ackpa

arbeitskreis der
chefärztelnnen der kliniken
für psychiatrie und psychotherapie
an allgemeinkrankenhäusern
in deutschland

Prof. Dr. med. A. Bechdolf, M. Sc.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik mit FRITZ am Urban & soulspace

Vivantes Klinikum am Urban und im Friedrichshain, Berlin
- Charité-Universitätsmedizin Berlin

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Vivantes

9 Prinzipien für die psychiatrische Versorgung der Zukunft

(Thornicroft und Tansella, 2014)

1. Maximierung und regelmäßige Überprüfung des tatsächlich behandelten Anteils der psychisch Erkrankten (Coverage)
2. Erhöhung der reduzierten Lebenserwartung psychisch Erkrankter durch Verbesserung der somatischer Versorgung
3. Etablieren von Strategien zur Reduktion von Stigma und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
4. Behandlungsangebote sollen akzeptabel und leicht zugänglich für Nutzende und Angehörige sein
5. Adäquat balanciertes Angebot von stationär- und gemeindepsychiatrischen Angeboten
6. Investment in evidenzbasierte Behandlungen und Disinvestment in nicht-evidenzbasierte Behandlungen
7. Stärkung und Evaluierung von Shared-Decision-Making Strategien
8. Gesundheitsanbieter sollen zusammenarbeiten mit dem Ziel ein integriertes Angebot zu schaffen, das möglichst viele Betroffene erreicht, akzeptabel und evidenzbasiert ist.
9. Recovery-Orientierung der psychiatrischen Versorgung mit vollständiger Akzeptanz und Unterstützung der individuellen Ziele der Nutzenden

Psychiatrische Versogungsmodelle der Zukunft

(Thornicroft und Tansella, 2013)

HIGH RESOURCE SETTINGS

1. Primary care mental health +

- Case findings and assessment
- Talking and psycho-social treatment
- Pharmacological treatments

2. General adult mental health services +

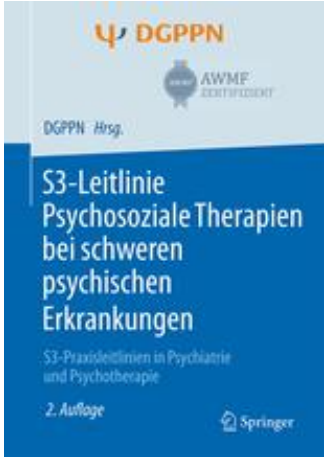
- Out-patient/ambulatory clinics
- Community mental health teams
- Acute in-patient care
- Long-term community-based residential care
- Work and occupation

3. Specialised adult mental health services

- Out-patient/ambulatory clinics
- Community mental health teams
- Acute in-patient care
- Long-term community-based residential care
- Work and occupation

Akutbehandlung im Häuslichen Umfeld und Intensive Aufsuchende Behandlung höchsten Empfehlungsgrad!!

DGPPN
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde



Empfehlung 11:
Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Empfehlung 12:
Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Sachverständigenrat empfiehlt Entwicklung intensiver ambulanter Angebote

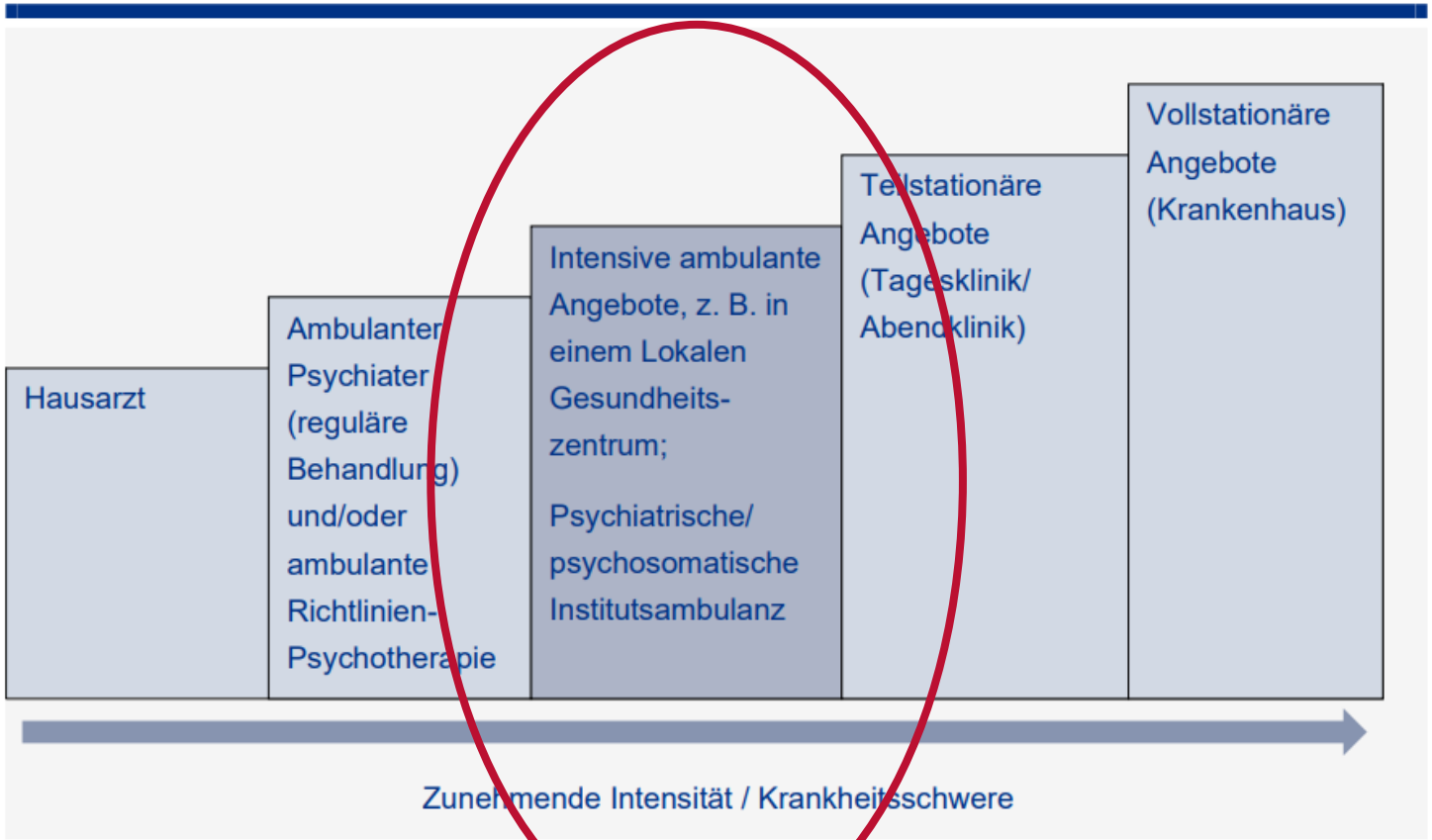


Abbildung 16-22: Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität

Lokale Gesundheitszentren, psychiatrische Institutsambulanzen und weitere Leistungserbringer könnten in zunehmendem Maße einen Bedarf nach intensiver ambulanter Behandlung decken.

Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen, SVR, 2018

Nutzende präferieren aufsuchende Behandlung!

Zugang und Verfügbarkeit

- Niedrigschwelliger Zugang
- Rasche Hilfe

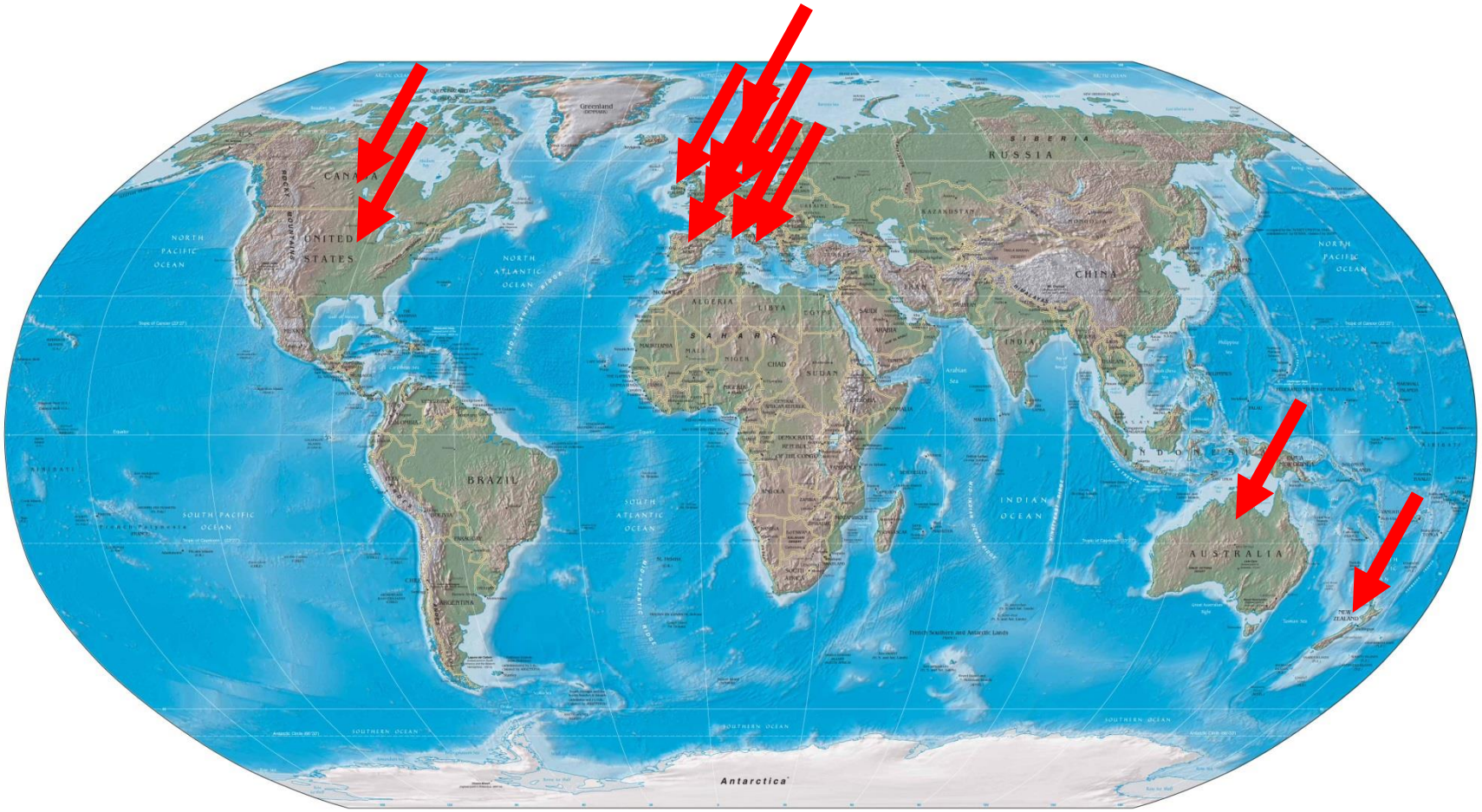
Akzeptierend und normalisierend

- betont Ressourcen
- Verantwortung für den eigenen Recovery-Prozess übernehmen

Sicherheit zu Hause mit Krise

- steigert Selbstwirksamkeit, Autonomie und Hoffnung

Implementation psychiatrischer, aufsuchender Akut- und Intensivbehandlung



Alternativen zur stationären Behandlung als (Teil-) Lösung des Fachkräftemangels

Pflegepersonal-Bedarf für 21 Behandlungsplätze

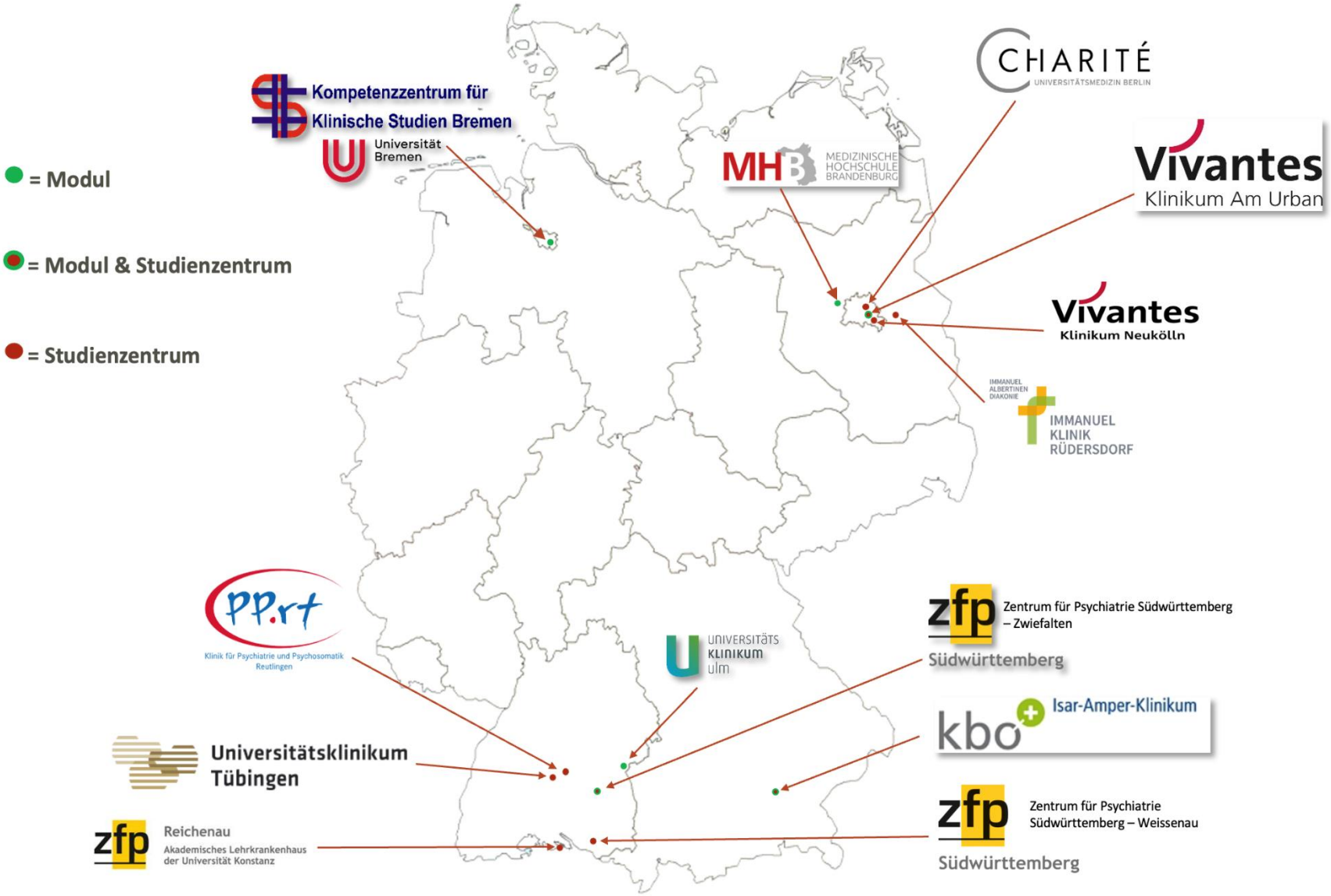
vollstationär	StäB	Tagesklinik	intensivambulant + Home Treatment	Psychiatrische Institutsambulanz
17 – 19 VK	9 VK	3 VK	0,25 VK	0,15 VK

StäB – Stationsäquivalente Behandlung – starr, aber Schritt in die richtige Richtung, Akutbehandlung im Häuslichen Umfeld umzusetzen

- mobiles **multiprofessionelles Team** unter **Leitung eines Facharztes**
- Team bestehend aus **ärztlichem Dienst**, **pflegerischem Dienst** und mindestens **einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten**
- mindestens **ein direkter Patientenkontakt** durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams **pro Tag im Umfeld des Patienten**
- **wöchentliche fachärztliche Visite** (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge) im direkten Patientenkontakt, i. d. Regel im häusl. Umfeld
- wöchentliche **multiprofessionelle Fallbesprechung** zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs
- **Erreichbarkeit Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes**
- **ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus jederzeit**

Evaluation von StäB

Bechdolf A., Baumgardt J., Weinmann S., Schwarz J., Längle G., Holzke M., Brieger P., Kilian R., Timm J., von Peter S.



Akutbehandlung im Häuslichen Umfeld und Intensive Aufsuchende Behandlung höchsten Empfehlungsgrad!!

DGPPN
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

Empfehlung 11:
Menschen mit schwe
Krankheitsphasen s
multiprofessionellen
gewohnten Lebensu
Empfehlungsgrad:

Konzepte liegen vor:

DGPPN: ambulant-intensive Komplexbehandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen - AMBI

APK: intensive aufsuchende Komplexleistung

Empfehlung 12:
Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.
Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Regionalbudgets flexibel und erfolgreich implementiert!

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013					
Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Laufzeit
Hanau	215.000	2013	IV/OVP	alle	31.12.2022 (v.+)
Steinburg (Itzehoe)	135.000	2013	RPB	alle	31.12.2027
Rendsburg-Eckernförde	270.000	2013	RPB	alle	31.12.2025 + bis 2027
Dithmarschen (Heide)	135.000	2013	RPB	alle	31.12.2027
Herzogtum-Lauenburg (Geesthacht)	193.000	2013	RPB	alle	31.12.2025 + bis 2027
Nordfriesland (Bredstedt)	166.000	2013	RPB	alle	31.12.2025 + bis 2027
Zwickau	93.000 (+KJP)	2013	RPB	alle	31.12.2024
Glauchau	130.000	2013	RPB	alle	31.12.2024
Nordhausen	86.000 (+KJP)	2014	RPB	alle	(?) (v.)
Rüdersdorf	230.000	2014	IV/OVP	TK /Barmer	31.12.2021 ausgelaufen Nicht verlängert!
Hamm	190.000	2014	RPB	alle	31.12.2028
Lüneburg	420.000	2014	RPB	AOK Niedersachsen	31.12.2024
Berlin Mitte-Tiergarten/ Mitte-Wedding Treptow-Köpenick	610.114	2014	IV	Barmer GEK	30.06.2022 ausgelaufen Nicht verlängert!

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013					
Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Laufzeit
Bochum	400.000	2015	IV	alle (ab 1.1.2023)	31.12.2028
Riedstadt	330.000 (+KJP)	2016	IV	alle	31.12.2023
Friedberg (A)	200.000	2016	IV/OVP	alle	31.12.2023
Berlin Friedrichshain-Kreuzberg/ Spandau/ Reinickendorf/ Tempelhof-Schöneberg/ Neukölln/ Marzahn-Hellersdorf	1.684.238 (+KJP)	2016	RPB	DAK	31.12.2023
Bonn	960.000	2016	RPB	TK/ Barmer GEK/ DAK	30.09.2024
Heidenheim (A)	130.000	2016	RPB	alle	31.12.2023
Tübingen	KJP	2017		AOK/ SVLFG	30.09.2025
Mannheim	Adoleszente	2018			
GBV 12 Regionen (B, DD, M, A, UL/NU, SB, MG, VIE, E, SG, ME, PB	➢ 7 Mio ➢ Volumen: 8,9 Mio €	2019	Einzel-leistungen+ Vorhalte pauschale	TK, AOK RH, AOK BY, KKH, 15 BKK (über GWQ)	30.06.2023
Klingenmünster	850.000 (+ KJP)	2020	RPB	alle	31.12.2027

Die Zukunft des Krankenhauses liegt in der Behandlung ohne Bett und der Flexibilisierung der Behandlung!

- aufsuchende Behandlung:
  - evidenzbasiert, nutzendenpräferiert, international erfolgreiche Routine
  - sollte Krankhausleistung (neben vollstationär, teilstationär) sein(ggf. mit Anderen zusammen)
  - sollte so mit Personal ausgestattet und entgolten werden, dass vollstationäre Behandlung ersetzt werden kann (anders als die derzeitige Finanzierung der psychiatrischen Institutsambulanzen)

- **Intensive Aufsuchende Behandlung einführen!:**
  KSVPsych entspricht nicht der Evidenzlage,
  Vorschläge liegen vor: AMBI (DGPPN),
  intensive aufsuchende Komplexleistung (APK),

- Akutbehandlung im Häuslichen Umfeld bereits möglich: StäB

- **Noch besser: flexibilisierte Behandlung z. B. im Rahmen eines Regionalbudgets** (Ausgestaltung?)

- Weiteres: an Menschen mit komplexesten Hilfebedarf orientieren, gemeinsam mit Nutzenden entwickeln, ggf. (Akut-)Tageskliniken aufwerten, Pflichtversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund

- weitere Prinzipien beachten (z. B. Thornicroft und Tansella, 2014)

Vivantes

9 Prinzipien für die psychiatrische Versorgung der Zukunft

(Thornicroft und Tansella, 2014)

1. Maximierung und regelmäßige Überprüfung des tatsächlich behandelten Anteils der psychisch Erkrankten (Coverage)
2. Erhöhung der reduzierten Lebenserwartung psychisch Erkrankter durch Verbesserung der somatischer Versorgung
3. Etablieren von Strategien zur Reduktion von Stigma und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
4. Behandlungsangebote sollen akzeptabel und leicht zugänglich für Nutzende und Angehörige sein
5. Adäquat balanciertes Angebot von stationär- und gemeindepsychiatrischen Angeboten
6. Investment in evidenzbasierte Behandlungen und Disinvestment in nicht-evidenzbasierte Behandlungen
7. Stärkung und Evaluierung von Shared-Decision-Making Strategien
8. Gesundheitsanbieter sollen zusammenarbeiten mit dem Ziel ein integriertes Angebot zu schaffen, das möglichst viele Betroffene erreicht, akzeptabel und evidenzbasiert ist.
9. Recovery-Orientierung der psychiatrischen Versorgung mit vollständiger Akzeptanz und Unterstützung der individuellen Ziele der Nutzenden