

# Trends und Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie – Perspektiven in MV aus klinischer Sicht der Erwachsenenpsychiatrie

**Harald J. Freyberger**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Universitätsmedizin Greifswald am HELIOS Hanseklinikum Stralsund



# Inhalt

- A. Was haben wir erreicht und wie sieht unsere Realität aus ?
- B. Psychiatrie in der Fläche und Angemessenheit der Versorgung
- C. Bestandaufnahme der stationären und tagesklinischen Versorgung
- D. Problemgruppen
- E. Telemedizin
- F. Schlußfolgerungen

# Allgemeine Prinzipien adäquater Versorgungsstrukturen (nach Jenkins et al. 1999)

1. Bedarfsorientierung (nicht bestandsorientierte) Versorgung anhand epidemiologischer Daten und der Entwicklung von Monitorverfahren
2. Definition von Versorgungszielen, z. B. ambulant vor stationär und gemeindenah
3. Abdeckung des gesamten Spektrums und aller Schweregrade psychischer Störungen

# Was haben wir erreicht ?

- Weitgehend stabile stationäre Bettenkapazitäten
- Systematischer Ausbau tagesklinischer Behandlungskapazitäten insbesondere regionalisiert
- Systematischer Aufbau von Institutsambulanzen
- Deutlich bessere Vernetzung der Systeme
- Engere Bindung an die somatische Medizin in Krankenhäusern mit konsiliarischer Mitbehandlung insbesondere im Altersbereich

# Was unseren klinischen Alltag bestimmt:

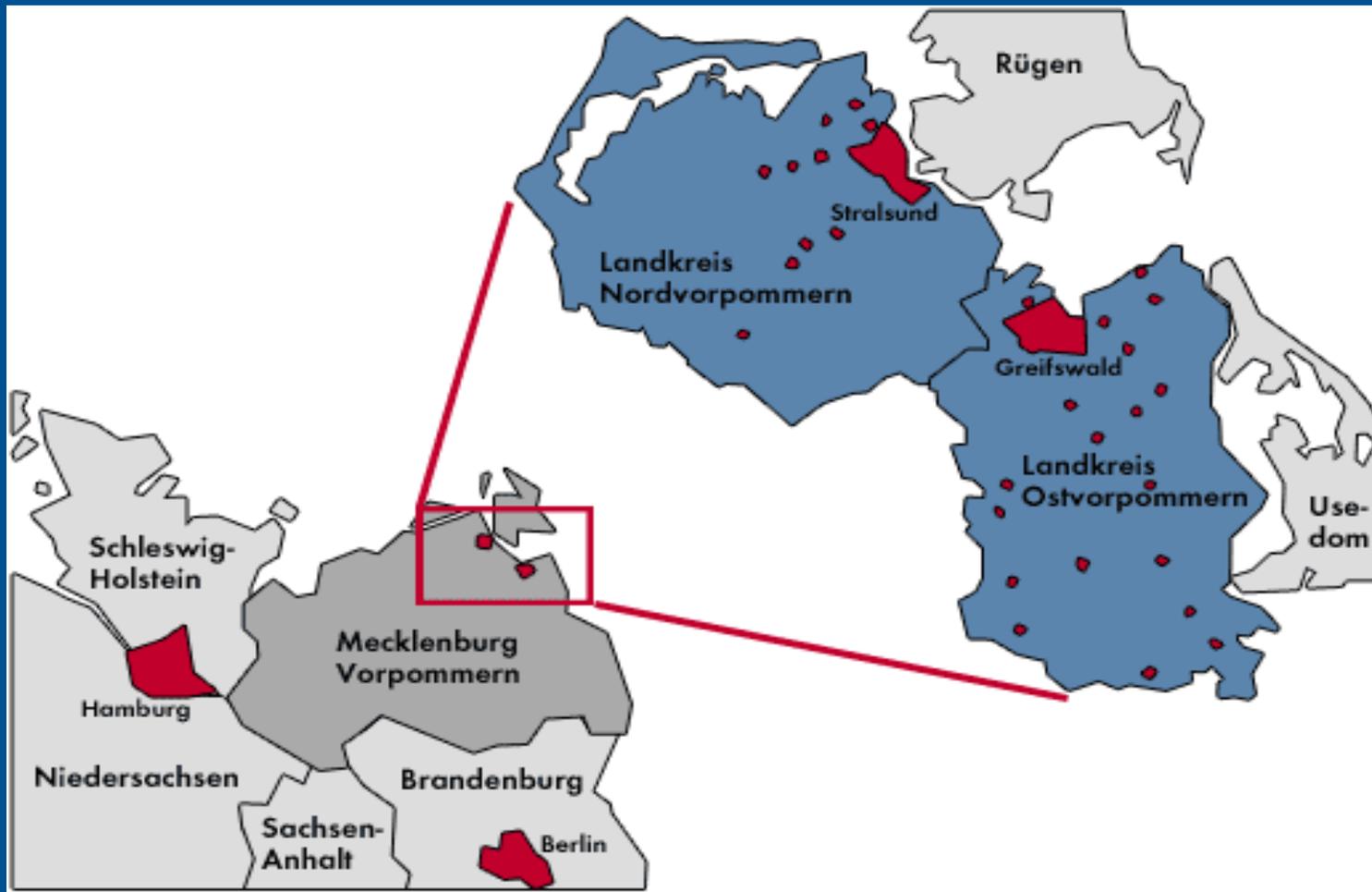
- Hoher „Druck“ auf die stationären Behandlungsplätze durch gewachsenen Inanspruchnahmeverhalten bei stabiler Prävalenz und Transfereffekten durch das DRG-System mit dramatischen Liegezeitverkürzungen
- Steigende Anzahl geschlossener Wohnheimplätze mit fortgesetztem Im- und Export in andere Bundesländer
- Lange Wartelisten für elektive Aufnahmen mit massivem Export von Patienten in psychosomatische Kliniken anderer Bundesländer (n = 239 SH)
- Kurze Liegezeit (Ø 18 Tage), 25% der Patienten können nicht ambulant angebunden werden, weil keine Fachärzte verfügbar sind

# Was unseren klinischen Alltag bestimmt:

- Neue teilstationäre und ambulante Angebote erreichen neue, bisher unterversorgte Patientengruppen, verringern den vollstationären Aufnahmedruck aber kaum.
- Keine Senkung der Mortalitätsraten
- Keine Senkung der körperlichen Morbiditätsraten
- Keine Senkung der Suizidraten
- Systematische stationäre Psychotherapie findet nicht statt.
- Sinkende Verfügbarkeit von FachärztInnen auch in der klinischen Versorgung

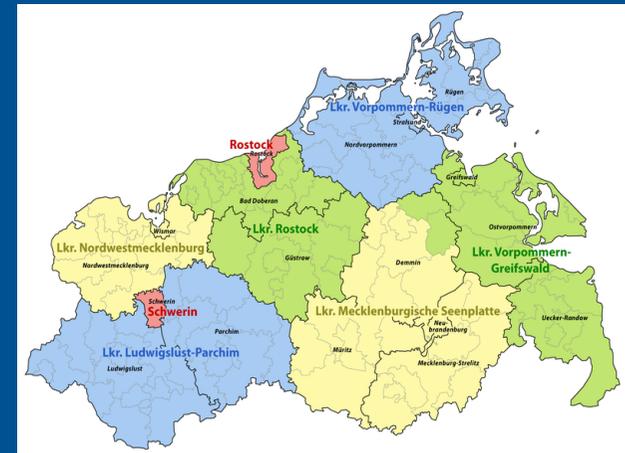
# SHIP

"Study of Health in Pomerania" (SHIP) ist eine bevölkerungsrepräsentative, epidemiologische Studie

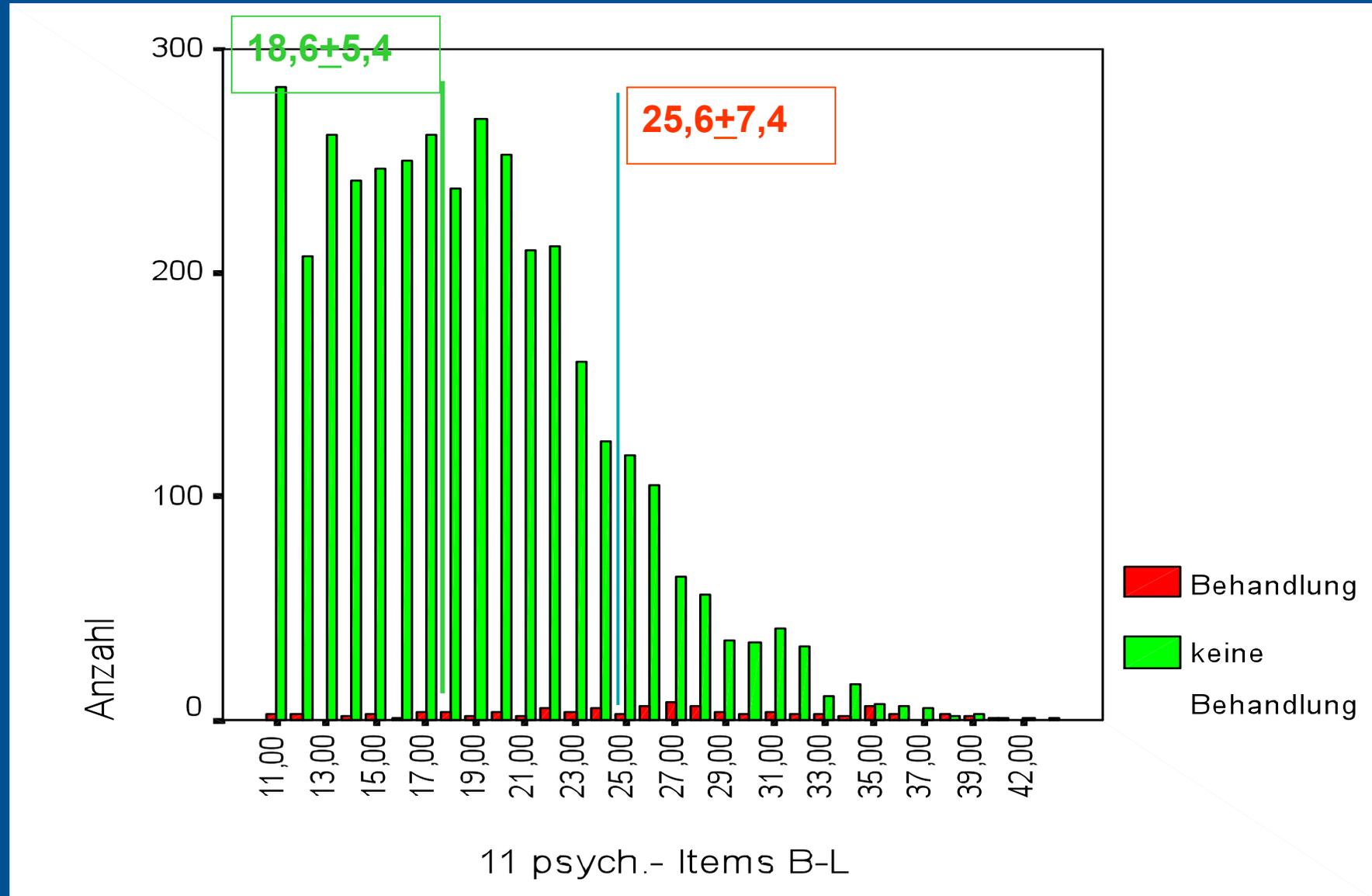


# Versorgungsepidemiologie

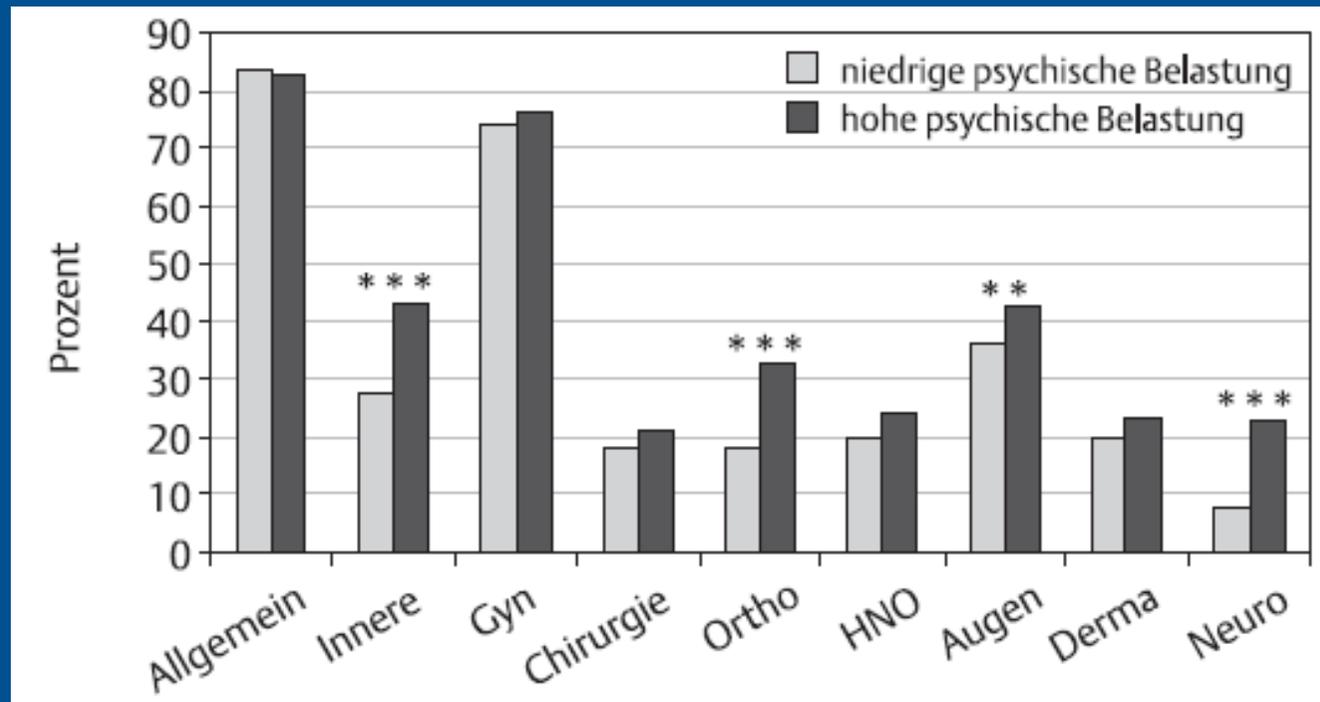
- Flächenlandcharakteristik mit geringer Einwohnerzahl (70/km<sup>2</sup>)
- 22% der Bevölkerung können mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb eines Tages keinen Experten erreichen
- das „Enquete-Kriterium“ einer 20- (KJP) bzw. 30-minütigen Erreichbarkeit (Erwachsene) reissen 42% bzw. 31% der Bevölkerung
- der Anteil der älteren Einwohner steigt überproportional
- niedriger Anteil Familienintegration Älterer (30:70)
- höhere strukturelle Arbeitslosigkeit (18-20%) und Anteil Frühberentungen (> 15%)



# Inanspruchnahmeverhalten CM-Basisstudie (n = 4372): keine Änderung 2000 zu 2014



# Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen (SHIP; n=4308)



N = 512 mit hoher psychischer Belastung; n=3289 mit niedriger Belastung  
N = 117 (3.1%) Probanden wurden psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt  
Behandlungsdefizit = 12 % der Bevölkerung, Bedarfsdeckung ~ 20.5 %

Grabe et al., 2005, 2014

# Charakteristika der psychotherapeutischen Regelversorgung (CM-Basisstudie, n = 4441 Patienten, n = 105)

In Abhängigkeit von der Symptomatologie und der Krisenintensität

- niederfrequenter Ansatz (21.4 Tage in MV, s = 10.4)
- stark variierende Konsultationsdauern (27.4 Minuten in MV, range 8 -128, s = 31.4)
- wechselnde Strategien und Techniken, wenig schulengebunden
- geringer Anteil von Gruppenangeboten (< 5 %), wobei 50% der Gruppen Entspannungstechniken vermitteln
- kaum Integration sozialpsychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote
- etwa 10% der Behandler haben keine abgeschlossene Ausbildung in Psychotherapie

## Stationärer Bereich

- Bettenmessziffern im Bund: 0.65 10.000 Einwohner
- Stralsund: 0.56
- Range in MV: 0.5 – 1.2
- Liegedauer: 28.1 Bund, 20.1 Tage MV, 17.8 Stralsund

## Strukturen

- Gerontopsychiatrie
- Persönlichkeitsstörungen
- Psychosomatische Medizin
- Suchtmedizin
- Psychotische Störungen
- Akutpsychiatrie

# Faktoren, die eine höhere Bettenmessziffer rechtfertigen

1. Krankenhaus der Maximalversorgung (Rostock, Greifswald, Schwerin)
2. Städtisches Zentrum
3. Spezialisierung

# Tageskliniken: Beispiel der Stralsunder Klinik (154 Plätze, BMZ: 0.78; Bund: 0.47)



Interne Cluster – Station – Tagesklinik –PIA

- Psychotische Störungen
- Gerontopsychiatrie
- Psychosomatische Medizin
- Suchtmedizin
- Persönlichkeitsstörungen

Besondere Versorgungsansätze in den Schnittstellen

- Adoleszenzpsychiatrie (Forensische Psychiatrie und Behinderung)

Regionalisierungsaspekt

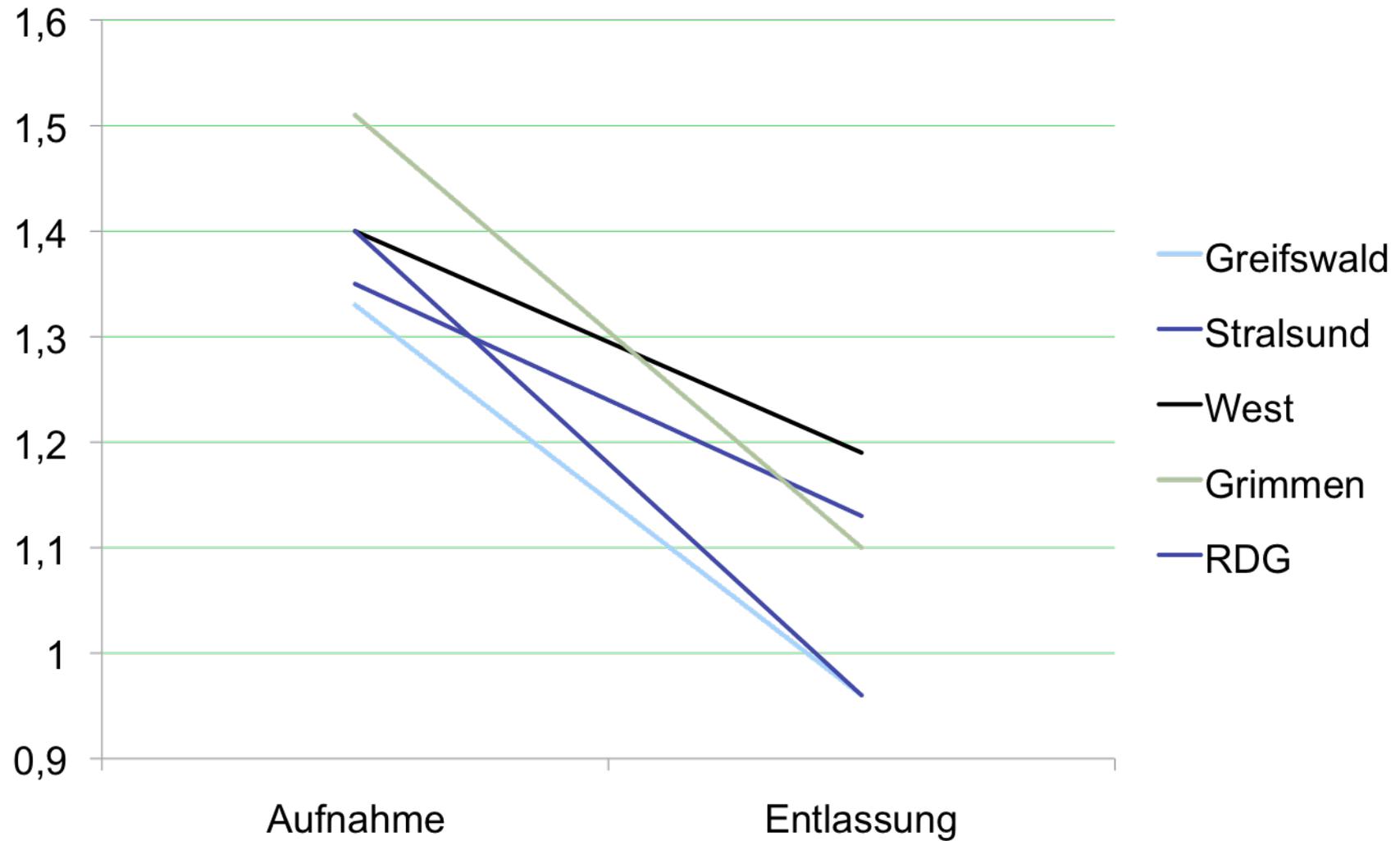
- Innenstadt Stralsund
- Bergen
- Ribnitz-Damgarten
- Grimmen

## Tagesklinikevaluation über 3 Jahre (n = 925)

- Symptome (GSI)
- Depressivität (BDI)
- Alexithymie (TAS-20)
- Selbstlenkungsfähigkeit (SD)
  
- Anteil der Patienten, die nicht in eine Klinik gehen würden: 62.3%

	<b>Aufnahme (Mittelwert ± S)</b>	<b>Entlassung (Mittelwert ± S)</b>	<b>N</b>
GSI	1,37 ± 0,64	1,06 ± 0,67***	731
BDI - II	26,56 ± 11,21	20,68 ± 12,34***	684
TAS – 20	54,82 ± 11,00	53,46 ± 11,50*	698
SD	25,66 ± 8,24	27,83 ± 8,36***	713

# GSI-Verläufe in den Tageskliniken



## Institutsambulanzen

1. Klassische Komm-Sprechstunde
2. Spezialambulanzen (z.B. Traumasprechstunde)
3. Aufsuchende Hilfen individuell und institutionell
4. Komplexe Modelle von home treatment

Die Wiederaufnahmeraten werden bei chronischen Patienten nur durch 3. und 4. signifikant gesenkt

## Besondere Problemgruppen

- Systemsprenger
- Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie
- Schnittstelle Forensische Psychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie
- Menschen mit seelischer und körperlicher Behinderung
- alte Menschen
- Patienten im Allgemeinkrankenhaus mit „blutiger Entlassung“
- weit von klinischen Zentren entfernt lebende Menschen
- Menschen mit Migrationshintergrund
- traumatisierte Menschen

# High utilizer mit schweren psychischen Störungen (NODPAM)

93 ostdeutsche (Stralsund) vs. 257 westdeutsche (Günzburg, Ravensburg, Regensburg) Patienten mit schweren psychischen Störungen:

- 46.0% schizophrene Störungen
- 11.1% schizoaffektive Störungen
- 37.4% bipolare affektive Störungen
  
- 46.9% Zweit-, 18.6% Drittdiagnose, davon 25.1% Suchterkrankungen, 13.7% Persönlichkeitsstörungen

## Demographische und Behandlungsmerkmale von F2-Patienten (NODPAM)

	Ost (N = 93)	West (N = 257)	p
Alter (Jahre)	44.1	41.1	<b>.027*</b>
Geschlecht (w)	56.8%	46.1%	.098
Partnerschaft	40.9%	41.2%	.999
Schulabschluss	41.7%	38.2%	<b>.000***</b>
Erwerbstätig	16.3%	32.5%	<b>.002*</b>
Liegedauer (M /SD)	30.5 (21.0)	69.6 (59.0)	<b>.000***</b>
Kum. Liegedauer (M/SD)	106.0 (73.1)	125.9 (82.4)	<b>.031*</b>
Anzahl Klinikaufnahmen (M/ SD)	3.69 (2.64)	2.77 (2.14)	<b>.002**</b>

# Ost-West-Vergleich: Symptomatologie

	Ost	West	p
BPRS-Positiv	6.7 (1.8)	7.8 (3.0)	.000
HAM-D	18.0 (7.7)	9.2 (6.3)	.000
GAF	49.3 (13.7)	53.7 (14.3)	.013
Lebensqualität	4.2 (1.0)	4.7 (0.9)	.000
Subj. Ges.zustand	47.5 (21.8)	62.0 (21.1)	.000
Ged. Bedürfnisse	2.7 (1.7)	3.6 (2.3)	.000
Unerf. Bedürfnisse	4.1 (2.2)	2.6 (2.1)	.000

## Psychopathologie (SCL-90) von F2-Patienten (NODPAM)

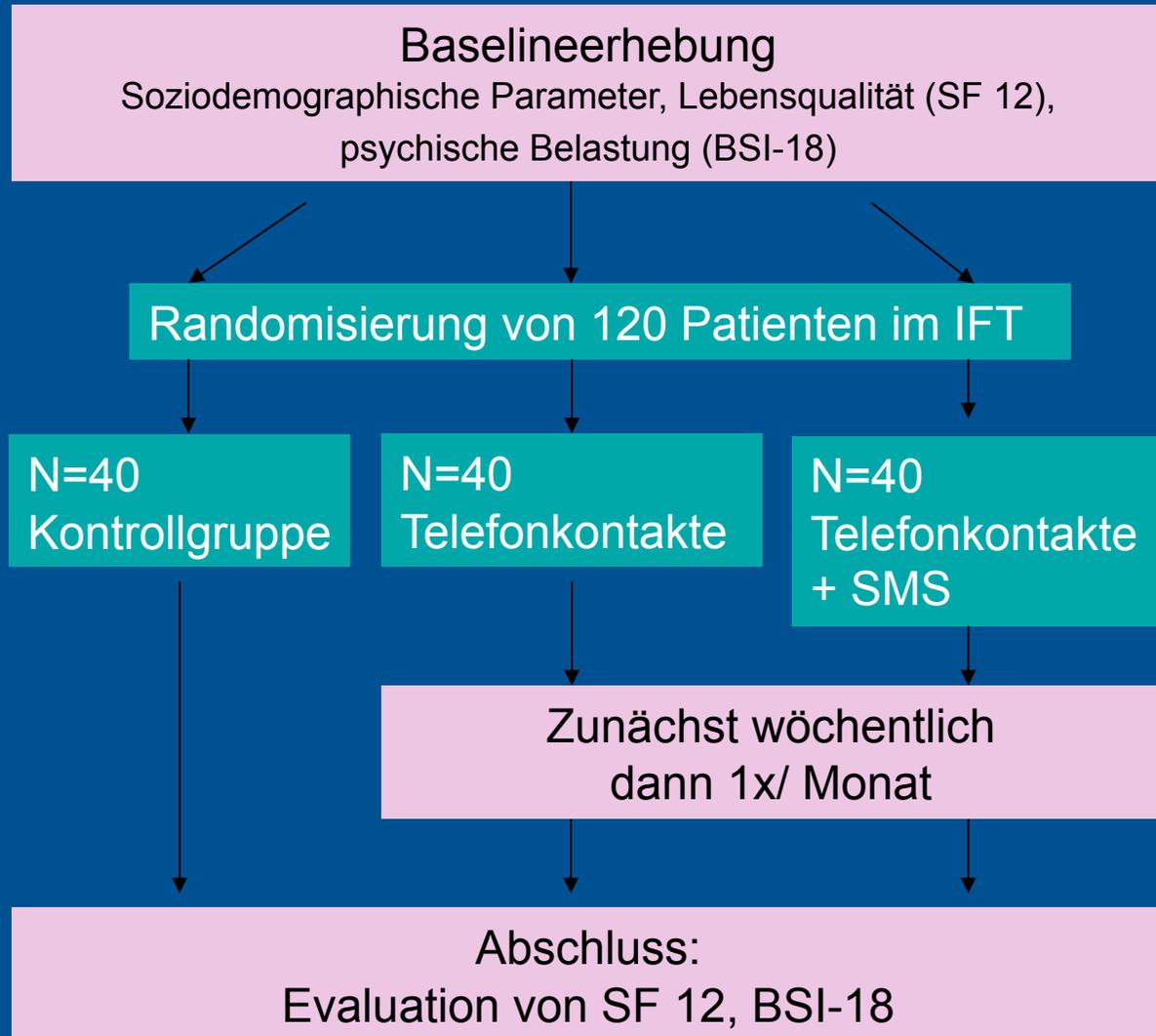
SCL-90	Ost (N = 93) M (SD)	West (N = 257) M (SD)	p
GSI	1.22 (0.80)	0.83 (0.61)	<b>.000***</b>
Ängstlichkeit	1.33 (0.95)	0.83 (0.73)	<b>.000***</b>
Phobische Angst	1.10 (1.05)	0.70 (0.79)	<b>.001***</b>
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.27 (0.95)	0.95 (0.76)	<b>.005**</b>
Somatisierung	1.08 (0.78)	0.68 (0.66)	<b>.000***</b>
Zwanghaftigkeit	1.44 (0.98)	1.01 (0.73)	<b>.000***</b>
Aggression	0.78 (0.79)	0.51 (0.58)	<b>.003**</b>

Die stationär behandelten Patienten in unserer Region sind schwerer krank, verbringen aber weniger Zeit im Krankenhaus als im Westen.

Was die „Zukunft der psychiatrischen Klinik“ angeht, sind wir also ganz vorne mit dabei: Weniger Betten für kränkere Patienten.

# Originelle Lösungen: Telemedizin

Baseline=  
Telefonat 1 Woche  
nach Entlassung  
aus der TK



Kontakte

Nach 6 Monaten

## Telemedizinische Nachbetreuung von Patienten nach tagesklinischer Behandlung mit Telefon & SMS

	Follow-up BDI anxiety score upper 75%		Follow-up BDI depression score upper 75%		Follow-up BDI somatization score upper 75%	
	$\beta$ (95 %CI)	p-value	$\beta$ (95 %CI)	p-value	$\beta$ (95 %CI)	p-value
Group						
Control group (ref.)	0		0			
Intervention 1	-1.29 (-4.00, 1.39)	0.344	-2.75 (-5.45, -0.052)	0.046	-1.70 (-4.79, 1.39)	0.281
Intervention 2	-2.83 (-5.48, -0.186)	0.036	-1.72 (-4.49, 1.04)	0.223	-1.645 (-4.69, 1.41)	0.290
Baseline BSI score*	0.65 (0.34, 0.96)	<0.001	0.66 (0.424, 0.908)	<0.001	0.38 (0.06, 0.72)	0.022
Intercept	3.38 (0.039, 6.73)	0.047	3.05 (-0.061, 6.162)	0.055	5.75 (2.58, 8.92)	<0.001

$\beta$ : coefficient from ITT linear regression based on multiply imputed data; CI: confidence interval; \* baseline BSI score of the corresponding dependent variable.

# Konzeptionelle Herausforderungen

1. Wir benötigen eine deutlich größere **schweregradorientierte** Nähe zu dem Menschen mit psychischen Störungen einerseits und eine Verschiebung stationärer und tagesklinischer Ressourcen in den Alterbereich andererseits.
2. Die Charakteristika des Versorgungssystems werden gegenwärtig stark durch Lobbygruppen und singuläre Interessenentwicklungen bzw. durch Ingroup-Effekte bestimmt.
3. Es gibt bisher keine steuernden Instanzen, die die inhaltliche Ausrichtung und die Allokation der vorhandenen Mittel steuern (vgl. Schicksal des Psychiatrieplanes).

# Theatergruppe „Die Eckigen“

