

<p>Bericht der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</p> <p>für den Landespsychiatriebeirat Berlin</p> <p>Teil II - Ambulante Versorgung</p>

Stand 03.06.2010

Federführend: H. Naumann, Dr. Oliver Bilke

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
1.1	Problematik	3
1.2	Methodik und Vorgehen	4
1.3	Aktuelle ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche	5
1.3.1	Allgemeines	5
1.3.2	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	5
1.3.3	Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	6
1.3.4	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	6
1.3.5	Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (KJPD)	7
1.3.6	Sozialpädiatrische Zentren / Kinder- und Jugendambulanzen	8
1.3.7	Therapeutische Leistungen der Erziehungs- und Familienberatungsstellen	9
2.	Spezifische Patientengruppen in der ambulanten Versorgung	10
2.1.	Frühe kindliche Anpassungsstörungen/Bindungsstörungen	10
	Problembeschreibung	10
	Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz	10
	Handlungsempfehlung für den ambulanten Bereich	10
2.2	Kinder psychisch kranker, suchtkranker und chronisch kranker Eltern	11
	Problembeschreibung	11
	Versorgungsdefizite	11
	Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	12
2.3	Kinder und Jugendliche mit posttraumatischen Erkrankungen	13
	Problembeschreibung	13
	Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz	14
	Handlungsempfehlung für den ambulanten Bereich	14
2.4	Patienten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen	14
	Problembeschreibung	14
	Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz	15
	Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	15
2.5	Schwere Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne	15
	Problembeschreibung	15
	Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz	16
	Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	16
2.6	Psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche	17
	Problembeschreibung	17
	Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz	17
	Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	18
2.7	Geistig behinderte Kinder und Jugendliche (und deren Familien)	18
	Problembeschreibung	18
	Versorgungsdefizite	19
	Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	19
2.8	Patienten mit Migrationshintergrund	20
	Problembeschreibung	20

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz	21
Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	21
2.9 Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen	22
Problembeschreibung	22
Versorgungsdefizite und prognostische Relevanz	23
Handlungsempfehlung	23
2.10 Junge Erwachsene	24
Problembeschreibung	24
Versorgungsdefizite	24
Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	25
2.11 Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom	25
Problembeschreibung	25
Behandlungsdefizite	26
Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich	27
3. Zusammenfassung	27
3.1 Ambulante Basisversorgung	27
3.2 Spezifische Patientengruppen	28
4. Grundsätzliche Handlungsempfehlungen	29
5. Fachliche Limitationen	30

1. Einleitung

1.1 Problematik

Die multimodale und multiprofessionelle Versorgung seelisch und psychosomatisch kranker und traumatisierter Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien hat in Berlin seit 1989 unbestreitbar beachtliche und richtungweisende Fortschritte erzielt.

Dennoch zeigt sich in den letzten zehn Jahren parallel dazu eine komplexe Situation mit der klaren Notwendigkeit, weitere erhebliche Anstrengungen im präventiven, diagnostischen, therapeutischen und re-integrierenden Bereich durchzuführen, um deutlich gewordenen neuen Trends und relevanten Kombinationen von Entwicklungsrisiken entgegenzuwirken.

Zum einen tragen neben biologischen und anlagebedingten Faktoren kontextuell belastende familiale und psychosoziale Einflüsse auf vielen Ebenen kumulativ zur aktuellen Problemlage bei.

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.

Diese grundsätzlichen Tendenzen werden unter soziologischem Aspekt eindrucksvoll auch durch den 13. Jugendbericht im Auftrag der Bundesregierung 2009, und unter epidemiologischem Aspekt durch die Mannheimer Risikokinderstudie bestätigt.

Insgesamt wird von einer Zunahme von seelischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen ausgegangen. Studien sprechen davon, dass heute bis zu 25 % aller Kinder psychisch und psychosomatisch belastet sind, bei etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen bestehen behandlungsbedürftige psychische Störungen.

Die sich verändernden Entwicklungsbedingungen einschließlich der sozialen Lebensverhältnisse haben zu einer Verschiebung und Veränderung von Risikogruppen geführt:

Aufgrund von vermehrter materieller, aber auch kultureller und sozialer Armut steigt der Anteil dieser psycho-sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen. Der Anteil sehr junger Mütter nimmt zu, die Zunahme der Scheidungen führt zu mehr Ein-Personen-Haushalten mit Kindern.

Der Anteil von Eltern mit psychischen Störungen, Bindungsunsicherheiten und den daraus häufig entstehenden Verunsicherungen im Umgang mit den eigenen Kindern scheint zuzunehmen. Häufig sind der natürliche Bewegungsdrang und die soziale Kommunikation eingeschränkt. Langzeitfolgen des neuen Medienkonsums werden heftig diskutiert.

Lehrerinnen und Lehrer berichten über eine zunehmende Zahl von sehr unterschiedlichen Leistungs- und sozialen Problemen (Einschränkungen der Schulkompetenz) im Schulalltag. Neben dieser Verschiebung hin zu den seelischen Störungen i. S. der sog. „Neuen Morbidität“ wird auch von einer Verschiebung von den akuten hin zu chronischen Erkrankungen gesprochen. Nach den Erhebungen haben mit steigender Tendenz etwa 14 % der Heranwachsenden einen speziellen Versorgungsbedarf wegen dauerhafter oder absehbar längerfristig bestehender körperlicher, verhaltensbezogener - oder allgemeiner Entwicklungsstörungen. Sie sind deshalb als behindert oder als von Behinderung bedroht anzusehen (vgl. Anhang 1).

In Berlin sind dabei folgende Faktoren im Besonderen wirksam:

- Massive regionale Unterschiede in der Grundversorgung
- Psychosoziale Problembezirke sind schlechter versorgt als sog. Mittelschichtbezirke
- Geringe Inanspruchnahme und Erreichbarkeit von Risikogruppen
- Soziodemographische Veränderungen in der Migrantenpopulation
- Erhebliche Erhöhung der Intensität der Erkrankungen pro Kind bzw. Familie
- Deutlich mehr psychisch oder somatisch erkrankte bzw. Alkohol und Drogen benutzende Eltern
- Erheblicher Anstieg der individuellen Komorbidität

Parallel zeigt die Entwicklung der Jahre 2000-2010, die unter anderem mit einer bundesweit zu beobachtenden intensiveren Inanspruchnahme der Fachkliniken einhergeht, Defizite in einigen Problembereichen, die auch den Folgen reduzierter 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 nur begrenzt erfüllt hat.

Dies gilt für den differenzierten Bereich ambulanter Angebote ebenso wie für den strukturell relativ klar umschriebenen stationären und teilstationären Behandlungsbereich.

1.2 Methodik und Vorgehen

Über das in der AG selbst vorhandene breit gefächerte Wissen hinaus wurden als Grundlage für diesen Bericht zum einen Stellungnahmen der einschlägigen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände hinzu gezogen und zum anderen wurde am 16.10.2009 ein umfangreiches Experten-Hearing durchgeführt. In diesem wurden sowohl die Erfahrungen und Einschätzungen der Praktiker gehört als auch die Beurteilungen von Vertretern der verschiedenen zuweisenden und eng im Netzwerk kooperierenden Institutionen und Fachleute.

Die sich aus dieser Analyse ergebenden Vorschläge beziehen sich im Kern auf die originär ambulante kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Angebotsstruktur im Zusammenhang mit anderen Hilfsangeboten und flankierenden Maßnahmen.

1.3 Aktuelle ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche

1.3.1 Allgemeines

Wahrgenommen wird die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seelischen und psychosomatischen Erkrankungen von den

- niedergelassenen Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP),
- Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA),
- Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten der Bezirke (KJPD),
- niedergelassenen Kinderärzten mit Zusatzqualifikationen,
- niedergelassenen Psychotherapeuten/innen (Psychologische Psychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, die im Rahmen der GKV und im Rahmen der Jugendhilfe sowie der Eingliederungshilfe tätig sind),
- Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)/Kinder- und Jugendambulanzen (partiell),
- komplementären Diensten/Trägern der Jugendhilfe
- Erziehungsberatungsstellen (EFB), Krisendiensten und weiteren Fachdiensten und Trägern, wie z. B der Beratungsstelle „neuhland“.

1.3.2 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die Basis der Diagnostik und ein wesentliches Standbein in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen werden durch die niedergelassenen FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie gewährleistet.

Jede Diagnostik und Therapie schließt das Umfeld des Kindes, wie Familie u. Schule mit ein. Immanent ist die Kooperation mit anderen Fachgruppen, Einrichtungen und Institutionen (Kinderärzte, Schulen, Schulpsychologische Dienste, Jugendämter, Kliniken, SPZ).

In Berlin gibt es ca. 40 Facharztpraxen. Über 30 dieser Praxen haben mit den Krankenkassen eine Sozialpsychiatrievereinbarung abgeschlossen, was Ihnen ermöglicht, den Kindern und Jugendlichen in einem ärztlich geleiteten Team gemeinsam mit Psychologen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Logopäden oder Ergotherapeuten eine adäquate Therapie zur Verfügung zu stellen.

Wesentlich für die Behandlung ist dabei eine über die Jahre hohe Behandlerkonstanz, die einen wichtigen therapeutischen Faktor darstellt.

Einige Praxen arbeiten ausschließlich psychotherapeutisch, andere Praxen versorgen zusätzlich durch „vor Ort“ angebotene Sprechzeiten in Einrichtungen der Jugendhilfe dort lebende Patienten.

1.3.3 Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Im Rahmen der GKV gibt es in Berlin 180 niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten/innen und 274 Psychologische Psychotherapeuten/innen mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von seelisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.

Auch 12 Kinderärzte/innen verfügen über eine Genehmigung als Leistungserbringer für Psychotherapie (*Stand:31.01.2010*).

Insbesondere bei Jugendlichen werden darüber hinaus im Einzelfall Fachärzte/innen für Psychosomatische Medizin psychotherapeutisch tätig.

Im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) wird ambulante Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext von pädagogischen Zielen/Leistungen gemäß § 27 und als Bestandteil der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gemäß

§ 35a geleistet. Darüber hinaus besteht in diesem Kontext auch die Möglichkeit, einer ambulanten therapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche im Rahmen von Familientherapie / aufsuchender Familientherapie und der Integrativen Lerntherapie bei umschriebenen Beeinträchtigungen in der Entwicklung von Lese- und Rechtschreibfertigkeiten und/oder Rechenfertigkeiten. Insgesamt haben 377 Anbieter ambulanten psychotherapeutischer Leistungen gemäß §§ 27, 35a SGB VIII einen Trägervertrag mit der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung abgeschlossen (*Stand: 31.01.2009*). Zur Erbringung der Leistungen nach dem Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug) sind approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichentherapeuten/innen berechtigt.

1.3.4 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Die psychiatrischen Institutsambulanzen (Anzahl: 4) haben nach dem Gesetz (§ 118 SGB V) den Auftrag Patienten/innen zu behandeln, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten/innen auf die Behandlung in Institutsambulanzen angewiesen sind. Ihre Aufgabe besteht darin, Häufigkeit und Dauer vollstationärer oder tagesklinischer Behandlung auf ein notwendiges Maß zu beschränken. Die Behandlung in der PIA erfolgt in der Regel durch Überweisung aus der vertragsärztlichen Versorgung, in begründeten Ausnahmefällen auch durch direkte

Inanspruchnahme. In Abgrenzung zu anderen ambulanten Versorgungsangeboten werden in der PIA Kinder und Jugendliche behandelt,

- die wegen Schwere, Art und Verlauf ihrer Erkrankung einer intensiven multiprofessionellen Behandlung bedürfen ,
- bei denen eine tages- oder vollstationäre Behandlung vermieden oder verkürzt werden soll und
- deren soziale Integration durch Optimierung der Behandlungsabläufe und enge Verzahnung mit dem Versorgungsnetz in der Region erfolgen soll.

Die ambulante Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durch PIAs ist mit den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), den niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, den Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten vernetzt. Neben fallbezogenen Absprachen finden auch Kooperationstreffen zu aktuellen Versorgungsfragen statt.

Deutlich ist ein Zusammenhang zwischen relativ hoher Inanspruchnahme der Institutsambulanzen und regional sehr divergierender Dichte an niedergelassenen Fachärzten/innen und Psychotherapeuten/innen. Zunehmend beteiligen PIA-Mitarbeiter sich auch an der konsiliarischen Beratung von Heimen sowie Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe.

1.3.5 Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (KJPD)

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstellen (KJPDs) sind in den Bezirksämtern der Abteilung Gesundheit (in den Bezirken Neukölln und Charlottenburg / Wilmersdorf der Abteilung Jugend) zugeordnet.

Sie sind in der Regel für den Personenkreis zuständig, der seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort im jeweiligen Bezirk hat und bieten allen Eltern/Personensorgeberechtigten Hilfe bei Problemen der seelischen, geistigen, körperlichen und sozialen Entwicklung ihrer Kinder an.

Im Berichtsjahr 2008 wurden 9.995 Kinder und Jugendliche (1,9 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 - unter 19 Jahren) vorgestellt. Ca. 50 % davon waren Neuvorstellungen.

In den Kinder und Jugendpsychiatrischen Diensten arbeiten Psychologen/innen, Sozialarbeiter/innen und Ärzte/innen für eine fachgerechte Diagnostik eng zusammen.

Durch kombinierte ärztliche, psychologische und sozialpädagogische Untersuchungen können die Probleme schnell und gut erfasst werden.

Um auch das Umfeld zur Klärung der Auffälligkeiten mit einzubeziehen, arbeiten die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste im Einverständnis mit den Eltern mit allen

Bezugspersonen des Kindes, wie z.B. mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Kindertagesstätte, der Schule und ggf. auch von Freizeiteinrichtungen zusammen.

Wenn das Untersuchungsergebnis vorliegt, können in Beratungsgesprächen verschiedene Maßnahmen zur Behebung der festgestellten Einschränkungen in der Entwicklung vorgeschlagen und begleitet werden, einschließlich dazu ggf. notwendiger Stellungnahmen.

So bieten z. B. verschiedenen Therapien (sensomotorische Übungsbehandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Familientherapie, Psychotherapie) unter Einbezug verschiedener Methoden, wie z. B. Musik, Kunst etc. einen adäquaten Ansatz in der Bewältigung von seelischen Problemen im Kindes- und Jugendalter.

Die empfohlenen Therapien können in vielen Fällen wohnortnah durchgeführt werden, so dass der/die Betroffene im vertrauten Umfeld verbleiben kann. Die Kosten übernehmen in den meisten Fällen die Krankenkassen (SGB V) oder die Jugendämter im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (SGB VIII).

Wenn ein Kind oder Jugendlicher Eingliederungshilfen, Förderung und Therapien in verschiedenen Lebensbereichen benötigt, unterstützt der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst auch bei den Hilfeplanungen in der Kindertagesstätte, in der Schule und Familie.

Die Betreuungskonstanz spielt auch hier eine sehr wichtige Rolle.

Die KJPD beraten auch über Kontaktmöglichkeiten mit anderen betroffenen Eltern und unterstützen Selbsthilfegruppen.

Zu den Aufgaben des KJPD gehören ebenso hoheitliche Aufgaben wie stationäre Unterbringungen nach dem PsychKG oder dem BGB in Fällen von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung.

In der Betreuung junger Erwachsener und bei Problemen in Zusammenhang mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern kooperiert der KJPD mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD).

1.3.6 Sozialpädiatrische Zentren / Kinder- und Jugendambulanzen

In Berlin sind an der sozialpädiatrischen Versorgung die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) an Kliniken (Anzahl: 5) und die ebenfalls als sozialpädiatrische Zentren ermächtigten Kinder- und Jugendambulanzen in freier Trägerschaft (Anzahl 15) beteiligt.

Der Versorgungsauftrag sozialpädiatrischer Zentren richtet sich gemäß § 119 Abs. 2 SGB V an diejenigen Kinder, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. SPZ erbringen zugleich Leistungen zur interdisziplinären

Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gemäß §§ 26 und 30 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung.

Sozialpädiatrische Zentren verfügen entsprechend des gesetzlich definierten Leistungsumfanges über ein ärztlich geleitetes Team, dem medizinisch-therapeutische, (heil)pädagogische und psychologische Fachkräfte angehören.

Die SPZ an Kliniken werden üblicherweise von Neuropädiatern geleitet, verfügen über Psychologen/innen und z. T. auch über Kinder- und Jugendpsychiater bzw. haben eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im klinischen Hintergrund. Die Behandlung einschließlich Frühförderung durch ein SPZ setzt eine vertragsärztliche Überweisung voraus.

Die vorausgehende Beratung der Eltern ist Aufgabe der behandelnden Ärzte/innen. SPZ/Kinder- und Jugendambulanzen bieten die Elternberatung im Rahmen ihrer Zusammenarbeit mit den behinderte Kinder betreuenden Kindertagesstätten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den niedergelassenen Ärzten/innen an.

1.3.7 Therapeutische Leistungen der Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Erziehungs- und Familienberatung (EFB) ist ein spezifisches, interdisziplinäres Beratungsangebot, das leistungsberechtigte Eltern, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der im Einzelfall zugrunde liegenden Faktoren unterstützt sowie in belastenden Lebenssituationen oder besonderen Lebenskrisen, wie beispielsweise Trennung oder Scheidung, Hilfen für eine das Wohl des Kindes gewährleistende Erziehung innerhalb der Familie bzw. im familialen Umfeld bereitstellt. Leistungen im Sinne des § 27 Abs. 3 SGB VIII sind in der Erziehungsberatung integraler Bestandteil des gesamten Angebotes. Sie reichen je nach den fachlichen Erfordernissen des Einzelfalls von der Beteiligung aller betroffenen Personen bei einer Prozess begleitenden Hilfeplanung über eine psychotherapeutisch-beraterische Gesprächsführung und den Einsatz psychodiagnostischer Testverfahren bis hin zur Anwendung verschiedener, wissenschaftlich fundierter therapeutischer Methoden und übender Verfahren für Einzelne, Gruppen oder die ganze Familie.

Klassische psychotherapeutische Langzeittherapien bilden dabei heute nur noch einen geringen Teil der Arbeit von Erziehungsberatungsstellen. Es werden aber darüber hinaus auch therapeutische Verfahren angewandt, die ein breiteres Behandlungs- und Indikationsspektrum als die GKV-Therapien ermöglichen (neben den Richtlinienverfahren z.B. auch Gesprächstherapie, Familientherapie und systemische Therapie, Gestalttherapie).

2. Spezifische Patientengruppen in der ambulanten Versorgung

2.1. Frühe kindliche Anpassungsstörungen/Bindungsstörungen

Problembeschreibung

Störungen der frühen Sozialisation im Sinne der so genannten Bindungsstörungen nehmen kontinuierlich zu und stellen das kinder- und jugendpsychiatrische und pädagogische Versorgungssystem vor erhebliche Herausforderungen. Sie erhöhen das Risiko für psychische Erkrankungen wesentlich.

Besonders dramatisch ist die Häufung in sog. Multiproblemfamilien, wo z. B. psychische Erkrankungen der Eltern, Risikoverhalten in der Schwangerschaft, Armut und nur eine geringe Chance auf Teilhabe am sozialen Leben z. B. durch Arbeitslosigkeit bestehen.

Trotz des großen Einflusses biologischer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen wird zunehmend deutlich, dass die Interaktion mit äußeren Belastungsfaktoren zu einer Manifestation der Symptomatik beiträgt.

Diese Patienten und ihre Familien sind durch vielfältige Auffälligkeiten bereits im Vorschulalter gekennzeichnet, sozial und schulisch sehr schwer integrierbar und zeigen schwerwiegendste familiäre und neuropsychiatrische Störungen.

Eine Vielzahl von prospektiven Langzeitstudien belegt, dass es sich hierbei um eine bedeutsame Risikogruppe handelt, deren weitere soziale und psychische Entwicklung in hohem Maße gefährdet ist.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Wichtig für diese Störungen ist ein frühes Erkennen und Wissen um die Entstehungsbedingungen.

Häufig wird die kinderpsychiatrische Behandlung erst spät in Anspruch genommen, wenn bereits eine Chronifizierung z.B. mit Störungen des Sozialverhaltens eingetreten ist.

Besonders bei diesen Störungsbildern ist eine frühzeitige gute Absprache zwischen den Bezugspersonen, Behandlern und Helfern des Kindes notwendig (Kinderärzte, Kindergärten, Schulen, Jugendämter).

Handlungsempfehlung für den ambulanten Bereich

- Sensibilisierung aller Professionen für die Problematik, die besonders mit kleinen Kindern (Säuglingen!) und deren Eltern (Erwachsenenpsychiater) arbeiten
- Weiterbildungen zur Bedeutung und Behandlung des Störungsbildes
- Vermeidung von permanenter Induktion „institutionalisierter Bindungsstörungen“ durch viele Wechsel im Betreuersystem z.B. der Erzieher und Lehrer und der

zuständigen Mitarbeiter in den Ämtern. Schaffen eines halt gebenden äußeren Rahmens und stabiler Entwicklungsbedingungen für die Kinder, da das eine Voraussetzung für eine ärztlich-therapeutische Behandlung ist

- Anwendung systematischer wissenschaftlich fundierter Handlungsstandards zur Kooperation aller beteiligten Professionen
- Unterstützung und nachhaltige Finanzierung von integrierten Eltern-Kind-Behandlungsmöglichkeiten
- Kooperation mit dem Nationalen Zentrum früher Hilfen (NZFH)
- Unterstützung des Modellprojekts des KEH mit dem Kinderhaus Mark Brandenburg in Kooperation der AOK und Jugendamt Lichtenberg

2.2 Kinder psychisch kranker, suchtkranker und chronisch kranker Eltern

Problembeschreibung

Nach übereinstimmenden Untersuchungen und den Schätzungen der Berliner Experten haben mittlerweile 40-50% der Kinder mit psychischen Störungen psychisch kranke, chronisch- oder suchtkranke Elternteile. Die Schwere der Störungen der Eltern reichen von deutlich erkennbaren psychotischen Störungen über Alkoholismus u. a. Suchterkrankungen, über psychische Labilität bei Persönlichkeitsstörungen bis zu emotionalen Störungen wie Ängsten und Depressionen. Chronische psychische aber auch körperliche Erkrankungen von Eltern bewirken in der Familie eine besondere Dynamik, die je nach Resilienz des Kindes starke Auswirkungen auf die Kindesentwicklung haben kann.

Sie bewirken Beziehungs- und Bindungsunsicherheiten bis hin zu schweren psychischen Störungen bei den Kindern und sind einer der wichtigsten Risikofaktoren bei der Entstehung und Verfestigung psychischer Erkrankung von Kindern und Jugendlichen.

Umso besorgniserregender ist es, dass besonders die Auswirkungen der psychischen oder Suchterkrankungen der Eltern auf die Kinder zu wenig oder zu spät gesehen werden und notwendige Hilfen, die der Komplexität des Problems gerecht werden, unterbleiben.

Versorgungsdefizite

Je nach Hilfesystem werden die Probleme der Familie jeweils ausschnittsweise wahrgenommen:

- Jugend-Hilfesysteme sehen primär die Kinder und erkennen die seelischen Störungen der Eltern nur bedingt
- Erwachsenenpsychiater, die die Erwachsenen behandeln, „vergessen“ nicht selten die Kinder oder möchten diese vor Stigmatisierung schützen

Auf beiden Seiten gibt es in praxi eindeutige Kompetenzdefizite. Es bestehen Mängel in der Wahrnehmung, Koordination und Kooperation von Hilfen für diese Familien, die eine Hoch-Risikogruppe darstellen. Sie entziehen sich (z.B. aus Angst vor einem befürchteten Sorgerechtsentzug heraus) häufig den Hilfen und sind somit „hard-to-reach“.

Die chronischen Auswirkungen der psychischen Erkrankung oder der Sucht der Eltern auf die Kinder werden in allen Hilfesystemen oft nicht oder zu spät gesehen. Dies zeigt sich besonders ungünstig, wenn indizierte Therapien bei Kindern wegen einer Erkrankung der Eltern unterbrochen oder nicht konsequent weitergeführt werden können.

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

- Notwendig ist die im täglichen Handeln etablierte Sensibilisierung, die Schärfung der Wahrnehmung für diesen Problemkreis in den einzelnen Institutionen und ebenso institutionsübergreifend. Diagnostische Kompetenz muss neben den Kindern auch die Störungen der Eltern umfassen. Die Hilfesysteme müssen qualifiziert werden, um den Hilfebedarf der Familien mit psychisch Kranken, Suchtkranken und chronisch Kranken erkennen zu können.
- Es gibt in der Praxis einen großen Kooperationsbedarf. Festzustellen ist, dass diese Familien durchschnittlich mit vier Institutionen Kontakt haben. Notwendig ist eine verbesserte Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme sowohl in den Institutionen (Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Eingliederungshilfe) als auch mit den komplementären Diensten. Es sind verbindliche Kooperationsstrukturen zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern in Form von z. B. Runden Tischen, Arbeitsbesprechungen mit Steuerungsfunktion zu etablieren. Ziel ist eine lokale Netzwerkbildung.
- Das Thema Elternschaft in der psychiatrischen Behandlung muss größere Beachtung finden, um die Eltern in ihrer Persönlichkeit und Bindungsfähigkeit sowie in ihrer Erziehungsfähigkeit (z.B. durch aufsuchende Sozialtherapie oder Eltern-Kind-Gruppen zu diesem Thema) zu stärken.
- Zielgruppengerechte Qualifizierung durch gemeinsame Fortbildungen, institutionsübergreifenden Fallbesprechungen, gemeinsame Fachtage, Fallrekonstruktionen als Methode gemeinsamen Lernens an Fallverläufen.
- Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung seelischer, Sucht- und chronischer Erkrankungen
- Zielgruppenspezifische Mehrebenen-Information und Aufklärung für Kinder, Jugendliche, Angehörige, Behandler und Betreuer im Land Berlin (in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker).

Zum Anforderungsprofil für niedrigschwellige Hilfen gehören:

- Niedrigschwellige Beratungsmöglichkeit
- Gewährleistung eines strukturierten Alltags (Versorgung, Betreuung, Erziehung)
- Gewährleistung der Entlastung der Eltern im Alltag und Unterstützung bei der Erziehungsverantwortung
- Gut erreichbare, verlässliche Bezugsperson als Ansprechpartner; die langfristige Begleitung durch z.B. einer „Person des Vertrauens“
- Patenschaftsmodelle
- Unterstützung des betroffenen Elternteils (Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft)
- Raum und Unterstützung für betroffene Eltern, um adäquat über den Umgang mit der Erkrankung und die Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung sprechen zu können einschließlich von Angeboten, die Gespräche innerhalb der Familien ermöglichen.
- *Festlegung* eines Fachleistungs-Stunden-Pools für die Betreuung der Kinder und Jugendlichen in Krisensituationen, die schon vorher *festgelegt* wurden
- Unterstützungsangebote im Rahmen der Selbsthilfe der Eltern und Familie

Die beschriebenen Beispiele werden in schon seit Jahren laufenden Modellprojekten (z.B. in Rheinland-Pfalz) oder in institutionalisierten Beratungsstellen (z.B. AURYN in Leipzig) praktiziert, unterschiedlichste Hilfsangebote zu diesem Thema haben sich in einem Netzwerk bundesweit zusammengeschlossen, in Berlin im „Berliner Netzwerk - Hilfsangebote für Familien, die von psychischen Krankheiten betroffen sind“.

Diese Erfahrungen sollten in lokal zu gründende Netzwerke einfließen.

2.3 Kinder und Jugendliche mit posttraumatischen Erkrankungen

Problembeschreibung

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 sog. Multiproblemfamilien mit Kindern, die frühe und komplexe Traumata entwickeln, die Flüchtlingsproblematik, Gewaltbereitschaft in Familien und der Kinderschutz genannt.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Trotz der hohen prognostischen Relevanz dieses Themas sind die Integration traumaspezifischer Diagnose- und Therapiemethoden in die ambulante Grundversorgung nicht allorts gewährleistet. Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste, der Beratungsstellen, der Jugendämter und der niedergelassenen Psychotherapeuten ist eine Zunahme von Vorstellungen von Kindern mit Entwicklungstraumata zu verzeichnen, jedoch steht diesem ein Mangel an Behandlungsmöglichkeiten insbesondere für akut traumatisierte Kinder und Jugendliche gegenüber.

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

Handlungsempfehlung für den ambulanten Bereich

Eine verstärkte und aktualisierte Fort- und Weiterbildung der (Psycho-) Therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderärzte und parallel von entsprechendem Personal im Bereich Schule und Kindergarten im Sinne der Traumapädagogik sind als Basis für Verbesserungen notwendig.

Für bestimmte strukturell unterversorgte Regionen und Bezirke können neu zu entwickelnde Behandlungsangebote mit interdisziplinärem Setting und enger Einbindung niedergelassener Fachärzte bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Grundversorgungsangebot komplettieren. Bestehende Einrichtungen sind finanziell abzusichern.

Der Einbezug kultursensibler Dolmetscher ist bei dieser Patientengruppe oftmals von hoher Bedeutung.

2.4 Patienten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen

Problembeschreibung

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 adäquate Therapie bei frühzeitiger Erkennung die psychosoziale Integration deutlich verbessert.

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

Früherkennung und Frühintervention sind bereits im späten Vorschulalter und in der Schuleingangsphase möglich.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

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.

Eine Reduktion des interdisziplinären Ansatzes z.B. in Sozialpädiatrischen Zentren und Kindertagesstätten und der Personalzahl in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie führt zu einer mangelhaften Behandlung von umschriebenen Entwicklungsstörungen und damit indirekt zur Schweregraderhöhung anderer psychischer Störungen.

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

- Zügiger Ausbau interdisziplinärer Kompetenz und Erhalt bewährter Kooperationsstrukturen
- Erhalt und Ausbau des Niveaus an Schulhelfern speziell für diese Patienten
- Ausbau der Schulpsychologischen Dienste
- Ausbau frühdiagnostischer und früh interventiver Angebote im Kindergarten
- Sichere Kostenübernahme der spezifischen Therapien durch Krankenkassen und Jugendhilfe

2.5 Schwere Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne

Problembeschreibung

Sog. Störungen des Sozialverhaltens im Sinne der ICD-10 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 und ist durch erhebliche weitere Komorbidität gekennzeichnet.

Nur frühzeitige Diagnostik und erhebliche Interventionen seitens der Jugendämter und aller Fachtherapeuten vermag diese Problematik mit all ihren Auswirkungen zu reduzieren oder abzuwenden. Inwieweit diese Problematik auch in der ab etwa dem Jahre 2012 geltenden ICD-11 noch formal zu den psychischen Erkrankungen gerechnet werden wird, erscheint zumindest fraglich.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

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

Die bisherigen Jugendhilfeformen greifen nur zu einem Teil. Es besteht ein erheblicher bedarf an ambulanten Hilfen im präventiven, pädagogischen und therapeutischen Bereich.

Oft wird die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie kurzfristig als „Ersatzfunktion“ für fehlende soziale Hilfssysteme bzw. -angebote eingesetzt.

Sichere und gut strukturierte Entwicklungsbedingungen in der stationären Jugendhilfe mit beziehungsorientierter und nachgehender pädagogischer Führung mit ambulanter fachärztlicher Liaisontätigkeit fehlen in Berlin.

Für dieses Klientel sind auch spezifische bauliche und konzeptionelle interdisziplinäre Strukturen und Ressourcen erforderlich, die nicht oder nur unzureichend im Rahmen der Regelversorgung gewährleistet sind (vgl. Bericht der AG zur stationären Versorgung, 25.11.2008).

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

Dieser gesellschaftliche Problembereich mit erheblicher sozialer Sprengkraft ist nur durch ein gemeinsames und aufeinander abgestimmtes Handeln des Schul- und Jugendbereiches sowie des Gesundheitsbereiches zu bewältigen.

Ohne eine regelhafte sorgfältige ambulante oder konsiliarische kinder- und jugendpsychiatrische und entwicklungspsychologische 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 ambulante Diagnostik im Rahmen von psychiatrischen Institutsambulanzen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, Therapien komorbider Störungen bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und in auszubauenden Konsiliar- und Liaisondiensten in Einrichtungen der Jugendhilfe.

Diese Thema wird im Teil III des Berichts detailliert aufzugreifen sein.

2.6 Psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche

Problembeschreibung

Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Erkrankungen leiden unter Störungen, die mit einer körperlichen Symptomatik mit oder ohne fassbaren körperlichen Befund einhergehen und bei denen wesentlich psychische Einflüsse als Ursache, Teilursache oder den Krankheitsprozess aufrecht erhaltende Faktoren angenommen werden. Für einige dieser Störungsbilder (z.B. für Anorexia nervosa und andere Essstörungen, somatoforme Schmerzstörungen und Somatisierungsstörungen) ist in allen Altersgruppen eine steigende Inzidenz zu beobachten.

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. Unter den Patienten in pädiatrischen Praxen und Kliniken gehen verschiedene Studien von 10 – 20 % kinderpsychiatrischer Störungen aus, die im pädiatrischen Kontext ohne zusätzliche psychotherapeutische Ressourcen nicht adäquat versorgt werden können. Es mangelt sowohl an speziell ausgewiesenen als auch störungsspezifischen psychosomatischen Versorgungsangeboten im ambulanten Bereich.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Obwohl Studien von einer Inzidenz von 10 – 20 % aller Kinder und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungen ausgehen und die Prävalenz bei den ambulanten und stationären pädiatrischen Einrichtungen mit 15 – 20 % angegeben wird, werden die betroffenen Kinder und Jugendlichen derzeit nicht immer adäquat medizinisch betreut. In der Praxis begegnen wir Kindern und Jugendlichen mit ausgeprägten unbehandelten psychosomatischen Störungen, bei denen hinsichtlich des Ausmaßes der Beschwerden eine somatische Abklärung und psychosomatische Therapie dringend indiziert war. Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme von psychosomatischer Diagnostik und Therapie sind vielfältig, vor allem aber in fehlender Behandlungskapazität begründet. In vielen Fällen resultiert daraus eine Chronifizierung der Beschwerden, deren Ausmaß im späteren Alter und verbunden mit einer schlechteren Prognose zu intensiverer Inanspruchnahme medizinischer Versorgungseinrichtungen führt.

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

Soweit Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Beschwerden Kontakt zu medizinischen Versorgungsangeboten haben, stellen sie sich derzeit in verschiedenen Settings vor, so in

- Praxen von niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin sowie in
- Praxen von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern
- Spezialambulanzen der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, im
- Rahmen einer stationären Behandlung in verschiedenen Fachdisziplinen und in
- Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ambulant und stationär).

Kinder- und Jugendpsychosomatik ist zwingend auf kooperative Modelle der Fachdisziplinen Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie angewiesen. Das gilt in besonderer Weise auch für den ambulanten Versorgungsbereich. Aufgrund des interdisziplinären Charakters der Problematik sind kooperative Strukturen mit therapeutischer Kompetenz in beiden Fachrichtungen und in räumlicher Nähe zu den jeweiligen stationären Einrichtungen in den Versorgungsregionen zu schaffen.

Die ambulante Betreuung der psychosomatisch erkrankten Kinder und Jugendlichen sollte in diesen interdisziplinären Ambulanzen und mit ihnen kooperierenden niedergelassenen Fachärzten erfolgen, wenn die Störung bereits zu erheblichen Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben und am Schulbesuch als auch zu erheblichen Schädigungen der körperlichen Gesundheit geführt hat.

2.7 Geistig behinderte Kinder und Jugendliche (und deren Familien)

Problembeschreibung

Geistige Behinderungen (Prävalenz 3,4% aller Kinder) führen zu komplexen Belastungen im familialen und psychosozialen Bereich.

Das Risiko psychisch zu erkranken ist um das 3- bis 5-fache erhöht, ebenso wie das Risiko für inner- und außerfamiliäre gewaltsame Übergriffe und Trennung der Eltern.

Zusätzlich kommt es meist zu wesentlichen Beeinträchtigungen an der sozialen Teilhabe. Aufeinander abgestimmte Unterstützungsangebote – auch im präventiven Feld – müssen die Familienmitglieder und die Betreuungspersonen mit einbeziehen.

In dem ambulanten Betreuungsfeld bestehen vielfältige Überschneidungsgebiete bis hin zu psychotherapeutischen Hilfen im weiteren Sinne wie: funktionelle Therapieformen,

sozialpädiatrische Hilfen, heilpädagogische Angebote in der Eingliederungshilfe und in Sonderschulen.

Individuelle und gesellschaftliche Abwehrmechanismen wirken sich in diesem Lebensbereich besonders einschränkend aus.

Versorgungsdefizite

Von mehreren Seiten wird beklagt, dass für diese Klientel in der heterogenen Versorgungslandschaft der Kinder- und Jugendpsychiatriepraxen nicht in jeder Praxis der Rahmen für eine umfassende psychosoziale Diagnostik und Therapie gegeben sei.

Ebenso ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung defizitär, sowohl im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie als auch im Rahmen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Erziehung. Oft wird fälschlicherweise von einer nicht Behandelbarkeit ausgegangen.

Die sozialpädiatrischen Zentren sind trotz ihres prinzipiellen Versorgungsauftrags gerade für diese Patientengruppe kaum mit kinderpsychiatrischer und spezifischer psychotherapeutischer Kompetenz ausgestattet.

Die Hilfesysteme sind unzureichend vernetzt und halten zu wenig integrative Behandlungsangebote mit Behandlungskontinuität vor.

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

Die Ausbildungsinhalte für Psychotherapeuten und Fachärzte sind gezielt zu erweitern. Weiterbildungsveranstaltungen sind auszubauen, um Niedergelassene zu interessieren und zu befähigen. Modellhaft hat hier die Psychotherapeutenkammer in Kooperation mit einem Bezirk (Pankow) erste Initiativen begonnen.

Richtlinienpsychotherapie und Gutachterverfahren sind an die spezifischen Erfordernisse der betroffenen Familien auszurichten.

Innerhalb der Verwaltung ist ein konstruktiver Umgang mit dem Dilemma der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Finanzierungsmodi für Kinder mit seelischen Behinderungen (SGB VIII) und mit körperlich-geistigen Behinderungen (SGB XII) zu fordern. Psychotherapie und Heilpädagogik sind auch im Rahmen des SGB XII zu ermöglichen. Es bedarf einer Klärung des Vorgehens bei notwendigen Doppelfinanzierungen und einer Verkürzung der Bearbeitungszeiten.

Eingeführt werden sollte die ICF und die Ermöglichung von Mischfinanzierungen, ohne im Sinne der gesellschaftlich angestrebten Inklusion zusätzliche „Etikettierungen“ zu fördern.

Darüber hinaus bedarf es

- der Erweiterung der fachlichen Basis der Sozialpädiatrischen Zentren um kinderpsychiatrische und spezifische psychotherapeutische Kompetenzen

- Netzwerke unter fachlicher Moderation mit entsprechender Ressourcenausstattung
- Ermöglichung konsiliarischer KJPP-Beratung in Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Sonderschulen als wichtige Informations- und Vermittlungsdrehscheibe zwischen Eltern, Betreuungspersonen, Fachdiensten, KJPP-Praxen und Therapeuten qualifizieren.

Von den einschlägigen Fachverbänden wird empfohlen, überregional ein ambulantes Schwerpunktangebot für geistig behinderte Kinder und autistische Kinder mit geistiger Behinderung zu etablieren, das mit einem teilstationären und ggf. stationären KJPP-Schwerpunktangebot kooperiert.

In den anderen Regionen sollte ein spezifisches ambulantes, integratives und trägerübergreifendes Behandlungsangebot ermöglicht werden, das auch begleitende Maßnahmen im schulischen und häuslichen Umfeld umfasst – einschließlich des Home Treatments.

Als Strukturen kämen dafür in Frage: Medizinische Versorgungszentren, Sozialpädiatrische Zentren, Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit Sozialpsychiatrievereinbarung und Psychiatrische Institutsambulanzen.

2.8 Patienten mit Migrationshintergrund

Problembeschreibung

In Berlin kommen Kinder und Jugendliche mit einem Migrationshintergrund aus verschiedenen kulturellen Kontexten. Versorgungsprobleme wurden vor allem für bestimmte Problemgruppen mit Konzentration verschiedener Ethnien in einzelnen Bezirken beschrieben.

In der 2007 veröffentlichten KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts wurde dargestellt, dass insbesondere eine ungesicherte aufenthaltsrechtliche Perspektive, Segregations- und Ethnisierungstendenzen sowie eine schulische und soziale Benachteiligung krankheitsfördernde und krankheitserhaltende Risikofaktoren darstellen. Die Daten dieser Studie bestätigen das höhere Risiko für Migrantenkinder in gesundheitlichen Bereichen, was durch eine kulturell tradierte zurückhaltende Inanspruchnahme von psychosozialen und medizinischen Hilfen verstärkt wird.

Versorgungsdefizit und prognostische Relevanz

Trotz vielfältiger psychosozialer und therapeutischer Angebote für Migranten werden psychisch kranke Kinder und Jugendliche häufig nicht rechtzeitig und nicht ausreichend versorgt. Beschrieben wird ein Mangel an ambulanten Therapeuten mit entsprechender interkultureller und sprachlicher Kompetenz. Es fehlen niedrigschwellige Angebote für die betroffenen Familien. Der Zugang wird zudem durch Finanzierungsprobleme beim Einsatz von Sprachmittlern (deren Finanzierung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach SGB V nicht vorgesehen ist) verschärft.

So führen psychosoziale, interkulturelle und sprachliche Probleme zur begrenzten Inanspruchnahme von notwendigen therapeutischen Hilfen. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund werden von ihren Familien häufig nur in Notfällen und bei schweren psychiatrischen Krisen vorgestellt. Als besondere Problemgruppen wurden Familien aus Vietnam, aus dem Libanon, aus dem ehemaligen Jugoslawien, einschließlich Kosovo und aus der ehemaligen Sowjetunion genannt. Es ist nicht hinzunehmen, dass allein aufgrund geringer Deutschkenntnisse notwendige therapeutische Hilfen nach SGB V und SGB VIII für besondere Problemgruppen von Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht zur Verfügung stehen.

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

Bei dieser wachsenden und gesundheitspolitisch bedeutenden Bevölkerungsgruppe stehen Prävention und Aufklärung bei den zu fordernden Verbesserungen ganz im Vordergrund. Die vielfältigen Angebote für eine psychotherapeutische und kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung müssen in Berlin unabhängig von der ethnischen Herkunft erreichbar sein und in Anspruch genommen werden können.

In erster Linie sollten Information und Aufklärung über psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen verbessert und die Besonderheiten bei der Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfen bei Familien mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden. Das gilt sowohl für präventive Arbeit in der Öffentlichkeit und in Schulen als auch für die Voraussetzungen in therapeutischen Einrichtungen.

Zudem muss der Einsatz von Sprachmittlern sichergestellt werden: nur so können eine psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und die Einbeziehung der Eltern in diese Behandlung erfolgreich sein.

2.9 Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen

Problembeschreibung

Untersuchungen zeigen, dass bei Kindern und Jugendlichen der Konsum von Suchtmitteln (insbesondere von Tabak, Alkohol und Cannabis) ab der Frühpubertät ein Thema ist. Die Prävalenzen sind in diesem Alter noch gering, aber vereinzelt sind auch bereits in diesem Alter ein riskanter Konsum oder eine Abhängigkeit feststellbar.

Die Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter. Seit den 90er Jahren ist eine Zunahme der Fälle von Doppeldiagnosen, also Abhängigkeitserkrankung in Kombination mit einer oder mehreren psychischen Störung(en) bzw. Erkrankung(en), festzustellen.

Vermutet wird, dass die psychischen Störungen bei Cannabiskonsumenten durch wirkstoffreichere Cannabisprodukte und exzessivere Konsummuster verursacht werden. Tatsache ist auch, dass Jugendliche mit bestehenden komorbiden Erkrankungen wie Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depressionen oder Störungen des Sozialverhaltens ebenso wie mit Traumatisierungen Suchtmittel häufig i. S. der Selbstmedikation konsumieren.

Immer, wenn bei Jugendlichen ein Suchtmittelmissbrauch festgestellt wird, muss schnell eine angemessene Behandlung erfolgen, um mögliche durch den Drogenkonsum verursachte Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung, der schulischen Entwicklung etc. zu verhindern oder zu reduzieren. Grundlage für jede Entscheidung über die Art der Behandlung oder Rehabilitation ist eine Diagnostik, die durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bzw. einen Arzt oder einen psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, durchzuführen ist.

Die ambulante Behandlung suchtkranker Kinder und Jugendlicher ist integraler Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung und wird in Berlin darüber hinaus durch Angebote der Jugend- und Suchthilfe sicher gestellt.

Insbesondere sind hier die Angebote im Rahmen des Netzwerkes Frühintervention in den Sucht- und Drogenberatungsstellen, das Mädchenspezifische therapeutische Projekt „Catch Up :)“ des FrauSuchtZukunft e.V. sowie die therapeutischen Angebote des Therapieladens e.V. (u. a. Multidimensionale Familientherapie - MDFT) zu nennen.

Voraussetzung für eine erfolgreiche ambulante Behandlung ist ein die Suchtmittelfreiheit unterstützendes Lebensumfeld der Jugendlichen (Familie, Schule, Betreutes Wohnen etc.).

Versorgungsdefizite und prognostische Relevanz

Bei Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf und einer Suchtproblematik, sollte die Sucht prioritär, mindestens aber parallel behandelt werden. Ansonsten ist davon auszugehen, dass sich die Suchtproblematik weiter verstärkt und sämtliche anderen Behandlungsbemühungen nicht zum Erfolg führen. Das ist gegenwärtig nicht immer so und die Behandlung wird dadurch insgesamt erschwert, verlängert und verteuert.

Entscheidend für eine angemessene Behandlung der Kinder und Jugendlichen ist, dass Anzeichen für eine Suchtgefährdung bzw. Abhängigkeitserkrankung erkannt werden und eine Diagnostik erfolgt. Das ist in Berlin noch nicht flächendeckend sicher gestellt. Es erfordert Fachwissen über Drogen und Sucht sowie über Behandlungsangebote in Krisendiensten, Jugendämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, Schulen etc. und die Vernetzung dieser Arbeitsfelder. Die Behandlungsmotivation der Kinder und Jugendlichen muss aufgebaut bzw. gestärkt werden und die Hilfeplanung einschließlich der Übernahme der Behandlungskosten muss zügig erfolgen.

Handlungsempfehlung

Um eine adäquate ambulante Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen zu gewährleisten, muss der Suchtmittelmissbrauch so früh wie möglich erkannt werden.

Nach einer Diagnostik muss eine frühzeitige und der jeweiligen Problematik angemessene Intervention bzw. Behandlung im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung oder in speziellen Einrichtungen der Jugend- bzw. Suchthilfe erfolgen.

Voraussetzung dafür ist eine zügige Hilfeplanung und Klärung der Kostenübernahme, wofür die Fachdienste deutlich schneller wirksame Kooperationsverfahren entwickeln müssen.

Die Jugendhilfe wird dabei als wichtige Schaltstelle eine verantwortungsvolle Rolle spielen, zumal die Finanzierungssysteme in diesem Feld besonders komplex sind.

Dazu brauchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Arbeitsfeldern, in denen mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet wird, Wissen über Drogen und Sucht sowie zum Umgang mit Drogen konsumierenden Kindern und Jugendlichen. Dieses Wissen ist auch dringend notwendig, um ein drogenfreies Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen zur Unterstützung der ambulanten Behandlung zu gewährleisten. Entsprechende Fortbildungsangebote hält u. a. die Fachstelle für Suchtprävention vor.

Auch Eltern und andere Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen müssen in die Lage versetzt werden, die ambulante Behandlung zu unterstützen, z. B. im Rahmen der o. g. Multidimensionalen Familientherapie.

2.10 Junge Erwachsene

Problembeschreibung

Dieses Thema taucht als Problemthema und als Thema für Verbesserungsbedarf bei fast allen Experten auf: Mit dem Übergang in die Volljährigkeit ändern sich die Zuständigkeiten für die Betroffenen: In den Kliniken ist die Erwachsenenpsychiatrie zuständig (auch in den Ambulanzen); Die Jugendhilfe beendet oft de facto ihre Zuständigkeit, lediglich bei Heranwachsenden mit noch bestehendem Entwicklungsbedarf werden in Einzelfällen Hilfen nach dem KJHG gewährt. Bei seelischen Behinderungen nach dem § 35a SGB VIII bei Jugendlichen soll nun der § 53 SGB XII greifen, der eine Begutachtung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erfordert und damit eine Übergabe der Zuständigkeit.

Im SGB V gelten die Bestimmungen für Erwachsene, jedoch mit großzügiger ausgelegten Übergangsfristen (bis 21, Ausnahmeregeln).

Versorgungsdefizite

Es gibt eine Lücke in der Betreuung und Versorgung beim Übergang ins Erwachsenenalter, obwohl die KJPP-Ärzte und –Psychotherapeuten bis 21 behandeln könnten, gibt es Defizite in der Behandlung. In den Kliniken können nur in Ausnahmefällen Volljährige in der KJPP-Klinik behandelt werden. Das ist ein großer Nachteil für Entwicklungsverzögerte Volljährige, da in der Erwachsenen-Psychiatrie der Entwicklungsaspekt einer Störung kaum eine Rolle spielt. Für die 18-25 jährigen ist es schwer, geeignete Behandlungsangebote zu finden, da spezielle Ansätze und ein besonderes Vorgehen von Nöten ist, insbesondere bestehen Defizite im teil- und vollstationären Bereich.

Auch ambulante Therapeuten sind wegen der altersspezifischen Problematik nicht leicht zu finden.

Große Organisations- und Kompetenzprobleme, insbesondere Abgrenzungen gebe es zwischen dem Jugendamt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst bei der Frage der Zugehörigkeit zum Leistungsbereich des SGB VIII oder SGB XII bei jungen Volljährigen. In verschiedenen Berliner Bezirken wird die Förderung nach SGB VIII mit dem Erreichen der Volljährigkeit entgegen den Bestimmungen des KJHG beendet, die Übergabe ins SGB XII findet nicht immer geregelt statt. Es entsteht eine Betreuungslücke.

Einen großen Problemkomplex stellen „psychische Erkrankungen und Arbeit“ bei Heranwachsenden dar. Betroffene, die durch das Job-Center betreut werden, werden durch

die Arbeitsagentur nicht erfasst, nicht ausreichend betreut und gefördert. Dies betrifft besonders Heranwachsende, die vorher nicht im Jugendamt gefördert wurden. Hier besteht ein fast undurchschaubarer „Dschungel“, dem die Betroffenen und häufig auch ihre Betreuer- wenn vorhanden- nicht gewachsen sind.

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

- ein Lotsendienst durch den „Arbeitsförderungsdschungel“, Hilfen zur Bewältigung der Berufsfindung und –eingliederung, überschaubare Strukturen, ein Problembewusstsein bei den zuständigen Stellen, Abbau der Kompetenz- und Zuständigkeitsstreitereien. Angebote, die zur psychischen Stabilisierung und zur sozialen und beruflichen Integration führen, sind evtl. gemeinsam zu finanzieren. Dieser Bereich ist komplex und gleichzeitig derart wichtig, dass er einer intensiveren Auseinandersetzung bedarf.
- Der Übergang von der Jugendhilfe in die Sozialhilfe (wenn sie nötig ist), erfordert ein besseres lösungsorientiertes Übergangsmanagement.
- Sicherstellung der gesetzlich verankerten Hilfen bei Jungen Volljährigen mit Entwicklungsbedarf nach dem SGB VIII auch über das 18. Lebensjahr hinaus – in besonderen Fällen bis zum 27. Lebensjahr.
- Therapie- Zuständigkeiten weiter ausweiten: KJPP-Therapie bis 25 ermöglichen, offenere Zugänge für Heranwachsende bis 21 in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik.

2.11 Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom

Problembeschreibung

Die Vielzahl motorisch auffälliger und sehr unruhiger Kinder stellt große Herausforderungen an das psychosoziale und pädagogische Feld. Bei einem beträchtlichen Teil dieser Kinder (etwa 3-5% aller Kinder) liegt ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität (ADHS/ ADS) vor.

Untersuchungen zeigen, dass die Kinder und Jugendlichen mit vorliegendem ADHS durchschnittlich bis zu 2 Jahre auf Diagnosestellung und angemessene Behandlung warten müssen.

Während dieser Zeiten besteht für die Patienten und Familien ein hohes Risiko, dass sich wesentliche Lebensbereiche wie die Familie selbst (mit hoher Trennungsrage) und besonders die schulische Ausbildung dramatisch entwickeln. Häufig kommt es dabei zu inadäquaten und belastenden Schuldzuschreibungen gegenüber den Elternhäusern.

Die Lebensqualität bei Patienten mit ADHS ist stärker beeinträchtigt als bei Asthma kranken Kindern. Die häufige Durchdringung vieler Lebensbereiche durch die Symptomatik wird auch deutlich in Untersuchungen, die nicht nur für Patienten mit AD(H)S sondern auch für nahe Verwandte der Patienten eine deutliche Erhöhung des Risikos für Drogenabhängigkeit zeigen. Schlecht oder unbehandelt kann das AD(H)S erhebliche und kostenintensive Folgeprobleme hervorrufen.

Behandlungsdefizite

Komorbiditäten, Diagnosealter, Anamnesedauer, Entwicklungsverzögerungen und die Persistenz der Symptomatik in Teilen bis ins Erwachsenenalter bei bis zu 2/3 der Patienten macht diese Patientengruppe in erheblicher Weise anfällig für diskontinuierliche und/ oder disharmonische Beziehungen wie auch komplizierte Beziehungen mit Behandlern.

Neben KJPP- ärztlicher, psychotherapeutischer, heilpädagogischer, entwicklungs-therapeutischer (sog. Heilmittelerbringer durch die KV anerkannt) Behandlung ist die Elternberatung wesentlicher Baustein der komplexen Behandlung insgesamt. In Praxen der KJPP- Fachärzte ist eine Elternberatung und Elterntaining in der Gruppe als Teil eines kontinuierlichen komplexen Behandlungsangebotes zur Zeit nicht abrechnungsfähig. Dies behindert und stört Entwicklung und Entfaltung von Elternberatungsmodellen. Auch werden Familien vereinzelt aufgefordert, eine solche Beratung privat zu bezahlen. Insgesamt bedeutet dies eine weitere schleichende Verschiebung von Kosten für Krankenbehandlung auf die Patienten und ihre Familien.

Die Arzneimittelrichtgrößen für KJPP- Ärzte sind extrem gering, sie liegen bei 29 bis 35 Euro im Quartal. Eine Reihe von Kollegen ist erheblich von sog. Regressen bedroht, wobei sie gleichzeitig verpflichtet sind, Patienten nach Leitlinien der Fachgesellschaften zu behandeln, die eine medikamentöse Behandlung ab einem bestimmten Schweregrad als unverzichtbaren Bestandteil deklarieren. Dieses Dilemma ist nicht nur für Ärzte unerträglich, sondern bedeutet auch die Gefahr für die Patienten und ihre Familien, dass sie keine effektive und optimale und möglichst umfassende Behandlung bekommen. Diese Entwicklung wird verstärkt durch die Reduktion der Arzneimittel-Festbeträge seit 01.04.2010 für retardierte Methylphenidat-Präparate. Der inhaltlichen Begründung für ein Präparat aufgrund der Einschätzung der Lebensumstände, der Beurteilung von Compliance-Ressourcen, der Kooperationsbereitschaft in Schule, Hort und bei Anbietern der Kinder- und Jugendhilfe steht der sozioökonomische Status der betroffenen Familien gegenüber und wird zunehmend zum entscheidenden Faktor bei der Behandlungsplanung.

Handlungsempfehlungen für den ambulanten Bereich

- Abrechnungsfähigkeit der Elternberatung in Gruppen durch nicht-ärztliche SPV-Mitarbeiter in KJPP-Praxen mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- vollständige Kostenübernahme der fachärztlich verordneten Methylphenidat-Medikation durch die gesetzliche Krankenversicherung
- keine Arzneimittelregresse wegen klar indizierter Methylphenidat-Verordnungen
- Pharmaindustrieunabhängige Öffentlichkeitsarbeit: Probleme psychischer Störungen, Berufsidentität und Rollendefinition bei ADS-Patienten
- Bereitstellung von kostenfreien Praxisräumen in unterversorgten Bezirken des Landes Berlin
- Abrechnungsfähigkeit von Elternberatung und Elterntaining in der Gruppe mit EBM-Leistungsziffer
- Förderung der Elternberatung auch in Kontexten außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

3. Zusammenfassung

3.1 Ambulante Basisversorgung

Die Situation der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Berlin im Jahre 2010 ist prinzipiell durch ein breites Angebot, hoch qualifizierter Spezialisten und durch eine multiprofessionelle Herangehensweise gekennzeichnet.

Eine besondere Bedeutung spielt dabei, dass es für spezifische Indikationslagen in Berlin auch ein etabliertes ambulantes psychotherapeutisches Angebot im Rahmen der Jugendhilfe gibt.

Im Grundsatz müsste aufgrund der quantitativen wie qualitativen Voraussetzungen der Anbieter eine adäquate Versorgung für seelisch kranke und traumatisierte Kinder und Jugendliche weitgehend gesichert werden können, zumal mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Quotenregelung zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen) aus dem Jahre 2009 der Versorgungssituation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen wurde.

Dies trifft aber in der Realität nur für einige Bezirke und spezifische privilegierte Patientengruppen zu, während andere Regionen und die im Bericht detailliert dargestellten Risikogruppen eine mangelhafte, inkonsistente und nur begrenzt an der fachlichen Notwendigkeit orientierte Betreuung erhalten. Neben rein quantitativen Problemen (vgl. Anlage 2) sind dabei inhaltliche und strukturelle Faktoren wirksam.

Berlin-spezifische Hintergründe hierfür sind

- fehlende bezirkliche Steuerungs- bzw. Anreizmöglichkeiten bezüglich der Niederlassung von Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten
- Rückbau des komplementär eingreifenden öffentlichen Gesundheitswesens
- Veränderte Schwerpunktsetzungen im Jugendhilfebereich
- nicht sicher abzusehende Veränderungen in der allgemeinen Demographie
- die Entwicklung der Integration der minderjährigen Migrant*innenpopulation
- Veränderungen im Schulsystem

Hinzu kommen die **überall wirksamen Risikofaktoren und Problemszenarien:**

- Geringer sozioökonomischer Status mit auch kultureller Armut,
- frühe Sprachentwicklungsstörungen,
- mangelnde Frühförderung und Frühprävention,
- Qualifizierungspotentiale der Mitarbeiter in Kindertagesstätten,
- gesteigerter frühkindlicher Medienkonsum,
- konstant hohe Trennungs- und Scheidungsraten,
- drogenaffine Gesellschaft,
- die Anreizsituation für niedergelassene Spezialisten, leichter zu erreichende Patientengruppen den Vorzug vor anderen zu geben,
- unterschiedliche Finanzierungssysteme mit divergenten inhaltlichen und formalen Zielstellungen und Konsequenzen für die Familien.

3.2 Spezifische Patientengruppen

Die prinzipiellen Probleme zeigen sich bei den im Kapitel 2 dargestellten Problemgruppen in besonders deutlicher Weise, wobei in keiner Weise behauptet werden soll, die Versorgung anderer Patientengruppen, etwa von zwangskranken, depressiven oder psychotisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sei bereits optimal ausgereift.

Die Patienten der Problemgruppen zeichnen sich primär durch ein besonders hohes Risiko aus, überhaupt keine adäquate Versorgung zu erhalten!

Kombinationen dieser Risikoszenarien stellen noch höhere Herausforderungen dar, sind aber in der Realität eine häufige Konstellation: etwa wenn ein früh traumatisierter (2.3) ADS-Patient / eine früh traumatisierte (2.3) ADS-Patientin (2.11) mit Sprachentwicklungsstörung (2.4) als Migrant/Migrantin (2.8) die Schuleingangsphase bei zeitgleicher Trennung der

Eltern nicht erfolgreich schafft und durch aggressive Verhaltensweisen (drohendes 2.5) seine / ihre depressiv erkrankte Mutter (2.2) überfordert.

Die Problembeschreibungen, die Versorgungsdefizite und die Handlungsempfehlungen sind - auf die Spezifika der Gruppen bezogen - detailliert im **Kapitel 2** dargestellt.

4. Grundsätzliche Handlungsempfehlungen

Es ist daher aus fachlicher Sicht unbedingt notwendig, folgende **Rahmen-Maßnahmen** in Berlin zu planen und umzusetzen, damit sowohl die Basisversorgung als auch die für die einzelnen Patientengruppen notwendigen spezifischen Maßnahmen (Kapitel 2) umgesetzt werden können und optimal wirken:

- Gemeinsames Commitment aller für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Verantwortlichen auf Seiten der Senatsverwaltungen, der Bezirke, der Kostenträger und der Leistungsanbieter
- Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als jeweilige „Chefsache“
- Abgestimmte verbindliche bezirkliche interdisziplinäre Versorgungsplanung auf dem Boden kleinräumiger Versorgungsanalyse
- Ambulante Klienten- und familienorientierte Hilfen und störungsspezifische Hilfen parallel planen
- Nachhaltige Ressourcenaktivierung bei den verantwortlichen Bezugspersonen ermöglichen
- Systematische Förderung risikogruppenorientierter, auch aufsuchender psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote
- Verbindliche Kooperationsverpflichtungen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Schule und der Jugendhilfe auf den Einzelfall bezogen
- Integration von qualifizierten Dolmetscherdiensten in die regulären Leistungen
- Anti-Stigma-Kampagnen und Ermutigung betroffener Familien, Diagnostik und Therapie in Anspruch zu nehmen

Einige dieser Aspekte konnten bereits modellhaft aufgegriffen werden und die Projekte zeigen ermutigende Ergebnisse.

Eine Übertragung in die tatsächliche Realität der Versorgungslandschaft, die aufgrund des Expertenhearings und der täglichen vor-Ort-Tätigkeit der für diesen Bericht verantwortlichen Expertengruppe die Leitlinie war, steht noch aus.

Sollte die oben dargestellte Verstärkung und Differenzierung des ambulanten Versorgungssystems nicht zeitnah gelingen, müsste hilfsweise an eine personelle und fachliche Aufstockung und Erweiterung des Behandlungsauftrags der in die regionale Pflichtversorgung eingebundenen Psychiatrische Institutsambulanzen und der bezirklichen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste gedacht werden, trotz der unten dargestellten fachlichen Limitation.

5. Fachliche Limitationen

Alle dargelegten zusätzlichen und spezifischen Maßnahmen werden ihre volle Kraft nur dann entfalten, wenn der **(teil-) stationären Diagnostik und Behandlung** ebenso nachhaltig Aufmerksamkeit und Verstärkung zuteil wird wie dem ambulanten Bereich.

Ohne eine parallele Stärkung des institutionell-klinischen Bereiches insbesondere in Zeiten der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems bis 2013 (PSY-OPS-Codes) und ohne Stärkung der komplementären Dienste und ohne einen intensiven verbindlichen Einbezug der Jugendhilfe, der Suchthilfe und des Schulbereiches sind trotz möglicher Reduzierung individueller und familiärer Probleme die dargelegten ambulanten Maßnahmen im Sinne eines Public-Health-Ansatzes nicht als effektiv anzusehen.

Ebenso wenig lassen sich aber die notwendigen ambulanten Erweiterungen durch einseitige Verstärkungen im PIA- oder KJPD-Bereich angemessen substituieren. Es handelt sich hier um **komplementär einander ergänzende Systeme**.

Fachlich gesehen ist aus demographischer oder gesellschaftlicher Perspektive mit **keinerlei Entspannung der Situation** bis zum Jahre 2020 zu rechnen.

Bei allen von Experten angestoßenen Verbesserungen und Lösungen für medizinische Behandlung auf der Grundlage der GKV und für Hilfen im Rahmen von Hilfen zur Erziehung und bei der Beeinträchtigung der Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben (SGB VIII) bleibt es aber ebenso ein hohes ethisches und rechtliches Gut, dass Eltern bzw. Patienten je nach Alter und Einsichtsfähigkeit die Wahrnehmung der empfohlenen medizinischen Behandlung und/oder der angebotenen Hilfen durch das Jugendamt in selbstbestimmter Weise im Sinne der Patientenrechte, des Empowerments und der Agency gestalten.

Der adäquatere Einbezug von Patienteninteressen bleibt ein weiterer wichtiger anstehender Schritt, um die Inklusion auch der psychisch behinderten und erkrankten Kinder und Jugendlichen in die urbane Gesellschaft zu sichern.

AG, Stand 03.06.2010