

**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

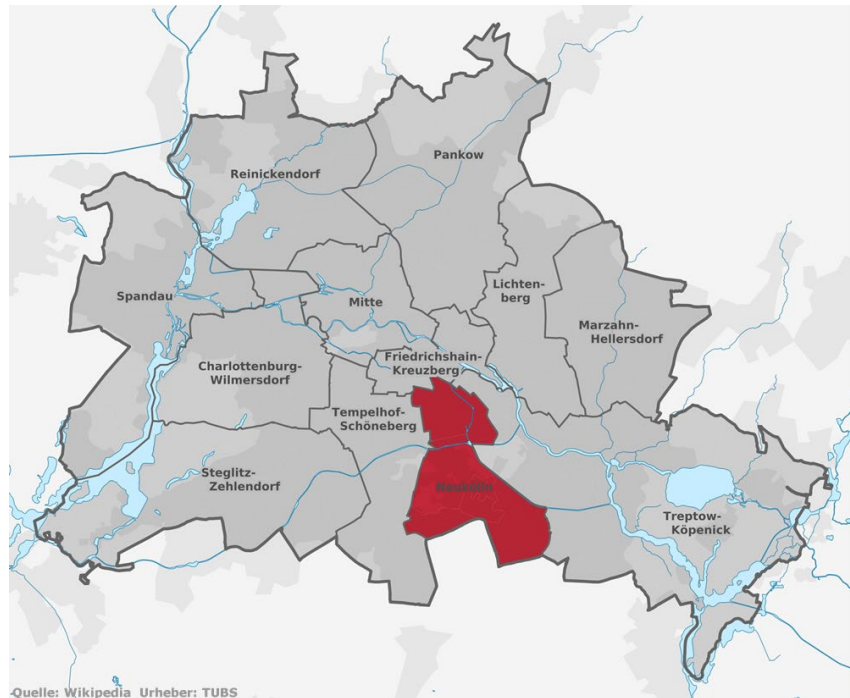
Der Bezirk Neukölln



Der Bezirk Neukölln...

...Highlights und Schattenseiten

Vivantes Klinikum Neukölln - Klinik für Psychiatrie: Versorgungsregion



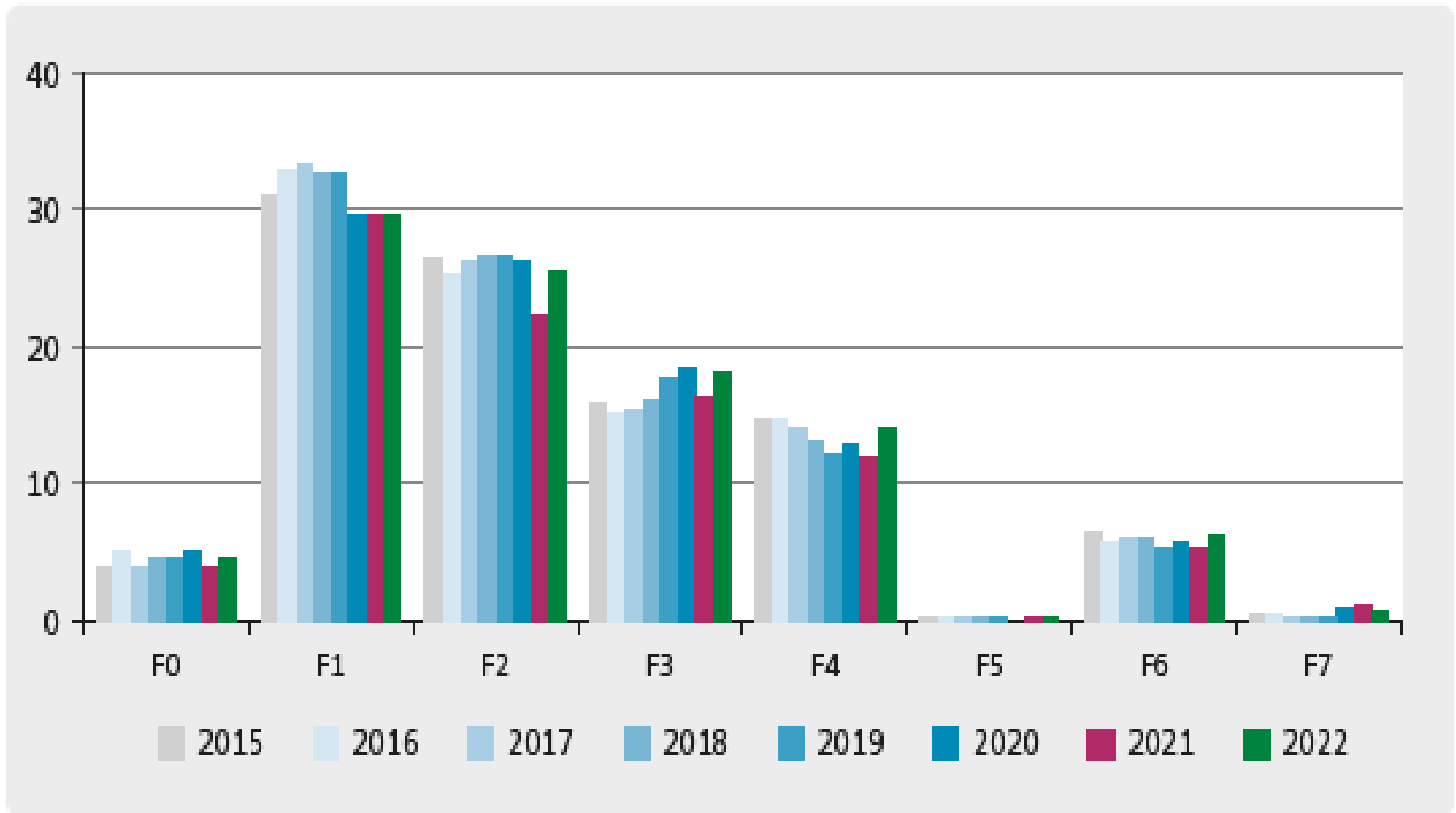
- ca. 330.000 Einwohner
- hoher Migrant*innenanteil (40-50%)
- niedrigster Gesundheits- und Sozialindex aller Berliner Bezirke
- nur 16% aller Patient*innen haben ein eigenes Erwerbseinkommen
- 15-20 % der stationären Patient*innen haben keinen festen Wohnsitz

Jahresberichte der Klinik

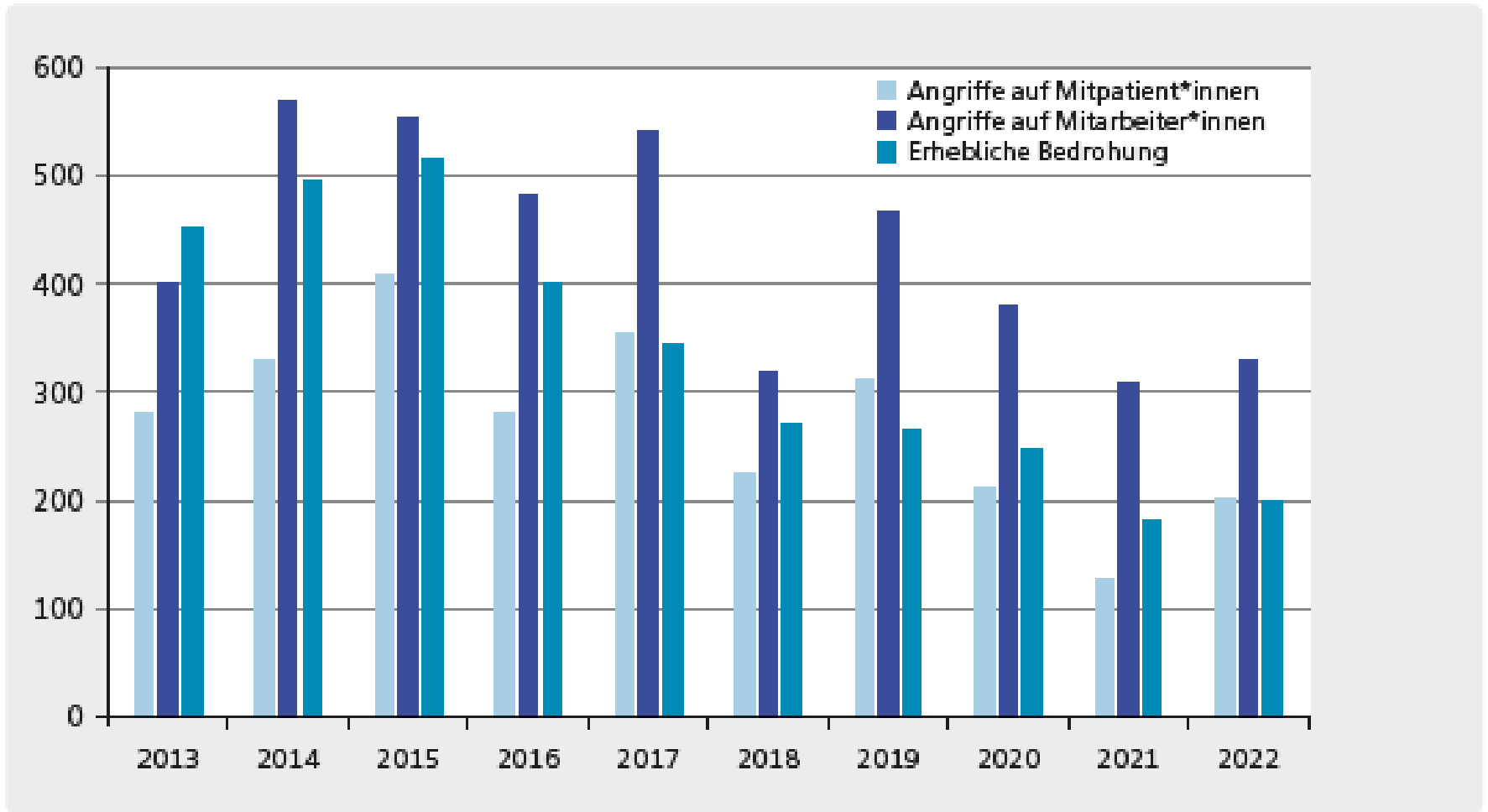
(verfügbar über die Vivantes-Website)



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

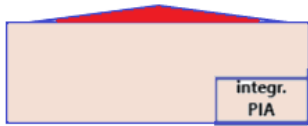
Institutsambulanz (ca. 1.500 Patienten pro Quartal)

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

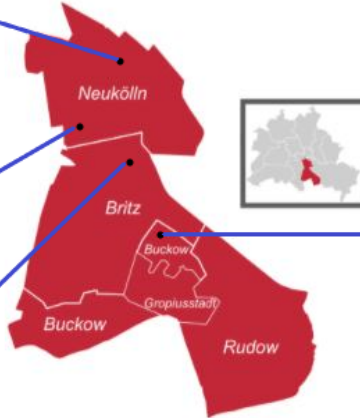
Psychosomatische Tagesklinik Sonnenallee



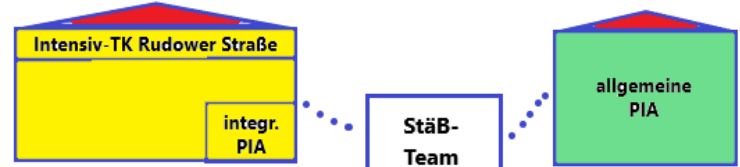
Behandlungszentrum Emser Straße



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.