

# Behandlungsmöglichkeiten depressiv erkrankter Menschen in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Gemeindepsychiatrische Fachtage Stralsund 2018

Referent: Dr. med. F. Matiba

Uhlenhaus - Tagesklinik mit angegliederter Psychiatrischer Institutsambulanz

# Ambulante Versorgungsformen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen

## „KV-System“

- Kassenärztliche Versorgung gesetzlich versicherter Patienten
- Behandlungsostenübernahme durch Private Krankenversicherung
- Niedergelassene Vertrags- Fachärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie, Nervenärzte und Vertragspsychotherapeuten
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

## „PIA“

- Ambulante komplexpsychiatrische Versorgung bestimmter gesetzlich versicherter Patienten
- Wenn Behandlung im KV-System nicht ausreichend ist
- Team aus Facharzt, Psychiatrischen Fachkrankenschwestern/-pflegern, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Psychologen
- Angegliedert an eine teilstationäre oder stationäre Krankenseinrichtung (inkl. Notdienst)
- Behandlung privat versicherter Pat. meist schwierig und nicht einheitlich geregelt

# Psychiatrische Institutsambulanz

-Für wen geeignet?

- **Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß §118 Sozialgesetzbuch V (in Kraft getreten am 1.7.2010)**
- „..., die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung [oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten] einer spezifischen ambulanten Behandlung durch Psychiatrische Institutsambulanzen bedürfen, ...“
- Diagnosen-Positivliste (z.B. Schwere depressive Episode, demenzielle Erkrankungen, Angsterkrankungen, zusätzliche psychiatrische Diagnosen)
- Schwere der Erkrankung (z.B. Notfall, Abwendung stationärer Behandlung, drohender Behandlungsabbruch, fehlende Wirksamkeit bisheriger ambulanter Behandlung)
- Dauer der Erkrankung (Symptomatik besteht seit mind. 6 Monaten, rezidivierende Erkrankungen)

# Psychiatrische Institutsambulanz

## -Ziele

- Bereitstellung eines besonderen krankenhaushen Versorgungsangebots für eine bestimmte Patientengruppe
- Vermeidung von Krankenhausaufnahmen oder stationäre Behandlungszeit verkürzen
- Behandlungsabläufe optimieren und die soziale Integration der Patienten stabilisieren
- Bereitstellen von Behandlungskontinuität
- Kein Ziel ist die Schaffung von „Doppelstrukturen“ im ambulanten Bereich

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

- Erscheint in Begleitung des Ehemanns durch Überweisung der bislang behandelnden niedergelassenen Psychiaterin in der ärztlichen Sprechstunde in der PIA
- Seit etwa 5 Monaten zunehmende Stimmungsverschlechterung, Freudlosigkeit, Antriebsstörung, teils exzessives Grübeln, Schuldgefühle, Ratlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitverlust und unfreiwillige Gewichtsabnahme, sozialer Rückzug, seit etwa 8 Wochen zusätzlich agoraphobische Ängste und Panikattacken, Vermeidungsverhalten
- Erstmals vor ca. 3 Jahren depressive Symptome, ängstliche Symptome schon länger bekannt, Krankschreibung und teilstationäre Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

- Damals guter Symptomrückgang unter laufender antidepressiver Medikation i.R. der TK-Behandlung, Empfehlung ambulanter Psychotherapie und psychiatrischer Mitbehandlung
- Medikation wurde im Verlauf reduziert und abgesetzt, ambulante Psychotherapie wurde nicht aufgenommen
- Bisher: Erneute antidepressive Medikation durch beh. Psychiaterin inkl. Wechsel der Medikation, Verordnung von Ergotherapie, Empfehlung psychotherapeutischer Mitbehandlung, Krankschreibung

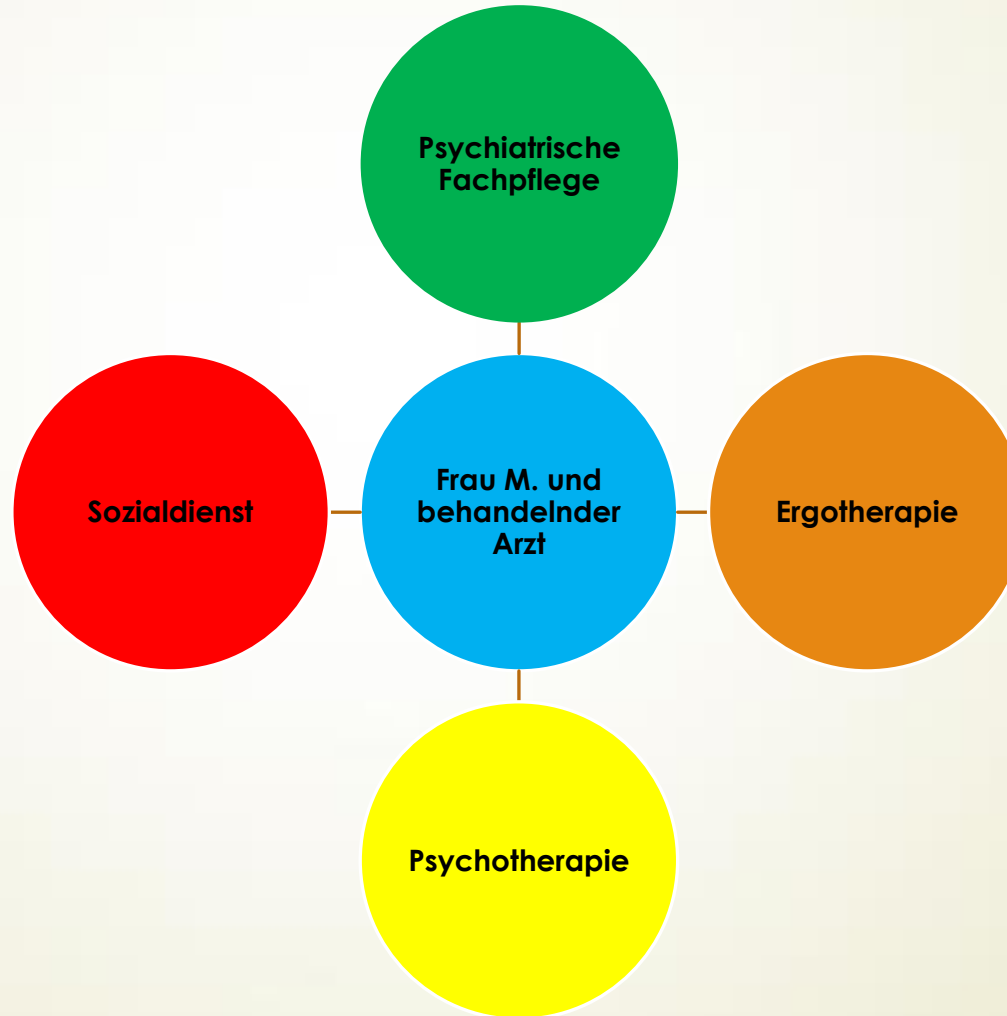
# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

- Diagnosen:
  1. Rezidivierende depressive Episode ggf. schwere Episode (ICD-10: F33.2)
  2. Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01)
- Besprechen der Diagnosen und der Behandlungsmöglichkeiten in der PIA
- Beziehungsaufbau / Einholen der Behandlungserlaubnis
- Besprechen von Gefährdungsmerkmalen / Verhalten in Notsituationen
- Gemeinsames Planen des kurzfristigen Vorgehens  
Routinelabor, EKG, Testdiagnostik  
Vorerst keine Änderung der Medikation, auf Wunsch der Pat. auch keine Notfallmedikation, Vereinbarung eines Folgetermins

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau





# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

- Treffen mit Fachkrankenschwester vorerst in der Häuslichkeit
- Gegenseitiges Kennenlernen und beleuchten des derzeitigen Tagesablaufs
- Auf Wunsch Miteinbeziehung des Ehemanns
- Krankheits-/ Symptomaufklärung / Information zu psych. Medikation
- Problemhierarchisierung (nächtliche lebensmüde Gedanken, Schuldgefühle, liegengebliebene Post)
- Supportive Gesprächsführung / Konkretes Verhalten bei Krisen
- Vorschlag für kurzfristige Gestaltung der weiteren Treffen / Vorbesprechen des nächsten Arzttermins

Psychiatrische  
Fachpflege

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

- 2. ärztlicher Vorstellungstermin in Begleitung der psychiatrischen Fachkrankenschwester
- Gemeinsames thematisieren der suizidalen nächtlichen Gedanken, Eindosierung einer zusätzlichen Schlafmedikation und einer Bedarfsmedikation im Notfall (starke Ängste/Anspannung)
- Kurzzeitige Hinzunahme einer Sozialdienstmitarbeiterin zur Vorbereitung/Anbahnung der Beratung durch die Schuldnerberatung
- Planung des weiteren Vorgehens und der weiteren ärztlichen Kontakte

Psychiatrische  
Fachpflege

Sozialdienst

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

- Rückmeldung durch Psych-Schwester: Schlaf deutlich gebessert aber Bedarfsmedikation mit unerwünschten Nebenwirkungen
- Große Beeinträchtigung: Tagesstrukturverlust durch Antriebsstörung, unregelmäßiges Eßverhalten, anhaltendes Vermeidungsverhalten, Erstellen eines Wochenplans
- Realisierung eines ersten Treffens bei der Schuldnerberatung in Begleitung des Sozialdienstes

Psychiatrische  
Fachpflege

Sozialdienst

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

- 3. ärztlicher Vorstellungstermin in Begleitung: Schlaf weiter gebessert, Antrieb etwas besser, Panikzustände und Anspannungszustände seltener, neue Bedarfsmedikation wird wenig -aber wirkungsvoll- eingesetzt
- Sozialkontakte werden selektiv wieder aktiviert
- Schuldnerberatung angelaufen, Sozialdienst nur noch bei Bedarf
- Vermeidungsverhalten wird zunehmend thematisiert und von Frau M. als lebensqualitätsmindernd empfunden – vorsichtige, niedrigschwellige Konfrontation und „Exposition“
- Langsame Reduktion / Verkürzung der Psych-Pflege - Kontakte

Psychiatrische  
Fachpflege

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

Im Verlauf:

- Keine aufsuchende psychiatrische Fachkrankenpflege mehr – Frau M. macht Termine im Haus
- Arzttermine selbstständig, Reduktion und Absetzen der Schlafmedikation
- Gruppenergotherapie als fester Bestandteil des Wochenplans
- Planung des Auslaufens der psychiatrischen Fachkrankenpflege

Psychiatrische  
Fachpflege

Ergotherapie

# Fallbeispiel

Frau M., 38 Jahre, kinderlose Einzelhandelskauffrau

Im Verlauf:

- Aufnahme psychotherapeutischer Gespräche (Verhaltenstherapie)
- Zunehmende Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Auslaufen der Gruppenergotherapie
- Planung der beruflichen Wiedereingliederung (ggf. mit dem Sozialdienst)

Psycho-  
therapie

Sozialdienst

# Zusammenfassung

- Behandlungssystem mit vielen Möglichkeiten
- Flexible Gestaltung und Anpassung der Therapieziele
- Jeder Mitarbeiter ist Experte auf seinem Gebiet und Teil eines Teams, das der / dem Hilfesuchenden zur Seite steht
- Gute Absprache der Teammitglieder untereinander ist wichtig
- Gründliche und aktuelle Dokumentation notwendig (in gemeinsamer Akte)
- Koordination und möglichst passende Zuweisung im Team durch den Arzt
- Vermeidung von Über- und Unterversorgung



Vielen Dank!

Fragen?