeigt folgende Abbildung.

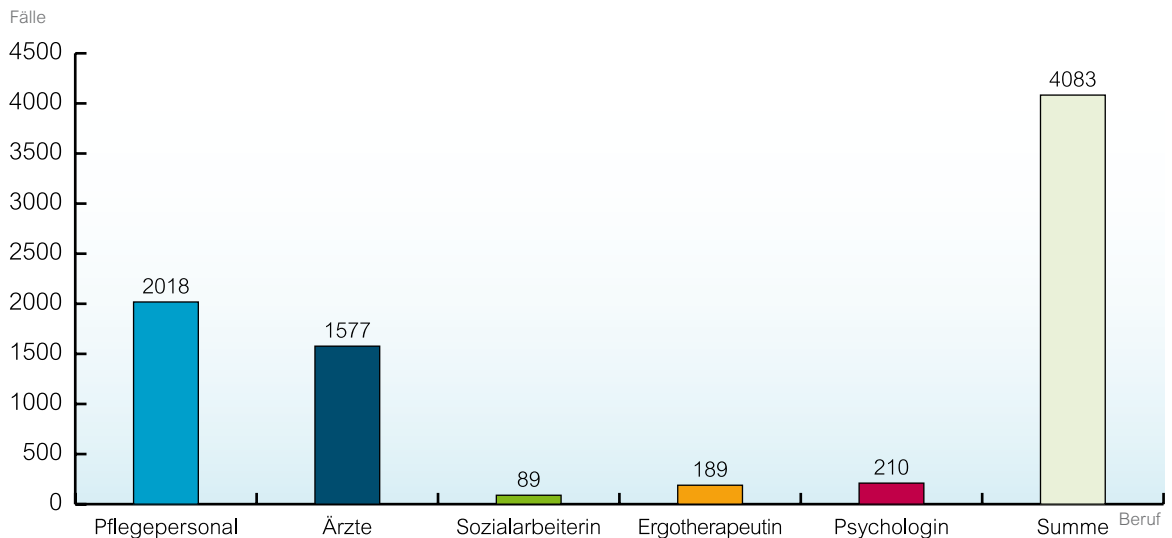


Abb. 23: Patientenkontakte nach Berufsgruppen

Hausbesuche spielen im Rahmen der Behandlung durch die PIA eine wichtige Rolle. Die Indikation für einen Hausbesuch stellen wir entweder bei Patienten, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind in die PIA zu kommen oder wenn aufgrund einer krisenhaften Zuspitzung eine sofortige Intervention erforderlich ist. Insgesamt haben wir im letzten Quartal des vergangenen Jahres 76 Mal Patienten zu Hause aufgesucht. Welche Berufsgruppen diese Leistungen erbracht haben zeigt folgende Grafik.

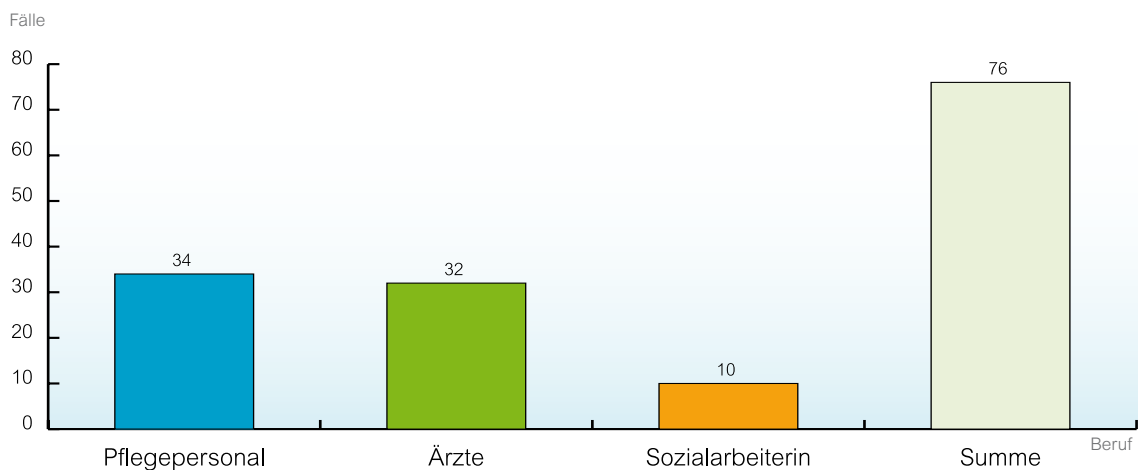


Abb. 24: Hausbesuche

7. Psychiatrischer Konsildienst

Bis zu 40% der Patienten, die im somatischen Bereich eines Krankenhauses behandelt werden, leiden neben der körperlichen Erkrankung unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung, insbesondere unter Depressionen (AROLT & ROTHERMUNDT, 2004). Vor diesem Hintergrund gewinnt der psychiatrische Konsildienst für eine adäquate Patientenversorgung in einem Klinikum der Größenordnung des Klinikums Ernst von Bergmann mit 1000 Betten seine besondere Bedeutung. Ein Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist seit Mitte des Jahres 2008 mit einer halben Stelle für den psychiatrisch/psychotherapeutischen Konsildienst verantwortlich. Damit ist Verbindlichkeit und Kontinuität gewährleistet. Im Jahr 2008 wurden über 800 Konsile durchgeführt. Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme der psychiatrischen Konsilleistung lag bei der Intensivstation und den Abteilungen für Innere Medizin.

Dringende Konsile werden noch am Tag der Anfrage, reguläre Konsile innerhalb von 24 h nach Eingang der Konsilanforderung durchgeführt. Die Erreichbarkeit des Konsilarztes wurde durch das sog. „Konsil-Handy“, welches von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr besetzt ist, vereinfacht.

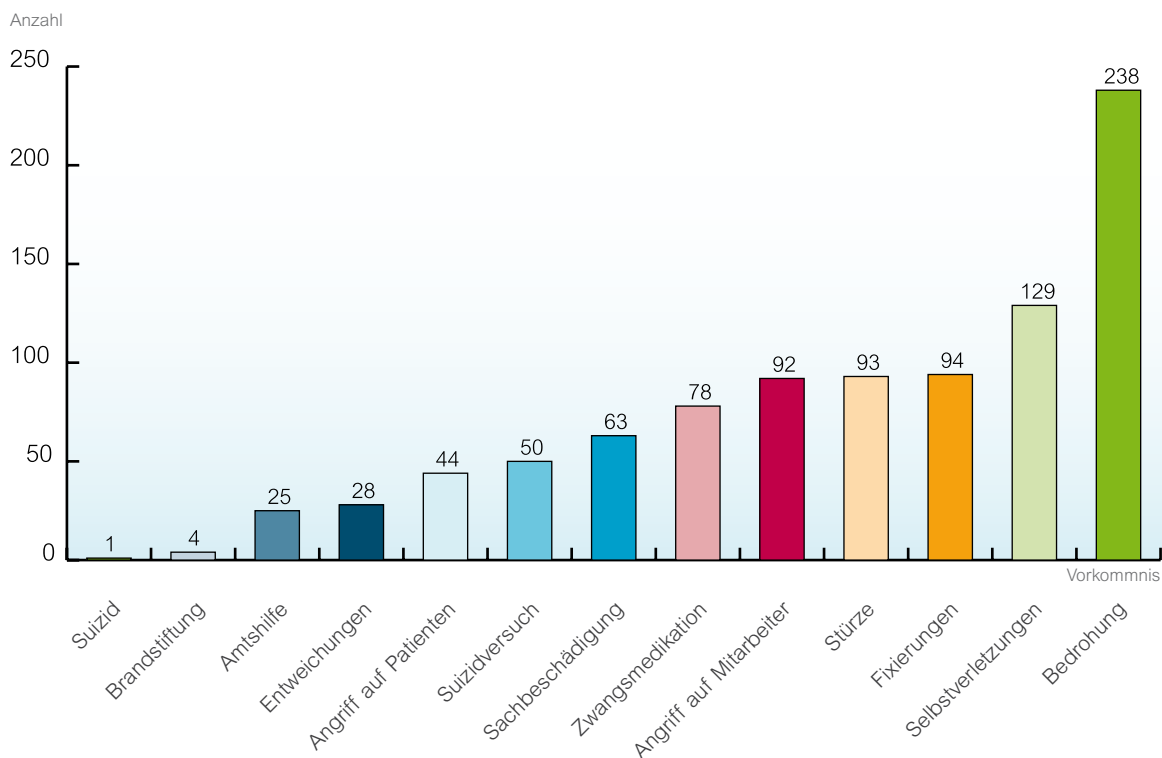
8. Besondere Vorkommnisse

Im Rahmen der ereigniskorrelierten Dokumentation haben wir im Jahre 2008 begonnen besonders schwerwiegende Ereignisse, die für das Personal erheblich belastend sind, zu dokumentieren. Damit werden wichtige Daten erfasst, die zum einen die Intensität der Arbeit abbilden, zum anderen als Maßnahme des Qualitätsmanagements Grundlage für einen andauernden Diskussionsprozess innerhalb der Klinik sind, um unsere Arbeit laufend zu hinterfragen sowie Abläufe und Behandlung zu verbessern.

Es handelt sich um das erste Jahr der systematischen Erfassung mit einem entsprechenden Dokumentationsbeleg. Verantwortlich für die Erfassung ist das Pflegepersonal der jeweiligen Station.

Im Jahr 2008 sind knapp 1.000 Vorkommnisse dokumentiert worden; das entspricht einem Durchschnitt von 2,7 Ereignissen pro 24 Stunden.

Der folgende Überblick zeigt, dass „Bedrohung“ das am häufigsten erfasste Ereignis war. Meist ist davon das Pflegepersonal betroffen, gefolgt von den Ärzten und Psychologen. Immer wieder bedrohen aber auch Patienten ihre Mitpatienten. In 25 Fällen hat die Bedrohung oder andere Formen der Aggression ein derartiges Ausmaß angenommen, dass die Polizei zu Hilfe gerufen werden musste, um die Situation zu beherrschen.



Zwangmaßnahmen

Immer wieder kommt es vor, dass Zwangsmaßnahmen angewandt werden müssen, um gefährliche Situationen zu bewältigen. In 94 Fällen war eine Fixierung unumgänglich, 78 Mal eine Zwangsmedikation erforderlich. Zwangsmaßnahmen sind die „ultima ratio“ und nur im äußersten Notfall erlaubt, nachdem vorher alle anderen Möglichkeiten der Deeskalation ohne Erfolg ausgeschöpft worden sind.

Die Häufigkeit der einzelnen Ereignisse unterschied sich auf den Stationen erheblich, wie die folgende Grafik zeigt:

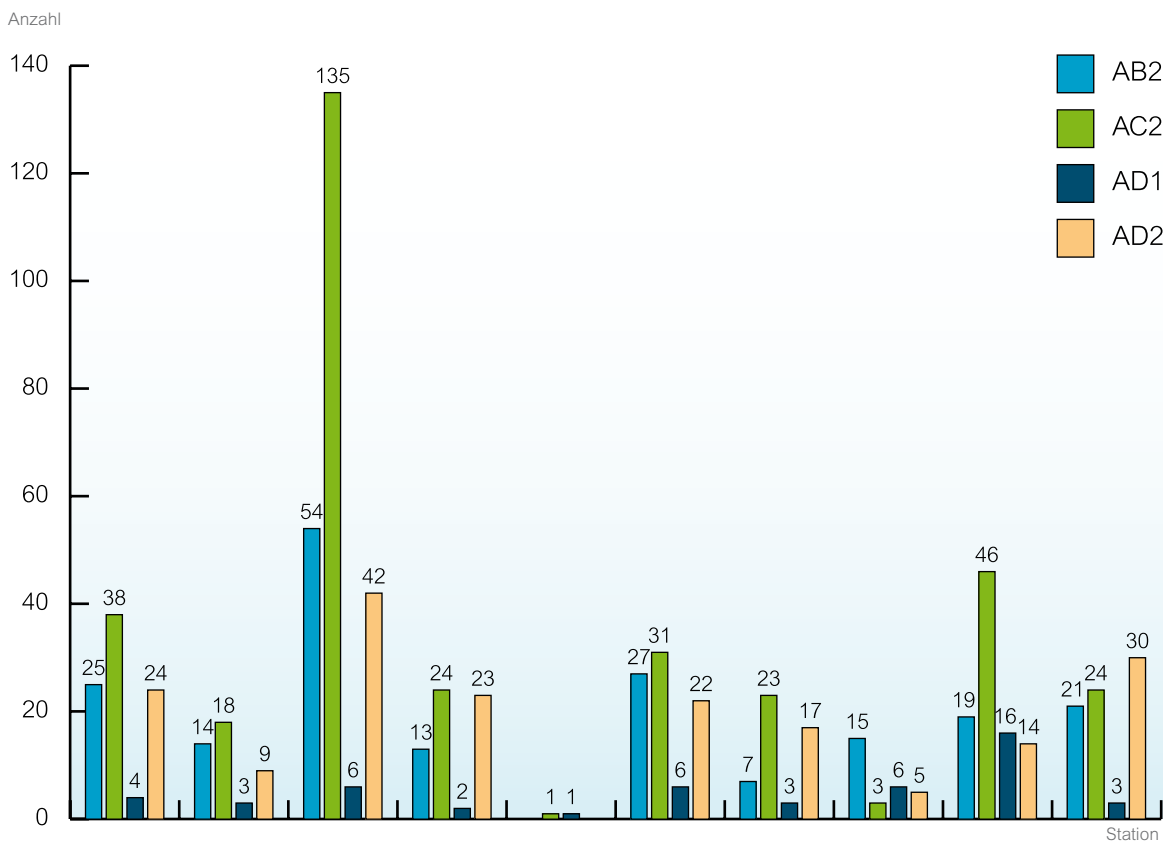


Abb. 26: Besondere Vorkommnisse stationsbezogen

Besondere Vorkommnisse wurden nicht nur von Patienten verursacht, die gegen ihren Willen untergebracht waren. Insbesondere Ereignisse, die durch aggressives Verhalten bedingt sind wie Angriff auf Mitarbeiter und Mitpatienten oder auch Sachbeschädigung wurden wesentlich häufiger von Patienten verursacht, die sich freiwillig in stationärer Behandlung befanden.

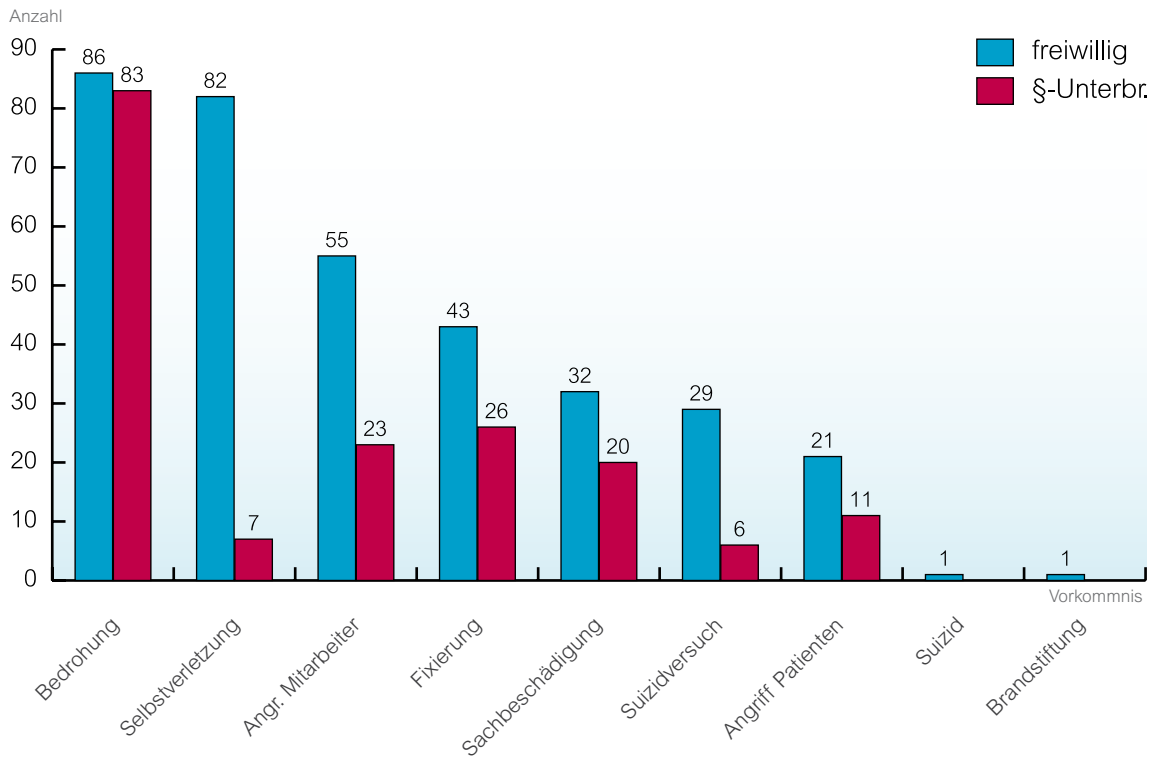


Abb. 27: Besondere Vorkommnisse freiwillig vs. untergebrachte Patienten

Zeitpunkt der Ereignisse

Knapp 2/3 der „Besonderen Vorkommnisse“ ereigneten sich in der Spät- oder Nachtschicht. Am häufigsten wurden sie aus der Spätschicht (14.00 – 21.59 Uhr) berichtet. Knapp 1/4 der Vorkommnisse ereigneten sich in der Nachtschicht (22.00 – 5.59 Uhr).

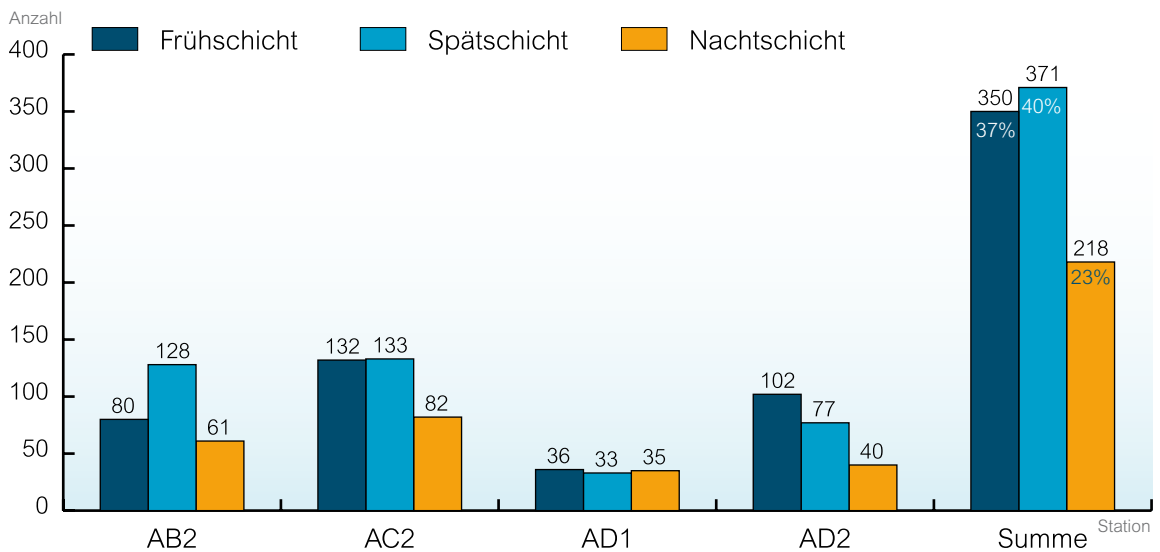


Abb. 28: Zeitpunkt der Ereignisse stationsbezogen

9. Aktivitäten

Mitarbeiter des Zentrums sind in diversen Gremien der Stadt Potsdam und des Landes Brandenburg tätig. Diese Aktivitäten nehmen viel Zeit in Anspruch. Trotz knapper personeller Ressourcen legen wir großen Wert darauf, weil dadurch die regionale Vernetzung gefördert und das Zentrum als ein Baustein der regionalen psychosozialen Versorgung wahrgenommen wird. Vernetzung zwischen den einzelnen Akteuren erhöht erfahrungsgemäß die Qualität der Versorgung und erleichtert das Schnittstellenmanagement.

Folgende Aktivitäten wurden durchgeführt:

- Hr. Klinitz: AG Gerontopsychiatrie des Landes Brandenburg
- Hr. Klinitz, Hr. Kieser: Netzwerk Älter werden in Potsdam
- Hr. Klinitz: AK Gerontopsychiatrie im Rahmen des Netzwerkes Älter werden in Potsdam
- Frau Groh-Kankarowitsch, Frau Kaps-Sommer:
AG Fachgruppe Sucht Potsdam
- Frau Groh-Konkarowitsch, Frau Stöhlke, Hr. Klinitz, Hr. Kieser:
AG gemeindepsychiatrische Versorgung in Potsdam
- Hr. Kieser: Vorstandsmitglied der Alzheimergesellschaft Brandenburg
- Frau Groh-Konkarowitsch, Frau Röder-Wanner, Hr. Klinitz, Hr. Kieser:
Mitarbeit in der Brandenburger Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (BraGSP).

Weitere Schwerpunkte wurden in der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Stadt Potsdam gesetzt. So ist eine Kooperationsvereinbarung mit dem Berufsbildungswerk in Potsdam (BBW) entstanden, die eine enge Zusammenarbeit zwischen dem BBW und dem Zentrum regelt.

Weiterhin suchten wir die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen wichtigen Partnern der psychosozialen Versorgung in Potsdam. Dazu gehören der Sozialpsychiatrische Dienst (SPsD) und die Einrichtungen des komplementären Bereichs.

Der Besuch des Psychoseseminars an der Fachhochschule Potsdam ermöglicht einen sehr anregenden Austausch zwischen Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Professionellen.

10. Qualitätssicherungsmaßnahmen

Großen Wert haben wir auf die Fortführung bereits bestehender und die Einführung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen gelegt. Folgende Elemente der Qualitätssicherung haben sich in unserem Zentrum etabliert:

- Die „Mappe für ÄrztInnen und PsychologInnen“ wird jedem neuen Mitarbeiter an seinem ersten Arbeitstag übergeben. Darin sind die Grundsätze und Leitlinien der Klinik enthalten, wesentliche Prozessabläufe beschrieben und das Verhalten in bestimmten Situationen wie z.B. ärztliche Schweigepflicht, Aufnahme- und Entlassungsmanagement festgelegt.
- Die Basisdokumentation (BADO) erfasst soziodemografische und klinische Daten aller Fälle, die stationär, teilstationär und ambulant behandelt werden. Die im Jahresbericht vorgestellten Daten basieren auf der BADO.
- Die ereigniskorrelierte Dokumentation bildet „Besondere Vorkommnisse“ und „Maßnahmen“ ab. Dadurch wird die besondere Versorgungssituation einer psychiatrischen Klinik dargestellt.
- Im Projekt „Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie“ (AMSP) arbeiten wir in einem bundesweiten Pharmakovigilanzprojekt mit. Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka werden systematisch erfasst und der AMSP-Datenbank zur Verfügung gestellt. Die Auswertung erfolgt in regionalen und bundesweiten Konferenzen. Verantwortlich für das Zentrum ist Oberarzt Theophil und Hr. Volkmer, Assistenzarzt.
- Im Arbeitskreis „Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ treffen sich regelmäßig Vertreter psychiatrischer Kliniken aus Bremen, Karlsruhe, Bielefeld, Potsdam und Berlin. Inhaltlich stehen Gewalt in der Psychiatrie und notwendige Zwangsmaßnahmen im Mittelpunkt. Es werden u.a. Leitlinien der Prävention und deeskalierende Strategien eines professionellen Umgangs erarbeitet. Hr. Klimitz (Psychologe) und Hr. Grondei (Krankenpfleger) vertreten unser Zentrum.
- In Vorbereitung auf die im Januar 2009 anstehende KTQ-Zertifizierung sind in mehreren Arbeitsgruppen wichtige Themenbereiche diskutiert, Abläufe beschrieben und Verfahrensanweisungen (z.B. zu „Zwangsmaßnahmen“, Dokumentation von Fixierungen) festgelegt worden. Folgende Arbeitsgruppen haben regelmäßig getagt:
 - AG Qualitätsmanagement
 - AG Dokumentation
 - AG Patientenversorgung
 - AG freiheitsentziehende Maßnahmen
- Regelmäßig findet einmal im Monat eine externe Supervision für alle Stationsteams und für das PIA-TK-Team statt.

11. Fort- und Weiterbildung

14-tägig findet eine für alle Ärzte und Psychologen verbindliche Fort- und Weiterbildung statt. Bei bestimmten Themen nehmen auch Mitarbeiter anderer Berufsgruppen an der Veranstaltung teil. Die Themen orientieren sich im Wesentlichen an den Inhalten der Weiterbildungsordnung der ÄK Brandenburg für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Fort- und Weiterbildung wird hauptsächlich von Klinikmitarbeitern gestaltet und nur zu einem geringeren Anteil von externen Referenten.

Die Fort-Weiterbildung wird von der Landesärztekammer Brandenburg mit 1 CME-Punkt zertifiziert. Alternierend zu diesen Fortbildungen haben wir ein „Basiscurriculum“ für neue Mitarbeiter eingeführt. Diese Veranstaltung wird von den OberärztInnen und FachärztInnen des Zentrums gestaltet und ermittelt die wichtigsten theoretischen Grundlagen der Psychiatrie und Psychopharmakotherapie.

12. Kommunikationsstrukturen

Regelmäßiger Austausch zwischen und mit den Mitarbeitern des Zentrums ist für unsere Arbeit eine wichtige Voraussetzung. Neben dem Informationsaustausch spielt die Entwicklung einer gemeinsamen Diskussionskultur dabei eine wichtige Rolle.

Folgende Besprechungen fanden regelmäßig im Zentrum statt:

- Morgenkonferenz mit Bericht des nachtdiensthabenden Arztes, Austausch wichtiger Informationen und Ankündigung von Veranstaltungen.
- Besprechung der Zentrumsleitung 1 x /Woche
- Organisationsbesprechung mit Ärzten und Psychologen 14-tägig
- Vollversammlung mit allen MitarbeiterInnen der Klinik 1 x /Monat
- Berufsgruppenbezogene Besprechungen mit dem Chefarzt bzw. dessen Stellvertreter (Stationsleitungen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter) 1 x /Monat
- Gespräch zwischen Chefarzt und den Assistentenvertretern 1 x /Monat
- Mitarbeitergespräche mit allen Berufsgruppen (im Probehalbjahr nach den ersten 3 Monaten und kurz vor Ende der Probezeit, mit allen anderen Mitarbeitern einmal im Jahr)
- Besprechung mit dem Team der Psychiatrischen Institutsambulanz 1 x /Monat

13. Ausblick auf das Jahr 2009

Für das Jahr 2009 steht zunächst der Aufbau der Behandlungseinheit Psychiatrische Institutsambulanz und einer weiteren Tagesklinik am Standort Charlottenstraße des Klinikums Ernst von Bergmann im Vordergrund. Diese Erweiterung ist erforderlich, da der Bedarf nach ambulanter und teilstationärer Behandlung hoch ist. Das rote Backsteingebäude auf dem Gelände des Klinikums bietet dafür ideale räumliche Voraussetzungen. Die Konzeptentwicklung hat uns über das 2. Halbjahr 2008 begleitet. Ziel ist, den in Skandinavien entwickelten bedürfnisangepassten Ansatz (Aderhold et al., 2003; Cullberg, 2008) umzusetzen und einen trialogischen Ansatz zu verwirklichen.

Auch für das kommende Jahr gilt es, das qualitativ hohe Versorgungsniveau im Zentrum zu halten und weiter zu entwickeln. Eine weiterführende Differenzierung und Individualisierung der Behandlungsangebote halten wir für wichtig. Dies setzt eine Diskussion über konzeptionelle Grundlagen, Haltungen und Therapieoptionen voraus. Dabei spielen die personellen Ressourcen eine wichtige Rolle, so dass wir auf den Erfüllungsgrad der PsychPV anhaltend großen Wert legen. Weiterhin werden wir uns intensiv mit der Optimierung von Arbeitsabläufen, insbesondere der Dokumentation beschäftigen.

Inhaltlich werden die Bereiche Gerontopsychiatrie sowie Psychotherapie und Psychosomatik im Mittelpunkt stehen. Zudem ist uns als Abteilung am Allgemein Krankenhaus die zuverlässige Vernetzung mit der Somatik ein großes Anliegen. Die Präsenz in der Rettungsstelle und die Konsiliartätigkeit sind weiter zu erhöhen.

Im teilstationären Bereich kam es 2008 im Vergleich zum Vorjahr zu einer erheblichen Steigerung der Behandlungstage (+45%). In der PIA nahm die Anzahl der Patienten, die wir pro Quartal behandelt haben, kontinuierlich zu (+50%). Die Gründe dafür sind vielfältig. Für die weitere Planung hat dies zur Folge, dass wir strukturell die ambulant-teilstationären Versorgungsbereiche weiter ausbauen müssen. Wegen der anstehenden Veränderungen der Vergütungsformen in der psychiatrisch/psychotherapeutischen stationären Versorgung, die im Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (KHRG) vorgegeben sind, müssen wir uns auch konzeptionell mit neuen Versorgungsmodellen auseinandersetzen. Dies kann als ein wichtiger Anreiz verstanden werden, den Prozess von der Institutions- zur Personenzentrierung beharrlich fortzusetzen.

Literatur:

Arolt, V., Rothermundt, M. (2004). Depression bei körperlichen Erkrankungen.
In V. Arolt, A. Diefenbacher (Hrsg.), Psychiatrie in der klinischen Medizin :
Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (S. 349–388). Darmstadt : Steinkopff.

Aderhold, V., Alanen, Y.O., Hess, G., Hohn, P. (2003). Psychotherapie bei Psychosen :
Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen : Psychosozial-Verlag

Cullberg, J. (2008). Therapie der Psychosen : Ein interdisziplinärer Ansatz.
Bonn : Psychiatrie-Verlag

Klinikum Ernst von Bergmann

Zentrum für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
In der Aue 59/61
14489 Potsdam – Babelsberg

Tel.: 0331. 241 - 7502

Fax: 0331. 241 - 7500

E-Mail: ckieser@klinikumevb.de