

Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den Landespsychiatriebeirat Berlin

Stand 25.11. 2008

Federführend: H. Naumann, Dr. Oliver Bilke

Gliederung

- 1. Einleitung**
- 2. Ergebnisse der Arbeitsgruppe und des Expertenhearings**
 - 2.1 Spezifische Patientengruppen**
 - 2.1.1 Frühe kindliche Anpassungsstörungen**
 - 2.1.2 Kinder chronisch kranker Eltern**
 - 2.1.3 Traumatisierte Kinder und Jugendliche**
 - 2.1.4 Patienten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen**
 - 2.1.5 Schwere Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne**
 - 2.1.6 Psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche**
 - 2.1.7 Geistig behinderte Patienten**
 - 2.1.8 Patienten mit Migrationshintergrund**
 - 2.1.9 Kinder und Jugendliche mit Suchtsstörungen**
 - 2.1.10 Junge Erwachsene**
- 3. Zusammenfassung**
 - 3.1 Basisversorgung**
 - 3.2 Besondere Patientengruppen**
 - 3.3 Handlungsempfehlungen**
 - 3.3.1 Basisversorgung**
 - 3.3.2 Besondere Patientengruppen**
 - 3.3.2.1 Langzeitbehandlung und stationäre Psychotherapie**
 - 3.3.2.2 Patienten mit schweren Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne sowie weiterer Komorbidität**
 - 3.3.2.3 Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Erkrankungen**
 - 3.4 Gesamtsicht**
- 4. Fachliche Limitationen**

1. Einleitung

Die Zeitvorgaben der Krankenhausplanung machen es erforderlich, dass die AG KJPP zu diesem Vorhaben eine erste Teil - Stellungnahme vorlegt. Diese ist deshalb aus dem Auftrag der Gesamteinschätzung der aktuellen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Angebotssituation herausgelöst und wurde vordringlich bearbeitet. Als Bezugspunkte der Bewertung kommen darin die rein gesundheitsbezogenen Parameter und Problemfelder zum tragen.

Über das in der AG selbst vorhandene breit gefächerte Wissen hinaus wurden als Grundlage dazu zum einen Stellungnahmen der einschlägigen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände hinzu gezogen und zum anderen wurde ein aktuelles Experten - Hearing durchgeführt. In diesem wurden sowohl die Erfahrungen und Einschätzungen der Kliniker und der Verwaltungsleitungen der Kliniken gehört als auch die Beurteilungen von Vertretern der verschiedenen zuweisenden und eng mit den Kliniken kooperierenden Institutionen und Fachleute.

Als Anlage dieser Empfehlungen sind deshalb zur Transparenz die Protokolle und schriftlichen Stellungnahmen aus dem Hearing beigefügt.

Im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich ganz besonders deutlich, wie - zum einen - neben biologischen und anlagebedingten Faktoren kontextuelle familiäre und psychosoziale belastende Einflüsse oder Ressourcen auf allen Ebenen interaktiv dazu beitragen, wie sich die Verhaltens- und Erlebenssymptomatiken zeigen und auswirken. Zum anderen zeigt sich, dass die Wirksamkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ebenfalls nicht isoliert von Einflüssen und Unterstützung bzw. Interaktion und Kooperation im familialen- und schulisch-pädagogischen Feld sowie dem Feld der Jugendhilfe zu sehen ist.

Dies gilt auch für den strukturell relativ klar umschriebenen stationären und teilstationären Behandlungsbereich.

Insgesamt ergab die aktuelle Bestandsaufnahme, dass die vor gut 10 Jahren erfolgte Regionalisierung der stationären und teilstationären Angebote sowohl von den Mitarbeitern „von innen“ als auch von den Kooperationspartnern als angemessen, hilfreich und erfolgreich eingeschätzt wird. Auch wenn noch nicht optimal, so sind die strukturellen Voraussetzungen für eine die Kooperation mit den Familien und mit den MitarbeiterInnen aus den im Problemfeld beteiligten Institutionen deutlich erleichtert. Dadurch wurden die Wirksamkeit und die Akzeptanz der Kliniken verbessert.

Parallel zeigt die Entwicklung der letzten Jahre, die mit einer bundesweit zu beobachtenden intensiveren Inanspruchnahme der Fachkliniken einhergeht, Defizite in einigen Problembereichen, die auch den Folgen heruntergefahrener Hilfsmöglichkeiten und Umstrukturierungen im Jugendhilfe- und Schulbereich geschuldet sind.

Z.T. aber auch der Tatsache, dass sich die in der früheren Planung einbezogene Erwartung der Etablierung ausreichender komplementärer Einrichtungen nicht erfüllt hat.

In den folgenden Herleitungen für den aktuellen stationären und teilstationären Behandlungsbedarf wird der schon in der 2. Sitzung des Landespsychiatriebeirates vorgestellten Struktur der Problembe-
reiche gefolgt.

Die sich daraus ergebenden Vorschläge beziehen sich auf die originär kinder- und jugendpsychiatri-
sche Verantwortung, so, wie sie auch von zuweisenden und kooperierenden Diensten aus anderen
Kontexten gesehen wird.

2. Ergebnisse der Arbeitsgruppe und des Expertenhearings

2.1 Spezifische Patientengruppen

2.1.1 Frühe kindliche Anpassungsstörungen

Störungen der frühen Sozialisation i. S. so genannter Bindungsstörungen nehmen kontinuierlich zu
und stellen das kinderpsychiatrische Versorgungssystem vor erhebliche Herausforderungen.

Diese Patienten und ihre Familien sind durch multiple Auffälligkeiten bereits im Vorschulalter gekenn-
zeichnet, sozial und schulisch kaum integrierbar und zeigen schwerwiegendste familiäre und neuro-
psychiatrische Störungen.

Die Auffälligkeiten sind bereits in einem Alter von drei bis sechs Jahren so deutlich, dass eine Integra-
tion in Gleichaltrigengruppen und im Kindergarten, geschweige denn in der Schuleingangsphase,
nicht gelingen kann.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Mangelnde Kapazitäten in den Versorgungskliniken, die für dieses Alter wichtige Mitaufnahme und
Mitbehandlung von Eltern zu gewährleisten.

Wachsender Bedarf an Behandlung dieser Altersgruppe durch erhöhte Zuweisung aus Sozial-
Pädiatrischen Zentren und von Kinderärzten und auch im Rahmen der erhöhten Aufmerksamkeit im
Bereich des Kinderschutzes.

Handlungsempfehlungen für den teilstationären und stationären Bereich

Bei dieser Patientengruppe hat sich bundesweit die integrierte Eltern- und Kindbehandlung (EKT)
bewährt, die über eine reine elternbezogene Beratung oder kindbezogene Therapie in ihrer Wirksam-
keit erheblich hinausgeht.

In Berlin haben sich **tagesklinische Modelle** im Königin Elisabeth Herzberge Krankenhaus und im
Humboldt-Klinikum bewährt. Aus Kapazitätsgründen können diese Angebote bisher nur begrenzt
oder in Intervallen realisiert werden, eine Überführung in die Grundversorgung ist auch aus prognosti-
schen Gründen in allererster Linie indiziert.

2.1.2 Kinder chronisch kranker Eltern

Die Entwicklungsrisiken von Kindern und Jugendlichen mit chronisch körperlich und seelisch erkrankten Eltern sind erheblich und erfordern multiple Anpassungsleistungen, die zu eigener seelischer Erkrankung des Kindes oder des Jugendlichen führen können. Aufgrund der Parentifizierung und Überidentifikation mit den kranken Eltern kommen diese Kinder und Jugendliche häufig spät und mit erheblichen eigenen Gesundheitsschäden zur Diagnostik und Behandlung.

Diese Thematik kann bisher in der Grundversorgung nur unzureichend und im Einzelfall aufgegriffen werden und gilt in der psychiatrischen Versorgungsplanung als grob vernachlässigt.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Aufgrund der gesellschaftlichen Desintegrationsprozesse und der Zunahme von Familien mit niedrigem sozialökonomischen Status (sog. Prekariat) mit den entsprechenden Gesundheitsrisiken sind in allen Versorgungsgebieten Zunahmen dieses Klientels festzustellen und sicher in der Zukunft zu erwarten. Dies betrifft besonders stark bestimmte Problembezirke Berlins (siehe aktuelle Kennziffern zur Sozialstruktur in den Berliner Bezirken).

Handlungsempfehlungen

Intensive Kooperation sämtlicher Leistungsanbieter in diesem Bereich insbesondere zwischen den psychiatrischen Kliniken, Kinderkliniken, Arbeitsagenturen und Bezirksämtern (Gesundheit, Jugendhilfe, Bildung, Soziales).

Bei dieser Problemgruppe besteht eine erhebliche Überschneidung mit Gruppe 1, da sich bereits früh in der Entwicklung der Kinder die Erkrankungen der Eltern als relevanter Risikofaktor auswirken und die Inanspruchnahme des kinderpsychiatrischen Hilfesystems mit spezifischen Angeboten erforderlich ist.

In diesem Bereich bieten sich vorrangig **tagesklinische Angebote** an, um die Ressourcen der Familien zu erhalten und auszubauen und um regelmäßig einen Alltagstransfer therapeutisch erreichter Ziele zu gewährleisten.

2.1.3 Traumatisierte Kinder und Jugendliche

Durch neue neurobiologische Kenntnisse sind die negativen Folgen insbesondere frühkindlicher Traumatisierungen sequentieller oder einmaliger Art für die Lebenszeitperspektive und die gesundheitliche Prognose deutlich geworden. Gleichzeitig sind evaluierte spezifische Behandlungsmethoden wie EMDR und andere für diese Patientengruppen entwickelt worden, die langfristige Gesundheitsschäden erheblich reduzieren.

Als Problembereiche seien beispielhaft die Flüchtlingsproblematik, Gewaltbereitschaft in Familien und der Kinderschutz genannt.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Trotz der hohen prognostischen Relevanz dieses Themas ist die Integration traumaspezifischer Diagnostik und Therapiemethoden in die Grundversorgung nicht gewährleistet.

Spezifische teilstationäre oder stationäre Einheiten für besonders schwer traumatisierte Patienten und ihre Familien bestehen ebenfalls nicht.

Die indirekte Weitergabe von Traumatisierungen in die nächste Generation (z.B. bei Bürgerkriegsflüchtlingen) spielt hier eine prognostisch wichtige Rolle.

Handlungsempfehlung

Dieser Problematik ist durch eine verstärkte Fort- und Weiterbildung der Therapeuten und parallel von entsprechendem Personal im Bereich Schule und Kindergarten entgegenzuwirken.

Besonderer Wert ist auf **ambulante und komplementäre Behandlungsangebote** zu legen, nachdem eine Stabilisierung der Klientel stationär erreicht wurde.

In schweren oder verzögert diagnostizierten Fällen ist eine **langfristige stationäre Psychotherapie** unumgänglich.

2.1.4 Patienten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen

Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche, aber auch motorische und sensorische Teilleistungsstörungen (Achse II des MAS) stellen gemäß nationaler und internationaler Längsschnittstudien erhebliche Entwicklungs- und Integrationsrisiken dar, deren Therapie bei frühzeitiger Erkennung die psychosoziale Integration deutlich verbessert.

Insbesondere Patienten mit depressiven Störungen, Suchtstörungen, Sozialphobien, psychosomatischen Erkrankungen und Störungen des Sozialverhaltens sind erheblich durch komorbide Teilleistungsstörungen in ihrer Entwicklung behindert.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Eine Reduktion des interdisziplinären Ansatzes und der Personalzahlen in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie führt zu einer mangelhaften Behandlung von umschriebenen Entwicklungsstörungen und damit indirekt zur Schweregraderhöhung anderer psychischer Störungen.

In diesem Bereich liegt ein erhebliches Risikopotential für die langfristige schulische und gesellschaftliche Integration von psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. Dies zeigt sich besonders in schulischen Schwellensituationen, wie z. B. in der Schuleingangsphase und beim Übergang in die Sekundarstufe.

Handlungsempfehlung

Ausbau interdisziplinärer Kompetenz und **Erhalt bewährter Kooperationsstrukturen. Rücknahme der Reduktionen** im Bereich der Schulhelfer, der Schulpsychologischen Dienste, der Schulsozialarbeit und anderer frühinterventiver Angebote.

2.1.5 Schwere Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne

Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (F92) stellen chronifizierte und schwere Einschränkungen der psychischen und sozialen Entwicklung dar, so dass eine Teilhabe an der Gesellschaft erheblich eingeschränkt wird.

Diese Entwicklungslinie reicht über die oppositionelle Störung und destruktive Verhaltensstörung bis hin zur Dissozialität und im Einzelfall Delinquenz.

Nur frühzeitige Diagnostik und erhebliche Interventionen seitens der Jugendämter vermag diese Problematik mit all ihren Auswirkungen zu reduzieren oder abzuwenden.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung, mangelnder Schulintegration, Jugendarbeitslosigkeit, Randgruppenbildung und Ghettoisierung ist diese Gruppe stark angewachsen und mit einer weiteren **Zunahme der Störung des Sozialverhaltens** ist zu rechnen.

Die bisherigen Jugendhilfemaßnahmen greifen nur zu einem Teil und sind durch massive Kürzungen in diesem Bereich derart eingeschränkt, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie regelmäßig kurzfristig als „Ersatzfunktion“ für fehlende soziale Sicherungssysteme fehleingesetzt wird.

Sichere und gut strukturierte Entwicklungsbedingungen mit beziehungsorientierter und nachhaltiger pädagogischer Führung fehlen bzw. sind nur in anderen Bundesländern und auch dort nur in geringer Anzahl vorzufinden (Bayern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein).

Handlungsempfehlung

Dieser gesellschaftliche Problembereich mit erheblicher sozialer Sprengkraft ist nur durch ein **gemeinsames und aufeinander abgestimmtes Vorgehen** des Schul- und Jugendbereiches sowie des Gesundheitsbereiches zu bewältigen. Ohne eine sorgfältige ambulante oder konsiliarische kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Reintegrationsplanung mit Träger und Kostenträger übergreifender Perspektive wird diese Problematik weiterhin alle Systeme erheblich belasten ohne den Jugendlichen ihren **Rechtsanspruch auf Weiterentwicklung und Teilhabe an der Gesellschaft** zu gewährleisten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie leistet hier in erster Linie sowohl ambulante Diagnostik, z. B. im Rahmen von psychiatrischen Institutsambulanzen, KJPDs oder in Einrichtungen der Jugendhilfe, wie auch eigene stationäre, im seltenen Einzelfall teilstationäre Diagnostik und Therapie.

Für dieses Klientel sind **spezifische bauliche und konzeptionelle interdisziplinäre Strukturen und Ressourcen** erforderlich, die nicht oder nur unzureichend im Rahmen der Regelversorgung gewährleistet sind.

2.1.6 Psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche

Chronische psychosomatische Störungen wie Diabetes, rheumatoide oder allergische Erkrankungen und kulturbedingte Störungen, wie beispielsweise Adipositas und Schmerzsyndrome führen zu erheblichen Belastungen der Patienten und sind in ihrer Chronifizierung bis in das Erwachsenenalter hinein belegt (vgl. RKI-Studien).

Sie stellen weit über das Kindes- und Jugendalter hinaus ein gravierendes medizinisches und volkswirtschaftliches Problem dar, dem z. T. durch adäquate Interventionen begegnet werden muss.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Die unterschiedliche fachliche Spezifizierung und Differenzierung einer stark somatisch ausgerichteten Pädiatrie sowie einer psychiatrisch ausgerichteten Kinder- und Jugendpsychiatrie vernachlässigt die interdisziplinäre Sicht bei dieser anwachsenden Patientengruppe. In Berlin bestehen zwar seit der Sektorsierung enge gewachsene Kooperationsbeziehungen zwischen Kinderkliniken und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen für den Einzelfall. Diese sind aber nur rudimentär in belastbare Strukturen überführt worden.

Handlungsempfehlung

Auch eine engere Konsiliar- und Liaisontätigkeit kann die genannte Problematik nur ansatzweise lösen. Durch die **Schaffung eigener teilstationärer und stationärer Behandlungsangebote** mit einem interdisziplinären spezifischen Profil lässt sich die Versorgungssituation dieser Patienten zügig verbessern.

2.1.7 Geistig behinderte Patienten

Die Prävalenz von geistiger Behinderung wird mit 3,4 % aller Kinder und Jugendlichen angegeben. Die Familien sind in besonderer Weise durch erschwerte Bedingungen gekennzeichnet, dazu gehören zusätzliche körperliche Behinderungen, erhöhter Betreuungsbedarf und emotionale Belastungen, die die familiären Ressourcen einschränken. Das Risiko psychisch zu erkranken ist in dieser Bevölkerungsgruppe um ein Mehrfaches erhöht.

Vertreter der Behindertenverbände werden jedenfalls nicht müde, darauf hinzuweisen, dass nur psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung einen Platz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigen.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Die Kinder und Jugendlichen benötigen ein spezifisches Angebot, das in Berlin nur im ambulanten Bereich vorhanden ist. Ein spezifisches Angebot für diese Kinder im tagesstationären und vollstationären Bereich fehlt.

Handlungsempfehlung

Bundesweit bewährt haben sich die Integration spezieller Einheiten für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung in einem Klinikverbund und die verbindliche Kooperation zwischen Neuropädiatrie und KJPP.

Ein niederschwelliges ambulantes Angebot der KJPP sowie die Gelegenheit zur Mitbehandlung bzw. Mitaufnahme der Eltern ist integraler Bestandteil.

Zu fordern ist ein **abgestimmtes trägerübergreifendes ambulantes Beratungssystem mit Vernetzung der bestehenden spezialisierten Zentren**.

2.1.8 Patienten mit Migrationshintergrund

Im Kontext mangelnder gesellschaftlicher und schulischer Integration, unerkannter psychischer und somatischer Störungen sowie reduzierter Inanspruchnahme der psychosozialen und medizinischen Hilfsangebote stellt Migration bei kinder- und jugendpsychiatrischen erkrankten Patienten einen krankheitsfördernden und krankheitserhaltenden Risikofaktor dar, der deren Entwicklungschancen reduziert und der deshalb adäquat zu berücksichtigen ist.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Es existiert zwar ein vielfältiges psychosoziales Hilfsangebot für Migrantenpopulationen sowohl in den Bezirken als auch Berlin übergreifend. Migranten mit psychisch kranken Kindern werden aber durch diese Hilfsangebote nur begrenzt oder gar nicht erreicht, was sich in der niedrigen Inanspruchnahme zeigt. Lediglich als Notfälle oder bei schweren psychiatrischen Krisen werden diese Patienten vergleichbar der allgemeinen Wohnbevölkerung versorgt und sind derzeit ausreichend in die Basisversorgung integriert.

Handlungsempfehlung

Es sind erhebliche **Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen** über Inzidenz und Bedeutung entwicklungspsychiatrischer Störungen in Migrantenpopulationen zu fordern.

Die Integration von Kenntnissen über kindliche Entwicklung und deren Störungen in bestehende Gesundheitsprojekte für Migranten wird die rechtzeitige Inanspruchnahme und die Frühintervention bei diesen Risikogruppen erhöhen. Bei dieser wachsenden und bedeutenden Bevölkerungsgruppe stehen

Gesundheitsförderung und Prävention deutlich im Vordergrund, wozu entwicklungspsychiatrische Beiträge zu leisten sind.

2.1.9 Kinder und Jugendliche mit Suchtstörungen

Die leichte Verfügbarkeit, der geringe Preis und begrenzte polizeiliche sowie strafrechtliche Verfolgung haben zu der bekannten durch viele nationale und internationale Studien belegten Situation geführt, dass Kinder und Jugendliche wesentlich früher einen regelmäßigen oder punktuellen Suchtmittelkonsum beginnen. Phänomene von Sucht, Abhängigkeit oder schädlichem Gebrauch zeigen sich ab der Frühpubertät, dies in Kombination mit vorbestehenden komorbiden Erkrankungen, wie Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depression oder Störungen des Sozialverhaltens. Sowohl Traumatisierungen als auch psychiatrische Erkrankungen werden in dieser Altersstufe häufig i. S. der Selbstmedikationshypothese durch chronifizierten Suchtmittelkonsum beantwortet.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Die Behandlung suchtkranker Kinder und Jugendliche gilt bundesweit als integraler Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung und wird sowohl in den Versorgungskliniken als auch mit zehn Spezialbetten im Vivantes Netzwerk in Kooperation mit Jugendhilfe- und Suchthilfeträgern praktiziert (Cleanpeace-Projekt).

Es fehlen in Berlin **Langzeiteinrichtungen zur sozialen Reintegration** und schulischen und beruflichen Rehabilitation, die unmittelbar an die gewährleistete Motivations- und qualifizierte Entzugsbehandlung anschließen.

Die verschiedenen Finanzierungswege erschweren ähnlich wie bei den Erwachsenen eine kontinuierliche und entwicklungsbezogene, nachhaltige Therapieplanung.

In diesem Bereich ist in den nächsten Jahren mit keiner Entlastung oder einem Rückgang zu rechnen, sondern mit einer **früheren Manifestation und Zunahme von Abhängigkeitserkrankungen**, vor allem bei Multiproblemfamilien.

Handlungsempfehlung

In diesem Problembereich geht der Vernetzungsbedarf über das sonst übliche Maß weit hinaus und muss wegen der Chronifizierungsgefahr die Langzeitperspektive bis ins junge Erwachsenenalter hinein stärker miteinbeziehen.

Bei diesen Patienten ist über die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Spezialbehandlung hinaus, die Integration von Fachwissen in Krisendiensten, Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie therapeutischen WGs unabdingbar.

2.1.10 Junge Erwachsene

Die Altersphase zwischen dem 17. und dem 22. Lebensjahr stellt für Patienten mit psychischen Erkrankungen eine besonders vulnerable Entwicklungsphase dar. Sie sind häufig von den sonstigen alterstypischen Aktivitäten und sozialen Integrations- und Veränderungsprozessen abgeschnitten und die im Kindesalter und Jugendalter noch behandelten Erkrankungen führen häufig zu Chronifizierungen. Persistierender Drogenkonsum, familiäre Desintegration und psychosoziale Retardierung führen zu einem sehr ungünstigen Risikokomplex.

Durch die formale Trennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie mit Erreichen der Volljährigkeit, die teilweise von der Jugendhilfe in ähnlicher Weise gehandhabt wird, entsteht insbesondere ab dem 19. Lebensjahr eine erhebliche Versorgungslücke auf mehreren Ebenen.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Es gibt weder ausreichende ambulante noch spezifische teilstationäre oder stationäre Angebote, die sich in besonderer Weise der alterstypischen Entwicklungsprobleme dieser Patienten annehmen und sowohl die Entwicklungsretardierungen und scheinbar adoleszenten Verhaltensweisen als auch die früherwachsenen Individuationswünsche adäquat berücksichtigen können.

Die unterschiedliche Sektorisierung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie führt dazu, dass in den jeweiligen Versorgungsregionen relativ wenige Patienten behandelt werden.

Es fehlen spezifische Settings, die die besonderen Entwicklungsaspekte diese Gruppe auch unter gender-Aspekt berücksichtigen.

Die **prinzipielle Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsfähigkeit der bis zu 21-jährigen Patienten durch die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** ist wegen der dargelegten Problembereiche nicht ausreichend realisierbar.

Handlungsempfehlungen

In diesem Bereich ist eine engere entwicklungsbezogene Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und allgemeiner Psychiatrie bereits deutlich vor dem 18. Geburtstag mit dem Ziel einer **optimalen Überleitung bzw. längerfristiger Behandlung** notwendig, um insbesondere bei chronifizierten Störungen wie Schizophrenien oder Suchterkrankungen eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Nur in einem aufeinander abgestimmten Netzwerk ist eine sinnvolle Indikationsstellung für eine der beiden Fachdisziplinen möglich. Entwicklungsretardierten Jungerwachsenen sollte die Möglichkeit einer auf schulische und berufliche Integration ausgerichteten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ermöglicht werden.

3. Zusammenfassung

3.1 Basisversorgung

Wie aus der Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft der Klinikdirektoren kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen (LAG) unzweifelhaft und konsensuell hervorgeht, sind **sämtliche Kliniken** aufgrund der jetzigen Struktur **nicht in der Lage, die adäquate Grundversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher für die jeweiligen Bezirke zu jedem Zeitpunkt optimal zu gewährleisten.**

Durch die hohe Zahl an Notaufnahmen, eine generell erhöhte Inanspruchnahme und die mangelnde Möglichkeit, adäquate Weiterbehandlung im medizinischen wie im nichtmedizinischen Bereich zu organisieren, werden die Kapazitätsgrenzen regelhaft um 10 bis 20 % überschritten.

Dies betrifft sowohl den teilstationären wie den vollstationären Bereich.

Die Reduktion bzw. die Schwankungen der Verweildauern, die Komplexität und Schwere der Einzelfälle, die langen Wartezeiten sowie die konstant über dem Soll liegende Auslastung sind seit Jahren Belege hierfür.

3.2 Besondere Patientengruppen

Die skizzierten besonderen Patientengruppen erfordern jeweils **spezifische Settings**, da sie im Regelbetrieb der Kliniken nicht adäquat versorgt werden können oder die Grundversorgung zusätzlich erschweren.

Nur durch die spezifische Bearbeitung von Themengebieten wie denen der Patienten mit schweren Störungen des Sozialverhaltens, der Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen sowie derer mit chronifizierten internalisierenden Störungen im spezifischen Setting kann dieser Situation abgeholfen werden.

Für einige der beschriebenen Patientengruppen bestehen durch eine mit **klar definierten personellen und räumlichen Ressourcen unterlegte verbindliche Vernetzung** und **personelle Optimierung bestehender stationärer Angebote sowie einer besseren Binnendifferenzierung** relativ gute Entwicklungschancen.

Dies betrifft

- Patienten mit Migrationshintergrund,
- geistig behinderte Patienten sowie
- leichtgradig psychosomatisch erkrankte Patienten.

Im Bereich der

- frühen kindlichen Anpassungsstörungen,
- der Kinder chronisch kranker Eltern,
- der traumatisierten Kinder und Jugendlichen,
- der Patienten mit umschriebenen und komplexen Entwicklungsstörungen,

- der suchtkranken Jugendlichen,
- der Patienten mit schweren Störungen des Sozialverhaltens i.e.S. sowie der jungen Erwachsenen und der
- Patienten mit längerfristigem stationären/teilstationären psychotherapeutischen Bedarf aufgrund spezifischer schwerer psychosomatischer Krankheitsbilder

sind ohne einen **Ausbau (Bettzahlen, Platzzahlen, Personal) und eine Spezifizierung der teilstationären und stationären Angebote** die dargelegten Entwicklungsrisiken nicht zu kompensieren, mit den entsprechenden sozialen und finanziellen gesellschaftlichen gravierenden Folgen für die Gesellschaft und die öffentliche Gesundheit.

3.3 Handlungsempfehlungen

Es ist daher aus fachlicher Sicht unbedingt notwendig, folgende Maßnahmen in Berlin zu planen und umzusetzen:

3.3.1 Basisversorgung:

Ohne eine grundsätzliche **Steigerung der Bettzahlen um mindestens 10 %** (entspricht **vier stationären Therapieplätzen**) kann den erheblich gestiegenen Anforderungen weiterhin nicht begegnet werden. Die dazu minimal notwendige Binnendifferenzierung wäre nicht darstellbar.

Ohne eine Integration der im Expertenhearing und durch die LAG dargelegten Notwendigkeit einer **Eltern-Kind-Therapie** können Aufgaben der Früherkennung und der Frühintervention, des Kindeschutzes sowie der Vermeidung von Langzeitschäden insbesondere in Risikofamilien weiterhin nicht adäquat begegnet werden.

Hierfür sind pro pflichtversorgender Klinik für KJPP ebenfalls mindestens vier ggf. teilstationäre Therapieplätze notwendig.

Die Wiederherstellung der adäquaten Basisversorgung mit einer Etablierung der Frühintervention erfordern damit **pro Versorgungs-Klinik acht zusätzliche Therapieplätze (Berlinweit 48 Plätze)**.

3.3.2 Besondere Patientengruppen

3.3.2.1 Langzeitbehandlung und Stationäre Psychotherapie

Es besteht weiterhin dringender Bedarf an einem räumlich und personell spezifisch organisierten und qualifizierten teilstationären Angebot für längerfristige Psychotherapie mit klarer fachlicher Konzeption. Zusätzlich zu den bestehenden 10 vollstationären Betten (zur Zeit integriert im Vivantes-Humboldt-Klinikum, ab Ende 2009 separat im Vivantes-Klinikum Friedrichshain) kann in einer zu entwickelnden Psychotherapie-Tagesklinik mit Berlinweiter Aufnahme ggf. in Kooperation mit der bestehenden Station diejenige spezifische Milieuthherapie vorgehalten werden, ohne die die langfristige Behandlung komplex mehrfach erkrankter Patienten nicht denkbar ist.

Für eine derartige Tagesklinik sind **12 Plätze** zu planen.

3.3.2.2 Patienten mit schweren Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne sowie weiterer Komorbidität

Diese Patientengruppe ist wie dargelegt in **enger verbindlicher Kooperation mit der Jugendhilfe** zu betreuen, es besteht aber parallel genuiner kinder- und jugendpsychiatrischer Handlungsbedarf in der Diagnostik, der Pharmakologie und der Langzeittherapieplanung. Die Planung dieser Einheiten muss gemeinsam mit der Jugendhilfe erfolgen.

In Anbetracht der Größe und Brisanz des Problems sind hierfür **zwei Stationen** mit einer jeweiligen Größe von **12 Plätzen (Berlinweit 24 Plätze)** zu etablieren, ohne die die bestehende stationäre Grundversorgung auch bei sinnvollem Ausbau (siehe 4.1) weiterhin erheblich gefährdet bleibt.

3.3.2.3 Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Erkrankungen

In diesem Bereich sind ebenfalls Berlinweit **zwei Einheiten mit je 12 Behandlungsplätzen** vorzuhalten, die in enger Kooperation mit einer Kinderklinik oder an einem Kinderklinikstandort einzurichten sind.

Hierfür können bestehende Kooperationen gut genutzt werden.

3.4 Gesamtsicht

Durch die Realisierung dieses abgestuften Konzeptes wird sowohl den eklatanten Defiziten in der Grundversorgung als auch den Defiziten in der Früherkennung und Frühintervention sowie im Bereich der chronifizierten Störungen entgegengewirkt werden.

Folgende Tabelle gibt Übersicht über die fachlichen Notwendigkeiten:

Versorgungsbereich	Notwendige Platzzahl pro Setting	Gesamtzahl
Grundversorgung allgemein	4 stationär	24 stationär
Eltern-Kind-Therapie, Frühintervention	4 teilstationär	24 teilstationär
Stationäre Psychotherapie	12 teilstationär	12 teilstationär
		<u>60</u>
Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens	2 x 12 stationär	24 stationär (Koop Jug)
Psychosomatik (Koop. Pädiatrie)	2 x 12 (teil-) stationär	24 (teil-) stationär
		<u>108</u>

4. Fachliche Limitationen:

In Anbetracht der dargelegten multiplen, individuellen und familiären Entwicklungsrisiken ist diese sinnvolle Gesamtzahl von 108 Plätzen auf dem Boden der **Entwicklung bis zum Jahre 2008** zu verstehen.

Aus fachlicher Sicht ist mit **keinerlei Entspannung der Situation** in den nächsten zehn Jahren zu rechnen.

Die dargelegten zusätzlichen und spezifischen Bedarfe und Maßnahmen werden ihre volle Kraft nur dann entfalten, wenn der **ambulanten Diagnostik und Behandlung** ebenso nachhaltig Aufmerksamkeit und Verstärkung zu teil wird wie dem teilstationären und stationären Bereich.

Ohne eine parallele Stärkung des ambulanten Bereiches und der komplementären Dienste und ohne einen intensiven verbindlichen Einbezug der Jugendhilfe, der Suchthilfe und des Schulbereiches sind trotz Reduzierung individueller und familiärer Probleme die dargelegten teilstationären und stationären Maßnahmen im Sinne eines public-health-Ansatzes nicht als effektiv anzusehen.

Ebenso wenig lassen sich aber die notwendigen teilstationären und stationären Erweiterungen durch Verstärkungen im ambulanten Bereich substituieren. Es handelt sich hier um **komplementär einander ergänzende Systeme**.

Gez. Dr. O. Bilke, H. Naumann, 25.11.2008