



Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit

Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

Schnittstellenprobleme in der Psychiatrischen Versorgung

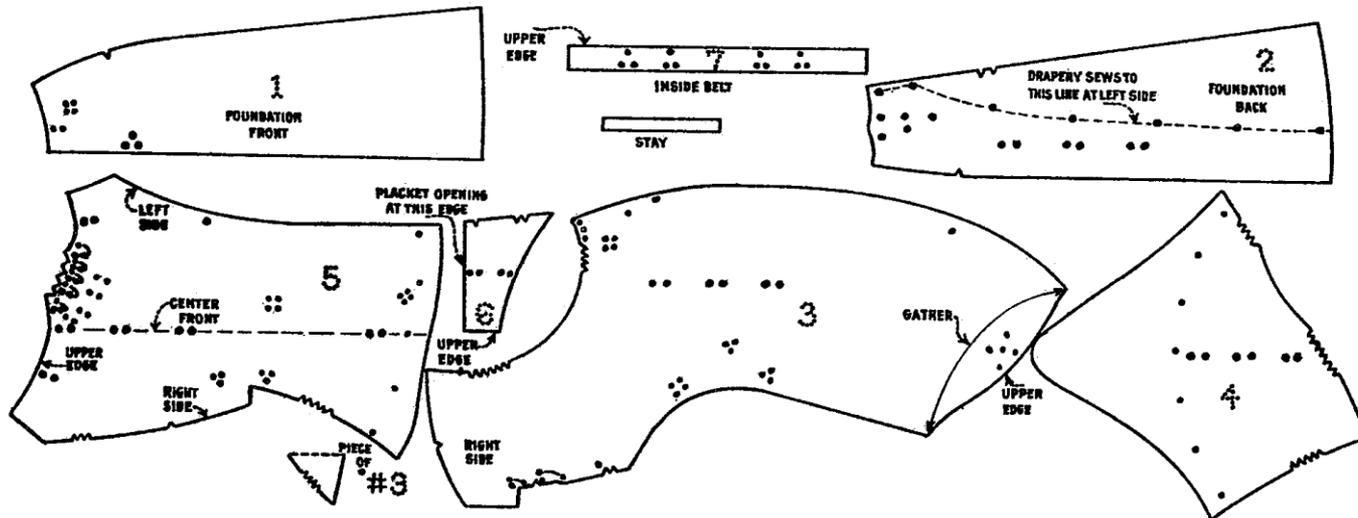
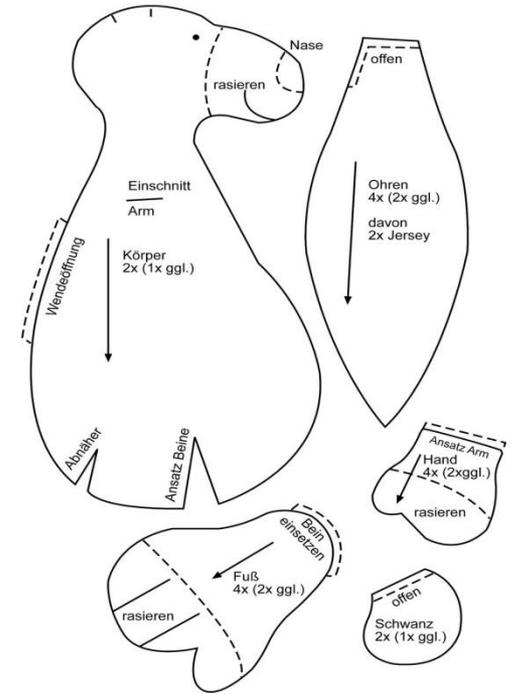
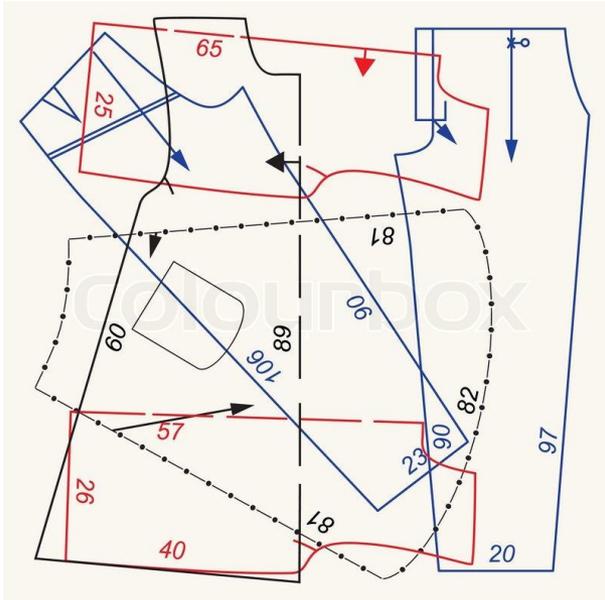
Jens Bullenkamp, Vera Onken

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

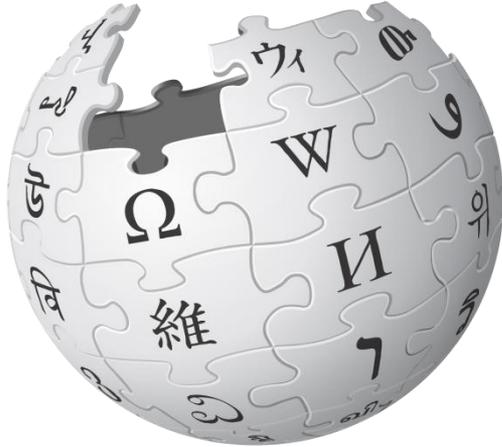
- Abteilung Gemeindepsychiatrie -

7. Juni 2018

Assoziation: Schnittmuster



Was ist eine Schnittstelle?



WIKIPEDIA
Die freie Enzyklopädie

„Man unterscheidet:

- **Datenschnittstelle** (*data interface*)
- **Maschinenschnittstelle**
- **Hardwareschnittstelle** (*hardware interface*)
- **Netzwerkschnittstelle** (*network interface*)
- **Softwareschnittstelle** (*software interface*)
- **Benutzerschnittstelle** (*user interface*)
- **Allgemeine Schnittstelle** (*common interface*)“

„Die Schnittstelle ist der Teil eines Systems, welcher der Kommunikation dient ... Wenn man ein beliebiges „System“ als Ganzes betrachtet, das es zu analysieren gilt, wird man dieses Gesamtsystem in Teilsysteme „zerschneiden“. Die Stellen, die als Berührungspunkte oder Ansatzpunkte zwischen diesen Teilsystemen fungieren, stellen dann die Schnittstellen dar. Unter Verwendung dieser Schnittstellen kann man die Teilsysteme wieder zu einem größeren Ganzen zusammensetzen. Sie dienen dann als *Nahtstellen*.“

Von Schnittstellen zu Nahtstellen zu Netzwerken

Jahrestagung

Lebensweltorientierte Komplexleistungen – von Schnittstellen zu Nahtstellen

Jahrestagung 2018
20.–21. Juni 2018
Dresden, Kulturrathaus

 Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Kooperationspartner:
Landesverband Gemeindepsychiatrie Sachsen e.V.

XXXVI. DGKJP KONGRESS

mit umfangreichem Fortbildungsprogramm

10. – 13. April 2019
Rosengarten Mannheim



Sehr geehrter Herr Dr. Bullenkamp,

vom 10. bis 13. April 2019 findet im Congress Centrum Rosengarten und dem angrenzenden Dorint Hotel in Mannheim der XXXVI. DGKJP Kongress zu diesem Thema statt:

VERNETZT!
Neuronale Netze, Forschungsnetze, Versorgungsnetze, soziale Netze,
internationale Vernetzung

- **Versorgungsnetze und Schnittstellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
- Versorgungsnetze und Schnittstellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Entstigmatisierung und Integration/Inklusion (Dazugehören)
- Herausforderungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im gesellschaftlichen Wandel
- Pathophysiologische Mechanismen kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen

Schnittstellenprobleme in der Psychiatrischen Versorgung

1. Einleitung

2. Schnittstellen: Psychiatrische Klinik

(Jens Bullenkamp)



- Adoleszenten-Stationen
- Track-System

3. Schnittstellen: Außerklinischer Bereich

(Vera Onken)



- Netzwerk Abteilung Gemeindepsychiatrie
- Psychiatrische Komplextherapie in der RPK
- „My Steps to Work“

4. Fazit und Ausblick

5. Diskussion

Fallbeispiel Herr X

Diagnose: Paranoide Schizophrenie

ab dem 14. Lebensjahr regelmäßiger Cannabis-Konsum

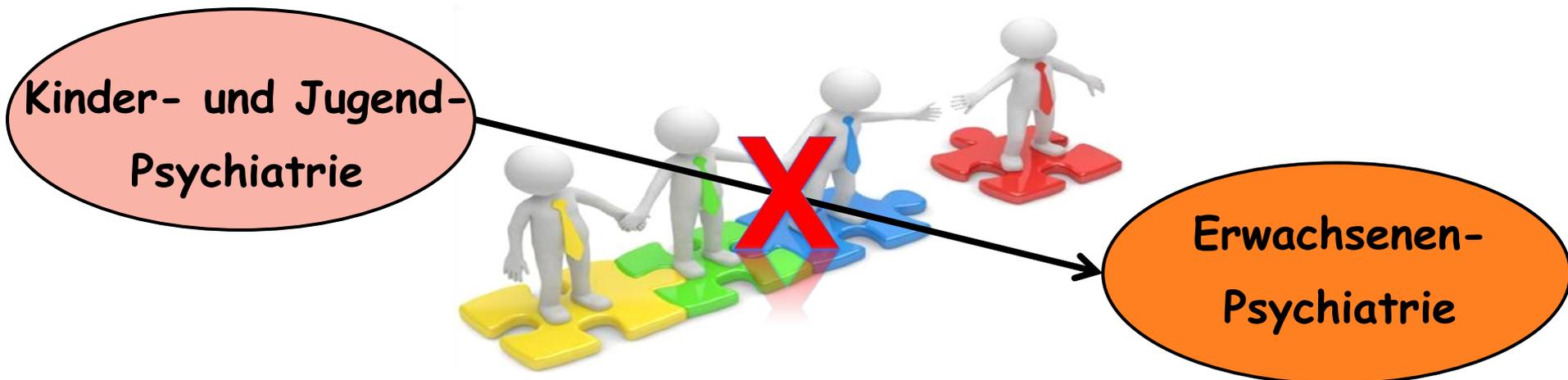
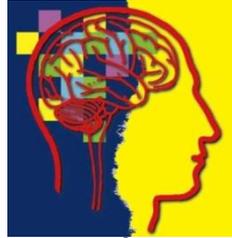
schulische Leistungen ab der 10. Klasse verschlechtert, Wiederholung 11. Klasse Gymnasium

seit einigen Wochen akustische Halluzinationen, Verfolgungswahn

→ stationäre Aufnahme Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

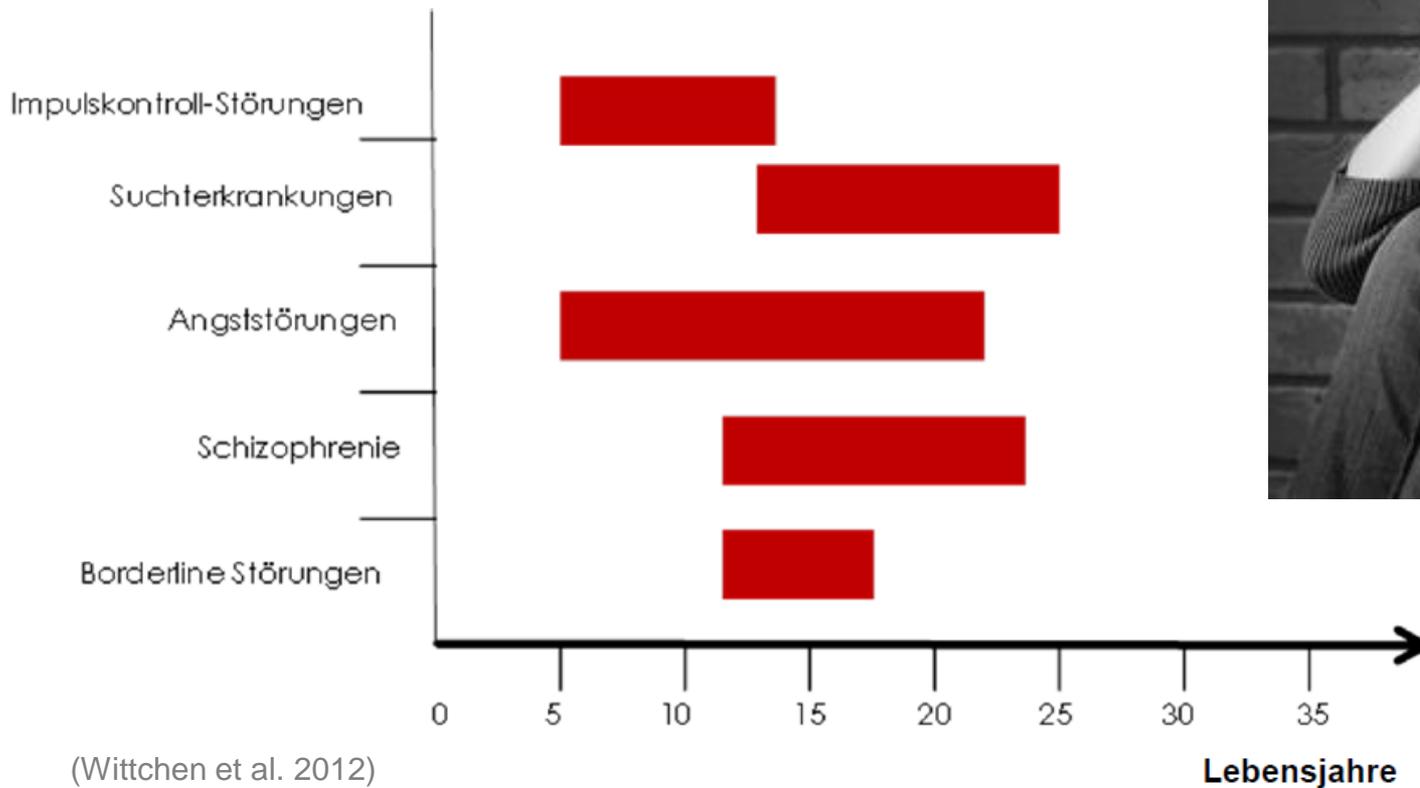
Besserung der produktiven Symptome, weiterhin Antriebsminderung, Konzentrationsdefizite

→ ambulante Behandlung KJP-Ambulanz; nach Erreichen des 18 Lj. Wechsel Erwachsenen-PIA



Adoleszenz und psychische Erkrankung

Die meisten schweren psychischen Störungen beginnen in der Adoleszenz, ...



... sie enden aber nicht mit dem 18. Lebensjahr!

Probleme am Übergang KJP → Erwachsenen-Psychiatrie

Zu alt für Kinder und Jugendliche – zu jung für Erwachsene

- Zugehörigkeitsgefühl abhängig vom Grad der Reifung

Neue Rechte und Pflichten durch Volljährigkeit

- Entscheidungsverantwortung beim Patienten statt bei den Eltern

Psychiatrische Fachdisziplinen statt ganzheitliche KJP-Behandlung

- Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik, Sucht



Das Adoleszentenzentrum am ZI: Stand 2018

Behandlungsangebot für junge Menschen zwischen 16 und 24 Jahren

interdisziplinäre Leitung durch KJP und Psychosomatische Klinik:

- Zielgruppe Diagnose Borderline-PS und Posttraumatische Belastungsstörung
- modifiziertes stationäres DBT-Programm über 12 Wochen
- Tagesstruktur durch Schule, Ergotherapie, berufliche Praktika
- ärztliche und psychotherapeutische Anschlussbehandlung über Spezialambulanz

Adoleszentenzentrum

Adoleszentenzentrum

Behandlungsangebot



Stundenplan

| Montag | | Dienstag | | Mittwoch | | Donnerstag | | Freitag | |
|--|---|---|--|---|----------------------------------|---|--|---|--|
| 7.00-7.15 Übergabe Nachdienst | | 7.00-7.15 Übergabe Nachdienst | | 7.00-7.15 Übergabe Nachdienst | | 7.00-7.15 Übergabe Nachdienst | | 7.00-7.15 Übergabe Nachdienst | |
| Frühstück mit Morgenrunde 7:15 - 7:45 | | Frühstück mit Morgenrunde 7:15 - 7:45 | | Frühstück mit Morgenrunde 7:15 - 7:45 | | Frühstück mit Morgenrunde 7:15 - 7:45 | | Frühstück mit Morgenrunde 7:15 - 7:45 | |
| 8.30-9.00 Übergabe Team | | 8.30-9.00 Übergabe Team | | 8.30-9.00 Übergabe Team | | 8.30-9.00 Übergabe Team | | 8.30-9.00 Übergabe Team | |
| 8.00-12.20 Schule | 10.00-11.30 Supervision/ Therapieplanung Nach Teams getrennt AF Profil // Individ. Praktika | 8.00-12.20 Schule | 10.00-11.30 AF Profil // Individ. Praktika | 8.00-12.20 Schule | 10.00-11.30 Medi Stell Progr. | 8.00-12.20 Schule | 10.00-11.30 AF Profil // Individ. Praktika | 8.00-12.20 Schule | 10.00-11.30 AF Profil // Individ. Praktika |
| Ab 10.00 Sport im Fitnessraum für alle ohne AV | | Ab 10.00 Sport im Fitnessraum | | Team EINS | | Ab 10.00 Sport im Fitnessraum | | Team ZWEI | |
| Mittagessen 12:45 – 13:15 | | Mittagessen 12:45 – 13:15 | | Mittagessen 12:45 – 13:15 | | Mittagessen 12:45 – 13:15 | | Mittagessen 12:45 – 13:15 | |
| OA-Visite/ Teamkonferenz Team ZWEI 13.00-16.00 | | Achtsamkeit 13.30-14.00 | 5-Sinne-Gruppe 13.30-14.00 | Übungszeit 13.30-14.00 | Übungszeit 13.30-14.00 | Medizin. Sprechstunde 13.00-13.40 | 5-Sinne-Gruppe 13.30-14.45 | Übungszeit 13.30-14.00 | Achtsamkeit 13.15-13.45 |
| Bezugsgruppen 15.00-15.30 | | Einsteiger 14.30-15.45 | | Skillsgruppe Advanced 14.30-15.45 | | Einsteiger Skillsgruppe 1+2 14.30-15.45 | | SKT 14.15-15.45 | |
| Sportgruppe 16.00-17.00 | | ((Sportgruppe 16.00-17.00)) | | Yoga/ Sportgruppe 16.00-17.00 | | Therap. Klettern 14.00-18.00 | | 13.00-14.30 Supervision Team 1+2 (wechselsid) | |
| Abendessen mit Abendrunde 17:15 - 17:45 | | Abendessen mit Abendrunde 17:15 - 17:45 | | Abendessen mit Abendrunde 17:15 - 17:45 | | Abendessen mit Abendrunde 17:15 - 17:45 | | Abendessen mit Abendrunde 17:15 - 17:45 | |
| Tagebuchkartenbesprechung zwischen 17:45-18:30 | | Tagebuchkartenbesprechung zwischen 17:45-18:30 | | Tagebuchkartenbesprechung zwischen 17:45-18:30 | | Tagebuchkartenbesprechung zwischen 17:45-18:30 | | Tagebuchkartenbesprechung zwischen 17:45-18:30 | |
| | | | | | | | | 12.30-13.30 Teamgespräch | |
| | | | | | | | | Forum 14.00-14.15 | |
| | | | | | | | | Basisgruppe 14.15-15.15 | |
| | | | | | | | | Sportgruppe 16.00-17.00 | |
| | | | | | | | | Stationsaktivität 15.15-17.45 | |
| | | | | | | | | Abendessen mit Abendrunde 18:30 - 19:00 | |

www.zi-mannheim.de

Informationen für Betroffene



Das Adolozentenzentrum am ZI

Adoleszentenstation

Stationäre
Krisenintervention

Vollstationäre
Intensiv-DBT

Teilstationäre
DBT

Prävention und Angehörigen- Beratung

Schulprojekte

Online-
Beratung

Experienced
Involvement

Spezialambulanz für schwere Störungen der Emotionsregulation

Case-
Management

Diagnostik

Skills-Training

Angehörigen-
Training

Home-based
Interventionen

Intensiv-
Ambulanz

Standard
Ambulanz

Niederfrequente
Ambulanz

Online- Therapie

Netzwerke

Niedergelassene
Psychiater und
Psychotherapeuten

Schulamt

Jugendamt

Betreutes Wohnen

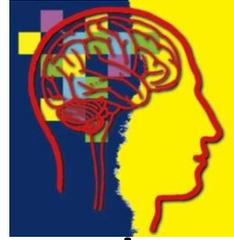
Aus-und
Weiterbildung

Forschung (Versorgungsforschung)

Fortbildung, Training, Aufklärung

Fallbeispiel Herr X: Teil 2

Diagnose: Paranoide Schizophrenie



ab dem 14. Lebensjahr regelmäßiger Cannabis-Konsum

schulische Leistungen ab der 10. Klasse verschlechtert, Wiederholung 11. Klasse Gymnasium

seit einigen Wochen akustische Halluzinationen, Verfolgungswahn

→ stationäre Aufnahme Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

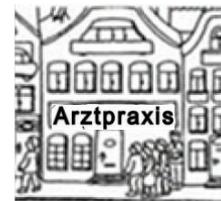
Besserung der produktiven Symptome, weiterhin Antriebsminderung, Konzentrationsdefizite

→ ambulante Behandlung KJP-Ambulanz, nach Erreichen des 18 Lj. Wechsel Erwachsenen-PIA

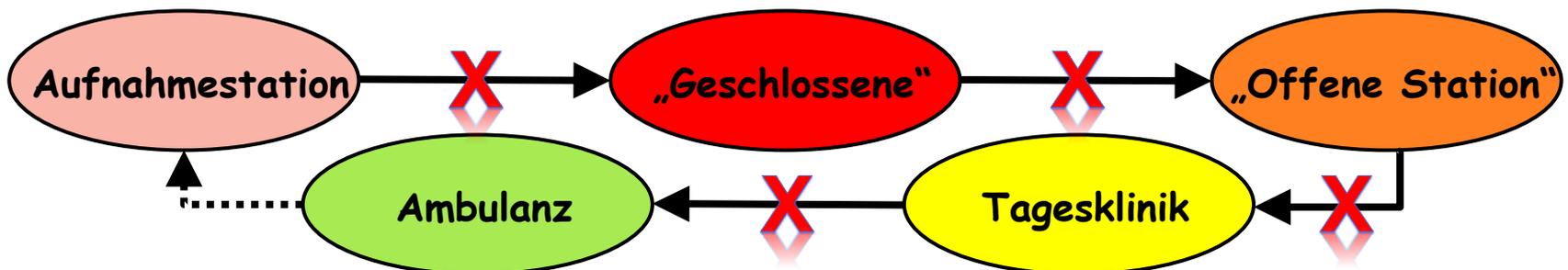
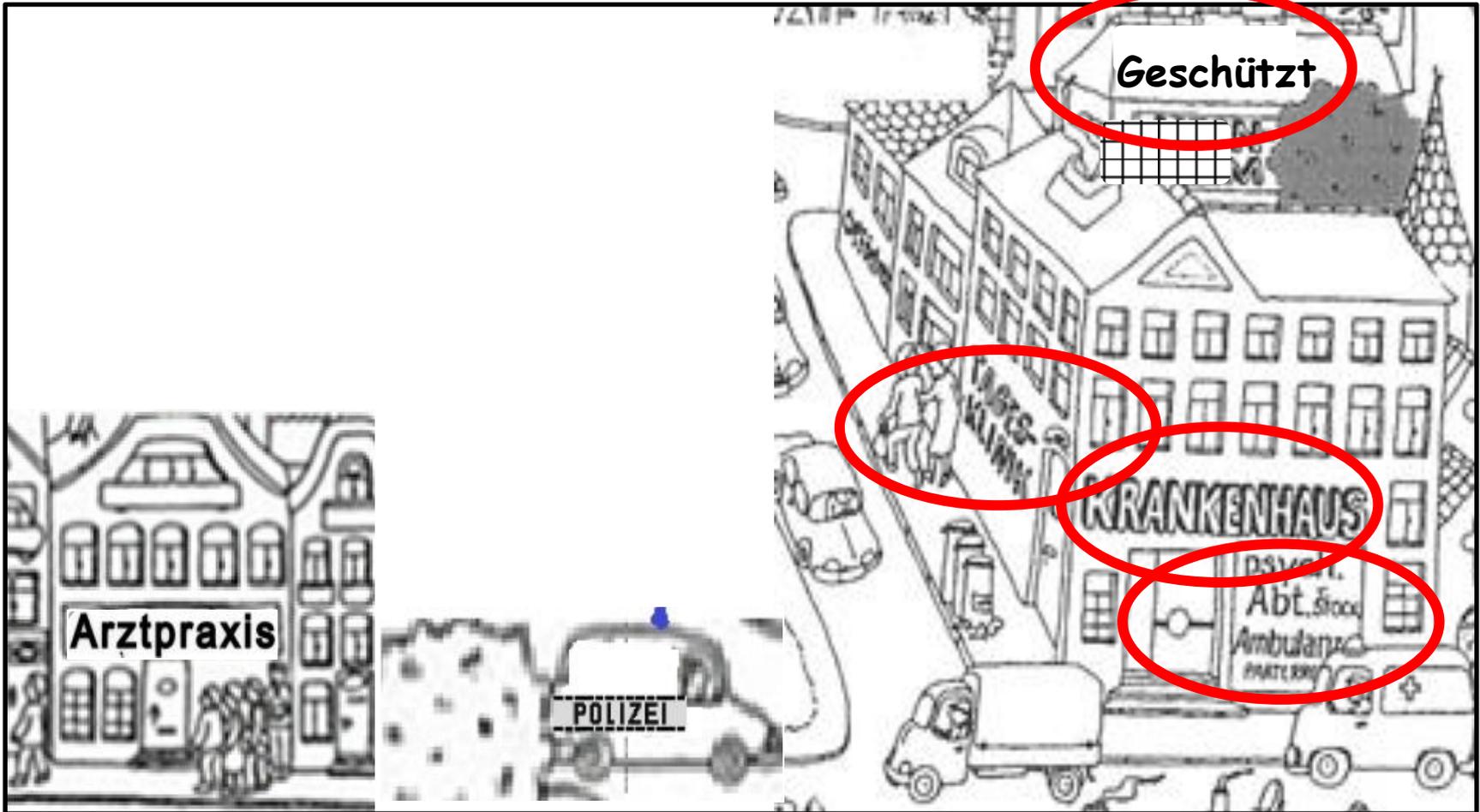
im Verlauf Wiederaufnahme des Schulbesuchs gescheitert, zahlreiche Arztwechsel

wiederholt Cannabis-Konsum und eigenständiges Absetzen der antipsychotischen Medikation

→ mehrfache stationäre Klinikaufenthalte mit Zwangseinweisung



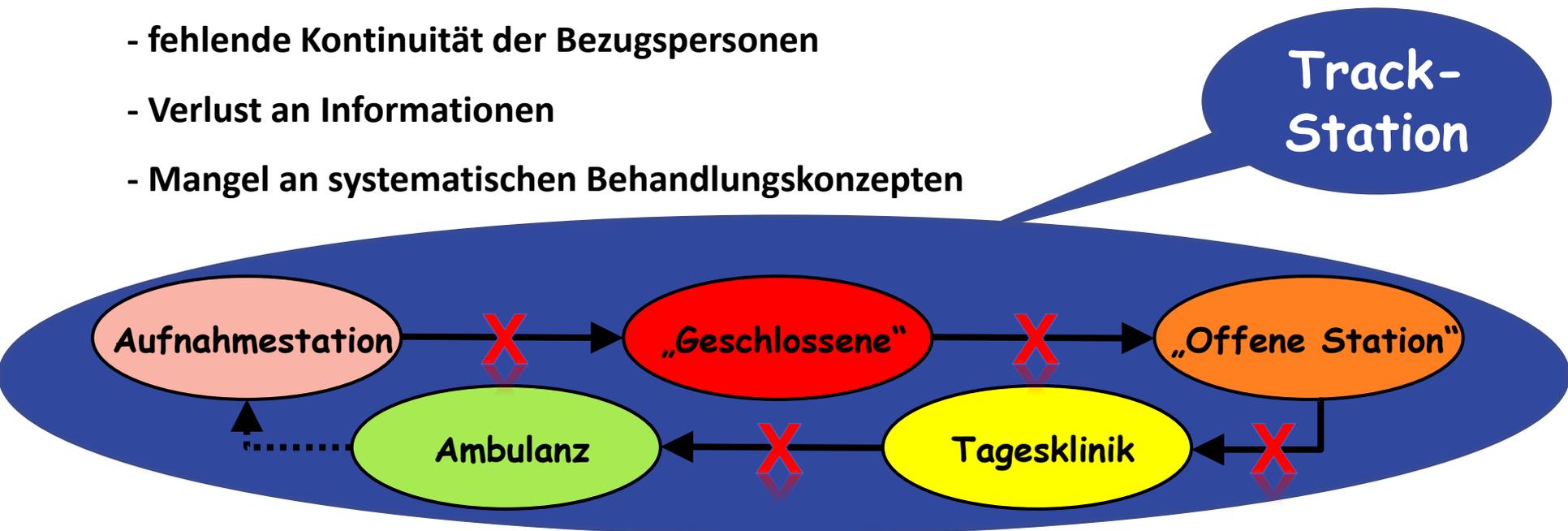
Fallbeispiel Herr X: Der Weg in und durch die Klinik



Vermeidung von Schnittstellenproblemen durch Track-Stationen

Settingwechsel in der klinisch stationären Behandlung

- mehr und unnötige Zwangsmaßnahmen
- fehlende Kontinuität der Bezugspersonen
- Verlust an Informationen
- Mangel an systematischen Behandlungskonzepten



Das Konzept Track-Station

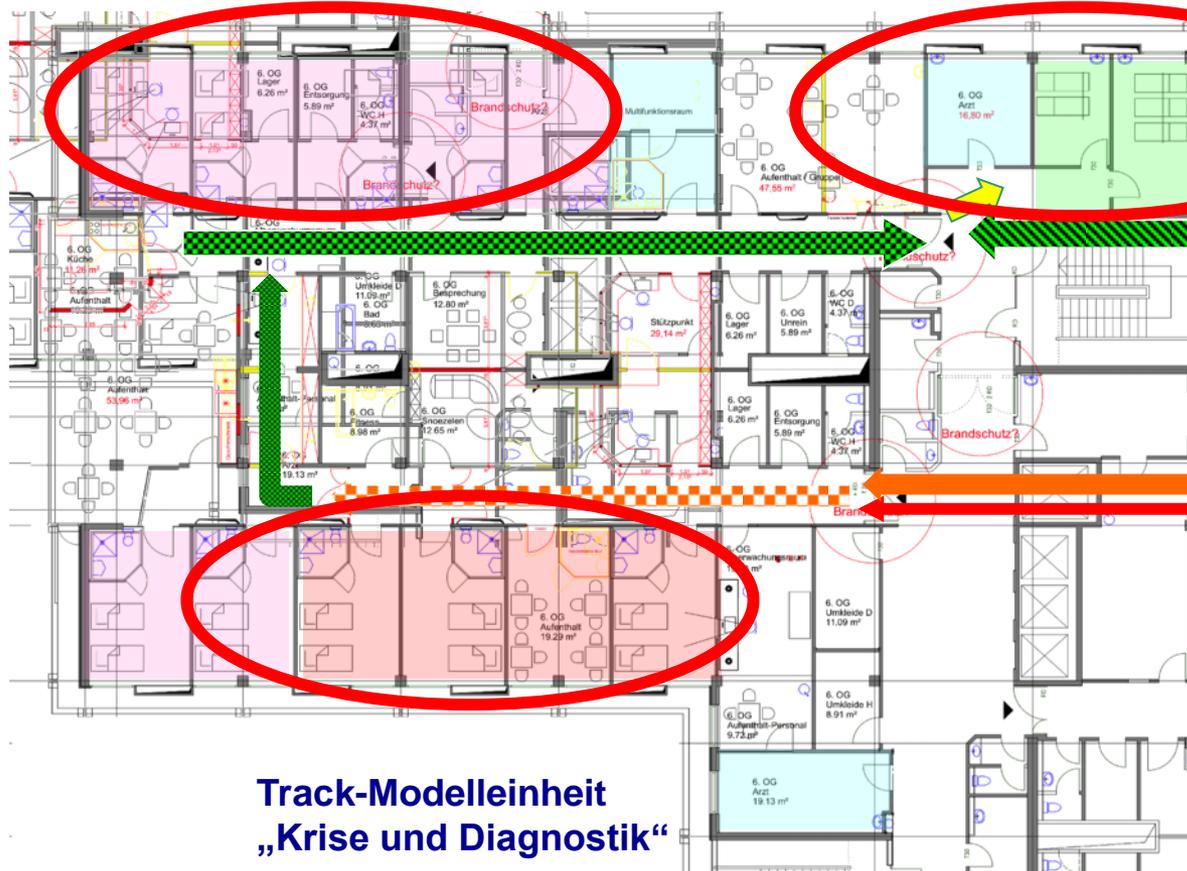
- Verknüpfung aller klinischen Bereiche; größere Kontinuität von Patienten und Team
- gemeinsame Behandlung in verschiedenen Stadien der Erkrankung (*Peer Support*)
- Erstellung diagnosespezifischer Therapiekonzepte (MKT, IPT, CBASP, DBT)
- mehr Einbeziehung von Bezugspersonen in die Behandlungs- und Entlassungsplanung

Die Track-Station „Krise und Diagnostik“

Integrierte stationär-teilstationär-ambulante Behandlung von der akuten Erkrankung bis zum Home-Treatment

- 16 stationäre Behandlungsplätze
- 5 teilstationäre Behandlungsplätze
- Ambulante Behandlung

- Einzeltherapiebereich (auch ambulant)
- Tagesklinischer Ruhebereich
- Offener Bereich
- Fakultativ beschützender Bereich



Track-Modelleinheit „Krise und Diagnostik“

Integrierte ambulante Versorgung

Hochschul-ambulanz

PIA

Spezial-ambulanzen

Niedergelassene (Fach-)Ärzte

Case-management

ZI Notfall-einheit

„ZI 2020 – wegweisende Forschung und bestmögliche Therapie“

Psychiatrische Vollversorgung Stadt Mannheim

Trackstationen „Krise/Diagnostik“, „Psychose“, „Affektive Störungen“, „Gerontopsychiatrie“

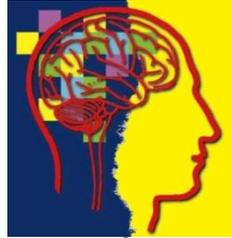
Adoleszenzzentrum A (KJP / Psychosomatik) und B (KJP / Sucht / Allgemeinpsychiatrie)

ZIPP - Zentrum für innovative Psychiatrie- und Psychotherapieforschung



Fallbeispiel Herr X: Teil 3 (Fortsetzung folgt ...)

Diagnose: Paranoide Schizophrenie



ab dem 14. Lebensjahr regelmäßiger Cannabis-Konsum

schulische Leistungen ab der 10. Klasse verschlechtert, Wiederholung 11. Klasse Gymnasium

seit einigen Wochen akustische Halluzinationen, Verfolgungswahn

→ stationäre Aufnahme Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

Besserung der produktiven Symptome, weiterhin Antriebsminderung, Konzentrationsdefizite

→ ambulante Behandlung KJP-Ambulanz, nach Erreichen des 18 Lj. Wechsel Erwachsenen-PIA

im Verlauf Wiederaufnahme des Schulbesuchs gescheitert, mehrfache Arztwechsel

wiederholt Cannabis-Konsum und eigenständiges Absetzen der antipsychotischen Medikation

→ mehrfache stationäre Klinikaufenthalte mit Zwangseinweisung

jetzt 21 Jahre alt, seit 4 Monaten stationär behandelt; medikamentös auf Clozapin eingestellt;

schizophrene Restsymptomatik, keine Ausbildung, schwierige Wohnsituation

→ Überweisung an Frau Dr. Onken

Schnittstellenproblematik zum/im Komplementären Bereich

Medizinische Versorgung

- Facharzt / Institutsambulanz (PIA)
- Psychotherapie / Ambulanz
- Ergotherapie-Praxis / Ambulanz
- Soziotherapie
- Krankengymnastik
- Medizinische Reha (RPK)

Wohnen

- Betreutes Wohnen, WG / einzeln
- (Übergangs-) Wohnheim
- Im Rahmen von Reha-Maßn.

Arbeit

- berufl. Reha (BTZ, bfw, IB)
- Med./berufl. RPK (stat./amb.)
- Integrationsfachdienst (IFD)
- Werkstatt für psych. Kranke
- Arbeitsversuch + GWE

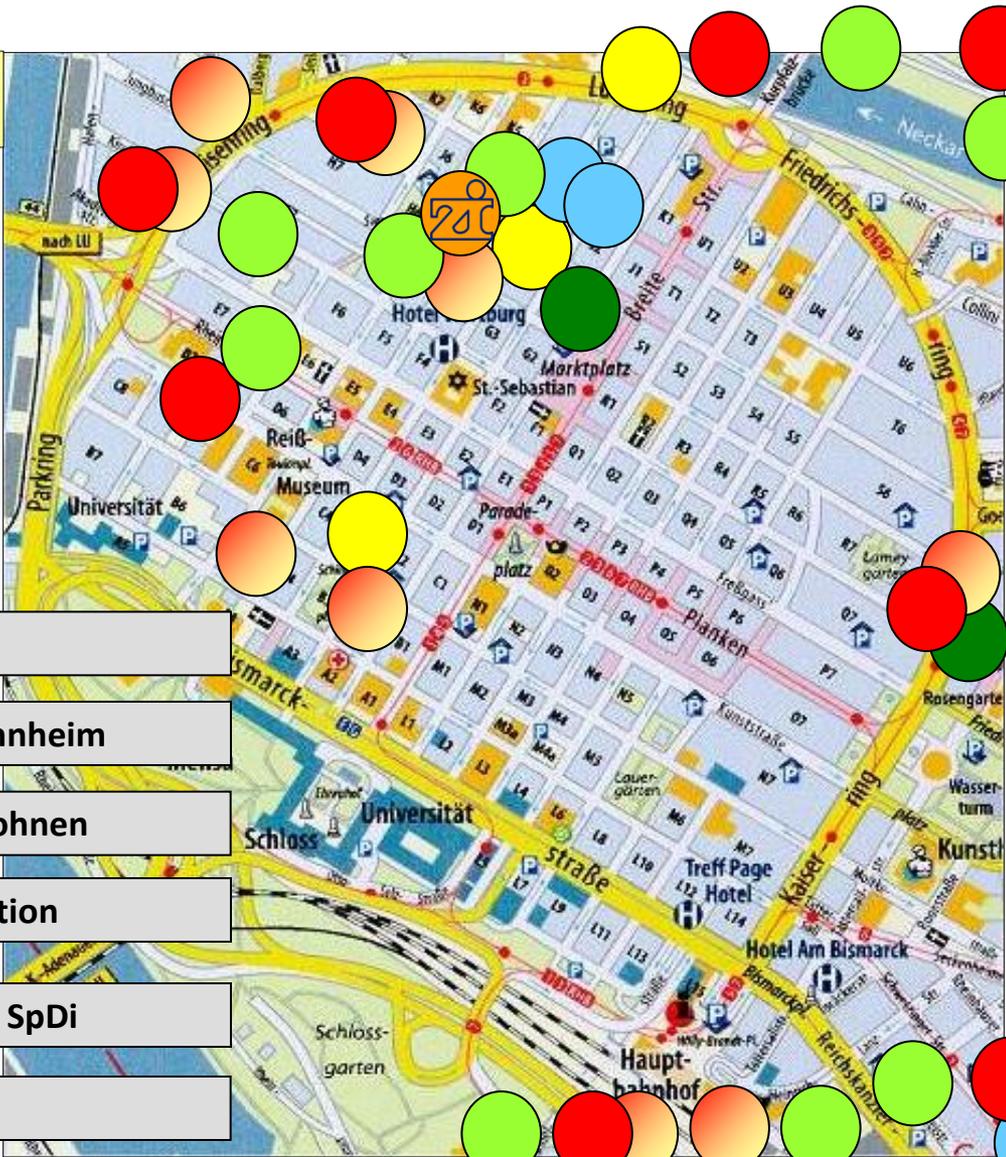
Alltagsbewältigung, Freizeit

- Gesetzl. Betreuung
- Tagesstätte, Brunch
- Laufgruppe, Chor, Kontakte



Außerklinische Einrichtungen und Dienste in Mannheim

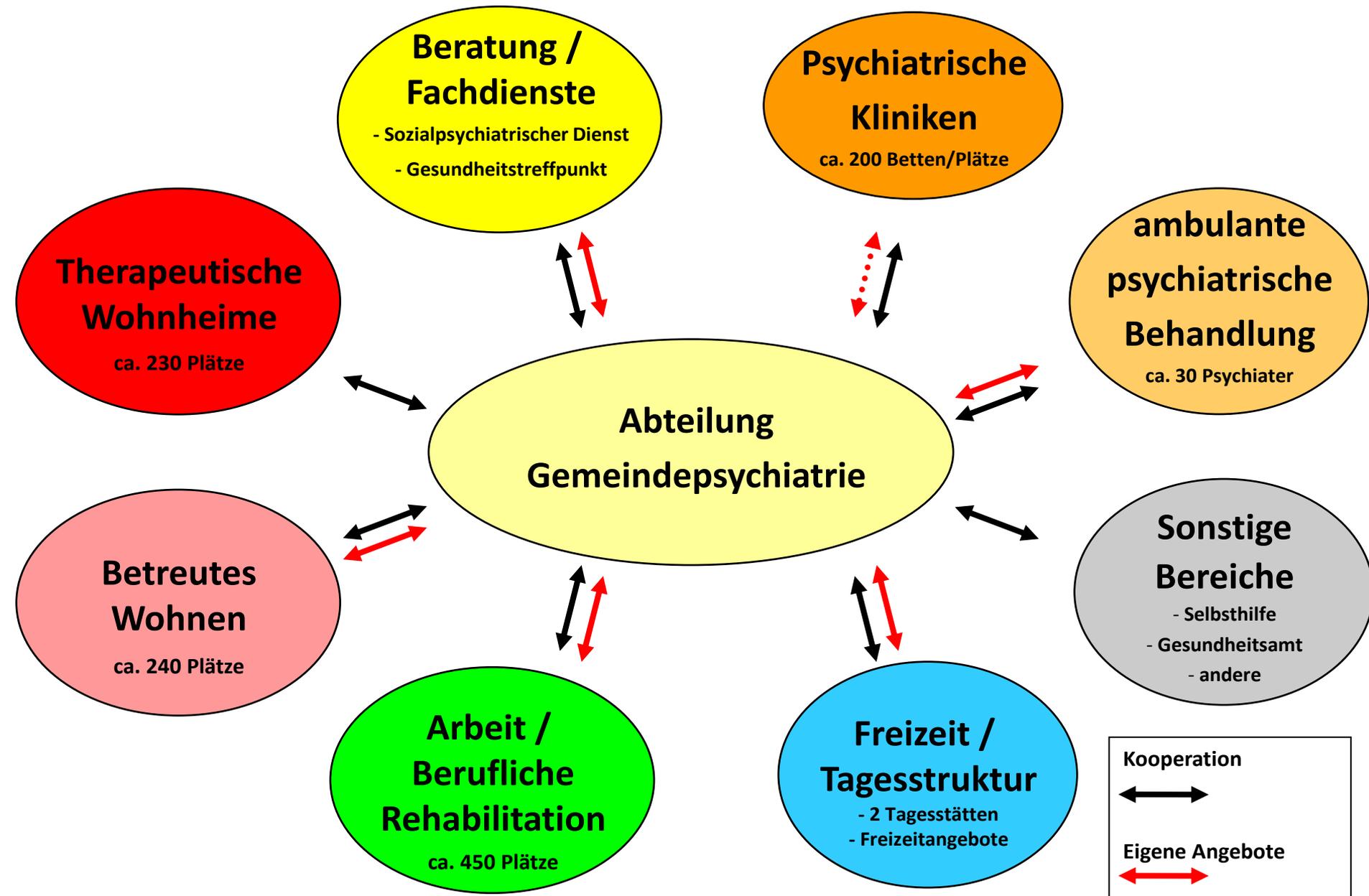
2018



-  Psychiatrie Klinik
-  Therapeutisches Wohnheim
-  Betreutes (Einzel-)Wohnen
-  Berufliche Rehabilitation
-  Beratungsangebote / SpDi
-  RPK
-  Tagesstruktur und Freizeit



Abteilung Gemeindepsychiatrie und GPV Mannheim



„Schnittstelle Patient“

Patient

- individueller Bedarf
- unterschiedliche Ressourcen
- kaum Überblick über das Angebot

Bereich Wohnen

- verschiedene Anbieter
- unterschiedliche Schwerpunkte/Zielgruppen



Bereich Arbeit

- verschiedene Anbieter
- unterschiedliche Schwerpunkte/Zielgruppen
- mehrere Kostenträger



➔ Bedarf und Angebot müssen zusammen kommen

➔ oft ist zusätzlich Hilfe für Organisation + Beantragung notwendig

➔ Zeitverlust und Leerlauf entsteht

➔ Rückfallrisiko und Gefahr der Chronifizierung ↑

Fallbeispiel Herr X: Teil 4

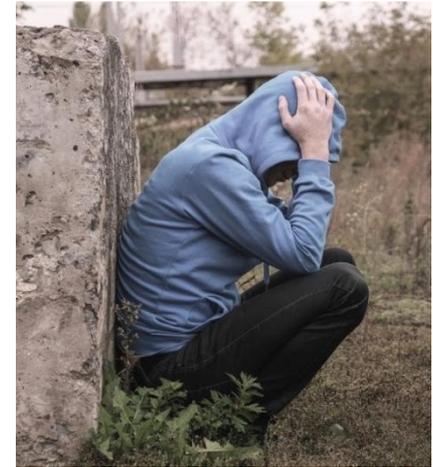
21 Jahre, Schüler

paranoide Schizophrenie mit mehrfachen
Krankheitsepisoden

aktuell 4 Monate in stationärer Behandlung

medikamentöse Einstellung auf Clozapin beendet

schizophrene Rest-Symptomatik weiterhin vorhanden



Bedarfsanalyse:

▪ **Symptomatik:**

kognitive Defizite, Antriebsstörung, sozialer Rückzug, u.a.

▪ **Wohnsituation:**

bisher bei der Familie, dort wiederholte Konflikte

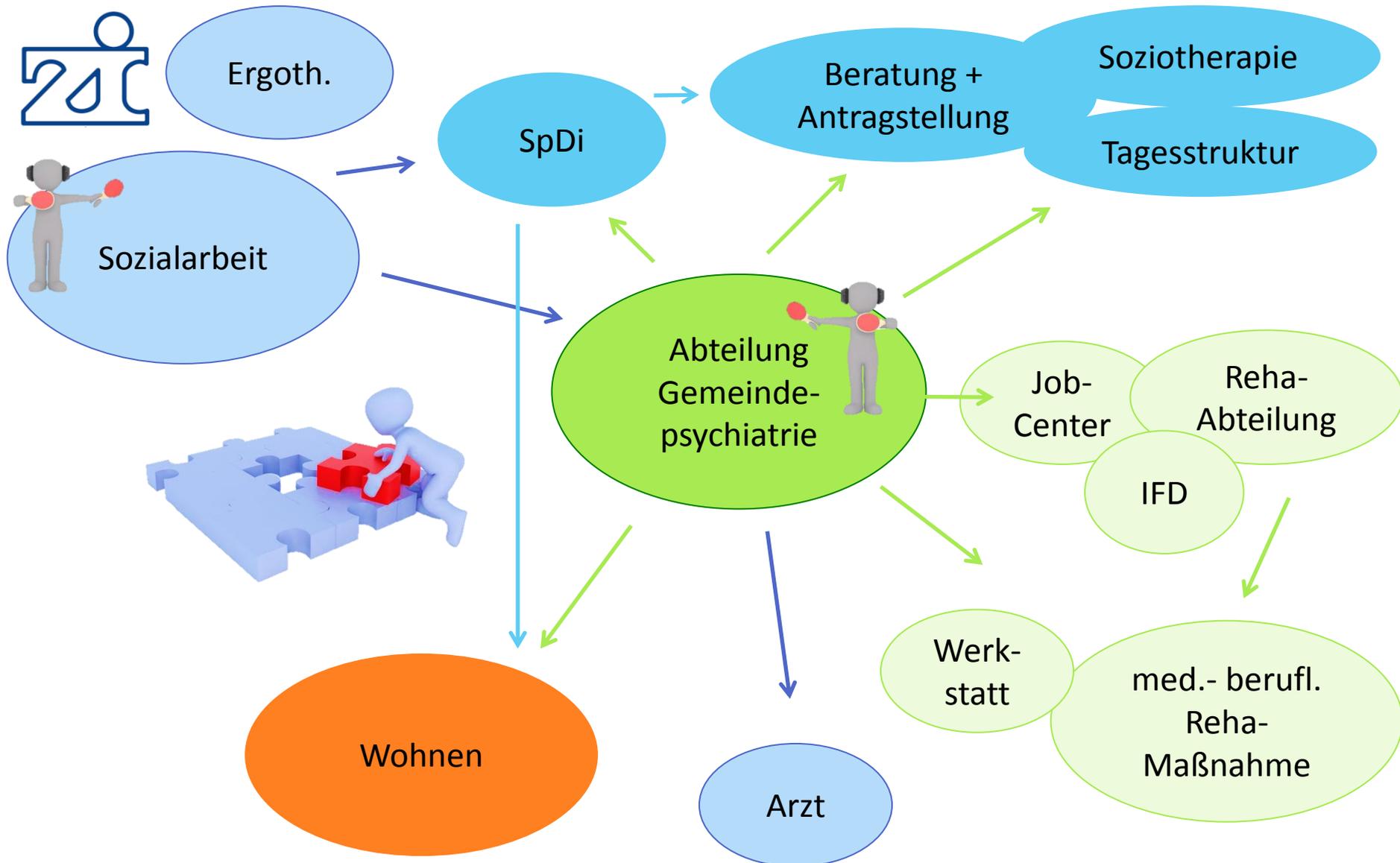
▪ **Alltagsbewältigung:**

keine Tagesstruktur, kaum soziale Kontakte neben der Familie

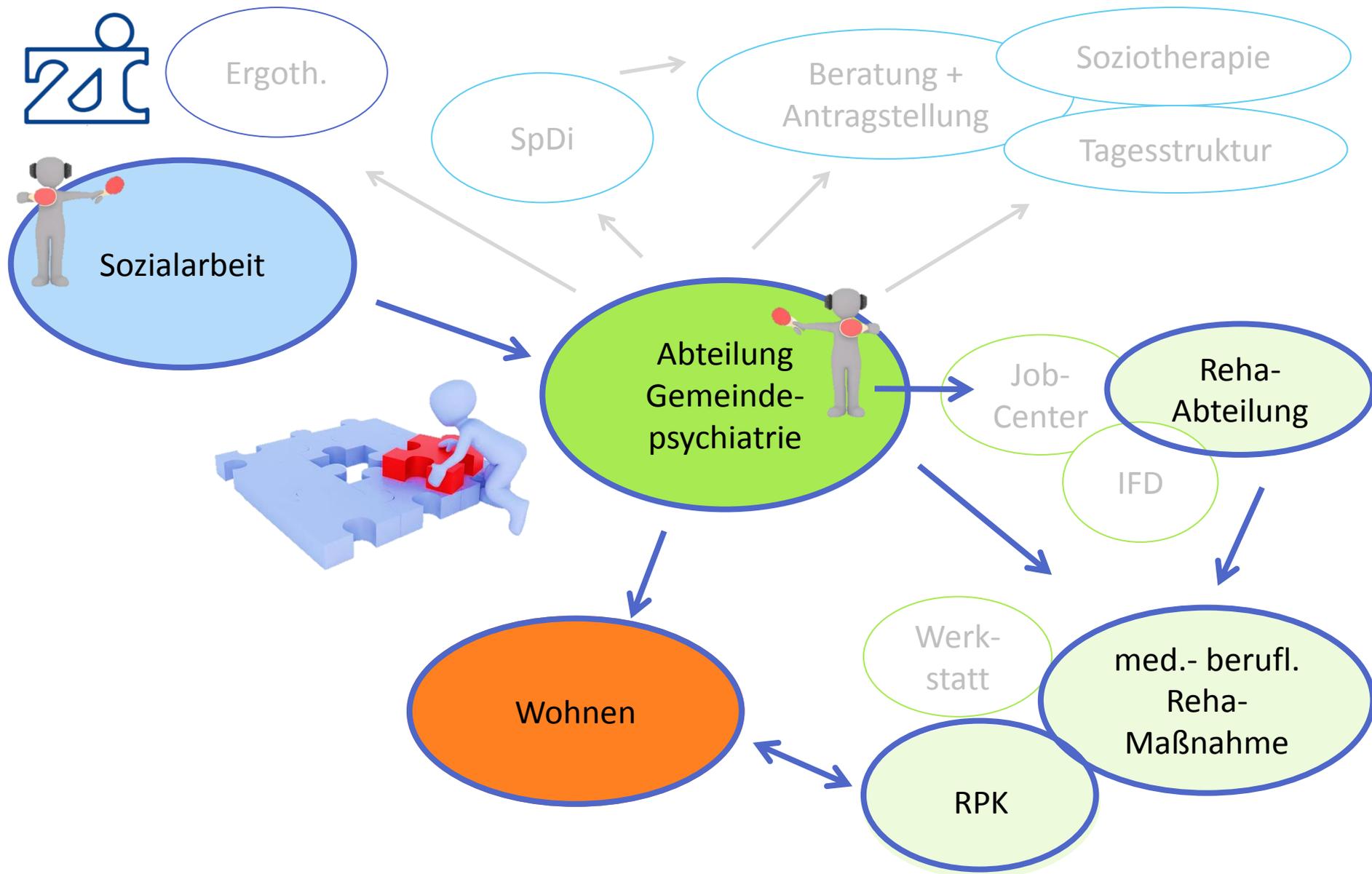
▪ **schulisch-berufliche Situation:**

Schulabbruch bevorstehend, keine Ausbildung, keine Beschäftigung

Von Schnittstellen zu Nahtstellen – Abt. Gemeindepsychiatrie



Lotsenfunktion der Abteilung Gemeindepsychiatrie



Komplextherapie RPK: Rehabilitation für psychisch Kranke



Zugangsvoraussetzungen

Umfassender und langfristiger Behandlungsrahmen

- fachärztliche psychiatrische Versorgung
- Psychotherapie
- Physiotherapie



Weiterbehandlung

- Wohnen + Tagesstruktur
 - stationäres Angebot, später ggf. ambulant
 - Alltagsbewältigung, soziale Kontakte
 - gesundheitsförderliche Aktivitäten + Sport

Wohnform

Alltagsbewältigung

- Arbeitstherapie

Ausbildung/Arbeit

- Sozialarbeit

Medizinische RPK

bis 12 Monate

+

Berufliche RPK

bis 6 (9) Monate

Eingangsgutachten

Kostenträger

Wartezeit

Fallbeispiel Frau Y

45 Jahre, Bürokauffrau

rezidivierende depressive Störung

innerhalb von 5 Jahren insgesamt 3 Krankheitsepisoden

seit 6 Monaten durchgehend arbeitsunfähig

jetzt 10 Wochen in der Klinik (Antidepressiva, CBASP)

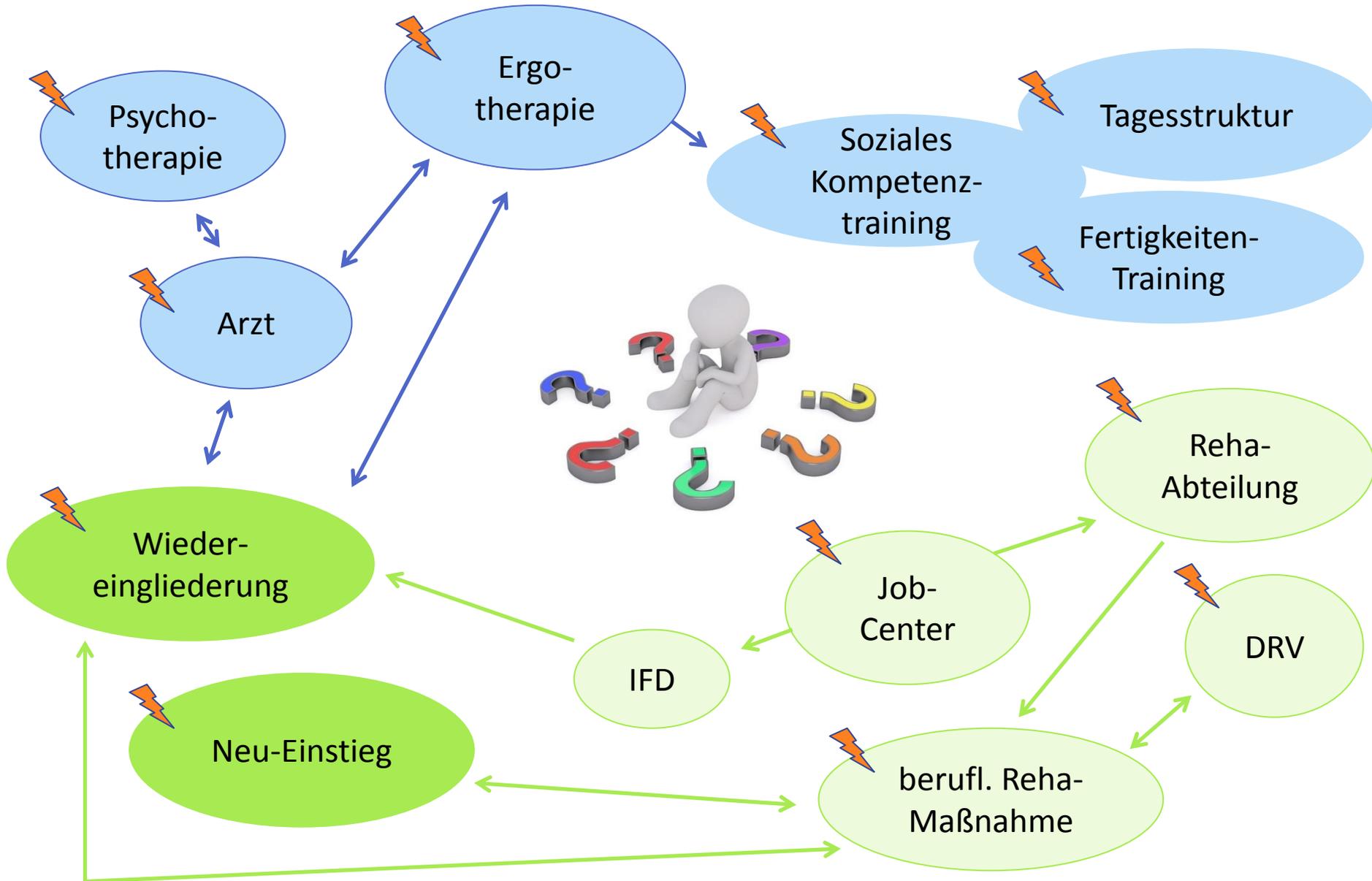
depressive Rest-Symptomatik



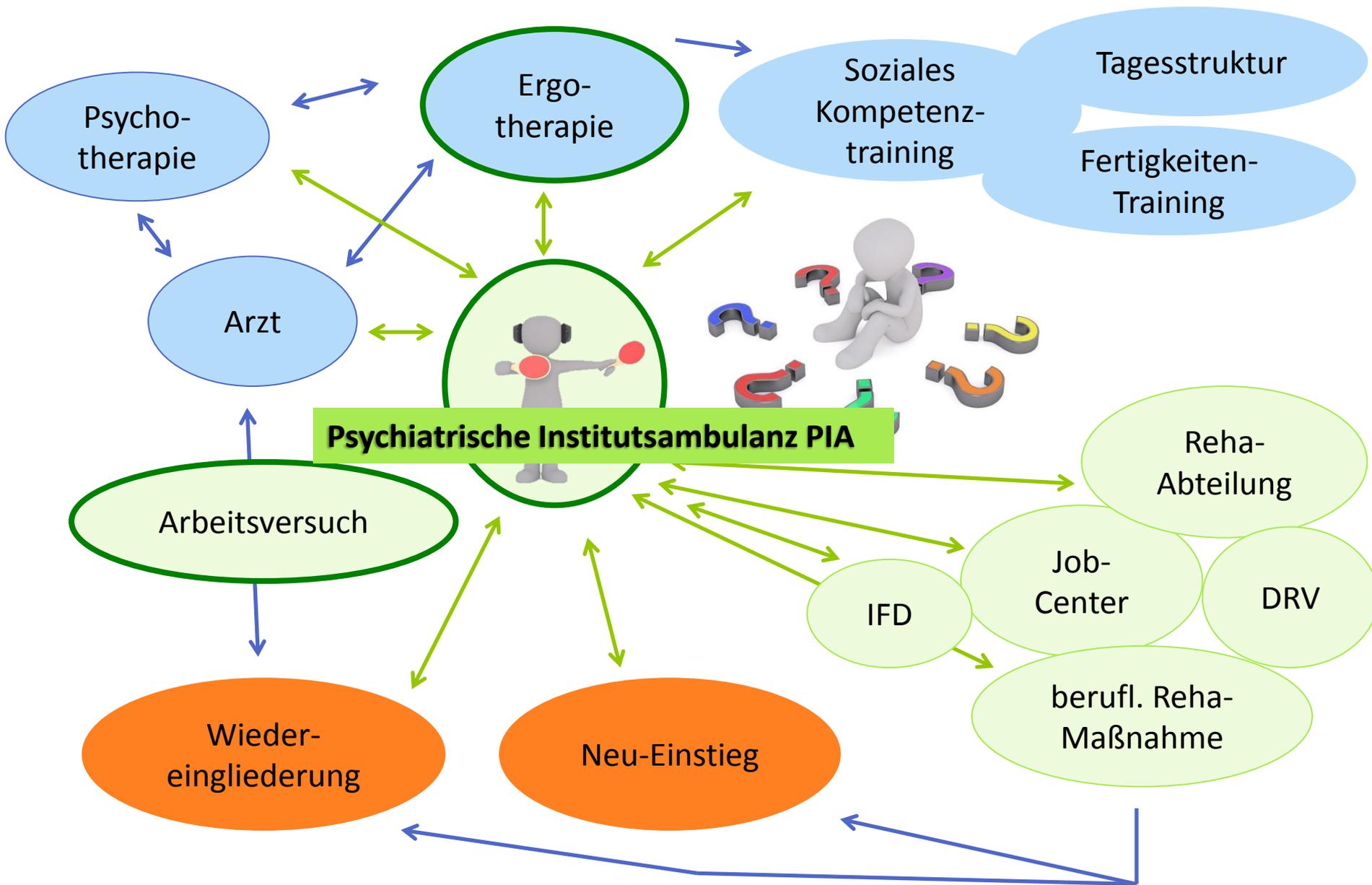
Bedarfsanalyse:

- Wohnsituation:
allein, selbstversorgend
- Alltagsbewältigung:
wenig Tagesstruktur (Hund), soziale Kontakte durch Freundinnen
- **berufliche Leistungsfähigkeit:**
Realschule, abgeschlossene Ausbildung, Arbeitsverhältnis besteht fort, derzeit noch AU
- **Restsymptomatik:**
Selbstunsicherheit, Versagensängste, Erschöpfung, Antriebs- und Konzentrationsstörungen

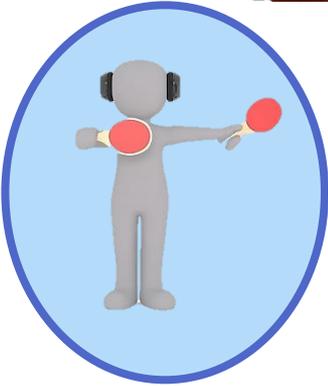
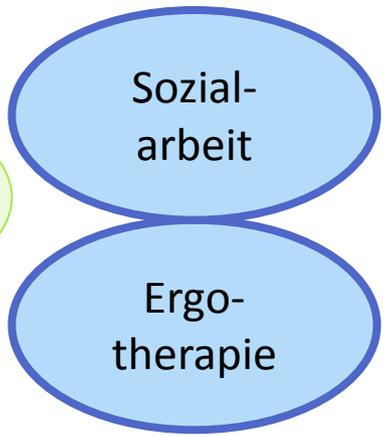
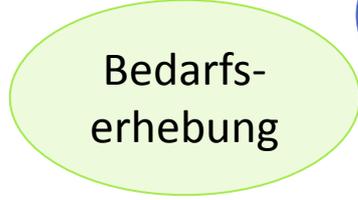
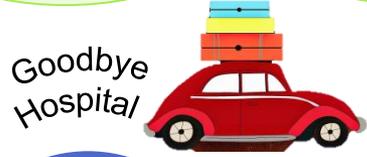
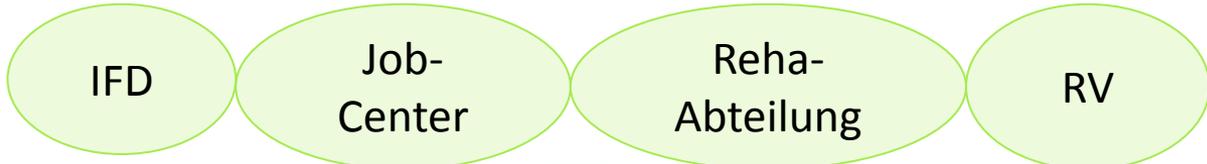
Schnittstellen beim Thema „Arbeit“



Abteilung Gemeindepsychiatrie



Projekt „My Steps to work“



Eine „letzte“ Schnittstelle



Gleich ist es geschafft!

Ein Blick zurück ...

3.9 Fehlplacierung und Koordination (s. B. 3.3.1; B. 6)

Das Versorgungssystem für psychisch Kranke und geistig Behinderte ist unkoordiniert gewachsen. Stationäre, komplementäre und ambulante Dienste werden von einer Vielzahl voneinander unabhängiger staatlicher, kommunaler, caritativer und privater Träger betrieben. Psychisch Kranke und geistig sowie seelisch Behinderte stehen im Schnittpunkt der Kompetenzen mehrerer großer Verwaltungsbereiche, nämlich der Gesundheitsfürsorge, der Sozialhilfe, der Jugendhilfe und der Arbeitsverwaltung.

Weder die Träger noch die Verwaltungen haben bislang Koordinationsformen entwickelt, die den besonderen Bedürfnissen dieses großen Personenkreises auch nur in etwa gerecht würden. Dieser Mangel an Koordination stellt ein Kernproblem der gegenwärtigen Versorgung dar.

3.13 Rechtliche Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland

Die Sachverständigen-Kommission spricht zu den angeführten Rechtsproblemen folgende, hier zusammengefaßt dargestellte Empfehlungen aus:

1. Den seelisch und geistig Behinderten muß im Rahmen der sozial- und rehabilitationsrechtlichen Regelungen ein gleichartiger Rechtsstatus wie den körperlich Kranken gewährt werden.
2. Die in § 5 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes vorgesehenen zentralen Auskunftsstellen sollten umgehend geschaffen werden, da die verwirrende Vielzahl von Leistungsträgern und Leistungsangeboten, besonders für psychisch Kranke, seelisch und geistig Behinderte undurchschaubar ist.



Fazit und Ausblick

0. Schnittstellenprobleme in der Psychiatrie beginnen bereits in der Klinik

→ *Adoleszenzzentrum und Track-Stationen als Lösungsmodelle*



1. In Deutschland existiert eine Vielzahl außerklinischer, psychiatrischer Versorgungsangebote



→ *unterschiedliche Bedarfssituationen, unterschiedliche (Kosten-) Zuständigkeiten*

2. Es ist Patienten nahezu unmöglich, einen differenzierten Überblick hierzu zu bekommen



→ *Notwendigkeit für einen kompetenten, individuell zuständigen Ansprechpartner*

3. Mit der Zahl der Versorgungsangebote ist die Zahl der Schnittstellen weiter gewachsen

→ *komplextherapeutische Behandlungsangebote, z.B. RPK*

→ *Kooperation und Koordination durch Netzwerke erforderlich*

RPK

SRH REHABILITATIONSEINRICHTUNG
FOR PSYCHISCH KRANKE
KARLSBAD

4. Bisherige Gesetzesvorgaben haben die Situation nicht nachhaltig verbessern können

→ *neue Möglichkeiten durch das BTHG und das PsychKHG?*



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



In Japan ist es üblich, während des Jobs zu schlafen. Da dies ein Zeichen harter Arbeit ist, stellen sich manche Leute schlafend, um einen guten Eindruck zu machen.

