

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER LEITENDEN KLINIKÄRZTE
FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK
UND PSYCHOTHERAPIE E. V.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT LEITENDER MITARBEITER/INNEN DES
PFLEGE- UND ERZIEHUNGSDIENSTES KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRI-
SCHER KLINIKEN UND ABTEILUNGEN E.V.

**ZIELSETZUNGS - /
ORIENTIERUNGSDATEN
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHER KLINIKEN
UND ABTEILUNGEN
IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND**

09.06.2009

Inhalt:

1	Einleitung/Prinzipien	5
2	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	6
2.1	Zur steigenden Nachfrage von Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	6
2.2	Zur demografischen Entwicklung	8
2.3	Rahmenbedingungen stationärer Versorgung: Personal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	9
2.4	Institutsambulanzen.....	12
2.5	Bedarf an tagesklinischen Behandlungsplätzen und vollstationären Betten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung	13
2.6	Neue Entgeltformen.....	15
2.7	Ist-Stand stationärer und teilstationärer Versorgung	15
2.8	Krankenhausplanung.....	18
2.9	Bundesweite Bedarfsermittlung	22
2.10	Beispiele aus einzelnen Bundesländern:.....	22
2.11	Bedarf für spezielle Gruppen	24
2.12	Europäische und weltweite Einbindung	41
2.13	Finanzielle Rahmenbedingungen	42
2.14	Rechtliche Rahmenbedingungen	42
3	Leistungsbereiche und Behandlung	45
3.1	Prävention	46
3.2	Diagnostik.....	48
3.3	Konsiliarische Beratung	49
3.4	Behandlung	49
3.5	Eltern-Kind-Einheiten.....	52
3.6	Behandlung mit Freiheitsentziehung bzw. -einschränkung	52
3.7	Forensik.....	53
3.8	Begutachtung	53
3.9	Psychosomatik	54
3.10	Rehabilitation	54
3.11	Reintegration	54

4	Kooperation	56
4.1	Einleitung.....	56
4.2	Kooperation mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	56
4.3	Kooperation mit anderen medizinischen Fächern	58
4.4	Kooperation mit öffentlichen Institutionen.....	60
4.5	Kooperation mit Jugendhilfeinstitutionen.....	63
4.6	Kooperation mit Schule und Ausbildungssystemen.....	64
4.7	Justiz und Ordnungskräfte.....	65
4.8	Gerichte	65
4.9	Polizei	65
4.10	Spezielle Kooperation im Versorgungsbereich.....	65
4.11	Suchthilfe (vgl. Fegert u.Schepker 2009)	66
4.12	Jugendhilfe (vgl. Fegert et al. 2009)	66
4.13	Geistige Behinderung (vgl. Henniscke et al. 2009)	66
4.14	Psychosomatik (vgl. Thoms u.Schepker 2009)	66
4.15	Zusammenarbeit und Kooperation mit Selbsthilfeeinrichtungen	66
4.16	Aufbau und Beteiligung von Netzwerken.....	66
5	Schule.....	69
5.1	Schulunterricht an kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen und Kliniken: unterschiedliche Organisationsformen	69
	Es lassen sich grob 4 Typen unterscheiden.....	69
5.2	Gestaltung des Unterrichts	70
5.3	Schulabschlüsse.....	71
5.4	Schule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Förderort für ambulante Patienten 71	
5.5	Pädagogische Ambulanz und jugendpsychiatrisches Diagnosezentrum	72
5.6	Elternarbeit und Kooperation mit anderen Einrichtungen	72
5.7	Zusammenarbeit zwischen Schule und Krankenhaus.....	73
6	Leitung.....	74
6.1	Aufgaben der ärztlichen Leitung	74
6.2	Oberärzte.....	75
6.3	Leitung des Pflege- und Erziehungsdienstes	76

7	Ethik und KJPP-Kliniken.....	77
7.1	Philosophische Basis.....	77
7.2	Ethische Grundlagen in der KJPP	78
7.3	Der Kinder- und Jugendpsychiater im klinischen Alltag.....	78
7.4	Einbindung in Gesellschaft und Ressourcenorientierung	80
7.5	Ausblick	81
8	Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	
	83	
8.1	Allgemeine Grundlagen und Begriffsdefinition.....	83
8.2	Definition von Qualität und Qualitätsbeurteilung.....	83
8.3	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.....	84
8.4	Systeme, die einer Qualitätsbeurteilung unterzogen werden können	84
8.5	Zertifizierung und QM	85
8.6	Qualitätsindikatoren oder -merkmale in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP)	86
8.7	Qualitative Merkmale	87
8.8	Quantitative Qualitätsmerkmale in der KJPP.....	91
8.9	Beachtenswertes im QM Prozess.....	92
9	Literatur	94

1 Einleitung/Prinzipien

Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist ein sehr dynamisches, es ist als einziges in der Medizin im Krankenhausbereich weiterhin expandierend, als einziges hat es erwünschte Zuwächse im Niedergelassenenbereich.

Deshalb ist gut 15 Jahre nach der Erstauflage der politisch für viele Klinikleitungen hilfreichen „Zielsetzungs- und Orientierungsdaten“ 1993 unter Hauptautorenschaft des damaligen BAG-Vorsitzenden Dr. J. Jungmann eine völlig überarbeitete Neuauflage erforderlich.

Wir legen heute ein Lese- und Grundlagenbuch vor, das zur Orientierung für Politiker oder Vertreter benachbarter Fachverbände ebenso dienen kann wie für die Vereinheitlichung des Diskurses um Standards und Aufgaben von Leitungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen.

Diesem liegen folgende Prinzipien zugrunde:

- Als durchgehende Prinzipien können gelten: Primat der Regel- und Pflichtversorgung, Vernetzung und Kooperation als Kompensation für die in unserem Fach nicht regelhaft zu verwirklichende Gemeindenähe und eine entwicklungsorientierte, familiennahe, interdisziplinäre Behandlungsstrategie, die das Krankenhaus nur zu einem vorübergehenden Aufenthaltsort werden lässt, nie zum Lebensmittelpunkt.
- Eingegangen sind von den gemeinsamen Kommissionen erarbeitete Positionen, die mit den Schwesterverbänden, dem Berufsverband für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. konsentiert wurden
- Die anlässlich der Mitgliederversammlungen der BAG KJPPP verabschiedeten Erklärungen und Beschlüsse sind Grundlage dieser Ausarbeitungen.
- Einschlägige und grundlegende Veröffentlichungen und neuere Rechtsprechung zu einzelnen Themen sind erwähnt worden, um dem Leser eine selbständige Vertiefung zu ermöglichen
- Auf regionale Besonderheiten kann in einem solchen Papier nicht umfassend eingegangen werden, einzelne Beispiele wurden im Sinne von „best practice-Modellen“ jedoch aufgenommen.

Die vorliegende Ausgabe ist als Gemeinschaftswerk der Vorstandsmitglieder der BAG in den Jahren 2007-2009 entstanden und im Rahmen von zwei Mitgliederversammlungen diskutiert worden. Besonderer Dank für unermüdliches Fordern und Fördern gebührt unserem als langjährigem Redakteur des „Forum“ in Schriftfassung erfahrenen 2. Vorsitzenden Ingo Spitzcok von Brisinski.

Wenn einige Inhalte dieses Papiers sich in kurzer Zeit wieder verändert oder weiterentwickelt haben werden, spricht das für das derzeit große Potenzial und die Notwendigkeit, mit den sich stetig verändernden Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und Familien in unserer Gesellschaft umzugehen.

Auf der homepage der BAG werden wir neben diesem Papier updates, Ergänzungen, neue Rechtsprechung, neue Konsensuspapiere einstellen.

Die Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist vielversprechend – mit neuen Aufgabenfeldern, erweiterten Kooperationen und Vernetzungen und einem angesichts stagnierender Kinderzahlen zunehmend bedeutsamen gesellschaftlichen Auftrag.

2 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Ingo Spitzcok von Brisinski und Renate Schepker

2.1 Zur steigenden Nachfrage von Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Häufigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen und Inanspruchnahmeverhalten

Die durchschnittliche Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter liegt derzeit zwischen 10 und 20% (Ihle & Esser 2002; Barkmann & Schulte-Markwort 2002; Ravens-Sieberer et al. 2006, Aachener Studie von Herpertz-Dahlmann et al. 2002). Im Gegensatz zu den Prävalenzraten war die tatsächliche Inanspruchnahme bisher jedoch sehr viel geringer: So nahmen bis 1998 nur ca. 15 - 20 % der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen eine Beratung oder Behandlung in Anspruch (Lehmkuhl et al. 1998). Nach Wittchen (2000) erhalten bisher nur 17% der Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen auch eine Therapie, und davon nur jeder zweite (9%) in einer adäquaten Form.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Quoten der Inanspruchnahme mittlerweile etwas verbessert haben infolge der verstärkt positiven Medienpräsenz kinder- und jugendpsychiatrischer Themen in den letzten Jahren sowie der verbesserten Vernetzung zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten, Kinderärzten, Hausärzten, Schulen und Jugendhilfe. Dennoch steht außer Frage, dass die Inanspruchnahmerate weiterhin um mindestens 50% niedriger ausfällt als aufgrund der Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erwarten wäre.

Gründe für die Zunahme psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und für ungünstige Verläufe umfassen u. a.

- Zunahme von Familien, die nicht in der Lage sind, psychische Probleme von Kindern zu erkennen bzw. aufzufangen
- Abnahme von Halt gebenden verwandtschaftlichen Netzwerken durch gestiegene Mobilität, ergänzt durch mangelnde emotionale Förderung in Schulen
- ansteigende Häufigkeit von Alleinerziehenden
- die Häufigkeit psychischer Störungen ist schichtabhängig, sie wächst mit der Kinderzahl je Familie, die wiederum mit Unterschichtzugehörigkeit korreliert. Die Armutsrisikoquote ist in den letzten Jahren gestiegen (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen 2007). Waren 1996 noch 12,5 % der Bevölkerung armutsgefährdet, lag diese Quote 2005 bereits bei 14,3 %. Mit der Zunahme von Armut und Minderjährigen mit Migrationshintergrund steigt das Risiko für psychiatrische Erkrankungen (KIGGS-Survey, Ravens-Sieberer et al. 2006). Migration und der damit oft verbundene Wechsel der Kultur bzw. Konfrontation mit unbekannter Kultur führt nicht zwangsläufig zu psychischen Störungen, die Migranten werden aber abhängig von sozialen Stressoren anfälliger für solche als Nicht-Migranten. Die Internationale Organisation für Migration (IOM) weist in ihrem Gesundheitsbericht 2003 darauf hin, dass die Gesundheitsgefährdung durch bzw. nach Migration abhängig ist von „migration motives, duration of the stay in the host community, language and cultural barriers, legal status, family situation, and a person's predisposition to psychological problems“ (International Organization for Migration, 2004, S. 19).
- das sinkende Alter beim Einstieg in Drogen- und Alkoholkonsum bedingt in Verbindung mit der höheren Vulnerabilität des noch unreifen Gehirns und der noch weniger

gefestigten Persönlichkeit gehäuft Suchterkrankungen und komorbide Störungen. (s. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2008)

- psychotische Störungen, die sich ohne frühen Drogenkonsum erst im Erwachsenenalter oder auch gar nicht manifestiert hätten, treten aufgrund der höheren Vulnerabilität des noch unreifen Gehirns früher und häufiger auf (Jockers-Scherübl 2006).
- verbesserte Perinatalmedizin führt zu höheren Überlebensraten bei Frühgeborenen, jedoch im weiteren Verlauf infolge erhöhter cerebraler Vulnerabilität gehäuft zu psychischen Erkrankungen.

Gründe für die vermehrte Inanspruchnahme ambulanter und stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsangebote sind u. a.

- steigende ambulante Versorgungsdichte bedingt die Erfassung eines größeren Anteils bisher unbehandelter Kinder, die ggf. auch stationär behandelt werden müssen
- zunehmende Entstigmatisierung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik- und Behandlungsangebote in den Medien und in der Gesellschaft sowie durch fachgebietsübergreifende integrierte Versorgung mit der Folge einer Absenkung der Inanspruchnahmeschwelle (so geht beispielsweise der 3. Bayrische Psychiatrieplan 2006 von einer jährlichen Fallzahlsteigerung von 20% in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie aus, die auf eine Abnahme von Schwellenängsten und auf eine „Zunahme spezieller Störungen“ zurückgeführt wird).
- Verbesserung der Informationsangebote (z.B. im Internet) und damit einhergehend ein zunehmender Bekanntheitsgrad psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und deren adäquater Behandlung
- vermehrte Aufmerksamkeit pädagogischer Fachkräfte in Schulen und Kindergärten, Auswirkungen der gesetzlichen Reformen zur Sicherung des Kindeswohls und der Allgemeinen Schulordnung (ASchO)
- Verbesserungen bei Inanspruchnahme und Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen: Zwar weist das bisher etablierte Programm für Früherkennungsuntersuchungen bei jüngeren Kindern bzgl. der Gesamtbevölkerung eine Inanspruchnahme von über 90 % auf. Mit steigendem Alter der Kinder nimmt die Inanspruchnahme jedoch von 93% bei U3 bis auf 79% bei U9 ab (Robert-Koch-Institut, 2004). Bei der J1 liegt die Inanspruchnahme sogar nur bei 25 bis 30%. Für Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht, Kinder aus Migrantenfamilien sowie Kinder aus kinderreichen Familien ist die Inanspruchnahme für alle Früherkennungsuntersuchungen deutlich geringer als bei den übrigen Bevölkerungsgruppen. Auf Bundesebene nehmen nur ca. 45% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus an U9 teil gegenüber ca. 70% der Kinder mit mittlerem oder hohem Sozialstatus (Robert Koch-Institut, 2005). In Nordrhein-Westfalen liegt die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U8 – U9 bei Deutschen bei 78,3 %, bei in Deutschland geborenen Zuwanderern bei 44,7 %, bei im Heimatland geborenen Zuwanderern bei 36,2 % und bei Aussiedlern bei 50,1 % (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2000). Die unzureichende Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen trifft also in dieser Bevölkerungsgruppe mit einem höheren Erkrankungsrisiko zusammen. Die Landesregierung NRW hat am 30. Januar 2007 ein Handlungskonzept zum besseren Schutz von Kindern beschlossen. Es umfasst u. a. Maßnahmen zur Sicherstellung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen einschließlich Meldepflicht der Kinderärzte und gezielte Aufklärung von Eltern der Kinder, die erstmals oder wiederholt an einer Früherkennungsuntersuchung nicht teilnehmen, über die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen. Das neue Gesetz für die Kindertagesstätten sieht eine stärkere Verpflichtung der Eltern vor, die Teilnahme ihrer Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen zu belegen (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration & Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 2007). Durch diese Maßnahmen ist damit zu rechnen, dass ein höherer Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen zu einer kinder-

und jugendpsychiatrischen Untersuchung überwiesen werden und, soweit erforderlich, damit auch die Chance einer adäquaten Behandlung erhalten.

Psychische Störungen werden bei den bisher etablierten Früherkennungsuntersuchungen nicht ausreichend berücksichtigt: Mindestens 87,5% aller psychischen Störungen bis zum Eintritt in die Schule werden bisher nicht erkannt bzw. erhalten keine adäquaten Behandlung (Spitzcok von Brisinski et al. 2006), weswegen in der laufenden Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen Maßnahmen zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten integriert werden sollen, so dass in den nächsten Jahren ein verbesserter Erfassungsgrad psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen zu erwarten ist.

Dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungsangebote durch Familien mit Migrationshintergrund zu wünschen übrig lässt, ist ein weltweites Phänomen, das neben Informationsdefiziten vielfältige weitere Ursachen hat. Nachweislich lässt sich durch die Beschäftigung von muttersprachlichen Therapeuten die Inanspruchnahme auf das zu erwartende Niveau entsprechend dem Bevölkerungsanteil heben (Scheperker u. Toker 2008).

Insgesamt ist aus genannten Gründen weiterhin von einem steigenden Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung auszugehen. Die WHO (zitiert nach National Advisory Mental Health Council's Workgroup 2001) prognostiziert weltweit eine 50 %ige Steigerung der Inanspruchnahme bis 2020.

2.2 Zur demografischen Entwicklung

Zunahme der Geburten und Migrationshintergrund

Alle bisherigen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung basieren auf Daten, die vor 2007 erhoben wurden. Während aber seit 1997 eine kontinuierliche Abnahme der jährlichen Geburten bis 2006 zu verzeichnen war, kam es bundesweit 2007 (684.862 Lebendgeborene, Statistisches Bundesamt 2008a) erstmals wieder zu einer Zunahme der Geburten um 1,8% gegenüber 2006 (672.724 Lebendgeborene, Statistisches Bundesamt 2008b). Der Trend abnehmender Geburtenzahlen in Deutschland hat sich also nicht fortgesetzt, so dass die bisherigen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit einen zu geringen Anteil Minderjähriger voraussagen. Die Zahl der Minderjährigen wird sich möglicherweise angesichts der Entwicklung seit 2007 voraussichtlich nicht bis 2012 um 9% verringert haben, sondern der Rückgang wird mit hoher Wahrscheinlichkeit geringer ausfallen. Anfang 2009 wurde von einem Abfall der Geburtenrate im letzten Quartal 2008 berichtet. Es bleibt abzuwarten ob dieser einen neuen Abwärtstrend einleitet oder nicht.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass zwar insgesamt mit einem Rückgang in der Altersgruppe der Minderjährigen zu rechnen ist, dieser Bevölkerungsrückgang sich jedoch primär auf eine Bevölkerungsgruppe bezieht, die soziologisch der Mittelschicht zuzuordnen ist. Die Geburtenrate in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen bei denen es sich im Hinblick auf psychische Störungen um eine Risikopopulation handelt, bleibt dagegen relativ höher.

Die Geburtenraten bezogen auf Familien mit Zuwanderungshintergrund sind langsamer gesunken als die der einheimischen Familien. Daher sieht sich unser Fachgebiet einem derzeit schnell steigenden Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gegenüber, der nach der Definition des Mikrozensus 2005 bei 27 % in der Allgemeinbevölkerung lag. Dabei findet eine Konzentration auf westdeutsche Großstädte statt, die unter ihrer jungen Bevölkerung bereits 40 -60 % Kinder und Jugendliche mit Zuwanderungshintergrund verzeichnen. Insgesamt ist die Verteilung auf die einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich: West: 74%, Ost: 90 % einheimische deutsche Kinder (Hurrelmann et al. 2007).

In der biografisch etwas engeren Definition nach Adam (2009) ist ein „Migrantenkid ... ein Kind bis 18 Jahre, dessen familiäre Biographie durch länger andauernde Mobilität über eine nicht unerhebliche Entfernung gekennzeichnet ist, welches mehr oder weniger von der Herkunftsgesellschaft aus- und von der Aufnahmegesellschaft mehr oder weniger eingegliedert ist und das dadurch unter ungünstigen Umständen evtl. lebenslang andauernde ambivalente Gefühle hinsichtlich Zugehörigkeit und Rückkehr hat, die entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstadium differieren können. Wenn das Kind oder seine Eltern darüber hinaus Krieg, Bürgerkrieg oder andere Formen „organisierter Gewalt“ erlebt haben, und das Kind oder die Familie aufgrund dessen die angestammte Heimat verlassen mussten, handelt es sich um ein Flüchtlingskind.“

Psychische Erkrankungen sind oft langwierig, verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen und gehen mit deutlichen Beeinträchtigungen für die Betroffenen einher. Dies hat in Deutschland bisher noch nicht die nötige Aufmerksamkeit gefunden, so dass die Erfassung von psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter in epidemiologischen Studien und bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen im Rahmen von Public Health bisher ungerechtfertigterweise vernachlässigt wurde. Personen mit Migrationshintergrund werden in diesen Studien überdies aus unterschiedlichen Gründen nicht gut genug erfasst.

Dies ist vor allen Dingen angesichts dessen, dass die meisten psychischen Störungen des Erwachsenenalters ihren Ursprung in Störungen im Kindes- und Jugendalter haben, zu bedauern. Dem Lebensabschnitt Kindheit und Jugend sollte daher eine größere Bedeutung für Prävention und Intervention und somit auch für die Einsparung von Folgekosten zukommen.

2.3 Rahmenbedingungen stationärer Versorgung: Personal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Krankenhausbereich kommt es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland zu jährlich rund 40.000 Aufnahmen (Fälle, d.h. inklusive Wiederaufnahmen, Quelle: www.dkgev.de, Zahlen und Fakten 2007). Im Jahr 2008 waren es 41.156 Aufnahmen und 41.259 Entlassungen (Quelle: www.destatis.de) D. h., dass etwa 80 % aller kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten ausreichend ambulant behandelt werden können und ca. 20% einer stationären Behandlung bedürfen. Die nach Art, Schwere und Dauer in einer KJPP-Institutsambulanz zu behandelnden Patienten und ihre Familien beliefen sich auf ca. 180.000 Fälle im Jahr 2004 und dürften mittlerweile deutlich über 200.000 liegen.

Nur für psychiatrische Fachabteilungen wurde im Jahr 1991 mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV, siehe Kunze und Kaltenbach 2003) der erforderliche Personalschlüssel relativ zu behandelten Patientengruppen gesetzlich geregelt. Hierbei wurden Tätigkeitsmerkmale je Berufsgruppe definiert und im zeitlichen Aufwand verschiedenen Patientengruppen zugeordnet. Dieser patientenbezogene Aufwand in sogenannten Minutenwerten legt gleichzeitig einen durchschnittlichen Korridor an Gruppengröße fest, der nicht zu überschreiten ist (maximal 16 Patienten Durchschnittsbelegung bei Kindern und Jugendlichen), und auch die Forderung, Stationsgruppen zwecks Differenzierung zu teilen. Quartalsweise Stichtagserhebungen zu den patientenbezogenen Psych-PV-Kategorien kontrollieren die Zusammensetzung der Patienten und die darauf aufbauende Berechnung des Personalbedarfs (je nach Abteilung verschiedene strukturelle Voraussetzungen wie Nachtwachen, Bereitschaftsdienste, Ausfallzeiten etc. werden gesondert verhandelt). Leider ist es durch eine gesetzliche Diskrepanz zwischen der Psych-PV und der Bundespflegesatzverordnung bis zum Jahr 2009 den Verhandlungspartnern im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen überlassen geblieben, welche Durchschnittsgehälter zugrundegelegt und damit welcher Personalanteil finanzierbar wurde, da es keine Festlegungen gab hinsichtlich einer Zugrundelegung von IST-Kosten. Überdies kam durch die Budgetdeckelung ab 1993 hinzu, dass Budgets nur im Rahmen der Grundlohnsummensteigerung steigen durften, so dass Personalkos-

tensteigerungen (z.B. nach Tarifverhandlungen) nicht in den Pflegesätzen abgebildet werden konnten. Wegen des hohen Personalkostenanteils an den Budgets hat diese „Deckelung“ die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen besonders hart getroffen, mehr als die erwachsenenpsychiatrischen und deutlich mehr als die somatischen.

Eine Berechnung der Aktion Psychisch Kranke ergab für den Zeitraum 1996 bis 2004

- eine kumulierte Steigerung der Personalkosten von 25%
- bei einer (in den Verhandlungen maximal möglichen) kumulierten Veränderungsrate von 12%.

Entsprechend betrug der Psych-PV-Erfüllungsgrad im Jahr 2004 für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie laut Umfrage im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (Aktion Psychisch Kranke 2007) bei einem repräsentativen Rücklauf (von 51 % der Planbetten, die 60 % der Gesamtbevölkerung versorgten) durchschnittlich 88 %.

- 25 % Kliniken mit KJPP-Abteilung lagen unter 81% Psych-PV bezogen auf alle Berufsgruppen,
- 25 % sogar unter 77 % im Pflege- und Erziehungsdienst.

60 % lagen über alle Berufsgruppen bereits unter 90% des laut Psych-PV erforderlichen Personalstamms.

Dieses Ergebnis hat Veränderungen der Krankenhausfinanzierung und der Bundespflegegesetzverordnung angeregt, die im Rahmen des am 13.2.2009 verabschiedeten KHREG Gesetzeskraft erlangt hat und künftig umgesetzt werden muss.

Ein relativer Fachkräftemangel wird sich deutlich bemerkbar machen bei Umsetzung der Vorgaben, dass nun 90 % Psych-PV-Erfüllung als feste Untergrenze festgelegt sind und dass alle Häuser bei Nachweis des Bedarfs (der aus fachlicher Sicht angesichts der verdichteten Aufgaben, s.u. unstrittig ist) schiedstellenfähig 100 % verhandeln können und sollen. Qualifizierte Fachkräfte sind im Pflege- und Erziehungsdienst der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgeschrieben, die Arbeit mit angelernten oder Hilfskräften verbietet sich.

Die Auswirkungen eines allgemeinen Ärztemangels in Deutschland treffen das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in besonderem Maße: Das Verhältnis von zu besetzenden Stellen in Bezug auf vorhandene Fachärzte weist im Vergleich zu anderen Fachgebieten den ungünstigsten Index auf (DÄB: 2006 lag der FÄ-Index, definiert als theoretisch verfügbare Fachärzte je ausgeschriebener Stelle, bei 5,6 im Gegensatz zum Durchschnitt aller Fachgruppen von 17).

Dieses ist der Fall, obwohl enorme Steigerungsraten der Facharztzahlen zu verzeichnen waren: von etwas über 200 im Jahr 1979 auf insgesamt über 1414 im Jahr 2007. Zur Sicherung des Nachwuchses und aufgrund des ausgeführten epidemiologischen Bedarfs wäre es sinnvoll, der KJPP in der Ärztlichen Approbationsordnung den Status eines Pflicht- und Prüfungsfaches zuzusprechen.

Ende 2007 nahmen in Deutschland nach Angaben des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 732 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der vertragsärztlichen Versorgung teil (Deutscher Bundestag, 2009). Im stationären Bereich waren es 649 Fachärzte (Bundesärztekammer). Rund 100 Kollegen absolvieren jährlich die Facharztprüfung.

Die Gesamtzahl der berufstätigen Fachärzte im Krankenhaus zeigt die nachfolgende Abbildung aus Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. Der auch der recht hohe Frauenanteil des Fachgebietes mit 55,5 % insgesamt fällt im stationären Bereich mit 51 % etwas geringer aus.

KBV



Entwicklung der Zahl der berufstätigen Kinder- und Jugendpsychiater

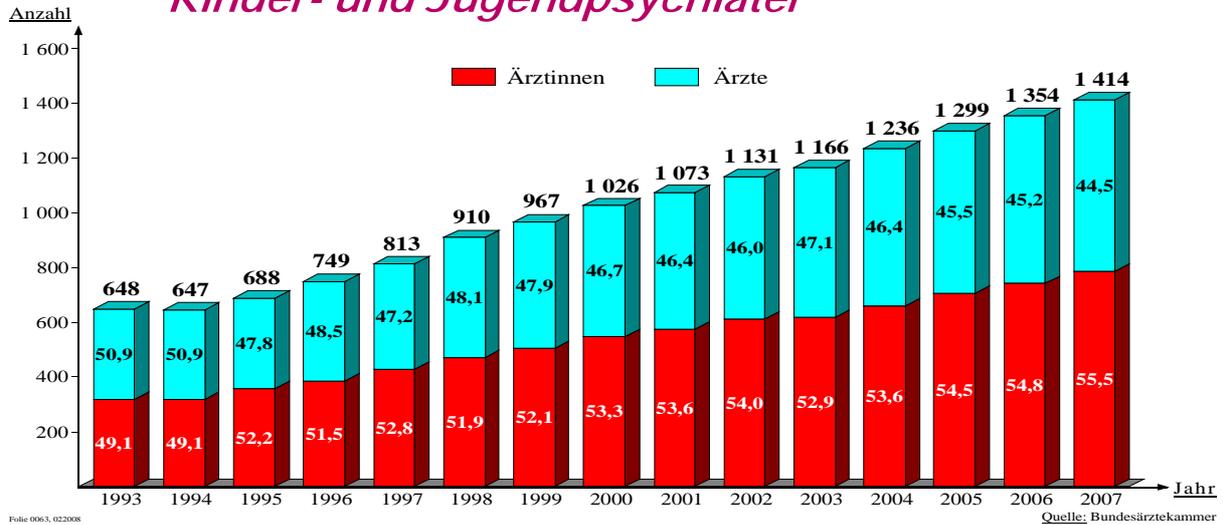
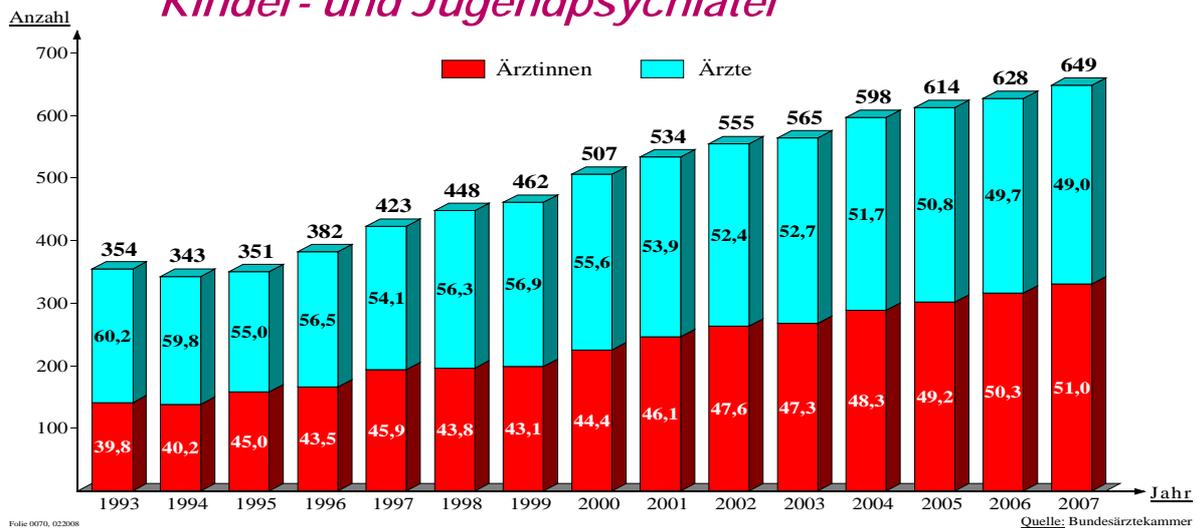


Abb: Entwicklung der Facharztzahlen

KBV



Entwicklung der Zahl der stationär tätigen Kinder- und Jugendpsychiater



(Quelle: Vortrag des KBV-Vorsitzenden beim Beirat des BKJPP im Februar 2008)

2.4 Institutsambulanzen

Die Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) ist sowohl für Psychiatrische Krankenhäuser als auch für Abteilungen, dabei explizit auch für kinder- und jugendpsychiatrische, gesetzlich geregelt (§ 118 SGB V), was auch für dezentrale Tageskliniken zur Anwendung kommt, wie es neuerdings nach einem Schiedsstellenurteil in Gevelsberg bekräftigt wurde. Institutsambulanzen sollen nach Art, Schwere und Dauer auf eine krankenhaushnahe Behandlung angewiesene Patienten versorgen, dies kann auch bei räumlich bedingter Unerreichbarkeit von niedergelassenen Fachärzten zutreffen. Die Tätigkeit der PIAs wird in Rahmenverträgen auf regionaler Ebene geregelt. Mögliche Leistungsumfänge gestalten sich daher sehr unterschiedlich. Eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst ist nach aktueller Rechtsprechung wie im vollstationären Bereich des Krankenhauses im Einzelfall zulässig und auch üblich.

	PIA's	Fachabteilungen / Fachkrankenhäuser
Baden-Württemberg	14	18
Bayern	24	19
Berlin	5	6
Brandenburg	5	5
Bremen	3	2
Hamburg	4	5
Hessen	22	8
Mecklenburg-Vorpommern	5	5
Niedersachsen	14	16
Nordrhein-Westfalen	29	31
Rheinland-Pfalz	6	6
Saarland	4	2
Sachsen	11	8
Sachsen-Anhalt	1	6
Schleswig-Holstein	3	5
Thüringen	5	6
Summe	155	148

Anzahl der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) für Kinder und Jugendliche am 31.12.2005 (Quelle: Bericht "Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven" der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2007)¹

Im Rahmen des Ausbaus vor allem von Tageskliniken ist mit einem Anstieg der im GMK-Bericht angegebenen Zahlen zu rechnen. PIAs haben den großen Vorteil dass dort Indikationen für stationäre Behandlungen überprüft werden können, Nachbehandlungen nach komplexer vollstationärer Therapie geleistet werden können und Angebote für besondere Problemgruppen geschaffen werden können. Der Not- und Bereitschaftsdienst des vollstationären Bereiches soll wie gesetzlich vorgesehen selbstverständlich auch von PIA-Patienten in Anspruch genommen werden, auf deren Behandlungsinformationen dadurch schnell zugegriffen werden kann.

¹ Diese Angaben beruhen auf der Länderumfrage der AOLG und nicht auf einer Erhebung der BAG, sie sind z.T. lückenhaft (z.B. für Sachsen-Anhalt) und unterschätzen die Zahl an existierenden kinder- und jugendpsychiatrischen PIAs auch auf dem Stand von 2005

Den wünschenswerten Anstieg der Dichte an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern insbesondere mit der Möglichkeit multiprofessioneller Arbeit im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können PIAs jedoch nicht ersetzen.

2.5 Bedarf an tagesklinischen Behandlungsplätzen und vollstationären Betten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung

In der Psychiatrie-Enquête von 1975 wird eine gemeindenahere Versorgung gefordert. Andererseits wird aber auch betont, dass für eine Reihe von besonderen Aufgaben überregionale Einrichtungen erforderlich sind, die möglichst mit Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie verbunden werden, um spezielle diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gemeinsam nutzen zu können. Diese beiden Prinzipien haben auch heute noch Geltung. Es wird daher im Folgenden unterschieden zwischen Regelversorgung und überregionalen Behandlungsschwerpunkten.

Des Weiteren wird in der Psychiatrie-Enquête darauf hingewiesen, dass beim Prinzip der gemeindenahen Versorgung die unterschiedlichen Bedingungen in ländlichen Gebieten und in Ballungsräumen berücksichtigt werden müssen. Da eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung, Klinik oder Tagesklinik einerseits aus fachlichen und wirtschaftlichen Gründen eine Mindestgröße aufweisen muss und andererseits Anfahrtswege für Patienten und Angehörige von über einer Stunde nicht akzeptabel sind, müssen in dünn besiedelten Regionen Kompromisse eingegangen werden.

Im Jahr 2008 wies die „Winnenden-Statistik“ für die Stichtageserhebung in allen dort meldenden Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken einen Prozentsatz von 26 % der gemeldeten anwesenden Patienten mit Tagesklinikstatus auf. Das schließt auch die Patienten ein, die im vollstationären Bereich tagesklinisch geführt werden, was gegen Ende einer Behandlung unter Erhalt der Beziehungskontinuität in einigen Fällen sehr sinnvoll ist.

Wechselwirkungen mit der ambulanten Versorgung

Durch Verbesserungen in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung konnte vielerorts der Anteil an stationären Aufnahmen zur Diagnostik und Behandlung in Krisensituationen mit einer Verweildauer von nur wenigen Tagen gesenkt werden. Andererseits haben Verbesserungen des ambulanten Angebotes mit den damit verbundenen Selektionseffekten und Zunahme früher und stärker psychisch beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher dazu geführt, dass die Zahl der Patienten mit besonders hohem Betreuungsaufwand und längerem Behandlungsbedarf auf den Stationen deutlich zugenommen hat. Trotz guter Vernetzung ist eine spürbare Entlastung im stationären Bereich bisher nicht durch den Ausbau des ambulanten Angebots eingetreten, der Anteil an Krisenaufnahmen eher gestiegen auf ca. 50 % aller Fälle. Dies ist aufgrund der o. g. und u. g. Entwicklungen auch nur sehr eingeschränkt zu erwarten.

Wechselwirkungen mit der Jugendhilfe

Vor jeder stationären oder teilstationären Aufnahme wird entsprechend den gesetzlichen Vorschriften von einem Krankenhausarzt geprüft, ob eine Indikation zur Krankenhausbehandlung besteht. Kinder und Jugendliche, bei denen eine Jugendhilfemaßnahme ausreicht (ggf. ergänzt durch ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung), werden nicht zur stationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung aufgenommen. Außerdem wird aufgrund des Aufnahmedrucks jede stationäre Krankenhausbehandlung so kurz wie möglich gestaltet. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass ein Ausbau der stationären Jugendhilfeangebote zu einer erheblichen Verringerung der Inanspruchnahme stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsangebote führt.

Durch Verbesserungen in der Vernetzung mit der Jugendhilfe konnte vielerorts der Anteil an stationären Aufnahmen zur Diagnostik und Behandlung in Krisensituationen mit einer Verweildauer von nur wenigen Tagen gesenkt werden.

In den letzten Jahren hat sich die Vernetzung von kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten und Jugendhilfe deutlich verbessert. So finden beispielsweise in vielen Kliniken Fallbezogen gemeinsame Helferkonferenzen von Klinik und Jugendhilfe statt sowie regelmäßige Kooperationsgespräche mit den Jugendamtsleitern. In vielen Jugendhilfeeinrichtungen besteht ein kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliardienst. Nach den Ergebnissen der Ulmer Heimkinderstudie (Besier u. Goldbeck 2007) können durch eine verbesserte Verzahnung z.B. in Form eines aufsuchenden jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes in der stationären Jugendhilfe zwar Krisenaufnahmen in der Jugendpsychiatrie deutlich verringert werden, es steigt jedoch gleichzeitig die Zahl der bisher unerkannt gebliebenen, auch stationär behandlungsbedürftigen, teilweise schwer gestörten Kinder.

Auswirkungen von integrierter Versorgung

Nach § 140a-d SGB V können Krankenkassen Verträge über Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Bisher sind bundesweit nur sehr wenige Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V (u. a. zu Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Rheinland-Pfalz und zu Essstörungen in Baden-Württemberg) abgeschlossen worden, an denen Kinder- und Jugendpsychiater beteiligt sind. Diese wenigen Projekte erreichen auch keine großen Fallzahlen und sind weit entfernt von bevölkerungsbezogener Flächendeckung. Das bisher geringe Echo hat verschiedene inhaltliche und finanzielle Gründe: Das ärztliche Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie umfasst auch die Psychosomatik und die besondere integrative Kompetenz der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie liegt darin, dass sie aufgrund ihrer umfassenden Ausbildung sowohl körperliche als auch seelischen Aspekte von Kindern und Jugendlichen integrativ untersuchen und behandeln können, da sie über ein Medizinstudium und eine Facharztweiterbildung einschließlich Psychotherapieausbildung verfügen. Dies befähigt sie nicht nur dazu, ganzheitliche Untersuchungen und Behandlungen persönlich durchzuführen, sondern auch kompetent multiprofessionelle Behandlungsteams zu leiten und zu supervidieren. Sowohl im vollstationären und tagesklinischen Krankenhausbereich als auch in den Klinikambulanzen und sozialpsychiatrischen Praxen ist die integrative Zusammenarbeit von ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen, Pflegekräften, ErzieherInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, MusiktherapeutInnen, KunsttherapeutInnen und HeilpädagogInnen Standard und selbstverständlich. Geregelt ist dies im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV), der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V sowie der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken verfügen durch die ihnen angegliederte Institutsambulanz bereits über die nötigen Strukturen zur Leistungssektoren übergreifenden Versorgung. Die Leistungssektoren übergreifende Zusammenarbeit der niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist geregelt in dem von den Fachverbänden gemeinsam verabschiedeten „Leitfaden für die Kooperation zwischen Praxis und Klinik im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“. Eine intensive Vernetzung zwischen den verschiedenen an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen beteiligten Berufsgruppen findet auch in den zahlreichen regionalen ADHS-Netzwerken statt. Sollten sich die bisherigen Bedingungen für den Abschluss von entsprechenden Verträgen nicht ändern, ist nicht damit zu rechnen, dass Integrierte Versorgung nach 140a-d SGB V einen größeren Einfluss auf die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ausüben wird.

2.6 Neue Entgeltformen

Das bisherige Entgeltsystem der Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V lässt keine signifikanten Effekte auf die quantitativen Parameter stationärer und teilstationärer Versorgung erwarten, da es keinen Einfluss auf die Mangelsituation in der stationären und teilstationären Versorgung hat.

Hinsichtlich des Entgeltsystems für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V muss hervorgehoben werden, dass die in den meisten Bundesländern gültigen Behandlungspauschalen nur sehr begrenzt besonders behandlungsintensive Patienten ambulant versorgt werden können. Lediglich dort, wo sich das Finanzierungsmodell an den in jedem Einzelfall geleisteten Therapiestunden orientiert (Bayrisches Modell) ist auch eine umfassende höher frequente ambulante Versorgung möglich

Das 2008/2009 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) sieht ein leistungsorientiertes pauschalierendes Entgeltsystem mit tagesgleichen Sätzen vor. Jedoch soll auch geprüft werden, ob umschriebene Bereiche pauschaliert werden können und ob die Finanzierung der Leistungen der Institutsambulanzen in dieses Modell integriert werden kann. Sollte letzteres der Fall sein, ermöglicht dies u. U. ähnlich dem bisherigen Bayrischen Modell die Finanzierung hochfrequenter intensiver ambulanter Therapie, so dass für einige Patienten die stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt werden kann.

Mit Regionalbudgets, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Modellprojekt an wenigen Standorten erprobt, gibt es als Finanzierungsform noch zu wenig Erfahrung.

2.7 Ist-Stand stationärer und teilstationärer Versorgung

Ausgangssituation und Entwicklungsdynamik der ambulanten, tagesklinischen und vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sind in den einzelnen Bundesländern teils sehr unterschiedlich. Modulierende Faktoren sind u. a. Bevölkerungsdichte, wirtschaftliche Bedingungen bei Niederlassung und politische Akzente. Zu beachten ist darüber hinaus, dass grenznah gelegene Standorte bei erheblichem Versorgungsgefälle zum Nachbarbundesland oftmals zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auch Patienten angrenzender Bundesländer mitversorgen.

Betten/Plätze insgesamt

	Fachkrankenhaus		Fachabteilung		Summe		Gesamtsumme
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär	
Baden-Württemberg	62	2	472	134	534	136	670
Bayern	304	211	99	46	403	257	660
Berlin			145	125	145	125	270
Brandenburg	155	17	56		211	17	228
Bremen		10	39	8	39	18	57
Hamburg	12		86	35	98	35	133
Hessen	280	92	115	32	395	124	519
Mecklenburg-Vorpommern	40	3	132	52	172	55	227
Niedersachsen	51	10	545	115	596	125	721
Nordrhein-Westfalen	594	316	435	242	1.029	568	1.587
Rheinland-Pfalz	140	40	30	45	170	85	255
Saarland			44	30	44	30	74
Sachsen	138	61	209	75	347	136	483
Sachsen-Anhalt	190	54	110	31	300	85	385
Schleswig-Holstein	45	18	182	82	227	100	327
Thüringen	131	13	100	24	231	37	268
Summe	2.142	847	2.799	1.076	4.941	1.923	6.864

Baden-Württemberg	3.044
Bayern	3.517
Berlin	1.887
Brandenburg	1.649
Bremen	1.870
Hamburg	2.064
Hessen	2.098
Mecklenburg-Vorpommern	1.100
Niedersachsen	2.110
Nordrhein-Westfalen	2.118
Rheinland-Pfalz	2.937
Saarland	2.381
Sachsen	1.222
Sachsen-Anhalt	891
Schleswig-Holstein	1.611
Thüringen	1.220
Durchschnitt	2.121

Vergleichende Darstellung: Minderjährige Einwohnerinnen/Einwohner pro Bett/Platz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Jahr 2005 (Quelle: Bericht "Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven" der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2007)

Die Dynamik des Fachgebietes, ggfs. auch unterschiedliche Bezugsgrößen im GMK-Bericht lassen sich ermessen, wenn neben die dort angegebenen Daten die Angaben des Statistischen Bundesamtes gestellt werden. Dieses wies für 2005 4.921 vollstationäre Betten aus, für 2006 schon 5.065 und für 2007 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie 5.183 Betten. In diesen Betten in 133 Kliniken oder Abteilungen wurden die Betten zu 91,5 % ausgelastet, es wurden 41.156 Aufnahmen getätigt und die durchschnittliche Verweildauer betrug 41,8 Tage.

Die enorme Effizienzsteigerung innerhalb des Fachgebietes wird jedoch erst deutlich, wenn die Entwicklung über die letzten 20 Jahre betrachtet wird, hier berechnet seit 1991, des Jahres der Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung.

Effizienzsteigerung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

	1991	1995	2005	2006	2007	1991-2007 Veränd.
Fallzahl	20.108	23.302	37.699	39.415	41.259	+105 %
Verweildauer	126,3	63,4	43,2	42,5	41,8	-66,9 %
Berechn.Tage	2.539.894	1.478.076	1.626.719	1.676.085	1.731.892	-31,8 %
Betten, aufgestellte	8.316	4.858	4.921	5.065	5.183	-37,6 %

(Quelle: Statist. Jahrbücher Fachserie 12 bei destatis.de und eigene Berechnungen)²

Es zeigt sich, dass verglichen mit 1991 heute doppelt so oft Patienten in KJPP Kliniken aufgenommen und durch mittlerweile weniger als 88 % des Personals (Stand 2004) in 1/3 der Zeit, in 62 % der Betten behandelt werden – wieviel der eigentlich laut Psych-PV erforderlichen Therapiedosis unter diesen Bedingungen noch verabfolgt werden kann, ist im Fachge-

² Die Statistischen Jahrbücher listeten ab 1990 Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern mit Ausnahme von Maßregelvollzugs- und Justizkrankenhäusern, Bundeswehrkrankenhäuser separat benennend.

biet nicht erforscht worden. Faktisch wurden die 32 % „eingesparten“ Berechnungstage nicht in den Krankensektor reinvestiert.

Das starke Absinken um fast 40 % der aufgestellten Betten geht auf den sinnvollen Abbau der „Langzeitbereiche“ in Großkliniken und auch den kompensatorischen Ausbau teilstationärer Kapazitäten zurück. Es blieb dennoch relativ unbemerkt, und wenig bekannt ist, dass das Fachgebiet einem Vergleich mit der Somatik durchaus standhält, wenn man die pädiatrischen Betten daneben stellt (hier eine Darstellung bis zum Jahr 2005), deren „Kliniksterben“ öffentlichkeitswirksam beklagt wurde.

Effizienzsteigerung im Vergleich zur Pädiatrie bis 2005

	1991 KJPP	1991 Pädiatrie ohne KJPP	1991-2005 Veränderung KJPP	1991-2005 Veränderung Pädiatrie
Fallzahl	20.108	861.838	+ 87,5 %	+ 8,3 %
Verweildauer	126,3	9,1	- 65,8 %	- 40,6 %
aufgestellte Betten	2.539.894	7.812.189	- 36 %	- 35,4 %
Berechnungstage	8.316	31.708	- 40,8 %	- 35,3 %

(Quelle: Statist. Jahrbücher Fachserie 12 bei destatis.de und eigene Berechnungen)

Ein leichter und anhaltender Zuwachs der kinder- und jugendpsychiatrischen Betten in den letzten 5 Jahren ist darauf zurückzuführen, dass nach dem deutlichen Abbau in den traditionellen großen überregionalen Zentren nun durch Landesplanungen eine regionale Unterversorgung zugunsten kleinerer Einheiten mit Neugründungen auszugleichen begonnen wurde.

2.8 Krankenhausplanung

Zur Ermittlung des **zukünftigen Bettenbedarfs** eines Bundeslandes sind die mit der Aufstellung des Krankenhausplans beauftragten Landesministerien auf Prognosen angewiesen, die mittels unterschiedlicher Verfahren erstellt werden können. Dabei sind dem politischen Willen durch die Rechtsprechung Grenzen gesetzt: Nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 14.11.1985 (BVerwG 3 C 41.84) ist unter Bedarf der „tatsächlich zu versorgende Bedarf“ und nicht ein mit dem „tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf“ zu verstehen. Der tatsächlich zu versorgende Bedarf ergibt sich nach den leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB V aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, d.h. deren Abrechnung durch die jeweils zuständige Krankenkasse (Niedersächsisches Sozialministerium, 2005). Damit kommt der sogenannten „Krankenhaushäufigkeit“ in allen Bedarfsvorausrechnungen ein entscheidender Faktor zu.

Die geläufigste Berechnungsart ist die „Hill-Burton-Formel“. Diese setzt die Vorgaben des SGB V um und richtet sich nach den o.g. Voraussetzungen, nicht nach dem theoretischen epidemiologisch zu erwartenden Bedarf.

Hill-Burton-Formel

Die Hill-Burton-Formel wird zur Ermittlung des Bettenbedarfs herangezogen.

$$\text{Bettenzahl} = (\text{VD} \times \text{KH} \times \text{E}) / (\text{BN} \times 365)$$

VD = Verweildauer

KH = Krankenhaushäufigkeit (in Bezug auf 100.000 Einwohner bzw. 100.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren)³

E = Einwohnerzahl

BN = Bettennutzungsgrad

Zielsetzung der Krankenhausplanung ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung. Von daher sprechen sich z.B. die beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe dafür aus, bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs in den genannten Fachgebieten epidemiologische Studien zur Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zu Grunde zu legen.

Dornier/IGES-Gutachten

Das von dem Stadtstaat Hamburg bei Dornier und IGES in Auftrag gegebene Gutachten basiert zwar auf der Hill-Burton-Formel, im Vordergrund dieses Gutachtens steht jedoch die Berücksichtigung des Morbiditätsfaktors, die durch die Einbeziehung von Expertenmeinungen ermittelt wird. Zunächst erfolgt für jedes medizinische Fachgebiet eine Fortschreibung der bestehenden Statistiken von Fallzahlen und Verweildauern. In einem zweiten Schritt werden die ermittelten Ergebnisse einem Kreis von medizinischen Experten vorgelegt. Die den Experten vorgestellten Ergebnisse werden zudem durch weitere Informationen aus der Diagnosestatistik über fachgebietsbezogene Fakten ergänzt. Auf dieser Grundlage wird der Expertenkreis gebeten, eine Einschätzung zu den Einflussfaktoren auf die Fallzahlen und die Verweildauern abzugeben.

Da eine Analyse vorhandener Daten zum Gesundheitszustand von Kindern durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998) ergeben hat, dass Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken bei Kindern zunehmen, psychosozial bedingte Befindlichkeitsstörungen ansteigen und zudem die tatsächliche Inanspruchnahme sehr viel geringer ist und bisher nur ca. 15-20 % der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen eine Beratung oder Behandlung in Anspruch (Lehmkuhl et al. 1998) nehmen, dürften die Ergebnisse einer auf diesem Verfahren basierenden Analyse höher ausfallen als der ausschließlich nach der Hill-Burton-Formel berechnete Bedarf, der die reale Inanspruchnahme zugrundelegt.

IGSF/Beske-Gutachten

Ein weiterer Ansatz stammt von Professor Dr. Fritz Beske vom Institut für Gesundheitssystem-Forschung (IGSF), der mit Hilfe der Krankenhausdiagnosestatistik eine Prognose der Krankenhaushäufigkeit durchgeführt hat. Unter der Annahme, dass die Morbidität nach Alter und Geschlecht gleich bleibt, geht die zuvor ermittelte Bevölkerungsvorausschätzung in das Prognosemodell mit ein. Die Verweildauer wird, wie bei dem Dornier/IGES-Gutachten, durch eine Trendextrapolation bestimmt. Im Anschluss an dieses Verfahren werden ebenfalls Expertenbefragungen zu den Ergebnissen durchgeführt. Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt standortbezogen. Auch hier dürften die Ergebnisse einer auf diesem Verfahren basierenden Analyse höher ausfallen als der ausschließlich nach der Hill-Burton-Formel berechnete Bedarf.

³ Die ursprüngliche Altersgrenze der allgemein-somatischen Krankenhausplanung muss für kinder- und jugendpsychiatrische Planungen selbstverständlich auf das Alter von unter 18 Jahren bezogen werden

Krankenhausplanung Baden-Württemberg

Unter Zugrundelegung der Bedarfsprognosen des IGES-Gutachtens für den vollstationären Bereich mit einer Krankenhaushäufigkeit von 277 Fällen je 1.000 Einwohner bis 18 Jahre, einer durchschnittlichen Verweildauer von 40 Tagen und einem Bettennutzungsgrad von 90% wurde für das Jahr 2010 ein Gesamtkontingent von 823 Betten/Plätzen (633 vollstationäre Betten zuzüglich 30% Aufschlag für tagesklinische Plätze) als Bedarf festgestellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass innerhalb dieses Gesamtkontingents die Vorhaltung von vollstationären Betten und/oder Tagesklinikplätzen - je nach regionalen Gegebenheiten - flexibel gehandhabt werden kann.

Rüschmann (GSbG)-Gutachten

Das Rüschmann-Gutachten (Professor Dr. Hans-Heinrich Rüschmann, Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen) bietet mit seiner Benchmark-Methode einen, nach eigenen Angaben, leistungsorientierten Ansatz in der Krankenhausplanung. Hierzu werden die den Krankenkassen verfügbaren Daten nach § 301 SGB verwendet, anhand derer Krankheitsgruppen, ähnlich den DRGs, gebildet werden. Auf dieser Basis wird eine Ermittlung des Substitutionspotentials durch ambulante, vor-, nach- und teilstationäre Behandlung durchgeführt. Der Benchmarking-Ansatz fordert, dass nach der Analyse alle Krankenhäuser das gleiche Substitutionspotential wie die 25% der Krankenhäuser mit dem derzeit höchsten Substitutionspotential besitzt („unterstes Quartil“). Die durch den Ansatz ermittelte Prognose wird durch eine geschätzte Morbiditätsentwicklung (Fortschreibung der bisherigen Morbiditätsstruktur) ergänzt bzw. korrigiert. Auch die Prognose der Verweildauer erfolgt durch den 25%-Ansatz, wobei davon ausgegangen wird, dass die Krankenhäuser zukünftig die gleiche Verweildauer besitzen wie die 25% der Krankenhäuser mit der aktuell geringsten Verweildauer. Anhand der gewonnenen Werte für Fallzahl und Verweildauer wird zuletzt der zukünftige Bedarf an Planbetten berechnet. Allerdings ist es in den letzten Jahren bereits zu drastischen Verkürzungen in der durchschnittlichen Verweildauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gekommen und in einer empirischen Studie (Scheper et al. 2005) konnte nachgewiesen werden, dass das Behandlungsergebnis bei weiterer Senkung der Verweildauer signifikant schlechter ausfällt. Zudem ist die Kürze der Verweildauer bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit den niedrigsten Werten nicht darauf zurückzuführen, dass dasselbe Behandlungsergebnis in kürzerer Zeit erzielt wird, sondern auf die extreme Unterversorgung im Pflichtversorgungsgebiet der jeweiligen Klinik, die einen enormen Entlassungsdruck verursacht. Auch die Orientierung an den 25% der Krankenhäuser mit dem derzeit höchsten Substitutionspotential erscheint inhaltlich nicht akzeptabel, solange eine Unterversorgung mit erheblichen Wartezeiten im ambulanten, tagesklinischen *und* vollstationären Bereich in vielen Regionen Deutschlands besteht. Der Ansatz nach Rüschmann stellt daher für die aktuellen Belange und die weitere Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine inhaltlich akzeptable Alternative zur Hill-Burton-Formel dar.

BASYS/I+G-Gutachten

Das von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Gutachten von BASYS und I+G ähnelt dem bereits beschriebenen IGSG-Gutachten, das aus zwei Schritten besteht, die beide übernommen werden. Der Unterschied liegt darin, dass nicht nur die krankenhausesbezogene Morbidität, sondern die bevölkerungsbezogene Morbidität zur Prognose hinzugezogen wird, die anhand von Survey- und Registerdaten ermittelt wird. Die Ergebnisse werden jedoch nicht zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Betten, sondern lediglich zur Feststellung eines Zusammenhangs von Morbidität und Krankenhausinanspruchnahme verwendet. Ein zukünftiger Bettenbedarf wird in diesem Gutachten nicht berechnet. Dieser Ansatz kann daher nicht zur Frage des zukünftigen bundesweiten Bettenbedarfs herangezogen werden.

IGES-Gutachten Hessen

Das von der IGES Berlin durchgeführte „Gutachten zur Psychiatrischen Versorgung Hessen 2007“ geht im Vergleich zu den vorgenannten regionalisiert vor. Zusätzlich zur Hill-Burton-Formel werden je Region auch die Wanderungsbewegungen von Patienten einbezogen: während 13,7 % Patienten im Jahr 1999 aus anderen Bundesländern in Hessen behandelt wurden, wurden andererseits 10 % der hessischen KJPP-Fälle außerhalb der Landesgrenzen stationär aufgenommen.

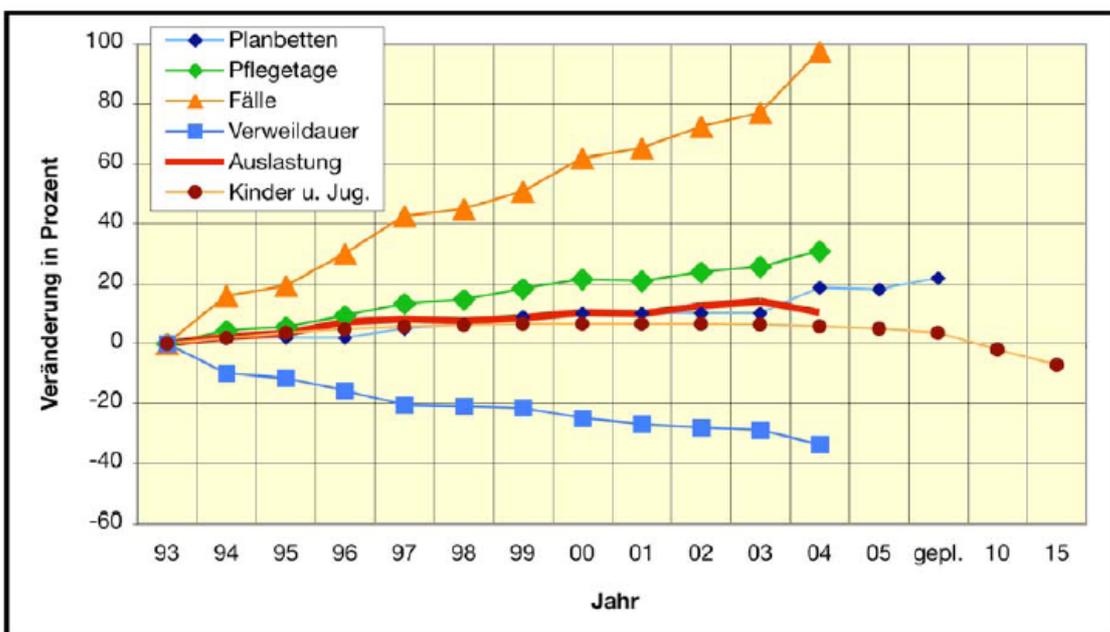
Die bevölkerungsbezogenen Inanspruchnahmedaten zeigen zwischen den einzelnen Kreisen eine sehr hohe Varianz, was von den Gutachtern so interpretiert wird, dass sich die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in einer Entwicklungsphase der regionalen Angleichung befinde. Überdies seien die Daten nicht geeignet Aussagen über die Qualität der Versorgung zu treffen. – Anhand statistischer Modelle wird eine Trendberechnung für die Krankenhaushäufigkeit vorgenommen, wobei ein abnehmender Trend jährlicher Fallzahlzunahme angenommen wird bis auf 277 Fälle je 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren jährlich. Die Verweildauer wird analog in einem sich abschwächenden Abwärtstrend bis auf 39,6 Tage für 2007 prognostiziert. Normauslastungsgrade werden mit 85-90 % angegeben, wobei für Hessen 90 % zugrunde gelegt werden sollen.

Das hessische Gutachten äußert sich explizit nicht zur teilstationären Versorgung, da für die Kinder- und Jugendpsychiatrie teilstationäre Behandlung „nicht als substitutiv, sondern als komplementär“ anzusehen sei.

Niedersachsen-Gutachten

Die Niedersächsische Fortschreibung des Krankenhausplans bezieht die Bevölkerungsvorausschätzung mit einer prognostizierten Abnahme der Kinder und Jugendlichen von 2003 bis 2010 um 17,5 % mit ein. Es bezieht die unterschiedliche Entwicklung der Planungsdaten nach der Hill-Burton-Formel ein und stellt diese grafisch für das Bundesland dar:

Abb. 10: Veränderung der Betriebsdaten seit 1993 in Prozent



Aus: KJP in Niedersachsen 2005, S. 20

Als „Sollwert“ für die Auslastung werden 90 % zugrunde gelegt. Zur Morbidität werden angesichts der sehr großen Varianz von Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer regional keine festgelegten Daten fortgeschrieben.

2.9 Bundesweite Bedarfsermittlung

Abweichend von bisherigen Bedarfsermittlungen, die keine getrennten Werte für teil- und vollstationäre Behandlung vorsahen bzw. die teilstationäre Behandlungskapazitäten in der Regel gar nicht vorsehen, sollen künftig für teil- und vollstationäre Krankenhausangebote separate quantitative Eckwerte zugrunde gelegt werden, um eine höhere Transparenz und eine bedarfsgerechtere Planung sicherzustellen. Denn es hat sich bei der Analyse von Belegungsdaten im vollstationären Bereich herausgestellt, dass die Neueröffnung einer Tagesklinik nur für wenige Monate zu einer signifikanten Abnahme von vollstationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen aus dem Einzugsgebiet der Tagesklinik führt, um anschließend zu annähernd gleicher Höhe zurückzukehren (sofern nicht zuvor ein vollstationäres Überangebot vorlag und in größerem Umfang Patienten vollstationär behandelt wurden, bei denen eine tagesklinische Behandlung indiziert war). Dies ist vor allem dadurch zu erklären, dass in vielen Regionen eine tagesklinische Unterversorgung besteht, ohne dass gleichzeitig eine vollstationäre Überversorgung vorhanden ist. (Zur differentiellen Indikation von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Therapie siehe Spitzcok von Brisinski 2003).

2.10 Beispiele aus einzelnen Bundesländern:

NRW:

Die Arbeitsgruppe Krankenhausplanung NRW (Landesgesundheitsministerium und Spitzenverbände der Kostenträger sowie Leistungsträger) hatte 2006 folgende Eckwerte für die zukünftige Bedarfsermittlung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zusammengestellt: *Vollstationär*: Verweildauer KJPP 40 – 42 Tage, Krankenhaushäufigkeit 240 – 250, Bettennutzung 87,5%. Die Hill-Burton-Formel ergibt als bundesweiten Bedarf 4542 – 4966 Betten, was einer Bettenmessziffer (BMZ) von 5,5 – 6 auf 100.000 Einwohner entspricht. *Teilstationär*: Verweildauer KJPP 40 – 48 Tage, Krankenhaushäufigkeit 99 – 104 Tage, Nutzung 95 %. Die Hill-Burton-Formel ergibt als bundesweiten Bedarf 2519 – 3175 Plätze, was einer BMZ von 3,1 – 3,9 auf 100.000 Einwohner entspricht. Für teil- und vollstationäre Behandlung zusammen ergibt sich für die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung eine BMZ von 8,6 - 9,9 auf 100.000 Einwohner. Die Krankenhausplanung NRW wurde jedoch nicht auf der Grundlage dieser Berechnungen abgeschlossen, sondern das Gesundheitsministerium NRW versandte am 1.9.2008 an die jeweiligen Fachverbände aller Fachgebiete eine erneute Anfrage zur Erarbeitung von Eckwerten. Beigefügt waren Grafiken mit den Verläufen von Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung über den Zeitraum von 1998 bis 2006. Prognostiziert werden sollte der Bedarf 2012. Für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde von BAG, BKJPP und DGKJP eine gemeinsame Stellungnahme am 25.9.2008 dem Gesundheitsministeriums NRW übersandt. Basierend auf der Entwicklungsdynamik von Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung über den o. g. Zeitraum, ergänzt durch die Ergebnisse einer Umfrage der Bezirksregierung Düsseldorf 2007 zur durchschnittlichen Wartezeit auf eine geplante stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung beträgt in NRW (3 Monate) und die o. g. biopsychosozialen Aspekte ergaben sich folgende Prognosen für 2012:

Vollstationär: Verweildauer KJPP 38 Tage, Krankenhaushäufigkeit 388, Bettennutzung 92%. Die Hill-Burton-Formel ergibt als Bedarf 1.300 Betten für NRW, was einer Bettenmessziffer (BMZ) von 7,2 auf 100.000 Einwohner entspricht.

Teilstationär: Verweildauer KJPP 40 Tage, Krankenhaushäufigkeit 137, Nutzung 95 %. Die Hill-Burton-Formel ergibt als Bedarf 700 Plätze für NRW, was einer BMZ von 3,9 auf 100.000 Einwohner entspricht.

Für teil- und vollstationäre Behandlung zusammen ergibt sich für die regionale kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung eine BMZ von 11 auf 100.000 Einwohner. Hinzu kommt der Bedarf für überregionale Schwerpunktbehandlung.

Bayern:

Der 3. Bayrische Psychiatrieplan aus 2006 sieht keine Bedarfsberechnung vor, geht jedoch von einer jährlichen Fallzahlsteigerung von 20 % in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie aus, die auf eine Abnahme von Schwellenängsten und auf eine „Zunahme spezieller Störungen“ zurückgeführt wird. Hier werden „kombinierte Entwicklungsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Sozialverhaltensstörungen mit aggressiv-expansiver Tönung, früh einsetzender Alkohol- und Drogenmissbrauch, komplexe Essstörungen, depressiv-suizidale Erkrankungen, Angststörungen sowie Schulverweigerungssyndrome“ genannt. Es wird von einem weiter steigenden Bedarf ausgegangen bei einer in Bayern bisher im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eher niedrigen Bettendichte pro Bevölkerung, so dass v.a. im teilstationären Bereich ein Ausbau erfolgen sollte. Zur Sonderversorgung sagt der Bayrische Psychiatrieplan: „d) Die Versorgung geistig- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen sollte sichergestellt werden.“

Hessen:

Hier gelten die gleichen Eckdaten wie für Baden-Württemberg (s. o.). Nach jüngster Einschätzung dass diese Daten den Bedarf nicht decken findet aktuell eine weitere Krankenhausplanungs-Runde statt.

Niedersachsen:

Das Planungspapier des Sozialministeriums zur „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung“ (2005) sieht Niedersachsen im Mittelfeld der Versorgungsdichte verglichen mit den anderen Bundesländern (s.o.) und prognostiziert anhand der Bevölkerungsvorausrechnung und der im Jahr 2002 festgestellten Morbidität einen zusätzlichen Bettenbedarf nur in einer Region, dem mittlerweile nachgekommen wurde. Einer nicht zielführenden Auslastung von über 90 % sollte durch den Ausbau einzelner Abteilungen nachgekommen werden. Die der Planung zugrunde liegenden Fallzahlen sehen eine Altersdifferenzierung vor, so dass die meisten Fälle und Fallzahlzuwächse im Alter von 16-18 Jahren bei einer in dieser Altersgruppe weiter steigenden Morbidität zu erwarten sind.

Bundesweite Entwicklung

Am dichtesten von allen Bundesländern liegt NRW am Bundesdurchschnitt: mit 2.116 minderjährigen Einwohnern pro kinder- und jugendpsychiatrischem Bett/Platz und einer Dichte niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater ebenfalls nahe am Bundesdurchschnitt. Es besteht daher weder der Verdacht, dass eine erhebliche stationäre Unterversorgung vorliegt, noch dass aufgrund fehlender ambulanter Angebote die Bettenzahl zu hoch liegt. Bezieht man den 2008 für NRW von den drei kinder- und jugendpsychiatrischen Gesellschaften berechneten Bedarf auf die Bundesrepublik Deutschland, so ergibt sich folgender Bedarf für 2012:

Vollstationär: 5.900 Betten, was einer Bettenmessziffer (BMZ) von 7,2 auf 100.000 Einwohner entspricht.

Teilstationär: 3200 Plätze, was einer BMZ von 3,9 auf 100.000 Einwohner entspricht.

Für teil- und vollstationäre Behandlung zusammen ergibt sich für die regionale kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung eine BMZ von 11 auf 100.000 Einwohner. Hinzu kommt der Bedarf für überregionale Schwerpunktbehandlung.

Bezogen auf den bundesweiten Ist-Stand von 5.183 *vollstationären Betten* (Stand 2007 lt. Statistischem Bundesamt) entsteht zunächst der Eindruck, dass noch etwa 15 % Mehrbedarf für die Bundesrepublik Deutschland besteht. Allerdings sind in den 5.183 Betten des Stat. Bundesamtes nicht nur die Betten der Regelversorgung enthalten, sondern auch die Betten sämtlicher überregionaler anerkannter und bisher nicht anerkannter Behandlungsschwerpunkte (Umfang des Bedarfs s. u.), während der nach der Hill-Burton-Formel berechnete Bedarf nur die Regelversorgung umfassen sollte und nicht die Behandlungsschwerpunkte. Außerdem ist die regionale Bettendichte sehr unterschiedlich. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Berechnung nach der Hill-Burton-Formel eher zu niedrige Ergebnisse liefert angesichts der Ergebnisse epidemiologischer Studien zu Prävalenz und Zunahme psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie der bisher sehr geringen Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (s. o.).

Zudem kommt es weiterhin sehr häufig zu „Fehlbelegungen“ kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in anderen Fachgebieten (Innere Medizin / Pädiatrie; Erwachsenenpsychiatrie).

Der niedersächsische KJP-Plan beschreibt es als „Tatsache, dass mehr als die Hälfte aller behandelten Kinder- und Jugendlichen dieser Hauptgruppe (F-Diagnosen nach ICD-10) außerhalb einer Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden“. Allerdings betreffe dies nur etwa 15% der Pflorgetage.

Niedersachsen geht im Krankenhausplan von Fehlbelegungen in der Erwachsenenpsychiatrie im Umfang der Belegung einer durchschnittlich großen KJP-Abteilung mit 28 Betten aus. „Ausweislich der Krankenhausdiagnosestatistik wurden im Jahre 2002 insgesamt 491 Kinder und Jugendliche in der „Erwachsenen-Psychiatrie“ behandelt. Bezogen auf die Summe der Fälle in der KJP und der PSY (3.166) beträgt dieser Anteil 15,5%“. (S.31).

Nimmt man die Daten des Statistischen Bundesamtes von 2007, dann wurden 2007 5,2 % aller Fälle der psychiatrisch behandelten 10-15jährigen (!) in psychiatrischen oder (erwachsenen-) psychosomatischen neben den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen behandelt, nämlich 820 Aufnahmen.

Teilstationär liegt noch in vielen Regionen eine Unterversorgung vor, was die erhebliche Diskrepanz zwischen dem Ist-Stand von 2043 tagesklinischen Behandlungsplätzen in 128 der 138 Abteilungen (Stand 2007 laut Statistischem Bundesamt) und dem errechneten bundesweiten Bedarf von 3200 Plätzen sehr deutlich zeigt. Immerhin lag die Fallzahl teilstationär 2007 bereits bei 13.466. Es erfolgten deutlich mehr Verlegungen aus vollstationärer in teilstationäre Behandlung (344) als umgekehrt aus teil- in vollstationär der gleichen Einrichtung (166). Dieses belegt, dass teilstationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ganz überwiegend einen eigenen Sektor an Versorgung bedient und nicht überwiegend poststationäre Nachbehandlung betrieben wird. Es liegt weiterhin ein deutlicher Erweiterungsbedarf vor, ohne dass dies zu Lasten der bundesweiten Gesamtzahl vollstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Betten gehen darf (s. o.).

2.11 Bedarf für spezielle Gruppen

Darüber hinaus besteht noch für folgende Patientengruppen in vielen Regionen im Rahmen der Regelversorgung eine tagesklinische und vollstationäre Unterversorgung:

Säuglinge, Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter

Die Prävalenz für Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern (Fütterstörungen, exzessives Schreien, Schlafstörungen) liegt zwischen 5 und 35 % (Reijneveld et al. 2001; Blanz et al. 2006). Etwa 50 bis 70% der Störungen bleiben über mindestens zwei bis drei Jahre bestehen (Wolke et al., 2002). Ein Großteil aller Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern kann ausreichend ambulant behandelt werden. Die Prävalenz aller psychi-

scher Störungen im Kleinkind- und Vorschulalter liegt in Deutschland zwischen 11 und 17% (Denner & Schmeck 2005). Jedoch werden bisher mindestens 87,5% aller psychischen Störungen bis zum Eintritt in die Schule nicht erkannt bzw. nicht einer indizierten Behandlung zugeführt (Spitzcok von Brisinski et al. 2006). Z. T. unterscheidet sich die Symptomatik psychischer Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter deutlich von den Kriterien für eine diagnostische Klassifikation nach ICD-10 (Wiefel et al. 2007), so dass für dieses Alter ergänzend die *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0-3R* (Zero To Three 2005) hinzugezogen werden sollte. Bei vollstationärer Aufnahme muss außerdem die Möglichkeit zur Mitaufnahme einer Begleitperson gewährleistet sein.

Stationäre Eltern-Kind-Behandlung

Die Befragung im Rahmen des Moduls Psychische Gesundheit (BELLA-Studie) des vom Robert Koch-Institut bundesweit durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) ergab, dass ein ungünstiges Familienklima mit vielen Konflikten eine der hauptsächlichsten negativen Einflussgrößen darstellt, die mit einer bis zu 4-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit einhergeht. Familiäre Ressourcen sind hingegen bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen stärker ausgeprägt (Ravens-Sieberer et al. 2006). Daher ist Familientherapie zur Stärkung der familiären Ressourcen unverzichtbarer Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (Rotthaus 1998; Mattejat 2000). Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat die Systemische Therapie Ende 2008 als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren anerkannt, so dass dem Verfahren eine Stellung im Rahmen der Facharztweiterbildung neben der tiefenpsychologisch fundierten und der Verhaltenstherapie zukommen kann.

Bei besonders jungen Kindern sowie bei psychischen Symptomen, bei deren Beeinflussbarkeit die Interaktion der Eltern mit dem Kind besonders im Vordergrund steht und eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, stellt die tagesklinische oder vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung auf einer Eltern-Kind-Station bzw. –Einheit die Therapie der Wahl dar (Hartmann 1997; Spitzcok von Brisinski & Kleemann 2003). Dabei kann die Interaktionsstörung Folge einer psychischen Erkrankung oder die psychische Erkrankung Folge der Interaktionsstörung sein. Häufig stellen jedoch sowohl psychische Erkrankung als auch Interaktionsstörung Symptom erhaltende Faktoren dar, die sich gegenseitig negativ beeinflussen.

Eine weitere wichtige Aufgabe von Eltern-Kind-Stationen stellt die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern dar, da eine stationäre kinderpsychiatrische Behandlung ohne Anwesenheit wenigstens einer elterlichen Bezugsperson weder zumutbar noch sinnvoll ist: Eine längerfristige Trennung des Säuglings bzw. Kleinkindes von der Bezugsperson birgt das Risiko einer weiteren Störung der Entwicklung des Bindungsverhaltens und der Zugang zur kinderpsychiatrischen Behandlung sehr junger Kinder erfolgt schwerpunktmäßig über die Bezugsperson. Zu den typischen Indikationen stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung im Säuglings- und Kleinkindalter zählen u. a. exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütterstörungen (von Hofacker et al. 2003), autistische Störungen, schwer ausgeprägte hyperkinetische Störungen und schwer ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten bei umfassenden Entwicklungsstörungen.

Verweildauer: Die durchschnittliche Verweildauer bei stationärer Eltern-Kind-Behandlung beträgt 20 bis 60 Tage und liegt durchschnittlich bei 27 Tagen (Schröder et al., 2005; Spitzcok von Brisinski 2003).

Krankenhaushäufigkeit: Aufgrund der Eltern-Präsenz sind im Gegensatz zur kinder- und jugendpsychiatrischen Regelversorgung auch Behandlungen für Kinder sinnvoll, die jünger als 5 Jahre sind. Das bedeutet einen zusätzlichen Bevölkerungsanteil von 4,7% entsprechend ca. 3.800.000 Einwohnern. Bei einer Prävalenz von Regulationsstörungen im Kleinkindalter von 5 - 15% ist von etwa 190.000 – 580.000 Betroffenen auszugehen. Ein Großteil der Regulationsstörungen kann jedoch ambulant ausreichend behandelt werden. Indikationen für eine *teilstationäre Behandlung* von Regulationsstörungen sind Erfolglosigkeit einer ambulanten Eltern-Säuglings-Psychotherapie, schwere Einschränkung des intuitiven mütterlichen Verhaltensrepertoires, ausgeprägte Schwierigkeit des Kindes aufgrund individueller organi-

scher/konstitutioneller Gegebenheiten (z.B. Frühgeborenes, sehr schwierige Temperamentsmerkmale) und akute psychophysische Entlastung der Mutter am Tag bei gleichzeitigem Erhalt des familiären Beziehungskontextes am Abend/Nacht (von Hofacker et al. 2003). Bei Schlafstörungen kann eine teilstationäre (tages- oder nachtklinische) Behandlung gegenüber einer ambulanten Therapie den Vorteil bieten, dass die Einschlafinteraktion während kindlicher Erholungsphasen im Tagesverlauf (z.B. Mittagsschlaf) oder am Abend beobachtet, gemeinsam besprochen und therapeutisch mit der Mutter/den Eltern bearbeitet werden kann. Ein solches Vorgehen ist insbesondere bei Fehlschlagen ambulanter Interventionen sinnvoll. Bei Fütterstörung hat eine teilstationäre Therapie mit Aufnahme von Mutter/einem Elternteil und Säugling den Vorteil, dass eine Modifikation der Fütterinteraktion mittels wiederholter (mehrmals täglicher) Beobachtungen der Füttersituation mit begleitenden Gesprächen erreicht werden kann und die teilstationäre Behandlung ermöglicht eine engmaschige Überwachung der Kalorienzufuhr sowie des somatischen Zustandes des Kindes. Indikationen für eine *vollstationäre Behandlung* bei Regulationsstörungen sind unmittelbare Bedrohung des körperlichen oder seelischen Wohls des Säuglings, schwere Erschöpfung der Mutter, insbesondere, wenn nachts keine Entlastung durch den Partner möglich ist, belastende psychosoziale Umstände, die eine erfolgreiche ambulante Intervention verhindern und die eine zeitlich begrenzte, vollständige Herauslösung von Mutter und Kind aus dem familiären Beziehungskontext notwendig erscheinen lassen sowie Fütterstörungen mit Gedeihstörungen, insbesondere wenn die adäquate Versorgung des Kindes im Rahmen einer teilstationären Therapie nicht gewährleistet ist (von Hofacker et al., 2003).

Krankenhaushäufigkeit: Eine 2006 erfolgte Umfrage an den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern in NRW bezüglich stationärer Eltern-Kind-Behandlung ergab, dass pro Jahr ca. 370 Fälle in NRW behandelt werden. Dies entspricht einer Krankenhaushäufigkeit von 1 je 10.000 minderjähriger Einwohner. Die Wartezeiten betragen bis zu 90 Tagen, also dem Dreifachen der durchschnittlichen Verweildauer, so dass davon auszugehen ist, dass der Bedarf nicht gedeckt wurde. Nach vorsichtiger Schätzung kann von einem Bedarf von ca. 1,2 je 10.000 minderjähriger Einwohner ausgegangen werden.

Zahl der zu versorgenden Bevölkerung: Bei einer Gesamtbevölkerung von 82.000.000 Einwohnern bundesweit und einem Bevölkerungsanteil Minderjähriger von ca. 20% handelt es sich um ca. 16.000.000 Minderjährige.

Bettennutzung: Der Auslastungsgrad sollte nach Empfehlung der beiden Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen (2004) bei 87,5 Prozent festgelegt werden.

Nach der Hill-Burton-Formel ergibt sich nach vorsichtiger Schätzung als minimaler Bedarf (Der Begriff „Betten“ bezieht sich im Folgenden auf die vollstationären Behandlungsplätze für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche. Die für die Eltern und ggf. Geschwisterkinder erforderlichen Plätze sind hierbei *nicht* inbegriffen und sind mit durchschnittlich 2,0 pro Indexpatient zu veranschlagen):

vollstationär: 27 Tage Verweildauer x 1,2 / 10.000 Krankenhaushäufigkeit x 16.000.000 minderjährige Einwohner / (87,5% Bettennutzung x 365 Tage) = 160 Betten vollstationär bundesweit. Dies entspricht einer BMZ von 0,2 auf 100.000 Einwohner.

teilstationär: In Westfalen wird eine Familientagesklinik für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder und deren Eltern mit 10 Behandlungsplätzen betrieben bei einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 3 Tagen. Es ist davon auszugehen, dass von einem Gesamtbedarf von 96 Plätzen für teilstationäre Eltern-Kind-Behandlung in Deutschland auszugehen ist. Dies entspricht einer BMZ von 0,1 auf 100.000 Einwohner.

Überregionale kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsschwerpunkte

Analog zu somatischen Fachgebieten, wo z. B. „Herz“-Zentren deutlich verbesserte Bedingungen für Diagnostik und Behandlung von schweren Herzerkrankungen bieten, ermöglichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwerpunktstationen ein den Kommunikationsmöglichkeiten und sonstigen Behinderungen sowie den speziellen Behandlungsbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen mit bestimmten Störungsbildern angepasstes Setting, das

durch eine Zielgruppen orientierte Qualifikationen der Mitarbeiter gestützt wird. Dadurch ergeben sich erheblich bessere Möglichkeiten bei der Diagnostik und Behandlung und in der Gestaltung der Dynamiken innerhalb der Patientengruppe. Zudem ist es in der Versorgungsplanung für medizinische Angebote ein inzwischen unbestrittener Grundsatz, dass Kompetenzentwicklung auch sehr viel mit der Zahl der behandelten Patienten zu tun hat (van Brederode, 2005) und auch in den gesetzlich vorgeschriebenen strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V sind Diagnose-Häufigkeiten als Qualitätsmerkmal aufgeführt.

Die Differenzierung von Spezialversorgungseinheiten mit genügend großen Einzugsgebieten ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter zu entwickeln, um ein wissenschaftlich adäquates Versorgungs- und Behandlungsangebot flächendeckend herzustellen. Dies muss durch Nachversorgungsstrategien und Möglichkeiten des Kompetenztransfers in die ambulante wohnortnahe Versorgung ergänzt werden (s. Kapitel Kooperation und Vernetzung).

Spezielle Angebote sind für die Patientengruppen notwendig, die ein spezielles kommunikatives Stationsmilieu und gruppentherapeutische Ansätze benötigen bzw. deren Durchmischung mit Regelpatienten auch für diese labilisierend wirken kann.

Bewährte Spezialisierungen mit eigenem Stationsmilieu bestehen für Kinder und Jugendliche mit

- Intelligenzstörungen
- Hörschädigungen und andere Sinnesschäden
- Substanzmissbrauch und –abhängigkeit
- Sexuell übergriffigem Verhalten
- forensischem Diagnostik- und Behandlungsbedarf und einem entsprechenden Unterbringungsbeschluss nach den §§ 63/64 StGB, 126 a StPO, 81 StPO

Bei all diesen Patientengruppen ist mit einem besonders hohen Betreuungsbedarf zu rechnen und darüber hinaus damit, dass die spezielle Milieugestaltung wesentlicher Teil der Behandlung ist. Therapeutische Ansätze mit störungshomogenen Gruppen haben sich für diese Störungsbilder besonders bewährt.

Werden überregionale Behandlungsschwerpunkte auf die Ergebnisse zur Bedarfsberechnung der Regelversorgung im Rahmen der Regionalplanung angerechnet, kommt es zu folgenden methodischen Fehlern:

- Zahl und Größe der überregionalen Behandlungsschwerpunkte sind sehr unterschiedlich
- Der regionale Bedarf an Regelversorgung sinkt nicht in gleichem Maße, wie überregionale Behandlungsschwerpunkte angeboten werden
- Kinder- und jugendpsychiatrische Fachkrankenhäuser und Abteilungen, deren Betten der Regelversorgung einen hohen Nutzungsgrad (> 87,5%) aufweisen, sollten nicht am Aufbau bzw. am Erhalt überregionaler Behandlungsschwerpunkte gehindert werden durch eine Regelung „Aufbau eines überregionalen Behandlungsschwerpunkts nur gegen Abbau in der Regelversorgung“.

Neben den genannten, milieudifferenzierenden Behandlungsschwerpunkten sind im dynamischen Fachgebiet weitere Bereiche in Weiterentwicklung, so Psychotraumatologie, Eltern-Kleinkind-Tageskliniken, sowie perspektivisch Überlappungsangebote zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe unter einem Dach (siehe Karlshof Wabern, Bergische Diakonie Aprath), Strukturierte Übergänge zur Erwachsenenpsychiatrie u.v.a.m.

Die Diskussion um gender mainstreaming hat manchenorts zur Wiedereinführung von „Mädchenstationen“ (v.a. für traumatisierte Mädchen) geführt. Sofern dieses bei einer nicht genügenden Größe der Institution eine gleichzeitige informelle Wieder-Einführung von „Jungenstationen“ mit höherem Aggressionspotenzial nach sich zieht, ist der Gewinn gut abzuwägen. Die BAG bezieht jedoch den Standpunkt dass nicht alle Problematiken einer Spezialversorgung bedürfen. So verbietet sich der Aufbau von Spezialstationen für Migranten, da diese dem Integrationsgedanken widerspricht und der Marginalisierung Vorschub leisten würden. Auch haben sich Spezialstationen für Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens nicht

bewährt, da prosoziales Lernen von peers in der Gruppe für diese Störungen ein bedeutsamer Inhalt des milieutherapeutischen Vorgehens ist.

Im folgenden werden einzelne überregionale Behandlungsschwerpunkte differenziert benannt.

Überregionaler Behandlungsschwerpunkt „Suchterkrankungen bei Minderjährigen“

Suchtkranke Minderjährige sind in Einrichtungen der Erwachsenensuchtkrankenhilfe grundsätzlich nicht adäquat zu versorgen. Um dem persönlichen, schulischen und sozialen Entwicklungsstand junger Menschen gerecht zu werden, dem jeweiligen Stand des jugendspezifischen Krankheitsverlaufes zu entsprechen und der Gefahr einer negativen Beeinflussung durch ältere Suchtkranke entgegenzuwirken, bedarf es eigenständiger therapeutischer Behandlungseinheiten innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese müssen der Jugendkultur entsprechend ausgerichtet sein, pädagogische Arbeit ermöglichen und in der Lage sein, den vielfach aufgrund von Komorbidität gegebenen jugendpsychiatrischen Behandlungsbedarf zu erkennen und angemessen zu behandeln (Landesprogramm gegen Sucht NRW Arbeitsgruppe 32 „Verbesserung der Versorgung minderjähriger Suchtkranker“ 2003a). Während in NRW die stationäre Behandlung suchtkranker Minderjähriger analog zur Behandlung Erwachsener organisatorisch aufgeteilt ist in Qualifizierte Entzugsbehandlung im Rahmen einer spezifischen Krankenhausbehandlung von wenigen Wochen und anschließende Entwöhnung im spezifischen Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation, erfolgt die stationäre Behandlung suchtkranker Minderjähriger in den meisten anderen Bundesländern im Rahmen einer längeren spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlung zu Beginn, der sich eine längere spezifische stationäre Jugendhilfemaßnahme anschließt. Eine Alternative stellt das Projekt JUST (www.ju-s-t.de) dar, in dessen Rahmen Leistungen der Jugendhilfe nach § 27 i.V. m. § 34 sowie §§ 35a, 41 SGB VIII gemeinsam mit medizinisch-therapeutischen Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern getragen werden, konzeptionell eng verzahnt erbracht werden auf der Grundlage einer Rahmenvereinbarung zwischen den Leistungsträgern und dem Leistungserbringer. Im Sinne des SGB IX werden komplexe und integrative Rehabilitationsleistungen hierbei zusammengeführt.

Personelle Ausstattung

Das Angebot ist Teil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder Fachabteilung. Analog zu dem höheren Personalbedarf im Bereich der Versorgung Erwachsener ist auch im Bereich der suchtmmedizinischen Versorgung Minderjähriger von einem erhöhten Personalbedarf auszugehen. *Das bedeutet, dass entsprechend der Einstufung in die Erwachsenen-Gruppe S2 die Gruppe KJ3 anzuwenden ist.* Für die notwendigerweise vorhandenen suchtspezifischen Angebote der Institutsambulanz ist Personal im bedarfsgerechten Umfang vorzuhalten.

(Landesprogramm gegen Sucht NRW AG 32 (2003a))

Ist-Situation

Den aktuellen Stand an Spezialstationen für qualifizierte Entzugsbehandlung gibt die folgende Tabelle wieder, die 16 Suchtstationen für Jugendliche darstellt welche 2008 budgetiert waren.

Bundesland	Betten	Kliniken
Hamburg	12	1
Baden- Württemberg	15*	1
Bayern	10	1
Berlin	10	1

Brandenburg	2	1
Mecklenburg-Vorpommern	20	1
Niedersachsen	12	1
NRW	72	7
Sachsen	28	2
Sachsen-Anhalt	16	2
Schleswig-Holstein	15	1
Thüringen	10	1
Bremen, Saarland, Hessen, Rh-Pfalz	0	0
Gesamt	212	18

*= ab 2010: 30

Bedarfsermittlung Qualifizierter Entzug für Kinder und Jugendliche

Suchtkranke Minderjährige können nicht adäquat in Einrichtungen der Erwachsenen-Suchtkrankenhilfe versorgt werden (Scheper 2002), sondern es bedarf eines besonderen Settings, das dem Entwicklungsstand und den schulischen und pädagogischen Entwicklungsanforderungen junger Menschen, und dem vielfach aufgrund von Komorbidität gegebenen jugendpsychiatrischen Behandlungsbedarf Rechnung trägt. Außerdem besteht die Gefahr negativer Beeinflussung bei der Behandlung mit Erwachsenen. Auch mit Blick auf den Kreis der jungen Erwachsenen dürfte in vielen Fällen ein jugendpsychiatrisch orientierter Rahmen dem Entwicklungsstand der Klienten besser gerecht werden, als eine Behandlung im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie.

Ungeachtet dieser Platzierungsproblematik liegt in der Suchtkrankenhilfe jedoch ein differenziertes Wissen bezüglich der Therapie und Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen vor, das in die Entwicklung einer Versorgungskonzeption für minderjährige Suchtkranke einfließen muss. Insofern ergibt sich hier vorrangig die Notwendigkeit eines gegenseitigen Wissenstransfers.

Ein Teil der Problemstellungen (insbesondere Suchtmittelmissbrauch bei psychiatrischer Komorbidität) kann wirksam im Rahmen der jugendpsychiatrischen Regelversorgung behandelt werden, wobei eine Durchmischung von Patientengruppen mit und ohne Suchtmittelkonsum die Nicht-Konsumenten gefährden kann und die Gefahr besteht, dass im Rahmen eines jugendpsychiatrischen Regelangebotes besondere suchtmittelmedizinische und -therapeutische Elemente nicht in der gebotenen Konzentration und Spezialisierung dargestellt werden können, wie dies in einem Spezialangebot möglich ist. Für eine Spezialisierung spricht weiterhin, dass bei einem Teil der Jugendlichen nach der stationären Entzugsbehandlung eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist. Die erforderliche Motivationsbehandlung kann sachgerechter in einem Setting durchgeführt werden, welches für diese Indikation spezialisiert ist.

Nach bisherigen Erfahrungen liegt der Schwerpunkt auf Abhängigkeitsdiagnosen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen. Alkoholabhängigkeit nimmt dagegen in der Altersgruppe meist einen nachgeordneten Stellenwert ein. Alkoholmissbrauch tritt jedoch oftmals im Zusammenhang mit politoxikomanen Konsummustern auf. Auf Grund der Überschneidungen wird in der Altersgruppe der Minderjährigen auf eine Differenzierung zwischen der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen verzichtet.

Im langjährigen Trend zeichnet sich eine kontinuierliche Steigerung der Fallzahlentwicklung ab, allein für die beiden Jahre 2000 und 2001 zeigte sich ein Anstieg der Fallzahlen um 25%. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich der Trend einer steigenden Fallzahlentwicklung bei Minderjährigen weiter fortsetzt. Hierfür sind im wesentlichen zwei Faktoren ursächlich:

- *Epidemiologische Entwicklung:* Verschiedene Studien und Beobachtungen verweisen darauf, dass die Zahl der Suchtmittel missbrauchenden und abhängigen Jugendlichen weiter

ansteigt. Insgesamt kann beobachtet werden, dass sich Probleme mit Sucht und Abhängigkeit in zunehmend jüngeren Altersstufen zeigen.

• *Strukturbezogene Faktoren:* Eine Vielzahl von abhängigen Minderjährigen und Heranwachsenden wird zurzeit aufgrund der schlechten Versorgungslage nicht behandelt. Erst eine Verbesserung der Angebotssituation ermöglicht es, diese Gruppen zukünftig früher und besser zu erreichen. Insofern ist in Rechnung zu stellen, dass eine Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten mit einer Steigerung der Nachfrage nach qualifizierten Hilfen einhergehen wird.

Vor dem Hintergrund der Dunkelfeldproblematik (statistisch nicht erfasste Behandlungen in Einrichtungen anderer Krankenhausträger) sowie der erwarteten epidemiologischen Entwicklung wurde die *Krankenhaushäufigkeit* in der Altersgruppe der Minderjährigen 0,56 pro 10.000 Einwohner geschätzt. Bei der Ermittlung des Bedarfs an Betten für ein spezialisiertes Angebot der Qualifizierten Entzugsbehandlung ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein Teil der suchtkranken Minderjährigen auch im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Regelbehandlung versorgt werden kann. Dieser Anteil wird auf etwa ein Drittel der Fälle im Alter bis zu 18 Jahren geschätzt, so dass für ein spezialisiertes Angebot der Qualifizierten Entzugsbehandlung für Minderjährige eine Krankenhaushäufigkeit von 0,37 pro 10.000 Einwohner verbleibt. Hinzuzurechnen sind Heranwachsende im Alter von 18 bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, bei denen reifungsbedingt eine Behandlung in einem jugendpsychiatrisch geprägten Rahmen indiziert ist. Der Anteil der Fälle wird auf ca. 20% dieser Altersgruppe geschätzt, was einer Krankenhaushäufigkeit von 0,28 pro 10.000 Einwohner entspricht. Die Krankenhaushäufigkeit für Minderjährige und Heranwachsende im Alter von 18 bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, bei denen reifungsbedingt eine Behandlung in einem jugendpsychiatrisch geprägten Rahmen indiziert ist, wird somit in der Summe auf 0,65 pro 10.000 Einwohner prognostiziert.

Verweildauer: Bei einer Regelbehandlungszeit von 2 - 6 Wochen wird von einer durchschnittlichen Verweildauer von 21 Tagen ausgegangen. Diese Verweildauerannahme berücksichtigt, dass bei einem Großteil der Betroffenen komplexe komorbide Störungsbilder vorliegen, die eine entsprechend längere Behandlungsdauer erfordern.

Bettennutzung: Es wird von einer durchschnittlichen Bettennutzung von 85% ausgegangen. Diese Annahme berücksichtigt, dass die Organisation der Behandlung aufgrund der Größe der Versorgungsgebiete, der Fallzahl und anderer Faktoren aufwendig ist (Landesprogramm gegen Sucht NRW Arbeitsgruppe 32 „Verbesserung der Versorgung minderjähriger Suchtkranker“ 2003b).

Die Hill-Burton-Formel ergibt $21 \text{ Tage Verweildauer} \times 0,65 / 10.000 \text{ Krankenhaushäufigkeit} \times 82.000.000 \text{ Einwohner} / (85\% \text{ Bettennutzung} \times 365 \text{ Tage}) = 360 \text{ Betten vollstationär bundesweit für den Qualifizierten Entzug. Dies entspricht einer BMZ von } 0,4 \text{ auf } 100.000 \text{ Einwohner.}$

Überregionaler Behandlungsschwerpunkt „Geistig und schwer lernbehinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen“

Eine bedarfsdeckende Versorgung mit Angeboten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung geistig behinderter Minderjähriger ist aktuell nicht sichergestellt. Es ist davon auszugehen, dass bisher eine erhebliche Unterversorgung bzw. nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme besteht aufgrund unzureichender spezifischer Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und ungünstiger Psychodynamik innerhalb der Patientengruppe im Rahmen stationärer und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Regelversorgung, wo Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung stets deutlich in der Minderheit sind und oftmals ein Außenseiterdasein führen. Ihre kognitiven Fähigkeiten stehen zu einer Patientengruppe der Regelversorgung, die ganz überwiegend aus Kindern und Jugendlichen mit durchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten besteht, in so deutlicher Diskrepanz, dass Kommunikation auf gleicher Augenhöhe kaum möglich ist. Eine emotionale Stabilisierung kann bei diesen

Kindern und Jugendlichen häufig erst erreicht werden, wenn sie sich wieder als selbstwirksam, befähigt, über Kompetenzen verfügend erleben können, wenn sie sich nicht mehr durch ihr anderes Fähigkeitsprofil isoliert fühlen und vermeintlicher Normalität - um deren Unerreichbarkeit wissend - „hinterher laufen“ müssen (Buscher et al., 2006). Diese Patienten benötigen ein besonderes, sie nicht weiter vereinzeldes therapeutisches Milieu. Trotz aller Bemühungen geraten sie in den üblichen, intellektuell durchschnittlich befähigten Patientengruppen kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen der Regelversorgung an den Rand: Das Ergebnis derartiger Pseudo-Integration ist häufig die weitere Isolation.

Analog zu somatischen Fachgebieten, wo z. B. „Herz“-Zentren deutlich verbesserte Bedingungen für Diagnostik und Behandlung von schweren Herzerkrankungen bieten, ermöglichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwerpunktstationen ein den Kommunikationsmöglichkeiten und sonstigen Behinderungen sowie den speziellen Behandlungsbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung angepasstes Setting, das durch eine Zielgruppen orientierte Qualifikationen der Mitarbeiter gestützt wird. Dadurch ergeben sich erheblich bessere Möglichkeiten bei der Diagnostik und Behandlung und in der Gestaltung der Dynamiken innerhalb der Patientengruppe. Zudem ist es in der Versorgungsplanung für medizinische Angebote ein inzwischen unbestrittener Grundsatz, dass Kompetenzentwicklung auch sehr viel mit der Zahl der behandelten Patienten zu tun hat (van Brederode, 2005).

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSG) fordert daher im Einklang mit den programmatischen Aussagen des Helios-II-Dokuments der Europäischen Kommission „Functional Rehabilitation; Supporting persons with mental retardation“ (European Commission, 1996) die Entwicklung spezialisierter professionellen Wissens, die Organisation spezialisierter Dienste für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung und die Änderung der Einstellungen der Gesellschaft gegenüber den Bedürfnissen geistig behinderter Menschen hinsichtlich ihrer seelischen Gesundheit (Seidel, 2005).

Häufigkeit

Laut Normalverteilung verfügen 2,3 Prozent aller Menschen über einen IQ unterhalb von 2 Standardabweichungen vom Mittelwert ($IQ < 70$) und damit gemäß der Definition von ICD-10 im Bereich der geistigen Behinderung bzw. Intelligenzminderung. In empirischen Studien finden sich jedoch stark variierende Prävalenzen von 0,5 bis über 8%, wobei Studien mit vollständiger Untersuchung der Stichproben höhere Werte ergaben (Simonoff et al., 2006). Die niedrigeren Werte finden sich vor allem in älteren Studien und in Studien, in denen geistige Behinderung durch einen IQ unterhalb von 3 Standardabweichungen vom Mittelwert ($IQ < 50$ bzw. 55) definiert ist. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin wird die Prävalenz geistiger Behinderung mit 3,4% angegeben (Schlack, 2002). Die Prävalenzraten sind jedoch nicht über alle Altersstufen konstant, sondern nehmen von der Geburt bis ins frühe Erwachsenenalter stark zu und dann wieder ab (McLaren & Bryson, 1987; Roeleveld et al., 1997). Der Zuwachs während der Kindheit wird u. a. dadurch erklärt, dass Kinder während der Schulzeit untersucht und diagnostiziert werden, wenn sich schulische Schwierigkeiten zeigen. Erwachsene mit leichter Intelligenzminderung sind z. T. in der Lage, sich an die Anforderungen des Erwachsenenalters anzupassen. Ein erfolgreicher Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter führt zur Abnahme der Prävalenz im Erwachsenenalter (Walters et al., 1997). Zudem ist die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung je nach Ursache deutlich erniedrigt, was ebenfalls zu einer Abnahme der Gesamtprävalenz im Erwachsenenalter führt. Hinsichtlich der Prävalenzzunahme vom Kindes- zum Jugendalter fanden sich in zwei schwedischen Studien bei 7jährigen Kindern eine Prävalenz von 1,5% (Eggers et al., 2004), während sich in einer aktuellen großen Studie in Großbritannien bei Schülern der Klasse 8 und 9 im WISC-III eine Prävalenz von 5.8 bis 10.6% für einen $IQ < 70$ (Simonoff et al., 2006) fand. Das arithmetische Mittel von 1,5% (für 7jährige) und 5,8% (für 14- bis 15jährige) entspräche einem Wert von 3,65% für die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Die von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Schlack, 2002) angegebene Prävalenz von 3,4% stellt daher als Durchschnittswert die beste Annäherung an

die dynamische Entwicklung der Prävalenz geistiger Behinderung im Kindes- und Jugendalter dar.

Prävalenz begleitender psychischer Störungen

Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung haben häufiger emotionale und Verhaltensprobleme als durchschnittlich entwickelte Gleichaltrige (Bregman, 1991; Matson & Barrett, 1993; Feinstein & Reiss, 1996). Sie haben außerdem ein erhöhtes Risiko, von anderen ausgebeutet, misshandelt oder sexuell missbraucht zu werden (Phillips et al., im Druck). Während in der Durchschnittsbevölkerung ca. 10% aller Kinder und Jugendlichen als im engen Sinn psychisch auffällig beurteilt werden müssen (Ravens-Sieberer et al., 2006), liegt die Prävalenz psychischer Störungen bei geistiger Behinderung zwischen 33 und 64% (Steinhausen & Neuhäuser, 2003), also um das 2,2- bis 6,4fache höher.

Nur 17% der Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen erhalten auch eine Therapie, und davon nur jeder zweite (9%) in einer adäquaten Form (Wittchen, 2000).

Bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen dürfte der Prozentsatz derer, die eine adäquate Therapie erhalten noch wesentlich niedriger liegen: Symptome können sich anders manifestieren als bei Menschen ohne geistige Behinderung, insbesondere mit zunehmender Schwere der geistigen Behinderung und assoziierten Defiziten, beeinträchtigten kommunikativen Fertigkeiten, und der Tendenz, Depression, Angst, Ärger, und Frustration in anderer Form zu kommunizieren, wie z. B. durch selbstverletzendes Verhalten, stereotype motorische Äußerungen, Aggression oder Selbststimulation (APA, 2000; Feinstein & Reiss, 1996; Lewis & MacLean, 1982). Außerdem kann es bei mit geistiger Behinderung assoziierten Defiziten, insbesondere kommunikativen und kognitiven Beeinträchtigungen, schwierig sein, von der Person verlässliche Angaben über die Symptome zu bekommen. In solchen Fällen basiert die Diagnose oftmals auf beobachtbaren Symptomen, die aus dem Umfeld berichtet werden, was leicht zum Übersehen internaler Störungen wie z. B. depressiven Störungen und Angststörungen führt. Es muss daher erklärtes Ziel sein, den großen Anteil bisher unbehandelter psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung deutlich zu verringern.

Bedarf an stationären Betten und teilstationären Behandlungsplätzen

Verweildauer: Für 2007 gehen die beiden Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen von einer durchschnittlichen Verweildauer von 42 Tagen für die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung aus. Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten mit geistiger Behinderung ist im Gesamtbild jedoch bei Erwachsenen etwa um den Faktor 1,2 länger als bei Patienten ohne geistige Behinderung (van Brederode, 2005), bei Kindern und Jugendlichen etwa um den Faktor 1,3 (Analyse der durchschnittlichen Verweildauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen 2002 bis 2005), so dass sich für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung eine durchschnittliche Verweildauer von 54 Tagen ergibt.

Krankenhaushäufigkeit: Zur Zeit liegen keine zuverlässigen Daten über die Gesamtzahl stationärer und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen von geistig behinderten Minderjährigen vor. Für die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung gehen die beiden Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen im vollstationären Bereich von einer Krankenhaushäufigkeit von 22 je 10.000 minderjährigen Einwohner aus und für den teilstationären Bereich von einer Krankenhaushäufigkeit von 7 bis 8 je 10.000 Einwohner unter 18 Jahren. Aufgrund der mindestens um das 2,2fach höher liegenden Prävalenz psychischer Störungen bei geistiger Behinderung betragen die entsprechenden Werte bei Minderjährigen mit geistiger Behinderung 48 je 10.000 im vollstationären und 15 bis 17 je 10.000 im teilstationären Bereich.

Zahl der zu versorgenden Bevölkerung: Bei einer Gesamtbevölkerung von ca. 18.000.000 Einwohnern und einem Bevölkerungsanteil Minderjähriger von ca. 20% handelt es sich um ca. 3.600.000 Minderjährige. Bei einer Prävalenz geistiger Behinderung im Kindes- und Jugendalter von 3,4% (s. o.) ist von einem Bevölkerungsanteil von etwa 120.000 Minderjährigen mit geistiger Behinderung auszugehen.

Bettennutzung: Der Auslastungsgrad sollte nach Empfehlung der beiden Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen bei 87,5 Prozent festgelegt werden.

Nach der Hill-Burton-Formel ergibt sich nach vorsichtiger Schätzung für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen als minimaler Bedarf:

a) vollstationär:

54 Tage Verweildauer x 48/10.000 Krankenhaushäufigkeit x 120.000 minderjährige Einwohner mit GB in NRW / (87,5% Bettennutzung x 365 Tage) = 97 Betten vollstationär

Bei der Ermittlung des Bedarfs an Betten für ein spezialisiertes Angebot der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der geistig behinderten Minderjährigen auch zukünftig mit Gewinn im Rahmen der kinder- jugendpsychiatrischen Regelbehandlung versorgt werden kann. Dieser Anteil wird überschlägig auf etwa ein Drittel der Fälle geschätzt. Geht man von dem o. g. minimalen Bedarf von 97 Betten aus, entspricht ein Drittel einer Bettenkapazität von ca. 32 Betten. Bereinigt um diesen Anteil wird der Bedarf an spezialisierten Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen landesweit auf insgesamt 65 Betten geschätzt. Dies entspricht bundesweit 297 Betten bzw. einer BMZ von 0,3 auf 100.000.

Der Anteil von Patienten, die in heilpädagogischen Heimen wohnen, liegt im Kindes- und Jugendalter deutlich niedriger als im Erwachsenenalter, so dass sich eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht in demselben Ausmaß durch enge Kooperation von Klinik und heilpädagogischem Heim ersetzen lässt, wie es bei Erwachsenen der Fall ist. Zudem sind die in Heimen lebenden geistig behinderten Kinder und Jugendliche auf viele verschiedene Einrichtungen verteilt, so dass eine enge Verzahnung, wie sie konzeptionell bei Erwachsenen in Form von gemeinsamen Kompetenzzentren von Klinik und regionalem Heilpädagogischem Heim vorgesehen ist, hier nicht sinnvoll ist (van Brederode, 2005).

b) teilstationär:

54 Tage Verweildauer 15 - 17/10.000 Krankenhaushäufigkeit x 120.000 minderjährige Einwohner mit GB in NRW / (87,5% Bettennutzung x 365 Tage) = 31 - 35 Behandlungsplätze teilstationär

Wie bei der Ermittlung des Bedarfs im vollstationären Bereich ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der geistig behinderten Minderjährigen auch zukünftig mit Gewinn im Rahmen der kinder- jugendpsychiatrischen Regelbehandlung versorgt werden kann. Im Gegensatz zur vollstationären Behandlung findet sich jedoch bei der teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ein geringerer Anteil kurzfristiger Krisenbehandlungen. Da bei einer stationären Krisenbehandlung von wenigen Tagen bei einem Teil der Patienten die Zusammensetzung der Patientengruppe eine untergeordnete Rolle spielt und vertiefte Spezialkenntnisse in Diagnostik und Behandlung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher weniger im Vordergrund stehen, wird der Anteil der mit Gewinn im Rahmen der kinder- jugendpsychiatrischen Regelbehandlung durchzuführenden teilstationären Behandlung überschlägig auf etwa 15% der Fälle geschätzt. Geht man von dem o. g. minimalen Bedarf von 31 bis 35 Behandlungsplätzen aus, entsprechen 15% einer Bettenkapazität von ca. 5 Betten. Bereinigt um diesen Anteil wird der Bedarf an spezialisierten Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen landesweit auf insgesamt 26 bis 30 teilstationäre Behandlungsplätze geschätzt. Dies entspricht bundesweit 121 Plätzen bzw. einer BMZ von 0,1 auf 100.000.

Strukturelle Aspekte

Das Angebot sollte Teil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder Fachabteilung sein, die auch ein spezifisches ambulantes Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung vorhält einschließlich aufsuchender Angebote. Eine Behandlung zusammen mit schwer lernbehinderten Patienten ist empfehlenswert (Buscher et al., 2006), so dass sich die Vorteile eines integrativen Ansatzes nutzen lassen ohne die Nachteile der o. g. übermäßigen Diskrepanz zu den Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit durchschnittlicher intellektueller Gesamtbefähigung. Dies gilt um so mehr, als die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit ausgeprägten Lernbehinderungen häufig zusätzliche Beeinträchtigungen i.S. von heterogenen Befähigungsprofilen mit teils erheblichen Teilleistungsstörun-

gen und psychischen Beeinträchtigungen aufweisen, die in ihrer Summe im Bezug auf die soziale Teilhabe einer geistigen Behinderung gleich kommen. Folgerichtig ist auch diese Gruppe in den deutschen Zentren für Kinder und Jugendliche mit intellektuellen Behinderungen in die Behandlung mit einbezogen.

In Baden-Württemberg haben diese Erkenntnisse konsequent zur Einführung von 3 „Sonderkrankenhäusern“ für geistig behinderte Kinder und Jugendliche geführt, bei denen die o.g. Aspekte verwirklicht sind und die jedoch – aus Gründen nicht zu diskriminieren und integrativ zu wirken – gleichzeitig Angebote für durchschnittlich intelligente Kinder bestehen. Hier wird seit 2008 in Stuttgart auch die bundesweit erste Tagesklinik für Geistig Behinderte Kinder betrieben.

Genauso wie bei durchschnittlich intelligenten stellen sich auch bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen je nach Alter sehr unterschiedliche Entwicklungsaufgaben, die sich auf einer einzigen Station für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen nicht angemessen unterstützen lassen, so dass mehrere nach Alter differenzierte Stationen erforderlich sind. Zudem ist die Behandlung sehr junger Kinder zum Teil nur im Rahmen einer Behandlung auf einer Eltern-Kind-Station sinnvoll.

Insgesamt ist im Vergleich zur Regelversorgung von einem erhöhten Personalbedarf auszugehen, was sich u. a. im stationären Bereich dadurch ausdrückt, dass entsprechend der Einstufung nach PsychPV bei Jugendlichen die Stufe KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung) anzuwenden ist. Des weiteren ergibt sich die Notwendigkeit der Berücksichtigung eines „Faktors für das Maß an durch die Behinderung in engerem Sinne bedingter spezifischer Assistenz“ (Assistenzfaktor). Nur hierdurch kann besonderen Anforderungen der Alltagsbegleitung (Unterstützung in der Körperpflege, aufwendigere Verständigung, nachhaltigere Strukturierungs- und Orientierungshilfen), Diagnostik (komplexere Anamneseerhebung, (zeit)aufwendigere Untersuchungsverfahren) und Therapie (erschwerte Zugänge, Nutzung verschiedener therapeutischer Medien) Rechnung getragen werden.

Überregionaler Behandlungsschwerpunkt „Sexuell übergriffiges Verhalten bei Kindern und Jugendlichen“

Zu sexuell delinquentem Verhalten bei Jugendlichen gehören Störungen der Sexualpräferenz (z. B. Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie), sexueller Missbrauch, Sexualmord, Vergewaltigung sowie Zeigen oder Herstellen pornografischer Fotos und Filme unter Beteiligung von Kindern und/oder gegen den Willen der fotografierten bzw. gefilmten Personen. Sexuell delinquente Jugendliche zeigen häufig ein geringes Einfühlungsvermögen für die Opfer und es finden sich erhebliche kognitive Verzerrungen im Hinblick auf die gewalttätigen und schädigenden Aspekte ihres Handelns. Die vorhandenen Schuldgefühle werden oft verleugnet und durch betont machohaftes Verhalten abgewehrt.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist erforderlich, wenn akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, eine spezifische ambulante Behandlung nicht möglich ist oder eine stationär behandlungsbedürftige psychiatrische Begleitstörung vorliegt. Ob eine ambulante Behandlung ausreicht oder eine stationäre Behandlung notwendig ist, hängt auch von der Einordnung des Jugendlichen im Hinblick auf sein Gefährdungspotential sowie der Kooperationsbereitschaft des Jugendlichen und der Erziehungsberechtigten ab (Spitzcok von Brisinski et al. 2006a, b).

Die Behandlung im Rahmen des Maßregelvollzugs ist nur möglich, wenn der Jugendliche ein Sexualdelikt im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit begangen hat und ein Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB angeordnet hat, oder wenn bei dem Jugendliche wegen eines Sexualdelikts, das er im Rausch begangen hat, ein Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB angeordnet hat. Dazu kommt es jedoch nur selten, weil bei den jungen Menschen eine hohe Wahrscheinlichkeit erneuter Straftaten nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden kann, obwohl das Risiko an sich besteht.

Die Behandlung im Rahmen des sozialtherapeutischen Strafvollzugs ist nur möglich, wenn der Jugendliche nach einem der §§ 174 - 179, 183 oder 211 StGB verurteilt ist und sich frei-

willig einer sozialtherapeutischen Behandlung im Jugendvollzug unterzieht. Zudem muss die Strafe lang genug sein, damit die Behandlung überhaupt durchgeführt werden kann. Diese Bedingungen sind nur selten erfüllt.

In der Regel bestehen bei sexuell delinquenten Jugendlichen starke Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen, es fehlen Einsicht und Behandlungsmotivation. Eine Behandlung im Rahmen der Regelversorgung ist daher nicht Erfolg versprechend. Für Jugendliche, die im Rahmen einer Symptom homogenen Patientengruppe ein spezifisches Programm erfolgreich durchlaufen, ist dagegen ein deutlich niedrigeres Rückfallrisiko sowohl hinsichtlich einschlägiger als auch anderer Delikte empirisch belegt (Spitzcok von Brisinski et al., 2006a, b). Ziel der Behandlung ist, dass es keine weiteren Übergriffe mehr gibt und die Jugendlichen in die Lage versetzt werden, ein möglichst selbstbestimmtes, aber psychosozial angepasstes Leben zu führen. Im Mittelpunkt der Therapie steht die Arbeit mit dem Deliktszenario, in dem Realitätsverzerrungen, Tilgungen von missbrauchsbezogenen Erlebnisinhalten, das Bagatellisieren emotionaler Zustände sowie das Verleugnen eigener Handlungen aufgehoben werden sollen. Die Selbstkontrolle hinsichtlich der delinquenten Handlungen soll gestärkt werden. Module zur Rückfallprophylaxe sind ebenfalls enthalten. Eine reine Sexualtherapie wird den Problemen sexuell delinquenter Jugendlicher jedoch nicht gerecht und eine ausschließliche Zentrierung auf das sexuell deviante Symptom ist als weitgehend wirkungslos anzusehen.

Die Dauer der etablierten spezifischen stationären Behandlungsprogramme beträgt in der Regel etwa 2 Jahre. Hiervon muss durchschnittlich $\frac{1}{2}$ Jahr aufgrund der Akuität von Haupt- und Begleitstörungen sowie aufgrund der mangelnden Einsicht und Motivation des Patienten vor allem im ersten Viertel der Behandlung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung durchgeführt werden. Die übrige spezifische stationäre Behandlungszeit kann im Rahmen sozialer Rehabilitation erfolgen, sofern beide Behandlungsphasen eng miteinander verknüpft sind. In der Regel sind nach den 2 Jahren spezifischer stationärer Behandlung weitere Anschlussmaßnahmen in ambulanter Form, ggf. ergänzt durch betreutes Wohnen oder andere Maßnahmen erforderlich.

Vereinzelt existieren spezialisierte Jugendhilfeeinrichtungen mit integriertem therapeutischem Angebot (z.B. Martinistift Nottuln, Educon Düsseldorf, Lotus Wuppertal, Don Bosco Trier, St. Augustinus Ettlingen) die nachsorgend, kooperierend und im Fall dass eine vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische längerfristige Behandlung bei geringem Krankheitschweregrad nicht indiziert ist eintreten. Regionale und fachliche Kooperationen sind etabliert.

Häufigkeit

In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) werden alle den Strafverfolgungsbehörden bekannt gewordenen Straftaten (Fälle) und jene Personen erfasst, die nach den polizeilichen Ermittlungen der Begehung einer Straftat verdächtigt werden (Tatverdächtige/TV). In der Bundesrepublik kommt es demnach im Jahr zu über 50.000 sexuellen Übergriffen. Hinzu kommt eine hohe Dunkelziffer, da viele dieser Delikte nicht zur Anzeige kommen. Jeder fünfte Tatverdächtige ist jünger als 21 Jahre, so dass in NRW von etwa 2000 in der Kriminalstatistik erfassten sexuellen Übergriffen durch Minderjährige und Heranwachsende pro Jahr auszugehen ist. Gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil ist diese Altersgruppe bei sexuellen Übergriffen häufiger vertreten als Erwachsene. Neueren Studien zufolge werden 14- bis 16-jährige häufiger als Tatverdächtige registriert als 16- bis 18-jährige. Über die nicht strafmündigen unter 14-jährigen liegen kaum statistische Daten vor. Aus der Arbeit der nordrhein-westfälischen Modellprojekte mit jugendlichen Sexualtätern ist jedoch bekannt, dass ein Teil der sexuell auffälligen Jungen unter 14 Jahre alt ist. Es sind meist Jungen in der Pubertät, die zum Teil bereits gravierende sexuelle Übergriffe und sexuelle Kindesmisshandlungen begangen haben (Gruber, 2004).

Zur genaueren Beurteilung der Belastung bestimmter Bevölkerungsgruppen dient die Tatverdächtigenbelastungszahl (TVBZ), die die TV auf 100.000 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe bezieht.

- Bei sexuellem Kindesmissbrauch weisen männliche Jugendliche eine TVBZ von 67 auf, wobei die Jüngeren (14 bis unter 16 Jahre) die Älteren (16 bis unter 18 Jahre) mit 77 zu 57 deutlich übertreffen. Heranwachsende folgen mit 40, Kinder mit 20; Erwachsenen 22.
- Bei sexuellen Gewaltdelikten stellen die älteren männlichen Jugendlichen mit einem Wert von 64 die am stärksten belastete Altersgruppe. Die Heranwachsenden folgen mit 61 und die jüngeren Jugendlichen mit 52, sodass junge Männer zwischen 14 und unter 21 Jahren die Hochrisikogruppe ausmachen. Für Kinder beläuft sich die TVBZ hier auf 7, während sie für Erwachsene bei 23 liegt (Elz, 2004).

Zukünftige Entwicklung

Die TVBZ sexueller Delikte ist zwar in allen Altersgruppen über die Jahre hinweg gestiegen. Während die Zunahme bei Erwachsenen jedoch moderat blieb, kam es in den jüngeren Altersgruppen (sieht man von Kindern ab, denen die Begehung eines sexuellen Gewaltdelikt vorgeworfen wird) in den letzten 25 Jahren zumindest zu Verdoppelungen. Der größte Anstieg zeigt sich bei Jugendlichen, denen sexueller Kindesmissbrauch vorgeworfen wird: Für diese ist die TVBZ von 27 auf die o. g. 67 gestiegen (Elz, 2004).

Bedarf an stationären Betten und teilstationären Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche mit sexuell übergriffigem Verhalten

Verweildauer:

Es gibt langjährige Erfahrungen in der jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlung von Jugendlichen mit sexuell delinquentem Verhalten auf Symptom homogenen Spezialstationen in einigen spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Die vergleichsweise hohe durchschnittliche Verweildauer von 177 Tagen für sexuell delinquente Jugendliche ergibt sich einerseits aus einer langen Behandlungsbedürftigkeit und andererseits aus einer geringen Abbrecherquote.

Krankenhaushäufigkeit: Zur Zeit liegen keine zuverlässigen Daten über die Gesamtzahl stationärer und teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen von für sexuell delinquenten Jugendlichen vor. Als Grundlage können jedoch Berechnungen nach der o. g. Tatverdächtigenbelastungszahl (TVBZ), die die TV auf 100.000 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe bezieht, dienen. Die o. g. TVBZ beziehen lediglich auf männliche TV, da der weibliche Anteil von TV in der polizeilichen Kriminalstatistik verschwindend gering ist, obwohl sexuelle Delinquenz durch weibliche Jugendliche durchaus vorkommt (Kubik et al. 2002; Schumacher 2004). Es wird daher im Folgenden davon ausgegangen, dass einem Jahrgang männlicher Personen einem Anteil von 0,5% der Allgemeinbevölkerung entsprechen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Kinder, die jünger als 10 Jahre sind, quantitativ keine nennenswerte Rolle spielen. In einigen Fällen ist eine ambulante Behandlung ausreichend, allerdings lag im Modellprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen zur ambulanten Behandlung (Nowara & Pierschke, 2005) der Anteil von behandelten Jungen, bei denen kein juristischer Rahmen vorlag, bei 67,6%, so dass es sich hier wahrscheinlich zu einem Großteil um Jungen handelt, die nicht von der polizeilichen Kriminalstatistik erfasst werden und daher nur begrenzt auf die o. g. Häufigkeit von 1,68 je 10.000 minderjähriger Einwohner anzurechnen sind. Außerdem hatten nur 16% der ambulant behandelten Jungen eine psychische Störung, während bei den stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten sexuell delinquenten Jugendlichen in der Regel eine behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt. Geht man davon aus, dass es sich bei der überwiegenden Zahl der in der polizeilichen Kriminalstatistik erfassten Fälle um schwerere Fälle handelt und wird berücksichtigt, dass bei sexuell delinquenten Jugendlichen in der Regel starke Bagatellisierungs- und Leugnungstendenzen bestehen, so dass Einsicht und Behandlungsmotivation fehlen, ist davon auszugehen, dass höchstens 10% der Fälle ambulant ausreichend behandelt werden können. Bereinigt um diesen Prozentsatz ergibt sich eine Häufigkeit von 1,5 je 10.000 minderjähriger Einwohner.

Zahl der zu versorgenden Bevölkerung: Bei einer Gesamtbevölkerung von 82.000.000 Einwohnern und einem Bevölkerungsanteil von ca. 0,5% pro Jahrgang männlicher Einwohner

handelt es sich um etwa 3.280.000 männliche Kinder und Jugendliche im Alter von 10 Jahren bis unter 18 Jahren.

Bettennutzung: Der Auslastungsgrad sollte nach Empfehlung der beiden Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen bei 87,5 Prozent festgelegt werden.

Nach der Hill-Burton-Formel ergibt sich nach vorsichtiger Schätzung als minimaler Bedarf: vollstationär: 177 Tage Verweildauer x 1,4/10000 Krankenhaushäufigkeit x 3.280.000 männliche Einwohner 10 Jahre bis unter 18 Jahre / (87,5% Bettennutzung x 365 Tage) = 273 Betten vollstationär. Bei der Ermittlung des Bedarfs an Betten für ein spezialisiertes Angebot der Behandlung von sexuell delinquenten Jugendlichen ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Patienten im Rahmen einer kurzfristigen stationären Krisenbehandlung auch zukünftig mit Gewinn im Rahmen der kinder- jugendpsychiatrischen Regelbehandlung behandelt werden kann. Dieser Anteil wird überschlägig auf etwa 10% der Fälle geschätzt. Geht man von dem o. g. minimalen Bedarf von 273 Betten aus, entsprechen 10% einer Bettenkapazität von ca. 27 Betten. Der Anteil an Behandlungen im Maßregelvollzug nach § 63 oder 64 StGB und im sozialtherapeutischen Strafvollzug nach einer Verurteilung gemäß §§ 174 - 179, 183 oder 211 StGB wird ebenfalls überschlägig auf insgesamt etwa 10% der Fälle entsprechend weiteren 27 Betten veranschlagt. Bereinigt um diese Anteile wird der Bedarf an spezialisierten Behandlungsangeboten für sexuell delinquente Jugendliche bundesweit auf insgesamt 219 Betten geschätzt.

teilstationär Bisher liegen keine systematischen Erfahrungen zu tagesklinischer Behandlung vor (Spitzcok von Brisinski et al. 2006a und 2006b), so dass hierzu derzeit keine Aussagen gemacht werden können.

Strukturelle Aspekte

Im Gegensatz zur Regelversorgung, wo Jugendliche mit verschiedenen Störungsbildern auf einer Station gemeinsam behandelt werden, ist eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg bei sexuell delinquenten Jugendlichen das Symptom homogene Setting, d.h. dass nur Jugendliche mit sexuell delinquentem Verhalten aufgenommen werden. Damit ist auf der inhaltlichen Ebene ein spezifisches Therapieangebot, wie z.B. die Therapiegruppe, die die Verantwortungsübernahme für die sexuellen Übergriffe zum Ziel hat, Psychoedukation über altersgerechte Sexualität, usw. verbunden.

Unterschiedliche Gruppen sind erforderlich je nach Alter (strafmündig oder nicht), kognitiven Fähigkeiten (geistige Behinderung oder eher durchschnittliche Intelligenz), Geschlecht.

Auch in der Milieuthherapie und im pädagogischen Alltag dienen die speziellen Interventionen dazu, dass die Jugendlichen den Zusammenhang zwischen ihrem aktuellen Verhalten und den ihn vorgeworfenen sexuellen Übergriffen herstellen. Alle wissenschaftlichen Ergebnisse zeigen, dass nur durch die Auseinandersetzung im therapeutisch-pädagogischen Gruppenrahmen therapeutische Erfolge bringt, Einzeltherapien auf Regelversorgungsstationen ineffektiv sind, da die Integration der Täteranteile in die Persönlichkeit und die damit verbundene Verantwortungsübernahme nicht gelingt, da die Gruppe dem Täter die Geheimhaltung der Delikte aus der Hand nimmt, die Jungen sich gegenseitig mit dem offenen Umgang ihrer Delikte unterstützen usw.. Darüber hinaus gibt es einen Raum in der Einzeltherapie, um sich mit schwierigen Themen, wie eigenen Traumatisierungen auseinanderzusetzen und sich somit auf die Gruppenprozesse vorzubereiten.

Überregionaler Behandlungsschwerpunkt „Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug“

Die Maßregeln der Besserung und Sicherung sind im Strafgesetzbuch (StGB) verankert und gehören zu den Rechtsfolgen, die eine Straftat nach sich ziehen kann. Der Maßregelvollzug wurde für psychisch kranke und suchtkranke Straftäter eingerichtet, die das Gericht auf der Grundlage eines Sachverständigenutachtens nach sorgfältiger Abwägung der Persönlichkeit und der Strafumstände als „schuldunfähig“ oder als „vermindert schuldfähig“ eingestuft hat. Freiheitsentziehende Maßregeln sind die Unterbringung psychisch kranker Straftäter in

einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 Strafgesetzbuch - StGB) und suchtkranker Rechtsbrecher in einer Erziehungsanstalt (§ 64 StGB). Wenn dringende Gründe für die Annahme vorliegen, dass es in der Gerichtsverhandlung zur Anordnung einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt kommen wird, kann nach § 126 a Strafprozessordnung (StPO) schon vorher die einstweilige Unterbringung in der entsprechenden Einrichtung angeordnet werden, sofern die öffentliche Sicherheit das erfordert, also an Stelle von Untersuchungshaft. Eine Unterbringung zur Begutachtung ist auch im Rahmen des § 81 StPO möglich.

Die Unterbringungszahlen im Maßregelvollzug haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. So ist beispielsweise in den westlichen Bundesländern die Anzahl der nach § 63 StGB Unterbrachten in den Jahren 1990 bis 2002 von 2489 auf 4226 Patienten, d. h. um 70% gestiegen. Damit einhergehend erhöhte sich die Unterbringungsrate bundesweit von etwa 350 Unterbringungen gemäß § 63 StGB pro Jahr Ende der 1970er / Anfang der 1980er Jahre auf etwa 850 - 900 im Jahr 2004. Die Unterbringungsquote pro 100.000 Einwohner lag 1999 noch je nach Bundesland zwischen 5,23 und 11,78 und 2004 zwischen 7,4 und 17,0. Der Bundesdurchschnitt lag 2004 bei 11,5 Unterbringungen pro 100.000 Einwohner bezogen auf alle Altersgruppen (Landtag Nordrhein-Westfalen 2004). In einem für das Land Hessen erstellten Gutachten zur Psychiatrie-Planung (s.o.) geht Kröber von einer Unterbringungsquote von 8 % aller erwachsenen Strafgefangenen aus.

Gemäß UN-Konvention über die Rechte des Kindes, Europäischer Kommission zur Verhinderung von Folter (CEFT), der Landesunterbringungsgesetze von z.B. Baden-Württemberg sowie dem Verfassungsgericht Thüringen ist eine Unterbringung von Minderjährigen gemeinsam mit Erwachsenen nicht zulässig. Das Thüringer Verfassungsgericht (Verf GH 11/02) verwies auf das Grundrecht aus Art. 42 Abs. 5 Satz 1 und auf Art. 88 Abs. 1 Satz 1 der ThürVerf. Diese Rechtslage gebiete die Behandlung in einer geeigneten Jugend-MRV-Einrichtung.

Eine gemeinsame Behandlung mit Heranwachsenden mit besonderem Behandlungsbedarf ist bis zum Alter bis zu 24 Jahren möglich.

IST-Situation

Der Maßregelvollzug unterliegt der Länderhoheit und der Versorgungsgrad mit speziellen Stationen für Jugendliche und Heranwachsenden mit besonderem Behandlungsbedarf ist bisher in den Bundesländern sehr unterschiedlich.

	Fachabteilungen	Betten/Plätze
Baden-Württemberg		
Bayern		
Berlin	1	6
Brandenburg		
Bremen		
Hamburg		
Hessen	1	10
Mecklenburg-Vorpommern		
Niedersachsen		
Nordrhein-Westfalen	1	16
Rheinland-Pfalz		
Saarland		
Sachsen	2	30
Sachsen-Anhalt		
Schleswig-Holstein		
Thüringen	1	
Summe	6	62

Anzahl der speziell ausgewiesenen Fachabteilungen und Betten/Plätze für forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (Erhebungsbasis: Ordnungsbehördliche Genehmigung am 31.12.2005 für im Krankenhausplan des Landes aufgenommene Krankenhäuser; Quelle: AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007), Quelle: Bericht „Psychiatrie 2007“ der Gesundheitsministerkonferenz

Die hier wiedergegebene Liste lässt einige landesspezifische Sonderkonstrukte aus. So fehlt aus Hessen das Sonderkonstrukt mit 2-3 Ausweichplätzen in Eltville, es fehlt die als gemeinsame „Adoleszenzstation“ zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Forensischer Psychiatrie betriebene Abteilung in Rostock sowie die als „Mischstation“ mit einem offenen Bereich für GKV-Patienten geführte Abteilung in Klingenmünster, Rheinland-Pfalz mit 10 Plätzen. Bayern kann im Rahmen einer Erwachsenenforensik (Parsberg) 10 Plätze für suchtspezifischen Jugendmaßregelvollzug nach § 64 StGB belegen.

Damit ergibt sich eine Verteilung von Maßregelvollzugsplätzen wie folgt:

Real existierende Plätze im Jugendmaßregelvollzug 2007



Somit liegt nach Weissbeck (2005) die Versorgung mit Maßregelvollzugsplätzen für Jugendliche (teilweise gleichzeitig auch für Heranwachsende) je nach Bundesland zwischen 0 - 9,5 Betten / 1 Mio EW.

Geht man von den bisher erfolgten Unterbringungen von Jugendlichen und Heranwachsenden im Maßregelvollzug allgemein aus, ohne dabei zu berücksichtigen, ob eine Unterbringung auf spezifischen Stationen erfolgte oder nicht, lässt sich hieraus ein Bedarf für Maßregelvollzugsplätze auf speziellen Stationen für Jugendliche und Heranwachsende berechnen, der am unteren Rand des tatsächlichen Bedarfs liegen dürfte. Vermutlich führt der Platzmangel bei den Gerichten zu erheblicher Zurückhaltung bzgl. Zuweisung Jugendlicher in den Maßregelvollzug.

Berücksichtigt man bei der Bedarfsermittlung auch Bundesländer, in denen speziell ausgewiesene Fachabteilungen und Betten/Plätze für forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie mit ordnungsbehördlicher Genehmigung bisher nicht in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, wie z. B. Rheinland-Pfalz (4 Mio. Einwohner, Unterbringungsquote 11,04), wo 2003 insgesamt 11 Jugendliche nach § 63 StGB untergebracht waren, und Bayern (12,5 Mio. Einwohner, Unterbringungsquote 14,9) mit 56 Betten für 14- bis 24jährige nach § 64 StGB, §§ 126 a, 81 StPO) sowie die Tatsache, dass nicht alle 18- bis

24jährigen erhebliche sozioemotionale Entwicklungsrückstände aufweisen und demzufolge einer speziellen Behandlung analog der Betreuung von Minderjährigen bedürfen, ist bundesweit bei durchschnittlich 11,5 Unterbringungen pro 100.000 Einwohner für alle Altersgruppen von einem speziellen Bedarf von ca. 0,6 Betten pro 100.000 Einwohner für 14-24jährige gemäß den §§ 63, 64 StGB, 126 StPO oder 81 FGG untergebrachte Maßregelvollzug-Patienten auszugehen bzw. ca. 5% der Maßregelvollzug-Gesamtkapazität.

Strukturelle Aspekte

Eine inhaltlich sinnvolle und wirtschaftlich vertretbare Größe liegt für eine forensische Station mit speziellem Behandlungsangebot für Jugendliche und Heranwachsende bei etwa 10 Betten. Die Behandlung muss unter der Leitung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Facharztes erfolgen. Hinzu kommt ein spezifisch qualifiziertes Behandlungsteam aus Pflege- und Erziehungskräften, Psychologen, Sozialarbeitern und Fachtherapeuten sowie ein komplementäres spezifisches schulisches bzw. Ausbildungsangebot. D. h. bei der Konzipierung von Größe und Standort einer forensischen Einheit für Jugendliche und Heranwachsende spielt auch die vorhandene bzw. geplante für Jugendliche und Heranwachsende spezifische Infrastruktur eine wichtige Rolle.

Die Versorgung von forensischen Patienten gemeinsam mit Patienten der Regelversorgung ist abzulehnen, da dies sowohl für die forensischen Patienten, die ein spezielles Milieu benötigen, als auch die anderen Patienten unökonomisch ist (längere Verweildauern oder ineffektive Behandlungen) und ethische Fragen aufwirft (z.B. Behandlung von Patienten mit Täter- und mit Opferstatus auf einer Station, Recht auf Schutz der übrigen Patienten vor Übergriffen etc.)

Überregionaler Behandlungsschwerpunkt „Hörgeschädigte“

Die besonderen Bedürfnisse gehörloser bzw. hochgradig hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher mit psychischen Störungen können oftmals weder in der kinder- und jugendpsychiatrischen Regelversorgung noch in nichtpsychiatrischen Spezialabteilungen bzw. – Kliniken ausreichend berücksichtigt werden. Bisher besteht lediglich in Uchtspringe ein zur kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung zugehöriges Zentrum für hörgeschädigte psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Aufgrund der bundesweit großen Nachfrage werden dort aus ganz Deutschland Kinder und Jugendliche stationär behandelt, was oftmals mit sehr weiten Anfahrtswegen verbunden ist.

Basierend auf einer in NRW erfolgten Bedarfsermittlung ist von einem bundesweiten Bedarf für 46 Betten auszugehen. Dies entspricht einer BMZ von 0,06 pro 100.000 Einwohner.

Psychosomatik

Die Behandlung in psychosomatischen Zentren für Erwachsene berücksichtigt nicht die altersspezifischen mileutherapeutischen Aspekte und auch die einachsige Diagnosenbetrachtung entspricht nicht den speziellen entwicklungspsychologischen Notwendigkeiten, besonders der multiprofessionellen und multimodalen Therapie mit systemischem Arbeiten und schulischer Förderung. Je nachdem, ob der aktuelle primäre Fokus in der somatischen oder in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit liegt, erfolgt eine angemessene Behandlung in der Pädiatrie oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die diagnostische Beurteilung muss *alle 6 Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas MAS* (Remschmidt et al. 2006) umfassen. Bei Kindern, die jünger als 6 Jahre sind, sollte zusätzlich die *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0-3R* (Zero To Three 2005) hinzugezogen werden.

Bedarfszahlen für Kinder und Jugendliche existieren nur tentativ: Insgesamt rechnen die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften mit 8-10 % aller Kinder und Jugendlichen, die in einem Überschneidungsbereich mit körperlichen Beschwerden gleichzeitig an kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen im engeren Sinne leiden (Barkmann u. Schulte-Markwort 2004). Unter stationären Patienten in Kinderkliniken gehen verschiedene Studien von 15-20 % kinderpsychiatrischer Störungen aus, die als „new hidden morbidity“ be-

schrieben wurden und in Kinderkliniken ohne zusätzliche therapeutische Ressourcen nicht adäquat versorgt werden können (Thun-Hohenstein 2001). Je nach Bundesland und Schwerpunktbildung wird krankenhauplanerisch eine Anbindung psychosomatischer Kinder- und Jugendstationen an die Pädiatrie oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie bevorzugt. In dieser Situation werden in den Fachgesellschaften zunehmend gemeinsame Positionen artikuliert und Kooperationsmodelle vorgeschlagen (DAKJ 2002, Schulte-Markwort und Lehmkuhl 2004).

Über die derzeitigen unterschiedlichen Leistungserbringungs- und Abrechnungsmodalitäten (nach Psych-PV oder OPS/DRGs) wird im Rahmen der Umsetzung der Aufträge des KHRG (s. unter „Finanzielle Rahmenbedingungen“) neu nachgedacht werden müssen, da das KHRG explizit die Psychosomatik mit einbezieht.

2.12 Europäische und weltweite Einbindung

Deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zugleich auch europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die *Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (CAPP)* der *Vereinigung Europäischer Fachärzte (UEMS)* bildet ein Netzwerk von Ärzten mit gemeinsamen Interessen, aber unterschiedlichen Traditionen, das die Möglichkeit zu fruchtbarer Diskussion von Problemen und ihren Lösungen bietet. Um die Facharztausbildung europaweit auf hohem Niveau zu harmonisieren, wurden Ausbildungsleitlinien einschließlich eines *Training Logbook for CAPP* entwickelt zur Etablierung von Standards, die auf bestmögliche Praxis abzielen und der Wirksamkeitsevidenz den Vorrang geben, unabhängig von nationalen Traditionen (Rothenberger 2005). Derzeit bestehen die größten Länderunterschiede darin, inwieweit Psychotherapie als Hauptbehandlungsmethode im Fach (vgl. Remschmidt u. Matzejat 2006) zur Pflichtweiterbildung innerhalb der Facharztweiterbildung zählt oder nicht.

Die *European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)* unterstützt und erweitert die Kontakte und Beziehungen unter den in Europa kinder- und jugendpsychiatrisch tätigen Ärzten und pflegt die europäische kinder- und jugendpsychiatrische Tradition. Sie verbreitet Forschungsergebnisse und Erfahrungen auf diesem Fachgebiet durch wissenschaftliche Kongresse und Herausgabe der Fachzeitschrift *European Child and Adolescent Psychiatry*.

In Bezug auf die Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters spielt die *Europäische Arzneimittelagentur (EMA)* eine wesentliche Rolle im Arzneimittelzulassungssystem der *Europäischen Union (EU)*. Auf der Basis ihrer Bewertung erteilt die Europäische Kommission einen zustimmenden oder abschlägigen Bescheid auf von Arzneimittelherstellern mittels des zentralen Verfahrens gestellte Zulassungsanträge. Zudem fungiert sie in den dezentral geführten Antragsverfahren als Schlichtungsstelle, wenn sich Behörden der EU-Länder nicht einig in der Bewertung des beantragten Arzneimittels sind. Mit *EudraVigilance* steht ein europäisches Register für Meldungen im Bereich der Arzneimittelsicherheit zur Verfügung und die Registrierung in *EudraCT* ist Voraussetzung für die Genehmigung einer klinischen Studie innerhalb der EU.

Die neu eingeführte Pflicht für jeden Hersteller, auch Studien an Kindern durchzuführen, ist angesichts der mangelhaften Forschungssituation hinsichtlich der Psychopharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen sehr zu begrüßen.

Weltweit eingebunden und organisiert ist die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie in der *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACA-PAP)*, der *International Society for Adolescent Psychiatry (ISAPP)* und der *World Association for Infant Mental Health (WAIMH)*.

2.13 Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Finanzierung kinder- und jugendpsychiatrischer stationärer und teilstationärer Behandlungen über tagesgleiche Pflegesätze als Abteilungspflegesätzen zusätzlich zum Basispflegesatz und die Finanzierung des Personalansatzes mithilfe der Psychiatrie-Personalverordnung bilden den aktuellen Rahmen der Finanzierung der Krankenhaus-Kinder-/Jugendpsychiatrie.

Die Psychiatrie-Personalverordnung als qualitätssicherndes und leistungsbezogenes System muss im Grundsatz erhalten bleiben. Die Behandlungsbereiche der Psych-PV (mit Schweregrad- und Pflegeaufwandbezug) bilden das Leistungsspektrum sachgerecht ab. Weltweit existiert kein funktionierendes DRG-System zur Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung insgesamt. Auch durch die 6 Achsen multi-axialer kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik kann die Varianz der Verweildauern nur zu maximal 20 % aufgeklärt werden. Damit entbehren diagnosebezogene Fallpauschalen jeglicher wissenschaftlicher Grundlage.

Nach dem am 13.2. im Bundesrat verabschiedeten Krankenhausrahmenentgeltgesetz KHRG (s.o.) soll seitens der Selbstverwaltungspartner unter Führung des InEK-Instituts ein tagesgleiches, pauschalierendes Entgeltsystem entwickelt werden, das auf der Psych-PV basierend Teilpauschalierungen zulässt, Patientengruppen daneben nach Alter, Geschlecht, Diagnose und ggfs. anderen Variablen unterscheidet und den Einbezug ambulanter und teilstationärer Leistungen ermöglicht. Dieses stellt einen grundlegend anderen Zugang zur Finanzierung von Krankenhausleistungen als durch DRGs dar und eine Hinwendung zur patientenbezogenen Kostenträgerrechnung. Positiverweise wird gleichzeitig das Fallaufkommen von Abteilungen einbeziehbar, d.h. schiedstellenfähig.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen finanzieren sich nach Landes-Rahmenvertrag sehr unterschiedlich: mit Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der Zielgruppe als Quartalspauschale; als Quartalspauschale differenziert in Einmal- und Mehrfachkontakte; als ärztliche Einzelleistungsvergütung und nichtärztliche Fallpauschale; als stundenweise Abrechnung geleisteter Interventionen definierter Berufsgruppen. Derzeit (Beginn 2009) sind die Ambulanzen an kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen nach § 118 (2) SGB V ebenso wie die erwachsenenpsychiatrischen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gekündigt worden, jedoch gelten die bisherigen Rahmenbedingungen bis zum Abschluss von Neuverhandlungen zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband der Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung weiter. Gesetzlich abgesichert sind die Ambulanzen an Psychiatrischen Krankenhäusern nach § 118 (1) SGB V.

Eine Hinwendung zu einer gesellschaftlichen Gesamtkosten-Betrachtungsweise unter Berücksichtigung aller Systeme (Krankenversicherung, Schule, Jugendhilfe, ggfs. auch Strafvollzug) wäre aus Sicht unseres Fachverbandes dringend erforderlich. Eine frühzeitige Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, ggfs. ein stationärer Aufenthalt schafft kurzfristige Kosten und senkt diese langfristig.

2.14 Rechtliche Rahmenbedingungen

Spätestens seit der Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenes Fachgebiet und Einführung des Facharztes besteht das Gebot, Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen und Kliniken als **fachlich eigenständig** zu führen (näheres hierzu auch im Kapitel **Leitung**). Ein Verstoß eines Klinikträgers gegen dieses Gebot (etwa bei Unmöglichkeit eine Leitungsstelle entsprechend zu besetzen) bringt haftungsrechtliche Problematiken mit sich, da eventuelle Behandlungsfehler am ehesten der mangelnden Fachlichkeit attribuiert werden. Des Weiteren ist die Facharztqualifikation neben institutionellen Merkmalen der „Weiterbildungsstätte“ zwingend für die Weiterbildungsbefugnis gegenüber Assistenzärzten erforderlich.

Es gilt somit auch, dass die Abteilung einen eigenen Bereitschaftsdienst vorhalten muss. Sofern dieser durch andere Abteilungen (häufig psychiatrische oder pädiatrische Anwesenheitsdienste) geleistet wird, müssen die Regularien für fachgebietsübergreifende Bereitschaftsdienste greifen. Dadurch entsteht ein erhöhtes Haftungsrisiko des Krankenhausträgers bei erhöhter Organisationsverpflichtung, z.B. hinsichtlich der Erreichbarkeit eines fachärztlichen Hintergrunddienstes. Das EU-Urteil zum Bereitschaftsdienst ist in diesem Rahmen für kleine Fachabteilungen problematisch umsetzbar, weil die mögliche Zahl der Bereitschaftsdiensttuenden begrenzt ist und weil die therapeutische Kontinuität durch Bereitschaftsdienste mit anschließendem Freizeitausgleich nicht gut gewährleistet werden kann. Bei räumlich allein stehenden Krankenhausabteilungen oder Fachkrankenhäusern begründet der „stets rufbereite Arzt“ als Krankenhausmerkmal die Erfordernis eines Anwesenheitsdienstes.

Unter den „Facharztstandard“ fällt ebenfalls die Besetzung der Institutsambulanzen mit Fachärzten und die Erfordernis der Indikationsüberprüfung bei bzw. nach stationärer Aufnahme (gemäß § 112 SGB V in Verbindung mit § 39 SGB V).

Desweiteren sind Ausgänge und Belastungserprobungen fachärztlich zu genehmigen und ggfs. zu begründen, denn nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (VI ZR 128/07) ist die Klinik während der Behandlung die völlige Aufsichtspflicht über die dort behandelten Jugendlichen übertragen, und sie haftet für diese auch im Ausgang.

Im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie sind Behandlungen gegen den Willen des Patienten nicht nur nach den Unterbringungsgesetzen der Länder mit ihren unterschiedlichen Ausformulierungen, sondern auch qua Elternrecht mit Genehmigung durch das Familiengericht (§ 1631b BGB) möglich. Hier können – im Gegensatz zu manchen Unterbringungsgesetzen – auch Behandlungen für den Patienten verpflichtend gemacht werden. In aller Regel ist hierzu ein Verfahrenspfleger hinzuzuziehen (FGG). Obwohl Eltern die Unterbringung selbst beantragen, trägt die Staatskasse die Kosten des Verfahrens einschließlich der eventuell beauftragten gutachterlichen Stellungnahmen.

Nach einem aktuellen Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG, 1 BvR 338/07 vom 14.6.2007) ist eine Anhörung nach einstweiliger Anordnung „unverzüglich“, (d.h. nicht in einer Woche Abstand) nachzuholen und kann nur bei außergewöhnlich großen Entfernungen (über 50 km) per Amtshilfe an ein anderes Familiengericht delegiert werden. Im Unterbringungsbeschluss muss der Sektor der Gültigkeit (Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie) benannt werden. Nur in seltenen Ausnahmefällen, nämlich dann wenn eine Gefahr für die Gesundheit zu befürchten ist, kann von der persönlichen Anhörung abgesehen werden.

Vor einer Unterbringung mit Freiheitsentziehung ist allerdings entsprechend der 2008 erfolgten Reform des § 1631b BGB zu prüfen, ob nicht andere öffentliche Hilfen zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung ausreichen. Desweiteren ist eine Expertenmeinung – für den stationären Bereich die eines Kinder- und Jugendpsychiaters, für den ambulanten und jugendhilflichen auch eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – gerichtlich einzuholen.

Eine Inobhutnahme nach § 42 KJHG kann ebenfalls innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfinden, ist aber alsbald vom zuständigen Gericht zu bestätigen. Selbstverständlich wird davon unabhängig das Gros der Inobhutnahmen in den regional zuständigen Inobhutnahmestellen der Jugendhilfe stattfinden. Als gute Praxis regionaler Vernetzung sollte jeder Klinik für die bereitchaftsdiensttuenden Ärzte eine Liste der Bereitschaftsnummern der Jugendämter aus der Versorgungsregion zur Verfügung stehen, und die Prozesse für eine Inobhutnahme außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten verbindlich geregelt sein. Erreichbarkeit und Zuständigkeit der Jugendämter sind für den Fall dass nach einer Notfallvorstellung eine stationäre Aufnahme nicht indiziert ist, aber weitere Hilfen erforderlich sind, u.a. aus Kinderschutzgründen zu gewährleisten.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass im Laufe der Behandlung *regelmäßig* vorkommende Freiheitseinschränkungen (wie Isolierungen) familiengerichtlich genehmigt werden müssen, sofern sie nicht nach Auffassung des zuständigen Gerichts in einem vorhandenen Unterbringungsbeschluss mit umfasst sind oder im Behandlungsvertrag mit den Sorgeberechtigten (z.B. Sondierung und Einschränkung der Bewegungsfreiheit nach den Mahlzeiten bei Anorexiepatienten).

Rahmenbedingungen einer Behandlung bei unter 18jährigen müssen alle gültigen gesetzlichen Bedingungen des Jugendschutzes beachten, d.h. Aufsichtspflicht Tag und Nacht, Nichtraucherchutz, Jugendschutzgesetze bezüglich Alkohol, Rauchen und Abgabe von Rauchutensilien, Altersgrenzen bei Film und Fernsehen aber auch die Religionsmündigkeit ab 14 Jahren, das Recht auf individuelle Entscheidungen zu Empfängnisverhütung (ab 15), zu Untersuchungen auf HIV etc.

Andererseits gelten die Strafmündigkeitsgrenzen (ab 14) und sind bei psychiatrischen Patienten nur im Einzelfall einer deutlichen krankheitsbedingten Einschränkung der Schuldfähigkeit gutachterlicherseits deutlich zu entkräften.

Die Rechte von Kindern sind insbesondere in Hinsicht auf rechtliches Gehör, Mitsprachefähigkeit etc. zu beachten. Hier konnte in den letzten Jahren im Zuge der UNO-Kinderrechtskonvention eine erhöhte Sensibilität etabliert werden.

Kinder und Jugendliche haben z.B. ein Recht auf Aufklärung hinsichtlich sie betreffender Entscheidungen. Sie haben ebenfalls ein Recht auf eine ärztliche Verschwiegenheit bezüglich der Einzeltherapien in Abgrenzung zu ihren Eltern, so dass seitens der BAG die rechtliche Auffassung vertreten wird, Abschnitte in an die Sorgeberechtigten ausgehändigten Befundberichten, die detailliert die Einzeltherapien betreffen, zu schwärzen .

Andererseits ist es im Sinne des Elterneinbezugs und der Elternverantwortung sinnvoll Eltern möglichst breit einzubeziehen. Stimmt ein sorgeberechtigter Elternteil einer nicht notfallmäßigen und ohne Kindeswohlgefährdung aufschiebbaren Behandlung explizit nicht zu, kann diese nicht stattfinden. Im Streitfall wird bei Kindeswohlgefährdung eine Eingabe beim Familiengericht erforderlich.

Im Rahmen des staatlichen Wächteramtes über das Kindeswohl ist der Kinder- und Jugendpsychiater oft in der Situation, Abwägungen zu treffen. Er ist zunächst durch die Ärztliche Schweigepflicht nicht befugt, Patientengeheimnisse zu offenbaren. Kommt er jedoch durch eine ernsthafte (und dokumentierte!) Abwägung zum Schluss, dass höhere Interessen (wie eine schwere Gefährdung von Leben und Gesundheit des Kindes) im Sinne des Kindeswohls auf dem Spiel stehen, ist er wiederum verpflichtet, mit dem Jugendamt Kontakt aufzunehmen und seine Besorgnis an die gesetzlich Zuständigen zu übermitteln (Wiesner 2007).

Bei seelisch behinderten Kindern ist ein Kinder- und Jugendpsychiater in die Hilfeplanung des Jugendamtes nach § 36 KJHG einzubeziehen. Hier besteht ein eigener Rechtsanspruch eines Jugendlichen (ab dem 15. Lebensjahr) auf adäquate Hilfen nach § 35a KJHG, der sich oft nach stationärer Behandlung ergibt (vgl. Stellungnahme der Kommission Jugendhilfe der drei Fachverbände, Fegert et al. 2008).

Juristisch beachtenswert ist nicht zuletzt die pharmakotherapeutische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Fast alle neueren Substanzen sind „Off label“, d.h. für Kinder nicht genügend evaluiert, so dass sie nur in begrenztem Umfang (nicht für die Indikation oder nicht für die Altersgruppe) zugelassen sind. An die Aufklärung von Eltern und Patienten (!) und deren Dokumentation sind besondere Anforderungen gestellt. Die Weiterfinanzierung der Behandlung durch die GKV nach Krankenhausentlassung kann in Einzelfällen Probleme aufwerfen (s. Schepker et al. 2007). Im Niedergelassenenbereich besteht bei drohenden Regressforderungen und begrenzten Medikamentenbudgets ein zunehmend hoher Aufwand an Schriftverkehr mit Kostenträgern.

3 Leistungsbereiche und Behandlung

Gudrun Ott und Martin Jung

Die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) sind die Erkennung und Behandlung, Prävention und Rehabilitation von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, denen eine psychiatrische oder psychosomatische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt.

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen sind nach den gesetzlichen Begriffsbestimmungen Einrichtungen, in denen durch ärztliche, pflegerische und sonstige Hilfeleistung psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Krankheiten und Behinderungen des Kindes- und Jugendalters diagnostiziert, geheilt oder gelindert werden und in denen deren Verschlimmerung verhütet wird. Konzeptionell stellen die Kliniken und Abteilungen einen besonderen Ort für die Entwicklung und das psychische Wachstum von Kindern und Jugendlichen dar. Die Gestaltung des therapeutischen Milieus und des Behandlungsrahmens ist dabei eine gemeinsame Aufgabe aller beteiligten Berufsgruppen.

Als Einrichtungen für die stationäre und teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sowie das Führen von Institutsambulanzen stehen in der Bundesrepublik Deutschland aktuell 133 kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (Fachkrankenhäusern und Abteilungen) zur Verfügung, davon 26 Universitätskliniken (Angaben des Statistischen Bundesamtes 2007, ohne Rehabilitation, vollstationär). Sie übernehmen entsprechend ihrer Größe, Ausstattung und Struktur regionale und ggf. auch überregionale Versorgungsaufgaben und leisten ganz überwiegend Pflichtversorgung. Das bedeutet, dass somit eine eindeutige Zuständigkeit für psychiatrische Notfälle und Kriseninterventionen in einem definierten Einzugsgebiet besteht. Sie sind Bestandteil des allgemeinen Gesundheits- und Krankenhauswesens und in die allgemeine Krankenhausplanung einbezogen.

Neben der Patientenversorgung dienen die Kliniken als **Weiterbildungsstätten** sowohl für die Facharztweiterbildung, als Praxismodul in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, als auch für die Ausbildung von Mitarbeitern des Pflege- und Erziehungsdienstes einschließlich der mittlerweile etablierten Fachweiterbildung zur Fachkraft KJPP. Das Fach ist im Ansatz multiprofessionell ausgerichtet, sodass ein interdisziplinärer Zugang sich durch die klinische Tätigkeit zieht. In den Kliniken ist durchgehend der Facharztstandard gewährleistet.

Für die volle Facharztweiterbildung hat die Klinik strukturelle Voraussetzungen und eine gewisse Breite des Diagnosespektrums aufzuweisen. Die curricular zu organisierende Weiterbildung ist durch die Hineinnahme der psychotherapeutischen Inhalte recht anspruchsvoll geworden. In den meisten Regionen haben sich dieserhalb „Weiterbündnisse“ über mehrere Kliniken etabliert.

Das einjährige Psychiatrie-Praktikum der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung erfordert eine enge Zusammenarbeit mit den entsendenden Weiterbildungsinstituten. Oft haben die Kandidaten wenig Vorerfahrung im klinischen Bereich und müssen an die Komplexität der stationären Arbeit gezielt herangeführt werden. Seitens der BAG ist ein „rein psychotherapeutisches“ Praktikum nicht erwünscht, da das Lernziel im Wesentlichen darin besteht, Erfahrungen mit Kontakt und Beziehungen zu schwer psychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu sammeln, wozu durchaus auch viele Erfahrungen im Stationsalltag zählen.

Die Weiterbildung zur „Fachkraft Kinder- und Jugendpsychiatrie“ für Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, an 6 Zentren in Deutschland organisiert, ist curricular strukturiert

und verlangt eine für die jeweilige Klinik nützliche Projektarbeit und oft ebenso nützliche Hospitationen in anderen Kliniken oder Klinikbereichen. Es empfiehlt sich, sowohl die werdenden als auch die fertigen Fachkräfte gemeinsam mit der pflegerisch-pädagogischen Leitung für die strategisch relevanten Projekte der Kliniken besonders zu berücksichtigen. Die Fortbildungsangebote berücksichtigen ebenso spezielle Ausbildungen für Stationsleitungen und Leitungen des Pflege- und Erziehungsdienstes.

Gleiches gilt für die mögliche Teilnahme von Mitarbeitern der Abteilung an Studiengängen zum Pflegemanager oder zum MBA im Gesundheitswesen.

Die Leistungsfähigkeit der Kliniken ist einerseits abhängig von der Größe der Einheiten, andererseits von der Ausstattung. Die „Mittel des Krankenhauses“ umfassen u.a. einen jederzeit rufbereiten Arzt und eine angemessene therapeutische Ausstattung.

Für die stationäre und teilstationäre Behandlung sind in der Psychiatrie-Personalverordnung qualitativ und quantitativ Standards vorgegeben für die Zusammensetzung der multiprofessionellen Teams in der KJPPP. In der Psychiatrie Personalverordnung ist nach Minuten je Patient und Berufsgruppe das Aufgabenspektrum der einzelnen Berufsgruppen niedergelegt. Wenngleich den Kliniken in ihrer Arbeit Gestaltungsspielraum eingeräumt wird, dient die Psych-PV als Orientierungsrahmen. Damit ist das Zusammenwirken der Ärzte, Psychologen, des Pflege- und Erziehungsdienstes, verschiedener Fachtherapeuten, Sozialarbeiter, Sonder- und Heilpädagogen als Voraussetzung für Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Reintegration gesichert. Gleichzeitig ist die direkte menschliche und fachlich Begegnung wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Maßnahmen und somit unersetzlich.

Das klinische Spektrum der KJPPP hat sich bundesweit etabliert mit

- Regelversorgung im Fachbereich mit regionalen Pflichtversorgungsaufgaben
- Integrierten sowie dezentralen Tageskliniken
- Spezialkliniken oder -stationen mit überregionalen Aufgaben
- Institutsambulanzen (PIAs) mit Spezialaufgaben (z.B. Früherkennung und Frühintervention, Behandlung von besonderen Problemgruppen)
- Eltern-Kind-Behandlung
- Rehabilitativer Behandlung
- Konsiliartätigkeit für Kinder und Jugendliche in anderen Kliniken und im Verbund mit Jugendhilfeeinrichtungen, gelegentlich auch Schulen oder Gesundheitsämtern
- Gutachtertätigkeit für Gerichte, Ämter
- Forensischen Abteilungen für Jugendliche

3.1 Prävention

In der Prävention stellt die KJPP das eigene Fachwissen anderen Fach-Disziplinen und der Politik zur Verfügung. Derzeit werden u.a. Screening- Instrumente zur Früherkennung psychisch auffälliger Kinder in den pädiatrischen Routinebetrieb der U-Untersuchungen diskutiert.

Wesentlich erscheint es, Risikogruppen frühzeitig zu erkennen und zu erreichen, z.B.

Kinder von Eltern mit

- psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen
- Körperlich chronischen Erkrankungen
- Migrationshintergrund und sozialer Benachteiligung
- Dissozialem Hintergrund
- Arbeitslosigkeit u.a. sozialen Belastungen

Risikofaktoren beim Kind, z.B.

- Entwicklungsstörungen
- Intelligenzminderung
- Körperliche Behinderungen oder Teilleistungsstörungen

- Substanzmissbrauch

Ein Beitrag der Versorgungskliniken besteht aus Angeboten zur Information (Psychoedukation) und Frühintervention in Kooperation mit anderen Fachgruppen wie Kinderärzten, Familienhebammen, Gesundheitsämtern, Jugendämtern oder Beratungsstellen. Da die Aufgaben der Kliniken und deren Finanzierung vor allem diagnostisch und therapeutisch ausgerichtet sind, können primär präventive Angebote nur begrenzt, zumeist mit Projektmitteln durchgeführt werden.

Projekte wie „Mein Körper gehört mir“ und zur Gewaltprävention an Kindergärten und Schulen (z.B. „Faustlos“), die in Zusammenarbeit von Kinderpsychiatern, Psychologen, Schulbehörden, Schulen, Kriminalpräventiven Räten etc. entstehen (z.B. in Düsseldorf, Heidelberg) gehören zu den **universalpräventiven Aktivitäten**, die sich an ganze Regionen wenden und resiliente Ressourcen der Kinder in einem kollektiven Kontext fördern sollen. Dazu gehören auch entstigmatisierende sowie psychoedukatorische Vortrags-, mediale und Publikationsaktivitäten, die sich an Eltern, Kindergärten, Schulen richten als wichtiger Bestandteil einer präventiven Öffentlichkeitsarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern. Hierzu gehört gegebenenfalls eine Beratung von Kommunen zur Suchtprävention, das gemeinsame Erstellen von Aufklärungs- und Informationsmaterial zum Essverhalten, Substanzgebrauch, Medienerziehung, motorischen Entwicklung, zur Förderung der Bilingualität bei Zuwandererkindern u.a.m.

Kinder- und Jugendpsychiater leisten im Sinne einer **selektiven Prävention** mit Elternkursen im Rahmen der Psychiatrie des Säuglings- und Kleinkindesalters einen wichtigen Beitrag zusammen mit Familienhebammen und Kinderärzten, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern für das Kind und seine Familie, mit Aurn-Gruppen für Kinder psychisch kranker Eltern, mit „entwicklungstherapeutischen Gruppenangeboten“ für Kinder mit schulisch relevanten Entwicklungsstörungen wie Legasthenie und Dyskalkulie.

Als Angebot der **indizierten Prävention** sind in den letzten Jahren vielerorts kinderpsychiatrische Säuglings- bzw. Schreikindersprechstunden entstanden oder Angebote der „Entwicklungspsychologischen/-psychiatrischen Beratung“ für einzelne Eltern. In einigen HALT-Projekten wenden sich Intensivstationen auch an Kinder- und Jugendpsychiater, um störungsbedingte Intoxikationen durch „Kampftinker“ einer Aufklärung und ggfs. Behandlung zuzuführen. Akut traumatisierte Kinder werden in manchen Regionen einer Frühintervention durch Kinder- und Jugendpsychiater zugeführt, um die Entwicklung einer posttraumatischen Störung zu vermeiden (Opferschutzambulanzen NRW).

Im Alltag tragen die Kliniken durch vernetztes Arbeiten mit den anderen ärztlichen Berufsgruppen, der Jugend- und Suchthilfe zur Früherkennung und Frühintervention bei manifesten Störungsbildern bei. Die übergreifenden Ansätze werden durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit Pädiatern, Ärzten des Öffentlichen Gesundheitswesens, Mitarbeitern von Jugendämtern u.a. in der Praxis vertieft; die Kooperation der Institutionen wird im Einzelfall gestaltet. Verbindliche Formen der Zusammenarbeit und deren Finanzierung sind allenfalls für einzelne Störungsbilder im Aufbau (integrierte Versorgung)

Mit rezidivprophylaktischen Angeboten wie z.B. Psychoedukation, Psychopharmakotherapie, Familienarbeit, schulisch-beruflichen Rehabilitations- und Reintegrationsmaßnahmen bei von Chronifizierung und damit von seelischer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen finden Maßnahmen der früher als Tertiärprävention bezeichneten Angebote im Sinne von **Rehabilitation und Teilhabebefähigung** statt, um mögliche Folgeschäden bei bereits eingetretenen gesundheitsrelevanten Problemen zu verhindern oder minimieren. Diese finden in enger Vernetzung und Kooperation mit psychosozialen Diensten, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Jugendhilfeträgern und –mitarbeitern statt, z.T. ebenfalls außerhalb des Systems der GKV-Finanzierung.

Aus der Bedeutung der präventiven Ansätze ergeben sich die Forderung nach angemessener Finanzierung der komplexen und aufwändigen Leistungen einschließlich der Vernetzung der Sektoren nicht nur in Modellprogrammen, sondern in der Regelversorgung für alle

Kinder und Jugendlichen, insbesondere für die bekannten Risikogruppen. Strategien zu deren besserer Erreichbarkeit sind z.T. noch in der Entwicklung.

3.2 Diagnostik

Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Psychodiagnostik und Zusatzdiagnostik dient der Erkennung und Klassifikation seelischer Auffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters sowie dem differentialdiagnostischen Ausschluss somatischer Erkrankungen bzw. der Erkennung komorbider Störungen. Sie ist eine umfassende Aufgabe von Fachärzten, Psychologen und weiteren Berufsgruppen wie Motopäden oder Ergotherapeuten. Die fachspezifischen „Pflegediagnosen“ durch Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, beschreiben die Auswirkungen von Störungen auf Alltagskompetenzen, auf die verschiedenen Lebensbereiche in Familie und Gruppe ebenso wie die vorhandenen Ressourcen und diagnostizieren damit auch Ansatzpunkte für Interventionen (vgl. Stockwell 2002).

In den Kliniken und Institutsambulanzen der KJPPP werden Patienten vorgestellt, bei denen aufgrund der aktuellen Lebenssituation oder wegen Akuität der Probleme eine ambulante Diagnostik im Niedergelassenenbereich ausscheidet. Ambulante, teilstationäre und stationäre Diagnostik findet innerhalb eines multiprofessionellen Teams statt, ermöglicht eine unmittelbare Entlastung und kann durch sofortige Interventionen externe Einflussfaktoren eliminieren. Die Instituts-Ambulanzen tragen durch Vernetzung mit dem stationären Sektor dazu bei, die stationären Aufenthaltsdauern zu verkürzen oder zu vermeiden und den diagnostischen Prozess zu beschleunigen.

Apparative Möglichkeiten zur neurologischen, neurophysiologischen, neuroradiologischen und sonstigen medizinischen Diagnostik müssen für ein fachlich adäquates Vorgehen breit verfügbar sein. Weitergehende Untersuchungen sollten in Kooperation mit anderen Krankenhäusern sowie durch Hinzuziehung von Konsiliarärzten erfolgen können.

Die (teil-)stationäre Diagnostik in spezialisierten Einheiten bietet die Möglichkeit einer spezifischen Beobachtung zur differentialdiagnostischen Klärung etwa bei Fragen der Entwicklungsdiagnostik, bei suchtspezifischen Fragestellungen, in der Forensik, bei der differentialdiagnostischen Einordnung psychotischer Symptome u.a.m. Auch können durch die Herausnahme aus dem Umfeld potenziell symptomstützende Einflüsse (Computer, Peers, Familiendynamik, Substanzkonsum) ausgeschaltet oder zumindest kontrollierbarer gemacht werden. Bei der Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter ist es unerlässlich, die erwachsenen Bezugspersonen in die Diagnostik und Behandlung einzubeziehen, die für die gesunde Entwicklung der Persönlichkeit und die soziale Integration des Kindes oder Jugendlichen Verantwortung tragen. Das sind die Eltern oder andere gesetzliche Vertreter des Minderjährigen ebenso wie Heimerzieher, Lehrer, Mitarbeiter der Jugendhilfe und andere. Auch Geschwister und Mitglieder der Peer-Gruppe können bedeutsame, die Behandlung unterstützende Beiträge leisten. Kinder- und Jugendpsychiatrie beachtet den Grundsatz einer familiennahen Versorgung.

Im Einzelfall ist eine Abwägung in der Auswahl des geeigneten diagnostischen Settings zu treffen, wobei die Fragen der Spezialisierung, der Krankheitssymptome, der Erreichbarkeit und der Akuität eine Rolle spielen. Auch dürfen mögliche ungünstige Effekte einer stationären Aufnahme nicht verschwiegen werden, etwa die Möglichkeit der Stigmatisierung, die einseitige Schuldzuschreibung an den Inpatienten, einen ungünstigen Einfluss von schwer kranken Mitpatienten oder der Versäumnis von Schulunterricht, oder des Gefühls, abgehoben zu werden.

Wesentliche diagnostische Aufgaben sind

- Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik (individuell unter Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes mit Familie, KiTa, Schule, Arbeitsstelle)
- Entwicklungspsychiatrisch-psychologische Diagnostik unter Einbeziehung entwicklungsneurologischer Aspekte

- Lern- und Leistungsdiagnostik unter Einbeziehung des schulischen Bereichs
- Persönlichkeitsdiagnostik
- Somatische Diagnostik im Sinne von Ausschlussdiagnostik, aber auch für die Feststellung von Sinnesbehinderungen, Entwicklungsstörungen oder Teilleistungsstörungen
- Diagnostik im Familiensystem unter Einbeziehung der Familiendynamik
- Diagnostik der psychosozialen Kompetenzen und Ressourcen (individuell und im gruppalen Kontext)
- Begutachtungen im Rahmen von Zivil- und Strafprozessen durch wie z. B. Sorgerechtsfragen bei Vernachlässigung, Scheidung, Kindesmissbrauch, Unterbringung, Strafmündigkeit, Schuldfähigkeit oder im Rahmen des sozialen Entschädigungsrechts.

In der „AWMF“ werden innerhalb der „Leitlinien für Diagnostik und Therapie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ auch die des Fachgebiets KJPPP für Fachleute, aber auch Betroffene und ihre Angehörigen bereitgestellt, die damit evidenzbasierte Standards formulieren. Leitlinien der höheren Qualitätsstufe S2 und S3 die über die bisher erstellten Expertenkonsensus-Leitlinien hinausgehen sind derzeit in Vorbereitung.

In zahlreichen klinischen Einrichtungen wird bereits zusätzlich mit ‚hausinternen‘ Leitlinien gearbeitet, die eine einrichtungsspezifische Konkretisierung auf der Basis der AWMF-Leitlinien darstellen.

3.3 Konsiliarische Beratung

Konsiliarische Beratung als aufsuchende Diagnostik und Beratung sind weitere Leistungen unseres Fachgebietes, die mitbehandelnd für Kinder/Jugendliche mit komorbiden Störungen in Kliniken anderer Fachgebiete, aber auch innerhalb von Einrichtungen der Jugendhilfe geleistet werden. Hierzu gehören z.B. ambulante Versorgungsangebote für Jugendliche in Übergangswohnreichrichtungen für psychisch Kranke oder in Rehabilitationseinrichtungen, oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Mit Jugendhilfeeinrichtungen bestehen vielerorts konsiliarische Absprachen im Sinne aufsuchender Diagnostik und Behandlung sowie Teambesprechung, bis hin zu Kriseninterventionsvereinbarungen.

3.4 Behandlung

Die Behandlung richtet sich sowohl an die betroffenen Kinder als auch an ihre Eltern. Die Interessen, Ziele und Erwartungen der Beteiligten divergieren in der Regel, so dass bereits zu Beginn einer Behandlung die Rahmenbedingungen einschließlich der Anforderungen an die Beteiligten zu klären sind. Manchmal muss eine Therapie gegen den erklärten Willen des Kindes durchgeführt werden, was besondere rechtliche Rahmenbedingungen erforderlich macht, wenn es dabei um freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung von Diagnostik und Therapie im Sinne des Kindeswohles geht (s.o.).

Hier ist besondere Aufklärungsarbeit unter Partizipation des betroffenen Kindes oder Jugendlichen einerseits erforderlich, gute Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und den Familiengerichten andererseits als eine wichtige Grundvoraussetzung, wenn ein Arbeitsbündnis mit dem betroffenen Kind nur darüber zustande kommen kann. Rechtliche Schritte zur Sicherung der Behandlung können auch im umgekehrten Fall erforderlich werden, wenn ein Kind/Jugendlicher in einer seelischen Krise ohne Einverständnis der sorgeberechtigten Eltern eine Diagnostik und Behandlung benötigt.

Ambulante, teilstationäre und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen werden interdisziplinär im Rahmen eines ärztlich verantworteten Behandlungsplanes durchgeführt. Alle Patienten benötigen in unterschiedlichem Umfang diagnostische und therapeutische Angebote, insbesondere

- ärztliche Diagnostik und Therapie unter fachärztlicher Leitung (wobei Psychotherapie das Hauptbehandlungsverfahren darstellt)
- Betreuung und Führung durch den Pflege- und Erziehungsdienst im Sinne von Bezugsgarantie und Milieutherapie
- psychologische Diagnostik und Therapie
- Bewegungstherapie (Mototherapie)
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie) einschließlich Musik- und Kunsttherapie
- Logopädie/Sprachheiltherapie
- Sozialarbeit/Sozialpädagogik
- Heilpädagogik
-

3.4.1 Ambulante Behandlung

Nach § 118 SGB V (1) und (2) sind kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen zur Errichtung von Institutsambulanzen ermächtigt bzw. über Rahmenverträge zu ermächtigen. Die Ambulanzen dienen je nach Rahmenvertrag der vor- und nachstationären Behandlung, Diagnostik und ambulanten Krisenintervention, außerhalb dieses Kernbereiches in aller Regel der Behandlung besonders schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher oder der Übernahme ambulanter Behandlungsleistungen dort, wo eine Erreichbarkeit von niedergelassenen Fachärzten für KJPP nicht gegeben ist.

Die ambulante Versorgung aus den Institutsambulanzen heraus geschieht somit in Ergänzung zu den Angeboten niedergelassener Ärzte für KJPP. Die Ambulanzen bieten die Chance zur sektorenübergreifenden Vernetzung und Koordination längerdauernder Behandlungsverläufe.

Zudem entwickeln sich interessante Ansätze zur verbesserten Versorgung psychisch Kranker Kinder und Jugendlicher wie Home Treatment oder ambulante Pflege. Es entwickeln sich regional Ambulanzmodule mit speziellen Schwerpunkten und ggf auch Finanzierungen, wie die Trauma- und Opferambulanzen in NRW, finanziert über die Versorgungsämter, Suchtambulanzen, Gruppenangebote zur Tätertherapie, forensische Ambulanzen, Angebote für Hör- und Sprachbehinderte Kinder u.a.m.

Das **Hometreatment** als aufsuchende Arbeit der Ambulanzen wird bislang nicht bzw. nicht angemessen finanziert, obwohl es eine besonders wichtige Form ressourcenorientierter kinder- und jugendpsychiatrischer Arbeit darstellt, die prospektiv erheblich Kosten einsparen kann.

3.4.2 Teilstationäre Behandlung

Die **teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung** mit Diagnostik und Therapie ist eine wichtige Ergänzung des Behandlungsrahmens zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geworden, die eine hochfrequente Betreuung von Kind und Angehörigen ermöglicht, gleichzeitig aber das familiäre und weitere psychosoziale Umfeld während der Behandlung erhält. Ende 2007 waren in der BAG 136 Tageskliniken repräsentiert, die teilweise an einen vollstationären Bereich unmittelbar räumlich angeschlossen sind, teilweise als „dezentrale Tagesklinik“ eine weitere klinische Anlaufstelle innerhalb der oft weitläufigen Versorgungsgebiete darstellen, oder die an Kinderkliniken räumlich angesiedelt sind. Einige wenige befinden sich autonom in eigener Trägerschaft. Der Einzugsbereich der Tageskliniken ist in der Regel regional begrenzt (1/2 bis 3/4Stunde Fahrzeit). Die Tageskliniken der KJPP sind gemäß Psych-PV für 10 Stunden am Tag geöffnet und halten im Prinzip die gleichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vor wie stationäre Einheiten. Sie sind in der Personalbemessung auf eine kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung ausgerichtet. Wesentliche Bedingung für eine Aufnahme in der Tagesklinik ist die Fähigkeit von Patient und Umfeld, sich auf den täglichen Wechsel zwischen Stationsmilieu und häuslicher Umgebung einzustellen und die intensivierten bis zu täglichen Kontakte mit der Klinik zu nutzen. Wesentliche Stärken der tagesklinischen Be-

handlung sind die hochfrequenten Kontaktmöglichkeiten zur Familie und die Chance, regionale verlässliche Netzwerke aufzubauen und die damit verbunden günstige Möglichkeit des Transfers der erzielten Therapiefortschritte in den Alltag.

Nachteilig können längere Anfahrtswege sein. Zudem haben die Tageskliniken Grenzen, wenn Umfeld oder Patient den täglichen Wechsel nicht ertragen, beispielsweise Kinder, die sich nicht von den Eltern trennen können und den täglichen Weg nicht tolerieren. Von Seiten der Tagesklinik kann der Bedarf für besonders intensiv behandlungsbedürftige Patienten – wie sie oben bei der Indikation für die stationäre Behandlung beschrieben wurden - nicht ohne zusätzliche Ressourcenaufstockung gedeckt werden. Grenzen tagesklinischer Behandlung sind dann erreicht, wenn Patienten besonderen Schutzes oder Sicherheit bedürfen. (zur näheren Information über tagesklinische Arbeit vergleiche die Ausgabe des „Forum“ 1/2008)

3.4.3 Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlung kommt zum Tragen, wenn ambulante und teilstationäre Maßnahmen nicht (mehr) ausreichen. Sie ist immer dann unumgänglich, wenn die Tragfähigkeit des psychosozialen Umfeldes an Grenzen gerät oder wenn bei drohender Chronifizierung eine intensiviertere Therapie erforderlich wird. Nahezu unumgänglich wird die stationäre Aufnahme, wenn aufgrund der psychiatrischen Problematik Schutz und die Fürsorge für das Kind nicht mehr hinreichend gesichert sind und damit das Kind in eine bedrohliche Lage gerät. Dies trifft in Krisensituationen zu, bei hohem Suizidrisiko für das Kind/den Jugendlichen, u.a. im Rahmen von schweren Psychoseerkrankungen, bedrohlichen Verläufen von Anorexie u.a.m. Basis der stationären Therapie ist ein heilpädagogisches Stations-Milieu, in dem störende Umgebungsvariablen ausgeschaltet oder gezielt beeinflusst werden können. Zudem besteht die Möglichkeit eines intensivierten multimodalen Therapieplanes, der sowohl die alltäglichen Verrichtungen des Pflege- und Erziehungsdienstes nach individuellen Fortschritten des Patienten dosiert als auch höher frequente gezielte Therapie- oder Übungseinheiten vorsieht. Den Kliniken steht dafür ein Pool von Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und Fachtherapeuten aus Ergo- und Bewegungstherapie oder Logopädie zur Verfügung. Zunächst tritt oftmals eine Entlastung dadurch ein, dass die Verpflichtungen des Alltags zurückgenommen werden und das Anspruchsniveau an den Patienten deutlich reduziert wird.

Die stationäre Behandlung umfasst auch die gezielte pharmakotherapeutische Einstellung in komplizierten Fällen, insbesondere wenn durch die Art der Erkrankung oder der erforderlichen Medikation eine intensiviertere Beobachtung und Sicherung mit der Möglichkeit der kurzfristigen Anpassung erforderlich ist. Entgegen häufiger Annahmen erhält jedoch nicht die große Mehrzahl stationärer Patienten Psychopharmaka (vgl. Remschmidt und Mattejat 2006) Die „Mittel eines Krankenhauses“ umfassen nach der sozialrechtlichen Definition geschultes Pflegepersonal, eine angemessene apparative (und sonstige sächliche) Ausstattung und einen ständig rufbereiten Arzt. Zudem findet an den Kliniken regelhaft gesonderter Schulunterricht statt (siehe eigenes Kapitel), der auf die reduzierte Leistungsfähigkeit des einzelnen abzielt, gleichzeitig aber die Möglichkeit zur Realitätskontrolle enthält und ein Übungsfeld für den Therapiefortschritt darstellt.

Nachdem man in den Anfängen der stationären KJPP deutlich zwischen Stationsalltag und Therapie unterschied, wird inzwischen der multimodale Therapieansatz als Teamleistung verstanden. Unter fachärztlicher Leitung werden individuelle, auf die jeweilige Störung abgestimmte Therapiepläne erstellt, die dem Krankheitsstadium und dem Leistungsvermögen Rechnung tragen. In den meisten Kliniken wird die Behandlungsplanung durch jede beteiligte Berufsgruppe hinsichtlich einer regelmäßigen Einschätzung der aktuellen Ressourcen, Probleme und Behandlungsziele sowie erforderlichen Maßnahmen ausdifferenziert, wobei allein aufgrund der zeitlichen Dimension der Pflege- und Erziehungsplanung eine besonders große Bedeutung zukommt. Erforderlich sind des Weiteren ein ausreichendes Angebot an Freizeitaktivitäten sowie Möglichkeiten zur Durchführung von therapeutischen Maßnahmen außerhalb des Krankenhauses (Belastungserprobungen). Die durchschnittliche Verweildauer stationärer Patienten ist in den letzten Jahren deutlich gesunken und lag Ende 2007 bei 41,8 Tagen. Der Durchschnittswert sollte allerdings für die inhaltliche Betrachtung der Arbeit differenziert werden,

da er sich zumeist aus einer zweigipfligen Häufigkeitsverteilung zusammensetzt, deren erster Gipfel sich wesentlich aus kurz dauernden Kriseninterventionen konstituiert, der zweite aus Patientenverläufen mit dem Auftrag einer therapeutischer Veränderung. Andererseits konnte gezeigt werden, dass sich oftmals ein günstiger Behandlungsverlauf erst nach ausreichender Zeit einstellt, sodass die therapeutischen Verweildauern in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken nicht beliebig zu verkürzen sind (siehe Eingangskapitel, siehe Schepker et al. 2003, Remschmidt et al 2006). Je nach Einzugsgebiet und Kapazität ist die Verweildauer als solche kein Qualitätsmerkmal, da die Anzahl von Notfallaufnahmen und Kriseninterventionen, die Übergangsmöglichkeiten in ambulante Weiterbehandlung, die soziale Zusammensetzung der Bevölkerung u.a.m. die Rahmendaten der stationären Arbeit und die Datengrundlage für den Verweildauermittelwert sehr unterschiedlich beeinflussen.

Einbezogen werden die relevanten Erwachsenen durch Psychoedukation für Familien, durch Familienberatung und Therapie. Der Kontakt zum Umfeld soll aufrecht erhalten bleiben, sodass die Reintegration gelingt. Regelmäßige Besuche der Eltern, deren Teilnahme an Therapiegesprächen, aber auch die kurzfristige Belastungserprobung des Patienten in seiner gewohnten Umgebung („Tages- bzw. Wochenenderprobung“) sind dazu unerlässliche Maßnahmen. In den Krankenhausgesetzen der Länder werden solche Belastungserprobungen unterschiedlich abgebildet. Bedeutsam ist, dass es sich dabei um eine vor- und nachbereitete Maßnahme zur Unterstützung einer laufenden Behandlung handelt, nicht um ein Aussetzen stationärer Therapie. Stellt sich während der Behandlung heraus, dass die Rückkehr in das bisherige Umfeld problematisch sein wird, kann nach Genehmigung der Sorgeberechtigten die Kooperation mit dem Jugendamt, danach mit Einrichtungen der Jugendhilfe erforderlich werden. Verantwortlich für die Kinder bleiben stets die sorgeberechtigten Erwachsenen und Entscheidungen über die Hilfeplanung werden im Rahmen des Jugendamtes getroffen, sodass die Einschätzung der Kliniken jeweils empfehlenden Charakter hat. Eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Institutionen hat sich im Einzelfall bewährt und wird vielerorts durch eine regelmäßige Verzahnung, gemeinsame Arbeitskreise und Fortbildungen allgemein unterstützt. Nach § 36 KJHG ist bei in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen der Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut in die Hilfeplanung persönlich einzubeziehen.

3.5 Eltern-Kind-Einheiten

Eine spezielle Form der stationären Behandlung ist die **Eltern-Kind-Behandlung** mit dem Ziel, Reaktionen der Angehörigen unmittelbar zu reflektieren und zu modifizieren. Demnach erscheint diese Behandlungsform besonders in Situationen geeignet, bei denen die „Vektorbehandlung“ vordringlich ist, weil die Verhaltensweisen der Patienten sehr vom Milieu abhängig sind. So profitieren insbesondere Familien mit Klein(st)kindern, oder bei älteren Kindern z.B. solchen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Stationäre Eltern-Kind-Einheiten sind nicht flächendeckend eingerichtet und als Behandlungskategorie im Rahmen der Psych-PV nicht gut abgebildet, da der Anleitungbedarf der Eltern in der Regel höher ist als dass die unmittelbare Betreuung des Kindes durch die anwesenden Eltern Ressourcen spart.

3.6 Behandlung mit Freiheitsentziehung bzw. -einschränkung

Bei eingeschränkter oder aufgehobener Selbststeuerung mit vitaler Gefährdung kann im Einzelfall die Unterbringung gegen den Willen des betroffenen Jugendlichen erforderlich werden. In diesen Situationen ist eine Unterbringung auf der Rechtsgrundlage der §1631 b BGB in Verbindung mit §70 ff FGG erforderlich. Alternativ ist die Unterbringung auf der Grundlage der Landesregelungen nach den Gesetzen für psychisch Kranke (PsychKG, UBG) möglich. Im ersten Fall sind die Sorgeberechtigten wesentlich in die Entscheidung einbezogen und beantragen die Freiheitseinschränkungen vor dem Familiengericht. Das Psych KG hingegen kommt „im öffentlichen Interesse“ zum Tragen, wenn die Sorgeberechtigten nicht erreichbar sind oder erkennbar die Gefährdung des Patienten unterschätzen.

Eine familiengerichtliche Entscheidung nach § 1631 b BGB beinhaltet eine Genehmigung zur Freiheitsentziehung, in keinem Fall eine Verpflichtung der aufnehmenden Klinik dazu, der weiterhin eine hohe Verantwortung im Sinne einer Güterabwägung hinsichtlich einschränkender Maßnahmen und vertrauensbildender Rückgabe der Patientenautonomie zukommt. Eine hohe Dokumentationsgenauigkeit versteht sich ebenso wie der Einbezug der Wünsche, Bedürfnisse und Meinung des Patienten. Immer ist eine aktuelle Einschätzung der Kindeswohlgefährdung durch den Leitenden Arzt oder Vertreter erforderlich. Diese kann auch in der Ablehnung einer von Eltern oder Jugendamt gewünschten Freiheitseinschränkung und Behandlung resultieren.

Nach einer internen Umfrage der BAG in Krankenhäusern der Pflichtversorgung im Jahr 2005 mit einem Rücklauf über 56 % der aufgestellten stationären Betten wurde 2004 eine Unterbringung mit Freiheitsentziehung bei rund jedem achten stationären Patienten genehmigt: 13,6% aller Patienten wurden mit Genehmigung zur Freiheitsentziehung behandelt, 12,5% nach §1631b BGB und 1,1% nach dem jeweiligen Landes-Unterbringungsgesetz.

Die Vorgaben der Landes- Unterbringungsgesetze sind hinsichtlich der gleichzeitigen Behandlung gegen den Willen der Patienten, der Patientenrechte u.a. sehr unterschiedlich ausgestaltet, worauf an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird (Übersicht bei Martin et al. 2005).

3.7 Forensik

In seltenen Ausnahmefällen sind jugendliche Rechtsbrecher forensisch unter Freiheitsentzug zu behandeln bzw. zu begutachten. Noch stehen nicht in allen Bundesländern speziell für Jugendliche ausgewiesene Plätze zur Verfügung. Einige jugendpsychiatrische Kliniken halten spezielle forensische Stationen vor. Nach neuerer Rechtsprechung haben Jugendliche das Recht auf eine altersangemessene Behandlung auch in dieser besonderen Lebenslage, sodass politische Überlegungen zu erkennen sind, wie diese Vorgaben umzusetzen sind. Die forensische Behandlung kommt in Frage, wenn psychisch kranke Rechtsbrecher eine Tat bei verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit (§§ 20/21 StGB) begangen haben, und wenn störungsbedingt weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sind (§ 63/64 StGB). Die Ausgestaltung dieses speziellen Behandlungsangebots im Spannungsfeld von Sicherung und Behandlung wird z.B. bei Häßler et al. (2007) beschrieben. Eine besondere Herausforderung stellt der Umgang mit Lockerungen und die Rehabilitation in das Alltagsleben dar, wobei je nach Landesrecht unterschiedliche Vorgaben das therapeutische Vorgehen beeinflussen.

Nicht vollständig gelöst mit deutlichen Länderdivergenzen ist die Situation von inhaftierten Jugendlichen, die im Zuge einer Straftat psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftig bleiben oder werden. Hier etablieren sich an manchen Orten konsiliarische Dienste für den Jugendstrafvollzug.

Die nachträgliche Einführung der Sicherungsverwahrung für junge Menschen, die im Jugendalter gefährliche Straftaten begangen haben, wird seitens der BAG kritisiert, sie darf nur nach Begutachtung mit besonders strenger Indikationsstellung eingesetzt werden.

3.8 Begutachtung

Kinder – und Jugendpsychiater werden sowohl von Straf- als auch von Zivilgerichten, von Versicherungen, Versorgungsämtern, Jugendämtern zu gutachterlichen Stellungnahmen und Gutachten herangezogen. Diese Tätigkeiten erfolgen in aller Regel als Nebentätigkeit außerhalb der Routineversorgung, sind jedoch für die regionale Präsenz einer Klinik und nicht zuletzt für die Weiterbildung von Fachärzten sehr bedeutsam.

Gutachtaufträge dürfen nur aufgrund von Befangenheit oder aufgrund von zeitlicher Überlastung abgelehnt werden.

Die Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben erkannt, dass hier juristische Kompetenzen und Erfahrungen über die Basisqualifikationen in der Facharztweiterbildung hinaus erforderlich sind, und haben 2008 das „Gutachtenzertifikat“ eingeführt. Dieses wird es

künftig ermöglichen, theoretische und praktische Voraussetzungen in Seminaren zu erwerben. Für die „Nullgeneration“ derer die aufgrund entsprechender Vorerfahrungen das Zertifikat erhalten und die beispielsweise regionale „Gutachtenforen“ durchführen können haben sich etliche Chefärzte der BAG qualifiziert.

3.9 Psychosomatik

Psychosomatik für Kinder und Jugendliche ist eine seit vielen Jahren selbstverständlich vorgehaltene Teilaufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nicht umsonst in allen Fachverbänden die „Psychosomatik und Psychotherapie“ im Namen trägt. Eine Abgrenzung zu den (sozial-)pädiatrisch behandelten Patienten mit Folgezuständen chronischer somatischer Erkrankungen ist in der interdisziplinären Diskussion. Die BAG empfiehlt, wie mancherorts bereits realisiert, psychosomatische Versorgung als gemeinsame, interdisziplinäre Aufgabe auszufüllen um den Bedürfnissen der Patienten umfassend gerecht zu werden. Auch hier unterliegen Einzelheiten der Ausgestaltung den Vorgaben der Landesplanung zum Krankenhauswesen und regionalen Vereinbarungen.

3.10 Rehabilitation

Entwöhnungsbehandlung im Sinne Medizinischer Rehabilitation von Substanzabhängigkeit ist für Jugendliche sozialrechtlich unbefriedigend verortet und derzeit ungelöst (Fegert u. Schepker 2009). Je nach Bundesland ist die Gesetzliche Krankenversicherung, die Rentenversicherung oder die Jugendhilfe für Indikationsstellung, Bewilligung und/oder Finanzierung zuständig. In der BAG sind derzeit 3 Sucht-Rehabilitationseinrichtungen in Behandlungskontinuität mit der Qualifizierten Entzugsbehandlung vertreten, darüber hinaus 2 Modelleinrichtungen mit nahtlosem Übergang von Entzugs- in Entwöhnungsbehandlung. Alle Einrichtungen haben unterschiedliche Träger- und Finanzierungsmodelle.

Im Rahmen von „Kinderheilverfahren“, überwiegend über die Rentenversicherungsträger, werden jährlich rund 7.000 Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Störungen als Erstdiagnose stationär behandelt. Nur 4 der Rehabilitationseinrichtungen verfügen über eine kinder-/jugendpsychiatrische weisungsungebundene Leitung, wengleich der „Facharztstandard“ je nach Diagnosespektrum der Einrichtung auch in den BAR-Richtlinien 2008 gefordert wird. Psychosomatische Rehabilitations-Abteilungen oder Reha-Kliniken unter jugendpsychiatrischer Leitung können für einzelne Störungsbilder (wie z.B. Essstörungen) spezialisiert sein und sollen nach den Leitlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für die Sicherung der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges Sorge tragen.

Betreute Wohneinrichtungen für chronisch psychisch Kranke mit dem Ziel der schulisch-beruflichen Rehabilitation und Reintegration über Verbesserung des Autonomieerwerbs und psychosozialen Kompetenzen der Betroffenen existieren vereinzelt unter kinder- oder jugendpsychiatrischer Leitung. Derzeit lässt vor allem die Gestaltung und Begleitung der Übergänge ins Erwerbsleben noch bundesweit stark zu wünschen übrig. Modellprojekte und regionale Initiativen entstehen.

3.11 Reintegration

Eine Notwendigkeit zur Reintegration eines Kindes/Jugendlichen ergibt sich immer insbesondere dann, wenn eine Hospitalisierung und damit Herausnahme des Kindes aus seinem natürlichen Umfeld nicht zu umgehen war, aber auch, wenn störungsbedingt das Kind den Anschluss an seine Peergroup verloren hat.

Zu den notwendigen reintegrativen Maßnahmen gehören einerseits die unabdingbare frühestmögliche Einbeziehung der Personen des psychosozialen Umfeldes des Kindes (Eltern oder Betreuer...) in Diagnostik und Therapie, wie auch die begleitenden schulisch-beruflichen Angebote z.B. innerhalb eines Klinikaufenthaltes, die eine zusätzlich zur störungsbedingten iatrogene Entwicklungsverzögerung verhindern helfen sollen.

Auch Formen des Hometreatment gehören dazu, da sie den Erhalt des normalen psychosozialen Umfeldes sichern helfen.

Bei vielen Jugendlichen ergibt sich ein Unterbringungsbedarf in Einrichtungen der Jugendhilfe, manchmal vorübergehend mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die Familie, manchmal als dauerhafte Fremdunterbringung nach §§ 28 / 35 KJHG. Hier ist die frühe Kooperation mit den Jugendhilfeträgern angezeigt, um unnötige Dauerhospitalisierungen umgehen zu können (vgl. auch Kapitel „Kooperation“).

4 Kooperation

Edelhard Thoms

4.1 Einleitung

Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist zum Wohl der ihr anvertrauten Kinder und Jugendlichen und ihrer Systeme auf Kooperation mit einer Vielzahl von Institutionen angewiesen. Eine konstruktive Kooperation kann nur gelingen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

Die Anerkennung und Akzeptanz des Anderen bei möglichst gleichstarken Systemen ist selbstverständlich.

Die Ressourcennutzung muss für alle Seiten die Gewinnerwartung erfüllen (fachlich, materiell und gesellschaftlich).

Grundlage sind gemeinsame Ziele und Überzeugung von der Entwicklung von Kindern, Rechten und Pflichten der Eltern und öffentlicher Institutionen.

Oberstes Ziel muss es sein, den Kindern und Jugendlichen eine klare Zukunftsperspektive zu geben (Pies S 2001, Darios et al. 2001).

Praktische Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation sind:

- Verpflichtung (Verträge)
- Verbindlichkeiten (Verfahrensstandards)
- Verantwortung (Leitung, Federführung, Ergebnis)
- Beteiligung (frühzeitig)
- Bereitschaft (Motivation)
- gegenseitige Akzeptanz und Achtung
- Kommunikation auf gleicher Augenhöhe
- Fähigkeit (Qualifikation)
- Klarheit bei Zuständigkeiten, Strukturen, Kompetenzen, Möglichkeiten und Grenzen
- Transparenz von Zuständigkeiten und Entscheidungsprozessen
- fachliche Autonomie.

Zur Kooperation ist ein Datenaustausch notwendig. Dabei sind Datenschutzgesetze zu beachten. In jedem Fall muss mit den Personensorgeberechtigten, Kindern und Jugendlichen geklärt werden, welche Daten weitergegeben werden können. Ein guter Datentransfer zwischen den Kooperationspartnern ist Voraussetzung für den Erfolg.

4.2 Kooperation mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

4.2.1 Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und Klinik

4.2.1.1 Bei Regelaufnahme

Der niedergelassene Facharzt stellt bei seinem Patienten die Indikation zu einer stationären oder teilstationären Behandlung und meldet den Patienten persönlich an. Er gibt dem Patienten Einweisung und Vorbefunde mit bzw. übermittelt letztere per Fax. Der Klinikarzt ist ge-

mäß § 112 SGB V gesetzlich dazu verpflichtet, die Indikation vor Aufnahme zu überprüfen. Kommt es im Ausnahmefall zu einer diskrepanten Einschätzung, ruft der Klinikarzt den Einweiser persönlich zurück. Es erfolgt ein ambulanter Vorstellungstermin von Patient und Bezugsperson(en) mit dem Ziel der Erarbeitung eines Arbeitsbündnisses, Festlegen von Behandlungszielen, Kennen lernen der Station etc.

Bei Änderung des vom Niedergelassenen vorgeschlagenen Vorgehens erfolgt möglichst sofort Rücksprache mit ihm. Bei Wartezeiten wird in einem kollegialen Gespräch mit dem Niedergelassenen geklärt, wer bis zur Aufnahme die Patientenbetreuung übernimmt.

4.2.1.2 Kooperation im Notfall / zur Krisenintervention

Der niedergelassene Facharzt stellt bei seinem Patienten die Indikation zu einer sofortigen stationären Behandlung und meldet den Patienten persönlich an. Er gibt dem Patienten Einweisung und Vorbefunde mit bzw. übermittelt letztere per Fax. Der Klinikarzt ist gemäß § 112 SGB V in Verbindung mit § 39 SGB V gesetzlich dazu verpflichtet, die Indikation vor Aufnahme zu überprüfen. Kommt es im Ausnahmefall zu einer diskrepanten Einschätzung, ruft der Klinikarzt den Einweiser sofort persönlich zurück.

4.2.1.3 Stationäre Behandlung liegt in der Verantwortung des leitenden Klinikarztes

Mit dem einweisenden Kinder- und Jugendpsychiater wird frühzeitig zur Abstimmung über das weitere Vorgehen nach der Entlassung Rücksprache genommen.

Bei Entlassung erhält der Patient einen vorläufigen Entlassungsbericht für den weiterbehandelnden Kollegen. Der Abschlussbericht erfolgt spätestens nach 4 Wochen mit Hinweisen für die weitere Behandlung und mit den Ergebnissen der bisherigen Arbeit.

4.2.1.4 Zufriedenheitsbefragung

Empfehlenswert ist nach regionalen Kooperationsvereinbarungen im Rahmen der Qualitätssicherung eine Zufriedenheitsbefragung der Kooperationspartner, z.B., mit bilateraler Einschätzung eines oder mehrerer Fallverläufe, die regelmäßig durchgeführt werden sollte. Die Ergebnisse werden regional rückgekoppelt.

4.2.1.5 Koordinationstreffen

Zwischen der pflichtversorgenden Klinik und den Niedergelassenen finden regelmäßige Koordinationstreffen – ca. jährlich – statt, um einzelne Problemfelder zu besprechen und Neuerungen in den jeweiligen Bereichen auszutauschen.

4.2.1.6 Mitgliederversammlungen

Die Umsetzung dieses Leitfadens ist regelmäßiges Thema von Mitgliederversammlungen des BKJPP und der BAG.

Grundlage der Kooperation ist ein gleicher Informationsstand und eine gute Kommunikation miteinander. Insofern sind zeitnahe schriftliche, notfalls auch persönliche Mitteilungen notwendig.

4.2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen

Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen sind die komplexe Schaltstelle zwischen ambulanter, teilstationärer, vollstationärer Behandlung sowie Nachsorge und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Die wesentlichen Vernetzungsaufgaben innerhalb des Versorgungssystems werden von den Mitarbeitern sichergestellt. Alle Bereiche der Kooperation und durchzuführende Fallkonferenzen müssen die komplexen Hilfeplanungen mit allen beteiligten Systemen realisieren.

Die Psychiatrische Institutsambulanz sollte auch der Verbindungspartner zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinderärzten, Erwachsenenpsychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten und institutionellen Beratungseinrichtungen, wie z.B. Erziehungsberatungsstellen und schulpсихologischen Diensten sein.

Die Zusammenarbeit im Rahmen der LAG (Landesarbeitsgemeinschaften der Kliniken) und der AG Institutsambulanzen sollten als Reflektionsmöglichkeiten genutzt werden.

4.2.3 Teilstationäre und vollstationäre Versorgung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Während des Aufenthaltes in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Kontakt zu den Hilfesystemen aufrecht zu erhalten. Der Kontakt zur positiven Peer-group, zum Kindergarten, Kindertagesstätte, Schule, Freizeiteinrichtungen, Berufsausbildungsstätten, Jugendhilfeeinrichtungen, Mitarbeitern von Jugendhilfemaßnahmen, Jugendhilfe, Gesundheitsamt stellen wichtige Voraussetzungen für ein Gelingen des therapeutischen Prozesses in der Institution dar.

Modell der intensiven therapeutischen Kooperation

Dass niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiatern ihre Patienten im stationären Setting als Psychotherapeut weiterbehandeln, wurde in einer Modellklinik erprobt (Jungmann 2004), wurde jedoch von den Kostenträgern nicht in die Regelversorgung überführt.

4.2.4 Kooperation mit Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Diese Berufsgruppe versorgt einen Großteil psychisch kranker Kinder. Eine enge Zusammenarbeit bei der Diagnosefindung, Abklärung komorbider Störungen sowie somatischer und medikamentöser Therapie ist für die Entwicklungsprozesse der Kinder und Jugendlichen wichtig. Im Bereich der Nachsorge nach stationären oder teilstationären Maßnahmen ist die Fortführung der Behandlung im ambulanten Setting oftmals erforderlich und erfordert eine gute Kommunikation mit den Versorgungspartnern. Ebenso sind regionale Absprachen über Notfallsprechstunden und Krisenmanagement zu treffen.

4.3 Kooperation mit anderen medizinischen Fächern

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie haben ein großes Interesse an einer konstruktiven Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachdisziplinen. Dieses Interesse ist begründet durch die Schnittmenge an gemeinsam zu betreuenden Patienten. Durch intensiven Austausch, Kooperationsvereinbarungen und Fallkonferenzen kann dem oftmals komplexen Hilfebedarf für den einzelnen als auch für das System nachgekommen werden. Für das einzelne Kind und den Jugendlichen lassen sich durch entsprechende Kooperationsmodelle z.B. bei der Diabetesbehandlung unter Ausnutzung von Fallmanagementsystemen und entsprechend medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erhebliche prognostische Verbesserungen der schwerwiegenden Erkrankung erreichen (Meusers, Literatur).

4.3.1 Pädiatrie, ambulant, stationär

Die Kooperation mit der pädiatrischen Fachdisziplin stellt eine besondere Aufgabe für die Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. (Zu Bedarfszahlen s. Kapitel 1). Kinder- und jugendmedizinische Patienten mit sekundärer begleitender seelischer Problematik, Diabetes, somatisch

chronischen Erkrankungen, körperlichen Verletzungen, d.h. psychosomatisch behandlungsbedürftige Patienten stellen 30% der Klientel an pädiatrischen Kliniken dar.

Jugendmedizin ist ohne ein ausgewiesenes und qualitativ exzellentes psychosomatisches Versorgungsangebot im ambulanten und stationären Bereich unvollständig.

Daraus ergibt sich eine gemeinsame Versorgungsaufgabe von Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie insofern, als sich hier zwischen zwei Fächern eine mögliche Schnittmenge gemeinsamer Patienten herausgebildet hat, die die Kompetenz beider Seiten benötigen. Hier müssen komplexe Lösungen an den Schnittstellen gefunden werden. Eine gemeinsame „Fallsicht“ und abgestimmte Behandlungsstrategien erscheinen notwendig.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich werden Kinder gesehen, die seelische Auffälligkeiten haben und nur durch eine enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind frühzeitige Interventionen möglich.

Die Teilnahme an Qualitätszirkeln, Konsil- und Liaison-Dienste in pädiatrischen Einrichtungen, gemeinsame Fort- und Weiterbildungen und die Entwicklung eines Curriculums für die psychosomatische Grundversorgung stellen Instrumente für eine verbesserte Kooperation dar.

Die Erfassung der seelischen Gesundheit im Rahmen von pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen mit Hilfe z.B. des SDQ (www.sdqinfo.com) sollte eingeführt werden damit im Fall einer Auffälligkeit eine Weiterleitung an den psychotherapeutisch qualifizierten Kinderarzt, den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater bzw. eine Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen kann.

4.3.1.1 Neuropädiatrie

Die Neuropädiatrie als spezialisiertes Fach der Pädiatrie ist ein enger Kooperationspartner für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, da sowohl neuropädiatrische Erkrankungen als auch kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen gelegentlich die Intervention beider Fachdisziplinen benötigen und je nach den aktuell im Vordergrund stehenden Störungen fallweise gemeinsame Strategien entwickelt werden müssen.

4.3.1.2 Bildgebung

Die Kooperation mit einem in der Kinder- und Jugendlichendiagnostik erfahrenen Arzt für Bildgebung ermöglicht die erforderliche somatische Differentialdiagnostik nach den Leitlinien der Fachverbände. Gemeinsame Fallkonferenzen können bei Bedarf eine entscheidende Hilfe sein.

4.3.1.3 Genetik

Die Zusammenarbeit mit einem Genetiker stellt bei der Abgrenzung vielfältiger Erkrankungen besonders innerhalb des Zeitraums der ersten Lebensjahre einen wichtigen Kooperationspartner dar. Auch hier ist ein enges Zusammenarbeiten notwendig, um die entsprechenden Befunde und Entwicklungschancen mit den betroffenen Eltern, dem Kind oder Jugendlichen gemeinsam besprechen zu können.

Schwerwiegende körperliche Erkrankungen mit begleitenden oder zusätzlichen seelischen Störungen erfordern ein ganz enges Zusammenarbeiten der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen, um dem Kind oder Jugendlichen alle Möglichkeiten der Partizipation zu eröffnen, entsprechende Hilfen geben zu können und Perspektiven zu entwickeln. Dies trifft nicht zuletzt für die neu in die Facharztweiterbildung integrierte interdisziplinäre Schmerztherapie zu.

4.3.2 Erwachsenenpsychiatrie

Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben in einer großen Anzahl (stationäre ca. 40 – 50 %) seelisch erkrankte Elternteile. Die Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie muss den Blickwinkel auf die zum Teil beschränkten Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern seelisch kranker Eltern fokussieren. Hier ist ein Paradigmenwechsel unbedingt erforderlich, damit das Behandlungsziel einer „Befähigung zur guten Elternschaft“ in der Erwachsenenpsychiatrie als bedeutsame Voraussetzung für die Teilhabebefähigung etabliert wird und nicht etwa ein Kind zur Stabilisierung des seelisch kranken Erwachsenen dient. Eine familienspsychiatrische Perspektive kann dazu verhelfen, dass das Kind Chancen bekommt, seine Rechte auf eine gesunde und partizipierende Entwicklung zu verwirklichen. Nur durch eine enge Kooperation mit Fallkonferenzen lassen sich entsprechende Vereinbarungen im Konsil- und Liaisondienst eröffnen (Mattejat F et al. 2003).

4.3.3 Geburtshilfe

Die Zusammenarbeit mit Geburtshilfe stellt besonders im Bereich der Behandlung von frühen Interaktionsstörungen eine wichtige Aufgabe dar. Perinatale Traumatisierungen der Mutter, prä- und postpartale seelische Erkrankungen der Gebärenden als auch besondere somatische Bedingungen beim Kind können zu vielfältigen frühen Interaktionsstörungen und damit Störungen der Entwicklungsvoraussetzungen führen. Die enge Zusammenarbeit mit geburtshilflichen Abteilungen, der Aufbau eines Konsil- und Liaisondienstes, die Durchführung gemeinsamer Fallkonferenzen können den Weg zu einer frühzeitigen Hilfe für Mutter und Kind sein, wie er z.B. im Düsseldorfer Präventionsprojekt unter Einbezug von Mütterberatung im Gesundheitsamt, Hebammen und Kinderärzten realisiert wurde (Lit. In Ziegenhain et al 2007)

4.4 Kooperation mit öffentlichen Institutionen

Die Anforderungen an eine fallbezogene Kooperation wurden bereits in einem gemeinsamen Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz verankert:

„Um eine kontinuierliche Begleitung und Behandlung erkrankter Kinder und Jugendlicher zu gewährleisten, sollten Kinder- und Jugendpsychiater mit den Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen Diensten kooperieren oder in sie integriert sein“ (Gemeinsames Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz 1990)

Die Inanspruchnahme der fachlichen Kompetenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann für die Jugendhilfe eine entlastende Funktion haben. Wie kinder- und jugendpsychiatrisches Handeln nicht ohne Einbeziehung psychosozialer Behandlungskonzepte denkbar ist, so ist die Jugendhilfe bei der Abklärung von seelischen Krankheiten auf die fachliche Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie angewiesen.

Im Interesse der Kinder und Jugendlichen ist es daher geboten, Kooperation und Zuweisung zu den verschiedenen Institutionen sensibel zu gestalten und zu entwickeln. Das Leistungsspektrum der miteinander zusammenarbeitenden Dienste muss wechselseitig bekannt sein. Die Dienste müssen sich untereinander problemlos erreichen können. Dies geschieht nur durch regelmäßigen fachlichen, sich gegenseitig respektierenden Austausch.

4.4.1 Gesundheitsamt

Wie bereits in den Formulierungen des § 81 SGB 8 KJHG enthalten, soll das Gesundheitsamt als die zentrale Institution des öffentlichen Gesundheitsdienstes die örtlichen Planungsprozesse der Jugendhilfe einbezogen werden. Die Zuerkennung einer aktiven Rolle an das Gesundheitsamt setzt allerdings voraus, dass das örtliche Gesundheitsamt ein primär auf Aufsichts- und Kontrollaufgaben ausgerichtetes traditionelles Selbstverständnis überwunden

hat und sich auf den Weg zu einem Selbstverständnis befindet, bei dem es sich als organisatorisches Zentrum für eine offensive kommunale Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik konzipiert. (Trojan 1999)

Die Gründung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften PSAG unter Führung des Gesundheitsamtes kann den Prozess fördern, besonders wenn Zielgruppen orientierte Unter-einheiten gebildet werden, z.B. PSAG Sucht, PSAG Kinder und Jugendliche.

Durch die Beteiligung an Prozessen der Jugendhilfeplanung kann das Gesundheitsamt eine aktive Rolle im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Handlungskonzeptes einnehmen, in das auch die Personengruppe der Kinder und Jugendlichen einbezogen wird.

Einige Gesundheitsämter, z.B. in der Hansestadt Bremen, bringen sich mit kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunden gezielt in einer niederschweligen Beratungsfunktion in die Versorgung ein, andere entwickeln Präventionsprojekte als kommunale Aufgabe auch in Bezug auf die seelische Gesundheit von Kindern. Kindergarten- und Einschulungsuntersuchungen erfüllen durchgängig die wichtige Funktion von Beratung, Weichenstellung und Früherkennung.

4.4.2 Jugend- und soziale Hilfe

Ein strukturelles Problem der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe besteht in der methodischen und kommunalen bzw. kreisbezogen regionalen Ausrichtung der Jugendhilfeplanung. In der Jugendhilfe bestehen deutliche Tendenzen zu kleinräumige, an sozialen Räumen ausgerichtete Jugendhilfeplanung. Demgegenüber orientieren sich Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie an weitaus größeren Versorgungsregionen. Bei der Tendenz zu sozialräumlicher Jugendplanung geraten Akteure und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie weniger in den Blick, weil zum einen ihr regionales Handlungsfeld breiter konturiert ist und weil sich zum anderen aus praktischen Gründen die Repräsentanten der Psychiatrieeinrichtungen nicht in so viel Planungsgremien kontinuierlich beteiligen können. Die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedarf somit eines zusätzlichen Ortes der Kooperation, an dem die sozialraumübergreifende Fragestellungen des Handlungsbedarfs im Feld zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie erörtert und im Hinblick auf die infrastrukturelle Gestaltung zielgerichtet geplant werden können (Merchel J 2004).

Die Kooperation ist oftmals einzelfallorientiert und stark abhängig von personengebundenen Konstellationen. Es ist daher empfehlenswert, der Kooperation eine verbesserte strukturelle Basis zu geben (Wallmeier et al. 2001).

Trotz aller Bedeutung der Fach- und Verständigungsprozesse ist die Hilfeplanung im Kern ein administratives Verfahren zur Prüfung und Konkretisierung sozialrechtlicher Leistungsansprüche. Daher liegt die Federführung für die Prozessgestaltung ebenso wie Entscheidungskompetenz über berechnete Ansprüche beim zuständigen Träger der Jugendhilfe, also meist dem örtlichen Jugendamt. In die Gesamtbeurteilung des Hilfeplanes geht nicht nur ein, was aus pädagogischer psychologischer oder medizinisch-therapeutischer Sicht für erforderlich und geeignet erachtet werden kann, sondern auch, was in Abwägung der grundsätzlich privaten Erziehungs- und Versorgungspflichten der Eltern gegenüber ihrem Kind öffentliche Leistungen für unbedingt notwendig begründet werden kann. Wenn sich bei einem Kind oder Jugendlichen während seines Klinikaufenthaltes herausstellt, dass nach Beendigung der psychiatrischen Versorgung eine Rückführung in die Herkunftsfamilie nicht möglich erscheint, so muss so bald wie möglich das zuständige Jugendamt also das Jugendamt, in dessen Bezirk die sorgeberechtigten Eltern leben, eingeschaltet werden. Aufgabe der Klinik ist es, die Einwilligung der Eltern für diese Benachrichtigung so früh wie möglich einzuholen. Nur durch frühzeitige Information des Jugendamtes kann gemeinsam eine geeignete und notwendige Hilfe gefunden, möglichst optimale Bedingungen für den Übergang von einer Hilfe zur anderen geschaffen werden.

4.4.3 Komplexer Hilfebedarf

Besonders bei komplexem Hilfebedarf ist ein frühzeitiges Zusammenwirken der verschiedenen professionellen Hilfesysteme erforderlich. Gesundheitsamt, Jugendamt, Sozialdienst, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule, Berufsausbildungssysteme sind hierbei frühzeitig in ein Gesamtkonzept zu integrieren. Über eine gemeinsame Falldefinition auf der Grundlage von Anerkennung und Wertschätzung der unterschiedlichen Fachkompetenzen lässt sich die Gestaltung des Behandlungs- und Betreuungsverlaufes optimieren. So kann sich eine gemeinsame Fallentwicklung zum Wohle des jungen Menschen nutzen, der oft gleichzeitig Leistungen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie benötigt

Instrumente für eine funktionierende Zusammenarbeit sind gemeinsame Fortbildungen (Kasustik, Fallsupervision, ggfs. Hospitationen), Verständigung über diagnostische Grundlagen und Dokumentation, Festlegung von Fallverantwortlichkeit, Verantwortungsbereiche und Verantwortungszeiträume, gemeinsame Beteiligung an Helferkonferenzen mit Eltern, Kindern, Jugendlichen und allen am Hilfeprozess Beteiligten (nach § 36 SGB VIII) und eine gemeinsame Zielvereinbarung in der Hilfeplanung mit Festlegung von Teilzielen und Verantwortlichkeiten sowie Überprüfungszeiträumen und Evaluationskriterien. Individuelle Krisenpläne für einzelne Jugendliche und eine Gestaltung der Übergänge zwischen den Systemen sind als ausformulierte Leitfäden sehr zu empfehlen.

Neben der Verbindlichkeit spielt auch die Kommunikation in den unterschiedlichen Hilfesystemen eine entscheidende Rolle und bietet die Grundlage für eine verlässliche und flexible, auf den Einzelfall abgestimmte fachübergreifende Kooperation wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Klarheit und Übersichtlichkeit
- Hoffnung auf erreichbare Ziele
- Einen realistischen Weg und Zeitrahmen
- Integration statt Spaltung, um auch in höchst emotional angespannten labilen Phasen der Hilfe angemessen und kritisch reagieren zu können
- Spielräume dafür, in sehr individuellen Problemsituationen gemeinsam inhaltlich sinnvolles zu entwickeln

Die Verständigung zwischen den Hilfesystemen erfordert eine möglichst standardisierte, wechselseitige Information und Abläufe. Eine Orientierungshilfe zur besseren Planung von Behandlungs- und Betreuungsnotwendigkeiten stellt das Schema der ICD 10 (International Classification of Diseases) und das MAS-System (Multiaxiales Klassifikationssystem) dar. Die Schematisierung eines Gutachtens nach § 35 a SGB VIII hat die Jugendhilfekommission der drei Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet und publiziert in „Das Jugendamt“ (Literatur), Die ICD-10-Klassifikation wird zur Bestimmung des Hilfebedarfs im Hilfeplanprozess nach § 35a vorausgesetzt.

Nur durch Definition eines gemeinsamen Falles kann eine ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung und ein abgestimmtes zeitgleiches Handeln in den unterschiedlichen Hilfesystemen eine lösungsorientierte Hilfeplanung entwickeln. Ein Kind, ein Jugendlicher oder eine Familie mit einem komplexen Hilfebedarf benötigen Hilfen „wie aus einer Hand“, die auf ihre besondere individuelle Lebenssituation zugeschnitten sind (Averbeck et.al 2008).

Organisatorische Vereinbarungen können folgendes regeln:

Fallmoderation, Fallkonferenzen, Zusammenarbeit in Krisen und Notfällen, der Aus-, Fort- und Weiterbildung bis hin zu einer Standardisierung für einen qualifizierten Informationsaustausch und der Entwicklung gemeinsamer Informations- und Dokumentationssysteme (Jungmann 2007).

Die rechtlichen Grundlagen für die Kooperation nach SGB IX sind gemeinsame Verantwortung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder

gemeinsame Zuständigkeit für die diagnostische Abklärung einer seelischen Behinderung (§35 a KJHG)

Zusammenarbeit bei der Hilfeplanung für junge Menschen mit einer seelischen Behinderung (§ 36.3 KJHG)

Der Inanspruchnahme der Fachkompetenz beider Bereiche im Unterbringungsverfahren nach § 1631 b BGB durch das Familiengericht

4.4.4 Mitarbeit in der PSAG

In den regionalen Arbeitsgemeinschaften zur psychischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die der Koordination und Kooperation der verschiedenen Hilfesystemen dient, sollten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit vertreten sein, ggfs. auch in „Gemeindepsychiatrischen Verbänden“ die zusätzlich die Gestaltung des Übergangs in die erwachsenenpsychiatrische Versorgung beraten können.

4.4.5 Mitarbeit in politischen Gremien

Die Mitarbeit in politischen Gremien, die sich mit der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Behandlung beschäftigen, ist auch eine Aufgabe der Kooperation, die von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken wahrgenommen werden sollte.

4.5 Kooperation mit Jugendhilfeinstitutionen

4.5.1 Pflege- und Adoptiveltern

Die Zusammenarbeit mit Verbänden und Interessenvertretern der Pflege- und Adoptiveltern in Zusammenarbeit mit den Trägern der Jugendhilfe ist anzustreben. Adoptiveltern und Pflegeeltern sind oftmals konfrontiert mit schwer traumatisierten Kindern und geraten immer wieder in Überlastungssituationen, bedürfen der professionellen Hilfe und müssen ermutigt werden, kinder- und jugendpsychiatrische Angebote rechtzeitig in Anspruch zu nehmen, um Beziehungsabbrüche zu verhindern.

4.5.2 Jugendhilfeeinrichtungen

Die „Ulmer Heimkinderstudie“ (Goldbeck und Besier 2007) hat deutlich gemacht, dass die Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe psychiatrisch hochgradig auffällig und bislang unterversorgt sind. Sie benötigen gleichzeitig Erziehung und Therapie. Hier ist es zwangsläufig notwendig, dass eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfeeinrichtung und Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt wird. Da diese Kinder oftmals auch in das stationäre Setting zur Krisenintervention aufgenommen werden müssen, ist es eine primäre Aufgabe, auch auf Seiten der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie diese Kooperationsangebote auszubauen. Möglichkeiten der Kooperationsvereinbarungen mit den Einrichtungen sind Vereinbarungen zur Krisenhilfe, Fortbildungsangebote, Gruppenpsychotherapieangebote und Sprechstunden innerhalb der Jugendhilfeeinrichtungen. Über feste Ansprechpartner, und entsprechende Kooperationsverträge kann die multimodale Behandlung und die multidisziplinäre Kooperation mit allen Mitarbeitern verbesserte Lebensbedingungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen bewirken.

Die in Kooperation entwickelte niederschwellige jugendpsychiatrische Behandlung verstärkt die positiven Effekte der Jugendhilfe und trägt dazu bei, dass psychiatrisch schwer beeinträchtigte Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe pädagogisch betreut werden können. Vorzeitige Entlassungen aus der Jugendhilfe waren bei Vorhandensein eines jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes seltener, dieses erreichte in der Ulmer Heimkinderstudie aber keine statistische Signifikanz (vgl. Fegert et al. 2008).

4.5.3 Erziehungsberatung

Im Bereich der Schnittmengen von Erziehungsberatung und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Kooperationsformen zu entwickeln. Die Kooperation ist in beiden Richtungen erforderlich. Erziehungsberatungsstellen machen gute Erfahrungen damit, in ihre fallbezogenen Teambesprechungen regelmäßig einen Facharzt oder eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzubeziehen.

Eine solche Zusammenarbeit erweitert den Blickwinkel der beteiligten Fachkräfte und schafft für den Ratsuchenden eine praktikable Alternative zu der häufig umständlichen überforderten Suche nach einem Facharzt, der gut mit der Erziehungsberatungsstelle kooperieren kann.

Der Kooperation geht es um die kreative Kopplung zweier Systeme mit sehr unterschiedlichen Eigengesetzlichkeiten (Gerth 2004).

4.6 Kooperation mit Schule und Ausbildungssystemen

4.6.1 Schule

Seelisch kranke Kinder und Jugendliche sind ebenso wie Erwachsene aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, ihren Arbeitsaufgaben nachzukommen. Ihre seelische Störung zeigt sich oft in Leistungsversagen. Die Kooperation mit der Schule als einem wichtigen Teil der Lebensrealität von Kindern, in denen sie sich als Menschen erleben können, die etwas im außerfamiliären Bereich leisten können, in dem sie in der Peer-group Akzeptanz und Anerkennung erleben, stellt den wichtigsten Lebensbereich dar (Mattejat).

Insbesondere bei der Entwicklung von speziellen Schulprogrammen wird eine Vernetzung mit dem schulischen Umfeld und mit den Beratungs- und Hilfediensten nichtschulischer Einrichtungen angestrebt.

4.6.2 Heimatschule

Die Kooperation mit der Heimatschule ist in Bezug auf die von den Lehrern wahrgenommene psychosoziale Belastung und den Verlauf der Leistungsfähigkeit von besonderer Bedeutung. Eine Zusammenarbeit mit den Lehrern der Heimatschule kann für den weiteren therapeutischen Prozess von Bedeutung sein. Auch die Entstigmatisierung durch Einladen von Schülern der Schulklasse zum Besuch in der Psychiatrie kann die Wiedereingliederung in die alte Klassengemeinschaft fördern.

4.6.3 Krankenhausschule

Die enge Zusammenarbeit mit der Krankenhausschule dient der individuellen Förderung vom wieder Lernen lernen bis hin zur Reintegration in die Heimatschule oder eine alternative Schulform (siehe Kapitel „Schule“)

4.6.4 Gastschulen

Die Zusammenarbeit mit Gastschulen in der Nähe der Versorgungseinrichtung hat sich sehr bewährt, da soziales Erleben und die Belastungserprobung im Rahmen einer Gastbeschulung förderlich für die Reintegration sein kann. Entsprechende Kooperationen mit den Schulen der Umgebung sind anzustreben. Auch dienen umgekehrt positive Erfahrungen mit „Psychiatriegästen“ der Akzeptanz der Klinik in der Umgebung und der Entstigmatisierung.

4.6.5 Schulbummlerprojekte

Die Zusammenarbeit von Schulbummlerprojekten, Ausbildungsnetzwerken und Berufsbildungswerken ist für die Reintegration der älteren Jugendlichen von großer Bedeutung. Hier werden weitere Wege für die Förderung der seelischen Gesundheit angeregt. Es präsentieren umgekehrt auch bisher nicht vorgestellte Jugendliche in Berufsbildungswerken eine relativ erhöhte psychiatrische Symptombelastung.

4.6.6 ARGE

Die Zusammenarbeit mit der ARGE (Agentur für Arbeit) ermöglicht oftmals therapeutische Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um entsprechende pathologische und dissoziale Entwicklungen zu begrenzen. Für psychisch beeinträchtigte Jugendliche kann in Zusammenarbeit mit den Reha-Beratern der Arbeitsagentur oft ein besonderer Weg beruflicher Integration entwickelt werden. Obwohl örtlich noch deutliche Verbesserungspotenziale bestehen, wird diese Kooperation in einigen Netzwerken (z.B. Netzwerk Autismus Ober-schwaben) schon sehr erfolgreich gelebt.

(Artikel Schmeck Seite 251, Handbuch Jugendhilfe/Jugendpsychiatrie.
Ergänzung aus dem Buch einfügen)

4.7 Justiz und Ordnungskräfte

Jenseits von gutachterlichen Fragestellungen (s.Kap. „Leistungsbereiche“) entstehen oft praktische Fragen der juristischen Auslegung im Klinikalltag, die eine Zusammenarbeit mit den örtlichen Amtsgerichten erfordert. Am häufigsten betrifft dieses erfahrungsgemäß die Gestaltung der Anhörung zu freiheitsentziehenden Massnahmen nach § 1631b und den Gültigkeitsbereich von Beschlüssen im therapeutischen Alltag (z.B. Zwangsmassnahmen, das vorübergehende Aussetzen eines Beschlusses ohne seine Aufhebung etc.).

4.8 Gerichte

Die Zusammenarbeit mit Familienrichtern und Amtsrichtern des Vormundschaftsgerichts kann dazu beitragen, unterschiedliche Positionen verstehen zu lernen und entsprechende gemeinsame Strategien bei der Wahrung von Kindeswohl zu vereinbaren. Die Reform des § 1666 zur Kindeswohlgefährdung erfordert eine Intensivierung dieser Zusammenarbeit, da nun ein Verfahren nicht mehr abgeschlossen werden muss, sondern den Familien Massnahmen, auch therapeutischer Art, auferlegt werden können.

Bei Jugendlichen mit schweren Beeinträchtigungen ist im Übergang zum Erwachsenenalter rechtzeitig zu erwägen, ob die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung angeregt werden soll.

4.9 Polizei

Die Zusammenarbeit mit der Polizei ist besonders bei Fragestellungen der Akuttraumatisierung und Kindeswohlgefährdung von großer Bedeutung. Frühe Interventionen sind gerade bei traumatisierten Kindern oftmals notwendig, werden aber aus Unwissenheit nicht regelmäßig durchgeführt bzw. empfohlen. Nicht in allen Bundesländern sind bisher „Opferschutzbeauftragte“ der Polizeibehörden mit entsprechender Kontaktpflege installiert. Hier sind Kooperationsvereinbarungen mit den entsprechenden Abteilungen der Polizei örtlich zu regeln. In Kooperationsvereinbarungen der Polizei mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung einer Unterbringung von Menschen in Krisensituationen, die Unterstützung bei Gewalteskalationen in der Klinik, z.B. zur Fixierung von Patienten und Patientinnen geregelt werden. Ein mindestens ebenso bedeutsames Feld ist im Rahmen von Präventionsveranstaltungen (Jugendgewalt, Sucht) entsprechende gegenseitige Unterstützung (Berliner Kooperationspapier 2006)

4.10 Spezielle Kooperation im Versorgungsbereich

Hierfür sind detaillierte Positionspapiere der BAG sowie der Gemeinsamen Kommissionen mit den beiden anderen Fachverbänden ausgearbeitet worden, die über den Vorstand zu beziehen sind.

4.11 Suchthilfe (vgl. Fegert u.Schepker 2009)

4.12 Jugendhilfe (vgl. Fegert et al. 2009)

4.13 Geistige Behinderung (vgl. Hennicke et al. 2009)

4.14 Psychosomatik (vgl. Thoms u.Schepker 2009)

4.15 Zusammenarbeit und Kooperation mit Selbsthilfeeinrichtungen

Da Kinder und Jugendliche nur zu einem geringen Teil über Selbsthilfegruppen direkt vertreten sind, und wenn, dann eher über Eltern-Selbsthilfegruppen, können sie selbst nicht ausreichend Einfluss nehmen auf die Verfahren innerhalb einer stationären Behandlung. Die Garantie von Partizipation entsprechend § 12 und Information entsprechend § 17 der UNO Kinderrechtskonvention, die allen Kindern zustehen unabhängig von Alter oder Einwilligungsfähigkeit ist daher nicht formal über die Beteiligung von Selbsthilfe- oder Patientenverbänden umsetzbar. Die Zusammenarbeit mit Eltern und betroffenen Gruppen sollten die Institutionen jeweils regional aktiv initiieren, um auf die entsprechenden Sichtweisen von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien im therapeutischen Prozeß eingehen zu können (Wiedhof et al. 2004).

Nicht nur störungsspezifische Selbsthilfeorganisationen sind damit gemeint, sondern auch z.B. Migrantenselbstorganisationen, die z.B. große Hilfen in der Vermittlung von Dolmetschern leisten können. Migrationssensibles Handeln ist in Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern der Hilfe zu organisieren (Teuber 2002, Schepker u.Toker 2008).

4.16 Aufbau und Beteiligung von Netzwerken

4.16.1 Netzwerke für Kinderschutz

Nach der Einführung des Paragraphen 8 a KJHG SGB 9 entwickeln sich in vielen Regionen Netzwerke für Kinderschutz. Eine Mitarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in diesen Arbeitskreisen ist unerlässlich (www.netzwerk-kinderschutz.de).

4.16.2 Netzwerk „Frühe Hilfen“

In der Behandlung von Störungen im Alter von 0 bis 3 Jahren ist es notwendig, entsprechende Netzwerke zu bilden (hier am Beispiel von Leipzig). In Leipzig gehören zu dem Netzwerk „Frühe Hilfen“ die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mit ihrer ambulanten Sprechstunde für Frühe Interaktionsstörungen und dem Angebot von tagesklinischen Behandlungsplätzen.

Weitere Netzwerkpartner sind:

- das Sozialpädiatrische Zentrum
- die Universitäts-Kinderklinik
- die Klinik Altscherbitz mit einem Rooming-in Angebot für postpartale Depressionen und Wochenbettpsychosen
- die Universität, Psychosomatik mit den psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten von Babyblues, postpartalen Depressionen im Rahmen von Gruppentherapien
- eine kinderärztliche Praxis, spezialisiert auf frühe Mutter-Kind-Beratung zum Stillen
- weiterhin Hebammen-Verbände
- das Stillforum Liga Lech
- eine Erziehungsberatungsstelle „Kaktus e.V.“

Regelmäßige Netzwerktreffen mit Fallkonferenzen und Reflektion der Organisationsstrukturen sichern regional die frühen Versorgungsstrukturen.

4.16.3 Traumanetzwerk

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sollten als Kooperationspartner Mitglied in den Traumanetzwerken sein, die sich regional herausbilden. Sowohl bei Akut- als auch bei chronischen Traumatisierungen sind in den Kliniken rund um die Uhr entsprechende Interventionsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche gegeben. In NRW ist diese Netzwerkbildung über die Bezirksregierungen verbindlich geregelt, andere Regionen haben individuelle Lösungen besprochen.

Landesweite Netzwerke sorgen über ihre Internetplattform für die örtlichen Ansprechpartner, so dass in Krisenfällen Polizei, Jugendhilfe oder andere Institutionen auf diese Partner zurückgreifen können (www.traumanetz-sachsen.de).

4.16.4 ADHS-Netzwerk

In ein Netzwerk ADHS gehören Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderärzte, Psychotherapeuten, Schulpsychologen, Jugendämter, Elternvereinigungen, Schulen, Kindergärten, Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Sportvereine.

Die Vorteile des vernetzten Arbeitens sind frühe und sichere Diagnosestellung mit Analyse von Risiken und Ressourcen, ein abgestuftes Vorgehen, eine Zusammenarbeit und Case management bei Multiproblemfamilien und eine Verringerung des Ressourcenverbrauchs durch Nutzung der Kooperativen. Die Integration von Selbsthilfegruppen in das Netzwerk führt bei den Einzelnen zu Entlastung durch einen gemeinsamen Austausch. Es gibt eine gemeinsame Interessenvertretung und die Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, Therapeuten und anderen Ansprechpartnern kann verbessert werden (www.zentrales-adhs-netz.de).

Neben dem bundesweiten Netzwerk gibt es vielerorts regionale Netzwerke, in denen eine Kooperation zwischen den verschiedenen Institutionen und Interessenvertreter koordiniert wird.

4.16.5 Früherkennungsnetzwerk Psychose

Im Bereich der Früherkennung und Frühbehandlung von psychotischen Erkrankungen sind Netzwerkbildungen hilfreich, um in der Kooperation der verschiedenen Einrichtungen, die sich mit Kindern und Jugendlichen befassen, den Verdacht auf eine psychotische Erkrankung frühzeitig zu stellen und in entsprechenden spezialisierten Einrichtungen diagnostisch zu überprüfen. Das muss nicht automatisch zu „Frühbehandlungsstationen“ führen, die interdisziplinär von Erwachsenen- und Jugendpsychiatern geleitet werden. An solche Modelle ist u.a. der Anspruch zu stellen, dass den behandelten Jugendlichen der fachliche Standard, die spezifischen therapeutischen Angebote und die Personaldichte der Psych-PV für die Kinder- und Jugendpsychiatrie garantiert ist und die geringere Stationsgröße eingehalten wird.

4.16.6 Netzwerk Sucht

Bei der Behandlung von abhängigkeiterkrankten Kindern und Jugendlichen sind Kooperationen im Sinne von Netzwerken zwischen verschiedenen Institutionen notwendig. Kooperationspartner sind Einrichtungen der Drogenhilfe, die sich um Primär- und Sekundärprävention, Abhängigkeitsbehandlung und Nachsorge bei riskant konsumierenden Kindern und Jugendlichen kümmern. Der Jugendhilfe obliegt die Sicherung und Förderung, der Sozialisation auch bei Kindern und Jugendlichen die riskant Drogen konsumieren, eine Abhängigkeit entwickeln oder nach einer stationären medizinisch-therapeutischen Maßnahme weiter stationärer Jugendhilfe bzw. medizinischer Rehabilitation bedürfen. Die Netzwerkbildung ist um so dringlicher, als Jugendliche sich nicht an traditionelle „Behandlungsketten“ halten, sondern entsprechend schwankender Motivation und der häufigen psychiatrischen Comorbidität viele Wege durch das „Hilfenetzwerk“ zurücklegen (Fegert u.Schepker 2009).

Beispiele:

In Leipzig arbeitet die Therapiestation für drogenabhängigserkrankte Kinder und Jugendliche eng mit einer kinder- und jugendlichenzentrierten Beratungsstelle zusammen. Dort hält sie regelmäßig durch Mitarbeiter der Therapiestation Sprechstunden ab. Die Einrichtung ist tätig im präventiven Bereich, an Schulen und Sozialeinrichtungen und bietet kinder- und jugend-

spezifische Beratung sowie Elterngruppen an. Weiterhin kooperiert die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Rehabilitationseinrichtungen sowohl im Bereich der medizinischen Rehabilitation als auch der Rehabilitation nach SGB VIII / §35 a. Durch die enge Kooperation ist ein entsprechendes Hilfenetzwerk entstanden (Thoms 2004).

Das Land Baden-Württemberg hat für alle Bereiche die Bildung von regionalen Suchthilfenetzwerken vorgeschrieben. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 2 stationären und 2 Rehabilitationseinrichtungen ist Teil des landesweiten Netzwerkes und überdies der regionalen Netzwerke.

Die Suchthilfe in NRW ist über die Landesarbeitsgemeinschaften Sucht der beiden Landesteile entsprechend aufgestellt und regelt über die „Servicestellen“ bei der DRV verbindlich Zuweisungen zur Rehabilitation.

5 Schule

Ingo Spitzcok von Brisinski und Renate Schepker

Psychische Krisen von Kindern und Jugendlichen zeigen sich in der Mehrzahl vor allem in der Schule und oftmals sind Verhaltensauffälligkeiten in der Schule oder Schulleistungsprobleme der Anlass für eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung und Behandlung (Eikenbusch & Spitzcok von Brisinski 2007). Während der tagesklinischen und vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ergänzt die pädagogische Prozessdiagnostik im Unterricht die klinische Diagnostik und schulische Erfolge unterstützen die Therapie. Für die Zeit nach der tagesklinischen oder vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sind Empfehlungen zur Weiterbeschulung oftmals unverzichtbar und bei einigen Patienten kann eine befristete Weiterbeschulung auf der Klinikschule erforderlich sein, wenn zwar eine ambulante Behandlung ausreicht, aber ein geeigneter schulischer Förderort noch nicht gefunden ist.

Um diesen Anforderungen im Unterricht gerecht zu werden, muss berücksichtigt werden, dass Schüler mit psychischen Störungen ein erhöhtes Maß an individualisiertem Vorgehen benötigen, störungsspezifische Aspekte einbezogen werden, dass eine erhöhte Gefahr der Über- und Unterforderung besteht und dass eine besonders intensive Kooperation mit Klinik, Eltern und Heimatschule erforderlich ist.

5.1 Schulunterricht an kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen und Kliniken: unterschiedliche Organisationsformen

Es lassen sich grob 4 Typen unterscheiden.

1. Die selbstständige *Schule für Kranke* als eine von 10 verschiedenen in Deutschland existierenden Sonderschul- bzw. Förderschultypen. In Nordrhein-Westfalen zählt die Schule für Kranke nach Änderung des Schulgesetzes 2005 zwar noch zu den *Orten der sonderpädagogischen Förderung*, jedoch nicht mehr zu den Förderschulen, sondern zu den *Schulen eigener Art*. Je nach Bundesland und historischer Entstehung der Schulen für Kranke sind sehr unterschiedliche Trägerschaften der Schulen für Kranke vorfindlich.
2. Als Verbundschule mit einer anderen Sonderschule bzw. Förderschule
3. Befristete oder unbefristete Abordnung von Lehrern aller Schulformen
4. Zentrale Entsendung von Lehrern

Jedes Bundesland organisiert den Unterricht an Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechend einer dieser 4 Möglichkeiten (vgl. *Arbeitskreis Schule und Psychiatrie SchuPs* 2007).

Nur in wenigen Bundesländern (Thüringen, Rheinland-Pfalz) sind Schulen für Kranke nicht etabliert.

Die Organisationsformen haben unterschiedliche Vor- und Nachteile: Die Organisationsform der Schule für Kranke als eigenständige Sonderschule bzw. Förderschule sichert den für die o. g. Anforderungen notwendigen Personalschlüssel von 1:6,1 (Schwerstbehinderte 1:4,2) sowie den erforderlichen Anteil sonderpädagogischer Fachkräfte. Zudem wird eine kontinuierliche und nachhaltige Fortentwicklung des Schulprogramms entsprechend den o. g. spezifischen Erfordernissen sowie ein innerhalb des Kollegiums und durch den gemeinsamen Schulleiter vor Ort über einen längeren Zeitraum geplantes und abgestimmtes Fort- und Weiterbildungsprogramm optimal durch diese Organisationsstruktur unterstützt. Die Abordnung oder zentrale Entsendung von Lehrern kann dies nicht in gleicher Weise leisten. Besonders ungünstig sind befristete Abordnungen bzw. wechselnde Entsendungen, da die betroffenen Lehrkräfte immer wieder aufwendig neu eingearbeitet und qualifiziert werden müssen und

eine kontinuierliche und nachhaltige Fortentwicklung des Schulangebots dadurch nicht möglich ist. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht vorteilhaft sind langfristig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterrichtende Lehrkräfte mit Unterrichtsstundenkontingenten in anderen Sonder- bzw. Förderschulen sowie Regelschulen als unterstützende Struktur für die Beibehaltung und Fortentwicklung eines realitätsnahen Rahmens schulischen Lernens und für die intensive Kooperation mit anderen Schulformen.

Zwar ist vom Grundsatz her als Voraussetzung für die Erteilung von Krankenhausunterricht eine lang andauernde Erkrankung oder ein innerhalb eines Schuljahres wiederholter Aufenthalt im Krankenhaus während der regelmäßigen Unterrichtszeit der Schulen vorgesehen, laut Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998 können jedoch auch Schüler mit kürzerer Aufenthaltsdauer teilnehmen, wenn Krankenhausunterricht bereits eingerichtet ist, und im Rahmen der Beschulung durch eine Schule für Kranke soll die Teilnahme des einzelnen Schülers am Unterricht von der Dauer des Aufenthaltes im Krankenhaus unabhängig sein (Kultusministerkonferenz 1998).

5.2 Gestaltung des Unterrichts

Schule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie reduziert sich keinesfalls auf das Nachholen von krankheitsbedingt versäumtem Unterrichtsstoff: Einerseits sollen Lernsituationen geschaffen werden, die geeignet sind, das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der kranken Kinder und Jugendlichen unter Anerkennung individueller Leistungsmöglichkeiten und -grenzen zu stärken und ihre Handlungsmöglichkeiten auszuschöpfen und zu erweitern (Kultusministerkonferenz 1998), andererseits ist ein quantitativ und qualitativ realitätsnaher Rahmen schulischen Lernens anzustreben (Schmitt 1999). Dabei muss das didaktische Vorgehen ein Lernen auf unterschiedlichen intellektuellen Niveaus, von der Förderschule für geistige Entwicklung bis zum Gymnasium ermöglichen. Dazu ist es erforderlich, dass das Lehrerkollegium aus Lehrern aller Schulformen zusammengesetzt ist und engen Kontakt zum Schulalltag der Herkunftsschulen hält. Teamteaching, Unterrichtsprojekte und freies Arbeiten nach Wochenplan erlauben ein Unterrichtskonzept, das Erlebnisse des gemeinsamen Arbeitens in Gruppen mit einem Höchstmaß individueller Leistungsdifferenzierung verbindet. Gruppengrößen von etwa 6 bis 10 Schülern und Stundenpläne von etwa 15 bis 25 Wochenstunden sind anzustreben und (von Ausnahmen abgesehen) realistisch (Schmitt 1999).

Der Unterricht in der Schule für Kranke bzw. im Krankenhausunterricht wird von Lehrkräften aller Lehrämter erteilt. Sie unterrichten nach Möglichkeit im Rahmen ihrer Lehrbefähigungen. Schüler mit psychischen Störungen bedürfen über allgemeine pädagogische Maßnahmen hinaus sonderpädagogischer Unterstützung. Dabei kommen sonderpädagogische Grundprinzipien auf allen curricularen Niveaus (Förderschule bis Gymnasium, leider nur in wenigen Bundesländern auch BVJ oder Berufsschule jenseits der Schulpflicht) zum Tragen: Prinzipien der Individualisierung, der Anschauung, des exemplarischen Lernens, der kleinen Schritte, der abnehmenden Hilfe, der Ermutigung und Empathie. Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsmaßnahmen sind im Förderplan zu berücksichtigen, der auf diagnostischen Aussagen beruht. Sonderpädagogischer Förderbedarf lässt sich nicht allein von schulfachbezogenen Anforderungen her bestimmen; seine Klärung und Beschreibung müssen Art und Grad der psychischen Störung des Schülers und die persönlichen Fähigkeiten, Interessen, Zukunftserwartungen gleichermaßen beachten. Der sonderpädagogische Förderbedarf berücksichtigt die Bedeutung der psychischen Störung für den Bildungs- und Lebensweg der Betroffenen, die Folgen für die Aneignungsweisen, die Auswirkungen auf das psychische Gleichgewicht vor dem Hintergrund schulischer Anforderungen. Über leistbare Anforderungen, Erfolgserlebnisse und persönliche Zuwendungen sollen Selbstvertrauen, Lern- und Lebensfreude gestützt werden. Anknüpfungspunkte für die sonderpädagogische Förderung sind die vorhandenen und bereits entwickelten individuellen Fähigkeiten (Kultusministerkonferenz 1998).

Prinzipiell ist aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht auch eine Beschulung während der Ferien u. U. sinnvoll. Allerdings dürfen die während der Ferienzeiten geleisteten Unterrichtsstunden nicht das Unterrichtsangebot außerhalb der Ferien ausdünnen. Auch ist zu beachten, dass aufgrund einer vorraussichtlich wesentlich geringeren Anzahl an Lehrkräften während der Ferienzeiten ein realitätsnaher schulischer Rahmen nicht oder allenfalls für einzelne Schüler gewährleistet werden kann.

5.3 Schulabschlüsse

Die Schule für Kranke ist berechtigt, Schulabschlüsse zu erteilen. Das Abschlusszeugnis wird für die Schulart ausgestellt, nach deren Rahmenplänen der Schüler unterrichtet wurde. Im Krankenhausunterricht und Hausunterricht können ebenso Schulabschlüsse erteilt werden. Die Überprüfung erfolgt im Auftrag der Schulaufsicht durch die Schulleitung der zuständigen Schule sowie durch Lehrkräfte; die Lehrerinnen und Lehrer, die die Schülerin bzw. den Schüler während der Krankheit unterrichtet haben, sind an der Überprüfung zu beteiligen (Kultusministerkonferenz 1998). Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht stellt die Möglichkeit zur Erlangung eines Schulabschlusses in einem vertrauten und ermutigenden Rahmen eine wesentliche Voraussetzung dar für die erfolgreiche schulische bzw. berufliche (Wieder-)Eingliederung und Prävention insbesondere von Jugendlichen, die kurz vor einem Abschluss stehen bzw. in einer anderen Schule aufgrund ihrer psychischen Störung keine Aussicht auf einen ihren Fähigkeiten entsprechenden Schulabschluss hätten.

5.4 Schule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Förderort für ambulante Patienten

Korrekturen im Verhalten, im Selbsterleben, in der Leistungsbereitschaft und in den Emotionen bedürfen meist langfristiger psychotherapeutischer Nachbehandlungen. Beim Wechsel vom stationären zum ambulanten Behandlungssetting kann deshalb nicht immer die gleichzeitige Befähigung zum Besuch der Stammschule vorausgesetzt werden. Zudem gibt es psychische Krankheitsverläufe, deren Lernbeeinträchtigungen mittelfristig weder in der Stammschule noch an einem anderen (sonder-)pädagogischen Förderort angemessen berücksichtigt werden können. Es sollte daher in Absprache mit der Schulaufsicht auch eine Beschulung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung ermöglicht werden, wenn eine ambulante Behandlung ausreicht (Sonderunterricht). Die vorübergehende Beibehaltung der vertrauten Lerngruppen wirkt hier stützend, gesundheitsfördernd und hinsichtlich des späteren Starts am endgültigen alten oder neuen Förderort und hat sich als nachstationäre Übergangsbeschulung seit Jahren bewährt stabilisierend (vgl. Städt. Schule für Kranke in der Universitätsklinik Köln 2007, Frey 2008).

Für Kinder und Jugendliche ist Unterricht eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft.

Aufgabe sonderpädagogischer Förderung ist auch Beratung. Psychische Störungen können Schullaufbahnänderungen und andere Lernorte notwendig machen. Erziehungsberechtigte und Schüler müssen beraten und meist über längere Zeit begleitet werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Lehrkräften, die Unterricht für Kranke erteilen, und den Lehrkräften der Stammschule ist bei Aufnahme, Verweildauer und Rückführung bedeutsam.

Der Großteil der KJP-Patienten ist bald nach Stationsaufnahme in der Lage, am Unterricht in kleinen Klassenverbänden teilzunehmen. Zum einen bedeutet das eine altersgerechte Leistungsanforderung. Zum anderen ist das ein konzeptionelles, in den KJP-Behandlungsplan integriertes Moment. Im Klassenunterricht zeigen sich Persönlichkeitsentwicklung und Stand der Gesundheit (z. B. Kontakt- und Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Regelverhalten, Frustrationstoleranz, Anstrengungsbereitschaft). Auch die Wirkung von Medikamenten, die Häufigkeit von Absenzen oder Somatisierungstendenzen werden hier beobachtet. Regelmä-

ßig werden die Erfahrungen von Lehrern und KJP-Mitarbeitern in gemeinsamen Teamgesprächen reflektiert.

Am Ende des stationären Aufenthalts berät die SfK die Stammschule und Eltern der Patienten. Ggf. empfiehlt sie im Zusammenwirken mit der KJP Veränderungen in der Schullaufbahn, bahnt sie an und vermittelt diese.

Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe II erfahren Hilfen im Aufbau von Belastbarkeit, Sozialverhalten, Selbstinstruktion. Eine adäquate Leistungsförderung ist eher problematisch. Sie werden in sonderpädagogisch geführten kleinen Klassen gefördert, vom Grundschüler bis zum Gymnasiasten. Ziel ist die Rückführung in die jeweiligen Stammschulen oder in andere, angemessenere Förderorte, mitunter auch ins Berufsleben. Eine Unterrichtserteilung als Berufsschulunterricht oder im Berufsvorbereitungs- Berufseingliederungsjahr mit Überführung in entsprechende externe Einrichtungen ist v.a. für Schulabbrecher sehr hilfreich; gelegentlich schließt Landesrecht das Recht auf Unterricht durch die Schule für Kranke für Schulabbrecher nach Auslaufen der Schulpflichtjahre aus.

Die Gestaltung von Übergängen geschieht in enger Zusammenarbeit mit den Kliniken.

5.5 Pädagogische Ambulanz und jugendpsychiatrisches Diagnosezentrum

Gemeinsam mit Fachkräften der KJP halten Lehrer der SfK regelmäßig wöchentlich Beratungsdienste bereit. Sie werden von allen Schulformen, Schulaufsichten, Fachärzten, Psychotherapeuten und Fachdiensten der Jugendhilfe konsultiert. I. d. R. geht es um "Problemfälle", die schon mehrfach auffällig und anderweitig vorstellig wurden. Mitunter wird von einer rasch installierten sonderpädagogischen Maßnahme (i. d. R. im Curriculum der "höheren Schulen") die Vermeidung einer krisenhaften Zuspitzung erhofft. Die SfK hilft hier diagnostisch, beratend, vermittelnd und ggf. durch vorübergehende Aufnahme des Schülers, der Schülerin, in Absprache mit der Schulaufsicht.

5.6 Elternarbeit und Kooperation mit anderen Einrichtungen

Neben dem regelmäßigen Austausch mit den Klinik-Teams ist Elternarbeit und Kontakt zu den Herkunftsschulen der Patientenschüler unabdingbarer Bestandteil der pädagogischen Arbeit.

(Johann-Christoph-Winters-Schule - Städt. Schule für Kranke in der Universitätsklinik Köln, <http://www.kjp-uni-koeln.de/klinikschule.php>; Frey 2008, Bartfeld et al. 2008)

Im Rahmen der schulischen Wiedereingliederung und Prävention sind oftmals für eine aktive Lebensbewältigung in größtmöglicher sozialer Integration und für ein Leben in weitgehender Selbstständigkeit und Selbstbestimmung spezielle Eingliederungs- und Lernangebote erforderlich (z. B. Kultusministerkonferenz 2000).

Vielmehr stellt beispielsweise bei drogenabhängigen Jugendlichen die Aussicht auf eine erfolgreiche Wiederaufnahme ihrer Schullaufbahn mit Aussicht auf einen Abschluss eine wesentliche Motivation dar, die Behandlung überhaupt aufzunehmen und durchzuhalten.

Die Lehrer der Schulen für Kranke unterliegen ebenso wie das therapeutische Team der Schweigepflicht (hierzu ist eine gesonderte Verpflichtung erforderlich) mit Ausnahme hinsichtlich der rein schulischen Belange. Sie nehmen an Fallkonferenzen teil und haben Zugang zur Patientendokumentation, ebenso wie die Therapeuten Einsicht in den Schulbericht des Patienten haben. Die aktuell indizierte schulische Belastung wird im Rahmen der Behandlungsplanung gemeinsam abgestimmt.

Wegen der aufgeführten Schwierigkeiten, die viele Kinder und Jugendliche dieser Zielgruppe haben, verschiedene Lebensbereiche miteinander zu integrieren und die Übergänge zwischen ihnen zu bewältigen, besteht ein wesentlicher Grundgedanke der Zusammenarbeit

zwischen Klinik und Schule darin, die Bereiche Schule, persönlicher Alltag, Versorgung, Freizeit und therapeutische Begleitung *in einem gemeinsamen Konzept zu integrieren* unter gleichzeitiger *Wahrung der Grenzen* zwischen diesen Bereichen. Diese Grenzen sind für die Patienten stets nachvollziehbar und transparent zu machen (Krüger & Romer 2007).

5.7 Zusammenarbeit zwischen Schule und Krankenhaus

Der Unterricht von Schülern im Krankenhaus erfordert die organisatorische Abstimmung des Unterrichts und des Krankenhausbetriebes unter Berücksichtigung der Aufgaben und der Erfordernisse beider Einrichtungen. Um die bestmögliche Wirksamkeit von Unterricht und Krankenhausbehandlung zu erreichen, bedarf es intensiver Zusammenarbeit von Lehrkräften und behandelnden wie betreuenden Fachkräften. Dabei sind Informationen über die Besonderheiten des Krankheitsbildes, der psychosozialen Situation des Patienten und seiner Umfeldprobleme notwendig. Durch gegenseitige Information und entsprechende Koordination zu treffender Maßnahmen werden die notwendigen Voraussetzungen für einen Behandlungs- und Förderplan geschaffen, der der Situation der Schülerin bzw. des Schülers entspricht.

Die Teilnahme am Unterricht und dessen Umfang erfolgen in Abstimmung mit dem fallführenden Arzt bzw. Psychologen, der aus medizinischer bzw. psychotherapeutischer Sicht Entscheidungen trifft.

Dem Unterricht sind die geltenden Rahmenpläne zugrunde zu legen. Bei der Auswahl der Lernziele und Unterrichtsinhalte sowie bei der methodischen Vorbereitung ist die krankheitsbedingte individuelle Lernsituation zu berücksichtigen. Die Leistungsbewertung erfolgt nach den geltenden Regelungen in den Ländern. Über Art, zeitlichen Umfang und Anzahl der schriftlichen Arbeiten entscheidet die unterrichtende Lehrkraft in Abstimmung mit der behandelnden Ärztin bzw. dem dem fallführenden Arzt bzw. Psychologen (Kultusministerkonferenz 1998).

6 Leitung

Ingo Spitzcok von Brisinski und Renate Schepker

Unabhängig von der jeweiligen Rechtsform der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik bzw. der Klinik, an der sich die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung befindet, muss die **fachliche Eigenständigkeit** der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung organisatorisch ausdrücklich berücksichtigt werden. Moderne Organisations- und Steuerungsmöglichkeiten wie interne Budgetierung (s.u.) und andere sollten dazu genutzt werden, die Zuordnung der finanziellen und sonstigen Ressourcen auf allen Leitungsebenen erkennbar und durchschaubar zu machen. In allen Verwaltungsangelegenheiten bis hin zur Personalvertretung sind die Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung zu beachten.

Es ist weder eine Quersubventionierung von anderen Abteilungen durch Psych-PV-Personalmittel noch das Abführen eines shareholder-values daraus ethisch vertretbar und rechtlich zulässig. Leitungen müssen Einblick in Controlling-Daten erhalten und diesbezüglich fachlich gehört werden – ein Organisationsverschulden bei Unterschreiten einer Mindestbesetzung ist u.a. haftungsrechtlich zu beachten.

Die fachliche Eigenständigkeit der Fachabteilung bzw. des Fachkrankenhauses bedeutet auch, dass ein ärztlich letztverantwortlicher Chefarzt fachlich nicht weisungsgebunden ist und eigene Personalhoheit haben muss. Er verfügt notwendigerweise mit Genehmigung der Ärztekammer über eine eigene Weiterbildungsbefugnis. Die Abteilung muss über einen – wie in der Psych-PV-definiert – eigenen Personalstamm und über ein eigenes, vom Rest des Krankenhauses getrenntes, Budget verfügen. Anzuraten im Sinne moderner Krankenhausbetriebsführung ist die interne Budgetierung bis auf Stationsebene mit Transparenz für die Leitung hinsichtlich des Gesamterlösbudgets.

6.1 Aufgaben der ärztlichen Leitung

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen sind eigenständige organisatorische Einheiten. Die ärztliche Leitung steht in der **fachlichen Verantwortung** des leitenden Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Der leitende Arzt vertritt die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung gegenüber den vom Landeskrankengesetz vorgeschriebenen Gremien gleichberechtigt neben den ärztlichen Leitern der übrigen anerkannten Fachgebiete. Dem leitenden Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstehen der ärztliche Dienst, der therapeutische Dienst (u. a. Psychologen, Ergotherapeuten, Mototherapeuten, Sozial- und Heilpädagogen), der Sozialdienst und ggf. der medizinisch-diagnostische Dienst.

Der ärztliche Leiter ist verantwortlich für den gesamten Behandlungsplan einschließlich der besonderen pflegerischen und erzieherischen, heilpädagogischen, ergotherapeutischen, sozialarbeiterischen, mototherapeutischen, kreativtherapeutischen usw. Zielsetzungen. In diesem Rahmen ist er gegenüber den Mitarbeitern aller beteiligten Berufsgruppen weisungsberechtigt. Die BAG empfiehlt ausdrücklich auf allen Ebenen (Abteilung, Station) das Prinzip der „dualen Leitung“ (gleichberechtigte gemeinsame Leitung zwischen ärztlich/therapeutischer und pädagogisch-pflegerischer Leitung) einzuführen und eine Kultur der gemeinsamen Verantwortung für das Stationsmilieu, die therapeutischen Rahmenbedingungen, für Wege der Konfliktlösung und für strategische Weiterentwicklungen zu pflegen.

Der ärztliche Leiter ist persönlich verantwortlich für die **Weiterbildung** zum Facharzt für KJPP. Es ist anzuraten, mehrere Kliniken zu diesem Zweck zu Weiterbildungsverbänden zusammenzuschließen (s.auch Kapitel Leistungen). Nach der Muster-WBO ist jedoch je Klinik ein Curriculum für die einzelnen Weiterbildungsinhalte und -stationen nachzuweisen, und es sind über die Fortschritte jedes einzelnen Assistenten jährliche dokumentierte Weiterbildungsgespräche zu führen.

Durch die Verantwortung für das fachliche Niveau der Klinik bzw. Abteilung ist der ärztliche Leiter ebenfalls verpflichtet, über die Fortbildung der ihm unterstellten Fachärzte zu wachen. Eine Evidenzbasierung und Leitlinienorientierung ist dabei unabdingbar, lässt jedoch Raum für individuelle Ausgestaltungen und Schwerpunktbildungen. (vgl. Lehmkuhl et al. 2004)

Die Fürsorgepflicht der ärztlichen Leitung für die einzelnen Mitarbeiter beinhaltet auch das Übereinbringen einer Fort-/Weiterbildungsplanung mit der Karriereplanung (zu empfehlen in strukturierter Form, etwa in jährlichen Mitarbeitergesprächen – für Ärzte in Weiterbildung im Rahmen der jährlichen Weiterbildungsgespräche) – es empfiehlt sich generell, im Benehmen mit der pflegerischen Leitung Fort- und Weiterbildung hausintern und extern im Sinne der Schwerpunktsetzungen für die Entwicklung der Abteilung bzw. der Klinik mittelfristig für alle Mitarbeiter zu planen.

Die Leitung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institution sollte in der Mitarbeiterführung ebenso wie im Patientenkontakt die Prinzipien der Partizipation und möglichst großen Verantwortungsübernahme auf allen Ebenen pflegen. Dazu sind regelmäßige Mitarbeitergespräche inklusive Leitungsfeedback geeignete Instrumente.

Dem Ärztlichen Leiter obliegen des Weiteren **Außenkontakte** mit Gerichten, Behörden, dem Krankenhausträger – seine Aufgabe ist es den Mitarbeitern die Rahmenbedingungen zu sichern für das „operative Geschäft“ an der Basis. Dazu gehört auch eine Arbeitsteilung bei etwa parallel laufenden Verfahren dahingehend, dass nicht der behandelnde therapeutisch tätige Kollege, sondern der Chef- oder Oberarzt eine gerichtliche Vertretung der Interessen des Patienten im Straf- oder Zivilverfahren übernimmt.

Ebenso sollte das **Beschwerdemanagement** an den Ärztlichen Leiter (bzw. den zuständigen Oberarzt) gebunden sein, die Auseinandersetzung mit Kostenträgern im Einzelfall, Entscheidungen über Anträge zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen oder über das Einschalten von Ordnungskräften und Gerichten. Auf Ebene der Abteilung oder Klinik empfiehlt sich eine „Fehlerkultur“ in konstruktivem Dialog. Beschwerden von Patienten und Eltern sind im jeweiligen Team zu reflektieren.

Aufgaben von Führung und Management beinhalten auch **strategische Aufgaben** – von der Einflussnahme auf Regional- und Landesplanung, der Initiierung neuer Vernetzungen bis hin zu Versorgungsabsprachen mit benachbarten Fachabteilungen oder –kliniken.

Die BAG hat hierzu das Bilden von Regionalgruppen und die Wahl von Regionalkoordinatoren angeregt.

Neben den strategischen Aufgaben ist die **Qualitätssicherung** (siehe eigenes Kapitel) eine wesentliche Leitungsaufgabe, v.a. das Festlegen von Qualitätsmarkern und Qualitätszielen.

Nicht zuletzt liegt es am Auftreten der Ärztlichen Leitungen nach außen (z.B. in Vorträgen, gegenüber Elterngruppen, in Schule, gegenüber der Presse) inwieweit eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in einer Region oder in der Gesellschaft weiterhin als diskriminierend erlebt wird. Eine aktive Öffentlichkeitsarbeit mit ausgeprägter Leitungspräsenz dient auch dem Einwerben unverzichtbarer Spenden für die eigene Profilschärfung der Abteilung/Klinik, neben der nötigen Entstigmatisierung psychiatrischer Behandlungen.

6.2 Oberärzte

An die Oberärzte fällt neben einer möglichen Delegation von Teilen der o.g. Aufgaben, die Vertretung des ärztlichen Leiters. Oberärzte sind im Schlüssel 1:8 Akademiker (Ärzte+ Psychologen) nach Psych-PV Teil des regulären Personalschlüssels. Ihnen obliegt die konkrete Anleitung der Stationsarbeit, die Umsetzung der strukturellen und strategischen Vorgaben auf der operativen Ebene in kollegialer Beratung mit dem Ärztlichen Leiter. Desweiteren haben sie oft die Aufgabe des Achten auf die Einhaltung von Budgetgrenzen, der Aufnahme- und Entlassungssteuerung und der Indikationsüberprüfung vor oder nach der Aufnahme. Im

Rahmen der Oberarztvisiten übernehmen sie konkrete Anleitungsfunktionen, z.B. im Pharmakomonitoring, in Hinsicht auf nächste therapeutische Interventionen etc.

6.3 Leitung des Pflege- und Erziehungsdienstes

Der Pflege- und Erziehungsdienst in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung wird berufsübergreifend durch krankenschwägerische Mitarbeiter, Erzieher, Heilerziehungspfleger und ggfs. Sozialpädagogen geleistet. Die fachspezifischen Besonderheiten erfordern eine eigene Leitung im Pflege- und Erziehungsdienst, die die altersspezifischen Bedürfnisse in Pflege und (Heil-)pädagogik sowie die Notwendigkeit einer Integration von Pflege, Erziehung und Therapie kennt und berücksichtigt. Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden Pflegediagnosen erstellt. Die pflegerische und erzieherische Arbeit mit dem Patienten wird ergänzt durch Elternarbeit, störungsspezifisches Coaching und Training im sozialen Umfeld, ggfs. auch im Rahmen supervidierter Nachbetreuungen nach Entlassung.

Dem Leiter des Pflege- und Erziehungsdienstes obliegt daher parallel zum ärztlichen Leiter die Verantwortung für die Fachlichkeit der ihm unterstellten Mitarbeiter, für die Güte der pflegerisch-pädagogischen Dokumentation und die Konzeptualisierung der täglichen Arbeit. Das umfasst eine Verantwortung für die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Grundlegende Haltungen aller Mitarbeiter (z.B. zu eigenem Substanzkonsum, Umgang mit Aggressivität und Authentizität) sind stets neu zu entwickeln und in einer Atmosphäre von Respekt für die Rechte der Patienten zu pflegen.

Neben der Sicherstellung eines therapeutischen Milieus obliegt dem pflegerisch-pädagogischen Leiter auch die Sicherstellung der Stationsabläufe, die Gewährleistung der Aufsichtspflicht und einer personellen Mindestbesetzung, die Gewährleistung der Einhaltung von etablierten Standards (z.B. Umgang mit Medikamenten, Hygiene etc.).

Der Lebensbereich der Patienten und Behandlungsbereich müssen möglichst gut verzahnt sein. Interdisziplinarität in der täglichen Arbeit und die gemeinschaftliche Fortentwicklung therapeutischer, pflegerischer und pädagogischer Prozesse sind unverzichtbar, so dass je nach Abteilungskultur unterschiedliche Arbeitsteilungen resultieren können. Durchaus sind hier eigene Beiträge des Pflege- und Erziehungsdienstes zur Elternarbeit, zum Umgang mit schulischen Belangen, zum Verhaltenstraining etc. gemeint. Patientenzufriedenheitsbefragungen ergeben recht häufig, dass für das Gelingen einer Behandlung die pflegerisch-pädagogischen Bezugspersonen als bedeutsamer angesehen werden als alle anderen therapeutischen Berufsgruppen.

7 Ethik und KJPP-Kliniken

Martin Jung

Kinder und Jugendpsychiater in Kliniken sind mit impliziten und expliziten Erwartungen von Patienten, Umfeld und Gesellschaft konfrontiert, die sich teilweise widersprechen. Sie sollen die Personenrechte von Kindern und Jugendlichen schützen, zur Realisierung des gesellschaftlichen Schutzbedürfnisses beitragen, aber auch die Aufsichtspflicht gegenüber Minderjährigen ausüben und nicht zuletzt ihren fachlichen Behandlungsauftrag erfüllen (Berger 2003). Sie sind verantwortlich für therapeutische Weichenstellungen, aber auch für Entscheidungen zu Eingriffen in Persönlichkeitsrechte bis hin zur Freiheitsentziehung und Zwangsbehandlung. Um sich in dem Konflikt zwischen individueller Hilfe und custodialen Erwartungen zu orientieren und zu „richtigen“ Entscheidungen zu gelangen, ist sowohl für den einzelnen Arzt als auch für die Vertreter der Faches eine Reflexion der ethischen Grundlagen und die Einigung auf ethische Leitlinien in unserem Fach unentbehrlich.

7.1 Philosophische Basis

Als philosophische Disziplin baut Ethik im engeren Sinne allein auf Vernunft auf; in der Ethik geht es um richtiges Handeln. Anhand der Frage, wonach man das Handeln eines Menschen bewerten soll, lassen sich zwei wesentliche Strömungen innerhalb der ethischen Diskussion unterscheiden. Die deontologische Ethik betrachtet den inneren Wert einer Handlung, die „moralisch gute Handlung“ ist dann auch oder sogar vor allem Selbstzweck. Werden hingegen nur die Folgen einer Handlung betrachtet, dann haben wir es mit einer konsequentialistischen Ethik zu tun. Die zentrale Folge, die dann meist betrachtet wird, ist der Nutzen, den eine Handlung hat, unabhängig von den zu Grunde liegenden Werten. Hier ergibt sich das Problem, wie der „Nutzen“ festzulegen ist, ob beispielsweise für einen Einzelnen oder für die Gemeinschaft.

Beide grundlegenden ethischen Ansätze werfen spezifische theoretische Probleme auf, der Diskurs innerhalb der philosophischen Disziplin hat bislang zu keiner Einigung geführt. Die theoretische Philosophie als Basis für das tägliche Handeln ist für uns im Alltag nicht praktikabel, weil es bislang keinen Ansatz für eine richtige Ethik gibt. Der Bezug auf die philosophische Ethik verlangt vielmehr nach einer Positionsbestimmung, welche der ethischen Positionen man seinen Überlegungen zu Grunde legt.

Die Unterscheidung der Ebenen ethischer Betrachtung hilft bei der Orientierung innerhalb der Diskussion. So beschreibt Schmid (1999) drei Ebenen der Ethik:

- Die Metaebene des formalen Prinzips nach Kant (Prinzipienethik). Auf dieser Ebene sind Begriffe wie Diskursethik, Utilitarismus oder der kategorische Imperativ Kants angesiedelt.
- Eine Zwischenebene mittlerer Reichweite, über die auch ohne Letztbegründung ein breites Einverständnis (mindestens innerhalb einer Gemeinschaft) erzielt werden kann. Meist ist diese Ebene rückbezogen auf allgemeine Grund- und Menschenrechte. Auf dieser Ebene ist die praktische Ethik angesiedelt, auf der durch Diskussionen z.B. Ethik-Kommissionen präzise Lösungsvorschläge auf der Grundlage sorgfältiger Argumentation erarbeitet werden sollen. Hier wird beispielsweise für Kliniken festgelegt, welche Entscheidungen im Einzelfall gelten sollen.
- Die individuelle Ebene der Ethik (die Ebene der klugen Lebensführung nach Kant), die primär nicht mit der Regelerstellung für das gesellschaftliche Zusammenleben sondern mit der individuellen Lebensgestaltung befasst ist.

Da wir eine theoretische Lösung der ethischen Diskussion nicht erwarten können, sind wir innerhalb des Faches darauf angewiesen, im Sinne der genannten Zwischenebene innerhalb des Faches möglichst breiten Konsens über typische Problemlagen zu suchen.

7.2 Ethische Grundlagen in der KJPP

Die ethischen Grundlagen der ärztlichen Heilkunst sind bereits mit dem Hippokratischen Eid niedergelegt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zudem eingebunden in die ethischen Grundlagen internationaler Übereinkommen wie der Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen oder dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes der UN aus dem Jahr 1989, sowie nationale gesetzliche Regelungen des Sozialgesetzbuches, des KJHG oder des Strafrechts. Weiterhin liegen zahlreiche Erklärungen psychiatrischer Organisationen vor (Übersicht bei Herpertz Dahmann 2008).

Die Verbände der KJPP haben 2001 ethische Grundsätze verabschiedet, die für die Mitglieder der BAG gelten.

"Jeder Therapeut ist verpflichtet, berufsethische Grundsätze zu respektieren. Dazu gehören, die Abhängigkeit des Patienten nicht auszunutzen, die besondere therapeutische Beziehung zu schützen sowie die eigene berufliche Kompetenz zu erhalten und zum Wohle des Patienten zu nutzen.

Ein Verstoß gegen berufsethische Grundsätze liegt insbesondere dann vor, wenn ein Therapeut

- den Patienten oder seine Sorgeberechtigten immateriell, finanziell oder sonst materiell ausbeutet,
- den Patienten während oder nach der Diagnostik und/oder Behandlung sexuell missbraucht oder mit einem Patienten während oder nach der Diagnostik und/oder Behandlung eine sexuelle Beziehung eingeht oder in anderer schädigender Weise einen Machtmissbrauch begeht,
- die Aufklärungspflicht verletzt,
- die Schweigepflicht verletzt,
- Daten von Patienten und/oder Dritten ohne Zustimmung des Betroffenen (,informed consent') veröffentlicht,
- eine eigene schwere psychische Störung einschließlich Suchterkrankungen nicht behandeln lässt und dadurch seine ärztlichen/psychotherapeutischen Pflichten verletzt,
- sonst gegen die Regeln guter wissenschaftlicher Praxis verstößt."

Für das therapeutische Handeln haben die allgemeinen psychiatrischen Gesellschaften mit der Resolution von Madrid (1996) ethische Leitlinien formuliert. „...Sind Urteils- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten eingeschränkt, sind die darauf bezogenen rechtlichen Regelungen unter dem Gesichtspunkt des Wohles des Patienten maßgebend." Jeder Therapeut hat die Pflicht, alle gesetzlichen und ethischen Grundlagen seines Handelns zu kennen und anzuwenden. Die drei Fachverbände in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie haben ethische Leitlinien als Arbeitsergebnis einer gemeinsamen Kommission herausgebracht (Leitlinien DGKJP, 2007) und daneben ein Ombudsleutegremium ins Leben gerufen, das über die Einhaltung wachen und im Konfliktfall Patienten und Therapeuten zur Verfügung stehen soll. Die „Leitlinie zur körperlichen Untersuchung“ stellt bereits eine darauf basierende Konkretisierung dar.

Die BAG selbst hat eine Leitlinie zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen herausgebracht.

7.3 Der Kinder- und Jugendpsychiater im klinischen Alltag

Die besondere Betrachtung der ethischen Grundlagen des Faches KJPP innerhalb der Medizin ist geboten, 1. weil psychisch Kranke im Allgemeinen und damit erst recht Kinder und Jugendliche anfällig für Manipulation durch Dritte sind, da sie sich selbst aufgrund ihrer Störung und ihres Alters nur eingeschränkt vertreten können. 2. Kinder und Jugendliche in psychiatrischer Behandlung sind mit erhöhter Wahrscheinlichkeit bereits in ihrer allgemeinen Umgebung Opfer von Übergriffen geworden, so dass sie auch gegenüber möglichen thera-

peutischen Übergriffen und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie besonders geschützt werden müssen. 3. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung werden Patienten mit Methoden konfrontiert, die weit in die persönliche Sphäre eindringen. und daher eine Gefährdung durch Manipulation und Missbrauch in sich bergen. 4. Psychiatrische Behandlungsplanungen können das Verhältnis zu Eltern Geschwistern, Freunden, Schule oder Jugendhilfeeinrichtungen nachhaltig beeinflussen und damit die gesamte Lebensplanung verändern. Das legt dem Behandelnden eine besondere ethische Verantwortung auf. 5. Diagnostische Einschätzungen sind indes nicht unabhängig von der Einstellung des Untersuchers. Die Beziehung zwischen Therapeut, Patient und Sorgeberechtigten hat unmittelbaren Einfluss auf das Wohlergehen des Patienten. Insbesondere bei Fragen der Selbstgefährdung macht sich die Macht des Therapeuten mit der Begrenzung der Autonomie und der daraus erwachende Zwiespalt in der offenen Gesprächsführung besonders deutlich. Psychiater beurteilen als Behandler und als Gutachter Reife und Entscheidungskompetenzen des Patienten und tragen so maßgeblich zur juristischen Einschätzung und deren Konsequenzen bei.

Psychiatrische Diagnosen und Einschätzungen unterliegen einem historischen Wandel, die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit bleibt als Ergebnis gesellschaftlicher Wertung notwendiger Weise unscharf. Als Beispiel hierfür wird z.B. darauf verwiesen, dass die Diagnose der Homosexualität erst 1973 von der APA aus der Liste der Störungen gestrichen wurde. In einem Fach mit multimodalen Erklärungsansätzen liegt die Gefahr der Medikalisierung gesellschaftlicher Probleme besonders nahe und konstituiert damit eine Versuchung des Kinder- und Jugendpsychiaters, sich allumfassend zuständig zu fühlen. Im Gegenzug bleibt zu diskutieren, in welchem Maße es dem Kliniker ethisch geboten ist, sich im Zusammenspiel der Hilfesysteme in Aufgaben benachbarter Felder wie der Jugendhilfe über die Beratung hinaus einzuschalten bzw. ob sich die Verantwortung des Kinder- und Jugendpsychiaters auch in kritischen Fällen (Kindeswohl) auf die eigene Fachlichkeit beschränken darf.

Berger (2003) geht davon aus, dass trotz der weichenstellenden Entscheidungen im Arbeitsalltag die Grundlagen dieser Entscheidungen viel zu selten reflektiert werden. Ob diese Einschätzung tatsächlich zutrifft, lässt sich kaum überprüfen. Tatsächlich wurde in einer Arbeitsgruppe der BAG⁴ (2008) festgestellt, dass der Rahmen zur ethischen Reflexion im Alltag kaum gegeben ist, wenngleich sich dem Kliniker bei einer Vielzahl von Entscheidungen die ethische Frage nach dem richtigen Handeln stellt. Damit lässt sich zumindest festhalten, dass eine systematische ethische Reflexion nicht ausreichend stattfindet.

Höger et al. beschreiben mit der fallbezogenen ethischen Reflexion einen möglichen Ansatz zur Integration ethischer Konflikte in den Klinikalltag.

Eine Begründung der Notwendigkeit ethischer Reflexion liegt in der Tatsache, dass Wünsche, Ziele und Interessen von Menschen im Zusammenleben fast zwangsläufig in Konflikt miteinander geraten. Durch den psychosozialen Hintergrund des Faches hat jeder Kliniker sich ständig innerhalb des Behandlungssystems und in Abwägung der Interessen von Eltern, Patienten und Umfeld mit der gebotenen Fachlichkeit zu positionieren. Mit einer Indikationsstellung ist die Abwägung zwischen individuellen Interessen (*primum nil nocere*), den Erwartungen des Umfeldes und ökonomischen Gesichtspunkten verbunden. Etwa gilt es, bei der Anfrage nach jugendpsychiatrischer Behandlung eines Kindes aufgrund allgemein störenden Verhaltens die Gefahr der „Psychiatisierung gesellschaftlicher Probleme“ zu erkennen, indem störendes Verhalten als krankhaft etikettiert und die Anpassung an einen gesellschaftlichen Rahmen durch eine Behandlung erzwungen werden soll (AG BAG 2008). Besonders zugespitzt stellte sich die Frage der gesellschaftlichen Wertigkeit von „deviantem“ Verhalten im 3. Reich angesichts der Forderung an Psychiater, Patienten für die Euthanasie zu selektieren, wobei auch geistig behinderte oder verhaltensauffällige Kinder als „lebensunwert“ eingestuft wurden.

Über die Betrachtung des Einzelfalles hinaus nehmen wir in unserem Fach eine sensible gesellschaftliche Funktion insbesondere aber auch dann wahr, wenn wir uns in die öffentli-

⁴ Teilnehmer Dr. Buscher (Viersen), Dr. Junglas (Bonn) et al.

che Diskussion über Massenmedien einschalten und Lebensformen und Verhaltensweisen junger Menschen öffentlich legitimieren oder auch diskreditieren (Berger 2003). Bei solchen fachlichen Stellungnahmen besteht einerseits ein berechtigtes Informationsinteresse der Allgemeinheit, das gegen persönliches Geltungsstreben und die Veröffentlichung problematischer individueller Positionen abzugrenzen ist. Auch hier sollte der Grundsatz gelten, zunächst nicht zu schaden.

Wir machen die Erfahrung, dass die Berufung auf allgemeine Grundsätze zu Widersprüchen führen kann, und dass nicht alle Bereiche des sich wandelnden Alltags bereits ausreichend von Regeln der Gemeinschaft erfasst wurden. Daraus ergibt sich das Bedürfnis, Entscheidungen vor sich selbst und vor Anderen so gut wie möglich zu begründen (Hepfner 2008). Andererseits sind ethische Grundsätze allgemein formuliert, sodass die Anwendung auf den Einzelfall mit vertieften individuellen Überlegungen einhergehen muss. Verantwortung ist nicht delegierbar, sie ist eine ureigene Fähigkeit des Selbst. Sie lässt sich im gemeinsamen Gespräch entwickeln, schärfen, verfeinern und fundieren (Rehmann-Sutter 2002).

Eine ethische Betrachtung kann entweder die Handlungen beurteilen, oder deren Folgen. In diesem Zwiespalt zwischen deontologischen Ansätzen mit der Betrachtung der intrinsischen Werte der Handlungen und den teleologischen Ansätzen mit der Betrachtung der Handlungsfolgen unter Nützlichkeitsaspekten (Utilitarismus) wird die Entscheidung zur Umsetzung und Gewichtung ethischer Grundsätze dem einzelnen Arzt übertragen.

7.4 Einbindung in Gesellschaft und Ressourcenorientierung

Die moderne Medizin durchläuft derzeit einen Transformationsprozess, in dem der Begriff der ärztlichen Hilfe zurückgedrängt und die Gesundheitsstrukturen immer mehr von marktwirtschaftlichen Termini durchzogen werden (Maio 2007). Am Ende einer solchen Transformation wird die klassische, an der Fürsorge orientierte Arzt-Patienten-Beziehung mit einem Wissens- und Verantwortungsgefälle durch eine an den Kundenwünschen orientierte Dienstleister-Kunden-Beziehung ersetzt. Maio kommt zu dem Schluss, dass die Arzt-Patient-Beziehung einer zunehmenden Versachlichung, Verrechtlichung und Entpersonalisierung unterliegt. In dies System eingebettet ist der Arzt ein Anbieter technischer Leistungen, der ein technisches Produkt anbietet und für dessen einwandfreies funktionieren er garantieren soll. Solange er ausreichend über die Risiken aufgeklärt hat, hätte er in diesem Verständnis seine moralische Verpflichtung erfüllt.

Beispielsweise in der ästhetischen Medizin, der Pränatalmedizin und Geburtshilfe oder der anti-aging Medizin mit ihrem die eine wunscherfüllenden Vorgehen wird die Auseinandersetzung mit der Unzulänglichkeit des Körperlichkeit deutlich erschwert, solange utopische Erwartungen an Beschwerdefreiheit und Machbarkeit genährt werden. Diese gesellschaftliche Grundhaltung macht sich auch in der KJPP bemerkbar. Sie zeigt sich z.B. in dem Wunsch, durch therapeutische Maßnahme Schulleistungen und Anpassung an Leistungsanforderungen zu verbessern („Methylphenidat als Lifestyledroge“), individuelle Schwächen statt durch eine pädagogische Förderung durch Therapie zu beheben oder hinter einer Fehlanpassung eine Krankheitssymptomatik zu vermuten. Auch Helmchen (2005) plädiert dafür, die Grenze zwischen der Behandlung von Krankheiten und dem Ausgleich von Schwächen bzw. der Verstärkung von Fähigkeiten oder Eigenschaften gesunder Menschen zu beachten und warnt davor, dass durch die ökonomischen Einflüsse des Wellnessmarktes Ärzte und Publikum von den neuen verheißungsvollen Möglichkeiten der Vorbeugung von Krankheiten durch biologische Mittel überzeugt werden sollen, um so durch besondere Maßnahmen geringfügige körperliche oder seelische Nachteile (z. B. Makel oder Scheuheit) zu kompensieren und menschliche Stärken und Fähigkeiten (z. B. kognitive Leistungsfähigkeit oder Kreativität) zu verstärken (enhancement). Diese sich entfaltende Instrumentalisierung des eigenen Körpers sieht Helmchen als ein fundamentales ethisches Problem, da sie das zugrundeliegende Menschenbild ebenso in Frage stellt wie ihre Finanzierung durch das Solidarsystem der Krankenversicherten.

Die zunehmenden Forderungen der Wirtschaftlichkeit haben die moderne KJPP erreicht; Leistungen einer Abteilung werden vor allem durch wirtschaftliche Kennzahlen gemessen. In diesem Verständnis sind die verantwortlichen Ärzte neben ihrer ursprünglichen karitativen Bestimmung in hohem Maße mit einem Anreiz- und Wertesystem konfrontiert, das nicht

in erster Linie auf die fachlichen Bedingungen Rücksicht nimmt und nehmen kann. In einer solchen Situation ergibt sich die Verantwortung des Leiters einer Klinik dahin gehend, dass im Einzelfall wirtschaftliche Erwägungen und fachliche Notwendigkeiten gegeneinander abzuwägen sind. Es ist dabei nicht auszuschließen, dass im Einzelfall wirtschaftliche Argumente überwiegen, da sie existenzieller sind.

Die Bedeutung der Wirtschaftlichkeit geht dabei nicht nur auf moderne Krankenhausstrukturen zurück, sondern ist in der Berufsordnung der Bundesärztekammer (mit dem Gebot der gerechten Verteilung begrenzter Mittel) und auch sehr grundlegend im SGB V festgelegt. Auch wird von der Politik mit der Deckelung der Krankenhausbudgets die erwartete Wirtschaftlichkeit festgeschrieben. Demnach müssen Leistungen ausreichend zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Die Anwendung dieser Begriffe auf die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis stellt den verantwortlichen Arzt im Alltag eventuell vor erhebliche moralische Probleme in der Auseinandersetzung mit Verwaltungen, medizinischen Diensten der Krankenkassen oder Juristen, vor allem aber in der Rechtfertigung sich selbst und seinem fachlichen Gewissen gegenüber, seinen Patienten und deren Eltern.

Der einzelne Arzt ist nicht nur in der Situation, seiner fachlichen Überzeugung zu folgen, sondern er sieht sich mit Forderungen konfrontiert, deren Umsetzung sich mit den Grundsätzen des Faches nicht mehr in jedem Fall vertragen, etwa, wenn erwartet wird, mit einer unzureichenden Personalausstattung noch vertretbare KJPP zu betreiben, wie es die aktuelle Diskussion um die Erfüllung der Psych-PV nahelegt (Aktion Psychisch Kranke, 2007).

Auch die Überleitung einer stationären in eine ambulante Versorgung ist angesichts der teilweise eingeschränkten Möglichkeiten komplementärer Systeme eine komplexe Aufgabe mit zahlreichen ethischen Implikationen. Alessi (2002) beschreibt exemplarisch die ungünstigen Auswirkungen im amerikanischen Managed care system zum einen, was die Schwierigkeiten betrifft, eine langfristige compliance und ambulante Behandlungsperspektive zu etablieren, die auch angenommen wird. Zum anderen beschreibt er, amerikanische Kinderpsychiater seien tendenziell zu der Praxis der privaten Barbezahlung übergegangen, sodass die Behandlung vor allem Kindern zu Gute kommt, deren Eltern sich die Finanzierung leisten können.

In den diesen Überlegungen zur Ressourcenverteilung werden die ethische Frage der Gerechtigkeit, insbesondere der ausgleichenden Gerechtigkeit berührt. Diskussionen um Gerechtigkeit sind kontrovers und kompliziert, und das, obwohl die meisten Gemeinschaften die fundamentale Rolle der Gerechtigkeit anerkennen und viele Versuchen, das Zusammenleben so gerecht wie möglich zu gestalten (Hepfer, 2008).

7.5 Ausblick

Aus der Anerkennung ethischer Prinzipien folgt nicht automatisch deren Umsetzung (Durchsetzungsproblem der Ethik), denn Eigeninteressen, äußere Zwänge und ethische Grundsätze bilden mitunter einen Gegensatz. Es bedarf daher eines zusätzlichen Anreizes oder Zwanges. „Wer (ernsthaft) von Ethik spricht, muss zugleich das Primat von Ethik anerkannt haben!“ Daraus zieht der integrative Ansatz der Wirtschafts- und Unternehmensethik die Konsequenz, „Ethik als tragende Grundlage legitimen unternehmerischen Erfolgsstrebens zu begreifen. Dementsprechend kommen ethische Reflexionen nicht erst und nicht bloß bei einzelnen fragwürdigen Praktiken ins Spiel (etwa Korruption, Kinderarbeit, Umweltschutz), sondern bereits bei der Bestimmung der grundlegenden Wertschöpfungsaufgabe, die der unternehmerischen Tätigkeit Sinn und – dem einzulösenden Anspruch nach – Legitimität gibt.“ (Thielmann, 2002). Angesprochen ist damit das Durchsetzungsproblem der Ethik insbesondere für Führungskräfte.

Analog muss sich kinderpsychiatrisches Handeln über die Erstellung von Leitlinien, die Verfassung von Erklärungen und die Beschäftigung mit einzelnen problematischen Themen hinaus im Alltäglichen auf die Grundlage gemeinsamer ethischer Überzeugungen stellen, sowohl hinsichtlich persönlicher Entscheidungen, als auch hinsichtlich der Vermittlung von Werten an nachkommende Facharztgenerationen und Klinikmitarbeiter. Ein wesentlicher Aspekt ergibt sich dabei aus dem Spannungsfeld, das zwischen einem beziehungsorientierten Ansatz in Diagnostik und Therapie und dem Verkauf von Psychiatrischen Leistungen

unter Gesichtspunkten der Profitabilität mit einem zunehmend mechanistischen und utilitaristischen Medizinbild aufgespannt wird. Ethik ist dabei nicht statisch, die sondern unterliegt in einer pluralistischen Gesellschaft einer intensiven Diskussion. Gleichwohl müssen wir uns letztlich daran messen lassen, ob handlungsleitend allgemeingültige Prinzipien im Sinne Kants entwickelt wurden.

Das Handlungsfeld eines stationär tätigen Kinder- und Jugendpsychiaters ist eng mit gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Entwicklungen verwoben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, diese Entwicklungen auch in der Diskussion des Einzelfalles zur berücksichtigen. Zudem sind die Fachgesellschaften gefordert, sich an dem gesellschaftlichen Diskurs zu beteiligen und die Erkenntnisse des Faches zum Wohl des einzelnen Kindes, aber auch für Analysen zu gesundheits- und versorgungspolitischen Fragestellungen zur Verfügung zu stellen.

In der Berufsausübung bedarf es neben der fachlich gebotenen Supervision der Berücksichtigung ethischer Ansätze. In einem ethischen Diskurs sollen nicht Macht, sondern gut abgewogene Gründe den Ausschlag für notwendige Entscheidungen geben. Durch Begründungen und Argumentationen lässt sich das Richtige herausfinden und überprüfen. Diese Position der Diskursethik empfiehlt die Überprüfung von Handlungsgrundsätzen dann, wenn konkreter Anlass dazu besteht. Die Verantwortung auch für die aus einem Diskurs abgeleitete eigene Entscheidung ist nicht delegierbar. Wer ernsthaft argumentiert kann sich gleichwohl im Irrtum befinden (Thielmann 2002), denn ein Konsens ist nicht allgemeingültig und kann keine Begründung ersetzen. Dennoch: als Fachverband wollen wir indes ermutigen, den Diskurs zu suchen. Wir können durch Instrumente wie die Ethikkommission, den „peer to peer“ Ansatz und das berufsgruppenübergreifende Gespräch einen Rahmen gestalten, der dem erkennbaren tiefen Bedürfnis der Verantwortlichen nach Austausch und Reflexion eigener Handlungsgrundlagen Rechnung trägt.

8 Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Alexander Naumann

8.1 Allgemeine Grundlagen und Begriffsdefinition

Adäquate, fachlich qualitativ hochstehende Behandlung ressourcenschonend und wirtschaftlich sinnvoll anzubieten sollte das Ziel jedes Leitenden Arztes sein. Die gesetzlichen Vorgaben zur Einrichtung eines internen Qualitätsmanagement-Systems im SGB V haben dazu geführt, dass fast alle Kliniken QM-Systeme eingeführt haben, die sich jedoch zum Teil beträchtlich von einander unterscheiden.

Zur Häufigkeit der Einführung schildert Selbmann (2007) für repräsentative Akutkrankenhäuser für das Jahr 2007 die Umsetzung eines internen QM-Systems in 44% der Häuser, 30% geben an, das System gerade einzuführen. 1998 beliefen sich diese Zahlen noch auf 10% (umgesetzt, rsp. 15% in Einführung).

Die o.g. befragten Krankenhäuser der Strichprobe geben an, in 3% über das EFQM Zertifikat zu verfügen (2004 noch 8%), immerhin 43% geben an, dass DIN EN ISO9001 Zertifikat zu besitzen (2004: 29%) und von 32% der befragten Kliniken wird das KTQ- oder das pro-cum-cert-Zertifikat genannt (Wert 2004: 10%).

QM-Befragung KJPP 2006

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ergaben sich im Jahr 2006 bei einer von der BAG der Leitenden Ärzte KJPP durchgeführten Befragung von 132 KJPP-Kliniken bei einer Rücklaufquote von 37%, die folgenden Daten: in 75,5% der antwortenden Kliniken wird ein QM-Verfahren eingesetzt, das KTQ-Verfahren in 44% der Kliniken, das Verfahren der European Foundation For Quality Management (EFQM) in 25% und das DIN EN ISO9001 Verfahren in 20% der Kliniken, sonstige Verfahren in 11% (bei möglichen Mehrfachnennungen).

In 65% hatten die antwortenden Kliniken einen eigenen KJPP-QM-Beauftragten. Weitere wichtige Ergebnisse: in 74% wurde eine KJPP-Basisdokumentation eingesetzt, davon in 40% die „BADO“ der drei KJPP-Fachgesellschaften oder eine vergleichbare Form.

Immerhin 41% der Kliniken gaben an, ein System zum Prozessmanagement entwickelt zu haben.

8.2 Definition von Qualität und Qualitätsbeurteilung

Die Beurteilung optimaler Behandlungsqualität ist immer ein mehrdimensionales Werturteil, in das Einzelbewertungen in Bezug auf Fachlichkeit, ethische Aspekte, Wirtschaftlichkeit etc. mit eingehen. In einer Definition von Eichhorn, zitiert nach Mattejat und Renschmidt (1995): „Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Anforderungen geeignet macht. Davon ausgehend bedeutet dann Qualitätsbeurteilung, Abweichung zwischen der Ist- und der Soll Ausprägung der die Qualität determinierenden Merkmale zu erkennen, festzustellen und zu erfassen. Aufgabe einer darauf aufbauenden Qualitätssicherung ist es dann, durch eine systematische Analyse die Ursachen von Soll- Ist- Abweichungen aufzudecken, diese dann durch Einleitung geeigneter Korrekturmaßnahmen zu beseitigen, mit dem Ziel gegenwärtig bestehende Qualitätsdefizite zu vermeiden“.

Der Begriff „externe Qualitätssicherung“ oder vergleichende Qualitätsprüfung beschreibt den Vergleich (anhand von definierten Qualitätsindikatoren) von Institutionen miteinander. Die „interne Qualitätssicherung“, zunehmend als „internes Qualitätsmanagement“ bezeichnet, will anhand bestimmter Vorgehensweisen die Qualität beurteilen, Verbesserungspotenziale erkennen, brach liegende Qualitätsressourcen identifizieren, um nach Einrichtung qualitätsfördernder Maßnahmen rekursiv erneut diese Qualität einzuschätzen und den Problemlösungszyklus auf einer neuen Ebene nochmals zu durchlaufen. Dieser rekursive sogenannte „PDCA-Zyklus“ soll anhand der Schritte „Planen“ (plan), „Veränderungen implementieren“ (do), „diese überprüfen“ (check) und „ein verändertes Vorgehen implementieren“ (act). Er kann auf Klinik-, aber auch auf Stations- oder Versorgungsinstitutions-übergreifender Ebene eingesetzt und angewandt werden. Hierbei soll in einem „Umfassenderen Qualitätsmanagement“ letztlich die gesamte Institution über alle Berufsgruppen und alle Abläufe hinweg betrachtet, Fehler minimiert und die Qualität insgesamt verbessert werden.

Qualitätsmanagement nimmt eine wichtige Schnittstellen- und Querschnittsfunktion in jedem modernen Krankenhaus ein, ersetzt jedoch andere Leitungsfunktionen nicht.

8.3 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Eine wichtige analytische Unterscheidung ist die zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Es gehören für den Bereich der KJPP z. B. zur *Strukturqualität* demografische, finanzielle und materielle Charakteristika der Versorgungsinstitution, ggf. auch der Versorgungsregion, Merkmale der darin verfügbaren personellen und sachlichen sowie finanziellen Ressourcen, der Qualifikation der Berufsgruppen etc.

Regelwerke hierfür sind z. B. die Psychiatrie-Personalverordnung, die gesetzlichen Bestimmungen der SGB V und SGB VIII etc.

Die unten vorgestellten Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dort nach dieser Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geordnet.

Prozessqualität bezieht sich auf fachliche Standards und die Qualität der Behandlungsabläufe, zum Teil wird sie als „Behandlungsqualität“ bezeichnet.

Schließlich beurteilt die *Ergebnisqualität* in einem Ist-Soll-Vergleich die Effektivität und Effizienz der durchgeführten Maßnahmen, es werden Behandlungserfolg, subjektive Kriterien aus Patientensicht (wie die Patientenzufriedenheit) oder die Veränderung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung oder Intervention erfasst.

8.4 Systeme, die einer Qualitätsbeurteilung unterzogen werden können

Um die unten genannten Zertifizierungssysteme KTQ, EFQM und DIN EN ISO9001 besser einordnen zu können sei folgende Unterscheidung eingeführt: eine Untersuchung der Qualität, ein Ist-Soll-Vergleich mit Ermittlung von Verbesserungspotenzialen anhand des PDCA-Zyklus kann sich auf folgende Systeme beziehen (die Unterscheidung orientiert sich an Selbmann 2007):

1. auf ein gesamtes Krankenhaus inkl. aller Untereinheiten und Berufsgruppen etc. (*Unternehmensanalyse*).
2. auf die *Behandlungsqualität* oder Versorgungsqualität im engeren Sinne, nämlich die Zusammenarbeit der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen im Bereich der diagnostischen und therapeutischen sowie rehabilitativen Kernprozesse sowie

3. schließlich auf die Bewertung eines *Qualitätssystems* einer kleineren Untereinheit wie der Apotheke, eines Labors, einer OP-Einheit oder auch eines spezifischen Teams, dies eine Domäne des Verfahrens nach DIN EN ISO9001.
4. die *Versorgungsqualität* einer Region, Prozesse der Zuweisung und des Entlass- und Nachsorgemanagements und der Kooperation
5. Fegert (2004) setzt die Ergebnisqualität explizit mit einer dort zu definierenden *Werteorientierung* gleich, letztlich einer Orientierung am Kindeswohl und der UN- Kinderrechtskonvention.

Die Bewertung der Diskurskultur und der Werteorientierung geschieht explizit z. B. für kirchliche Krankenhäuser im Rahmen des procum-cert-Verfahrens. Eine weitergehende, umfassendere, universalere Werteorientierung erfordert jedoch z. B. die o. g. Orientierung am Kindeswohl, an der Erfüllung ethischer Kriterien wie „Information“ und „Partizipation“ der Patienten und ihrer Angehörigen/ Bezugspersonen, an Mitarbeiterorientierung sowie schließlich am Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer fairen **Kooperations-** und **Diskurskultur**, gerade auch über ggf. vorhandene weltanschauliche/ schulspezifische Differenzen hinweg. Letztlich bleibt die Beurteilung einer weltanschaulichen oder universalen Werteorientierung als häufig kaum zu explizierendes Werturteil einem Peer-Review vorbehalten. Ein gelungenes Projekt dieser Art mit „systemischer“ Wertorientierung ist das ASK-Besuchsprojekt (Höger und Geiken 2006). Auch die in vielen Bundesländern eingerichteten „Staatlichen Besuchscommissionen“ nach P_Sych-KG können den Charakter von Peer-Visitationen erhalten und haben (z.B. in NRW) den zusätzlichen Vorteil, dass Juristen und Patientenselbstorganisationen einbezogen sind.

8.5 Zertifizierung und QM

Ein „Zertifikat“ ist eine schriftliche Bestätigung durch kompetente neutrale Dritte, dass eine Einrichtung bestimmte Anforderungen erfüllt, Zertifizierung ist somit die Tätigkeit der Erteilung des Zertifikates durch diese neutralen Dritten nach bestimmten Regeln.

Es besteht keine *Zertifizierungspflicht* für das interne Qualitätsmanagement einer Institution oder die Institution als Ganzes. Sinnvoll ist eine Zertifizierung jedoch z. B., wenn Mitarbeiter intern motiviert werden sollen, Ergebnisse und Prozesse zu verbessern und/oder das Zertifikat extern sowohl unter Patienten als auch z. B. unter Kostenträgern und anderen Kooperationspartnern bekannt und anerkannt ist.

Das Verfahren der „**European Foundation for Quality Management**“ (EFQM) ist eigentlich ein Bewertungsverfahren des gesamten Managementsystems eines Unternehmens, es stammt aus der europäischen Industrie, erst seit 2002 werden Zertifikate verteilt. Es beinhaltet eine umfassende Messung der Unternehmensqualität in 9 Kriteriengruppen mit 32 Unterkriterien, die o. g. PDCA-Logik wird als sogenanntes „RADAR-Vorgehen“ konsequent eingesetzt. Das Modell liefert ein umfassendes Abbild der Qualität und des Qualitätsmanagements einer Institution als Teil des gesamten Unternehmens, darüber hinaus gehend aber auch des Krankenhausmanagements insgesamt.

Verbreiteter ist mittlerweile das von den Hauptakteuren des deutschen Gesundheitssystems spezifisch für das Krankenhaus, später auch für den ambulanten Bereich entwickelte Verfahren der „**Kooperation für Transparenz und Qualität**“ (KTQ) viel spezifischer die Krankenhausadressaten ansprechen konnte.

Dieses „genuin medizinische Zertifizierungsverfahren“ wurde durch Fragen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie nach einer ersten Fassung für die Somatik spezifiziert. Herausragend daran ist, dass es für den Krankenhausbereich entwickelte inhaltliche Vorgaben für eine „gute Qualität“ setzt. Die Beantwortung der dort gestellten Fragen kann in einer Selbstbewertung erfolgen, oder sie kann zu einer externen Zertifizierung mit Veröffentlichung der Qualitätsberichte nach der Fremdbewertung durch die sogenannten Visitoren führen. Die

Vorteile des KTQ-Systems sind die krankenhausspezifischen Fragen, die Vorgabe von krankenhausspezifischen Mindest-Standards sowie das Identifizieren von Verbesserungspotenzialen, ähnlich wie beim EFQM. Ein weiterer wichtiger Vorteil ist das Vorliegen einer ambulanten Ausformulierung des KTQ-Modells, was die Einbeziehung der Institutsambulanzen ermöglicht. Ein Nachteil ist der zur Erreichung des hohen „Durchdringungsgrades“ (bei der Notwendigkeit der Zertifizierung der Gesamtklinik) hohe Aufwand für alle Subgliederungen einer Klinik mit resultierender langer Vorbereitungszeit.

Das Modell der **DIN EN ISO** Norm 9001, zuletzt überarbeitet 2008, stammt aus der Industrie, es ist ein reines Audit-Verfahren und beurteilt insbesondere die Qualität eines *Qualitätsmanagement-Systems*. Durch die Begrenzung auf das Regelwerk dieses Qualitätssystems, ist das System handhabbar und für Untergliederungen in Kliniken relativ weit verbreitet (43% der Stichprobe von Selbmann 2007). Es zertifiziert nicht Krankenhäuser als ganze, sondern Teilbereiche. In einer Untergliederung mit geringerer Fehlertoleranz ist hier aufgrund der Präzision des Werkzeugs eine sehr weit und tief gehende Erfassung der Prozessqualität möglich (z. B. Labor, OP-Bereiche etc.). Ein Vorteil dieses Zugangs ist die Unabhängigkeit bei der Entwicklung je eigener Prozesse. Mit der jüngst eingeführten stärkeren Ausrichtung auf die Bedeutung der Leitung, auf Resultate und Effizienz ist es für unser Fach deutlich interessanter geworden.

8.6 Qualitätsindikatoren oder -merkmale in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP)

Qualitätsindikatoren oder -kriterien im engeren Sinne sind Kennzahlen, die einen Ist-Soll-Wert-Vergleich und damit eine Qualitätsbeurteilung, bezogen auf ein bestimmtes Merkmal, ermöglichen. Weiter gefasst beschreibt der Begriff Qualitätskriterien oder Qualitätsmerkmale aber auch z. B. das Vorhanden- oder Nicht-Vorhandensein von bestimmten Aktivitäten oder die nicht in einer einfachen Kennzahl zu erfassende komplexe Organisation von Kooperationsbeziehungen etc..

Es wird im Folgenden der Versuch einer Zusammenstellung von Qualitätskriterien vorgenommen, die für das Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aussagekräftig und typisch sind. Diese Auflistung ist einerseits strukturiert nach „Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität“, andererseits heuristisch nach der Möglichkeit, quantitative „Kennzahlen“ bzw. eher qualitative „Merkmale“ zur Beurteilung heranzuziehen.

Ein großer Teil der unten aufgeführten Merkmale ist bezüglich seines Vorhandenseins oder in der Ausprägung abhängig vom lokalen Kontext, von Umfeldvariablen, die vor allem mit der Versorgungssituation vor Ort zusammenhängen, diese Merkmale bedürfen also immer einer umfeldbezogenen Risikoadjustierung: z. B. ist in Kliniken mit fehlenden ambulanten umgebenen Strukturen bei ländlichem Einzugsgebiet und ggf. resultierendem hohem Aufnahme- und Wartezeitdruck eine Situation gegeben, die das Umsetzen der genannten Qualitätsstandards erschweren oder verunmöglichen kann (z. B. das Erreichen von bestimmten Wiederaufnahmeraten, die Anzahl der geschlossenen Unterbringungen, die Differenziertheit der Konzepte etc.). Daher ist eine Anpassung und Erweiterung der Kriterien für jede Institution erforderlich. Auch ist davor zu warnen, quantitative Parameter absolut als Qualitätsindikatoren zu nehmen, beispielsweise ist die Durchschnittsverweildauer für sich genommen kein Maß für die Qualität der Behandlung, sondern muss zu anderen Parametern ins Verhältnis gesetzt werden, und eine niedrige Durchschnittsverweildauer kann durchaus die Qualität senken (vgl. Schepker et al 2003, Remschmidt u. Matthejat 2006). Besonders komplex und schwer zu erfassen ist die Ergebnisqualität (vgl. Remschmidt u. Matthejat 2006).

Eine interne Evaluation setzt zumindest eine disziplinierte Datenerhebung bei möglichst allen aufgenommenen Patienten voraus, wobei häufig Kurzlieger oder Krisenpatienten ausgenommen werden. Wissenschaftlichen Ansprüchen genügt nur eine externe Evaluation, deren Durchführung nicht zuletzt von finanziellen Ressourcen abhängig ist, die Matthejat und

Remschmidt (2006) zufolge je nach Aufwand stationär zwischen 0,4 und 0,7 % der Behandlungskosten ausmacht, im ambulanten Klinikbereich 2,9-8,8 %.

Die folgende Auflistung ist eine erste Zusammenstellung von Parametern, die künftig ergänzt und über mehrere Abteilungen und Kliniken validiert werden muss.

8.7 Qualitative Merkmale

Strukturqualität:

Rahmenbedingungen der Versorgungsregion und des ambulanten Umfelds:

- Größe des Einzugsgebiets/Pflichtversorgungsgebietes, Anzahl von ggf. teilstationären Satelliten-Angeboten, maximale Entfernung zu teil- und vollstationären sowie ambulanten und institutsambulanten Angeboten
- Jugendhilfeeinrichtungs-Dichte der Region, Inobhutnahmestellen, geregelte Kommunikationswege im Notfall
- Struktur der klinischen Versorgung in der Region: Vollversorgung, Clearingsstellen, Überweisung in Erwachsenenpsychiatrien, Angebote regionaler Kinderkliniken
- Struktur der klinischen Versorgung: geschlossene, fakultativ offene oder geschlossene Einheiten, Versorgungsverpflichtung
- Strukturqualität der Jugendhilfe- und Schullandschaft sowie der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung
- Vorhandensein von Spezialstationen für Patienten mit mentaler Retardierung, Suchterkrankungen, Behandlung von jugendlichen forensischen Patienten etc
- Vorhandensein eines Medizinischen Versorgungszentrums bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz; dort behandelte Fallzahlen bezogen auf niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater im Einzugsgebiet der Klinik, Niedergelassene mit oder ohne Sozialpsychiatrie-Vereinbarung im Umfeld
- Kontaktdichte der KJ-PIA bzw. Frequenz der Kontakte im MVZ, dargestellt in Abhängigkeit von lokalen Umfeldbedingungen
- Breite des multiprofessionellen Angebotes in der PIA
- Finanzierung der PIA durch auskömmliche Pauschal- oder Einzelvergütung

Qualifikationen / personelle Ressourcen:

- Multiprofessionelle Personalplanung (Personalanzahl und –qualifikation gemessen an den Behandlungskonzepten und Psych-PV-Anforderungen) über Einsatzmatrix
- Vorhandensein eines eigens für Kinder- und Jugendpsychiatrie verantwortlichen Qualitätsmanagement-Beauftragten und Ankoppelung an die Leitung
- Differenzierte Fachtherapien als Teil des multiprofessionalen Krankenteams nach PsychPV (Ergotherapie, Motopädie etc.)
- Beteiligung an Fachgruppen im Sozialpsychiatrischen Verbund, Bereitstellung von Ressourcen

Kooperationen / Vernetzung / Konfliktmanagement:

- Kooperation und Verträge mit Jugendämtern
- Kooperation und Verträge mit Jugendhilfeeinrichtungen, z.B. zu Abläufen im Krisenfall, individuelle verbindliche Krisenvereinbarungen für einzelne Jugendliche
- Clearingstelle bei Konflikten mit Jugendamt, geregeltes Vorgehen im Konfliktfall mit Jugendamt etc.
- Kooperation und Vernetzung mit Rehabilitationseinrichtungen für schwer chronisch erkrankte Jugendliche, etablierte Wege einer Überleitung
- Kooperation und Vernetzung mit Erwachsenenpsychiatrie und Gestaltung der Übergänge beim Übergang ins Erwachsenenalter

- Existierende Kooperationen mit der Schullandschaft vor Ort
- Existierende Kooperation mit der vorhandenen Klinikschule (Konzept, Prozessmanagement, Besprechungen)
- Kooperationsbeziehungen / Konsil- und Liaison-Strukturen zur lokalen Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie), sowohl stationär als auch ambulant und bilateral
- Interne Vernetzung (Kontakt bei Verlegungen etc.)
- Mitarbeit in regionalen Interessenverbänden durch wesentliche Mitarbeiter
- Kooperationen mit den Gesundheitsämtern, Sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Ärzten/Therapeuten, weiterbetreuenden Einrichtungen, Angehörigen(-gruppen), Selbsthilfegruppen, Hilfevereinen
- Institutionalisierte dokumentierte Treffen mit allen o.g. Kooperationspartnern
- Erkennbarkeit als Institution, die Familien mit Zuwanderungshintergrund behandeln kann (Infomaterialien, Hinweise u.a.m.)

Rahmenbedingungen der nicht personellen Ressourcen:

- Vorhandensein einer Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ im „Sozialpsychiatrischen Verbund“, dafür Ressourcen (zeitlich / personell), von der Klinik zur Verfügung gestellt
- Räumliche Ausstattung: Gemäß PsychPV Teilbarkeit/Differenzierbarkeit der Gruppen in 2 x 5 Plätze
- Vorhandensein von 1- bis 2-Bett-Zimmern
- Vorhandensein von Möglichkeiten, Privateigentum der Patienten sicher aufzubewahren
- Vorhandensein von ungestörten Telefonmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten
- Vorhandensein von Spiel- und Freiflächen, Möglichkeit des Aufenthalts im Freien auch bei Freiheitseinschränkung
- Vorhandensein eigener fachtherapeutischer Räumlichkeiten und Angebote getrennt von der Erwachsenenpsychiatrie
- Ausstattung der Stationen mit EDV-Ressourcen oder mit einem einheitlich geführten Dokumentationssystem
- Verfügbarkeit und Wege zu radiologischen, neurophysiologischen und Labor-Ressourcen

Sonstiges / Forschung:

- Forschungsmöglichkeiten / Ressourcen / Bibliothek

Prozessqualität:

Behandlung:

Behandlung / Leitlinien:

- Umsetzung der Leitlinien der 3 kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften durch Vorträge / Fortbildungen klinikintern, Kontrolle der klinikinternen Leitlinien- Implementierung
- Störungsspezifische psycho-, verhaltens-, familientherapeutische Angebote
- Einsatz des Multiaxialen Systems (MAS) zur Diagnostik in der KJPP. Anzahl der Mehrfachdiagnosen (siehe auch Ergebnisqualität) nach ICD-10
- Schriftliches Konzept für den Einsatz einzelner Standard-Psychopharmaka für die KJPP

Behandlung / Spezifische Therapeutische Angebote:

- Störungsbezogene/ konzeptbezogene Stationen unter Beachtung von Entwicklungsaspekten

- Milieu-Gestaltung und Milieuthherapie
- Einrichtung von störungsspezifischen multiprofessionellen Behandlungsangeboten, -Vorgehensweisen
- Stationsübergreifende Gruppenangebote
- Anzahl spezifischer, störungsbezogener Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche (z. B. ADHS, soziale Kompetenz, Essstörung, etc.)
- Vorhandensein von erlebnispädagogischen / erlebnistherapeutischen Angeboten, Ausbildungs-Stand der Mitarbeiter, Sicherheitsstandards
- Angebot von Abendsprechstunden für Eltern
- Vorhandensein eines Elterntreffs / Elterngruppe, Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Behandlung / Steuerungsfunktion / Behandlungspfade:

- Schriftliches Konzept geplanter Behandlungsabläufe als Vorstufe von Behandlungspfaden
- Vorhandensein einer berufsgruppenübergreifenden strukturierenden Behandlungsplanung bzw. Pflege und Therapieplanung koordiniert und systematisch
- Aufnahmesteuerung und geplante Abläufe bei Regelaufnahmen
- Behandlungspfade zum Umgang mit Suchtpatienten, falls kein eigenes spezialisiertes KJPP Angebot
- Ausformuliertes Konzept für die Belastungserprobung mit Rückmeldesystem zum Transfer der psycho- und verhaltenstherapeutischen Inhalte in das familiäre Setting
- Vorhandensein eines Deeskalationstrainings bzw. eines Trainings zum Umgang mit potentiellen Situationen, in denen Zwangsmaßnahmen angewendet werden müssen

Behandlung / Prozessmanagement (PM) im eigentlichen Sinne und Fehlerminimierung:

- Vorhandensein von schriftlichen differenzierten Stationskonzepten
- Vorhandensein eines Risiko-Managementsystems bzw. eines Systems zur Meldung besonderer Ereignisse, inklusive Vorgehen zur Hilfe für betroffene Mitarbeiter
- Insbesondere Meldesystem für Suizidversuche, Selbstverletzungen, Suizide und Vorgaben zum Umgang mit solchen Krisen
- Konzeptuelle schriftliche Sicherung einer Möglichkeit der Überbelegung bzw. Prozessmanagement bei Überbelegung KJPP
- Vorgehen Medikamentenausgabe durch die Erzieher/ Erzieherinnen im Pflege- und Erziehungsdienst der KJPP

Werteorientierung / Rechtssicherheit:

- definiertes, schriftlich festgehaltenes Vorgehen bei Freiheitseinschränkungen / Freiheitsentzug / Unterbringung sowie zum Thema Prophylaxe kritischer Situationen/Risikomanagement
- Enge Einbeziehung von Verfahrenspflegern, Sicherstellung der Partizipation der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen unter Achtung der kindlichen Rechte und der Rechte der Sorgeberechtigten auch und gerade bei freiheitseinschränkenden oder -entziehenden Maßnahmen; Fixierung der festgelegten Schritte zur Dokumentation der Aufklärung und Überwachung innerhalb Landesrechts
- Prozessmanagement bei Freiheitseinschränkung/ Freiheitsentzug/ Unterbringung
- Vorhandensein von Aufklärungsbögen für Kinder und Jugendliche und Eltern / Bezugspersonen, (v.a. für alle „off-label“ benutzten Medikamente in der KJPP)
- Vorhandensein von mehrsprachigem Aufklärungsmaterial
- Vorhandensein eines Bezugspflegesystems
- Systematische Besprechungsmöglichkeiten individueller Behandlungs- und Therapieziele zur Behandlungsplanung, ggf. zur Weiterentwicklung mit den Patienten
- Möglichkeit individueller Patientenvereinbarungen für den Fall einer Wiederaufnahme
- Beschwerdemanagement, Patientenfürsprecher-Erreichbarkeit

QM System inkl. Personalentwicklung:

- Einsatz der kinder- und jugendpsychiatrischen BADO der 3 KJPP-Fachgesellschaften; vorhandene zeitnahe Auswertungsmöglichkeit dieser Daten, Darausimplementierung von Maßnahmen auf klinischer und/oder Management-Ebene
- Benchmarking-Projekte mit anderen Kliniken mit BADO-Daten oder darüber hinausgehend
- Durchgeführte Zertifizierung mit einem anerkannten Verfahren
- Vorhandensein eines anerkannten Qualitätsmanagementsystems mit dem Ziel einer Selbstbewertung bzw. externer Zertifizierung/Autidierung
- Existiert ein Klinik-Leitbild, ist es KJPP-spezifisch, ist es den Mitarbeitern bekannt?
- Über die Finanzierung des Anteils Kinder- und Jugend-Psychotherapie in der Facharztausbildung „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ durch den Träger hinausgehende Finanzierung, z. B. von Selbsterfahrungsanteilen, Freistellungsregelung etc.
- Curricular organisierte Fortbildungsinhalte aller facharztrelevanten Themen, auch über o. g. Psychotherapieanteile hinausgehend
- Dokumentierte jährliche „Weiterbildungsgespräche“
- Individuelle, berufsgruppenübergreifende Fortbildungs- und Personalentwicklungsplanung mit Ressourcenzuteilung (finanziell und zeitgleich)
- Klinikinterne Fortbildungsangebote, Berufsgruppen-spezifisch und Berufsgruppen-übergreifend
- Mitarbeitergespräche
- Vorhandene spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Fachzeitschriften und Bücher in Bibliothek vor Ort, Erreichbarkeit, Öffnungszeiten

Ergebnisqualität:

Erreichte Patientenorientierung

- Regelmäßig durchgeführte Zufriedenheitsbefragungen (Patienten), nicht nur für Jugendliche und Kinder, adäquat mit spezifischen Fragebögen, sondern auch für Eltern / Bezugspersonen z. B. aus Jugendhilfeeinrichtungen (z. B. FBB (vgl. Mattejat u. Remschmidt 1998), BEST-KJ (vgl. Konopka et al 2004).
- eingegangene und abgeholte Beschwerden

Effektivität / Effizienz / Partizipation:

Prä – Post Vergleiche

- Katamnestiche Befragungen
- Einsatz von Fragebögen die zusätzlich zu kategorialer Diagnostik und symptombezogenen Fragebögen die Lebensqualität erfassen
- Erheben von symptombezogenen Fragebögen wie CBCL, YSR oder SDQ, über die Routine-ICD-10 Diagnostik hinaus (Möglichkeit von prä- / post Vergleichen)
- Vorhandensein von Protokollen über Vernetzungs-Treffen

Sonstiges:

- Vorhandensein von Zufriedenheitsbefragungen (Mitarbeiter, Umfeld)
- Vorhandensein von Schulberichten, fachtherapeutischen Zusatzberichten für die Entlassberichte

8.8 Quantitative Qualitätsmerkmale in der KJPP

Strukturqualität:

Rahmenbedingungen der Versorgungsregion:

- Verhältnis von teilstationären zu vollstationären Plätzen
- Verhältnis der Unterbringungen nach § 1631 b BGB im Vergleich zu Unterbringungen nach dem Landeskrankenhaus-Gesetz bzw. zu Aufnahmen insgesamt. Anzahl ggf. zur Begutachtung untergebrachter Jugendlicher
- Anteil Patienten mit Zuwanderungshintergrund relativ zum Bevölkerungsanteil im Einzugsgebiet

Rahmenbedingungen der nicht personellen Ressourcen:

- Kumulierte Verweildauer pro definiertem Zeitraum
- Anzahl an Notfall- und Krisenaufnahmen relativ zu allen Aufnahmen

Durchschnittliche, stations- und ambulanzenbezogene Wartezeit

Abbruchquote: Ambulant, teil- und vollstationär durch Patienten

Anzahl Entlassungen gegen ärztlichen Rat aus Tagesklinik oder Station durch Eltern/Bezugspersonen

Disziplinarische Entlassungen / Behandlungsbeendigungen durch Therapeuten-Teams

Ressourcen, die für QM eingesetzt werden (Geld / Stellen)

Qualifikationen / personelle Ressourcen:

- PsychPV-Umsetzungsgrad
- Messung von Fluktuation und Kontinuität des Personals (auch stationsbezogen)
- Facharztquote, Quote an Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Quote an Fachkräften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Anzahl ärztlicher Zusatzweiterbildungen, Anzahl Ärzte für KJPP mit forensischer Weiterqualifizierung, Anzahl von anderen Fachärzten, z. B. für Pädiatrie etc. in der Abteilung
- Anteil männlicher und weiblicher Mitarbeiter in allen Berufsgruppen
- Anzahl von Mitarbeitern mit nichtdeutscher muttersprachlicher Kompetenz in allen Berufsgruppen (hilfsweise: Zugang zu leicht erreichbarem Dolmetscherdienst für x Sprachen)
- Anteil eingesetzter Erzieher/Erzieherinnen im Bereich des Pflege- und Erziehungsdienstes im Vergleich zum Anteil eingesetzter Krankenpflegekräfte
- Ausrichtung von Berufsgruppen-übergreifenden Fachtagungen
- Ausgaben für Weiterbildungs- und Qualifikationsmaßnahmen
- Erfassungsquoten bei inhouse-Schulungen

Bezogen auf die institutionellen Voraussetzungen, Patienten mit Migrationshintergrund zu behandeln, findet sich eine Checkliste bei Schepker und Toker (2008).

Prozessqualität:

Behandlung:

Behandlung / Steuerungsfunktion / Behandlungspfade:

Zahl der Vorgespräche vor voll- oder teilstationärer Aufnahme

Zahl der von niedergelassenen direkt eingewiesenen Patienten

Behandlung / Werteorientierung / Rechtssicherheit / Partizipation:

- Anzahl und Dauer zwangs- bzw. freiheitsbeschränkender Maßnahmen
- Schulung prozentual welcher Mitarbeitergruppen in Deeskalationsverfahren

- Anzahl ggf. forensisch/mit Freiheitsentzug zeitweise in der KJPP untergebrachter Patienten im Vergleich zur Gesamtzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Plätze

Behandlung / Leitlinien:

- Anzahl interner Leitlinien

Anzahl Behandlungspfade

Verfahren zur regelmäßigen Revision von Standards und hausinternen Leitlinien

Behandlung / Koordination:

Zeitmanagement in Visiten, Besprechungszeit und –turnus je Patient

Ergebnisqualität:

Erreichte Patientenorientierung:

Zahl der Vorgespräche vor voll- oder teilstationärer Aufnahme im Verhältnis zur Notfallaufnahmequote

Durchschnittliche Wartezeit, stations- und ambulanzenbezogen, tagesklinisch, Anzahl der Angebote zur Übergangsbetreuung

Effektivität / Effizienz:

Differenzierte, stationsbezogene Verweildauer (Alters- und Entwicklungsgesichtspunkt), Mittelwerte mit Standardabweichung / Median

Kumulierte Verweildauer pro definiertem Zeitraum

- Abbruchquote: ambulant, teil- und vollstationär

Durchschnittliche Dauer, bis Arztbrief geschrieben und versandt, Anzahl der im bestimmten Zeitraum geschriebenen Arztbriefe

Befragungshäufigkeit Zufriedenheit von Mitarbeitern, Einweisern, Patienten, Angehörigen

Erreichte Werte und Trends in den Zufriedenheitsbefragungen

Zeitpunkt und Häufigkeit der ambulant fest vereinbarten Nachfolgetermine intern oder extern

Dauer bis zum Beginn einer Jugendhilfemaßnahme nach Kontakt zum Jugendamt

- Dauer bis Indikationsstellung, dass jugendhilfliche Maßnahmen angezeigt sind
- Effektstärken in Vergleichswerten vor-, nachher (z.B. CBCL/YSR, Achse VI MAS), Effizienz über Katamnesen zumindest in Teilbereichen nachweisbar

Sonstiges:

- Anzahl der Mehrfachdiagnosen auf der 1. Achse des Multiaxialen Systems zur Diagnostik in der KJPP (als Indikator für Diagnosegenauigkeit und Störungsschweregrad)
- Anzahl positiver öffentlicher Auftritte / Zeitungsberichte etc. in der Region

8.9 Beachtenswertes im QM Prozess

Bei weitgehendem Konsens über die Notwendigkeit Qualität erhaltender oder verbessernder Prozesse kann QM weder Führung und Leitung ersetzen noch darf QM zum Selbstzweck werden.

Zu beachten ist eine erhebliche Ressourcenbindung durch QM- und Zertifizierungsprozesse, die durch externe Anbieter mit ökonomischem Eigeninteresse erfolgen. Jedoch ist in aller Regel der Gewinn durch eine – zunächst personalintensive – systematische Analyse der Institution hoch, sofern deren Ergebnisse in die alltägliche Praxis auf jeder Ebene zurückfließen.

ßen. Ob QM-Maßnahmen langfristig zu Entlastungen führen, wird auch davon abhängen, ob der Aufwand von Rezertifizierungsprozessen verglichen mit dem sich hieraus ergebenden Gewinn vertretbar ist.

QM verfehlt das Ziel wenn im Gefolge eines erwünschten „Durchdringungsgrades“ Prozesse in der gesamten Institution gleichgeschaltet werden. Hier ist es Aufgabe der dualen Abteilungs- oder kinder-/jugendpsychiatrischen Klinikleitung, für den Erhalt der Spezifika einzutreten. Ebenso fehlt QM, wenn engagierte Mitarbeiter Eigeninitiativen angesichts einer erfahrenen Kontrolle unter dem Deckmantel von QM aufgeben. Meinungsvielfalt und Pluralität und dem spezifischen therapeutischen Milieu adäquate Stationskulturen sollten nicht „zentral übersteuert“ werden.

Wuchernde Dokumentations- und Evaluationstätigkeiten im Rahmen des „Qualitätsmanagements“ sind kein Selbstzweck, sondern müssen regelmäßig auf ihre Funktionalität überprüft werden. Das erfordert eine regelmäßige Revision von „Qualitätshandbüchern“ auf der Station, Sichtung der eingesetzten Instrumente und Formulare und ein obligates Feedback der Ergebnisse. QM-Prozesse sollen und dürfen auch als „nicht mehr relevant“ oder „erledigt“ beendet werden. Stets ist zu prüfen, ob Nutzen und Schaden aufwendiger bürokratisch erscheinender Verfahrensregulierungen in einem sinnvollen Verhältnis zu sich wandelnden Zielsetzungen stehen.

Veröffentliche Qualität und gelebte Qualität sind nicht immer identisch, sollten sich aber dicht beieinander halten. Der Verantwortung von Leitungen obliegt es, im QM erfüllbare Zielsetzungen anzustreben – Diskrepanzen zwischen Selbsteinschätzung und der Bewertung der Visitoren im Rahmen von Zertifizierungen sind hierbei äußerst hilfreich..

QM Prozesse müssen sich damit selbstverständlich einem kontinuierlichen Reflektionsprozess unterziehen, wenn sie psychosoziales Wachstum unterstützen wollen.

Nachwort

9 Literatur

- Adam, H. (2009): Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58(4): 244-262
- Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hg.) (2007) Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Alessi N (2002): Quality of Care At Stake Letter to the Editor. *Psychiatric News* January (4), Volume 3 Number 7 American Psychiatric Association, 2002: 28.
- Amerbauer, M. (1998). Erste Schritte in der Philosophie Einheit 6 Zugänglich unter: <http://www.ubs.sbg.ac.at/people/Philo6.pdf>.
- Arbeitskreis Schule und Psychiatrie SchuPs (2007) www.schule-und-psychiatrie.de
- Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (2004): Stationärer Versorgungsbedarf in der „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie“ sowie „Psychotherapeutische Medizin“. http://www.aekno.de/htmljava/b/planung/krankenhausplan_themen.htm#psychiatrie.
- Averbeck B, Hermans BE (2008): Vom Wagnis der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 26 (3).
- Barkmann C, Schulte-Markwort M (2004) Prävalenz von emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax.* 31:278-87.
- Barkmann C (2003): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein epidemiologisches Screening. Verlag Dr. Kovac Hamburg.
- Bartfeld B., Holtkamp J., Pfannschmidt T., Rössmann R., Scheuer E., Can Sipa, S., Vasen R (2008): Der Vernetzungsgedanke bei der Behandlung von Schülerinnen mit psychischen Störungen am Beispiel einer Tagesklinik. In: Steins G (Hrsg.): *Schule trotz Krankheit. Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen*. Pabst Science, Lengerich pp, S. 297-315.
- Berger E. (2003): Welchen ethischen Grundsätzen folgt die Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: Lehmkühl U. (Hrsg.): *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Vandenkoeck & Ruprecht.
- Berliner Kooperationspapier, Stiftung SPI Sozialpädagogisches Institut Berlin, Krisenstelle Jugendhilfe, Polizei (2006).
- Blanz, B.; Remschmidt, H.; Schmidt, M. H.; Warnke, A. (2005): *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychologisches-pathologisches Lehrbuch*. Schattauer.
- Bregman, J. D. (1991): Current developments in the understanding of mental retardation. Part II: Psychopathology. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 861-872.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg, 1998). Band 3: *Gesundheit von Kindern. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Köln: Epidemiologische Grundlagen.
- Buscher, M.; Häßler, F.; Hennicke, K.; Roosen-Runge, G. (2006): *Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen und schweren Lernbehinderungen - Positionspapier der Gemeinsamen Kommission der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachverbände BAG, BKJPP und DGKJP*.
- Caplan (1964) in Lohaus A. (1993): *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. DAKJ (Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) (2002): *Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie / Neuropädiatrie / Sozialpädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. *Monatsschr. Kinderheilkd* 150, 545-546.
- Darios S, Hellwig I, Schrapper C (2001): *Krisenintervention, Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz* Koblenz, Eigenverlag des ISN.
- Denner, S.; Schmeck, K. (2005): *Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Vorschulalter*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 4: 307–17.
- Deutscher Bundestag (2009): Drucksache 16/11551. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/115/1611551.pdf>.
- Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg. 2007): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 437 – 450.
- Eggers, C.; Fegert, J.; Resch, F. (Hg.) (2004): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer.
- Eikenbusch, G., Spitzcok von Brisinski, I. (Hg.) (2007): *Jugendkrisen und Krisenintervention in der Schule*. Hamburg: Bergmann+Helbig Verlag.
- Elz, J. (2004): *Sexuell deviante junge Menschen – zum Forschungsstand*. Informationszentrum Kindermisshandlung/Kindervernachlässigung. *IKK-Nachrichten* 1-2, 2-6.
- Erkennen-Bewerten-Handeln: *Zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland*.
- European Commission (1996): *Helios II Programme: Functional Rehabilitation; Supporting persons with mental retardation*. Bruxelles, European Commission.
- Fegert J., Schepker R. (2009) Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht* 82 (2): 60-67
- Fegert JM, Roosen-Runge G, Thoms E, Kirsch U, Kölch M Meysen T (2008): *Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften*. *Das Jugendamt* 81(4): 177-186

- Fegert, J.M. (2004): Qualitätssicherung und ethische Fragen. in: Eggers, C. / Fegert, J.M. / Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalter, Springer, Berlin, S. 225-241.
- Feinstein, C.; Reiss, A. L. (1996): Psychiatric disorder in mentally retarded children and adolescents: The challenges of meaningful diagnosis. *Mental Retardation* 5, 827-852, fetz@charite.de.
- Frey, H. (2008): Was ist eine Schule für Kranke? In: Steins G (Hrsg.): Schule trotz Krankheit. Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen. Pabst Science Publ., Lengerich pp, S. 128-154.
- Gerth U (2004): Erziehungsberatung. Möglichkeiten und Grenzen der hilfen für „besonders Schwierige“in: Fegert M: Handbuch für Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie Juventa 119-124.
- Gruber, T. (2004): Ratgeber für den Umgang mit sexuell auffälligen Jungen. erkennen · verstehen · handeln. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Haessler, F., Schepker, R. (2007): Maßregelvollzug für Jugendliche. In Klosinski, G. (Hg): Begutachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 48-65.
- Hartmann, H. (1997): Zehn Jahre Eltern-Kind-Station: ein Angebot für Eltern und ihre gestörten und/oder behinderten Kinder: Vergleich zweier Phasen und Therapieschwerpunkte. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46, 145-164.
- Helmchen, H (2005): Ethische Herausforderungen der Psychiatrie, *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2005; 6 (3), 22-28.
- Hennicke K, Buscher M, Häßler F, Roosen-Runge G: Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und schwerer Lernbehinderung. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Kommission der Fachverbände. 2009
- Hepfer K (2008):. Philosophische Ethik, V&R, Göttingen.
- Hurrelmann K, Andresen S und TNS Infratest Sozialforschung (2007) Kinder 2007. 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Höger, C./Geiken, G. (2006): Praxen und Kliniken im Dialog – Das Besuchprojekt der Arbeitsgemeinschaft für Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Kontext* Bd. 37, Heft 3, S. 261-274.
- IGES Berlin (2007): Gutachten zur Psychiatrischen Versorgung in Hessen.
- Ihle W, Esser G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch* 53: 159-169.
- International Organization of Migration. (IOM). (2004). *Migration Health Annual Report 2003*. Geneva: IOM.
- Junglas J (2003): Ethik in der Kinder-und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie 9. rap bonn 26.9.2003 zapp-online 9.
- Jungmann J, Roosen-Runge G (2004): Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, Shaker Verlag.
- Jungmann J (2007): Entwicklung effektiver Organisationsformen zur interdisziplinären Hilfeplanung, Entwicklung und Begleitung von Angeboten zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule. Freistaat Sachsen.
- Konopka, L./Keller, F./Naumann, A. (2004): Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Fegert, J.M./Schrappner, Ch. (Hg): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Juventa Verlag Weinheim und München, 413-417.
- Krüger, D.; Romer, G. (2007): Schule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine Herausforderung an die Erziehungswissenschaft. http://www.schule-und-psychiatrie.de/dateien/schule_kjp.htm.
- Kubik, E. K.; Hecker, J. E.; Righthand, S. (2002): Adolescent females who have sexually offended: comparisons with delinquent adolescent female offenders and adolescent males who sexually offend. *J Child Sex Abus* 11, 63-83.
- Kultusministerkonferenz (1998): Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998. www.kmk.org/doc/beschl/krank.pdf
- Kultusministerkonferenz (2000): Empfehlungen zu Erziehung und Unterricht von Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.06.2000. www.kmk.org/doc/beschl/autis.pdf.
- Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg.) (2005) Psychiatrie-Personalverordnung (5. Auflage) Kohlhammer, Stuttgart.
- Landesprogramm gegen Sucht NRW AG 32 (2003a): Rahmenkonzept „Qualifizierter Entzug für Kinder und Jugendliche“. <http://www.lvr.de/gesundheitsleistungen/koordinationsstelle+sucht/entzugrahmenkonzept2003endfassung.pdf>.
- Landesprogramm gegen Sucht NRW Arbeitsgruppe 32 „Verbesserung der Versorgung minderjähriger Suchtkrankender“ (2003b): Zwischenbericht zur Versorgungssituation in der Entzugsbehandlung behandlungsbedürftiger Minderjähriger und Heranwachsender. <http://www.lvr.de/gesundheitsleistungen/koordinationsstelle+sucht/zwischenberichtaktuellsteendfassung2003.pdf>
- Landtag Nordrhein-Westfalen 13. Wahlperiode Information 13/1208 vom 14. Oktober 2004, www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/1.5/PBGD/Archiv_Veroeffentlichungen_der_13.WP/Massregelvollzug/Massregelvollzug_-_Lndervergleich,_Okt2004.pdf.
- Lehmkuhl, G.; Spitzcok von Brinsinski, I.; Warnke, A. (2004): Editorial „Qualitätsstandards in der Fort- und Weiterbildung“. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32 (1), 2004, 3–4.
- Lehmkuhl, G.; Döpfner, M.; Plücker J.; Berner, W.; Fegert, J.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F. (1998): Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatische Beschwerden bei vier- bis zehn-

- jährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern - ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Z Kinder Jug-Psych* 26: 83-96.
- Maio G. (2007): Die moderne Dienstleistungsmedizin auf ethischem Prüfstand *Schweizerische Ärztezeitung* (88): 49.
- Marckmann G (2000): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? *ÄBW* 12/2000; online: <http://homepages.uni-tuebingen.de/georg.marckmann/Prinzipienethik2000.pdf>.
- Matson, J. L.; Barrett, R. P. (Eds.) (1993): *Psychopathology in the mentally retarded*, 2nd edition. Allyn & Bacon, Boston, Massachusetts.
- Mattejat F, Lisofsky B (2003): Nicht von schlechten Eltern. *Kinder psychisch Kranker*, Bonn Psychiatrie Verlag.
- Mattejat, F. (2000): Familientherapie. In: Remschmidt H (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*, 3. neu bearb. und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme, 375 –382.
- Mattejat, F./Remschmidt, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Heft 23, S. 71-83.
- Mattejat, F./Remschmidt, H. (1998): Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung. Göttingen.
- Mattejat, F./Remschmidt, H. (2006): Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 34, 445-454.
- McLaren, J.; Bryson, S. E. (1987): Review of recent epidemiological studies of mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology. *American Journal of Mental Retardation* 92, 243-254.
- Merchel J (2004): Jugendhilfeplanung in Fegert M, Schrappner C: *Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie* 69-77.
- Neuhäuser, G.; Steinhausen, HC. (Hg.) (2003): *Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*. Kohlhammer, Stuttgart, 3. Aufl.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2005): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) - Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen*. Eigendruck.
- Nowara, S.; Pierschke, R. (2005): Abschlussbericht des Forschungsprojektes: Erzieherische Hilfen für jugendliche Sexual(straf)täter, hg. Vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW.
- Phillips, J. M.; Kwon, H.; Feinstein, C.; Spitzcok von Brinsinski, I. (im Druck): *Geistige Behinderung*. In: G. Lehmkuhl, F. Poustka, H. Steiner (Hg.) *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Pies S: *Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie aus der Perspektive ihrer Adressaten*; Darios S, Hellwig I, Schrappner C: (2001), 76-93.
- Ravens-Sieberer U.; Schulte-Markwort, M.; Bettge, S.; Barkmann, C. (2002): Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey*. *Gesundheitswesen* 64: 88-94.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2006): *Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie). Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. http://www.rki.de/clin_048/nn_197060/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsurveys/Kiggs/KiGGS__Abstracts.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS_Abstracts.pdf.
- Rehmann-Sutter C (2002): *Ethik in den Biowissenschaften*, Uni Nova (Wissenschaftsmagazin der Universität Basel) 90.
- Reijneveld, S. A.; Brugman, E.; Hirasing, R. A. (2001): Excessive Infant Crying: The Impact of Varying Definitions. *Pediatrics* 108(4):893-897.
- Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F (2001): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Hans Huber Verlag, Bern
- Remschmidt, H (2004) *Psychosomatische Erkrankungen*. In Reinhardt, D (Hrsg.) *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. 7. Auflage, Springer, Berlin, S. 1813-1824.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (2006): Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 34, 455-464.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M. H.; Poustka, F. (Hg.) (2006): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. 5. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Roeleveld, N.; Zielhuis, G. A.; Gabreels, F. (1997): The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. *Dev Med Child Neurol* 39(2):125-32.
- Rothenberger, A. (2005): Auf dem Weg zu einer «Europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie». *Z Kinder- und Jugendpsychiatr* 33 (4), 255-257.
- Rotthaus, W. (1998): *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 2. Aufl. Dortmund: modernes lernen.
- Schepker, R.(2002): *Jugendpsychiatrische Suchtstationen - notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von Jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51, 721-735.
- Schepker, R., Grabbe, Y., Jahn, K. (2003): *Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen im Längsschnitt – gibt es eine Verweildaueruntergrenze in der stationären Therapie?* *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52, 338-353.
- Schepker, R., Lippert, H.-D., Kölch, M., Fegert, J.M. (2007): *Fragwürdigkeit eines Gerichtsurteils zur Antidepressiva-Verordnung bei Jugendlichen*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35 (3), 207-212.
- Schepker R, Toker M (2008) *Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Schlack, H. G. (2002): Intelligenzmindering. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/071-002.htm>.
- Schmid, W (1999): Philosophie der Lebenskunst, Suhrkamp TB, 3. Aufl 1999, 60-71.
- Schmitt, F. (1999): Berufsbild Lehrerin/Lehrer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Entwurf eines Paradigmas der Normalität. In: Harter-Meyer, R.; Schulte-Markwort, M.; Riedesser, P. (Hg.) (1999): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: LIT Verlag, 59-72.
- Schröder, S.; Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2005): Konzept zur stationären Behandlung von Eltern-Kind-Interaktionsstörungen. In: Resch, F. (Hg.) Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie (DGKJP) in Heidelberg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schulte-Markwort M, Lehmkuhl U (2005) Editorial. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 33, 75-76.
- Schumacher, M. (2004): (Sexuelle) Gewalt wird auch von Frauen und Mädchen ausgeübt. Informationszentrum Kindermisshandlung/Kindernachlässigung. IKK-Nachrichten 1-2, 23-26.
- SDQ, Goodman (1997): The Strength and Difficulties Questionnaire : A Research Note . Journal of Child Psychology and Psychiatr. 38 581-586.
- Seidel, M. (2005): Stationär-psychiatrische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung – ein spannungsgeladenes Thema. In: Michael Seidel (Hg.): Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) Band 10, Berlin, 4-11.
- Selbmann, H.-K. (2007): Ein Zertifikat allein schafft kein Vertrauen – Vom Sinn und Unsinn der Zertifizierung im Krankenhaus. Arzt und Krankenhaus, Heft 10, S. 3-6.
- Simonoff, Emily, Pickles, Andrew, Chadwick, Oliver, Gringras, Paul, Wood, Nicky, Higgins, Siobhan, Maney, Julie-Ann, Karia, Nisha, Iqbal, Huma & Moore, Anne (2006): The Croydon Assessment of Learning Study: Prevalence and educational identification of mild mental retardation. Journal of Child Psychology and Psychiatry 47 (8), 828-839.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003): Tagesklinische und vollstationäre Diagnostik und Behandlung bei ADS und ADHS/HKS – Aspekte der Indikation und Verweildauer. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 13, Heft 1, 48-60.
- Spitzcok von Brisinski, I.; Gruber, T.; Hinrichs, G.; Schaff, C. (2006b): Sexuell delinquentes Verhalten. In: Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Spitzcok von Brisinski, I.; Gruber, T.; Hinrichs, G.; Köhler, D.; Schaff, C. (2006a): Diagnostik und Therapie sexuell delinquenten Verhaltens bei Jugendlichen. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 16(3), 58-83.
- Spitzcok von Brisinski, I.; Kleemann, J. (2003): Eltern-Kind-Station: Indikationen, therapeutische Konzepte und Erfahrungen. In: Lehmkuhl, U. (Hg.) Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 122.
- Spitzcok von Brisinski, I.; Schaff, C.; Schepker, R.; Schulte-Markwort, M. (2006): Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U4 bis U9. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 16(2), 7-60.
- Städt. Schule für Kranke in der Universitätsklinik Köln (2007): www.kjp-uni-koeln.de/klinikschole.php
- Statistisches Bundesamt (1992-2008): Fachserie 12 – Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser und Fachabteilungen, Diagnosedaten. www.destatis.de/Publikationen.
- Stockwell F.(2002): Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege. Huber, Bern.
- Teuber, K. (2002): Migrationssensibles Handeln in der Kinder- und Jugendhilfe. Im sozialpädagogischen Institut im SOS Kinderdorf e.V. Herausgeber Migrantenkinder in der Jugendhilfe München.
- Teuber, K: (2002) Migrationssensibles Handeln in der Kinder- und Jugendhilfe). Im sozialpädagogischen Institut im SOS Kinderdorf e.V. Herausgeber Migrantenkinder in der Jugendhilfe München.
- Thielemann, U. (2002) : Ethik – Was ist das eigentlich?, via europa. The multilingual review for the future managers of Europe, Nr. XII (Mai 2002), S. 6-9.
- Thoms, E. (2004): Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte der Sucht. In: Dauderer M: Drogenhandbuch. 32. Erg.-Lfg. 12. ecomed Verlag, Landsberg.
- Thoms, E., Schepker, R.(2009): Arbeitspapier des Vorstands der BAG zur Stationären Psychosomatik für Kinder und Jugendliche. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie 2009 (1), 88-97
- Thun-Hohenstein, L (2001) Kinder- und Jugend(neuro)psychiatrie an Kinder- und Jugendabteilungen. In: R. Frank & B. Mangold (Hrsg.), Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen (S. 19-26). Stuttgart: Kohlhammer.
- Trojan A (1999): Kommunale Gesundheitspolitik. In: Wollmann et al. Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. Opladen 780-800.
- van Brederode, M. (2005): Konzeptionelle Vorstellungen des Landschaftsverbandes Rheinland zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Michael Seidel (Hg.): Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) Band 10, Berlin, 54-68.

- von Hofacker, N.; Barth, R.; Deneke, C.; Jacubeit, T.; Papousek, M.; Riedesser, P. (2003): Regulationsstörungen im Säuglingsalter. In: Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 2. überarbeitete Auflage.
- Wallmeier J, Dreistein E: Kooperation und Koordination zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Jugendhilfe, das Dortmunder „KuK-Projekt“. Forum Erziehungshilfe, 7 , 5 313-317.
- Walters, A. S.; Feinstein, C. B.; Barrett, R. P. (1997): Borderline intellectual functioning and mild mental retardation. In: Noshpitz, J. D. (Ed.): Handbook of child and adolescent psychiatry, volume 4: Varieties of development, 389-396. John Wiley & Sons, New York.
- Warnke A, Fegert J, Wewetzer C, Remschmidt, H (2008): Ethische Fragen in der Kinder und Jugendpsychiatrie in: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M :Warnke A. Entwicklungspsychiatrie, 2. Auflage. Schattauer, 471-486.
- Wiedhof K, Diepold I, Fegert JM (2004): Patienteninformation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Fegert JM: Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie Juventa.
- Wiefel, A.; Titze, K.; Kuntze, L.; Winter, M.; Seither, C.; Witte, B.; Lenz, K.; Grüters, A.; Lehmkuhl, U. (2007): Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0 bis 5 Jahren. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 56, 59-81.
- Wiesner R. (Hg.): SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, 3. Aufl. München, Verlag C.H. Beck.
- Wittchen, H.-U. (2000): Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Bundesgesundheitsurvey 98): Anlagen zum Schlussbericht. München: Max Planck Institut für Psychiatrie.
- Wolke D, Rizzo P, Woods S. (2002): Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. Pediatrics 109(6):1054-1060.
- Zero To Three (2005) Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC: 0-3R.Washington, DC: National Center for Infants, Toddlers and Families.

Weitere Informationen:

Der demographische Wandel in Deutschland:

http://www.bmi.bund.de/nn_882848/Internet/Navigation/DE/Themen/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsentwicklung_node.html_nnn=true

Informationen zur integrierten Versorgung in der Psychiatrie (Stand 13.10.2007)

http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/aktuell/integrierte_versorgung/iv-projekte-dgppn-2007.pdf

www.netzwerk-kinderschutz.de

www.sdqinfo.com

www.traumanetz-sachsen.de

www.zentrales-adhs-netz.de

www.nakos.de (Selbsthilfe)

www.kinderpsychiater.org (mit vielen weiteren links!)

Kontakt

Prof. Dr. med. Renate Schepker

ZfP Südwürttemberg

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters

Weingartshofer Str. 2

88214 Ravensburg

Tel.: 07 51 – 76 01-2302

Fax: 07 51 – 76 01-2121

E-Mail: renate.schepker@zfp-zentrum.de

Helge Treiber

1. Vorsitzender BAG-PED

Geschäftsführer und Ltr.Pflege-und Erziehungsdienst

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wichernstift gGmbH
Oldenburger Str. 333
27777 Ganderkesee
Tel. 04221/ 852-0
E-Mail: treiber@wichernstift.de