

apk Jahrestagung 2025

Nur gute Modelle sichern gute Mitarbeitende

November 2025

Dipl.-Psych. Marcel Hünninghaus
Leitender Psychotherapeut für die Evaluation im
Modellvorhaben am Pfalzkl.linikum



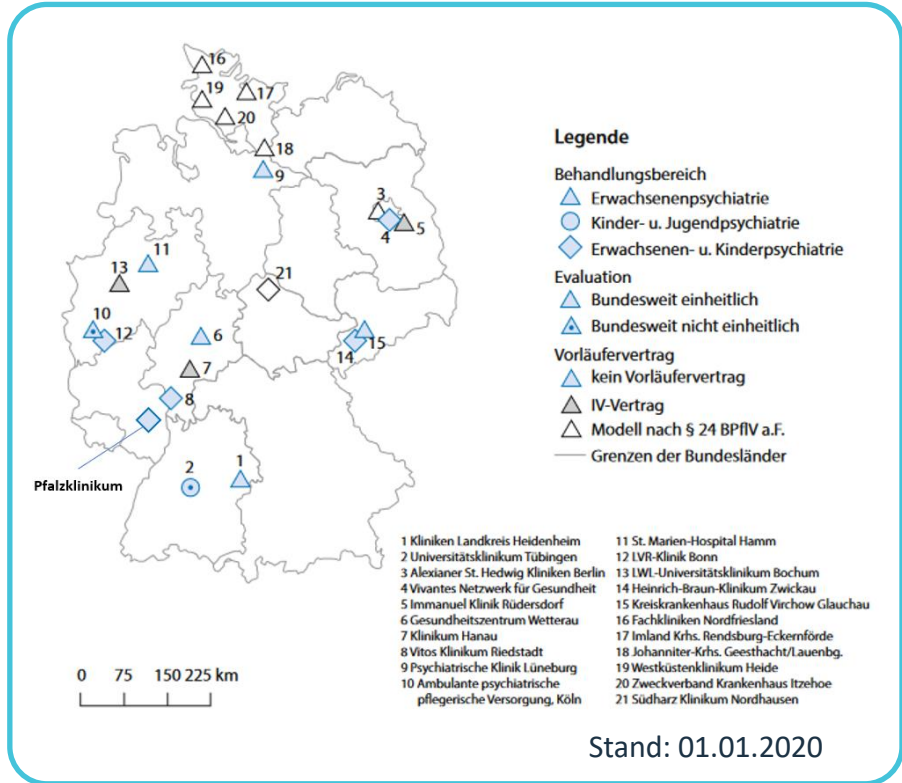
Nur gute Modelle sichern gute Mitarbeitende

Was meint hier „Modell“?

Modellvorhaben in der Psychiatrie

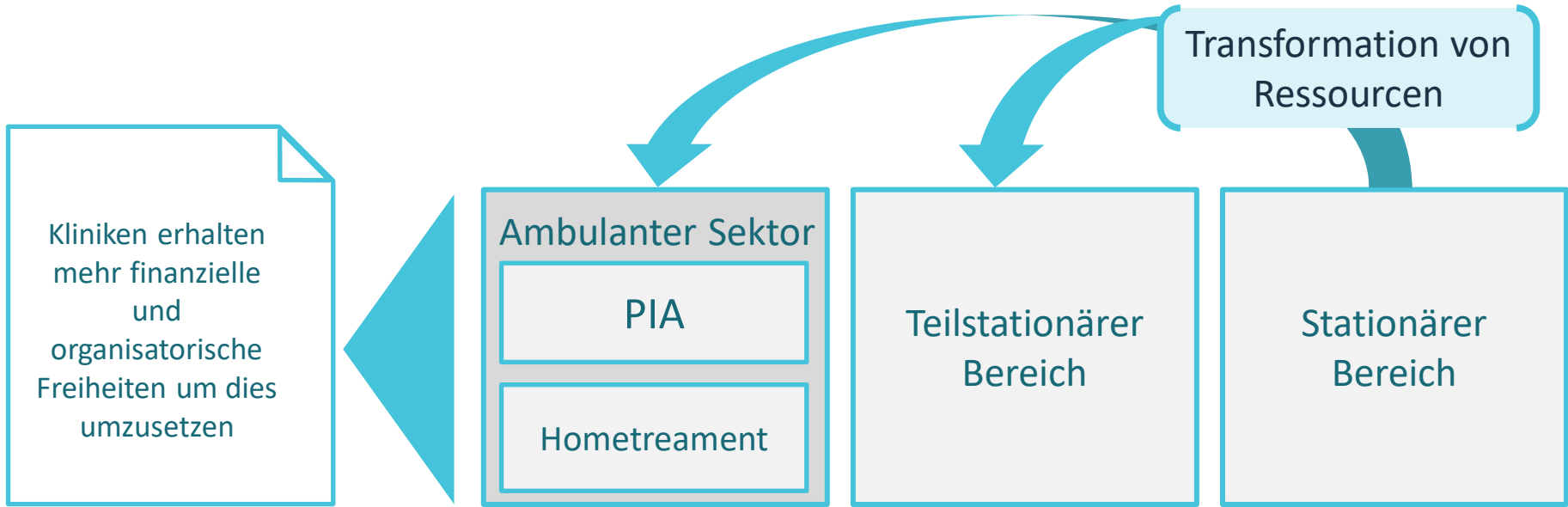
- » Modellvorhaben ermöglichen Raum für Modelle
- » Eigentlich „nur“ ein Paragraph im SGB V:
 - § „Krankenkassen [...] können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen [...]“
 - § „Gegenstand von Modellvorhaben [...] kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld.“

Modellvorhaben in Deutschland



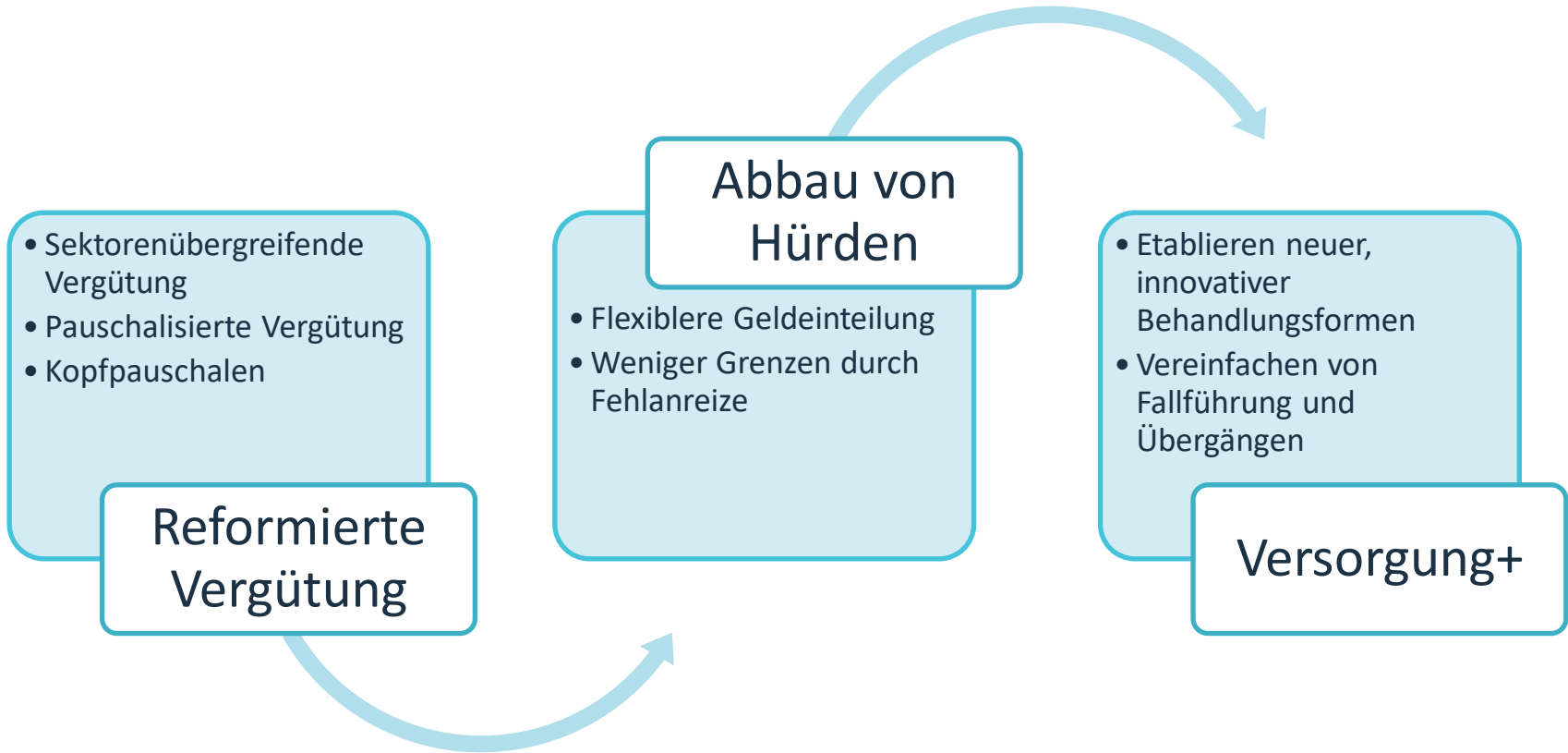
- ▶ Der Gesetzgeber zielt auf mindestens 1 Modellvorhaben pro Bundesland bis 2023.
- ▶ Eine einheitliche Evaluation erfolgt durch das Projekt EVA64
- ▶ Nicht alle Modellvorhaben sind jedoch unter diesem Evaluationsschirm

Das implizierte Ziel



Alle Formen aufsuchender Behandlung, inklusive ACT, Hometreatment und StäB

Das implizierte Ziel



Modellvorhaben in Deutschland

Nr.	Indikator
I	Ambulantisierung , Verlagerung Behandlungsplätze von VS nach TS und/oder A
II	Flexibilität Settingwechsel Unproblematischer Wechsel des Settings (zeitnah, bürokratiearm etc.)
III	Behandlerkontinuität : Umsetzung team- und personenbezogener Kontinuität
IV	Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit , enge Kooperation zwischen Berufsgruppen
V	Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote , BS-heterogene therapeutische Gruppen
VI	Zuhause-Behandlung Stationsersetzende, berufsgruppenübergreifende Behandlung zuhause ≥1 Woche
VII	Systematischer Einbezug von Bezugspersonen , Bezugspersonen als therapeutisches Mittel
VIII	Bessere Erreichbarkeit von Leistungen , Räumliche Erreichbarkeit und Erreichbarkeit der Teams
IX	Freie Steuerung therapeutischer Maßnahmen , Freiheit für therapeutische Entscheidungen
X	Sektorübergreifende Kooperation , Kooperation über das Krankenhaus hinweg
XI	Erweiterung der professionellen Expertise , Professionalisierung der Mitarbeiter

1. Quelle: Indikatoren für Modellvorhaben nach von Peter et al. (2018)

Die Potenziale



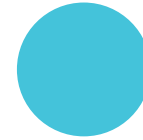
Regelleistung

Einzelnes Angebot ist auch bei Kliniken außerhalb des Modells vorhanden, aber §64b ermöglicht erst jetzt die praktische Umsetzung (z.B. Erweiterung von Gruppenangeboten)



Regelleistung+

Modifizierte Version eines Angebotes der Regelversorgung, die durch §64b erst möglich oder umsetzbar wird, z.B. längere Belastungserprobungen, Tagesklinik auf Station



Innovation

Eine Leistung die vormals nicht umsetzbar gewesen wäre, weil nicht finanzierbar oder strukturell nicht möglich, z.B. Hometreatment

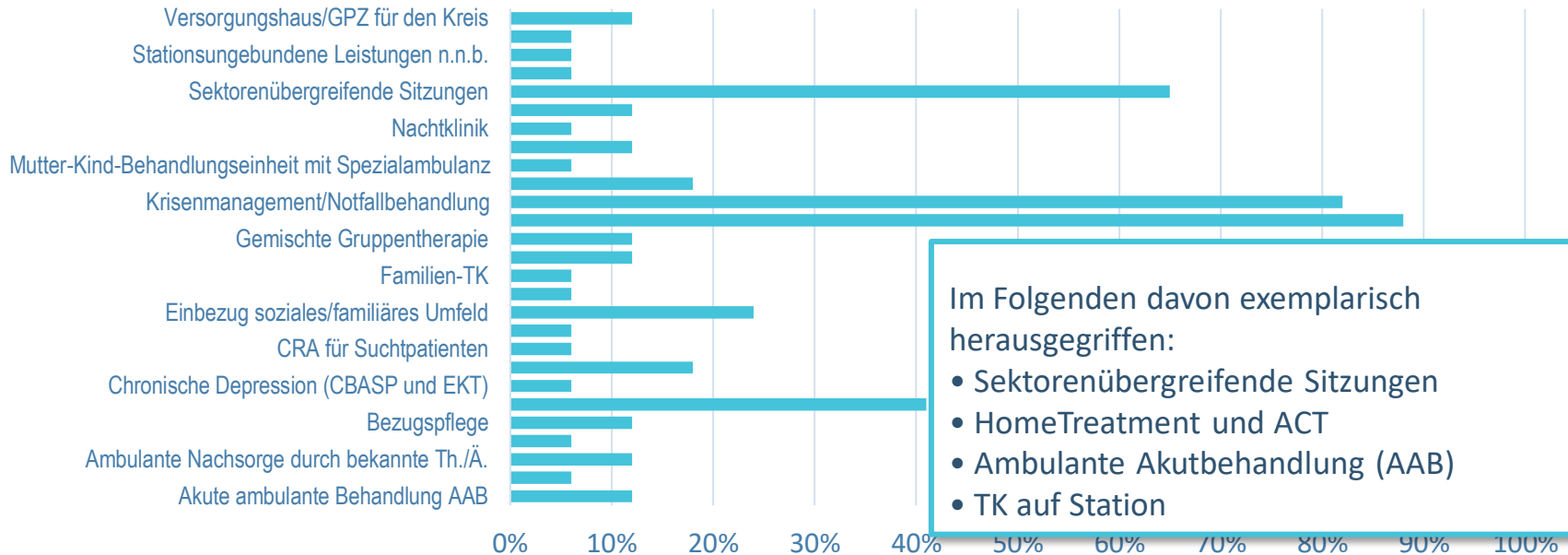


Nur gute Modelle sichern gute Mitarbeitende

Angebote in der Praxis

Angebotsbreite

Von den 22 Modellkliniken Deutschlands (Stand: 2023) bieten x% an...

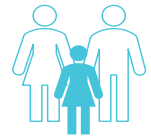


Im Folgenden davon exemplarisch herausgegriffen:

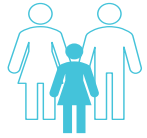
- Sektorenübergreifende Sitzungen
- HomeTreatment und ACT
- Ambulante Akutbehandlung (AAB)
- TK auf Station

1. Quelle: Indikatoren für Modellvorhaben nach von Peter et al. (2018)

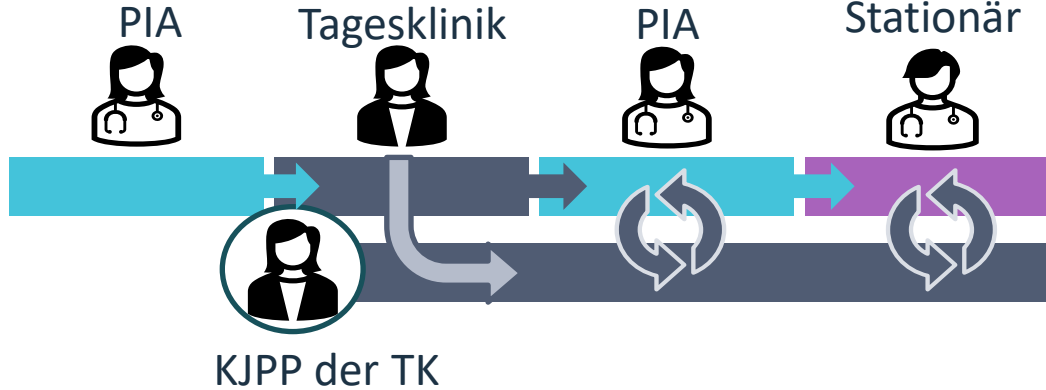
Sektorenübergreifende Sitzung



Kind P
wird
behandelt



Kind P
wird
behandelt



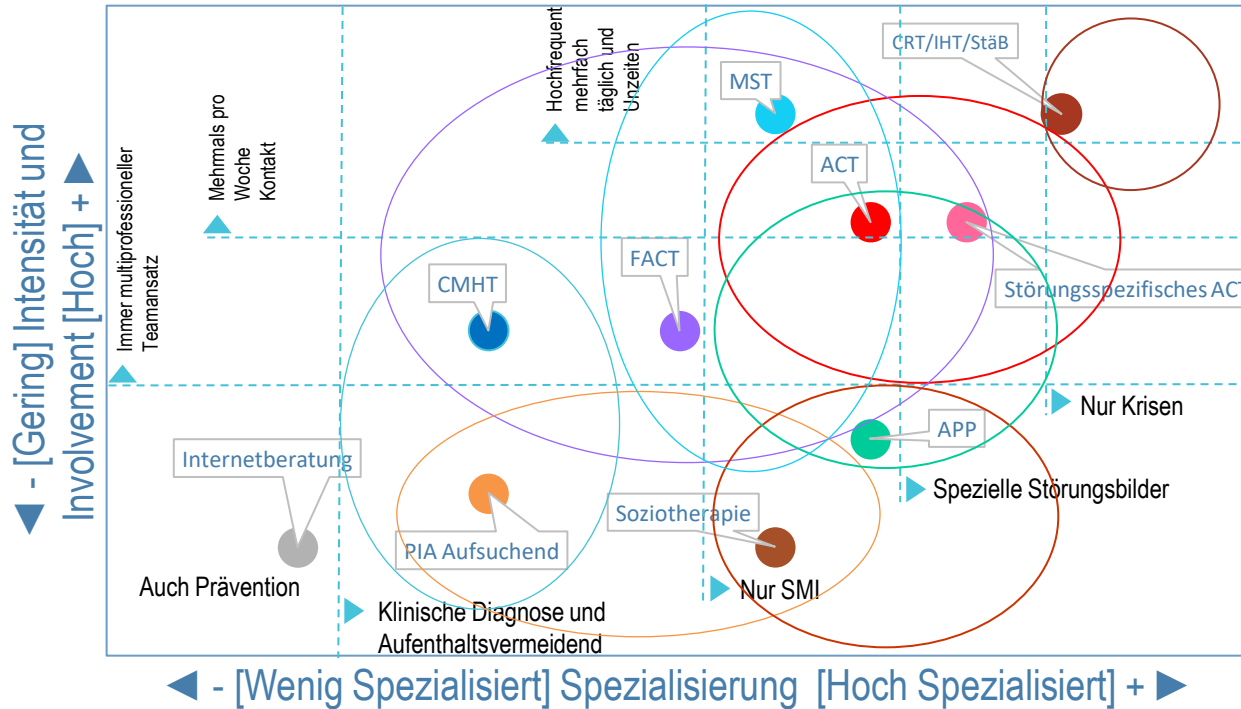
Klassisches Modell

Bezugstherapeut*in
wechselt pro Setting.
Risiko des Verlusts von
Informationen und
therapeutischer
Beziehung.

Sektorübergreifend

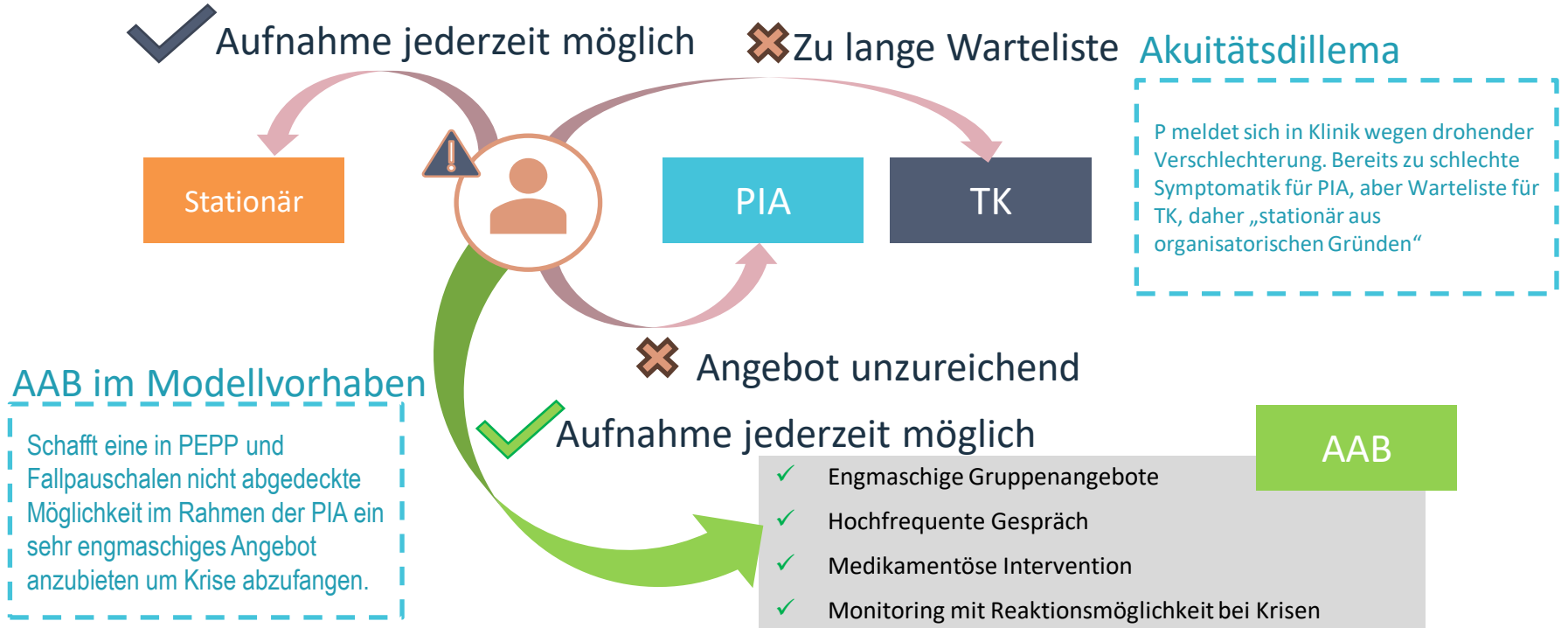
P und KJPP der TK haben
Fortschritte erzielt. KJPP
betreut P auch im Verlauf
weiter und tauscht sich mit
Mitbehandelnden aus.

Hometreatment und ACT



- Hometreatment umfasst alle aufsuchenden Behandlungsformen.
- Innerhalb dessen lassen sich zwei Achsen identifizieren anhand derer verschiedene Angebote klassifiziert werden können.
- Je nach Intensität und Spezialisierung ändern sich Frequenz und Teamzusammensetzung
- Mischformen sind möglich

Ambulante Akut-Behandlung



TK auf Station



Klassisches Modell

Unterschreiten Patient*innen die Schwelle zur stationären Behandlung erfolgt eine tagesklinische Behandlung, inkl. Behandler*innenwechsel. Kommt es zu Dekompensation → Rückverlegung. Jedes mal neues Procedere und neuer Fall.

TK auf Station in Modellvorhaben

Im Modell können Patient*innen im stationären Umfeld bleiben (→ Kein Informationsverlust, weniger Bürokratie), übernachten aber nicht mehr auf der Station. Bei Dekompensation kann Ptn einfach über Nacht bleiben.

Stationäres Team und Räumlichkeiten





Nur gute Modelle sichern gute Mitarbeitende

Wissenschaftliche Befundlage in Kürze

Zuhausebehandlung Outcome

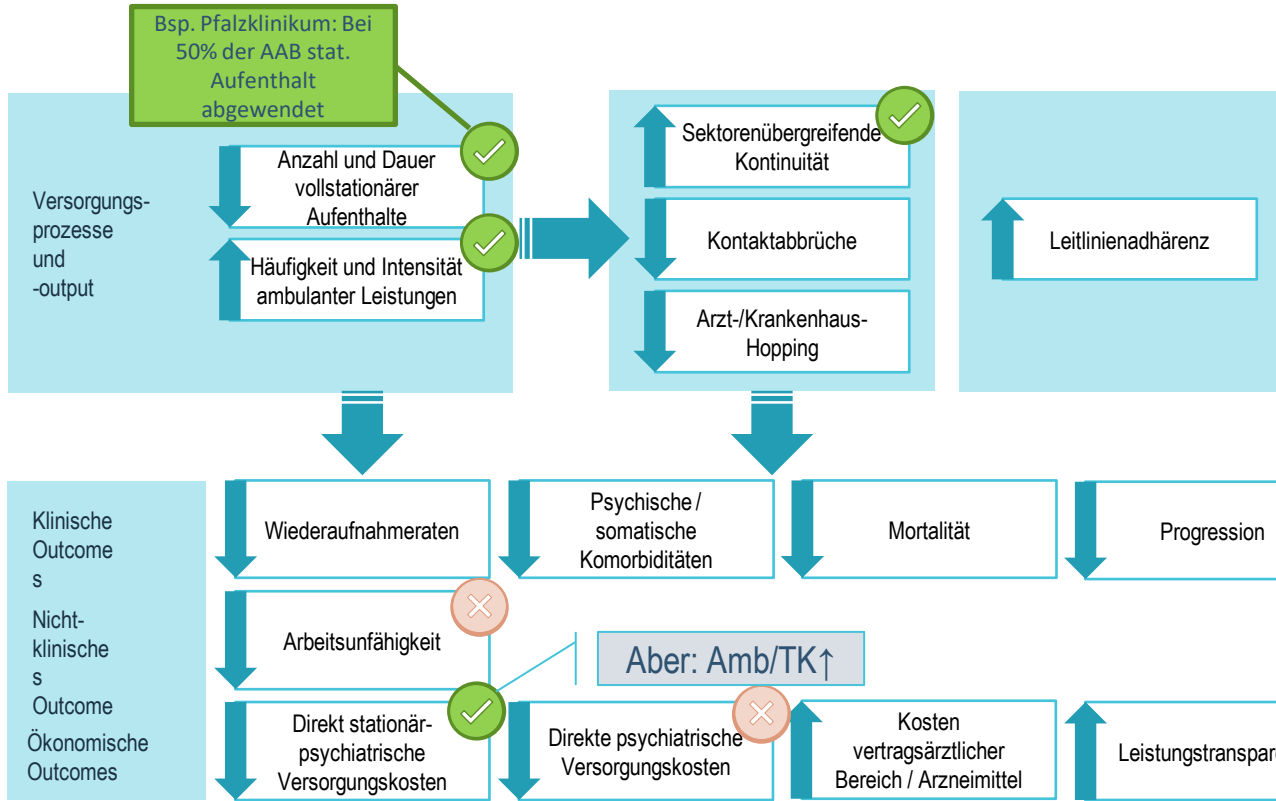
Tab. 1 Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld wie in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.) dargelegt [5]

	NICE-Leitlinie [7]	Cochrane-Review [6]
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++ ^a
↑ Allgemeinzustand		~
↑ Soziale Funktionen		~
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>		
↓ Stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++ ^a
↓ Stationäre Behandlungszeiten		++ ^a
↓ Behandlungsabbrüche		++ ^a
<i>Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion</i>		
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
<i>Zufriedenheit und erlebte Belastung</i>		
↑ Erlebte Belastung, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit Patienten	++ ^a	++ ^a
↑ Behandlungszufriedenheit Angehörige		++ ^a
↑ Lebensqualität		~
<i>Kosteneffektivität</i>		
↑ Kosteneffektivität		++ ^a
↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe oder verzerrte Daten, ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe		
^a Daten basieren auf Einzelstudien		

- › Insgesamt Überlegenheit aufsuchender Behandlungsformen gegenüber stationärer Behandlung
- › Internationale Befunde auf DE übertragbar

1. Murphy et al (2012): Crisis intervention for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev.
2. Bechdolf et al (2021): Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. Der Nervenarzt, doi:10.1007/s00115-021-01143-8

Erwartungen und Outcomes



Weitere Outcomes

- ✓ ↑ Lebensqualität
- ✓ ↑ Entlassungen in eigene Wohnformen
- ✓ ↓ Wartezeiten auf Behandlung
- ✓ ↑ Erreichbarkeit
- ✓ ↑ Patientenzufriedenheit
- ✓ ↑ Kooperation mit KV-Bereich

Anmerkung

Fehlende Angaben = Nicht gefunden oder ausreichend untersucht, jedoch keine Hinweise auf durchgehende Nichterfüllung

Patient*innenstimmen

Schnelligkeit und Zugang

- „Ich hatte ja innerhalb von einer Woche einen Termin, erst mal beim ambulanten Gespräch, da muss ich sagen, da haben sie ziemlich schnell und ziemlich gut reagiert.“

Fokus auf Patient*innen

- „[...] für maximal 22 Patienten auf der Station gab das eben zwei Ärzte, zwei Psychologen, wo man eben wirklich mal ein ausgedehntes Einzelgespräch stattfinden konnte.“

Alternativen

- „...dort [Klingenmünster] habe ich [...] ein Gespräch geführt und [...] sie mir nahegelegt, dass ich eben dort in das Krisenprogramm gehen [...] ich war sehr positiv überrascht [...]“ [Anm.: In Bezug auf AAB]

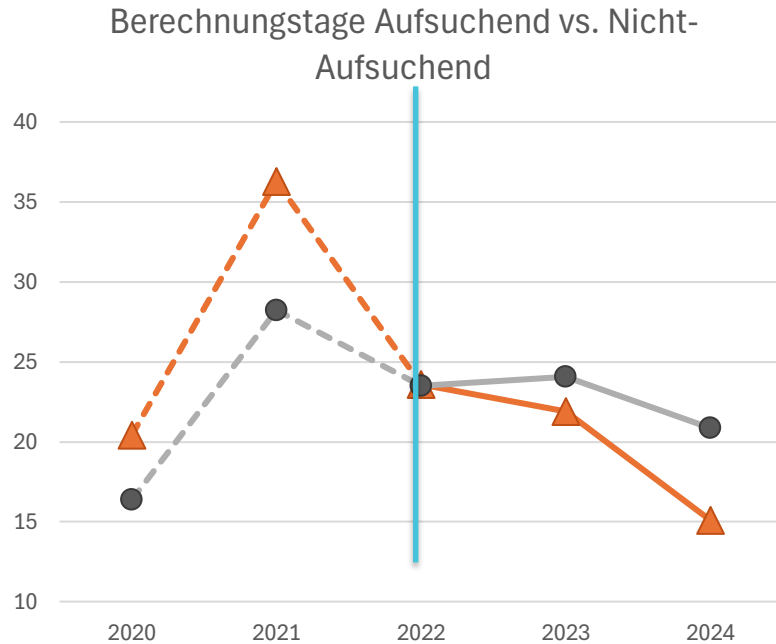
Stationär vermeiden

- „[...] ich bin stabil so, wo ich sage: 'Ich brauche es jetzt nicht stationär.' Weil da gab es bei mir schon richtig schlimmere Situationen“ [Anm.: In Bezug auf AAB]

Kontinuität

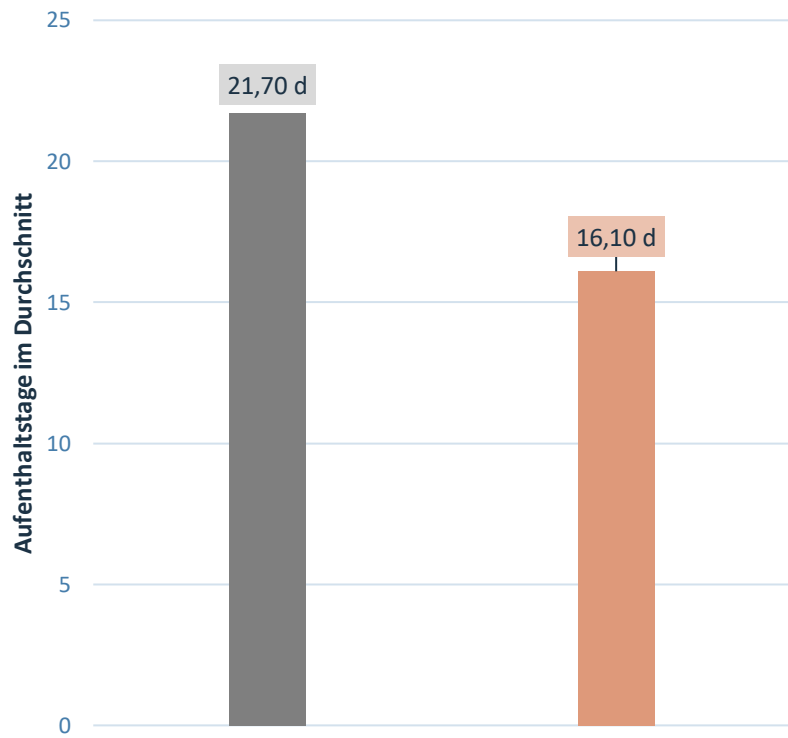
- „Und dass die meisten einem auch helfen und dass man halt einfach weiß, dass man immer Ansprechpartner hat.“
- „[...] dadurch, dass ich immer die gleiche Therapeutin jetzt habe.“

Effekt von Hometreatment



- » Keine der vergleichbaren Gruppen **▲** und **●** erhielt vor 2022 aufsuchende Behandlung (gestrichelte Linie)
- » Gruppe **▲** wurde ab 2022 aufsuchend behandelt, Gruppe **●** nicht
- » In der aufsuchend behandelten Gruppe **▲** sank die Inanspruchnahme stationärer Betten anschließend

Effekte von Hometreatment



- » Patient*innen die nicht aufsuchend behandelt wurden wiesen längere Aufenthaltsdauern auf, als solche die aufsuchend behandelt wurden
- » Die beiden Gruppen sind in Punkto Alter, Diagnosen und Entfernung von Wohnort zu Klinik vergleichbar (Matching)

Potenzial für die Integration von Angehörigen

- » Aufsuchende Behandlung **überwindet Barrieren** der Angehörigeneinbindung aus klassischen (teil-)stationären Settings (z. B. Termin- und Zeitkonflikte, räumliche Distanz).
- » **Flexibler, kontinuierlicher Einbezug** von Angehörigen möglich – auch solcher, die sonst nicht teilhaben könnten.
- » **Therapie dort, wo Probleme entstehen:** Interventionen erfolgen im häuslichen und sozialen Umfeld, was Wirksamkeit und Alltagstransfer stärkt.
- » **Erweiterte Einbeziehung:** Kinder, queere Familienmitglieder und andere Bezugspersonen können gezielt eingebunden werden.
- » Verbesserte **Kommunikation & Informationsfluss** zwischen Fachpersonal, Patient*innen und Angehörigen.
- » **Ergänzt klassische Angebote** und ermöglicht einen **fließenden Übergang** zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen.

Hometreatment als wirksame Alternative

- » Allgemein berichten Patient*innen in Interviews:
 - › Bezugspersonenmodell stärkt Vertrauen und Sicherheit
 - › Kontinuität des Behandlungsteams wird als zentral für Therapieerfolg empfunden
 - › Patient*innen beschreiben Therapieangebote als bedarfsgerecht und aktivierend
 - › Hausärzte werden überwiegend gelobt und in Kooperation mit Psychiatrie (Einweisung, Erkennen von Notlagen, etc...) als kompetent beschrieben
- » Speziell für moderne ambulante Gruppenangebote (AIK) berichten:
 - › 50% (7 Patienten) wählten das Programm als Alternative zu einem stationären Aufenthalt.
 - › 35,7% (5 Patienten) hatten bereits stationäre Aufenthalte oder geplante Aufnahmen.
 - › 14,3% (2 Patienten) zogen keinen stationären Aufenthalt in Erwägung.

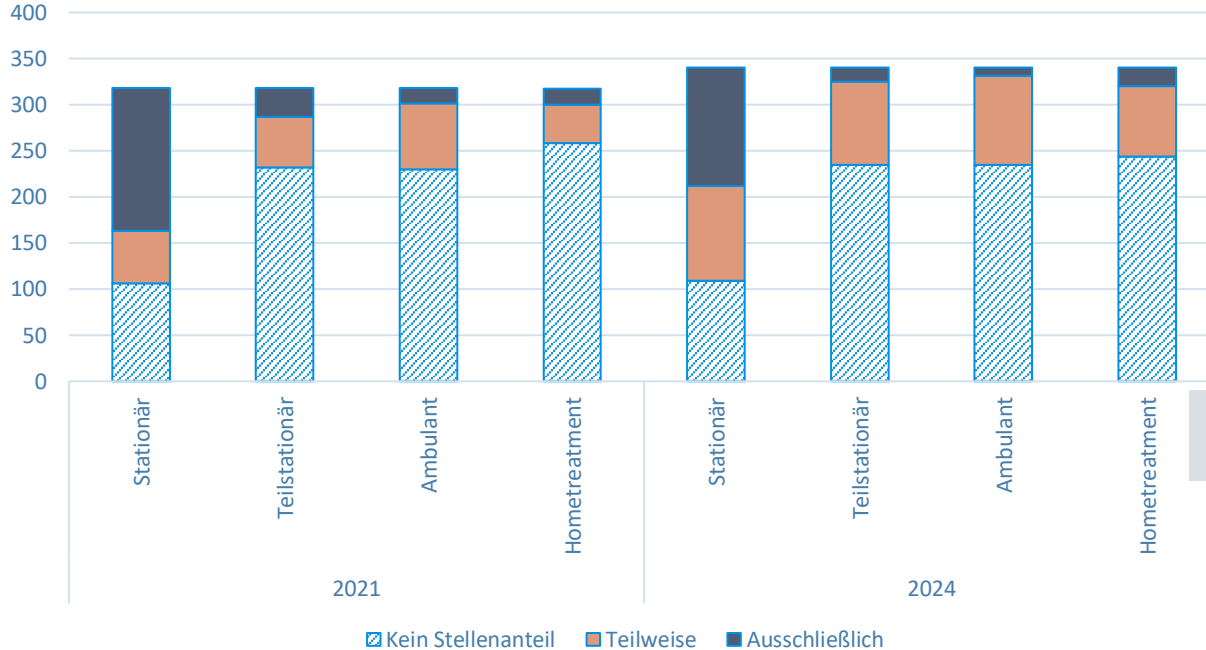


Nur gute Modelle sichern gute Mitarbeitende

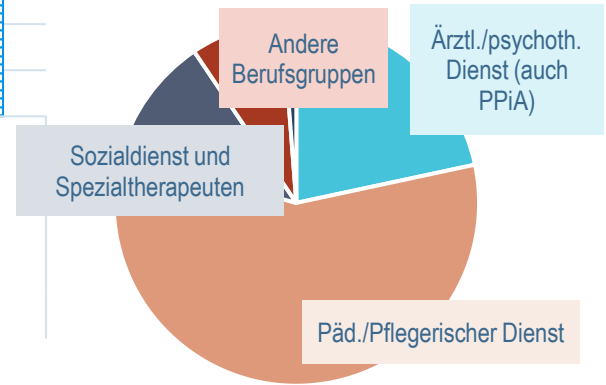
Wie geht es den Mitarbeitenden?

Teilnehmende

Teilnehmervergleich: Setting

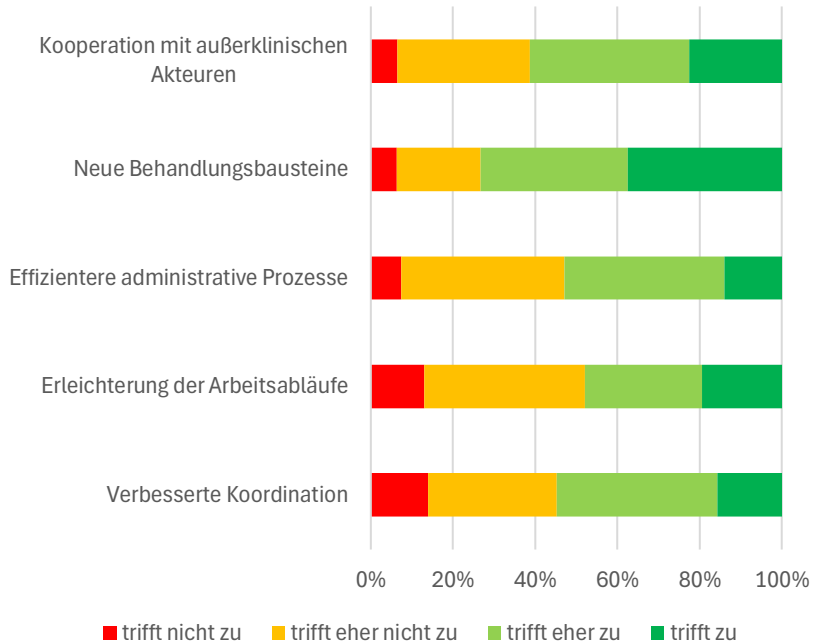


- Eine Mitarbeitenden-befragung zum Modellvorhaben findet alle 3 Jahre statt.
- Anteil von Mitarbeitenden in Hometreatment und Ambulanz hat sich in den letzten 3 Jahren erhöht



Meinung der Mitarbeitenden

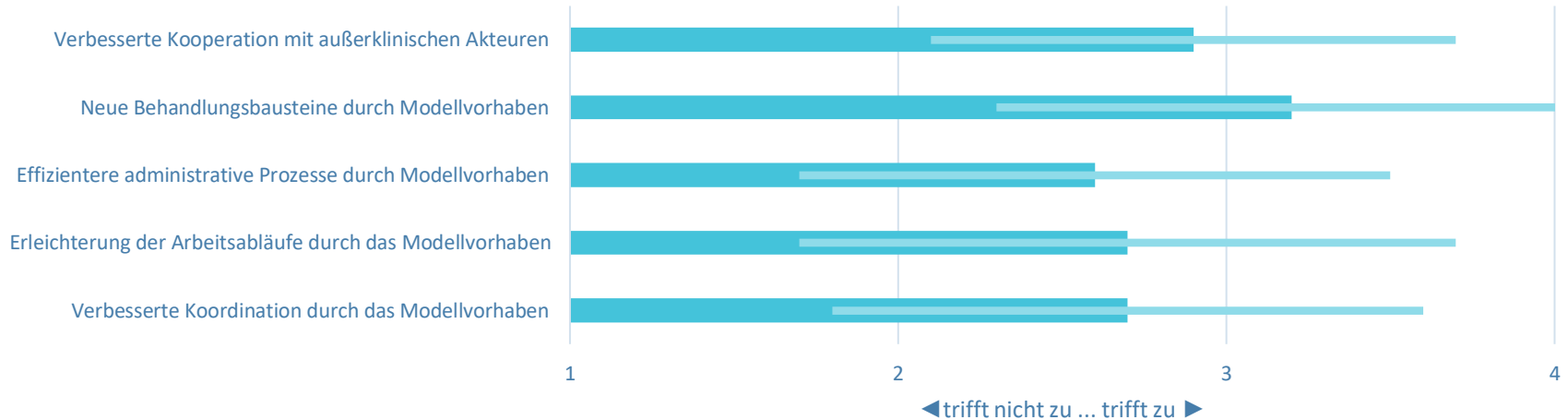
Verbessert durch das Modellvorhaben



- » Mitarbeiter*innen über alle Behandlungsbereiche nahmen Verbesserungen durch das Modellvorhaben war
- » Unter aufsuchend tätigen Mitarbeitenden waren diese Wahrnehmungen noch ausgeprägter

Modellvorhaben und Innovation

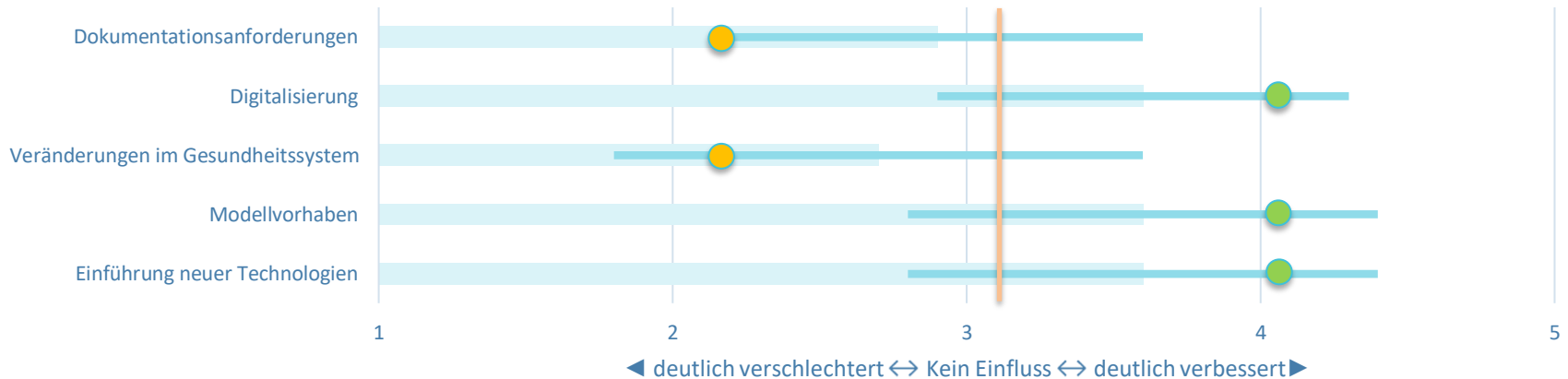
Modellvorhaben und Innovation (MW±SD)



Auch in Fragen speziell zu den Auswirkungen des Modellvorhabens geht die Tendenz dazu die einzelnen Punkte als ganz oder teilweise zutreffend zu beschreiben. Der Median liegt in allen Fällen bei 3. Der Modus (häufigste Nennung) liegt lediglich bei der Einschätzung der Erleichterung von Arbeitsabläufen bei 2, ansonsten liegt er bei 3, im Falle des Items „Neue Behandlungsbausteine...“ sogar bei 4.

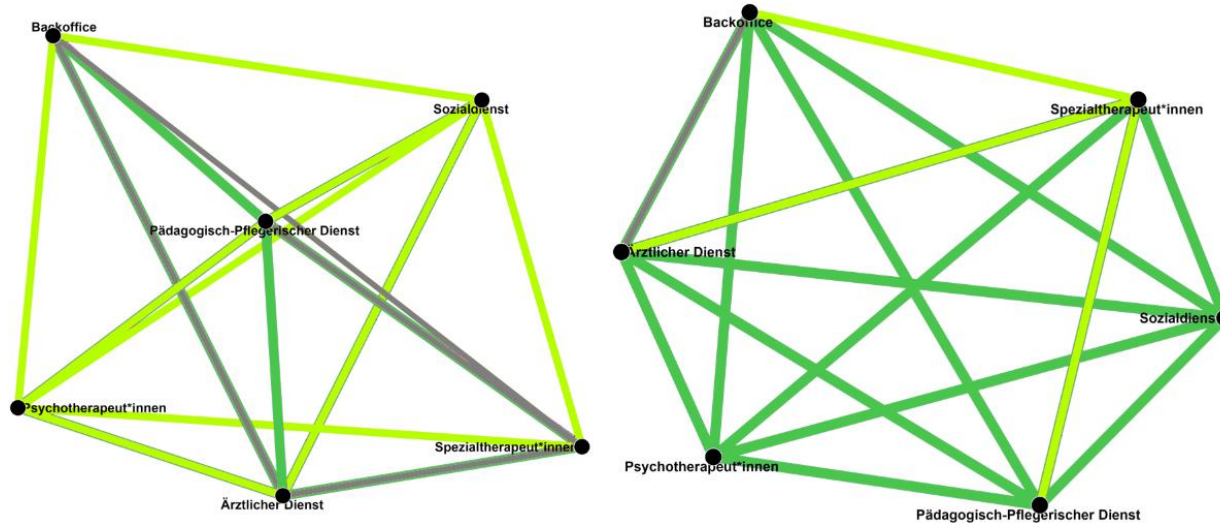
Veränderungen in den letzten 4 Jahren

Hat sich der Arbeitsalltag durch den Faktor in den letzten 4 Jahren verschlechtert oder verbessert?



Dokumentationsanforderungen und Veränderungen im Gesundheitswesen haben den Arbeitsalltag eher verschlechtert, bei den anderen Faktoren ist 4 („verbessert“) jedoch die häufigste Nennung (Modus durch Kreis dargestellt). Dies betrifft insbesondere das Modellvorhaben.

Inter-/multiprofessionelle Netzwerke



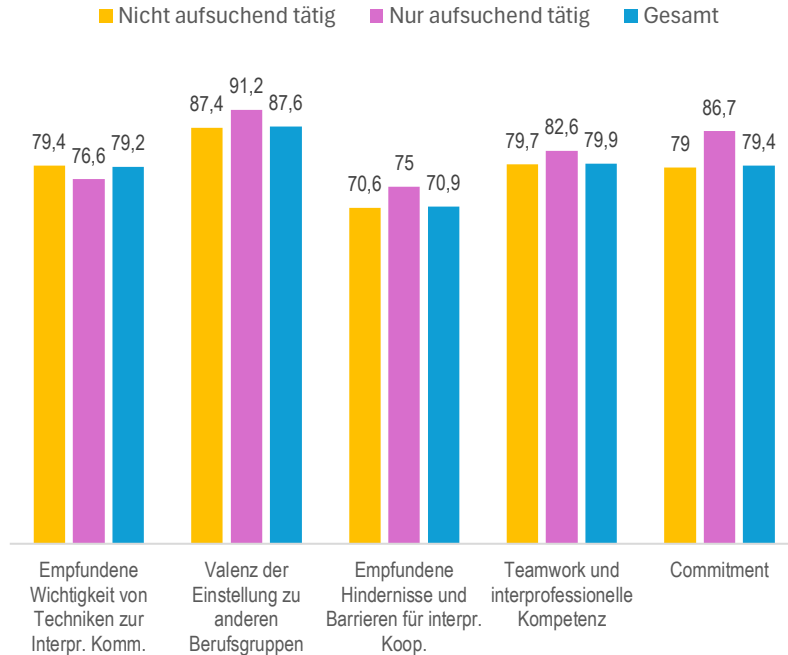
- sehr schlecht
- schlecht
- mittel
- gut
- sehr gut

Grafiken zeigen die Häufigkeit der Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen in aufsuchenden Teams (rechts) und nicht aufsuchenden Teams (links)

- » In aufsuchend arbeitenden Teams bestehen häufigere Kontakte zwischen Mitarbeitenden
- » Der Informationsfluss kann als günstiger angesehen werden

Interprofessionelle Zusammenarbeit

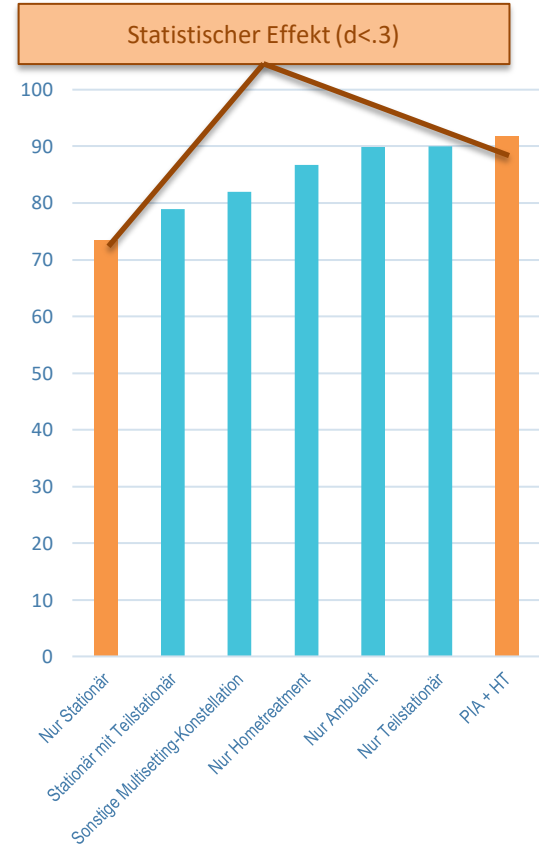
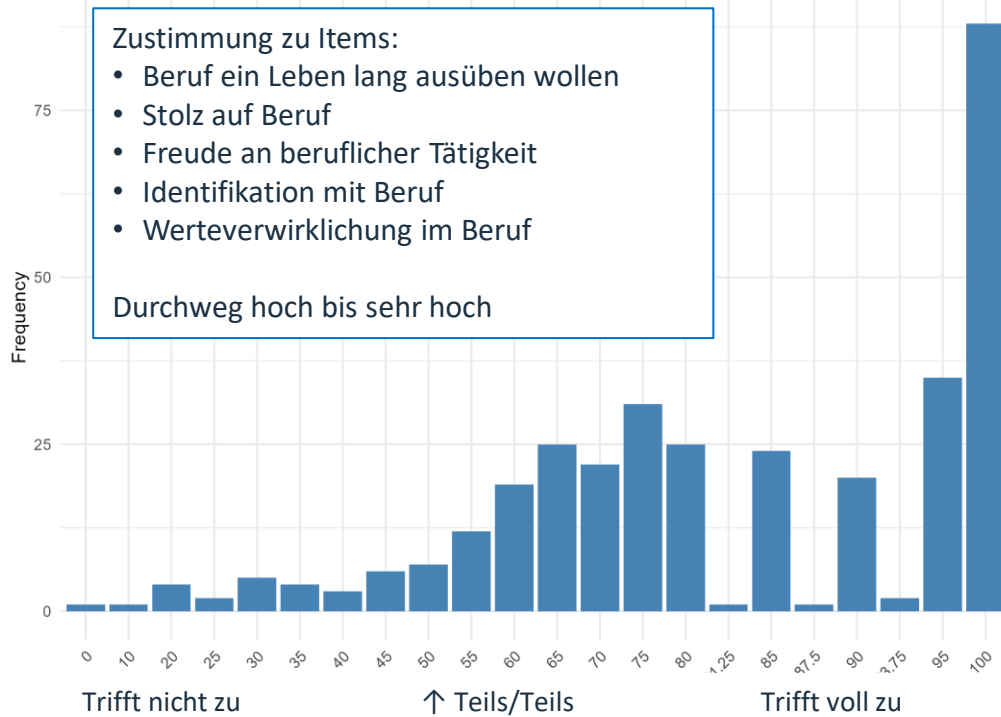
Score: X von 100 Punkten



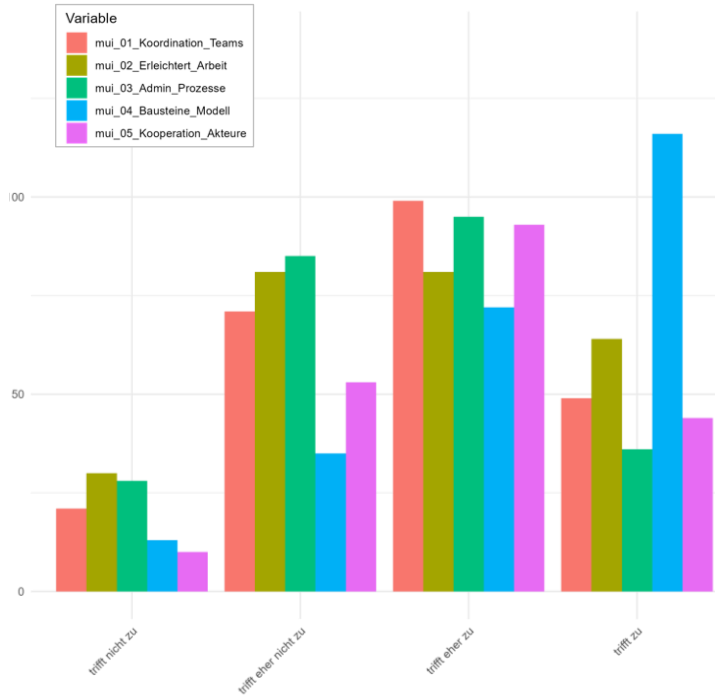
- » Über das gesamte Klinikum hinweg berichteten die Beschäftigten gute bis sehr gute Werte in für die multi-/interprofessionelle Kooperation
- » Dieser Effekt fällt bei aufsuchend tätigen Mitarbeitenden stärker aus

Commitment

Histogram of COM



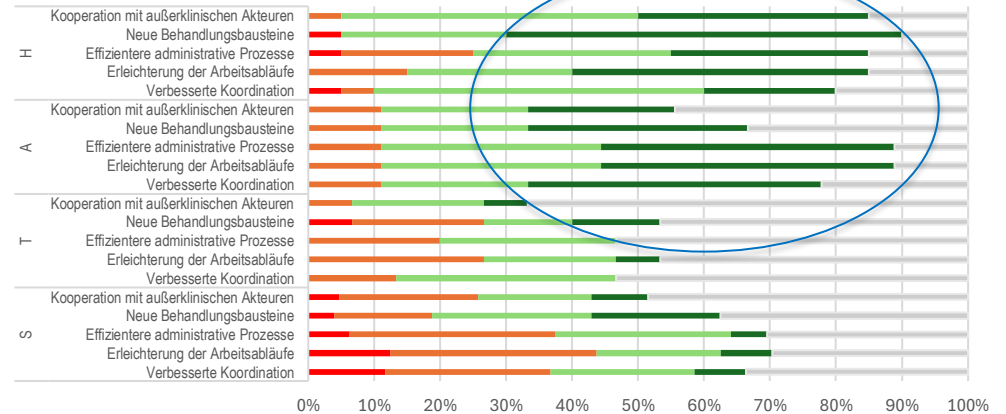
Was ist durch das Modell besser geworden?



Positive Veränderungen werden vor allem im ambulanten und aufsuchenden Setting erlebt

Anteilige Zustimmung zu Verbesserungen durch Modellvorhaben nach Arbeitssetting

■ trifft nicht zu ■ trifft eher nicht zu ■ trifft eher zu ■ trifft zu ■ kann ich nicht beurteilen





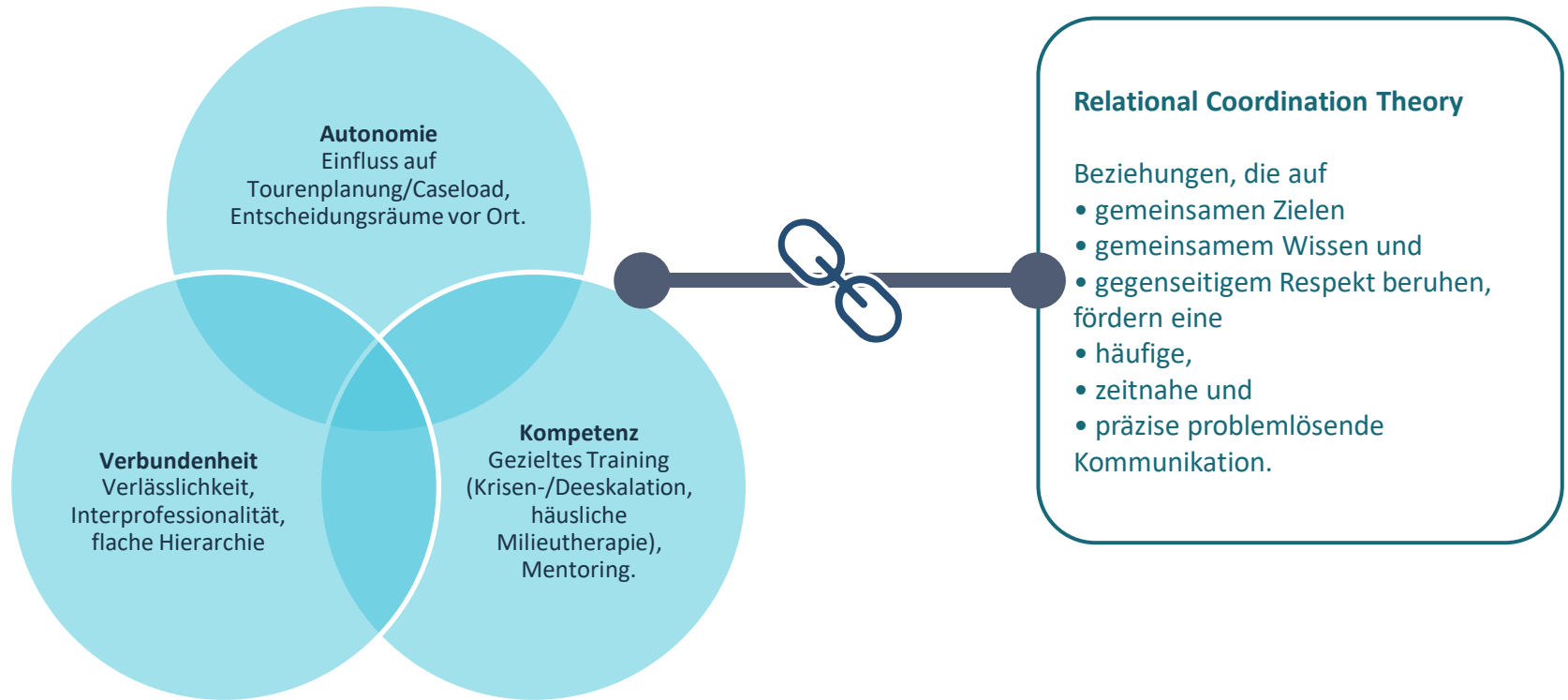
Nur gute Modelle sichern gute Mitarbeitende

Für die Praxis - Takeaway

Take Home Message

- » **Relative Vorteile werden erlebt:** Koordination, Abläufe, Kooperation, neue Bausteine – v. a. im aufsuchenden Setting.
- » **Mechanismus:** Mehr wahrgenommener Modell-Einfluss → weniger Überforderung; transparente **Information** → geringere emotionale Belastung
- » **Ressourcen** (Team-Koordination, Autonomie, Information) puffern Anforderungen (z. B. Doku, Systemwandel) und fördern Engagement/Bindung

Grundprinzipien zum Gelingen



Was schützt vor Burnout

- » Caseload-Korridor + Reisezeit berücksichtigen (Caseload \neq Fallzahl; zählt In-vivo-Zeit).
- » Team-Approach leben (geteilte Verantwortung statt „einsame Hausbesuche“).
- » Fidelity-Marker monitorieren (Anteil In-vivo-Kontakte, 24/7-Erreichbarkeit, Multidisziplinarität)
- » → Gegensteuern, wenn Marker auf Probleme hindeuten

Management für mobile Teams

- » Tägliche Kommunikation (Lagebild, Risiken, Mikro-Lernen), wöchentliche Reflexion (Fälle/Prozesse)
- » Regelmäßige Retrospektiven (Was ist gut gelaufen, was ist schlecht gelaufen)
- » Home-Treatment-Curriculum (z. B. Systemische Arbeit, Umwelt-Diagnostik, Angehörigenarbeit, Gemeinde-Netzwerke).
- » Anerkennung: sichtbare Messung & Würdigung relationaler Arbeit (Kooperationserfolge, Vermeidung von Aufnahmen), nicht nur „Fallzahlen“.

Implikationen für die Personalgewinnung

- » Wertversprechen (EVP) für ACT/HT
 - › Sinn & Wirksamkeit „Therapie im Lebensumfeld statt im Stationsflur“ (sichtbare Erfolge, Beziehungskontinuität).
 - › Autonomie & Team-Support (enge, multiprofessionelle Zusammenarbeit + individuelle Gestaltungsspielräume).
 - › Kompetenzentwicklung (spezifisches HT-Curriculum, Supervision, Karrierestufen).
- » Zielgruppenspezifisch
 - › Pflege/Sozialdienst: flexible Arbeit, Milieu-/Familienarbeit, weniger Schichtdichte
 - › Psychologinnen/Ärztinnen: differenzierte Fallführung, Krisenkompetenz, sektorenübergreifende Koordination.

Vielen Dank für ihre
Aufmerksamkeit!