

Teil II.

Konzept der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Breklum

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Christoph Mai, Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Lars Petersen, Pflegedienstleitung
Dr. rer. nat. Anke Bauer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Das Konzept entstand in Zusammenarbeit mit den Leitenden und Mitarbeitenden der Abteilungen der DIAKO Nordfriesland.

Stand:

1.1.2021, nächste Revision: 2024

Kontakt und weitere Informationen:

DIAKO Nordfriesland gGmbH
Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum, OT Riddorf

Telefon: 04671 408 -0

Email: info.nf@diako.de

Internet: www.diako-nf.de

Gender-Hinweis:

Gleichbehandlung von Frauen und Männern? Das reicht uns nicht.

Gleichbehandlung muss für alle Geschlechtsidentitäten, englisch = gender, gelten finden wir.
Und diese Identitäten sind sehr vielfältig. Wir möchten alle ansprechen und niemanden ausgrenzen

Mehr erfahren: <https://www.diako-nf.de/genderhinweis>

Inhaltsverzeichnis Teil II des Konzeptes

A. Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Breklum	5
A1. Arbeiten im Regionalen Psychiatrie Budget – RPB	5
Abbildung 1: Landkreise in Schleswig-Holstein	6
Abbildung 2: Meilensteine der DIAKO Nordfriesland im regionalen Psychiatriebudget ...	7
A2. Sektorenübergreifende Versorgung im Regionalen Psychiatriebudget.....	9
A2.1 Zugang der Patienten – sektorenübergreifende Koordination der Aufnahme	9
A2.2 Während des Aufenthaltes – sektorenübergreifendes Case-Management.....	9
A2.3 Nach dem Aufenthalt – sektorenübergreifende Koordination der Nachsorge	10
A2.4 Sektorenübergreifende Konstanz der therapeutischen Beziehung.....	11
Abbildung 3: Arbeiten im regionalen Psychiatriebudget: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern (Übersicht).....	11
A2.5 Systemische Ansätze durch Einbezug des sozialen Umfeldes und weiterer Personengruppen	13
A2.6 Vernetzung / Schnittstellen mit weiteren Partnern im Gesundheitswesen	13
A2.7 Sektorenübergreifende Behandlungsprozesse in Abhängigkeit von der Indikationsgruppe	14
A2.8 Exkurs: Sozialraumbudget in Nordfriesland: Inklusives Leben für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Störungen und Behinderungen im "Sozialraum"	15
B. Abteilung für Allgemeinpsychiatrie	16
B1. Über Uns.....	16
B2. Unsere Schwerpunkte	16
B3. Therapieziele	17
B4. Therapeutisches Angebot	17
B5. Dauer der Therapie	18
B6. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie	18
Tabelle: Beispiele für Therapieangebote in einem Tagesablauf.....	19
B7. Behandlungsteam	20
B8. Ausstattung.....	20
B8.1 Allgemeine räumliche Ausstattung.....	20

B8.2 Diagnostische apparative Ausstattung	20
B8.3 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme	20
B8.4 Weitere Besonderheiten	21
B9. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation	21
B10. Vor- und Nachsorge (siehe auch Teil I. des Konzeptes)	22
C. Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen	23
C1. Über Uns	23
C2. Unsere Schwerpunkte	23
C3. Therapieziele	23
C4. Therapeutisches Angebot	24
C5. Dauer der Therapie	25
C6. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie	25
C7. Behandlungsteam	26
C8. Ausstattung	26
C8.1 Allgemeine räumliche Ausstattung	26
C8.2 Diagnostische apparative Ausstattung	27
C8.3 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme	27
C8.4 Weitere Besonderheiten	27
C9. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation	28
C10. Vor- und Nachsorge (siehe auch Teil I. des Konzeptes)	28
D. Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie	29
D1. Über Uns	29
D2. Unsere Schwerpunkte	29
D3. Therapieziele	30
D4. Therapeutisches Angebot	31
D5. Dauer der Therapie	32
D6. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie	32
Tabelle: Beispiele für Therapieangebote in einem Tagesablauf	33
D7. Behandlungsteam	34
D8. Ausstattung	34

D8.1 Allgemeine räumliche Ausstattung	34
D8.2 Diagnostische apparative Ausstattung.....	34
D8.3 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme	34
D8.4 Weitere Besonderheiten	35
D9. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation	35
D10. Vor- und Nachsorge (siehe auch Teil I. des Konzeptes)	36
Anhang.....	37
Anhang 1: Bericht der begleitenden Evaluation: Regionales Psychriatriebudget (RPB) in Nordfriesland: 2008 bis 2012 – Kurzfassung der Ergebnisse	37
Anhang 2: Statement der DIAKO Nordfriesland zum 1. Zwischenbericht der begleitenden Evaluation EVA 64 (2019).....	39
Anhang 3: Statement der DIAKO Nordfriesland zum Abschlussbericht der begleitenden Evaluation EVA 64 (2020).....	41

A. Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Breklum

Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Breklum hat stationäre, tagesklinische und ambulante Angebote für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Krankheiten, Störungen und Beeinträchtigungen aus den Bereichen der seelischen Gesundheit: Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen sowie Psychosomatik und Psychotherapie.

A1. Arbeiten im Regionalen Psychiatrie Budget – RPB

Der Kostendruck im Gesundheitswesen zwingt die Leistungsanbieter auf allen Stufen des Sektors zu stärkerer Zusammenarbeit und der Bündelung der Kräfte und Ressourcen. Dabei ist die Fragmentierung in stationäre und ambulante Systeme das größte strukturelle Problem der psychiatrischen Versorgung, das Patientenorientierung, Kosteneffizienz und Weiterentwicklung gleichermaßen behindert. Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik der DI-AKO Nordfriesland gGmbH arbeitet daher seit Einführung des „Regionalen Psychiatriebudgets“ (RPB) im Jahr 2009 an der Weiterentwicklung hin zu einer modernen und zukunftsfähigen Psychiatrie in und für Nordfriesland. Die Lage Nordfrieslands als Gesundheitsregion ist gekennzeichnet durch:

- Randlage (Grenzregion zu Dänemark, Küste)
- Besondere Versorgungsgebiete (Grenzland, Inseln, Halligen)
- Ländliche, strukturschwache Region (lange Wege, wenige Fachärzte)

Die allgemeinen Ziele der Arbeit im RPB lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Budgetsicherheit für Leistungsanbieter und Kostenträger
- Überwindung der Sektorengrenzen (stationär-teilstationär-ambulant)
- ökonomische Anreize für die Schaffung von Gesundheit (nicht von Fallzahlen oder Behandlungstagen)
- Schaffen von Anreizen für eine individualisierte Behandlung (patientenbezogen) und Verbesserung der Behandlungsqualität
- Anreize für die Änderungen von Organisationsstrukturen
- in Nordfriesland: Verbesserung der Versorgung in der Fläche / Versorgungslücken schließen
- **Fazit: Verbesserung von Behandlungseffizienz und -Qualität bei gleichbleibenden Ressourcen**



(Quelle: © wofma, fotolia)

Abbildung 1: Landkreise in Schleswig-Holstein

Um innerhalb des RPB wirtschaftlich zu arbeiten, sind weitreichende Reorganisations des klinischen Alltags erforderlich. Hierzu gehört unter anderem eine engere Zusammenarbeit zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung (= „sektorenübergreifende Behandlung“). Gleichzeitig wird eine Reduktion der ressourcenintensiven stationären Aufnahmen zugunsten von teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten angestrebt.

Tatsächlich ist die stationäre Behandlung nicht nur teuer, sondern sie wird von vielen psychiatrischen Patienten als besonders belastend erlebt. Ein Verbleiben des Patienten in seinem häuslichen Umfeld, bei gleichzeitiger hochwertiger Therapie, ist daher für alle am Behandlungsprozess Beteiligten von Vorteil. Folgende konkrete strukturelle und inhaltliche Ziele verfolgt die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik im RPB:

- A. Standortvielfalt reduzieren - Wege verkürzen - Verlegungen vermeiden
- B. Sektorenübergreifend behandeln (ambulant - teilstationär - stationär)
- C. Personal effizienter einsetzen, personalintensive Bereiche zusammenlegen

D. Transparenz schaffen und Kommunikation verbessern

E. Attraktivität der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik als Versorger und Arbeitgeber steigern

F. Optimierung eines bedarfsgerechten Angebotes in der Fläche

Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik der DIAKO Nordfriesland entwickelt im RPB ihre medizinischen Leistungen nach den Bedarfen der Versorgung kontinuierlich weiter. Die aus der Zusammenlegung der alten Standorte Kirchenstraße in Breklum und Krankenhausweg in Bredstedt am neuen Standort Gammeltoft in Riddorf/Breklum in 2012ff gehobenen Synergien wurden zur personellen Stärkung der ambulanten und teilstationären Angebote eingesetzt. Die gemeindenahere psychiatrische Versorgung für den großflächigen Landkreis Nordfriesland mit seinen Inseln und Halligen wurde durch drei Tageskliniken mit angeschlossenen psychiatrischen Institutsambulanzen optimiert.

In der strukturellen Weiterentwicklung der Versorgung im psychosomatischen Bereich besteht der Wunsch der DIAKO Nordfriesland eine weitere Tagesklinik zu implementieren.

Für Menschen am Übergang vom Jugendalter zum Erwachsenenalter wird der Aufbau eines Transitionspsychiatrie-Angebots angestrebt, optional in Kooperation mit einem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorger.

Auf längere Sicht wird ein integriertes Angebot für Menschen im Alter mit barrierefreiem Wohnraum, bedarfsadaptierten Pflegeleistungen und ärztlicher Versorgung einschließlich fachpsychiatrischer Komplexversorgung im Wohnbereich angestrebt.

Hinsichtlich des eingesetzten Fachpersonals wird sowohl an der Gesamtstärke des Personalbestandes als auch an der anteiligen Stärke der beteiligten Berufsgruppen langfristig festgehalten. Bei Implementierung der optimierten Erweiterungen wird das erforderliche zusätzliche Fachpersonal am Fachkräftemarkt rekrutiert. Dem Fachkräftemangel begegnet die DIAKO Nordfriesland mit einem Personalmanagement-Konzept, welches Elemente der Mitarbeiter-Akquise, Elemente zur Optimierung der Mitarbeiter-Zufriedenheit und Elemente der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeitende beinhaltet. Ein besonderes Augenmerk gilt dem vorbeugenden Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden.

Die entsprechenden Meilensteine und ihre Erreichung bzw. die weitere Planung können Sie der folgenden Seite Abbildung 2 entnehmen:

Abbildung 2: Meilensteine der DIAKO Nordfriesland im regionalen Psychriatriebudget

MEILENSTEINE DER DIAKO NORDFRIESLAND IM REGIONALEN PSYCHIATRIEBUDGET – RPB

Die Entwicklung seit dem Jahr 2006 und die Planung für die nächsten Jahre

Grundsätze der Entwicklung und der Planung: Zusammenfassung und dadurch qualitative Verbesserung stationärer Angebote, Auf- und Ausbau tagesklinischer und ambulanter Angebote in der Fläche, dezentral, gut zu erreichen auch für die Randlagen wie etwa die nordfriesischen Inseln und Halligen sowie die Grenzregion zu Dänemark (Südtondern)

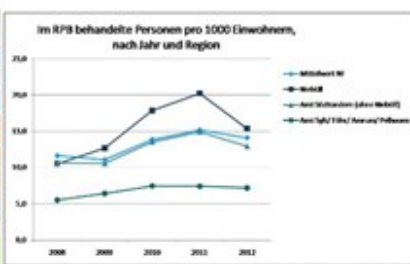
bis 2006	2007 - 2009	2010 - 2012	2013 - 2014	2015 - 2020	2021-2022	Folgejahre
<p>2006: Eröffnung der Psychiatrischen Tagesklinik (TK) Husum. Damit Vollzug des ersten Schrittes in die bessere Versorgung in der Fläche.</p> <p>2007: Fusion der Fachklinik Breklum und des FKH Nordfriesland zu den Fachkliniken Nordfriesland (FKLNF).</p> <p>Zuvor: Bereits ab 1995: Eröffnung einer Psychiatrischen Tagesklinik (TK) in Breklum. Aufbau ambulanter Angebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in Breklum und Bredstedt. Zunächst noch angegliedert an den jeweiligen stationären Krankenhausbetrieb.</p>	<p>2007: Die PIA Husum nimmt ihre Arbeit in den Räumen der TK Husum auf und entwickelt sich zur patientenstärksten PIA in Nordfriesland. Das gemeinsame Arbeiten der tagesklinischen und ambulanten Angebote und der dadurch niedrigschwellige Übergang für die Patienten ist sehr erfolgreich.</p> <p>2009: Eröffnung der psychiatrischen TK und PIA Niebüll.</p> <p>2009: Erhöhung der Bettenmessziffer (teilstationär) von 0,09 auf 0,31, Verringerung der Bettenmessziffer (stationär) von 0,79 auf 0,66 (im RPB).</p>	<p>2010: Der Standort Breklum erhält weitere tagesklinische Plätze (TK Breklum).</p> <p>2010: Personelle Stärkung der PIAs in Breklum und Bredstedt</p> <p>2011: Inhaltlicher Ausbau der Abteilung für Psychosomatik Medizin als „Trauma-Kompetenzzentrum Nord“.</p> <p>2012: Die neuen Gebäude für Krankenhaus, Rehabilitation und Therapie werden in Breklum-Riddorf eröffnet. Dies macht die Zusammenfassung der stationären Abteilungen möglich, die zuvor an drei Standorten verteilt waren.</p>	<p>2013: Die PIA Breklum folgt den stationären Abteilungen an den Standort Breklum-Riddorf.</p> <p>2014: Zusammenlegung der PIA Bredstedt und der PIA Breklum am Standort Breklum-Riddorf.</p> <p>2014: Weitere Baumaßnahmen: Die Entzugsstationen und die Verwaltung ziehen nach Riddorf. Damit sind alle stationären und zentralen Abteilungen an einem Standort vereint.</p> <p>2014 ff: Vereinheitlichung der inhaltlichen Arbeit, Entwicklung neuer Therapiekonzepte für den klinischen Bereich.</p>	<p>2016: Die FKLNF und alle Außenhäuser übernehmen Logo und Namen der DIAKO und gründen die DIAKO Nordfriesland gGmbH; Zusammenwachsen intern und extern mit der DIAKO Flensburg.</p> <p>2017 ff: Die Abteilungen der DIAKO Nordfriesland arbeiten mit Hochdruck an der Digitalisierung und Verschlinkung ihrer Prozesse.</p> <p>2019: Einführung der QM-Software ROXTRA.</p> <p>2020: Die beiden DIAKO Psychiatrien in Flensburg und Nordfriesland arbeiten unter dem Dach der DIAKO Nordfriesland gGmbH zusammen und sind in einem Unternehmen vereint.</p>	<p>2021/22: Für den Kreis Nordfriesland wird ein Antrag auf den Aufbau einer Psychosomatischen Tagesklinik gestellt; Ausbau der psychosomatischen Angebote in der Region.</p> <p>2021ff: Beginn Einführung und Ausbau einer „Transitionspsychiatrie“: Angepasste und verbesserte psych. Versorgung von Menschen in der Altersgruppe 15 - 25 Jahren.</p> <p>2021ff: Zusammenwachsen mit den psychiatrischen Angeboten der DIAKO Nordfriesland in Flensburg: Strukturen angleichen, Synergien heben, Angebote verbessern, dabei wirtschaftlich arbeiten.</p>	<p>2023 ff: Berücksichtigung des Demographischen Wandels (I.): Auf- und Ausbau von Angeboten, angepasst für die geburtenstarken Jahrgänge, die in das Rentenalter kommen.</p> <p>2024 ff: Berücksichtigung des Demographischen Wandels (II.): Angepasste und verbesserte psych. Versorgung von Menschen in der Altersgruppe 15 - 25 Jahren.</p> <p>2024 ff: Berücksichtigung des Demographischen Wandels (III.): Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke mit Angeboten abgestuft betreuter Wohnformen mit durchlässigen Übergängen und flexibler fachärztlicher / fachpflegerischer / sozialpsychiatrischer Betreuung.</p>



2006: Eröffnung der TK und PIA Husum



2009: Eröffnung der TK und PIA Niebüll

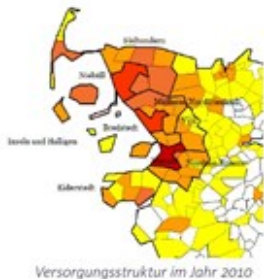


2012: Verbesserung der Versorgung auf den Inseln und Halligen und in der Grenzregion



2012-2020: Alle stationären und zentralen Abteilungen werden am Standort Breklum-Riddorf vereint.

Fotos: Bauer, Nolte



2007 - 2009	2010 - 2012	2013 - 2014	2015 - 2019	2020
<p>RPB</p> <p>2008: Entwicklung des Konzeptes zur Einführung des RPB.</p> <p>2009: Abschluss des Modellvertrages nach §24 BpflV von 2009 bis 2013.</p> <p>2009: Beginn der Implementierung des RPB in dem klinischen Bereich der DIAKO NF.</p>	<p>RPB</p> <p>2010: Implimentierung der haus-eigenen Begleitforschung zum RPB.</p> <p>2011: Erster Zwischenbericht zum RPB mit positiven Ergebnissen aus den Jahren 2008 bis 7.2011.</p>	<p>RPB</p> <p>2013: Vorlage des Forschungsberichtes zum RPB mit positiven Ergebnissen aus den Jahren 2008 bis 2012.</p> <p>Verlängerung des Modellvertrages nach §64b SGB V zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.</p>	<p>RPB</p> <p>2017: Beginn der Begleitforschung durch EVA64: Berücksichtigung der Daten ab 2013.</p> <p>2019: Vorlage des 1. Zwischenberichtes mit positiven Ergebnissen aus den Jahren 2013 bis 2015 Siehe dazu: Statement der DIAKO NF (2019).</p>	<p>RPB</p> <p>2020: Vorlage des 2. Zwischenberichtes mit neutralen Ergebnissen aus den Jahren 2013 bis 2017. Siehe dazu: Statement der DIAKO NF (2020).</p> <p>2020: Verlängerung des Vertrages zum RPB mit den Kostenträgern.</p>



A2. Sektorenübergreifende Versorgung im Regionalen Psychriebudget

A2.1 Zugang der Patienten – sektorenübergreifende Koordination der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt nach Absprache mit unserer Belegungscoordination über die Einweisung eines niedergelassenen Arztes oder Psychologen. Auch die Ärzte aus medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Kliniken der Region oder die Ärzte der Fachklinik, so etwa die Ambulanzärzte, können eine Einweisung ausstellen.

In der Regel erfolgt ein telefonisches Vorgespräch mit dem Patienten und / oder dem Zuweiser. Die Zentrale Aufnahme befindet in dem Klinikgebäude in Breklum. Aufgrund der häufig komplexen Mehrfacherkrankungen und je nach Art, Dauer und Schwere der Erkrankung, den Vorbefunden und den Ergebnissen der vorherigen Behandlung wird dort individuell entschieden, welche Fachabteilung für den Patienten die beste ist.

Im Notfall bzw. zur Krisenintervention sind kurzfristige Aufnahmen auf unsere Akut-Stationen möglich. Sowohl die Tageskliniken (TK) als auch die Ambulanzen (PIA) verfügen zudem über eine dezentrale Anmeldung. Vor der Aufnahme in eine der TK wird ein Vorgespräch mit dem Patienten vereinbart. In den PIA können Termine wie in einer Arztpraxis gemacht werden.

Eine weitere Möglichkeit ist die vorstationäre Aufnahme. Hier erfolgt eine medizinische Untersuchung und Diagnostik in der Fachklinik. Danach wird entschieden wie weiter verfahren wird: So kann ggf. eine ambulante oder tagesklinische Therapie empfohlen werden oder ein stationärer Aufenthalt nötig sein. Dies wird über die Zentrale Aufnahme koordiniert.

Die Aufnahme eines Patienten in den Therapieprozess folgt dabei durchgängig dem Grundsatz: so niedrigschwellig wie möglich, so viel wie nötig: Das bedeutet, dass ambulante Angebote vor tagesklinischen Angeboten und diese vor vollstationären Angeboten bevorzugt sind („Enthospitalisierung“).

A2.2 Während des Aufenthaltes – sektorenübergreifendes Case-Management

Die zielgerichtete Planung und Führung der Therapie ist Aufgabe des Case-Managements. Dieses erfolgt in der Fachklinik in enger Zusammenarbeit und Absprache des medizinischen Dienstes mit der Bezugspflegekraft* des Patienten. Durch die gemeinsame Bewertung und Einschätzung aller therapeutischen Schritte, gefolgt von gemeinsamen Entscheidungen gelingt eine gute und effiziente Lenkung des therapeutischen Prozesses.

*Bezugspflege bedeutet, dass jeder Patient einen konstanten Ansprechpartner aus der Pflege während seines Aufenthaltes erhält. Zu den Hauptaufgaben der Bezugspflegekraft gehört es, den ihr anvertrauten Menschen in seinem therapeutischen Prozess zu begleiten und zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass die persönlichen Belange und Anliegen des Patienten in den therapeutischen Prozess einfließen und Berücksichtigung finden. Desweiteren verknüpft die Bezugspflegekraft als zentrale Schnittstelle die Anteile aller Berufsgruppen an dem therapeutischen Prozess und ist auch erster Ansprechpartner für Angehörige, Betreuer und weitere beteiligte Personen (gilt für: stationäre und tagesklinische Angebote, vgl. Basiskonzept Teil I).

Der fachliche Austausch innerhalb aller am therapeutischen Prozess beteiligten Berufsgruppe ist durch regelmäßige Team-Konferenzen und Fall-Konferenzen gewährleistet.

Auch nach einem stationären bzw. tagesklinischen Aufenthalt und dem Übergang in die nachsorgenden Therapieformen sind die Mitglieder des Behandlungsteams, je nach individueller Indikation, in vielen Fällen weiter am therapeutischen Vorgehen beteiligt: hierzu siehe Punkt A2.4.

A2.3 Nach dem Aufenthalt – sektorenübergreifende Koordination der Nachsorge

Die DIAKO Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik verfügt über ein digitales gelenktes Entlass-Management, welches als Zusatzmodul in die digitale Krankenhausdokumentation („KIS“) integriert ist. Durch die digitale Steuerung wird gewährleistet, dass das Entlassmanagement schon ab dem Zeitpunkt der Aufnahme Berücksichtigung findet und ist daher integraler und bedeutender Bestandteil der Therapie von Beginn an.

Durch die sektorenübergreifende Arbeit im RPB sind flexible und nahtlose Übergänge etwa in eine tagesklinische oder ambulante Weiterbehandlung möglich, ohne dass der Patient sich selbst „hochschwellig“ um weiterführende Therapieoptionen kümmern muss.

Durch die gute interne Vernetzung innerhalb des Verbundes der DIAKO Nordfriesland und der DIAKO insgesamt ist auch der nahtlose Übergang, etwa in die Rehabilitation, die Angebote der Eingliederungshilfe (EGH) oder der Pflege möglich.

Die DIAKO (gesamt) hat intern ein Modul installiert, welches die jeweils freien Plätze in der Pflege, der EGH und Rehabilitation anzeigt. Desweiteren hat die Fachklinik das externe Programm „Pflegeplatz-Manager“ implementiert, über welches freie Plätze in der Wunschregion unkompliziert aufgefunden und vermittelt werden können.

An dem Entlassmanagement sind zum einen der Sozialdienst, die Pflege (Bezugspflege) sowie der medizinische Dienst der Fachklinik beteiligt. Der Patient wird auf allen Stufen eng einbezogen, ggf. auch die Angehörigen, die Betreuer der Patienten und weitere Personen aus dem sozialen Umfeld.

Weitere Partner sind etwa der Sozialpsychiatrische Dienst und die Beteiligten des Gemeindep psychiatrischen Verbundes, die Partner im Sozialraumbudget Nordfriesland, Selbsthilfegruppen und viele mehr (vgl. Abb. 3).

A2.4 Sektorenübergreifende Konstanz der therapeutischen Beziehung

Die niedrighschwellige Sicherung der Behandlungskontinuität ist ein besonderer Vorteil der sektorenübergreifenden Arbeit. So sind die Mitglieder des Behandlungsteams, je nach individueller Indikation, auch nach einem stationären bzw. tagesklinischen Aufenthalt und dem Übergang in die nachsorgenden Therapieformen in vielen Fällen weiter am therapeutischen Vorgehen beteiligt, durch:

- sektorenübergreifende Teamkonferenzen und Fallkonferenzen
- sektorenübergreifendes KIS (Patientendokumentation)
- die Möglichkeit ambulanter nachsorgender Termine bei Oberärzten / Fachärzten der Fachklinik
- die Möglichkeit ambulanter weiterführender Psychotherapien unter Personalkonstanz der Therapeuten
- die enge räumliche Verknüpfung der TK und PIA mit zumeist übergreifend tätigen Berufsgruppen
- die Möglichkeit ambulanter Termine bei Spezial-Indikationen bei Oberärzten / Fachärzten der Fachklinik: Zum Beispiel die besondere Therapie der Traumafolgestörungen mit der Methode EMDR, die eine spezielle Weiterbildung erfordert.
- die Möglichkeit ambulanter nachsorgender Termine durch die Bezugspflegekräfte
- die Aufsuchende Arbeit durch Pflegekräfte der PIA (Hausbesuche)

Folgende Seite:

Abbildung 3: Arbeiten im regionalen Psychiatriebudget: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern (Übersicht)

Arbeiten im Regionalen Psychriatriebudget:

Vernetzt behandeln – Therapieerfolg sichern



A2.5 Systemische Ansätze durch Einbezug des sozialen Umfeldes und weiterer Personengruppen

Dies erfolgt durch folgende Bausteine:

- Die „Aufsuchende Arbeit“ dient vor allem der Stabilisierung des Patienten in seinem häuslichen und sozialen Umfeld durch Beziehungsarbeit. Wo dies erforderlich ist, wird die Einnahme von Medikamenten und die Anwendung medizinischer Hilfsmittel unterstützt oder Depotspritzen gegeben. Die Aufsuchende Arbeit wird durch Pflegekräfte der PIA geleistet. Die Pflegekräfte in der Aufsuchenden Arbeit nehmen zudem die Aufgabe der Schnittstelle zu den Sozialpsychiatrischen Diensten des Kreises und weiteren Stellen wahr.
- Stichwort „Hometreatment“: Dies ist die multiprofessionelle medizinische Versorgung der Patienten in ihrem häuslichen Umfeld, dies kann aufgrund der geographischen Gegebenheiten in Nordfriesland (weite Wege, Grenzregion, Insellagen) im Zusammenwirken mit den begrenzten Personalressourcen von der Fachklinik nicht geleistet werden. Dies wurde durch die Eröffnung dezentraler Angebote in Husum, Breklum und Niebüll (jeweils TK und PIA, 25-30 km voneinander entfernt) ausgeglichen.
- Einbindung von Angehörigen auf allen Stufen der Therapie. Angebote für Angehörigen z.B. im Rahmen von Beratungen, Paartherapie, Familientherapie, systemische Therapieansätze und Ähnliches.
- Enge Anbindung an Selbsthilfegruppen, Verbände und Vereine, regelmäßige Vorstellung dieser im Haus.
- Angebote des „Sozialraumbudget in Nordfriesland“: Offene, kreative und tagesstrukturierende Angebote: In Nordfriesland gibt es den besonderen Vorteil, dass nicht nur der klinische Bereich, sondern auch der Bereich der Eingliederungshilfe mit einem Budget arbeitet und viele sektoren- und einrichtungsübergreifende Angebote für Patienten mit psychischem Handicap zur Verfügung stellt.

A2.6 Vernetzung / Schnittstellen mit weiteren Partnern im Gesundheitswesen

Übergeordnet durch:

- Arbeitskreis NF „Gemeindenahe Psychiatrie“
- Regelgespräche mit dem Gesundheitsamt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst
- Landesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Psychiatrischen Kliniken in Schleswig-Holstein

- Abstimmungsgespräche mit dem Klinikum Nordfriesland in Husum, dem DIAKO Krankenhaus in Flensburg, der Imland Klinik in Rendsburg sowie der Helios Klinik in Schleswig und weiteren Kliniken und Fachkliniken im nördlichen Schleswig-Holstein.

Im operativen Bereich durch:

- patientenindividuelle Absprachen durch die Mitarbeitenden des medizinischen Dienstes, durch die Bezugspflegekräfte und den Sozialdienst
- Konsilwesen und Liaisonarbeit
- Weiterbildungen (Angebote, Inanspruchnahme)
- Veranstaltungen: Zum Beispiel die offenen und auf Wunsch anonymen Familienberatungsgespräche – „Frühe Hilfen für Familien“ in den Räumen der Fachklinik (Angebot der Lebenshilfe Husum und des Diakonischen Werkes Husum im Rahmen des Sozialraumes Nordfriesland für Familien und für Fachkräfte).

A2.7 Sektorenübergreifende Behandlungsprozesse in Abhängigkeit von der Indikationsgruppe

1. **Indikationsgruppe Allgemeinpsychiatrie:** wie oben beschrieben: enge Zusammenarbeit und niedrighschwelliger Zugang zu Ambulanzen (PIA), Tageskliniken, Fachklinik, Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen, Tagesstätte, Werkstätte), weitere Angebote des Sozialraumbudgets in Nordfriesland, enger Austausch mit weiteren Partnern im Gesundheitswesen, hier vor allem im Gemeindepsychiatrischen Verbund und anderes mehr (vgl. Abb. 3).
2. **Indikationsgruppe Abhängigkeitserkrankungen:** wie unter 1 beschrieben. Zusätzlich bestehen im Verbund der DIAKO Nordfriesland besondere Vorteile durch
 - den nahtlosen Übergang von der Akut- in die Entwöhnungsphase in der Fachklinik für Rehabilitation: Stationär, teilstationär sowie ambulant-stationäre Kombitherapie
 - den nahtlosen Übergang in die stationäre Nachsorge „Adaption“ der Fachklinik für Rehabilitation
 - weitere Nachsorgeoptionen: Ambulante Rehabilitation, ambulante Behandlung und ambulante Nachsorge in unseren PIA sowie unseren Suchthilfezentren, zusätzlich präventive und weitere Beratungsangebote, Angehörigengruppen und mehr.
3. **Indikationsgruppe Psychosomatik:** wie unter 1 beschrieben. Zusätzlich bestehen im Verbund der DIAKO Nordfriesland besondere Vorteile durch

- den nahtlosen Übergang in die Psychosomatische Rehabilitation in der Fachklinik für Rehabilitation (stationär)
- weitere Nachsorgeoptionen: Ambulante Rehabilitation, ambulante Behandlung und ambulante Nachsorge in unseren PIA sowie im Suchthilfezentrum Schleswig

A2.8 Exkurs: Sozialraumbudget in Nordfriesland: Inklusives Leben für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Störungen und Behinderungen im "Sozialraum"

„Sozialraum“ – Was ist das?: In der sozialen Arbeit vieler Kreise und Gemeinden findet seit einiger Zeit ein Paradigmenwechsel statt: Vor dem Hintergrund der Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation, der WHO, zu der Inklusion (statt Separation) von Menschen mit Teilhabe-Einschränkungen, geht es heute um „Sozialräume gestalten" statt „Sondersysteme befördern".

Der „Sozialraum" ist dabei die örtliche und die soziale Umgebung, in der ein Mensch lebt: mit allen Ressourcen, Unterstützungsmöglichkeiten, Selbsthilfe und Hilfe durch andere, aber auch die Eigenschaften des Wohnortes, mögliche Freizeitaktivitäten, Verkehrsanbindung und Ähnliches spielen eine Rolle.

Daran orientiert sich in einem **„Sozialraumbudget"** einer sozialen Einrichtung in Nordfriesland, wie bspw. der DIAKO Husumer Insel oder des DIAKO Betreuten Wohnens in Bredstedt, die individuelle Unterstützung der Klienten.

Im „Sozialraum“ arbeiten verschiedene Anbieter der Eingliederungshilfe zusammen und können so mehr und bedarfsgerechtere Angebote an alle Menschen mit Teilhabebeschränkungen in der Region machen. Im Fall der DIAKO Einrichtungen sind dies erwachsene psychisch erkrankte und abhängigkeiterkrankte Menschen.

In dem erfolgreichen Sozialraum-Projekt (heute deshalb schon Regelversorgung) des Kreises Nordfriesland haben sich soziale Einrichtungen verpflichtet, eng zusammenzuarbeiten. Neben der Husumer Insel sind die Brücke, die Arche Unterstütztes Wohnen, die AWO Bredstedt, die Husumer Horizonte, die Husumer Werkstätten und Land in Sicht beteiligt.

Aus dieser Zusammenarbeit heraus sind viele Ideen entstanden, etwa abgestimmte kreative Angebote, Freizeitangebote, Beratung und gemeinsame Begegnungsstätten für Menschen mit und ohne Handicap.

In Nordfriesland sind dies:

Das „Eckhus“ in Husum: Als offene und niedrighschwellige Begegnungsstätte ist das Eckhus ein „Sozialraum“ für Menschen mit und ohne Behinderungen. Das Eckhus fasst viele

verschiedene offene Angebote, von Kreativwerkstatt, über Trommelgruppe und Nähabende bis Beratung, zusammen. Adresse: Eckhus Husum, Schloss-Str. 2, Ecke Neustadt, 25813 Husum.

Das „KunstEck“ in Bredstedt: Auch das KunstEck ist eine niedrighschwellige Begegnungsstätte für Menschen mit und ohne Behinderungen mit einem dem Eckhus vergleichbaren Angebot.

Geplant ist weiterhin der „**Eckpfeiler**“ Nordfriesland: Der Eckpfeiler wird durch die Anmietung von Wohnraum und die Weitervermietung einen niedrighschwelligem Zugang zum Wohnungsmarkt ermöglichen.

Thema dieses Konzeptes ist im Weiteren die stationäre Therapie. Diese findet in den modernen und großzügigen Klinikgebäuden der DIAKO Nordfriesland in Breklum-Riddorf statt.

B. Abteilung für Allgemeinpsychiatrie

B1. Über Uns

Die **Abteilung für Allgemeinpsychiatrie** ist in der modernen und freundlichen Klinik in Breklum untergebracht. Es stehen 42 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung, mit der Möglichkeit einer voll- und teilstationären Behandlung. Der geschützte Flügel hat einen Zugang zu eigenen Grünanlagen. Die Patienten sind in Zweibettzimmern untergebracht. Großzügige und helle Zimmer und Therapieräume in freundlichen Farben unterstützen hier den Erfolg der Behandlung.

Unsere moderne Multifunktionssporthalle ist fast 300 m² groß. Die Angebote der Physiotherapie, Ergotherapie und Musiktherapie können Sie in unserem Multifunktionsgebäude nutzen. Im Außenbereich gibt es umfangreiche Freizeit- und Grünanlagen sowie Spazierwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Die Abteilung hat den Versorgungsauftrag für die psychiatrisch erkrankten Menschen des Kreises Nordfriesland. Die Einweisung zur Aufnahme erfolgt durch niedergelassene Ärzte oder unsere Institutsambulanzen.

B2. Unsere Schwerpunkte

Unsere Behandlungsschwerpunkte sind:

- Bipolare, schizoaffektive und schizophrene Störungen
- Depressive Störung / Depression

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Gerontopsychiatrische und weitere allgemeinspsychiatrische Erkrankungen

B3. Therapieziele

Die individuellen Therapieziele werden mit dem Patienten vereinbart und im Therapieplan festgehalten. Die Therapie soll helfen,

- die Krankheit zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhindern
- einen guten Umgang mit der Krankheit zu erlernen
- Wege aus der Krankheit zu finden
- Krankheitsbeschwerden zu lindern
- Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern
- Gesundheit zu fördern sowie
- geeignete Nachsorge und Unterstützungsmaßnahmen zu finden.

B4. Therapeutisches Angebot

Die Abteilung für Allgemeinpsychiatrie bietet ein umfassendes Behandlungsprogramm an (Details und Referenzen siehe Teil I des Konzeptes). Je nach Erkrankung oder Mehrfacherkrankungen, nach der persönlichen Belastungsfähigkeit und der Beantwortung der Frage, welche Behandlungsschritte besonders sinnvoll sind, wird das Behandlungsprogramm zusammengesetzt. Dieses gewährleistet, dass individuelle Lösungen gefunden werden und Mehrfacherkrankungen zielgerichtet und störungsspezifisch behandelt werden können.

Die Behandlung ist integrativ ausgerichtet. Wir nutzen folgende Therapieformen:

- Bezugspflege
- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Pharmakotherapie
- Physio- und Bewegungstherapie
- Psychoedukation
- Ergotherapie
- soziale Beratung
- Hippotherapie (tiergestützte Therapie)

- Musiktherapie
- Angehörigenarbeit
- Information und Prävention.

Das Angebot der Abteilung ist modular aufgebaut und umfasst:

- eine fundierte körperliche, psychotherapeutische und psychiatrische medizinische Versorgung
- Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Belastungen
- ernährungsmedizinische Therapie
- Beratung durch den Sozialdienst
- Nachsorgeplanung

Spezialangebote:

- gezielte Kombinationsbehandlung bei Mehrfacherkrankungen
- Traumafokussierte Behandlung
- gutes Innenraumklima und allergikerfreundliche Ausstattung
- verträgliche Ernährungsformen

B5. Dauer der Therapie

Die Dauer der Therapie richtet sich nach der Störung und nach dem Schweregrad der Erkrankung und liegt zwischen wenigen Tagen und 8 Wochen. Eine Verlängerung kann im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Entscheidung der Abteilung realisiert werden.

B6. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie

Die Aufnahme erfolgt nach Absprache mit unserer Belegungscoordination über die Einweisung eines niedergelassenen Arztes. Im Notfall sind auch Sofortaufnahmen möglich.

Die Therapie gliedert sich in folgende Schritte:

1. Diagnostische Maßnahmen vor Einleitung der Therapie
 - Somatodiagnostik
 - Psychodiagnostik

- Soziodiagnostik
2. Erstellung eines Therapieplanes und Definition der Therapieziele
 3. Einsatz spezifischer Therapieangebote
 4. Überprüfung des Erfolgs der Therapie und falls erforderlich Modifizierung des Therapieplanes oder der therapeutischen Maßnahmen
 5. Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

Tabelle: Beispiele für Therapieangebote in einem Tagesablauf

Bitte beachten: Dies ist nur eine beispielhafte Darstellung: Die Zeiten können ggf. etwas anders sein, einige Angebote gibt es täglich, einige wöchentlich, einige mehrmals pro Woche, einige finden parallel zu anderen (indikativen) Angeboten statt. oder in einem Zeitkorridor hintereinander statt

Uhrzeit*	Beispiele für Therapieangebote in einem Tagesablauf* Allgemeinpsychiatrie
7:15	Medikamentenausgabe
7:30 - 7:45	Frühstück
8:00 - 8:30	Atem schöpfen / Therapiewiese
8:30 - 9:20	Morgenrunde / Bedarfssprechstunde / Bewegungstherapie / Töpfern / Kochen - Lehrküche
9:25 - 12:00	Indikative Gruppe / Oberarztsprechstunde / Musiktherapie / Ergotherapie / Nordic Walking / Beratung Sozialdienst
12:00 - 12:30	Medikamenten- und Postausgabe
12:30 - 13:00	Mittagessen
13:00	Mittagspause der Patienten
13:30 / 14:00 - 14:45 / 15:00	Gedächtnistraining / Skillsgruppe/ Nachsorgegruppe
13:30 / 14:45 - 16:00 / 17:00	Deichwanderung / Hippotherapie / Freies Gestalten / Gedächtnistraining
	Entspannungsgruppen / Ergotherapie / Freies Gestalten / Nachsorgeplanung / Beratung Sozialdienst
17:15 - 17:45	Heilsames Singen
17:45 - 18:00	Triaden / Selbstaktivierung
18:00 - 18:15	Medikamentenausgabe
18:15 - 18:45	Abendbrot
19:15 - 19:30	Leserunde / Andacht / Patientenkonferenz
20:00	Vorstellung Nachsorgeangebote / Selbsthilfegruppe und Ä.
21:45 - 22:00	Medikamentenausgabe

B7. Behandlungsteam

FachärztInnen, ÄrztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und ErzieherInnen, B.A. Soziale Arbeit / Sozialdienst, Ergo-, Musik-, Physio-, Sport- und BewegungstherapeutInnen, weitere therapeutische Berufsgruppen sowie Pflegekräfte engagieren sich gemeinsam für die Gesundung des Patienten. Ernährungsfachkräfte und Mitarbeitende der Verwaltung ergänzen das Team.

B8. Ausstattung

B8.1 Allgemeine räumliche Ausstattung

Für die Patienten stehen Ein- und Zweibettzimmer mit eigenem Bad zur Verfügung.

Es bestehen weiterhin Räumlichkeiten für Gruppenveranstaltungen, und Entspannungstherapie sowie Informationsgruppen oder Patientengruppen sowie Therapieräume, Aufenthaltsräume, Multifunktionsräume und Teeküchen.

Es besteht ein separater Wohnbereich für Frauen. Es gibt Patienten-Telefone und einen Patienten-PC. Die Ausstattung ist barrierefrei.

Für die Bewegungstherapie stehen eine große Multifunktionshalle und Fitnessgeräte zur Verfügung. Zusätzlich sind Räume für Physiotherapie, Ergotherapie und Musiktherapie untergebracht. Im Außenbereich gibt es Freizeitanlagen, ein Beachvolleyball-Feld und Spazier- und Laufwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Brekum und das nahe Bredstedt sind touristisch erschlossene Orte mit historischen Ortskernen nur einige Kilometer von der Nordsee entfernt mit entsprechenden Möglichkeiten für Bewegung und Erholung.

In unserem "Raum der Stille" können die Patienten Entspannen, Nachdenken, Meditieren, Beten oder einfach nur zur Ruhe kommen.

B8.2 Diagnostische apparative Ausstattung

Die diagnostisch apparative Ausstattung umfasst ein Labor, EKG und EEG.

B8.3 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme

Psychologische Assessments werden bedarfsgerecht eingesetzt. Es besteht außerdem ein psychologisches Testlabor mit umfangreichen relevanten neuropsychologischen Testverfahren (etwa: BT = Benton-Test, ZVT = Zahlen-Verbindungs-Test), Leistungs- (etwa: HARWIE-

R = Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, L-P-S (Leistungsprüfsystem, WST = Wortschatztest, KRT = Konzentrations-Rechen-Test) und Persönlichkeitstestungen (etwa: SKID II = Strukturiertes Klinisches Interview, DIPS = Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen).

B8.4 Weitere Besonderheiten

Weitere Besonderheiten bestehen in folgenden Punkten:

- Eine Diätassistentin und diätetisch geschulte Köche können besondere Kostformen bei Bedarf herstellen (z.B. nährstoffdefiniert o. -bilanziert, glutenfrei, fruktosefrei, laktosefrei o. Ä.).
- Patienten mit Nahrungsmittelintoleranzen und / oder Chemikalienintoleranzen erhalten für sie individuell verträgliche Kostformen und Räumlichkeiten.
- Durch Informationsgruppen und Teilnahme der Diätassistentin an den Mahlzeiten können Ernährungsaspekte in besonderer Weise vertieft und geschult werden.

B9. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation

Es erfolgt die regelmäßige Teilnahme an dem Qualitätssicherungsprogramm nach DIN EN ISO 9001:2015.

Für jeden Patienten wird eine Dokumentation angelegt, aus der alle therapielevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können.

Die Dokumentation umfasst:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- die Therapieziele
- einen individuellen Therapieplan betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahmedokumentation des Patienten
- die Bewertung des Therapieerfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen
- die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

Zusätzlich werden Erhebungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt, quartalsweise ausgewertet und diskutiert. Die Klinik verfügt über ein internes Beschwerdemanagement, das von Patienten wie von Mitarbeitenden genutzt werden kann. Mittels eines standardisierten Verfahrens stellen wir sicher, dass die Beschwerden ernst genommen und Fehler zeitnah aufgearbeitet werden. Wir veröffentlichen regelmäßige Qualitätsberichte.

B10. Vor- und Nachsorge (siehe auch Teil I. des Konzeptes)

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der DIAKO Nordfriesland gGmbH handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

So bestehen bei Depressionen häufig gleichzeitig Angststörungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Das Risiko von Rückschlägen, Krisen und chronischen Verläufen ist bei diesen komplexen Störungsbildern generell hoch. Die Behandlungsplanung trägt dem Rechnung. Die Behandlung in den Einrichtungen der DIAKO Nordfriesland bietet dabei den Vorteil einer guten inneren Vernetzung des erforderlichen therapeutischen Angebotes. So sind - falls individuell erforderlich - Verlegungen in andere Abteilungen, sowie die unkomplizierte Vermittlung von umfangreichen Nachsorge- und Übergangsangeboten möglich. Zu den Details verweisen wir an dieser Stelle auf Kapitel 4.5 des Therapiekonzeptes I.

Unsere Vernetzung sichert eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung.

Die Klinik arbeitet außerdem eng mit den psychiatrischen Einrichtungen des Kreises, dem Klinikum Nordfriesland, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem DIAKO Krankenhaus Flensburg, der Husumer Insel, der Brücke, der AWO und weiteren Institutionen zusammen.

Innerhalb der DIAKO Nordfriesland gibt es

- betreute Wohnangebote
- nachsorgende Behandlungsmöglichkeiten in psychiatrischen Tageskliniken und Institutsambulanzen
- Eingliederung in Tagesstätten und Beschäftigungsmöglichkeiten in der Husumer Insel.

C. Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

C1. Über Uns

Die **Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen** ist in dem modernen und freundlichen Neubau in Breklum untergebracht. In der Abteilung findet die Entzugs- und Entgiftungsbehandlung statt. Wir nehmen volljährige Menschen auf mit Abhängigkeiten von:

- Alkohol
- illegalen Drogen
- Medikamenten

In der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen stehen 40 Behandlungsplätze zur Verfügung mit der Möglichkeit einer voll- und teilstationären Behandlung.

Ein Großteil unserer Patienten kommt aus dem nördlichen Schleswig-Holstein. Die Aufnahme von überregionalen Patienten ist möglich.

Die Aufnahme erfolgt durch Einweisung über niedergelassene Ärzte oder unsere Institutsambulanzen (PIA).

C2. Unsere Schwerpunkte

Unser therapeutisches Angebot ist multimodal und umfasst neben allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Maßnahmen psychotherapeutische, psychoedukative, sozialtherapeutische Verfahren und weitere spezifische Angebote.

Wir behandeln volljährige Menschen mit Abhängigkeit(en) von:

- Alkohol
- Illegalen Drogen
- Medikamenten

C3. Therapieziele

Die individuellen Therapieziele werden mit dem Patienten vereinbart und im Therapieplan festgehalten. Die psychiatrische Krankenhausbehandlung soll helfen,

- die Krankheit und die Ressourcen zu erkennen
- die medizinische Sicherheit im Entzug zu gewährleisten und die Entzugssymptomatik zu lindern.
- einen guten Umgang mit der Krankheit zu finden
- Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern

- Gesundheit zu fördern
- die Motivation für die Überwindung der Abhängigkeitserkrankung zu fördern sowie
- geeignete Nachsorge und Unterstützungsmaßnahmen zu finden.

C4. Therapeutisches Angebot

Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen bietet ein umfassendes Behandlungsprogramm an (Details und Referenzen siehe Teil I des Konzeptes). Je nach Erkrankung oder Mehrfacherkrankungen, nach der persönlichen Belastungsfähigkeit und der Beantwortung der Frage, welche Behandlungsschritte besonders sinnvoll sind, wird das Behandlungsprogramm zusammengesetzt. Dieses gewährleistet, dass individuelle Lösungen gefunden werden und Mehrfacherkrankungen zielgerichtet und störungsspezifisch behandelt werden können. Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen arbeitet nach den jeweils aktuellen Leitlinien und zudem nach einem Bezugspflegesystem, d. h. ein Mitarbeiter des Pflegeteams ist fester Ansprechpartner des Patienten.

Die Behandlung ist integrativ ausgerichtet. Wir nutzen folgende Therapieformen:

- individuell orientierte Komplexbehandlung
- medikamentengestützte Behandlung
- störungsspezifische Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Bezugspflege
- Rückfallprophylaxe
- Angehörigenarbeit sowie Information und Prävention

Spezialangebote sind:

- die Mitbehandlung psychiatrischer komorbider Störungen
- die substituionsgestützte Behandlung

Das Angebot der Abteilung ist modular aufgebaut und umfasst:

- eine fundierte körperliche, psychotherapeutische und psychiatrische medizinische Versorgung
- störungsübergreifende und störungsspezifische Gruppen- und Einzelinterventionen
- Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Belastungen
- ernährungsmedizinische Therapie
- Bewegungstherapie, individuelle Bewegungsplanung
- Entspannungstraining
- Ergotherapie

- Musiktherapie
- Gesundheitstraining / Psychoedukation
- Soziales Kompetenztraining
- Beratung durch den Sozialdienst
- Nachsorgeplanung

C5. Dauer der Therapie

Die Dauer der Therapie richtet sich nach der Störung und nach dem Schweregrad der Erkrankung und liegt in der Regel zwischen 1 Woche und 3 Wochen. Eine Verlängerung kann im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Entscheidung der Abteilung realisiert werden.

C6. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie

Die Aufnahme erfolgt nach Absprache mit unserer Belegungscoordination über die Einweisung eines niedergelassenen Arztes. Im Notfall sind auch Sofortaufnahmen möglich.

Die Therapie gliedert sich in folgende Schritte:

1. Diagnostische Maßnahmen vor Einleitung der Therapie
 - Somatodiagnostik
 - Psychodiagnostik
 - Suchtspezifische Diagnostik
 - Soziodiagnostik
 - Ressourcendiagnostik
2. Erstellung eines Therapieplanes und Definition der Therapieziele
3. Einsatz spezifischer Therapieangebote
4. Überprüfung des Erfolgs der Therapie und falls erforderlich Modifizierung des Therapieplanes oder der therapeutischen Maßnahmen
5. Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

Die medizinische Sicherheit steht an erster Stelle und beinhaltet die medikamentöse Linderung von Entzugssymptomen.

Die Station gliedert sich in einen geschützten Entzugsbereich und in einen Motivationsbereich. Der geschützte Bereich ist fakultativ geschlossen. Im geschützten Bereich liegt der Schwerpunkt auf einer medizinisch geprägten Behandlung mäßiger bis schwerer Entzugssyndrome. Wir verwenden zur Optimierung der medizinischen Sicherheit Standards gemäß den aktuellen Leitlinien.

Soweit der medizinische Allgemeinzustand der Patienten nach unserer Einschätzung eine Behandlung in einem weniger medizinisch geschützten Bereich zulässt, besteht die Möglichkeit einer Motivationsbehandlung im Motivationsbereich unserer Klinik. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt im Regelfall max. einmal im Jahr eine qualifizierte Entzugsbehandlung einschl. Motivationsbehandlung von in der Regel max. 21 Behandlungstagen. Die Motivationsbehandlung schließt gruppenpsychotherapeutische, einzeltherapeutische, psychoedukative sowie Beratungsmaßnahmen ein. Der Sozialdienst unterstützt in der weiteren Behandlungsplanung und Nachsorgeplanung. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Unterstützung in der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme möglich.

Die Deutsche Rentenversicherung Nord, unser federführender Rentenversicherungsträger der Fachklinik für Rehabilitation, hält 14-tägig einen Kliniksprechtage im Hause ab, mit der Möglichkeit eines nahtlosen Überganges von der Entzugsbehandlung in die Rehabilitation.

C7. Behandlungsteam

FachärztInnen, ÄrztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und ErzieherInnen, B.A. Soziale Arbeit / Sozialdienst, Ergo-, Musik-, Physio-, Sport- und BewegungstherapeutInnen, weitere therapeutische Berufsgruppen sowie Pflegekräfte engagieren sich gemeinsam für die Gesundheit des Patienten. Ernährungsfachkräfte und Mitarbeitende der Verwaltung ergänzen das Team.

C8. Ausstattung

C8.1 Allgemeine räumliche Ausstattung

Für die Patienten stehen Ein- und Zweibettzimmer mit eigenem Bad zur Verfügung. Es bestehen weiterhin Räumlichkeiten für Gruppenveranstaltungen, und Entspannungstherapie sowie Informationsgruppen oder Patientengruppen sowie Therapieräume, Aufenthaltsräume, Multifunktionsräume und Teeküchen.

Es besteht ein separater Wohnbereich für Frauen. Es gibt Patienten-Telefone und einen Patienten-PC. Die Ausstattung ist barrierefrei.

Für die Bewegungstherapie stehen eine große Multifunktionshalle und Fitnessgeräte zur Verfügung. Zusätzlich sind Räume für Physiotherapie, Ergotherapie und Musiktherapie untergebracht. Im Außenbereich gibt es Freizeitanlagen, ein Beachvolleyball-Feld und Spazier- und Laufwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Brekum und das nahe Bredstedt sind touristisch erschlossene Orte mit historischen Ortskernen nur einige Kilometer von der Nordsee entfernt mit entsprechenden Möglichkeiten für Bewegung und Erholung.

In unserem "Raum der Stille" können die Patienten Entspannen, Nachdenken, Meditieren, Beten oder einfach nur zur Ruhe kommen.

C8.2 Diagnostische apparative Ausstattung

Die diagnostisch apparative Ausstattung umfasst ein Labor, EKG und EEG.

C8.3 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme

Psychologische Assessments werden bedarfsgerecht eingesetzt. Es besteht außerdem ein psychologisches Testlabor mit umfangreichen relevanten neuropsychologischen Testverfahren (etwa: BT = Benton-Test, ZVT = Zahlen-Verbindungs-Test), Leistungs- (etwa: HARWIE-R = Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, L-P-S (Leistungsprüfsystem, WST = Wortschatztest, KRT = Konzentrations-Rechen-Test) und Persönlichkeitstestungen (etwa: SKID II = Strukturiertes Klinisches Interview, DIPS = Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen).

C8.4 Weitere Besonderheiten

Weitere Besonderheiten bestehen in folgenden Punkten:

- Eine Diätassistentin und diätetisch geschulte Köche können besondere Kostformen bei Bedarf herstellen (z.B. nährstoffdefiniert o. -bilanziert, glutenfrei, fruktosefrei, laktosefrei o. Ä.).
- Patienten mit Nahrungsmittelintoleranzen und / oder Chemikalienintoleranzen erhalten für sie individuell verträgliche Kostformen und Räumlichkeiten.
- Durch Informationsgruppen und Teilnahme der Diätassistentin an den Mahlzeiten können Ernährungsaspekte in besonderer Weise vertieft und geschult werden.

C9. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation

Es erfolgt die regelmäßige Teilnahme an dem Qualitätssicherungsprogramm nach DIN EN ISO 9001:2015.

Für jeden Patienten wird eine Dokumentation angelegt, aus der alle therapie relevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können.

Die Dokumentation umfasst:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- die Therapieziele
- einen individuellen Therapieplan betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahmedokumentation des Patienten
- die Bewertung des Therapieerfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen
- die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

Zusätzlich werden Erhebungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt, quartalsweise ausgewertet und diskutiert. Die Klinik verfügt über ein internes Beschwerdemanagement, das von Patienten wie von Mitarbeitenden genutzt werden kann. Mittels eines standardisierten Verfahrens stellen wir sicher, dass die Beschwerden ernst genommen und Fehler zeitnah aufgearbeitet werden. Wir veröffentlichen regelmäßige Qualitätsberichte.

C10. Vor- und Nachsorge (siehe auch Teil I. des Konzeptes)

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der DIAKO Nordfriesland gGmbH handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

So bestehen bei Depressionen häufig gleichzeitig Angststörungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Das Risiko von Rückschlägen, Krisen und chronischen Verläufen ist bei diesen komplexen Störungsbildern generell hoch. Die Behandlungsplanung trägt dem Rechnung. Die Behandlung in den Einrichtungen der DIAKO Nordfriesland bietet dabei den Vorteil einer guten inneren Vernetzung des erforderlichen the-

rapeutischen Angebotes. So sind - falls individuell erforderlich - Verlegungen in andere Abteilungen, sowie die unkomplizierte Vermittlung von umfangreichen Nachsorge- und Übergangsangeboten möglich. Zu den Details verweisen wir an dieser Stelle auf Kapitel 4.5 des Therapiekonzeptes I.

An die Entzugsbehandlung kann sich die Rehabilitationsbehandlung in der DIAKO Nordfriesland unmittelbar anschließen. Je nach Behandlungsschwerpunkt werden im Anschluss an die stationäre Behandlung außerdem andere weitergehende Hilfen vermittelt (betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Selbsthilfegruppen).

D. Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie

D1. Über Uns

Die **Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie** bietet seit 1986 eine regional übergreifende psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung. Die Abteilung ist in modernen, freundlichen Gebäuden in Breklum untergebracht. Für die Patienten stehen Ein- und Zweibettzimmer mit Bad zur Verfügung. Großzügige und helle Zimmer und Therapie-räume in freundlichen Farben unterstützen hier den Erfolg der Behandlung.

Eine Multifunktionshalle umfasst im Sportbereich fast 300 qm. Zusätzlich sind Räume für Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie sowie medizinische Trainingsgeräte untergebracht. Im Außenbereich gibt es umfangreiche Freizeit- und Grünanlagen sowie Spazierwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Die Abteilung arbeitet nach einem Bezugspflegesystem, das heißt eine Pflegekraft ist fester Ansprechpartner des Patienten. Die Aufnahme erfolgt durch Einweisung über niedergelassene Ärzte oder unsere Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie durch Verlegungen aus den anderen Abteilungen der DIAKO Nordfriesland.

Die Abteilung hat den Versorgungsauftrag für die psychosomatisch erkrankten Menschen des Kreises Nordfriesland. Darüber hinaus sind Menschen aller Regionen herzlich willkommen.

D2. Unsere Schwerpunkte

Unsere Behandlungsschwerpunkte sind:

- Depressiven Störungen
- Angststörungen
- Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Traumafolgestörungen

- Zwangsstörungen
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Psychosomatischen Schmerz- oder Schlafstörungen
sowie bei psychosomatischer Komorbidität:
- Spielsucht, Medienabhängigkeit, Kaufsucht
- Substanzgebundene Abhängigkeit
- umweltmedizinischen Störungen

Einer unserer Schwerpunkte ist die Eltern-Kind-Behandlung. Nicht schulpflichtige Kinder können als Begleitperson mit einem behandlungsbedürftigen Elternteil aufgenommen werden. Wir sind Mitglieder im Netzwerk für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder in Schleswig-Holstein, kurz Netzwerk Eltern-Kinder. Dies ist ein Zusammenschluss psychiatrisch-psychotherapeutischer und dem Kindeswohl verpflichteter Fachleute, die es sich zum Ziel gemacht haben, den Kindern psychisch kranker Eltern mit Beratung, Unterstützung und Behandlung beizustehen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Konzept für die Eltern-Kind-Behandlung unter www.diako-nf.de.

Seit 1992 werden auch umweltmedizinische Patienten mit psychosomatischer Komorbidität an der DIAKO Nordfriesland stationär und ambulant betreut (=Schwerpunkt Umweltmedizin). Die Behandlung von Traumafolgestörungen erfolgt in einem weiteren Schwerpunkt im [Traumakompetenzzentrum Nord](http://www.diako-nf.de). Hierfür liegen eigene Konzepte vor: Siehe www.diako-nf.de).

D3. Therapieziele

Die individuellen Therapieziele werden mit dem Patienten vereinbart und im Therapieplan festgehalten. Die Therapie soll helfen,

- die Krankheit zu erkennen, zu heilen oder eine Verschlimmerung zu verhindern
- einen guten Umgang mit der Krankheit zu erlernen
- Wege aus der Krankheit zu finden
- Krankheitsbeschwerden zu lindern

D4. Therapeutisches Angebot

Die Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie bietet ein umfassendes Behandlungsprogramm an (Details und Referenzen siehe Teil I des Konzeptes). Je nach Erkrankung oder Mehrfacherkrankungen, nach der persönlichen Belastungsfähigkeit und der Beantwortung der Frage, welche Behandlungsschritte besonders sinnvoll sind, wird das Behandlungsprogramm zusammengesetzt. Dieses gewährleistet, dass individuelle Lösungen gefunden werden und Mehrfacherkrankungen zielgerichtet und störungsspezifisch behandelt werden können.

Die Behandlung ist integrativ ausgerichtet. Wir nutzen folgende Therapieformen:

- Verhaltenstherapie
- Psychodynamische Therapie
- Systemische Familientherapie
- dialektisch-behaviorale Therapie
- Imagination
- Spezifische Verfahren für die Traumatherapie: EMDR

Bei der Behandlung von Elternteilen, die in Begleitung ihrer Kinder sind, nutzen wir auch kinder- und jugendtherapeutische Therapiemethoden.

Das Angebot der Abteilung ist modular aufgebaut und umfasst:

- eine fundierte körperliche, psychotherapeutische und psychiatrische medizinische Versorgung
- störungsübergreifende und störungsspezifische Gruppen- und Einzelpsychotherapien
- Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Belastungen
- ernährungsmedizinische Therapie
- Bewegungstherapie, individuelle Bewegungsplanung
- Entspannungstraining
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Gesundheitstraining / Psychoedukation
- Soziales Kompetenztraining
- Beratung durch den Sozialdienst
- Nachsorgeplanung

Spezialangebote:

- gezielte Kombinationsbehandlung bei Mehrfacherkrankungen
- Traumafokussierte Behandlung
- Frauenwohnbereich
- Eltern-Kind-Behandlung
- gutes Innenraumklima und allergikerfreundliche Ausstattung
- verträgliche Ernährungsformen

D5. Dauer der Therapie

Die Dauer der Therapie richtet sich nach der Störung und nach dem Schweregrad der Erkrankung und liegt zwischen 3 Wochen und 8 Wochen. Eine Verlängerung kann im Rahmen des von den Leistungsträgern vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Entscheidung der Abteilung realisiert werden.

D6. Aufnahme, Diagnostik und Ablauf der Therapie

Die Aufnahme erfolgt nach Absprache mit unserer Belegungscoordination über die Einweisung eines niedergelassenen Arztes. Im Notfall sind auch Sofortaufnahmen möglich.

Die Therapie gliedert sich in folgende Schritte:

1. Diagnostische Maßnahmen vor Einleitung der Therapie
 - Somatodiagnostik
 - Psychodiagnostik
 - Soziodiagnostik
2. Erstellung eines Therapieplanes und Definition der Therapieziele
3. Einsatz spezifischer Therapieangebote
4. Überprüfung des Erfolgs der Therapie und falls erforderlich Modifizierung des Therapieplanes oder der therapeutischen Maßnahmen
5. Einleitung von Nachsorgemaßnahmen

Tabelle: Beispiele für Therapieangebote in einem Tagesablauf

Bitte beachten: Dies ist nur eine beispielhafte Darstellung: Die Zeiten können ggf. etwas anders sein, einige Angebote gibt es täglich, einige wöchentlich, einige mehrmals pro Woche, einige finden parallel zu anderen (indikativen) Angeboten statt. oder in einem Zeitkorridor hintereinander statt

Uhrzeit*	Beispiele für Therapieangebote in einem Tagesablauf* Psychosomatik
7:15	Frühbewegung
7:30 - 7:45	Medikamentenausgabe
8:00 - 8:30	Frühstück
8:30 - 9:20	Bedarfssprechstunde / Freies Gestalten / Plenum
9:25 - 12:00	Oberarztvisite / Psychotherapiegruppe / Bewegungstherapie / Gesundheits- training / Beratung Sozialdienst
12:00 - 12:30	Medikamenten- und Postausgabe
12:30 - 13:00	Mittagessen
13:00	Bedarfssprechstunde
13:30 / 14:00 - 14:45 / 15:00	Musiktherapie / Rückenschule / Indikative Gruppen / Nachsorgeplanung / Beratung Sozialdienst Deichwanderung / Schwimmen / Thematisches Gestalten / Bewegungstherapie
13:30 / 14:45 - 16:00 / 17:00	Klangentspannung / Skillsgruppe / Psychoedukative Gruppen / Indikative Gruppen / Progressive Muskelentspan- nung / Autogenes Training
17:15 - 17:45	Patientenkonferenz / Selbstaktivierung
17:45 - 18:00	Triaden / Selbstaktivierung
18:00 - 18:15	Medikamentenausgabe
18:15 - 18:45	Abendbrot
19:15 - 19:30	Lesung
20:00	Vorstellung Nachsorgeangebote / Selbsthilfegruppe und Ä.
21:45 - 22:00	Medikamentenausgabe

D7. Behandlungsteam

FachärztInnen, ÄrztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und ErzieherInnen, B.A. Soziale Arbeit / Sozialdienst, Ergo-, Musik-, Physio-, Sport- und BewegungstherapeutInnen, weitere therapeutische Berufsgruppen sowie Pflegekräfte engagieren sich gemeinsam für die Gesundheit des Patienten. Ernährungsfachkräfte und Mitarbeitende der Verwaltung ergänzen das Team.

D8. Ausstattung

D8.1 Allgemeine räumliche Ausstattung

Für die Patienten stehen Ein- und Zweibettzimmer mit eigenem Bad zur Verfügung.

Es bestehen weiterhin Räumlichkeiten für Gruppenveranstaltungen, und Entspannungstherapie sowie Informationsgruppen oder Patientengruppen sowie Therapieräume, Aufenthaltsräume, Multifunktionsräume und Teeküchen.

Es besteht ein separater Wohnbereich für Frauen. Es gibt Patienten-Telefone und einen Patienten-PC. Die Ausstattung ist barrierefrei.

Für die Bewegungstherapie stehen eine große Multifunktionshalle und Fitnessgeräte zur Verfügung. Zusätzlich sind Räume für Physiotherapie, Ergotherapie und Musiktherapie untergebracht. Im Außenbereich gibt es Freizeitanlagen, ein Beachvolleyball-Feld und Spazier- und Laufwege. Weiterhin gibt es eine Lehrküche und einen Kiosk mit Cafeteria.

Brekum und das nahe Bredstedt sind touristisch erschlossene Orte mit historischen Ortskernen nur einige Kilometer von der Nordsee entfernt mit entsprechenden Möglichkeiten für Bewegung und Erholung.

In unserem "Raum der Stille" können die Patienten Entspannen, Nachdenken, Meditieren, Beten oder einfach nur zur Ruhe kommen.

D8.2 Diagnostische apparative Ausstattung

Die diagnostisch apparative Ausstattung umfasst ein Labor, EKG und EEG.

D8.3 Psychologische Assessments und Profilvergleichssysteme

Psychologische Assessments werden bedarfsgerecht eingesetzt. Es besteht außerdem ein psychologisches Testlabor mit umfangreichen relevanten neuropsychologischen Testverfahren (etwa: BT = Benton-Test, ZVT = Zahlen-Verbindungs-Test), Leistungs- (etwa: HARWIE-R = Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, L-P-S (Leistungsprüfsystem, WST = Wortschatztest, KRT = Konzentrations-Rechen-Test) und Persönlichkeitstestungen (etwa:

SKID II = Strukturiertes Klinisches Interview, DIPS = Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen).

D8.4 Weitere Besonderheiten

Weitere Besonderheiten bestehen in folgenden Punkten:

- Eine Diätassistentin und diätetisch geschulte Köche können besondere Kostformen bei Bedarf herstellen (z.B. nährstoffdefiniert o. -bilanziert, glutenfrei, fruktosefrei, laktosefrei o. Ä.).
- Patienten mit Nahrungsmittelintoleranzen und / oder Chemikalienintoleranzen erhalten für sie individuell verträgliche Kostformen und Räumlichkeiten.
- Durch Informationsgruppen und Teilnahme der Diätassistentin an den Mahlzeiten können Ernährungsaspekte in besonderer Weise vertieft und geschult werden.

D9. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation

Es erfolgt die regelmäßige Teilnahme an dem Qualitätssicherungsprogramm nach DIN EN ISO 9001:2015.

Für jeden Patienten wird eine Dokumentation angelegt, aus der alle therapielevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können.

Die Dokumentation umfasst:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- die Therapieziele
- einen individuellen Therapieplan betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente
- die Teilnahmedokumentation des Patienten
- die Bewertung des Therapieerfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen
- die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

Zusätzlich werden Erhebungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt, quartalsweise ausgewertet und diskutiert. Die Klinik verfügt über ein internes Beschwerdemanagement, das

von Patienten wie von Mitarbeitenden genutzt werden kann. Mittels eines standardisierten Verfahrens stellen wir sicher, dass die Beschwerden ernst genommen und Fehler zeitnah aufgearbeitet werden. Wir veröffentlichen regelmäßige Qualitätsberichte.

D10. Vor- und Nachsorge (siehe auch Teil I. des Konzeptes)

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der DIAKO Nordfriesland gGmbH handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

So bestehen bei Depressionen häufig gleichzeitig Angststörungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Das Risiko von Rückschlägen, Krisen und chronischen Verläufen ist bei diesen komplexen Störungsbildern generell hoch. Die Behandlungsplanung trägt dem Rechnung. Die Behandlung in den Einrichtungen der DIAKO Nordfriesland bietet dabei den Vorteil einer guten inneren Vernetzung des erforderlichen therapeutischen Angebotes. So sind - falls individuell erforderlich - Verlegungen in andere Abteilungen, sowie die unkomplizierte Vermittlung von umfangreichen Nachsorge- und Übergangsangeboten möglich. Zu den Details verweisen wir an dieser Stelle auf Kapitel 4.5 des Therapiekonzeptes I.

Anhang

Anhang 1: Bericht der begleitenden Evaluation: Regionales Psychriatriebudget (RPB) in Nordfriesland: 2008 bis 2012 – Kurzfassung der Ergebnisse

von Dr. rer.nat. Anke Bauer, Dr. med. Christoph Mai, Dr. med. Frank Oliver Hauf & Ingo Tüchsen

1. Anzahl der Patienten: Die Anzahl der behandelten Personen der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik stieg innerhalb des RPB in den Jahren 2010, 2011 und 2012 gegenüber dem Statusjahr 2008 (n=2811) im Mittel um 10% auf ca. 3000 bis 3200 an. Der Anstieg wurde durch eine Zunahme der ambulant und tagesklinisch versorgten Patienten aus dem Kreis Nordfriesland (NF) verursacht, da in dem gleichen Zeitraum die Anzahl der stationär behandelten Personen sowie die Anzahl der Personen, die nicht aus NF stammten, sank.

Die Anzahl der aus Nordfriesland behandelten Personen bezogen auf 1000 Einwohner (E)* lag im Jahr 2008 bei 11,6 und in den Jahren 2010-12 im Mittel bei 14,4. (dies sind auf die Bevölkerung bezogene Daten= standardisierte und vergleichbare Daten). Dies entspricht einer Zunahme von +23%.

2. Wiederkehrerquote: Die mittlere Zahl der Aufenthalte (Wiederkehrerquote) blieb dabei für die vollstationären Patienten (KH), unabhängig von der Einführung des RPB, relativ konstant zwischen 1,46 (2008) und 1,41 (2009 und 2010). Die Anzahl der Personen mit mehr als 5 vollstationären Aufenthalten schwankte, ebenfalls unabhängig von der Einführung des RPB, zwischen 1,0 % und 1,7%.

3. Behandlungstage und Tage bis zur Wiederaufnahme: Die Anzahl der Behandlungstage im 1. Aufenthalt (nur vollstationäre KH-Patienten) sank kontinuierlich seit 2008 ab, von 16,6 Tagen (2008) auf 13,8 im Jahr 2012. Gleichzeitig sank der Anteil der Wiederkehrer von 18,1% auf 16,3% (2010) und 16,8% (2012). Der Mittelwert der Anzahl der "Tage bis zur Wiederaufnahme" lag in den Jahren 2008-09 ("vor dem RPB") im Mittel bei 71,2 und in den Jahren 2010-12 bei 70,7 ("in dem RPB"). Der statistische Vergleich zwischen diesen Zeiträumen ergab keine signifikante Veränderung bei den "Tagen bis zur Wiederaufnahme". Sehr viel höher war der Einfluss der Diagnosegruppe (ICD) und des Alters auf die "Tage bis zur Wiederaufnahme". Da sich insbesondere die Zusammensetzung der ICD-Gruppen im RPB so veränderten, dass Patientengruppen mit von vornherein kürzeren "Tagen bis zur Wiederaufnahme" anteilmäßig (bspw. ICD-Gruppe F30-F39) zunahmen, wird der Effekt der Umstrukturierungen im RPB dadurch deutlich überlagert.

4. Diagnoseklassen: In den Diagnoseklassen der Gruppe F (ICD10: F00 bis F99) stieg die Anzahl der Patienten der Fachklinik aus Nordfriesland um 21% an. Die Anzahl der insgesamt behandelten Patienten - unabhängig von der Region - stieg um 6%. Die Anzahl der Patienten in der Diagnoseklasse F10-F19 (alle Regionen) sank in den Jahren 2008 bis 2012 um 15%, während die Anzahl der Patienten in der Diagnoseklasse F30-F39 um 27% und in der Klasse F40-F49 um 37% anstieg.

5. Demographie: Das mittlere Alter der Patienten der Fachklinik veränderte sich in den Jahren 2008 bis 2012 kaum. Betrachtet man jedoch die Altersverteilung in Altersklassen, so wird eine Verschie-

bung des Altersgipfels zwischen 2008 und 2012 deutlich und zwar von der Klasse der 30-44-jährigen in die Klasse der 45-64-jährigen.

Die Patientenzahlen der Fachklinik werden allein aufgrund der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2020 um etwa 4% ansteigen. Der Anstieg beträgt in der Altersklasse der 45-<65-jährigen ca. 23%, während die Altersklasse der 15-<45-jährigen um ca. 16% abnimmt.

Wird neben der demographischen Entwicklung zusätzlich eine weiter steigende Inzidenz einbezogen, wäre bis zum Jahr 2020 (selbst bei konservativer Schätzung) ein Anstieg von etwa 10% zu erwarten. Der Anstieg betrüge in der Altersklasse der 45 - <65-jährigen 32%, während die Patientenzahlen in der Altersklasse der 15 - <45-jährigen um 12% abnehmen würden.

6. Räumliche Verteilung und Einzugsgebiete: Es fand eine Verschiebung der Nutzung der Ressourcen zugunsten der Bevölkerung aus NF statt. Im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 wurden aus fast allen Bezirken Nordfrieslands im Jahr 2012 mehr Personen behandelt. Der Anstieg war dort besonders hoch, wo dezentral neue Einrichtungen (TK und PIA= Psychiatrische Institutsambulanz) eröffnet wurden (Niebüll +46%, Südtondern +21%, Inseln und Halligen: +30%). Verbesserungen in den Randlagen wie den Ämtern Viöl und Eiderstedt wirkten sich erst zeitverzögert ab 2011 aus (2012: +22% und + 14%, 2010: +4% und + 6%). Die schon im Jahr 2006 mit einer TK und PIA versorgten Ämter Husum (+32%) und Nordsee - Treene (20%) legten bei der Anzahl der behandelten Personen ebenfalls noch zu.

Die Patienten der Husumer TK und PIA kamen im Jahr 2012 zu ca. 80% aus den nahen Bezirken Husum, Nordsee-Treene und Eiderstedt und >80% der Patienten der Niebüller TK und PIA stammen aus den Bezirken Niebüll, Südtondern sowie den Inseln und Halligen. Beide nehmen demnach, wie geplant, eine wichtige Stellung als dezentrale und regionale Versorgungseinrichtung ein. Das Einzugsgebiet des Krankenhauses (vollstationäre Therapie) ist innerhalb Nordfrieslands deutlich breiter gefächert und als überregional anzusehen. 34% der Patienten des Krankenhauses hatten ihren Wohnort im Jahr 2012 außerhalb von NF. Dies waren insbesondere Patienten mit einer Hauptdiagnose F10-19 (Abhängigkeitserkrankungen). Die TK Mitte und die PIA Breklum nahmen dagegen vorzugsweise Patienten mit allgemeinspsychiatrischen Diagnosen auf, diese wohnten nur bis zu 8% außerhalb Nordfrieslands. Das Einzugsgebiet der PIA Breklum als auch das der TK Mitte ist ebenfalls ganz Nordfriesland.

7. Zielerreichung: Nach diesen Daten wurden folgende Ziele überprüfbar erreicht:

- Stärkung und Ausweitung des ambulanten und tagesklinischen Angebots
- Sektorenübergreifende Behandlung / Behandlungssteuerung: Ambulant vor teilstationär vor vollstationär ohne Qualitätsverlust für den Patienten (gemessen an der Wiederkehrerquote und den Tagen bis zur Wiederaufnahme)
- Bessere Versorgung der Menschen innerhalb Nordfrieslands
- Bessere Versorgung der Menschen innerhalb Nordfrieslands, die in den Randlagen wohnen: Inseln, Halligen, Grenzregion zu Dänemark, Region der Kreisgrenzen.

Anhang 2: Statement der DIAKO Nordfriesland zum 1. Zwischenbericht der begleitenden Evaluation EVA 64 (2019)

Dr. med. Christoph Mai, Geschäftsführer; Dr. rer.nat. Anke Bauer, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Zunächst möchten wir dem Autorenteam des Berichtes für ihre Arbeit und die umfassende Analyse der Patientendaten der DIAKO Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie danken. Eine Auswertung in diesem Umfang und in dieser Tiefe, unter der gleichzeitigen Berücksichtigung verzerrender Faktoren, stellt eine besonders wertvolle Datenbasis für uns dar. Sie kann nicht nur für die Forschung, sondern auch für unsere alltägliche Arbeit in der Praxis zu Optimierungszwecken umfassend herangezogen werden und kommt dadurch vor allem auch den Patienten zugute. Das sehr ausgefeilte Matching mit Patienten vergleichbarer Kontrollkliniken, die nicht im Regionalen Psychiatrie Budget (RPB) arbeiten, und die lange Beobachtungsdauer über drei Jahre sind dabei für uns wichtige Indikatoren für die Verlässlichkeit der Ergebnisse.

Zusammengefasst ergeben sich für uns vor allem folgende signifikanten Ergebnisse:

- Patienten der DIAKO Fachklinik, wurden im ersten Jahr nach Erstaufnahme weniger Tage vollstationär behandelt und waren in allen drei Beobachtungsjahren weniger Tage arbeitsunfähig als vergleichbare Patienten der Kontrollkliniken.
- Die Anzahl der Patienten der DIAKO Fachklinik, die tagesklinisch, d.h. teilstationär, behandelt wurden, war dagegen in dem Jahr nach ihrer Erstaufnahme höher als in den Kontrollkliniken. In den Folgejahren relativierte sich dieser Unterschied.
- Es gab keinen relevanten Unterschied in der Häufigkeit ambulanter Kontakte in den angegliederten Ambulanzen (PIA) zwischen den Patienten der DIAKO Fachklinik und der Kontrollkliniken, trotz der Unterschiede in der stationären Behandlungsdauer. Dies liegt möglicherweise an Deckeneffekten durch eine hohe Auslastung der drei PIA in Nordfriesland. Möglicherweise kommt hier jedoch auch zum Tragen, dass die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen besonders gut ist, da etliche der Fachärzte für Psychiatrie und Psychosomatik der Region zunächst in der DIAKO Fachklinik tätig waren, bevor die Niederlassung erfolgte.
- Weiterhin gibt es mutmaßliche positive Effekte dadurch, dass die DIAKO Fachklinik bereits in den Jahren vor dem Untersuchungszeitraum mit dem RPB gearbeitet hat und in diesen Jahren schon Effekte erzielt wurden (s.u.). Diese können zu einer Unterschätzung der tatsächlichen positiven Effekte beitragen.

Dass die Qualität der Therapie unter den kürzeren vollstationären Aufenthalten in der DIAKO Fachklinik keinesfalls leidet, zeigen folgende Aspekte:

- Der Anteil der Patienten, die eine Wiederaufnahme benötigten, war in der DIAKO Fachklinik etwas geringer als in den Kontrollkliniken (33,8% vs. 36,6%). Der Unterschied war nicht statistisch signifikant. Gleichzeitig war in diesen Fällen der Zeitraum bis zur Wiederaufnahme in der DIAKO Fachklinik etwas kürzer.
- Ein „Krankenhaus-Hopping“ oder ein „Drehtüreffekt“ kamen kaum vor.

- Bei den Patienten der DIAKO Fachklinik war seltener eine Verschlechterung des (sehr häufigen) Krankheitsbildes einer Depression („Progression“) in Richtung einer „schweren depressiven Störung“ zu verzeichnen als bei den Kontrollkliniken.
- Die Ergebnisse in Bezug auf die Progredienz der Patienten in Richtung einer „Suchterkrankung“ resultiert unserer Ansicht nach aus einer der Spezialisierungen der DIAKO Nordfriesland: Das Fachgebiet „Suchterkrankungen und Psychiatrische Störungen in Komorbidität“. Neben der Akutklinik bietet die DIAKO Nordfriesland hier weiterführende Angebote wie etwa Rehabilitation, Adaption, Eingliederung, betreutes Wohnen, Werkstätten und mehr an. Das o.g. Ergebnis ist daher möglicherweise das Resultat einer aufmerksamen Diagnostik sowie der Selektionskriterien der Patienten oder der Angehörigen, die sich für die DIAKO Nordfriesland mit ihrem gesamten Angebot entscheiden.

Wir möchten an dieser Stelle noch ergänzend auf einige Effekte hinweisen, die die vorliegende Auswertung nicht abbilden kann, dies sind vor allem regionale Besonderheiten in Nordfriesland:

- Die Gründe der DIAKO Nordfriesland als Modellklinik mit dem RPB zu arbeiten, lagen auch in regionalen Besonderheiten: Randlage, bekannt schlechte psychiatrische und medizinische Versorgung der Grenzgebiete zu Dänemark, der Nordsee und der Inseln, lange Anfahrtszeiten.
- Die Arbeit mit einem Budget erlaubte uns, die Therapieangebote zu dezentralisieren, mit heute drei Tageskliniken und drei PIA wurde erreicht, dass deutlich mehr Patienten aus den Randgebieten psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen können. Dies war der Schwerpunkt unserer eigenen wissenschaftlichen Begleitforschung in den ersten Jahren der Arbeit im Rahmen des RPB (*Quelle: siehe unten*).
- Die Anzahl der aus Nordfriesland behandelten Personen bezogen auf 1000 Einwohner lag im Jahr 2008 (= vor RPB) bei 11,6 und in den Jahren 2010-12 im Mittel bei 14,4. (dies sind auf die Bevölkerung bezogene, d.h. standardisierte und vergleichbare Daten). Dies entspricht einer Zunahme von +23%.
- Räumliche Verteilung und Einzugsgebiete: Es fand eine Verschiebung der Nutzung der Ressourcen zugunsten der Bevölkerung aus Nordfriesland statt. Im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 wurden aus fast allen Bezirken Nordfrieslands im Jahr 2012 mehr Personen behandelt. Der Anstieg war dort besonders hoch, wo wohnortnah neue Einrichtungen (TK und PIA) eröffnet wurden (Niebüll +46%, Südtondern +21%, Inseln und Halligen: +30%). Verbesserungen in den Randlagen wie den Ämtern Viöl und Eiderstedt wirkten sich erst zeitverzögert ab 2011 aus (2012: +22% und +14%, 2010: +4% und +6%). Die schon im Jahr 2006 mit einer TK und PIA versorgten Ämter Husum (+32%) und Nordsee-Treene (+20%) legten bei der Anzahl der behandelten Personen ebenfalls noch zu.

Anhang 3: Statement der DIAKO Nordfriesland zum Abschlussbericht der begleiteten Evaluation EVA 64 (2020)

Dr. med. Christoph Mai, Geschäftsführer; Dr. rer.nat. Anke Bauer, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Zunächst möchten wir dem Autorenteam des Berichtes für ihre Arbeit und die umfassende Analyse der Patientendaten der DIAKO Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie danken. Eine Auswertung in diesem Umfang und in dieser Tiefe, unter der gleichzeitigen Berücksichtigung verzerrender Faktoren, stellt eine besonders wertvolle Datenbasis für uns dar. Sie kann nicht nur für die Forschung, sondern auch für unsere alltägliche Arbeit in der Praxis zu Optimierungszwecken umfassend herangezogen werden und kommt dadurch vor allem auch den Patienten zugute.

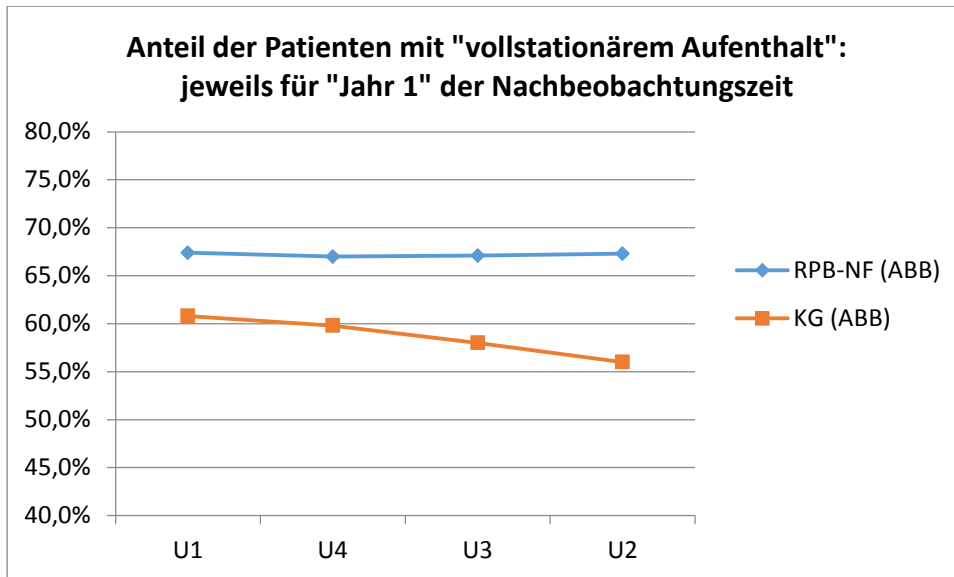
Ganz anders als der *Zwischenbericht EVA64* weist der *Abschlussbericht* etliche Ergebnisse zu Zielvariablen auf, die nun „hypothesenkonträr“ ausfallen: das heißt, Unterschiede zwischen dem Modellvorhaben (RPB-NF= Regionales Psychiatriebudget in Nordfriesland) und der Regelversorgung (KG=Kontrollkliniken) konnten nun nicht mehr festgestellt werden bzw. die KG weist Werte auf, wie sie, der Hypothese nach, für das RPB erwartet wurden.

Die Prüfung des Abschlussberichtes und der Vergleich mit dem Zwischenbericht ergab dabei einige Auffälligkeiten mit folgendem Muster:

1. Im Vergleich zum Zwischenbericht und während des weiteren Untersuchungszeitraumes verändert sich das Verhalten der Kontrollkliniken (KG) in Bezug auf etliche Variablen (z.B. vollstationäre Aufenthalte, teilstationäre Aufenthalte). D.h. nicht nur während der Nachbeobachtungszeit, sondern auch bezogen auf den Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie. Die Ergebnisse für das RPB-NF verhalten sich im Vergleich konstanter, mit einigen Ausnahmen. In einigen Variablen verändern sich KG und RPB-NF über den Untersuchungszeitraum in ähnlicher Weise (AU-Tage, Tage bis zur Wiederaufnahme, Wiederaufnahmerate).

Die folgenden Abbildungen verdeutlichen die beobachteten Effekte:

Quelle: Abschlussbericht und Zwischenbericht EVA64: Jeweils: klinikneue Patienten, Werte Abschlussbericht= ABB, Werte Zwischenbericht= ZWB



U1= 4 Jahre Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre, U3= 2 Jahre, U2= 1 Jahr

Abbildung 1

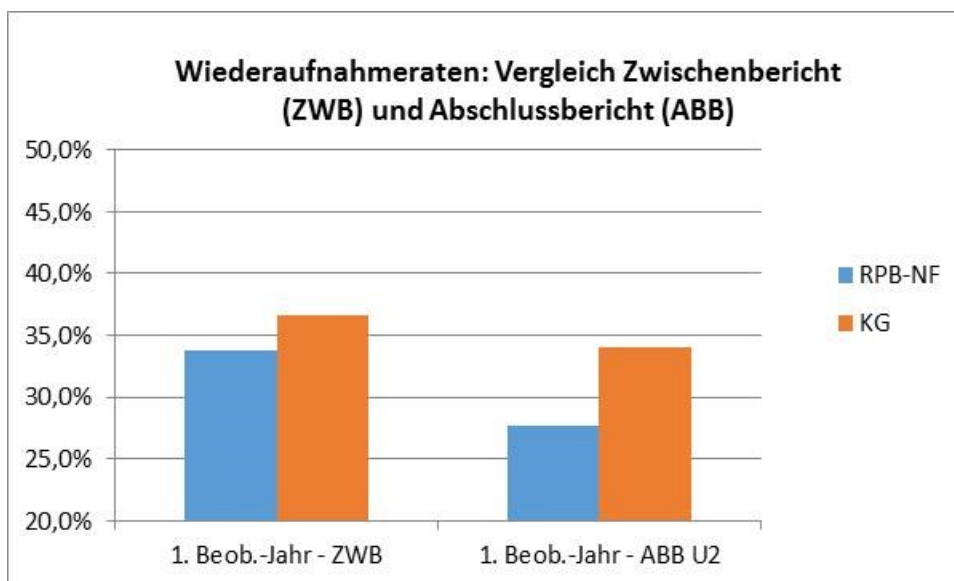


Abbildung 2

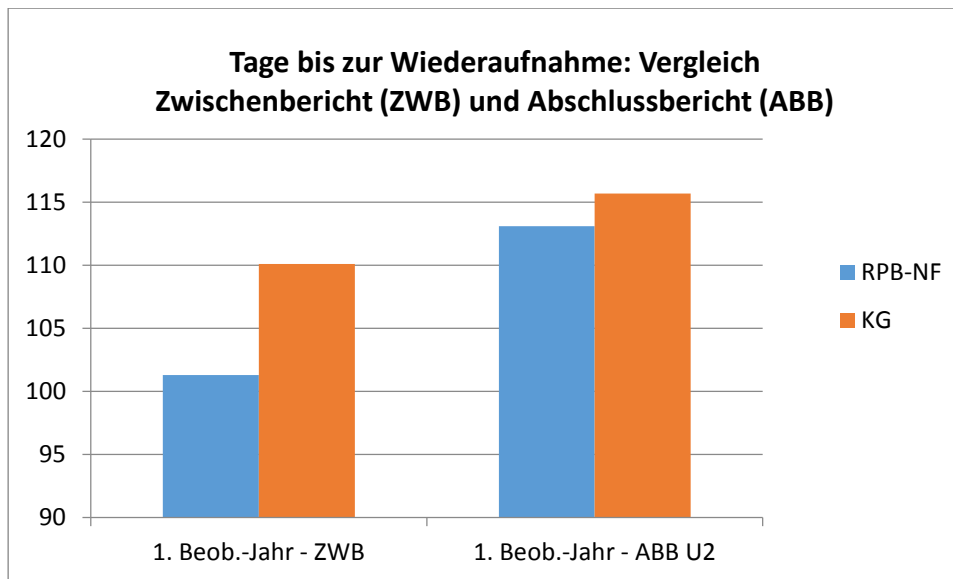
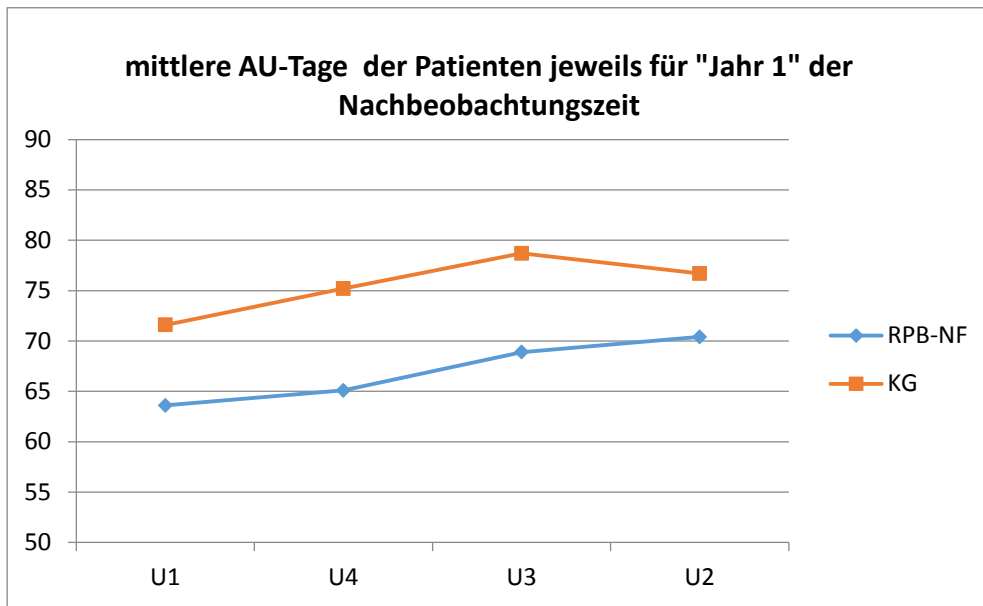


Abbildung 3

2. Hier finden mutmaßlich Veränderungen über die Zeit bei den KG statt, die folgendes wieder spiegeln:
 - A)** die finanziellen Anreize/Steuerungsmerkmale haben sich im Laufe der Studie geändert (PEPP-Effekt?), dies führt zu verändertem Verhalten der KG
 - und B)** die Entwicklung hin zu vermehrten teilstationären Angeboten (teilstationär statt vollstationär) war zu Beginn der Studie vor allem ein Merkmal der RPB-Kliniken, die KG haben jedoch noch während die Studie lief, nachgezogen. Möglicherweise führte hier bereits die Zwischenauswertung mit den guten Ergebnissen des RPB zu einer vermehrten Genehmigung von Tageskliniken auch für andere Kliniken.

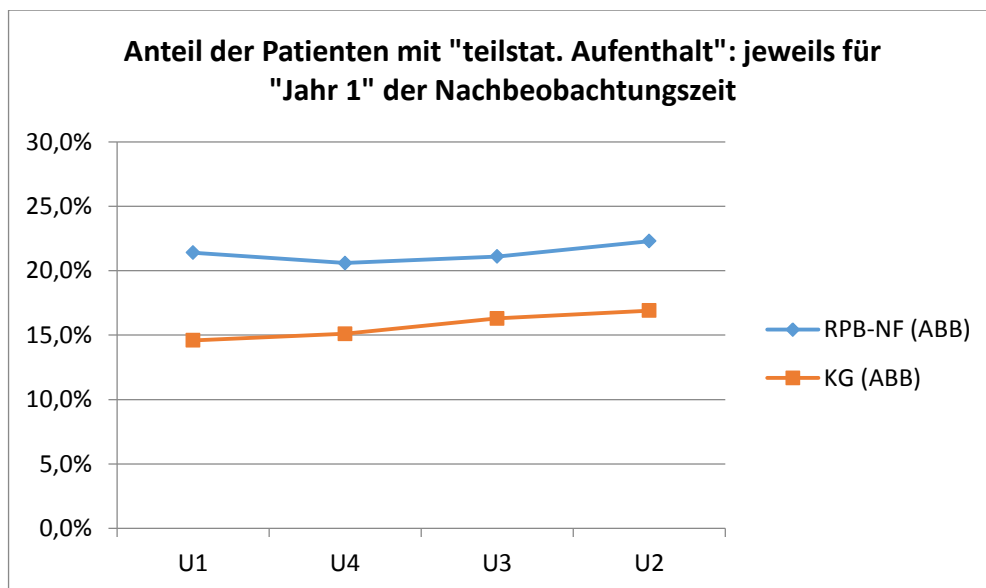
3. Die gewählten „U-Gruppen“, mit 4, 3, 2 oder nur 1 Jahr Nachbeobachtungszeit weisen dementsprechend schon hinsichtlich der Ausgangswerte erhebliche Unterschiede auf, die mutmaßlich auf diese Veränderungen über die Zeit zurückzuführen sind. In dem Abschlussbericht fehlt leider die Darstellung wichtiger Variablen, z.B. der Wiederaufnahmerate, über die Kalenderjahre sowie auch ein direkter Vergleich der U-Gruppen. Dann könnte man diese Unterschiede sichtbar machen als mit den U1, U2, U3 und U4 mit jeweils unterschiedlicher Nachbeobachtungszeit.

Missverständlich ist dabei zudem dass die „U1“ die längste Nachbeobachtungszeit hat: 4 Jahre und daher am frühesten erhoben worden sein muss. Während die „U2“ alle Patienten mit nur 1 Jahr Nachbeobachtungszeit enthält und daher auch die Patienten, die als letztes mit in die Studie eingeschlossen wurden (U3 = 2 Jahre Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre Nachbeobachtungszeit). Wir haben daher die Reihenfolge in den Abbildungen geändert auf U1, U4, U3, U2, da dies am ehesten einer chronologischen Reihenfolge entspricht. Besser wäre eine zusätzliche Auswertung stratifiziert nach dem tatsächlichen Kalenderjahr des Einschusses in die Studie.



U1= 4 Jahre Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre, U3= 2 Jahre, U2= 1 Jahr

Abbildung 4



U1= 4 Jahre Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre, U3= 2 Jahre, U2= 1 Jahr

Abbildung 5

4. Zusätzlich scheint es über den Untersuchungszeitraum zu einer Verschiebung in Richtung „schwererer Fälle“ bei den klinikneuen Patienten bei den RPB-NF und den KG gleichermaßen zu kommen (gemessen anhand der mittleren AU-Tage: s.o. Abb. 4). Dies wird mutmaßlich verursacht durch
 - A)** einen Selektionseffekt: Wenn das ambulante und teilstationäre Angebot ausgeweitet wird, bzw. in den niedergelassenen Bereich verschoben wird, dann steigt der Anteil der schwereren Fälle, die in die Klinik aufgenommen werden. Dies entspricht durchaus unseren Beobachtungen in dem Stationsalltag.
 - B)** Ein durch die Studie selbst bedingter Selektionseffekt wird verursacht durch das Matchingverfahren, darauf weisen die Autoren selbst hin (siehe S.440 Abschlussbericht).
 - C)** veränderte finanzielle Anreize/Steuerungsmerkmale

5. Eine oberflächliche Sichtung der Abschlussberichte weiterer Kliniken in der Region ergab ähnliche Auffälligkeiten.

6. Das Modellprojekt der DIAKO Nordfriesland gGmbH geht aus einem mehrjährigen Vorläuferprojekt hervor (2008-2013). Daher sind viele positive Effekte bereits vor Beginn der Bestimmung der Baseline dieser Evaluation „EVA64“ eingetreten und in dem hier untersuchten Zeitraum sind bereits Bodeneffekte wirksam, d.h. - je nach Variable - keine weiteren oder nur noch schwache Veränderungen festzustellen.

7. Die Ergebnisse in Bezug auf die Progredienz der Patienten in Richtung einer „Suchterkrankung“ resultiert unserer Ansicht nach aus einer der Spezialisierungen der DIAKO Nordfriesland: Das Fachgebiet „Suchterkrankungen und Psychiatrische Störungen in Komorbidität“. Neben der Akutklinik bietet die DIAKO Nordfriesland hier weiterführende Angebote wie etwa Rehabilitation, Adaption, Eingliederung, betreutes Wohnen, Werkstätten und mehr an. Das o.g. Ergebnis ist daher möglicherweise das Resultat einer aufmerksamen Diagnostik sowie der Selektionskriterien der Patienten oder der Angehörigen, die sich für die DIAKO Nordfriesland mit ihrem gesamten Angebot entscheiden.

8. Die Gründe der DIAKO Nordfriesland gGmbH als Modellklinik mit dem RPB zu arbeiten, lagen in regionalen Besonderheiten: Randlage, bekannt schlechte psychiatrische und medizinische Versorgung der Grenzgebiete zu Dänemark, der Nordsee und der Inseln, lange Anfahrtszeiten. Die Arbeit mit einem Budget erlaubte uns, die Therapieangebote zu dezentralisieren, mit heute drei Tageskliniken und drei PIA wurde erreicht, dass deutlich mehr Patienten aus den Randgebieten psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen können. **Das bedeutet, dass das Ziel nicht darin bestand, kostengünstiger zu arbeiten, sondern die vorhandenen Ressourcen zugunsten der Bevölkerung aus Nordfriesland besser einzusetzen.** Im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 wurden aus fast allen Bezirken Nordfrieslands im Jahr 2012 deutlich mehr Personen behandelt, dies galt insbes. für die Randgebiete (*Quelle: siehe A1*).

Fazit:

Anders als der Zwischenbericht weist der Abschlussbericht etliche Ergebnisse zu Zielvariablen auf, die „hypothesenkonträr“ ausfallen. Während der Studie scheint es zu mehreren überlagernden Effekten gekommen zu sein, die die Kliniken der KG veranlassten ihr Verhalten zu ändern. Die Studienplanung sah eigentlich vor, zu messen, welche Veränderungen über die Zeit in den RPB-Modellkliniken im Vergleich zur „Regelversorgung“ auftreten und ob dieses empfehlenswert ist.

Eine Vergleichbarkeit der RPB-NF und der KG hinsichtlich der Studienfragestellung ist daher aus unserer Sicht in dieser Form zumindest fraglich. Eine erhebliche Verzerrung (Bias) durch äußere Einflüsse über die Studienlaufzeit kann keinesfalls ausgeschlossen werden. Wir empfehlen für einen abschließenden Bericht jeweils die Ausgangswerte der Kliniken der KG zu verwenden, die auch in dem Zwischenbericht dargestellt wurden. Zusätzlich empfehlen wir eine Auswertung nach Kalenderjahren (d.h. wann wurde der Patient in die Studie aufgenommen) und einen ganz direkten Vergleich der Gruppen U1 bis U4 in der Reihenfolge U1, U4, U3, U2. **Aus dem Abschlussbericht können aus unserer Sicht keine Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.**

Zitate Abschlussbericht:

S. 438: ... Vor dem Hintergrund der derzeit **großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung** kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. ...

S. 416/417: ... Bei den klinikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben Nordfriesland hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens ein **Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte.** Über die Zeit sanken die vollstationären Tage in der IG und der KG. ...

... Im dritten Jahr nach Referenzfall war jedoch das Absinken in der IG weniger stark im Vergleich zur KG. Dadurch ergaben sich im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant mehr vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur KG (U1) (**hypothesenkonträr**). Zu beachten ist hier jedoch, dass dies durch die bereits stark unterschiedlichen Ausgangswerte im Jahr vor Referenzfall ausgelöst wurde. Eine bestimmte Anzahl an stationären Behandlungstagen lässt sich auch in Modellvorhaben nicht vermeiden (**Bodeneffekt**) ...

S. 440 ... Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem Zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist.