



**Sektorübergreifende Behandlung am Vivantes Klinikum Neukölln:  
Herausforderungen und Hindernisse mit Blick auf die Transformation der  
psychiatrischen Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses**

ackpa-Jahrestagung 2024, 15. März 2024

**Dr. Olaf Hardt**

Chefarzt, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Neukölln

# Sektorübergreifende Behandlung am Vivantes Klinikum Neukölln

---

- Bezirk und psychiatrische Versorgungsregion Neukölln
- Struktur der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln
- Sektorübergreifendes Behandlungskonzept
- Perspektiven:
  - „Sektorübergreifende Behandlung“ / „Ambulantisierung“
- Herausforderungen und Hindernisse

# Der Bezirk Neukölln

---



# Der Bezirk Neukölln...

---

**...Highlights und Schattenseiten**

# Vivantes Klinikum Neukölln - Klinik für Psychiatrie: Versorgungsregion



- ca. 330.000 Einwohner
- hoher Migrant\*innenanteil (40-50%)
- niedrigster Gesundheits- und Sozialindex aller Berliner Bezirke
- nur 16% aller Patient\*innen haben ein eigenes Erwerbseinkommen
- 15-20 % der stationären Patient\*innen haben keinen festen Wohnsitz

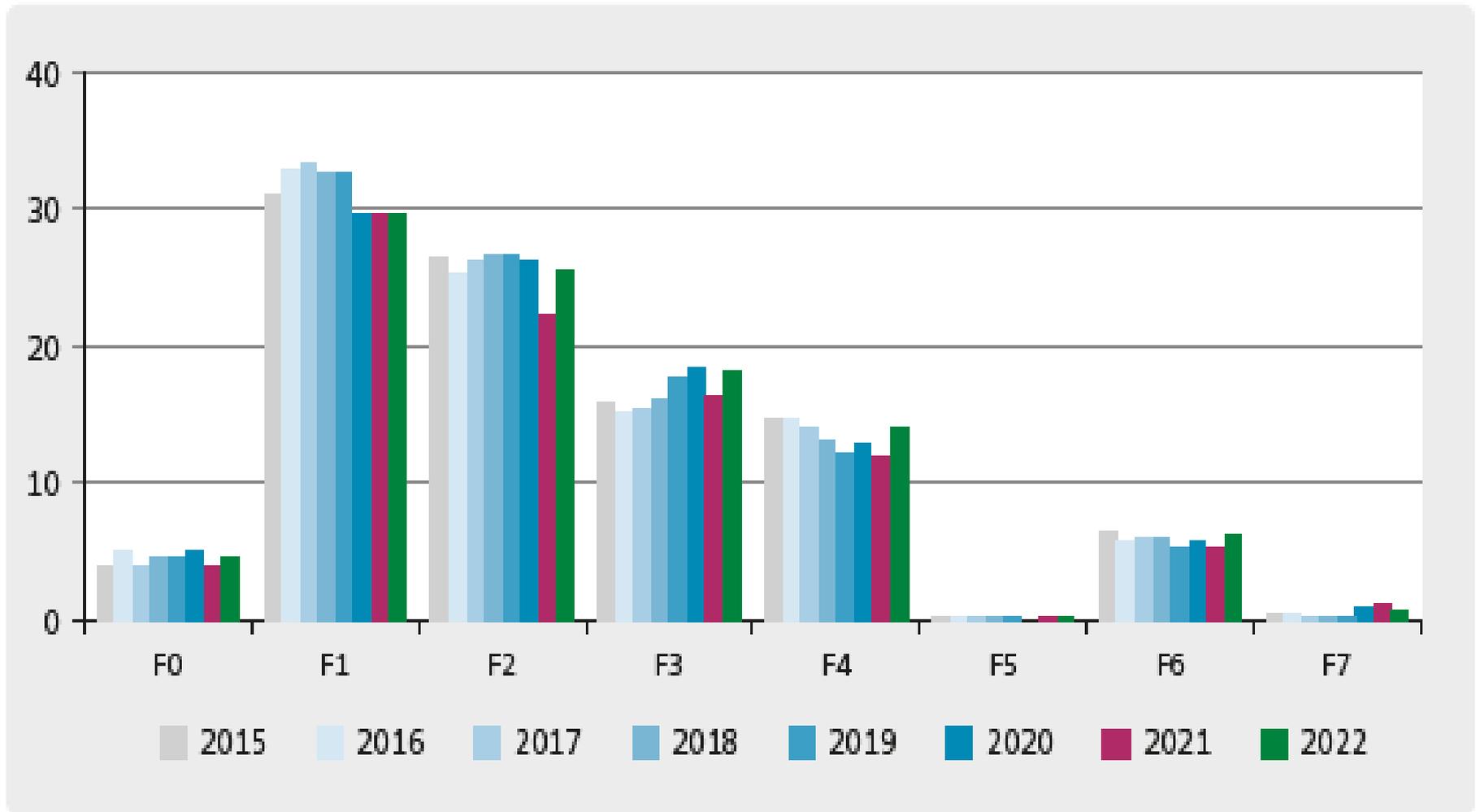
# Jahresberichte der Klinik

(verfügbar über die Vivantes-Website)

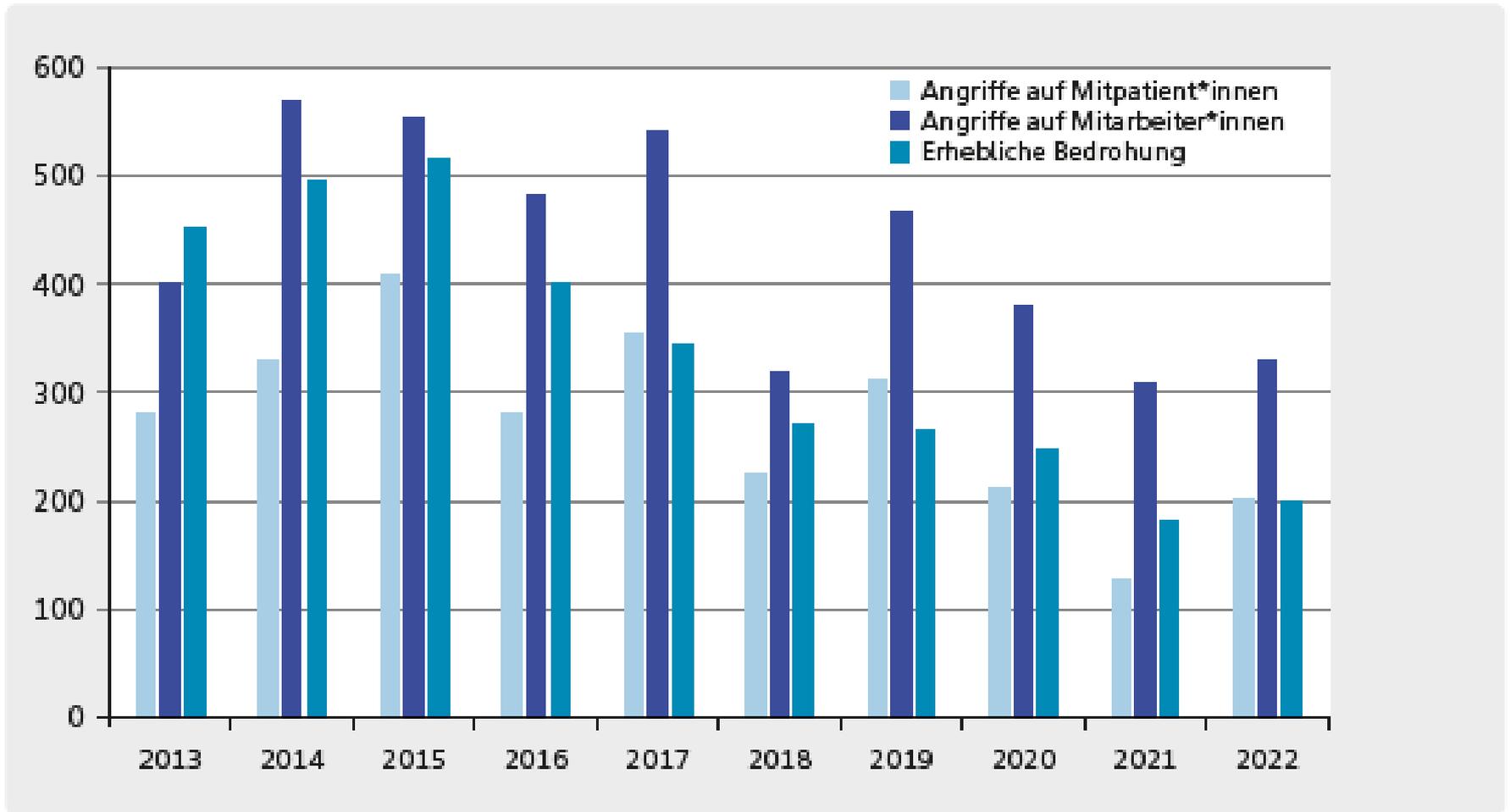
---



# Verteilung der Hauptdiagnosen 2015 - 2022



# Übergriffe und Bedrohungen



# Struktur der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln

---

## 194 Betten

- *6 allgemeinpsychiatrische Stationen mit 24/26 Betten*
- *1 Schwerpunktstation für Abhängigkeitserkrankungen*
- *1 Kriseninterventionsstation mit 16 Betten*

## 21 stationsäquivalente Behandlungsplätze

## 92 tagesklinische Behandlungsplätze

- *1 Intensiv-Tagesklinik (7-Tage-Betrieb) mit 22 Plätzen*
- *2 psychiatrische Tageskliniken mit je 20 Plätzen*
- *1 psychosomatische Tagesklinik mit 22 Plätzen*
- *8 stationsintegrierte tagesklinische Plätze*

Fallzahl pro Jahr:	stationär	4.000
	stationsäquivalent	200
	tagesklinisch	700

**Institutsambulanz** (ca. 1.500 Patienten pro Quartal)

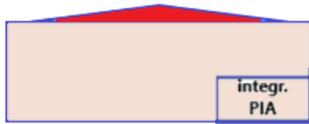
# KNK - Klinik für Psychiatrie: Kernelemente des Klinikkonzepts

---

- regionale Pflichtversorgung für den Bezirk Neukölln →  
*Ausrichtung der Angebote der Klinik an den Bedarfen/Bedürfnissen der Neuköllner Bürger/innen*
- sozialpsychiatrisches Selbstverständnis, enge bezirkliche Vernetzung
- ausschließlich offene, nur fakultativ geschlossene Stationen
- vorwiegend durchmischte allgemeinpsychiatrische Stationen  
*Ausnahmen: Schwerpunktstation für Abhängigkeitskranke und Kriseninterventionsstation*
- Heimatstationsprinzip
- Förderung stationersetzender Angebote für Schwerkranke →  
*Intensiv-Tagesklinik, DAK-Modellprojekt nach §64b SGB V, StäB...*
- intensive Angehörigenarbeit →  
*Angehörigenvisiten, Behandlungskonferenzen, Trialog...*
- Mutter-Kind-Behandlungen, spez. Angebote u.a. für junge Erwachsene (FINK-Projekt) und ältere Patienten
- Arbeit mit Elementen des Open Dialogue
- sektorübergreifendes, auf Beziehungskontinuität ausgerichtetes Gesamtkonzept

# Sektorübergreifende Behandlung am Vivantes Klinikum Neukölln

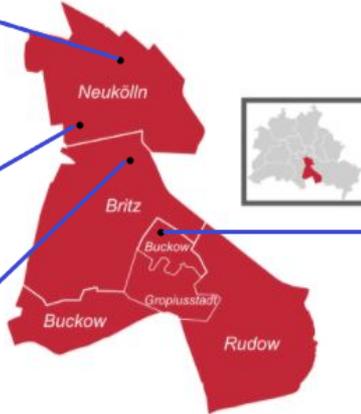
## Psychosomatische Tagesklinik Sonnenallee



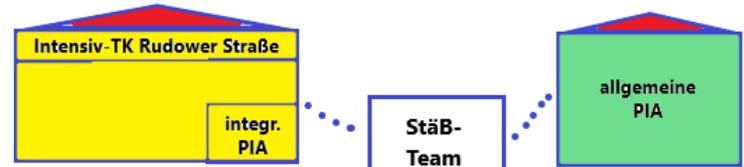
## Behandlungszentrum Emser Straße



## Tagesklinik Riesestraße



## Campus Rudower Straße



1a	P1	P2	P3
Station 93	Station 82	Station 84	Krisenint.st. 29
24 Betten integriert: StäB, TK, PIA	26 Betten integriert: StäB, TK, PIA	26 Betten integriert: StäB, TK, PIA	16 Betten (integriert: PIA, TK StäB)
Station 92	Station 81	Station 83	Stat. 85 (Sucht)
24 Betten integriert: StäB, TK, PIA	26 Betten integriert: StäB, TK, PIA	26 Betten integriert: StäB, TK, PIA	26 Betten (integriert: TK, PIA)

# Perspektiven der Klinik und des Behandlungskonzepts

---

→ weiterer Ausbau der sektorübergreifenden und stationsersetzenden Angebote geplant

## Motive/Beweggründe:

- **fachliche Aspekte**

wohnnortnahe, flexible und individuell angepasste sektorübergreifende Versorgung mit hoher therapeutischer Kontinuität → bestmögliches psychiatrisches Versorgungsangebot (insbesondere für Menschen mit SMI)

- **krankenhausplanerische/gesundheitspolitische Aspekte**

Regierungskommission, 8. Stellungnahme:

*„Das Behandlungssetting (sollte) flexibel wechselnd nach den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten vollstationär, tagesklinisch, ambulant oder aufsuchend gewählt werden können.“*

- **Fachkräftemangel**

→ starker Druck in Richtung eines Abbaus von Betten zugunsten von weniger (pflege)personalintensiven Versorgungsformen wie stationsäquivalenter und/oder teilstationärer Behandlung („**Ambulantisierung**“)

(„Ambulantisierungsquote“ KNK aktuell 37%)

---

# **Herausforderungen und Hemmnisse einer weiteren „Ambulantisierung“**

# 1. PPP-RL und Dienstplanung

---

Die PPP-RL kennt den Begriff „sektorübergreifend“ nicht.

Die PPP-RL trennt zwischen den Sektoren.

Die PPP-RL trennt zwischen den Standorten.

Weiterhin müssen 5 Prozent der Einrichtungen („repräsentative Stichprobe“) Nachweise zur Personalausstattung monats- und stationsbezogene übermitteln.

aktuell nur Minutenwerte für den stationären und den tagesklinischen Bereich hinterlegt →

faktisch „PPP-RL-Bereich“ (Stationen/Tageskliniken) und „Nicht-PPP-RL-Bereich“ (StäB/PIA)

# 1. PPP-RL und Dienstplanung

---

**Dienstplanprogramme** sind aktuell (alle?) damit „**überfordert**“, den Vorgaben der PPP-RL gerecht zu werden und gleichzeitig standort- bzw. sektorübergreifenden Personaleinsatz präzise abzubilden.

## **Bsp. SP-Expert (Vivantes)**

→ aktuell kann ein/e MA\*in an einem Kalendertag nur auf einem Dienstplan geführt werden

→ Probleme in der Praxis:

- *Oberärztin verbringt den Vormittag in der externen Tagesklinik, den Nachmittag auf ihrer Station*
- *Stationsarzt besucht einen StäB-Patienten, bevor er auf der Station seinen Dienst aufnimmt*
- *Personalzuordnung stationsintegrierte PIA...*

# 1. PPP-RL und Dienstplanung

---

## **Aktuelle „Lösungen“:**

einzelne MA\*innen werden tageweise verschiedenen Standorten zugeordnet

einzelne MA\*innen werden tageweise dem StäB-Team bzw. der PIA zugeordnet

## Fortgesetzte Probleme:

→ *aufwändige Hilfskonstrukte*

→ *bilden Realität nur eingeschränkt ab*

→ *sind vermutlich nicht „MD-fest“...*

## 2. Projekt „Ambulantisierung“: Perspektive der Patient\*innen

---

**Wie viele Patient\*innen** wollen wirklich stationsäquivalent / tagesklinisch / (intensiv-)ambulant statt stationär behandelt werden?

Was kann Patient\*innen motivieren, **auf das Krankenhausbett zu verzichten?**

Wie müssen **Alternativangebote** aussehen, damit sie wahrgenommen werden?

**Hindernisse** für weitere „Ambulantisierung“ sind auf Seiten der Patient\*innen oft sehr basal und nur scheinbar banal:

- Wegfall einer Mahlzeit bei Wechsel in den Tagesstatus
- Wegezeiten und -kosten für bei Wechsel in den Tagesstatus
- Obdach-/Wohnungslosigkeit
- unzuverlässige Behandlungszeiten des StäB-Teams
- Überforderung mit der häuslichen Situation (Patient\*in/Angehörige)
- weniger/keine gruppentherapeutischen Angebote bei StäB...

### 3. Mitarbeiter\*innen

---

Viele Mitarbeiter\*innen **wollen nicht/nur eingeschränkt sektorübergreifend arbeiten**. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe.

Sektorübergreifendes Arbeiten **überfordert** viele Mitarbeiter\*innen, v.a. solche mit geringer Berufserfahrung bzw. Berufseinsteiger\*innen.

Sektorübergreifendes Arbeiten stellt hohe Ansprüche an die **Arbeitszeitorganisation**, v.a. bei unterschiedlichen Einsatzorten.

Insbesondere **viele pflegerische Mitarbeiter\*innen** im stationären Bereich sind „**konservativ**“, wollen vor allem Teil eines Pflorgeteams sein und sich möglichst wenig exponieren.

Die **Untergruppe mit „Verantwortungslust“**, wie sie im teilstationären, vor allem aber im stationsäquivalenten Bereich gebraucht wird, ist **relativ klein**.

Die **aufsuchende Behandlung** stellt für viele ein **besonderes Hindernis** da.

## 4. Wie „ambulantisieren“?

---

### Ziele:

1. **Patient\*innen**, die bislang stationär behandelt wurden, sollen **kürzer oder gar nicht stationär** und stattdessen (flexibel) stationsäquivalent, tagesklinisch oder ambulant behandelt werden.
2. Dabei sollen **sektorübergreifend** so weit wie möglich **Behandlungs- und Beziehungskontinuität** sichergestellt werden.

## 4. Wie „ambulantisieren“?

---

### Option 1:

Umwandlung von Betten in  
tagesklinische Behandlungsplätze

und/oder

### Option 2:

Umwandlung von Betten in  
stationsäquivalente Behandlungsplätze

→ klinikspezifische Strategien

# Fazit

---

**Sektorübergreifende Behandlungskonzepte** sind für psychiatrische Kliniken grundsätzlich **schon jetzt realisierbar**.

Ihre **Umsetzung** wird aber **durch die bestehenden**, von der Politik und den Krankenkassen gesetzten **Rahmenbedingungen**, insbesondere auch durch die PPP-RL, **erheblich erschwert**.

Der **Ausbau** wohnortnaher, flexibler und individuell angepasster **sektorübergreifender Versorgungsangebote** ist **medizinisch geboten** und **gesundheitspolitisch erwünscht**.

Der **Fachkräftemangel** (in der Pflege) **kann als Beschleuniger** für den Abbau von Betten zugunsten von tagesklinischen und stationsäquivalenten Angeboten **wirksam werden** („Ambulantisierung“).

In der **konkreten Umsetzung** tun sich jenseits der Rahmenbedingungen sowohl **auf Seiten der Mitarbeiter\*innen und der Patient\*innen**, als auch hinsichtlich des **organisatorischen Vorgehens** bei der Umwandlung von Betten **zahlreiche praktische Hindernisse** auf, deren Überwindung nicht banal ist.

**Umsetzungsstrategien** müssen in Abhängigkeit von den jeweiligen Gegebenheiten einer Klinik entwickelt werden.