

Vereinbarung

über die besondere ambulante Behandlung von Patienten mit einer Depression, Angsterkrankung, Belastungsstörung oder somatoformen Störung.

Zwischen dem

MVZ an der Sternbrücke

und der

AOK Sachsen-Anhalt

Vorstellung der Einrichtung



MVZ an der Sternbrücke

Psychiatrie-Psychotherapie-Suchtmedizin

3 Ärzte

Dr. Volker Kielstein

FA für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie-Suchtmedizin

Dr. René Thiemann

FA für Psychiatrie und Psychotherapie – Suchtmedizin

Dr. Susanne Glöckner

FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

MVZ an der Sternbrücke

Psychiatrie-Psychotherapie-Suchtmedizin

- **Allgemeine Psychiatrie**, psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunden
- **Richtlinienpsychotherapie** (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch)
- **Suchtmedizin Erstgespräch für Suchtkranke** innerhalb einer Woche
- **Ambulante körperliche Entgiftung**: Medikamente + „Entgiftungsgruppe“ in **80% der Fälle**
- Nervenärztliche Betreuung der tagesklinischen Patienten
- Substitutionsbehandlung
- **Krisenintervention** und sonstige ambulante Maßnahmen bei Suchtkranken (**Doppeldiagnosen!**)
- Nach Abschluss der Tagesklinik **langfristige Gruppentherapie 1x/Woche** nach der Arbeitszeit, insgesamt **7 Gruppen**

Tagesklinik an der Sternbrücke - Abhängigkeitserkrankungen -

- 35 Therapieplätze
- Behandlungsdauer 4-6 Wochen
- Indikation: Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Spielsucht, Anorexie, Bulimie
- Wöchentlicher Konsiliardienst in allen Krankenhäusern von Magdeburg und Umgebung für Suchtkranke
- Betriebliches Gesundheitsmanagement, Managementschulungen (Suchterkrankungen, psychische Störungen)
- Depression, Angststörungen und somatoforme Störungen, Start für AOK-Versicherte Januar 2019

Tagesklinik (TK) an der Sternbrücke

Statistisch gesicherte Ergebnisse bei Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

- **Rückfälle** während der TK-Behandlung, mit Rückfällen wird therapeutisch gearbeitet, 25%
- **Abbruch der TK-Behandlung** 12%
- **1 Jahres-Remission nach TK (Erstbehandlung)** und nachfolgender ambulanter Gruppentherapie 65%
- **1 Jahres-Remission nach TK (Zweitbehandlung)** und nachfolgender ambulanter Gruppentherapie 80%
- **Weitervermittlung in stationäre Rehabilitation** 10%

Gruppenangebote MVZ an der Sternbrücke

täglich

„Vorbereitungs- und Entgiftungsgruppe“

für Suchtkranke

90´ Kielstein - Thiemann/Co

wöchentliche

7 Gruppen langfristige Betreuung Sucht

90´ Kielstein - Thiemann/Co

1 tiefenpsych. orientierte Gruppe

90´ Kielstein

1 Gruppe schizophrene Patienten

90´ Kielstein

1 Angehörigengruppe

90´ Kielstein /Co

alle 14 Tage

2 Depressionsgruppen

90´ Glöckner

2 tiefenpsych. orientierte Gruppen

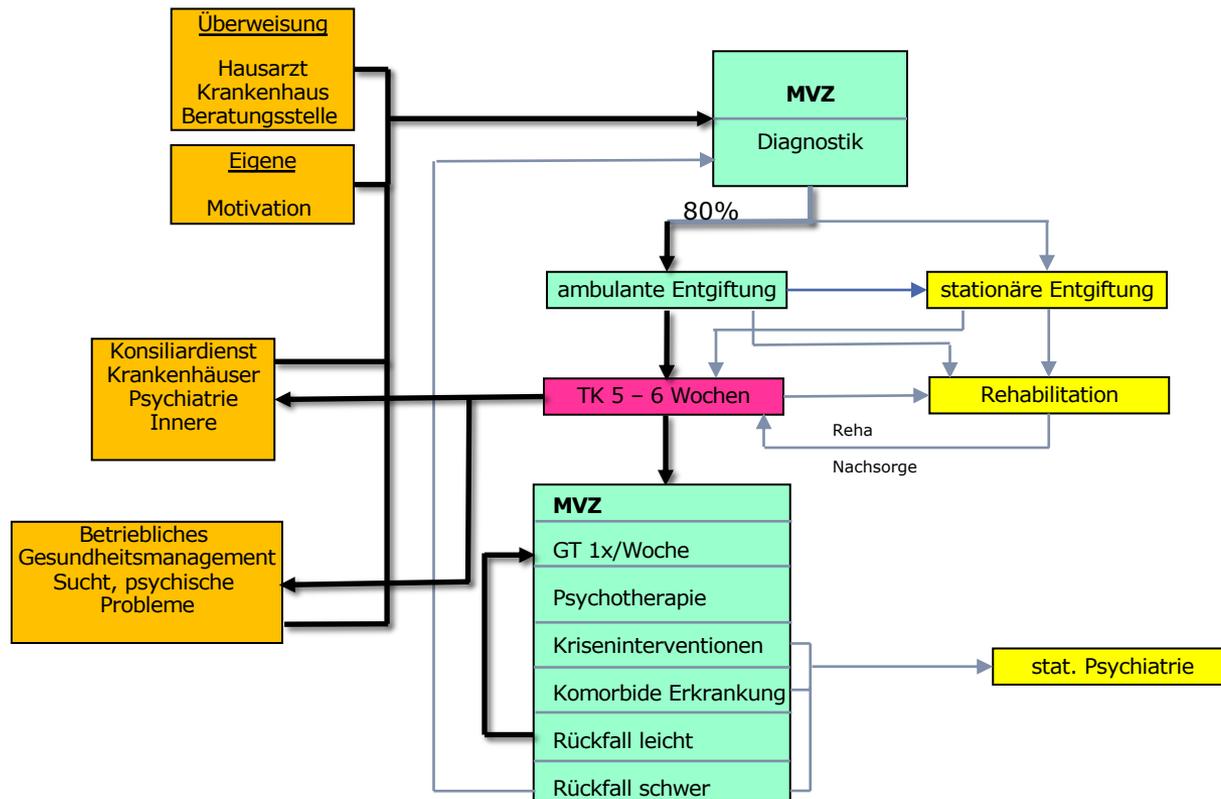
90´ Glöckner

2 VT-Gruppen

90´ Thiemann

Ges. 16

Behandlungspfad MVZ und TK an der Sternbrücke Magdeburger Modell



Patienten MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke im Jahr 2017

Insgesamt

2353 Patienten

Hauptdiagnosen

Sucht

1485 Patienten

Depressionen

644 Patienten

Psychosen

99 Patienten

andere

125 Patienten

Suchtpatienten MVZ und Tagesklinik an der Sternbrücke im Jahr 2017

<u>Alkoholabhängigkeit:</u>	733	
Opiatabhängigkeit:	91	
Cannabisabhängigkeit:	323	
Kokainabhängigkeit:	54	
Crystalabhängigkeit:	221	
<u>Drogenabhängigkeit (alle):</u>	689	(9,4 Drogenabhängige auf 10 Alkoholabhängige !)
<u>Spielsucht:</u>	37	
<u>Bulimie:</u>	14	
<u>Anorexie:</u>	12	
Gesamt:	1485 Patienten	

Vereinbarung

über die besondere ambulante Behandlung von Patienten mit einer Depression, Angsterkrankung, Belastungsstörung oder somatoformen Störung.

Zwischen dem

MVZ an der Sternbrücke

und der

AOK Sachsen-Anhalt

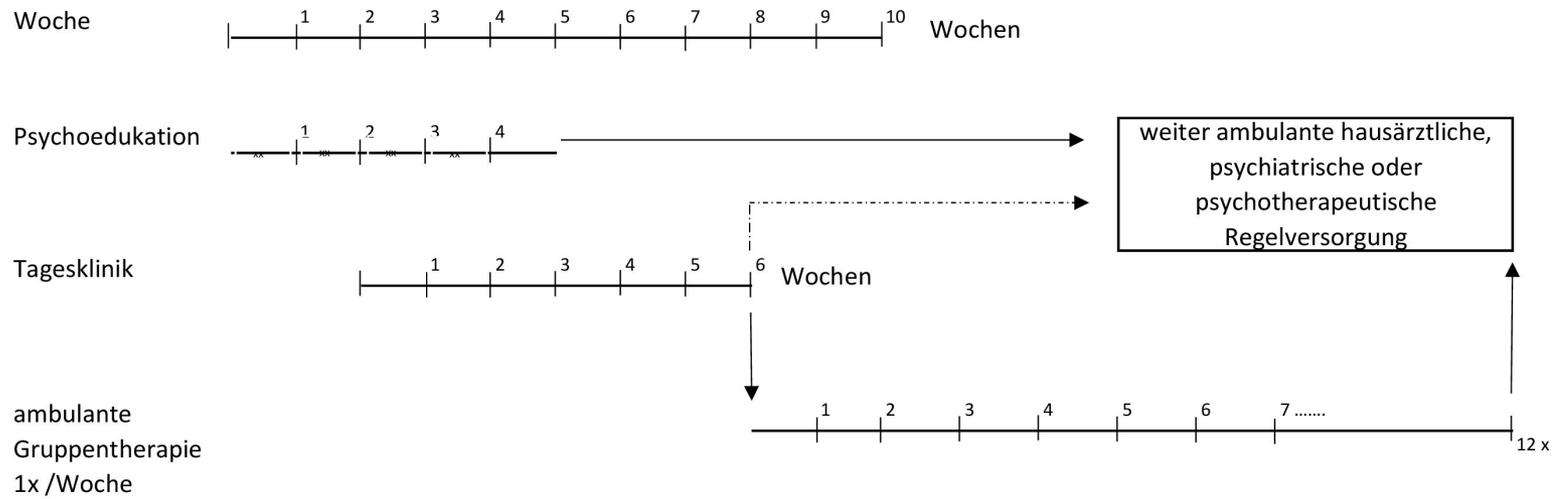
Das MVZ stellt für Patienten des Arztnetzen Magdeburg / Schönebeck montags und donnerstags von 11:00 – 12:00 Uhr eine offene Sprechstundenzeit für eine fachärztliche - psychiatrische Erstuntersuchung zur Verfügung.

Einschätzung und Koordination der erforderlichen Therapieschritte

1. nur Psychoedukation und Behandlung Hausarzt
2. fachärztliche psychiatrische Behandlung
3. Vermittlung in Richtlinien-Psychotherapie
4. Tagesklinik am MVZ an der Sternbrücke
5. Vermittlung in Präventionsmaßnahmen.

Psychoedukation / Tagesklinik

Anlage 2



Psychoedukation zum Thema Depression

Zeitliche Gliederung: 1 Sitzung (90 Minuten) pro Woche, insgesamt 4 Sitzungen zirkulär →
Im Anschluss neuer Zyklus von Sitzungen usw.

Inhaltliche Schwerpunkte:

<ul style="list-style-type: none">• <u>Einleitung</u> Begrüßung und Vorstellung des/der Therapeuten, Organisatorisches, Gruppenregeln, Vorstellung der Teilnehmer, Erwartung der Teilnehmer, aktuelle Fragen• <u>Was sind Depressionen?</u> Sammeln von Symptomen Dreieck: Denken, Fühlen, Handeln Epidemiologie und Prognose	I (90 Minuten)
<ul style="list-style-type: none">• <u>Ursachen</u> Biopsychosoziales Krankheitsmodell in Bezug auf Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen: körperliche, soziale und psychodynamische Faktoren Formen der Depression nach ICD-10• <u>Behandlung I</u> Synapsenmodell, Medikamente, medikamentöse Rückfallprophylaxe	II (90 Minuten)
<ul style="list-style-type: none">• <u>Behandlung II</u> Überblick über Behandlungsverfahren: Psychotherapie, Behandlung körperliche Begleiterkrankungen, Behandlung von Missbrauch oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, körperliche Aktivierung, kreative Therapieverfahren• <u>Umgang mit Depressionen</u> Auslösende Faktoren, Rückfallbewältigung, Selbsthilfestrategien, soziale Unterstützung, Befriedigung von Grundbedürfnissen, Verbesserung sozialer Situationen, Krisenplan	III (90 Minuten)
<ul style="list-style-type: none">• <u>Abschluss</u> Negative Gedanken in realistische Gedanken umwandeln, Umgang mit Lebensüberdruß, Sinngebung, weiterführende Hilfen, Gruppenangebote Zusammenfassung: Goldene Regeln → Sinnsprüche, offene Fragen Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse, Feedback, Verabschiedung	IV (90 Minuten)
<ul style="list-style-type: none">• <u>Nachtreffen</u> Bericht der TN über bisher Erreichtes, Aktuelle Probleme, Wiederholung der wichtigsten Informationen, Zukunftsplanung, Abschied	Nach Vereinbarung

Tagesklinik Depression 6 Wochen

Anlage 3

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
09:00	GT	GT	GT	ÄGT	GTK
10:00					
11:00	F	PMR	GeT	K	M
12:00					
13:00	X	ÄE/A	SAS	A	EX
14:00					

(ärztliche Tätigkeiten ROT gekennzeichnet)

GT Gruppentherapie

ÄGT Ärztlich/Psycholog. Gruppenpsychotherapie

F Fitness

K kommunikative Bewegungstherapie

A Ausdauertraining

PM progressive Muskelrelaxation

M Musiktherapie

X med. Untersuchungen, Teste, Laboruntersuchungen bei besonderen med. Fragestellungen

ÄE/A Ärztliche Einzelgespräche Pat. / Angeh.

SAS sozialarbeit. Sprechstunde

EX Exkursion

GeT Gestaltungstherapie

GTK Psycholog./kommunikative Bewegungstherapie

ärztliche Tätigkeiten (pro Woche):

120´ ärztlich geleitete Gruppentherapie (gemeinsam mit Gruppentherapeuten)

60´ ärztliche Einzelgespräche mit Pat./Angehörigen

120´ Teste, Laboruntersuchungen, Überweisungen bei besonderen med. Fragestellungen

60´ ärztliche Dokumentation

60´ Krisenintervention

60´ Teamsupervision

WHOQOL-BREF

Deutsche Version

WHOQOL-BREF

Quality of life Questionnaire

Beurteilung der letzten 2 Wochen

- Physische Gesundheit
- Psychologische Gesundheit
- Soziale Beziehungen
- Umwelt (Sicherheit, Wohnung, Finanzen, Gesundheitsversorgung, Bildungsmöglichkeiten, Freizeit, Umwelt-belastung)



Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Depression

Dr. Volker Kielstein, FA für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie
und Suchtmedizin

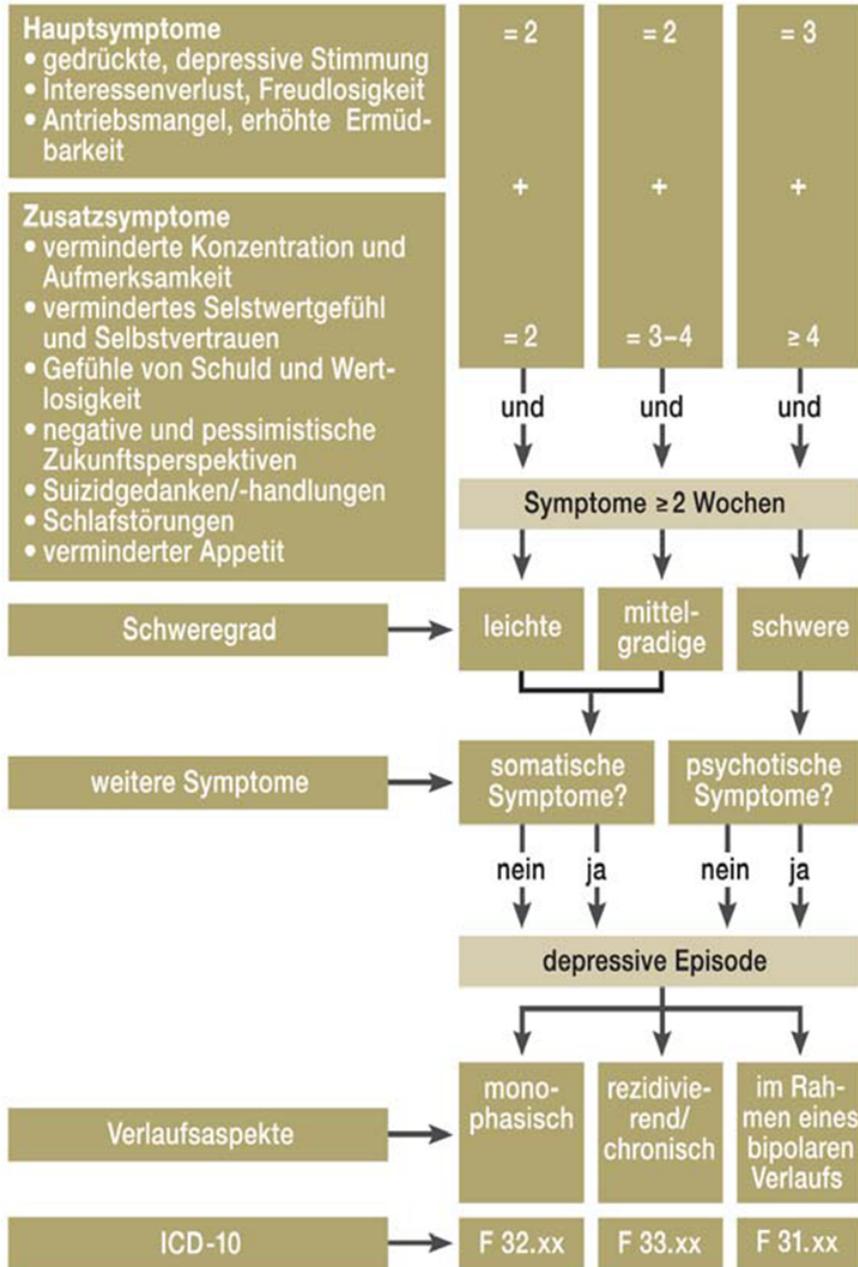
Depressionen gehören zu den 5 häufigsten Krankheiten in der Hausarztpraxis

Während des gesamten Lebens erkranken

25 %	der Frauen
12,3 %	der Männer

„Zwei-Fragen-Test“

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?



Diagnose depressiver Episoden nach ICD – 10 Kriterien

50% der depressiven Patienten erkranken erstmalig vor dem 31. Lebensjahr

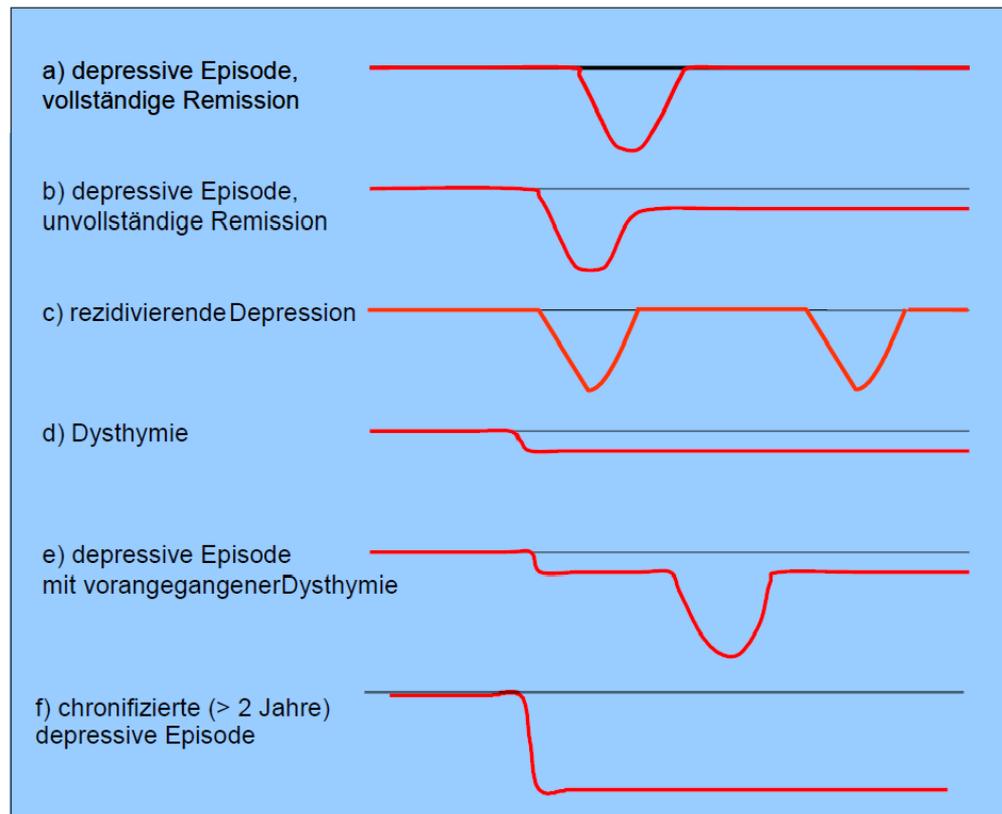
Im höheren Lebensalter oft im Zusammenhang mit

- Körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen
- Sozialen Faktoren wie Verwitwung, Vereinsamung, gesellschaftlichem Statusverlust, Armut
- Steigende Suizidrate

30-60 % der Suchtkranken sind auch depressiv, Sucht als Folge der Depression?

Depression häufig Folge der Suchterkrankung.

Verläufe unipolarer depressiver Störungen



Biopsychosoziales Krankheitsmodell

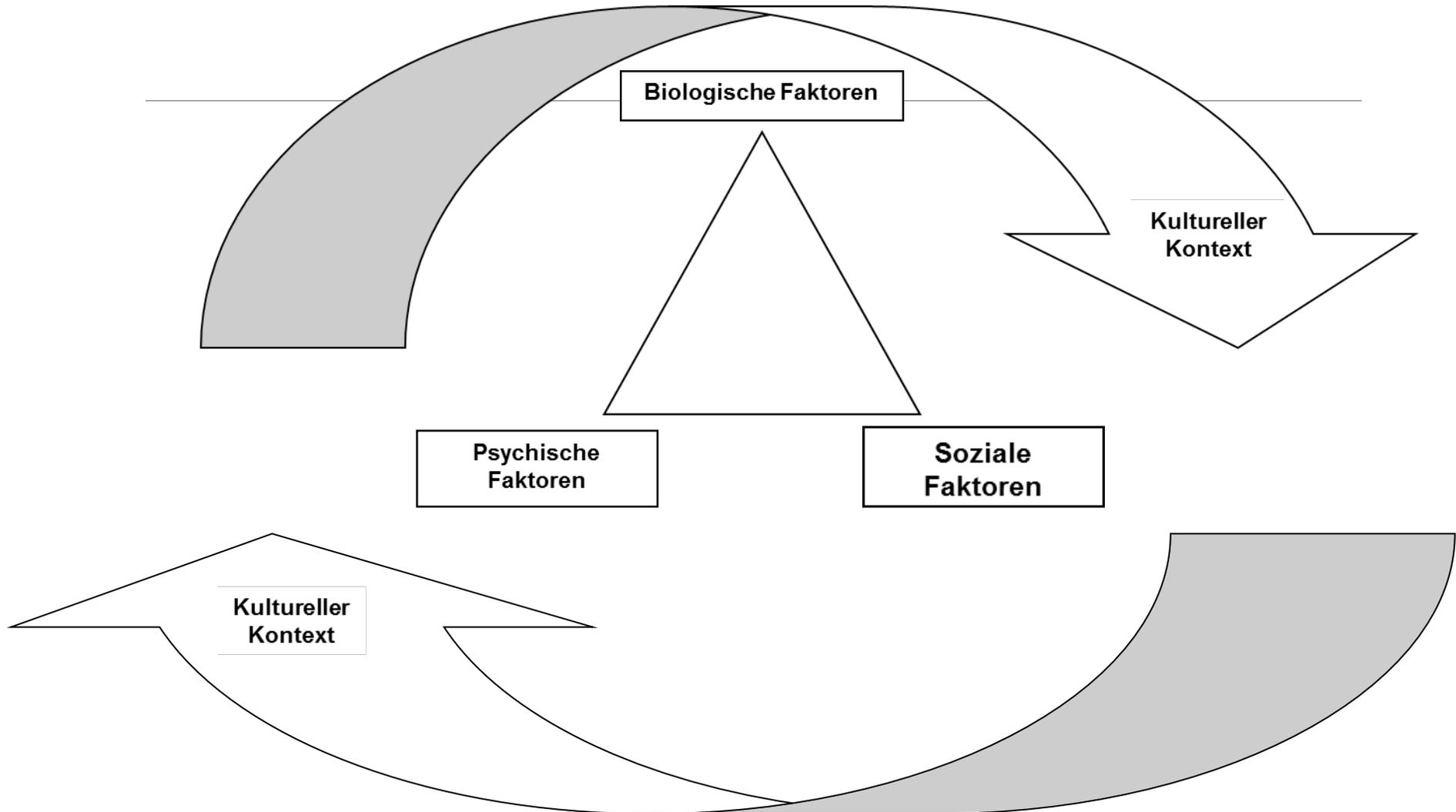
Definiert 1977 durch den amerikanischen Medizinteoretiker (Georg L. Engel)

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten sind

biologische,
psychologische,
soziale
und kulturelle

Faktoren zu berücksichtigen.

Biopsychosoziale Modell



Statt in der Polarisation Mensch + Umwelt zu denken schlägt der Soziologe Norbert Elias den Begriff **FIGURATION** vor.

Figuration

meint die

grundlegende Verwobenheit des Individuums mit allem, zwischenmenschlich, historisch, gesellschaftlich, biologisch, kosmisch (z. B. Schlaf-Wach-Rhythmus).

Prägung entsteht nicht nur durch Kindheit und frühe Jugend ... sondern auch durch

Ausbildung, Universität, Arbeit, Zeit als Eltern,
Großeltern ... solange man lebt.

Beispiel: Depression

Biologisch:

„depressive Reaktionsbereitschaft des Gehirns“ durch Krankheit

schwere Allgemeinerkrankung, Alkoholfolgen, organisch bedingte
Hirnfunktionsstörung,

genetische Faktoren

Angehörige 1. Grades höheres Risiko
eineiige Zwillinge 50% Übereinstimmung

Psychisch 1:

- Körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung (Burnout)
- Aufopferung für andere,
- Geringer Input an Energie,
- Unfähigkeit grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen,
- Nicht sättigende Ersatzbefriedigungen („gelangweilte Millionärsgattin“, etwas proletarischer: „Teil der Spaßgesellschaft“),
- Boreout (Langeweile)
- Mangelhafte Fähigkeit oder Möglichkeit, seine eigenen Ressourcen umzusetzen, sich selbst in der Welt zu realisieren.

Psychisch 2 (etwas „tiefer“):

- Schwierigkeiten, negative Gefühle zu akzeptieren und zu äußern:

Enttäuschung, Wut, Trauer... („armer Schlucker“)

- Aggressive Hemmung

im Sinne von „aggredi“ = herangehen aber auch von angreifen, sich wehren, böse werden. Aggression führt über Auseinandersetzung oft zu Annäherung.

- Neigung zu Schuldgefühlen:

Die Aggression, die ich nicht loswerde, wendet sich gegen mich in Form von Schuldgefühlen und manchmal von Furcht vor schlimmen Krankheiten.

Psychisch 3:

- Ständige Aktivität und Anspannung:

unzureichende Fähigkeit, locker zu lassen, Verantwortung abzugeben, sich zu erholen

- Schwierigkeiten Nähe- und Distanzregulation:

„Je mehr wir zusammen sind, desto besser.“- Bedürfnisse nach Abstand werden nicht zugelassen

Sozial:

- Mangel an Unterstützung und Stimulation in der Herkunftsfamilie,
- Fehlen von „Modellen“ (Lernen am Modell),
- Zerschneiden von Beziehungsstrukturen, soziale Isolation,
- Fremdkontrolle statt Selbstkontrolle
- fehlende Anerkennung von Leistung,
- erzwungener Abbruch beruflicher Entwicklung (Lokführer → Schaffner → arbeitslos),
- unsinnige „Trainingsmaßnahmen“ (Hilfsköchin im Computerkurs),
- „unanständige“ Arbeitsaufgaben
- familiär: „Problemträger vom Dienst“

Ungleiche Machtverhältnisse „Bossing“



Kulturell:

Antriebsmangel als Kernsymptom der Depression ist in unserem Kulturkreis hoch stigmatisiert.

Es gibt Kulturen, in denen man depressiv sein darf (Memoiren des Herzogs von Lauzun).

**Probleme bei der Einordnung und Behandlung
von depressiven Störungen
und anderen psychischen Erkrankungen**

1. Biologische Faktoren:

- überbewertet, alleinige biologische Verursachung ist eher selten
- Folge: einseitige Behandlung mit Medikamenten, teilweise jahrelang, Medikamentennebenwirkungen (Gewichtszunahme, Diabetes, kognitive Beeinträchtigungen, Libidoverlust!), „psychiatrische Eskalation“

2. Auslösende Faktoren:

Lebensgeschichtliche, intrapsychische und interpersonelle Probleme, einseitige Lebensorientierung (Leistung, mangelhafte Anstrengungsbereitschaft), Arbeitskonflikte werden zu wenig berücksichtigt.

Oft helfen eine Reihe von klärenden Gesprächen, Medikamente dann nur vorübergehend oder gar nicht.

3. Alkohol und andere Suchtmittel verursachen Depressionen.

Oft medikamentöse oder psycho-therapeutische Behandlung bei weiterem Suchtmittelgebrauch („Wiederbelebung bei geschlossenem Sargdeckel“).

60,0 % aller Patienten
mit einer depressiven Störung
haben noch andere **begleitende psychische Störungen**

Behandlung von depressiven Störungen

- Genaue Erfassung der biographischen, auch beruflichen Entwicklung, der Art, wie jemand mit Gefühlen und Konflikten umgeht,
- einige problemzentrierte Gespräche in größeren Abständen i. S. von systemischer Therapie (Korrekturen im kybernetischen System bio – psycho – sozial), Bewältigung von Störungen in der Figuration (N. Elias)
- interpersonelle und intrapsychisch orientierte Psychotherapie und / oder medikamentöse Therapie,
- ambulant, tagesklinisch, stationär – oft längerfristige ambulante Weiterbehandlung (Setting: Gruppe und/oder einzeln).

Behandlungsphasen

Akuttherapie

Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie

Erhaltungstherapie

Psychotherapie 8-12 Monate und/oder Pharmakotherapie 4-9 Monate

Rezidivprophylaxe

bei zwei oder mehr depressive Episoden in der jüngsten Vergangenheit mindestens 2 Jahre
Fortsetzung der Pharmakotherapie

