

BptK 10.03.2015

**Personalausstattung und Versorgungsqualität
in Psychiatrie und Psychosomatik**

**Behandlung von unipolaren
Depressionen
in der Akutpsychiatrie**

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk (TWW)

Dr. Sabine Hoffmann

Leitende Psychologin

Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie I&II und Neurologie

Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin



Gliederung

- a) Vorstellung der Klinik
- b) Versorgungsqualität - Ergebnisse eigener Forschung zu Effekten stationärer Kombinationsbehandlung mit KVT bei unipolaren Depressionen
- c) Treatment as usual Beispielstation „g“ IST-Personalausstattung - realisierte psychologische KVT-Behandlungsleistungen
- d) *TRAUMAUSSTATTUNG und Personalberechnung meiner Vision...*



Zu a) Kliniken im Theodor Wenzel Werk (TWW) Berlin - Vier Fachabteilungen, 308 Betten

- Abt. für Neurologie (38)
 - Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (65)
 - **Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie I und II (170)**
- mit 2 Tageskliniken (15 TK Campus,
20 TK Lankwitz)**



Zu a) Fokus heute: Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie I und II

Sieben Stationen ohne störungsspezifische Zuordnung, davon:

- drei offene
- eine mit Wahlleistungskomfort
- eine mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt, fakultativ geschützt
- zwei geschützt, geschlossen

Psychotherapeutische Versorgung: sechs Stationen Schwerpunkt Verhaltenstherapie, eine (25 Betten) tiefenpsychologisch-fundiert



Zu a) Kliniken im Theodor Wenzel Werk (TWW): Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie I und II

- 2 Abteilungen, eine Chefärztin, ein Chefarzt
- 170 stationäre Betten, gemischt-geschlechtlich
- 2014: Entlassungen 2700, stationär ohne TK 2475 Patienten

Ziel: 24 Std. Aufnahmeverpflichtung, Akutaufnahme über Arzt vom Dienst (AvD) oder elektiv zur Versorgung der Bevölkerung im Rahmen des Versorgungsauftrages für

Berlin Zehlendorf/Steglitz: 296.475 Einwohner, davon 182.874 > 55 Jahre, Geschlechterverteilung ca. 50/50% (<http://www.berlin.de>)



Zu b) Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen (DeJong-Meyer, Hautzinger, Kühner und Schramm, 2007; <http://www.dgppn.de>)

Die Empfehlung für die Behandlung schwerer Depressionen, rezidivierender depressiver Episoden und von therapierefraktären Verläufen, die in der stationären Behandlung zu finden sind:

- Antidepressiva (AD) als Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie,
- besonders der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und der IPT (Interpersonellen Psychotherapie)
- es fehlen jedoch Angaben zur empfohlenen Therapiedosis.

Wir können uns hier an Ergebnissen einer eigenen TWW-Forschung orientieren:



Zu b) QS-TWW-Studie: Additive Gruppeneffekte (HAU, Hautzinger, 1999 oder Zieloffene Problemlösegruppe nach Sipos & Schweiger, ZOP, 2003) vs. Treatment as usual (TAU) bei unipolar Depressiven

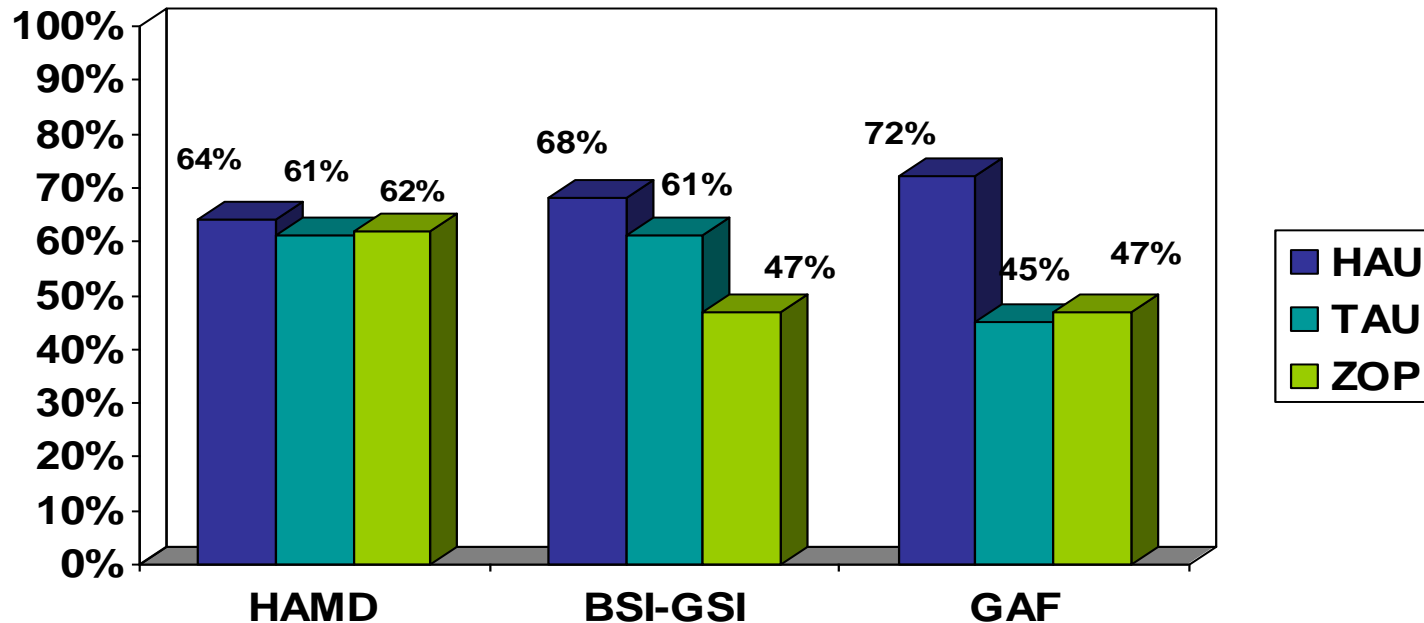
Zusätzlich KVT-gruppentherapeutisch behandelte Patienten zum Behandlungsende im Vergleich zur Standardversorgung ohne KVT-Gruppe:

- geringere depressive Symptomatik (BDI, HAMD)
- bessere Funktionsfähigkeit (GAF)
- weniger dysfunktionale Kognitionen (DAS_L)
- und einen geringeren Schweregrad der Störung (CGI)
- **Gruppen-KVT steigerte im HAMD die Recoveryraten von 45% (TAU) auf 72% (HAU)**

Teilnehmer störungsspezifischer Gruppen (HAU) übertrafen die der Problemlösegruppe (ZOP) durch geringere psychische Gesamtbelastung (BSI), besseren CGI, weniger dysfunktionale Kognitionen (DAS_A). Ggü. der TAU zeigten sie besseren HAMD, BSI, CGI und GAF.



Zu b) Ergebnisse eigener TWW- Forschung - Vergleich Interventionsgruppen Häufigkeit remittierter Patienten % (Recovery)



Zu b) Weitere wichtige Ergebnisse, auch aus der 1-Jahres-Katamnese von Dr. Theresa Unger

2) **Unipolar depressive Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung** profitierten genauso gut von der stationären Depressionsbehandlung im TWW. Allerdings weisen sie im BDI durch subjektiv erlebtes größeres Leid höhere Werte zum Beginn und zum Ende der stationären Behandlung auf und im Gegensatz zu Patienten ohne PS - eine leichte Symptomzunahme (HAMD, BDI, BSI, SF12).
Katamnese: Sie erfüllten im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne PS.

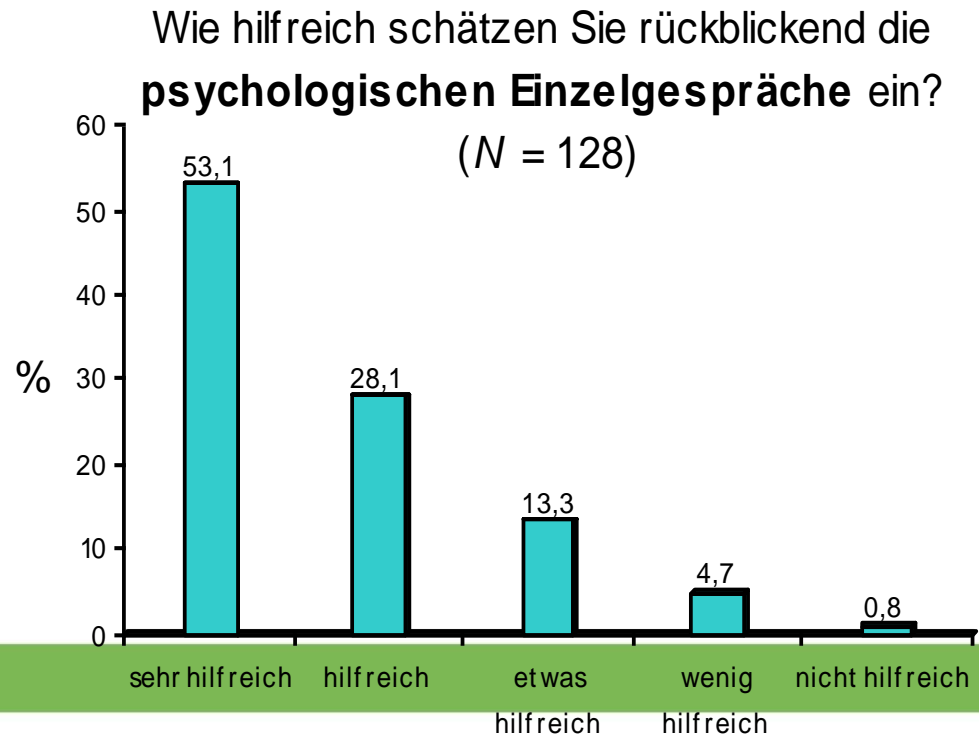
3) Dr. Stefan Köhler: Die **medikamentösen Behandlungsstrategien** bei unipolar depressiven Patienten im TWW entsprechen denen aktueller Leitlinienempfehlungen.



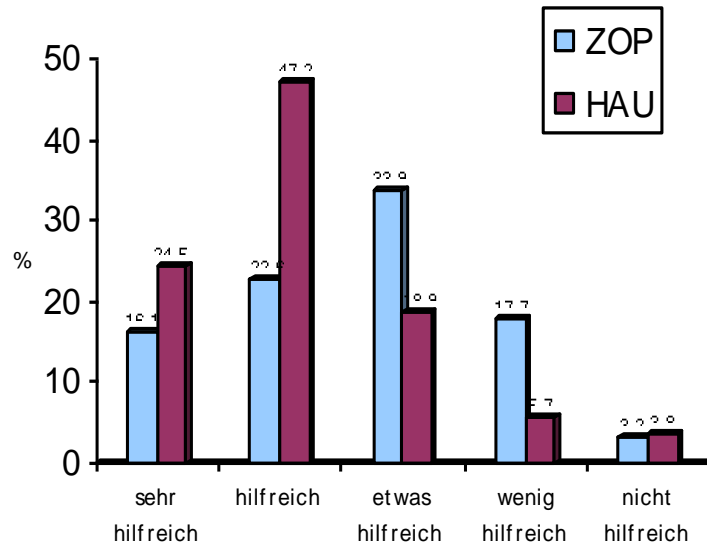
Zu b) 1-Jahres-Katamnese N=170 (Unger, 2012) Patientenzufriedenheit KVT-Einzel

- 37% gaben Mängel am gesamten therapeutischen Angebot an
- 36 % derer nannten explizit fehlende Einzelpsychotherapie
- 51% bekamen Einzel-KVT (\emptyset 6.19, Range 4-53)

Katamnese: retrospektiv beurteilten 81.2% derer die Einzel-KVT als sehr hilfreich bis hilfreich



Zu b) Katamnese: Patientenzufriedenheit mit KVT-Gruppen



Besonders die depressionsspezifische Gruppe nach Hautzinger (HAU 71.7%),

jedoch auch die Zieloffene Problemlösegruppe (ZOP 37.6%)

wurden retrospektiv noch nach einem Jahr als hilfreich erlebt



Zu b) Prädiktoren für den stationären Behandlungserfolg zum Zeitpunkt der (Entlassung)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; *** $p < 0.001$

Die **Erhöhung des Risikos nach Behandlungsende nicht geheilt zu sein** wurde anhand der Odds ratios der Prädiktoren in Abhängigkeit vom Erhalt kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungen überprüft:

Das Risiko, nach der stationären Behandlung als „krank“ (BDI > 11; HAMD > 8) zu gelten, erhöht sich bei Nichtteilnahme:

- Kein KVT-Einzel erhöht Risiko um das Doppelte (OR 2.0*)
- Nicht-Teilnahme KVT-Problemlösegruppe nahezu dreifach (OR 2.9*)
- Nicht Teilnahme an KVT-Depressionsgruppe 3.3-fach (OR 3.3**)

Folglich: künftig mehr unipolar depressiven Patienten eine suffiziente Therapiedosis als stationäre Einzel- und Gruppen-KVT ermöglichen!!



Zu c) Beispielstation „g“ + Stationskonzept

- 32 Planbetten
- gemischt-geschlechtlich belegt
- Alter ab 18 Jahre
- kein störungsspezifischer Fokus, Diagnosenmischung
- Akutaufnahmen, Verlegungen von geschützten Stationen
- selten Patienten, die nach UGB (vgl. § 2) und BGB untergebracht sind

- Im Jahr 2014: Gesamt N = 480, (237 Frauen, 243 Männer)



Zu c) Diagnosen Station „g“ im Jahr 2014 N=480

Diagnosen 2014 Station "g" N=480

In Auszügen:

F0: 1.04%

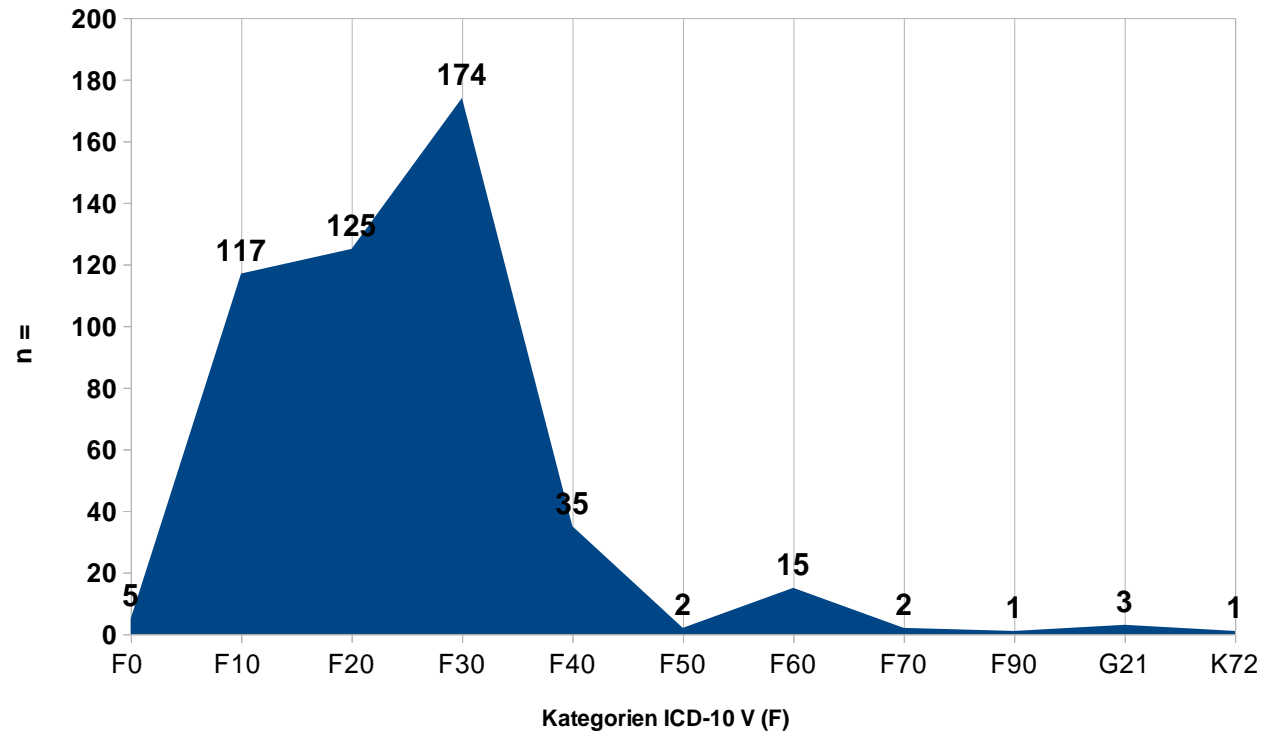
F1: 24.3%

F2: 26%

F3: 36.25%

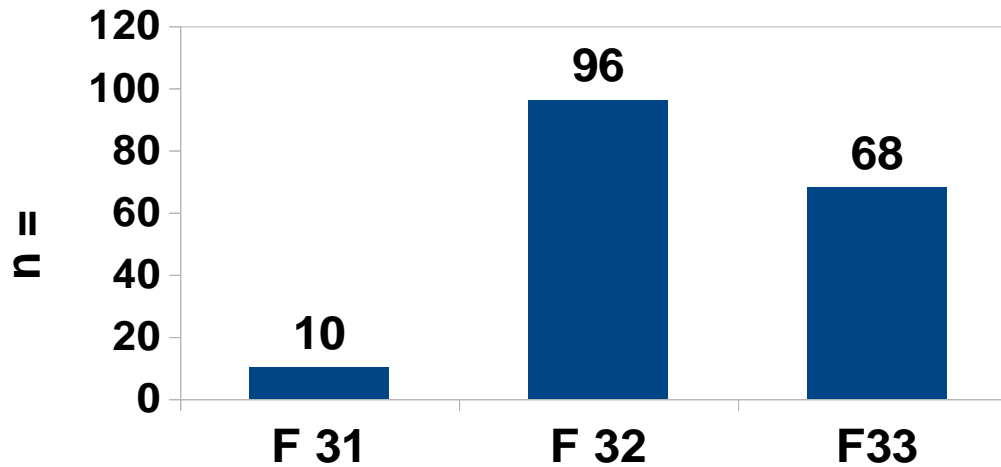
F4: 7.3%

F6: 0.4%



Diagnosen Affektive Störungen "Station g"

n = 174 (36,25% von N=480)



alle aus Kategorie F 3 (bipolar + unipolar)



Zu c) Beispielstation „g“ Aufschlüsselung Affektive Störungen 2014 N=164 (34.52%)

- Durchschnittsalter: 56.1 Jahre (range 51.17–66)
- >63 Jahren gehäuft schwere Episoden und schwere rezidivierende Depressionen mit psychotischen Symptomen
- 91 Frauen (55,48); 73 Männer (44,51%)
- Verweildauer unipolare Depression: 31,37 Tage



Zu c) Therapieplan Beispielstation „g“

- Zuordnung in multiprofessionelle Therapien nach Indikation und freien Behandlungsplätzen (elektronisch KIS oder direkt im Team)
- Erweiterung durch individualisierte Einzeltermine bei verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflegedienst, Sozialdienst und Spezialtherapeuten)
- diese werden aus einem Pool rekrutiert, daher keine festen Stellenanteile
- es folgt ein beispielhaftes Grundgerüst der Angebote:



Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Bewegungstherapie	Ergotherapie	Walkinggruppe	Bewegungstherapie	Aquafitness
Visite	OA + CA- Visite A -	Stationsrunde	OA + CA- Visite B -	Visite
Suchtbewältigung	Rückengruppe	Suchtbewältigung	KVT-Angstbewältigungsgruppe	Entspannungsgruppe
Skills- und Selbstwertgruppe	Sitzsport	Schemagruppe	Sitzsport	Skills- und Selbstwertgruppe
Ergotherapie	Feldenkrais	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie
Schemagruppe	KVT-Depressionsbewältigungsgruppe	Patienten-Aktionsgruppe	Psychoedukative Psychosegruppe (PEP) + Metakognitives Training (MKT)	
Musiktherapie	Problemlösegruppe	Musiktherapie	Suchtberatung Caritas	Ergotherapie
Psychoedukative Psychosegruppe (PEP) + Metakognitives Training (MKT)	Tanz- und Bewegungstherapie	Tanz- und Bewegungstherapie	Schwimmgruppe	
Ergotherapie		KVT-Depressionsbewältigungsgruppe	Problemlösegruppe	
Achtsamkeitsgruppe	KVT-Angstbewältigungsgruppe			Patienten-Aktions-Gruppe
Überstationäre Suchtgruppe		Überstationäre Suchtgruppe	Vorstellung Selbsthilfegruppen	

Zu c) Beispiel realer Therapieeinheiten eines depressiven Patienten pro Woche Gesamt 860 min. = 14.33 Std/Woche

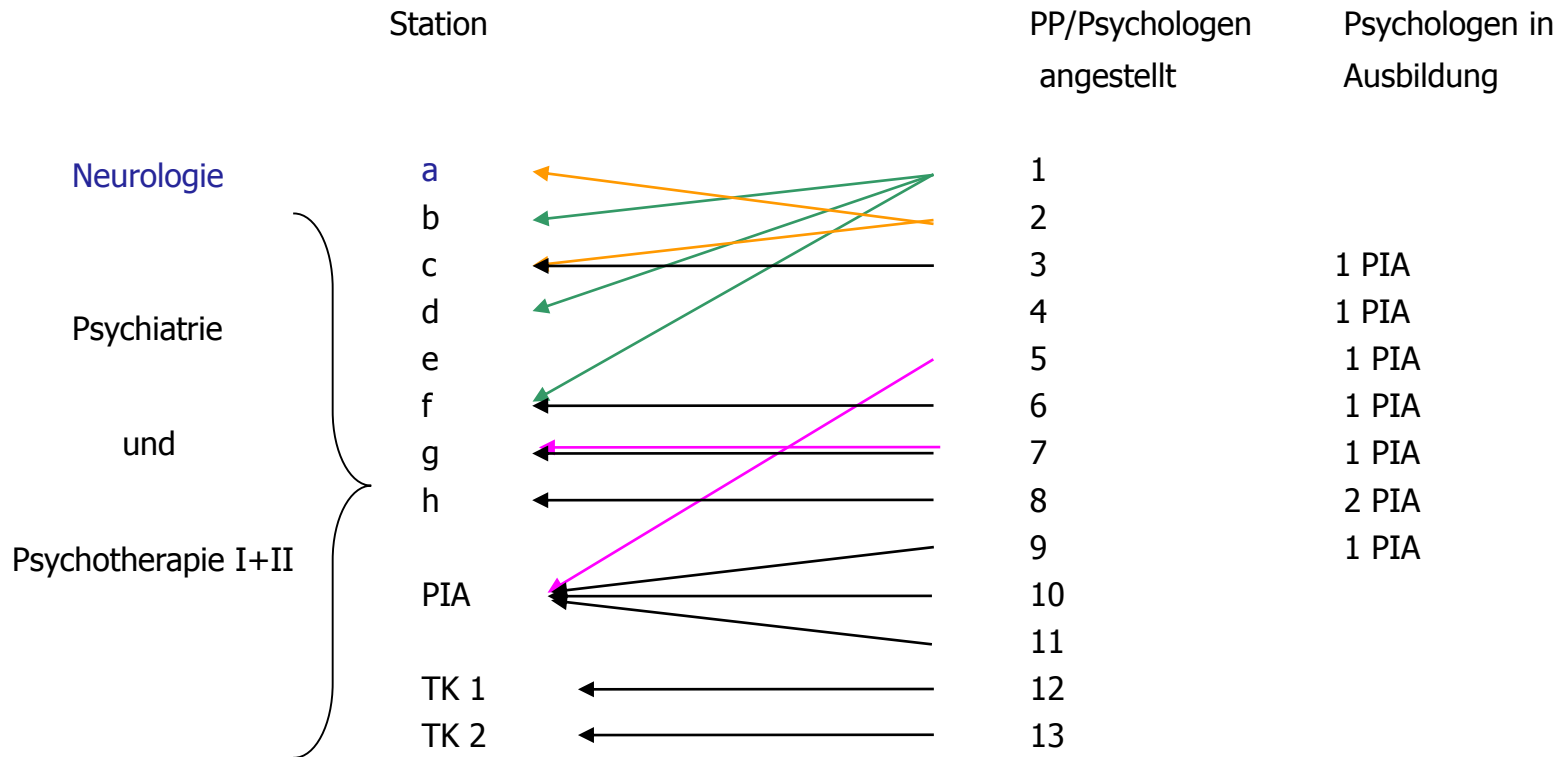
Arzt	Psychologe	Ergo- therapie	Physio- therapie	Pflege	Musik- therapie
Chefvisite 20	Einzel 2x50	10	Bewegungs- bad 30	Besug 50	Einzel 20
OA-Visite 20	Achtsamkeit 50	40	Bewegungs- -therapie 2x30	5x10	
Assistent 5x20	Depression 100	90	Rücken- gruppe 30		
			Physikalisch e 3x30		
Gesamt 140	250	140	210	100	20



Zu d) Zur Personalsteuerung im Psychologischen Dienst – PERSONALPOOL

- Anforderung Psychotherapeuten- Leistung Krankenhausinformationssystem (KIS)
- effiziente Personalsteuerung, Vertretung (Krankheit, Urlaub)
- Kompensationsversuch, Versorgungslücken ausgleichen - „austauschbar“
- PsychPV-Anteil Psychologen: 0.46 VK Station g, Stellschraube aktuell: Punktuelle Teilnahme an Visiten/Teamsitzungen (Infoverlust!!)
- Gewährleistung Therapieeinheiten für Komplexbehandlungen Parkinson, Schmerz, Abt. Neurologie
- Realisierung: Notwendige Stellenanteile nach QM- Kriterien definiert, dafür zunächst geklärt, welche Versorgungsziele gesetzt werden zum psychologischen Einsatz und wie das erreicht werden kann
- Künftig: die Abt. werden aufgefordert, Budgets als Stunden zu formulieren

Zu c) Aktueller Personalpool Psychologischer Dienst 11 angestellte PP, 2 Diplom-Psychologen 8 Psychologen in Ausbildung (PiA)



Zu d) Zusammenfassende Begründung für mehr KVT-Einheiten (und damit mehr Personal) Weitere Erhöhung Patientenzufriedenheit, Recovery, Rückfallprophylaxe

- Depressive Patienten, die suffizient KVT bekommen konnten, wiesen signifikant bessere Werte zum Behandlungsende auf, als die ohne KVT
- Evidenzbasierte KVT-Gruppen sind signifikant wirksam als depressionsspezifische Kurzzeitbehandlung (Hautzinger, 1996) und durch Förderung von problemlösendem Denken (Sipos und Schweiger, 2003)
- Depressionsunspezifische KVT-Gruppen erweitern Interventionsstrategien für komorbide Persönlichkeitsstörungen (z.B. Schemagruppe, Achtsamkeit etc.)
- Additive Einzelgespräche lassen Patienten noch individueller profitieren
- Die odds ratios zu den KVT-Behandlungsinterventionen bestätigen die Notwendigkeit, noch mehr Patienten leitliniengerechte KVT in angemessener Therapiedosis zukommen zu lassen
- **Daraus folgt meine *Vision* eines suffizienten KVT-Angebotes:**

Meine Vision.... als Qualitätsziel für die stationäre Behandlung unipolarer Depressionen

Leitlinienorientierte psychotherapeutische Komplexbehandlung mit definierten KVT-Behandlungsleistungen in Einzel- und Gruppeninterventionen unter Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen (Psychologen, Ärzte, Pflege, Spezialtherapeuten, Sozialarbeiter)

KVT-Einheiten über drei Wochen:

Einzel-KVT: 300 min. (100 min./Woche)

Gruppen-KVT: 750 min. (250 min./Woche)

Davon obligat: 300 min. (100 min./Woche) störungsspezifische
Depressionsbewältigung (Gesamt 6x50 min. nach Manual, Adhärenz!)

Rest: 450 min. aus Indikationskatalog (Problemlösung, Schematherapie,
Angstbewältigung, Achtsamkeit, Metakognitives Training)



**Zu d) Vergleich „*Vision*“ (min. 300 Einzel /450 Gruppe über 3 Wo.) mit realisierten Behandlungsleistungen anhand Beispielstation „g“ (Minutenwerte)
N=174 depressive Patienten**

Einzelgespräche:

Ziel Vision erfüllt: ≥ 300 : n=39 (22.41%)

< 300: n=52 (range 10–280) (29.89%)

keine: n=83 (47.7%)

Gruppenangebot gesamt (Depression, Problemlösung, Angst, Achtsamkeit)

Ziel Vision erfüllt: ≥ 750 : n = 26 (14.9%)

< 750: n=94 (range 50 – 730) (54.02%)

keine: n=54 (31.03%)

davon Störungsspezifische Depressionsgruppe:

Ziel Vision erfüllt: ≥ 300 : n=52 (29.88 %)

< 300: n=55 (range 50 – 250) (31.6%)

keine: n=67 (38.5%)

Offensichtlich: verbesserungswürdiges KVT-Angebot !!

Zu d) **VISION:** Ideen zur stationären Mindestpersonalausstattung KVT-Intensivprogramm bei unipolaren Depressionen über 3 Wochen

Patient erhält	300 Min.	Einzelgespräch
	750 Min.	Gruppentherapie mit \emptyset 8 Teilnehmern
	1050 Min.	Therapie pro Patient innerhalb von 3 Wochen (3-Wochen-Zyklus, somit 17,3 Zyklen pro Jahr)
Ziel	jeder Patient erhält 1050 Minuten Therapie	
Bedarfsplanung	300 Min.	Einzelgespräch
	$750/8 = 93,75$ Min.	Gruppentherapie mit \emptyset 8 Teilnehmern
	$93,75 \times 3 = 393,75$ Min.	Therapie pro Patient innerhalb von 3 Wochen
Vorgabe	174 Patienten jährlich in 3-Wochen-Zyklus	$52/3 = 17,3$ Therapiezyklen jährlich mit jeweils $174/17,3 = 10,04$ Patienten
Kapazität einer Therapeutenstelle	1600 Std.	Jahresarbeitszeit netto
	$1600 \times 45\% = 720$ Std.	Therapiezeit 720 Std. \times 60 Min. = 43200 Min. am Patienten jährlich
	$43200/52 = 831$ Min.	Therapiezeit pro Woche
	$831 \times 3 = 2492$ Min.	Therapiezeit im Therapiezyklus 3 Wochen
Psychologenbedarf gemäß Bedarfsplanung	$2492/393,75 = 6,3$	Bedarf: $393,75$ Min. pro Patient pro Zyklus Kapazität: 2492 Min. pro Zyklus Anzahl Patienten, die im 3 Wochenzyklus innerhalb eines Jahres von 1 Psychologen therapiert werden können (Kapazität)
	$174/17,3 = 10,04$ Pat.	Anzahl der Patienten, die von 1 Psychologen behandelt/therapiert werden sollen (Vorgabe)
	$10,04 - 6,3 = 3,7$	Überzahl von Patienten, die durch Zusatz- Therapeuten abgedeckt werden müssen
	Bedarf	$10,04/6,3 = 1,59$

Zu d) *VISION: KVT-Patienten auch anderer Diagnosen auf einer Station zusammenfassen*

- Einführung einer „KVT-Intensivstation“, auf der diejenigen Patienten zusammengefaßt werden, die Indikation dafür haben
- Frühe Identifikation geeigneter Patienten (über CIBAIT IQ5, ICD-10 und Symptomfragebögen bei Aufnahme)
- Verlegung auf diese Einheit für drei Wochen intensiver KVT, danach Entlassung oder Rückverlegung auf eine allgemeinpsychiatrische Station
- Neben den eben betrachteten unipolar Depressiven müßten für andere Diagnosen wie z.B. F2, F4, F6 weiterführend KVT-Dosis und entsprechender Personalbedarf errechnet werden
- Bündelung mehrerer Psychotherapeuten auf dieser KVT-Station
- Langfristig (DIMDI?): Anregung der Installation einer Komplexbehandlung Verhaltenstherapie.....



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Sabine.Hoffmann@tww-berlin.de

030 – 8109 1158

