Vivantes
Klinikum Am Urban

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Stationsäquivalente Behandlung und PIA-Weiterentwicklung

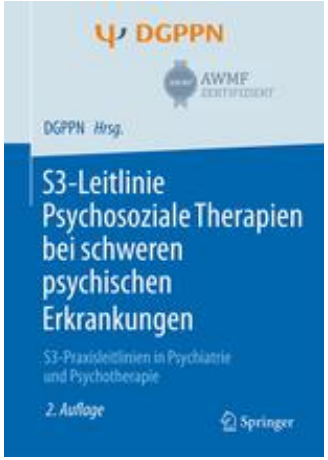
Prof. Dr. med. A. Bechdolf, M. Sc.
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit FRITZ am Urban & soulspace

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

Akutbehandlung im Häuslichen Umfeld

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

StäB – Stationsäquivalente Behandlung

Einführung von StäB durch **PsychVVG** 2018

"Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ nach **§ 115d SGB V**

→ **psychiatrische Akutbehandlung** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen **im häuslichen Umfeld als Krankenhausleistung**

→ **komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung** durch ein **multiprofessionelles Team** im Lebensumfeld des Patienten

StäB – Stationsäquivalente Behandlung - OPS Codes

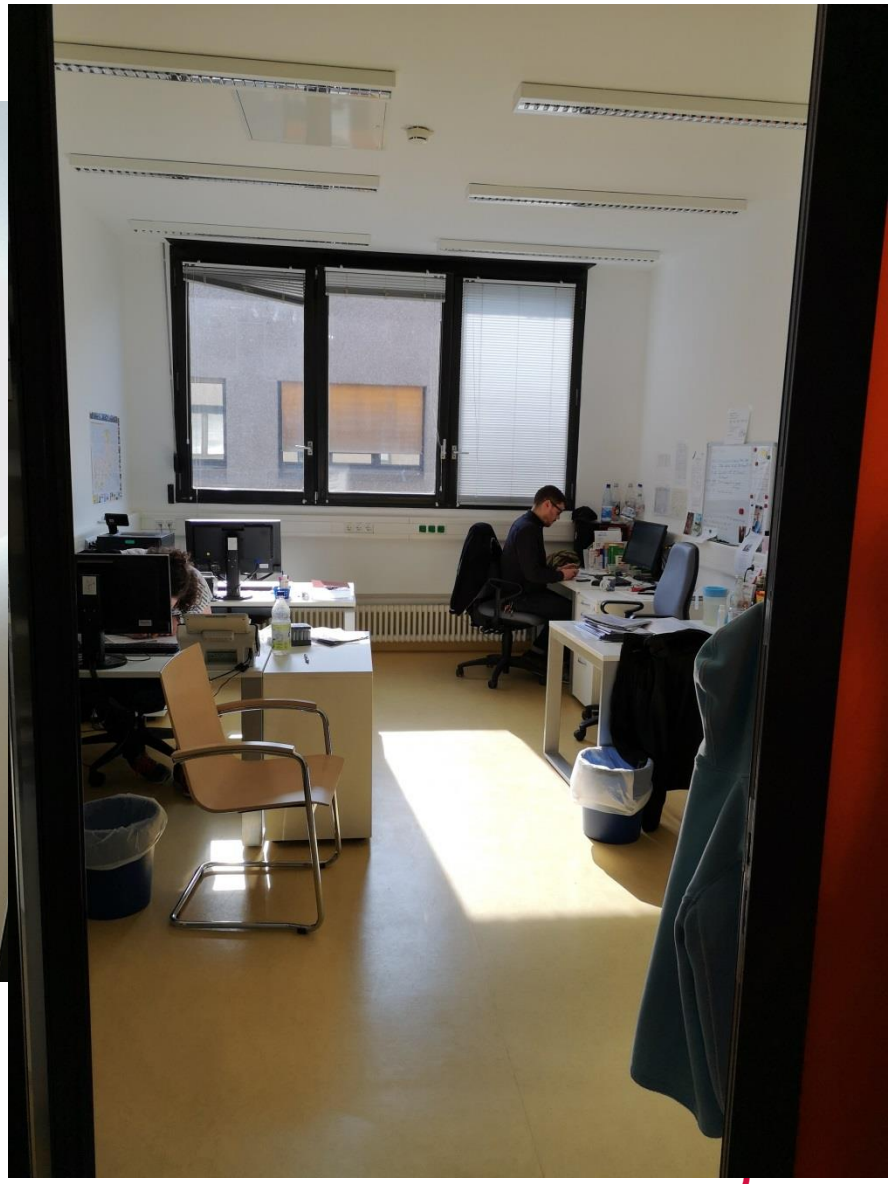
- mobiles **multiprofessionelles Team** unter **Leitung eines Facharztes**
- Team bestehend aus **ärztlichem Dienst**, **pflegerischem Dienst** und mindestens **einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten**
- mindestens **ein direkter Patientenkontakt** durch mindestens ein Mitglied 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**

StäB - Mobilität

Dienstfahrrad

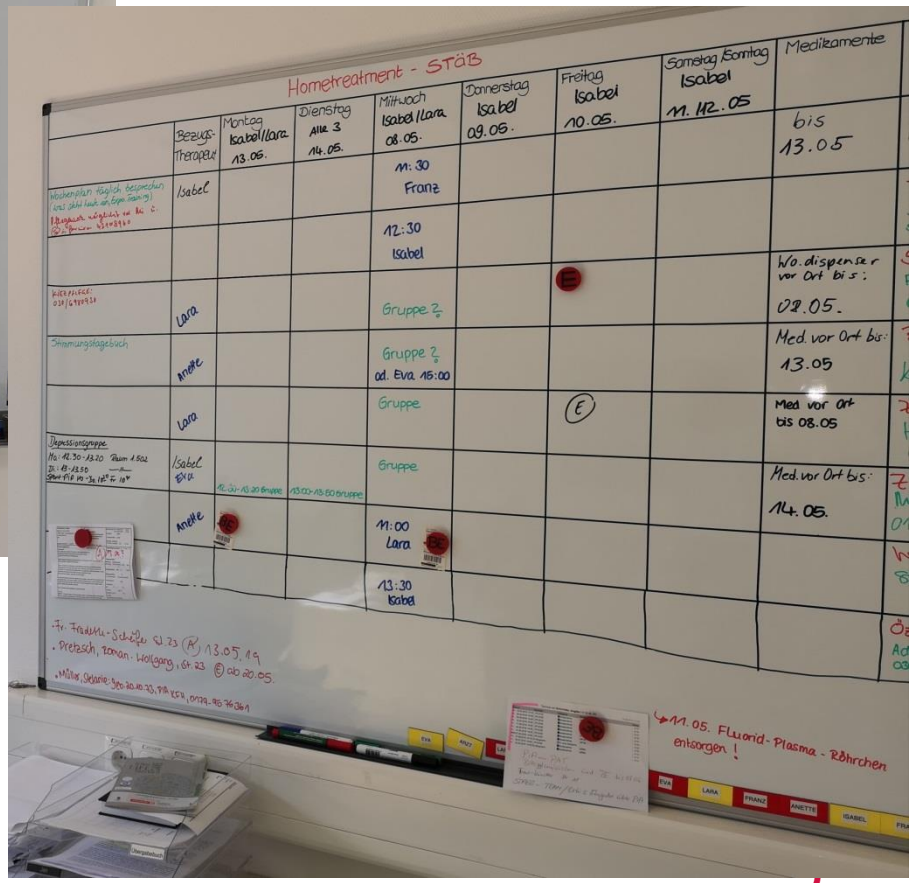
PKWs
VW Polo

StäB – Die Räume



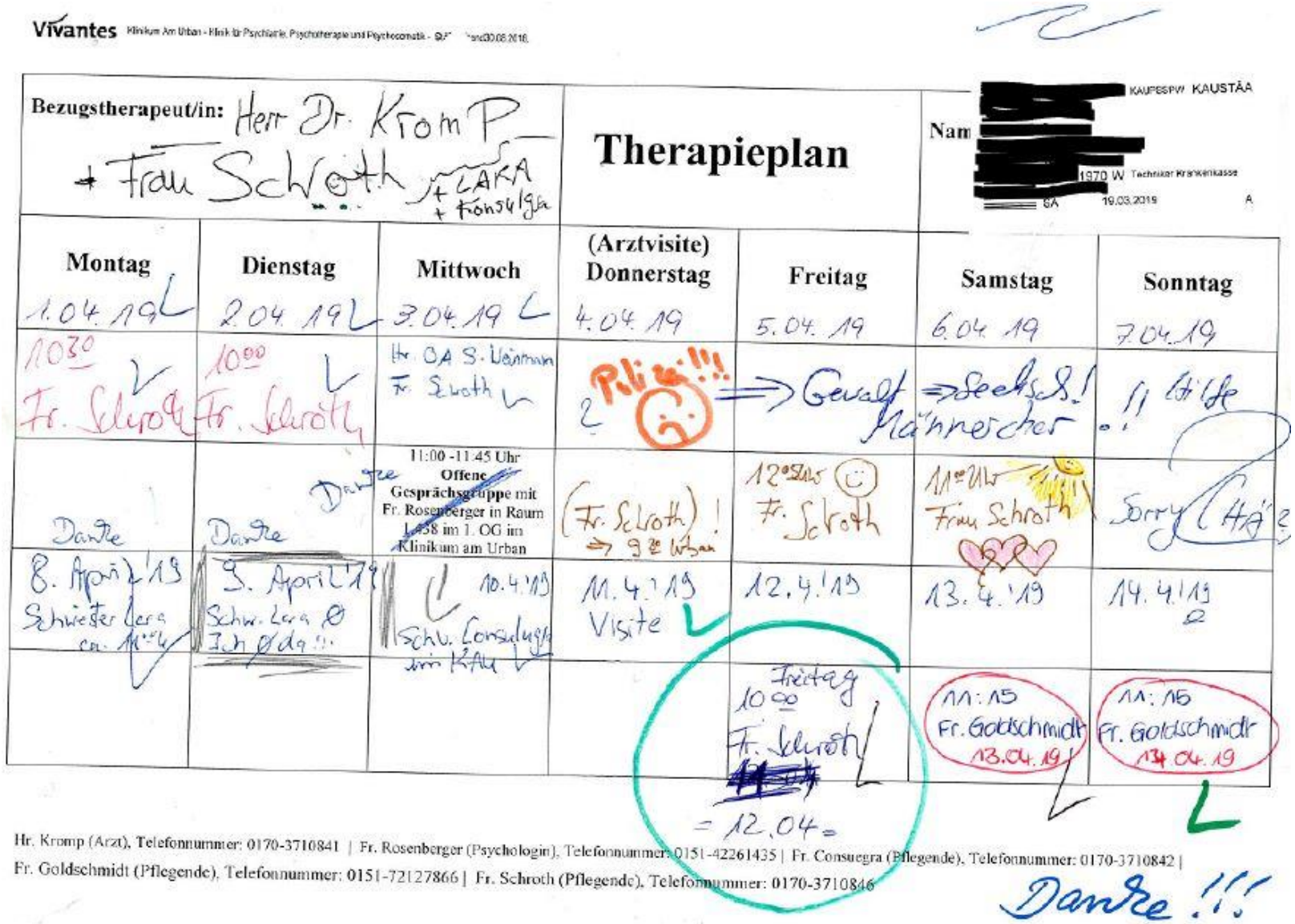
StäB - Organisation

Einsatzplanung / Wochenplanung:



Im Büro:
Bezirkskarte
Friedrichshain-
Kreuzberg

StäB – Therapieplan Nutzende



Vivantes Klinikum Am Urban - Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - QM Stand 30.08.2016

Bezugstherapeut/in: Herr Dr. Kromp + Frau Schroth + LAKA + Konsulgra

Therapieplan

Nam [redacted] KAUPESPW KAUSTÄA 1970 W Techniker Krankenkasse 19.03.2019 A

Montag	Dienstag	Mittwoch	(Arztvisite) Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
1.04.19	2.04.19	3.04.19	4.04.19	5.04.19	6.04.19	7.04.19
10:30 Fr. Schroth	10:00 Fr. Schroth	Hr. OA S. Weimann Fr. Schroth	? Pfui!!!	⟹ Gewalt	⟹ Sechs! Männercher	!! Hilfe
Danke	Danke	11:00 -11:45 Uhr Offene Gesprächsgruppe mit Fr. Rosenberger in Raum 1.438 im 1. OG im Klinikum am Urban	(Fr. Schroth) ! ⟹ 9 zu Urban	12:00 Uhr Fr. Schroth	11:00 Uhr Frau Schroth	Sorry (Häl
8. April '19 Schwester Lara ca. 11:00	9. April '19 Schw. Lara Ø Ich Ø da!!	10.4.'19 Schw. Consuegra im KAU	11.4.'19 Visite	12.4.'19	13.4.'19	14.4.'19
				Freitag 10:00 Fr. Schroth = 12.04.	11:15 Fr. Goldschmidt 13.04.19	11:15 Fr. Goldschmidt 14.04.19

Hr. Kromp (Arzt), Telefonnummer: 0170-3710841 | Fr. Rosenberger (Psychologin), Telefonnummer: 0151-42261435 | Fr. Consuegra (Pflegende), Telefonnummer: 0170-3710842 | Fr. Goldschmidt (Pflegende), Telefonnummer: 0151-72127866 | Fr. Schroth (Pflegende), Telefonnummer: 0170-3710846

Danke !!!

Personal für 7 Patient:innen

VK Bedarf:

Dienstart	VK
Oberarzt (Visite/Supervision)	0,50
Facharzt	0,00
Assistenzarzt	1,50
Pflege	3,00
Psychologe	1,50
Sozialarbeiter	0,75
Funktionsdienst(Ergo)	0,25
Genesungsbegleiter	0,50
Stunden AZ/Woche	80
	8,000

Vivantes

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

Kasuistiken

Herr A. – 35 LJ, erste manische Episode bei bipolarer Störung, Substanzmissbrauch

- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Ermöglichung der Akzeptanz von Behandlung

Frau Z. – 58 LJ, persistierende psychotische Symptome bei bek. schizophrener Störung

- Gestufte Verhaltensexperimente und Exposition

Frau B. – 35 LJ, rezidivierende depressive Störung

- Aufbau positiver Aktivitäten im sozialen Umfeld

Herr F. – 21 LJ, schizophrene Störung

- Vermeidung von Langzeitheimunterbringung/ Forensik

Vivantes

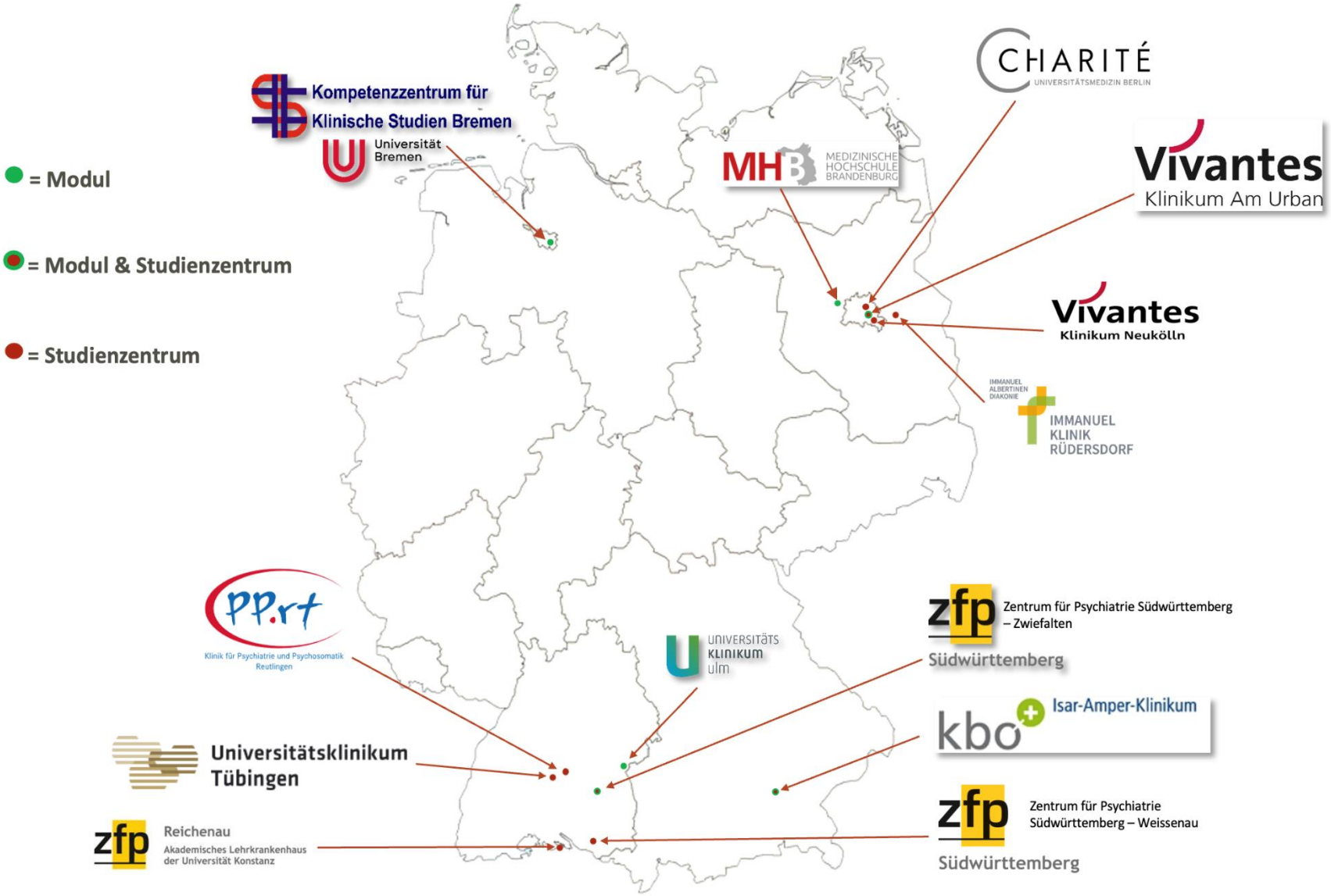
AKtiV

Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV-Studie): Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V

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

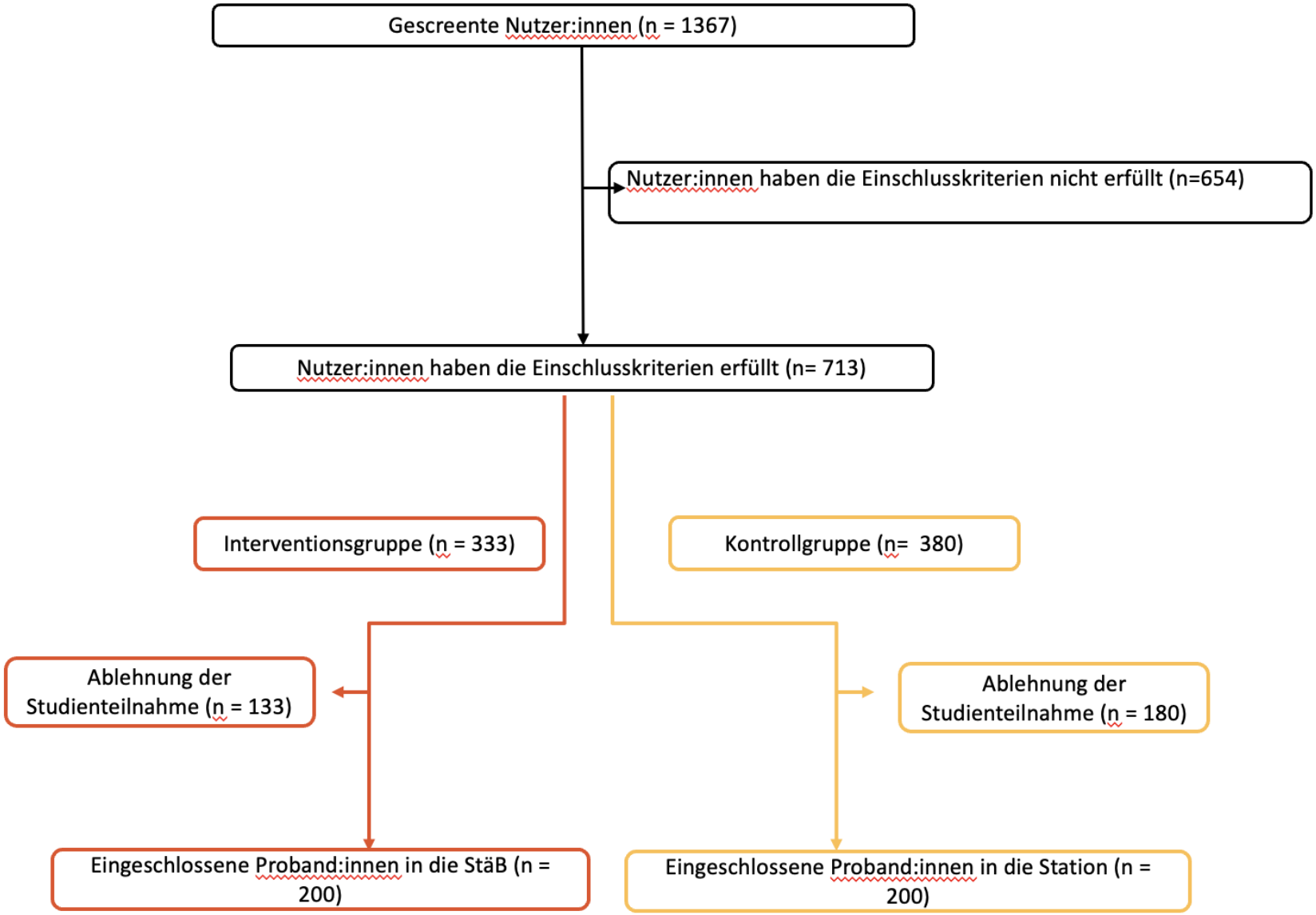
Vivantes Klinikum Am Urban
MHB Medizinische Hochschule Brandenburg
zfp kbo Isar-Amper-Klinikum Zuverlässig an Ihrer Seite Südwürttemberg
Universitätsklinikum Ulm
Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen Universität Bremen
Charité Universitätsmedizin Berlin

AKtiV-Studienverbund



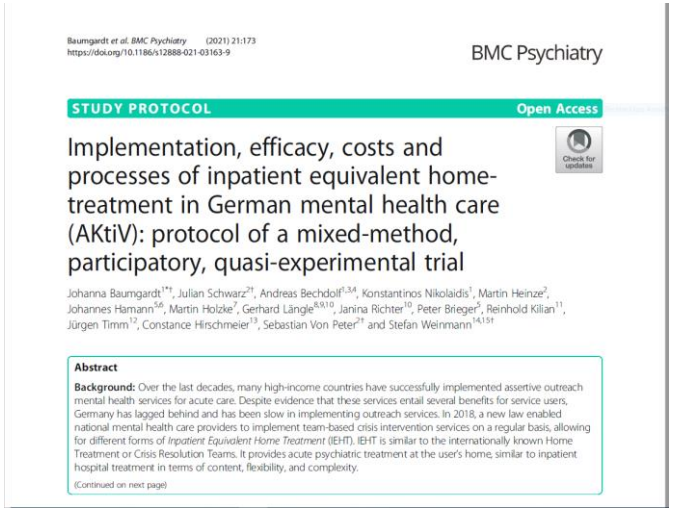
Gemeinsamer Bundesausschuss

Flussdiagramm der Rekrutierung



Nikolaidis et al., 2023

Stationsäquivalente Behndlung (StäB) im Vergleich zur vollstationären Behandlung (n = 400)



Baumgardt et al. BMC Psychiatry (2021) 21:173
https://doi.org/10.1186/s12888-021-03163-9

BMC Psychiatry

STUDY PROTOCOL Open Access

Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home-treatment in German mental health care (AKtiV): protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial

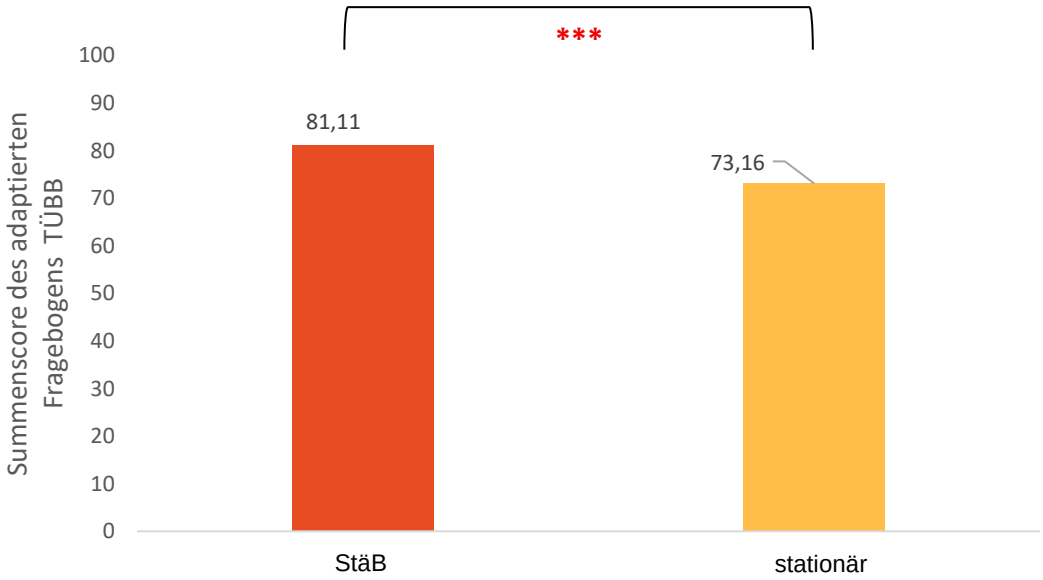
Johanna Baumgardt[1*†], Julian Schwarz[2†], Andreas Bechdolf[1,3,4], Konstantinos Nikolaidis[1], Martin Heinze[2], Johannes Hamann[5,6], Martin Holzke[7], Gerhard Längle[8,9,10], Janina Richter[10], Peter Brieger[5], Reinhold Kilian[11], Jürgen Timm[12], Constance Hirschmeier[13], Sebastian Von Peter[2†] and Stefan Weinmann[14,15†]

Abstract

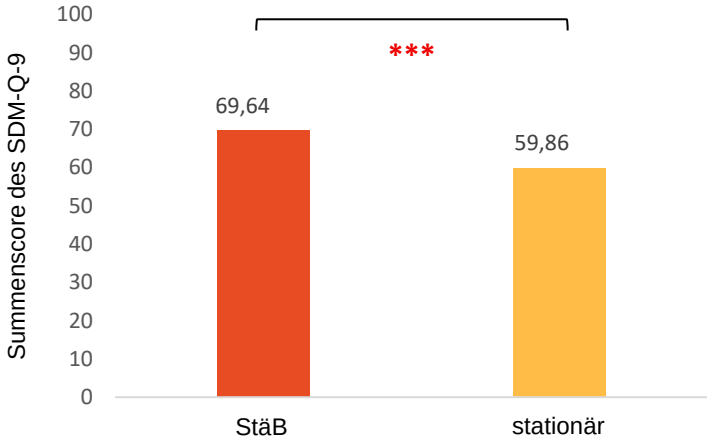
Background: Over the last decades, many high-income countries have successfully implemented assertive outreach mental health services for acute care. Despite evidence that these services entail several benefits for service users, Germany has lagged behind and has been slow in implementing outreach services. In 2018, a new law enabled national mental health care providers to implement team-based crisis intervention services on a regular basis, allowing for different forms of *Inpatient Equivalent Home Treatment* (IEHT). IEHT is similar to the internationally known Home Treatment or Crisis Resolution Teams. It provides acute psychiatric treatment at the user's home, similar to inpatient hospital treatment in terms of content, flexibility, and complexity.

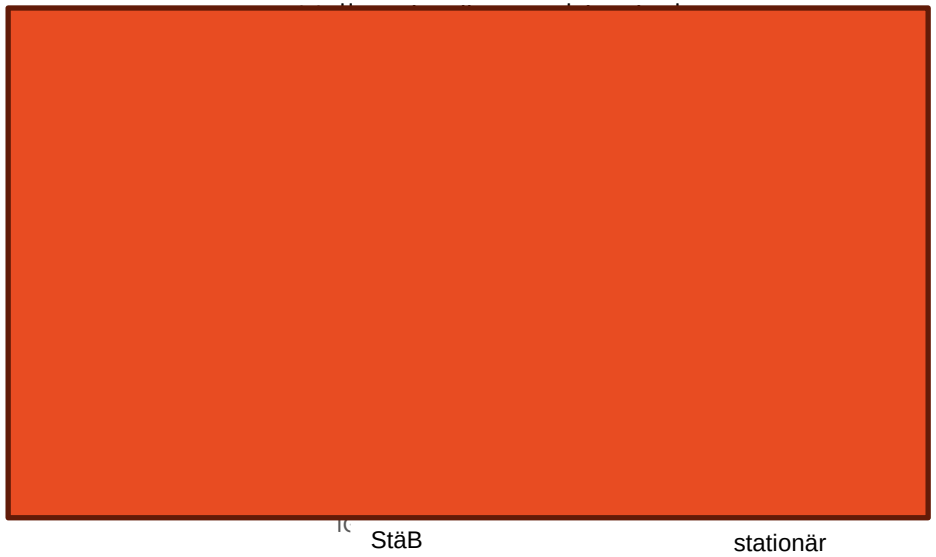
(Continued on next page)

Behandlungszufriedenheit (0-100) der Teilnehmer:innen



Empfundene Einbeziehung in Entscheidungen: Shared Decision Making (SDM-9, 1-100)





Nikolaidis et al., 2023; Weinmann et al., 2023

Positive Erfahrungen mit StäB

- Hohe Akzeptanz bei Nutzenden und Angehörigen
- Erhöht Akzeptanz von Behandlung bei sonst schwer erreichbaren PatientInnengruppen(Post-PsychKG, Ersterkrankte, Pat. mit Familie,...)
- sehr hohe therapeutische Dichte (tgl. Einzeltherapie!)
- symmetrischere Beziehungsgestaltung durch Gastgeber/Besucher-Rolle (Nutzende mehr Einfluss auf Gesprächsrahmen etc.)
- viel mehr Möglichkeiten direkt im (sozialen) Umfeld der PatientInnen zu intervenieren/trainieren
- Vernetzung mit z. B. SGB XII (betreutem Wohnen/Wohnheim) sehr gut möglich
- Erleichtert Einbezug von Bezugspersonen/Angehörigen
- Erhöht Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden

Perspektive von stationsäquivalenter Behandlung (StäB)

- StäB durch starre Definitionen Nachteile....
- Hohe MDK Prüfquote/Dokumentationsaufwand
- Einbindung Niedergelassener und des gemeindepsychiatrischen Verbundes kann noch verbessert werden

aber

- Betroffene und Angehörige wünschen eine Behandlung im häuslichen Umfeld und sie ist sehr gut evidenzbasiert!!!!!!
- alle anderen Implementationsversuche (PIA, bayrisches Modell, §64, IV,...) haben **nicht** zur flächendeckenden Implementation von aufsuchender Behandlung geführt, deshalb **jetzt StäB nutzen**
- StäB weiterentwickeln und um langfristige intensiv aufsuchende Behandlung ergänzen (z. B. ambulante Komplexleistung aus BMG Dialog, Aktion Psychisch Kranke)
- **StäB und intensiv aufsuchende Behandlung zum Ausgangspunkt einer recoveryorientierten, effektiveren und weniger stigmatisierenden Psychiatrie machen!!!**

Psychiatrische Institutsambulanz (Spengler, 2012)

Seit 1976 Ermächtigung psychiatrischer Fachkrankenhäuser Versicherte, die „wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf diese Einrichtung angewiesen sind“ (§ 118 SGB V)

Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, KJPP, Universitätskliniken seit 2000 ermächtigt

Ersterkrankte und Notfälle sind einbezogen. Patienten werden vom Vertragsarzt überwiesen oder nach stationärer Behandlung übernommen, haben aber auch direkten Zugang.

2010 Diagnoselisten, Kriterien des Schweregrads und des Verlaufs operationalisiert, Ausschlusskriterien werden konkretisiert.

In Bayern und Sachsen Einzelleistungssystem, sonst Pauschalen mit Erträgen von 200 Euro pro Quartal (Streuung von circa 120 bis 360 Euro)

gleichzeitige Verordnung von Soziotherapie nach § 37 a SGB V (oder APP teilweise) ist ausgeschlossen

Psychiatrische Institutsambulanz: Ist-Stand (2013)

- Survey, n=156 PIAs

- durchschnittlich 8 VK (3 Ärzte, 1 Psychologe, 2 Pflegende sowie 1 Mitarbeitender anderer therapeutischer Berufsgruppen, 2 Mitarbeitende administrativ)

- 3425 Patienten (Quartalsfälle)

- 12 % aufsuchend, 88 % ambulant

- Diagnosen (Median): affektiven Störungen (29 %),
  psychotische (19 %),
  „neurotische“ (12 %)
  substanzbezogene (9 %)
  psychoorganische (8,5 %)

- ohne Arzt/Psychologe knapp 25 %, mit Arzt/Psychologen c

- 3,3 Kontakte/Quartal

Editorial 129

Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland

Structure and Spectrum of Activities of Psychiatric Outpatient Clinics in Germany

Autoren: Steffi Koch-Stoecker[1], Martin Driessen[1], Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank[2], Thomas Pollmächer[3]

Institute:
[1] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, von Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel
[2] LVR-Klinik Köln Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
[3] Zentrum für psychische Gesundheit, Klinikum Ingolstadt

Steffi Koch-Stoecker

Mit der Publikation der Psychiatrie-Enquete [1] vor über 40 Jahren wurden für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser die Voraussetzungen geschaffen, in begrenztem Umfang, nämlich für psychisch komplex Erkrankte mit multiprofessionellem Hilfebedarf, in sog. „Psychiatrischen Institutsambulanzen“ (PIAs) ambulant tätig zu werden. Seit 2001 sind auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern legitimiert, PIAs zu führen mit der Folge, dass inzwischen eine nahezu flächendeckende Ausstattung von ca. 500 PIAs mit mehr als 2 Mio. Behandlungsfällen verfügbar ist.

PIAs sind eine feste Säule im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem und wirken nachhaltig zur Vermeidung von Drehtüreffekten im stationären Bereich, zur Stabilisierung

schen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die sog. „PIA-Doku-Vereinbarung“ [5] geschlossen, deren Besonderheit in der verpflichtenden, an das InEk zu übergebenden Dokumentation aller Patientenkontakte der PIAs in vier Kategorien liegt:

PIA 001: Ohne Arzt/Psychologenkontakt – nicht aufsuchend

PIA 002: Mit Arzt/Psychologenkontakt – nicht aufsuchend

PIA 003: Mit Arzt/Psychologenkontakt – aufsuchend

PIA 004: Ohne Arzt/Psychologenkontakt – aufsuchend

Da diese Daten zwar dem InEK und den GKV vorliegen, nicht aber den Verbänden und der Öffent-

m: Thieme E-Books & E-Journals. Urheberrechtlich geschützt.

Günzburg nicht kostendeckend

Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment“)

Comparison of „Home Treatment“ with Traditional Inpatient Treatment in a Mental Hospital in Rural Southern Germany

Autoren Isolde Munz, Miriam Ott, Henriette Jahn, Annett Rauscher, Markus Jäger, Reinhold Kilian, Karel Frasch

Institut Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg (Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. T. Becker)

Schlüsselwörter
- Home Treatment
- stationäre Behandlung
- Psychopathologie
- psychosoziales Funktionsniveau

Keywords
- home treatment
- inpatient treatment
- psychopathology
- psychosocial functioning

Zusammenfassung

Anliegen Untersuchung der Wirksamkeit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment“; HT) im Vergleich zur traditionell-stationären Versorgung.

Methode Im Rahmen eines prospektiven Forschungsprojekts wurden die Daten von 60 im HT und 18 stationär behandelten Patienten hinsichtlich psychopathologischer Symptomatik, globalem Funktionsniveau und Krankheitsschwere zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt verglichen.

Ergebnisse HT erwies sich als über eine ganze Reihe psychiatrischer Diagnosen hinweg machbare und ähnlich wirksame Behandlungsalternative, wie die traditionell-stationäre Versorgung.

Schlussfolgerung Bei potenziell geeigneten Patienten kann statt einer üblichen stationären Behandlung ein HT erwogen werden.

Einleitung

Entwicklung, Begriffsbestimmung,

handlungsteam recht beliebt zu sein [2]. Ferner erleichtert das Wissen, nicht notwendigerweise in eine Klinik eingewiesen zu werden, dem Er-

Medizinische Bibliothek. Urheberrechtlich geschützt.

Vivantes

Intensive ambulante Angebote sollen entwickelt werden

nach Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018

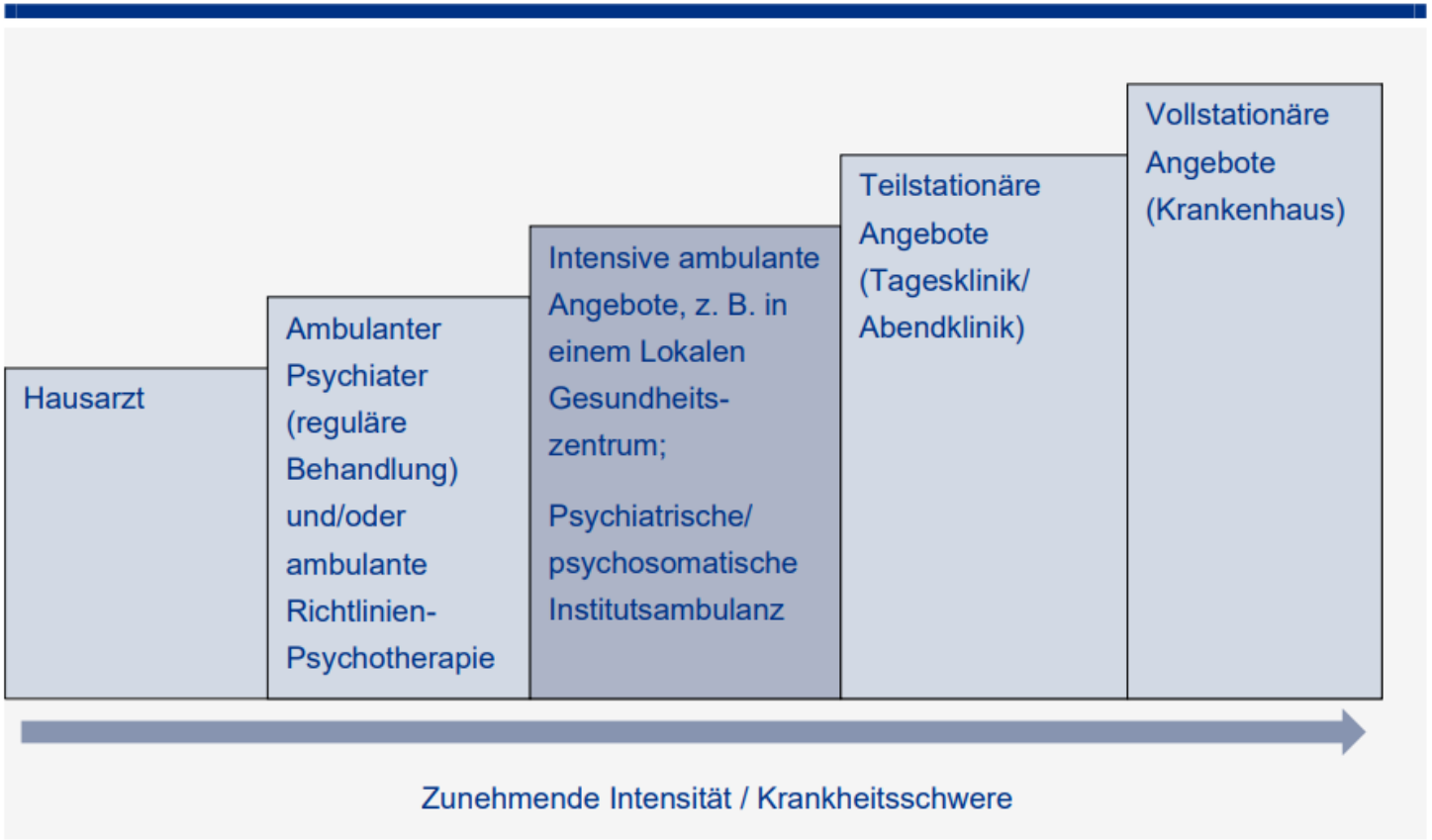


Abbildung 16-22: Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität

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

Rahmenkonzept für eine ambulant-intensive Komplexbehandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen

AMBI

Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, ACKPA, LIPPs) mit Unterstützung von DGPPN e.V.

Sprecher: Martin Driessen, Steffi Koch-Stoecker

Bundesdirektorenkonferenz
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

ackpa
arbeitskreis der chefärztinnen und chefärzte der kliniken für psychiatrie und psychotherapie an allgemeinkrankenhäusern in deutschland

LIPPs e.V.
Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie

DGPPN

Stand: 15.04.2020

ambulant-intensive Komplexbehandlung (AMBI)

Definition

im Rahmen der PIA-Versorgung

fachärztlich geleitet und multiprofessionell

multimodale psychiatrische Komplexbehandlung auf der Grundlage einer dezidierten Therapiezielplanung

Nach Erreichen des Therapieziels ist diese Form der Behandlung abgeschlossen und es erfolgt die Rücküberweisung an einen niedergelassenen Facharzt/Psychotherapeuten oder der Übergang in die niederfrequentere PIA-Behandlung.

besondere Behandlungsform innerhalb des rechtlichen Rahmens des § 118 SGB V

ambulant-intensive Komplexbehandlung (AMBI)

Aufnahmekriterien und Indikation

bei Patienten, die vorübergehend einen erhöhten ambulanten Behandlungsbedarf aufweisen, der über den üblichen Rahmen einer Behandlung in der PIA oder bei niedergelassenen Psychiatern/Psychotherapeuten hinausgeht

und

Behandlungskontakte an mindestens 3 Tagen pro Woche erfordert, ohne dass eine stationäre Behandlung einschließlich StäB indiziert ist

Vermeidung und/oder Verkürzung (teil-)stationärer Behandlungen darstellt.

ambulant-intensive Komplexbehandlung (AMBI)

Strukturelle Bedingungen und Zuweisung

PIA-gestütztes Angebot eines multiprofessionellen Behandlungsteams, (mindestens Ärzte, Psychologen, Pflegende, Sozialarbeiter oder Spezialtherapeuten, Genesungsbegleiter).

Auf individuelle Patientenbedarfe bzw. -erfordernisse eingeht (in Abgrenzung zu StäB, z. B., wenn weniger als tägliche Kontakte erforderlich oder vom Patienten gewünscht sind etc.).

Behandlungszeitraum ist primär auf bis zu 6 Wochen begrenzt und kann im Bedarfsfall einmalig um bis zu 6 Wochen verlängert werden

ambulant-intensive Komplexbehandlung (AMBI)

Behandlung

Patientenkontakte in der PIA oder aufsuchend

mindestens an drei Tagen pro Woche ein persönlicher Patientenkontakt stattfindet

Bei Bedarf müssen persönliche Behandlungskontakte an allen Werktagen pro Woche

Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des PIA-Teams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft)

Darüber hinaus ist die Möglichkeit eines jederzeitigen (24 Stunden an sieben Tagen in der Woche) ärztlichen Kontakts durch das Krankenhaus

ambulant-intensive Komplexbehandlung (AMBI)

Finanzierung

Sockelbetrag zur Sicherstellung des Angebotes

Bayerischen Vergütungssystem: über den Sockelbetrag hinaus eine Abrechnung als Einzelleistungsvergütung

In den Bundesländern, in denen das Bayerische Vergütungssystem nicht existiert, sollte eine vergleichbare, in jedem Fall leistungsgerechte Vergütungsgrundlage verhandelt werden. Dies könnte eine vorübergehende Einzelleistungsvergütung analog zum Bayerischen Modell für die Phase der AMBI-Behandlung sein

Falls der niedergelassene Facharzt selbst den fachärztlichen Teil der AMBI-Behandlung wahrnimmt, wird eine Vergütungsvereinbarung zwischen ihr/ihm und dem Krankenhaus geschlossen.

Vielen Dank !!

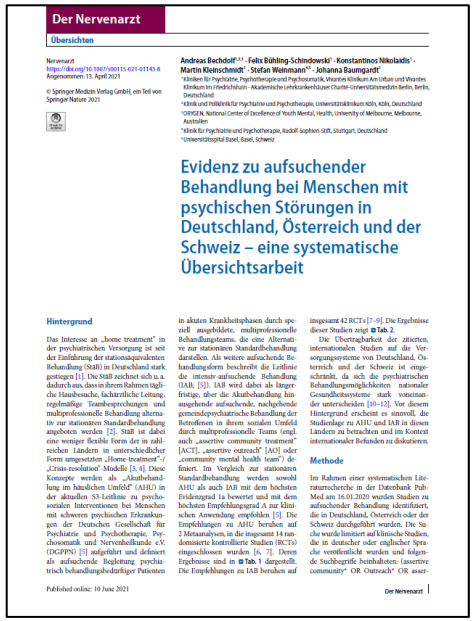
Stationsäquivalente Behandlung (StäB) ist ein Meilenstein im psychiatrischen Versorgungssystem – Pro

Aufsuchende Behandlung wird von Nutzenden und Angehörigen präferiert, ist evidenzbasiert und international weit verbreitet

Evidenz-Practice-Gap beträgt für Deutschland mehr als 50 Jahre

Erste Erfahrungen positiv

StäB als Chance zur Implementation klinisch-aufsuchender Behandlung auch in Deutschland

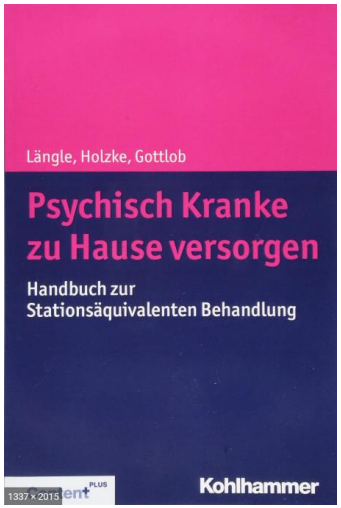

Der Nervenarzt

Übersichten

Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit

Hintergrund

Methode



andreas.bechdolf@vivantes.de
andreas.bechdolf@charite.de

Vivantes

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

Psychiatrische Krankenhausbetten in der EU (pro 100.000 Einwohner, 2017)

ec.europa.eu/eurostat

Positive Aspekte von Behandlung im häuslichen Umfeld aus Nutzenden-Sicht

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

Intensive ambulante Angebote sollen entwickelt werden

nach Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018

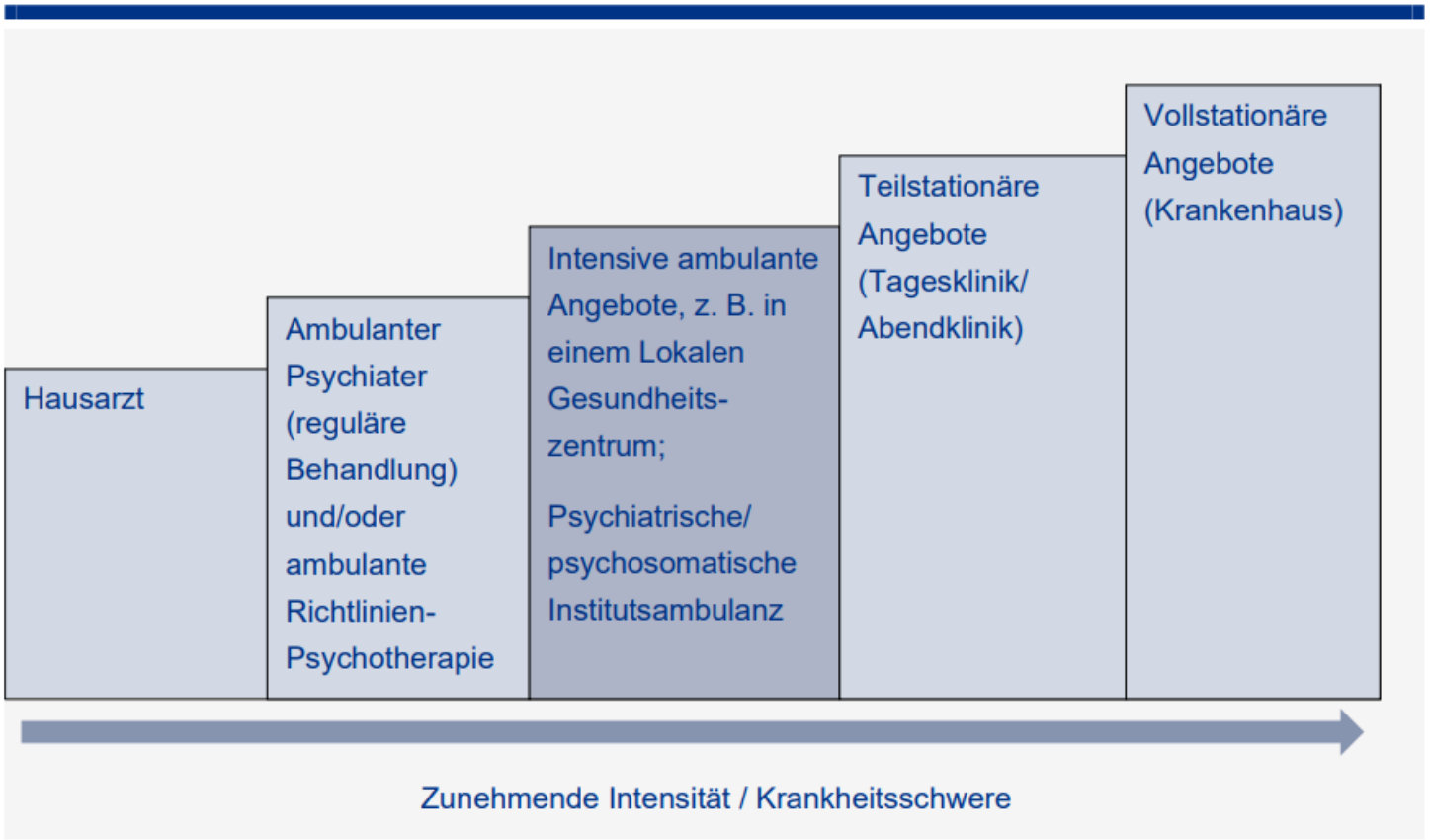


Abbildung 16-22: Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität

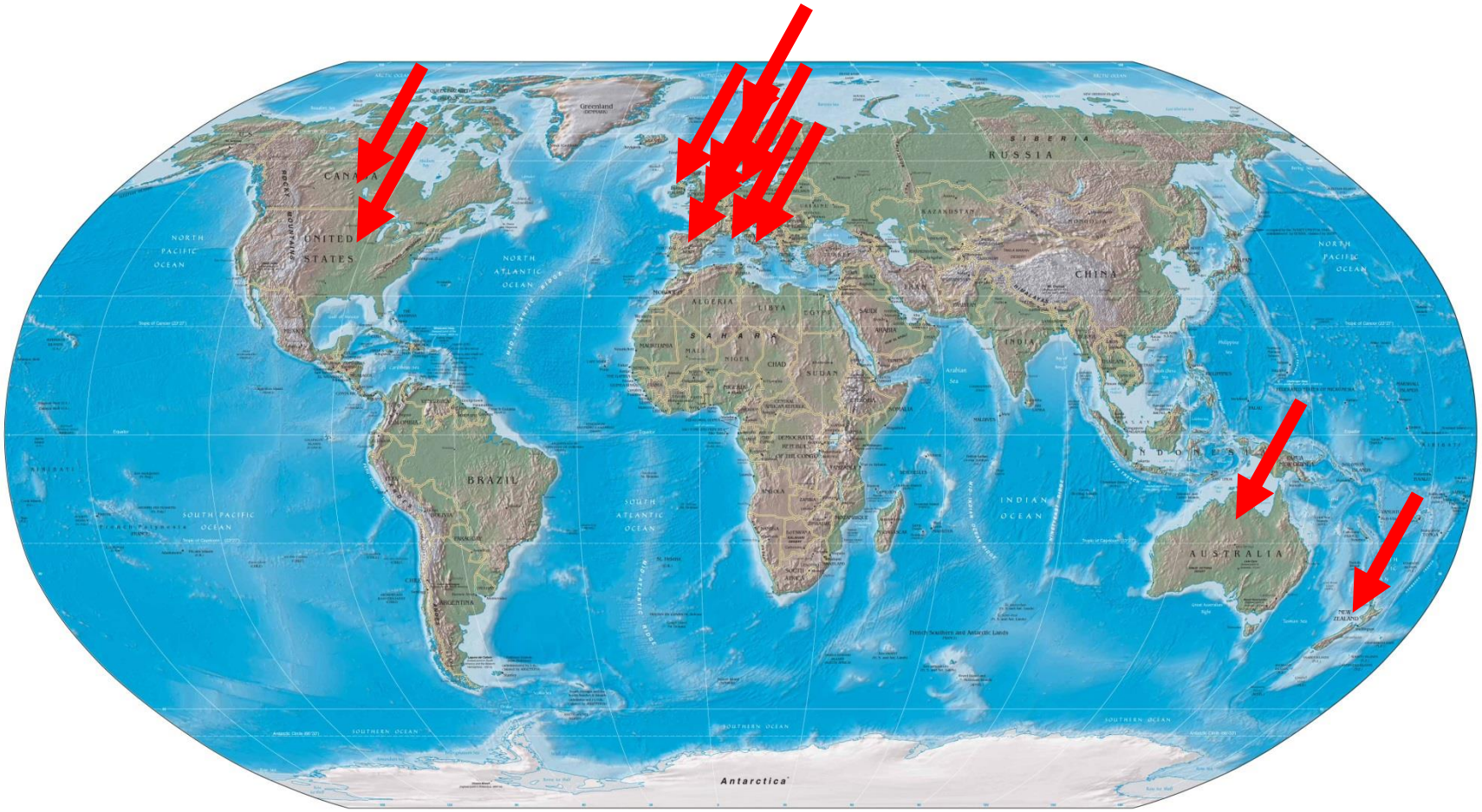
Lokale Gesundheitszentren, psychiatrische Institutsambulanzen und weitere Leistungserbringer könnten in zunehmendem Maße einen Bedarf nach intensiver ambulanter Behandlung decken.

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

Implementation psychiatrischer, aufsuchender Akut- und Intensivbehandlung



Effekte von Akutbehandlung im Häuslichen Umfeld

	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Metaanalyse Cochrane Review
	NICE [32]	Murphy [333]
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++[1]
↑ Allgemeinzustand		~
↑ Soziale Funktionen		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ Stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++[1]
↓ Stationäre Behandlungszeiten		++[1]
↓ Behandlungsabbrüche		++
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion		
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
Zufriedenheit und erlebte Belastungen		
↓ Erlebte Belastungen, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Patienten	++[1]	++[1]
↑ Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++[1]
↑ Lebensqualität		~
Kosteneffektivität		
↑ Kosteneffektivität		++[1]

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; [1] basiert auf Ergebnissen aus einer RCT

32. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management – Updated edition 2014 [National Clinical Guideline Number 178]. https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178.

333. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD001087. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5.

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Vivantes

Intensive aufsuchende Behandlung

DGPPN
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

	Dieterich et al. [311]		Norden et al. [386]
	ICM vs. Standardbehandlung	ICM vs. CM	RACT
Krankheitsassoziierte Merkmale			
↓ Sterbefälle	+	~	
↓ Symptomschwere	~		++
Behandlungsassoziierte Merkmale			
↓ Stationäre Behandlungen	+	~	
↓ Stationäre Behandlungszeiten	++	~	
↓ Behandlungsabbrüche	++	+	
↑ Behandlungszufriedenheit	++	+	++
↑ Medikamentöse Compliance	+[1]		
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion			
↑ Soziale Funktionen (GAF)	++[4]		++
↑ Beschäftigungssituation	+	~[1]	
↑ Unabhängiges Wohnen	++		
↓ Straffälliges Verhalten/Inhaftierung	~	~	
Lebensqualität			
↑ Lebensqualität	~	~	++
Kosteneffektivität	++[2]/~[3]	~	

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ICM Intensive Case Management; CM Case Management; RACT Resource Group Assertive Community Treatment; ↓ Reduktion; ↑ Erhöhung; [1]Befund aus einer Einzelstudie repliziert; [2]bezogen auf stationäre Behandlungskosten; [3]bezogen auf andere oder alle direkten Gesundheitskosten; [4]kaum von klinischer Bedeutsamkeit

311. Dieterich M, Irving CB, Park B, et al. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(10):CD007906. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub2.

386. Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2012;8:144–51.

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Vivantes

FRITZ am Urban
Frühinterventions- und Therapiezentrum

soulspace
für junge Menschen in Krisen

Studienlage

Evidenz aus dem deutschsprachigen Raum

Der Nervenarzt

Übersichten

Nervenarzt
https://doi.org/10.1007/s00115-021-01143-8
Angenommen: 13. April 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Andreas Bechdolf[1,2,3] · Felix Bühling-Schindowski[1] · Konstantinos Nikolaidis[1] · Martin Kleinschmidt[1] · Stefan Weinmann[4,5] · Johanna Baumgardt[1]

[1] Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Am Urban und Vivantes Klinikum Im Friedrichshain - Akademische Lehrkrankenhäuser Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

[2] Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland

[3] ORYGEN, National Center of Excellence of Youth Mental, Health, University of Melbourne, Melbourne, Australien

[4] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart, Deutschland

[5] Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz

Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit

Hintergrund

Das Interesse an „home treatment" in der psychiatrischen Versorgung ist seit der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) in Deutschland stark gestiegen [1]. Die StäB zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass in ihrem Rahmen tägliche Hausbesuche, fachärztliche Leitung, regelmäßige Teambesprechungen und multiprofessionelle Behandlung alternativ zur stationären Standardbehandlung angeboten werden [2]. StäB ist dabei eine weniger flexible Form der in zahl-

in akuten Krankheitsphasen durch speziell ausgebildete, multiprofessionelle Behandlungsteams, die eine Alternative zur stationären Standardbehandlung darstellen. Als weitere aufsuchende Behandlungsform beschreibt die Leitlinie die intensiv-aufsuchende Behandlung (IAB; [5]). IAB wird dabei als längerfristige, über die Akutbehandlung hinausgehende aufsuchende, nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung der Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld durch multiprofessionelle Teams (engl. auch „assertive community treatment"

insgesamt 42 RCTs [7–9]. Die Ergebnisse dieser Studien zeigt ◘ Tab. 2.

Die Übertragbarkeit der zitierten, internationalen Studien auf die Versorgungssysteme von Deutschland, Österreich und der Schweiz ist eingeschränkt, da sich die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten nationaler Gesundheitssysteme stark voneinander unterscheiden [10–12]. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Studienlage zu AHU und IAB in diesen Ländern zu betrachten und im Kontext internationaler Befunden zu diskutieren.

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Vivantes

Vivantes

DAK Gesundheit

FlexiTeam

Intensive ambulante Behandlung
und Home Treatment

DAK-Modellprojekt § 64b “Flexiteam”

Mischung aus intensiviert ambulanten Behandlung im häuslichen Umfeld und Home treatment (bedarfsorientiert):

- Behandlungskontinuität: durch Stellenanteil in PIA & Flexiteam
- intensivierte ambulante Termine (z. B. bedarfsorientierte Psychotherapie)
- Home Treatment (stationsersetzend/verkürzend)
- Frequenz der aufsuchenden und intensivierten ambulanten Kontakte frei wählbar, nach Bedarf
- Nutzung aller ambulanten und auch teilweise stationärer Klinikangebote für DAK PatientInnen möglich (psychotherapeutische Gruppentherapien / Ergotherapie / Physiotherapie / Sozialarbeit)
- DAK Patienten können/sollen auch weiterhin stat. aufgenommen werden, jedoch weniger/kürzer (Ziel: - 10 % Pflegetage)

Thieme

Klinische Wirksamkeit von „FlexiTeam“ (Home Treatment und intensivierte ambulante Behandlung) – Vergleich einer Behandlung in einem Modellprojekt nach § 64b in Berlin mit der stationären Behandlung

Clinical Effectiveness of “FlexiTeam” (Home Treatment and Intensive Outpatient Treatment) – Comparison of a Model Project According to § 64b in Berlin with Inpatient Treatment-as-Usual

Autoren

Stefan Weinmann[1,2,*], Simon Wiedmann[1,*], Tilo Breidert[1], Matthias Bohe[1], Jan Pfeiffer[1], Eva Rosenberger[1], Andreas Bechdolf[1,3,4]

Institute

1 Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Akademische Lehrkrankenhäuser der Charité Medizin, Berlin
2 Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz
3 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln
4 ORYGEN, National Center of Excellence of Youth Mental, Health, University of Melbourne, Melbourne, Australien

Schlüsselwörter

Home Treatment, stationäre Behandlung, Wirksamkeit, Verweildauer, Wiederaufnahme

Keywords

home treatment, inpatient treatment, effectiveness, length of stay, readmission

(FT) mit einer stationär-psychiatrischen Routinebehandlung.

Methodik Im Rahmen einer kontrollierten gematchten Vorher-Nachher-Studie wurden Routinedaten von jeweils 83 Patienten im FT und in der stationär-psychiatrischen Routinebehandlung hinsichtlich (teil-)stationärer Wiederaufnahmerate und Verweildauer im 6- und 12-Monats-Follow-up verglichen.

Ergebnisse Es zeigt sich keine signifikante Reduktion der (teil-)stationären Verweildauer im Index-Aufenthalt. Durch die Behandlung im FT konnte eine signifikante Reduktion sowohl der (teil-)stationären Wiederaufnahmerate als auch der Verweildauer im 6- und 12-Monats-Follow-up erreicht werden.

Schlussfolgerung Eine flexible Kombination aus IAB und HT stellt eine wirksame Ergänzung zur stationär-psychiatrischen Routinebehandlung dar und kann bei geeigneten Patienten das Risiko stationärer Wiederaufnahmen senken.

Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH. Urheberrechtlich geschützt.

Weinmann S et al. Klinische Wirksamkeit von … Psychiat Prax 2019; 46: 249–255

Korrespondenzadresse

Dr. Dr. Stefan Weinmann, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Akademische Lehrkrankenhäuser der Charité Medizin, Berlin, Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin

Methods In a retrospective controlled pre-post-study 83 patients receiving HT plus IAB were matched with 83 patients receiving inpatient treatment as usual. Routine data were compared with regard to length of stay and hospital readmission rate in a follow-up period of 6 and 12 months respectively.

Results There was no significant reduction of the length of

Vivantes

FlexiTeam: Intensivierte ambulante Behandlung und Home Treatment: Wiederaufnahmerate und Behandlungstage*

▶ **Tab. 3** Inanspruchnahme stationärer Behandlung (Stichprobe 2).

	stationäre Kontroll-gruppe (n = 83)	FlexiTeam (n = 83)	Signifikanz (p)
Verweildauer im Indexaufenthalt [(teil-)stationäre Behandlungstage] (Median/IQR)	15/37	12/23	n.s.
(teil-)stationäre Wiederaufnahmerate im Follow-up-Zeitraum von 6 Monaten (%)	44,6	21,7	< 0,01
(teil-)stationäre Wiederaufnahmerate im Follow-up-Zeitraum von 12 Monaten (%)	53,0	26,5	< 0,001
Anzahl vollstationärer Behandlungstage im Follow-up-Zeitraum von 6 Monaten pro Patient (Median/IQR)	31/46	16/32	< 0,01
Anzahl vollstationärer Behandlungstage im Follow-up-Zeitraum von 12 Monaten pro Patient (Median/IQR)	32/65	18/45	< 0,01

IQR: Interquartilsabstand

*Stichprobe 2:
Stationär: gemacht nach Alter, Diagnose, Vorbehandlung während der letzten 2 Jahre
FlexiTeam: konsekutive Aufnahmen 04/2016 bis 05/2017

Fall 1

41 Jahre, ♂, akute Episode Schizophrenie

JAN

	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
von Station	A	A	K			A	A	A	V					P

FEB

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	15	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	P	K				A	P		K				V						A		P					A	

MÄR

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
P							A	P						A					P			A						P	A	

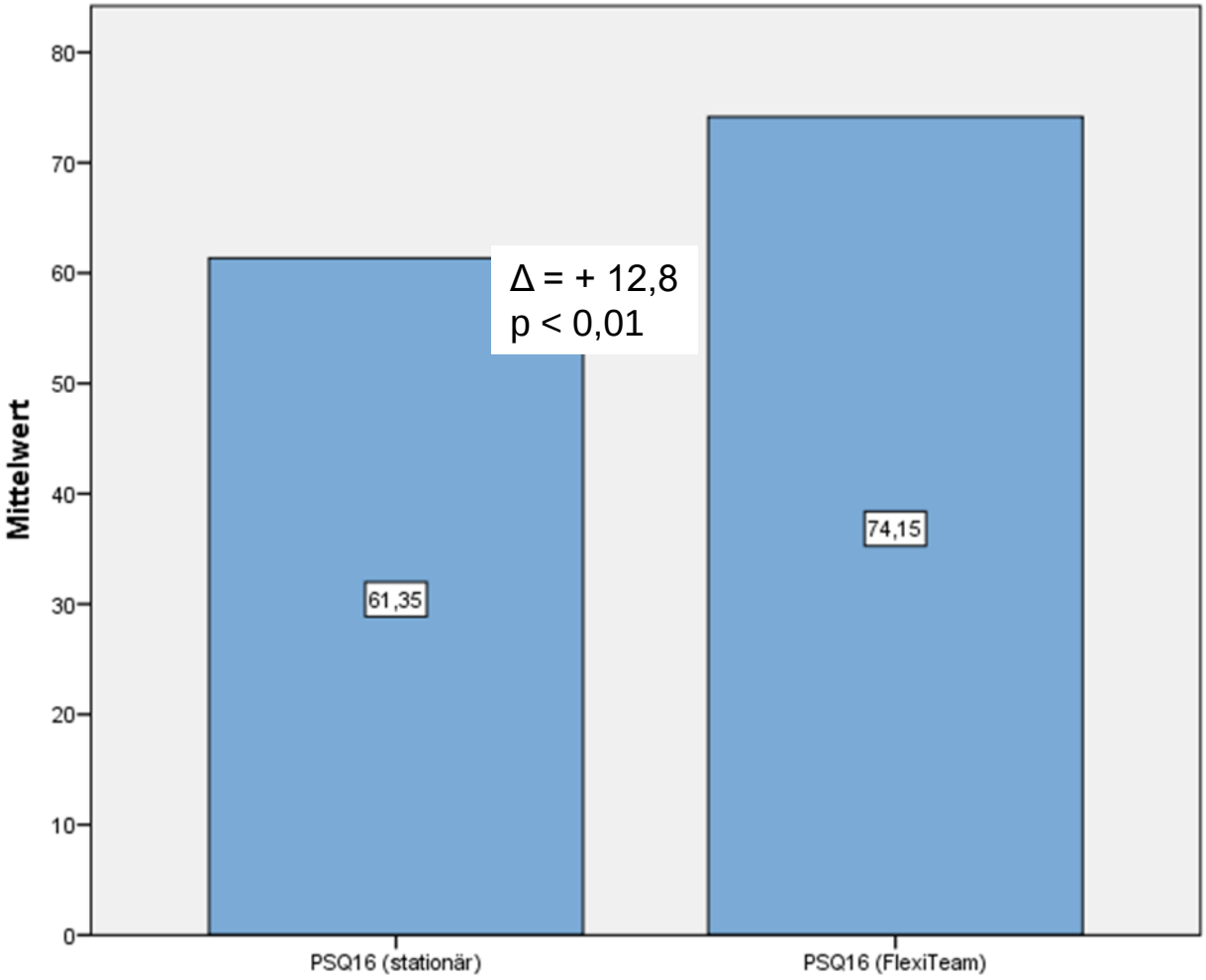
APR

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	15	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
						A						A													A	P

zum amb NA

HT IAB Kontakt: A= ärztlich P= psychologisch K= pflegerisch V= Visite

Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung - stationär vs. Flexiteam (n=26)



PSQ16[Range 16-80]