

Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung im Transitionsalter:

## Erfahrungen in der ambulanten Versorgung

Sabine Maur

BPTK MWBO 24.06.20

Sabine M



# Qualifikation

- Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- voller Versorgungsauftrag für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie seit 2010
- Dozentin und Supervisorin für KJP & PP (Transitionsalter) sowie für PP in der ZQ KJP
- Veröffentlichungen nur KJP-bezogen

# PT-Richtlinie §1 (4)

(4) <sup>1</sup>Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. <sup>2</sup>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. <sup>3</sup>Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. <sup>4</sup>In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene. <sup>5</sup>Im Sinne dieser Richtlinie umfasst die Bezeichnung „Menschen mit einer geistigen Behinderung“ Personen, bei denen eine Diagnose entsprechend des Abschnitts Intelligenzstörung (F70-F79) nach ICD-10 vorliegt.

# PT-Vereinbarung §11 (10)

(10) <sup>1</sup>Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es zur Erreichung des Therapieziels notwendig sein, relevante Bezugspersonen einzubeziehen. <sup>2</sup>Dies ist bei der Angabe des Behandlungsumfangs im PTV 2 entsprechend zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Die für diese Einbeziehung vorgesehene Anzahl der Therapieeinheiten soll ein Verhältnis von 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten der Versicherten oder des Versicherten möglichst nicht überschreiten. <sup>4</sup>Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Anzahl der Therapieeinheiten ist der Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der Versicherten oder des Versicherten hinzuzurechnen. <sup>5</sup>Ist eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten, ist dies im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen. <sup>6</sup>Wird hierfür eine höhere Anzahl bewilligt, so reduziert sich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der Versicherten oder des Versicherten entsprechend. <sup>7</sup>Stellt sich im Verlauf der Einbeziehung von Bezugspersonen heraus, dass eine Psychotherapie der Bezugsperson notwendig ist, kann diese nicht mit Therapieeinheiten für die Einbeziehung von Bezugspersonen erfolgen. <sup>8</sup>Die Einbeziehung von Bezugspersonen im Einzelsetting bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist auch bei ausschließlicher Gruppentherapie der Versicherten oder des Versicherten zulässig. <sup>9</sup>Die Regelungen nach Satz 1 bis 8 und nach Abs. 11 gelten für Menschen mit einer geistigen Behinderung gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie entsprechend.

# Unterschiede KJP - PP

KJP - „gerade noch 17...“	PP – „...heute schon 18“
Häufig: Fremdmotivation, geringe Introspektionsfähigkeit, ambivalente Therapiemotivation	Kommen gar nicht erst in Therapie „Fehlende Motivation“ wird beklagt
Sorgerecht, Kindeswohlgefährdung	Volljährigkeit
Einbezug von Familie und Bezugspersonen <i>oder auch</i> Autonomieförderung	Patient*innenzentrierte, individuelle Arbeitsweise
Unterstützende pädagogische Arbeit (mit Patient*in, mit Eltern, mit Umfeld)	Fähigkeit zur Selbstorganisation wird vorausgesetzt
Unterstützende multisystemische Kooperation z.B. mit Schule, Ärzt*innen, Jugendhilfe, Arbeitsagentur	Betonung von Autonomie und Selbstverantwortung
Stationär: Kinder- und Jugendpsychiatrie	Erwachsenenpsychiatrie

# Beispiel ADHS

- chronische Störung mit erheblicher Unterversorgung im Erwachsenenbereich
- bei Nicht-Behandlung drohen erhebliche persönliche und gesellschaftliche Kosten
- Kooperation zwischen pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandler\*innen wichtig
- spezielle ADHS-Symptomatik erschwert gelingende Transition ➔ gute Strukturen besonders wichtig

# Transition in der S3-Leitlinie ADHS

## 1.6.2. Wie sollte die Transition erfolgen?

Wenn eine Fortführung der Behandlung notwendig ist, sollten ADHS-Patienten in der Transitionsphase erneut untersucht werden, um einen gleitenden Übergang zu ermöglichen und die weiterbehandelnden Ärzte / Psychotherapeuten umfassend über Vorgeschichte, Behandlungsverlauf und derzeitiges Krankheitsbild zu informieren.

Während der Transition sollte eine Absprache der vor- und der weiterbehandelnden Ärzte / Psychotherapeuten ermöglicht werden. Der ADHS-Patient sollte in der Transitionsphase über die Versorgung im Erwachsenenbereich umfassend informiert werden.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.6.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

# Besondere Problematik

ADHS Kindheit	Adulte ADHS
(I) Hyperaktivität	diskrete Unruhe innere Unruhe
(II) Aufmerksamkeitsprobleme	Aufmerksamkeitsprobleme Desorganisiertheit Zeitmanagement
(III) Impulsivität	Impulsivität Affektlabilität
Dissozialität (F90.1)	Sucht, Delinquenz Antisoziale PS

- erhöhte Anforderungen in Schule/Studium/ Beruf
- Autonomieentwicklung
- weniger Unterstützung
- Peer-Einfluss



# Vulnerable Zeit

## — Verschärfung im jungen Erwachsenenalter durch

- Wegfall Struktur Schule
- Wegfall Jugendhilfe
- Probleme Übergang Schule – Beruf/Studium
- Haltlosigkeit, fehlende Tagesstruktur, fehlendes Ziel, fehlende Sozialkontakte, negative Sozialkontakte, Substanzabusus
- Konflikt zuhause wohnen bleiben versus allein wohnen
- Problem Finanzen, finanzielle Abhängigkeit von Eltern
- Erwachsenenpsychiatrie, -psychotherapie

# Transitionspsychotherapie (I)

- **Unterstützung bei der Adhärenz bzgl. Psychotherapie und ggf. pharmakologischer Behandlung**
- **angemessener Einbezug von Bezugspersonen (Spannungsfeld Unterstützung vs. Autonomie)**
- **Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Symptomatik (z.B. aktivere Unterstützung zu Beginn, Visualisierung, konkrete Problembearbeitung)**

# Transitionspsychotherapie (II)

- aktive Unterstützung bzgl. Berufsfindung/Studium & Alltagssituationen (Ziel: Selbstmanagement)
- frühzeitige, aktive Unterstützung hinsichtlich Behandler\*innen-Wechsel (z.B. KJP ↔ PP, Kinderpsychiater\*in ↔ Erwachsenenpsychiater\*in)

# Was brauchen wir strukturell?

- **Vergütung des erhöhten Koordinationsaufwandes (Telefonate, Emails, Arztbriefe, Terminvereinbarungen)**
- **Abrechnungsmöglichkeit gemeinsamer Termine von**
  - Vor- und Nachbehandler\*in
  - Psychotherapeut\*in und Ärzt\*in
  - Behandler\*in mit sonstigen beteiligten Bezugspersonen (z.B. Jugendhilfe, Arbeitsagentur)
- **Sozialarbeiterisches Case Management (KJP: Sozialpsychotherapie? PP: Soziotherapie?)**

# Transitions-Kompetenzen (I)

## —aktiv unterstützende Grundhaltung

## —Kenntnisse hinsichtlich

- Entwicklungspsychopathologie/Entwicklungsaufgaben/Reifeprozesse/Adoleszentenkrisen
- Kinderschutz/Kindeswohlgefährdung, rechtliche Besonderheiten
- Schul- und Ausbildungssystem
- Jugendhilfe-System, psychosoziale Angebote
- Pädagogik und Sozialarbeit
- Lebenswelt-Bezug

# Transitions-Kompetenzen (II)

- Spannungsfeld Einbezug Bezugspersonen vs. Autonomie
- Bereitschaft zu Kooperation und (unvergütetem) Mehraufwand



**KEEP  
CALM  
AND  
MIND  
THE  
GAP**