



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **87. Sitzung (öffentlich)**

30. September 2009

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 13:15 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Rainer Klemann, Simona Roeßgen (Federführung)

### **Verhandlungspunkt:**

**Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW  
ausbauen und konzeptionell weiterentwickeln**

**5**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 14/9270

In Verbindung damit:

**Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW  
verbessern**

Antrag  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Drucksache 14/9429

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster	Helga Schuhmann-Wessolek	14/2843	6, 38
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Essen	Prof. Dr. Johannes Hebebrand	14/2842	7
LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen	Michael van Brederode	14/2844	8
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Lippe, Bad Salzuflen	Dr. Rudolf Jebens	14/2834	9, 39
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LVR-Klinikum Düsseldorf	Dr. Gudrun Ott	14/2847	10, 41, 42
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	Dr. Michael Meusers	Verweis auf Stellungnahme 14/2842	11, 45
Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Mettmann	Dr. Matthias Albers	14/2836	12, 47
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Drensteinfurt	Prof. Dr. Dr. Josef Weglage	Verweis auf Stellungnahme 14/2842	13, 49
Ärztekammer Nordrhein/Ärztekammer Westfalen-Lippe	Dr. Claudia Kramer-Cannon	-	14, 50
Verbände der Kostenträger	Andreas Hustadt (vdek); Elke Neuhaus (AOK WL)	14/2832	15, 51
Zentrum für Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Bonn	Dr. Meinolf Noeker	14/2849	16, 53
Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der Stadt Bielefeld	Dr. Johannes Hoppmann	14/2841	18, 55

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband NRW, Wuppertal	Birgit Pammé	-	19, 55
Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Nordrhein-Westfalen e. V.	Eva Dorgeloh	14/2830	20, 55
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund	Susanne Drews	14/2839	22, 56
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V., Bochum	Matthias Seibt	14/2837	22, 56
Stadt Bornheim	Markus Schnapka	14/2855	24, 57
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik, LWL-Klinik Marsberg	Dr. Falk Burchard	14/2833	26, 58
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeut für Erwachsene, Lüdinghausen	Dr. Khalid Murafi	14/2838	28, 58
LVR-Landesjugendamt Rheinland, Köln	Dr. Birgit Lambertz	14/2835	29, 59

Weitere Stellungnahmen	
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Aachen	14/2831
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe	14/2850
Dipl.-Psych. Dietbert Lipka, Ltd. Landesverwaltungsdirektor i. R., Tecklenburg	14/2852



**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Meine Damen und Herren! Ich heiÙe Sie alle recht herzlich zur 87. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales willkommen. Zunächst begrüÙe ich die Mitglieder des Ausschusses und will zu Anfang dem Kollegen Rudolf Henke unsere Glückwünsche zum Gewinn des Bundestagsmandats aussprechen.

(Beifall)

Die Freude mischt sich ein bisschen mit der Trauer über den Verlust, den wir hier wahrscheinlich zu beklagen haben werden, Herr Kollege Henke. Für Ihre neue Tätigkeit wünschen wir Ihnen aber immer eine gute Hand.

Darüber hinaus begrüÙe ich die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung, die Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung, unsere ehemalige Kollegin Angelika Gemkow, die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Vertreter der Medien und ganz besonders Sie, meine Damen und Herren, die wir Sie zu dieser Anhörung als Sachverständige eingeladen haben und die Sie auch so zahlreich unserer Einladung gefolgt sind.

Ich habe den Ausschuss mit Einladung 14/1641 vom 16. September 2009 zur heutigen Sitzung einberufen. Diese Einladung erging gleichzeitig nachrichtlich an die Mitglieder des Ausschusses für Generationen, Familie und Integration. Zwischen den Mitgliedern beider Ausschüsse gibt es bekanntlich eine gewisse Personenidentität. Dies bietet sich auch vom Thema her an.

Einziges Tagesordnungspunkt dieser Sitzung ist die öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu:

**Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW ausbauen und konzeptionell weiterentwickeln**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 14/9270

In Verbindung damit:

**Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW verbessern**

Antrag  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Drucksache 14/9429

Die Sachverständigen waren zur Vorbereitung der heutigen Veranstaltung gebeten, zu diesen Themen Stellung zu nehmen. Für die uns zugegangenen Stellungnahmen spreche ich, auch im Namen der Ausschussmitglieder, meinen ausdrücklichen Dank aus.

Ich darf noch auf Folgendes aufmerksam machen: Für eine Teilnahme an dieser Anhörung haben sich noch mehr Expertinnen und Experten interessiert. Es gab auch weitere Vorschläge aus den Fraktionen. Aber auch aufgrund der zur Verfügung stehenden Zeit haben wir uns auf den Kreis der nun Eingeladenen beschränken müssen. Das heißt nicht, dass alle anderen, die dem Ausschuss gegenüber ein Statement abgeben wollen, davon abgehalten wären. Das ist im Übrigen immer so: Jeder kann sich im Rahmen einer Zuschrift an das Parlament wenden.

Zunächst hatten wir vorgesehen, unmittelbar in die Befragung durch die Abgeordneten einzutreten. Es dürfte aber doch sinnvoll sein, jedem Sachverständigen vorab die Gelegenheit zu geben, in ungefähr drei Minuten noch einmal kurz und knapp seine wesentlichen Thesen zu formulieren. Dabei sollten die Experten sehr stringent vortragen und nicht das wiederholen, was schriftlich vorliegt. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Anträge interessiert uns vornehmlich die Organisation der Schnittstellen zwischen der Jugendhilfe und dem SGB-V-Bereich. In einigen Stellungnahmen sind diesbezüglich auch schon konkrete Empfehlungen enthalten.

Abweichend von dem vorliegenden Tableau werden nach Frau Schuhmann-Wessolek zunächst Herr Prof. Dr. Hebebrand und Herr van Brederode sprechen, weil uns diese beiden Herren aufgrund anderweitiger Verpflichtungen bereits gegen 10:45 bzw. 10:30 Uhr wieder verlassen müssen. Ich gehe davon aus, dass Sie mit dieser Änderung einverstanden sind.

Sehr geehrte Expertinnen und Experten, ich appelliere noch einmal an Sie, sich bei Ihren Eingangsbemerkungen an die Drei-Minuten-Vorgabe zu halten. Immerhin werden wir jetzt 20 Statements hören.

**Helga Schuhmann-Wessolek (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster):**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich fühle mich hier heimisch. Im Januar 2007 und im Januar 2009 hatte ich die Gelegenheit, den Mitgliedern des Landtags vorzutragen. An den grundlegenden Entwicklungen hat sich nichts geändert. Ich fasse zusammen:

Erstens. Obwohl die absolute Zahl der Kinder und Jugendlichen sinkt, steigt die Zahl der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen von Jahr zu Jahr an. Von 1996 bis 2008 sind in den drei Kliniken des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe die stationäre Fallzahl um 63 % und die teilstationäre Fallzahl um sage und schreibe 443 % gestiegen. Im selben Zeitraum haben sich die vollstationären Verweildauern um 47 % und die teilstationären Verweildauern um knapp 12 % verkürzt. Die Mangel-situation bei den Kapazitäten wurde hinlänglich diskutiert; dieser Sachverhalt ist schriftlich dargestellt worden. Auch daran hat sich nichts geändert. Wir möchten gerne, dass die tatsächliche Inanspruchnahme Grundlage der Krankenhausplanung ist, dass also vollstationäre und teilstationäre Bettenkapazitäten dort aufgebaut werden, wo sie seit Jahren empirisch nachgefragt sind.

Zweitens. Es gibt noch nicht in jeder kreisfreien Stadt und jedem Kreis eine Tagesklinik. Dies ist aber unverzichtbar. Es wäre daher sehr wünschenswert, dass alle seit Jahren gestellten entsprechenden Anträge so bald wie möglich beschieden werden.

Drittens. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss verstärkt in Forschung und Lehre der medizinischen Fakultäten integriert werden. Wir hoffen, in Bälde mit unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in Hamm Universitätsklinik der medizinischen Fakultät in Bochum werden zu können, wie es unsere erwachsenenpsychiatrische Klinik in Bochum bereits ist.

Viertens. Last, but not least unterstütze ich ganz ausdrücklich die Etablierung eines weiteren Modellprojekts zur Vernetzung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Einrichtungen der Jugendhilfe, den Schulen und anderen adäquaten Diensten. Wir haben vor etwa zwölf Jahren ein entsprechendes Modellprojekt in Herne abgeschlossen. Dieses ist vom Konzept her zur Blaupause für Westfalen gemacht worden. Es bedarf dringend des weiteren Vorantreibens dieser Verzahnung. – Vielen Dank für Ihre dreiminütige Aufmerksamkeit.

**Prof. Dr. Johannes Hebebrand (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Essen):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin froh, dass wir hier einmal die Belange der Kinder- und Jugendpsychiatrie vortragen dürfen. Das freut uns alle sehr. An den zahlreichen eingegangenen Stellungnahmen können Sie erkennen, dass wir als Kinder- und Jugendpsychiater sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Belange der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen sehr engagiert voranbringen möchten. Das ist insbesondere deshalb so wichtig, weil die Zahl von Kindern und Jugendlichen bzw. deren Familien, die psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen nachfragen und in Anspruch nehmen, erheblich im Ansteigen begriffen ist. Dieses Phänomen ist weltweit in den industrialisierten Ländern zu beobachten. Wir wissen auch, dass dies primär in Ober- und Mittelschicht beginnt und erst mit Verzögerung die unteren sozialen Schichten erreicht. Das heißt, dass gut situierte Familien sehr viel einfacher auf kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Leistungen zugreifen können als schlechter gestellte Familien. Für uns alle bedeutet das eine große Aufgabe, die es gemeinsam zu meistern gilt.

In den zahlreichen Stellungnahmen, die Ihnen vorliegen, haben wir die Situation der stationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung beschrieben. Aus meiner Sicht gilt es natürlich insbesondere, die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Dort gibt es den größten Bedarf. Darüber hinaus besteht aber sowohl im stationären als auch im tagesklinischen Bereich entsprechender Bedarf.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemein zu fördern. Dies kann nur über eine fundierte Anbindung dieses Fachs an medizinische Fakultäten geschehen. Gegenwärtig haben wir in Nordrhein-Westfalen vier Lehrstühle. Im Augenblick bieten sich gute Möglichkeiten, deren Zahl zu erhöhen und in Bonn sowie in Bochum neue Lehrstühle zu schaffen. Ich sehe akuten Bedarf, sich vonseiten der Politik in die entsprechenden Verhandlungen vor Ort einzuklinken und die universitäre Anbindung insbesondere in Bonn und in Bochum zu unterstützen.

Die vor uns liegende Problematik ist komplex. Ich möchte ein Stück weit davor warnen, mit allzu schnellen Schüssen zu reagieren. Am Ende unserer Stellungnahme haben wir unter Punkt 10 einen Vorschlag unterbreitet, mit dem man hier gut vorankommen könnte. In der Tat wäre es sinnvoll, ungefähr fünf Sitzungen anzuberaumen, die in kleinem Kreis stattfinden sollten. Wenn Sie in diesem Rahmen zunächst die Kinder- und Jugendpsychiater an einen Tisch bringen – die Bereitschaft dazu ist vorhanden; das Engagement ist groß –, können wir zu den verschiedensten Fragestellungen, die natürlich von Ihnen vorgegeben werden sollten, gut abgesprochene Stellungnahmen en détail vorbereiten. Sie haben hier ja eine größere Anzahl von Stellungnahmen bekommen. Ich würde es begrüßen, wenn wir Ihnen sehr fokussiert zu Hilfe kommen könnten, indem wir versuchen, in Bezug auf definierte Fragen Prioritätenlisten zu erstellen.

Es tut mir leid, dass ich heute vorzeitig abreisen muss. Herr Minister Laumann wird uns in Essen um 11 Uhr einen Bewilligungsbescheid für ein Förderprojekt zu den Problembereichen Schulverweigerung und Jugendarbeitslosigkeit überreichen. Ich bedaure diese Terminkollision außerordentlich. Wir haben noch versucht, diesen Termin zu verlegen; das ließ sich aber nicht arrangieren. – Vielen Dank.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Da eine Reihe von Sachverständigen darauf hingewiesen haben, dass sie Ihre schriftliche Stellungnahme unterstützen – zum Teil haben sie ja auch persönlich daran mitgearbeitet –, werden unsere Nachfragen sicherlich auch von Ihren Kollegen beantwortet werden können.

**Michael van Brederode (LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen):** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Wir hatten bereits mehrfach Gelegenheit, die Versorgungsengpässe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hier darzustellen. Insofern bin ich auch dankbar, dass die Warnungen der Fachleute nicht nur in den beiden heute zur Diskussion stehenden Anträgen Reflexion gefunden haben, sondern inzwischen auch in einem Sofortprogramm des Landes, das darauf abzielt, die vorhandenen Versorgungsnotwendigkeiten rascher abzubauen. Das ist ein wesentlicher Erfolg und lässt uns ein wenig optimistischer in die Zukunft blicken. Deswegen will ich diesen Punkt nicht noch einmal vorbringen. Wir haben aber natürlich nach wie vor erhebliche Versorgungsengpässe. Es gibt sowohl Wartezeiten als auch eine Überauslastung der bestehenden Kapazitäten. Lassen Sie mich mit Blick auf die Zukunft den Fokus jedoch auf einen etwas anderen Aspekt lenken, nämlich die Frage der besseren Früherkennung und Prävention psychischer Störungen in der Jugend.

Wir wissen aus einschlägigen Untersuchungen, dass wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie maximal die Hälfte – wahrscheinlich deutlich weniger – der behandlungsbedürftig an psychischen Störungen erkrankten Kinder und Jugendlichen erreichen. Es wird eine wesentliche Aufgabe sein, die Kinder- und Jugendpsychiatrie so zu entwickeln, dass sie betroffene Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern früher erreichen kann. Dafür ist auch eine bessere Vernetzung der unterschiedlichen Bereiche notwendig, damit Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen dort erkannt werden können. Dazu gehört neben der Schule mit Sicherheit auch die Jugendhilfe.



Auf diesem Feld haben wir noch einen erheblichen Entwicklungsbedarf, die unterschiedlichen Segmente der Versorgung so zu vernetzen, dass wir das Ganze tatsächlich in ein integriertes Präventions- und Früherkennungskonzept einbringen können. – Vielen Dank.

**Dr. Rudolf Jebens (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Lippe, Bad Salzuflen):** Herr Vorsitzender! Sehr verehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung. Ich freue mich über das Interesse an diesem Thema. Es treibt uns als Kliniker seit Jahren um und hat zu einer Vielzahl von Anträgen, Stellungnahmen und Bestätigungen geführt, dass die Versorgungskapazitäten und der Versorgungsbedarf eklatant auseinanderklaffen und die uns zur Verfügung gestellten stationären, teilstationären und ambulanten Maßnahmen nicht ausreichen, um den Bedarf auch nur annähernd zu decken. – Lassen Sie mich einige wenige Punkte herausgreifen.

Die Bettenmessziffer ist obsolet. Sie ist veraltet. Es sollten mehr die Versorgungsverhältnisse in den einzelnen Regionen und die lokalen Bedingungen der Kinder und Jugendlichen sowie Familien ins Auge gefasst werden. Darauf sollte regional reagiert werden können, um flexibel zu sein und unter Ausnutzung vor Ort vorhandener Ressourcen Bedarfe wirklich abzudecken.

Eine Wartezeit von sechs Wochen bis zur stationären oder teilstationären Aufnahme und eine durchschnittliche Auslastung einer Klinik von 90 % sollten dabei Maßstab sein – bei 100 % Psych-PV. Eine Absenkung der Verweildauer, um mehr Patienten durchzuschleusen, ist nicht die Lösung des Problems, sondern würde eher zu einem Drehtür-Effekt führen.

Die überregionalen Behandlungsschwerpunkte wie beispielsweise die Versorgung geistig Behinderter, Suchtkranker und sexuell Delinquenter sollten ausgebaut werden und nicht auch in den zum Teil kleinen Versorgungskliniken mit abgedeckt werden müssen. Das ist keine gute, qualifizierte Behandlung und führt auch zur Alteration anderer Patienten.

Das Thema Prävention wurde bereits angesprochen. Wir brauchen die Möglichkeit der Mutter-Kind-Station im Bereich der Früherkennung und Frühbehandlung. Dies ist eine absolute Notwendigkeit. Wir können nicht erst im Alter von fünf oder sechs Jahren mit den Behandlungen beginnen. – Zur Prävention gehört auch die Möglichkeit der aufsuchenden Tätigkeit, etwa in Kindergärten oder auch in Frauenkliniken. Wenn man dort Konsile macht, sieht man häufig schon schwierige soziale Verhältnisse, bei denen man früh regulierend eingreifen könnte.

Ein weiterer Punkt ist die Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie. Die Altersgrenze von 18 Jahren ist rein willkürlich. Die Behandlung von Adoleszenten in der Erwachsenenpsychiatrie gestaltet sich zum Teil problematisch. Daher sollte diese Altersgrenze flexibel gehandhabt werden können. Es darf nicht länger so sein, wie es zum Beispiel bei uns in Bad Salzuflen bisher ist. Wir müssen wegen des Aufnahmedrucks Patienten mit 18 Jahren verlegen, was häufig die weitere Behandlung verkompliziert.

Die Problematik in Bezug auf Jugendhilfe und Schulen ist in dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen ausführlich dargestellt worden. Diesen Gesichtspunkt unterstütze ich nachdrücklich. Die Jugendhilfe ist zum Teil überfordert. Es kommt zu zahlreichen Verlegungen von der Jugendhilfe in die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen von Notfall- bzw. Krisenaufnahmen; denn die Jugendhilfe ist überfordert, weil sie personell unterausgestattet ist und zunehmend schwierige Kinder und Jugendliche aufnehmen muss. Die Zahl der Notaufnahmen aus der Jugendhilfe ist in den letzten Jahren drastisch gestiegen. Die 2. Ulmer Heimkinderstudie belegt, dass 60 % aller Kinder und Jugendlichen in Heimen psychisch behandlungsbedürftig sind. Das spüren wir als Versorgungsklinik unmittelbar. Ein Ansatzpunkt ist daher die Schaffung einer klar geregelten Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Jugendhilfe – nicht einzelfallbezogen und nicht personenabhängig, sondern strukturell geordnet mit klaren Standards, festen Prozeduren und verbindlichen Regelungen, welche Hilfen bei welchen Belastungsfaktoren einzusetzen haben.

Letztendlich hängt die adäquate Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen auch von den zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätzen für Fachkräfte ab. Je weniger stationäre und teilstationäre Einrichtungen es gibt, desto geringer ist die Zahl der auszubildenden Kinder- und Jugendpsychiater. Dieser Aspekt sollte nicht außer Acht gelassen werden.

Abschließend ist Folgendes festzuhalten: Tageskliniken sind nicht die Lösung des Problems. Sie sind mittlerweile zu Ersatzkliniken für vollstationäre Behandlungen geworden – mit zum Teil nicht mehr vertretbaren Belastungen der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien. Inzwischen ist die Zahl der Verlegungen von Tageskliniken in unsere Klinik in Bad Salzuflen mehrfach größer als die Zahl der Verlegungen in die umgekehrte Richtung. Tageskliniken sind notwendig, können aber stationäre Betten nicht ersetzen, sondern müssen zusätzlich eingerichtet werden. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Dr. Gudrun Ott (Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LVR-Klinikum Düsseldorf):** Vielen Dank – letztlich im Namen der betroffenen Kinder und Jugendlichen, die Sie damit auch vertreten und für die Sie auf diesem Weg hoffentlich etwas bewegen können. – Dem von meinen Kollegen grundsätzlich Gesagten kann ich mich anschließen. Um keine Redundanzen entstehen zu lassen, möchte ich Ihre Aufmerksamkeit nur noch auf einige kritische Punkte fokussieren.

Es ist wichtig, die ambulante Versorgung, die teilstationäre Versorgung und die stationäre Versorgung nicht wegen der Kosten gegeneinander auszuspielen. Alle Bereiche sind dringend notwendig und müssen ausgebaut werden. Obwohl wir alle natürlich anstreben, dass Kinder, wenn irgend möglich, nicht stationär aufgenommen werden müssen, zeigt sich, dass nach wie vor ein hoher Bedarf besteht und nicht genügend Betten vorhanden sind.

Aufgrund der knappen personellen Ressourcen in allen Sektoren, sowohl in der Medizin als auch in der Jugendhilfe, passiert gelegentlich das, was der Bund 1975 mit der Psychiatrie-Enquete erreichen wollte und zum Teil auch erreicht hat. Es wird

nämlich immer wieder versucht, Kinder und Jugendliche in der Psychiatrie zu beheimaten. Dagegen möchten wir uns ausdrücklich verwehren. Kinder werden nicht in Psychiatrien beheimatet.

Unerträglich ist ebenfalls, dass versucht wird, juristische Belange in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verlegen. Auch das geht für die betroffenen Kinder und Jugendlichen überhaupt nicht. Hier sind andere Modelle gefragt. An dieser Stelle ist schnelles Handeln notwendig. – Das war das Wesentliche. Vielen Dank.

**Dr. Michael Meusers (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich schließe mich meinen Kollegen an. Wie Sie sehen, haben wir dieselben Sichtweisen. Das heißt, dass man über diese Dinge gar nicht mehr zu diskutieren braucht. – In den verbleibenden zweieinhalb Minuten würde ich gerne vier konkrete Punkte ansprechen.

Erstens. Häufig wird die Sorge geäußert, wenn man die Psychiatrie ausbaue, komme es zu einer Stigmatisierung. Eigentlich findet etwas ganz anderes statt. Der Kunde stimmt mit seinen Füßen ab und kommt zunehmend gerne zu uns. Unser bester Werbeträger sind Patienten, die bei uns behandelt wurden – und selbstverständlich nicht beheimatet wurden. Insofern begrüßen wir alle sehr, dass Sie die Versorgung verbessern wollen; denn die Menschen, für die Sie zuständig sind, wollen genau das.

Zweitens. Mit Frau Schuhmann-Wessolek stimme ich darin überein, dass der Ausbau der Tageskliniken eine vordringliche Aufgabe ist. Tageskliniken müssen auch dort, wo die Wege weit sind, für alle Bevölkerungsschichten gut erreichbar sein. Das Gleiche gilt zwar für die stationären Einrichtungen. Damit stationäre Angebote erfolgreich betrieben werden können, bedarf es allerdings bestimmter Größen. Dort macht es keinen Sinn, Kleinheiten zu etablieren, in denen man gar nicht mehr alles vorhalten kann. Dagegen sind im tagesklinischen Bereich kleinere Einheiten sinnvoll zu gestalten.

Drittens. In Bezug auf die Früherkennung wäre es sinnvoll, ein Anreizsystem dahin gehend herzustellen, dass in Zusammenarbeit von Jugendamt, Gesundheitsamt, Kindergärten etc. Modelle aufgelegt werden, um die Kinder im Kindergartenalter zu realisieren und den Eltern frühzeitig den Weg zu einer adäquaten Hilfe zu bahnen. Wir konnten in der Stadt Hagen entsprechende Erfahrungen sammeln und haben dort gesehen, dass so etwas gar nicht so schwierig ist, wenn man alle Akteure an einen Tisch bekommt.

Viertens. Überall gibt es typische lokale Lösungsmodelle. Es gibt nicht das Modell für Nordrhein-Westfalen – und schon gar nicht für die Bundesrepublik. Damit Jugendhilfe, Jugendämter, Gesundheitsämter, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderärzte usw. zusammenarbeiten, bedarf es eines Anreizsystems – Sie wissen sicherlich besser als wir, wie man das in die Jugendhilfe hineinträgt –, um die Beteiligten dazu zu bringen, dass sie sich zu verbindlichen lokalen Absprachen zusammenfinden und die Versorgung verbessern. – Vielen Dank.

**Dr. Matthias Albers (Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Mettmann):** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte die wichtigsten Punkte hervorheben.

Erstens. Aus der Perspektive des Öffentlichen Gesundheitsdienstes schauen wir natürlich als Erstes auf die Gemeinden, auf die Städte und auf die Stadtteile. Dabei sehen wir, dass sich in bestimmten Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf, wie man sie gerne bezeichnet, gehäuft Verhaltensauffälligkeiten entwickeln, die irgendwann dazu führen, dass kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen in Anspruch genommen werden sollten oder müssten. Vor diesem Hintergrund ist Folgendes festzustellen: Wenn wir die Versorgung tatsächlich schultern wollen, müssen wir früh mit der gesundheitlichen Prävention beginnen und zuerst an Stadtentwicklung, Beschäftigungspolitik und Sozialpolitik denken, damit Lebensverhältnisse geschaffen werden, in denen die Chance für Kinder und Jugendliche, eine positive Entwicklung zu nehmen, erhöht wird.

Zweitens. Wie schon wiederholt betont worden ist, müssen wir Gesundheit, Jugend und Bildung zusammen denken. Die in den Familien auftretenden Problemlagen sind übergreifend. Hier stehen wir aber vor der Schwierigkeit, dass diese Bereiche in der Verwaltung organisatorisch vollkommen voneinander getrennt sind. Wenn man sich an irgendjemanden wendet, ist man immer mit zwei Dritteln seines Problems falsch. Es ist daher wesentlich, die Zusammenarbeit zu verbessern und ein gemeinsames Verständnis für die Probleme zwischen den verschiedenen Systemen zu fordern und zu fördern. Dabei darf man auch nicht die Schule vergessen; denn sie ist ein wichtiger Lebensraum, in dem Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. In diesem Zusammenhang denke ich an konkrete Fortbildungsmaßnahmen für sämtliche Mitarbeiter von Kindertageseinrichtungen und Schulen, insbesondere Grundschulen und offenen Ganztagsangeboten, aber auch für die Fachkräfte der sozialpädagogischen Familienhilfe und der Erziehungshilfe, damit sie alle in der Lage sind, rechtzeitig Problemlagen zu erkennen, die sich zu psychischen Störungen auswachsen können. Wir werden nämlich nur dann ein inklusives Gemeinwesen hinbekommen, wenn wir frühzeitig intervenieren, bevor sich der Bedarf für Spezialmaßnahmen entwickelt hat. Wenn Kinder und Jugendliche erst einmal Spezialprobleme haben, für die Spezialdienste die einzige Lösung sind, ist es mit Inklusion auch nicht mehr weit her. Dann schaffen wir höchstens noch Integration, wenn alles gut klappt. Ich halte es für ganz wichtig, an dieser Stelle sehr weit in den pädagogischen Raum zu kommen – nicht um diesen Bereich zu medizinisieren, sondern um Kompetenzen und Wissen zu schaffen, damit dort rechtzeitig Weichen gestellt werden können.

Drittens. Wir müssen – aus meiner Perspektive ist das ganz klar – den Öffentlichen Gesundheitsdienst bedarfsgerecht ausbauen. Die gesetzlichen Grundlagen bestehen bereits. In den §§ 12 und 16 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst sind der kinder- und jugendärztliche Dienst sowie der sozialpsychiatrische Dienst geregelt. In § 54 des Schulgesetzes ist die Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde als schulärztlicher Dienst beschrieben. Wir haben aber unzureichende Mittel auf der kommunalen Ebene, unklare Aufgabenabgrenzungen zur Jugendhilfe und vor allen Dingen einen Mangel an Fachärzten. Selbst wenn wir bei knappen Haushaltslagen Stellen einrichten können, gibt es unvorstellbare Schwierigkeiten, diese Stellen zu

besetzen. Dabei ist es eindeutig die Funktion der Koordination vor Ort, solche Netzwerke anzustoßen. Das ist etwas Originäres, was der Öffentliche Gesundheitsdienst leisten kann und leisten soll. Dort, wo er ausreichend ausgestattet ist, leistet er dies auch. Das ist ein wesentlicher Punkt, den man nicht vergessen darf.

Viertens. Ebenfalls bereits mehrfach angesprochen worden ist – ich möchte das aber noch einmal auf den Punkt bringen –, dass die unzureichende finanzielle Ausstattung der Jugendhilfe eines der Haupthindernisse für eine erfolgreiche Kooperation darstellt. Die Mittel, die der Jugendhilfe zur Verfügung stehen, sind äußerst knapp geschnitten. Ihre Kernansätze stammen häufig aus Zeiten, zu denen es das SGB VIII noch nicht gab und die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach dessen § 35a gar nicht Bestandteil der Jugendhilfe war. Die Kosten, die entstehen, wenn ein solcher Fall auftritt, sprengen oft das Budget einer kleineren Stadt, die ihre Jugendhilfeangelegenheiten ja selbst erledigen kann, was auch richtig ist. Durch diese Unterfinanzierung im SGB-VIII-Bereich werden die Bereitschaft und die Fähigkeit der Jugendämter, Probleme tatsächlich frühzeitig zu erkennen und anzugehen, deutlich geschwächt. Dabei führen kurzfristige sektorale Einsparungen im Bereich SGB VIII zu langfristigen Folgekosten in den Bereichen SGB II und SGB XII. Außerdem geht es nicht nur um Geld. Ohne seelische Gesundheit gibt es nämlich keinen Zugang zu Bildung und Ausbildung und damit auch keinen Zugang zum Erwerbsleben. Und wer vom Erwerbsleben ausgeschlossen ist, lebt in unserer Gesellschaft in Armut und ist von zentralen Bereichen gesellschaftlicher Teilhabe dauerhaft ausgegrenzt. Deshalb ist es immens wichtig, dass wir sehr frühzeitig die Weichen richtig stellen und die Mittel dort einsetzen, wo wir tatsächlich verhindern können, dass dieser große Strom auf das SGB V zuflutet. – Vielen Dank.

**Prof. Dr. Dr. Josef Weglage (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Drensteinfurt):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich darf Sie herzlich grüßen und würde mich Ihnen gerne kurz vorstellen, damit Sie wissen, mit welchem Hintergrund ich hier vortrage. Von Haus aus bin ich Kinderarzt, Kinderneurologe und Kinder- und Jugendpsychiater sowie Geschäftsführer eines Modellprojekts eines Gesundheitszentrums für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Ich will nicht alles wiederholen, was meine Kollegen gesagt haben. Das ist sicher richtig; ich glaube aber, dass es zu kurz greift. Meines Erachtens können wir uns nicht darauf beschränken, mehr vom Selben zu fordern, sondern brauchen eine qualitative Erneuerung und eine Verzahnung der verschiedenen Ansprechpartner für kinder- und jugendpsychiatrische Probleme.

Erster Ansprechpartner ist nicht der Kinder- und Jugendpsychiater, sondern der Kinderarzt. Bei 50 % aller Patienten im kinder- und jugendmedizinischen Bereich geht es um psychosoziale Fragestellungen. Wir haben ein Modellprojekt realisiert, bei dem Kinderärzte, Kinderneurologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Ergotherapeuten, Heilmittelerbringer und Pädaudiologen unter einem Dach zusammenarbeiten und gemeinsame Fallbesprechungen durch-

führen. Dort ist die Schwelle zur Weiterleitung der Patienten im Interesse einer frühzeitigen bedarfsgerechten Versorgung erniedrigt worden.

Die Alltagsrealität eines Patienten, der kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe benötigt, sieht heute wie folgt aus: Er geht zum Kinderarzt und wird erst einmal mit den Worten „vielleicht gibt es sich so“ dilatiert. Zunächst einmal wartet er also. Im zweiten Schritt wird er dann endlich beim Kinder- und Jugendpsychiater angemeldet und wartet weitere sechs Monate. Anschließend wird er dort ambulant gesehen. Wenn sich dabei herausstellt, dass der Fall schwieriger ist, meldet man ihn entweder in der Tagesklinik – Wartezeit: weitere sechs Monate – oder für eine stationäre Behandlung – gleiche Wartezeit – an. Nachdem er endlich dort behandelt worden ist, funktioniert der Weg zurück in die ambulante Betreuung nicht, sodass er wieder drei Monate wartet. Damit werden die ganzen Behandlungsmaßnahmen konterkariert.

Wir werden vor Ort ein tagesklinisches Angebot machen – und auch ein stationäres Angebot; denn wir glauben, dass das Ganze sehr viel niederschwelliger sein muss und maximal verzahnt sein muss, um wirkliche Prävention betreiben zu können und nicht hinterherzubehandeln. Das funktioniert nur, wenn die Leute vor Ort sind und dort mit einer ganz engen Rückkopplung Hand in Hand arbeiten.

Deshalb glaube ich auch, dass es nicht nur mehr vom Selben sein sollte. Ich stimme mit meinen Kollegen vollständig darin überein, dass wir auf diesem Gebiet eine Unterversorgung haben. Mehr vom Selben alleine reicht aber nicht aus.

Ich würde Sie gerne einladen, über solche Modellprojekte in die Diskussion einzutreten. Wir sind hier mit Mitgliedern des Landtags im Gespräch. An dieser Stelle ist Wind in der Diskussion. Ich kann die Interessierten nur einladen, daran teilzunehmen. – Ich danke Ihnen.

**Dr. Claudia Kramer-Cannon (Ärztchammer Nordrhein/Ärztchammer Westfalen-Lippe):** Da ich in erster Linie mit der Erwachsenenpsychiatrie und mit Versorgungsfragen vertraut bin, bin ich an dieses Thema herangegangen, indem ich nach Zahlen in Bezug auf die Versorgungsforschung und den Versorgungsbedarf geschaut habe. Die Zahlen sind ein Stück weit mager. Eines ist aber sicherlich eindrucksvoll: 20 bis 25 % der Kinder schlagen in Untersuchungen mit einer psychiatrischen Diagnose auf – um es einmal salopp zu formulieren. Bei einer Kindergartengruppe oder einer Schulklasse mit 30 Kindern wären das sieben oder acht Kinder. Wenn wir zu erwarten haben, dass sieben bis acht Kinder pro Gruppe bzw. Klasse in irgendeiner Form psychiatrisch oder psychosozial – ich kann das gar nicht von Anfang an trennen – Probleme haben, stellt sich für mich die Frage, wer denn überhaupt in der Lage ist, so etwas festzustellen. Das ist noch nicht die Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiater, sondern erst einmal das Problem der Basis, also der Erzieher/-innen und der Lehrer/-innen. Dann ist zu entscheiden: Wohin geht das betroffene Kind? Geht es in den medizinischen Bereich, oder geht es in den Bereich der Jugendhilfe? Wir haben gehört, dass überall zu wenige Ressourcen vorhanden sind und dass in allen Bereichen Mehrbedarf besteht. Wir wissen aber auch, dass niemand den Bedarf genau definieren kann.

Eigentlich hat Frau Schuhmann-Wessolek in ihrem Statement schon alles auf den Punkt gebracht. Auch aus unserer Sicht kommen wir nur dann ein Stück weiter, wenn man in einer guten Modelluntersuchung genau die Fragestellungen untersucht, um die es geht. Das eine ist ein Stufenprogramm. Es heißt Früherkennung. Wir müssen uns fragen, wie die sieben bis acht Kinder einer Gruppe bzw. Klasse weiter durchs System laufen. Dann muss man prüfen, wie viel Bedarf besteht, wie viel Vernetzung notwendig ist, wer mit wem reden muss und was am Ende psychiatrisch und was am Ende psychosozial ist. Dabei sollte man erst einmal die Kosten beiseite lassen – und nach Möglichkeit auch Ideen mit hineinbringen. Ich komme aus dem ambulanten medizinischen Bereich und habe mit Blick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Idee, dass man sich anschaut, wie viel Prozent der Kinder- und Jugendpsychiater an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmen. Es sind nicht 100 %. Kann man die Quote erhöhen? Und wie sieht die Quote in der Kinder- und Jugendpsychotherapie aus? Das ist ja wieder ein anderer Bereich. Ziel sollte es sein, wirklich auf den festgelegten Anteil von 20 % zu kommen. Im Übrigen gibt das GKV-System auch diagnosebezogene Verträge zur integrierten Versorgung her, zum Beispiel IV-Verträge für ADHS. – Deshalb unterstütze ich das Plädoyer von Frau Schuhmann-Wessolek für die Etablierung eines weiteren Modellprojekts. Diese Fragen können nur dadurch beantwortet werden.

Als zweiten Punkt möchte ich die Frage ansprechen, wie man Ärzte motivieren kann, den Beruf des Kinder- und Jugendpsychiaters zu ergreifen. Da Ärzte jede Menge Chancen haben, sich ihre Tätigkeitsfelder auszusuchen, müssen wir die Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Ausbildung und allen anderen Bedingungen her attraktiver gestalten. Sie muss in der Hochschullandschaft anders dastehen, um anziehend zu sein.

**Andreas Hustadt (Verbände der Kostenträger):** Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Wir schauen mit großer Sorge auf die wachsende Zahl von Kindern und Jugendlichen, die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung suchen oder dorthin verwiesen werden. In Nordrhein-Westfalen haben wir ein vielschichtiges Strukturangebot. Überall gibt es etwas – einmal unabhängig von der Frage, wie groß es ist. Wir gehen davon aus, dass das Angebot vom Umfang her insgesamt ausreicht, sehen im Augenblick aufgrund der langen Wartezeiten aber auch, dass etwas zu tun ist.

In den Bereichen, in denen wir einen Gestaltungsauftrag haben, sind wir auch dabei, dieser wachsenden Nachfrage nachzukommen – beispielsweise, indem die Anträge von Kliniken auf zusätzliche Betten und die Anträge auf Einrichtung von Tageskliniken bearbeitet werden. Von daher rechnen wir fest mit einem Kapazitätswachstum.

In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung durch Niedergelassene wurde mit der Umstellung der Bedarfsplanungs-Richtlinien die 20%-Quote von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten eingeführt. Deshalb ist davon auszugehen, dass wir hier in den nächsten Jahren ein breiteres Versorgungsangebot bekommen, sodass die Kinder und Jugendlichen auch wohnortnah besser versorgt werden.

Insgesamt gibt es noch viele weitere Angebote, die wir mit deren Anbietern vertraglich gestalten.

Wir betrachten die gesamte Entwicklung allerdings mit wachsender Sorge; denn wir erkennen auch eine Schieflage. Normalerweise lautet der Grundsatz ja „ambulant vor stationär“. Bei Betrachtung der Ausgaben stellen wir aber fest, dass wir für die Endstufe der Versorgung, nämlich die stationäre Psychiatrie und die tagesklinischen Leistungen, wesentlich mehr Geld ausgeben als für den unteren Bereich der ambulanten Versorgung. Dieses Verhältnis müssten wir eigentlich umdrehen. In den Stellungnahmen der Expertinnen und Experten wird auch die Ursache für diese Situation klar. Wir haben hier deutlich gehört, dass die Probleme im Kern in den Lebensbereichen Schule, Familie und Freizeitgestaltung liegen und dort angepackt werden müssten.

An dieser Stelle sehen wir mit Sorge, dass die Kommunen sich aus ihren Angeboten der Kinder- und Jugendberatung sowie der Jugendhilfe weiter zurückziehen und wir im Prinzip etwas bekommen, was man als Pathologisierung der Gesellschaft beschreiben könnte. Unseres Erachtens sollte man das Pferd von vorne aufzäumen. Die Kommunen und alle, die vor Ort aufgrund ihres Gestaltungsauftrags in der Verantwortung stehen, sollten sich dafür einsetzen, dass weniger Kinder verhaltensauffällig werden – vorhin wurden in diesem Zusammenhang die Kindertagesstätten und die Schulen genannt –, dass man verhaltensauffällig werdende Kinder nicht sofort als kranke Kinder in die Behandlungsstrukturen überweist, sondern ihnen Beratung angedeihen lässt, und dass bei bestehendem Behandlungsbedarf die Behandlung dort stattfindet, wo sie angemessen, wohnortnah und damit auch gut erfolgen kann.

Dementsprechend halten wir eine Vernetzung der Angebote auf der örtlichen Ebene – auch stark in der Verantwortung der kommunalen Leistungsträger – für erforderlich, damit eine bessere integrierte Versorgung stattfindet.

Wenn wir uns die Analysen der Sachverständigen anschauen, gewinnen wir gleichzeitig den Eindruck, dass die Ursachen für diesen steigenden Bedarf an Behandlung nicht so deutlich herausgearbeitet sind, dass man tatsächlich in Bezug auf eine bestimmte Maßnahme sagen könnte, das sei jetzt die Lösung, um dieser Versorgungsproblematik erfolgreich zu begegnen. Deshalb schlagen wir vor, noch einmal eine dezidierte Analyse der Ursachen für den zusätzlichen Versorgungsbedarf durchzuführen. – Vielen Dank.

**Dr. Meinolf Noeker (Zentrum für Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Bonn):**

Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Zur Einführung möchte ich auch kurz etwas zu meinem Hintergrund sagen. Ich arbeite als Psychologe bzw. Psychotherapeut am Zentrum für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Bonn. Deshalb gibt es bei mir ähnlich wie bei Herrn Weglage eine starke Schnittmenge mit der Pädiatrie. In diesem Zusammenhang sehe ich deutlich, dass bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen eine enge Verknüpfung mit der pädiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung durch Niedergelassene sowie der Sozialversorgung durch die Jugendhilfe besteht.



Außerdem war ich 20 Jahre lang Mitglied und zum Schluss Vorsitzender des Gesundheitsausschusses beim Landschaftsverband Rheinland. Dort habe ich gelernt, bei solchen Anhörungen möglichst zielorientiert Ergebnisse herbeizuführen. Im Gegensatz zu dem, was einige Vorredner gesagt haben, sollten wir nach meiner Überzeugung daher nicht mehr in die Analyse der Situation einsteigen, sondern möglichst rasch ergebnisorientiert arbeiten. Der alte Spruch „wir haben kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem“ gilt in kaum einem Bereich stärker als hier. Solange die Wartelisten so eklatant sind, wie das wahrscheinlich von allen Referenten dargestellt werden wird, brauchen wir gar keine großen epidemiologischen Untersuchungen mehr durchzuführen; denn das spricht im klinischen Alltag für sich.

Daher möchte ich mich auf einige sehr ins Konkrete gehende Schlussfolgerungen konzentrieren, die nicht nur gesundheits-, sozial- und jugendhilfepolitisch Sinn machen, sondern – das werden die nächsten Jahre ja zeigen – potenziell auch im Rahmen von sehr eng gesetzten finanzpolitischen Rahmenbedingungen eine Umsetzungschance haben.

Nirgendwo gilt der von allen hier im Raum Anwesenden wahrscheinlich geteilte Leitsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ stärker als in Bezug auf Kinder und Jugendliche. Wenn wir Kinder zur stationären Behandlung schicken, geht das immer mit dem Risiko oder der Begleiterscheinung – ich sage es zynisch – eines Kollateralschadens einher. Dafür müssen wir sie aus der Familie und aus der Schule herausnehmen, womit wir schon wieder Risiken der fehlenden Integration in die Gruppen setzen, was bedeutet, dass eigentlich erneut Störungsentwicklung stattgefunden hat. Stattdessen sollten wir zielgerecht, ergebnisorientiert und finanzpolitisch sauber die Szenarien optimieren, in denen tatsächlich Heilung, Genesung und Förderung stattfinden können. Dabei geht es um familienorientierte psychotherapeutische und psychosoziale Förderungsleistung – egal welche Berufsgruppe diese Leistung final zu erbringen hat: der Kinderarzt, der Psychotherapeut oder die sozialpädagogische Familienhilfe der Jugendhilfe.

Vor diesem Hintergrund rate ich davon ab, neue Modellprojekte – so erquicklich und erbaulich sie immer sind – ins Leben zu rufen. Man sollte auch keine neuen Strukturen schaffen, sondern die vorhandenen zusammenführen. Wir haben nämlich gerade in diesem Bereich eine enorme Zersplitterung der Strukturen mit unterschiedlichen gesetzlichen und fachlichen Zuständigkeiten, weil die Problemlagen immer eine Mischung aus medizinischen, psychiatrischen, psychosozialen, jugendhilferechtlichen, ernährungsbezogenen, armutsbezogenen und migrationsbezogenen komplexen Bedingungsgefügen darstellen, sodass der einzelne Therapeut in Regelfall nur über eine isolierte Expertise verfügt.

Wo haben wir Einrichtungen, bei denen eine multiprofessionelle, interdisziplinäre und biopsychosoziale Behandlung – so lauten die gängigen Schlagworte dazu; jeder dieser Begriffe ist aber nicht nur Schlagwort, sondern auch treffend – ansatzweise in Realisation gebracht worden ist? Aus meiner Sicht gilt das primär für zwei Institutionen zu: zum einen für die Institutsambulanzen der Kliniken, die im Hintergrund für eine Krisenintervention über das Angebot einer stationären Aufnahme verfügen, wenn das insbesondere aufgrund der zentralen Indikation Suizidalität erforderlich werden

sollte, und zum anderen – in der Schnittmenge zur Pädiatrie, zur Behindertenhilfe und zur Behandlung der Entwicklungsstörungen – für die sozialpädiatrischen Zentren, die auch einmal als Modelleinrichtungen gestartet sind.

Das Problem ist, dass wir die Institutsambulanzen der Kliniken und die sozialpädiatrischen Zentren mit einer pauschalierten Finanzierung ausgestattet haben. Daher besteht für die Träger zwar der Anreiz – das wird unter vier Augen immer wieder beklagt –, eine Erstdiagnostik durchzuführen, die das Problem beschreibt; die notwendigen personellen Ressourcen, um dann Abhilfe zu schaffen, sind aber nicht vorhanden oder werden zumindest nicht adäquat finanziert. Hier wäre der Ball noch einmal zurück an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen zu spielen. Sie sollten zu Verhandlungen über Verträge kommen, die einen Mix darstellen zwischen einer pauschalierten Grundversorgung und einer einzelfallbezogenen Abrechnung, die sich etwa an den Gebührenordnungen für die niedergelassenen Psychotherapeuten oder für die Kinder- und Jugendpsychiater orientieren kann. Es ist nämlich Fakt, dass sie es – trotz der völlig zu Recht erhobenen Klagen über die schlechte Unterstützung der Ausbildung für die kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendpsychotherapeutischen Berufe – in den nächsten zehn Jahren nicht gestemmt bekommen werden, dieses Versorgungsdefizit adäquat abzuarbeiten.

Insofern plädiere ich dafür, auf diesen beiden Ressourcen aufzubauen und sowohl die Institutsambulanzen der Kliniken als auch die sozialpädiatrischen Zentren in die Lage zu versetzen, eine adäquate multiprofessionelle – und im Krisendienst auch potenziell stationäre – Arbeit anbieten zu können. Dafür müssen die finanziellen Bedingungen aber so gestaltet werden, dass das Ganze überhaupt leistbar ist und letztlich für die Träger auch attraktiv wird. Wenn wir ein bestimmtes Fixum an Geld zur Verfügung haben, ist dies vielleicht die Einzelmaßnahme, mit der wir auch in finanzpolitisch schwierigen Zeiten am zielgenauesten ein Stück weit Optimierung schaffen würden. Auch dann haben wir noch Probleme, Mitarbeiter für diese Arbeit zu rekrutieren. Ich würde aber gerne einfach einmal diese Hauptbotschaft – weitere Punkte stehen in meiner Stellungnahme – in diese Runde hineingeben. – Schönen Dank.

**Dr. Johannes Hoppmann (Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der Stadt Bielefeld):** Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich über die Einladung und hoffe, dass Sie noch ein wenig Aufmerksamkeit für mich übrig haben.

Zunächst würde ich gerne darstellen, warum ich heute hier bin. Ich arbeite im kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst der Stadt Bielefeld, und zwar tatsächlich so, wie es in den Stellungnahmen gefordert wurde, nämlich auf kommunaler Ebene auch kinder- und jugendpsychiatrisch aufsuchend. Das heißt, dass ich unter anderem davon berichten kann, wie es ist, wenn man die Tür von der Polizei öffnen lässt oder beispielsweise in Zusammenarbeit mit Kindergärten Kindesherausnahmen vor Ort durchführen muss.

Wenn man die Ressourcen im Regelbereich, also bei den Gesunden, verknappt, wird das auf Dauer zu einer Verschiebung ins pathologische System führen. Man braucht sich nicht zu wundern, wenn ein Kind, das in einer 23er-Gruppe mit seinen Proble-

men kein Gehör findet, irgendwann dem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt wird. Das ist auch alles in Ordnung. Man kann aber nicht dauerhaft an den Ressourcen für die Basis sparen und dann die Überflutung des Krankheitssystems für nicht nachvollziehbar halten.

Wie ich in meiner Stellungnahme schon ausgeführt habe, sehe ich akuten Handlungsbedarf im stationären Bereich. Man kann nicht behaupten – hier unterstütze ich die Aussage von Herrn Jebens –, dass Tageskliniken diesbezüglich einen Ersatz darstellten. Wir erleben das Ganze in Bielefeld nun tagtäglich. Im Übrigen ist es auch nicht sinnvoll, alle Indikationsgebiete in den klassischen Kliniken zu mischen. Eine Trennung macht schon Sinn. In diesem Zusammenhang verweise ich auf meine Stellungnahme.

Bereits im Rahmen der Psychiatrie-Enquete sind kinder- und jugendpsychiatrische Dienste auf kommunaler Ebene gefordert worden. Solche Dienste findet man bis heute sehr selten. In den Kommunen gibt es also nur wenige Kollegen, mit denen ich mich auf dieser Ebene verständigen kann. Wenn ein Zusammenschluss, also etwas Übergreifendes zwischen Schule, Gesundheitssystem und Jugendhilfe, gefordert wird, so muss das Ganze auch irgendwie koordiniert und gesteuert werden. Meines Erachtens macht es Sinn, dies auf kommunaler Ebene zu tun. Man könnte zwar die Institutsambulanzen damit beauftragen; ich bin aber natürlich eher dafür, diese Aufgabe bei den Gesundheitsämtern anzusiedeln. Es ist sinnvoll, dort ein Steuerungsinstrument zu haben, in dessen Rahmen tatsächlich die Bedarfe der Region und der Stadt berücksichtigt werden. Nach meiner Einschätzung haben nämlich gerade die Kinder, die sich nicht verbalisieren können, sonst keinen Sprecher.

Man kann auch Politik dahin gehend betreiben, dass die betroffenen Kinder nicht ins Behandlungssystem abgeschoben werden. Ich erfahre immer wieder, dass mit einem Schrauben an kleinen Rädchen relativ viel gelingt. In diesem Zusammenhang unterstütze ich klar das Plädoyer für eine Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben auch einen Arbeitskreis, der schon seit Langem mit dieser Zielsetzung arbeitet. Generell muss sich das Denken in diese Richtung noch deutlich verbessern.

Über allem steht aber: Momentan ist akuter Handlungsbedarf gegeben. Das betrifft die stationäre Kapazität, aber auch die kommunale Ebene. Hier spreche ich sicherlich auch für die Fachärzte und die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Vieles funktioniert derzeit einfach nicht.

**Birgit Pammé (Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband NRW, Wuppertal):**

Zunächst würde auch ich mich gerne vorstellen. Ich bin Ergotherapeutin und leite seit mittlerweile zwölf Jahren ein Kindertherapiezentrum des Kinderschutzbundes. Wir bieten Ergotherapie und Sprachtherapie an, und zwar schwerpunktmäßig für den Kinderschutzbund, aber auch für andere Familien im Stadtteil.

Lassen Sie mich die bei diesem Thema bestehende Problematik am Beispiel der Stadt Essen verdeutlichen. Wir haben in Essen ein starkes Nord-Süd-Gefälle. Die Stadtmitte grenzt zwei unterschiedliche Bereiche ab. Im Essener Süden leben die gut

betuchten Familien und im Essener Norden die sozial schwachen Familien. Zwei Drittel der Kinder leben im Essener Norden. Zwei Drittel der Kinderärzte sind im Essener Süden. Die fünf niedergelassenen Psychotherapeuten, die sich auf Kinder spezialisiert haben, haben ihre Praxen im Essener Süden. Im Essener Norden gibt es keinen einzigen niedergelassenen Psychotherapeuten. Außerdem wandern immer noch Kinderärzte aus dem Norden ab. Momentan verlegen zwei Kinderärzte ihre Praxen vom Essener Norden in den Essener Süden – was ich auch gut verstehen kann.

Unsere Patienten schaffen es allerdings nicht, vom Essener Norden in den Essener Süden zu fahren. Vielleicht nehmen sie diese Fahrt ein Mal für die Diagnose und möglicherweise auch ein zweites Mal auf sich. Für eine längere Therapie ist das unseren Patienten aber nicht möglich. Sie tun es auch nicht. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die von uns begleiteten sozial schwachen Familien oft zu spät irgendwo erscheinen. Sie warten und warten. Dann gehen sie vielleicht zum Kinderarzt. Der sagt, wie schon erwähnt wurde: Es wächst sich aus; wir warten ein bisschen. – Diese Patienten sind nicht in der Lage, noch einmal andere Einrichtungen aufzusuchen. Vielmehr sind sie – in Anführungsstrichen – „beruhigt“. Es wächst sich dann aber eben nicht aus.

Vonseiten des Kinderschutzbundes beobachten wir, dass diese Familien zu spät betreut und zu spät behandelt werden. Wir würden uns wünschen, dass eine wohnortnahe Behandlung unter einem Dach angeboten wird; denn wir erleben immer wieder, dass diese Familien vielleicht in einer Institution ankommen, aber dann, wenn sie noch drei Straßen weiter müssen, immense Schwierigkeiten haben, dort wirklich zu erscheinen. Mittlerweile verfolgen wir das Konzept, dass wir im Rahmen unserer Möglichkeiten versuchen, bei uns alles unter einem Dach anzubieten. Dort arbeiten wir sehr stark interdisziplinär zusammen und schauen, welche Zielsetzung für die jeweilige Familie die richtige ist.

Des Weiteren muss man nach unserer Überzeugung mehr aufsuchend tätig werden. Wir müssen von der Komm-Struktur zu einer Geh-Struktur kommen, also mehr in Kindertagesstätten und Schulen gehen, um die Familien dort abzuholen und zu begleiten.

Außerdem müssen die diagnostischen Möglichkeiten verbessert werden. Ich erinnere daran, dass ein sechsjähriges ADHS-Kind heute sechs bis neun Monate auf einen Diagnoseplatz warten muss – was noch nicht heißt, dass dann die Therapie beginnt. Bevor die Therapie gegriffen hat, sind das erste und das zweite Schuljahr gelaufen. Dann hat dieses Kind seine Rolle in der Klasse, und die Lernschwierigkeiten sind vorprogrammiert. – Das waren die wesentlichen Punkte. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

**Eva Dorgeloh (Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Nordrhein-Westfalen e. V.):** Vielen Dank für die Einladung. – Vorab ein Satz zu mir: Ich leite den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Köln und bin Erwachsenenpsychiaterin.

In den Anträgen der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen sind viele wesentliche Eckpunkte bereits benannt worden. Ich kann mich auch den Statements der Vorredner anschließen, dass zunächst die gesamtgesellschaftlichen Möglichkeiten – Schule, Bildung usw. – auszuschöpfen sind und erst danach in eine medizinische Richtung gedacht werden sollte.

Ich möchte zwei wesentliche Aspekte hervorheben, die wir in unserer Stellungnahme auch genannt haben.

Zum einen sind aufsuchende Dienste notwendig. Herr Kollege Hoppmann hat das gerade schon vor dem Hintergrund seiner Arbeit dargestellt. Wir machen in Köln mit dem Aufbau unseres kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes zurzeit dieselbe Erfahrung. Hier besteht in der Tat sehr hoher Bedarf. In diesem Zusammenhang geht es insbesondere auch darum, Hilfen so früh wie möglich an die Betroffenen heranzutragen. Nach unseren Erfahrungen suchen gerade sozial Benachteiligte die Hilfeangebote nicht von sich aus auf. Von Eltern hören wir auch häufig den Ausspruch: Mein Kind ist zwar ein bisschen schwierig; es ist aber doch nicht verrückt. – An Psychiatrie wird in diesem Zusammenhang also zuletzt gedacht.

Zum anderen muss die Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der einen Seite und Jugendhilfe auf der anderen Seite vorangetrieben werden. Eine entsprechende Zusammenarbeit darf nicht nur personenabhängig und einzelfallbezogen stattfinden. Vielmehr muss es Strukturen geben, die die regelmäßige Kooperation im Rahmen einer Vernetzung gewährleisten. Wir sehen in diesem Zusammenhang auch einen enormen Fortbildungsbedarf. Einerseits müssen die Fachkräfte im primären pädagogischen Feld dahin gehend fortgebildet werden, vielleicht auch einmal an eine psychische Störung zu denken, bevor pädagogische Maßnahmen betrieben werden, die dann aber nicht mehr greifen können. Andererseits beobachten wir auch, dass Pädagogen sich aus der Pädagogik zurückziehen, weil sie meinen, das entsprechende Kind gehöre nun aber wirklich in die Psychiatrie. Wir denken, dass man den im pädagogischen Feld Tätigen eine größere Handlungssicherheit vermitteln muss, damit sie besser einschätzen können, wann denn eine psychische Störung vorliegen könnte und Handlungsbedarf in diese Richtung besteht.

Gestatten Sie mir noch ein kurzes Statement zum Thema Entstigmatisierung. In Bezug auf bestimmte Diagnosegruppen kann man in der Tat von einer Entstigmatisierung sprechen. So findet zum Beispiel die Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom“ mittlerweile stärkere gesellschaftliche Anerkennung. Sie macht natürlich nur einen kleinen Anteil der im kinder- und jugendpsychiatrischen Feld zu stellenden Diagnosen aus. Unseres Erachtens kann man also nicht davon ausgehen, dass bereits auf breiter Ebene eine Entstigmatisierung stattgefunden hätte. Deshalb müssen wir hier am Ball bleiben, um auch gesamtgesellschaftlich gesehen unseren Platz zu finden.

Wie Herr Albers schon geschildert hat, sind die Möglichkeiten, im Öffentlichen Gesundheitsdienst aufsuchende Hilfen anzusiedeln, bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Zu tun hat das einerseits mit den knappen personellen Ressourcen, die wir für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gewinnen können – zwischenzeitlich haben wir dort einen eklatanten Fachärztemangel –, und andererseits mit der finanziellen

Belastung, die die Kommunen sicherlich nicht alleine schultern können. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es durch die Vermittlung des Landes durchaus möglich war, mehrere Kostenträger für aufsuchende Hilfen heranzuziehen. In diesem Zusammenhang möchte ich auf das Modell aufmerksam machen, das sich bei der Behandlung Wohnungsloser etabliert hat. Dort kommt eine Mischfinanzierung aus kommunalen Mitteln, Landesmitteln und Krankenkassenmitteln zum Tragen. Inzwischen haben wir in einigen nordrhein-westfälischen Städten gute Möglichkeiten, diesen Personenkreis aufzusuchen und zu behandeln. Wir regen an, einmal über ein entsprechendes Finanzierungsmodell im Hinblick auf aufsuchende Hilfen für Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, die in kommunaler Hand einzurichten wären, nachzudenken. – So weit meine Anmerkungen. Danke schön.

**Susanne Drews (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Auch die Dienste und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege nehmen wahr, dass die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten immer weiter steigt.

Für uns ist wichtig, dass diese Kinder und Jugendlichen die Hilfen bekommen, die sie benötigen – ob es nun psychosoziale oder psychiatrische Hilfen sind –, ohne gleich mit dem Etikett „psychisch krank“ versehen zu werden.

Man sollte Kinder und Jugendliche nicht isoliert betrachten, sondern sie im Kontext ihrer Familie sehen. Von daher sind die Hilfeangebote auch wohnortnah auszurichten.

Sozial benachteiligte Familien und Familien mit Migrationshintergrund nehmen sozialpsychiatrische und psychosoziale Hilfen nur sehr wenig in Anspruch. Hier gilt es, die Zugangswege zu verbessern und sowohl niederschwellige als auch kultursensible Hilfeangebote zu entwickeln.

Die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Sozialpsychiatrie wurde schon von vielen Vorrednern angesprochen. Ich kann nur die Forderung unterstützen, diese Kooperation zu verbessern, damit auch alle Institutionen voneinander lernen.

Eine weitere Schwierigkeit stellt die Schnittstellenproblematik zwischen SGB VIII und SGB XII gerade für junge Erwachsene dar. Sie ist so rasch wie möglich zu beseitigen. – So viel von meiner Seite.

**Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V., Bochum):** Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Drei Gruppen sind hier vertreten: diejenigen, die von der Psychiatrie leben, diejenigen, die das Ganze bezahlen müssen und die eine erfreuliche Distanz zu dem Ruf nach immer mehr Geld für Psychiatrie haben – und wir, die wir am Psychiatriesystem sterben, und zwar 25 Jahre früher. Mehrfach wurden in den USA große epidemiologische Untersuchungen dazu durchgeführt. Ihre Ergebnisse entsprechen dem, was wir an unseren Mitgliedern und

an Nichtmitgliedern feststellen. Diese 25 Jahre sind für Dauerpsychiatrisierte in der Tat realistisch.

Das deckt sich damit, dass niemand von Heilung gesprochen hat und keiner gesagt hat, was er mit Psychiatrie bewirkt, sondern nur von einer ungeheuren Nachfrage geredet wird. Eine solche Nachfrage gibt es auch nach Alkohol, Tabakwaren, Heroin, Haschisch und Marihuana – ohne dass die Politik meint, diese Nachfrage decken zu müssen.

Menschen werden in der Psychiatrie zu psychisch Kranken gemacht. Es sind Karrieren, die dort anfangen. Wenn man Glück hat, wie ich es hatte, kann man sich nach ein paar Jahren befreien und ein normales Leben führen. Den Leuten wird eingeredet, das Ganze sei lebenslang. Dies wird den Menschen eingetrichtert. Erst heißt es „zwei Jahre“, dann „fünf Jahre“ und dann „lebenslang“.

Die gegebenen Medikamente machen abhängig. Alles, was eine Wirkung hat, kann abhängig machen. Die Leute werden von der Psychiatrie und den Hilfsberufen der Psychiatrie systematisch darüber belogen. Wenn man dann versucht, von den Psychopharmaka wegzukommen, werden die Entzugsschwierigkeiten, die man hat, als Ausbruch der Krankheit gedeutet. – Natürlich haben Menschen Probleme; das gehört zum Leben.

Es ist eine unglaubliche Frechheit, alle paar Jahre hier aufzulaufen und mehr Geld für die Psychiatrie zu fordern. Wenn wir dieses Geld für Tuberkulosebekämpfung ausgegeben hätten und die Tuberkuloseärzte jedes Jahr hier stehen und erklären würden, sie bräuchten mehr Geld, würde irgendjemandem etwas auffallen. Zur Psychiatrie scheint es eine religiöse Beziehung der Menschen zu geben; da fällt nichts auf.

Vorhin wurde gesagt: Die Leute kommen freiwillig zu uns. – Dazu ist Folgendes festzustellen: 20 % werden zwangsbehandelt. Diese Zahl stammt vom Bundesministerium der Justiz. Jeder, der im Psychiatriesystem ist, weiß, was ihm blüht, wenn er nicht mitspielt. Das war auch bei mir so, als ich mit 17 Jahren dort war. Es gab eine geschlossene Abteilung, und man konnte beobachten, was mit Leuten passiert, die nicht brav mitmachen. Dann wird brutale Gewalt eingesetzt. – So viel zu der Aussage, die Leute kämen freiwillig. Im Übrigen ist auch bei denen, die sich anfangs wehren, irgendwann der Wille gebrochen. Das dauert unterschiedlich lange.

Nun zu den sozialen Problemen. Ich komme aus einer Lehrerfamilie. Drei bzw. vier Generationen zurück waren die Männer Lehrer. Meine Mutter, eine Grundschullehrerin, erzählte am Mittagstisch immer davon, wie die weniger guten Kollegen versuchen, die schlechten Schüler abzuschieben – die, die Schwierigkeiten machen; die, die schlecht lernen. Es war ein munterer Ringelreigen, diese Schüler mit irgendwelchen Vorwänden in andere Klassen zu drücken. Heute würde sie erzählen, wie die miserablen Lehrer die Kinder psychiatrisieren, mit denen umzugehen sie nicht in der Lage sind. Es ist doch der Job von Eltern und Lehrern, mit den Kindern umzugehen, auch wenn sie etwas schwieriger sind. In der Realität ist es aber – genauso wie in Altenheimen – wie folgt: Wenn ich die Möglichkeit habe, abzuschieben, werde ich in der Regel auch abschieben; dann gehe ich den Weg des geringsten Widerstandes.

Das wäre auch noch okay, wenn dieses System nicht derartig schädlich wäre. Alles, was wir fordern, ist eine Todesfallstatistik. Es muss einmal vernünftig gezählt werden, wer in der Psychiatrie zu Tode kommt und wer in den zwölf Monaten danach zu Tode kommt. Seit 18 Jahren mache ich diese Geschichte. Ich habe schon mit vielen Profis unter vier oder sechs Augen geredet. Niemand hat bestritten, dass es eine unheimlich hohe Zahl von Todesfällen gibt. Woher kommt das? Das sind die Wirkungen der Psychopharmaka. Damit Sie einmal sehen, worum es hier eigentlich geht, habe ich meiner Stellungnahme einen Auszug aus der Arzneimitteldatenbank des Arzneimittel-Telegramms für drei atypische Neuroleptika angefügt.

Das sind auch die Medikamente, die im Moment bei Kindern und Jugendlichen boomen – nachdem sowieso schon 20 bis 40 % Ritalin nehmen. Kinder sind nun einmal lebhafter. Das haben die Leute seit Jahrtausenden gewusst. Sie sind gerade dabei, dies zu vergessen. Es ist schwierig für Erwachsene, mit Kindern umzugehen. Es ist durchaus nervig. Das ist aber kein Vorwand und kein Grund zu psychiatrisieren.

Wenn Sie irgendetwas tun wollen, bieten sich folgende Maßnahmen an: Erstens. Nehmen Sie den Druck von den armen Leuten. Es ist nicht schön, wenn man von Hartz IV leben muss. Zweitens. Ich halte es für wichtig, Jugendlichen mit Migrationshintergrund vernünftige Integrationsangebote zu unterbreiten. Drittens. Bildung muss allgemein leichter zugänglich gemacht werden. – Das sind drei Dinge, die aus unserer Sicht etwas bringen. Wir brauchen kein Reparatursystem, das mehr Schaden verursacht als Nutzen bringt. – Danke.

**Markus Schnapka (Stadt Bornheim):** Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen! Auch ich möchte ein bisschen zuspitzen und ebenfalls mit dem Thema Armut beginnen. Es gibt einen Zusammenhang zwischen materieller Armut und psychischen Auffälligkeiten, Erkrankungen und geistigen Behinderungen. Dazu existieren viele Theorien. Fakt ist: Als reicher junger Mensch sind die Chancen der Erkrankung geringer und die Chancen der erfolgreichen Behandlung höher.

Die Zahl der Selbsttötungen junger Menschen ist hoch, fast so hoch wie die Zahl junger Todesopfer im Straßenverkehr. Auch hier gibt es einen Zusammenhang mit Chancenarmut oder materieller Armut. Zunehmend sind es männliche Jugendliche, die sich töten. Die Weltgesundheitsorganisation weist auf diese Entwicklung seit Jahren wiederholt hin. Die entsprechenden Hinweise werden hingenommen.

Psychische Störungen und Erkrankungen gehören noch immer zu den meistverdunkelten Besonderheiten. Die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie schätzt die Behandlungsbedürftigkeit junger Menschen auf 20 %. Wegen dieser Verdunklung müssen wir uns damit abfinden, mit Schätzungen leben zu müssen. Wenn wir auf genaue Daten warten, bevor wir tätig werden, werden wir niemals richtig handeln.

Dass Deutschland ein Einwanderungsland ist, sich als Gesellschaft aber nach wie vor nicht dazu bekennt, führt zu einer besonderen Belastungslage für junge Menschen, die hier fremd gehalten werden. Das bedeutet, dass bei den Migrantenkidern



das Dunkelfeld, was psychische Erkrankungen und Besonderheiten betrifft, noch viel größer ist als bei den einheimischen Kindern mit deutschem Pass und deutscher Kultur.

Psychische Störungen, Erkrankungen und Behinderungen kennen keine Zuständigkeitsgrenzen. Die Fachdisziplinen und Kostenträger grenzen sich aber ab. Das ist aus ihrer Wahrnehmung sicher auch verständlich. Mit ihrer Wirkung für junge Menschen mit diesen Besonderheiten liegen sie deshalb jedoch häufig unverknüpft nebeneinander – und damit letztlich auch daneben. Es gibt allerdings Annäherungsversuche. Noch sind es aber nur Versuche.

Psychische Erkrankungen sind ansteckend. Ein Krankheitsfall in einer Familie kann dazu führen, dass alle leiden und das System Familie als Ganzes erkrankt. Immer noch erfolgt aber zu oft eine Einzelbehandlung am Fall. Dies ist eine Schmalspurbehandlung, die das System, das zum Teil mit verantwortlich ist, nicht erfasst.

Das Problem, dass weit auseinander driftende Familienstrukturen, Leistungsdruck, Hoffnungsleere oder Extremmedien das Ich verrücken, also verrückt machen, kann kompensatorisch nur gedämpft werden. Der Ansatz bei den Ursachen wäre grundsätzlich – und hätte neben anderem auch einen Rückgang der psychischen Störungen und Erkrankungen zur Folge. Allerdings hilft diese Erkenntnis für die kurz- oder mittelfristige Handlungsebene relativ wenig.

Was ist zu tun? Wenn wir von der Fallsicht, also der Analyse und Behandlung des einzelnen Falles, zur Situationssicht, also der Analyse und Behandlung des Einzelnen und seines Systems, kommen wollen, gelten für die handelnden Institutionen und Disziplinen – ich sage jetzt einmal pauschal: Medizin und Jugendhilfe – drei Prinzipien als Voraussetzung. Erstens: keine Illusionen. Zweitens: keine Vorwürfe. Drittens: Interesse am und Respekt vor dem anderen.

Ein erster Vorschlag wäre eine Auswertung von Schicksalen und Behandlungen, Therapien und Förderungen, die Erfolg hatten, und der vorsichtige Versuch, daraus allgemeinere Erkenntnisse abzuleiten. Diese Auswertung würde nicht nur die Hauptpersonen, sondern auch die gelungenen Kooperationen und Wirkungen erfassen. – Dieser Vorschlag stammt von meiner Kollegin Frau Leyendecker, der Leiterin des Jugendamts der Stadt Bornheim.

Ein zweiter Vorschlag wäre die Schaffung landesgeförderter Koordinierungsstellen bei den Landschaftsverbänden, die die von mir bereits genannten kommunalen Koordinierungen und Teams beim Clearing, bei der Beratung, bei der Fortbildung, bei der Systemerfassung und bei der Behandlung unterstützen und interdisziplinär mit Vertretern von Medizin und Jugendhilfe besetzt sind. Die Landschaftsverbände sind deswegen dafür ideal – ich arbeite nicht mehr beim Landschaftsverband, spreche also nicht pro domo –, weil sie kommunal verankert sind, weil beide Disziplinen dort über verortete Aufgaben- und Leistungsbereiche verfügen und weil sie Verbindung und Verknüpfung mit den Kostenträgern haben – nicht immer konfliktfrei; das finde ich aber durchaus ehrenhaft.

Ein dritter Vorschlag wäre, die von Frau Dorgeloh bereits angesprochene Frage der Finanzierung anzugehen. Hier wird immer wieder eine neue Komplementärfinanzie-

rung gestrickt. Für das Land wäre es vielleicht reizvoll, mit einer Regelung oder einem Erlass oder in welcher Form auch immer solche Komplementärfinanzierungen zu unterstützen und einen Input zu geben, an welchen Punkten man sich orientieren kann; denn es ist schwierig, den Leistungsträger Jugendhilfe, der aus Steuern finanziert ist und anlassbezogen tätig wird, finanziell und administrativ in Einklang zu bringen mit einem Versicherungsträger, der ja, um zu überleben, eine profitable Entwicklung mit im Visier haben muss. Diese beiden unterschiedlichen Finanzierungsfelder zu einem zu machen, wird par ordre du mufti nicht gelingen. Mit einem aus diesen Sektoren erstellten gemeinsam durchgeführten Modell, das dann auf der kommunalen Ebene greifen könnte, wäre die Landesregierung allerdings eine starke Stütze für die Kommunen.

Ein vierter Vorschlag – er ist für mich schwierig vorzutragen – wäre eine Spezialisierung von Jugendhilfeeinrichtungen auf grenz- und disziplinüberschreitende Fälle. Das bedeutet, dass im Staff dieser Einrichtungen auch Mitarbeiter aus Medizin und Therapie vertreten sein sollten. So etwas widerspricht zwar der finanziellen und administrativen Ausrichtung und auch der Aufgabenstellung der Jugendhilfe. Ich halte es aber für notwendig, dass die Systeme sich bewegen. Man darf nicht erwarten, dass die Menschen mit Problemen sich den Zuständigkeitsrastern deutscher Behörden und Instanzen anpassen.

Ein fünfter Vorschlag – er ist leider nicht sehr konkret; verstehen Sie es einmal als Aufstöhnen eines städtischen Beamten – wäre, Prävention und Vernetzung weniger zu predigen, sondern mehr zu fördern und mehr zu tun. Das wäre schon gut. – Vielen Dank.

**Dr. Falk Burchard (Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik, LWL-Klinik Marsberg):** Es ist schon viel gesagt worden. Ich will mich kurz halten und nur noch einige Aspekte aus der Sicht einer Versorgungsklinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe darstellen.

In Bezug auf das Thema Kapazitäten sehen wir einen Circulus vitiosus, einen Teufelskreis von steigender Notwendigkeit der Akutversorgung von Krisenfällen, die dann die Regelversorgung verstopfen, was zu einem erneuten Vorlaufen von chronischen Entwicklungen führt, wodurch wiederum die Regelversorgung verstopft wird, sodass am Ende noch mehr Bedarf nach Notfallversorgung entsteht. Im Prinzip bedeutet das einen Kollaps des Systems.

Um diese Problematik anzugehen, muss man im ambulanten Bereich beginnen. Wir brauchen eine ambulante Krisenversorgung. Von den derzeitigen Wartezeiten auf ambulante Behandlung müssen wir herunter. Institutsambulanzen an Tageskliniken können dies leisten. Für eine ambulante Krisenversorgung besteht jetzt auch rechtlich die Möglichkeit, was bis vor Kurzem nicht der Fall war. Wenn die Tageskliniken sich der Aufgabe widmen würden, ambulant Notfallversorgung zu leisten, käme es in diesem Bereich zu einer deutlichen Verbesserung.

Auf der anderen Seite müssen wir Notaufnahmen sehr differenziert bearbeiten. Diese Notwendigkeit erkennen wir jetzt. Wenn die Kliniken jede Notzuweisung sechs Wo-

chen lang behandelten, würde auch unser System völlig verstopfen. Wir müssen also differenzieren zwischen Kindern und Jugendlichen in psychosozialen Krisen, die sich aus der momentanen Situation ergeben, und psychisch schwer kranken Kindern und Jugendlichen, die sofort längerfristig behandelt werden müssen.

Im Rahmen der Überlegung, an welchen Stellen man möglicherweise auch Kapazitäten im stationären Bereich erhöhen müsste, spielt der Aspekt der regionalen Versorgung – Stichworte: flächendeckende Versorgung und Spezialversorgung – eine wichtige Rolle. Meines Erachtens müssten Tageskliniken die flächendeckende Versorgung sicherstellen. Vor allem im kinderpsychiatrischen Bereich wäre eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten; denn gerade für Kinder ist eine Trennung problematisch. Bei Jugendlichen ist dieses Problem nicht so groß. Dafür gibt es vor allem unter den Jugendlichen einige Gruppen, die Spezialversorgungsangebote benötigen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Jugendliche mit Suchtproblematiken, Benachteiligungen aufgrund einer Lernbehinderung, Borderlinestörungen und Störungen der sexuellen Entwicklung sowie forensisch unterzubringende Jugendliche. Wir bräuchten Spezialangebote für davon Betroffene im jugendlichen Alter.

Beim Thema Kooperation ist der erste Aspekt, der mir immer wieder auffällt, dass unzureichende kommunale Mittel in der Fläche ein großes Problem darstellen. Zahlreiche Kommunen kommen dem bestehenden Bedarf nicht im hinreichenden Maße nach. Es gibt allerdings eine starke Streuung. Die Kommunen sind unterschiedlich mit Geld ausgestattet. Meiner Meinung nach müsste es dort so etwas wie einen Risikostrukturausgleich geben, um zu verhindern, dass die eine Kommune gute Angebote vorhalten kann und die andere Kommune aus finanziellen Gründen gar nicht dazu in der Lage ist.

Zum Zweiten führt die Verschiebung von Zuständigkeiten – wie wir jetzt gesehen haben, werden die Jugendlichen letztendlich zwischen verschiedenen Finanzierungstöpfen hin und her geschoben – zu einer Chronifizierung. Weil sich aus der Abgrenzung der Systeme Wartezeiten ergeben, werden Kinder und Jugendliche nicht zeitnah versorgt. Die dadurch gesteigerte Chronifizierung erfordert später, also nachgelagert, zusätzlichen gesellschaftlichen Aufwand.

Daher brauchen wir, wie schon viele Vorredner gesagt haben, in der Tat kooperative und vernetzte Versorgungsstrukturen. Voraussetzungen dafür sind erstens der politische Wille aller Beteiligten und zweitens eine besondere Schnittstellenbearbeitung. Wir müssen also Personen haben, die an den Schnittstellen zwischen den Systemen tätig sind und mit beiden Systemen akzeptiert sprechen können. Dafür benötigen wir auch Ressourcen. Diese Personen machen das nämlich nicht umsonst, sondern müssen damit beauftragt sein.

Ein integriertes Versorgungskonzept soll vor allem dafür sorgen, dass Krisen kooperativ bearbeitet werden. Beispielsweise geht es darum, dass von der Jugendhilfe stationär untergebrachte Jugendliche aus der Klinik heraus mit betreut werden. Bei vielen Jugendlichen, die in die Klinik kommen, ergibt sich nämlich, dass sie nicht zu Hause bleiben können. In diesen Fällen ist die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe sehr wichtig.

In diesem Zusammenhang sind ferner der Problembereich der Kinder psychisch kranker Eltern und der Problembereich des komplexen Hilfebedarfs von behinderten Kindern mit nachgelagerten psychischen Störungen sowie die Entwicklung von Kooperationsstandards und die aufsuchenden Dienste zu nennen.

Ich schließe mich dem Plädoyer von Herrn Hoppmann an, die Schnittstelle bei den sozialpsychiatrischen Diensten der Städte und Landkreise anzusiedeln. Weil sie auch über die Fachkompetenz für psychische Störungen verfügen, ist es in der Tat sinnvoll, sie ebenfalls mit der Schnittstellenfunktion zwischen den Kliniken und der Jugendhilfe zu beauftragen. Dort kann man frühzeitig psychosoziale Problemlagen erkennen. Über die Verbindung mit der Erwachsenenpsychiatrie bekommt man auch die Kinder psychisch kranker Eltern mit. Eine solche Schnittstelle sollte man in der Tat nicht nur in den Städten haben, sondern auch in der Fläche.

Lassen Sie mich abschließend noch kurz einen weiteren Aspekt ansprechen. Wir wissen, dass Kinder Bindung brauchen. Gerade die Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern, die früh vernachlässigt worden sind, dann in eine Pflegefamilie gekommen sind und aufgrund ihrer Vorschädigungen im jugendlichen Alter vielleicht doch nicht in der Pflegefamilie bleiben können, müssen häufig schon früh die Einrichtungen wechseln. Hier ist es erforderlich, dass von der Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Bindungsaspekte stärker berücksichtigt werden. Wenn ein Kind schon einige Jahre in einer Einrichtung ist und dort im Moment nicht mehr zu-rechtkommt, sollte man eher schauen – auch vonseiten der Klinik –, wie man dieses Kind doch in dieser Einrichtung lassen kann, anstatt ein solches Kind immer gleich in eine neue Einrichtung zu schicken. Damit schaffen wir entwurzelte Jugendliche. – Danke für die Aufmerksamkeit.

**Dr. Khalid Murafi (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeut für Erwachsene, Lüdinghausen):** Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich danke Ihnen für die erneute Einladung. Im Jahr 2007 hatte ich schon die Gelegenheit, hier aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht einen Anfang zu machen. Damals war die Überschrift noch allgemeinpsychiatrisch. Ich freue mich – jetzt bin ich mit Omnipotenzgefühlen ausgestattet und denke, dass das auch mit dem damaligen Termin zu tun hat –, dass wir uns heute zu diesem Thema treffen. Insofern sage ich recht herzlichen Dank – im Besonderen auch an die Antragsteller. Die Anträge habe ich mit Freude zur Kenntnis genommen; denn sie integrieren sowohl professionelle Fragen, die versorgungspolitisch zu beantworten sind, als auch moralisch und gesellschaftlich verpflichtende Aspekte.

Als Spätredner muss ich sagen, dass mich einige Statements ein Stück weit betroffen gemacht haben. Das gilt im Besonderen für die Ausführungen von Herrn Seibt. Insofern möchte ich mit dem Hinweis beginnen, dass sich eine seelische Erkrankung im Unterschied zur Tuberkulose auf den gesamten Menschen auswirkt – gerade im Rahmen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Seelisch erkrankte Kinder können ohne Hilfe nicht eine ihren Anlagen gemäße Entwicklung vollziehen. Umgekehrt können auch Kinder, die nicht ausreichend entwicklungsgefördert werden, seelisch erkranken – aber nicht nur diese; das ist wichtig.

Ich kann Ihnen von dem Spagat berichten, in dem ich mich täglich befinde. Auf der einen Seite bin ich Geschäftsführer einer Einrichtung für klinische Jugendhilfe. Dort habe ich diagnostisch und therapeutisch eher mit einer Klientel aus einer sozialen Schicht zu tun, die von vielen Risiko- und Belastungsfaktoren betroffen ist. Auf der anderen Seite habe ich eine Privatpraxis, in der ich vornehmlich Klienten aus guten sozialen Milieus sehe. Die letztgenannten Klienten sind nicht weniger psychiatrisch erkrankt.

Daher ist es wichtig – und darum bitte ich Sie auch alle gemeinsam –, endlich mit der Tabuisierung von psychiatrischen Erkrankungen aufzuhören. Ich bin geradezu entsetzt, wenn ich höre, ADHS sei eine Diagnose, die machbar sei, weil sie gesellschaftlich vertretbar sei, aber Psychose, Persönlichkeitsstörung, Traumafolgeerkrankung und Depression nicht. Mittlerweile schwemmt das übrigens auch in den Erwachsenenbereich herüber. Auch als Erwachsener ist man jetzt ADHS-erkrankt, statt Depressionen oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen zu haben, weil es bei einer Party leichter zu erzählen ist, dass man ein Neuro-Enhancement im Sinne von Methylphenidat bekommt.

Vor diesem Hintergrund mache ich mir auch Sorgen, wenn ich mitbekomme, dass Herr Seibt von einer Psychiatrieerfahrung sprechen muss, die nicht positiv ist. Im Zusammenhang mit dem Vergleich zur Tuberkulose hat er recht, dass wir uns fragen müssen, warum wir hier nicht Jahr für Jahr zusammensitzen und davon berichten können, dass es schneller, besser und gut für die betroffenen Klienten läuft.

Das Wort „schneller“ möchte ich allerdings direkt wieder zurücknehmen; denn ich bin der Auffassung, dass schnelle Lösungen, die eine Alibifunktion haben – ich habe das in meiner Stellungnahme am Beispiel des ADHS zu verdeutlichen versucht –, kein Weg sind. Daher bitte ich im Besonderen die hier anwesenden Vertreter der Politik, darauf zu achten, dass man trotzdem mit Qualität den multikomplexen Hintergründen von seelischen Erkrankungen gerecht wird. Die Natur hat nämlich nicht vorgesehen, dass alle Kinder und Jugendlichen schon bei kleinen Belastungsfaktoren umkippen, seelisch krank werden, nicht mehr zur Schule gehen können, keine Freunde mehr haben können und aus dem Familienrahmen herausfallen. Eigentlich hat die Natur vorgesehen, dass Menschen relativ viel überstehen. Daher dürfen wir davon ausgehen, dass es nicht monokausale Aspekte sind, für die es einfache, schnelle Lösungen gibt – in der Form, dass man mit einer Tablette oder einem Ansatz im Sinne einer Therapieform zur Lösung und zum vertieften Verständnis findet. Vielmehr bedarf es Hirnschmalz, Zeit und damit der Überschrift Qualität und nicht Qualitätsmanagement, um solche Kinder zu verstehen und ihnen und ihren Familien wirklich zu helfen. Dafür werbe ich in meiner Stellungnahme und auch hier noch einmal. – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

**Dr. Birgit Lambertz (LVR-Landesjugendamt Rheinland, Köln):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Da ich als letzter Redner in dieser langen Reihe kaum noch die Chance habe, etwas Neues zu sagen, möchte ich nur noch einige Akzente setzen. – Auch wir im Landesjugendamt Rheinland machen die Erfahrung, dass viele Kinder und Jugendliche nicht so schnell auf psychiatrische Hil-

fen zurückgreifen können, wie es wünschenswert wäre. Die negative Konsequenz dieser langen Wartezeiten ist, dass die Hilfeplanungen der örtlichen Jugendämter verzögert werden. Oftmals sind diagnostische Hinweise einfach notwendig – und in Bezug auf § 35a SGB VIII auch vorgeschrieben.

Konkret bedeutet das, dass Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern nicht schnell genug passgenaue Hilfen gewährt werden können. In der Folge ist davon auszugehen, dass länger und mehr Hilfen zur Erziehung geleistet werden müssen, wodurch auch höhere Kosten entstehen; denn auch in der Jugendhilfe gilt grundsätzlich: je früher, desto besser. Netzwerke wie zum Beispiel das Netzwerk Frühe Förderung des Landesjugendamts Rheinland haben ja gezeigt, dass institutionsübergreifende und fachübergreifende Kooperationen tatsächlich im Interesse der Klienten und Betroffenen wirken können.

Wie bereits erwähnt wurde, weisen nach der 2. Ulmer Heimkinderstudie rund 60 % der Kinder und Jugendlichen in der Jugendhilfe psychiatrische Auffälligkeiten auf. Darüber hinaus gehen wir davon aus, dass wir im Rheinland ungefähr 600 bis 900 sogenannte Grenzfälle haben. Diesen Ausdruck finde ich ganz problematisch; denn es geht um Menschen und nicht um Fälle. Hier geht es um junge Menschen, die in keinem System mehr adäquat versorgt werden können, weil sie sowohl die Möglichkeiten der Jugendhilfe als auch die Möglichkeiten der Psychiatrie sprengen.

Die Erfahrungen aus verschiedenen Projekten zur Förderung von Kooperationsstrukturen – zum Beispiel gibt es eine Regionalkonferenz Südliches Rheinland – zeigen, dass wir tatsächlich erhebliche personelle Kapazitäten benötigen, dass wir einen ganz langen Atem brauchen und dass wir auch die Leitungskräfte aus beiden Systemen als Förderer haben müssen, um eine erfolgreiche Kooperation zustande zu bringen. Diese Kooperation gelingt nur auf gleicher Augenhöhe. Sie muss sich auch für beide Seiten lohnen. Das stellt sich in der alltäglichen Praxis oft als große Hürde heraus. Unabhängig von sehr vielen persönlichen Beziehungen, die zu einer guten Versorgung beitragen, ist es institutionsübergreifend oftmals sehr schwierig, solche Verbindungen herzustellen.

Wir gehen davon aus, dass besondere Zielgruppen besondere Angebote benötigen und dass an dieser Stelle auch besondere Kooperationsformen der Hilfesysteme notwendig sind. Nach unserer Einschätzung können Modellprogramme des Landes hier Grundlagen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen schaffen. Eine Evaluation im Rahmen der Modellprogramme kann dann noch einmal wertvolle Hinweise liefern. Ganz wichtig ist es dabei, das Spannungsfeld zwischen der Spezialisierung, also besonderen Angebote für – in Anführungszeichen – „besondere“ junge Menschen, und der Regionalisierung, also wohnortnahen Angeboten, die in das Lebensumfeld und die Familien hineinreichen, zu berücksichtigen.

Ein von der Landesregierung initiiertes Konzept bzw. Modellprogramm zur Verbesserung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der einen Seite und Jugendhilfe auf der anderen Seite wird daher vom Landschaftsverband Rheinland ausdrücklich begrüßt. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Sehr geehrte Expertinnen und Experten, ich danke Ihnen allen für Ihre Vorträge. Im Schnitt haben Sie die Vorgabe von drei Minuten eingehalten. Das ist außergewöhnlich, muss ich sagen. Ich darf Ihnen mein Lob aussprechen – insbesondere denjenigen, die sich wirklich exakt daran gehalten haben.

Jetzt treten wir in die Fragerunde ein. Die ersten Wortmeldungen liegen bereits vor. Es ist natürlich alterprobt, eine allgemeine Bemerkung zu machen, die sich dann im Prinzip an alle Sachverständigen richtet. Ich bitte die Kolleginnen und Kollegen aber, zielgerichtet Themen aufzugreifen und die zum jeweiligen Aspekt Angesprochenen auch konkret zu benennen; denn für eine zweite allgemeine Runde haben wir keine Zeit mehr.

**Barbara Steffens (GRÜNE):** Ich habe zu drei komplexen Fragen, nämlich erstens zur Prävention, zweitens zur Vernetzung und drittens zum Medikamenteneinsatz.

Erstens. Bezogen auf die Prävention waren in verschiedenen Stellungnahmen zwar unterschiedliche Aspekte enthalten. Insgesamt ist aber wohl klar, dass wir sehr viel früher ansetzen müssen, und zwar schon im Kindergartenalter. Es ist deutlich geworden, dass – gerade in bestimmten Stadtteilen und Regionen – Geh-Strukturen wichtiger sind als Komm-Strukturen. In diesem Zusammenhang habe ich folgende Fragen: Was sollen wir konkret tun, um das hier geschilderte Problem anzugehen, dass an vielen Stellen etwas fehlt? Müssen wir also im Kindergarten ansetzen und eine Struktur schaffen, die aufsuchende Hilfen in die Kindergärten bringt? Welche Personen sind dafür die richtigen? Müssen wir analog zu schulpsychologischen Diensten auch kindergartenpsychologische Dienste schaffen? Sollte das von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen geleistet werden? Müsste der Aspekt der sozialen Befindlichkeit und psychischen Befindlichkeit mit in die U-Untersuchungen aufgenommen werden? Brauchen wir schon im Kindergarten zusätzliche Angebote von entwicklungsfördernden Aktivitäten für die Eltern und andere Komplexe, um bestimmte Entwicklungen zu vermeiden? – Auf diese Fragen hätte ich gerne von Herrn Schnapka, Frau Dorgeloh, Herrn Noeker, Frau Ott und Herrn Albers eine konkrete Antwort.

Zweitens. In Bezug auf die Vernetzung hat Herr Noeker gesagt, wir bräuchten keine neuen Modelle. In anderen Stellungnahmen wurde aber klar geäußert, dass neue Modelle erforderlich seien. Komplette neue Strukturen sind sicher nicht notwendig. Brauchen wir aber nicht – denn die Strukturen vor Ort sind sehr unterschiedlich; nicht überall ist das Gesundheitsamt so gut aufgestellt wie in Bielefeld – ein Modell, um unter bestimmten Rahmenbedingungen die Vernetzung vor Ort unterschiedlich zu erproben? Schließlich ist die Struktur in jeder Kommune anders – ländlich, städtisch; hoher Migrantenanteil, geringer Migrantenanteil; andere Zugänge, andere Notwendigkeiten aufsuchender Dienste. Brauchen wir also eine andere Form: nicht des Modells im freien Raum, sondern des modellhaften Vernetzens? – Diese Frage richtet sich sowohl an Herrn Noeker als auch an Herrn Hoppmann; denn sie stehen an dieser Stelle für die beiden Pole.

Drittens. Im Zusammenhang mit dem Medikamenteneinsatz fand ich die Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer NRW sehr drastisch. Ich will mich nur auf ein

Beispiel beziehen, nämlich die deutlich beschriebene Zunahme von Verordnungen bei ADHS, und bei der Formulierung meiner ersten Frage auch das von Herrn Seibt Gesagte berücksichtigen. Wir haben ja zwei Gruppen von Betroffenen. Das eine sind die Kinder und Jugendlichen, denen wir sicherlich durch Prävention helfen könnten, weil sie erst aufgrund der gesellschaftlichen Bedingungen krank werden. Das andere sind diejenigen, die ernsthaft betroffen sind und vielleicht wirklich medikamentös behandelt werden müssen. Aber wie können wir verhindern, dass diese Medikamente weiterhin in einem so hohen Maße eingesetzt werden? Daran schließt sich eine zweite Frage an. Wenn ich die Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer NRW richtig verstanden habe, dürfen derzeit erst dann Medikamente verordnet werden, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen alleine als unzureichend erwiesen haben. Aus der Praxis höre ich aber etwas ganz anderes. Mir wird nämlich berichtet, dass von Kinderärzten nach wie vor Verordnungen ausgestellt werden, ohne dass es vorgelagerte Therapieangebote, Gesprächsangebote oder andere Konzepte gegeben hat. Besteht hier ein Defizit? Gibt es bei uns überhaupt die notwendigen Strukturen, um das zu machen, was eigentlich notwendig ist? Haben wir also genügend Angebote und Möglichkeiten, um nicht sofort medikamentös zu behandeln, sondern zuerst mit anderen Ansätzen heranzugehen? Und welche brauchen wir? – Diese Fragen richten sich an Herrn Hustadt, Herrn Noeker, Herrn Seibt, Herrn Murafi und nach Möglichkeit auch an die Psychotherapeutenkammer NRW.

Lassen Sie mich noch einen letzten Punkt ansprechen. Heute fehlt mir in fast allen Stellungnahmen – vielleicht kann man das noch aufarbeiten – zum einen der Genderaspekt. Jungen und Mädchen haben ganz verschiedene Zugänge und auch andere Symptomlagen. Zum anderen wurde für mich der Herkunftsaspekt zu wenig berücksichtigt. Im Nachgang zur heutigen Anhörung sollten wir uns noch einmal damit beschäftigen, wie man – auch bezogen auf Prävention, Vernetzung und andere Dinge – flächendeckend beide Geschlechter und die unterschiedlichsten Herkunftsgruppen erreichen kann. – Vielleicht können die von mir angesprochenen Sachverständigen auch dazu noch etwas sagen.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Meine Ermahnungen und Hinweise haben offenbar nicht gefruchtet. Sie haben sehr viele Expertinnen und Experten angesprochen. Daher müssen wir möglicherweise doch noch eine zweite Sachverständigenrunde machen.

**Heike Gebhard (SPD):** Ein herzliches Dankeschön gilt Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, die Sie unter einem enormen Zeitdruck standen. Leider haben wir Ihnen ja nicht allzu viel Zeit einräumen können, um Ihre Stellungnahmen einzureichen. Dass Sie das trotzdem in dieser Vielzahl getan haben, bestärkt uns in unserem Anliegen. Ich will auch nicht verhehlen, dass wir als SPD-Fraktion diese Initiative ergriffen haben, weil wir uns nach der Anhörung im Januar 2007 Ihnen gegenüber in der Pflicht sahen und sich abzeichnete, dass ansonsten nichts passiert. Deshalb haben wir einen entsprechenden Vorstoß unternommen. Ihre Einlassungen haben uns enorm in der Einschätzung bestärkt, dass wir damit richtig liegen.



Erstens. Die Unterschiede, die sich hier zwischen den einzelnen Leistungserbringern – egal ob sie zur Jugendhilfe oder zur psychiatrischen Versorgung gehören – aufgetan haben, scheinen mir nur gradueller Natur zu sein. Eine größere Differenz – wie man der schriftlichen Stellungnahme entnehmen kann, sogar größer, als sie hier mündlich vorgetragen worden ist – besteht zur Einschätzung der Kostenträger. Darum wende ich mich jetzt speziell an Sie, Herr Hustadt. Zum Ersten liegen Ihnen vermutlich alle Stellungnahmen vor. Zum Zweiten kennen Sie die Hinweise darauf, in welche Richtung man sich als Kostenträger möglicherweise bewegen müsste. Insbesondere wurde hier sehr gut nachvollziehbar dargestellt, dass es notwendig ist, in Bezug auf die Finanzierbarkeit der aufsuchenden Dienste zu einer Lösung zu kommen. Könnten Sie sich als Krankenkassen vorstellen, in diesen Bereich mit einzu-steigen? Schließlich könnte das auch unter Kostengesichtspunkten sinnvoll sein; denn möglicherweise wird es für Sie am Ende billiger, sich dort zu engagieren, als alles weiter so laufen zu lassen wie bisher.

Zweitens. In einer Stellungnahme wird gut nachvollziehbar dargestellt, welches Un- ding es ist, dass man ein Kind oder einen Jugendlichen in der Klinik stationär behan- delt und sich keinen eigenen Eindruck über seine Familiensituation zu Hause ver- schaffen kann, weil die Kosten für diesen Besuch nicht übernommen werden. Auch hier könnte die Finanzierung – überhaupt der frühzeitige Ansatz – der Schlüssel sein, um voranzukommen. Bedauerlicherweise sind die Kassenärztlichen Vereinigungen heute nicht hier vertreten; vielleicht kann Frau Dr. Kramer-Cannon aber auch etwas dazu sagen. Ich sehe nämlich eine Diskrepanz in den Beschreibungen. Hier wurde die unterschiedliche Ausgestaltung der ambulanten Versorgung geschildert. In der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen werden die ambulante Versor- gung und der Austausch hingegen überaus positiv dargestellt. Können Sie uns zu den von den Kassenärztlichen Vereinigungen genannten Zahlen vielleicht etwas sa- gen? Sollte Ihnen das spontan nicht möglich sein, würde ich mich freuen, wenn Sie uns aus Ihrer Sicht der Praxis vor Ort nach dieser Anhörung gegebenenfalls noch ei- ne Reaktion zukommen ließen; denn wir entdecken dort schon ziemliche Diskrepan- zen.

Drittens. Es wird unterschiedlich gesehen, was die Rolle der Jugendhilfe ist. Diese Frage steht ungeklärt im Raum. Hier wurde einerseits geschildert, dass Kinder und Jugendliche aus der Jugendhilfe heraus in die Psychiatrie kommen, und andererseits konstatiert, dass sehr viele Kinder und Jugendliche in solchen Einrichtungen, nämlich 40 % bis 60 %, tatsächlich psychiatrisch behandelt werden müssten. Das ist also kein Abschieben aus der Jugendhilfe, sondern dem tatsächlich vorhandenen Be- handlungsbedarf geschuldet, weil die Jugendhilfe mit ihren Mitteln nicht in der Lage ist, diesen Kindern und Jugendlichen adäquat zu helfen. Habe ich das richtig ver- standen? Weil wir im Ausschuss bereits eine Auseinandersetzung über die Rolle von Jugendhilfe versus psychiatrische Versorgung geführt haben, wäre es mir wichtig, diesen Punkt zu klären.

Viertens. In unserem Antrag haben wir unter anderem gefordert,

ein Konzept zu entwickeln, um zu einer stärkeren Vernetzung zwischen dem Jugendhilfe- und dem Gesundheitssystem zu kommen und dieses modellhaft in mindestens zwei Regionen zu erproben.

Wir werden nämlich auch mit noch so vielen Appellen an alle Beteiligten voraussichtlich keine Zusammenarbeit erreichen, wenn wir es nicht schaffen, entweder ein Anreizsystem zu entwickeln oder aber mit Best-Practice-Modellen andere zum Nachmachen zu animieren. Dazu müssten Sie sich noch einmal verhalten, Herr Noeker. Ich sehe da einen gewissen Widerspruch. Sie sagten, dass wir keine neuen Strukturen brauchen. Darüber sind wir uns auch einig. Wir glauben aber, dass wir die vorhandenen Strukturen zusammenführen müssen. Ich wage zu bezweifeln, dass man das erfolgreich tun kann, ohne zunächst irgendwo Best-Practice-Modelle anzustoßen. Deshalb frage ich Sie noch einmal konkret, ob Sie sich auf solche Modelle einlassen könnten; denn Sie sind der Einzige, der sich an dieser Stelle abweichend geäußert hat.

Fünftens. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie Initiativen – beispielsweise Ihr Konzept, Herr Prof. Weglage – dort hineinpassen. Wenn ich das richtig verstanden habe, wird in diesem Modell nicht das zusammengeführt, was in der Fläche vorhanden ist, sondern alles unter ein Dach geholt. Ich habe zwar Sorge, dass das in Nordrhein-Westfalen nicht flächendeckend realisierbar sein wird; man sollte es aber zulassen, diesen Weg zu gehen. Für welche örtlichen Voraussetzungen wäre Ihr Modell denn das vorzuziehende Konzept? Vielleicht können Sie das noch erklären.

**Rudolf Henke (CDU):** Mit meiner ersten Frage, die sich im Wesentlichen an Frau Schuhmann-Wessolek, Herrn Jebens, Frau Ott, Herrn Meusers, Herrn Albers und Herrn Prof. Weglage richtet, greife ich eine Bemerkung von Herrn Seibt auf. Dasselbe haben wir schon bei der letzten Anhörung gehört. Danach hat es auch noch entsprechende schriftliche Darstellungen gegeben. In der Welt steht ja der Vorwurf, dass durch eine zumindest inadäquat lange Dauer von medikamentöser Behandlung die Lebenserwartung verkürzt werde. Ich wüsste gerne, ob es eine Auseinandersetzung damit gibt und wie diese Auseinandersetzung aussieht; denn dieser gewaltige Vorwurf scheint mir mit einer Ruhe und Gelassenheit hingenommen zu werden, die angesichts der Größe des Vorwurfs schwierig zu verstehen ist.

Im Übrigen wird diese Behauptung nicht nur von Herrn Seibt aufgestellt; auch einige wissenschaftliche Daten geben Anlass, die Neuroleptikaversorgung zu hinterfragen. Möglicherweise kann man aber auch sagen: In Wirklichkeit hat das gar nichts mit der medikamentösen Behandlung zu tun; die medikamentöse Behandlung reduziert das Risiko; aber es handelt sich bei den Betroffenen nun einmal um Menschen, die aufgrund ihrer Morbidität und Komorbidität in einer von vornherein negativ belasteten Situation bezüglich ihrer Lebenserwartung sind. – Meines Erachtens steht und fällt das alles mit der Indikationsrichtigkeit. Wenn die Indikation stimmt, ist es eine gute Therapie; wenn die Indikation nicht stimmt, ist es hingegen eine entbehrliche und überflüssige Therapie.

Das Schlimme ist, dass wir inzwischen begonnen haben, unser Gesundheitswesen von der Indikationstreue in eine Gesundheitswirtschaft zu verwandeln, in der es um

den kommerziellen Absatz einträglicher Dienstleistungen gehen könnte, wenn man das, was sonst in der Wirtschaft gilt, als richtig voraussetzt. Kein Mensch kommt auf die Idee, Autos nach Indikation zu verkaufen. Deswegen ist der Begriff der Gesundheitswirtschaft, der von der rot-grünen Landesregierung in Nordrhein-Westfalen zu der Zeit, als Herr Steinbrück Ministerpräsident war, eingeführt worden ist, ein Riesenproblem. Meine Partei ist aber auch davon infiziert.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die von Herrn Albers angesprochenen Besetzungsprobleme. Vom gleichen Kreis Gefragter wüsste ich gerne: Bestätigen Sie das? Ist das bei Ihnen auch so? Dann muss man sich nämlich mit der Frage auseinandersetzen, wie man das Besetzungsproblem lösen kann. Herr Albers hat gesagt:

Selbst wenn wir bei knappen Haushaltslagen Stellen einrichten können, gibt es unvorstellbare Schwierigkeiten, diese Stellen zu besetzen.

Wenn sie nicht besetzt sind, nützen sie nichts. Dann findet auch keine Zuwendung zu Patienten statt. Damit ergibt sich die Frage, wie man die Zuwendung in diesem Fall herstellen kann. Man kann ja niemanden zwangsweise dazu verpflichten, sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterbilden zu lassen, wenn er eine andere Wahl getroffen hat. Aber was ist dann die Antwort? Meine These lautet, dass es nicht allein an den finanziellen Rahmenbedingungen liegt, obwohl sie wichtig sind. Wahrscheinlich wird es auch davon abhängen, ob die konkreten Bedingungen der Ausübung der Tätigkeit den Lebenssituationen angemessen sind. Wenn Sie Menschen für die Psychiatrie gewinnen wollen, müssen Sie meines Erachtens auch etwas tun, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu gewährleisten. Wenn Sie das nicht schaffen, werden bei der Feminisierung der Medizin weiter zahlreiche Stellen unbesetzt bleiben.

Meine dritte Frage bezieht sich auf die große Zahl von ADHS-Patienten, von der hier auch berichtet worden ist. Diese Patienten werden älter und erwachsen. Irgendwann endet dann die Kostenübernahme für die Ritalin-Behandlung. Aus dem Kreis betroffener Eltern wird mir häufig geschildert, dass einige Kassen sagen: Ab dem 21. Lebensjahr ist das nicht mehr verordnungsfähig.

(Heike Gebhard [SPD]: Schon vorher!)

– Ja, gut. Ich frage ja nur: Wie bewerten Sie das? Brauchen wir diesbezüglich eine neue Entscheidung? Diese Kinder werden nämlich heute in großer Zahl behandelt. Ich unterstelle auch, dass ein Teil der Indikationen fraglos richtig ist. Möglicherweise haben sie über das 21. Lebensjahr hinaus Behandlungsbedarf; denn die Quote der Unauffälligkeit nimmt vielleicht erst zwischen 28 und 35 Jahren zu. Als Internist verstehe ich aber zu wenig davon. Daher wäre ich dankbar, wenn Sie mir das erläuterten und erklärten; denn in diesem Zusammenhang geht es um die Frage, ob wir die angestrebte Inklusion dieser Menschen in den Bildungsweg irgendwann wieder unmöglich machen, weil wir ab einem bestimmten Zeitpunkt ihre Therapie nicht mehr gewährleisten. Das alles privat zu finanzieren, ist aufgrund der verhältnismäßig hohen Kosten nämlich in der Regel unmöglich.

**Dr. Stefan Romberg (FDP):** Die Mehrzahl der Experten hat sich klar dafür ausgesprochen, dass wir mehr brauchen – wobei die Gewichtung ein bisschen unterschiedlich aussah; die Tendenz der meisten Sachverständigen war aber, zuerst die ambulanten, anschließend die teilstationären und dann die stationären Angebote zu stärken. Einige von ihnen haben erklärt, es genüge, die alten Strukturen aufzustoßen. Herr Prof. Weglage hat hingegen eine qualitative Erneuerung gefordert. Es wurde viel von Vernetzung gesprochen. In diesem Zusammenhang lautet meine konkrete Frage: Wie kann man die Vernetzung steuern und die qualitative Erneuerung fördern, damit Einrichtungen unterschiedlicher Art im Sinne der Kinder und Jugendlichen besser zusammenarbeiten?

Herr Seibt, Sie haben eindrucksvoll geschildert, dass auch Rahmenbedingungen wie Integration, Familie und Bildungspolitik wichtig sind, nachdem Sie von Ihren Erfahrungen mit dem Psychiatriesystem berichtet hatten. Was raten Sie denn Eltern, deren Kind sich ängstlich zurückzieht, nicht mehr spielen will und nicht mehr zur Schule gehen möchte, also all die Dinge, die sonst für Kinder normal sind, plötzlich nicht mehr tun will? Sagen Sie diesen Eltern, jetzt müsse sich nur die Schule verbessern? Ich würde von Ihnen gerne einmal ganz konkret hören, welches Hilfesystem Sie sich eigentlich vorstellen. Ich kann Sie durchaus verstehen. Auch nach meinem Eindruck wird heute in manchen Einrichtungen und Schulen nicht mehr so viel an Varianzbreite von Normalität und an Verhaltensauffälligkeiten toleriert wie noch vor zehn oder 20 Jahren. Sicherlich müssen die dort tätigen Erzieher und Lehrer ihren Begriff von Normalität ein wenig erweitern. Dennoch bin ich sicher und überzeugt, dass es schwere psychische Erkrankungen gibt. Was also raten Sie den Eltern davon betroffener Kinder?

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Wir landen wieder bei dem, was ich eigentlich vermeiden wollte. Ich werde nämlich allen Sachverständigen gleich noch einmal der Reihe nach das Wort erteilen. Aus Zeitgründen wird es danach keine zweite Frageunde der Abgeordneten geben. Deshalb bitte ich die Kolleginnen und Kollegen, bei Bedarf noch in dieser Runde ihre Fragen zu stellen.

**Elisabeth Veldhues (SPD):** Ich möchte an die aufgeworfenen Fragen anschließen. Bei der internen Vorbereitung unserer Fraktion war es uns sehr wichtig, das Kind und die Familie in den Mittelpunkt zu stellen. Darauf gründet sich auch unser Ansatz, alle ortsnahen Hilfen, die in der Region zur Verfügung stehen, besser zu vernetzen. Teilweise erfolgt das; ich habe mit großer Freude die Stellungnahme der Stadt Bielefeld gelesen. Wir können es aber nicht dem Engagement Einzelner überlassen. Deshalb fordern wir ein Modellprojekt, um Best-Practice-Beispiele zu schaffen. Es können auch drei unterschiedliche Modellprojekte sein, die sich entweder auf eine urbane Region oder eine ländliche Struktur beziehen. Wir müssen auf jeden Fall eine Verlässlichkeit herstellen.

Herr Dr. Burchard, uns hat die Aussage in Ihrer Stellungnahme gefreut, dass auch Kinder mit schweren psychischen Störungen ein Recht auf bereits etablierte Bindungen haben – beispielsweise, wenn diese Bindungen denn noch bestehen, in der Fa-

milie. Kinder, die außerhalb ihrer Familie leben, haben auch dort Bindungen erfahren. Wenn ein Transfer stattfindet, zum Beispiel in eine andere Einrichtung, wird bei den Kindern viel zerstört. In diesem Zusammenhang habe ich eine konkrete Frage an Herrn Hustadt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen plädieren für die Einführung einer Clearingstelle vor Ort, die mit den Beteiligten abklärt, ob es sich um soziale Störungen oder um ein behandlungsbedürftiges medizinisches Krankheitsbild handelt. So etwas würde Ihnen ja auch viel Geld sparen. Könnten Sie sich vorstellen, in eine solche Clearingstelle finanziell mit einzusteigen? Wie wir gerade gehört haben, ist das nämlich nicht kostenlos zu haben. Eine Beteiligung der Krankenkassen an einer solchen Clearingstelle vor Ort könnte helfen, die Vernetzung in der Region zu organisieren und im Regelfall auch zu finanzieren. Das wäre für mich ein erster Schritt zu der von Herrn Schnapka aufgezeigten Vision eines Überspringens der Systeme. Vielleicht können wir es dann auch schaffen, dass außerhalb ihrer Familie untergebrachte Kinder nicht mehr unbedingt in ein Krankenhaus müssen, sondern dass in einer Jugendhilfeeinrichtung auch ein Mediziner an Bord ist. Wenn dort 60 % der Kinder und Jugendlichen psychiatrisch behandlungsbedürftig sind, macht es keinen Sinn, diese jungen Menschen alle in ein Krankenhaus und gegebenenfalls wieder zurück zu transportieren. Das ist jetzt die Realität. Teilweise weigern sich die Pflegefamilien auch, diese Kinder zurückzunehmen. Was in der Psyche dieser Kinder vorgeht, kann sich jeder ausmalen, der selbst Kinder hat. Daher frage ich Sie: Sind Sie bereit, im Interesse eines Überspringens der Systeme in einem ersten Schritt mit in eine Clearingstelle einzusteigen, um die Systeme zwar nicht zu sprengen, aber zumindest die derzeit bestehenden großen Grenzen zu überwinden?

Ich habe noch eine zweite Frage an Sie, Herr Hustadt. Mit Interesse habe ich in einem Protokoll gelesen, dass auf eine Frage von Herrn Henke ein Vertreter der Krankenkassen – das waren nicht Sie persönlich – erklärt hat, die Refinanzierung der Personalstellen in der stationären Psychiatrie sei zu 100 % durch die Psych-PV gedeckt. Den hier vorliegenden Stellungnahmen entnehme ich hingegen, dass der Prozentsatz äußerst schwankend ist. Ich wäre dankbar für die Beantwortung der Frage – es muss nicht heute sein, sondern kann auch im Nachgang erfolgen –, wie hoch denn der Erfüllungsgrad der Psych-PV in unseren Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ist. Das würde ich mit großem Interesse lesen; denn die 100 % habe ich seinerzeit mit Kopfschütteln zur Kenntnis genommen, hatte aber keine anderen Zahlen. Jetzt schreiben die Vertreter der Kliniken, die 100 % seien eine Wunschvorstellung und entsprächen nicht der Realität. Daher frage ich Sie als Vertreter der Krankenkassen: Wo sind wir in Westfalen-Lippe und in Nordrhein mit der Erfüllung der Psych-PV?

**Walter Kern (CDU):** Zunächst darf ich mich für die vielen schriftlich eingereichten und heute mündlich vorgetragenen Hinweise bedanken. Sie zeigen sehr deutlich, dass man bei dieser Aufgabenstellung – ich spreche jetzt einmal nicht von einem Problem – wahrscheinlich nur durch eine kontinuierliche Arbeit über Jahre hinweg einen Qualitätsgewinn erreichen kann.

Sehr interessant fand ich die Erklärungen, dass wir regional unterschiedlich vorgehen müssen und dass die Sozialräume eine große Rolle spielen. Betroffen gemacht

hat mich der Hinweis auf die Stadt Essen. Vielleicht können Sie das noch erhärten; denn solche Punkte müssen wir vom Land aus natürlich aufnehmen.

In Bezug auf die Frage der Prävention, die uns landespolitisch beschäftigen muss, ist mir deutlich geworden, dass wir die Stärkung der Fachkompetenz der Eltern und aller anderen am Erziehungsprozess Beteiligten vermutlich noch einmal in Angriff nehmen müssen, um nachhaltige Verbesserungen hinzubekommen.

Mit meiner eigentlichen Frage würde ich mich gerne an Herrn Prof. Weglage wenden. Stellt nicht die Finanzierung insgesamt, weil sie aus so vielen Töpfen kommt, ein Hindernis dar, vernünftige neue Strukturen aufzubauen? Was könnte man tun? Müsste man zukünftig nicht möglicherweise alles steuerfinanzieren? Das wäre vielleicht auch noch nicht einmal auf der Landesebene anzusiedeln. Ist also nicht sogar eine Bundesratsinitiative erforderlich?

**Norbert Post (CDU):** Ich habe nur eine kurze Nachfrage an die Damen und Herren von den Landschaftsverbänden und an Herrn Schnapka. Die Zahlen der Hilfen zur Erziehung steigen seit Ende der 90er-Jahre überall dramatisch an. Einher geht das mit einem ungefähr parallelen Anstieg der Nachfrage nach Psychiatricversorgung. Gibt es aus der Zeit des Beginns dieses Hochschnellens der Zahlen nicht schon Modellversuche, die hier ergebnisorientiert vorgetragen werden könnten, um daraus Nahrung zu ziehen für die von fast allen Sachverständigen geforderten Modelle, die eine neue Zusammenarbeit möglich machen? In den letzten zehn Jahren müsste so etwas doch schon irgendwo gelaufen sein.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Danke schön. – Nun bitte ich die Expertinnen und Experten um ihre Antworten. Ich werde sie nach der im Tableau aufgeführten Reihenfolge aufrufen; denn es ist fast jeder von ihnen gefragt worden. Falls sich ein Sachverständiger, den wir eingeladen haben, von den Fragestellungen der Abgeordneten nicht angesprochen fühlt, kann er das natürlich deutlich sagen.

**Helga Schuhmann-Wessolek (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster):** Herr Henke hat sich erkundigt, ob Medikamente unnötig lange gegeben würden. Diese Frage kann natürlich in erster Linie nur ärztlicherseits beantwortet werden. Ich wage allerdings zu behaupten, dass die Ärztinnen und Ärzte in den Einrichtungen des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe sehr genau abwägen und nach dem Grundsatz handeln, so wenige Medikamente wie möglich einzusetzen, aber die, die notwendig sind, auch zu geben. Übrigens stelle ich immer wieder fest, dass die gruseligsten Gerüchte darüber umgehen, was in der Psychiatrie alles fehlplatziert passiert. Ich habe auch schon die Vermutung gehört, die hohen Zahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gingen allein auf Liebeskummer oder unbewältigte Schulprobleme zurück.

Im Übrigen hat mich die Aussage der Krankenkassen, mehr brauche es eigentlich nicht, ein bisschen erschreckt. Lassen Sie mich dazu einige Sätze sagen; ich hatte mich ja sehr eng an die Vorgabe von drei Minuten gehalten. Die Patientinnen und Patienten, die wir seit Jahren behandeln, die empirisch da sind, sind in jedem Einzel-

fall das Ergebnis eines zähen Kampfes mit deren Krankenkassen darum, wen wir überhaupt im Krankenhaus behandeln dürfen und wie lange wir das dürfen. Die von uns gestellten Anträge auf Anpassung der Bettenzahl beziehen sich auf die Patientinnen und Patienten, die wir tatsächlich behandeln – was uns aber niemand bezahlt; denn wenn man keine Betten hat, bekommt man kein Budget. Das möchte ich hier noch einmal klarstellen. Den Verdacht, dass bei diesen knappen Budgets irgendjemand in den Krankenhäusern Geld hätte, um es für unnötige Medikamente herauszuwerfen, braucht man auch nicht ernsthaft zu haben.

Welche Anreize kann man schaffen, damit junge Menschen die entsprechenden Berufe ergreifen? Wir bemühen uns außerordentlich um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Unsere ersten Kliniken in Berlin sind im letzten Jahr als besonders familienfreundliche Betriebe zertifiziert worden. Bis einschließlich 2011 werden das, denke ich, alle unsere Kliniken sein. Selbstverständlich muss man familienfreundliche Arbeitszeitmodelle anbieten. Bei uns gibt es meines Wissens insgesamt 250 verschiedene Arbeitszeitmodelle. Wenn jemand zu uns kommt und sagt, er wolle nur dienstags von 14 bis 20 Uhr arbeiten, können wir das auch ermöglichen. In diesem Zusammenhang geht es übrigens nicht nur um die Betreuung von Kindern, sondern zunehmend auch um die Betreuung von pflegebedürftigen älteren Angehörigen. Das alles nutzt aber nichts, wenn sich insgesamt viel zu wenige Menschen für einen entsprechenden Arbeitsplatz interessieren. Man kann ja nur diejenigen am Arbeitsmarkt gewinnen, die ausgebildet zur Verfügung stehen. – Kleiner Exkurs: Es wäre sehr schön, wenn die Studienplatzzahlen für Medizin dem tatsächlichen Bedarf und auch der Nachfrage angepasst werden könnten. – So viel von meiner Seite. Die anderen Fragen passen von den Stichworten her besser für andere Expertinnen und Experten.

**Dr. Rudolf Jebens (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Lippe, Bad Salzuflen):** Kinder- und Jugendpsychiater und Psychiater allgemein sind natürlich immer auch persönlichen Erfahrungen, Meinungen, Urteilen, Vorurteilen und Misstrauen ausgesetzt. Mit so etwas leben wir. Damit können wir auch umgehen. – Lassen Sie mich kurz zu den vielen Fragen Stellung nehmen.

In den letzten 25 Jahren gab es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie genauso wie in der Erwachsenenpsychiatrie eine rasante Entwicklung, was die Therapiedifferenzierung angeht, was den Einsatz von Medikamenten angeht, was die Entwicklung von Leitlinien, Diagnoseschemata und verbindlichen Notwendigkeiten, die einzuhalten sind, um sich nicht strafbar zu machen, angeht, was die Aufklärung angeht und was die Überwachung, das sogenannte Drug Monitoring, angeht. Wir arbeiten längst nicht mehr so freihändig, wie ich das noch zu Beginn meiner psychiatrischen Ausbildung im Landeskrankenhaus Eickelborn gelernt habe. Es ist ein sehr differenziertes, stark kontrolliertes System, dem nach wie vor sehr viel Misstrauen gegenübersteht. Kritik von persönlich Betroffenen ist umso bedauerlicher, als dass das persönliche Schicksale sind, die es in der Medizin und überall immer wieder gegeben hat und geben wird.

Die Frage nach durch Medikamente verursachten Todesfällen darf man nicht monokausal stellen. Man muss nämlich berücksichtigen, welche Komorbiditäten bestehen und welche organischen Erkrankungen früher in der Psychiatrie im Rahmen der schweren psychiatrischen Erkrankung und der vor 20, 30 oder 40 Jahren noch unzureichenden Behandlungsbedingungen übersehen wurden. In meiner Zeit als Assistent habe ich selbst erlebt, dass ein hirnganisch schwer beeinträchtigter Mann einen Ileus entwickelt hatte. Da ich frisch von der Uni kam, konnte ich das diagnostizieren. Er hatte acht oder zehn Orangen hintereinander gegessen, und das Fasergerüst der Orangen hatte diesen Darmverschluss herbeigeführt. Er ist operiert worden und genesen. Im schlimmsten Fall wäre das unter Umständen ein Todesfall gewesen – aber nicht wegen der hohen Medikation, sondern aufgrund der Komorbidität.

Das Misstrauen – das ärgert mich besonders – schlägt uns nach wie vor auch von den Krankenkassen massiv entgegen. Ihnen geht es darum, die Verweildauern weiter abzusenken. Ich habe mehrfach mit einer bestimmten Krankenkasse vor Gericht gestanden, die uns zehn oder 14 Tage unserer Behandlungszeiträume abknapsen wollte, und musste beweisen, dass wir diese Behandlungsdauer brauchen. Beispielsweise wird nach vier Wochen gefordert, den Betroffenen in die Jugendhilfe zu geben – als ob wir entscheiden würden, ob jemand in die Jugendhilfe geht; das entscheiden maßgeblich die Eltern und nicht wir. Übrigens habe ich alle Prozesse vor dem Sozialgericht gewonnen. Ich werde auch wieder vor Gericht ziehen, wenn die Kostenträger sich so etwas anmaßen. Sie behaupten, die Solidargemeinschaft zu vertreten und die Beitragsstabilität zu sichern, indem sie hier Druck ausüben. Wir werden im Sinne der Versicherten weiter jeden Krankheitsfall, den wir für behandlungsnotwendig erachten, durchfechten – auch vor Gericht.

Lassen Sie mich zum dem Misstrauen, das uns allen in der Psychiatrie immer wieder in vielfältiger Weise entgegenschlägt – man sammle sich Patienten, behandle sie zu lange und führe Behandlungen durch, die gar nicht notwendig seien oder die auch ambulant gemacht werden könnten –, nur Folgendes feststellen: Aus persönlicher Erfahrung kann ich die Eltern sehr gut verstehen, die monatelang warten müssen und sich immer wieder telefonisch erkundigen, wann ihr Kind denn endlich aufgenommen wird. Seit sieben Jahren bin ich in Bad Salzuflen mit der Pflichtversorgung für einen riesigen Landkreis betraut. Ich habe eine absolut unzureichende stationäre Versorgung, nämlich eine Quote von 2,8 Betten auf 100.000 Einwohner. Mit 36 stationären Betten muss ich 1,26 Millionen Einwohner versorgen. Entsprechend groß ist der Druck. Seit 2003 beantragen wir eine Aufstockung der Zahl der stationären Betten. Wir liefern alle Zahlen. Wir haben alles gemacht und alle differenzierten ambulanten komplementären Vernetzungen auf den Weg gebracht. Es hat sechs Jahre gedauert, bis die Kommune aufgrund des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Erweiterung um eine Station mit zwölf zusätzlichen Betten durchsetzen konnte. Ich kann die Eltern verstehen, die warten und frustriert sind. Diese Situation kenne ich auch gut. Was sage ich den Eltern dann? Womit begründe ich, dass ihr Kind nicht aufgenommen werden kann? Wie soll ich begründen, dass das Kind oder der Jugendliche vorzeitig entlassen werden muss, weil wir diesen enormen Aufnahmepressur haben? Soll ich dann sagen, die Kassen zahlten das nicht oder die Betten seien nicht da?



Grundsatzdiskussionen sind notwendig und richtig. Parallel muss aber – da stimme ich Herrn Minister Laumann zu – unverzüglich das Problem der Unterversorgung mit teilstationären und stationären Plätzen in Angriff genommen werden. Anders als für die ambulanten Plätze ist das Land dafür zuständig. Das Land ist in der Pflicht, seiner Aufgabe gerecht zu werden. Hier existiert aber eine Dreiteilung. Erstens gibt es das Familienministerium. Wenn man die Familien dazu bringen will, mehr Kinder zu bekommen, muss man ihnen zeitgerecht Hilfe anbieten und darf sie nicht vertrösten. Der Ablauf ist hier dargestellt worden. Zweitens gibt es das Schulministerium. Es soll keine Sitzenbleiber mehr geben. Die Schulversager, die Schulverweigerer und der Schulabsentismus kosten in diesem Land Zigtausend Schuljahre, weil die Kinder monatelang nicht zur Schule gehen. Bis sie in Behandlung kommen, sind ein Schuljahr oder zwei Schuljahre verloren. Drittens gibt es das MAGS. Diese Dreiteilung findet sich also auch in der Landesregierung wieder. Im Prinzip müssten das Familienministerium, das Schulministerium und das MAGS zusammenarbeiten und sich um diese Fälle kümmern. Die Solidargemeinschaft muss das Ganze unterstützen und darf es nicht durch Misstrauen torpedieren.

**Dr. Gudrun Ott (Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LVR-Klinikum Düsseldorf):** Ich will versuchen, die vielen Fragen ein wenig in eine Linie zu bringen, was nicht ganz einfach ist.

Frau Steffens hat eine Frage in Richtung Prävention gestellt. In Düsseldorf haben wir eine ähnliche Ausgangsbasis, wie Herr Jebens sie eben geschildert hat. Nach der Erhöhung der Zahl der Tagesklinikplätze haben wir jetzt statt 2,1 ungefähr 4 Plätze pro 100.000 Einwohner. Damit liegen wir weiter unter dem Limit. Nichtsdestotrotz oder gerade deshalb versuchen wir noch stärker, viel früher anzusetzen, obwohl die von Frau Veldhues angesprochene Psych-PV hier sehr begrenzend wirkt. Wir haben nicht nur zu wenige Betten oder Plätze für ein zu großes Gebiet, sondern sind gleichzeitig personell absolut unterbesetzt. Über die Berufsgruppen verteilt liegt die Besetzung bei etwa 70 %, also ein Drittel unter dem Soll, was unerträglich ist.

Damit bin ich auch schon bei der Frage, was unseren Beruf denn attraktiv macht. Lassen Sie mich einmal die Situation bei uns schildern. Meine Oberärztin und ich sind seit einigen Jahren die einzigen Fachärztinnen. Ich bin mittlerweile 22 Jahre in Düsseldorf, seit 1993 in Leitungsfunktion, und habe sehr viele Fachärzte mit Erfolg weitergebildet, die sich überwiegend auch hier niedergelassen haben, was uns sehr freut. Facharztstellen in den Kliniken sind für sie aber nicht attraktiv, weil die Arbeitsbedingungen unglaublich sind. Meine Oberärztin und ich haben jeweils den halben Monat Dienst. Sie können sich vorstellen, dass man es ja irgendwie aufteilen muss. Das bedeutet, dass man sich mitunter einen halben Monat im Dauerdienst befindet; unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ist man immer in Alarmbereitschaft. Wenn die Kollegin Urlaub hat oder krank ist oder wenn bei ihr irgendetwas anderes anfällt, steht jede von uns im Grunde genommen alleine da – wie ein Privatunternehmer, der wir nun wirklich nicht sind. Es gibt aber keine Ausweichmöglichkeiten.

Hinzu kommen die Schnittstellen zur Jugendhilfe, bei der die gleiche Personalknappheit herrscht. Da es so viele psychisch auffällige Jugendliche gibt, die Hilfeangebote brauchen, haben einige Jugendhilfeträger als Marktlücke entdeckt, eine Wohngruppe so zu konzipieren, dass man sie unter ein diagnostisches Etikett fasst. Das hatte für uns zur Folge, dass wir über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr andauernd frisch aufgeschnittene Jugendliche bekamen. Sie nahmen alle Suchtmittel, die es überhaupt gibt, und verletzten sich dann, machten uns aber klar: Behandeln dürft ihr uns nicht. Wir kommen zur Krisenintervention hierher. Das Konzept unserer Wohngruppe ist so; wir dürfen das. – Wir haben mit dem entsprechenden Träger daran gearbeitet. Gott sei Dank hat sich etwas geändert. Solche Ideen tauchen aber immer wieder auf. Ich kann nur davor warnen, eine klinische Diagnose zu einer Eintrittskarte für eine Wohnsituation zu nehmen. Das ist für jedes Kind und jeden Jugendlichen kontraproduktiv.

Damit komme ich auch zur Frage der Beheimatung, auf die ich in meiner Stellungnahme schon ein Stück weit eingegangen bin. Zu uns werden häufig Jugendliche und auch Kinder gebracht – als unmittelbare Gefährdungssituation wird neuerdings meistens akute Suizidalität oder drohender Amoklauf genannt –, bei denen es entweder noch am gleichen Tag oder einen Tag später heißt: Das Kind darf übrigens nicht zurück; der Platz steht nicht mehr zur Verfügung. – Hier ist mehr als eine individuelle Absprache gefragt. An dieser Stelle muss tatsächlich auch das Festzurren von Pflichtversorgungsbereichen erfolgen. Auch in der Jugendhilfe brauchen wir eine Pflichtversorgung. Es kann nicht angehen, dass ab 17 Uhr niemand mehr zuständig ist, geschweige denn an Feiertagen oder von Freitagnachmittag bis Montagmorgen. Wir reden viel darüber. Geändert hat sich bisher nichts. Das bedeutet, dass wir im Zweifelsfall mit stationärer Versorgung alles, was irgendwo passiert, auffangen müssen. Die Kinder geraten natürlich darüber natürlich in Not.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Berichten Sie jetzt über Ihre Erfahrungen in Düsseldorf?

**Dr. Gudrun Ott (Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LVR-Klinikum Düsseldorf):** Ja, über unsere weitreichenden Erfahrungen in Düsseldorf. Das ist der Alltag, mit dem wir kämpfen. Wir sind ja für die Stadt Düsseldorf und den Kreis Mettmann zuständig. In beiden Bereichen gibt es so etwas.

Das gleiche Phänomen ergibt sich häufig – in diesem Zusammenhang kann ich nur dazu aufrufen, wirklich etwas zu verändern, nämlich weg von sogenannten Bezugssystemen und hin zu wirklicher Beziehungsarbeit zu gehen –, wenn Kinder aus Fremdunterbringungssituationen zu uns kommen. In diesen Fällen passiert es sogar, dass uns jemand vonseiten des Trägers offiziell schreibt, ob wir allen Ernstes erwarteten, dass jemand zusammen mit dem Kind zur Akutaufnahme komme und dann in der Aufnahmesituation stundenlang dabeibleibe, wie Eltern es gewöhnlich tun; denn dann sei die Einrichtung selbst ohne Betreuer. Das sind Strukturprobleme. Dort muss sich dringend etwas ändern. Natürlich dürfen Kinder oder Jugendliche nicht benach-

teilt werden, nur weil sie fremduntergebracht leben. Das geht überhaupt nicht. Im Alltag haben wir es aber andauernd mit Kindern zu tun, die von einer solchen Situation betroffen sind. – Dies zum Thema „Entbergen von Kindern“. Mit Geborgenheit hat das nichts mehr zu tun.

Ich weiß nicht, ob Modellprojekte in diesem Zusammenhang das Richtige sind; denn es dauert dann jahrelang, bis man wieder irgendetwas eronnen und erdacht hat. Die Schaffung von Hilfen vor Ort, und zwar hier und jetzt, bleibt dabei ein Stück weit auf der Strecke.

Zu den Neuroleptika hat Herr Jebens das Wesentliche gesagt. Die von Herrn Seibt zitierten Zahlen dürften auf Studien aus dem Erwachsenenalter beruhen. Ich habe ähnliche Zahlen am vergangenen Wochenende auf einer Tagung in Berlin gehört. Die ihnen zugrundeliegenden Studien bezogen sich allerdings nicht auf psychisch Kranke allgemein, sondern speziell auf Psychosekranke und dort auf an Schizophrenie erkrankte Menschen. Bei den Kindern und Jugendlichen haben wir eine ganz andere Verteilung. Für Düsseldorf kann ich sagen, dass etwa 80 % der Kinder und Jugendlichen wegen konflikthafter Störungen aufgrund von Familienproblemen, Schulproblemen oder Problemen im Kindergarten zu uns gebracht werden. Kinder mit Psychosen sind in der absoluten Minderheit, weil es diese Erkrankung im Kindesalter nur ganz selten gibt. Es ist auch relativ selten der Fall, dass Jugendliche mit Psychosen zu uns kommen.

Allerdings hat – was ich sehr besorgniserregend finde – die Zahl von Jugendlichen mit Psychosen zugenommen, und zwar insbesondere im Zusammenhang mit dem Missbrauch von Cannabis. Diese Entwicklung verzeichnen wir auch bundesweit. Dafür gibt es Anhaltswerte. In erster Linie hat das sicher mit der höheren Toxizität der Cannabinoide zu tun, aber auch mit dem Verharmlosen, das immer noch stattfindet. Hier ist auch eine bessere Vernetzung zwischen all denjenigen gefragt, die an der Prävention von Suchterkrankungen arbeiten. Manchmal kommen Eltern zu uns, die nicht bereit sind, ihr Kind dazulassen. Das Kind will das sowieso nicht. Wir halten es aber für das Mindeste, dass das Kind zur Suchtberatung geht. Wenn es dort dann gesagt bekommt: „Es ist ja nur Cannabis; das ist nicht so schlimm“, ist das weit verfehlt. Abgesehen davon ist Cannabis nach wie vor die wichtigste Einstiegsdroge, die dann zu einem multiplen Gebrauch von Drogen führt.

Selbstverständlich handeln wir bei der Neuroleptikatherapie leitliniengerecht. Es gibt nur eine sehr geringe Zahl von Erkrankungen, bei denen Neuroleptika überhaupt eingesetzt werden dürfen. Von den modernen Medikamenten sind auch nur ganz wenige überhaupt für bestimmte Alterssegmente im Kinder- und Jugendbereich zugelassen. Das ist allerdings nicht nur gut, sondern eigentlich eine Katastrophe; denn die Eltern müssen deshalb allein das Risiko tragen, wenn ihr Kind ein Anrecht auf modernere Behandlung haben soll. Bei diesen Medikamenten gibt es auch noch gar keine so langen Untersuchungen. Die Studie zur Lebenserwartung bezieht sich daher auf Medikamente der sogenannten Erstgeneration. Von der Zweitgeneration liegen noch gar nicht genügend Daten vor, um eine solche Aussage treffen zu können. Wir wissen aber, dass Behutsamkeit gefragt ist, und halten uns natürlich genau an die Vorgaben. Wir behandeln also so selten wie möglich, doch dann, wenn es not-

wendig ist, und im Hinblick auf die Dosis mit so wenig wie möglich, aber natürlich mit dem, was wissenschaftlich belegt ist. Inzwischen entstehen – insbesondere unter Federführung von Herrn Fegert, der sich international um Forschungsverbundsysteme bemüht hat – entsprechende Netzwerke, sodass es immerhin Forschungsgruppen gibt, damit die Forschung nicht daran scheitert, dass in diesem jungen Alter nun einmal nur sehr geringe Zahlen vorhanden sind, sondern Kinder dann auch regulär zugelassene Medikamente bekommen.

Die Diagnose ADHS ist eine der Modediagnosen geworden. Inzwischen ist sie übrigens schon wieder in Ablösung begriffen, und zwar durch die Modediagnose Autismus. Das sollte uns alle hellhörig machen. Bei uns werden regelmäßig Kinder mit der Verdachtsdiagnose ADHS vorgestellt. 80 % dieser Kinder leiden nach meiner Einschätzung nicht unter ADHS, sondern haben andere Auffälligkeiten, sind aber in ihrem Verhalten so expansiv, dass die anderen genervt sind, sich gestört fühlen und händeringend nach Hilfen suchen. Häufig sind es traumatisierte Kinder, überforderte Kinder, unterforderte Kinder und anderes mehr, die auch Hilfen brauchen. Die ADHS-Kinder, die bei uns landen, haben in der Regel aber nicht nur eine Aufmerksamkeitsstörung, sondern auch daraus resultierende andere Probleme; denn ansonsten können sie bestens ambulant behandelt werden, sodass sie erst gar nicht zu uns kommen. Auch diese Kinder werden von uns selbstverständlich nicht nur medikamentös behandelt, sondern leitliniengerecht und eingebettet in ein multimodales Konzept. Wir müssen uns sogar oft Anfeindungen anhören, weil wir nicht bereit sind, jedem Kind Medikamente zu geben. Wir wägen das sehr sorgfältig mit den Eltern und dem Kind ab und überprüfen, ob es eine medikamentöse Behandlung braucht oder nicht.

Der fehlende Nachwuchs ist kein kinderpsychiatrisches Problem, sondern ein internationales Problem, aber auch ein bundesweites Problem, das inzwischen auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angekommen ist. Bis vor kurzer Zeit hatte ich immer wieder Initiativbewerbungen auf dem Tisch. Das ist jetzt nicht mehr der Fall. Meines Erachtens hat sich die mediale Präsenz der Probleme so destruktiv ausgeweitet, dass wir die jungen Leute abschrecken, denen man einerseits sagt, Lifestyle sei ein wichtiger Lebensanspruch, und andererseits – übrigens auch vonseiten der Ärzte – deutlich macht, wie anstrengend diese Arbeit ist, wie schlecht sie bezahlt wird und wie unzumutbar dieses oder jenes ist. Das verführt nicht dazu, sich in ein so schweres Feld zu begeben. Ungeachtet dessen sind die Kinderfächer sicherlich die am schlechtesten bezahlten Fächer, wie ich auch aus persönlichen Kontakten mit auf somatischen Feldern tätigen Kollegen weiß. Darunter stehen wir mit unserem Fach auch noch ganz am Ende. Man muss sich in der Tat einmal fragen, ob das dem Stellenwert, den wir Kindern in unserer Gesellschaft geben wollen, gerecht wird.

Wir versuchen, dies bei unserer Arbeit nicht wirken zu lassen. Das heißt, dass wir auch solche Dinge tun, die hier als Zukunftsmusik dargestellt werden. Heute wurden Hausbesuche als nicht durchführbar bezeichnet. Wir sind unterbesetzt bis zum Gehnichten und machen das trotzdem. Wir schauen immer sehr individuell, was das jeweilige Kind benötigt und was seine Familie braucht, wägen ab, was in diesem Einzelfall am ehesten helfen könnte, und stricken dann ein individuelles Programm. Na-

türlich kann man nicht alles machen, was man sich wünscht. An dieser Stelle sind aber pragmatische Konzepte gefragt. In diesem Sinne handeln wir auch.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit muss ich die nachfolgenden Redner um ein wenig Beschränkung und Konzentration bitten – auch auf die Gefahr hin, dass die letzte Ausdeutung einer Frage eines Abgeordneten oder einer Abgeordneten offen bleibt.

**Dr. Michael Meusers (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke):** Ich möchte nur die Ausführungen von Frau Ott ergänzen. – Die Frage zum Thema „ADHS und Erwachsene“ ist noch nicht beantwortet. Etwa 30 % der Kinder mit ADHS sind als Erwachsene noch so symptomatisch, dass sie behandlungsbedürftig sind. Auf dem Markt gibt es zwei therapeutische Manuale, die mittlerweile auch leidlich evaluiert sind. Die Firma MEDICE aus Nordrhein-Westfalen – wenige Kilometer von meiner Klinik entfernt – hat eine Studie zur Zulassung eines Präparats für Erwachsene durchgeführt. Man kann hoffen, dass Ende dieses Jahres oder im nächsten Jahr die Zulassung erfolgt, zumal der Arm mit den betroffenen Frauen positiv ausging. Die Untersuchung mit den Männern war auf Wunsch der Ethikkommission unterdosiert und musste wiederholt werden. Bei der Versorgung mit entsprechenden Medikamenten wird sich also etwas ändern.

Das Ganze hat aber noch eine Tragik. Während Sie in den USA eine Zweimonatsbehandlung mit Evaluation brauchen, um die Zulassung zu bekommen, sind es in Europa auf geheimnisvolle Weise drei Monate. Deswegen sind die Präparate in den USA für Erwachsene zugelassen und bei uns wegen der fehlenden vier Wochen nicht. Man müsste sich einmal fragen, warum die Regeln auf beiden Seiten des großen Teichs so unterschiedlich sind. Es würde uns sehr helfen, wenn die Regeln international einheitlich wären und die EMEA nicht andere Bestimmungen hätte als die FDA. Vermutlich können Sie das aber nicht ändern.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herr Henke nimmt diesen Punkt mit.

(Rudolf Henke [CDU]: Das hängt davon ab, ob es von zwei Monaten auf drei Monate gebracht werden soll oder von drei auf zwei! Das Erste müssten ja die USA regeln!)

**Dr. Michael Meusers (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke):** Ja. – Ein Hersteller hat erklärt – ich werde jetzt nicht sagen, wer und bei welchem Präparat –: Für Deutschland mit einer Bevölkerung von 80 Millionen lohnt es sich nicht, eine Dreimonatsbehandlung mit Evaluation zu machen. – Meines Erachtens müssen wir aufpassen, dass wir nicht sinnlose Kosten erzeugen; denn am Ende zahlen die Krankenkassen und damit wir mit unseren Beiträgen die Forderung, die wir hier stellen. Das wird bis zum einzelnen Mitglied durchgereicht.

Heute ging es immer wieder darum, wie man am besten eine Vernetzung installieren kann. In diesem Zusammenhang wurden Modellprojekte genannt. Ich erinnere noch

einmal an mein Plädoyer für ein Anreizsystem. In der Tat möchte ich heftig für ein Anreizsystem werben – zumal ich aus meiner praktischen Erfahrung sagen kann, dass wir in manchen Städten gar kein Anreizsystem brauchen. Dort gelingt es uns auch so, das Ganze vom Kindergarten an umzusetzen. Die 26 Kinderärzte in meiner Region arbeiten eng abgestimmt mit uns zusammen, und es finden regelmäßig Treffen statt. Wenn man so etwas als Versorgungsklinik aber flächendeckend für alle Städte machen will, für die man zuständig ist, dann brauchen die Städte ein Anreizsystem. Im Übrigen glaube ich nicht, dass wir dafür neues Know-how haben müssen; denn die Beteiligten sind alle ordentlich ausgebildet und keinesfalls dumm. Sie benötigen aber irgendein Anreizsystem, um die Umsetzung intern politisch durchzusetzen.

Vielleicht sollte man auch ein Evaluationsmodell darüberlegen, um zu beobachten, welche Modellformen sich langfristig durchsetzen. Wenn man auf Dauer auf dem neuesten Stand bleiben und schauen will, was richtig gut funktioniert und was nicht, wäre ein solches Evaluationsmodell spannend. Man könnte sagen: Wer Geld dafür bekommt, muss auch ein Evaluationsmodell mitlaufen lassen. – Dies wäre für Städte möglicherweise ein Anreiz, die Beteiligten an einen Tisch zu holen und das Ganze entsprechend umzusetzen.

Ich leide ebenfalls unter dem Problem, dass wir zu wenige Mitarbeiter haben – vielleicht etwas weniger als Frau Ott. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang ein persönliches Beispiel schildern. Meine Tochter ist auch Medizinerin geworden. Sie hat in Deutschland eine gute Ausbildung zur Anästhesistin genossen und arbeitet jetzt in Zürich. Weil wir in Europa einen internationalen Markt haben, müssen Sie sich damit beschäftigen, wie die Bezahlung und die Arbeitsbedingungen in den Nachbarländern aussehen. Sonst bilden wir aus, und die Schweiz, die Niederlande, Norwegen oder Schweden freuen sich. Ich könnte Ihnen ohne Ende weitere Beispiele nennen. Der neuen Generation haben wir beigebracht, englisch zu sprechen. Die jungen Leute haben überhaupt kein Problem, sich in Europa zu bewegen. Wir haben ihnen auch Beweglichkeit beigebracht – dank Internet. Das sind nun die Konsequenzen. Wir haben einen ganz anderen Konkurrenzdruck. Dem muss man gerecht werden. Diese Entwicklung kommt ohne Frage auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an. Das Ganze wird sich auch nicht ändern. Das Arbeitszeitgesetz hat die Situation eher verschärft. Es gibt Kliniken, in denen alle Bedingungen gut sind – nur leider fehlen die Kollegen. Das wird in Zukunft sicher ein dramatisches Problem werden, nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern auch in anderen Fächern. Zum Beispiel in der Anästhesie haben manche Kliniken bereits heute immense Schwierigkeiten.

Frau Ott hat schon etwas zu den Neuroleptika gesagt. Ich würde gerne etwas Positives schildern. Im Moment wird ein neues Neuroleptikum, das nach Datenlage – man weiß noch nicht genau, ob sich das im Alltag ganz bewahrheiten wird – nicht wesentlich dick macht, für Kinder ab 15 Jahren durch die EMA zugelassen. Die Studie lief – was auch für die Zulassung wünschenswert gewesen wäre – ab einem Alter von 13 Jahren. Es wurde nämlich nicht gesagt, woran die betroffenen Menschen sterben. Die Menschen, die Neuroleptika nehmen, nehmen an Gewicht zu und entwickeln ein metabolisches Syndrom. Daran sterben sie. Weil wir dieses metabolische Syndrom nicht schon im Kindesalter anstoßen wollen, verwenden wir unter anderem

nicht zugelassene Medikamente. Im Übrigen können Sie nach einer Psychose mit einem niedrig dosierten Neuroleptikum – zumindest kann ich das für unsere Patienten sagen – sehr wohl Abitur machen und studieren, wenn Sie nur einen Schub haben und es gelingt, Sie mit einer Low-Dose-Medikation über lange Zeit stabil zu halten. Die Prognose für diese Patienten ist also wesentlich besser als vor 20 Jahren. Mit der Zulassung des neuen Präparats kommen wir vielleicht noch weiter voran. Dieses Präparat ist aber leider ziemlich teuer – was auch verständlich ist; denn die Studie war enorm teuer, und die Firma will dieses Geld sicher wieder verdienen. – Damit wollte ich die Aussage, diese Medikamente stellen ein unglaubliches Problem dar, etwas relativieren. Tatsächlich ist bei den Personen, die Neuroleptika nehmen, im Einzelfall nachvollziehbar, dass ihre Lebensqualität unter der derzeitigen Marge gut ist. Das mag vor 20 Jahren anders gewesen sein.

**Dr. Matthias Albers (Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Mettmann):** Erstens möchte ich mich kurz zu der Frage von Frau Steffens äußern, wie wir mit der Prävention konkret in die Kindergärten und die Jugendhilfe kommen. Dafür sind verschiedene Elemente notwendig. Zum einen müssen wir die Erzieherinnen und Erzieher bereits während ihrer Ausbildung entsprechend qualifizieren, damit sie Verhaltensauffälligkeiten nicht nur unter rein pädagogischen Gesichtspunkten betrachten, sondern auch die Idee entwickeln, dass noch etwas anderes dahinterstecken könnte. Zum anderen brauchen wir ein Training on the Job, mit dem die Mitarbeiterinnen in den Kindertageseinrichtungen – meistens sind es ja Mitarbeiterinnen – während der Arbeit weiterqualifiziert werden. So etwas gibt es zum Beispiel bei uns im Kreis Mettmann im Rahmen unseres Projekts „LOTT-JONN“, das als Maßnahme zur Bewegungsförderung begonnen hat und bei dem dann zunächst das Thema Ernährung und jetzt als logisches drittes Element auch die Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten, die möglicherweise stärkeren Interventionsbedarf anzeigen, mit hinzugekommen sind, sodass die Erzieherinnen und Erzieher, die ohnehin ganzheitlich handeln, auch dabei unterstützt werden, zu erkennen, wo Eltern individuelle Probleme haben, die dazu führen, dass sie ihre Erziehungsfunktion nicht optimal ausüben können.

Zweitens. Es ist wichtig, in den Grundschulen und insbesondere in den offenen Ganztageseinrichtungen Fachkräfte einzusetzen, die die notwendigen Voraussetzungen mitbringen, um qualifiziert zu werden. Wenn es dort nur Ein-Euro-Jobber gibt, ist die Qualität der Betreuung natürlich nur zu einem gewissen Grad optimierungsfähig. Ansonsten gilt für die dort tätigen Fachkräfte dasselbe wie für die Mitarbeiterinnen der Kindertageseinrichtungen.

Drittens. Um in Krisensituationen – insbesondere an Wochenenden – seltener schwierige Bewohner in Richtung der psychiatrischen Kliniken auszustoßen, benötigen die Jugendhilfeeinrichtungen eine kontinuierliche Fachberatung, damit man Probleme im Vorfeld erkennen, adäquat intervenieren und ambulante Therapien einleiten kann. Ein entsprechendes Best-Practice-Beispiel ist das Projekt „ALFI“ des Amts für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main. Dort ist es nämlich gelungen, die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten dafür zu gewinnen, in den verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen Fachberatungen durchzu-

führen, damit diese mit den Problemen der 40 bis 60 % auffälligen Kinder und Jugendlichen nicht alleingelassen sind.

Viertens. Es wäre sinnvoll, die koordinierende Funktion beim steuerfinanzierten Öffentlichen Gesundheitsdienst anzusiedeln; denn dort bestehen keine Zugangsschwellen. Man muss nicht zwingend eine ICD-10-Diagnose haben, um sich beim Gesundheitsamt über Gesundheitsfragen beraten zu lassen. Es braucht auch noch keine Kindeswohlgefährdung vorzuliegen, um dort ernst genommen zu werden. Das ist ein großer Vorteil gegenüber dem System von SGB V und SGB VIII, wenn es darum geht, niederschwellige Angebote zu unterbreiten und flexibel zu reagieren.

Fünftens. Was die von Herrn Henke thematisierte Unbesetzbarkeit der Stellen betrifft, spielen verschiedene Aspekte eine Rolle. Zum Ersten studieren nicht so viele Menschen Medizin, wie wir sie hinterher eigentlich als Ärzte bräuchten. Zum Zweiten sind die Studiengänge nicht darauf ausgelegt, frühzeitig Interessierte für die Psychofächer zu gewinnen; trotz aller Reformen kommt das noch immer sehr spät. Zum Dritten ist ein Public-Health-Schwerpunkt des Medizinstudiengangs wie an der Fachhochschule Stralsund noch etwas ganz Besonderes. Insofern lernen viele Kollegen auch nur isoliert den Bereich der kurativen Medizin kennen und denken, wenn man nichts nach SGB V verordnen könne, sei man kein richtiger Arzt. Zum Vierten gibt es insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie viel zu geringe Weiterbildungskapazitäten, um Nachwuchskräfte zu Fachärzten zu qualifizieren. Zum Fünften sind die Arbeitsbedingungen nicht sonderlich attraktiv; darüber ist schon genug gesagt worden.

Im Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt das Sonderproblem hinzu, dass dort nicht der Ärztetarif für die Kliniken gilt, sondern der TVöD. Weil die ärztlichen Kollegen in den Gesundheitsämtern – das betrifft natürlich auch die sozialpsychiatrischen Dienste für Kinder und Jugendliche – nach dem Verwaltungs-TVöD eingruppiert werden, erhalten sie monatlich 500 bis 1.000 € weniger, als sie in einer Klinik bekommen würden. Das ist natürlich kein echtes Incentive, um sich prioritär für eine Stelle im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu entscheiden, auch wenn dort die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Umsetzung einer Work-Life-Balance wesentlich leichter zu schaffen sind. Die Bezahlung im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist aber ein wesentlicher Punkt, den ich Ihnen auch in einer Ihrer anderen Funktionen noch einmal ans Herz legen möchte, Herr Henke. Es bedeutet eine ganz große Schwierigkeit für die Leistungsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, dass wir durch das Abhängigsein von der allgemeinen Tarifentwicklung für Ärzte extreme Probleme bei der Stellenbesetzung haben.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Als nächstem Sachverständigen erteile ich Herrn Prof. Weglage das Wort – immer mit dem leicht ermahnenden Blick des Vorsitzenden auf die Uhr. Leider können die Sachverständigen die Uhr von ihren Plätzen aus nicht sehen. Vielleicht sollten wir für die Anhörungen im hinteren Teil des Sitzungssaales eine weitere Uhr anbringen. Wir werden das einmal aufnehmen.



**Prof. Dr. Dr. Josef Weglage (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Drensteinfurt):** Ich wäre schon halb fertig. – Wie macht man es, wenn man ein wirkliches Anliegen hat und Sie zu dieser Zeit noch erreichen will? Das weiß ich leider auch nicht. Alle wach? – Gut. Ich würde gerne zu ganz wenigen Fragen ganz kurz Stellung nehmen.

Erstens. Herr Henke hat etwas Entscheidendes gesagt. In der Regel geht es ganz wesentlich um eine vernünftige Indikationsstellung. Die Patienten durchlaufen verschiedene Institutionen – vom Ergotherapeuten über den Krankengymnasten und den Psychotherapeuten bis zum Kinder- und Jugendpsychiater. Das ist falsch. Wir brauchen sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie eine vernünftige Indikationsstellung. Es muss die Maxime gelten, dass auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglichst minimalinvasiv therapiert und diagnostiziert werden soll, weil – davon spricht niemand – auch psychotherapeutische Maßnahmen und ergotherapeutische Maßnahmen Nebenwirkungen haben; denn wir machen unseren Kindern immer wieder deutlich: Irgendetwas ist an dir nicht richtig. – Siehe Seibt! Das finde ich falsch. Deshalb brauchen wir eine vernünftige Indikationsstellung. Das heißt, dass Kooperation an dieser Stelle auch wirklich finanziert werden muss. Kooperation und Vernetzung werden derzeit nicht bezahlt. Wenn ich in Förderschulen oder heilpädagogischen Kindergärten Supervision durchführe und Indikationen stelle, welche Kinder zu uns kommen sollen und welche nicht, mache ich das zu meinem Privatvergnügen und nicht, weil es auch nur in irgendeiner Weise bezahlt würde. – Ich wiederhole: Minimalinvasive Therapie ist etwas ganz Wichtiges.

Zweitens. Durch eine solche Vernetzung könnte wirklich etwas bewegt werden. Viele Kosten würden überhaupt nicht entstehen. Viele Kinder würden nicht pathologisiert. Vielmehr würden die Diagnostik und die Therapie auf diejenigen konzentriert, die es nötig haben.

Drittens. Herr Kern, Sie haben etwas ganz Richtiges gesagt. Eigentlich müsste man die verschiedenen Hilfsangebote in der Tat aus einem Topf finanzieren. Solange es für die Jugendhilfe billiger ist, Kinder für sechs Wochen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu schicken, weil sie sich dann nicht um sie kümmern muss, wird ein völlig falsches Signal gesetzt – teuer, ineffektiv, chronifizierend. Man müsste das Ganze aus einem Topf finanzieren. Hier sollten, wie Herr Jebens vollkommen zutreffend gesagt hat, das Familienministerium, das Schulministerium und das MAGS zusammenkommen.

Viertens. Lassen Sie mich etwas zu der Medikation sagen. Diesbezüglich finde ich die ganze Diskussion ein bisschen heuchlerisch. Wenn man 30 Kinder im Alter von fünf Jahren in eine Grundschulklasse packt, ist das völlig ineffizient. Das ist nicht nur den Kindern, sondern auch den Lehrern gegenüber gemein und kann nicht funktionieren. Ich bekenne hier offen, dass wir Unzulänglichkeiten des pädagogischen Systems medikamentös behandeln. An dieser Stelle bin ich ganz dicht bei Ihnen. Wir haben aber das individuelle Leiden der Kinder und der Eltern bei uns in der Praxis. Diese Menschen können wir doch nicht vor die Wand laufen lassen, indem wir ihnen sagen: Sie müssen einmal politisch aktiv werden; dann wird eine Kommission gegründet. – Tun Sie mir einen Gefallen: Gründen Sie nach dieser Anhörung bitte keine

Kommission. – Von daher müssen wir uns entscheiden, ob wir entweder wirklich medikamentös herangehen und ihnen damit helfen können, darüber hinwegzukommen und sich halbwegs zu integrieren, oder das nicht tun. Das ist aber natürlich der ganz falsche Weg.

Fünftens. Ich glaube schon, dass wir das zur Verfügung stehende Geld an vielen Stellen auch effektiver einsetzen könnten. Wir führen ein entsprechendes Modellprojekt durch. Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich hier befangen bin und pro domo spreche. Frau Watermann-Krass, Frau Steffens und Herr Romberg sind bei uns gewesen. Ich würde Sie alle gerne einladen, uns zu besuchen und sich das anzuschauen. Unser Gesundheitszentrum hat jetzt einen Zulassungsantrag für eine Tagesklinik im Kreis Warendorf gestellt. Dazu existiert eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung – von Ihrem Kollegen Fritz, Frau Neuhaus –, die ich überhaupt nicht nachvollziehen kann, weil sie so altbacken ist. Anstatt neue Strukturen zu ermöglichen, soll wieder eine Gettoisierung von Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen – was ich für ganz falsch und ineffektiv halte. Deshalb bitte ich Sie, sich unsere Einrichtung einmal anzuschauen. Wir lassen uns wirklich an der Realität überprüfen. – Ich sage noch einmal in aller Arroganz und ganz deutlich: Diese kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik im Kreis Warendorf gehört zu uns und nirgendwo sonst hin.

**Dr. Claudia Kramer-Cannon (Ärztchamber Nordrhein/Ärztchamber Westfalen-Lippe):** Erstens. Lassen Sie mich mit der Beantwortung der harmloseren Frage nach der Bedarfsplanung beginnen. Die Bedarfsplanung erfolgt nach bestimmten Spielregeln, die nicht am Bedarf orientiert sind, sondern an gewachsenen Strukturen. Hier möchte ich die Querverbindung zur Versorgungsforschung herstellen, die bei uns ungemein im Argen liegt. Eigentlich brauchen wir eine völlig andere Bedarfsplanung, die an der Versorgungsforschung orientiert ist.

Zweitens. Wir sollten alle einmal darüber nachdenken, was wir unter Modellen verstehen. Nachdem ich über 30 Jahre im Beruf bin und mehr als 20 Jahre Gremienarbeit mache, halte ich aus heutiger Sicht intelligente Modelle für erforderlich, die nicht darin bestehen können, dass wir irgendwo eine Clearingstelle einrichten, sondern in deren Rahmen wir schauen müssen, welche Fragestellungen uns interessieren. Einige interessante Fragen sind hier genannt worden, zum Beispiel: Wie erfolgt die Indikationsstellung? Wo werden die Kinder auffällig? Wie geht das System weiter? Dann sucht man sich Kommunen, die über entsprechende Zahlen verfügen. Heute bekommt man solche Zahlen durch die Gesundheitsberichterstattung der Kommunen, von den Krankenkassen und in heruntergebrochener Form bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Grunde genommen hat man also alle erforderlichen Daten. Auf dieser Grundlage sucht man nach Best-Practice-Beispielen, die sich bewährt haben und die man auch anderswo umsetzen will. Man kann nicht hundert Dinge umsetzen, sondern muss drei oder vier davon als Essenz nehmen. Wichtig sind zum Beispiel Indikationsstellung und Vernetzung. Wenn man Rahmen geschaffen hat, kann man sich auch darum bemühen, dass es Player vor Ort gibt, die erklären: Wir können uns das vorstellen. – Mich stört es, wenn dann gesagt wird, eine bestimmte Einrichtung sei die beste. Nach meiner Einschätzung können es auch meh-

rere Einrichtungen sein. Das hängt immer auch davon ab, wer sich vor Ort zusammenfindet. In der Regel wird einer in diesem Kreis die Führerschaft übernehmen, und die anderen sind damit einverstanden. Was wir in diesem Zusammenhang brauchen, ist Verbindlichkeit. Wenn wir keine Verbindlichkeit schaffen, funktioniert es nicht.

Drittens. Herr Seibt, wie gesagt, bin ich jetzt über 30 Jahre in der Psychiatrie tätig. Glücklicherweise hat sich der Umgang der Leistungserbringer in der Psychiatrie mit den Psychopharmaka geändert. Er ist sicherlich noch suboptimal, bewegt sich aber in die richtige Richtung. Heute gehen wir mit dem Anspruch in Bezug auf maximale Lebensqualität und minimale Veränderung durch Medikamente auch ganz anders um als in der Zeit, als ich die Psychiatrie erlernte. Daran wird aber auch Folgendes deutlich: Man muss sehr viel Geduld mitbringen. Das Ganze geht nicht mit einem Schnellschuss, sondern braucht Jahrzehnte.

**Andreas Hustadt (Verbände der Kostenträger):** Erstens. Frau Steffens, Sie haben das Ordnungsverhalten im Hinblick auf die ADHS-Versorgung angesprochen. Dieses Problem ist auch bei uns aufgeschlagen. Derzeit analysieren wir, wie es insgesamt aussieht. Wir werden auch mit unseren Standardinstrumenten vorgehen. Zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen führen wir die Pharmakotherapieberatung durch. Wenn wir an einer Stelle Probleme sehen – die wir hier insgesamt annehmen, aber noch nicht im Detail verifizieren können –, wirken wir auf ein angemessenes Ordnungsverhalten hin. Hierzu gibt es natürlich auch ein klares Leitbild. Was dessen Details angeht, bin ich jetzt überfragt; es stellt aber die Basis dafür dar.

Gestatten Sie mir in diesem Kontext auch folgende Anmerkung: Wenn es tatsächlich so ist, wie Frau Ott eben dargestellt hat, und von 100 Kindern mit der Verdachtsdiagnose ADHS 80 nicht daran leiden, wäre einmal darüber nachzudenken, ob man hier nicht in irgendeiner Weise ein Begutachtungssystem aufbauen müsste; denn wenn Kinder letztendlich falsch behandelt werden, unter Umständen sogar mit hoch wirksamen Medikamenten, haben wir ein immenses Problem.

Im Rahmen der Pharmakotherapieberatung tun wir das also. Inwiefern dieser Punkt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch nachgelagert noch eine Rolle spielen kann, weiß ich nicht. In erster Linie kommt es aber auch darauf an, dass die Ärzte richtig behandeln und gut verordnen, und nicht darauf, dass wir nachgelagert alles prüfen müssen.

Zweitens. Frau Gebhard, Sie haben gefragt, ob wir uns vorstellen können, als Krankenkassen an Modellprojekten mitzuarbeiten. Lassen Sie mich dazu einige Sätze vorweg sagen. Wir haben auch heute in verschiedenen Statements gehört, dass viel Fehlbehandlung stattfindet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten die Auffassung, dass häufig Psychotherapie durchgeführt wird, obwohl es eigentlich nur einer Beratung bedarf. Einige Sachverständige haben auch geschildert, dass Patienten nach stationärer Aufnahme oder tagesklinischer Betreuung suchen, weil sie nicht dezentral versorgt werden. Das zeigt, dass wir eine Fehlversorgung haben. Gleichzeitig hat jeder bei der Schilderung seines konkreten Modells pro domo gesprochen und gesagt, dass seine Kapazitäten weiter ausgebaut werden müssten. Das ist die Situation, in der wir uns befinden. Vor diesem Hintergrund werden wir uns sicherlich an

Versorgungsentwicklungen beteiligen, bei denen es darum geht, die Versorgungsprobleme zu lösen. Das ist ganz klar.

Dabei muss allerdings auch berücksichtigt werden, inwiefern das Ganze tatsächlich Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist. Wenn ein Teil der Probleme dadurch entsteht, dass die Beratungsfunktion der Kommunen sowie die Betreuungsfunktion der Sozialämter und der Schulen nicht wahrgenommen werden, muss die Politik sich fragen, ob es wirklich der richtige Weg ist, die Aufgaben und die Finanzierungslasten auf die gesetzlichen Krankenkassen zu verlagern – die unter einem enormen Finanzierungsdruck stehen, weil sie auf der einen Seite den als Darlehen gewährten Bundeszuschuss bald zurückzahlen müssen und auf der anderen Seite die große Befürchtung haben, einen individuellen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, der für die einzelne Krankenkasse dann relativ schnell zur Insolvenz führt.

Das Ganze muss also helfen, die Versorgung zu verbessern, und Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein. In diesem Zusammenhang darf man auch nicht vergessen, dass wir die breite Palette der Versorgungsangebote finanzieren. In vielen Darstellungen haben wir heute gehört, dass die Behandler oftmals nicht miteinander kooperieren und sich nicht austauschen. Es ist ganz wichtig, dass wir dorthin kommen. Die Lösung, dafür einen gemeinsamen Finanztopf aufzusetzen, mag auf lange Sicht möglicherweise tragfähig sein.

Drittens. Die Frage von Frau Veldhues nach der von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgeschlagenen Clearingstelle kann ich jetzt nicht im Detail beantworten, weil ich deren angedachte Funktion nicht kenne. Wichtig ist es aber – wenn die Problemlage nur dadurch verbessert wird, weil weniger Kinder krank werden und die Kinder vor allen Dingen nicht schwer krank werden –, dezentrale Angebote zu schaffen und die Versorgung entsprechend zu organisieren. Dann muss man schauen, inwiefern eine solche Clearingstelle tatsächlich tragfähig ist. Wir werden uns das aber natürlich auch anschauen.

Viertens. Zur Frage bezüglich der Psych-PV möchte Frau Neuhaus Stellung nehmen.

**Elke Neuhaus (Verbände der Kostenträger):** Frau Veldhues, Sie haben sich erkundigt, ob die Personalstellen in der stationären Psychiatrie zu 100 % über die Psych-PV refinanziert würden. In den Budgetverhandlungen wird ja über die Stellen der Psych-PV verhandelt. Es gilt also das Vereinbarungsprinzip. Wenn eine Vereinbarung getroffen wird, weicht sie in der Regel auch von der Forderung ab. Geht Ihre Frage denn dahin, ob Forderung und Vereinbarung deckungsgleich sind?

(Elisabeth Veldhues [SPD]: Ich bitte um eine ungefähre Quantifizierung!  
Sind wir bei 70 oder 80 %? Wo sind wir im Land?)

– Wir treffen ja Vereinbarungen. Bei den Budgetverhandlungen werden ...

(Elisabeth Veldhues [SPD]: Ein Vertreter der Krankenkassen hat hier bei einer Anhörung von 100 % Refinanzierung gesprochen! Das hat mich schon damals sehr gewundert! Wo sind wir denn ungefähr? Sind wir bei 80 %? Sind es 88 %? Ich möchte nur wissen, wo wir jetzt liegen!)

– Im Moment kann ich Ihnen nur noch einmal sagen, dass an dieser Stelle das Vereinbarungsprinzip gilt. Ich kann mir aber gerne im Protokoll der entsprechenden Anhörung den Hintergrund anschauen und Ihnen dann im Nachgang zur heutigen Sitzung noch etwas zuleiten.

(Elisabeth Veldhues [SPD]: Okay! Danke!)

**Dr. Meinolf Noeker (Zentrum für Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Bonn):**

Ich bin hauptsächlich von Frau Steffens auf die Prävention und die Vernetzung und von Frau Gebhard auf eine Anreizfinanzierung versus Best-Practice-Modelle angesprochen worden. Mit Blick auf die Zeit möchte ich es auf einen Punkt zuspitzen.

Weil wir zwei übergeordnete Systeme haben, und zwar auf der einen Seite das SGB V – Krankenversicherung, psychiatrische Versorgung, psychotherapeutische Versorgung – und auf der anderen Seite das SGB VIII – Daseinsvorsorge, Kinder- und Jugendhilfe –, ist die Vernetzung miteinander für mich ein absoluter Grundsatz. Hier knüpfe ich an die Ausführungen von Frau Ott und Herrn Weglage an. Settingwechsel machen im Regelfall wenig Sinn. Wenn man Kinder aus der Jugendhilfe, aus Kindergärten und aus Schulen herausnimmt, um sie einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung zuzuführen, kann man nicht davon ausgehen, dass die Probleme gelöst sind, wenn man die Kinder später reimplantiert. Bei Kindern und Jugendlichen liegen die Störungen deutlich mehr als bei Erwachsenen im Beziehungsgeflecht zwischen den Beteiligten begründet. Daher muss ich mit der Therapie eigentlich in das Setting hineingehen, in dem das Problem auftaucht.

Für den Kindergarten kann ich das einmal ganz kurz durchdeklinieren. Auf Grundlage von Best-Practice-Beispielen weiß ich, was ich bei kindlicher Trennungsangst zu tun habe. Entweder kann ich das Kind als Psychotherapeut in meiner Praxis für 25 oder 45 Stunden in Therapie nehmen – mit einem fraglichen Therapieerfolg. Ich kann aber auch fünf Stunden investieren, um in den Kindergarten zu gehen und die Erzieherinnen gemeinsam mit den Müttern coachen, wie sie diese Situation vor Ort regeln können. In diesem Fall ist die Prognose wahrscheinlich besser, weil das Kind dort keine Trennungsangst zeigt, als beim achtfachen Aufwand in meinem Behandlungszimmer.

Analog kann ich das bei einer ADHS-Behandlung im Schulkontext machen, indem ich die Lehrer und das Sozialsetting coache, wie sie auf potenziell gestörtes impulsives Verhalten eines Kindes reagieren sollten.

Bei einem selbstverletzenden impulsiven Verhalten in der stationären Jugendhilfe kann ich es so arrangieren, dass ich die Hürden für ein tatsächliches Überwechseln der Kinder aus der Jugendhilfe in die Kinder- und Jugendpsychiatrie enorm hoch lege. Viele Jugendliche wissen um diesen subtilen Anreiz – nach dem Motto: Wenn du hier herauswillst, musst du Symptomatik produzieren, damit du einen Ausgang findest. Dann machst du einmal einen Wechsel in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gegebenenfalls belohnst du das System, indem du die Symptomatik später wieder herunterregulierst, wenn es dir dort auch nicht gefällt.

Vor diesem Hintergrund müssen im SGB-V-Bereich Tätige, namentlich Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, in ihrer Kooperation gefördert werden. Damit bin ich schon beim Anreizsystem. Die Kooperation muss so finanziert werden, dass Fachleute mit einem ärztlichen oder psychotherapeutischen Hintergrund in die Jugendhilfeeinrichtungen gehen können, um dort intensiv zu beraten und zu coachen.

In diesem Zusammenhang komme ich auch auf die Neuroleptika zu sprechen. Ein Settingwechsel macht schon allein deswegen wenig Sinn, weil wir im Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie zumindest bei den Patienten bis zum Alter von 13, 14 oder 15 Jahren psychopharmakologisch nur in den allerseltensten Fällen überhaupt eine Behandlungsoption haben. Wenn wir das Setting von der Jugendhilfe in die Kinder- und Jugendpsychiatrie verlegen, ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie letztlich auch auf die Bordmittel erzieherischer sowie systemisch verhaltenstherapeutischer und psychotherapeutischer Maßnahmen beschränkt, also auf das gleiche Instrumentarium, wie man es in der Jugendhilfe hat.

Insofern gilt: Die Jugendhilfe muss sich bewegen; sie muss eine höhere Akzeptanz für eine wirklich schwierige Klientel haben und diese auch halten. Die SGB-V-Vertreter müssen sich bewegen; sie müssen bereit sein, in diese Einrichtungen hineinzugehen. Die Vertreter der Jugendhilfe müssen sich in ihren Schwierigkeiten und in ihrem Behandlungsversagen, das sie in Teilen fabriziert haben, outen. Die im SGB-V-Bereich Tätigen müssen sich wiederum schlaumachen, wie sie dann konzis beraten können, damit vor Ort ein Behandlungserfolg sichergestellt werden kann.

Was wir brauchen, ist eine MiniMax-Intervention – auch mit Blick auf die Krankenkassen. Wir müssen diese Kooperation finanziert bekommen. Im Vergleich zu dem Spielchen, das wir sonst zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie drehtürmäßig veranstalten, wäre dort aber nur eine vollkommen überschaubare Größenordnung von finanziellem Investment zu leisten. Man sollte schlicht und einfach in die GOÄ und die GOP additiv eine separate Ziffer für „Anleitung und Beratung der Bezugspersonen mit Verlassen der eigenen Praxis“ aufnehmen. Dabei handelt es sich nicht nur um eine ganz überschaubare Größenordnung, wie ich schon gesagt habe, sondern vom Wirkungsgrad her aus meiner Sicht mit um das Beste, was Sie organisieren können. Die dafür aufgewandten Mittel bekommen Sie durch die Hintertür bei Weitem wieder herein, da in der Folge weniger fehlplatzierte stationäre Aufnahmen stattfinden.

Das ist etwas Konkretes, was ich empfehlen würde. Es ist viel wirksamer, auf einer solchen Ebene fallbezogenen Kooperationen herzustellen, als vor Ort Gremien von lauter – in Führungsstrichen – „Gutmenschen“ zusammenzuführen, die letztendlich ergebnislos bleiben. Ich glaube auch nicht an die große Lösung einer Zusammenführung im versicherungsrechtlichen Sinne in Form gemeinsamer Töpfe von SGB V und SGB VIII. Das ist eine Herkules-Aufgabe, die wir nicht gestemmt bekommen. Vielmehr brauchen wir eine separate Finanzierung der Leistungen von im SGB-V-Bereich tätigen Personen, wenn sie in SGB-VIII-Kontexte hineinarbeiten.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Aus Zeitgründen haben die verbleibenden Expertinnen und Experten nur noch eine Antwortmöglichkeit von jeweils einer Minute. Das tut mir sehr leid; es geht aber nicht anders.

**Dr. Johannes Hoppmann (Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der Stadt Bielefeld):** Ich bin konkret nach der Implantierung neuer Systeme gefragt worden. Zwischen den Standpunkten von Herrn Noeker und mir besteht gar nicht so ein großer Dissens. Beispielsweise bin ich ebenfalls der Auffassung, dass die tatsächlich erforderlichen Leistungen zum Beispiel von Psychotherapeuten auch bezahlt werden müssen. Das Problem ist allerdings, dass man politisch nicht das realisiert, was gewollt wird, nämlich zum Beispiel aufsuchende Dienste. Meines Erachtens sind aufsuchende Dienste, egal wo sie lokalisiert sind, ein wesentlicher Standpfeiler von Clearing, Beratung und Unterstützung. Manchmal reicht ein Beratungsangebot für Eltern. Ich halte das sogar für ein wesentliches Standbein. Die entsprechenden Angebote sind aber alle weggebrochen, sodass es nur noch wenige Beratungskapazitäten gibt. Aufgrund der großen Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen kann man hier nicht eine allgemeine Regelung schaffen, sondern muss auch die Strukturen vor Ort berücksichtigen.

Außerdem darf nicht übersehen werden, dass in Bezug auf den stationären Bereich tatsächlich Handlungsbedarf besteht.

**Birgit Pammé (Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband NRW, Wuppertal):** Es gibt in Essen genügend Kinderärzte. Das große Problem ist aber, dass sie nicht im Essener Norden sind, wo wir sie brauchen, sondern sich alle im Essener Süden niedergelassen haben. Grundsätzlich ist Essen sogar mit Kinderärzten überversorgt. Wir leiden im Essener Norden in den sogenannten sozial schwachen Stadtteilen aber unter ihrer ungleichen Verteilung.

Aus meiner Praxissicht möchte ich noch einmal auf die Wichtigkeit von Interdisziplinarität und Vernetzung hinweisen. Wir gehen in die Kindertagesstätten, arbeiten mit den Pädagogen zusammen, veranstalten gemeinsame Fortbildungen und führen zusammen Supervisionen durch, an denen auch ein Psychotherapeut beteiligt ist. Alle diese Aktivitäten müssen wir allerdings über Spendengelder finanzieren.

Die frühe Prävention ist ebenfalls immens wichtig. Ich arbeite seit sieben Jahren in einer Schreikind-Ambulanz mit, in der wir psychisch auffällige Kleinstkinder – auch von psychisch auffälligen Müttern – betreuen, und kann nur sagen: Wenn man früh anfängt, werden der Gesellschaft sehr viele Kosten erspart.

**Eva Dorgeloh (Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Nordrhein-Westfalen e. V.):** Zum einen möchte ich die Aussagen von Herrn Albers und Herrn Noeker unterstützen und zum anderen auf die Frage von Frau Steffens eingehen, was wir schon ganz früh brauchen. Ein wesentlicher Faktor ist tatsächlich die Qualifikation von Erzieherinnen im genannten Sinn. Außerdem muss die Kooperation zwischen den Systemen gestärkt werden – zum Beispiel durch gemeinsame Fortbildungen. Zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen nach

meinen Beobachtungen sehr viele gegenseitige Vorbehalte, aber auch zahlreiche Heilserwartungen dahin gehend, was das jeweils andere System kann, die nicht bedient werden können. Dem könnte man durch gemeinsame Fortbildungen – und auch durch gemeinsame Arbeitskreise, die Herr Noeker nun nicht haben möchte – begegnen; denn ein gemeinsam abgestimmtes Handeln kann erst dann erreicht werden, wenn man sich besser kennt.

**Susanne Drews (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund):** Ich bin nicht direkt angesprochen worden. Auch ist alles, was ich hätte sagen können, schon gesagt worden. Deshalb verzichte ich.

**Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V., Bochum):** Die durchschnittlich 25 Jahre geringere Lebenserwartung kommt nicht daher, dass jemand mal ein paar Orangen isst, der dann doch noch gerettet wird. Das war eine eher kabarettistische Einlage. Angesichts der Ernsthaftigkeit dieses Themas finde ich es unverschämt, so damit umzugehen. Frau Ott hat ja zugegeben, dass diese Aussage für die Diagnose Psychose stimmt und dass sie nicht mehr ausschließlich von den Psychiatrie-Erfahrenen vorgetragen wird. Ich kann die Vertreter der Politik nur auffordern, einmal die Todesfälle zu zählen, und zwar nicht nur während des stationären und teilstationären Aufenthalts, sondern auch zwölf Monate danach. Aus der hier immer wieder angesprochenen nicht behandelten Population können Sie die Vergleichsgruppe bilden. Dann werden Sie sehen, wie gefährlich und tödlich Psychiatrie ist. Im Übrigen gibt es sehr wenige Leute, die unter Neuroleptika arbeiten. Das Ganze ist auch gut untersucht. Diagnose Psychose – kein Medikament: um den Faktor 1,3 erhöhte Sterblichkeit; ein Medikament: um den Faktor 2 erhöhte Sterblichkeit; zwei Medikamente: um den Faktor 3 erhöhte Sterblichkeit; drei Medikamente: um den Faktor 6 erhöhte die Sterblichkeit. Die Beweise sind eineindeutig.

Warum wird das Ganze trotzdem gemacht? Die Ärzteschaft ist mit der Pharmaindustrie total verfilzt. Das wurde heute noch gar nicht angesprochen. 40 % des Pharmaumsatzes ...

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Das wollen wir jetzt auch nicht mehr ansprechen, Herr Seibt.

**Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V., Bochum):** Okay. Dann lasse ich es weg und komme zu einem anderen Thema.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Sie haben jetzt noch die Gelegenheit, kurz auf die Frage einzugehen, die Herr Dr. Romberg speziell an Sie gerichtet hat.

**Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V., Bochum):** Gut. – Vor der Diagnose kommt die Anamnese, also die Aufnahme des Istzustands. Dafür nehme ich mir immer sehr viel Zeit. Die Leute fragen mich fast immer: Haben



Sie denn jetzt noch Zeit? – Natürlich muss ich diese Zeit haben. Wenn ich nicht weiß, was los ist, kann ich auch nicht raten – es sei denn, im Sinne eines Ratespiels. Zu der genauen Analyse dessen, was los ist, gehört zum Beispiel auch, herauszufinden, wie viel Geld zur Verfügung steht. Können die Betroffenen es sich leisten, aus Bochum zu einem guten Arzt nach Duisburg zu fahren? Können sie sich Kinobesuche und so etwas leisten?

Die Leute rufen mich an, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Dann haben sie schon psychiatrische Behandlung gehabt und waren damit nicht zufrieden. Vorher ruft niemand an; so bekannt sind wir nicht. Was ich ihnen dann rate, hängt von ihrer jeweiligen Situation ab. Man kann zum Beispiel raten, das Kind zu einem Onkel oder einer Tante zu geben, wenn die Familienverhältnisse zwischen Sohn bzw. Tochter und Eltern kaputt sind. Ein anderer Ansatz ist, nach Möglichkeiten zu suchen, um Perspektiven zu schaffen. Oft resultieren psychiatrische Probleme aus brutalem Mobbing in der Schule. Es ist ein Versagen der Lehrer, dass das nicht bemerkt wird. Oft sagen die Eltern auch: Mein Sohn bzw. meine Tochter wird gemobbt, und die Lehrer machen nichts. – Um so etwas ignorieren zu können, ist das Gehalt zu gut. Wenn das über Monate und Jahre gegangen ist – meistens braucht es ein Jahr bis zwei Jahre, bis jemand so weit ist –, fängt die Psychiatrisierung an. Leider ist es nicht einfach, wieder dort heraus und zurück in die Schule zu kommen. Es gibt auch Eltern, die sich zu sehr in das Leben ihrer Kinder einmischen. Ihnen rate ich natürlich: Halten Sie sich heraus; lassen Sie Ihren Sohn bzw. Ihre Tochter selber erwachsen werden.

Bevor man überhaupt Diagnosen stellt, sollte man zwei Drittel oder drei Viertel der Zeit in die Anamnese stecken. Dieses Wort ist heute nicht gefallen. Das wundert mich auch überhaupt nicht.

**Markus Schnapka (Stadt Bornheim):** Erstens: Prävention. Wenn man etwas vom Elementarbereich fordert, muss man ihn auch entsprechend ausstatten. Derzeit ist er aber der ärmste Sektor in unserem Bildungssystem und verfügt über die am wenigsten qualifizierten Fachkräfte. Will man dort wirklich mehr Früherkennung erreichen, muss man also investieren. Auf jeden Fall brauchen wir auch eine Rückkehr zu etwas Altem, was wir schon einmal hatten. Die U-Untersuchungen sollten nämlich bitte wieder im Kindergarten stattfinden. Der Kindergarten erfasst immer mehr und auch jüngere Kinder. Es ist richtig, die U-Untersuchungen dort durchzuführen, um damit auch in dieser Institution Früherkennung zu haben.

Zweitens: steigende Fallzahlen bei den Hilfen zur Erziehung. Die Armut frisst sich fest. Das kann man quantitativ ablesen. Erforscht ist dieses Thema überaus reichlich. Noch ein weiteres Forschungsprojekt draufzusetzen, wäre wirklich ein Drama. Dieses Thema ist durch. Es ist klar, woran es liegt und womit es zusammenhängt. Nicht klar ist, wie man dagegen vorgeht oder was man tun kann, damit sich die Institutionen auf die Menschen zubewegen. Dazu sind hier verschiedene Beispiele genannt worden; das möchte ich nicht noch weiter ausführen.

Drittens: Modell oder kein Modell? Die Etablierung eines Modells sehe ich auch skeptisch. Ich bin eher für verlässliche Strukturen. Selbstverständlich können Kom-

munen – je nach Größe – nicht das interdisziplinäre Spektrum an Professionen vorhalten, das für diese Fälle notwendig ist. Deswegen wäre eine überörtliche Instanz sinnvoll, von der Servicefunktionen angeboten werden, die abgerufen werden können. Wir würden das als Kommune nutzen.

Vierter Punkt: Gendergedanke. Das Ganze ist überwiegend ein Jungenthema – zumindest quantitativ; qualitativ sieht es natürlich anders aus. In unseren Einrichtungen haben wir aber zu 60 % Jungen. Auch die Suizidforschung zu diesem Bereich kommt zu dem Ergebnis, dass bei ihnen eine besondere Auffälligkeit besteht. Den Gendergedanken würde ich in anderen Zusammenhängen gerne noch einmal aufgreifen. Jetzt bleibt mir nicht die Zeit dazu.

**Dr. Falk Burchard (Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik, LWL-Klinik Marsberg):** Ich bin auf die Stichworte Bindung und Kontinuität angesprochen worden. Leider haben wir diskontinuierliche Strukturen, die zum einen Reibungsverluste mit sich bringen und sich zum anderen auch auf die Zufriedenheit bei der Arbeit auswirken. Wenn wir das Gefühl haben, dass wir im Einzelfall erst einmal die Reibungsverluste aller aufarbeiten müssen, sind wir nicht mehr zufrieden. Dort gibt es also viele Verbindungen miteinander.

Darüber hinaus ist es wichtig, die gesellschaftliche Verantwortlichkeit für die Jugend aufrechtzuerhalten, also die Sorge für die Gesundheit unserer Jugend nicht weiter zu privatisieren. Vielleicht können die Landschaftsverbände mit ihren Landesjugendämtern doch noch eine etwas verbindlichere Klammer werden, die dann für das ganze Land wirksam werden könnte.

**Dr. Khalid Murafi (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeut für Erwachsene, Lüdinghausen):** Ähnlich wie Herr Weglage möchte auch ich Sie einladen, und zwar in eine Jugendhilfeeinrichtung nach Aachen. Dort haben wir das umgesetzt, was Herr Schnapka in Bezug auf die Voraussetzungen gerade gut formuliert vorgegeben hat: auf Augenhöhe miteinander zu kooperieren und Klienten gemeinsam mit Vertretern der unterschiedlichen Professionen anzuschauen. Im Kreis Coesfeld haben wir vor Kurzem auch ein entsprechendes Modellprojekt auf den Weg gebracht. Sie sind herzlich eingeladen, sich das anzuschauen.

Erreichen konnten wir in den letzten zwei Jahren eine klare Verringerung der stationären Aufnahmen und eine deutliche Reduktion des Wechsels von Einrichtungen sowie im Besonderen ein Angleichen von sehr befremdlichen gegenseitigen Bildern voneinander und mehr Vertrauen. Das kommt letztendlich den Klienten zugute; denn es führt dazu, dass plötzlich auch Klienten Vertrauen haben. Im Gegensatz zu anderen Jugendhilfeeinrichtungen, aus denen man oft hört, dass der Zugang zu Therapie nicht gewünscht ist und dann Zwangsmaßnahmen usw. die Folge sind, konnten wir mittlerweile erreichen, dass von den Jugendlichen selbst angefragt wird: Wann kommen wir in diesen Prozess? Wann dürfen wir mit Sinn und Verstand, mit Anamnese und mit all dem angeschaut werden? Wann bekommen wir eine Rückmeldung über unsere Situation? Wann wird uns adäquat geholfen? – Ich denke, dass Qualität

in gewisser Weise auch daran deutlich wird, dass die Klienten selbst positive Rückmeldungen geben.

**Dr. Birgit Lambertz (LVR-Landesjugendamt Rheinland, Köln):** Ich möchte noch einmal daran erinnern, dass es hier um Kooperation geht und nicht um die Frage, wer das Primat über ein bestimmtes System hat. Kooperation besteht ja darin, die Vorteile und Stärken der einen Seite mit den Vorteilen und Stärken der anderen Seite zu verbinden. In der Vergangenheit – schon ab den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts – hat es tatsächlich eine ganze Reihe von Projekten gegeben. Gute Projekte beginnen nach meiner Erkenntnis damit, dass man sich erst einmal erfolgreich auf gemeinsame Ziele verständigt, und enden damit, dass sie nachhaltig sind. Wenn Sie ein Projekt anstoßen wollen, sollten Sie also etwas tun, was kein Strohfeuer ist, sondern auch mit einem langen Atem verbunden ist.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Der Hinweis, dass die zu treffenden Maßnahmen mit einem langen Atem verbunden sein sollten, ist ein sehr gutes Schlusswort. Das wollen wir bei der Auswertung dieser Anhörung und der Weiterberatung der beiden vorliegenden Anträge auch erreichen.

Das Protokoll wird Ihnen zugehen. Sie werden sicherlich auch darüber in Kenntnis gesetzt, wie der Input, den Sie uns heute gegeben haben, umgesetzt wird.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme am heutigen Tag!

(Beifall)

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. G. Garbrecht  
Vorsitzender

hoe/29.10.2009/02.11.2009

200