

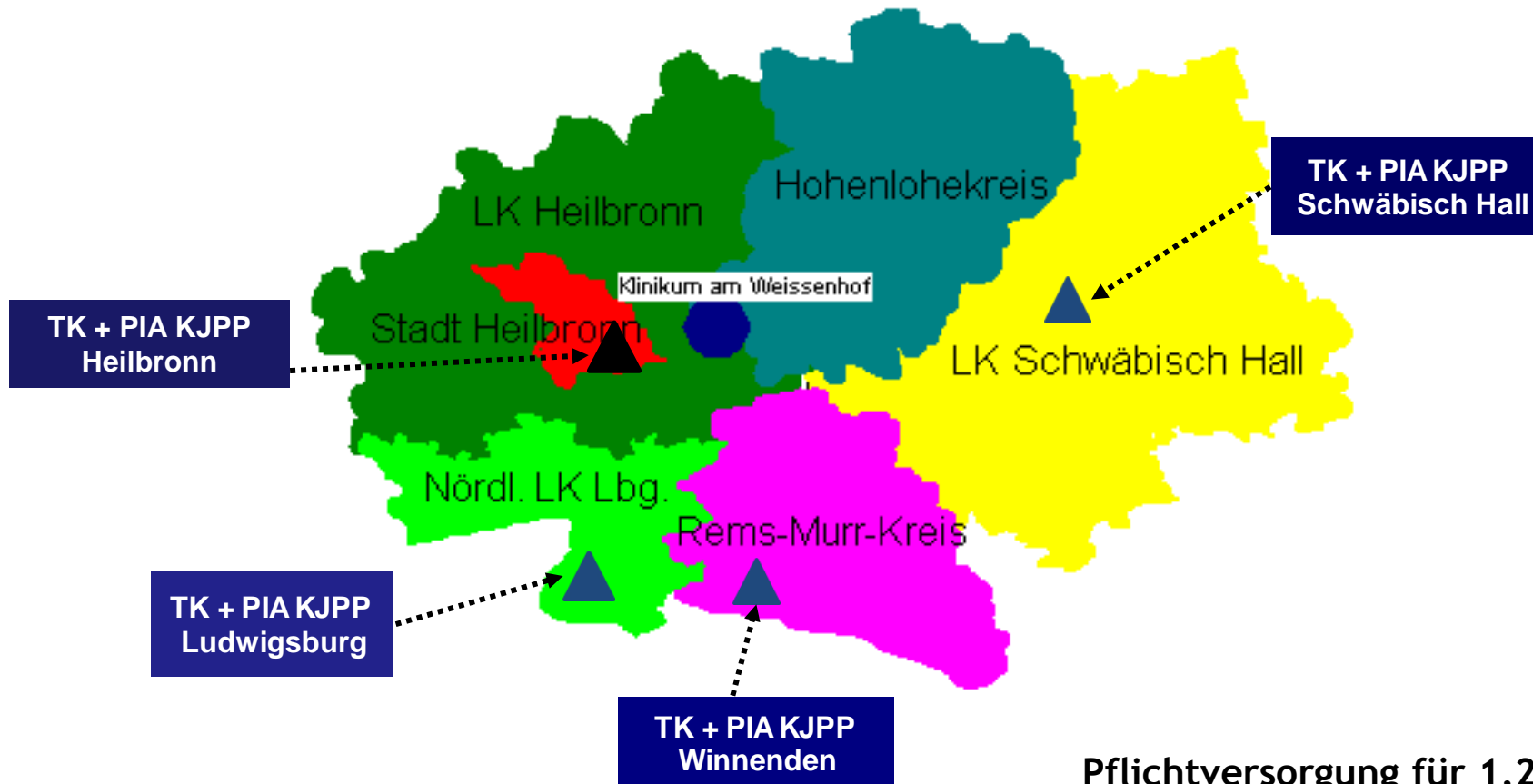
Krisenmanagement bei steigendem Notfallaufkommen

am Beispiel der KJP Weinsberg

Dr. med. Claas van Aaken
Klinikum am Weissenhof
Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie
4. Juli 2018

Eckdaten unserer KJP

- vollstationäre Regelversorgung mit **26 Betten**
 - Schulkinderstation (10 + 3 gestellte Betten)
 - Jugendstation (11 + 1 gestelltes Bett)
 - Kriseninterventionsbereich „KIB“ (5 + 3 gestellte Betten), Erweiterung ist geplant
- vollstationäre Sonderversorgung Sucht für Jugendliche („JADE“ = Jugend-Alkohol-Drogen-Entzug) mit **10 Betten**
 - 9-wöchiges Programm auf strikt freiwilliger Basis
 - überregionales Versorgungsangebot
- 4 dezentrale Tageskliniken mit insgesamt **53 Plätzen**
- 4 Institutsambulanzen (WB, LB, SHA, WN)



Pflichtversorgung für 1,2 Mio.
Einwohner
BMZ: 1 Bett auf 7900 Ki/Ju oder
1,26 Betten / 10000 Einwohner < 18 Jahre

Notfallversorgung in Weinsberg

Situation in Weinsberg	2002	2005	2010	2015	2016
Betten stationäre Pflichtversorgung/ Gesamtbetten	21/21	21/21	21/31	26/36	26/36
Anzahl stationäre Aufnahmen insgesamt	237	253	420	633	654
Anteil Notfallaufnahmen (zw. 15 und 6 Uhr)	51%	57%	52%	57%	62%
Stationäre Behandlungsdauer (in der Pflichtversorgung)	28,4	25,1	21,6	18,7	18,2

Notfälle und Verweildauern

Konsequenzen der Entwicklungen...

- bei oft mehreren Notfallaufnahmen in der Nacht extrem stringente Notfallabwicklung erforderlich
- extrem effektive Planung der Abwicklungsschritte und der zuständigen Personen erforderlich
- trotzdem zeitweise drohende und auch bestehende Überbelegung im KIB

Notwendigkeiten für eine gelingende Notfallversorgung

- ① Bedarfsgerechte Raum-Funktions-Planung
- ② Optimierung der organisatorischen Abläufe im Notfallmanagement (betrifft Personalplanung und Zeitplanung sowie Taktung in der Notfallabwicklung)
- ③ Optimierte Kooperation mit Zuweisern (Vermittlung von Wissen über die Notfallabläufe und die strikte Trennung von Notfallaufnahme und regulärer Aufnahme)
- ④ Optimales Schnittstellenmanagement in nachgelagerte Bereiche

① Raum-Funktions-Planung

- Gesonderter Kriseninterventionsbereich mit ausreichender Bettenkapazität
- Station auf 1 Ebene mit zentralem Gemeinschaftsbereich, der vom PED gut einsehbar ist
- Unterscheidung zwischen „kontinuierlicher 1:1-Überwachung“ (im Notfallzimmer), „kontinuierlicher Sichtüberwachung“ (im Flur), punktuellen Sichtkontrollen und nicht überwachten Patienten
- Über Plan gestellte Betten auf allen Stationen

② Organisatorische Abläufe

Grundsätzliches:

- Strikte Trennung von Krisen- und Regelbehandlung
- Akutaufnahme nur bei akuter Gefährdung
- bei Akutaufnahme i. d. R. bereits am Folgetag
Überprüfung der Notfallbehandlungsindikation und
Koordinationsgespräch mit Angehörigen

② Organisatorische Abläufe

Morgens ...

- Einteilung der Notfallzuständigkeiten bereits bekannter Notfallpatienten und von Neuaufnahmen aus der Nacht bereits vor 8 Uhr durch KIB-Oberärztin - **Koordinationsmail an alle MA**
- Zeitplan: Zwischen 8:30 Uhr und 10 Uhr **Facharztsichten** / in der Regel 10 Uhr **Koordinationsgespräch** mit Angehörigen
- Mehrere „Schienen“ für mehrere Notfälle (immer Tandems aus Fallführer + Facharzt + ggf. Sozialdienst)

② Organisatorische Abläufe

Tagsüber ...

- Bedarfsgesteuerter PED-Einsatz über Stationen (je nach aktueller Belegung des „KIB“)
- kinder- und jugendpsychiatrischer Notfalltagesdienst in Weinsberg („1311“) - durchgeführt von Assistenzärzten und fallführenden Psychologen
- Ankommende Notfälle werden erst vom Tagesdienst gesichtet, dann erfolgt unmittelbar eine „Facharztsicht“ (Einschätzung der akuten Gefährdung sowie des psychiatrischen und komplementären Hilfebedarfs)

② Organisatorische Abläufe

- Über 50% der neu aufgenommenen Notfallpatienten werden bereits am Folgetag in eine andere Weiterbehandlungsform überführt: Unmittelbare Überleitung in die PIA, Direktüberleitung in tagesklinische Krisen-Anschlussbehandlung - Problem: Nicht ausreichende Gegenfinanzierung !
- Sollte die stationäre Krisenbehandlung fortgeführt werden müssen, wird i. d. Regel als nächstes eine „erweiterte Krisenbehandlung“ von einigen Tagen anvisiert

② Organisatorische Abläufe

- Bei Bedarf einer Involvierung der Jugendhilfe Zuziehung des Sozialdienstes der Klinik zum frühestmöglichen Zeitpunkt (oft schon im Koordinationsgespräch am Folgetag)
- Kommunikation Klinik - Jugendamt in der Regel immer über Sozialdienst und orientiert an den Kooperationsvereinbarungen

② Organisatorische Abläufe

Morgendliche Koordinationsmail ★

Regelungen in der Notfallversorgung ★

Konzept Notfalltherapeut ★

③ Kooperation mit Zuweisern

- Information an Ärztliche / Psychotherapeutische Zuweiser (QZ, Netzwerke, bilateral): Facharzt KJPP-Zuweisung garantiert Aufnahme für mindestens 1 Nacht; andere Zuweisungen Aufnahme nur bei gestellter Indikation durch Facharzt der Klinik
- Regelung der Zugangswege über Kooperationsvereinbarungen mit Jugendhilfe - Motto hier „Wir nehmen niederschwellig bei Krisen auf, entlassen aber auch sehr zügig wieder“

Sonderfall: Kommunikation zwischen KJP und Jugendämtern / Jugendhilfe

- Mitarbeiter der Jugendhilfe wissen oft zu wenig über psychische Erkrankungen und therapeutisches Vorgehen
- KJP weiß wenig über das Vorgehen im System Jugendhilfe
- verschiedene Nomenklaturen (z.B. 1:1-Betreuung)
- unterschiedliche Zeittaktung in Jugendhilfe und KJPP
- Hin- und Herschieben von Zuständigkeiten
- Mangel an Ressourcen in beiden Systemen

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**