



Flexible aufsuchend-nachgehende gemeindenahе Behandlung

Flexible **Assertive Community Treatment** (FACT)-Manual

Vision, Modell, Praxis und Organisation | J. R. van Veldhuizen und M. Bähler
Erstellung der deutschen Version durch V. Kraft, A. Wüstner, M. Lambert

Impressum

Dieses Manual wurde im Original auf Englisch veröffentlicht von Remmers van Veldhuizen, Psychiater, Niederlande in 2013 auf der Webseite www.factfacts.nl.

Erstellung der deutschen Version durch V. Kraft, A. Wüstner, M. Lambert, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland

This manual was first published in English by Remmers van Veldhuizen, psychiatrist, The Netherlands in 2013 at the website www.factfacts.nl.

Layout: C. Hottendorff (UKE)

Zitationshinweis:

Manual Flexible ACT (2013) J.R. van Veldhuizen & M. Bähler; www.factfacts.nl, Groningen.
Deutsche Übersetzung von V. Kraft, A. Wüstner & M. Lambert © UKE 2017 // DOI: 10.13140/RG.2.1.3925.1683

Kontakte / Adressen / Websites

Alle der nachfolgend aufgeführten Personen und Organisationen werden gerne Auskünfte erteilen und sich an einem internationalen Dialog beteiligen.

J.R. (Remmers) van Veldhuizen,
Psychiater / psychiatrist
Senior Advisor, Honorary Member / Ehrenmitglied CCAF
E-Mail: remmersvv@hotmail.com
Website: <http://www.factfacts.nl>
(mit einer englischen Seite / with an English page)
Adresse / postal address: Praediniussingel 20 / 9,
9711 AG Groningen, Niederlande / The Netherlands

M. (Michiel) Bähler, Psychologe / Psychologist,
Berater / Advisor
E-Mail: m.bahler@ggz-nhn.nl
Website und Adresse: siehe GGZ NHN /
Website and postal address see GGZ NHN

Zertifikationszentrum für ACT und FACT / Certification Centre for ACT and FACT

Kontakt: Ms. M. Overdijk,
Geschäftsführer / director CCAF

E-Mail: info@ccaf.nl
Website: www.ccaf.nl
Adresse / postal address: Postbus 543,
3440 AM Woerden, Niederlande / The Netherlands

F-ACT Nederland (Niederländischer F-ACT Verein)

Verein für Praktiker und Manager, die in FACT- und ACT-Teams arbeiten / Association for practitioners and managers working in FACT and ACT teams.
Vorstandsvorsitzender / chairman:
Ms. E. de Ruijter, Psychiater / psychiatrist
E-Mail: e.deruijter@ggzingeest.nl
Geschäftsführerin / secretary CCAF: Ms K. Kerssens,
k.kerssens@ggz-nhn.nl
E-Mail F-ACT.Nederland: info@f-actnederland.nl
Website: www.f-actnederland.nl
<http://www.f-actnederland.nl/fact-english/>

EAOF (European Assertive Outreach Foundation) Vorstandsvorsitzender / President EAOF

Prof. Dr. C.L. Mulder
E-Mail: niels.cmuldder@wxs.nl
Website: www.eaof.org

Die Original-Übersetzung dieses Manuals wurde mithilfe der nachfolgend aufgelisteten Organisationen finanziert. Auch sie werden gerne Auskünfte erteilen oder Teams für Besuche vor Ort begrüßen.

The translation of this manual was funded with the help of the organizations listed below. They will also be pleased to provide information or to welcome teams for on-site visits.

**Mondriaan (Mental Health Trust South Limburg/
Maastricht)**

Mr. H.H.W. de Veen MHA, Psychologe / psychologist,
Vorstandsvorsitzender / chairman of the Board of
Directors,
E-Mail: H.de.Veen@mondriaan.eu

Prof. P.A.E.G. Delespaul, Professor Innovations in
Mental Health

E-Mail: Ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl
Website: www.mondriaan.eu

Adresse / postal address: Mondriaan, Postbus 4436 /
6401 CX Heerlen, Niederlande / The Netherlands
GGZ NHN (Mental Health Centre Northern
North-Holland / Alkmaar)

Ms. M.C. van Putten, MD, psychiater,
Vorstandsmitglied / member of the board GGZ NHN
Vorstandsmitglied / member of the board EAOF
E-Mail: m.vanputten@ggz-nhn.nl

Mr. Dr. R. Keet, Psychiater / psychiatrist,
Geschäftsführer / director,
Chair of the European Community Mental Health
Service providers network (EuCoMS)
E-Mail: r.keet@ggz-nhn.nl
Website: www.ggz-nhn.nl/fact
Adresse / postal address GGZ-NHN:
Stationsplein 138, 1703 WC Heerhugowaard,
Niederlande / The Netherlands
GGZ BREBURG (Mental Health Centre Breda / Tilburg)

Ms. A.C. van Reekum, MD, Psychiater / psychiatrist,
Vorstandsmitglied / Board member
E-Mail: a.vanreecum@ggzbredburg.nl

Mr A.F.M.M. van Mierlo, MD, Psychiater /
psychiatrist,
Geschäftsführer / director,
Chairman / Vorsitzender CCAF
E-Mail: t.vanmierlo@ggzbredburg.nl
E-Mail: info@ggzbredburg.nl
Website: www.ggzbredburg.nl
Adresse / postal address: Postbus 770, 5000 AT,
Tilburg
VNN (Addiction Care Northern Netherlands)
Suchthilfe Nord-Niederlande

Prof. Dr. G.G. Anthonio, Chairman of the Board/
Vorstandsvorsitzender
E-Mail: g.anthonio@vnn.nl
E-Mail: info@vnn.nl
Website: www.vnn.nl
Adresse / postal address: Postbus 8003, 9702 KA
Groningen, Niederlande / The Netherlands

Vorwort zur deutschen Übersetzung des FACT-Manuals

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Assertive Community Treatment (ACT) ist neben Crisis Resolution (Teams) (CRT) und Intensive Case Management (ICM) das am besten untersuchte und entsprechend evidenzbasierte Behandlungsmodell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Im Gegensatz zu CRT, welches auf die akute Krisenintervention begrenzt ist, bietet ACT eine langfristige, teambasierte, aufsuchende und nachgehende Komplexbehandlung für Personen mit schweren psychischen Störungen.

Schwere psychische Erkrankungen sind v. a. durch die Kombination einer psychischen Erkrankung mit einer längerfristigen und ausgeprägten Reduktion des Funktionsniveaus definiert. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Personen mit psychotischen Störungen, darunter v.a. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare Störungen oder schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen oder Persönlichkeitsstörungen, v. a. die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung. Die 1-Jahresprävalenz von schweren psychischen Störungen bezogen auf alle psychischen Erkrankungen liegt bei Erwachsenen bei etwa 6% und bei Jugendlichen bei 8%.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben häufig komplexe Problemkonstellationen, die eine intensive und längerfristige Behandlung not-

wendig machen. Neben der hauptsächlichen psychischen Erkrankung leiden die Betroffenen gehäuft unter komorbiden (zusätzlichen) psychischen Störungen (z.B. Suchterkrankungen) und komorbiden körperlichen Erkrankungen. Gehäuft finden sich auch vielfache und komplexe soziale Probleme bei diesen Patienten.

Das vorliegende Manual zu Flexible Assertive Community Treatment (FACT flexible aufsuchend-nachgehende gemeindenahe Behandlung) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beschreibt Rationale und Richtlinien dieser ACT-Modifikation wie sie in den Niederlanden erfolgreich entwickelt und implementiert wurde. FACT verbindet Ansätze des ACT und des Case Management innerhalb eines teambasierten Behandlungsmodells. Die Zielgruppe sind Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, sowohl die 20% für die ACT indiziert ist, als auch die anderen 80%, welche durch ACT stabilisiert wurden und nun eine weniger intensive Behandlung und Unterstützung benötigen. FACT verwendet für diese beiden Gruppen einen flexiblen Wechselmechanismus. Damit müssen stabilere Klienten nicht in ein anderes Team überführt werden – sie verbleiben im gleichen FACT-Team. Dadurch wird die Behandlungskontinuität verbessert und Behandlungsabbrüche reduziert.

Das FACT-Manual wurde nun erstmals durch Mitarbeiter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in die deutsche Sprache übersetzt. Wir danken unseren niederländischen Kolleginnen und Kollegen und insbesondere den Autoren des Manuals J. R. van Veldhuizen und M. Bähler für das entgegen gebrachte Vertrauen. Wir hoffen im Sinne der Betroffenen und deren Angehörigen hiermit auch in Deutschland die Implementierung solcher erfolgreicher Behandlungsmodelle für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen weiter voranzutreiben.

Dipl.-Psych. Vivien Kraft
Prof. Dr. Martin Lambert

Arbeitsbereich Psychosen, Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Vorwort

Assertive Community Treatment (ACT) wurde in den 1970ern durch Stein, Test und Marx (Test & Stein, 1978) in den USA eingeführt. Beim ACT ist ein multidisziplinäres Team von 10 Vollzeitkräften für ca. 100 Klienten zuständig. Dabei wird das Modell des ‚shared caseload‘ eingesetzt, was bedeutet, dass alle Teammitglieder alle Klienten kennen. Dieser Ansatz konzentriert sich auf ‚outreach‘ (Erreichen der Zielgruppe auch durch aktives Aufsuchen) und auf die Versorgung mit überdauernder und sehr intensiver Betreuung und Behandlung. ACT ist indiziert für die am schwersten erkrankten 20% der Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung (severe mental illness, SMI) in der Gesellschaft, insbesondere für schwer zu erreichende Patienten mit einem hohen Risiko der Hospitalisierung, Obdachlosigkeit oder Verwahrlosung. ACT wurde schon sehr häufig implementiert und es wurde umfassende Forschung zur Wirksamkeit betrieben sowie Skalen zur Manuelle entwickelt. ACT wird international als eine Intervention der evidenzbasierten Medizin anerkannt.

Was kann das Modell des Flexiblen Assertive Community Treatment (FACT), das in den Niederlanden entwickelt wurde, einem solch weithin anerkannten Modell noch hinzufügen? Warum präsentieren wir die niederländische Version des ACT in diesem Manual einem internationalen Publikum? Der Grund dafür ist, dass FACT vorteilhafte Innovationen beinhaltet. Diese Innovationen werden zuerst auf dem Niveau des Teams ersichtlich, im täglichen Betrieb der FACT-Teams. Allerdings schafft das FACT-Modell auch Möglichkeiten der Innovation in einem breiteren Feld, nämlich der Organisation von gemeindenaher Gesundheitsversorgung für schwer psychisch erkrankte Personen in der Gesellschaft.

Im Durchschnitt ist ein multidisziplinäres FACT-Team von 11–12 Vollzeitkräften für 200 Klienten zuständig. Die Zielgruppe ist die breite Gruppe der Personen in einem bestimmten Einzugsgebiet: sowohl die 20% für die ACT indiziert ist, als auch die anderen 80% der Gruppe, die weniger intensive Behandlung und Unterstützung benötigen. Um die Betreuung bei-

der Gruppen zu kombinieren, verwendet das Team einen flexiblen Wechselmechanismus. Die Gruppe, die die intensivste Betreuung benötigt, wird jeden Tag besprochen und für diese Gruppe wird der ‚shared caseload‘-Ansatz verwendet. Die Namen dieser Klienten werden auf die digitale FACT-Tafel geschrieben. Für die Klienten, die weniger intensive Betreuung benötigen, bietet dasselbe Team individuelles Fallmanagement mit interdisziplinärer Behandlung und Unterstützung an. Wenn Klienten stabiler werden, müssen sie nicht in ein anderes Team überführt werden (wie im ACT durch ‚graduation‘); sie bleiben beim gleichen FACT-Team. Diese Flexibilität, zwischen den beiden Formen der Versorgung im selben Team wechseln zu können, verbessert die Kontinuität der Betreuung und reduziert drop-out.

Dieses System stellt zudem bessere Möglichkeiten für Genesung, Genesungsunterstützung und Rehabilitation bereit. Sobald ein Klient, der individuelles Fallmanagement erhält, ein erhöhtes Risiko für einen psychotischen Rückfall oder Hospitalisierung aufweist, wechselt dasselbe Team sofort zu intensivem ACT. Diese Kombination von Flexibilität und Kontinuität passt gut zu mit dem natürlichen Verlauf von SMI mit wiederholten Episoden und Rückfällen.

Als das FACT-Team mit seiner Arbeit begann, führte dies auch zu einem Überdenken des übergeordneten Gesundheitsversorgungssystems für psychische Erkrankungen. Wir entwickelten das FACT-Modell mit dem Ziel verschiedene Dinge zu kombinieren:

- Genesungsorientierte Betreuung¹

¹ In den Niederlanden ist das Konzept der Genesung zu einem wichtigen Teil der Vision psychiatrischer Versorgung für Menschen mit SMI geworden. Auf Niederländisch wird der englische Begriff ‚recovery‘ mit ‚Herstel‘ übersetzt und im Deutschen wird der Begriff ‚Genesung‘ verwendet. Die ‚Herstel-Bewegung‘ in den Niederlanden ist eine patientenorientierte Bewegung; sie bestärkt die Wiederaufnahme von Aktivitäten aber auch den Wiederentdecken des Lebenssinns, bei z.T. persistierenden Symptomen und Vulnerabilitäten. Es ist eine Bewegung, die aus den Reihen der Betroffenen entstanden ist. Professionelle Behandler können die Genesung nicht für sich beanspruchen, sie können den

- evidenzbasierte Medizin und best practice
- Integration von gemeindenaher Versorgung und Krankenhausversorgung

Mit FACT werden das Strengths Model (Rapp et al., 1998), Family Interventions, Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) und Individual Placement and Support (IPS) in ein System integriert, das Klienten in Übereinstimmung mit den Leitlinien für Schizophrenie behandelt.

FACT-Teams sind gebietsbezogen: ein FACT-Team versorgt alle Personen mit SMI in einem bestimmten Einzugsgebiet mit ca. 40–50.000 Einwohnern. Dies erleichtert die Kooperation mit anderen psychosozialen Angeboten und mit niedergelassenen Ärzten. Sie arbeiten in Übereinstimmung mit dem typisch niederländischen Modell der ‚transmural care‘². Das FACT-Team ist nicht nur Gatekeeper („Türhüter“) für das Krankenhaus, sondern bleibt auch während seines Aufenthalts in Kontakt mit dem Klienten und behält die Rolle des Koordinators für die gesamte Behandlung des Klienten.

Bisher war die niederländische Gesundheitsversorgung für psychische Erkrankungen relativ gut finanziert und die Verfügbarkeit dieser Versorgungsangebote war gesichert. In dieser günstigen Umgebung konnten wir FACT entwickeln und zu einem kompletten Modell ausbauen. Während die Versorgung mit FACT relativ teuer ist, produziert sie auch psychiatrische, soziale und ökonomische Vorteile. Klienten, Familien und Partner haben eine positive Einstellung zu FACT. Als ein Ergebnis von FACT können Verwahrlosung und Belästigung angegan-

gen werden, mehr Menschen mit SMI bekommen die Chance bezahlte Arbeit zu finden und die Anzahl von Krankenhausbetten kann reduziert werden. Menschen mit SMI können in der Gesellschaft zu-rechtkommen, außerhalb von psychiatrischen Ein-richtungen, unter der Voraussetzung, dass sie ausrei-chend Unterstützung und Behandlung bekommen.

Das FACT-Modell wurde in den Niederlanden von J.R. van Veldhuizen (Psychiater) und M. Bähler (Psycho-loge) entwickelt. Das erste FACT-Team wurde von 2003 an im GGZ Noord-Holland Noord (psychische Gesundheitsversorgung nördliches Nord-Holland) in Alkmaar aufgebaut. Basierend auf praktischer Erfahrung wurde das Modell weiterentwickelt. Jetzt, im Jahr 2013, gibt es ca. 200 Teams in den Nie-derlanden und in manchen Gegenden wurde das FACT-Modell voll implementiert. Es wird ein Wachs-tum auf 400-500 FACT-Teams vorausgesagt³.

Eine Skala zur Manualtreue wurde 2007 entwickelt (Bähler et al.) und 2008 wurde ein niederländisches FACT-Manual publiziert (herausgegeben von Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis & Van Os). Das Zertifi-zierungszentrum für ACT- und FACT-Teams (www.ccaf.nl) hat bereits 100 Teams zertifiziert. Ende 2013 wird es 150 zertifizierte Teams geben. Weitere Teams starten in Belgien. In Hong-Kong, Norwegen, Schwe-den und Großbritannien prüfen Experten und Orga-nisatoren die Möglichkeiten, die Prinzipien von FACT in ihre bestehenden Systeme zu integrieren.

Abgesehen von einer Publikation auf Englisch (Van Veldhuizen, 2007) ist bisher keine Beschreibung

Genesungsprozess ihrer Klienten nur unterstützen, häufig durch Gruppen und mit Peer-Beratern (siehe auch Amering & Schmolke, 2007; Watkins, 2009; Boevink, 2007).

2 „Transmural care“ ist ein niederländisches Konzept, das in den folgenden Kapiteln näher beschrieben wird. Kern des Konzepts ist, dass die Aufnahme in eine Klinik oder partielle Hospitalisation immer als eine ‚Auszeit‘ im übergeordneten Rahmen der ambulanten Versorgung durch das FACT-Team angesehen wird.

3 Rat für Volksgesundheit und Versorgung (ein Beratungsorgan des Gesundheitsministers) Aktueller Stand: Im Januar 2017 bestehen bereits mehr als 400 Flexible ACT Teams in den Niederlanden. In den letzten Jahren wurden bereits 300 Teams (re)auditiert in Bezug auf eine Zertifizierung durch das CCAF. Zusätzlich zu den Flexible ACT Teams für die ursprüngliche Gruppe der schweren psychischen Erkrankungen wurden 40 Teams für Jugendliche, 15–20 forensische FACT Teams und einige für Patienten mit Suchterkrankungen sowie (seit Kurzem) Teams für Menschen mit Intelligenzmin-derung. Zukünftig gehen wir von einer Anzahl von 700–800 für all diese Zielgruppen aus.

Vorwort

des Modells in einer anderen Sprache als Niederländisch erschienen. Das vorliegende Manual bietet eine kompakte Darstellung der Vision von FACT, des Modells selbst, der Art und Weise, wie es in der täglichen Versorgung genutzt wird und der Organisation des Modells. Entscheidungsträger und Experten, die das FACT-Modell zukünftig nutzen möchten, finden hier alle benötigten Informationen. Es ist ein Praxis-Buch mit begrenzten Forschungsdaten und Referenzen. Wir werden die Schlüsselmodelle diskutieren, die im niederländischen FACT-Manual beschrieben sind, und auch neuere Entwicklungen behandeln.

Dieses Manual ist für internationale Mitarbeiter der psychischen Gesundheitsversorgung gedacht. Spezifische niederländische Situationen werden erklärt, liegen jedoch nicht im Hauptaugenmerk. Es werden Vergleiche mit anderen Ländern angestellt. Wir hoffen, dies wird den Zugang zum FACT-Ansatz für unsere internationalen Kollegen erleichtern.

Ebenso wie wir Margaret Kofod danken für die Übersetzung des Niederländischen Textes ins Englische, so danken wir jetzt Vivien Kraft und Martin Lambert für diese deutsche Übersetzung.

Dank der finanziellen Zuwendungen von vier Organisationen der psychischen Gesundheitsversorgung in den Niederlanden, kann dieses Manual kostenlos von verschiedenen Webseiten heruntergeladen werden. Wir möchten diesen vier Organisationen danken:

- GGZ Noord Holland Noord
- GGZ Breburg
- GGZ Mondriaan
- VNN (Suchthilfe Nordholland)

Diese vier Organisationen stehen außerdem zur Verfügung, um internationalen Interessierten Informationen zu vermitteln. Die Namen und Email-

Adressen der Kontaktpersonen sind am Anfang des Manuals aufgelistet.

Dasselbe trifft auf das Zertifizierungszentrum für ACT und FACT zu (www.ccaf.nl) und auf den Verband der ACT- und FACT-Praktizierenden in den Niederlanden: F-ACT-Nederland.

Dieses Manual wurde auf der zweiten internationalen Konferenz der EAOF (European Assertive Outreach Foundation) in Avilés (Spanien) im Juni 2013 präsentiert (www.eaof.org).

Die Autoren hoffen, dass viele Menschen davon profitieren und wir sind gespannt auf Ihr Feedback. Wir hoffen, Sie genießen die Lektüre und dass Sie daraus Inspiration für die weitere Verbesserung der Versorgung von Menschen mit SMI ziehen, wo immer in der Welt sie sein mögen.

J. R. van Veldhuizen, Psychiater



Inhalt

Vorwort	2
Prolog	11
Prolog A: Zusammenfassung	11
Prolog B: Eine persönliche Geschichte	12
Prolog C: Ein morgendliches FACT-Team-Meeting	13
Kapitel 1: Eine erste Annäherung: Patienten mit SMI, ihr Bedarf, ihre Behandlung	16
1.1. Für welche Patientengruppen ist die Versorgung mit ACT und FACT gedacht?	16
1.2. Was bedeuten die Probleme von Patienten mit SMI für den Versorgungsbedarf?	17
1.3. Was sind die Anforderungen an gemeindenahere Versorgung für Personen mit SMI?	18
1.4. Die sieben Cs: Versorgungsanforderungen für Personen mit SMI außerhalb psychiatrischer Einrichtungen	20
1.5. Anforderungen für Teams, die die 7 Cs erbringen	21
1.6. Die Stärke des aufsuchenden Ansatzes („outreach“)	23
Kapitel 2: Intermezzo: eine Zusammenfassung von FACT	25
2.1. Die Bausteine von FACT	25
2.2. Zusammensetzung eines FACT-Teams	27
Kapitel 3: Der FACT-Arbeitsablauf	31
3.1. Situationsbeschreibung: So viele verschiedene Bedürfnisse wie Patienten	31
3.2. Die Prozedur der FACT-Tafel: ein entscheidendes Element von FACT	33
3.3. Kriterien, um Personen auf die FACT-Tafel aufzunehmen	38
3.4. Integration von Behandlung, Versorgung, Rehabilitation und Genesung innerhalb von FACT	41
3.5. Behandlungsplan und Behandlungsplan-Kreisläufe	43
Kapitel 4: Das Sanduhr-Modell	45
4.1. Die verschiedenen Rollen des Versorgungspersonals	45
4.2. Das Sanduhr-Modell	45
4.3. Arbeiten mit dem Sanduhr-Modell	47
4.4. Die rechte Säule im Sanduhr-Modell	49

Kapitel 5: FACT in der Praxis	51
5.1. Stärken, Genesung und Rehabilitation	51
5.2. Ziel Inklusion: Hilfen um ein gesellschaftliches Unterstützungssystem aufzubauen	53
5.3. Leitliniengerechte Interventionen	53
5.4. Integrierte Behandlung für Klienten mit einer Doppeldiagnose	54
5.5. Arbeit: Individuelle Vermittlung und Unterstützung	55
5.6. Körperliche Gesundheit	55
5.7. Druck und Zwang	56
5.8. Beenden der FACT-Versorgung	57
Kapitel 6: Die verschiedenen Berufsgruppen in FACT	60
6.1. Der Peer-Berater	60
6.2. Das Pflegepersonal	61
6.3. Der Psychiater	62
6.4. Der Psychologe	63
6.5. Der Spezialist für berufliche Rehabilitation	64
Kapitel 7: Implementation von FACT	65
7.1. Regionsorientiertes Arbeiten; Faustregeln für die Regionsgröße	65
7.2. Integrierte Angebote für psychische Gesundheit	66
7.3. Beginn und Ausgestaltung einer Vision	67
7.4. Aufbau und Training von FACT-Teams	67
7.5. FACT-Büros	68
7.6. Was mit ACT in den Niederlanden passierte	69
Kapitel 8: ACT und FACT, Modelltreue, die FACTs und Zertifizierung	71
8.1. Unterschiede zwischen ACT und FACT	71
8.2. ACT versus FACT	73
8.3. Modelltreue: die FACTs	73
8.4. Zertifizierung	74
Literaturverzeichnis	76
FACT-Qualitätssicherungsskala	78

Prolog A: Zusammenfassung

FACT-Teams bieten eine lang andauernde Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI), die sich nicht in psychiatrischen Kliniken befinden. Zusätzlich zu psychiatrischen Problemen haben diese Personen Einschränkungen in ihrem sozialen Funktionsniveau, z. B. in Bezug auf Wohnen, Selbstversorgung, Arbeit und Finanzen. Es ist schwierig für sie, am öffentlichen Leben teilzunehmen und dazuzugehören. Ihr Unterstützungssystem und ihre Kontakte sind häufig begrenzt. Familie ist sehr wichtig, aber manchmal wird die Familie auch auf Abstand gehalten.

FACT ist ein breit angelegtes biopsychosoziales Modell, welches (a) Management der Erkrankung und von Symptomen (Behandlung), (b) Anleitung und praktische Unterstützung im Alltag, (c) Rehabilitation und (d) Unterstützung bei der Genesung bietet. Ein integriertes Team sorgt für all dies.

FACT hat das Ziel, Versorgungskontinuität zu garantieren, stationär-psychiatrische Aufnahmen zu verhindern und Inklusion zu fördern, sodass Klienten an der Gesellschaft teilhaben können.

Ein FACT-Team versorgt 200–220 Klienten in einem bestimmten Bereich oder einer Region von 40.000 bis 50.000 Einwohnern. Deshalb sprechen wir von ‚Bereichs‘- oder ‚Nachbarschafts‘-Teams. Das Team versucht enge Kontakte mit der Familie und anderen Angeboten in dem Bereich zu knüpfen. Das Team ist multidisziplinär mit Mitgliedern aus einer großen Bandbreite an Disziplinen (inklusive Psychiater, Pflegekräfte, einer gemeindenahen psychiatrischen Pflegekraft, Psychologe, Arbeitsspezialist, Suchtspezialist und Peer-Berater); ungefähr 10–11 Vollzeitkräfte.

Das multidisziplinäre Team kann zwischen zwei Modi der Versorgung hin und her wechseln:

- Individuelles Fallmanagement durch ein Teammitglied

- Intensive (ACT) Teamversorgung, die dazu führt, dass die Klienten mit mehreren Teammitgliedern in Kontakt stehen; diese Klienten werden auf der FACT-Tafel aufgelistet und das Team bespricht sie jeden Tag um zu entscheiden, welche Form der Versorgung von welchem Teammitglied angeboten werden soll.

In beiden Situationen 1) und 2) wird die Versorgung am Wohnort des Klienten angeboten. Mit dem Ergebnis, dass die Versorgung persönlicher ist und der Versorgungsbedarf des Klienten spezifischer wird. Zum Beispiel werden Hilfsquellen in der Familie und Möglichkeiten in der Nachbarschaft besser genutzt. Für die meisten Klienten reicht eine persönliche Begleitung (1) aus. Aber wenn es zu einem psychotischen Rückfall kommt (oder dieser droht), wenn eine stationäre Aufnahme bevorsteht oder wenn eine Person aus einem anderen Grund mehr Betreuung benötigt, wird die Versorgung aufgestockt (2). Dies kann langfristig oder auch kurzfristig sein. Wenn die Krise überstanden ist, wechselt das Team wieder auf individuelle Versorgung (1). Dieser flexible Wechsel scheint die notwendige Antwort auf den natürlichen Verlauf von SMI mit Remissionen und Rückfällen zu sein.

Klienten, die individuelle Versorgung erhalten, werden nicht auf der FACT-Tafel geführt. Sie haben immer einen Fallmanager und einen Psychiater. Andere Teammitglieder können für spezifische Komponenten der Behandlung oder der Unterstützung herangezogen werden (z.B. der Suchtspezialist oder der Psychologe für kognitive Verhaltenstherapie).

- Die Namen der Klienten, die intensive Teamversorgung erhalten, werden auf der FACT-Tafel aufgelistet, die aus einer Excel-Tabelle besteht, welche mit einem Beamer an die Wand projiziert wird. Jeden Morgen trifft sich das Team, um die FACT-Tafel zu besprechen und um zu entscheiden, welches Teammitglied die Klienten besuchen und begleiten wird.

Prolog

Mindestens einmal im Jahr bespricht das Team den Behandlungsplan jedes Klienten (inklusive Krisen- und Rehabilitationsplan) mit dem Klienten, unter der Zuhilfenahme aktueller Informationen aus dem HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) und MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) oder ähnlicher Instrumente. FACT-Teams arbeiten während der üblichen Geschäftszeiten. Manche Teams besuchen Klienten auch am Wochenende zuhause. Jede Region in den Niederlanden hat ein leicht erreichbares psychiatrisches Notfallangebot, das rund um die Uhr verfügbar ist. FACT-Teams arbeiten in enger Zusammenarbeit mit regionalen Kliniken.

Prolog B: Eine persönliche Geschichte

Ich bin 40 Jahre alt, ich lebe allein und ich leide seitdem ich 20 bin an einer Psychose. Das erste Mal war schrecklich. Ich habe nicht verstanden, was los war. Ich habe mich von meiner Familie zurückgezogen. Schließlich wurde ich per Gerichtsbeschluss in eine Klinik zwangseingewiesen. Danach wurde ich noch mehrere Male stationär aufgenommen. Es war sehr schwer für mich, auf einer Station mit anderen Menschen zusammen zu sein, die auch viele Probleme hatten. Man bekommt alles Mögliche mit, auch Suizide.

Über die Jahre wurde mir meine Krankheit erklärt und wie ich damit umgehen kann. Das hat mir geholfen zu akzeptieren, dass ich Medikamente brauche, auch wenn ich das wirklich nicht mag. Die ersten 10-15 Jahre meiner Erkrankung hatte ich kaum eine Perspektive. Alles dreht sich um deine Erkrankung. Ich musste mein Studium abbrechen, lebte zunächst in einer WG, hatte aber häufig Rückfälle und musste wieder stationär aufgenommen werden. Die Unterstützung außerhalb des Krankenhauses war nicht sehr intensiv. Ich ging alle 4-6 Wochen in die Ambulanz, um mit meinem Arzt über die Medikation zu sprechen. Davon abgesehen hatte ich

noch eine pflegerische Beraterin. Normalerweise ging ich zu ihr in die Sprechstunde, aber wenn ich neben der Spur war, kam sie zu mir, häufig um eine Aufnahme zu arrangieren.

In den letzten acht Jahren hat sich die Unterstützung verändert. Ich werde jetzt von einem FACT-Team betreut. Sie kommen häufiger zu dir nach Hause, sie wollen mit dir in deiner Umgebung sprechen. Und sie helfen mir jetzt zuhause die Dinge auf die Reihe zu bekommen, etwas daraus zu machen. Ich habe einen Behandlungsplan, der Termine mit dem Peer-Berater und dem IPS-Mitarbeiter⁴ enthält. Der Peer-Berater ist selber ein Patient, aber auch ein Mitglied des Teams. Ihm ist alles ein bisschen vertrauter. Es hat mir sehr geholfen mit ihm über die Klinikaufnahmen zu sprechen. Dann wurde ich von dem Team-Psychologen mit EMDR-Therapie behandelt und diese Bilder stören mich nun viel weniger. Der Peer-Berater hat außerdem eine Genesungsgruppe gegründet – eine kleine Gruppe von Klienten, wo wir darüber sprechen können, wie wir unser Leben angenehmer gestalten können.

Der IPS-Mitarbeiter hat mir dabei geholfen einen Job zu finden, 3 Stunden am Tag, 4 Tage die Woche bei einer normalen Firma. Das war zuerst schwierig, aber er hat mich richtig trainiert, um das zu schaffen und nun klappt es. Die Bezahlung ist nicht gut, aber es fühlt sich viel besser an als die Aktivitäten, die ich in der Tagesstätte gemacht habe. Ich geh da zwar noch manchmal hin, aber mehr wegen der Gesellschaft oder um an einer Mahlzeit teilzunehmen.

Die Krankenschwester ist immer noch meine Fallmanagerin. Ich habe meinen Behandlungsplan mit ihr und dem Psychiater erstellt. Sie hat auch Kontakt zu meiner Familie und meinen Nachbarn. Das ist praktisch, denn wenn ich wieder Gefahr laufe verwirrt zu werden, habe ich ein paar auffällige Angewohnheiten. Ich lasse dann die Vorhänge den

⁴ IPS steht für ‚Individual Placement and Support‘, eine Methode der aktiven Unterstützung für vulnerable Menschen um bezahlte Arbeit zu finden und zu behalten.

ganzen Tag zu und grüße niemanden mehr. Wenn die Nachbarn das bemerken, rufen sie das Team an und jemand kommt vorbei. Wegen verschiedener Umstände (meine Schwester war krank und ich wurde ausgeraubt) war ich letztes Jahr wieder ziemlich verwirrt. Außerdem habe ich wieder angefangen Drogen zu nehmen. Dann ist jeden Tag jemand vom FACT-Team vorbei gekommen, um Medikamente vorbeizubringen, um über meine Schwester zu sprechen und den Diebstahl bei der Polizei anzuzeigen. Sie haben auch bei meiner Arbeit Bescheid gesagt, dass ich für zwei Wochen nicht kommen würde. Der Psychiater kam auch zu mir nach Hause. Er hat auch mit meiner Mutter gesprochen.

Es macht wirklich einen großen Unterschied, wenn ein ganzes Team von Leuten um dich rum ist. Wenn du viel Betreuung brauchst, ist es fast wie zuhause in einem Krankenhaus zu sein. Aber es ist in deiner eigenen Umgebung und du kennst die Leute. Ich bin ziemlich schnell wieder aus dem Tief herausgekommen. Jetzt treffe ich nur die Fallmanagerin und die Genesungsgruppe. Bald machen wir ein Projekt mit Nachbarschafts- und Gemeindearbeit. Alles in allem bin ich jetzt ziemlich zufrieden.

Prolog C: Ein morgendliches FACT-Team-Meeting

Jeden Arbeitstag um ca. viertel nach Acht treffen die Teammitglieder zum FACT-Tafel-Meeting ein. Sie nehmen sich eine Tasse Tee oder Kaffee, unterhalten sich eine Weile und setzen sich dann mit ihren Kalendern an den Tisch. Jeden Tag an dem du arbeitest, startest du hier – es ist Teil des Jobs.

Krankenpfleger Rick stellt die digitale FACT-Tafel an. Der Beamer projiziert die Excel-Tabelle an die weiße Wand. Heute ist Rick der FACT-Tafel-Vorsitzende. Er und zwei andere Teammitglieder, Anna und Hans, haben ein Training zur Leitung der Meetings absolviert. Heute sitzt Anna am PC und macht die Ein-

tragungen in der Excel-Tabelle, damit alle Teammitglieder sofort auf der FACT-Tafel an der Wand sehen können, was besprochen wurde.

Rick fängt an. Die Namen von ca. zwanzig Personen stehen auf der FACT-Tafel. Diese Personen werden jeden Tag besprochen. Sie werden in Gruppen unterteilt, die zeigen, warum sie auf dieser Liste sind: eine Gruppe, die kurzfristig intensive Versorgung benötigt, eine Gruppe, die sehr lange, fast tägliche Begleitung benötigt, Personen, die in eine psychiatrische Klinik oder ein allgemeines Krankenhaus aufgenommen wurden, Personen, die die Behandlung vermeiden und neue Klienten.

Für jeden Klienten listet die Tafel den Namen, eine kurze Diagnose, den Grund für ihre Auflistung, das Ziel des Klienten, welche Maßnahmen das Team ergreifen wird, wer die Kontaktperson oder ein Angehöriger ist und wer den Klienten zuhause besuchen wird.

Klientin Ella wird besprochen. Sie hat kürzlich intensive Team-Versorgung erhalten. Sie hat eine schwere bipolare Störung und war letzte Woche sehr beschäftigt. Sie hat riskante Dinge getan, sich mit Leuten gestritten, mit denen sie sich sonst gut versteht und läuft Gefahr sich zu verausgaben. Das Team besucht sie jeden Tag. Zum Glück akzeptiert sie ihre Medikation und beruhigt sich langsam. Heute werden der Psychiater und der Fallmanager zu ihr fahren um zu sehen, was sie sonst noch braucht. Morgen wird sie eine andere Pflegekraft besuchen und heute wird ihr Fallmanager ihre Familie anrufen. Sie braucht Blutentnahmen um den Lithiumspiegel zu kontrollieren. Normalerweise geht sie dafür zu ihrem Arzt, aber jetzt ist es besser für sie, wenn das bei ihr zuhause stattfinden kann. Der Psychologe fragt: Wissen wir eigentlich warum sie plötzlich wieder eingebrochen ist? Eine Diskussion entsteht. Der Peer-Berater hat von einem anderen Klienten erfahren, dass Ella schwer verletzt wurde. Sie hatte eine Internet-Verabredung und er hat sich von ihr abgewendet, als er von ihren psychiatrischen

Prolog

Problemen erfahren hat. Das könnte etwas damit zu tun haben; die Teammitglieder werden sie danach fragen, wenn sie bei ihr sind. Außerdem stellt sich heraus, dass ihr Lithiumspiegel im Blut in den letzten Wochen zu niedrig gewesen ist. Dies bedarf Beachtung: ihre Medikamentenpackung sollte überprüft werden. Rick fasst die Aufgaben zusammen, Anna schreibt sie auf die FACT-Tafel. Morgen wird das Team die Erledigung der Aufgaben überprüfen.

In der letzten Woche hat Klientin Jeanne intensive Versorgung erhalten, sie leidet an wiederkehrenden depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen, Suizidgedanken und einer Tendenz sich zu vernachlässigen. Gestern Morgen hat das Team sie (mit ihrer Zustimmung) in die Psychiatrie eingewiesen. Selbst zwei Hausbesuche am Tag waren nicht genug, um ihre Sicherheit zu garantieren. Das Risiko, dass sich ihr Zustand verschlechtern würde, war zu groß. In der Vergangenheit hat nicht nur Jeanne, sondern auch das Team stationäre Aufnahmen aufgeschoben, was zu Gefahr, Suizidversuchen und oft schließlich zu einer Zwangseinweisung führte. Jetzt werden die Dinge stärker in Absprache geregelt. Das Feld „Unterstützungssystem“ hinter ihrem Namen ist leer – kein gutes Zeichen! Das Team macht Termine für die Behandlung in der Klinik. Der Psychiater wird mit dem Psychiater in der Klinik über Medikation und nötige Laboruntersuchungen sprechen. Die gemeindepsychiatrische Krankenschwester wird noch einmal mit Jeanne darüber sprechen, ob jemand aus der Familie oder jemand anderes sie unterstützen kann. Vielleicht kann der Kontakt wieder hergestellt werden, während sie im Krankenhaus ist. Der Fallmanager wird sie zweimal wöchentlich in der Klinik besuchen und dafür sorgen, dass ihr Haus wieder sauber ist. Das Team denkt, sie werde wahrscheinlich 2-3 Wochen in der Klinik bleiben. Anna notiert die Vereinbarungen auf der FACT-Tafel, inklusive einer Notiz für in zwei Wochen: Entlassung aus der Klinik?

Tom ist ein neuer Klient, der gestern vom Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG – Zentrum für

psychische Gesundheitsversorgung) vermittelt wurde, welches Behandlungen für eine Reihe von Diagnosegruppen bereitstellt. Das CGG hat zwei Jahre lang versucht, Tom eine Behandlung zu bieten. Die Diagnose waren Persönlichkeitsprobleme und Angst. Die Behandlung war nicht erfolgreich: Tom hat häufig Termine verpasst, es gab Anzeichen für Substanzmissbrauch und nun scheint es auch im sozialen Bereich bergab zu gehen – es stand eine Zwangsäumung wegen Mietrückständen bevor. Es war unmöglich für eine ambulante Einrichtung mit all diesen Problemen fertig zu werden. Das FACT-Team kümmert sich darum. Tom wird ein Fallmanager zugeweiht, der die Probleme identifizieren und auflisten wird und notfalls die gemeindepsychiatrische Krankenschwester kontaktieren wird. Der Psychiater wird zuhause mit ihm sprechen, der Psychologe wird ihn einladen einen Termin zu vereinbaren und der Peer-Berater wird ihn besuchen (und dabei nach seinen Stärken und Möglichkeiten ihn zu motivieren Ausschau halten). All dies wird auf der FACT-Tafel festgehalten und in 3 Wochen wird ein multidisziplinäres Teammeeting stattfinden, um einen Behandlungsplan zu entwickeln. Zwanzig ‚Tafelklienten‘ werden auf diese Art und Weise besprochen.

Dann öffnet Anna das Dokument ‚zu besprechende Fälle‘. Rick fragt das Team, ob sie Fälle besprechen möchten und vier Teammitglieder nennen jeweils den Namen eines Klienten. Dies sind Personen, die nicht auf der FACT-Tafel sind, aber vom Team eng betreut werden. Sie müssen nicht täglich besprochen werden. Ihre Behandlung wird von ihrem Fallmanager in enger Verbindung mit dem Psychiater, dem Psychologen oder dem IPS-Mitarbeiter bereitgestellt. Ihr Behandlungsplan wird evaluiert und einmal im Jahr aktualisiert (beim Behandlungsplan-Meeting). Aber manchmal denkt ein Teammitglied, dass das Team über etwas informiert werden sollte, das passiert ist, und manchmal benötigt der Fallmanager Hilfe von jemandem aus einer anderen Disziplin. Dies sind die ‚zu besprechenden Fälle‘.

Der IPS-Mitarbeiter nennt seinen Klienten Max: Max

wird diese Woche einen bezahlten Job anfangen. Er ist stolz darauf, aber er ist auch etwas angespannt deshalb. Wenn eines der Teammitglieder ihn trifft, wünscht ihm bitte Glück!

Klient Bart, ein junger Mann, der viele Verluste nach seiner ersten Psychose erlitten hat, ist auf einem guten Weg. Er spricht mit der Psychologin über die Veränderungen in seinen Erwartungen für die Zukunft und über seine Verluste. Seine früheren Freunde und Kommilitonen stehen kurz vor dem Abschluss, während er... Die Psychologin sagt, es sähe so aus, als würde er vielleicht ein Notsignal senden. Sie erläutert was passieren soll, wenn er das tut. Dies wird angehört und notiert.

Eine Fallmanagerin nennt einen weiteren jungen Mann. Er ist einigermaßen stabil, aber Drogen scheinen eine zunehmend wichtige Rolle zu spielen. Die Fallmanagerin möchte, dass der Suchtspezialist des Teams den Mann besucht und sie möchte innerhalb der nächsten 3 Wochen ein Treffen mit dem Psychiater, um die beste Strategie festzulegen. Dies wird arrangiert.

Die letzte Klientin ist eine Frau mit Schizophrenie und Alkoholmissbrauch. Der Fallmanager berichtet, dass es wieder einige Vorfälle gab. Nachbarn haben die Polizei gerufen. Rick sagt: „Diese Frau war schon letzte Woche einige Male unter den ‚zu besprechenden Fällen‘. Wenn man all diese Berichte betrachtet, scheint es besser sie auf die FACT-Tafel zu setzen. Wir sollten sie jeden Tag besuchen und dafür sorgen, dass mehrere Personen mit ihr sprechen. Dann besprechen wir nächste Woche, ob unsere Strategie angepasst werden soll.“ Damit sind alle einverstanden. Anna schreibt die Entscheidungen und die Namen der Teammitglieder, die diese Frau in den nächsten Tagen besuchen werden, auf.

Am Ende fragt Rick, ob es noch irgendetwas anderes zu besprechen gibt. Eine der Fallmanagerinnen erwähnt, dass sie einen Kurzurlaub machen wird. Eine Teamversorgung für ihre Klienten auf der FACT-Ta-

fel ist bereits garantiert, aber sie fände es gut, wenn jemand ein paar andere Personen besuchen könnte. Dies wird arrangiert. Es gibt neue Flyer zu den Angeboten in der Gemeinde, die verschiedene Aktivitäten anbieten. Das Team nennt Namen von Personen, die daran interessiert sein könnten; die zuständigen Fallmanager werden ihnen die Flyer zukommen lassen. Die Verwaltung hat angerufen um zu sagen, dass bestimmte Formulare innerhalb einer Woche eingereicht werden müssen. Die Teammitglieder seufzen und machen sich Notizen in ihren Kalendern. Sonst hat niemand ein Anliegen und nach genau einer halben Stunde fährt Anna den PC herunter. Alle Vereinbarungen und Termine wurden gemacht, das Gebäude leert sich; die meisten Teammitglieder fahren weg, um Hausbesuche zu machen.

Eine erste Annäherung: Patienten mit SMI, ihr Bedarf, ihre Behandlung



1.1. Für welche Patientengruppen ist die Versorgung mit ACT und FACT gedacht?

FACT ist eine Weiterentwicklung des Assertive Community Treatments (ACT), welches von Stein und Test (Test & Stein, 1978) in den USA entwickelt wurde. Das ACT-Modell von Stein und Test bezieht sich auf die vulnerabelsten 20% der Personen mit schwerer psychischer Erkrankung (SMI). Diese Gruppe enthält zu einem Prozentsatz Personen mit psychotischen Störungen, häufig kombiniert mit Suchtproblemen (Doppeldiagnose). Viele von ihnen waren vor kurzem im Krankenhaus (manchmal für eine lange Zeit) und sind in der ‚Drehtür‘ zwischen Krankenhaus und Gesellschaft gefangen. Viele von ihnen hatten schwerwiegende Wohnungs- oder finanzielle Probleme. Häufig hatten sie wenig Kontakt zu ihrer Familie. Die Versorgung der verbleibenden 80% der schwer psychisch kranken Menschen wurde nicht im Detail im ACT-Modell besprochen, aber Ausgangspunkt war, dass diese von anderen, weniger intensiven Teams erbracht werden würde.

Mit FACT (Flexible ACT) haben wir uns dafür entschieden, 100% der Personen mit SMI mit Angeboten zu versorgen; in anderen Worten, FACT-Teams bieten Betreuung und Behandlung für die gesamte Gruppe der Personen mit SMI.

In den Niederlanden wurde die Gruppe der Personen mit SMI in einem Konsens-Dokument definiert.

Um in die Zielgruppe der Personen mit SMI eingeordnet zu werden, muss eine Person die folgenden fünf Kriterien erfüllen:

- Hat eine psychiatrische Erkrankung, die Betreuung und Behandlung erfordert (≈ ist nicht in Symptom-Remission)
- Hat schwere Einschränkungen im sozialen und öffentlichen Funktionsniveau (≈ nicht in Funktions-Remission)
- Diese zwei Kriterien stehen im Zusammenhang miteinander (die Einschränkungen sind die Ursache und Konsequenz der Psychopathologie)
- Diese Probleme haben keinen vorübergehenden Charakter (sie sind symptomatisch und andauernd)
- Koordinierte Versorgung durch Versorgungsnetzwerke oder Gesundheitsversorgung vor Ort ist notwendig, um den Behandlungsplan zu implementieren

Gemäß dem DSM-IV: ‚schwerwiegende‘ Diagnose auf Achse 1, häufig auch Persönlichkeitsstörungen (Achse 2). Auf Achse 3 spielen häufig komplizierte medizinische und neurologische Probleme eine Rolle. Auf Achse 4 gibt es psychosoziale und umgebungsbezogene Probleme. Patienten mit SMI haben

geringe Werte im Funktionsniveau (Achse 5). Die Einschränkungen sind systematisch und lang andauernd, sodass koordinierte Versorgung notwendig ist. Die SMI-Population differiert bezüglich Alter, Hintergrund, Problemen, Lebensverlauf und sozialen und ökonomischen Umständen.

Die größte Gruppe hat psychotische Störungen. Andere häufige Störungen sind affektive Störungen (Depression, bipolare Störung), Persönlichkeitsstörungen, organische Störungen, Autismus, ADHS, Entwicklungsstörungen, Suchtprobleme und eine Kombination dieser.

Die betroffenen Personen haben schwerwiegende Probleme in mehreren Bereichen ihres Lebens, Aspekte wie zum Beispiel körperliche Gesundheit, einen Job behalten oder finden, Ausbildung erhalten, Funktionieren im öffentlichen Leben und Aufrechterhalten persönlicher Beziehungen.

1.2. Was bedeuten die Probleme von Patienten mit SMI für den Versorgungsbedarf?

Personen mit SMI unterscheiden sich in ebenso vielen Aspekten wie Personen ohne SMI. Allerdings haben viele von ihnen nicht nur wiederkehrende Psychosen oder Depressionen und Süchte, sondern auch charakteristische Einschränkungen. Manchmal haben sie Probleme Dinge zu organisieren, manchmal sind sie lustlos und manchmal finden sie es schwieriger Dinge zu verstehen. Häufig haben sie schwächere soziale Kompetenzen und sind vulnerabel. Manchmal haben sie Probleme mit körperlicher Hygiene oder der Sauberkeit zuhause. Sie erleben Phasen von Angst oder psychischer Probleme. Ihre Kontakte zu ihrer Familie oder einem Unterstützungssystem sind häufig nicht so stabil. Sie haben weniger soziale Kontakte und enge Freunde. Sie sind weniger häufig verheiratet. Wenige haben einen bezahlten Job. Sie haben bedeutende Fragen zum Sinn des Lebens. Sie haben mehr Kontakt zu ebenfalls Betroffenen. Zum Teil haben sie auch deswegen mehr Erfahrungen mit Verlusten (Bekannte, die wieder

psychotisch werden, stationäre Aufnahmen, Suizide etc.). Für Personen mit SMI ist es schwierig, in der Gesellschaft zu funktionieren; sie haben häufig Probleme mit Arbeit, Geld und Wohnangelegenheiten.

Wer die oben genannte Definition liest, wird verstehen, dass die medizinischen und psychiatrischen Probleme von Personen mit SMI zu Problemen in praktisch jedem Bereich des sozialen Funktionsniveaus führen. Die Menschen haben dies bereits Anfang des 19. Jahrhunderts begriffen und angefangen, diese Personen in Einrichtungen unterzubringen. Die Umgebung dieser Einrichtungen sollte Lösungen für all die sozialen Probleme bringen: Wohnung, Hygiene, Finanzmanagement und Kontrolle über Substanzmissbrauch wurden alle von der Einrichtung organisiert. Ärzte und Pflegekräfte konnten sich auf die ‚medizinische‘ Behandlung medizinischer Symptome konzentrieren. Institutionalisierung wurde als ‚heilsamer Ausschluss von der Gesellschaft‘ angesehen.

Zuerst schien dies eine humane Lösung zu sein; aber langfristig führte dies dazu, dass Personen mit SMI in psychiatrischen Krankenhäusern nur noch ‚Patienten‘ in totalen medizinischen Institutionen waren. Die sozialen Rollen der Einrichtungen (die des Vermieters, Arbeitgebers, Familienmitglieds, Nachbarn) verschwanden. Obwohl sich die psychiatrischen Krankenhäuser im nächsten Jahrhundert weiterentwickelten und alte Behandlungen durch Medikation und Ergotherapie ersetzt wurden, blieb die Tendenz, dass Krankenhäuser viele soziale Rollen und Verantwortlichkeiten übernahmen. Innerhalb des Krankenhauses lernten die Patienten keine Fertigkeiten, die ihnen helfen würden in der Gesellschaft zurechtzukommen, nachdem sie aus der Klinik entlassen worden sind. Deshalb wurde ein stationärer Aufenthalt zum stärksten Prädiktor für einen erneuten stationären Aufenthalt.

Um 1920–1930 gab es die wachsende Meinung, dass psychiatrische Versorgung in einem sozialeren Kontext stattfinden sollte. In Amsterdam gründete

Eine erste Annäherung: Patienten mit SMI

Arie Querido ein Krisenteam, das zeigte, wie stationäre Aufnahmen vermieden oder verkürzt werden können. Aber es dauerte bis 1975 bis eine reale Alternative zum Klinikaufenthalt für Patienten mit SMI verfügbar wurde. In dieser Zeit begannen Stein und Test (Test & Stein, 1978) ihr ‚Training im Community Living‘ in den USA. Sie halfen Patienten nicht nur mit ihrer Medikation, sondern auch mit Wohnangelegenheiten, Finanzen, wie sie ihr Unterstützungssystem und Familienkontakte aufrechterhalten konnten etc. Der Ansatz, den Menschen in ihrer eigenen Umgebung zu helfen (engl. outreach) kristallisierte sich als wesentlicher Bestandteil heraus. Zusätzlich musste die Hilfe ‚bestimmend‘ (engl. assertive) sein: die Betreuungspersonen mussten sich aktiv um die Patienten kümmern, ihnen aktiv helfen eine Lösung zu finden und aktiv mit den Unterstützungssystemen arbeiten. In vielen Fällen war die Motivation des Patienten nicht stark genug, sodass Betreuungspersonen hartnäckig und überzeugend sein mussten. So wurde ‚assertive outreach‘ geboren. Später entwickelten Stein und Test das Assertive Community Treatment (ACT) Modell auf Basis dieses Projekts. Es wurde klar, dass sich die Versorgung nicht nur auf medizinische und psychologische Aspekte konzentrieren konnte. Es war wirklich notwendig, ein ‚Training in Community Living‘ miteinzubeziehen und aktive Unterstützung in vielen Bereichen sozialer und öffentlicher Aktivitäten anzubieten.

1.3. Was sind die Anforderungen an gemeindenahe Versorgung für Personen mit SMI?

Die Entwicklung des FACT-Modells wurde hauptsächlich durch amerikanische, britische und australische Literatur aus den 1980ern inspiriert. Intagliata (1982) beschrieb die Komponenten eines Fallmanagements, das persönlich ist und die Klienten stärker für das Angebot motiviert. Bachrach (1993) beschrieb die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Versorgung, inklusive der Kontinuität einer ambulanten Betreuung während eines stationären Aufenthalts. Stein und Test (1978) betonten die Wichtigkeit einer Arbeit mit ‚shared caseload‘, was

bedeutet, dass das gesamte Team den Klienten kennt. Bond und Drake (2001) beschrieben die Ausbildung von Modellen, lenkten die Aufmerksamkeit darauf wie wichtig es ist, Klienten zu helfen einen bezahlten Job zu finden, integrierte Suchtbehandlung und soziale Interventionen anzubieten.

Seit dem Jahr 2000 wurde in den Niederlanden an der Entwicklung der ersten Multidisziplinäre Richtlijn (Multidisziplinäre Richtlinie) (2005, revidiert in 2012) für die Behandlung und Versorgung von Personen mit Schizophrenie gearbeitet. Diese Richtlinie hat evidenz-basierte Interventionen und ‚best practice‘ basierend auf wissenschaftlichen Analysen dargelegt. Es wurde klar, dass jede Form der Versorgung für Personen mit SMI (deshalb inklusive FACT) in der Lage sein müsste, die Interventionen, die in der Richtlinie benannt wurden, anzubieten. Das heißt z.B., dass nicht nur ein Psychiater gebraucht wurde, sondern auch ein Psychologe für Interventionen wie kognitive Verhaltenstherapie. Offensichtlich musste FACT in der Lage sein, nicht nur Betreuung, sondern auch Behandlung anzubieten.

Ungefähr zur selben Zeit begann das Gesundheitswesen in den Niederlanden, sich auf Genesung (engl. recovery) und genesungsorientierte Versorgung und das Stärken-Modell zu konzentrieren. In den Niederlanden meint der Begriff ‚recovery‘ eine Strömung in der Klientenbewegung, nach der die Menschen in Richtung ihrer eigenen Genesung arbeiten sollten. Das Ziel ist nicht die Genesung von der Erkrankung, sondern Genesung mit den gegebenen Einschränkungen der Person; Klienten geben den Einschränkungen einen eigenen Sinn, lernen mit ihnen zurechtzukommen und ihre eigenen Stärken zu entwickeln. Dies sind Prozesse, die Mitarbeiter des Gesundheitssystems nicht über oder wegnehmen sollten. Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung sollten Klienten unterstützen, die ihren eigenen Weg finden, in Verbindung mit anderen Klienten und Peer-Beratern. Die Genesungsvision ist zu einer führenden Vision für das niederländische Gesundheitssystem für psychische

Erkrankungen geworden und wurde auch in FACT miteinbezogen.

Mit anderen Worten muss ein FACT-Team in der Lage sein, genesungsorientierte Versorgung anzubieten. Ein wichtiger Schritt um dies zu erreichen, war die Entscheidung, Peer-Berater in jedes Team aufzunehmen. Dies ist eine Person, die das Team und den Klienten mit Informationen versorgen kann, die auf der eigenen Erfahrung mit psychischer Erkrankung und Genesung basieren. Sie arbeiten als volle Teammitglieder.⁵

⁵ In den Niederlanden ist ein Peer-Berater ein bezahltes Mitglied des Teams, in einer regulären Stelle, der auf der Basis seiner oder ihrer eigenen Erfahrung mit dem psychischen Gesundheitssystem zum Team beiträgt. Andere Begriffe mit derselben Bedeutung sind ‚Erfahrungsexperte‘ und ‚Konsumentenberater‘.

Eine erste Annäherung: Patienten mit SMI

1.4. Die sieben Cs: Versorgungsanforderungen für Personen mit SMI außerhalb psychiatrischer Einrichtungen

Das FACT-Modell wurde inspiriert durch ACT, die niederländische interdisziplinäre Leitlinie und den recovery-Ansatz. Bei der praktischen Umsetzung von FACT offenbart sich, welche Interventionen

und welche therapeutischen und Unterstützungsaktivitäten angewendet werden müssen. Als die ersten 20 bis 30 FACT-Teams entwickelt wurden, wurde klar, welche Faktoren essentiell für die Versorgung und Behandlung von Menschen mit SMI in der Gesellschaft sind. Wir haben die Voraussetzungen überblicksartig in Kategorien zusammengefasst in der englischen Entsprechung, die alle mit C anfangen: die ‚sieben Cs‘.

Tabelle 1.

	Die sieben Cs:	Versorgungsvoraussetzungen für Menschen mit SMI außerhalb psychiatrischer Kliniken (gemeindenaher Versorgung)
1.	Cure (Heilung)	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenzbasierte Behandlung mit dem Fokus auf Heilung, Stabilisierung oder die Situation erträglich zu gestalten, konform mit den multidisziplinären Leitlinien, die in verschiedenen Ländern erschienen sind • Behandlung durch Ärzte oder Pflegepersonal • Psychologische Behandlung (kognitive Verhaltenstherapie, metakognitive Therapie, EMDR*, etc.) • Suchtbehandlung; IDDT** • Somatisches Screening/Behandlung (metabolisches Screening)
2.	Care (Versorgung)	<ul style="list-style-type: none"> • Tägliche Unterstützung, Beratung • Pflege-Beratung, Hilfe im Alltag, Verwahrlosung vorbeugen, Augenmerk auf Hygiene • Rehabilitation • Genesungsorientierte Versorgung • Versorgungskontinuität; drop-out verhindern
3.	Crisis intervention (Krisenintervention)	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Betreuung und Versorgung beim Klienten zuhause mit ‚shared caseload‘ • jederzeit erreichbar (24/7) • Krisenintervention, Risikoabschätzung • Notfallaufnahme, kurzfristig, ‚Bett auf Anfrage‘ • Familien- und Unterstützersystem einbeziehen
4.	Client expertise (Klientenexpertise)	<ul style="list-style-type: none"> • Den Erfahrungsschatz des Klienten nutzen • ‚shared decision-making‘ (SDM) • Genesungsorientierte Versorgung • Empowerment (Stärken-Modell) • Interventionen der Peer-Berater
5.	Community support (Gemeindenaher Unterstützung)	<ul style="list-style-type: none"> • Familienkontakte • Gemeindenahes Unterstützungssystem • Unterstützung bezüglich Wohnen, Arbeiten und Wohlbefinden • IPS: individuelle Unterstützung einen Job zu finden und zu behalten • Inklusion von Klienten fördern • Belästigung vorbeugen
6.	Control (Kontrolle)	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoabschätzung und Sicherheitsmanagement für Klienten und Umgebung • Verschreiben und Umsetzen von Zwangsmaßnahmen der psychischen Gesundheitsversorgung auf gerichtliche Anordnung bei Gefahr im Verzug • Manchmal forensische Versorgung (auf gerichtliche Anfrage)
7.	Check (Überprüfung)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation der Behandlungseffekte • Routinemäßige Ergebniskontrollen • Evaluation der Versorgungs- und Behandlungsstrategie • Zertifizierung

* Eye Movement Desensitization and Reprocessing

** Integrated Dual Diagnosis Treatment

Die sieben Cs sind eine ambitionierte Reihe von Anforderungen. Alle Interventionen müssen jederzeit verfügbar sein. Allerdings werden sie einem Klienten nicht gleichzeitig angeboten. Für jeden Klienten wird ein Behandlungsplan mit einer Auswahl der verschiedenen Komponenten der sieben Cs entwickelt. Es müssen Entscheidungen getroffen werden, sowohl von Klienten als auch von den Behandlern. Dafür sind Untersuchungen, Koordination und Planung notwendig. Der Selektionsprozess wird durch Informationen von Ratingskalen unterstützt, die teilweise vom Klienten und teilweise vom Fallmanager ausgefüllt werden. Die am meisten verwendeten Skalen sind HoNOS⁶, Mansa⁷ und CANSAS⁸. Sie bieten Informationen zu verschiedenen Lebensbereichen und der Symptomatik und Zufriedenheit des Klienten bezüglich der genutzten Versorgungsangebote. Gemeinsam mit den Zielen, auf die der Klient hinarbeiten möchte, tragen diese Ergebnisse zum Behandlungsplan bei. Diese Skalen werden jedes Jahr erhoben; dies wird routinemäßige Ergebniskontrolle (Routine Outcome Monitoring – ROM) genannt.

Ein interessanter Aspekt der sieben Cs ist, dass manche der Voraussetzungen fast inkompatibel erscheinen. Zum Beispiel scheint Genesungsunterstützung einer Behandlung unter Zwang zu widersprechen. Dies führt tatsächlich zu schwierigen Entscheidungen. Auch passiert es manchmal, dass die Wünsche des Klienten den Wünschen der Familie oder der Umgebung des Klienten entgegenstehen. Diese Konflikte müssen mit dem Klienten und der Familie diskutiert werden. In solchen Situationen ist es von großem Wert, dass die verschiedenen Disziplinen im Team das Problem aus verschiedenen Blickwinkeln und Perspektiven betrachten. Die Perspektiven des Peer-Beraters, des Psychologen und des Sozialarbeiters ergänzen die Sichtweisen der Ärzte und Pfleger, was bei der Suche nach Lösungen hilfreich sein kann. Die sieben Cs zeigen, dass wir festlegen müs-

6 Health of Nation Outcome Score (Wing et al., 1998)

7 Manchester Short Assessment of Quality of Life (Pribe et al., 1999)

8 Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (Phelan et al., 1995)

sen, was wir tun werden, wann wir es tun werden und wer es tun wird. Zu einem gewissen Grad sind das langfristige Entscheidungen, die getroffen werden, wenn der Behandlungsplan festgelegt wird, aber häufig ist es auch notwendig auf Änderungen zu reagieren und fast jeden Tag das wer, was und wann zu modifizieren. Das bedeutet, dass auf ein Team mehrere organisatorische Kriterien zutreffen müssen, die unten beschrieben werden.

1.5. Anforderungen für Teams, die die 7 Cs erbringen

1.5.1. Gute Koordination

Das FACT-Modell ist ein Versorgungsmodell. Das Modell ermöglicht es einem Team, die sieben Cs anzubieten, aber das Team muss gut koordiniert sein. Es müssen über verschiedene Interventionen Entscheidungen getroffen werden; was soll zuerst getan werden, was später. Mit der FACT-Tafel hat das FACT-Modell einen Mechanismus, um die verschiedenen Aktivitäten innerhalb eines Teams effektiv zu koordinieren. Koordination findet jeden Morgen beim FACT-Tafel-Treffen statt und bei den regulären Behandlungsplan-Treffen (ein bis zwei Mal im Jahr pro Klient). Gute Koordination ist nicht nur für die Behandlung und Betreuung essentiell, sondern auch für viele externe Kontakte, die das Team aufrechterhalten muss: Familienmitglieder anrufen, Kontakt zur Nachbarschaft aufnehmen etc.

1.5.2. Integriertes Team, kein Vermittlungsmodell

Mit FACT werden die meisten Interventionen von Mitgliedern des Teams ausgeführt. Möglichst wenige Angebote werden von anderen Teams oder Einrichtungen herangezogen. Deshalb wird von einem ‚integrierten Team‘ gesprochen. Diese Vorstellung basiert auf wichtigen Lektionen, die in den 1990ern in den USA gelernt wurden: es hat sich herausgestellt, dass das Vermittlungsmodell, in dem ein Fallmanager die Unterstützung für einen Klienten von verschiedenen Institutionen arrangiert, nicht so effektiv war wie ein integriertes Team.

Eine erste Annäherung: Patienten mit SMI

In einem integrierten Team werden die benötigten Interventionen unter den Teammitgliedern aufgeteilt. Dies geschieht bei den FACT-Tafel-Treffen, was viele Telefonate und Zeit spart, die zur Koordination mit anderen Einrichtungen benötigt würden. Außerdem war die Person, die die Intervention ausführen wird, beim Treffen anwesend und weiß daher, was die Intention dabei ist.

Monodisziplinäre Teams, individuelles Fallmanagement und Vermittlung

In den 1990ern haben in den Niederlanden ebenfalls Pflegekräfte als Fallmanager für Menschen mit SMI in vielen Regionen der Niederlande gearbeitet. Ihre Fallzahlen waren hoch (1:40-60). Die Pflegekräfte arbeiteten in Teams, aber innerhalb eines Teams arbeitete jeder selbstständig. Wenn ein Klient eine Krise hatte, konnte der individuelle Fallmanager den Klienten höchstens zweimal pro Woche besuchen und es wurde keine Teamversorgung gewährleistet. Die Teams waren monodisziplinär. Der Psychiater arbeitete in der Ambulanz. Eine Überweisung zum Psychiater (für eine Untersuchung oder Medikation) dauerte häufig zu lang. Wenn ein Fallmanager der Meinung war, dass zusätzliche Versorgung nötig war, mussten sie die Versorgung durch andere Einrichtungen arrangieren. Das bedeutete, viel Zeit wurde mit Koordination verbracht. In vielen Fällen führte der Bedarf des Klienten nach intensiverer Versorgung zu einem Krankenhausaufenthalt oder manchmal zu teilstationären Aufenthalten.

In dieser Situation gab es nicht genügend Koordination und Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Die ambulanten Behandler waren nicht an der Behandlung beteiligt, während sich der Patient im Krankenhaus befand und traten erst wieder auf die Bildfläche, wenn es um die Organisation der Anschlussbehandlung ging.

Das Vermittlungsmodell wurde aufgegeben, weil es nicht gut funktionierte. Die Pflegekräfte, die als Vermittler eingesetzt wurden, verbrachten oft mehr Zeit am Telefon mit anderen Einrichtungen als mit Besuchen bei Patienten. Außerdem waren sie in einer schwierigen Situation, weil es wenig Raum für Beratung oder gegenseitige Unterstützung gab.

1.5.3. Multidisziplinäre Teams

Die sieben Cs können nur von einem integrierten, multidisziplinären Team erbracht werden. Der Psychiater, die Pflegekraft, der Sozialarbeiter, der Psychologe, der IPS-Mitarbeiter und der Peer-Berater haben alle ihre eigene Expertise und Perspektive. Weil sie zusammenarbeiten und sich jeden Tag treffen, entwickeln sie eine gemeinsame Sicht- und Arbeitsweise und einen Stil. Die verschiedenen Disziplinen repräsentieren verschiedene Arten von Lösungen für alltägliche Probleme; bei den morgendlichen Treffen diskutiert das Team die verschiedenen Maßnahmen in Relation zueinander und entscheidet über die Reihenfolge in der sie angeboten werden.

1.5.4. Wenn nötig ‚shared caseload‘

Die Arbeit mit dem ‚shared caseload‘ wurde im ACT-Modell entwickelt. Anstatt individueller Fallzahlen teilt sich das Team Fälle, sodass mehrere Teammitglieder Klienten zuhause besuchen oder anderweitig unterstützen. Diese Teamversorgung führt dazu, dass der Klient eine intensive Versorgung und Behandlung von verschiedenen oder allen Teammitgliedern erhält. Dank der morgendlichen Treffen können diese verschiedenen Menschen und Disziplinen den Behandlungsplan konsistent gemeinsam entwickeln und umsetzen, wobei jeder seinen oder ihren persönlichen Beitrag einbringt. FACT hat das Modell des ‚shared caseload‘ für die Gruppe von Patienten übernommen, die zu einem gewissen Zeitpunkt eine erweiterte Versorgung benötigen.

1.5.5. Flexibler Wechsel

Nicht alle Klienten brauchen das ‚shared caseload‘-Modell. Für viele Klienten reicht der individuelle Kontakt zu ihrem eigenen Fallmanager aus, ergänzt um das gelegentliche Aufsuchen des Psychiaters, Kontakt zu einem Peer-Berater oder Hilfe vom IPS-Mitarbeiter.

Deshalb haben wir die Klienten in zwei Gruppen aufgeteilt: (1) Gruppe mit intensiver Versorgung und (2) Gruppe mit weniger intensiver Versorgung. Die Unterteilung in diese zwei Gruppen korrespondiert zu einem gewissen Grad mit der Unterteilung im ACT zu einer 20%-Gruppe (die schwersten Fälle) und einer 80%-Gruppe (weniger schwere Fälle). Der Unterschied besteht darin, dass bei FACT (a) beide Gruppen vom selben Team versorgt werden und (b) Klienten sich manchmal in der einen und manchmal in der anderen Gruppe befinden; das bedeutet, je nach Situation kann sich ein Klient in Gruppe 1 oder Gruppe 2 befinden, aber wird weiterhin vom selben Team versorgt.

Um beiden Gruppen gerecht werden zu können, muss ein Team in der Lage sein, sowohl individuelles Fallmanagement als auch ACT anzubieten. Um dies zu tun, gibt es bei FACT einen Wechselmechanismus zwischen weniger intensiver und sehr intensiver Versorgung. Das Team trifft sich jeden Tag. Die Klienten, die intensive Versorgung benötigen (≈ die 20%-Gruppe) werden auf der digitalen FACT-Tafel aufgelistet. Sie werden jeden Tag besprochen und erhalten eine Versorgung auf der Basis des ‚shared caseload‘. Jeden Tag kann das Team prüfen, ob der Klient zu diesem Zeitpunkt der 20%-Gruppe oder der 80%-Gruppe zugeordnet wird. Wenn letzteres der Fall ist, wird der Klient nicht auf die Tafel geschrieben und der eigene Fallmanager wird den Großteil der Versorgung erbringen. Der Wechselmechanismus ist das entscheidende Element von ‚Flexible ACT‘.⁹

⁹ Ursprünglich stand FACT für ‚Function ACT‘, was bedeutete, dass dasselbe Team mehr als eine Funktion haben kann. Es hat sich herausgestellt, dass es schwierig war, diesen Namen international zu erklären; deshalb entschieden wir uns später für ‚Flexible ACT‘.

1.5.6. Arbeit mit einem klar definierten Modell

Das FACT-Modell bietet ein konsistentes System und konsistente Arbeitsprozesse. Trotzdem ist das Modell keine Zwangsjacke. Es hat sich gezeigt, dass die Teams innerhalb des Systems genügend Raum haben, um ihren eigenen Arbeitsstil auszubilden. Dies passt zu dem hohen Ansehen, das ‚selbstbestimmte Teams‘ in den Niederlanden genießen, mit ausreichend Raum für Entwicklung innerhalb eines klar definierten Modells.

Die Konsistenz des Modells ist ebenfalls wichtig in Bezug auf Verwaltung und Finanzierung, weil eine Organisation häufig mehrere FACT-Teams hat. Andererseits ist auch die charakteristische Identität des Teams wichtig: sie bedeutet, dass die spezifische Expertise und Stärke der Teammitglieder besser genutzt werden. Ein FACT-Team muss auch in der Lage sein, an die Gemeinde oder Region, in der es arbeitet, anzuknüpfen; sie müssen bereit dazu sein, auf örtliche (lokale) Probleme zu reagieren und fähig dazu sein, mit den örtlichen Einrichtungen zu kooperieren.

Die Teams können ihre Modelltreue mit einem Instrument messen: die FACTs (FACT-Qualitätssicherungsskala), die aus 60 Items über die Mitglieder, Arbeitsprozesse und Organisation des Teams besteht. Sie wird später weiter beschrieben.

1.6. Die Stärke des aufsuchenden Ansatzes (‚outreach‘)

Wir können mit Sicherheit sagen, dass FACT die Stärke der aufsuchenden Beratung und Behandlung (‚outreach‘) wieder entdeckt hat. Der aufsuchende oder ‚outreach‘-Ansatz besagt, dass Versorgung außerhalb von Einrichtungen oder Ambulanzen stattfindet; d.h. Hausbesuche, Versorgung oder Beratung mit Bezug zu sozialen Aktivitäten, den Klienten auf einer Polizeistation besuchen und wenn nötig Versorgung von Obdachlosen auf der Straße.

Während es sich bei Beratungsangeboten in Büros

Eine erste Annäherung: Patienten mit SMI

des psychischen Gesundheitssystems oder in einer Ambulanz um ambulante Versorgung handelt, so ist es doch keine aufsuchende oder ‚outreach‘-Versorgung. In den Niederlanden wurde bis vor kurzem hauptsächlich in Krisensituationen aufsuchende (‚outreach‘-)Versorgung geleistet: es wurde eine Untersuchung beim Klienten zuhause gemacht, um festzustellen, ob eine stationäre Aufnahme nötig ist oder nicht. Befanden sich die Klienten nicht in einer Krise, so suchten sie für gewöhnlich ihren Behandler in einer Ambulanz oder einer Tagesstätte auf.

Innerhalb des FACT-Modells ist der aufsuchende Ansatz (‚outreach‘ – den Klienten zuhause besuchen) das Standardvorgehen um mit den Klienten Kontakt zu halten; d.h. nicht nur in Krisenzeiten, sondern auch, um sie in stabileren Phasen zu beobachten und zu unterstützen. Mehr als 80% der Kontakte von Fallmanagern und Peer-Beratern finden außerhalb des Teambüros statt. Die Psychiater sind mindestens vertraut mit der Situation beim Klienten zuhause und begleiten die Fallmanager regelmäßig bei Hausbesuchen. Der Psychologe kann vor Ort ein Training anbieten und der IPS-Mitarbeiter arbeitet für gewöhnlich aufsuchend (‚outreach‘) mit Klienten und ihren Arbeitgebern.

Durch die Inspiration von ACT und dem Stärken-Modell hat FACT Hausbesuche zum Standardvorgehen gemacht. Dies kommt sowohl bei Krisen als auch bei individueller langfristiger Unterstützung von Klienten, die sich nicht in einer Krise befinden, zur Anwendung. Dieser Ansatz hat einen großen Einfluss auf die Kontakte zwischen Behandlern und Klienten bewiesen.

Diagnose und andere Einschätzungen werden durch den aufsuchenden (‚outreach‘-)Ansatz verändert. Der Behandler spricht mit dem Klienten in seiner eigenen Umgebung und es wird wahrscheinlicher, die Familie des Klienten zu treffen und es besteht eine niedrigere Schwelle für Nachbarn, etwas zu fragen oder zu berichten. Innerhalb ihrer eigenen

Umgebung können Klienten klarer zeigen, was sie selbst bewältigen können und was nicht und welche Unterstützung sie brauchen. Es ist leichter, ihre Talente und Hobbies kennenzulernen, wo ihre Stärken liegen und welche Unterstützung in ihrer Umgebung erhältlich ist. Gleichzeitig wird es leichter, dem Klienten dabei zu helfen, Lösungen zu finden, die zu der Umgebung passen. Es gibt Forschungsergebnisse, die eine größere Wirksamkeit eines vor-Ort-Trainings gegenüber einem Training an einer Tagesstätte belegen.

Hausbesuche und der ‚outreach‘-Ansatz haben auch eine hohe Bedeutung für die Beziehung zwischen Klient und Behandler. Die Behandler müssen sich dem „Hoheitsgebiet“ des Klienten anpassen. Sie tragen nicht mehr die Verantwortung (wie sie es in der Klinik tun); sie haben das Gebiet eines anderen betreten, was ihnen dabei hilft, diesen Anderen zu akzeptieren wie er ist und was zu anderen Dialogen führt.

‚Outreach‘ liefert auch Informationen über die Stärken eines Klienten; Behandler können sehen wie der Klient zurechtkommt – mit dem Leben generell, mit der Wohnung, mit der sozialen Umgebung, was für Kontakte sie/er mit den Nachbarn hat; sie sehen, was der Klient mag, was seine Interessen sind, vielleicht Anzeichen von Talenten, die vernachlässigt wurden, aber reaktiviert werden können. Sie können auf diese Dinge mit der Versorgung, die sie leisten, reagieren.

Eine wichtige neue Entwicklung ist der ‚Selbstständigkeitsansatz‘, bei dem die Klienten – mit Unterstützung der Versorgungsmitarbeiter – neue Ziele für bestimmte Aufgaben in Bezug auf Umgebung und Arbeit setzen, die sie selbst formuliert haben.

Intermezzo: eine Zusammenfassung von FACT



2.1. Die Bausteine von FACT

Die FACT-Prinzipien

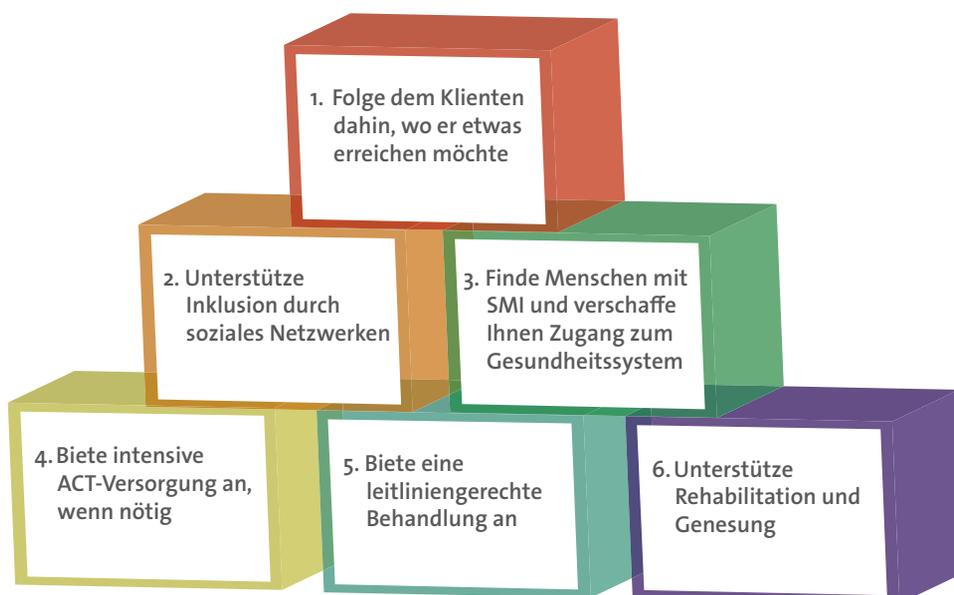


Abbildung 1

Intermezzo: eine Zusammenfassung von FACT

FACT ist manchmal schwer zu erklären, weil so viele verschiedene Komponenten im FACT-Modell kombiniert werden. Das oben stehende Diagramm – ‚Die Bausteine von FACT‘ – zeigt die wichtigsten Komponenten:

Block 1: Folge dem Klienten dahin, wo er etwas erreichen möchte

Es ist unser Ziel, konform mit den Wünschen und Zielen des Klienten zu handeln. Wir suchen den Klienten zuhause, bei der Arbeit, der Familie oder sonst wo auf, wo der Klient erfolgreich an der Gesellschaft teilnehmen möchte. Indem wir auf den Erfolg fokussieren, zeigen wir unser Vertrauen in die Stärken der Menschen und in ihre Genesung. Dieser Baustein stimmt mit der Beobachtung von Test und Stein überein, dass die Einübung von Fertigkeiten in der künstlichen Umgebung einer Klinik einen geringen Effekt zeigt.

Block 2: Unterstütze Inklusion durch soziales Netzwerken

FACT hat das Ziel, zur sozialen Inklusion psychiatrischer Patienten beizutragen. Dafür ist es nicht nur wichtig außerhalb einer Klinik zu leben, sondern auch an der Gesellschaft teilzunehmen. Zu diesem Zweck benötigt jeder Klient sein eigenes soziales Unterstützungssystem. Beim Aufbau dessen wird darauf konzentriert, was der Klient für wichtig hält. Die Familie spielt eine wichtige Rolle, aber ebenso Nachbarn oder Freiwillige und verschiedene Organisationen in der Gemeinde – Wohlfahrtsorganisationen, soziale Teams, Vermieter, die Polizei in der Gegend. Das FACT-Team kann den Inklusionsprozess nicht leiten; es muss die existierenden sozialen Netzwerke nutzen und mit ihnen kooperieren. Die FACT-Teams müssen gut in die Gemeinde integriert sein; sie müssen zuverlässige Partner darstellen und ihren Verpflichtungen nachkommen. Dies schließt auch ein Bewusstsein für Sicherheitsfragen und die Nutzung von Zwangsmaßnahmen mit ein, wenn nötig; falls es zu belästigendem Verhalten oder ei-

ner Gefahr der Sicherheit kommt, wird die Akzeptanz in der Gemeinde schnell verloren gehen.

Block 3: Finde Menschen mit SMI und verschaffe ihnen Zugang zum Gesundheitssystem

Klienten zu ‚finden‘ ist sehr wichtig – insbesondere weil Personen mit SMI manchmal nur wenig Einsicht in ihre eigene Erkrankung haben und nicht selbst nach Hilfe suchen. Die Namen von Klienten werden nicht nur von Hausärzten, sondern auch von der Polizei oder Gemeinde-Einrichtungen weitergeleitet. FACT kann einen initialen, niedrigschwelligen Kontakt herstellen, um herauszufinden, was möglich ist und um einzuschätzen, was benötigt wird.

Der nächste Schritt ist, die Personen in das Gesundheitssystem einzugliedern. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass Klienten im Versorgungssystem bleiben; häufig sehen sie dafür keinen Bedarf. Viele Klienten finden die Medikation, die wir empfehlen, unangenehm. Deshalb müssen wir dafür sorgen, dass einige Elemente der Versorgung, die wir anbieten, attraktiv sind; dass die Menschen etwas finden, dass sie anspricht, wie zum Beispiel Unterstützung in ihren Rehabilitationszielen. Wir versuchen eine Versorgung anzubieten, die die Klienten gerne annehmen.

Ein weiteres Ziel von FACT ist, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder so kurz wie möglich zu halten, aber wir wissen auch, dass eine stationäre Aufnahme manchmal hilfreich und notwendig ist. In diesen Fällen kooperieren wir eng mit der Klinik. In den Niederlanden ist das psychische Gesundheitssystem integriert; ambulante und stationäre Versorgung sind in einem System mit klar definierten Regeln und Verpflichtungen verbunden. Eine stationäre Aufnahme wird immer als ein Vorfall innerhalb eines ambulanten Behandlungsprogramms betrachtet. Deshalb bleiben die ambulanten Behandler bei der stationären Behandlung und bei der Entlassungsplanung involviert. Wir bleiben in Kontakt mit den Klienten und begleiten sie, wenn möglich, immer mal wie-

der von der Klinik nach Hause. In diesem integrierten System gibt es Regelungen für kurzfristige teilstationäre Behandlung und sehr kurzfristige Aufnahmen.¹⁰ Weil die Kooperation mit dem Krankenhaus so eng ist, kann eine 24/7-Verfügbarkeit organisiert werden. Heutzutage werden dazu auch Video-Telefonate genutzt; der Klient hat einen Touch-Screen zuhause, sodass er tagsüber direkten Kontakt zum FACT-Team aufnehmen kann, abends, nachts und am Wochenende mit dem Krankenhaus.

Block 4: Biete intensive ACT-Versorgung an, wenn nötig

Wurde der Name eines Klienten einmal auf die FACT-Tafel geschrieben, kann das Team sofort beginnen, eine intensive Teamversorgung mit einem ‚shared caseload‘ bereitzustellen. Die Klienten werden ‚auf die FACT-Tafel aufgenommen‘ anstatt in eine akut-psychiatrische Abteilung eingewiesen, so wie es früher der Fall war. Folgendes geschieht ‚wenn notwendig‘: es gibt Kriterien, um zu einer intensiven Versorgung aufzusteigen und – nach Stabilisierung – wieder zurück zur individuellen, weniger intensiven Versorgung abzustiegen. Die Tatsache, dass die gesamte integrierte Versorgung von demselben Team angeboten wird, ist ein wesentliches Element von FACT.¹¹ FACT schafft die ‚Drehtür‘ ab: in guten wie in schlechten Zeiten hat der Patient Kontakt zu demselben Team, demselben Fallmanager und demselben Psychiater. Dies ist der Inbegriff von Kontinuität in der Versorgung.

¹⁰ In den Niederlanden arbeiten wir mit einem Konzept, das ‚Bett auf Anfrage‘ genannt wird. Es gibt eine sehr geringe Schwelle für Patienten, für eine Nacht aufgenommen zu werden und dann am nächsten Morgen weitere Vereinbarungen mit dem ambulanten Behandler zu treffen.

¹¹ In ACT-Teams in den USA ist es für einen stabilisierten Patienten üblich, zu einer weniger intensiven Form der Versorgung zu wechseln. Dies wird ‚graduation‘ genannt. Der Patient wird neuen Behandlern zugeteilt, mit neuen Ideen und neuen Kontaktsituationen (normalerweise Besuche in der Praxis anstelle von Hausbesuchen). Dies führt zu erhöhten Rückfällen und drop-out (der Patient gibt die Behandlung vollkommen auf). Oder der Patient wird erneut für ACT registriert; dies ist eine Form der Drehtürpsychiatrie.

Block 5: Biete leitliniengerechte Behandlung an

In den Niederlanden gibt es Multidisziplinäre Richtlinien („Multidisciplinaire Richtlijn“) für Schizophrenie. International sind NICE und zum Beispiel SAMHSA (Toolkits – Substance Abuse and Mental Health Services Administration, USA) bekannt. Diese Quellen liefern Hinweise darauf, welche Behandlungsformen bereitgestellt werden sollen. Viele dieser Behandlungen sind in einer traditionellen Ambulanz schwer zu implementieren, weil Klienten manchmal nicht wieder kommen, Termine vergessen, plötzlich eine schlechte Woche haben etc. Mit dem aufsuchenden Ansatz („outreach“) und der Kontinuität der Versorgung ist die Chance größer, dass die Behandlungen vollständig abgeschlossen werden. Kürzlich haben FACT-Teams begonnen, den Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared decision-making“) zu nutzen, ein Ansatz, bei dem Klienten und Behandler gemeinsame Entscheidungen über die Behandlung des Klienten treffen, auf Basis des eigenen Wissens des Klienten, des Expertenwissens des Psychiaters und strukturierter Informationen.

Block 6: Unterstütze Rehabilitation und Genesung

FACT zielt darauf ab, Genesung zu unterstützen und Genesungsziele zu fokussieren. Die Peer-Berater im Team können einen essentiellen Beitrag aus ihrer Perspektive leisten. Sie können Genesungsgruppen wie WRAP-Gruppen (Wellness Recovery Action Plan, Cook et al. 2012) organisieren und Peer-Kontakte fördern. Die Teams beziehen auch Rehabilitations-Expertenwissen ein und die spezifische Funktion der IPS-Mitarbeiter ist es, bezahlte Arbeitsverhältnisse zu fördern.

2.2. Zusammensetzung eines FACT-Teams

Die Zusammensetzung eines FACT-Teams ist auf die Versorgung von etwa 200 Klienten ausgerichtet. Das bedeutet, dass das Team mindestens genügend Fallmanager und einen Psychiater enthalten muss. Zu dem Team gehören außerdem ein Psychologe, ein Suchtspezialist, ein Spezialist für berufliche

Intermezzo: eine Zusammenfassung von FACT

Rehabilitation und ein Peer-Berater. Daraus resultiert die folgende ideale Teamzusammensetzung:

1 Vollzeitäquivalent (VZÄ) Psychiater

0,5 VZÄ Teamleiter (muss nicht unbedingt in der Klientenversorgung arbeiten)

7 VZÄ Fallmanager, davon:

- 4–5 VZÄ psychiatrisches Pflegepersonal
- 1–2 VZÄ gemeindepsychiatrisches Pflegepersonal
- 0,8 VZÄ Sozialarbeiter / Sozialrecht-Berater

0,8 VZÄ Psychologe

0,6 VZÄ Peer-Berater

0,5 VZÄ Spezialist für berufliche Rehabilitation / IPS-Mitarbeiter (Individual Placement and Support)

Erforderliches Know-How innerhalb dieses Teams:

- Suchtexpertise innerhalb der oben genannten Berufsgruppen (mindestens 2 VZÄ)
- Breite Expertise in Bezug auf Rehabilitation und Genesung
- 2–3 FACT-Tafel-Vorsitzende

Gegebenenfalls zusätzlich:

- Viele FACT-Teams bieten auch Versorgung für Personen an, die außerhalb des Krankenhauses in betreuten Wohnanlagen leben; die Leiter solcher Einrichtungen können Mitglieder des FACT-Teams sein.
- Manchmal werden auch andere Spezialisten ins Team einbezogen, wie zum Beispiel ein systemischer Therapeut in Teams für Menschen, die erstmals an Psychose erkrankt sind.

Die Rolle des individuellen Fallmanagers kann von Teammitgliedern aus einer Vielzahl an Berufen eingenommen werden (Pflegepersonal, Sozialarbeiter,

teilweise auch Psychologen).

In den niederländischen FACT-Teams arbeiten viele Krankenschwestern/-pfleger. In Großbritannien arbeiten mehr Sozialarbeiter und Spezialisten für berufliche Rehabilitation in Teams dieser Art. In den USA sind viele Fallmanager Sozialarbeiter. Dies ist meistens ein Ergebnis der Geschichte. Dass die niederländischen Teams sich für Krankenschwestern/-pfleger entscheiden, liegt zum Teil daran, dass das Pflegepersonal in den früheren psychiatrischen Kliniken eine sehr wichtige Rolle spielte. Viele von ihnen wurden in Krankenhäusern ausgebildet und wechselten in die ambulante Versorgung, nachdem sie die ergänzende FACT-Ausbildung absolviert haben.

Neben psychiatrischem Pflegepersonal beinhaltet jedes Team mindestens eine gemeindepsychiatrische Pflegekraft (community psychiatric nurse – CPN). Das zusätzliche Expertenwissen einer gemeindepsychiatrischen Pflegekraft beinhaltet im Vergleich zu einer psychiatrischen Pflegekraft Bereiche wie Diagnose und Beurteilung des Versorgungsbedarfs, Krisenintervention und Umgang mit komplexen Systemen und Persönlichkeitsstörungen.

FACT-Teams in anderen Ländern müssen selbst entscheiden, aus welchen Berufsgruppen die Fallmanager in dem Team stammen sollen. Eine gute Mischung aus Pflegepersonal und Sozialarbeitern (und Suchtspezialisten) scheint wichtig zu sein.

In optimalen Teams liegt die durchschnittliche Arbeitsbelastung eines Fallmanagers pro Vollzeitäquivalent bei ungefähr 25 Klienten. Der Fallmanager ist die erste Kontaktperson für den Klienten und sein Unterstützungssystem. Der Fallmanager besucht und monitoriert den Klienten regelmäßig und stellt sicher, dass sein Behandlungsplan aktuell ist. Er kann andere Teammitglieder in die Behandlung einbeziehen, zum Beispiel den Psychiater für Medikation oder den Spezialisten für berufliche Rehabilitation für Jobangelegenheiten. Zusätzlich dazu hat

jeder Klient einen ‚Schatten-Fallmanager‘, der den Klienten ebenfalls gut kennt und mit seiner aktuellen Situation vertraut ist, sodass er den Klienten übernehmen kann, wenn der Fallmanager krank oder im Urlaub ist etc.

Für Klienten, die eine intensive Teamversorgung über die FACT-Tafel erhalten, arbeiten alle Teammitglieder zusammen und teilen sich die Arbeitsbelastung; in anderen Worten bedeutet dies, dass in dieser Phase alle Teammitglieder eingesetzt werden, um zusätzliche Versorgung bereitzustellen. Der Psychiater wird hinsichtlich Medikamenten-Angelegenheiten, Verhinderung von Klinikaufnahmen, etc. einbezogen. Der Psychologe und der Peer-Berater teilen ebenfalls die Arbeitsbelastung.

Ein FACT-Team als Ganzes hat eine breite Vielfalt an Expertenwissen. Genauso wie die medizinische Perspektive ist auch die Perspektive der Sozialarbeiter sehr wichtig. Die Sozialarbeiter und Rehabilitations-Spezialisten tragen eine wichtige Perspektive zu dem Team bei. Es wird erwartet, dass alle Teammitglieder in der Lage sind, den Rehabilitationsprozess zu unterstützen.

Der Peer-Berater spielt eine wichtige Rolle in Prozessen der Genesung und Rehabilitation. Eine zunehmende Anzahl an Peer-Beratern hat dauerhaft bezahlte Jobs in FACT-Teams. Sie wurden geschult, um ihre Erfahrungen und ihr Wissen im direkten Versorgungsprozess zu nutzen. Sie nehmen oftmals auf eine andere Art und Weise Kontakt zu den Klienten auf. Manchmal können sie als Dolmetscher zwischen Klient und dem Versorgungspersonal agieren. Normalerweise sind ihnen keine eigenen Fälle zugeteilt, sie sind jedoch aktive Teilnehmer in der ‚shared caseload‘-Versorgung, helfen dabei, Menschen mit SMI zu finden und sie mit dem Versorgungssystem zu vernetzen und helfen zum Beispiel bei Aktivitäten der Genesung.

Die Tatsache, dass sowohl Psychiater als auch Psychologen in FACT-Teams arbeiten, führt dazu, dass

sie gemeinsam gute Diagnosen stellen und Behandlungspläne entwickeln können. Das bedeutet, dass Medikation, das Bewusstsein für körperliche Probleme und metabolisches Screening Hand in Hand mit kognitiver Verhaltenstherapie gehen können.

Das Team muss mindestens zwei Personen mit aktuellem Fachwissen über Sucht beinhalten. In den Niederlanden arbeiten wir zunehmend mit dem ‚Integrated Dual Diagnosis Treatment‘ (IDDT) Modell. Teammitglieder aus verschiedenen Berufsgruppen, zum Beispiel Fallmanager, Psychiater oder Psychologen, erhalten eine IDDT Ausbildung, die sie im Team verwenden können. Viele FACT-Teams haben bereits Schulungen in ‚motivational interviewing‘ als Team besucht.

Die tägliche Koordination der Versorgung erfordert besondere Aufmerksamkeit. Aus diesem Grund haben FACT-Teams immer häufiger zwei – oder wenn möglich drei – FACT-Tafel-Vorsitzende. Sie sind nicht die formalen Manager oder Leiter des Teams, sondern einfach Teammitglieder, die darin geschult wurden, die FACT-Tafel-Meetings zu moderieren. Sie bedienen die digitale FACT-Tafel, koordinieren die tägliche Versorgung für Klienten und sind dafür verantwortlich, Notizen in den elektronischen Patientenakten zu machen.¹² Dieses Modell hat sich bewährt. Es bedeutet, dass es in jedem Team drei Personen gibt, die mit dem FACT-Modell sehr vertraut sind und die geschult wurden, die Meetings zu moderieren. Diese drei Personen können sich auch gegenseitig unterstützen; einer von ihnen ist stets präsent, auch in der Urlaubszeit.

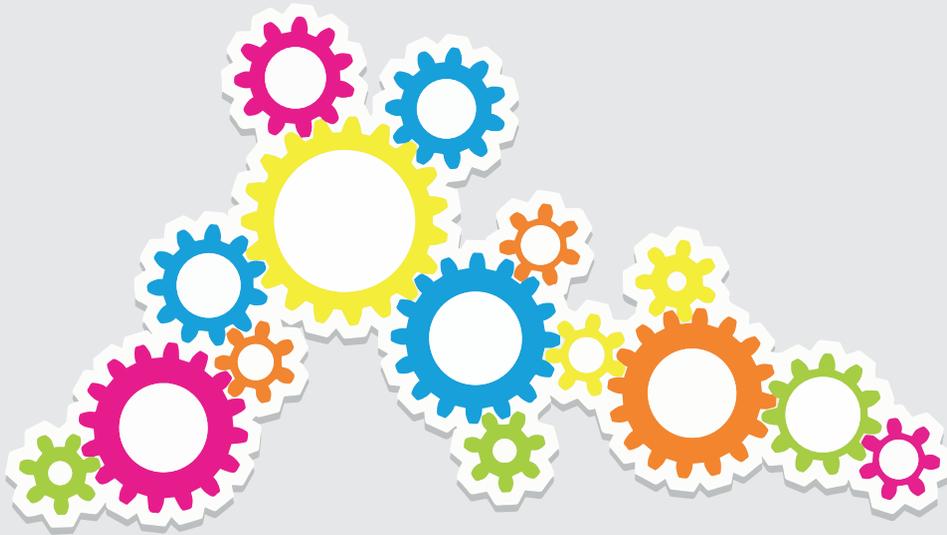
Ein FACT-Team sollte nicht zu viele Mitglieder haben. Wir müssen darauf achten, dass es nicht zu viele Mitglieder mit geringfügigen Teilzeitstellen in einem Team gibt. Idealerweise sollten die meisten Mitglieder umfangreiche Stellenanteile haben (zum Beispiel 4 Tage in der Woche). Wenn es zu viele Mitglieder mit geringfügigen Teilzeitstellen im Team

¹² Einige australische Teams arbeiten auf eine ähnliche Art und Weise mit einem ‚Schichtleiter‘ für jede Schicht.

Intermezzo: eine Zusammenfassung von FACT

gibt, ist es schwieriger, Vereinbarungen zu treffen und die Übergabe nimmt zu viel Zeit in Anspruch. Wir haben auch beobachtet, dass es eine optimale maximale Anzahl von Klienten gibt, die ein Team versorgen kann: dies sind etwa 180 bis 220 Klienten. Teams, die sich um mehr als 250 Klienten kümmern müssen, können die Versorgung nicht so gut individuell anpassen.

Der FACT-Arbeitsablauf



3.1. Situationsbeschreibung: So viele verschiedene Bedürfnisse wie Patienten

Das FACT-Team in einer Gegend in Amsterdam hat 210 Klienten. Ein großer Teil von ihnen ist einigermaßen stabil. Manche von ihnen haben einen Job, viele besuchen eine Suchtberatungsstelle und nehmen an Aktivitäten in einer Tagesstätte teil. Einige nehmen auch an einer Genesungs-Gruppe mit den Peer-Beratern teil. Andere suchen aktiv nach einer besseren Unterkunft mit der Hilfe ihrer Fallmanager. Die Psychologin leitet eine Trainingsgruppe gemeinsam mit einem Kollegen aus einem anderen FACT-Team. Zudem spricht sie mit den Klienten und verwendet manchmal EMDR, um Traumata aus der Vergangenheit zu behandeln. Die Psychiaterin sieht alle Klienten, die stabil sind, mindestens einmal im Jahr. Viele von ihnen sieht sie sogar einmal im Monat oder einmal in der Woche, besonders Klienten mit komplizierter Medikation (wie Clozapin) mit dem Risiko von Nebenwirkungen. Etwa 25 Klienten des Teams haben Kontakt zu der Spezialistin für berufliche Rehabilitation (IPS). Einige von ihnen arbeiten jeden Tag mit ihr, wenn sie einen neuen Job anfangen. Alle Klienten haben einen individuellen Fallmanager, in der Regel eine Pflegekraft, der seine Klienten mindestens zwei- bis dreimal im Monat zuhause besucht. Der Fallmanager begleitet die Klienten manchmal bei Behördengängen und steht auch oft in Kontakt mit der Familie. Abgesehen von ihren Kontakten zu den Klienten haben viele Teammitglie-

der auch Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen in der Umgebung, zu dem Hausarzt, zu Vermietern, zu der Polizei, etc.

Die meisten Klienten haben einen Fallmanager, gelegentlich Kontakt zu dem Psychiater und manchmal auch Kontakt zu dem Suchtspezialisten, dem Peer-Berater oder dem Psychologen. Die Teammitglieder arbeiten individuell mit den Klienten. Sie koordinieren ihre Aktivitäten auf Basis des Behandlungsplans des Klienten, der mindestens einmal im Jahr aktualisiert wird. Wenn jedoch zusätzliche Koordination erforderlich ist, kann dies auch in den morgendlichen Teamsitzungen stattfinden. Kurzfristige Maßnahmen aus anderen Berufsgruppen können ebenfalls angefordert werden. Mit anderen Worten, die Versorgung der Klienten besteht aus individueller Betreuung und Behandlung mit relativ einfachem Zugang zu anderen Disziplinen des Gesundheitssystems.

Von den 210 Klienten erhalten 20-25 eine intensivere Teambehandlung. Dies ist so, weil es ihnen zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht gut geht oder weil sie zusätzliche Aufmerksamkeit oder eine intensivere Versorgung benötigen. Wenn das Team sich dessen bewusst wird, wird der Name des Klienten auf die FACT-Tafel geschrieben. Von diesem Zeitpunkt an bespricht das Team den Klienten jeden Tag und kann dem Klienten eine intensive Versorgung als Team anbieten.

Der FACT-Arbeitsablauf

Die Gruppe der Klienten auf der FACT-Tafel ist sehr heterogen. Zurzeit stehen drei Personen auf der Tafel, weil sie erst vor kurzem für FACT registriert worden sind. Das Team will sie kennenlernen; deshalb werden sie drei Wochen lang jeden Tag besprochen und die verschiedenen Teammitglieder, die diese Klienten besuchen, liefern Informationen. Neun Personen stehen bereits seit langer Zeit auf der Tafel. Dies sind Menschen mit desorganisierter Schizophrenie und Suchtproblemen. Sie können nur weiterhin zuhause leben, wenn sie tägliche Unterstützung aus dem Team erhalten. Zwei von ihnen erhalten Zwangsmedikation (es gibt einen Gerichtsbeschluss, der von ihnen verlangt, jeden Tag Medikamente zu nehmen und dabei überwacht zu werden). Drei andere sind zu einer Depotmedikation verpflichtet. Mehr als zehn andere stehen auf der Tafel, weil es momentan so aussieht, als könnten Dinge schief gehen. Einer ist in einer Krise, weil er seine Medikamente nicht genommen hat. Ein anderer leidet an einer erneuten manischen Episode. Ein anderer hat einen Tumor, den er für eine ‚Gesundheitsbeule‘ hält und für den er die Behandlung verweigert. Eine Frau mit einer schweren Borderlinestörung ist vor kurzem erneut mit allen in Konflikt geraten, hat aufgehört, ihre Medikamente zu nehmen und hat die Kündigung für ihr Haus eingereicht. Die Gruppe auf der Tafel enthält auch einige Personen, die in die psychiatrische Klinik eingewiesen wurden und zwei Personen, die in Haft sind. Zuletzt stehen verschiedene Personen auf der Tafel, die die Behandlung meiden: obwohl diese Menschen auf jeden Fall eine Versorgung brauchen, fühlen sie sich nicht krank, glauben nicht, dass die Behandlung notwendig ist und grenzen sich von allen Kontakten ab. Trotzdem beobachtet das Team sie aus einer gewissen Distanz für mehrere Wochen oder Monate, spricht mit der Polizei über Informationen, die aus der Nachbarschaft kommen und wenn eine gefährliche Situation entsteht, wird das Team einschreiten und aktiv per Zwang eine Behandlung vornehmen.

Die Personen ‚auf der Tafel‘ brauchen eine viel intensivere Versorgung als die anderen. Ihre Versorgung kann nicht von einer Person allein organisiert werden; sie müssen jeden Tag oder noch öfter besucht werden, die Teammitglieder sind von einer Vielzahl an Informationen aus dem Umfeld abhängig (insbesondere im Hinblick auf die Klienten, die die Behandlung verweigern), jemand muss mit den Dienstleistungseinrichtungen, den Familien und dem Krankenhaus in Kontakt stehen, wichtige Entscheidungen müssen getroffen werden: dies erfordert Teamarbeit.

Arbeiten mit einem ‚shared caseload‘

Bei den Personen auf der FACT-Tafel – Klienten die eine intensive Versorgung benötigen – arbeiten wir mit einem ‚shared caseload‘. Hausbesuche – wenn nötig jeden Tag – werden von verschiedenen Teammitgliedern durchgeführt. Manchmal sind diese täglichen Besuche kurz, beispielsweise um Medikamente vorbeizubringen und den Klienten bei der Einnahme der Medikation zu überwachen. Manchmal sind sie länger, zum Beispiel um Ordnung in die Wohnung oder den Papierkram des Klienten zu bringen oder Kontakt zu den Nachbarn aufzunehmen. Mit einem ‚shared caseload‘ zu arbeiten erfordert eine transparente tägliche Koordination von Zielen; ansonsten hätte jedes Teammitglied seine eigenen Vorstellungen und Empfehlungen. Auch Peer-Berater teilen den ‚caseload‘. Sie werden zwar oftmals über andere Aspekte sprechen, sind jedoch gut über die Behandlung und Versorgung des Klienten informiert. Die Eindrücke der verschiedenen Teammitglieder werden in den morgendlichen FACT-Meetings ausgetauscht; immer wieder sehen wir, dass verschiedene Personen mit verschiedenen beruflichen Hintergründen ganz unterschiedliche Möglichkeiten und Unmöglichkeiten in einer Situation sehen.

3.2. Die Prozedur der FACT-Tafel: ein entscheidendes Element von FACT

Die FACT-Tafel ist ein Mechanismus, der ermöglicht, dass integrierte Versorgung von ein und demselben Team angeboten wird.

Ein FACT-Team hat zwei Methoden zur Beobachtung und Unterstützung von Klienten:

1. individuelle Betreuung und
2. intensive Teamversorgung mit geteilter Arbeitsbelastung („shared caseload“) des gesamten Teams

Bez. 1) Die meisten Klienten werden individuell von ihrem eigenen Fallmanager betreut, der sich auf Unterstützung bei der Behandlung, Rehabilitation und Genesung fokussiert. Im Verlauf dieser individuellen Betreuung kann der Fallmanager auch andere Berufsgruppen aus dem multidisziplinären Team in die Behandlung oder Rehabilitation des Klienten einbeziehen. Mitglieder aus verschiedenen Berufsgruppen, mindestens aber der Psychiater, sind bei der Ausarbeitung und Festlegung des Behandlungsplans des Klienten immer beteiligt, auch wenn der Klient die verschiedenen Mitarbeiter nicht jede Woche oder jeden Tag sieht.

Bez. 2) Für eine fluktuierende Gruppe von 10–20% der Klienten ist diese individuelle Betreuung nicht intensiv genug. Sie benötigen mehr Unterstützung, als ein Fallmanager ihnen alleine bieten kann. Für diese Klienten auf der FACT-Tafel bietet das Team eine Teamversorgung entsprechend des ACT-Prinzips ‚shared caseload‘ an. Dies bedeutet, dass alle Mitglieder des Teams über den Klienten informiert sind und dass er von verschiedenen Teammitgliedern des Teams monitoriert und beraten wird. Als Ergebnis kann der Klient eine tägliche oder sogar mehrmals tägliche Versorgung in Anspruch nehmen.

Um eine gute Koordination der Tätigkeiten der Mitarbeiter zu gewährleisten, finden täglich Meetings statt, um über die Klienten auf der FACT-Tafel zu sprechen. Wenn die individuelle Betreuung nicht ausreicht und eine intensivere Versorgung notwendig ist, wird der Name des Klienten auf die digitale FACT-Tafel geschrieben – eine Excel-Tabelle, die während der morgendlichen Teammeetings an die Wand projiziert wird. Die Klienten auf dieser Tafel werden jeden Tag besprochen. Im Durchschnitt listet die FACT-Tafel 20-40 Klienten auf, die eine intensive Versorgung benötigen – das sind 10 bis 20% der Klienten eines Teams.

Für jeden Klienten werden verschiedene Details eingetragen:

- Das Datum, an dem der Klient auf die FACT-Tafel geschrieben wurde
- Kurzdiagnosen (DD!)
- Rechtsstatus
- warum der Klient auf der Tafel steht
- Wünsche, Ziele und Charakteristika des Klienten
- Ansprechpartner im sozialen Netzwerk und in der Familie
- geplante Maßnahmen
- Name des zuständigen Fallmanagers
- Termine für Hausbesuche (1–2 pro Tag, wie viele Male pro Woche)
- spezifische Termine (Medikation, Datum der Depotinjektion)
- andere Details, wie zum Beispiel ein Termin beim Hausarzt oder Labor oder ein Termin bei einem Amt für Einwohnerwesen oder Anwalt.

Der FACT-Arbeitsablauf

cat	personal identification data	start & evaluation date	diagnose & abuse	juridical state	reason for FACT	patient current goals & wishes	FACT team interventions	individual social network	visit planner	(temporary) adres
1. Crisisvoork., /Toename	Adriaanse, L. Lia 19-04-75 (Mrs.)	fr 19-02-10 evaluation: fr 02-04-10	schizophreni c psychosis and alcohol abuse	none	Patient thinks neighbours are after her. Complains from neighbours about hindrance. Housing company threaten to give notice. Patient deals with her fear by drinking more alcohol, she refuses medication. Husband left with kids.	Wants to move to another home with her husband and kids.	Daily contact. Subject: - the pro's and cons of - drinking. - medication. Talk with neighbours. Contact housing company. Inquiry with police about possible other complaints. Help with house keeping.	Husband lives with kids at family in Amsterdam. Marianne tries to contact him	m Leo t Palline w Palline f Palline s FACT	Heiloo
1. Cr1.2.	Benthuizen, B. Ben	di 13-10-09 evaluatie:	Schizofrenie		Risico op impulsdoorbraak bij	Wil niet 'uit zijn dak gaan'	afspraken maken over dagbesteding. Dhr	moeder	Pall Loty	thuis
1. Cr2.	Blaazer, G. Gerard	vr 28-08-09 evaluatie:	bipolaire stoomis en		terugval alcoholgebruik	stoppen	intensiveren contact motiveren tot	dochter en zoon	rond Mart	thuis
1. Cr2.	Bosman, M. Michael	do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie Diabetes	geen	Sinds een paar dagen vergeetachtig,	Wil van het angstige gevoel	Dagelijks contact Medicatie onder	huisgenoten.	rond Carel	Thuis
1. Cr2.	Briefies, A. Alida	ma 12-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	Herstel na darm operatie	herstellen	Contact houden. Complicatie	Loes (schoonzus)	rond Wb	Buitenzorg
1. Cr3.	Been, S. Silvia	do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	15 okt ontslag MCA. Rookverbod. Huisarts	verbeteren van lichamelijke	Motiveren en helpen om te stoppen met	familie	rond Cees	BZ
1. Cr3.	Broersen, P. Pieter	vr 24-07-09 evaluatie:	Bipolaire I stoomis	voor- waardel.	voor- waardel.	wil opname	Regelmatig contact om stop droperidol goed		rond Loty	thuis
1. Cr3.	Prinsen, A. Alex	di 06-10-09 evaluatie:			dhr heeft woning toegewezen gekregen.	Zelfstandig wonen	opstarten om contact in ambulante situatie.	ouders	rond Peter	Buitenzorg / ouders. Per
1. Cr3.	Stadhoud, E. Eis	di 15-09-09 evaluatie:	Persoonlijk- heids-	voort- gezette	Toename van alcoholgebruik.	Zelfstandige woonvorm	regelmatig contact en goed monitoren op		rond Mart	Egelen- borgh
1. Cr3.	Wijnkoper, T. Thea	di 05-05-09 evaluatie:	diagnose bijgesteld nu		Na overlijden moeder, wegvallen van werk en	wil zich gelukkiger	intensieve begeleiding ivm depressiviteit en	geen	rond Leo	thuis
1. Cr5.	Kwakman, F. Fred	vr 28-08-09	Persoonlijk- heids-		Toename van impulsdoorbraken, life	grip op zijn leven, meer zelf	medicamenteuze behandeling, 16 okt	Moeder en vriendin	rond Loty	proefverlof vanuit

Abbildung 2

In der ersten Spalte (rot) wird jeder Klient einer bestimmten Kategorie zugeteilt. Diese (ziemlich groben) Kategorien spiegeln den Grund wieder, weshalb der Klient auf die Tafel geschrieben wurde. Ein Klient, der auf die FACT-Tafel geschrieben wurde, wird einer der unten definierten Kategorien zugeteilt. Im Laufe der Zeit kann der Klient auch einer anderen Kategorie zugeordnet werden; zum Beispiel wird jemand, der zunächst ins Krankenhaus eingewiesen wurde und dann nach Hause geht, von der Kategorie ‚Aufnahme‘ in die Kategorie ‚intensive Kurzzeitversorgung‘ geschoben. Diese Änderungen können in einer Datenbank auf dem neusten Stand gehalten werden, was hilfreich sein kann, wenn die Arbeitsabläufe des Teams evaluiert werden.

Die Kategorien auf der FACT-Tafel sind wie folgt:

1. **Krisenprävention:** für Klienten, die erste Anzeichen eines möglichen Rückfalls in eine Psychose oder Sucht zeigen oder wenn es Anzeichen für zunehmende soziale Probleme gibt; auch Interventionen, die eine Krankenhausaufnahme verhindern sollen.
2. **Intensive Kurzzeitversorgung:** Klienten mit einer vorübergehenden Verschlechterung der psychiatrischen Symptome oder Krise; auch Klienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder Haft nach Hause entlassen wurden.

3. **Intensive Langzeitversorgung:** Klienten, die eine langfristige intensiviertere Versorgung benötigen, beispielsweise aufgrund längerer Dekompensation oder dauerhafter Vulnerabilität (geringer GAF-Score); einige von ihnen brauchen eine dauerhafte tägliche Unterstützung und werden deshalb auf der Tafel bleiben.
- 4a. **Klienten, die die Behandlung meiden:** Patient möchte keinen Kontakt zu psychiatrischen Diensten, die Situation bietet jedoch keinen Anlass zu ernster Sorge; Kontakt wird angeboten, aber nicht erzwungen (Team zeigt Präsenz); ein mögliches Unterstützungssystem wird identifiziert.
- 4b. **Hochrisiko-Klienten, die die Behandlung meiden:** Patienten, die keine Versorgung von psychiatrischen Diensten möchten, jedoch sich und/oder ihre Umgebung vernachlässigen oder belästigen. Das FACT-Team wird diesen Personen aufsuchend-nachgehende Versorgung anbieten und wird, wenn Gefahr besteht, Druck oder Zwang ausüben.
5. **Aufnahme:** Der Klient ist in einer psychiatrischen Abteilung aufgenommen oder verhaftet worden. Das Team bleibt in Kontakt mit dem Klienten und den Behandlern und bereitet die Rückkehr des Klienten vor.
6. **Neu:** Neuer Klient, der vor kurzem für das FACT-Team registriert wurde; drei Wochen, um den Klienten kennenzulernen und um eine Einschätzung zu treffen.
7. **Gerichtsbeschlüsse:** Klienten mit Gerichtsbeschlüssen für unfreiwillige Behandlung oder Überwachung.

In den morgendlichen Meetings, in denen die FACT-Tafel an die Wand projiziert wird, werden jeden Tag 20 bis 40 Personen diskutiert. Der FACT-Tafel-

Vorsitzende nennt einen Klienten. Dann erzählt der Fallmanager dem Team, wie die Situation gestern war. Möglicherweise hat der Klient auch ein anderes Teammitglied gesehen oder mit dem Psychiater gesprochen. Eventuell wurden einige Informationen von der Familie weitergegeben oder der Klient hat nach etwas gefragt. Dies wird kurz diskutiert und die Maßnahmen für den heutigen Tag werden besprochen: wer besucht den Klienten, wer wird den Klienten bei einem Wohnungsantrag unterstützen, wer wird sicherstellen, dass der Klient einen Termin beim Hausarzt wahrnimmt etc. Bei einigen Klienten gibt es wenige Neuigkeiten, andere werden für 2 oder 3 Minuten diskutiert. Die Absicht ist jedoch, dass das Meeting nicht länger als 30–45 Minuten dauert.

Innerhalb dieser Zeit gibt es auch jeden Tag Raum für eine kurze Diskussion der Klienten, die nicht auf der Tafel stehen, jedoch erwähnt werden müssen, weil es neue Entwicklungen gibt. Sie werden auf die Liste der ‚zu diskutierenden Fälle‘ geschrieben. Ein Fallmanager möchte vielleicht einen Klienten besprechen, um zusätzliches Fachwissen einzuholen, zum Beispiel um nach einer Medikamentenüberwachung oder einer psychologischen Intervention zu fragen. Klientenerfolge (Klient beginnt einen Job, beendet einen Kurs) werden an dieser Stelle ebenfalls berichtet. Es ist wichtig, dass das Team auch seine Erfolge feiert.

Manchmal wird ein Klient in wenigen Wochen mehrmals auf die Liste der ‚zu diskutierenden Fälle‘ geschrieben, zum Beispiel im Zusammenhang mit Dingen, die unklar sind, einer bevorstehenden Krise oder anderen Lebensereignissen. Wenn dies mehrfach geschieht, wird das Team entscheiden, dass es besser ist, den Klienten auf die FACT-Tafel zu schreiben, damit sich die Dinge aufgrund der täglichen Diskussionen in wenigen Wochen klären.

Die FACT-Tafel ist von entscheidender Bedeutung für die Koordination von Aktivitäten und für den Informationsaustausch. Bei gemeindenaher Arbeit

Der FACT-Arbeitsablauf

werden Teammitglieder auch Klienten ohne Termin über den Weg laufen, zum Beispiel auf der Straße oder in einem Geschäft. Sie hören die Geschichten der Klienten über andere Klienten und erhalten Informationen von Gemeinschaftsverbindungsarbeitern („community liaison worker“ – ein Sozialarbeiter, der Verbindungen zwischen Einrichtungen und der Bevölkerung schafft). Daraus resultierend erhält das Team ein umfassenderes Bild über das Funktionsniveau der Klienten. Dies kann besonders bei Klienten wichtig sein, die die Behandlung meiden: auch wenn sie den Kontakt verweigern, kennen die Teammitglieder sie, plaudern manchmal mit ihnen und können weitaus effektiver arbeiten, wenn die Ablehnung der Behandlung zu einem echten Problem wird (zum Beispiel aufgrund von Verwahrung).

Die Tafel funktioniert auch als Erinnerung: Klienten, die im Krankenhaus oder in Haft sind, bleiben so weiterhin im Blick. In Zusammenarbeit mit der Klinik bietet das FACT-Team Unterstützung, um dem Klienten eine schnelle und sichere Rückkehr nach Hause zu erleichtern.

Es werden regelmäßig neue Klienten an das Team weitergeleitet. Diese Personen werden für die ersten Wochen immer auf die FACT-Tafel geschrieben. Die Vorgehensweise ist dabei, dass während der ersten drei Wochen mindestens vier Teammitglieder, vorzugsweise aus unterschiedlichen Berufsgruppen, mit dem Klienten sprechen und ihn zuhause besuchen. Dies ermöglicht dem Team, eine gute Einschätzung des individuellen Versorgungs- und Behandlungsbedarfs zu treffen. Ein erster Kontakt mit der Familie oder dem Unterstützungssystem kann ebenfalls organisiert werden. Nach drei bis vier Wochen findet ein Aufnahmegespräch statt und das Team erstellt einen Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem Klienten.

Einige Klienten unterliegen Gerichtsbeschlüssen auf Bewährung: wenn sie sich an die Regeln halten, können sie außerhalb des Krankenhauses bleiben. Bei-

spielsweise können sie verpflichtet sein, mit dem Versorgungspersonal zu sprechen und Depotmedikation zu akzeptieren. Diese Klienten stehen auch auf der FACT-Tafel, sodass ihre Betreuung koordiniert werden kann und Informationen zum Zweck des Risikomanagements gesammelt werden können. Die FACT-Tafel funktioniert dann auch als Erinnerung an Termine, zu denen der Gerichtsbeschluss verlängert werden muss oder für andere Verfahrensformalitäten.

In der Praxis haben die FACT-Tafel-Meetings bewiesen, dass sie eine weitere wichtige Rolle spielen: sie bieten Transparenz und ermöglichen dem Team, Wissen miteinander zu teilen, da die Teammitglieder vor allem bei den besonders schwierigen Klienten spezifische Maßnahmen und Vorgehensweisen diskutieren. Oftmals sind dies auch Klienten, deren Situationen widersprüchliche Interessen und Risiken enthalten. Manchmal müssen nahezu täglich Strategien entwickelt und modifiziert werden, da jeden Tag zusätzliche Informationen zum Vorschein kommen können. Bei den FACT-Tafel-Meetings lernen die Teammitglieder voneinander und die Vision und Mission des FACT-Teams wird den Mitgliedern auf pragmatische Weise von ihnen selbst verdeutlicht. Dies ist auch vorteilhaft für neue Teammitglieder und für Auszubildende.

Als die ersten FACT-Teams gegründet wurden, waren wir davon überzeugt, dass die FACT-Tafel-Meetings eine sehr wichtige Rolle in der täglichen Koordination der Versorgung spielen würden. Dies erwies sich als richtig. Allerdings hat sich auch ein zusätzlicher Nutzen der morgendlichen Meetings herausgestellt: Teammitglieder aus verschiedenen Berufsgruppen mit ihren spezifischen Schwerpunkten suchen nach Möglichkeiten, ihre Klienten zu unterstützen. Dadurch verdeutlicht das Team jeden Tag, welche Berufsgruppe welche Beiträge leisten kann. Es verdeutlicht auch, dass die Versorgung der schwierigsten Klienten nie allein die Aufgabe eines einzelnen Teammitgliedes ist: das gesamte Team kann es bewältigen. Weil Teammitglieder ihre Lösungen miteinander teilen, wird

das Team wahrscheinlich nicht der Neigung von einzelnen Mitgliedern folgen, zu lange zu warten oder Probleme zu ignorieren, die schwer zu lösen sind. Die morgendlichen FACT-Tafel-Meetings schärfen das Denken des Teams und zeigen, dass man gemeinsam mehr erreichen kann. Damit die Meetings erfolgreich sind, ist es für alle Teammitglieder, die an diesem Tag arbeiten, verpflichtend (!), an dem FACT-Tafel-Meeting teilzunehmen.

Die FACT-Teams haben eine klar definierte Vorgehensweise für die FACT-Tafel-Sitzungen:

- Die Klienten auf der FACT-Tafel werden an jedem Arbeitstag von dem Team besprochen.
- Der Fallmanager eines Klienten oder ein anderes Teammitglied kann jederzeit vorschlagen, einen Klienten auf die FACT-Tafel zu schreiben.
- Sobald es einen Hinweis von dem Klienten, seiner Familie, anderen Klienten oder der Nachbarschaft gibt, dass die medizinische oder soziale Situation des Klienten schlechter wird, wird am nächsten Morgen jemand sagen: „Sollten wir nicht Herrn J. für ein paar Wochen auf die Tafel schreiben?“

Dann folgt ein Stufen-Plan:

- Der persönliche Betreuer des Klienten, der auf die Tafel geschrieben wurde, skizziert den Hintergrund des Klienten und listet die erforderlichen Maßnahmen auf.
- Der Krisenplan, der vorab vorbereitet wurde, wird in die Tat umgesetzt.
- Zusätzliche Vereinbarungen bezüglich eines ‚shared caseload‘ und intensiver Versorgung werden getroffen.
- Der Psychiater ist dafür verantwortlich, innerhalb von 24 Stunden eine Risikobewertung zu machen (oder machen zu lassen) und muss sich innerhalb von 24 Stunden mit der Medikation des Patienten vertraut machen.

Mit der FACT-Tafel zu arbeiten bedeutet, dass die Teammitglieder in ihrem Terminkalender Termine frei lassen müssen, um in der Lage zu sein, auf neue Versorgungsbedürfnisse flexibel reagieren zu können. Wenn ein Klient auf die Tafel geschrieben wird, muss der Psychiater innerhalb von 24 Stunden entscheiden, ob er den Klienten kurzfristig persönlich untersuchen sollte, um seine Medikation zu optimieren und den Risikostatus zu beurteilen.

Wenn ein Klient auf die FACT-Tafel geschrieben wird, wechselt die Versorgung des Klienten von individueller Versorgung hin zu einer Teamversorgung mit einem ‚shared caseload‘. Dies bedeutet, dass mehrere Teammitglieder den Klienten zuhause besuchen werden. Es hat sich als hilfreich erwiesen, dem Klienten und seiner Familie dieses Vorgehen vorab zu erklären, damit sie verstehen, dass mehrere Teammitglieder kommen werden, um eine zusätzliche Versorgung anzubieten.

Das Team arbeitet mit Sprechzeiten. Jedoch berücksichtigen wir, ob zusätzliche Termine mit dem psychiatrischen Notfalldienst oder dem Krankenhaus außerhalb der Sprechzeiten notwendig sind.¹³ Manchmal bieten auch mehrere Teams gemeinsam (manchmal in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus) eine zusätzliche Versorgung tagsüber am Samstag und Sonntag an. Eine Pflegekraft besucht dann Klienten verschiedener Teams. Dies dient vor allem dazu, die Medikation zu überwachen und Struktur zu geben. Dieses ‚Wochenend-FACT‘ hilft den Klienten, durch das Wochenende zu kommen. Es reduziert die Anzahl der Krankenhausaufnahmen an Freitagnachmittagen und ermöglicht dem Krankenhaus auch, Patienten freitags zu entlassen, weil ihnen eine anfängliche Versorgung und Unterstützung garantiert ist.

¹³ Die niederländischen Dienste für psychische Gesundheit haben gut organisierte psychiatrische Notfalldienste in allen Regionen der Niederlande. Diese Dienste können über den Hausarzt kontaktiert werden. In den meisten Fällen hat der Notfalldienst Zugriff auf die elektronische Patientenakte, die ein separates Modul mit dem Krisenplan des Klienten enthält.

Der FACT-Arbeitsablauf

Die Teamversorgung wird beendet, wenn ein Klient nicht mehr länger zu einer der Gruppen gehört, die auf der FACT-Tafel stehen. Dann wird der Name des Klienten von der Tafel entfernt. Auch dafür gibt es ein standardisiertes Vorgehen:

- Der Klient kann nur in den morgendlichen FACT-Meetings von der Tafel entfernt werden.
- Das Team muss dem zustimmen.
- Dies muss die Zustimmung des Psychiaters einschließen – wenn der Psychiater bei dem Meeting nicht anwesend ist, kann der Klient nicht von der Tafel entfernt werden.
- Anschließend evaluiert der Fallmanager den Zeitraum der intensiven Versorgung mit dem Klienten und seiner Familie. War die Versorgung eine hilfreiche Unterstützung, lieferte sie dem Klienten und der Familie was sie wollten, haben wir irgendetwas vergessen oder etwas getan, was nicht hilfreich war?
- Auf Grundlage dieser Evaluation kann der Krisenplan des Klienten für das nächste Mal angepasst werden.

3.3. Kriterien um Personen auf die FACT-Tafel aufzunehmen

Wir haben bereits die Kategorien für die Gründe aufgelistet, weshalb Klienten auf die FACT-Tafel geschrieben werden. Diese Kategorien werden wir nun detaillierter besprechen.

- **Krisenprävention**
 - Dies ist eine relativ ‚milde‘ Gruppe; bestimmten Klienten wird in Erwartung von voraussehbaren Stressoren zusätzliche Aufmerksamkeit geschenkt, gesteuert vom Rückfall-Präventionsplan (zum Beispiel bei drohendem Verlust aufgrund der

Erkrankung eines Mitbewohners oder bei drohenden Problemen aufgrund eines Gerichtsverfahrens).

- Diese Gruppe beinhaltet auch Klienten, die erste Anzeichen und frühe Symptome einer möglichen Dekompensation gezeigt haben; das Ziel ist es, wenn möglich, eine Krankenhausaufnahme zu verhindern.
 - Für diese Gruppe wurde in den meisten Fällen die Versorgung noch nicht intensiviert, aber für das Team ist es wichtig, sich der Vulnerabilität des Klienten bewusst zu sein. Wenn dann etwas passiert, während der Fallmanager eines Klienten nicht da ist, kann das Team trotzdem angemessen reagieren.
- **Intensive Kurzzeitversorgung**
 - Verschlechterung von psychischen Symptomen/Krise, Suchtprobleme
 - Es ist erstrebenswert, eine bestimmte Behandlung und/oder Versorgung zu intensivieren
 - Klienten mit Lebensereignissen
 - Drohende Krankenhauseinweisung
 - Suizidalität, riskantes Verhalten gegenüber anderen, bevorstehende Zwangsäumung
 - Klienten, die vor kurzem ins Krankenhaus eingewiesen wurden
 - **Nachsorge, Prävention von erneuten Einweisungen (Drehtür)**
 - Verwahrlosung, Zeichen von Beeinträchtigung anderer oder Gefahr
 - Wenn die intensivierte Versorgung für diese Kategorie beginnt, müssen oftmals alle Mitarbeiter tätig werden: die Diagnose muss abgeklärt werden, die Krise muss so schnell wie möglich unter Kontrolle gebracht

werden, es müssen Vereinbarungen mit der Umgebung des Klienten getroffen werden und möglicherweise auch für ein ‚Bett auf Anfrage‘ (sehr kurzfristige Einweisung)

- **Intensive Langzeitversorgung**

- Dies ist eine Gruppe von sehr bekannten Klienten, die eine tägliche Langzeit- oder sogar Dauerversorgung benötigen, um in der Lage zu sein, außerhalb des Krankenhauses zurechtzukommen; dies sind normalerweise Klienten mit einem GAF < 40 und mit einem geringfügigen sozialen Netzwerk, obwohl versucht wurde, ein soziales Unterstützungssystem aufzubauen.
- Dies sind auch die Klienten, bei denen ohne tägliche Versorgung das Risiko besteht, zu verwahrlosen, die Medikation zu verweigern oder andere zu Belästigen.
- Viele von ihnen sind Patienten, die in der Vergangenheit häufig ins Krankenhaus eingewiesen wurden – die ‚Drehtür‘-Patienten. Für sie ist es das Ziel, die Zahl der Einweisungen und die Anzahl der Tage pro Aufenthalt zu reduzieren. Manchmal verbringen sie auch einen kleinen Teil des Tages im Tagesprogramm des Krankenhauses oder in einem Teilzeitprogramm für akut Erkrankte..
- Zu einem großen Teil überschneidet sich diese Gruppe mit der Gruppe der Gruppe der klassischen ACT-Patienten.

- **Klienten, die die Behandlung meiden**

- Patienten, mit denen der Kontakt frustriert ist, die sich nicht an Vereinbarungen halten, bei denen jedoch keine Verwahrlosung, Belästigung oder Risikoaspekte bestehen: bei diesen Menschen liegt der Fokus auf der gegenwärtigen Annäherung, Motivation und Informationssammlung.

- siehe Box auf Seite 42

- **Hochrisiko-Klienten, die die Behandlung meiden**

- Patienten, die die Behandlung verweigern und bei denen die Gefahr oder ein erhebliches Risiko besteht, einen schweren Schaden zu erleiden. An diesem Punkt kann das Team nicht länger warten und muss intervenieren, es wendet aufsuchend-nachgehende Versorgung an; möglicherweise in Verbindung mit der Familie oder dem Polizeibeamten der Gemeinde wird das Team darauf bestehen, Kontakt aufzunehmen, um den Patienten zu informieren, dass die Behandlung notwendig wird und dass, wenn nötig, Druck und Zwang ausgeübt werden, um Gefahr oder Belästigung zu verhindern.

- **Aufnahmegruppe**

- Alle Klienten, die in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurden; diese Klienten werden wöchentlich besucht im Kontext der integrierten (‚transmuralen‘) Versorgung.
- Alle Klienten, die in ein normales Krankenhaus eingewiesen wurden; diese werden auch besucht; ihre Entlassung wird vorbereitet, eine Unterstützung zuhause wird eingerichtet.
- Alle Klienten in Haft werden besucht; Kontakt mit Justizbehörden wird aufgenommen, speziell in Bezug auf die Entlassung aus dem Gefängnis, mögliche Bewährungsaufgaben, Beginn eines Entzugs und Medikation während des Gefängnis-aufenthaltes.

- **Neue Klienten**

- Immer 2–3 Wochen, damit verschiedene Teammitglieder sie kennenlernen
- Siehe an anderer Stelle im Manual.

Der FACT-Arbeitsablauf

- **Forensische Klienten**

- Alle Klienten, die einer Behandlungsverordnung der Gemeinde unterliegen (unfreiwillige Behandlung)
- Alle Klienten, die Gerichtsbeschlüssen unterliegen, so wie einer forensisch-psychiatrischen Betreuung oder Auflagen für eine vorläufige Entlassung.

Diese Zusammenfassung zeigt, dass es nicht immer zu einer signifikanten Steigerung der Versorgung führt, wenn ein Klient auf die Tafel geschrieben wird. Manchmal geht es eher darum, Informationen zu teilen (manchmal von anderen Einrichtungen und von der Gemeinde). Gemeindenah zu arbeiten, generiert durch viele verschiedene Kontakte und Begegnungen in der Gegend viel mehr Informationen über einen Klienten. Teammitglieder erhalten oft nebenbei (auch von anderen Klienten) Informationen darüber, wie es den Personen geht. Dies wird dann in den FACT-Tafel-Meetings geteilt. Das bedeutet, dass jeder Fallmanager zusätzliche Ohren und Augen hat.

Die FACT-Tafel wird auch als Kalender genutzt: Interventionen, die eingerichtet worden sind, werden auf der digitalen FACT-Tafel aufgezeichnet – wie die dreiwöchentlichen Termine für Depotinjektion für bestimmte Klienten. Zwei Tage vor dem Depot-Termin wird eine Erinnerung als pop-up auf der Tafel angezeigt. Wenn die Depotinjektionen nicht aufgezeichnet wird, wird diese Box am Tag nach dem Datum des Termins in rot markiert.

Verlängerungen von Gerichtsbeschlüssen werden auf die gleiche Art und Weise überwacht; die Tafel zeigt ausreichend lange vor dem Ablaufdatum eine Erinnerung an.

Offensichtlich gibt es viele Gründe, warum ein Klient auf die FACT-Tafel aufgenommen werden kann. Die Ziele, die Teammitglieder haben, wenn sie einen Klienten auf die Tafel aufnehmen, variieren ebenfalls stark:

1. **Um die Behandlung zu verbessern**

Zum Beispiel verstärkter Kontakt in Verbindung mit Trauer oder Psychoedukation, aber oftmals auch das Liefern von Medikamenten oder Anordnen von Laboruntersuchungen

2. **Um die Versorgung zu verbessern**

Zum Beispiel das Bereitstellen von Unterstützung, Struktur, Tagesrhythmus, Körper- und Hauspflege

3. **Um intensive Rehabilitation oder Genesungsunterstützung zu verbessern**

Zum Beispiel das Vermerken auf der Tafel, dass einem Klienten ein großer Schritt bevorsteht, wie ein Umzug oder der Beginn eines bezahlten Jobs

4. **Um eine bessere Überwachung zu organisieren**

Zum Beispiel, um Belästigung zu vermeiden, um Substanzgebrauch so weit wie möglich zu verhindern, gegebenenfalls um die Einhaltung der Bewährungsaufgaben zu überwachen

5. **Um einen Klienten zu unterstützen, der wieder nach Hause kommt**

Zum Beispiel die Führung und Beratung eines Klienten nach einem längerfristigen Klinikaufenthalt oder nach der Haft; die ersten Wochen dieses Zeitraums sind oft entscheidend, um einen Rückfall zu verhindern

6. **Um bessere ‚Verknüpfungen‘ zu organisieren**

Zum Beispiel durch die Bereitstellung einer aufsuchend-nachgehenden Behandlung und die gemeinschaftliche Suche nach Wegen, den Klienten zu motivieren, sich behandeln zu lassen.

Dies alles sind Ziele, die für ein Teammitglied allein schwer zu erreichen sind; aber die kurzen täglichen Teammeetings erzeugen manchmal überraschende Perspektiven.

3.4. Integration von Behandlung, Versorgung, Rehabilitation und Genesung innerhalb von FACT

FACT ist ein besonderes Modell, weil es auf die Kombination verschiedener Elemente fokussiert: (1) leitliniengerechte Behandlung, (2) Versorgung und Rehabilitation, (3) Genesungsunterstützung und (4) arbeiten mit Unterstützungssystemen in der Familie und der Gemeinde.

Das Buch ‚Classics of Community Psychiatry‘ (Rowe et al., 2011) ist eine Ausgabe der fünfzig wichtigsten Artikel zur Sozialpsychiatrie der letzten hundert Jahre. Beim Blättern durch diese Artikel sehen wir, dass Autoren oftmals ein oder zwei wichtige Elemente hervorheben, wie zum Beispiel Fallmanagement, Kontinuität der Versorgung, Behandlung oder die Bedeutung von Genesung. Der Ansatzpunkt von FACT ist, dass viele verschiedene wichtige Elemente notwendig sind. Die Herausforderung besteht darin, all diese verschiedenen Aspekte zu integrieren. Für jedes Individuum versucht FACT, eine sorgfältig balancierte Kombination aus all diesen Elementen zu finden. Die täglichen FACT-Tafel-Meetings helfen bei der Koordination von Interventionen und dabei, als Antwort auf die erhaltenen Informationen zu entscheiden, was an diesem bestimmten Punkt notwendig, erstrebenswert und möglich ist. Für die Klienten, die eine individuelle Betreuung erhalten, wird mindestens einmal im Jahr eine Behandlungsplanbesprechung abgehalten.

Die niederländische multidisziplinäre Richtlinie für Schizophrenie bestimmt (wie ähnliche Richtlinien in anderen Ländern auch), welche Behandlungen genutzt werden können, wie beispielsweise Medikation, psychologische Interventionen, Psychoedukation und Familientherapie. Diese Interventionen müssen den Klienten und deren Familien auch erklärt werden und manchmal proaktiv angeboten werden.

In FACT sind Rehabilitationsaspekte in den Behandlungsplan integriert. Behandlungsziele werden von

dem Klienten formuliert und auf eine persönliche und verständliche Art und Weise in der Sprache des Klienten niedergeschrieben. Klienten können von ihrem eigenen Fallmanager oder von speziellen Rehabilitationsmitarbeitern, wie Erwerbstätigkeits-spezialisten, darin unterstützt werden, diese Ziele zu erreichen.

FACT zielt darauf ab, die Klienten in ihrem Genesungsprozess zu unterstützen. Das Ziel für die Klienten ist es, ihr Funktionsniveau zu optimieren und auf eine Art und Weise an der Gesellschaft teilzunehmen, die ihnen gefällt und die sicher ist.

Genesung (engl. recovery) (Ridgway et al. 1999) bedeutet:

1. Wiedergewinnen eines positiven Selbstbildes trotz der anstrengenden Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung. Dies beinhaltet eine Reise vom Aufgeben zu hoffnungsvollem und realistischem Optimismus, von Distanzierung zu Sinn und Zweck, von einem psychiatrischen Patienten zu einer Persönlichkeit, für die die Krankheit nicht im Vordergrund steht.
2. Aktive Selbstverwaltung des Lebens und der psychischen Erkrankung durch den Klienten. Dies beinhaltet eine Reise von einem passiven Patienten hin zu einem aktiven Klienten, von Stressanfälligkeit zu aktivem Selbstmanagement, von Verwahrlosung zu einer Entwicklung, die auf einen positiven Lebensstil, Selbstversorgung und Wohlbefinden fokussiert.

Der FACT-Arbeitsablauf

3. Wiedergewinnen eines Lebens außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen. Dies beinhaltet den Wechsel von einem Leben, das vor allem in einer psychiatrischen Einrichtung verbracht wird, zu einem Leben in einer Gemeinschaft, von Rückzug und Passivität zu aktiver Teilnahme an sinnvollen Aktivitäten und von sozialer Isolation zu Beziehungen und Einbindung in die Gesellschaft.

FACT fokussiert auch auf die Interaktion zwischen Klienten und ihrer Umgebung. Für FACT spielen die Familienmitglieder des Klienten eine sehr wichtige Rolle. Sie bieten oft Unterstützung an, sind besorgt und kennen den Klienten viel länger, als die Teammitglieder. Manchmal sind Beziehungen zerbrochen, aber es besteht Bedarf, sie wiederaufzubauen. Leitliniengerechte Behandlung beinhaltet Psychoedukation und andere Interventionen mit der Familie.

Da FACT darauf abzielt, die Inklusion des Klienten in die Gemeinschaft zu unterstützen, muss FACT ein zuverlässiger und zugänglicher Partner für die Gemeinde und für Einrichtungen sein. Die endgültige Integration eines Klienten in die Gesellschaft hängt von einer Vielzahl an anderen Einrichtungen und Dienstleistungen ab. Zwischen diesen Dienstleistungen und FACT gibt es eine sich überschneidende Fläche, in der sie sich gegenseitig als Partner finden müssen.

Patienten, die die Behandlung meiden

Es gibt auch eine Gruppe von Patienten, die den Kontakt zu dem Team und Versorgungspersonal ablehnen. Ein mangelndes Bewusstsein für den eigenen Zustand oder mangelnde Krankheitseinsicht können dabei eine Rolle spielen, aber auch ein Mangel an Vertrauen oder vorherige negative – teilweise sehr negative – Erfahrungen mit Pflegekräften und Psychiatern haben einen Einfluss. Wir sprechen bei diesen Patienten von Patienten, die die Behandlung meiden. Wir versuchen,

Kontakt zu ihnen herzustellen, zum Beispiel indem wir ihnen praktische soziale Unterstützung anbieten. Wenn sie jedoch nichts möchten, respektieren wir das. Wir unterscheiden dabei auch ‚Hochrisiko-Patienten, die die Behandlung meiden‘. Wie hoch das Risiko ist, hängt von dem Ausmaß ab, in dem sie sich selbst ernsthaft benachteiligen oder sogar eine Gefahr für sich selbst oder ihre Umgebung darstellen sowie von dem Ausmaß, in dem dies durch ihre psychische Erkrankung verursacht wird.

Wir bezeichnen Menschen, die ein sehr zurückgezogenes Leben mit sehr wenigen Kontakten führen, sich jedoch nicht schwerwiegend selbst vernachlässigen, als Patienten, die die Behandlung meiden. Wir versuchen, auf informelle Weise Kontakt zu ihnen aufzunehmen. Wir versuchen ‚attraktive‘ und ‚vernetzende‘ Versorgung anzubieten, zum Beispiel durch eine kurze Unterhaltung auf der Straße oder indem den Menschen Unterstützung in Form von Begleitung zu verschiedenen Diensten und Einrichtungen angeboten wird. Wir suchen nach einer Öffnung, aber drängen uns ihnen nicht auf. Peer-Berater können bei der Kontaktaufnahme eine wichtige Rolle spielen.

Wenn Patienten bedingt durch ihre Erkrankung geistig unzurechnungsfähig sind und – zum Beispiel – sich selbst stark vernachlässigen oder ihre Umwelt erheblich stören, bezeichnen wir sie als ‚Hochrisikopatienten, die die Behandlung meiden‘. Das Team versucht dann, den Kontakt aufsuchend und nachgehend herzustellen. Teammitglieder koordinieren die Behandlung mit der Familie und gegebenenfalls mit sozialen Diensten. Das Team bietet dann eine ‚aufsuchend-nachgehende Behandlung‘ an, um Patienten für die Versorgung zu begeistern (Fallermittlung) und sie in der Versorgung zu halten (Verknüpfung). Manchmal kann dies zu einem Gerichtsbeschluss für unfreiwillige Behandlung führen, die ebenfalls von dem Team geleistet wird. Dann ist das Ziel, Sicherheit zu gewährleisten.

3.5. Behandlungsplan und Behandlungsplan-Kreisläufe

Um eine Behandlung und Betreuung mit so vielen verschiedenen Komponenten im Auge zu behalten, ist ein Behandlungsplan unerlässlich. In den Niederlanden gibt es klare Vereinbarungen über die Standards, die ein Behandlungsplan erfüllen muss:

1. Jeder Klient muss im Besitz eines schriftlichen Behandlungsplans in verständlicher Sprache sein.
2. Der Plan muss in Absprache mit dem Klienten (und der Familie) aufgestellt werden.
3. Der Behandlungsplan muss die Ziele des Klienten beinhalten, in seinem eigenen persönlichen Wortlaut, zusammen mit der Behandlung sowie Maßnahmen zur Unterstützung und Rehabilitation, die vom Team vorgeschlagenen wurden.
4. Ein Krisen- oder Rückfallpräventionsplan ist oft ein Teil des Behandlungsplans.
5. Der Behandlungsplan muss regelmäßig evaluiert und aktualisiert werden, mindestens einmal im Jahr.

In einem FACT-Team ist der Fallmanager dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass die oben genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Das heißt, der Fallmanager muss jedes Jahr sicherstellen, dass der Plan evaluiert und bei Bedarf rechtzeitig aktualisiert wird.

1. Der Fallmanager plant die nächste Besprechung des Behandlungsplans in zehn Monaten.
2. Der Fallmanager bereitet den Plan in Absprache mit dem Klienten (und möglicherweise der Familie des Klienten) vor.

3. Vor dem Meeting füllt der Fallmanager gemeinsam mit dem Klienten einige Fragebögen aus, zum Beispiel den HoNOS, MANSA oder die IDDT Skala.
4. Der Fallmanager sammelt Daten von somatischen Untersuchungen.
5. Der Fallmanager bespricht das vergangene Jahr mit dem Klienten und evaluiert, inwieweit die zuvor aufgestellten Ziele erreicht worden sind.
6. In Absprache mit dem Klienten kann der Fallmanager sich auch an ein Familienmitglied wenden, um das vergangene Jahr zu evaluieren.
7. In Absprache mit dem Klienten erstellt der Fallmanager einen Entwurf des Behandlungsplans, der alle Bereiche des Lebens umfasst und auch den körperlichen Zustand des Klienten mit einschließt.
8. Der nächste Schritt ist die multidisziplinäre Diskussion des Entwurfs des Behandlungsplans im Team. Der Psychiater und andere Teammitglieder, die an der Behandlung des Klienten beteiligt sind, nehmen an der Besprechung teil. Viele Teams laden auch den Klienten zu dem Meeting ein, um den Behandlungsplan zu besprechen. Andere Teams ziehen es vor, den Behandlungsplan mit dem Klienten in einer kleineren Gruppe zu besprechen (zum Beispiel nur der Klient, ein Familienmitglied, der Fallmanager und der Psychiater).
9. Der Behandlungsplan wird dann in Absprache mit dem Klienten angepasst. Der Plan enthält die Wünsche des Klienten und verschiedene Vereinbarungen mit dem Behandlungsteam (über die Behandlung, Medikation, Beratung, Arbeitssuche, mögliche Interventionen im Krisenfall).

Der FACT-Arbeitsauflauf

10. Schließlich unterschreibt der Klient den Plan (wenn er es möchte) und der Psychiater unterschreibt im Namen des Teams.
11. Sobald der Plan verabschiedet wurde, kann dem Klienten eine Kopie ausgestellt werden, wenn er eine haben möchte.

Das Sanduhr-Modell



4.1. Die verschiedenen Rollen von Versorgungspersonal

In einem FACT-Team muss das Versorgungspersonal die ganze Zeit die Rollen tauschen. Ein Fallmanager, der einen Klienten individuell betreut, hat oftmals einen persönlichen Ansatz. Er kennt den Klienten gut und kann über praktische Dinge, Haushaltsangelegenheiten, Finanzen oder Medikation sprechen, aber auch über persönliche Dinge wie intime Beziehungen oder die Bewältigung von Trauer. Fallmanager, die Klienten im Rahmen einer intensiven Teamversorgung betreuen, werden weniger wahrscheinlich tiefgehende persönliche Gespräche mit den Klienten führen; sie kommen vor allem, um Unterstützung und Struktur zu bieten, um den Klienten zu aktivieren, etc.

In der individuellen Betreuung haben Fallmanager ebenso viele verschiedene Rollen; ein Fallmanager ist manchmal eine Vertrauensperson, manchmal ein praktischer Berater in Bezug auf andere Einrichtungen und Angebote und manchmal auch die Person, die eine Zwangsbehandlung in Übereinstimmung mit einem Gerichtsbeschluss auszuführen hat.

Diese Vielzahl von Rollen gilt auch für den Psychiater (manchmal Vertrauensperson, manchmal der Lieferant von Medikamenten, was oft als sehr unangenehm empfunden wird, und manchmal die Person, die das Gericht auffordert, eine Zwangs-

behandlung anzuordnen) und den Psychologen. Für Teammitglieder in FACT-Teams, die gerade erst anfangen, hat sich dieser dauernde Rollenwechsel oftmals als herausfordernd erwiesen, insbesondere für Gesundheits- und Krankenpfleger, die in einem Krankenhaus ausgebildet wurden. Im Verlauf der Gespräche mit diesen Teammitgliedern haben wir das ‚Sanduhr-Modell‘ entwickelt.

4.2. Das Sanduhr-Modell

FACT-Teams bieten verschiedene Arten von Versorgung. Aus der Sicht des Versorgungspersonals unterscheiden wir drei Prozesse:

1. Umgang mit Destabilisierung
2. Behandlung
3. Genesung

Wir sollten diese drei Prozesse nicht in einer starren Art und Weise als ‚Phasen‘ sehen, die aufeinander folgen. Oftmals erhält ein Klient eine Behandlung, arbeitet jedoch zur gleichen Zeit in Richtung Genesung und oftmals ist die Behandlung unerlässlich im Umgang mit Destabilisierung. Die Prozesse können sich überschneiden oder sich abwechseln. Dennoch erfordert jeder Prozess unterschiedliche Aktivitäten und eine andere Haltung seitens des Versorgungspersonals, welches in jedem Fall eine andere Rolle hat.

Das Sanduhr-Modell

Bez. 1) Umgang mit Destabilisierung

Der Begriff Destabilisierung bezieht sich auf eine Krisensituation mit der Gefahr eines Rückfalls, vermehrter Symptome oder Substanzgebrauch. Wenn die Gefahr einer wiederkehrenden Psychose besteht, brauchen die Klienten alle Energie die sie haben, nur um weiterzumachen wie bisher. Oftmals entstehen auch soziale Problem und wir sehen, dass sich die Selbstversorgung und die Versorgung der Umgebung verschlechtern. In dieser Situation werden wir eine optimale Krisenintervention bieten, um dem Klienten zu ermöglichen, die Episode sicher zu überwinden, wenn möglich ohne einen Rückfall und ohne eine erneute Klinikeinweisung.

Destabilisierung kann auch eine dauerhafte Eigenschaft von Menschen mit einer chronischen desorganisierten Psychose sein. Diese Klienten sind nicht länger in der Lage, ihr Leben auf Kurs zu halten, auch wenn sie es wollten. Die Aufgabe des FACT-Teams ist es dann, mit dieser langfristigen Destabilisierung umzugehen, indem eine permanente tägliche Versorgung und Struktur bereitgestellt wird.

Bez. 2) Behandlung

Die Behandlung umfasst nicht nur die Medikation, sondern auch psychologische Interventionen oder Interventionen, die sich auf Suchtprobleme oder Fertigkeitentraining beziehen. Der Prozess, in dem ein Spezialist für berufliche Rehabilitation mit einem Klienten arbeitet und ihn in Richtung einer bezahlten Arbeit lenkt, wird auch als eine Form der Behandlung angesehen, da der Klient mithilfe von Versorgungspersonal in Übereinstimmung mit Methoden arbeitet, die von dem Teammitglied genutzt werden, um die Funktionsfähigkeit des Klienten zu verbessern und die Symptome zu vermindern.

Bez. 3) Genesung

Dies ist der Bereich, in dem der Klient an seinem *selbstgesteuerten* Genesungsprozess arbeitet, unterstützt von dem Team mit Rehabilitation.

Das Versorgungspersonal übernimmt verschiedene Rollen für jeden Prozess:

Destabilisierung erfordert einen problemorientierten, direktiven und handlungsorientierten Ansatz. Eine Teamversorgung wird benötigt und Teammitglieder können einige der täglichen Aktivitäten des Klienten übernehmen.

Behandlungsprozesse drehen sich um die Zusammenarbeit mit dem Klienten. Die Behandlung dient dazu, die vom Klienten formulierten Ziele zu unterstützen. Auf Grundlage der gemeinsamen Entscheidungsfindung versucht das Team, Vereinbarungen mit dem Klienten bezüglich einer optimalen Behandlung zu treffen. Manchmal ist die Behandlung von verordnender Natur (Medikamente, Empfehlungen) und manchmal suchen der Klient und das Versorgungspersonal gemeinsam nach Lösungen (Psychotherapie). Fallmanager haben eine anregende und unterstützende Rolle in der Behandlung. Sie liefern Informationen und Beratung in Bezug auf die Behandlung oder sie motivieren Klienten, an einem bestimmten Behandlungsprogramm teilzunehmen, zum Beispiel an einer Vorbereitungsgruppe für Klienten mit Suchtproblemen.

Im **Genesungsprozess** unterstützt der individuelle Fallmanager oder Behandler den Klienten individueller und der Klient selbst steuert den Prozess. Das Vertrauensverhältnis zwischen dem Klienten und dem Fallmanager ist von entscheidender Bedeutung in diesem Prozess.

Wir haben das oben genannte in einem Diagramm zusammengefasst – die Sanduhr:

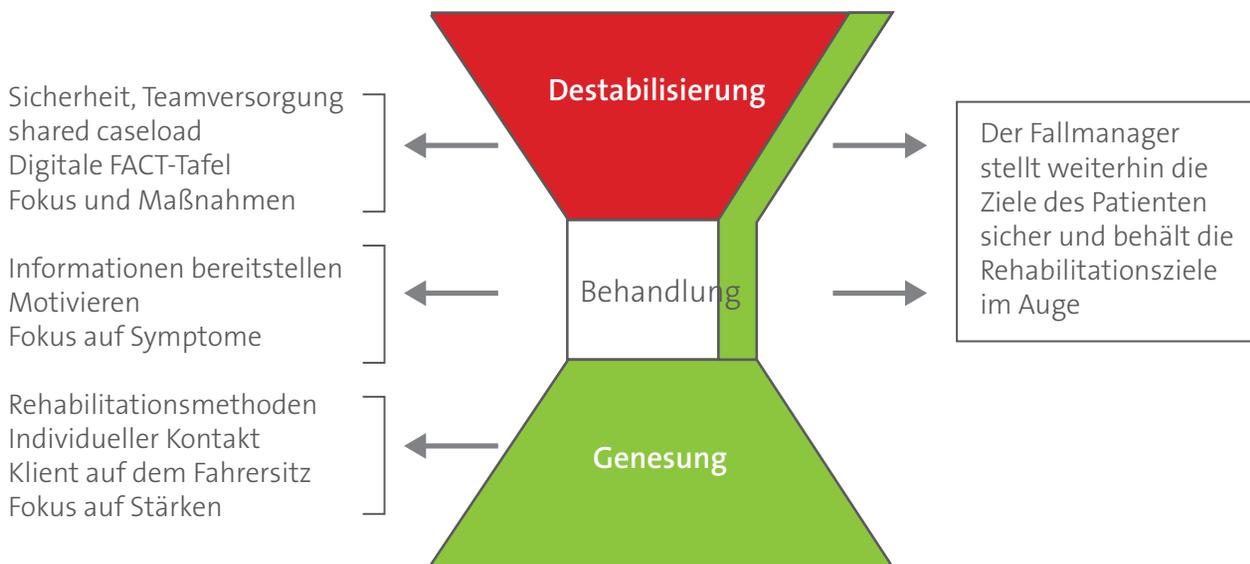


Abbildung 3

4.3. Arbeiten mit dem Sanduhr-Modell

Die Sanduhr zeigt, dass die Rolle des Fallmanagers (und anderer Teammitglieder) für jeden Prozess verschieden ist. Für jeden Prozess listet die linke Spalte:

- Das Ziel
- Das Arbeitsverfahren
- Wer die Zügel in der Hand hat
- Die Einstellung des Versorgungspersonals

Wir werden auf diese Aspekte im Detail eingehen und dabei auf den Fallmanager fokussieren:

Destabilisierung erfordert einen problemzentrierten, krisenlösenden Ansatz. Dies kann Betreuung, Beratung, Unterstützung oder das Vermitteln von zusätzlicher Unterstützung bei der Körperpflege mit sich bringen. Aber es kann auch Übernahme und Schutz bedeuten und wenn notwendig (wenn die Situation gefährlich ist) Druck oder letztendlich Zwang auszuüben. Der Klient ist auf der FACT-

Tafel. Der Fallmanager arbeitet nun als Mitglied des Teams und trifft Teamvereinbarungen für ein gemeinsames Handeln. Der Fallmanager wird die gemeinsame Teamversorgung leiten. Der Fallmanager wird auch die Akte des Klienten auf dem Laufenden halten und den Kontakt zu den Schlüsselpersonen in dem Netzwerk des Klienten erhalten.

In Bezug auf die Behandlung ist es die Rolle des Fallmanagers, Informationen zu liefern, den Klienten zu motivieren und eine Gruppenbehandlung in Form einer Psychoedukation oder eines Fertigkeitentrainings nach Liberman zu bieten etc. Der Fallmanager arbeitet mit dem Psychiater oder dem Psychologen oder mit anderen Behandlern zusammen. Als persönlicher Betreuer des Klienten evaluiert er die Behandlung mit dem Klienten. Dem Klienten muss eine angemessene Behandlung zur rechten Zeit angeboten werden. Dies erfordert Diagnostik – das Team muss beurteilen, welche Interventionen helfen könnten. Der nächste Schritt ist, dem Klienten und seiner Familie die Behandlung zu erklären und ihn dazu anzuregen, der Behandlung zuzustimmen. Der Fallmanager kann den Psychologen oder Psychiater bitten, einen Termin zu vereinbaren oder ihn

Das Sanduhr-Modell

bei einem Hausbesuch zu begleiten. Viele Behandlungen werden von Mitgliedern des Teams durchgeführt, sodass Überweisungen schneller und niedrigschwellig stattfinden können.

In Bezug auf Genesung ist die Rolle des Fallmanagers individuell; der Fallmanager schafft Bedingungen, die zur Genesung beitragen und verfolgt den Prozess mit Interesse. Der Fallmanager ist präsent und aufmerksam und konzentriert sich auf die Erhöhung der Autonomie des Klienten. Dies ist die Rolle eines Trainers, Führers oder Reisebegleiters. Bei der Genesung ist der Klient der Fahrer und das Versorgungspersonal ist ein interessierter Passagier, der neben dem Klienten oder auf dem Rücksitz sitzt. Das Einzelgespräch ist in diesem Zusammenhang wichtig. Die Rolle des Versorgungspersonals als ‚klinischer Experte‘ verschiebt sich zu der Rolle eines Partners (Salyers et al. 2007). Bei Bedarf kann das Versorgungspersonal Rehabilitationstechniken/-methoden nutzen, um den Klienten dabei zu unterstützen, eigene Ziele zu formulieren und die Führung zu übernehmen. Das Stärken-Modell (Rapp & Goscha 1998) bietet zudem spezifische Instrumente und Methoden für die Unterstützung. Obwohl die Rolle des Fallmanagers individuell ist und die Schaffung von Bedingungen mit sich bringt, hat die Erfahrung gezeigt, dass in der Tat mehrere Teammitglieder bei der Bereitstellung von Unterstützung beteiligt sind, so wie Peer-Berater, der Spezialist für berufliche Rehabilitation, der Psychiater für die Aktualisierung der Medikation etc.

Dieser Ansatz, der als genesungsorientierte Versorgung bezeichnet wird, ist ein wesentlicher Bestandteil von FACT. Er ist sowohl für die individuellen Klienten als auch für die allgemeine Haltung des Teams wichtig. Er gleicht die zum Teil sehr vorschreibenden und direktiven Aspekte von FACT aus. In der Vergangenheit gab es viel Kritik in den Vereinigten Staaten über übermäßig aufsuchend-nachgehende ACT-Teams, die in ihrer Begeisterung und mit dem Fokus auf die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen manchmal die eigenen Ziele des Klienten

aus den Augen verloren haben. Die Einführung von genesungsorientiertem ACT stellte das Gleichgewicht wieder her.

Rollenwechsel – ein Beispiel

Vor dem morgendlichen Meeting um 9:00 Uhr besucht Anja um 8:10 Uhr Herrn De Jager. Herr De Jager lebt alleine und hat vor kurzem einen ehrenamtlichen Job begonnen, bei dem er um 9:00 Uhr vor Ort sein muss. So früh morgens anzufangen ist sehr schwer für ihn und er hat für ein paar Wochen um Hilfe gebeten, um in diesen täglichen Rhythmus hineinzukommen. Einer der Fallmanager besucht ihn jeden Tag. Anja kontrolliert, dass er rechtzeitig aufgestanden ist, gibt ihm seine Medikation und erinnert ihn daran, sein Mittagessen einzupacken. Danach geht Anja in das Büro des FACT-Teams. An diesem Tag hat sie vier weitere Termine mit ihren eigenen Klienten.

Bei dem morgendlichen FACT-Tafel-Meeting werden die Klienten auf der Tafel kurz besprochen, um zu schauen, ob es Neuigkeiten gibt. Anja hat nichts Bestimmtes über Herrn De Jager zu berichten, aber der Spezialist für berufliche Rehabilitation berichtet, dass Herr De Jager sehr stolz darauf ist, dass er es geschafft hat, in den täglichen Rhythmus hineinzukommen. Eine neue Klientin, Frau Langerdam, wurde aufgenommen; sie wird auf die Tafel geschrieben. Sie ist möglicherweise eine Patientin, die die Behandlung meidet; bisher gibt es wenig Klarheit in Bezug auf ihre Probleme. Es wird vereinbart, dass Anja und der Psychiater sie um 11:30 Uhr besuchen werden, um sich die Situation anzuschauen und zu sehen, ob eine Medikation benötigt wird. Um 10:00 Uhr hat Anja ein Treffen mit Merel, einer Klientin, die vor kurzem die MANSA (Manchester Quality of Life)-Skala ausgefüllt hat. Sie sprechen über Merels Zufriedenheit und Unzufriedenheit in verschiedenen Bereichen. Die wichtigste Frage ist, in welchen Bereichen Merel Dinge verändern möchte. Wo liegen ihre Ambitionen

und Hoffnungen? Es stellt sich heraus, dass Merel ist mit ihrem begrenzten sozialen Netzwerk; sie erwägt, einen Kurs zum Thema ‚mit deinen eigenen Erfahrungen arbeiten‘ zu besuchen.

Um 11:30 Uhr ist Anja an der Haustür von Frau Langerdam. Der Psychiater kommt an. Anja klingelt an der Tür und sie gehen gemeinsam rein. Es wird schnell deutlich, dass diese Frau nicht wirklich abgeneigt ist, eine Versorgung anzunehmen und bereits woanders in Behandlung gewesen ist. Sie schätzt es, Unterstützung zu erhalten, möchte jedoch nicht in eine Klinik eingewiesen werden. Es wird vereinbart, dass Anja im Laufe der nächsten Wochen mit Frau Langerdam ihre Probleme durchsprechen wird und dass sie beginnen wird, ihre Medikation wieder zu nehmen. Anja wird auch den Besuch eines Psychologen arrangieren und in Bezug auf ihre körperliche Verfassung die Untersuchung von einem Allgemeinmediziner.

An einem Morgen hat Anja alle verschiedenen Rollen übernommen: Organisation und Beratung, Diagnostik und Krisenintervention, Motivation eines Klienten, die Behandlung zu akzeptieren und über Genesung reden. Dies bedeutet, den gesamten Morgen über die Rolle zu wechseln.

4.4. Die rechte Säule im Sanduhr-Modell

Viele Versorgungsmitarbeiter neigen dazu, sequenziell zu denken: ‚der Klient muss sich zunächst stabilisieren, nur dann wird es Raum für Rehabilitation geben‘. Das Versorgungspersonal ist oftmals auch unnötig pessimistisch in Bezug auf Genesung und Rehabilitation. Dies sind Haltungen, von denen sich die Genesungsbewegung distanzieren will. Schritte in Richtung Genesung können genauso gut auch in einer Krise gegangen werden.

Ein weiteres Problem ist, dass es dem Versorgungspersonal während der Behandlung oder beim Verhindern einer Destabilisierung manchmal nicht be-

wusst ist oder sie vergessen, was die Genesungsziele des Klienten sind – und manchmal übersehen sie sogar die jüngsten Ergebnisse eines Genesungsprozesses. In diesem Fall können sie den Genesungsprozess mit gut gemeinten Interventionen auch stören.

Deshalb geht der grüne Balken in dem Sanduhr-Modell auf der rechten Seite von ‚Genesung‘ den ganzen Weg bis zur ‚Behandlung‘ und ‚Destabilisierung‘. Dieser grüne Balken symbolisiert, dass auch während der Behandlung und Destabilisierung der Fokus auf den Genesungszielen des Klienten liegen muss; es bedeutet, dass Genesung in all den Phasen vorhanden ist.

Beispiel

Nach vielen Psychosen und häufigem Drogenmissbrauch hatte John den Kontakt zu seinem Vater verloren. Johns Vater hatte sich zurückgezogen, weil John in psychotischen Episoden mit Drohungen und Forderungen zu ihm nach Hause gekommen ist. Der Vater war sehr enttäuscht, teilweise wegen des Drogenmissbrauchs und Diebstahls von John – der auch bei dem Vater zuhause stattgefunden hatte.

John bekam in einer ruhigeren Phase Kontakt zu dem FACT-Team und erkannte, dass er den Kontakt zu seinem Vater wiederherstellen möchte. Dies nahm viel Zeit in Anspruch und erforderte einen vorsichtiges Vorgehen. Der Vater wollte nicht nochmal bitter enttäuscht werden. Allerdings gelang es John, sich mit ihm in Verbindung zu setzen; mit der Hilfe seines Fallmanagers baute er neue Brücken mit seinem Vater. Sie waren in der Lage, sich auszusprechen. Letztendlich besuchte John seinen Vater jeden Mittwoch.

Leider hatte John einen Rückfall und für eine Weile wurde er ebenso schwierig wie in der Vergangenheit. Er war wahrscheinlich auch nicht ganz abstinent. Beim FACT-Tafel-Meeting am Dienstag

Das Sanduhr-Modell

wurde angemerkt, dass nun zusätzliche Maßnahmen benötigt würden, um zu verhindern, dass der Vater erneut mit den alten Problemen konfrontiert wird.

In Absprache mit John wurde der Vater benachrichtigt und die Besuche am Mittwochmittag wurden zunächst für eine Weile aufgeschoben und dann unter Aufsicht wieder aufgenommen. Für John war dies akzeptabel: das Ziel war es, einen seiner eigenen Genesungserfolge, den er nicht gefährden wollte, vorübergehend zu schützen.

Eine der Schlüsselrollen des Fallmanagers ist es, die Aufmerksamkeit des Teams und des Versorgungspersonals auf den Genesungsprozess des Klienten zu lenken und auf die Dinge, die dem Klienten besonders wichtig sind.

FACT in der Praxis



5.1. Stärken, Genesung und Rehabilitation

Für ein FACT-Team ist es sehr wichtig, die Vision der eigenen Fähigkeiten und Stärken der Klienten klar zu formulieren. Wir sind uns bewusst, dass dieser Aspekt in den verschiedenen Ländern, in denen FACT implementiert wurde, unterschiedliche Auswirkungen haben kann. Daher werden wir nur auf einige kurze Passagen aus Kapitel 4 des niederländischen FACT-Manuals eingehen, in denen Van Weeghel die Interaktion zwischen Genesungsunterstützung und Rehabilitation ausführlich diskutiert.

In den Niederlanden war das ‚Strengths Model of case management‘ (Rapp, 1998) eine gute Quelle der Inspiration, um Genesung und Rehabilitation eine Schlüsselrolle in der praktischen Implementierung von FACT zu geben. Die Prinzipien des Stärken-Modells sind:

- Schwerpunkt auf den Stärken der Klienten und nicht auf ihrer Pathologie
- die Arbeitsbeziehung zwischen dem Fallmanager und dem Klienten ist essenziell
- die Interventionen sind in Richtung Selbstbestimmung orientiert
- die Gemeinschaft ist eine Oase der Ressourcen und kein Hindernis

- Kontakte mit Klienten finden in der Gemeinschaft statt, nicht in einer Einrichtung für psychisch Kranke
- Menschen mit psychischen Störungen können lernen, wachsen und sich verändern

Die Stärken-Methode ist nicht so detailliert ausformuliert wie einige andere Rehabilitationsansätze. Sie ist pragmatischer, weshalb sie besser in die Dynamik eines ACT- oder FACT-Teams zu passen scheint.

Neben dem Stärken-Modell wird die genesungsorientierte Versorgung im Allgemeinen in den Niederlanden immer verbreiteter. Kürzlich formulierte Dröes (2008) die folgenden Besonderheiten:

Mit einer genesungsorientierten Versorgung

- sind Versorgungspraktiker auf eine aufmerksame Art präsent
- nutzen sie ihren beruflichen Bezugsrahmen in einer zurückhaltenden und bescheidenen Art
- reagieren sie persönlich auf Gefühle und Emotionen
- schaffen sie Raum für eigene Erzählungen der Klienten, unterstützen sie und richten sich nach ihnen

FACT in der Praxis

- erkennen und fördern sie die eigenen Stärken des Klienten, sowohl individuell als auch kollektiv (Empowerment)
- erkennen, nutzen und fördern sie die auf Erfahrung beruhende Expertise des Klienten
- erkennen, nutzen und fördern sie die Unterstützung, die dem Klienten von anderen gegeben wird
- fokussieren sie sich auf die Linderung von Leid und die Erhöhung der eigenen Autonomie des Klienten und der Kontrolle seines Lebens

Nach Dröes gelingt es dem Versorgungspersonal oftmals nicht, die eigenen Stärken des Klienten zu sehen. Er rät ihnen deshalb, nach diesen Stärken zu suchen. Klienten werden durch das Hervorbringen von eigenen Erzählungen, durch das Nutzen von auf Erfahrung beruhendem Wissen und durch das Gewinnen von Kontrolle über ihr eigenes Leben befähigt. Unterstützung von anderen spielt dabei eine wichtige Rolle; auch die Behandlung spielt eine Rolle, sofern die Rolle bescheiden und nicht dominant ist. Die Genesung wird gehemmt, wenn es zu viel Leid gibt. Die Handlungen des Versorgungspersonals müssen sich deshalb stets auf die Reduzierung dieses Leids konzentrieren.

Neben der Suche nach Stärken und Unterstützung der Genesung ist es auch die Aufgabe von FACT, die Rehabilitation des Klienten zu fördern. Rehabilitation ist eine Reihe an Idealen und Praktiken zur Erleichterung der funktionellen Genesung und der sozialen Integration und Inklusion von Menschen mit psychischen Störungen.

Die Hauptbereiche von Rehabilitation sind Wohnen, Arbeit, Ausbildung und soziale Kontakte. Das Bereitstellen von Rehabilitationsmaßnahmen sowie von anderen Formen der Versorgung kann sehr zu der Genesung des Klienten beitragen.

Verschiedene Ansätze sind international bekannt. Die meisten können in FACT gut eingesetzt werden. Dies zeigt eine Zusammenfassung der wichtigsten Trends im Rehabilitations-Denken von Drake et al. (2003):

- Interventionen müssen sich auf das Empowerment der Klienten fokussieren
- Klienten sollen Kompetenzen für das gewöhnliche Leben in einem Gemeinschaftssetting beigebracht bekommen
- Für jede soziale Rolle oder Umfeld müssen spezifische Fähigkeiten unterrichtet werden, weil nur sehr wenige Fähigkeiten für mehrere Bereiche verallgemeinert werden können
- Neben dem Einüben von Fertigkeiten muss das Versorgungspersonal Unterstützung aus dem Umfeld aktivieren
- Es ist besser, Klienten so schnell wie möglich in die gewünschte Umgebung zu bringen, als sie über einen langen Zeitraum schrittweise darauf vorzubereiten
- Es ist am besten, Rehabilitation in die Behandlung und weitere Versorgung zu integrieren
- Rehabilitation bedeutet auch, Stigmatisierung zu bekämpfen sowie Gesetze und Verordnungen zu ändern

Offensichtlich dreht sich alles um die Anwesenheit in dem realen Umfeld des Klienten. Dies passt gut in das Bild von FACT. Rehabilitationsmaßnahmen können innerhalb von FACT wirksam angewendet werden und ein FACT-Team sollte mehrere Rehabilitationsspezialisten enthalten.

5.2. Ziel Inklusion: Hilfen um ein gesellschaftliches Unterstützungssystem aufzubauen

Eine weitere Schlüsselaufgabe von FACT ist es, dazu beizutragen, Gemeinde-Unterstützungssysteme aufzubauen. Das Konzept des Gemeinde-Unterstützungssystems wurde von den Vereinigten Staaten eingeführt. In den Niederlanden bedeutet es, dass verschiedene Individuen und Dienstleister vereinbaren, miteinander und mit ihren Klienten zu arbeiten, um die soziale Unterstützung anbieten zu können, die gebraucht wird. In den Niederlanden gibt es in praktisch jedem Lebensbereich Einrichtungen, Gruppen und Einzelpersonen, die zu der Unterstützung und sozialen Eingliederung von Menschen mit psychischen Störungen beitragen können. Jedoch wird dieses Potential oftmals nicht genutzt, weil es ungeordnet, uneinheitlich und nicht zugänglich ist. Für ein Team ist es wichtig, die Möglichkeiten zu identifizieren und sie für den Klienten zu aktivieren. Deshalb hält das FACT-Team den Kontakt zu verschiedenen sozialen Diensten und Einrichtungen aufrecht; jeder Fallmanager hat eine Reihe von Dienstleistern, für die sie die Kontaktperson sind. Das bedeutet, dass das Team für jeden Klienten Vorschläge über den Aufbau eines Gemeinde-Unterstützungssystems machen kann. In Teams, die aktiv in Richtung Inklusion arbeiten, kann das Team für jeden Klienten angeben, welche Personen und welche Dienstleister Teil des individuellen Gemeinde-Unterstützungssystems des Klienten sind.

Vor kurzem gab es in den Niederlanden eine Diskussion darüber, wie FACT-Teams mit verschiedenen allgemeinen sozialen Teams, die von den Gemeinden eingerichtet wurden, in Beziehung gesetzt werden sollten. Einige Leute argumentieren für eine sehr enge Zusammenarbeit oder sogar ‚Verschmelzen‘ mit diesen Teams. Der Autor dieses Manuals ist nicht dafür. Meiner Meinung nach sollte ein FACT-Team serviceorientiert und offen für die Zusammenarbeit mit anderen Teams sein, jedoch sollte es auch erklären, dass es eine sehr spezifische Zielgruppe hat und es eine spezialisierte Behandlung für Patienten mit

SMI anbietet. Die Tatsache, dass wir in der Gemeinde und bei den Klienten zuhause arbeiten, bedeutet nicht, dass wir eine häusliche Pflege oder eine soziale Einrichtung sind. Wenn sich FACT-Teams mit anderen Teams verbinden würden, würde die Gefahr entstehen, dass das Wissen über SMI verloren geht und dass die äußerst wichtige Verbindung mit dem Rest des Gesundheitssystems für psychische Erkrankungen (und den psychiatrischen Kliniken) unter Druck gerät.

5.3. Leitliniengerechte Interventionen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde auf die niederländische multidisziplinäre Leitlinie für Schizophrenie verwiesen. In den Niederlanden ist diese Leitlinie (die im Jahr 2012 aktualisiert wurde) sehr wichtig. Einige enthaltene Interventionen sind:

- * Psychoedukation (für Klienten, Familienmitglieder und andere direkt beteiligte Personen)
- * Management der Medikation
- * Psychologische Interventionen (VT)
- * Familieninterventionen
- * Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)
- * Individuelle Vermittlung und Unterstützung

Es würde den Rahmen dieses Handbuchs sprengen, all diese Interventionen zu beschreiben. Der springende Punkt ist, dass im Prinzip ein Augenmerk auf all diese Interventionen gelegt wird, weil das Team multidisziplinär ist.

In diesem Zusammenhang werden FACT-Teams manchmal mit Weihnachtsbäumen verglichen: der Baum ist das multidisziplinäre Team, welches flexibel zwischen intensiver und weniger intensiver Versorgung wechseln kann. Die Dekoration sind die evidenzbasierten Maßnahmen und andere Interventionen.

FACT in der Praxis

Es ist vorstellbar, dass die relative Bedeutung der verschiedenen Interventionen in verschiedenen Ländern unterschiedlich ist. Wenn jedoch FACT-Teams eingerichtet werden, sollten die Behandler schauen, welche Behandlung in ihrem Land als state-of-the-art gilt und diese Interventionen dann in den FACT-Teams umsetzen.

5.4. Integrierte Behandlung für Klienten mit einer Doppeldiagnose

Chronischer Missbrauch von Alkohol und Drogen ist die häufigste Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Im Durchschnitt haben 50–70% der Klienten von FACT-Teams dieses Problem. Klienten mit einer Doppeldiagnose profitieren kaum von der Suchtbehandlung, gleichzeitig scheitert die psychiatrische Behandlung oft aufgrund der Sucht. Es ist wichtig, dass die Behandlung integriert wird, von einem Team, das beide Erkrankungen gleichzeitig behandelt. beide Erkrankungen gleichzeitig behandelt. FACT arbeitet nach den Grundsätzen des ‚Integrated Dual Diagnosis Treatment‘ (IDDT) (Drake et al., 2001). Mindestens zwei Teammitglieder müssen darin umfassend ausgebildet sein; dann können sie auch den anderen Teammitgliedern im Umgang mit solchen Situationen helfen. Die zentrale Vision des Modells ist, dass Behandler verstehen müssen, in welcher Phase sich ein Patient im Hinblick auf Substanzkonsum, Missbrauch oder Sucht befindet. Alle Interventionen sind darauf abgestimmt und das Versorgungspersonal sucht laufend nach Maßnahmen, die dem Patienten zusagen. Diese Behandlung wird in die übrige psychiatrische Behandlung integriert. Eine häufig genutzte Technik ist ‚motivational interviewing‘.

Für das FACT-Team ist es sehr wichtig, mit der psychiatrischen Klinik Einigkeit in Bezug auf die Kontinuität der Vision und den Ansatz für Suchtprobleme in Übereinstimmung mit IDDT zu erreichen; in diesem Ansatz kann es für einen Klienten sehr hilfreich sein, einige Zeit in einer Klinik zu verbringen und nach

Entlassung als ambulanter Patient weitere Beratung zu erhalten. Die Klinik und das FACT-Team müssen dieselbe Vision und Einstellung bezüglich solcher Aufnahmen haben.

Ein interessantes Ergebnis ging aus der Forschung in Limburg hervor (Drukker 2011). Dies war eine Studie über FACT-Teams, die noch keine Suchtspezialisten eingestellt hatten. Es stellte sich heraus, dass der Trend, dass FACT häufiger zu einer Remission führt, nicht für Klienten mit einer Doppeldiagnose galt. Kurz gesagt, ohne eine Integration von Suchtbehandlung in die FACT-Teams haben diese Menschen wahrscheinlich eine geringere Chance.

5.5. Arbeit: Individuelle Vermittlung und Unterstützung

Früher wurde davon ausgegangen, dass Klienten von ACT- und FACT-Teams nicht in der Lage sind, einer bezahlten Arbeit nachzugehen und keine Chance auf dem Arbeitsmarkt haben. Die Forschung in den Vereinigten Staaten und den Niederlanden hat jedoch gezeigt, dass die direkte Verfügbarkeit einer Berufsberatung zu erfolgreichen Ergebnissen führt, sogar bei Klienten, die zunächst kein Interesse am Arbeiten zeigen. Individuelle Platzierung und Unterstützung (engl. Individual Placement and Support, IPS) (Bond et al., 1997) ist das erfolgreichste Modell der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die charakteristischen Merkmale von IPS sind: bezahlte Arbeit als Ziel; schnelle Suche nach den gewünschten Jobs; langfristige Unterstützung; Integration der Berufsberatung in psychiatrische Dienste. Die Integration von Beschäftigungsunterstützung und anderen Formen der Betreuung in das FACT-Team bedeutet, dass Klienten früher erreicht werden, dass die Koordination verbessert wird, dass die Mitglieder die Vorteile der Arbeit für Klienten schneller sehen und dass das Know-How der Behandler genutzt wird, um Klienten bei der Suche nach einer Arbeitsstelle zu helfen.

Die Entwicklung von IPS in den Niederlanden wurde durch die Tatsache unterstützt, dass Berufsberatung und vorzugsweise IPS in den Anforderungen zur Qualitätssicherung von FACT enthalten ist. Dies ist einer der Gründe, warum Teams in den Niederlanden immer häufiger einen Spezialisten für berufliche Rehabilitation als ständiges Mitglied haben. In Teams, in denen IPS angewendet wird, gibt es eine deutliche Zufriedenheit mit den Ergebnissen. Eine interessante Studie in Westfriesland zeigt, dass Klienten mit ihrer Situation viel zufriedener sind, wenn sie eine bezahlte Arbeitsstelle haben (verglichen mit ehrenamtlicher Arbeit oder gar keiner Arbeit).

5.6. Körperliche Gesundheit

Es ist international bekannt, dass der körperliche Zustand von Menschen mit SMI viel Aufmerksamkeit braucht. Aufgrund ihrer Erkrankung und ihrer Lebensbedingungen, aber auch aufgrund der psychiatrischen Medikation, ist die Lebenserwartung dieser Gruppe deutlich geringer als die der übrigen Bevölkerung (Tiihonen et al. 2009). Laut den niederländischen multidisziplinären Richtlinien (Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie Nederland 2007/2012) und Richtlinien, die in verschiedenen anderen Ländern erschienen sind, sind eine angemessene körperliche Behandlung und Interventionen, wie z.B. Anregungen Sport zu treiben, Teil einer angemessenen Versorgung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Stationäre psychiatrische Abteilungen achten ebenfalls auf diese Aspekte. Dies gilt gleichermaßen für ein FACT-Team, aber wir müssen sorgfältig überlegen, welche Interventionen Teil des Angebots des FACT-Teams sind und welche vom Hausarzt erbracht werden sollten. In den Niederlanden hat jeder Zugang zur Behandlung beim Allgemeinmediziner. In vielen Fällen überlässt das FACT-Team den Großteil der körperlichen Versorgung der Klienten dem Hausarzt. In vielen Fällen organisiert das FACT-Team jedoch auch die benötigten körperlichen Untersuchungen in Zusammenhang mit einer Medikamenten-Bedarfsanalyse oder mit

einem metabolischen Syndrom; dies wird mit dem Hausarzt koordiniert.

Dieser Bereich bringt auch eine wichtige Überwachungsaufgabe für das Team mit sich, insbesondere für die pflegerischen Fallmanager und den Psychiater. Menschen mit SMI neigen manchmal dazu, körperliche Probleme zu unterschätzen oder zu vernachlässigen. Wenn Teammitglieder dies beobachten, besprechen sie dies mit dem Klienten und manchmal auch mit der Familie und versuchen, den Klienten dazu zu motivieren, zum Hausarzt zu gehen. Der Hausarzt schätzt es in der Regel, wenn jemand vom FACT-Team den Klienten begleitet, zum Beispiel um eine aktuelle Medikationsübersicht mitzubringen. Wenn Klienten in ein reguläres Krankenhaus eingewiesen werden, ist es auch wichtig, dass die Teammitglieder sie regelmäßig besuchen, damit die Mitarbeiter im Krankenhaus sich mit ihnen beraten und sie um Rat fragen können.

Ein weiterer Aspekt ist eine gesunde Ernährung – den Klienten dabei zu helfen, Gewicht zu verlieren durch verschiedene Interventionen und Überweisungen. Manchmal ist ein Ernährungsberater beteiligt. All solche Interventionen stehen in direktem Zusammenhang mit den Visionen und der Ebene der des Versorgungsangebots, die in einem Land, welches FACT implementieren will, gewünscht und erreicht werden.

Obwohl ein FACT-Team nicht für die Bereitstellung der benötigten körperlichen Versorgung verantwortlich sein kann, gilt die Faustregel, dass es die Aufgabe des Teams ist, zu bestimmen, ob die Klienten eine Versorgung und Behandlung von dem Hausarzt oder anderen Diensten in Übereinstimmung mit den Standards der Gesundheitsversorgung der normalen Bevölkerung erhalten. Wenn es Lücken gibt, wird das Team wenn nötig die Versorgung des Klienten übernehmen und nach systematischen Lösungen im Gesundheitswesen suchen.

FACT in der Praxis

5.7. Druck und Zwang

In einigen Ländern sind Druck und Zwang in der Gesetzgebung geregelt. In Australien werden oft ‚community treatment orders‘ (CTOs) gemacht; eine CTO verlangt von einer Person, dass sie eine Behandlung für ihre psychische Erkrankung in Anspruch nimmt, ohne dass sie in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht wird. Viele Länder verfügen nicht über eine solche Form ambulanter Verpflichtungen. Die Niederlande befinden sich in einer Übergangsphase hin zu einem System wie diesem.

Diese Systeme zu vergleichen würde den Rahmen dieses Handbuchs sprengen. Allerdings müssen wir klarstellen, dass FACT-Teams dieses Thema nicht ignorieren oder vermeiden können und dass sie – je nach Gesetzgebung des jeweiligen Landes – Verfahren in Bezug auf Druck und Zwang entwickeln müssen. Die Tatsache, dass die Teams ihren Klienten helfen wollen, weiterhin in ihrer Gemeinschaft zu leben, bedeutet auch, dass das FACT-Team zum Teil für die Sicherheit des Klienten und die der anderen Menschen in der Gemeinde verantwortlich ist. Außerdem kann nicht erwartet werden, dass eine Gemeinde offen und einladend zu einer Person ist, die deutliche Belästigung verursacht oder eine Bedrohung darstellt.

Wir haben beobachtet, dass alle Teams geneigt sind, einen abgestuften Versorgungsansatz zu verwenden; zunächst nutzen sie Überredung und ‚Verlockung‘, um das Verhalten des Klienten auf den richtigen Weg zu bringen, dann Druck und letztendlich (nach einem Gerichtsbeschluss) Zwang. Für FACT-Teams ist es wichtig, eine Vorstellung zu haben, welche Art von Zwang in bestimmten Fällen verwendet werden soll. Druck scheint weniger zudringlich als Zwang, aber es kann sich stark auf die Beziehung zwischen Teammitgliedern und dem Klienten auswirken und sie manchmal dauerhaft zerstören. Druck wird angewandt, indem dem Klienten zwar immer noch eine ‚Chance‘ gegeben wird, jedoch verdeutlicht wird, dass es ernsthafte Konsequenzen

geben wird, wenn der Klient weiterhin ein unerwünschtes Verhalten an den Tag legt, zum Beispiel indem auf das Drohen einer Zwangsräumung oder den Verlust von Vorteilen aufmerksam gemacht wird, wenn er seine Medikamente nicht nimmt und deshalb jede Nacht viel Lärm macht und die Nachbarschaft verängstigt. Durch die Verwendung der Androhung einer Zwangsräumung als Druckmittel wird das Team möglicherweise die extrem unerwünschte Situation der Obdachlosigkeit erzeugen, was die Behandlung nur noch schwieriger machen würde. Aus diesem Grund ist es oft eine gute Idee, zu den Behörden zu gehen – der Polizei oder dem Gericht – wenn Situationen wie diese entstehen.

Seit einiger Zeit gibt es forensische FACT-Teams in den Niederlanden: Teams, die auf die Behandlung von Klienten – oftmals mit SMI – spezialisiert sind, die im Strafjustizsystem sind oder eine Bewährungsstrafe bekommen haben. Diese Teams, die über Expertenwissen in der Risikobewertung und im Risikomanagement verfügen, werden manchmal von FACT-Gemeinde-Teams herangezogen, wenn sie ernste Risiken vermuten, zum Beispiel bei einem Patienten, von dem sie denken, dass er ein potentieller Straftäter sein könnte.

Die Mitglieder eines FACT-Teams, die in der Regel Aufgaben erledigen, die mit Restriktionen verbunden sind, wie die Überprüfung, dass die Klienten die Gerichtsaufgaben erfüllen und mit der Polizei in Verbindung stehen, sind der Psychiater, die gemeindepsychiatrische Pflegekraft, der Fallmanager und manchmal der Sozialarbeiter. Es ist jedoch wichtig für das Team, dass andere Mitglieder, wie der Psychologe und der Peer-Berater auch teilnehmen und ihre Sichtweise einbringen. Es sollte eine gemeinsame Sichtweise auf Druck und Zwang vorhanden sein. Es kann manchmal sehr hilfreich sein, wenn verschiedene Mitglieder des gleichen Teams verschiedene Rollen in ihrer Herangehensweise an den Klienten übernehmen; in der Regel sind der Psychiater und die Krankenschwester die ‚Bösen‘, weil sie das Gericht benachrichtigen und die Zwangsmedikation verabreichen. Andere in

dem Team (wie der Peer-Berater oder der Psychologe) können dann versuchen, einen positiven Kontakt mit dem Klienten aufrecht zu erhalten, sodass nicht alle Kontakte von Druck und Zwang geprägt werden. Eine aktuelle und vielversprechende Entwicklung sind Familien-Gesprächssitzungen, um Druck und Zwang abzuwenden. Dies ist ein neuer Ansatz, bei dem Klienten von Menschen in ihrer eigenen Umgebung geholfen wird, ihr Verhalten zu ändern.

5.8. Beenden der FACT-Versorgung

Die Einschränkungen von Menschen mit SMI sind oftmals langandauernd und manchmal chronisch. Der natürliche Verlauf einer schweren psychischen Erkrankung wird durch eine fluktuierende Verbesserung, Remission, Rückfall oder wiederkehrende Psychose und einer erneuten Verbesserung und Wiederaufnahme der Reise in Richtung Genesung gekennzeichnet. Gute und schlechte Zeiten wechseln sich ab. Einige Menschen mit SMI erreichen jedoch eine vollständige Genesung und Remission. Symptomatische Remission bedeutet das Verschwinden von Symptomen; funktionelle Remission bedeutet, dass sich die soziale Funktionsfähigkeit des Klienten verbessert hat. Der Grundsatz ist, dass ein Klient, der über einen Zeitraum von drei Monaten symptomfrei war, in symptomatischer Remission ist. Dann stellt sich die Frage, ob die FACT-Versorgung beendet werden kann.

Das Hauptkriterium für die Beendigung der FACT-Versorgung ist der eigene Wunsch des Klienten – der Wunsch, ein ‚normaleres‘ Leben zu führen, ohne spezielle Behandlung oder Beratung. Grundsätzlich ist das Versorgungspersonal mit dem Wunsch nach einem normaleren Leben einverstanden, aber sie werden verschiedene Kriterien berücksichtigen und sie mit dem Klienten und im Team diskutieren.

Innerhalb von FACT wird oft die Faustregel angewendet, dass eine Person für mindestens zwei Jahre ein Funktionsniveau gemäß den Kriterien a bis f haben muss:

- a. Niederfrequenter Kontakt, < 1–2 x pro 1–2 Monate (nicht mehr als 10–12 Kontakte im Jahr), nicht auf Veränderungen ausgerichtet
- b. Keine komplexe Medikamenteneinnahme; Klient muss in der Lage sein, angemessen mit den Anforderungen umzugehen, die mit der verordneten Medikation verbunden sind (Einnahme, Bluttests etc.), der Hausarzt muss eine ausreichende Motivation und Expertise haben, um die Verantwortung für die Bereitstellung angemessener Beratung zu übernehmen; diese beiden Faktoren werden von dem zuständigen Behandler bewertet
- c. Angemessenes Unterstützungssystem, dies wird von dem multidisziplinären Team bewertet
- d. Irgendeine Form von Arbeit oder Tagesaktivitäten, dies wird von dem multidisziplinären Team bewertet
- e. Unabhängige Unterkunft¹⁴
- f. Die finanzielle Situation ist einigermaßen gut organisiert (evtl. durch einen Verwalter)

Zusätzlich zu den oben genannten Kriterien ist es wichtig, folgendes sicherzustellen, bevor ein Klient der Grundversorgung übergeben wird:

- Das ist es, was der Klient will; der Klient hat Vertrauen in seinen löschen eigenen Genesungsprozess
- Der Klient ist in der Lage, Beratung zu akzeptieren

¹⁴ Dies bedeutet, dass Menschen, die in einer psychiatrischen Einrichtung oder einem betreuten Wohnen oder ähnlichem leben, nicht geeignet sind, aus der FACT-Versorgung auszutreten. Wenn die Einschränkungen so groß sind, dass der Patient nicht unabhängig leben kann, wird eine laufende Behandlung und Genesungsunterstützung immer benötigt werden.

FACT in der Praxis

- Der Klient ist in der Lage, um Hilfe zu rufen, wenn es notwendig ist
- Ein Behandler der Grundversorgung ist bereit, den Klienten zu überwachen (Hausarzt, Psychologe der Grundversorgung, Krankenschwester)

Das Konsens-Dokument, auf das vorher verwiesen wurde, empfiehlt, dass Personen in Remission weiterhin als Patienten mit SMI betrachtet werden sollten und noch länger in der Behandlung bleiben sollten (3 bis 5 Jahre).

Die oben genannten Kriterien sind ziemlich streng. Dafür gibt es drei Gründe:

- Erstens haben wir uns für diese Kriterien auf Grundlage der Erfahrungen in den Vereinigten Staaten entschieden, wo aus unserer Sicht Patienten zu früh von ACT zu weniger intensiven Teams geschickt wurden. Wir haben den Eindruck, dass dies das Risiko eines Rückfalls oder Abbruchs erhöht.
- Zweitens sind wir uns der Limitationen der Hausärzte in den Niederlanden bewusst. Diese Behandler sind sicherlich bereit, die Überwachung der Medikation und des körperlichen Zustandes des Patienten nach Beendigung von FACT zu übernehmen, gegebenenfalls mit der Unterstützung von Krankenschwestern, die individuell arbeiten. Allerdings haben sie nicht die Kapazitäten oder das Know-how für einen weiten biopsychosozialen Ansatz. Eine Hausarztpraxis wäre nicht in der Lage, dem Genesungsprozess Aufmerksamkeit zu schenken oder die Eingliederung des Patienten in die Gemeinschaft zu verbessern.
- Drittens sehen wir die positiven Aspekte der Überwachung von Patienten innerhalb von FACT, mit niederfrequenten Kontakten,

vorausgesetzt das Team sorgt dafür, dass dies nicht zu ‚ambulanter Hospitalisierung‘ führt und mit allen zuvor genannten Vorteilen.

Hausärzte schätzen es, wenn das FACT-Team eine ‚Rückkehr-Garantie‘ anbieten kann, wenn die Versorgung mit FACT endet. Wenn der Patient Zeichen für einen Rückfall zeigt oder aus einem anderen Grund einen größeren Versorgungsbedarf hat, kann er sofort zu dem FACT-Team zurückkehren und ab dem ersten Tag eine intensive Teamversorgung erhalten.

Der letzte Grund, warum wir so strenge Kriterien festgelegt haben, ist um Teams daran zu hindern, den Übergang zur Grundversorgung als eine ‚Hintertür‘ für Klienten zu nutzen, mit denen sie in eine Sackgasse geraten sind. In der Vergangenheit haben wir diese Reaktion in neu aufgestellten FACT-Teams beobachtet, die sich wie viele andere Teams in psychiatrischen Einrichtungen verhalten haben: Wenn Sie sich nicht anpassen, werden wir die Behandlung beenden. Unserer Ansicht nach kann das nicht die richtige Reaktion auf Patienten mit SMI sein.

Manchmal möchte ein Klient die Versorgung mit FACT beenden, selbst wenn die oben genannten Kriterien nicht erfüllt wurden. Wenn das Team denkt, dass dies keine gute Idee ist und sich über einen möglichen Rückfall oder Selbst-Vernachlässigung sorgt, muss es mit dem Klienten und seiner Familie sprechen. Wenn der Klient und das Team daran scheitern, ihre unterschiedlichen Ansichten zu klären, gibt es zwei Möglichkeiten. Wenn das Beenden der Versorgung keine akute Gefahr oder das Risiko eines schwerwiegenden Nachteils zur Folge hätte, werden wir den Wunsch des Klienten respektieren. Wir können einen Stufenplan vorschlagen, um die Behandlung auslaufen zu lassen oder wir stimmen einer ‚Probeentlassung‘ zu. Um dies vorzubereiten müssen wir uns mit dem Hausarzt oder anderen Betreuungspersonen oder Personen aus dem Netzwerk des Klienten beraten. Das FACT-Team kann eine Sicherheitsnetz-Vereinbarung bereitstellen, nämlich

sich selbst zu verpflichten, den Klienten auf Anfrage zurückzunehmen. Manchmal ist der Klient bereit dazu, an einer Evaluierung nach drei, sechs und zwölf Monaten teilzunehmen, um zu sehen, ob er mit der aktuellen Situation glücklich ist. Auf diese Weise respektiert das Team den Wunsch des Klienten und vermeidet Konflikte, die es für den Klienten schwieriger machen könnten, zurückzukehren.

Wenn es unmöglich ist, Vereinbarungen mit dem Klienten zu erreichen und das Team ernsthaft besorgt ist, die Versorgung zu beenden, wird eine Form der aufsuchend-nachgehenden Versorgung eingerichtet. In der ersten Instanz konzentriert sie sich darauf, in Kontakt zu bleiben (mit gewisser Entfernung), zur Verfügung zu stehen (Präsenz) und Risiken zu bewerten. Wenn das Risiko eines Rückfalls, der Verwahrlosung oder Belästigung besteht, wird eine aktiv aufsuchende Betreuung („outreach“) eingesetzt; wenn Gefahr besteht, werden Druck und Zwang verwendet.

Die verschiedenen Berufsgruppen in FACT



Das niederländische FACT Handbuch enthält umfangreiche Abschnitte über die Rollen der verschiedenen Berufsgruppen. Dies würde für dieses Handbuch zu weit gehen. Wir werden einen allgemeinen Überblick über die Berufsgruppen geben.

6.1. Der Peer-Berater

Wir werden zunächst die Rolle des Peer-Beraters diskutieren, weil FACT und auf Erfahrung basierendes Wissen eng miteinander verbunden sind. Die ersten Arbeitsstellen für Peer-Berater in FACT-Teams in den Niederlanden wurden 2005 geschaffen.

Peer-Berater wurden nach dem Vorbild des ACT-Modells (und auch früheren Modellen für Suchtbehandlung in den Vereinigten Staaten) in FACT eingeführt. In den Niederlanden gibt es jetzt eine wachsende Zahl von Literatur über den Ansatz der Peer-Berater und verschiedene Trainingsprogramme wurden eingerichtet. Ein wesentliches Element ist die implizite Hoffnung, die Peer-Berater repräsentieren: sie sind der lebende Beweis dafür, dass Genesung möglich ist. Zusätzlich dazu nutzen sie ihre Erfahrung mit der Erkrankung und den Versorgungsangeboten, um den Genesungsprozess von anderen Klienten zu unterstützen.

Peer-Berater gehen aktiv auf Klienten zu und bleiben mit ihnen in Kontakt. Sie bieten Informationen über Genesung und Rehabilitation, über die Rechte

des Klienten und über kollektives Erfahrungswissen in Bezug auf Genesungsprozesse und Formen der Behandlung und Betreuung an. Peer-Berater arbeiten auf eine Vielzahl von Arten, sowohl individuell als auch mit Gruppen wie die WRAP-Gruppen (Cook et al. 2012), um Genesung zu unterstützen und zu ermöglichen. Sie können bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung und in Motivationsangelegenheiten eine Rolle spielen. Sie erreichen den Klienten mit ganz anderen Lebenserfahrungen. Sie können mit den Klienten in ihrem eigenen Zuhause sprechen oder wo auch immer sie sich aufhalten. Im Falle von Obdachlosen funktioniert es besser, wenn der erste Kontakt durch einen Peer-Berater hergestellt wird und nicht von einem Mitarbeiter des Gesundheitssystems. Ein Peer-Berater kann zunächst Dinge mit dem Klienten tun, wie zum Beispiel ihm mit dem ‚Papierkram‘ oder bei der Hausreinigung zu helfen.

Neben klientenorientierten Aufgaben haben Peer-Berater eine besondere Rolle im Team. In den Meetings bringen sie immer die Sicht des Klienten mit ein, versuchen zu beurteilen, ob die Behandlung den Klienten ansprechen wird, fragen, warum die Teammitglieder in bestimmten Angelegenheiten so hartnäckig sind, die der Klient möglicherweise gar nicht notwendig findet. Damit nimmt der Peer-Berater eine besondere und manchmal allein stehende Position in dem Team ein, weshalb es derzeit Diskussionen über die Möglichkeit der

Erhöhung der Standardausstattung von FACT-Teams (wie in der FACT-Skala formuliert) von einer 0.6 VZÄ-Position für einen Peer-Berater zu einer 1.2 VZÄ-Position pro Team gibt. Dann würde es zwei Peer-Berater in jedem Team geben, die sich auch gegenseitig unterstützen könnten.

6.2. Das Pflegepersonal

Das Pflegepersonal ist die größte Berufsgruppe in FACT. In den Niederlanden haben Krankenschwestern und -pfleger traditionell immer eine sehr wichtige Rolle in der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit SMI gespielt, in erster Linie weil ein Großteil der Versorgung in stationären Einrichtungen stattfand, aber auch, weil viele psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger auch eine Ausbildung in Rehabilitationstechniken haben und darin, in einer Gemeinschaft lebenden Patienten Unterstützung zu bieten. Deshalb besetzen in den Niederlanden psychiatrische Pflegekräfte die Position in FACT, die in amerikanischen ACT-Teams von Sozialarbeitern besetzt wird. Diese ACT-Teams enthalten oftmals nur eine Pflegekraft, deren Hauptaufgaben sich auf die Medikation, Depotinjektionen und körperliche Pflege beziehen.

Zusätzlich zu den psychiatrischen Pflegekräften haben wir in den Niederlanden die stärker spezialisierten gemeindepsychiatrischen Krankenschwestern und -pfleger und seit ein paar Jahren haben wir die noch intensiver ausgebildeten psychiatrischen Fach-Krankenschwestern und -pfleger. Das Profil der Fach-Krankenschwester/-pfleger beinhaltet nicht nur die unabhängige Patientenversorgung (und in Zukunft auch die Durchführung von körperlichen Untersuchungen und das Verschreiben von Medikamenten), sondern auch das Know-how in der Führung und Ausbildung von Teams, das Einführen von neuen Angeboten und neuen Techniken sowie die Durchführung von Forschung und Lehre. Die Anzahl der Teams mit einer psychiatrischen Fach-Pflegekraft (manchmal in Teilzeit) wächst und die Erfahrungen sind sehr positiv.

Zu viele Spezialisten in einem Team zu haben, hat auch ein Risiko zur Folge. Wenn eine Fach-Krankenpflegekraft in Vollzeit zusätzlich zu dem Psychiater, dem Psychologen und dem Spezialisten für berufliche Rehabilitation eingestellt wird, kann es sein, dass nicht genug Vollzeitstellen für die ‚normalen‘ Fallmanager übrigbleiben – und schließlich dreht sich in FACT alles um den schnellen und flexiblen Einsatz von Fallmanagern. Es ist der Fallmanager, der seine Aufmerksamkeit zwischen langfristigen Prozessen und einer schnellen intensiven Versorgung mit einem ‚shared caseload‘ (siehe Sanduhr-Modell) aufteilen muss. Die Fallmanager müssen in der Lage sein, ihre Rolle in Genesungsprozessen, in der Behandlung und Motivation flexibel zu spielen und auch wenn Patienten destabilisiert sind; sie müssen helfen, die Patienten zu unterstützen, ihnen Struktur zu bieten, Wege zu finden, um die Situation zu deeskalieren, sie zu motivieren, Hilfe und Medikamente anzunehmen, etc. Das Pflegepersonal spielt auch eine zusätzliche Rolle in der Bereitstellung von Informationen über Medikation, beim Umgang mit Nebenwirkungen und im Anregen gesünderer Lebensbedingungen.

Als Fallmanager sind die Krankenschwestern/-pfleger auch für die Koordinierung der sozialen Versorgung verantwortlich – Lösungen in Bezug auf Arbeit, Wohnen, Finanzen und Wohlbefinden für den Klienten zu finden. Zudem evaluieren sie auf Grundlage der ROM-Ergebnisse den Behandlungsplan mit dem Klienten und seiner Familie, mindestens einmal im Jahr. Der Entwurf des Behandlungsplans, den der Fallmanager mit dem Klienten entwickelt hat, wird mit dem multidisziplinären Team diskutiert und dann angepasst und verabschiedet.

Offensichtlich haben die Krankenschwestern/-pfleger eine breite Palette an Aufgaben. Im Zusammenhang mit der Schaffung von vielen neuen FACT-Teams wurde ein Kurs entwickelt, der aus zehn halbtägigen Sitzungen besteht, der klinischen Krankenschwestern/-pflegern, die zu FACT wechseln, die besondere Ausbildung bietet, die sie brauchen, um eine FACT-Pflegekraft zu sein.

Die verschiedenen Berufsgruppen in FACT

6.3. Der Psychiater

Im niederländischen FACT-Modell nimmt der Psychiater einen zentralen Platz im Team ein. In anderen Ländern ist dies nicht der Fall, dort beschränkt sich die Rolle des Psychiaters in der ambulanten Versorgung manchmal fast ausschließlich auf die Verschreibung von Medikamenten. In einigen australischen Teams kann der Psychiater nur als Konsildienst dazu gerufen werden. In FACT ist dies undenkbar. In den Niederlanden wird der Behandlungsplan von dem Psychiater im Namen des Teams unterschrieben. Der Psychiater ist für den Inhalt des Behandlungsplans verantwortlich und kann für die Umsetzung von externen Kontrollgremien zur Rechenschaft gezogen werden. Der Psychiater befasst sich nicht nur mit seinen eigenen Interventionen (Medikation, Psychoedukation), sondern auch mit den Interventionen des Teams, in Zusammenarbeit mit dem Psychologen, der gemeindepsychiatrischen Pflegekraft oder Fach-Krankenschwester/-pfleger und dem Fallmanager. Die Rolle des Psychiaters ist sowohl strategisch (was ist die langfristige Behandlungsstrategie?) als auch operativ (was wird das Team heute tun?).

Gemeinsam mit der gemeindepsychiatrischen Pflegekraft wird der Psychiater oft die führende Rolle bei der Bekämpfung der Destabilisierung (siehe Sanduhr-Modell) und beim Krisenmanagement übernehmen. Dies liegt zum Teil daran, dass in den Niederlanden Notfallmedikation, Risikobewertungen und Anfragen für Notaufnahmen in der Regel vom Psychiater übernommen werden. In einer Krise bedeutet das, dass der Psychiater den Fallmanager des Klienten bei einem Hausbesuch begleitet. Die Rolle des Psychiaters wird auch durch die Tatsache betont, dass alle Zwangsbehandlungen und Überwachungen (unter gerichtlichen Anordnungen) nur unter der Verantwortung eines Psychiaters erbracht werden können.

Niederländische Psychiater werden ausgebildet, in Übereinstimmung mit dem biopsychosozialen

Modell zu arbeiten. Ein Psychiater ist an allen drei Dimensionen beteiligt und trägt in dem Team dazu bei. Ein weiterer Punkt ist, dass viele niederländische Psychiater mit der Idee ausgebildet wurden, dass sie die Rolle des ‚Kapitäns‘ in dem Team übernehmen. Auf Grundlage dieser Ansicht arbeiten sie mit dem Teamleiter zusammen, um die Teamarbeit und Koordination zwischen den Berufsgruppen zu verbessern.

All diese Aspekte sind Diskussionsthemen und ein Psychiater fokussiert sich eventuell mehr auf die individuelle Patientenversorgung, während ein anderer aktiv an der Gestaltung des Teams beteiligt ist; der Psychiater ist jedoch insgesamt sehr präsent in FACT, besonders im Vergleich mit Systemen in anderen Ländern.

Dies war bei der Behandlung von Patienten mit SMI nicht immer der Fall. Es scheint, dass FACT den Psychiater zurück in diese Behandlung gebracht hat, während der Psychiater im späten zwanzigsten Jahrhundert einen größeren Abstand zu Patienten mit SMI hatte. Innerhalb der ‚Dutch Psychiatric Association‘ gibt es eine Abteilung für SMI und weitere Modelle der Arbeit mit FACT werden entwickelt. Das niederländische FACT-Handbuch ist jetzt obligatorische Literatur in dem Ausbildungsprogramm für Psychiater. Das Handbuch beschreibt die Aufgaben und Kompetenzen eines FACT-Psychiaters in Bezug auf das Sanduhr-Modell:

- Der Beitrag des Psychiaters im Umgang mit Destabilisierung bezieht sich auf Notfallmedikation, Risikobewertung (Suizid), Rücksprache mit der Familie, mögliche Entscheidungen über eine Krankenhausaufnahme oder Zwang und diagnostische Einschätzungen.

- In der Behandlung bezieht sich die Rolle des Psychiaters auf Psychopharmakologie (zum Beispiel ambulante Verschreibung von Clozapin, Wachsamkeit in Bezug auf das metabolische Syndrom) und den Umgang mit Substanzgebrauch, Arbeit in Richtung Compliance und auch manchmal Gespräche mit der Familie des Klienten oder das Erwägen, ob eine Zwangsbehandlung erforderlich ist.
- In Bezug auf Genesung ist die Rolle des Psychiaters vor allem die psychische Verfassung des Patienten zu optimieren und respektvoll mit dem Genesungsprozess und den Zielen des Klienten umzugehen.

Niederländische Psychiater können sich von einer reichen Tradition der Sozialpsychiatrie in den Niederlanden inspirieren lassen. Gemäß dieser Tradition ist ein Psychiater in erster Linie ein Arzt und Diagnostiker. Sowohl in stabilen Phasen als auch in Phasen der Destabilisierung stellt sich der Psychiater immer die Frage, was die zugrundeliegende Pathologie ist und ob diese optimal behandelt wird. Als Diagnostiker hält der Psychiater auch ein Auge auf den körperlichen Zustand des Patienten. Für einen FACT-Psychiater besteht eine zusätzliche Aufgabe darin, ständig auf der Suche nach Synergien zwischen Behandlung, Rehabilitation, Empowerment und Genesung zu sein. Die Herausforderung besteht darin, die Balance zu finden zwischen Beratung, Übernahme, Loslassen, die Entscheidungen des Klienten zu respektieren, an der Compliance zu arbeiten und wenn notwendig Zwang zu verwenden. Den Psychiatern muss auch immer bewusst sein, dass sie innerhalb von Systemen arbeiten und dass ihre Interventionen für die Klienten auch Auswirkungen auf die Familie und die Gemeinde haben werden.

6.4. Der Psychologe

In den Niederlanden gibt es zwei Ebenen der Fachkompetenzen: ‚Mental Health‘-Psychologe (mit

Hochschulabschluss) und Klinischer Psychologe (welche Postgraduierten-Programme mit Schwerpunkt auf spezifische Psychotherapien, Psychodiagnostik, Forschung, Coaching und Teamsupervision absolviert haben). Beide Ebenen arbeiten in FACT-Teams, aber meistens ‚Mental Health‘-Psychologen.

Es gab auch erhebliche Veränderungen in der Position und Rolle von Psychologen, teilweise aufgrund der Einführung von FACT. Im Wesentlichen ist in den letzten zehn Jahren ein neuer Zweig der praktischen Psychologie entstanden. Bis vor 10 bis 20 Jahren fand die Arbeit der Psychologen mit Menschen mit SMI fast ausschließlich in der Klinik statt, wo sie zur Diagnostik und oft zur Lebensqualität in der Klinik beigetragen haben. Danach wurde die kognitive Verhaltenstherapie entwickelt, dann spezifische Anwendungen dieser Therapie wie das ‚Entwirren der Gedanken‘ und später metakognitive Verhaltenstherapien. Der Psychologe im FACT-Team hatte mehr Kontakt zu der Familie des Klienten und begann, sich mehr auf spezifische Maßnahmen vor Ort zu konzentrieren. Andere richteten verschiedene Gruppen ein, wie Stimmenhörer-Gruppen, Psychoedukation, metakognitives Training, Kompetenztraining (Lieberman-Module, Fertigkeiten bei Emotionsregulationsstörungen und verschiedene Behandlungsgruppen, die in Richtung IDDT und IMR (Illness Management and Recovery) orientiert sind).

Die weitreichende Vertrautheit mit EMDR hat FACT-Teams auch gezeigt, dass eine sehr große Anzahl unserer Klienten – mehr als uns bisher bewusst war – mit traumatischen Ereignissen zu kämpfen hat. Dies ist ein wachsendes Bereich, dem Aufmerksamkeit gebührt.

Neben diesen klientenorientierten Aktivitäten in Zusammenhang mit der Behandlung ist der Psychologe auch sehr wichtig in Bezug auf die Teamkultur. Der Psychologe hat eine andere Sicht auf die Menschheit und unterschiedliche Perspektiven auf Prozesse der Veränderung und Genesung im Vergleich zu Medizinerinnen und Krankenschwestern/-pfle-

Die verschiedenen Berufsgruppen von FACT

ger. Der Psychologe coacht normalerweise auch den Fallmanager. Ein weiterer Beitrag sind Informationen aus der Forschung und der sich rasch entwickelnden Disziplin der Psychologie.

6.5. Der Spezialist für berufliche Rehabilitation

In den vergangenen zehn Jahren hat der Spezialist für berufliche Rehabilitation ein neues Profil und neue Kompetenzen als Ergebnis von IPS (Individual Placement and Support) gewonnen. Dieses Modell hat Beschäftigungsspezialisten in die Mitte der Gesellschaft gebracht, auf der Suche nach Jobs für ihre Klienten und auch in die Arbeitswelt selbst, wo sie ihre Klienten für ihre Jobs ausbilden und Arbeitgeber unterstützen.

In anderen Ländern leisten Spezialisten für berufliche Rehabilitation manchmal einen Beitrag von einer anderen Position aus – im Kontext von Projekten zur beruflichen Reintegration oder sozialen Beschäftigungsprojekten. Innerhalb von FACT fokussieren sich IPS-Arbeiter ausschließlich auf bezahlte Arbeit für Menschen mit SMI. In einem allgemeineren sozialen Ansatz der Beschäftigungs-Reintegration werden diese Leute fast immer zuerst ausgeschlossen und werden im Vergleich zu Menschen mit weniger schweren Behinderungen benachteiligt. Der intensive IPS-Ansatz hilft auch dabei, dass das FACT-Team sich auf Beschäftigung fokussiert.

In den Niederlanden (vielleicht mehr als anderswo) gab es eine lange Tradition der Ergotherapie, mit Anleitern, die die Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern bei allen Arten von Aktivitäten und Beschäftigungen unterstützt haben, zum Teil um Langeweile zu lindern, aber auch teilweise als arbeitsorientierte Ausbildung, um den Patienten bei der Vorbereitung der Rückkehr in die Gesellschaft zu helfen. In der ersten Stufe der Deinstitutionalisierung in den Niederlanden wurden diese Aktivitäten in Tagesaktivitätszentren verlagert (ähnlich wie Tagesstätten oder soziale Vereine in anderen Ländern). In den letzten Jahren sind diese Zentren in den Nie-

derlanden unter Druck geraten. Die Ansicht ist, dass Menschen mit SMI in der Gemeinschaft verstärkt weniger stigmatisierende, allgemeinere Einrichtungen nutzen sollten.

Der IPS-Arbeiter kann ein hohes Maß an Unterstützung von anderen Berufsgruppen im FACT-Team bekommen. Ein neuer bezahlter Job kann Herausforderungen mit sich bringen, wie das rechtzeitige Aufstehen und zur Arbeit fahren oder die Selbstversorgung. Wir haben auch beobachtet, dass alte Probleme dazu neigen, am Arbeitsplatz wiederaufzutauchen. Der Fallmanager, der Psychologe und der Peer-Berater können alle bei diesen potenziellen Problemen helfen, um den Erfolg des IPS-Prozesses sicherzustellen.

IPS-Arbeiter leisten keinen direkten Beitrag zur ‚shared caseload‘-Versorgung; ihr Fokus liegt auf bezahlter Arbeit. In Übereinstimmung mit dem IPS-Modell zu arbeiten bedeutet, dass der IPS-Arbeiter eventuell nicht an anderen Aspekten der Versorgung beteiligt ist; Krisenarbeit ist keine Aufgabe des IPS-Arbeiters. Nichtsdestotrotz sind IPS-Arbeiter, da sie an den morgendlichen FACT-Tafel-Meetings teilnehmen, mit den Geschichten der Klienten vertraut und wenn die Gefahr eines Rückfalls besteht, können sie Klienten selbst auf die Tafel schreiben.

Implementation von FACT



7.1. Regionsorientiertes Arbeiten; Faustregeln für die Regionsgröße

Das erste was zu tun ist, wenn ein FACT-Team eingerichtet werden soll, ist eine Region für das geplante Team zu definieren. Die Größe der Region ist wichtig im Hinblick auf die Anzahl der Klienten, die erwartet werden können; diese sollte 250 Klienten für ein Team nicht überschreiten.

Die Größe der Region ist auch im Zusammenhang mit der Bewertung der Machbarkeit von Fahrzeiten für das ‚outreach‘-Versorgungspersonal wichtig. Aus Gründen der Effizienz und Kosten müssen sie in der Lage sein, eine bestimmte Anzahl an Menschen pro Tag zu besuchen. Regionen werden oft anhand von Postleitzahlen definiert.

Im Hinblick auf die Partner von FACT-Teams ist es für ein FACT-Team auch wichtig, einen klar definierten Arbeitsbereich zu haben. Für Hausärzte, Gemeindedienste, Wohnungsvermittlungen, Sozialdienste und Polizeistationen ist es wichtig, ihr ‚eigenes‘ FACT-Team kontaktieren zu können, welches die Nachbarschaft oder Region abdeckt.

Ideale Regionsgrößen basieren auf praktischen Erfahrungen. Die Erfahrungen der ersten hundert FACT-Teams scheinen zu zeigen, dass ein ländliches Gebiet mit 50.000 Einwohnern ungefähr 180 bis 220 FACT-Klienten haben wird. In Großstädten le-

ben mehr Menschen mit SMI. In einem Stadtgebiet mit 35.000–40.000 Einwohnern werden 180–200 Menschen mit SMI für FACT geeignet sein.

Wenn wir dem zuvor erwähnten Konsens-Dokument folgen würden, wären die Regionen kleiner, da dieses Dokument schätzt, dass in den Niederlanden, mit einer Bevölkerung von fast 17 Millionen Einwohnern, 162.000 Menschen zwischen 18 und 65 Jahren SMI haben. Das bedeutet, dass ungefähr 1% der Bevölkerung zu der Gruppe gehört, die von den psychosozialen Diensten als schwer psychisch krank bezeichnet werden, sodass in einer Region mit 50.000 Einwohnern 500 Menschen mit SMI erwartet werden können. Die Situation in der Praxis ist jedoch anders. Warum ein FACT-Team möglicherweise nur die Hälfte der Klientenanzahl versorgt, die erwartet werden könnte, ist noch unklar. Einige Faktoren, die eine Rolle spielen könnten, sind: einige der SMI Patienten vermeiden die Behandlung, erregen jedoch keine Aufmerksamkeit; andere werden nur von ihrem Hausarzt behandelt; wieder andere werden von Gemeindediensten oder Suchtberatungsstellen versorgt oder sind im forensischen System (Gefängnisse und psychiatrische Abteilungen).

Es ist durchaus möglich, dass die niederländischen Zahlen auf andere Länder nicht übertragbar sind, in denen das Gesundheitssystem auf eine andere Art und Weise organisiert ist. Sozialfürsorge und Familienunterstützungssysteme können ebenfalls anders

Implementation von FACT

sein. Wir haben jedoch festgestellt, dass das Grundprinzip eines Teams für 50.000 Einwohner auch in anderen Ländern gilt. Zum Beispiel haben die psychischen Gesundheitsdienste in Triest in Italien, die einen starken Schwerpunkt in Sozialpsychiatrie haben, eine Struktur aus regionalen Einheiten mit 50.000 Einwohnern. Wir sehen das gleiche Bild in der Größe der ‚Sektoren‘ in der französischen ‚psychiatrie du secteur‘. In Australien haben viele Teams für die langfristige Behandlung und Versorgung auch ein Einzugsgebiet von 40.000-50.000 Einwohnern. Bei der Definition des Arbeitsbereiches eines FACT-Teams ist es wahrscheinlich eine gute Faustregel für ländliche oder kleine Stadtregionen, ein Gebiet mit ungefähr 50.000 Einwohnern zu wählen. Für Großstädte ist es am besten, eine Gemeinde oder ein Cluster aus Gemeinden mit rund 40.000 Einwohnern zu wählen.

Für abgelegene Gemeinden, die schwer zu erreichen sind und weniger als 50.000 Einwohner haben, muss das FACT-Modell angepasst werden. Wir sehen oft, dass für diese Art von Gebiet ein kleineres FACT-Team entwickelt wird, welches eine größere Gruppe als die SMI-Gruppe abdeckt; zum Beispiel könnte solch ein Team auch psychiatrische Patienten im Kindes- und Jugendalter und Suchtpatienten versorgen.

7.2. Integrierte Angebote für psychische Gesundheit

Die niederländischen Dienste für psychische Gesundheit haben einen stark ausgeprägten klinischen Bereich. In den letzten Jahrzehnten des zwanzigsten Jahrhunderts wurden die ehemaligen ‚psychiatrischen Anstalten‘ in psychiatrische Kliniken umgewandelt, in denen ein hohes Maß an Aufmerksamkeit auf die Rechte der Patienten und ihre Privatsphäre (viele Einzelzimmer) gelegt wurde. Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Dauer der Aufenthalte immer noch lang (manchmal sehr lang). International haben die Niederlande, zusammen mit Belgien (und in gewissem Maße mit Deutschland) weltweit die höchste Anzahl an psychiatrischen Betten pro Kopf. Pro 100.000 Einwohner haben die

Niederlande mehr als doppelt so viele Betten wie das Vereinigte Königreich und viermal so viele wie Australien. In den letzten Jahren hat dies begonnen sich zu ändern. Im Jahr 2011 wurde vereinbart, dass innerhalb von zehn Jahren 30% der Kapazität abgebaut werden soll.

In den Niederlanden wurde auch eine hohe Aufmerksamkeit auf die Zusammenarbeit zwischen der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung gerichtet – vielleicht mehr als in anderen Ländern. In den Niederlanden enthält diese Zusammenarbeit, die mit dem Begriff ‚transmurale‘ psychiatrische Versorgung bezeichnet wird, folgendes:

- * sicherzustellen, dass die *stationäre* (*intramurale*) psychiatrische Versorgung so kurz wie möglich ist und nur eine kurze ‚Auszeit‘ von der Behandlung ist, die im Prinzip *ambulant* (*extramural*) ist
- * sicherzustellen, dass sich die *stationäre* psychiatrische Versorgung auf die sozialen Behandlungsziele des Patienten fokussiert und dass die Kontrolle der Behandlung eine ambulante Angelegenheit bleibt
- * an einer Reihe von Aspekten zu arbeiten, wie die Kontinuität der Versorgung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung (eine gemeinsame Vision, ein integrierter Behandlungsplan, laufende ambulante Kontakte während des Aufenthalts, etc.)

Dies spiegelt sich in den Klinikaufenthalten wieder, welche sehr kurz sein können, einschließlich Aufenthalten für nur eine Nacht, auf den direkten Wunsch des Patienten (‚Bett auf Anfrage‘), sodass das ambulante Team am nächsten Morgen die Behandlung wieder übernehmen kann. Mitglieder von FACT-Teams besuchen ihre Klienten jede Woche in der Klinik. Sie werden in die Diskussion der Behandlungspläne einbezogen. Es gibt eine Kontinuität der Vision. Wir haben festgestellt, dass es für ein neues

Team sehr wichtig ist, klare und detaillierte Vereinbarungen über diese Angelegenheiten mit einer psychiatrischen Einrichtung in der Umgebung zu treffen. Viele psychische Gesundheitsorganisationen sorgen dafür, dass sich die FACT-Psychiater und die Klinik-Psychiater einmal in der Woche treffen, um die Behandlung zu besprechen und zu koordinieren. Sie entscheiden gemeinsam über Behandlungsstrategien im Krankenhaus.

7.3. Beginn und Ausgestaltung einer Vision

Nun da die ersten 150 FACT-Teams in den Niederlanden betrieben werden, gibt es eine steigende Akzeptanz der Arbeitsabläufe von FACT. Immer mehr Familienmitglieder haben davon gehört und sind deutlich weniger kritisch als sie es 2005 waren, als FACT teilweise als mögliche Unterbrechung der sicheren Existenz eines Patienten in einer Institution gesehen wurde.

Zunächst waren Familienmitglieder überrascht über die regelmäßigen Hausbesuche. Manchmal mochten die Klienten die Tatsache nicht, dass verschiedene Teammitglieder sie besuchen kamen. Es erwies sich als hilfreich, zu erklären, warum dies getan wird - dass nur ein Team eine intensive Versorgung bieten kann, dass so die Behandlung wie gewohnt weitergehen kann, wenn der eigene Fallmanager des Klienten krank oder im Urlaub ist und dass es auf lange Sicht angenehmer sein kann, wenn man Kontakt zu verschiedenen Menschen hat. Nun unterstützen Patienten- und Familienorganisationen das FACT-Modell und die schnelle Expansion und Umsetzung ist zum Teil dadurch bedingt.

Wenn ein Team jedoch gerade beginnt, wird es notwendig sein, nicht nur den Klienten und ihren Familien, sondern auch politischen Entscheidungsträgern, Politikern und Trägerschaften ausführliche Informationen bereitzustellen. Es ist nicht leicht, Vertrauen in den Zusammenhalt und die Intensität zu schaffen, die der aufsuchende Versorgungsansatz ('outreach care') von FACT bieten kann – zumindest

in den Niederlanden gab es eine große Unzufriedenheit mit den Diensten für psychische Gesundheit und anfangs wurde FACT nicht als Veränderung in die richtige Richtung gesehen. Darüber hinaus haben Vertreter von allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern und Klinikpsychiater diese Entwicklungen nicht von Anfang an unterstützt.

Beim Rückblick auf den Implementationsprozess in den Niederlanden wird deutlich, dass es sehr hilfreich war, dass FACT von einer Reihe sehr motivierter und bedeutender Fachkräfte eingeführt wurde, von denen einige auch Forscher waren, die es gemeinsam geschafft haben, eine ‚Bewegung‘ in Gang zu bringen und schon bald die Unterstützung von Patienten- und Familienorganisationen gewannen.

7.4. Aufbau und Training von FACT-Teams

Auf lokaler Ebene ist es wichtig, einen soliden Plan vorzubereiten. In einer größeren Region kann es sehr anregend sein, mit ein oder zwei Pilotteams zu starten, die die Prozeduren implementieren können; dann wird deutlich wie sich FACT vom bestehenden System unterscheidet, wie Vereinbarungen mit der psychiatrischen Abteilung funktionieren und wie die Zusammenarbeit in der Gemeinde funktioniert (soziale Teams, Polizei, Wohnungswesen). Pilotteams können auch die Arbeitsweise mit der FACT-Tafel implementieren, eine digitale FACT-Tafel einrichten und verschiedene administrative Prozesse in Koordination mit der bestehenden Dach-Organisation vereinbaren.

Sobald all diese Dinge in Kraft gesetzt worden sind, ist es viel einfacher, Teams in Originalgröße einzurichten. Wenn die Pilotteam-Phase zu Ende geht, kann ein Seminar für die Familien, Gemeindebehörden, Dienstleister etc. gehalten werden, sodass sich jeder an der Umstellung zu einem neuen Versorgungsmodell beteiligt fühlen kann.

Gleichzeitig ist es auch wichtig, Schulungen für die Mitglieder der Pilotteams anzubieten (und später

Implementation von FACT

für die anderen Teams), die folgendes beinhalten:

- Ein FACT-Einführungskurs (mit ganzem Team)
- Ein Team-Training vor Ort mit dem Ziel, die täglichen Arbeitsabläufe mit der FACT-Tafel einzuführen und zu verbessern
- Training für die FACT-Tafel-Vorsitzenden (wenn möglich 3 pro Team) in Bezug auf Arbeitsabläufe mit der Tafel und geeignete Besprechungstechniken für die FACT-Tafel-Meetings
- Training für jede Berufsgruppe (zum Beispiel mit 8 Psychologen von 8 FACT-Teams) in Bezug auf ihre Rolle innerhalb von FACT

Die meisten Schulungen konzentrieren sich auf die Veränderungen in der Haltung zwischen der Arbeit in einer stationären oder ambulanten Klinik und der aufsuchenden Versorgung („outreach care“). Für manche Behandler ist dies ein großer Schritt; es ist, als ob sie ihre schützende Umgebung verlieren. Aufsuchende oder ‚outreach‘-Versorgung konfrontiert sie auch mit neuen Situationen und Risiken. Manchmal erfordert dies ein gezieltes vor-Ort-Training und das aktive Verbot einer fortgesetzten Versorgung im klinischen Setting.

Ein weiterer Schritt, der manchmal schwierig ist für die Behandler, ist das Arbeiten mit einem ‚shared caseload‘. Viele niederländische Versorgungsmitarbeiter wurden ausgebildet, sehr individuell zu arbeiten und waren es nicht gewohnt, ihre Patienten mit anderen Behandlern zu teilen. Die Idee der Teamversorgung trifft manchmal auf Widerstand, was aktiv angegangen werden muss. Dies beinhaltet das Arbeiten mit dem Team; Fallmanager müssen lernen, dem Team mitzuteilen, welche Teamversorgung ihr Klient zu einem bestimmten Zeitpunkt braucht.

Über all diese Themen zu sprechen ist oft sehr auf-

schlussreich. Wenn Behandler diese Hürden überwinden können, werden sie reich belohnt:

- Immer wieder haben wir festgestellt, dass Behandler, nachdem sie in den Ansatz der aufsuchenden Versorgung („outreach care“) eingeführt wurden, es sehr gerne mögen und schon bald die Vorteile sehen.
- Wir haben sehr häufig nach der Einführungsphase gehört, dass Behandler entspannter in ihrer Arbeit sind und sich weniger isoliert und beschwert fühlen; jeden Morgen gibt es ein Meeting mit anderen Teammitgliedern und sie haben nicht mehr die alleinige Verantwortung für die schwierigsten Klienten.

7.5. FACT-Büros

Die Art und Weise wie das Büro eines FACT-Teams eingerichtet wird, kann nun an vielen Orten in den Niederlanden gesehen werden und wurde im Detail beschrieben. Das wichtigste Merkmal ist der Tagungsraum mit der FACT-Tafel, wo das FACT-Tafel-Meeting jeden Morgen stattfindet. Dieser Tagungsraum sollte vorzugsweise einen großen Konferenztisch mit einem Computer enthalten, von dem aus jemand die Excel-Tabelle projizieren kann. Die Teammitglieder (ca. 15 Personen) müssen in der Lage sein, bequem um den Tisch herum zu sitzen, vielleicht mit einem zusätzlichen Kreis (Studenten im Praktikum, Trainee-Mitglieder). Für den Rest des Tages kann der große Tagungsraum als allgemeiner Verwaltungsbereich genutzt werden, in dem Arbeitsplätze mit Computern entlang den Wänden und auf dem Tisch vorhanden sind.

Weitere Merkmale des Büros werden von den Ansichten der Dienstleistungsorganisation abhängen. In den Niederlanden neigen Büros dieser Art zunehmend dazu, flexible Räume zu sein, wo Behandler selten einen eigenen Raum haben. Es gibt Sprechzimmer für den Psychiater und den Psychologen und manchmal für Fallmanager oder psychiatri-

sches Pflegepersonal. Abgesehen davon gibt es viele Arbeitsplätze mit Computer und Telefon, wo die Fallmanager am Ende des Tages ihre Berichte schreiben können.

Relativ wenige Klienten und Familienmitglieder werden Termine im Büro haben. Dies geschieht vor allem mit dem Psychiater und dem Psychologen. Als Ergebnis kann der ‚öffentliche Bereich‘ des Büros auf 3–5 Sprechzimmer begrenzt werden.

Die Lage des FACT-Büros sollte in der Nachbarschaft oder Region sein, in der das Team arbeitet. Leider befolgen viele Dienstleister in den Niederlanden diese Regel nicht. Manchmal beherbergen sie die FACT-Teams weit weg von ihrer Nachbarschaft oder Region in den leeren Gebäuden einer ehemaligen psychiatrischen Klinik. Oftmals ist dies ein Fall von falscher Sparsamkeit und kann zu Folgekosten führen, zum Teil, weil die Fahrtwege zu lang sind. Die beste Lage ist in der Nachbarschaft oder Region in der das FACT-Team arbeitet und vorzugsweise in Gebäuden, in denen auch andere Dienstleistungen angesiedelt sind, zum Beispiel ein Jugendzentrum, eine Sozialeinrichtung, eine Einrichtung für Sozialwohnungen oder ein Gesundheitszentrum. Wenn das FACT-Büro im Zentrum einer Region und in der Nähe zu anderen sozialen Diensten lokalisiert ist, kann das Team selbst Schritte in Richtung Eingliederung gehen.

Büros in großen ländlichen Regionen erfordern auch Parkplätze für die Autos der Teammitglieder. Büros in großen Städten benötigen oftmals Fahrradparks.

7.6. Was mit ACT in den Niederlanden passierte

Das FACT-Modell ist eine Anpassung des Assertive Community Treatment (ACT); in den Niederlanden hat FACT jedoch ACT hinter sich gelassen. ACT wurde in den Niederlanden um 2000 eingeführt, als eine steigende Anzahl von psychotischen, oftmals süchtigen und obdachlosen Patienten Belästigung verursachten, vor allem in den großen Städten. Sie

sind aus dem Gesundheitssystem ausgestiegen und haben die Behandlung vermieden. ACT-Teams wurden in den vier größten Städten ins Leben gerufen.

In den großen Städten war ACT ein riesiger Erfolg. Einige Jahre später konnten die Probleme in den großen Städten deutlich reduziert werden, mehr Menschen sind in das Versorgungssystem eingestiegen und geblieben und haben die Behandlung und Wohneinrichtungen akzeptiert. Es gab weniger Belästigung. Die Situation stabilisierte sich und sehr intensive ACT-Methoden waren nicht mehr immer notwendig. Außerdem war man der Ansicht, dass auch der Rest der Patienten mit SMI solche Dienstleistungen benötigt.

Seit dem Jahr 2010 wurden in großen Städten wie Amsterdam, Rotterdam und Utrecht mehr und mehr ACT-Teams in FACT-Teams umgewandelt. Amsterdam hat nun zum Beispiel fast 20 FACT-Teams und nur 2 ACT-Teams. Die ACT-Teams haben die Patienten in die Versorgung und Behandlung geführt und Obdachlosigkeit reduziert. Es gelang ihnen auch, diese Menschen in der Behandlung zu halten. Wenn Patienten jedoch stabiler wurden und weniger soziale Probleme hatten, wurde es weniger notwendig, sie jeden Morgen zu besprechen. ACT ist zu einem Ansatz geworden, der zu intensiv war.

Ein weiterer Faktor war, dass ACT-Teams in der gesamten Stadt eine Versorgung angeboten haben, während FACT Versorgung in einer kleinen Gemeinde oder Region anbietet. Dieser kleinere Maßstab führt zu mehr Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den Hausärzten und verschiedenen Dienstleistungen in der Gemeinde. Fahrzeiten sind auch kürzer.

In den großen Städten in den Niederlanden hat sich schrittweise ein Modell entwickelt, wodurch FACT-Teams in allen Bezirken verfügbar sind. Sie bilden die Grundlage für spezialisierte Versorgung und Behandlung für Menschen mit SMI in der Gemeinde. In Amsterdam und Utrecht gibt es immer noch 2

Implementation von FACT

ACT-Teams, die mit Menschen mit SMI arbeiten, die sehr schwere Probleme haben und immer noch oft in Gefahr sind, obdachlos zu werden und durch die Stadt zu streunen, von Bezirk zu Bezirk.

Eine neue Entwicklung ist, dass forensische FACT- und ACT-Teams eingerichtet werden; dies sind Teams, die sich auf die Bereitstellung von Behandlung und Versorgung von Menschen mit SMI spezialisieren, die mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind. Es gibt jetzt zehn dieser Teams in den Niederlanden und ein weiteres Wachstum wird vorhergesagt. Diese forensischen ACT-Teams haben einen etwas höheren Personalschlüssel. Dies liegt zum Teil daran, dass einige Klienten immer von zwei Fallmanagern besucht werden müssen. Diese Teams brauchen auch mehr Psychologen im Zusammenhang mit der Risikobewertung, psychologischen Berichten und Berichten für das Gericht. Die Zusammenarbeit zwischen den forensischen Teams und ACT und FACT ist gut; eine Art wie die forensischen Teams den allgemeinen Teams helfen können, ist die Risikobewertung.

ACT und FACT, Modelltreue, die FACTs und Zertifizierung



8.1. Unterschiede zwischen ACT und FACT

Flexibles ACT ist eine Erweiterung von ACT und verwendet verschiedene wichtige Komponenten von ACT.

ACT richtet sich nicht an alle Patienten mit SMI, sondern fokussiert sich auf die schwersten Fälle – meistens instabile, psychotische Patienten, die häufige Wiederaufnahmen brauchen. Viele von ihnen haben Persönlichkeitsstörungen, Substanzkonsum-Probleme, eine geringe Compliance bei der Medikation und eine Tendenz, die Behandlung zu vermeiden. Es wird angenommen, dass diese Zielgruppe von schweren Fällen etwa 20% der gesamten Gruppe von langfristigen psychiatrischen Patienten darstellen (Bond et al. 2001). Mit ACT erhalten die Patienten Versorgung und Behandlung von dem ganzen Team („shared caseload“) und das Team koordiniert seine Aktivitäten jeden Tag bei einem Meeting mit einer Tafel, auf der alle 60–100 Patienten aufgelistet sind. Das Team bietet eine aufsuchend-nachgehende Versorgung (aufsuchend-nachgehende).

FACT zielt auf die gesamte Gruppe von Menschen mit SMI, das bedeutet sowohl die 20%-Gruppe der schwereren Fälle, als auch die anderen 80%. Das bedeutet, dass eine Team-Betreuung nicht immer notwendig ist und nicht alle Klienten jeden Tag besprochen werden müssen. Von den 180–220

Klienten werden ungefähr 15% auf der FACT-Tafel aufgelistet.

ACT und FACT, Modelltreue, die FACTs und Zertifizierung

Tabelle 2. Unterschiede zwischen ACT und FACT

	ACT	FACT
Zielgruppe	Die 20 % schwersten Fälle, meistens ‚Drehtür-Patienten‘, Patienten, die die Behandlung meiden	Alle Patienten mit SMI in einem bestimmten Bezirk oder einer Region
Anzahl der Klienten pro Team	60–100	220–250
Größe der Region	Oftmals große Gebiete, zum Beispiel mit 250.000 Einwohnern	Ländlich: 50.000 Einwohner Städtisch: 40.000–45.000
Teamzusammensetzung	Sehr multidisziplinär: Fallmanager, Sozialarbeiter, Krankenschwestern/-pfleger, Psychiater, Peer-Berater (fast identisch zu FACT)	= ACT mit stärkerer Betonung von Psychologen und Spezialisten für berufliche Rehabilitation und manchmal Unterstützung unabhängigen Lebens. FACT-Teams in den Niederlanden enthalten viele Krankenschwestern/-pfleger
Caseload (Anzahl der Klienten pro Teammitglied)	1:10	1:20
Psychiater	1:100	0,8:200
Psychologe	Nicht zwingend erforderlich	0,6:200
Teamleiter bietet direkte Klientenversorgung	Zwingend erforderlich	Manchmal, kann jedoch von 2–3 FACT-Tafel-Vorsitzenden ersetzt werden
Auf der ACT-/FACT-Tafel für die tägliche Besprechung	Alle 100 Klienten	Nur 20–30 Klienten, die eine tägliche Versorgung und Aufmerksamkeit zu diesem Zeitpunkt benötigen; auch ‚zu diskutierende Fälle‘
Kontakthäufigkeit	> 3–4 mal die Woche	Wenn notwendig ist 4-5 mal die Woche möglich, aber in vielen Fällen deutlich seltener
Fokus auf Interventionen der evidenz-basierten Medizin	Oftmals schwierig, da viele Klienten nicht stabil und noch nicht bereit sind für psychologische Interventionen	Besser durchführbar aufgrund des ‚Sanduhr‘-Ansatzes
Fokus auf Genesung und Empowerment	In der Vergangenheit zu einem geringeren Ausmaß in ACT, aber das ändert sich jetzt schnell	Einer der Grundsätze von FACT
Entlassung	Wenn nicht mehr Kontakt als einmal in der Woche benötigt wird, ‚Herunterstufen‘ zu weniger intensiven Teams	Nur Klienten, die für eine lange Zeit (2–3 Jahre) in allen Bereichen des Lebens ein stabiles Funktionsniveau gezeigt haben und die keine Versorgung mehr möchten. Dann werden die Klienten an den Hausarzt überwiesen.
Rückfall	Kann zu ACT zurückkehren, jedoch gibt es manchmal Wartelisten	Kann sofort wieder auf die FACT-Tafel aufgenommen werden

8.2. ACT versus FACT

Das ACT-Modell ist ein evidenzbasierter Behandlungsansatz für die 20%-Gruppe der am schwersten psychisch kranken Langzeit-Patienten. Das FACT-Modell kann dies noch nicht behaupten; weitere Forschung ist notwendig. In der Praxis hat sich der FACT-Ansatz jedoch als effektiv erwiesen und eine Vergleichsstudie im Vereinigten Königreich (Firn et al. 2012) und die ersten Ergebnisse aus der Forschung in den Niederlanden (van Os 2006 und Bak, van Os, Delespaul et al. 2007) zeigen, dass es gute Gründe gibt, die Wirksamkeit anzunehmen. Im Jahr 2012 wurde FACT in einem Update der niederländischen multidisziplinären Richtlinien für Schizophrenie als ‚best practice‘ klassifiziert.

ACT scheint insbesondere für Zielgruppen hilfreich zu sein, die eine sehr intensive Versorgung benötigen, besonders für Patienten, die von Bezirk zu Bezirk umherstreifen. In Kapitel 7.5 haben wir beschrieben, wie FACT in den Niederlanden nun als grundlegendes Versorgungsmodell in den großen Städten gewählt wurde.

International gibt es eine andauernde Diskussion bezüglich der 80–20%-Regel. Diese Regel wurde von Bond et al. (2001) formuliert: ACT war für die 20%-Gruppe von Menschen mit den schwersten Fällen von SMI vorgesehen. Doch anscheinend wurde diese Regel noch nie mit Zahlen belegt. Bond und Drake (2007) erklärten, dass FACT einen zuverlässigeren Prozentsatz bieten kann, da Klienten dann auf die Tafel geschrieben werden, wenn es notwendig ist.

In der Praxis sind normalerweise nicht 20% der Klienten eines FACT-Teams auf der Tafel, sondern nur 10–15% von ihnen. Offenbar sind Krisen, drohende Klinikeinweisungen und das Vermeiden der Behandlung etwas weniger häufig. Dies kann auch ein Effekt der Arbeit des FACT-Teams sein, weil FACT-Teams ihre Aufmerksamkeit auch auf die 80%-Gruppe richten; möglicherweise hilft das, Rückfälle zu verhindern.

Aufgrund der beiden Arbeitsprozesse innerhalb desselben Teams, ist im FACT-Modell eine Kontinuität zwischen stabilen und instabilen Phasen gewährleistet. Dies hat Vorteile hinsichtlich der Rehabilitation und Genesung und bietet Kontinuität im Kontakt mit der Familie und den Unterstützungssystemen des Klienten.

Wir haben auch festgestellt, dass über drei Jahre mehr als 60% der 200 Klienten eines FACT-Teams eine Episode der intensiven Versorgung oder Behandlung benötigen und dafür auf die FACT-Tafel geschrieben werden. Kürzlich wurden Listen von den 2011 auf der FACT-Tafel eines Teams namens Team Zentrum in Nordholland stehenden Klienten begutachtet. Im Jahr 2011 standen 132 von den 165 Klienten auf der Tafel. Einundsiebzig von ihnen befanden sich in einer Krise. Andere Klienten auf der Tafel waren Klienten, die die Behandlung meiden, neue Klienten und Klienten mit Lebensereignissen, stationären Aufnahmen und körperlichen Problemen.

Wir denken, dass dieses Ergebnis sehr wichtig und vielleicht das überzeugendste Argument für FACT ist: es zeigt, dass FACT auf den natürlichen Verlauf einer schweren psychischen Erkrankung ausgerichtet ist. In der Vergangenheit saßen die Patienten mit SMI in der Drehtür zwischen der Psychiatrie und der ambulanten Versorgung fest und später zwischen einem ACT-Team und einem weniger intensiven („stepdown“-) Team. Mit FACT hat sich die Drehtür auf die FACT-Tafel verschoben – der Patient wird jedoch durch ein und dasselbe Team betreut.

8.3. Modelltreue: die FACTs

Inspiziert von der Dartmouth Assertive Community Treatment Treue-Skala (DACTS, Teague et al. 1998) haben wir in den Niederlanden eine FACT-Qualitätssicherungsskala entwickelt – FACTs. Diese Skala wurde erstmals von Bähler et al. im Jahr 2007 veröffentlicht. Im Jahr 2010 wurde die FACTs von dem Zentrum für Zertifizierung von ACT- und FACT-Teams (CCAF) überarbeitet. Im Jahr 2013 wird eine dritte

ACT und FACT, Modelltreue, die FACTs und Zertifizierung

Version erscheinen. Versionen der FACTs können unter www.ccaf.nl heruntergeladen werden.

Während die erste FACT-Skala weitgehend auf den DACTS und dem ‚General Organizational Index for Evidence Based Practices‘ (GOI, Lynne et al. 2005) basierte, ergänzt durch spezifische FACT-Items in Bezug auf das Wechseln von individuellem Fallmanagement zu einer ‚shared-caseload‘-Versorgung, entwickelte sich die zweite Version der FACT-Skala (2010) selbstständig.

Die FACTs 2010 besteht aus 60 Items, die auf einer fünfstufigen Skala bewertet werden können und die alle Aspekte von FACT beinhalten:

- Die Teamstruktur, einschließlich der Anzahl der Mitglieder pro Berufsgruppe
- Der Teamprozess (und die Arbeit mit der FACT-Tafel)
- Diagnostik und Behandlung (mit leitlinien-gerechten Interventionen, Rehabilitation und Genesung)
- Die Organisation für psychische Gesundheitsversorgung (einschließlich Aufnahme, Organisation von integrierter Dienstleistungserbringung und Entlassung)
- Soziale Betreuung
- Überwachung (einschließlich ‚Routine Outcome Monitoring‘)
- Professionalität (Vision, Schulungen, Fokus auf Genesung, Qualitätssicherung)

In den letzten Jahren wurde diese Skala verwendet, um mehr als 70 FACT-Teams in den Niederlanden zu bewerten. Die Interrater-Reliabilität betrug 0,83. Als Reaktion auf diese Ergebnisse, Erfahrungen und neue Entwicklungen, werden im Jahr 2013 mehrere

Items in der FACTs angepasst. Die größte Veränderung wird sich auf die Struktur der Skala beziehen. Da es nun FACT-Teams für verschiedene Zielgruppen gibt, wird die FACTs aus einem allgemeinen Teil und einem speziellen Teil in Abhängigkeit von der Zielgruppe des FACT-Teams bestehen. Dies betrifft vor allem die Items, die sich auf die Berufsgruppen und die multidisziplinären Interventionen beziehen.

Im Zusammenhang mit der Überarbeitung der FACTs wurde die TMACT – Nachfolger der DACTS – ebenfalls geprüft. Wie die TMACT konzentriert sich die neue FACTs stärker auf die Genesung. Die Struktur der TMACT wurde nicht genau übernommen, zum Teil, weil die Anforderung blieb, dass die FACTs an einem Tag durchgeführt werden kann, während die TMACT mehr als einen Tag dauern kann.

Forschung (van Vugt et al. 2011) hat nun gezeigt, dass eine größere Modelltreue in der Tat einen Effekt auf die Umsetzung von EBP und auf die Behandlungsergebnisse auf Patientenebene hat.

8.4. Zertifizierung

Im Jahr 2008 wurde das Zentrum für Zertifizierung von ACT- und FACT-Teams (CCAF) eingerichtet. Es war offensichtlich, dass FACT dabei war, in den Niederlanden durchzustarten. Jedoch waren die Risiken einer solch schnellen Expansion auch klar – eine weite Verbreitung könnte leicht in der Entwicklung von vielen verschiedenen Versionen von FACT resultieren. Das schien nicht wünschenswert. Wir wollten Patienten mit SMI (und ihren Familien) eine gleichbleibende Qualität der Versorgung und Behandlung bieten. Es musste klar sein, dass ein FACT-Team eine starke aufsuchende Versorgung (‚outreach care‘) und leitliniengerechte Behandlung liefern kann.

In den Niederlanden kommt die Finanzierung für diese Art der Versorgung zum Teil von privaten Versicherungsträgern und teilweise von der Regierung (zum Teil von der nationalen Regierung und zum Teil von den Kommunen). Diese Trägerschaften müssen

Vereinbarungen mit den lokalen Dienstleistern für psychische Gesundheit in etwa 20 bis 30 verschiedenen Regionen des Landes treffen. Es war klar, dass diese Vereinbarungen zwischen so vielen verschiedenen Parteien durch ein konsistentes Modell (FACT), das gut definiert ist und das auch auf Modelltreue in der Praxis getestet werden könnte, erleichtert werden können.

Das CCAF hat nun über hundert ACT- und FACT-Teams bewertet. Für einen Tag begleiten zwei Gutachter das Team. Sie haben im Voraus numerische Informationen erhalten und an dem Tag der Bewertung sprechen sie mit ungefähr zehn Teammitgliedern und einigen Klienten, besuchen das FACT-Tafel-Meeting und können auf anonymisierte Akten zugreifen. Die Gutachter sind Fachkräfte, Experten aus Erfahrung und Angehörige von Patienten mit SMI; sie wurden als Gutachter von der CCAF geschult. Nach der Untersuchung verarbeiten die Gutachter ihre Ergebnisse und bewerten die Teams auf der FACTs. Dies führt zu einer vorläufigen Bewertung. Dem Team wird die Möglichkeit gegeben, zu den Ergebnissen und der vorläufigen Bewertung Stellung zu nehmen. Dann werden die Ergebnisse von einem unabhängigen Zertifizierungsausschuss kontrolliert, welcher die endgültige Bewertung erstellt und – basierend auf dieser endgültigen Bewertung – dem CCAF-Ausschuss eine von vier Empfehlungen gibt:

- Es wird kein Zertifikat vergeben (das Team zeigt keine Modelltreue)
- Vorläufiges Zertifikat (mit Empfehlungen für die Änderung von Arbeitsverfahren und einer erneuten Bewertung)
- Zertifikat
- Optimales Zertifikat

Die CCAF ist heute weithin bekannt und anerkannt. Versicherungsträger und Trägerschaften verpflichten psychische Gesundheitsorganisationen, ihre

Teams zu zertifizieren und unterstreichen auf diese Art ihre Befürwortung der Anforderungen, die für dieses Modell der Dienstleistungserbringung formuliert wurden.

Interesse an dieser Art der Zertifizierung wurde nun auch in Belgien und Bonaire (Niederländische Antillen) geäußert und in Schweden hat die erste internationale Bewertung eines Teams in Göteborg begonnen.

Für weiterführende Informationen und die FACTs in verschiedenen Sprachen: (kostenloser Download):

www.ccaf.nl

Literatuurverzechnis

- Michaela Amering, Margit Schmolke (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Bachrach LL (1993), 'The Biopsychosocial Legacy of Deinstitutionalization', *Hospital and Community Psychiatry* vol 44(6) 523–524.
- Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, Drukker M (2007), 'An observational "real life" trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* vol 42(2) 125–130.
- Bak M, Drukker M, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, van Os J, Delespaul P (2008), 'Een observationele trial naar "assertive outreach" met remissie als uitkomstmaat 1', *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol 50(5) 253–262.
- Wilma Boevink (2007). *Recoverygeschichten. Das gemeinschaftliche Erarbeiten von Erfahrungswissen in der Psychiatrie*. Trimbos-Instituut, Utrecht.
- Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM (1997), 'A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment', *Rehabilitation Counseling Bulletin* vol 40(4) 265–284.
- Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E (2001), 'Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients', *Disease Management and Health Outcomes* vol 9(3) 142–157.
- Bond GR, Drake RE (2007), 'Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT"', *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 435–437.
- Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Carter TM, Hudson WB, Grey DD, Boyd S (2012), 'A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery', *Psychiatr Serv.* vol 63(6) 541–547.
- Delespaul, PAEG & Consensusgroep EPA (Cahn WDG, Drukker M, Van der Gaag M, Van Heugten T, Van Hoof F, Keet R, Kroon H, Mulder N, Van Os J, Slooff CJ, Sytema S, van Veldhuizen R, van Weeghel J, Wiersma D, Willemsen E, Wunderink L), 'Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie', (2012 (submitted) *Tijdschrift voor Psychiatrie*, The Netherlands.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L (2001), 'Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness', *Psychiatric Services* vol 52 (April) 469–476.
- Drukker M, van Os J, Sytema S, Driessen G, Visser E, Delespaul P (2011), 'Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness', *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol 20(3) 273–8.
- Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ (2012), 'A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Springer. 68
- Intagliata J (1982), 'Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of case management', *Schizophrenia Bulletin* vol 8(40) 655–674.
- Lynne D, Finnerty M, Boyle P (2005), *General Organizational Index for Evidence-Based Practices*, SAMHSA website.
- Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR)* (2005), Trimbos Instituut, Utrecht.
- van Os J, (2006), 'Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel', *Patient Care*, December 2006 4–6.

Phelan M, Slade M, Thornicroft G. et al. (1995), 'The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness', *British Journal of Psychiatry* vol 167, 589–595.

Priebe S, Huxley P, Knight S, Evenas S (1999), 'Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA)', *International Journal of Social Psychiatry* vol 45(1) 7–12.

Rapp CA (1998b), *The Strengths Model: Case Management with People suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, New York: Oxford University Press.

Rapp CA, Goscha RJ (2006), *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, New York: Oxford University Press.

Ridgway P (1999), 'Recovery paradigm project: deepening the mental health recovery paradigm, defining implications for practice. A report of the recovery paradigm project', Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare.

Salyers MP, Tsemberis S (2007), 'ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on ACT teams', *Community Mental Health Journal* vol 43(6) 619–641.

Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998), 'Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure', *Am J Orthopsychiatry* vol 68(2) 216–32.

Test MA, Stein LI (eds.) (1978), *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Plenum Press USA.

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J (2009), '11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)', *Lancet* vol 374(9690) 620–7.

van Veldhuizen JR, 'FACT: A Dutch Version of ACT' (2007), *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 421–433.

van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL (2011), *Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity*, *Canadian Journal of Psychiatry* vol 56(3) 154–160.

Peter N. Watkins (2009). *Recovery – wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker*. Huber, Bern.

Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, et al. (1998), 'Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development', *British Journal of Psychiatry*, vol 172, 11–18.



Flexible Assertive Community Treatment

FACT-Qualitätssicherungsskala

Impressum

Die CCAF ist der intellektuelle Eigentümer der FACT-Qualitätssicherungsskala. Die Skala wurde entwickelt von: Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois, Niels Mulder.

Deutsche Übersetzung aus dem Englischen: Vivien Kraft & Anne Wüstner, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Für weitere Informationen oder falls Sie Anmerkungen zur FACT-Skala haben, mailen Sie an: info@ccaf.nl.
Certification Centre for ACT and FACT (CCAF), Dezember 2010 (+ kleinere Veränderungen 2015)

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Teamzusammensetzung					
1. Geringe Fallzahlen: Klienten-Behandler-Verhältnis von 15:1 (inkl. Psychiater, Psychiater in Ausbildung o.5 Vollzeitstellen)	> 50 Klienten/Behandler	35–49	25–34	16–24	15 Klienten pro Behandler oder weniger
2. Mitarbeiterkapazität: Betrieb bei voller Besetzung mit wenigen unbesetzten Stellen	Betrieb mit weniger als 50% des Personals in den letzten 12 Monaten	50–64%	65–79%	80–94%	Betrieb mit 95% oder mehr des Personals in den letzten 12 Monaten
3. Vollzeit-Personal: Durchschnittliche Teilzeit-Mitarbeiter (Gesamtzahl der Vollzeitstellen/Mitarbeiter) exkl. Verwaltung	Weniger als 0.50 durchschnittliche Vollzeitstellen	Zwischen 0.50 und 0.59	Zwischen 0.60 und 0.69	Zwischen 0.70 und 0.79	Betrieb mit mind. 0.80 durchschnittlichen Vollzeitstellen
4. Psychiater: Mindestens 1 Psychiater in Vollzeit für 200 Klienten	Weniger als 0.10 Vollzeitstellen Psychiater für 200 Klienten	0.10–0.39 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.40–0.69 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.70–0.99 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Mindestens 1 Psychiater in Vollzeit für 200 Klienten
5. Psychologe: Mindestens 0.8 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Weniger als 0.20 Vollzeitstellen Psychologe für 200 Klienten	0.20–0.39 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.40–0.59 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.60–0.79 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Mindestens 0.8 Vollzeitstellen Psychologe für 200 Klienten
6. Peer-Spezialist: Mindestens 0.8 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Kein Peer-Spezialist	0.20–0.39 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.40–0.59 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.60–0.79 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Mindestens 0.8 Vollzeitstellen Peer-Spezialist für 200 Klienten
7. Sozialarbeiter: Mindestens 0.8 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Weniger als 0.10 Vollzeitstellen Sozialarbeiter für 200 Klienten	0.10–0.39 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.40–0.69 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.70–0.79 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Mindestens 0.8 Vollzeitstellen Sozialarbeiter für 200 Klienten
8. Psychiatrische Pflegekraft: Mindestens 4 Pflegekräfte in Vollzeit (1 Jahr Erfahrung) für 200 Klienten	Weniger als 0.40 Vollzeitstellen Pflegekraft für 200 Klienten	0.40–1.59 Vollzeitstellen für 200 Klienten	1.60–2.79 Vollzeitstellen für 200 Klienten	2.80–3.99 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Mindestens 4 Pflegekräfte in Vollzeit für 200 Klienten, 2 haben längere Erfahrung
9. Fallmanager: Mindestens 6 Fallmanager in Vollzeit für 200 Klienten ¹	Weniger als 3 Vollzeitstellen Fallmanager für 200 Klienten	Weniger als 4 Vollzeitstellen Fallmanager für 200 Klienten	Weniger als 5 Vollzeitstellen Fallmanager für 200 Klienten	Weniger als 6 Vollzeitstellen Fallmanager für 200 Klienten	Mindestens 6 Fallmanager in Vollzeit für 200 Klienten

¹ kann aus jeder Berufsgruppe stammen

Kriterium	Punktzahl					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Teambzusammensetzung						
10.	Doppeldiagnosen-Spezialist: Mindestens 2 Spezialisten in Vollzeit für 200 Klienten (mind. 1 Jahr Ausbildung oder Erfahrung)	Weniger als 0.20 Vollzeitstellen DD-Spezialist für 200 Klienten	0.20–0.79 Vollzeitstellen DD-Spezialist für 200 Klienten	0.80–1.39 Vollzeitstellen DD-Spezialist für 200 Klienten	1.40–1.99 Vollzeitstellen DD-Spezialist für 200 Klienten	Mindestens 2 DD-Spezialisten in Vollzeit mit mind. 1 Jahr Ausbildung oder Erfahrung mit Substanzgebrauch
11.	Spezialist für Unterstützte Beschäftigung: Mindestens 1 Vollzeitstelle für 200 Klienten (mind. 1 Jahr Training oder Erfahrung)	Weniger als 0.10 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.10–0.39 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.40–0.69 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.70–0.99 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Mindestens 1 Spezialist für Unterstützte Beschäftigung in Vollzeit für 200 Klienten
12.	Spezialist für Rehabilitation: 2 Vollzeitstellen innerhalb des Personals (Rolle im Team)	Weniger als 0.50 Vollzeitstellen für 200 Klienten	0.50–0.99 Vollzeitstellen für 200 Klienten	1.00–1.49 Vollzeitstellen für 200 Klienten	1.50–1.99 Vollzeitstellen für 200 Klienten	Mindestens 2 Spezialisten für Rehabilitation in Vollzeit
Prozess des Programms						
13.	„Shared Caseload“: Alle Klienten des FACT-Programms haben Kontakt zu mind. 4 Teammitgliedern innerhalb eines Jahres (inkl. Psychiater)	Weniger als 10% der Klienten hatten persönlichen Kontakt zu 3 Mitarbeitern innerhalb eines Jahres	10–36%	37–63%	64–89%	90% oder mehr der Klienten hatten persönlichen Kontakt zu mehr als 3 Mitarbeitern innerhalb eines Jahres
14.	Teamansatz während ACT: Behandler arbeiten als Team und nicht als Einzelpersonen. Alle Teammitglieder kennen und arbeiten mit den Klienten, die ACT brauchen	Weniger als 10% der Klienten haben während ACT persönliche Kontakte zu mehr als 2 Teammitgliedern innerhalb von 2 Wochen	10–36%	37–63%	64–89%	90% oder mehr der Klienten haben persönliche Kontakte zu mehr als 3 Teammitgliedern innerhalb von 2 Wochen

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Prozess des Programms					
15. Team-Meeting: Regelmäßige Team-Meetings, um die Behandlung für jeden Klienten zu planen und zu besprechen	Behandlungsplanung für ACT i.d.R. 1x pro Woche oder weniger	Behandlungsplanung für ACT i.d.R. 2 x pro Woche	Behandlungsplanung für ACT i.d.R. 3 x pro Woche	Behandlungsplanung für ACT i.d.R. 4 x pro Woche	Das Team trifft sich mindestens 5 x pro Woche und bespricht die Behandlung für alle Klienten ²
16. Multidisziplinäre FACT-Meetings: Alle Teammitglieder sind beim FACT-Meeting anwesend (wenn der Psychiater nicht anwesend ist, obwohl er arbeitet, gibt es einen Punkt Abzug)	Bei dem FACT-Meeting sind < 60% der Mitarbeiter anwesend, darunter auch der Psychiater	Bei dem FACT-Meeting sind > 60% der Mitarbeiter anwesend, darunter auch der Psychiater	Bei dem FACT-Meeting sind > 70% der Mitarbeiter anwesend, darunter auch der Psychiater	Bei dem FACT-Meeting sind > 80% der Mitarbeiter anwesend, darunter auch der Psychiater	Bei dem FACT-Meeting sind > 90% der Mitarbeiter anwesend, darunter auch der Psychiater
17. Behandlungsplan: Der Behandlungsplan wird in Anwesenheit von mindestens 4 verschiedenen Berufsgruppen erstellt	< 50% des Behandlungsplans werden multidisziplinär erstellt	50–69%	70–79%	80–89%	90% des Behandlungsplans werden in Anwesenheit von mindestens 4 verschiedenen Berufsgruppen erstellt
18. Behandlungsplan – Klient: Der Behandlungsplan wird in Anwesenheit des Klienten erstellt und mit ihm diskutiert	< 50% des Behandlungsplans werden in Anwesenheit des Klienten erstellt	50–69%	70–79%	80–89%	90% des Behandlungsplans werden in Anwesenheit des Klienten erstellt
19. Teamleiter³: <ul style="list-style-type: none"> • erbringt direkte Leistungen (mindestens 30% der Zeit) • ist aktiv daran beteiligt, die FACT-Philosophie /das FACT-Modell zu fördern • ist bei den FACT-Meetings immer anwesend • ist bei den Behandlungsplan-Meetings anwesend 	Der Teamleiter erfüllt keines der Kriterien	Der Teamleiter erfüllt ein Kriterium	Der Teamleiter erfüllt zwei Kriterien	Der Teamleiter erfüllt drei Kriterien	Der Teamleiter erfüllt alle vier Kriterien

² Mindestens 3 formale Meetings pro Woche, an den anderen Tagen Überprüfen des Tagesplans

³ Der Teamleiter kann auch ein Schichtleiter mit einer klar definierten Rolle im Team sein.

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Prozess des Programms					
20. Kriterien für die Aufnahme auf die FACT-Tafel: Das Programm hat klar definierte Kriterien für die Aufnahme von Klienten auf die FACT-Tafel: (1) Zunahme von Symptomen/Krise, (2) gestörtes oder aggressives Verhalten, (3) schwere Selbstvernachlässigung, (4) versäumte Termine, (5) schwer in die Behandlung zu bekommen, (6) regelmäßige stationäre Aufnahmen, (7) nach einer Krankenhausentlassung, (8) intensive Behandlung (z. B. neue Medikation), (9) Lebensereignisse, (10) neue Klienten	Das Programm nutzt 1–3 Kriterien für die Aufnahme von Klienten auf die FACT-Tafel	Das Programm nutzt 4–5 von den 10 Kriterien	Das Programm nutzt 6–7 von den 10 Kriterien	Das Programm nutzt 8–9 von den 10 Kriterien	Das Programm hat alle 10 Kriterien definiert und nutzt sie in der täglichen Praxis
21. Vorgehen bei der Aufnahme auf die FACT-Tafel: Es gibt eine klar definierte Vorgehensweise für das Aufnehmen von Klienten auf die FACT-Tafel, für den akuten Bedarf und die folgenden Schritte: (1) jedes Teammitglied kann einen Klienten auf die FACT-Tafel schreiben, (2) das Programm nutzt den existierenden Krisenplan, (3) Klienten und Familien sind informiert, (4) ein Psychiater wird den Klienten sehen oder die Situation innerhalb von 2 Tagen besprechen (Medikation und Zwang), (5) wenn nötig werden Krankenhaus und 7x24-Krisenbehandlung benachrichtigt	Das Programm hat keine definierte Vorgehensweise, kann jedoch sein Vorgehen erklären und erfüllt 2 Kriterien	Das Programm hat keine klar definierte Vorgehensweise, kann jedoch sein Vorgehen erklären und erfüllt 3 von 5 Kriterien	Das Programm hat keine klar definierte Vorgehensweise, kann jedoch sein Vorgehen erklären und erfüllt 4 von 5 Kriterien	Das Programm hat keine klar definierte Vorgehensweise, nutzt jedoch alle 5 Verfahren	Das Programm hat eine klar definierte Vorgehensweise und nutzt alle 5 Verfahren

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Prozess des Programms					
22. Vorgehen bei der Entlassung von der FACT-Tafel: Es gibt eine klar definierte Vorgehensweise für das Entlassen von Klienten von der FACT-Tafel, mit den folgenden Schritten: (1) die Entscheidung findet während des FACT-Meetings statt, (2) der Klient ist informiert, (3) die ACT-Periode wird hinsichtlich der Wirksamkeit und Zufriedenheit mit dem Team evaluiert, (4) und mit dem Klienten und seiner Familie/Angehörigen, (5) wenn nötig wird der Krisenplan überarbeitet, (6) und der Behandlungsplan wird evaluiert und überarbeitet	Das Programm hat keine klar definierte Vorgehensweise, erfüllt jedoch 2 von 6 Verfahren	Das Programm hat keine definierte Vorgehensweise, erfüllt jedoch 3 von 6 Verfahren	Das Programm hat keine definierte Vorgehensweise, erfüllt jedoch 4 von 6 Verfahren	Das Programm hat keine definierte Vorgehensweise, erfüllt jedoch 5 von 6 Verfahren	Das Programm hat eine klar definierte Vorgehensweise und nutzt alle 6 Verfahren
23. Intensität der ACT-Behandlung: (Bespreche 5 Klienten auf der FACT-Tafel mit hoher Intensität)	Durchschnittlich 1 Kontakt/Woche mit dem Klienten oder weniger	1–2/Woche	2–3/Woche	3–4/Woche	Durchschnittlich 4 oder mehr Kontakte/Woche mit Klienten
24. Häufigkeit der Behandlungskontakte bei Regelversorgung: Klienten in der Regelversorgung sollten regelmäßig persönliche Kontakte haben	Weniger als 1 persönlicher Kontakt innerhalb von 4 Wochen	1 persönlicher Kontakt innerhalb von 4 Wochen	1 persönlicher Kontakt innerhalb von 3 Wochen	1 persönlicher Kontakt innerhalb von 2 Wochen	1 persönlicher Kontakt pro Woche

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diagnostik, Behandlung und Interventionen					
25. Volle Verantwortung für die Behandlung: Das Programm bietet eine aufsuchende Versorgung für praktische individuelle Leistungen: (1) Haushaltshilfe/Unterstützung im Alltag, (2) Hilfe anbieten und wenn notwendig zu Terminen (bei Behörden) begleiten, (3) Familie, (4) Nachbarschaft, (5) Finanzen und soziale Sicherheit, (6) Medikation	Das Programm bietet keine Leistungen des Fallmanagements	Das Programm bietet 2–3 von 6 Leistungen und überweist den Klienten für andere Leistungen	Das Programm bietet 4 von 6 Leistungen und überweist den Klienten für andere Leistungen	Das Programm bietet 5 von 6 Leistungen und überweist den Klienten für andere Leistungen	Das Programm bietet alle 5 Leistungen
26. Neue Klienten: Neue Klienten werden auf die FACT-Tafel aufgenommen und bleiben dort für 3 Wochen, um Kontakt zu den verschiedenen Berufsgruppen zu bekommen und damit sich die Teammitglieder einen ersten Eindruck machen können	Nein	Manchmal	Strukturiert mit Eindrücken von 3 Teammitgliedern	Strukturiert mit Berichten von 3 Teammitgliedern	> 4 Teammitglieder
27. Individueller Behandlungsplan: Jeder Klient hat einen Behandlungsplan, der weniger als 1 Jahr alt ist	60% oder weniger haben einen Behandlungsplan	70%	80%	90%	95% der Klienten haben einen Behandlungsplan, der weniger als 1 Jahr alt ist
28. Individueller Krisenplan: Jeder Klient hat einen effektiven Krisenplan, der auch für Krisendienste verfügbar ist	20% der Klienten haben einen effektiven Krisenplan	21–40%	41–60%	61–80%	Mehr als 80% der Klienten haben einen effektiven Krisenplan

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diagnostik, Behandlung und Interventionen					
29. Individueller Rehabilitationsplan: Jeder Behandlungsplan enthält individuelle Rehabilitationsziele und definiert mit mehreren Unterpunkten bestimmte Ziele und Stärken	20%	21–40%	41–60%	61–80%	Mehr als 80% der Klienten haben einen Behandlungsplan mit individuellen Rehabilitationszielen
30. Kopie des Behandlungsplans: Jeder Klient hat eine Kopie seines Behandlungsplans (außer die Klienten möchten keine Kopie)	20% der Klienten haben eine Kopie	21–40%	41–60%	61–80%	Mehr als 80% der Klienten haben eine Kopie ihres Behandlungsplans
31. Medikation	Die Medikation wird angepasst, wenn darum gebeten wird oder bei Beschwerden	Minimal. Die Medikation wird einmal im Jahr überprüft	Die Wirkung und Nebenwirkungen der Medikation werden beachtet und wenn nötig wird der Klient über die Medikamente unterrichtet	Drei oder mehr Medikationsprotokolle werden genutzt	Das Programm nutzt ein Toolkit für das Medikamenten-Management
32. Psychoedukation	Psychoedukation findet auf Anfrage des Klienten oder wenn erforderlich statt	Für Psychoedukation wird der Klient zu einem anderen Programm überwiesen	Individuelle Psychoedukation wird von dem Programm angeboten, für Gruppen-Psychoedukation wird der Klient überwiesen	Das Programm ist sowohl für individuelle als auch für Gruppen-Psychoedukation verantwortlich	Das Programm nutzt ein Toolkit / Richtlinien für Psychoedukation
33. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): während der letzten 2 Jahre + EMDR ⁵	KVT wird für die Klienten des Programms nicht angeboten	Für KVT werden die Klienten zu einem anderen Programm überwiesen, aber weniger als 10% nutzen KVT	Weniger als 15%	KVT wird in dem Programm angeboten, aber weniger als 15% der Klienten nutzen es	KVT wird in dem Programm angeboten und mehr als 15% der Klienten nutzen es

⁴ Prozentsatz der Gesamt-Fallzahl während der letzten 2 Jahre

⁵ Eye Movement Desensitization and Reprocessing – eine Methode zur Traumatherapie

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diagnostik, Behandlung und Interventionen					
34. Psychoedukation mit Familien: (z. B. Multifamilien-Gruppen)	Psychoedukation wird für Familienangehörige nicht angeboten	Weniger als 10% der Familien nutzen Psychoedukation	Weniger als 20%	Mehr als 20%	Das Programm nutzt ein Toolkit für Familien-Psychoedukation und mehr als 20% der Familien nutzen es
35. Unterstützte Beschäftigung (IPS⁶): Es gibt eine stetige Aufmerksamkeit für und Fokus auf Beschäftigung	Es gibt keine Aufmerksamkeit für Unterstützte Beschäftigung	Für Unterstützte Beschäftigung werden die Klienten überwiesen	Es besteht eine systematische Aufmerksamkeit für Unterstützte Beschäftigung. Klienten werden überwiesen	Programme zur beruflichen Wiedereingliederung werden von einem Spezialisten des Teams angeboten	Das Programm nutzt ein Toolkit für Unterstützte Beschäftigung/IPS
36. Doppeldiagnosen (DD)-Modell: Verwendet ein nicht-konfrontatives, gestuftes Behandlungsmodell, folgt Verhaltensgrundsätzen, berücksichtigt Interaktion von psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch und hat graduelle Erwartungen an die Abstinenz	Basiert vollkommen auf traditionellem Modell: Konfrontation, angeordnete Abstinenz etc.	Verwendete primär traditionelles Modell z. B. Anonyme Alkoholiker, nutzt stationären Entzug und Rehabilitation, erkennt den Bedarf, Klienten zu überzeugen, die die Behandlung verweigern oder nicht zu den Anonymen Alkoholikern passen	Verwendet ein gemischtes Modell: z. B. DD-Prinzipien in Behandlungsplänen; überweist Klienten zu Überzeugungsgruppen; nutzt Krankenhaus-einweisung für Rehabilitation, überweist z. B. an Anonyme Alkoholiker/ Narkotiker	Verwendet primär DD-Modell: z.B. DD-Prinzipien in Behandlungsplänen; Überzeugungs- und aktive Behandlungsgruppen; selten Krankenhaus-einweisungen für Rehabilitation oder Entzug, außer bei medizinischer Notwendigkeit	Basiert vollständig auf den DD-Behandlungsgrundsätzen, mit einer Behandlung, die von den FACT-Mitarbeitern ‚transmural‘ angeboten wird
37. Individuelle körperliche Gesundheitsversorgung	Das Programm bietet kein Screening für körperliche Begleiterkrankungen	Das Programm reagiert manchmal auf körperliche Gesundheitsprobleme, aber es gibt kein systematisches Screening oder Überweisung zu anderen Angeboten	Das Programm reagiert manchmal auf körperliche Gesundheitsprobleme, aber es gibt kein systematisches Screening. Es finden Überweisungen zum Hausarzt oder zu anderen Angeboten statt	Das Programm hat eine systematische Aufmerksamkeit für körperliche Gesundheitsprobleme, aber es gibt kein systematisches Screening. Klienten werden zum Hausarzt oder zu anderen Angeboten überwiesen	Das Programm bietet ein systematisches (metabolisches) Screening für körperliche Gesundheitsprobleme und werden wenn nötig zu anderen Maßnahmen begleitet

⁶ Individual Placement and Support

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Organisation					
38. Explizite Aufnahmekriterien: Das Programm hat eine klar definierte Vorgehensweise, um die Personen zu identifizieren, die FACT benötigen	Es gibt keine klaren Kriterien für die Aufnahme in das FACT-Team	Es gibt Kriterien, dennoch gibt es keine Vorgehensweise	Es gibt klare Kriterien und verwendete Vorgehensweisen	Es gibt ein Aufnahme-Komitee, das die Aufnahmen prüft	Es gibt ein Aufnahme-Komitee, das die Aufnahmen prüft, was zu < 5% unangemessenen Aufnahmen führt
39. Warteliste: In den letzten 12 Monaten mussten neue Klienten nie länger als einen Monat auf die Aufnahme in das Programm warten	> 6 Monate	5 Monate	3 Monate	2 Monate	1 Monat oder weniger
40. Leistungsdeckung: Die maximale Anzahl an geeigneten Klienten wird durch das Verhältnis definiert: # Klienten, die FACT oder andere evidenzbasierte Maßnahmen erhalten # Klienten, die für evidenzbasierte Maßnahmen geeignet sind (Einwohner der Region / Dienste)	< 55% der geeignete Klienten haben FACT	56–65% der geeignete Klienten haben FACT	66–75%	76–85%	> 86%
41. 24-Stunden-Erreichbarkeit und Krisen: <ul style="list-style-type: none"> Zwischen 8:00 und 20:00 Uhr kann das Programm innerhalb von 2 Stunden auf eine Krise reagieren Zwischen 20:00 und 8:00 Uhr gibt es Vereinbarungen mit akuten Krisendiensten Klienten des Programms können 7x24 Stunden mit gut informierten Mitarbeitern telefonieren Der Krisenplan ist für die akuten Krisendienste verfügbar 	Das Programm hat während der Arbeitszeit keine angemessene Antwort auf Krisen und hat keine definierte Vereinbarung mit dem 7x24 Stunden Akut-Krisendienst	Das Programm erfüllt 1 Kriterium	Das Programm erfüllt 2 Kriterien	Das Programm erfüllt 3 Kriterien	Das Programm erfüllt alle 4 Kriterien

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Organisation					
42. Verantwortung für stationäre Aufnahmen	Das Team ist in weniger als 5% der Entscheidungen zur Aufnahme involviert	5–34%	35–64%	65–94%	95% oder mehr der Aufnahmen werden vom FACT-Team arrangiert
43. Bett auf Anfrage: Es gibt Vereinbarungen mit den Klienten, dass sie ein speziell vereinbartes Bett im Krankenhaus nutzen können	Das Programm hat keine Vereinbarungen		Einige Klienten können in bestimmten Situationen ein Bett nutzen		Das Programm hat klar definierte Vereinbarungen mit der Krankenhausstation
44. „Inreach“ während des stationären Aufenthalts: Alle Klienten des Programms werden während des Aufenthalts häufig von Teammitgliedern besucht	Es gibt keinen Kontakt während des Aufenthalts	Es finden keine Besuche statt, nur Telefonate	Klienten werden während des Aufenthalts einmal in 3–4 Wochen besucht	Einmal in zwei Wochen	Einmal pro Woche
45. Verantwortung für die Krankenhausentlassung: ist in die Planung der Krankenhausentlassungen von allen Klienten des FACT-Teams involviert	Das Team ist in weniger als 5% der Entlassungen involviert	5–34%	35–64%	65–84%	≥ 85%
46. Entlassung aus dem Programm: Wenn ein Klient aus dem Programm entlassen wird, ist dies eine gemeinsame Entscheidung und der Übergang zum Hausarzt oder anderen Angeboten erfolgt schrittweise. Es wird evaluiert, ob der Übergang gut funktioniert hat.	Bei > 50% der Klienten, die letztes Jahr aus dem Programm entlassen worden sind, war die Entscheidung einseitig (vom Team oder Klienten)	36–50% Einseitig ohne Nachsorge	16–35%	5–15% Einseitig ohne Nachsorge	> 95% in guter Konsultation + Nachsorge + Nachkontrolle
47. Kein Drop-Out: Es gibt keine Entlassung aus dem Programm ohne Überweisung oder basierend auf negativen Argumenten	> 50% der Klienten wurden in den letzten 12 Monaten ohne angemessene Überweisung entlassen	36–50% Neu: 9–50% ohne Überweisung oder Verlust	16–35% Neu: > 8% Drop-Out	5–15% Neu: 3–8% Drop-Out	< 5% Neu: < 3% Drop-Out

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gemeindeversorgung					
48. Aufsuchende Versorgung („outreach“): Das Training von Fertigkeiten findet im häuslichen Umfeld statt, > 80% der Kontakte finden außerhalb des Büros statt (exkl. Psychiater/Psychologe)	< 20% der persönlichen Kontakte finden im häuslichen Umfeld statt	20–39%	40–59%	60–79%	80% oder mehr der persönlichen Kontakte finden im häuslichen Umfeld statt
49. Zusammenarbeit mit vielen Organisationen: Das Programm hat eine aktive Strategie der Kooperation mit (1) häuslicher Pflege (2) Ortspolizei (3) Wohnungsunternehmen (4) Sozialhilfe (5) Nachbarschaft/ Kirche etc.	In den letzten 6 Monaten gab es keinen Kontakt	In den letzten 6 Monaten gab es Kontakt mit einer Organisation	In den letzten 6 Monaten gab es Kontakt mit zwei Organisationen	In den letzten 6 Monaten gab es Kontakt mit drei Organisationen	In den letzten 6 Monaten gab es Kontakt mit mindestens vier Organisationen
50. Aufsuchende Angebote um Klienten im Programm zu halten: Um die Inanspruchnahme sicherzustellen, verwendet das Programm alle möglichen Strategien, wie die Verteilung von Essen, Kleidung, Kaffee, etc. und arbeitet aufsuchend (Hausbesuche) und nutzt rechtliche Mechanismen (Bewährung, Verpflichtung) wie angezeigt und verfügbar	Passiv bei der Rekrutierung und Wiederinanspruchnahme; nutzt nahezu nie Hausbesuche und rechtliche Mechanismen	Macht erste Versuche, fokussiert sich jedoch auf die motiviertesten Klienten	Nutzt aktiv eines der drei Mechanismen der aufsuchenden Versorgung	Nutzt aktiv zwei der drei Mechanismen der aufsuchenden Versorgung	Nutzt aktiv Hausbesuche und rechtliche Mechanismen wie angezeigt und verfügbar

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gemeindeversorgung					
51. Kooperation mit dem Unterstützungssystem des Klienten während ACT-Versorgung: Mit oder ohne Anwesenheit des Klienten bietet das Programm Hilfestellung und Fertigkeitentraining für das Unterstützungssystem des Klienten: Familie, Vermieter, Arbeitgeber etc.	Im letzten Monat gab es bei weniger als 20% der ACT Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem	Im letzten Monat gab es bei 20–39% der Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem	Im letzten Monat gab es bei 40–59% der Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem	Im letzten Monat gab es bei 60–79% der Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem	Im letzten Monat gab es bei mindestens 80% der ACT Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem
52. Kooperation mit dem Unterstützungssystem des Klienten während der Regelversorgung: Mit oder ohne Anwesenheit des Klienten bietet das Programm Hilfestellung und Fertigkeitentraining für das Unterstützungssystem des Klienten: Familie, Vermieter, Arbeitgeber	In den letzten 6 Monaten gab es bei weniger als 20% der ACT Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem	In den letzten 6 Monaten gab es bei 20–39% der Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem	40–59%	60–79%	In den letzten 6 Monaten gab es bei mindestens 80% der ACT Klienten Kontakt mit dem Unterstützungssystem

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Monitoring					
53. Routinemäßiges Outcome Monitoring (ROM) – Inhalt: Das Programm nutzt ROM für alle Klienten des Programms. ROM nutzt Instrumente, um die mentale und soziale Funktionsfähigkeit, den Versorgungsbedarf und die Lebensqualität zu messen (wenn nicht alle Instrumente: ein Punkt weniger)	< 20%	20–39%	40–59%	60–79%	> 80%
54. Routinemäßiges Outcome Monitoring (ROM) – Verwendung: Das Programm nutzt ROM in ihrer gemeinsamen Entscheidung über die Behandlung und als Teil der Programmstrategie	Das Programm hat kein ROM	ROM wird von der Forschungsabteilung durchgeführt. Es gibt kein Feedback für das Programm	Das Programm nutzt ROM nur für gemeinsame Entscheidungen oder die Teamstrategie	Das Programm nutzt ROM nur für gemeinsame Entscheidungen und die Teamstrategie	Das Programm nutzt ROM bei den gemeinsamen Entscheidungen über die Behandlung und als Teil ihrer Programmstrategie
55. Serviceverbesserung: Der Projektleiter/ Teamleiter überwacht den FACT-Prozess und nutzt Daten, um das Programm zu verbessern. Das Programm nutzt einen Standard wie die Qualitätssicherungsskala oder andere Indikatoren. Dem PDSA (plan-do-study-act)-Zyklus wird gefolgt	Es findet keine Überwachung oder Verbesserung des Prozesses statt	Es findet jedes Jahr eine informelle Überprüfung des Prozesses statt	Es findet jedes Jahr eine formelle Überprüfung statt, jedoch führt das Ergebnis nicht zu einer aktiven Verbesserung	Es findet jedes Jahr eine formelle Überprüfung statt; das Ergebnis wird genutzt, um den Prozess zu verbessern	Der Projektleiter/ Teamleiter überwacht den FACT-Prozess und nutzt Daten, um das Programm zu verbessern. Das Programm nutzt einen Standard wie die Treue-Skala oder andere Indikatoren. Dem PDSA-Zyklus wird gefolgt

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Professionelle Entwicklung					
56. Reflektierende Praxis: FACT-Teammitglieder nehmen mindestens 5 x 2 Stunden an reflektierenden Team-Meetings über FACT teil (Betrachte nur reale Praxis)	< 20% der FACT Teammitglieder reflektieren ihre eigene Praxis (mind. 5 x 2 Stunden)	21–40%	41–60%	61–80%	> 80%
57. Training: FACT und andere evidenzbasierte Maßnahmen (evidence-based practice – EBP): Alle Teammitglieder hatten im letzten Jahr ein Training in FACT oder einer anderen EBP. 2 Tage pro Person.	≤ 20% der FACT Teammitglieder erhalten ein Training in FACT und EBP (2 Tage pro Person und Jahr)	21–40%	41–60%	61–80%	> 80%
58. Genesungsorientiertes Versorgungstraining: 80% des Teams hatten eine Schulung in Rehabilitation oder Genesung in den letzten 2 Jahren	Keine Schulung in Recovery in den letzten 2 Jahren	1–29%	30–59%	60–79%	80% oder mehr wurde in den letzten 2 Jahren im Bereich Recovery geschult
59. Genesungsfokussiertes Vorgehen: Aufmerksamkeit auf Genesung und genesungsorientierte Versorgung. Das Programm fokussiert sich auf Genesung. Dies wird durch die FACT Tafel, die Behandlungspläne und die Ziele der Klienten etc. ersichtlich	Das Programm fokussiert sich hauptsächlich auf die Reaktion auf Krisen. Es gibt kaum Aufmerksamkeit für Genesungsprozesse	Es wird viel Zeit damit verbracht, auf Krisen zu reagieren. Etwas Aufmerksamkeit für andere Behandlungen außer Medikation	Das Programm fokussiert sich auf Krisen, Behandlung und Genesung. Jedoch gibt es nur für die mehr oder weniger stabilen Klienten Genesungsziele	Das Programm fokussiert sich auf Krisen, Behandlung und Genesung. Genesungsziele sind Teil des Behandlungsplans und klar identifizierbar	Das Programm fokussiert sich auf Krisen, Behandlung und Genesung. Genesungsziele sind Teil des Behandlungsplans und klar identifizierbar. Klienten werden zur Peer-Unterstützung und Genesungsgruppen überwiesen

FACT-Qualitätssicherungsskala

Kriterium	Punktzahl				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Professionelle Entwicklung					
60. Teamgeist: <ul style="list-style-type: none"> • Gute Atmosphäre (freundlich, entspannt) • Zusammenhalt im Team • Gemeinsame Philosophie • Das Programm strebt nach Qualität und Innovation • Burn-out (weniger als 20% des Team hat Symptome von Burn-out) 	0-1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte. Enthusiastisches, motiviertes Team

Auswertungsblatt Qualitätssicherungsskala

Kriterium	B1	B2	Konsens	Hinweise
Teamzusammensetzung				
1. Geringe Fallzahlen 2. Mitarbeiterkapazität 3. Vollzeit-Personal 4. Psychiater 5. Psychologe 6. Peer-Spezialist 7. Sozialarbeiter 8. Psychiatrische Pflegekraft 9. Fallmanager 10. Doppeldiagnosen-Spezialist 11. Spezialist für Unterstützte Beschäftigung 12. Spezialist für Rehabilitation Mittelwert Teamzusammensetzung ____ / 12 = ____				
Prozess des Programms				
13. Shared Caseload 14. Teamansatz 15. Team-Meeting 16. Multidisziplinäre FACT-Meetings 17. Behandlungsplan 18. Behandlungsplan – Klient 19. Teamleiter 20. Kriterien für die Aufnahme auf die FACT-Tafel 21. Vorgehen bei der Aufnahme auf die FACT-Tafel 22. Vorgehen bei der Entlassung von der FACT-Tafel 23. Intensität der ACT-Behandlung 24. Häufigkeit der Behandlungskontakte Mittelwert Prozess des Programms ____ / 11 = ____				
Diagnostik, Behandlung und Interventionen				
25. Volle Verantwortung für die Behandlung 26. Neue Klienten 27. Individueller Behandlungsplan 28. Individueller Krisenplan 29. Individueller Rehabilitationsplan 30. Kopie des Behandlungsplans 31. Medikation 32. Psychoedukation 33. Kognitive Verhaltenstherapie 34. Psychoedukation mit Familie 35. Unterstützte Beschäftigung 36. Doppeldiagnosen (DD)-Modell 37. Individuelle körperliche Gesundheitsversorgung Mittelwert Diagnostik, Behandlung, Interventionen ____ / 13 = ____				

Auswertungsblatt Qualitätssicherungsskala

Kriterium	B1	B2	Konsens	Hinweise
Organisation				
38. Explizite Aufnahmekriterien 39. Warteliste 40. Leistungsdeckung 41. 24 Stunden Erreichbarkeit und Krisen 42. Verantwortung für stationäre Aufnahmen 43. Bett auf Anfrage 44. ‚Inreach‘ während des stationären Aufenthalts 45. Verantwortung für die Krankenhausentlassung 46. Entlassung aus dem Programm 47. Kein Drop-Out				
Mittelwert Organisation ____ / 10 = ____				
Gemeindeversorgung				
48. Aufsuchende Versorgung 49. Zusammenarbeit mit vielen Organisationen 50. Aufsuchende Angebote um Klienten im Programm zu halten 51. Arbeit mit dem Unterstützungssystem des Klienten während ACT 52. Arbeit mit dem Unterstützungssystem des Klienten während der üblichen Behandlung				
Mittelwert Gemeindeversorgung ____ / 5 = ____				
Monitoring				
53. Routinemäßiges Outcome Monitoring – Inhalt 54. Routinemäßiges Outcome Monitoring – Verwendung 55. Serviceverbesserung				
Mittelwert Monitoring ____ / 3 = ____				
Professionelle Entwicklung				
56. Reflektierende Praxis 57. Training 58. Genesungsorientiertes Versorgungstraining 59. Genesungsfokussiertes Vorgehen 60. Teamgeist				
Mittelwert professionelle Entwicklung ____ / 5 = ____				
Mittelwert Gesamtzahl ____ / 60 = ____				
Punktzahl Qualitätssicherungsskala				

Kurzüberblick

Fünf-Punkte-Skala:

1. Empfang (wie ist der Tag organisiert, sind alle Daten verfügbar, kennt das Team den Zweck des Besuchs)
2. Teamgeist (Stimmung, Kooperation)
3. Kooperation mit dem Rest der Organisation (wird das Team unterstützt oder gefürchtet)
4. Philosophie und Team-Organisation (schriftlich und verbal, wissen sie, was sie möchten)
5. Team-Struktur / caseload (Berufsgruppen und Vollzeitstellen)
6. Praxis (aufsuchendes, nachgehendes Angebot, Tafel)
7. PDSA-Qualitäts-Feedback
8. Training und EBP: IPS, IDDT etc.
9. Evaluation, ROM
10. Fokus auf Recovery

Gesamtzahl / 10 = _____

Erster Eindruck:

FACT-Zertifikat: ja nein Zweifel

Erste Hinweise:

1. Kurzfristig/mit schnellem Erfolg
2. Langfristig

