

LWL-Klinik Marsberg

Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Klinik Marsberg · Postfach 1151 · 34418 Marsberg

Servicezeiten: Montag – Donnerstag 08:30 – 12:30 Uhr, 14:00 – 15:30 Uhr
Freitag 08:30 – 12:30 Uhr

Landtag Nordrhein – Westfalen

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit
und Soziales

Dieser klinische Bericht ist nur zur Information des
Empfängers bestimmt. Er darf ohne die Zustimmung des Unterzeichnenden
nicht an Personen oder Institutionen weitergeleitet werden. Forensische
Fragen bedürfen der besonderen Stellungnahme.

Ansprechpartner/in: Dr. F. Burchard

Tel.: 0 29 92 / 601 – 3100

Fax: 0 29 92 / 601 – 3103

E-Mail: wkkjpp-marsberg@wkp-lwl.org

I.-Net : www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Marsberg, 23.9.2009

Stellungnahme zu der Drucksache 14/9270 (Antrag der Fraktion der SPD) - Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW ausbauen und konzeptionell weiterentwickeln

sowie

Stellungnahme zu der Drucksache 14/9429 (Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen) - Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW verbessern

Sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu der Ihnen vorliegenden Stellungnahme der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in NRW, die unter Federführung von Prof. J. Hebebrandt, Essen erarbeitet wurde und die von hier aus mit getragen wird, möchte ich aus der Sicht einer großen Versorgungsklinik im folgenden einige Aspekte beleuchten.

Versorgungskapazitäten

Die Versorgungsquote von Kindern- und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ist, gemessen an der Prävalenz, bei weitem nicht zufriedenstellend, und zwar sowohl im ambulanten, tagesklinischen als auch stationären Bereich. In den meisten Bereichen existieren Wartelisten mit Wartezeiten von deutlich oberhalb von drei Monaten. Dies führt dazu, dass Krankheitsverläufe schwieriger und langwieriger werden, als wenn frühzeitiger hätte interveniert werden können. Als Folge dieser Entwicklung ist derzeit in allen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein starker Anstieg und aktuell sehr hoher Anteil an Notaufnahmen zu verzeichnen. Wenn eine Klinik fast nur noch Notaufnahmen bedienen kann, führt dies wiederum zu einer Situation, in der eine reguläre, situationsangemessen geplante Versorgung stark erschwert ist, eine Früherkennung und frühe Erstbehandlung oft kaum noch stattfinden kann. Psychische Fehlentwicklungen verfestigen sich weiter und bilden nicht selten den Beginn

einer chronischen Krankheitskarriere, zusammengefasst also ein *circulus vitiosus*. Deshalb ist eine möglichst niedrigschwellige und kurzfristige Inanspruchnahmemöglichkeit kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychoterapeutischer Dienste sehr wichtig.

Bei einer näheren Analyse dieser Notaufnahmen oder Krisenaufnahmen wird folgendes erkennbar: In einem Teil dieser Fälle handelt es sich um psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche, die im Rahmen krisenhafter Zuspitzungen in die Klinik gelangen und dringend stationäre Behandlung benötigen. Bei dem anderen Teil handelt es sich um situativ entstandene, psychosoziale Krisenzuspitzungen bei Kindern und Jugendlichen, die nicht längerfristig psychiatrisch erkrankt sind, sondern eher 'gesund', aber teilweise entsteuert und damit selbst- oder fremdgefährdend auf eine 'krankmachende' Umgebung reagieren. In diesen Fällen ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und klärende Differenzierung der Problemlage erforderlich, nicht aber eine längerfristige stationäre Behandlung. Notwendig ist hier ein sehr schnell und effizient arbeitendes, gemeinsam mit der Jugendhilfe durchzuführendes Krisenmanagement zur Vermeidung weiterer Zuspitzungen.

Zunehmenden Versorgungsanforderungen, den sich die Kliniken heute gegenüber sehen, die sich in einem zu erwartenden schwieriger werdenden gesellschaftlichen Umfeld eher noch weiter verschärfen dürften, müsste dringend durch Kapazitätsausweitungen im stationären, aber vor allem auch im ambulanten Bereich begegnet werden. Diese notwendige erhebliche Ausweitung ambulanter Krisenangebote wäre sehr kurzfristig über eine flächendeckende Installation refinanzierter (!) Institutsambulanzen möglich. Das Bundessozialgericht in Kassel hat hierfür Anfang des Jahres in einem Verfahren eines Krankenhausträgers gegen den die KVWL den Weg frei gemacht. Seitdem ist es möglich, an jeder Tagesklinik eine (nicht der Bedarfsprüfung der KV unterliegende) kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz zu betreiben. Dies könnte die regionale Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die personelle Behandlungskontinuität deutlich verbessern, ohne dass den niedergelassenen Kollegen, die mit ihren sozialpsychiatrischen Praxen eine hervorragende Arbeit leisten, aber, vor allem im ländlichen Raum erheblich zu wenige sind, geschadet würde.

Um eine wohnortnahe kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zu gewährleisten, sollte für ganz NRW das Netz wohnortnaher (max. 40 km) tagesklinischer Behandlungseinheiten mit Institutsambulanzen mit hoher Priorität komplettiert werden. Tagesklinische Behandlung ist vorrangig im Kinderbereich einzusetzen, da gerade bei Kindern eine längerfristige Trennung vom Elternhaus noch eher unphysiologisch ist, bindungsgestörte Kinder belastet und Verlusterlebnisse und Trennungsreaktionen hervorrufen kann. Dem gegenüber kann im Jugendlichenalter häufiger auch eine stationäre Behandlung primär angezeigt sein, um einem/ einer Jugendlichen durch die Möglichkeit zur Ablösung Autonomiegewinne zu ermöglichen. Natürlich müssen tagesklinisch behandelte Kinder über ein ausreichend stabiles soziales Netz verfügen und Krankheitsbilder aufweisen, die nicht mit einer übermäßigen Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehen, das Elternhaus muss hinreichend stabil und versorgend sein. Auch bei Kindern, die dennoch außerhalb der Familie stationär behandelt werden müssen, wäre eine intensive Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie und dem sozialen Netz und somit Wohnortnähe besonders wichtig.

Im stationären Bereich werden einerseits überregional aufgestellte Spezialangebote für bestimmte Patientengruppen vor allem im Jugendlichenalter an größeren Kliniken benötigt, die sich sehr bewährt haben, andererseits regionale Versorgungsnähe vor allem für jüngere Patientinnen und Patienten. Es wird deshalb vorgeschlagen, in Regionen, in denen stationäre

Angebote deutlich zu weit entfernt (> 60 km) gelegen sind, vorzugsweise an Kinderkliniken kleinere, streng regional ausgerichtete stationäre Angebote als Satelliten größerer Versorgungskliniken zu installieren. Insoweit wird die Etablierung größerer integrierter Klinik-Versorgungs-Verbundsysteme vorgeschlagen, die über ausreichende personelle Ressourcen verfügen, um die Versorgung einer Region sicherstellen zu können. Gerade für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine besondere soziale Verantwortungsübernahme gegenüber den Schwachen der Gesellschaft vonnöten, um diese zu stärken und zu integrieren, was die Bereitschaft von Krankenhausträgern und Kommunen erfordert, regionale Versorgung institutionell abzusichern.

Kooperation zwischen den Hilfesystemen

Jugendhilfe, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Tageskliniken, Institutsambulanzen und stationäre Kliniken müssen durch eine intensive Kooperation miteinander in einem System der Versorgungspluralität sicherstellen, dass es nicht zu Brüchen in der Versorgung seelisch erkrankter Kinder und Jugendlicher kommt. Dies ist erforderlich, um gravierende Gefährdungen, Rückschläge und Chronifizierung von Störungen zu vermeiden und die Integration psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu fördern.

Die Vorschläge und Forderungen der gemeinsamen Stellungnahme der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater zur Kooperation werden von hier aus ausdrücklich unterstützt. Dennoch sollen auch die aus der Versorgungspraxis sich ergebenden Kooperationshemmnisse und entsprechende Lösungsansätze besonders in den Blick genommen und ergänzend konkrete Lösungsansätze vorgeschlagen werden.

Leider ist die geforderte Vernetzung und Koordinierung zwischen verschiedenen Angebotsystemen regional immer noch sehr unterschiedlich ausgestaltet, oft immer noch allein vom persönlichem Engagement Einzelner abhängig und in eher geringem Maß institutionell, also z.B. durch Verträge etc. abgesichert. Dadurch, dass die Jugendhilfe kommunal organisiert ist, sind in diesem Bereich immer noch keine übergreifenden, sondern leider nur lokale und nicht selten sehr rudimentäre Versorgungsstandards entstanden. Versuche einer übergreifenden Organisation und Regelung z.B. durch die Landesjugendämter haben sich nicht flächendeckend durchgesetzt. Letztlich muss eine „Versorgungsvielfalt“ nach Kassenlage im Jugendhilfebereich befürchtet werden. Erschwerend kann sein, dass die kommunale Ebene nicht selten mit einer adäquaten Planung von Hilfen für besonders komplex gestörte Kinder und Jugendliche überfordert ist, weil keine entsprechende Expertise besteht, da derartige Fälle lokal zu selten vorkommen.

Budgetgesteuerte systematische Hemmnisse können die Implementierung adäquater Hilfen im Einzelfall verhindern oder stark verzögern, erkennbar ist auch ein gewisses „Töpfedenken“, verbunden mit Tendenzen, „kostenintensive“ Kinder und Jugendliche möglichst in andere Systeme hinein abzugeben oder manchmal auch einfach zuzuwarten, bis sich eine gegebene Zuständigkeit von selbst (z.B. durch Erreichen des 18. Lebensjahres) erledigt haben wird.

Eine enge Verzahnung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Jugendhilfe und Schule erfordert neben der Entwicklung und Vereinbarung verbindlicher Standards, Prozeduren und

Richtlinien der Zusammenarbeit für die Erkennung, Behandlung und weitere Versorgung von Kindern mit psychischen Störungen vor allem auch bezahlte zeitliche Ressourcen für diejenigen Personen, die den geforderten Zeitaufwand für diese Zusammenarbeit auch tatsächlich leisten sollen.

Aufgrund der gegebenen o.g. systematischen Probleme müsste man m.E. nach die Finanzierung von Hilfen für Kinder und Jugendliche insgesamt, auch vor dem Hintergrund eines in Zukunft zu erwartenden, sich noch weiter verschärfenden Auseinanderfallens der Finanzsituation einzelner Regionen und Landkreise auf den Prüfstand stellen und die Frage prüfen, wie eine Refinanzierung von Leistungen für Kinder und Jugendliche besser abgesichert werden kann als bisher. Hier existiert beispielsweise im Bereich der Krankenkassen ein Risikostrukturausgleich, ein Denkansatz, der vielleicht auch als Modell zwischen den Kommunen einmal weiter gedacht werden könnte.

Der Vorschlag der SPD-Fraktion, ein integriertes Versorgungskonzept zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu entwickeln und modellhaft in mindestens zwei Regionen zu erproben, sollte umgesetzt werden. Ein solches Konzept müsste im Rahmen eines über Sondermittel finanzierten Modellprojekts durchgeführt werden. Bei den Kosten für die Verbesserung der Kooperation zwischen Kinder und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe sollten die verschiedenen Kostenträger, wie die Sozialversicherungsträger, Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger und die Justiz beteiligt werden, da alle Seiten von einer verbesserten Integration der Maßnahmen profitieren würden. Bei einem solchen Projekt wäre eine sehr genaue Analyse und systematische Verbesserung der personellen Schnittstellen zwischen den Systemen erforderlich. Hier könnte pro Klinik eine Stelle für Vernetzung mit Jugendhilfe, Schulen sinnvoll sein. Analog müssten entsprechende personelle Mittel in den Jugendämtern zur Verfügung gestellt werden.

Der in den letzten ein bis zwei Jahren drastisch gestiegene Anteil an Krisenaufnahmen (s.o.) erfordert darüber hinaus auch in der Krisenbewältigung neue Wege und Standards der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, da die Kinder- und Jugendpsychiatrie kapazitätsbedingt diagnostisch stärker differenzieren und schneller entlassen muss als früher. Eine mögliche Lösung könnte hier die auch in der Stellungnahme der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater vorgeschlagene Etablierung von Clearingstellen zur Klärung schwieriger Fälle sein. Grundgedanke wäre hierbei, eine verbindliche Kooperation unter den Helfersystemen zu regeln und so ein auf die Klienten bezogenes regionales Zusammenwirken zu erreichen. Dies würde auch für die Zielgruppe mit komplexem Hilfebedarf gelten. Dabei wäre es Aufgabe der Clearingstelle zu klären, wer für die Probanden primär Verantwortung trägt und wie weit und an welchen Stellen sich Möglichkeiten von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ergänzen könnten. Integriert werden könnte hier der Vorschlag der SPD Fraktion, fachlich sehr kompetente aufsuchende Dienste zu installieren. Solche Möglichkeiten könnten ähnlich wie die sozialpsychiatrischen Dienste für Erwachsene organisiert und ärztlich/ psychotherapeutisch geleitet sein. Diese fachlich kompetenten Personen/ Funktionsträger könnten dann gleichzeitig die so wichtige Schnittstellenfunktion zwischen dem GKV-finanzierten Gesundheitssystem und dem kommunalen sozialen Versorgungssystem übernehmen, die in den ländlichen Regionen bisher vollständig fehlt. Sie könnten eventuell auch die oben genannte Clearingstellen-Funktion mit übernehmen. Nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Problematik bei Kindern psychisch kranker und/ oder suchtkranker Eltern könnte durch eine Ansiedlung von Kinder- und Jugendpsychiatern oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei den sozialpsychiatrischen Diensten der Landkreise hier

ein Synergieeffekt erzeugt werden. Dieser könnte sowohl für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre Familien als fachlich adäquate Schnittstelle zu dem beim gleichen Landkreis angesiedelten Jugendamt fungieren, psychosoziale Problemlagen frühzeitig erkennen und Leistungen frühzeitig initiieren, als auch für die Hochrisikogruppe der Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern adäquate Vorgehensweisen entwickeln und umsetzen helfen. Durch die ohnehin enge Verbindung zur Erwachsenenpsychiatrie wäre so auch die notwendige Vernetzung in den Behandlungsbereich der Eltern hinein zu gewährleisten.

Berücksichtigung von Bindungsaspekten in der Versorgung

Eine gezieltere und systematischere Berücksichtigung von Bindungsaspekten als bisher erscheint sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch in der Jugendhilfe wichtig. Gerade die in ihren Bindungserfahrungen von Anfang an benachteiligten Kinder und Jugendlichen, die ihre Eltern oft früh verlassen mussten, bleiben oft durch ihre Kindheit und Jugend hindurch von Entwurzelung bedroht. Sei es, dass sie als Pflegekinder in Pflegefamilien leben und immer der Zugriff der leiblichen Eltern im Raum steht, oder dass eine Betreuung innerhalb einer Pflegefamilie aufgrund des Ausmaßes der psychischen Störung eines Kindes – oft im Rahmen der Pubertätsentwicklung - zeitweise nicht mehr möglich ist oder dass Jugendliche in die Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär eingewiesen werden, und es infolgedessen zu einer 'Umplazierung' des Jugendlichen in eine andere, 'geeigneter' Einrichtung kommt. Immer wenn es um Bindung geht, sollte der Versuch gemacht werden, bereits etablierte Bindung Wert zu schätzen und wo möglich zu erhalten. Dies geschieht heute viel zu wenig und zu wenig systematisch. Gerade problembelastete und bindungsgestörte Jugendliche wechseln immer wieder ihren Betreuungsort, obwohl gerade sie eigentlich in besonderem Maße Stabilität in ihren Beziehungen benötigen würden.



Dr. med. Falk Burchard
Chefarzt der LWL-Klinik Marsberg
Kinder- und Jugendpsychiatrie
-psychotherapie