



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

19. Jahrgang | Heft 4/2009

*Off zielles Mitteilungsorgan
der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.*

forum

für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Inhalt

Editorial: Operationen- und Prozedurenschlüssel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Brief an das Bundesministerium für Gesundheit <i>Renate Schepker, Helge Treiber, Johannes Hebebrand</i>	7
Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010 <i>Sven Borsche</i>	9
Entwicklungsbedarf kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland <i>Helga Kühn-Mengel</i>	20
Historischer Aufriss der Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung im Rheinland <i>Jürgen Junglas</i>	26
Kinder- und Jugendmedizin mit Kinder- und Jugendpsychiatrie unter einem Dach. Das Modell für die Zukunft!? <i>Ullrich Raupp</i>	43
Wie teilen sich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe die praktische Versorgung? <i>Wilhelm Schomaker</i>	50
Partizipative Entscheidungsfindung in der Psychiatrie und Psychotherapie – Erste Ergebnisse und Transfer in die Versorgung <i>Daniela Simon</i>	62
Die Zukunft der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten <i>Jürgen Wasem</i>	76
Der HAWIK-III – ein nützliches Instrument bei der Abklärung des Asperger-Syndroms <i>Thomas Girsberger</i>	94
<i>Buchrezension</i> Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute	105
<i>Hinweise für Autoren</i>	106

Editorial:

Operationen- und Prozedurenschlüssel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Am 25.3.2009 trat das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) in Kraft, in dem die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorgeschrieben ist. Im Gegensatz zum bereits eingeführten DRG-System für die somatischen Fächer wird dieses leistungsbezogene Entgeltsystem jedoch nicht fallbezogen sein, sondern auf tagesgleichen Pflegesätzen basieren. Das bedeutet, dass es nicht eine Pauschale geben wird für eine Behandlungsepisode unabhängig von der Verweildauer, sondern dass weiterhin Tagespflegesätze abgerechnet werden, deren Höhe jedoch Patient bezogen von den erbrachten Leistungen abhängt: Erhält beispielsweise ein Patient besonders viel Therapie, kann das Krankenhaus einen höheren Tagespflegesatz in Rechnung stellen als wenn der Patient wenig Therapie erhält.

In §17 KHRG sind als Anforderungen genannt, dass der unterschiedliche Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abgebildet werden und der Differenzierungsgrad praktikabel sein soll, die Bewertungsrelationen als Relativgewichte zu definieren sind und Definition der Entgelte und Bewertungsrelationen bundeseinheitlich festzulegen sind. Die Entgelte sollen in einer ersten Entwicklungsstufe die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen umfassen. Wie bei den DRGs sollen in Ausnahmefällen Zusatzentgelte und Entgelte für nicht erfasste bzw. nicht bewertete Leistungen vereinbart werden können. Die Regelungen des §17 b für Richtwerte, Zu- und Abschläge, zu besonderen Einrichtungen und außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen sollen entsprechend gelten.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene, Krankenkassen (DKV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sollen das Entgeltsystem und seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung vereinbaren. Die Entwicklung soll zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung ausgehen. Bei der Entwicklung sollen sich die

Vertragsparteien ihres DRG-Instituts (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) bedienen.

Bis zum Jahresende 2009 sollen die Grundstrukturen des Vergütungssystems, das Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen und zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern vereinbart werden, bis Herbst 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen, und die Einführung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems ab 2013, zunächst budgetneutral.

DKV und DKG haben innerhalb weniger Monate unter Beteiligung der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden Prozeduren für die teil- und vollstationäre Behandlung entwickelt. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), hat die ab 2010 bundesweit verbindlich innerhalb des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) Version 2010

geltenden Kodes Ende Oktober 2009 ins Netz gestellt: Im Kapitel 9 „ERGÄNZENDE MASSNAHMEN“ sind die OPS-Kodes 9-65 bis 9-69 aufgeführt, die zur wöchentlichen Verschlüsselung der „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ dienen. Zusätzlich sind tagesgenau zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs die Behandlungsarten gemäß Psychiatrie-Personalverordnung anzugeben unter 9-983.0 bis 9-983.6. Nachdem die Prozeduren nun definiert und veröffentlicht sind, arbeiten die Softwarefirmen daran, die OPS-Kodes in den Krankenhaus-Informationssystemen (KIS) zu implementieren, um die Kliniken in die Lage zu versetzen, die Daten ab 1.1.2010 an das InEK liefern zu können. Ob dem Antrag an das BMG, die verbindliche Übermittlung der OPS-Kodes erst zu einem späteren Zeitpunkt beginnen zu lassen, um genügend Zeit zur Vorbereitung zu haben und die unter Zeitdruck entwickelten und noch nicht wie vorgesehen in einem Pre-Test real erprobten Kodes ggf. noch einmal zu überarbeiten, stattgegeben wird, ist derzeit noch unklar, so dass sich derzeit als kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen auf den 1.1.2010 als Startpunkt einrichten müssen.

Zu den absolut notwendigen Vorbereitungen gehören nicht nur die bereits genannten Softwareanpassungen, sondern auch Schulungen für das Patienten versorgende Personal, das Leistungen erbringt, die in den OPS-Kodes verschlüsselt werden. Unterschieden werden hier die Leistungen von Ärzten, Psychologen, „Spezialtherapeuten“ und Pflegefachkräften. Zusätzlich müssen „Kodierassistenten“ benannt und geschult werden, die wöchentlich über-

prüfen, ob die erbrachten Leistungen vollständig und richtig kodiert wurden bzw. selbst die Kodierung vornehmen aufgrund der dokumentierten Leistungen.

Zunächst werden die an das InEK übermittelten Codes sich noch nicht auf die Budgets auswirken, da die Berechnungen für die Bewertungsfaktoren noch nicht vorliegen, sondern erst auf der Basis der von Kalkulationskrankenhäusern an das InEK ab 2010 zu übermittelnden Daten erfolgen werden. Daher ist auch nicht klar, wie eine Klinik ihr Leistungsangebot strukturieren muss, um finanziell überleben zu können. Wird es sich rechnen, mit wenig Leistungen durch wenig Personal die Patienten zu versorgen oder mit viel Leistungen durch viel Personal? Vorgegeben ist derzeit, dass bei einer Therapiedauer von mindestens 25 Minuten dieser Zeitraum bei Einzeltherapie als 1 Therapieeinheit zu verschlüsseln ist, bei Gruppentherapie als 1/3 Therapieeinheit, wobei die Gruppengröße auf maximal 10 Patienten begrenzt ist und Gruppen mit mehr als 6 Teilnehmern nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden sollen. Doch wie groß wird die Differenz letztendlich in Euros sein beispielsweise zwischen „1/3 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche“ pro Patient, „Mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche“ und „Mehr als 16 Therapieeinheiten pro Woche“? Was werden Zusatzcodes wie etwa „9-690 Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ bringen?

Ob es tatsächlich gelingen wird, „in den nächsten Jahren ein fachlich befriedigendes Entgeltsystem zu schaffen“, wie es Rainer Kukla fordert, und ob das neue Finanzierungssystem so gestaltet werden wird, dass „es Leistungsträger und Leistungserbringer bei systemgemäßem Handeln nicht in Widerspruch zu ihren fachlichen und humanitären Zielen bringt“, wie Heinrich Kunze anmahnt, wird vor allem von 2 Variablen abhängen:

- *Finanzielle Ausstattung:* Wird die Personalausstattung in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen bundesweit flächendeckend bis Ende 2012 dem KHRG entsprechend 90 bzw. 100% realisiert sein, wenn die Umstellung des Vergütungssystems ab 2013 zunächst budgetneutral erfolgen soll, und wird es in den Folgejahren angemessene Anpassungen der Budgets geben an die Steigerungen der Personal- und Sachkosten?
- *Kooperation:* Werden DKV, DKG, BMG, InEK und Fachverbände auf Dauer ein gut kooperierendes „lernendes System“ bilden, das die „richtigen“ Leistungsanreize bietet, die eine qualitativ hoch stehende Patientenversorgung ermöglicht?

Für das DRG-System zieht Stausberg (2008) folgende Zwischenbilanz: „Bezogen auf die ökonomischen Ziele ist das G-DRG-System wirkungslos geblieben. Die Kosten der Krankenhäuser sind ungebremst gestiegen, eine Transparenz des Leistungsgeschehens wurde nicht erreicht. Bezogen auf die medizinische Behandlungsqualität zeichnet sich hingegen eine positive Tendenz ab. Ob dies tatsächlich den DRGs zuzuschreiben ist, muss allerdings bezweifelt werden. Setzt doch die externe vergleichende Qualitätssicherung selbst verschiedene Anreize zur Qualitätsverbesserung, wie Feedback, Benchmarking und den sogenannten strukturierten Dialog.“ Für das neue Entgeltsystem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind noch keine Qualitätsindikatoren festgelegt. Auf einer ersten gemeinsamen Sitzung auf Einladung des Bundesgesundheitsministeriums zur Qualitätssicherung im neuen Entgeltsystem, an der ich teilnehmen durfte, zeichnete sich sehr klar ab, dass die Zeit zu kurz ist, um auf der Basis der externen Qualitätssicherung, wie sie sich für das DRG-System unter Federführung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland in Entwicklung befindet, Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Ob für die vertragsärztliche Versorgung entwickelten „Ambulanten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK®), die z. B. zu ADHS vorliegen, auch für die teilstationäre und stationäre Versorgung zur Anwendung kommen können, muss noch geklärt werden.

Die Verknüpfung von Politik, Ökonomie und fachlichen Aspekten, wie sie sich am Beispiel des neuen Entgeltsystems abbildet, bildet auch den Schwerpunkt dieses Forumheftes. Die Mehrzahl der Beiträge basiert auf Vorträgen auf einer von Jürgen Junglas in Bonn organisierten Tagung der BAG der Leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Deutschlands, ergänzt durch einen aktuellen Brief dreier kinder- und jugendpsychiatrischer Fachgesellschaften an den neuen Bundesgesundheitsminister, durch eine empirische Arbeit zur Nützlichkeit eines mehrdimensionalen Intelligenztests als Ergänzung zur Diagnostik von Störungen des autistischen Spektrums sowie die Rezension eines Buches, das wiederum fachliche und gesellschaftliche Aspekte zum Thema hat.

Wer nach der Lektüre dieses Heftes noch im Internet weiterlesen möchte, dem empfehle ich die Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums zu „Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ (2009) in Verbindung mit der 20 Jahre älteren UN-Kinderrechtskonvention

(1989) sowie „Eine Welt – fit für Kinder! Aktionsplan der UN-Sondergeneralversammlung zu Kindern“ (2002) in Verbindung mit dem Zwischenbericht des Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum „Nationalen Aktionsplan: Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 –2010“ (2008).

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 –2010. Zwischenbericht. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/nap-zwischenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) „Eine Welt – fit für Kinder!“ Aktionsplan der UN-Sondergeneralversammlung zu Kindern (Weltkindergipfel 2002) http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Eine_20Welt_20-_20fit_20f_C3_BC_r_20Kinder_20-Onlinebrosch_C3_BCre,property=pdf.pdf

Bundesjugendkuratorium (2009) Partizipation von Kindern und Jugendlichen – Zwischenanspruch und Wirklichkeit. www.bundesjugendkuratorium.de/pdf/2007-2009/bjk_2009_2_stellungnahme_partizipation.pdf

DIMDI (2009) OPS Version 2010: Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69) www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/block-9-65...9-69.htm

KBV (2009) Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen - AQUIK®. www.kbv.de/themen/aquik.html

Kukla, R. (2009) Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG). ver.di-Fachtagung Psychiatrie. Düsseldorf, 27.3.2009

Stausberg, J. (2009) DRG-System: Ein Erfolgsmodell? Dtsch Arztebl 106(6): A-226

UN (1989) UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf

Brief an das Bundesministerium für Gesundheit

Renate Schepker, Helge Treiber, Johannes Hebebrand

Herrn
Bundesminister Dr. med. Philipp Rösler
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

Cc: Herrn Dr. F. Rau, BMG Bonn
DIMDI
InEK
DKG
GKV-SpiV

Sehr geehrter Herr Minister,

die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aus dem stationären Bereich möchten Ihnen zu Ihrer Wahl als Minister gratulieren. Wir freuen uns besonders, dass mit Ihnen ein junger Vater das Amt bekleidet, und darauf, Ihnen unsere Arbeit um die seelische Gesundheit von Kindern nahe bringen zu können.

Unter Ihrer Vorgängerin wurde das von uns zunächst als sehr positiv für unser Fach begrüßte KHRG verabschiedet. Es wurde darin ein Weg gefunden, ohne DRGs ein leistungsbezogenes Entgeltsystem auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu entwickeln und innovative Wege der sektorenübergreifenden Versorgung in Perspektive zu nehmen. Es wurde der Bezug des neuen Entgeltsystems auf die Psych-PV vorgegeben und gleichzeitig mit der Veränderung des § 6 BpflV unsere Mahnung umgesetzt, dass ein neues Entgeltsystem realistisch nur mit einer hinreichenden Personalausstattung entwickelt und erprobt werden kann. Hier ist zu betonen, dass die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen im Ergebnis der Psych-PV Evaluation im Auftrage des BMG besonders schlecht abgeschnitten haben – es standen bereits 2004 nur noch 88 % anstatt 100 % Psych-PV zur Verfügung.

Wir haben uns unter diesen Voraussetzungen aktiv in die Code-Entwicklung eingebracht. Es wurde zuletzt gemeinsam mit BMG-Vertretern in den Beratungen festgestellt, dass eine „Sockel-Definition“, d.h. eine Definition der nicht in Leistungsentgelte einbeziehbaren qualitativen Grundvoraussetzungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit, noch zusätzlich erfolgen muss.

Heute müssen wir feststellen, dass

1. die notwendige Voraussetzung einer vollen Psych-PV-Ausstattung bundesweit bisher nicht umgesetzt worden ist, sondern von der GKV durch diverse Strategien blockiert wird,
2. über das Gesetz hinausgehend die Einführung der nun bereits in die DIMDI-OPS eingestellten Codes schon ab 1.1.2010 für alle Häuser verpflichtend gemacht wurde, ohne dass die pre-test-Phase und die Datenlieferung der Kalkulationshäuser überhaupt angelaufen ist,
3. wesentliche durch die Codes neu vorgegebene Rahmenbedingungen noch zu klären sind (z.B. Sockel-Definition, Nicht-Anrechnung von Mitarbeitern in Ausbildung auf die Leistungen ohne rechtliche Klärung von Ausbildungszuschüssen auch für die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, Definition welche kinderpsychosomatischen Abteilungen unter § 17 b und welche unter § 17d codieren sollen).

Unter diesen Voraussetzungen wird den zu sammelnden Daten versorgungspolitisch wie wissenschaftlich und ökonomisch keine Aussagekraft zukommen. Schlimmer noch wird ein neues Entgeltssystem von vornherein von den Durchführenden als sinnlose Bürokratie aufgefasst werden, zumal die Leistungscodierung deutlich aufwändiger geworden ist als von uns vorgeschlagen.

Wir bitten Sie, auf die Selbstverwaltungspartner dahingehend einzuwirken, dass zunächst die Rahmenbedingungen zu klären und die Voraussetzungen laut Gesetz zu schaffen sind, ehe eine Einführung in der Breite beginnen kann.

Mit besten Grüßen



Prof. Dr. R. Schepker

Vorsitzende der BAG
Leitender Klinikärzte für
Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik u. Psychotherapie



H. Treiber

Vorsitzender der BAG der
Ltd. Mitarbeiter /-innen des
Pflege- und Erziehungsdienstes
kinder- u. jugendpsych.
Kliniken u. Abteilungen



Prof. Dr. J. Hebebrand

Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik u. Psychotherapie

Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010

Sven Borsche

Ich habe die Einladung deswegen besonders gern angenommen, weil es mit Blick auf eine immer komplexer werdende Welt gut ist, wenn die Ressourcen über ihren Tellerrand schauen. Wenn man die Betonung der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Kinder und Jugendliche legt, dann sind Sie zwar gar nicht so weit von einer Kinder- und Jugendpolitik entfernt, in der ich mich von Haus aus bewege, wenn man die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Teil der Medizin hervorhebt, dann gibt es zwar immer mehr Berührungspunkte zwischen der Heilkunde hier und der Kinder- und Jugendhilfe dort, aber vor allem da, wo erforderlichlich gemeinsames Vorgehen, gilt es immer noch mancherlei Konkretisierung zu entwickeln und dafür auch Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

Der Nationale Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010 (NAP) ist ein Instrument für die Intensivierung der ausbaufähigen Schnittstelle zwischen den beiden genannten Ressourcen, aber auch noch zu anderen Ressourcen.

Vorgeschichte

Unmittelbarer Hintergrund für den NAP ist das Abschlussdokument der zweiten Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen zu Kindern, die im Mai 2002 in New York stattgefunden hat. Es ist immer wieder erstaunlich, wie grundsätzlich weit weg, mit unterschiedlichen Akzenten bezüglich einzelner Themen, die Vereinten Nationen im öffentlichen Bewusstsein in Deutschland sind, vielleicht auch, weil wir genug mit Europa zu tun haben; sodass dieses

Ereignis auch von den Medien nicht tatsächlich aufgegriffen worden war. In dem engen Kreis von Fachleuten läuft diese Sondergeneralversammlung bei uns unter der Bezeichnung „Weltkinderhilfe“, an dem nicht nur Regierungsvertreter von 186 Nationen, sondern auch 400 Kinder und Jugendliche aus der ganzen Welt teilgenommen hatten. Unter der Überschrift „Eine kindergerechte Welt – A world fit for children“ wurde ein Abschlussdokument verabschiedet, das weltweit zur Verbesserung der Lebenssituation der Kinder beitragen soll. Die teilnehmenden Nationen haben sich darin auch verpflichtet, auf der Grundlage dieses Abschlussdokuments, Aktionspläne zu entwickeln und der UN vorzulegen, mit denen die allgemeinen Zielsetzungen des Abschlussdokuments auf nationaler Ebene umgesetzt werden. Dabei soll es in der Sache darum gehen, ich zitiere, „eine kindergerechte Welt zu schaffen in der die Grundsätze der Demokratie, der Gleichberechtigung, der Nichtdiskriminierung, des Friedens und der sozialen Gerechtigkeit, sowie die Allgemeingültigkeit, Unteilbarkeit und wechselseitige Abhängigkeit und Verknüpfung aller Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Entwicklung, die Grundlage für eine nachhaltige menschliche Entwicklung bilden, die das Wohl des Kindes berücksichtigt“ (Zitatende). Also in der üblichen UN-Sprache, eine sehr weite Formulierung, mit der man natürlich eine ganze Menge machen, aber vielleicht dann auch verstecken kann.

Die historische Folie für diesen zweiten Weltkindergipfel bildet eine kontinuierliche Entwicklung der Menschenrechte für Kinder, auf der internationalen Ebene seit nunmehr nahezu 100 Jahren. Im bereits 1902 deklarierten Jahrhundert des Kindes wurden die ersten expliziten Kinderrechte durch den Völkerbund in der Genfer Deklaration von 1924 zusammengestellt. 1948 folgten die Bestätigung dieser Prinzipien durch die neu gegründeten Vereinten Nationen, 1959 die *declaration on the rights of the childs* der Vereinten Nationen. Die Vereinten Nationen hatten dann, einige von Ihnen werden sich noch daran erinnern, 1979 als Internationales Jahr des Kindes ausgerufen. Das darin begonnene Vorhaben, die Deklaration in eine völkerrechtlich verbindlichere Konvention umzuwandeln, fand im November 1989 mit der entsprechenden Verabschiedung durch die Vollversammlung der Vereinten Nationen seinen Abschluss. Seitdem wacht eine von der UN berufene, mittlerweile mit 18 Expertinnen aus allen Teilen der Welt hochkarätig besetzte Kommission für die Rechte des Kindes über deren Umsetzung bei den Unterzeichnerstaaten. Weitere Kristallisationspunkte für die Fokussierung von Zielen der Umsetzung und Schritten zu deren Verdeutlichung wurden der 1. Weltkindergipfel 1990 und eben der schon erwähnte 2. Weltkindergipfel 2002.

Heruntergebrochen auf die nationale Ebene: Nachdem Deutschland (West) bereits in dem Internationalen Jahr des Kindes 1990 den Beginn eines Aufschwungs von kinderrechtspolitischen Themen erfahren hatte, Ausflüsse waren etwa die Einrichtung von Kinderbeauftragten vor Ort, die Schaffung der Kinderkommission im Deutschen Bundestag und die Umbenennung des vormaligen Jugendwohlfahrtsgesetzes in Kinder- und Jugendhilfegesetz, erhielt die Debatte über Kinderrechte einen weiteren Schub Anfang der 1990er Jahre durch die Auseinandersetzung um die Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland und deren Vollzug einschließlich einer Interpretationserklärung durch die damalige Bundesregierung. Seit dem ist, auch die Anstrengung der 1995 ins Leben gerufene National Coalition (www.national-coalition.de) für die Umsetzung der Kinderrechtskonvention in Deutschland, kurz NC, deren Mitbegründer und Sprecher für die ersten fünf Jahre ich war, und in der nahezu hundert Organisation sowohl aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, Jugendverbände, Wohlfahrtsverbände sowie Fachorganisationen, wie der Kinderschutzbund als auch Zusammenschlüsse aus anderen Bereichen, wie die Kinder- und Jugendärzte, die Schulpsychologen, Flüchtlingsorganisationen, UNICEF Deutschland oder der Juristinnenbund, zusammengeschlossen sind, die Debatte um Rechte von jungen Menschen aus der kindes- und jugendpolitischen Diskussion in Deutschland nicht mehr wegzudenken.

Entstehung/Vorbereitungen

Auch Deutschland hatte sich 2002 beim zweiten Weltkindergipfel in New York bereit erklärt, einen Nationalen Aktionsplan zu erstellen. Unter Federführung des Jugendressorts auf Bundesebene, wurden 2002/2003 im Rahmen einer Ressortabstimmung zunächst fünf, im Nachgang dann sechs Bereiche für die Inhalte des NAP festgelegt. In einem so bisher in Deutschland nicht da gewesenen Verfahren, wurde ein externer Koordinator für die Erstellung eines Entwurfs des NAP bestimmt, eine Koordinierungsgruppe eingerichtet, an der Bund, Länder und Gemeinden sowie Nicht-Regierungs-Organisationen beteiligt waren, und sechs Arbeitsgruppen gebildet, die sechs Expertinnen bei der Erstellung der Teilentwürfe zu unterstützen hatten. Außerdem wurden Kinder und Jugendliche in Form von drei Regionalkonferenzen und einem bundesweiten Treffen auf dem sie ihre Beratungsergebnisse der zuständigen Bundesministerin übergeben und mit ihr erörtern konnten, beteiligt. Auf Bitten der Jugendministerin sollten in der Koordinierungsgruppe außer-

dem neben der Kinderkommission im Deutschen Bundestag, auch das Bundesjugendkuratorium, kurz BJK, das gesetzlich verankerte Sachverständigen-gremium zur Beratung der Bundesregierung in grundsätzlichen Fragen der Kinder- und Jugendhilfe und mit Blick auf die Querschnittsaufgabe Kinder- und Jugendpolitik vertreten sein. Als dessen Sekretär habe ich die Mitwirkung wahrgenommen, damit war ich also relativ nahe dran an dem gesamten Entstehungsprozess des NAP, zumal auch der Koordinator sein Büro in meiner Geschäftsstelle hatte.

Die Koordinierungsgruppe war aufgrund ihrer heterogenen Zusammenstellung nicht in der Lage, die Arbeitsergebnisse der Workshops für den NAP zusammen zu führen. Nach einer gründlichen Ressortabstimmung innerhalb der Bundesregierung unter Federführung des Jugendressorts, wurde der NAP schließlich im Februar 2005 durch das Bundeskabinett beschlossen und durch die damalige Bundesjugendministerin zunächst der Bundeskinderkommission übergeben und anschließend in einer Bundespressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt.

Dann hat wohl die vorgezogene Bundestagswahl einem Start der Umsetzung im Weg gestanden, doch ist es gelungen, die Weiterverfolgung des NAP in den Vertrag der großen Koalition vom 11. November 2005 aufzunehmen. In dem Teil „Familienfreundliche Gesellschaft“ heißt es im Vorspann unter anderem: „Junge Menschen haben ein Recht auf Bildung, gesundes Aufwachsen, auf gesellschaftliche Beteiligung, und vor allem darauf, dass sie vor physischer und psychischer Gewalt geschützt werden. Deshalb werden wir an diesen und den anderen Zielen des Nationalen Aktionsplan für ein kinderfreundliches Deutschland 2005 bis 2010 festhalten und diese gemeinsam mit Kindern, Jugendlichen und ihren Verbänden umsetzen.“

August 2005 bis Januar 2006 fand eine zweite Jugendbeteiligungsphase zum NAP statt, und zwar als eine Weiterführungsaktion vom BMFFJ, des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Jugend, gemeinsam mit dem Deutschen Bundesjugendring und der Bundeszentrale für politische Bildung durchgeführten „Projekts P – Partizipation“, zur Verbesserung der Beteiligung von Kindern und jungen Menschen.

Ich zitiere: „Ziel war die Erstellung eines NAP-Reports von Kindern und Jugendlichen, die ihre Meinung als Feedback und Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplans formuliert und der zugleich den Beginn der Umsetzung des NAP im Umfeld der Jugendlichen und durch sie dokumentiert. Die Jugendlichen, die an den Seminaren zur Reporterstellung mitgewirkt hatten wurden durch die 400 Kinder- und Jugendparlamente in Deutschland über die Beteiligungsmöglichkeiten informiert, andere wurden durch informelle Netz-

werke und online-communitys angesprochen oder durch die online-Umfrage auf das Projekt selbst aufmerksam gemacht. Darüber hinaus waren Jugendliche dabei, die bereits bei der Erstellung des NAP beteiligt waren. Dadurch konnten verbandlich organisierte, nicht organisierte oder in zeitliche begrenzten Projekten oder Jugendinitiativen Aktive aber an den Themen des NAP interessierte Jugendliche im gesamten Bundesgebiet eingebunden werden. Die Bundesregierung sieht diesen Report zum NAP der von den Jugendlichen dem Parlamentarischen Staatssekretär im BMFFJ übergeben wurde, als Anregung und wichtiges Feedback seitens der Kinder und Jugendlichen an. Der Parlamentarischen Staatssekretär Herr Küst teilte der Fachöffentlichkeit dabei mit, dass dieser Bericht, dieser Report der Kinder und Jugendlichen, auch dem Bundeskabinett vorgelegt wird, dass die Bundesregierung dabei sei, eine Bund-Länder-Steuerungsgruppe vorzubereiten, die die Umsetzung des NAP koordinieren soll und das eine Konferenz vorgesehen sei, die eine erste Bilanz der erzielten Fortschritte ziehen soll.

Inhalte

Die UN-Kinderrechtskonvention bedarf auch in Deutschland der Aktualisierung und der Umsetzung. Wer die 54 Artikel der Konvention liest, wird zwar erkennen, dass die Normen im Allgemeinen in unserem Lande als verwirklicht betrachtet werden können. Tatsächlich haben die bisherigen Bundesregierungen dies auch übereinstimmend erklärt. Wer aber genauer hinsieht, und vor allem der Frage nachgeht, ob die grundsätzlich geltenden Normen auch tatsächlich für alle junge Menschen praktische Gültigkeit haben, wird zu einem anderen Ergebnis kommen. Vieles hängt bekanntlich ab von den konkreten Lebensbedingungen, die zudem zum großen Teil weniger individuell, sondern eher gesellschaftlich beeinflusst werden.

Vor diesem Hintergrund hebt der NAP in seiner Präambel nunmehr insbesondere hervor, dass wir, trotz erfolgreich zurückgelegter Etappen von dem gesteckten Ziel eines kindergerechten Deutschland, ich zitiere „noch ein gutes Stück entfernt sind“ (Zitatende). Der NAP enthält mit Bezug auf die Abschlusserklärung des Weltkindergipfels 2002 zahlreiche konkrete Empfehlungen für Maßnahmen in sechs Handlungsfeldern, die bis 2010 umgesetzt werden sollen.

Die Handlungsfelder sind überschrieben mit

1. Chancengerechtigkeit durch Bildung
2. Aufwachsen ohne Gewalt
3. Förderung eines gesunden Lebens und gesunder Umweltbedingungen

An dieser Stelle will ich aus der Fülle der im NAP enthaltenen, rund 170 Empfehlungen, die in Bund, Länder und Gemeinden bis 2010 umgesetzt werden sollen, nur, in diesem Kreise hier quasi exemplarisch, wenige, im Zusammenhang stehende vorgesehene Maßnahmen ausdrücklich benennen. Unter der Überschrift „*Vorbeugung, Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen*“ werden diese zunächst kurz skizziert im Nationalen Aktionsplan und dann unter anderem die folgenden Maßnahmen aufgelistet.

Ich zitiere: „Mit Blick auf Früherkennung und die Behandlung von Beziehungs- und Regulationsstörungen regt die Bundesregierung die Durchführung von zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen an. Die Bundesregierung unterstützt, dass die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen derzeit überprüft und bedarfsgerecht ergänzt werden. Dabei hervorzuheben ist der Aufbau von Angeboten um Risikogruppen zu erreichen sowie die Bereitstellung von Informationen für Eltern über Sinn und Zweck der Früherkennungsuntersuchungen. Dazu sollen bestehende Strukturen stärker genutzt und hier insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst, Kindertageseinrichtungen und Schulen.“

Ein weiteres Zitat aus dem Gesundheitskapitel: „Bereits eingetretene seelische Störungen müssen früh erkannt und behandelt werden, insbesondere geht es darum, niederschweligen und zeitnahen Zugang zu bedarfsgerechten kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen zu verbessern, qualifiziert Diagnostik und Therapieangebote auszubauen und interdisziplinäre regionale Netzwerke zu Krisenintervention und Behandlung seelischer Störungen zu unterstützen.“

Ich komme nunmehr zur Fortsetzung der Übersicht der Gegenstände des NAP:

4. geht es um Beteiligung von Kindern und Jugendlichen
5. um die Entwicklung eines angemessenen Lebensstandards für alle Kinder und
6. um internationale Verpflichtungen: Bekämpfung von Armut und Verwirklichung von Rechten von Kindern in Entwicklungsländern und Weiterentwicklung internationaler Übereinkommen zum Schutz von Kindern

In einer Präambel und den anschließenden Perspektiven für eine nachhaltige Entwicklung für ein kindergerechtes Deutschland positioniert sich die Bundesregierung innerhalb des breiten gesellschaftspolitischen Gestaltungsprozesses der durch den vorgelegten NAP vorangebracht werden soll. Dabei werden zum einen Fragen von Integrations- und Gender-Aspekten und die Notwendigkeit der Einbindung aller gesellschaftlichen Kräfte angesprochen. Zum anderen werden unter der Überschrift „Perspektive für eine nachhaltige Entwicklung zu einem kindergerechten Deutschland“ Vorgehens- und Verfahrensstrategien sowie quer zu den bereits genannten Inhalten liegende Vorhaben aufgeführt, nämlich die Rücknahme der Erklärung der UN-Konvention über die Rechte des Kindes der deutschen Bundesregierung von 1992, die Aufnahme von Kinderrechten in das Grundgesetz und die Schaffung eines Individualbeschwerderechts in Bezug auf die UN-Kinderrechtskonvention. Die Rolle von Kindern und Jugendlichen beim Entwicklungsprozess NAP wird unter anderem dadurch hervorgehoben und gewürdigt, dass deren Diskussionsergebnisse in der von den jungen Menschen vorgelegten Form im Original im NAP beigefügt sind. Und dass, die wie bereits erwähnt, im Rahmen von Projekt P zur Entwicklung von Vorstellungen zu den Vorschlägen des NAP aufgefordert worden sind, sie dann auch dem Kabinett vorgelegt werden sollen.

Welche kinder- und jugendpolitischen Implikationen bzw. Herausforderungen bringt der NAP mit sich?

Im Folgenden sollen einige Punkte ohne Anspruch auf Vollständigkeit angesprochen werden, die in der anschließenden Diskussion vertieft, bzw. ergänzt werden können.

1. Zunächst einmal ist offenkundig, dass eine Auseinandersetzung mit dem ob und wie eines Nationalen Aktionsplans nur im Zusammenhang mit der Politik für Kinder bzw. der Sorge der Politik, dass zuwenig Kinder geboren werden, das ist aber nicht mehr nur die Debatte über die Alterung der Gesellschaft, insgesamt sowohl als Jugendpolitik aber eben auch als Familienpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Wirtschaftspolitik und Bildungspolitik gesehen werden muss. Geht es nur um mehr Geld, Ausbau der Infrastruktur, und der Veränderung der Organisation von Lebenszeit und deren Zusammenspiel, wie der vorgestern der Öffentlich-

keit vorgestellte siebte Familienbericht der Bundesregierung suggeriert? Oder geht es nicht vielmehr auch um eine Änderung einer grundsätzlich indifferenten bzw. optionalen Grundhaltung, d.h. einer neuen Verge-wisserung der Bedeutung von Kindern für die Gesellschaft insgesamt. Damit auch diejenigen, die keine Kinder haben, diese mittragen. So ist es etwa ein erheblicher Unterschied, ob man bei natürlichen Schwierigkeiten unterschiedlichster Art beim Aufziehen von Kindern von außen sagt, ihr habt es ja so gewollt, d.h. ihr hättet die Probleme verhindern können. Oder, gut dass das Kind da ist, wir können Euch dabei unterstützen. Im Übrigen muss auf jeden Fall eine politische Vernachlässigung der bereits lebenden, vorhandenen jungen Menschen bezüglich ihrer Chancen gesellschaftlicher Teilhabe verhindert werden. So sind Quantität und Qualität der Jugendarbeitslosigkeit in Deutschland eigentlich gesellschaftspolitisch unerträglich.

2. Ein Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung von Kinder und Jugendpolitik ist als Instrument ein Novum. Dies betrifft zum einen die Qualität. Dabei ist jetzt schon zu fragen, ob er die vom zweiten Weltkindergipfel gemachten Vorgaben, dass er, ich zitiere „konkrete, termingebundene und messbare Ziele und Vorhaben am Ende auch tatsächlich schon enthält, die dann auf der nationalen Ebene umgesetzt werden sollen“. Aus den Empfehlungen, die ich Ihnen vorhin genannt habe, ist das aus meiner Sicht noch nicht so schlüssig, was da an unmittelbaren Zielsetzungen drinsteckt. Zum Teil müssten ja entsprechende Messlatten erst einmal entwickelt und dann auch innenpolitisch durchgesetzt werden. Z.B. wann kann man von einem angemessenen Lebensstandard für alle Kinder und Jugendlichen sprechen? Zum anderen geht es in seiner Reichweite, in dem zum ersten Mal versucht wird, das Vorhaben der Verbesserung der Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und jungen Menschen als ressortübergreifende Aufgabe auf der horizontalen Ebene und als eine Bund, Länder und Gemeinde umfassende Aufgabe auf der vertikalen Ebene zu beschreiben und dabei auch noch freie und öffentliche Träger in gleichem Maße anzusprechen. Schon der erste Schritt, eine kompetente und relevante Steuerungsgruppe mit allen genannten Beteiligten zustande zu bringen ist noch in den Anfängen. Auf jeden Fall stellt dieser NAP einen neuerlichen Impuls dar, die immer versuchte Zusammenarbeit unterschiedlicher Bereiche, ob Jugendhilfe und Psychiatrie, ob Jugendhilfe und Schule, ob die Einbindung von Eltern und Familien für die notwendige professionelle Arbeit neu zu beleben.

3. Kinderrechte sind Normen, die im Prinzip immer gültig sind, auch wenn sie nicht *expressis verbis* ausformuliert und als Gesetz verkündet sind. Kinder sind, wie alle Bürger, uneingeschränkte Grundrechtsträger. Gleichwohl soll an dieser Stelle auf die kontroverse Diskussion hingewiesen werden, die Kinderrechte ausdrücklich als Norm in unsere Verfassung aufzunehmen, weil deren Erwähnung im Grundgesetz ohne Zweifel eine gesellschaftliche Verbesserung des Stellenwerts von Kindern in unserer Gesellschaft abstützen würde. Denn der im Kinderrecht verbundene Anspruch bedarf immer wieder neu der Umsetzung oder auch der Durchsetzung gegenüber anderen gesellschaftlichen Interessen. Bislang wird eine entsprechende Erweiterung des Grundgesetzes von einer Mehrheit des Bundestages abgelehnt, von der Bundesregierung, oder von der bisherigen Bundesregierung nicht für erforderlich gehalten; und es gibt auch kein einheitliches Vorgehen bei den Ländern, von denen einige Kinderrechte in ihre Verfassung aufgenommen haben. Und in der bisherigen EU-Verfassung, dem Entwurf, sind Kinderrechte ausdrücklich erwähnt, aber es ist bekannterweise nur ein Entwurf.
4. Wie aus der von mir vorgenommenen Auswahl von Entstehung und Inhalten des NAP zu entnehmen ist, legt die Bundesregierung besonderen Wert auf die Verbesserung der Beteiligung von jungen Menschen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die Kinder und Jugendlichen zu politischen Lückenbüßern werden, bzw. die Erwachsenen sich ihrer notwendigen Verantwortungsübernahme entziehen. Insgesamt lässt sich aber in Form eines ersten vorläufigen Resümees festhalten, dass es sich beim NAP zumindest als Orientierung und Argumentationshilfe um eine neue Qualität an Vorgaben durch die Politik handelt, die bei ihrer Umsetzung in die Praxis weitergehende Hilfestellung geben kann.

Diskussion

M. Brünger, Klingenmünster: Ich wüsste gerne, was wir vor Ort in den nächsten 8 Wochen konkret tun sollen.

Borsche: Also ich hab ja versucht, am Anfang deutlich zu machen, dass das Zustandekommen bzw. das Fehlen des zweiten Schritts, nachdem das Bundeskabinett das beschlossen hat, dass das mir große Sorgen macht. Und ich habe zufällig, weil ich hier im Rahmen, ich kann das ja politisch sagen, des

Landtagswahlkampf in Nordrhein-Westfalen im letzten Mai angesprochen worden bin, was gibt es denn auf der Bundesebene im Zusammenhang mit Kinder- und Jugendpolitik, haben dann zwei Träger, der Kinderschutzbund und der Mieterbund, die sich immer mal mit Kinderfragen befasst haben, gesagt, „berichte doch mal über den Nationalen Aktionsplan“. Und das war mit dann eine Offenbarung in Anführungsstrichen für alle Beteiligten, dass es so was auf Bundesebene überhaupt gibt, als Rahmen, als Orientierung. Und alle haben gesagt, dann muss der schnell eigentlich eine Konkretisierung für die verschiedenen Ebenen, auf der Länderebene und auf der kommunalen Ebene erfolgen. Wir selber müssen natürlich dann auch, ich hab auch gesagt, es sind auch die Nicht-Regierungs-Organisationen, bei so einer Umsetzung gefragt, ist die örtliche Ebene gefragt, dort leben die Kinder. Und ich glaube, was teilweise im Verbund schon gemacht wird, es würde ja auch funktionieren, Zusammenarbeitsformen etwa verschiedener Institutionen, Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie in Einzelfällen, noch längst nicht flächendeckend, darüber wurde schon gesprochen, dass es in dem Sinne eben weitergehen muss und ich hoffe sehr, dass, ich konnte ja nur einen ganz kleinen Ausschnitt dieser Empfehlung hier darstellen, dass, also ich habe vorgeschlagen, aber schon das ist nicht auf Gegenliebe bei den kommunalen Spitzenverbänden gestoßen, dass man in den Jugendhilfeausschüssen über diese Orientierungshilfe diskutiert. Und dann sagt, welches dieser sechs Kapitel, wo können wir was konkret in unserer Situation dazu beitragen. Da denk ich, dass die Steuerungsgruppe als allererstes eine Informationskampagne macht, dass es so einen Nationalen Aktionsplan 2005 – 2010 gibt, dass wir verpflichtet sind als Deutschland, gegenüber den Vereinten Nationen 2010 zu berichten, dass wir uns verpflichtet haben. Wir sagen, womit ich mich auch identifiziere, dass wir das in New York gesagt haben, dass da die Bundesregierung allerdings angewiesen ist, das ist das spannende, angewiesen ist auf eine sozusagen auf gleicher Augenhöhe Kooperation mit Ländern und Gemeinden und dass das bei der augenblicklichen Förderalismusdebatte, diese Dinge ja teilweise auseinandergezogen werden. Obwohl es doch Probleme gibt, die alle drei Ebenen gleichzeitig mit gleichen Anteilen treffen können. Da wird man auch in der Förderalismusdebatte noch einmal drüber reden müssen, ob dass im Bildungsbereich, in allen anderen Bereichen so gehen kann, um dieses Ziel, was die Bundesregierung jetzt mit diesem Nationalen Aktionsplan vorgegeben hat, tatsächlich zu erreichen.

R. Schepker, Ravensburg: Ich möchte sie dringlich auffordern, dass Sie vielleicht in dieser Umsetzungsgruppe, die es ja geben muss, auch kinder- und

jugendpsychiatrische Fachkompetenz einbeziehen. Wir haben natürlich multiple Probleme mit der Umsetzung von Kinderrechten in unserer klinischen psychiatrischen Praxis. Wir wenden Zwangsmaßnahmen an, wir bringen Kinder unter, wir müssen mit den Eltern qua Sorgerecht Behandlungspläne abstimmen. Ich erinnere mich, dass ich persönlich Debatten geführt habe mit Begehungskommissionen, weil ich mir in meiner Klinik angewöhnt hatte, Jugendliche den Behandlungsvertrag unterschreiben zu lassen: Es wurde mir gesagt, juristisch sei das völliger Unfug. Andererseits können Kinder einen Antrag nach 35a unterschreiben, selber stellen, selbst wenn die Eltern das nicht tun, aber erst, wenn sie 15 sind. Warum erst, wenn sie 15 sind? Das hat mir noch niemand erklären können. Und es gibt viele solcher kleinen Probleme, die völlig ungelöst sind, bis dahin, dass nicht mal jeder, der untergebracht wird, nach BGB in der Psychiatrie einen Verfahrenspfleger bekommt, wie es eigentlich vorgesehen ist. Und ich denke, da gibt es bundesweit viel zu wenig Berücksichtigung allein schon von basalen Kinderrechten, wenn es um Freiheitseinschränkungen geht. Viel zu wenig Berücksichtigung von basaler Partizipation, weil das Elternrecht immer noch höher gehängt wird, ich denke unangemessen höher gehängt wird. Ich glaube, da gäbe es viel zu sagen aus der Sicht unseres Fachgebietes.

Angaben zum Verfasser:

Sven Borsche

Volljurist. Er war Sekretär und Leiter der Geschäftsstelle des Bundesjugendkuratoriums, Mitbegründer und Sprecher der National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland und Mitglied der Zehnten Jugendberichtskommission.

Email: borsche.bjk@t-online.de

Entwicklungsbedarf kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland

Helga Kühn-Mengel

Ich bin Patientenbeauftragte der Bundesregierung, ich könnte auch aus diesem Amt heraus Erfahrungen einbringen von Menschen, die die Situation beschreiben; im übrigen ist die Gruppe der psychisch Kranken relativ schwach vertreten bei denjenigen, die sich an mich wenden in Sprechstunden, am Telefon oder in Briefen und ich denke das gehört auch ein bisschen mit zum Krankheitsbild, dass man sich nicht so aktiv ist wie andere Gruppen, aber die Betreuer, Vertreter, Familienangehörigen, Verbände sind hier stark vertreten. Ich bin auch Mitglied der Aktion Psychisch Kranker, ein Dachverband, der auf Bundesebene auch die Interessen der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen vertritt, fachlich und auch gesundheitspolitisch zuarbeitet und auch bei Anhörungen vertreten ist. Ich bin sehr gerne gekommen, möchte auch darauf hinweisen, dass die beiden Einladenden Dr. Junglas, Frau Professor Schepker, beide Mitglied der Aktion Psychisch Kranker sind und auch organisiert in der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben es also hier mit sehr gut vernetzten Strukturen zu tun und das ist ja bezogen auf die Versorgung auch ein ganz wichtiger Punkt.

Es ist beeindruckend, dass wir in diesem Jahr auf 80 Jahre klinische Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland zurückblicken können und diese Klinik hier, die Bonner Klinik, ist die älteste Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie weltweit und auch in ganz, ganz hohem Maße anerkannt, das sage ich nicht weil ich hier gerade stehe, sondern ich denke das ist regional und überregional auch bekannt.

Es hat viele Entwicklungen gegeben in diesen 80 Jahren, ich fange 1975 an mit den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête, ich kann mich noch an die Diskussion darum erinnern: All das, was damals an Leitlinien, Weiterentwicklungen und Ausgestaltung der psychiatrischen Hilfen formuliert wurde, die gemeindenahere Versorgung, die Gleichstellung der psychisch und körperlich kranken Menschen, die bedarfsgerechte umfassende Versorgung der psychisch kranken und behinderten Menschen, Planung und Koordinierung von Diensten, all das ist, wie wir wissen, noch keineswegs flächendeckend umgesetzt und bleibt von daher auch eine aktuelle Forderung, wie vieles, was die damalige Sachverständigenkommission erarbeitet hat.

Der Landschaftsverband Rheinland hatte hier auch einen wichtigen Beitrag geleistet zum Aufbau und auch zur Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfsstrukturen im Rheinland und hatte auch immer ein hohes Interesse daran, kleinräumige wohnortnahe Hilfsstrukturen aufzubauen, eine umfassende Versorgung der Patientengruppen herzustellen und die unterschiedlichen Hilfen zu koordinieren, zu vernetzen, den Vorrang ambulanter Hilfen, teilstationärer und stationärer Hilfen individuell einzufordern.

Wir haben eine Reihe von guten Entwicklungen in diesem Bereich, denken Sie an die Weiterentwicklung der Leitlinien 1988 über die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, damals wurde zum Beispiel die Schaffung gemeindepsychiatrischer Verbände gefordert, was umgesetzt wurde. Denken Sie an das Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz bis hin zu von der Aktion Psychisch Kranke initiierten Paradigmenwechsel, von institutions- zu personenzentrierter Hilfe in der psychiatrischen Versorgung.

Es gibt aber auch noch andere Elemente von Systemwechsel, z. B. Mitberatungsinstrumente für die Verbände auf der Ebene des gemeinsamen Bundesausschusses. Die Beteiligung von Betroffenenkompetenz wird in diesem Gremium von allen Seiten als Erfolgsmodell angesehen, Menschen mit psychischen Erkrankungen werden als Experten und Expertinnen in eigener Sache auf Augenhöhe in den entsprechenden Gremien bei der Erarbeitung von Gesetzen beteiligt, auch das war ein Signal gebender Paradigmenwechsel. Denken sie an die Erarbeitung des SGB IX Rehabilitation und Teilhabe, da war ich selber auch sehr eng eingebunden, wo das Recht der Rehabilitation zusammengeführt vereinheitlicht wurde, so dass die Rechte der Kinder und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen gestärkt wurden.

Insbesondere auch die personenzentrierten Teilhabeleistungen, persönliche Assistenz oder persönliches Budget bildeten hier einen Schwerpunkt in den Verhandlungen. Bei der Erarbeitung des SGB IX positiv zu sehen sind die

drei K's: Kooperation, Koordination, Konvergenz, das Wunsch- und das Wahlrecht der Leistungsberechtigten, die Betonung des Ansatzes ambulant vor stationär, die gesetzlich normierte Pflicht, den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen.

Wir sind uns alle darüber im Klaren, dass es neben den Stärken des Gesetzes auch eine Reihe von Schwächen gibt, vor allem in der Umsetzung. Dazu gab es einen Bericht der Bundesregierung zur Lage der behinderten Menschen und zur Entwicklung ihrer Teilhabe, um eben auch eine Zwischenbilanz zu ziehen und da ist ja auch sehr deutlich geworden, dass es zum einen eine positive Bilanz gibt von einer sechsjährigen Entwicklung, wo ein Paradigmenwechsel durch verschiedene Gesetze geschrieben wurde von der Fürsorge hin zur Teilhabe, aber es wurde auch deutlich, dass es nach wie vor im System viele Strukturen gibt, die eine Umsetzung dieser neuen Politik für Menschen mit Behinderung erschweren. Wahlgestaltungsselbstbestimmungsmöglichkeiten im SGB IX und der individuelle Teilhabebedarf behinderter Menschen wird noch lange nicht in ausreichendem Maße umgesetzt und so wird es nach wie vor eine Aufgabe sein, in diesem Bereich auch die Kooperation von Rehabilitationsträgern einzufordern.

Die Bemühungen der Politik um diese Personengruppen hat viele positive Auswirkungen auch auf internationaler Ebene etwa bei der UN-Menschenrechtskommission für den Schutz und die Rechte und die Würde psychisch erkrankter Menschen sind viele Aspekte dieser gesundheitspolitischen Gesetzgebungen aufgegriffen worden. Das hat mit dem damaligen Behindertenbeauftragten Karl Hermann Haak viel zu tun. Aber wir haben es auch den Verbänden zu verdanken, die Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen eingefordert haben.

Wenn wir die Gesetzgebungen der letzten Jahren uns vor Augen führen, dann hat die Aktion Psychisch Kranke Recht, wenn sie Verbesserungen einfordert bei der Erbringung wohnortnaher Hilfen.

Und das muss gerade auch für junge Menschen gelten, es ist wichtig, dass alle im Lebensumfeld Beteiligten, Eltern, Schule, Horte, Kindertagesstätten, örtliche Jugendhilfe und andere Bezugspersonen hier gemeinsam arbeiten und versuchen, die Behandlungskette gut auszugestalten und Rehabilitation lebensfeldbezogen zu gestalten. Tatsächlich erleben wir nach wie vor Ausgrenzung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Es gibt erheblichen Ausbaubedarf bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexem Hilfebedarf, das heißt Fach übergreifend mit unterschiedlichen Leistungserbringern und Leistungsträgern. Ich mache oft die Erfahrung im Gespräch mit Patienten, mit Verbänden, und mit

Eltern, dass hier die beteiligten Institutionen die Kinder bzw. die Akten hin- und herreichen. Dies hat Beziehungsabbrüche zur Folge statt kontinuierlicher Betreuung.

Integrierte Versorgung ist hier an dieser Stelle auch zu erwähnen. Eine Sechsländer-Studie machte sehr deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem in der Qualität hoch anzusetzen ist, dass eine gute Infrastruktur vorliegt. Die Schwäche des Deutschen Systems liegt in der Kommunikation, im Informationsfluss und in der Kooperation: es findet zu wenig Zusammenarbeit statt. Die Expertenkommission der Bundesregierung traf 1988 in ihren Empfehlungen die Feststellung, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren eine unerlässliche Voraussetzung einer angemessenen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist und daran anknüpfend forderte das 1990 vorgelegte gemeinsame Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz zu Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe fallbezogene Kooperation.

Die Versorgung auf der Grundlage der Sozialpsychiatrievereinbarung in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater ist ein inzwischen gut funktionierendes Modell zur Verbesserung der integrativen Versorgung. Multiprofessionalität ermöglicht Ressourcen sparende Versorgung. Das ist wichtig für integrative Versorgungsnetze und erspart kostenträchtige Fehlallokationen, Fehldiagnosen und überflüssige therapeutische Interventionen.

Aus meiner beruflichen Tätigkeit mit behinderten Kindern weiß ich, dass Familien, junge Menschen, Eltern sich häufig in diesem System mit unterschiedlichen Leistungsträgern nicht zurecht finden. Oft ist es für sie schwierig zu erkennen, welches die geeigneten Hilfen und Dienste sind. Hier ist es wichtig, Transparenz herzustellen und Kooperation, damit längere zeitraubende Suchprozesse vermieden werden. Das belegen Daten, die zwischen 1995 und 1999 erhoben worden sind in der Studie des Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Demnach leiden 17,5 % der 14 – 17jährigen Kinder und Jugendlichen an psychischen Störungen, davon sind nur 17 % in Behandlung und davon wiederum befinden sich nur 21 % in einer fachlich adäquaten Behandlung.

Wenn wir uns mit all diesen angesprochenen Themen beschäftigen, müssen wir immer wieder betonen, dass wir auch für diese Aktivitäten in der Versorgungskette gut geschultes Fachpersonal brauchen, verlässliche Ansprechpartner, die in der gemeinsamen Hilfeplanung auch ihre Fachlichkeit einbringen.

Ich will noch erwähnen, dass mit der Erweiterung des SGB VIII um den § 35a die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche der Gesetzgeber die Notwendigkeit zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie untermauert hat und wenn gleichzeitig Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe und Hilfe für junge Volljährige erforderlich ist, so sollte bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie auch bei der Durchführung der Hilfe ein Facharzt oder eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mitwirken. Sind Maßnahmen der beruflichen Eingliederung erforderlich, ist die Bundesagentur für Arbeit zu beteiligen. Ich erwähne das deshalb, weil ich vor Ort immer wieder erlebe, dass sich bei den Hilfeplanverfahren die Umsetzung oft anders gestaltet als wir das gerne hätten. Die Dienste der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden oft zu wenig von der Jugendhilfe nachgefragt.

Wir haben nach wie vor einen ungedeckten Bedarf an ambulanten, teilstationären, stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten, vor allem im ländlichen Raum. Daher werden auch auf der organisatorischen Ebene weitere Vernetzungsformen zu etablieren sein, um die Möglichkeit zu schaffen, im Bedarfsfall Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe miteinander zu verzahnen.

Ich will noch hier den personenbezogenen Ansatz der Aktion Psychisch Kranker erwähnen. Diese hat im Rahmen des Implementationsprojektes des personenbezogenen Ansatzes in zahlreichen Gebietskörperschaften und verschiedenen Bundesländern auch die praktischen Voraussetzungen für die Bildung gemeindepsychiatrischer Verbände geschaffen. Die Aktion Psychisch Kranke hat dies erreicht, indem sie konsequent die Umsetzung dieses Ansatzes mit den Diensten vor Ort mit Kommunen und Leistungsträgern realisiert hat und es ist zu einer Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft der gemeindepsychiatrischen Verbände gekommen. Mitglieder sind regionale Zusammenschlüsse von Anbietern psychiatrischer Hilfeleistungen, die sich um die Förderung bedarfsgerechter Hilfen für psychisch Kranken bemühen in der jeweiligen Region, wohnortnah verbindlich Einzelfall bezogene Kooperation mit einer Verpflichtung zu einer optimierten Versorgung.

Das persönliche Budget läuft in der Umsetzung noch nicht so gut. Hier muss noch gesteuert und auch von den Rehaträgern eingefordert werden, dass das, was wir als Selbstbestimmungselemente in den Gesetzen verankert haben, mit Leben gefüllt wird.

Ich setze darauf, dass Sie alle weiterhin in diesem Feld mit hohem Engagement arbeiten, und uns in der Politik auch zuarbeiten. Der Dialog ist hier gefordert. Ich danke für all das, was Sie in der Vergangenheit auf diesem Gebiet geleistet haben und wünsche Ihnen im Sinne der Patienten und Patientinnen alles Gute und weiterhin viel Erfolg für Ihre Arbeit.

Angaben zur Verfasserin:

Helga Kühn-Mengel

MdB

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Aktion Psychisch Kranke

Website: www.kuehn-mengel.de

Historischer Aufriss der Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung im Rheinland

Jürgen Junglas

Caesarius von Heisterbach¹ hat sich schon um 1220 in der Nähe von Bonn mit kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen beschäftigt; er ist natürlich eher zu religiösen Lösungsmöglichkeiten gekommen. Zu den in der folgenden Tafel beispielhaft aufgeführten von ihm behandelten Themen gehören auch solche, die heute von jedem schnell in der Psychiatrie verortet werden:

Rheinische Psychologie

- Von der seligen Jungfrau Hildegundis, die sich für einen Mann ausgab
- Von einer Frau, die durch ihren Sohn schwanger wurde
- Wie ein Laienbruder sich aus Verzweiflung ertränkte
- Von der Einfalt
- Von allerlei Visionen

19. Jahrhundert

Konkret beginnt die Entwicklung der Psychiatrie im Rheinland 1825 mit der Gründung der Anstalt in Siegburg unter Jacobi.

Gegen 1878 wurde diese Vorbild-Einrichtung geschlossen. Stattdessen wurden bis 1882 fünf Großkliniken im Rheinland gebaut, die Provinzial Heil- und Pflegeanstalten (PHP) in Düren, Grafenberg, Andernach, Merzig und in Bonn; so dass die Bonner Kliniken 2007 ihr 125jähriges Bestehen feiern

¹ Herles H (1992) Von Geheimnissen und Wundern des Caesarius von Heisterbach. Bouvier, Bonn

konnten.

Erste Leiter waren in Bonn Professor Nasse und Herr Pelmann. Ein Kinder- und Jugendpsychiater, der in diesem Bereich (bis 1897) gearbeitet hat und der einigen bekannt sein mag ist Ludwig Scholz (1868-1918), der *Über Pubertätsschwachsinn* (1897) geschrieben hat, und *Anomale Kinder* (1912), ein Buch, das auch posthum weiter erschienen ist.

Parallel zu dieser Entwicklung sind die ersten Provinzialerziehungsanstalten, vom gleichen Träger, aber einer anderen Abteilung, gegründet worden, von 1903 – 1921 in Fichtenhain, Solingen, Rheindahlen und im Bonner Einzugsgebiet in Euskirchen.

Daneben haben die Rheinländer sich um preiswertere Therapiemöglichkeiten wie z.B. Karnevalszüge bemüht. Leider kann ich hierauf außer mit dem Hinweis auf das sehr lesenswerte Buch von Brog² über die Geschichte des rheinischen Karnevals, nicht näher eingehen.

„Zöglingspsychiatrie“ in der rheinischen Heimerziehung

Die Beschäftigung der Psychiatrie mit den Zöglingen im Rheinland Anfang des 20. Jahrhunderts ist bemerkenswert³. Diese geht teilweise auf August Cramer, Professor für Psychiatrie aus Göttingen zurück, der 1907 ein Instrumentarium entwickelt hatte, mit dem man Zöglinge in Jugendhilfeeinrichtungen klassifizieren konnte. Die Ergebnisse haben die so genannten „Landespsychiater“, Psychiater, die in der Verwaltung tätig waren und die sich mit diesen Fragen beschäftigen sollten, auch zur Grundlage ihrer eigenen Betrachtungen genommen. Der erste war Dr. Neuhaus (bis 1912); eine sehr zentrale Figur war Max Lückerrath (*1872), der in Bonn ab 1896 seine psychiatrische Ausbildung absolvierte, in Galkhausen und Grafenberg eingesetzt war und anschließend ab 1923 Leiter der Provinzialerziehungsanstalt in Euskirchen (eine Einrichtung mit 100 Plätzen in großzügigen Gebäuden) wurde. Zuvor war er seit dem 1.1.1913 Landespsychiater. Nachfolger auf dieser Position waren Herr Niekisch und Frau Gloystein-Gerlach. Mitte der 90er Jahre endet das Kapitel der Landespsychiater im Landschaftsverband Rheinland; es gibt

² Brog H (2000) Was auch passiert: D'r Zoch kütt! Die Geschichte des rheinischen Karnevals. Campus Verlag, Frankfurt am Main

³ Nach Blum-Geenen S (1997) Fürsorgeerziehung in der Rheinprovinz von 1871 - 1933

keine Psychiater mehr in der Verwaltung in dieser Funktion.

Der Erlenhof in Euskirchen war eine typische Einrichtung dieser Provinzialkinderanstalten. Erstmals von einem Psychiater geleitet, obwohl es eine Jugendhilfeeinrichtung war. Sie war eine so genannte ‚Zwischenanstalt für geistig Minderwertige‘ und Beobachtungsstation für schulentlassene katholische Jungen. Damals hat man die Einrichtungen nach Geschlechtern und Konfessionen noch scharf getrennt. Der Errichtungsbeschluss erfolgte am 27.2.1913. Die Fertigstellung 1921 wurde begleitet von entsprechenden Tagungen, die Anstalt war so angelegt, dass man damals sowohl den „neuen Menschen“ im Dritten Reich erziehen konnte als auch heute in diesen Gebäuden eine Justizvollzugsanstalt für den offenen Vollzug betreiben kann.

Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken

Wenn wir uns den Vorlauf der Entwicklung von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken bis 1926 ansehen, finden wir zunächst außerhalb des Rheinlandes an einigen universitären Kliniken Beobachtungsstationen geleitet von Sioli in Frankfurt (1900), von Homburger in Heidelberg (1917/26), von Villingen in Tübingen (1920/22), von F. Kramer an der Charité in Berlin (ab 16.3.1921), und 1926 von Schröder in Leipzig.

Andere Einrichtungen entwickelten sich aus pädagogischen Einrichtungen, wie beispielsweise der Hesterberg in Schleswig, der am 01.01.1926 umbenannt worden ist in „Landesheilanstalt für Jugendliche“ und von da an nur noch ärztlich geleitet wurde. Zuvor hatte manchmal ein Pfarrer, manchmal ein Arzt die Leitung inne.

1926 – 1933

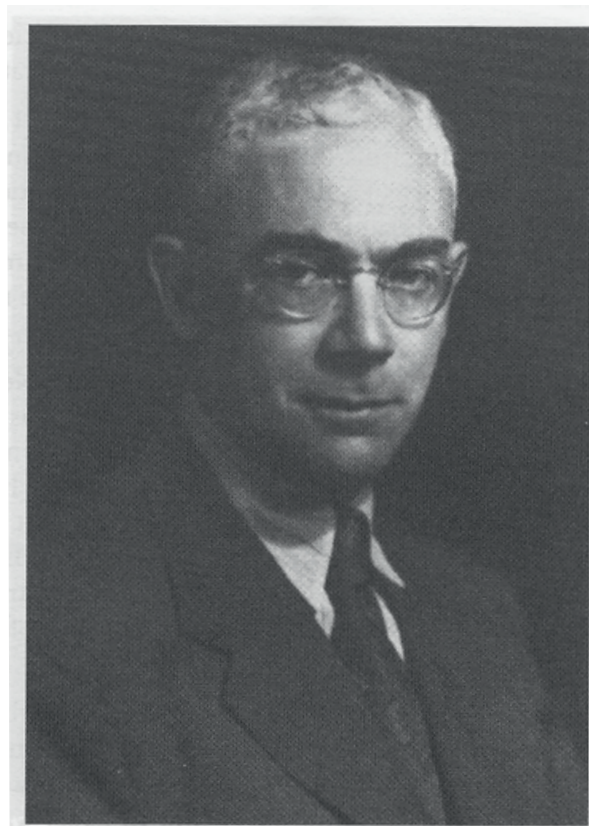
Am 15.08.1926 ist die Klinik in Bonn eröffnet worden als „Provinzialkinderanstalt für seelisch Abnorme“. Zunächst verfügte sie über 60 Betten, ab dem 1.7.1930 über 110 bis 120 Betten. Es sollte eine Klinik sein und keine übliche Pflege- und Erziehungsanstalt und der Aufenthalt sollte auf maximal 3 Monate begrenzt sein. Die Klinik sollte der „fachärztlichen Beobachtung, Untersuchung und Behandlung“ dienen.

Die Patienten hatten außer ihrem Bett nichts an Mobiliar zur Verfügung. Sie hatten weder einen Schrank noch sonst irgendeinen besonderen Aufenthaltsraum. Das, was sie persönlich mitbrachten, mussten sie quasi um und unter das Bett legen. In den Aufnahmeerichtlinien von Löwenstein wurde festgelegt,

welche Kleidung die Patienten mitbringen mussten, damit sie überhaupt aufgenommen konnten und wurden. Die Entlassung erfolgte „nach Abschluss der Beobachtung und Behandlung“ oder „auf Antrag des Erziehungsberechtigten“.

Die Klinik bestand aus zwei Hauptgebäuden. Das ältere Gebäude, das bereits als Kriegslazarett gedient hatte, wurde im Kriegsmonat Oktober 1944 durch Bomben zerstört. Der von Otto Löwenstein entworfene Neubau, der nach damals ganz modernen Kriterien konzipiert worden ist, war 1930 bezogen worden.

In den Innenräumen der Klinik stand Bett an Bett in größeren und kleineren Schlafsälen. Für die Schulbildung gab es separate Räume.



Otto Löwenstein

Der erste Leiter der Klinik, Otto Löwenstein (7.5.1889-25.3.1965), hat sich nicht wesentlich mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt⁴. Am 27.7.1920 habilitierte er sich über „Experimentelle Untersuchungen über das psychogene Zittern“. Er hat über viele andere Themen veröffentlicht, z.B. über polygraphische Untersuchungen um Neurosen und Psychosen unterscheiden zu können. Ab dem 11.8.1931 hatte er eine Professur für Pathopsychologie der Universität Bonn inne.

Nachdem er im März 1933 aus der Klinik und aus Bonn vertrieben wurde, ist er nach USA zur Columbia Univer-

⁴ Junglas J (1997) Das Erbbiologische Archiv, Otto Löwenstein und die erste Landesklinik für Kinder- und Jugendliche (1926). Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Band 3, 105-118

sity gegangen und hat später ein zweibändiges Standardwerk über die Pupille veröffentlicht.

Er wurde Leiter der Provinzialkinderanstalt für Seelisch Abnorme unter anderem deshalb, weil er in Bonn ab 1923 das erbbiologische Archiv des Rheinlandes aufgebaut hatte. Er hat die Akten aller im Rheinland vorhandenen staatlichen und privaten Einrichtungen, die es schon seit dem 18. Jahrhundert gab, zusammengeführt und daraus umfassende Stammtafeln, also Genogramme abgeleitet. Anhand dieser Familienstammbäume wollte man belegen, entsprechend dem wissenschaftlichen Zeitgeist, dass die psychiatrischen Störungen im Wesentlichen vererbt werden und man entsprechend intervenieren müsse.

Wichtiger Mitarbeiter von Löwenstein waren seit 1929 Kurt Gottschaldt (1902-1991), der ab 1952 in der DDR als Sozialpsychologe tätig war. Gottschaldt war in Bonn Oberassistent am Pathopsychologischen Institut und hat sich 1932 bei Erich Rothacker über den „Aufbau des kindlichen Handelns“ habilitiert. Florin Laubenthal⁵ (1903-1964) war an der Bonner Klinik 1928 (1.1. bis 15.5.) tätig und promovierte 1929/30 bei Löwenstein (Über einige Fragen psychiatrischer Eheberatung, erläutert anhand von Stammbäumen), gab seinen Doktorvater aber später nicht mehr an. Löwenstein hat auch andere Berufsgruppen beschäftigt und teilweise selbst bezahlt, beispielsweise den Historiker Wilhelm Karl Prinz von Isenburg (1903-1956), der für das Erbbiologische Institut zuständig war.

Ein Einblick in den Bericht, den man für die Verwaltung 1928 verfasste, zeigt das für den damaligen Träger Wesentliche: Die Kinder trugen eigene Kleidung und Wäsche und keine Anstaltskleidung. Die Entweichungsrate war relativ gering, lediglich zwei Mädchen waren entwichen, eine verblieb bei den Eltern, eine wurde „der Anstalt wieder zugeführt“.

Unter dem Punkt „5. Beschäftigung, Erheiterung und kirchliche Versorgung“ wurde berichtet, dass großer Wert auf möglichst ausgedehnten Aufenthalt im Freien gelegt wurde. „Durch die zahlreich durchgeführten Ballspiele ließ sich die motorische Geschicklichkeit der Kinder recht gut fördern. Durch Spaziergänge, auch in der Umgebung von Bonn, wurde der Gesichtskreis der Kinder zur erweitern gesucht.“ Und „zu Weihnachten wurden die anwesenden Kinder mit Gebrauchsgegenständen, Wäsche, Kleidern und Spielsachen beschenkt“.

⁵ 1933 NS-Ärztetbund, 1934 SA

Löwenstein wurde nach der Machtergreifung am 10.3.1933 aus seinem Amt von SS-Leuten, u.a. unter Leitung von Prof. Poppelreuter, vertrieben. Poppelreuter fühlte sich in der Universität gegenüber Löwenstein zurückgesetzt. Er verlangte in einem Brief an den Dekan Gött am 3.3.33 eine Richtigstellung, sonst „behalte ich mir weitere Schritte vor“. Am 5.3.33 erreichte die NSDAP in der Reichtagswahl 44 % und rief die „nationale Erhebung“ aus. Bevor die verschiedenen Vorwürfe, die später als haltlos bewertet wurden, geklärt werden konnten, kam es zur Besetzung der Klinik. Löwenstein konnte sich nur durch rechtzeitige Flucht eigener Misshandlung entziehen.

Prinz von Isenburg (als Löwensteins ältester Mitarbeiter) gab am 9.3.33 an⁶, von der Notgemeinschaft zur Verfügung gestellten Mittel seien rund 2000 RM für Zwecke, die in keinem Zusammenhang mit der Erbabteilung stehen, verbucht worden, er habe schon vor 1 ½ Jahren einen Bericht über die Misstände auf Anforderung des Landeshauptmanns versandt.

Am 10.3.33 besetzten ungefähr 100 bewaffnete SS-Leute die Klinik, wüteten in der Klinik, misshandelten Mitarbeiter, hissten die Hakenkreuzfahne auf dem Institutsgebäude und bedrohten Löwensteins Privathaus und Familie, obwohl der Dekan am gleichen Tag an den Minister geschrieben hatte und die Vorwürfe und Beleidigungen gegen Löwenstein als unbegründet und nichtig bewertet hatte. Am 23.5.33 stellte der Oberstaatsanwalt seine Ermittlungen ein, da sich keine strafbaren Handlungen feststellen ließen und Reichshauptmann Haake die Behauptung von von Isenburg zurückgewiesen hatte.



Abb. 9: Walter Poppelreuter

1933 – 1946

Diese Ereignisse läuteten die dunkle Zeit der ersten 20 Jahre der Klinik, von 1933 bis 1945, ein. Walter Poppelreuter (8.10.1886 – 11.6.1939) hat nach der Vertreibung kommissarisch die Leitung der Klinik bis zum 31.3.1935 übernommen. Poppelreuter war Psychologe und Arzt. Seit 1915 war er als leitender Arzt der Nervenstation für Kopfschüsse im Festungslazarett 1 in Köln während des I. Weltkrieges tätig. Anschließend leitete er das

⁶ Brief Dr. Lindenberg an Poppelreuter am 11.3.33

Hirnverletzteninstitut der Rheinprovinz. Er hat sich u. a. dadurch ausgezeichnet, dass er schon 1931 und 1932 ein Seminar über politische Psychologie als angewandte Psychologie anhand von Hitlers Werk „Mein Kampf“ gelesen hat. 1934 hat er die Monographie „Hitler der politische Psychologe“ veröffentlicht und sich damit profiliert. Poppelreuter ist früh plötzlich gestorben.

Die Nazis haben sich das erbbiologische Archiv, das von Löwenstein aufgebaut wurde, und als „Erbbiologische Abteilung“ in der Rheinischen Provinzial-Kinderanstalt für seelisch Abnorme firmierte, für ihre eigenen Ziele nutzbar gemacht. Vor allen Dingen Prinz von Isenburg (16.1.03-23.11.1956), dem ja diese Aufgabe von Löwenstein zugeteilt war, hat sich relativ rasch dem neuen Regime angedient. Nachdem das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses am 14.7.1933 veröffentlicht wurde, hat er schon am 19.9.33, also zwei Monate später, darauf hingewiesen, dass man die Kartothek des Instituts hervorragend für die Umsetzung des neuen Gesetzes nutzen könne und dadurch zuverlässige psychiatrische Eheberatungen durchgeführt werden könnten.

Seit 1819 seien 81.600 Akten aus 11 Anstalten gesammelt und gesichtet worden. Die Akten aus weiteren 20 Anstalten müssten noch gesichtet werden. Gesucht würden noch die Akten weiterer 7 eingegangener Anstalten. Wenn die Kartothek vollendet sei, die schätzungsweise eine halbe Million Nachweise umfasse, könne eine systematische Bearbeitung aller psychiatrischen Stammbäume für die Zwecke der Sterilisierung, wie auch für eine zuverlässige psychiatrische Eheberatung durchgeführt werden. Das hat sich in der Folge vollständig etabliert.

Dann wurde es noch dunkler: Kurt Pohlisch (28.3.93-6.2.55) kam aus Berlin nach Bonn und hat hier Gruhle aus Heidelberg verdrängt, bzw. die Nazis haben ihn durchgesetzt.

Walter Gruhle war 1934 aus Heidelberg berufen und mit der Vertretung des Lehrstuhls beauftragt worden, in der Nachfolge von Hübner. Bereits im Spätsommer wurde er auf Betreiben der NSDAP und Rüdin entlassen. Pohlisch war Oberarzt bei Bonhoeffer, Mitglied der HJ, NSDAP und SS sowie ab 30.4.40 T4-Gutachter.

Pohlisch hat seine Vorlesungen auch in Uniform gehalten, wie es dem Geist der Zeit entsprechend ähnlich auch Panse in Düsseldorf gemacht hat. Damals wurde die „Sippenpsychiatrie“ als quasi neue Denkweise oder als Fortsetzung der Sozialpsychiatrie betont.

Der Weg über die Aussonderung von Menschen oder die Betonung von Ei-

genschaften des „Erbwerts“⁷ hin zur Vergasung („Ausmerze“) war nicht weit. Einhundert Kilometer von Bonn entfernt, in Hadamar, wurden seit 1940 ca. 14.000 Menschen aus psychiatrischen Kliniken des Rheinlandes vergast. Bereits zuvor wurden nach dem am 1.1.1934 in Kraft getretenen Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses umfangreich Zwangssterilisierungen durchgeführt. Auf den 1.9.1939 wurde dann der geheime sog. „Gnadentod“-Erlass des „Führers“ datiert, der die Legitimation für Verlegungen in Vernichtungsanstalten und auch Tötungen durch Injektionen rechtfertigen sollte.



Hans Aloys Schmitz (1.7.1899-6.3.1973) wurde ab dem 1.4.1935 Oberarzt und Leiter der Provinzial Kinderanstalt. Er ist eine schwierige Figur⁸. Am 30.7.1940 wurde er T4-Gutachter. Er ist Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik in Wien im September 1940 gewesen, hat sich dann mit seiner Schrift „Die

Persönlichkeitsdiagnose“ am 30.5.1942 „aus dem Felde“ heraus habilitiert⁹. Darin hat er unter anderem den Juden als eigenen Typus im Kapitel „Moralischer Schwachsinn“ definiert.

⁷ Positive und negative Eugenik, verbunden u.a. mit den Namen Rüdin, Schröder, Villinger, Schmitz

⁸ Abbildung: General-Anzeiger Bonn, 3.8.1957

⁹ Junglas J (2001) Hans-Aloys Schmitz (1899 – 1972) – Die Persönlichkeitsdiagnose. in: Nissen G, Badura F (Hrsg): *Schriftenreihe der DGGN, Königshausen & Neumann, Würzburg*, 7: 95-102

Das war der Geist, der damals in Bonn wehte. Schmitz ist vom 1.12.1946 bis 19.2.1947 vom Amt enthoben worden im Rahmen eines Entnazifizierungsverfahrens. Ihm konnte keine schwere Schuld nachgewiesen werden. Schmitz war bis 1964 noch im Amt und hat die Geschicke der Klinik geleitet.

Die Verwicklung der Bonner Klinik bzw. der Kliniken der Rheinprovinz in die Euthanasie und speziell die Kindereuthanasie markiert den Sündenfall der Kinderpsychiatrie.

Nach dem geheimen „Euthanasie-Erlass“ wurden Pohlisch und Panse im April 1940 zu einer Besprechung¹⁰ nach Berlin geladen, in der die Umsetzung besprochen wurde. In dieser Besprechung verpflichteten sich Pohlisch und Panse T4-Gutachten zu bearbeiten, Schmitz beteiligte sich ab Ende Juli 1940. Am 12.2.1941 besuchte eine Gruppe¹¹ der GEKRAT¹² aus Berlin den Landeshauptmann Haake und Creutz und bespricht die Verlegungen von Patienten in Vernichtungsanstalten. Haake widersetzt sich dem Begehren nicht mehr. Am 29.3.1941 bespricht Creutz mit den Anstaltsdirektoren der Rheinprovinz die bevorstehende Tötung von Geisteskranken.

Am 9.5.1941 treten Hefelmann und von Hegener¹³ bei Creutz auf und fordern die Einrichtung einer Kinderfachabteilung (KFA) im Rheinland. Obwohl die Direktorenkonferenz diese Forderung am 14.7.1941 ablehnt, stimmt der Landeshauptmann im August 1941 der Einrichtung einer KFA in Waldniel zu. Erster Leiter dieser Einrichtung war Renno, der seine Tätigkeit dort im Oktober 1942 aufnimmt. Erste Verlegungen in die KFA erfolgen im Dezember 1942. Renno erkrankt dienstunfähig im Dezember 1942, so dass ein Nachfolger gesucht werden muss.

Zum Nachfolger wird am 17.12.1942 Hermann Wesse¹⁴ durch Renno, Hefelmann und von Hegener beauftragt. Wesse war ein relativ junger Assistent, der zunächst in Bonn bei Schmitz tätig war, vorher war er bei Heinze in Brandenburg-Görden Assistent.

¹⁰ Ca. 40 Teilnehmer, u.a. Brack, Bouhler, Heyde, de Crinis, Karl Schneider, Nitsche, Linden

¹¹ Heyde, Vorber und Tillmann

¹² GEKRAT = Tarnorganisation zum Transport der Patienten in Zwischen- und Vernichtungsanstalten

¹³ Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden

¹⁴ *22.1.1912

In Absprache zwischen Creutz, von Hegener und Schmitz wurde festgelegt, dass Wesse von Schmitz wöchentlich bis alle 14 Tage überprüft wird und Schmitz eigene Untersuchungen durchführt und die Berichte für den Reichsausschuss mitzeichnet.

In der Regel kam aus Berlin nach einigen Wochen der verabredete „Einschläferungsbefehl“, der in der Regel so formuliert war: „Das Kind X ist der Therapie zuzuführen“. Wesse zeigte daraufhin den Pflegekräften den Befehl und gab zu verstehen, dass das Kind einzuschläfern sei. Die Pflegekräfte verabreichten den Kindern im Alter von 2 bis 8 Jahren abends 3 - 5 Tabletten Luminal. Nach ein bis zwei Tagen trat der Tod unter starkem Röcheln und Schleimaustritt aus Mund und Nase ein. Die Eltern erhielten über den Todeszeitpunkt eine Nachricht mit einer falschen Todesursache. Die KFA meldete monatlich per Liste die Todesursache „Therapie“. Insgesamt starben bis zur Schließung im Juli 1943 in Waldniel 93 Kinder, bei 30 konnte die Tötung nachgewiesen werden.

Es ist bemerkenswert, dass die beteiligten Pflegekräfte Anfang der fünfziger Jahre in einem Wiederaufnahmeverfahren frei gesprochen wurden. Unter anderem hatten sie sich darauf berufen, dass ja immer der Professor Schmitz aus Bonn gekommen sei und daher alles, was sie taten, rechtens gewesen sein müsse.

Wesse war später in Leipzig unter Catel an der Uni-Kinderklinik und in Uchtspringe tätig. Ab 1944 leitete er die Kinderfachabteilung Kalmenhof in Idstein. Er wurde 1947 zum Tode verurteilt und 1949 zu lebenslänglicher Haft begnadigt.

Neben diesen beiden KFAs ist in der Rheinprovinz noch die KFA Eichberg in Eltville unter Walter Schmidt zu nennen.

Es scheint gesichert zu sein, dass in Bonn selbst keine KFA existierte. Gesichert ist aber auch, dass aus der Bonner Klinik seit 1941 Kinder in KFA transportiert wurden und deren Schicksal auch im Hinblick auf die enge Verflechtung mit Waldniel zumindest H.A. Schmitz bekannt gewesen sein dürfte.

Die ersten Verlegung von erwachsenen Patienten zur Tötung erfolgte im November 1939 aus der Anstalt in Bedburg-Hau. Zur Einordnung in die Ereignisfolge sei erwähnt, dass die erste Judendeportation aus dem Rheinland ab dem 22.10.1941 von Köln nach Litzmannstadt durchgeführt wurde und 1.018 Menschen betraf.

Aus der Bonner Jugendpsychiatrie erfolgten u. a. folgende große Transporte:

- 1.4.41-20.4.43: Franz-Sales-Haus, Essen, insgesamt 123 Kinder
- 16.11.42-25.6.43: KFA Waldniel, insgesamt 62 Kinder
- 12.11.43-26.9.44: KFA Eichberg, Eltville, insgesamt 17 Kinder
- 2.12.43-26.10.44: KFA Kalmenhof, Idstein/Taunus, insgesamt 81 Kinder.

Insgesamt mindestens 283 Kinder wurden nach Recherchen der Archivarin der Rheinischen Kliniken Bonn, Linda Orth¹⁵, von Bonn aus in Zwischenanstalten oder Kinderfachabteilungen transportiert.

Linda Orth hat auch die Transportwege einiger Kinder über mehrere Stationen nachweisen können. Um die Angehörigen zu täuschen, wurden die Kinder nicht selten in verschiedenen Einrichtungen in ganz Groß-Deutschland einschließlich Österreich und Polen hin und her geschoben.

Das Deckblatt sämtlicher Akten aus dieser Zeit bis darüber hinaus weist den Stempel „Erkrankheit? Fortpflanzungsgefährlich Gemeldet an:“ auf. Wurde aufgrund der „Sippendiagnostik“ eine Erbkrankheit bejaht wurde ein kleines rotes Kreuz im Stempel eingefügt und das betroffene Kind wurde dem Reichsausschuss gemeldet.

1946 – 1966

Gut zwanzig Jahre nach der Eröffnung der Klinik und aus den Nachkriegswirren heraus, hat das Rheinland versucht, sich wieder neu zu konzipieren. Es gab eine neue Regionalgliederung und neue Verantwortlichkeiten.

In der Klinik machte man nach überstandener Entnazifizierung anscheinend im alten Geist weiter.

Neue Begriffe wurden schnell adaptiert, so bemerkt Schmitz in einem Papier 1950: „In unserem Institut wurde schon im Jahre 1926 der Teamgedanke verwirklicht, der heute im Auslande als Grundprinzip der Jugendpsychiatrie propagiert wird“.

1952 veröffentlichte Günther Elsässer, der während der Amtsenthebung von Schmitz die Klinik kommissarisch leitete, eine Monographie über die Nachkommen geisteskranker Elternpaare. Die Krankengeschichten die der Monographie zugrunde lagen stammen aus der Zeit vor 1945. Die nationalsozialistische erbbiologische Denkweise wurde nicht mehr ausdrücklich benutzt.

¹⁵ Orth L (1989) Die Transportkinder aus Bonn „Kindereuthanasie“.

1953 konnte der Ersatzbau für das im Oktober 1944 durch Bomben zerstörte zweite Klinikgebäude bezogen werden, das aus Sicht der Presse einem Erholungsheim glich.

1957 gab es einen Schwesternwechsel in der Klinik: Bis dahin bestand das Pflegepersonal aus Ordensschwestern, die nunmehr durch weltliche Schwestern abgelöst wurden.

1958 konnte endlich der Wiedergutmachungsprozess für Löwenstein abgeschlossen werden, der sowohl Ansprüche für seine zurückgelassenen Apparaturen als auch für den Verlust des wahrscheinlichen Ordinariats an der Universität geltend gemacht hatte.

Als Parallelinstitution zur Rheinischen Landeslinik für Jugendpsychiatrie wurde 1959 in Bonn-Oberkassel das Zentrum für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche unter pädagogischer Leitung eröffnet.

Selbst in den Berichten über das Jahr 1958 wird als Einrichtung der Klinik noch die „erbbiologische Forschungsabteilung mit Archiv“ genannt.

In den 60er Jahren griffen dann erstmals neue Entwicklungen:

1962 wurde die zweite jugendpsychiatrische Klinik im Rheinland unter Bosch in Viersen eröffnet, 1963 eine jugendpsychiatrische Abteilung an der Landeslinik in Düsseldorf unter Krebs, der zuvor in Bonn tätig war. Zu Beginn des Betriebs in Viersen wurde Personal aus Bonn zeitweise nach Viersen abgestellt.

1964 geht Hans Aloys Schmitz in den Ruhestand; ihm folgt ab 1.7.64 Hermann Schmitz¹⁶ als Leitung. Otto Löwenstein erhält eine Gedenkbüste im Foyer der Klinik zu seinem 75. Geburtstag. In Overath wird das Haus Aggerblick als Außenstelle der Klinik für zwanzig erwachsene behinderte Frauen und bis zu 46 behinderte Kindern und Jugendliche eröffnet. Das Wohn-Konzept hat ca. zwanzig Jahre funktioniert und musste wegen Überalterung der Bewohner aufgegeben werden.

Hermann Schmitz sah vor allem die Etablierung einer „Nachfürsorge“, also einer ambulanten Nachsorge als wesentlich an, erhielt jedoch nicht die entsprechenden Mittel, um das Angebot aufzubauen.

1966 – 1986

1968 legte die Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes eine „Denkschrift über die stationäre Unterbringung psychisch kranker und geistig

¹⁶ *1915, Leitung 1.7.64-31.12.1977

behinderter Kinder und Jugendlicher“ vor, in der man vorschlug, drei jugendpsychiatrische Zentren mit je 600 Plätzen im Rheinland zu errichten und zwar in Süchteln, im Großraum Bonn und in Heiligenhaus (Düsseldorf). Die Kinderabteilungen in den Landeskliniken sollten erhalten bleiben. Dabei handelte es sich um Abteilungen für die Schwerst-Mehrfachbehinderten, die in den Kliniken für Erwachsene aufbewahrt wurden. Die Zahl der dort vorhandenen Kinder war nicht bekannt. Die großen Pläne sind nie realisiert worden, sicherlich auch, weil man die Zusammenlegung von psychisch kranken und geistig behinderten Kindern eher als Rückschritt ansah und in der Folge die getrennte Versorgung favorisierte.

Vom 23.-24.9.1970, fand auf dem Jugendhof Rheinland in Königswinter das Symposium der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie und des Landesjugendamtes Rheinland unter dem Thema „*Die Dissozialität Minderjähriger als jugendpsychiatrische Aufgabe*“ statt¹⁷, eine zentrale Veranstaltung in der Konsolidierung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe und ein Hinweis auf Schwerpunktsetzungen der Bonner Klinik.

1970 hat die Bundesregierung die Psychiatrie-Enquête in Auftrag gegeben¹⁸; der Bericht wurde 1975 vorgelegt. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde eine eigene Arbeitsgruppe¹⁹ eingerichtet, deren Sprecher Specht war. Neben Bosch kamen der Ministeriale Lotz und Kohlscheen von der Jugendhilfe aus Köln, aus dem Rheinland.

Man hat damals versucht, einen Bestand zu erheben, und lediglich 17 Fachabteilungen oder Krankenhäuser gefunden, mit insgesamt 3725 Betten; damals war die größte Anstalt wohl Niedermarsberg mit 979 Betten – Dimensionen, die wir uns heute gar nicht mehr vorstellen können. Es gab damals in der Empfehlung für die alte BRD den Hinweis, dass 1.700 Fachärzte benötigt werden; was ja bis heute noch nicht umgesetzt werden konnte. Pro 50.000 Einwohner sollte es eine Beratungsstelle geben, die Beratungsstellen sollten immer ärztlich besetzt sein. Es sollte ein Standardversorgungsgebiet von 500.000 Einwohnern geben, für das es immer eine Klinik geben sollte. Für dieses Standardversorgungsgebiet sollte es jeweils 150 Betten geben, wobei für Diagnostik 50 Betten zur Verfügung stehen sollten, für langfristige Ver-

¹⁷ Referenten: Jans, Happe, Stutte, Ehrhardt, Förster, Nissen, Hermann Schmitz, Koch, van Krevelen, Schönefelder, Hartmann, Züblin, Klüwer, Lempp, Kluge, Lefrenz

¹⁸ Ab 5.3.1970 bis 25.11.1975 zur Vorlage der Berichte

¹⁹ Mitglieder: Bosch, Harbauer, Plette, Kohlscheen, Lotz, Müller-Küppers und Specht.

sorgung Behinderter oder Psychosen 25 Betten und für geistig Behinderte 75 Betten.

Vielen erschienen die Zustände in der Bonner Klinik 1975 als trostlos, in der Zeitung wurde der Gesundheitsreferent des Landschaftsverbandes, Kulenkampff zitiert, die Klinik sei ein „Relikt aus der Vergangenheit“. Man plante ein neues Zentrum an anderer Stelle. Eine Krankenhausschule wurde nicht genehmigt.

Ab dem 1.1.1978 übernahm Dieter Jachnik die Leitung der Klinik, die zugleich einen Teil ihrer Eigenständigkeit verlor und Abteilung der neu konzipierten Landesklinik wurde. Parallel eröffnete die Landesklinik 1979 eine neue Abteilung, das Früherkennungszentrum unter H.G. Schlack (nunmehr Kinderneurologisches Zentrum). Im gleichen Jahr wurde in Essen die fünfte kinder- und jugendpsychiatrische Klinik im Rheinland unter Eggers eröffnet, nachdem sich inzwischen auch in Bedburg-Hau eine eigene Abteilung etabliert hatte.

Ende der siebziger Jahre geriet die Psychiatrie im Rheinland zunehmend in öffentliche Kritik. In der Klinik in Pulheim-Brauweiler starben Patienten, was in der Öffentlichkeit mit mangelnder ärztlicher Versorgung aufgrund hoher Nebeneinkünfte der leitenden Ärzte in Verbindung gebracht wurde²⁰.

Sozialistische Patientenkollektive und Beschwerdezentren etablierten sich in Köln und Bonn. Diese haben 1979 auf die schlechten Zustände in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen.²¹

Der Landschaftsverband hat 1980 in einer Tagung²² noch einmal versucht, die Versorgungsplanung zu konkretisieren²³. Remschmidt hat damals sehr bedauert, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie unter die Fittiche der Erwachsenenpsychiatrie geraten ist.

Deutlich wurde, dass man Ideen sammelte, wie stationäre Behandlung vermieden werden könnte.

²⁰ Stern 2.3.1978: Die Reichen und die Tote (Wilfried Krause, Ingrid Müller)

²¹ Mitarbeiter klagt an. Unbequeme Nachrichten Nr. 8 November 79

²² Referenten: Bosch, Specht, Remschmidt, Machetanz, Eiermann, Sassen, Schalkx

²³ Kulenkampff & Niekisch (3.6.1980) Die jetzige Situation und künftige Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Einer dieser Wege konnte die tagesklinische Behandlung sein, die erst durch die Eröffnung der Tagesklinik Pionierstraße unter Färber im Jahre 1984 ernsthaft etabliert wurde.

Die Skandale um die ausschließlich vollstationäre Klinik in Bonn gingen weiter: Im Februar 1984 berichtete ein ehemaliger Zivildienstleistender der Klinik im Gesundheitsmagazin Praxis des ZDF erschüttert über unhaltbare Zustände in der Klinik, in der es für die Kinder kaum Angebote gäbe und diese sich weitgehend selbst überlassen würden.

Noch im gleichen Jahr kam es zu einer Besetzung der Station für Schwerst-Mehrfachbehinderte durch das Beschwerdezentrum²⁴ und zu detaillierten persönlichen Vorwürfen gegenüber den tätigen Ärzten („unfähig aber geldgierig“), die sich zu wenig um die Patienten kümmern würden, so dass der Alltag aus „schlafen, essen, Langeweile“ bestehe.

Die „Aktion Psychische Kranke“ hat 1985 in der Bonner Klinik eine Tagung zur aktuellen Versorgung durchgeführt²⁵. Das Thema wurde von verschiedenen Seiten²⁶ auch im Hinblick auf Nebengebiete beleuchtet im Sinne einer Bestandsaufnahme. Als Teilnehmer der Tagung sind mir keine besonderen Neuerungen in Erinnerung geblieben. Allerdings hat mich die Position von Lempp fasziniert, der immer wieder gesagt hat: „Ich bin der Überzeugung, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ... sich letztlich lösen muss vom tradierten Krankheitsbegriff, der im Grunde immer ein somatischer Krankheitsbegriff gewesen ist.“ Und Lempp betonte den Gedanken, dass die Versorgung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen über einen quasi kostenträgerübergreifenden Topf finanziert werden sollte, um die vielfältigen aufwändigen Verwaltungsaufgaben für die Klärung des „richtigen“ Kostenträgers entfallen zu lassen und dem Patienten zu Gute kommen zu lassen.

Fach und Klinik blieben im Fokus.

Die Fraktion Die Grünen in der Trägerverwaltung vermutete, dass zu wenig Therapie gemacht wird und zu viele Medikamente gegeben werden und hat 1985 eine sehr umfassende Anfrage dazu an alle Mitarbeiter verteilt.

Der Träger organisierte das 1. Forum für Krankenpflegekräfte und Erzieher in den Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Landschaftsver-

²⁴ Unbequeme Nachrichten vom 14.12.1984

²⁵ Aktion Psychisch Kranke (1985) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Bestandsaufnahme

²⁶ Referenten: Heinze, Höger, Jungmann, Kulenkampff, Lempp, Martin, Müller, Remschmidt, Schleck, Schmidt, Schütze, Schydlo, Specht, Tolstrup, Trappe

bandes Rheinland²⁷ und betonte damit die Wichtigkeit der Qualifizierung der vielen Pflegekräfte in den Kliniken.

1986 – 2006

Die letzten zwanzig Jahre möchte ich nur im kurzen Überblick erwähnen: Nach Jachnik wurde die Abteilung geführt von Ruth Kiefer (1.10.86 - 30.6.88), Roland Schleiffer (1.7.88 - 31.1.92) und 1992 - 2008 von mir.

1987 wurde die Außenstelle Haus Aggerblick abgetrennt und selbständig durch den Träger als Heilpädagogisches Heim fortgeführt. 1988 eröffnete die Universitätsklinik Köln eine eigene Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik unter Gerd Lehmkuhl.

Mit den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung vom 11.11.1988 wurde einer der letzten großen Berichte über die Entwicklung der Psychiatrie vorgelegt²⁸. Die damaligen Empfehlungen und Forderungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in der Folge nicht erfüllt worden: 35 – 80 Betten mit Tagesklinik pro 500.000 – 750.000 Einwohner und Übergangsheime, also rehabilitative Bereiche, sollten angeboten werden.

Die Bonner Klinik eröffnete 1990 ihre Tagesklinik. Im gleichen Jahr wurde eine Tagesklinik an der Kinderklinik in Sankt Augustin eröffnet.

1991 ging eine Tagesklinik in Neuwied in Betrieb.

Die Klinik erhielt einen Neubau, der auf Planungen vor 1988 zurückging. Im November 1992 konnte die Klinik umziehen. Die Psychiatrie-Personalverordnung brachte deutlich mehr Personal; im Jahre 1995 hatten wir eine PsychPV-Erfüllung von 100 %, von der wir in den folgenden Jahren dann träumen durften.

Im Oktober 1999 wurde eine tagesklinische Außenstelle in Euskirchen eröffnet.

²⁷ 24.-26.4.1985 in der Landeslinik Viersen. Referenten: Dörr, Krause, Möllering, Rott-
haus, Schubert

²⁸ Beteiligt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: R. Schmid, M.H. Schmidt, R. Schydlo,
R. Walter

Die Erinnerung an die unheilvolle Vergangenheit der Bonner Klinik blieb wach: Klee schrieb 1992 in DIE ZEIT: „*Die mörderische Vergangenheit der deutschen Jugendpsychiatrie blieb bis heute tabu – eine fast schon pathologische Verdrängungsleistung*“ und verwies auf Stutte, H.A. Schmitz, Villinger, Wesse und Heinze. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat sich inzwischen intensiv mit der Vergangenheit auseinandergesetzt und als Konsequenz u. a. die Ehrenmitgliedschaft von Schmitz bedauert.

Auf dem Gelände der Bonner Klinik wurde von der Künstlerin Valentina Pavlova eine Gedenksäule im Garten der Erinnerung aufgestellt und vor dem Haupteingang der Hauptklinik wurde ein Gedenkstein mit folgender Aufschrift aufgestellt:

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde vielen Menschen mit seelischen Erkrankungen und körperlichen oder geistigen Behinderungen das Lebensrecht abgesprochen. Hunderttausende von ihnen wurden zwangssterilisiert oder gemordet.

Von 1939 – 1944 wurden von hier aus mindestens 370 Patienten, größtenteils Kinder und Jugendliche, in Tötungsanstalten abtransportiert. Nachweislich wurden mindestens 157 dieser Patienten getötet.

Jeder von uns muss Sorge tragen, dass solcher Ungeist und solche Verbrechen sich nie mehr wiederholen.

Angaben zum Verfasser:

Dr. med. Jürgen Junglas, Dipl.-Psych.

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Suchtmedizinische Grundversorgung

Birlinghovener Straße 39c

D-53757 Sankt Augustin

Telefon 0 22 41 33 60 61

Fax 02241 3970571

eMail j.junglas@t-online.de

website: www.dr-jjunglas.de

Kinder- und Jugendmedizin mit Kinder- und Jugendpsychiatrie unter einem Dach. Das Modell für die Zukunft!?

Ulrich Raupp

Dietrich Berdel in freundschaftlicher Verbundenheit gewidmet

Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sind sozusagen unter einem Kinderzentrumsdach zusammen. Das Nachdenken über die Frage „Modell?“ ist ja eigentlich überhaupt nicht neu. Nach der Wende hat der damalige Leiter der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Jena, Herr Daute, die Fachvertreter 1991 zu einem Kongress zusammengerufen, und hat dort auch diese Frage eingehend diskutieren wollen. Dies ist in einem sehr eindrucksvollen Tagungsbändchen¹ nachzulesen, und es war eigentlich so, dass sich dort die Fachvertreter, Sie werden die Namen unschwer erkennen, eher in Abgrenzung und Terrain-Sondierung geübt haben, so dass z. B. hier Herr Remschmidt schon sehr eindeutig sein Markenzeichen gesetzt hat, als er auch die Kinderneurologie doch zu zumindest einem großen Teil unter die Kinderpsychiatrie subsumierte. Noch sehr viel eindrücklicher haben es die Kinderneurologen Stephani und Radefeld damals formuliert, in dem sie sehr deziidiert sagten, dass man die Kinderpsychiatrie eigentlich gar nicht so braucht bei den Kinderneurologen. Der damals um eine Einheit sehr ringenden Daute hat sehr klar geantwortet, dass er weiß, dass im Prinzip die Kinderpsychiatrie im Rahmen der Kinderheilkunde einen niedrigeren Rang hat, viel niedriger als die Neuropädiatrie, und er es einen ganz schlechten Weg findet, wenn sich das jetzt so entzweit. Er hat nach Schäferhagen und Remschmidt gesprochen, und er war so sehr engagiert mit seinem Beitrag, dass er sich bemüßigt fühlte, damals noch den altbekannten Herrn Freud zu zitieren: „*Darum ist ihnen eine*

¹ Daute KH (Hrsg.) (1991) Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Zuckschwerdt, München

psychologische Denkweise fremd geblieben und sie haben sich gewöhnt eine solche misstrauisch zu betrachten ihr den Charakter der Wissenschaftlichkeit abzusprechen und den Laien, Dichtern und Naturphilosophen zu überlassen. Diese Einstellung ist gewiss ein Schaden für ihre ärztliche Tätigkeit, denn der Kranke wird ihnen, wie es bei allen menschlichen Beziehungen die Regel ist, zunächst eine seelische Fassade entgegen bringen und ich fürchte, sie werden zur Strafe genötigt sein, einen Anteil des therapeutischen Einflusses, den sie anstreben, den von Ihnen zu verachteten neuen Ärzten, Naturheilkünstlern und Mystikern zu überlassen.“ Ich glaube das stimmt auch heute noch.

Ich möchte mich nun meinem Thema auf dreierlei Art und Weise nähern: Zunächst eine sehr subjektive Sicht aufgrund meines eigenen fachlichen Weges, Helmut Remm hat mich mal „Schnittstellenjongleur“ genannt, mit übergreifenden fachlichen Argumentationen und mit der Arbeitsweise, wie wir sie in Wesel praktizieren und auch weiterhin zu implementieren zu versuchen.

Zunächst mein persönlicher Lebensweg: Ich bin nur wenige hundert Meter hier entfernt in Bonn aufgewachsen, im Bonner Norden, wenig von den Rheinischen Kliniken entfernt, wo ich in der Kleinkindzeit gewohnt war, einen großen Bogen um dieses geheimnisvoll bis erschreckend beschriebene Areal, damals noch hinter hohen Mauern, zu machen. Das erschreckend Anziehende lernte ich als junger Medizinstudent Anfang der 70er Jahre in einem ersten Krankenpflegepraktikum näher kennen auf der damals noch Station für chronisch kranke männliche Jugendliche und Heranwachsende, das waren fünfzehn bis dreißig 12-25jährige in zwei Bettensälen. Beteiligung an der Aktivität der Studentenvertretung zur Verbreitung einer psychosomatischen Denkweise war damals für mich eine Antwort darauf, dessen klinisches Studium ja von der somatischen Lehre mehr als Angriff verstanden wurde. Eine zweite Antwort war für mich die Annahme eines Stipendiums des Landschaftsverbandes, was mich verpflichtete, in einer sehr unterversorgten Region eine Weiterbildung und meinen Arbeitsweg zu beginnen. Die Arbeitspraxis von 1979 an war für den idealistischen Anfängerarzt etwas schwieriger zu ertragen als es diese nackten Zahlen zeigen können. Insbesondere die Diskussion in einer der ersten Ärztekongressen, in der aktuelles Fachwissen, nämlich somatisches Fachwissen, als Angriff verstanden wurde, weil damals es nicht für nötig gehalten wurde, einer mit hochdosiertem Haldol behandelten Patientin dem Gynäkologen zu sagen was sie bekam, machte ein Problem zwischen der Trennung der somatisch orientierten Medizin und der Psychiatrie sehr deutlich. Auch zu meiner pädiatrischen Weiterbildungszeit, die

sich daran anschloss in zwei Kinderabteilungen und einer Universitätskinderklinik, erntete ich Anfang der 80er Jahre noch vielfach Geringschätzung kinderpsychiatrischer Inhalte und bestenfalls ein Nebeneinander und obwohl an dieser Uni-Klinik für Kinderheilkunde sogar eine Kinderpsychosomatik etabliert war, war es ein bisschen arg von Vorurteilen getriggert, das Verhalten zwischen den Kollegen hier wie dort. Hierzu zählte für mich auch die heute kaum mehr nachvollziehbare Diskussion um Besuchszeiten in den Kinderkliniken. Damals gab es noch eine Stunde mittwochs nachmittags und sonntags nachmittags, von den Kinderärzten oft mit wenig Feingefühl gegenüber den Elternvertretern geführt, und die fast schon legendär anmutende Diskussion, die Münchner Diskussion, zwischen Herrn Kinderarzt Dr. Eichelseder und Prof. Martinius, ob Methylphenidat im Kindesalter überhaupt gegeben werden dürfte. Der Kinderarzt war damals dafür, der Kinderpsychiater dagegen. Es gibt dazu sehr schöne Abhandlungen noch im Kinderarzt von Anfang der 80er Jahre.

Als ich dann in die universitäre Kinder- und Jugendpsychiatrie wiederum wechselte, war das Verhältnis schon wesentlich anders, weil auch neuer. Ich habe dort ein deutlich weniger vorurteilvolles Nebeneinander, aber immerhin auch Nebeneinander erlebt, jetzt von KJP-Seite, und auch schon deutlichere Ansätze gemeinsamer Betreuung z. B. bei Essstörungen, bei Parasuizid und vereinzelt auch bei chronischen Erkrankungen, aber das vielfach sehr voluntaristisch. Mein gewähltes Promotionsthema und die Rückwirkung auf die klinische Arbeit riefen bei etlichen Kollegen aber durchaus noch Widerstände hervor. Der Wechsel in die Kinder- und Jugendmedizin dann wiederum, in sozialneuropädiatrische Spezialisierung, war mit dem damals von mir schon sehr dezidiert angestrebten Aspekt der Synthese zwischen kinderpsychiatrischem Fachwissen anfangs schwierig, da in der damals vorherrschenden Sozialpädiatrie das Konzept der funktionellen Entwicklungsförderung sehr im Vordergrund stand.

Insofern war für mich die Möglichkeit, ein SPZ neben einer interdisziplinären Frühförderstelle in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diaspora, die Kreise Kleve und Wesel, 750.000 Einwohner, hatten damals keine eigene kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, aufbauen zu können, ein Glücksfall, und der nächste Schritt auch weiter zu organisieren, logisch. Der Bereich, den ich jetzt seit Anfang 2005 leite, umfasst 58 Mitarbeiter verteilt auf eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 12 Plätzen, einen etablierten psychosozialen Dienst im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und drei große Ambulanzen mit jeweils völlig unterschiedlichen Arbeits- und Finanzierungsvoraussetzungen.

Merkmale der Frühförderstelle sind eine Komm- und Gehstruktur, sehr niederschwellig, da die Eltern sie unmittelbar anlaufen können, wöchentlich intensive Behandlungskontakte, Altersbegrenzung bis zur Schulzeit und die sehr vorteilhafte Bezahlung nach Fachleistungsstunden, wobei überwiegend 90 % vom Sozialhilfeträger getragen werden und 10 % von den Krankenkassen.

Das SPZ hat meist eine Komm-Struktur, man kann auch nach Hause gehen, hat einen begrenzten Überweiserkreis, das heißt die Schwelle ist relativ hoch, die Eltern müssen sich vom Kinderarzt und Kinder- und Jugendpsychiater eine Überweisung holen, keine Altersbegrenzung im Rahmen der Kinderheilkunde, ist aber nur zeitlich begrenzt ermächtigt. Alle zwei bis vier Jahre muss die Ermächtigung neu beantragt werden. Die Finanzierung erfolgt per Quartalspauschale, 85 % wird von den Krankenkassen finanziert.

Die Institutsambulanz Kinder- und Jugendpsychiatrie wiederum hat eine reine Komm-Struktur, ist relativ niederschwellig, weil man keine Überweisung braucht, hat keine Altersbegrenzung im Kinderbereich und ist unbegrenzt ermächtigt, hat jedoch eine durchweg niedrigere Quartalspauschale als die SPZ. Die liegt auch bundesweit immer ungefähr zwischen 100 und 150 Euro pro Quartal niedriger als bei den Sozialpädiatrischen Zentren.

Daneben existieren bei uns noch sehr hoch spezialisierte Ambulanzen an der Klinik Endokrinologie, Gastroenterologie, Neurophysiologische Diagnostik, usw..

Wenn Sie sich im Umkreis Ihres eigenen Einzugsbereiches die Verhältnisse zwischen diesen drei Ambulanzen, wenn sie unter unterschiedlicher Leitung und/oder unter unterschiedlicher Trägerschaft stehen, vergegenwärtigen, so werden Sie diese wahrscheinlich als eher abgrenzend konkurrenz oder auch eher selten sich gegenseitig wertschätzend erleben, obwohl sie ja eigentlich von der Struktur her, vom strukturellen Ansatz der Behandlung chronisch und psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und Familien eine ideale Ergänzung darstellen.

Ehe ich auf diesen Punkt noch einmal zurück komme möchte ich Ihnen einige grundsätzliche und aus meiner Sicht auch wegweisende Punkte für gemeinsame Behandlungspfade nennen: Da ist zunächst die Zunahme der fachlichen Notwendigkeit für zeitintensive Kooperation und auch ein einheitliches Vorgehen gegen Merkantilismus und Kommerzialisierung, zugunsten der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung wie wir sie ja regelmäßig erfahren und auch Abbau gegenseitiger Vorurteile. Ich möchte diese Punkte kurz streifen. Ich habe einmal hier zusammengefasst die Diagnosegruppen die aus meinen Erfahrungen in den letzten Jahren aus beiden Fachbereichen einer häufigen

und zum Teil auch sehr schnellen aber derzeitigen Bereichen auch sehr gering genutzten Kooperation bedürfen. Eine kurze Erläuterung möchte ich zu den ersten beiden Punkten nennen, sie wissen, die Somatisierungsstörung nimmt, gut untersucht, bei jugendlichen Heranwachsenden deutlich zu, aber wo merken wir das? Wir merken das in den Kinderkliniken. Die Jugendlichen kommen zumeist zunächst in die Kinder- und Jugendmedizin, wo wir ihnen aber, das ist für die Kinderheilkunde üblich, weit überwiegend mit dem Konzept der somatischen Ausschlussdiagnostik begegnen und ihnen und den besorgten Eltern damit überhaupt nicht gerecht werden. Auch Jugendliche mit anorektischer Symptomatik lassen sich aus meiner Erfahrung heraus im ersten Anlauf viel lieber zur Abklärung ihrer Kachexie in die Kinder- und Jugendmedizin einweisen, als in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus meiner Sicht hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie wiederum ganz viele Umleitungen. So könnten wir diese ganzen Diagnosegruppen durchgehen und würden es sicher für notwendig halten, gemeinsame Behandlungspfade zu erstellen und es gibt hierzu auch durchaus bereits differenzierte Anleitungen; allerdings wie wir sehen, aus der Erwachsenenpsychiatrie.

Der deutliche Vorteil einer Unter-einem-Dach-Kooperation ist meines Erachtens, dass man dies nicht nur tun könnte, sondern es getan hat. So haben wir bereits im ersten Jahr des Bestehens der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine gemeinsame Strategie zum Vorgehen bei Suizidversuchen verabschiedet, einheitliches Vorgehen bei Diagnostik und Therapie umschriebener Entwicklungsstörungen und ADHS formuliert und der gemeinsame Behandlungsplan Anorexie ist in der Implementierungsphase.

Zum Punkt Merkantilismus: In der Ausgabe 3, 2006 des Nervenarztes schrieb Helmchen in seinem Editorial „Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie“, dass ein Nachdenken über den Druck der Ökonomisierung notwendig ist. Bereits jetzt wird es in den Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, also zwischen DRG- und Nicht-DRG-System schwierig, wenn kein vertrauensvolles Verhältnis existiert. Die hier unter dem Verlust des persönlichen Arztverhältnisses aufgeführten Punkte sind sicherlich Punkte, die jetzt schon beide Fachbereiche gleichermaßen betreffen.

Wie sieht nun unser Modell in Wesel praktisch aus? Wir haben personelle Überschneidungen, das heißt z. B., dass der Psychologe in der Institutsambulanz KJP auch SPZ- Patienten betreut und auch tagesklinische Patienten mit einem definierten und im Stundenanteil festgelegten Stundenanteil. Die Heilpädagogin des psychosozialen Dienstes der Kinder- und Jugendmedizin arbeitet mit einem kleineren Stellenanteil auch in der Institutsambulanz KJPP,

der Heilpädagoge im SPZ ist im eingetretenen schwierigen Krankheitsfall tatsächlich in der Lage, auch den Tagesklinikmitarbeiter zu ersetzen, hat auch derzeit seinen Stellenanteil aufgestockt und die SPZ-Oberärztin ist für den Bereich Neuropädiatrie in der Kinder- und Jugendmedizin mitverantwortlich. Der psychosoziale Dienst und die Konsildienste sind jeweils auch immer unter einer kinder- und jugendpsychiatrischen Leitung. Voraussetzung für eine derartige Personalpolitik ist allerdings, dass man eine gemeinsam übergreifende Idee hat von der Leitungsebene bis hin zum Sekretariat, dass man eine flexible, möglichst unbürokratische mitdenkende und vor allen Dingen auch schnell erreichbare Verwaltung hat, mit kurzen Wegen. Und man braucht eine Leitungsebene, die Offenheit, Wissen, Vertrauen und auch Bezug auf ökonomische Gegebenheiten praktisch umsetzt. Ansonsten geht das nicht. Wenn man das aber hat, dann entstehen aus diesen Strukturen auch bemerkenswerte Ergebnisse einer fachlich übergreifenden Zusammenarbeit, die ich Ihnen hier an einigen Beispielen aufgezählt habe. Diese und andere Angebote wären sicher nicht in diesem Umfang möglich, wenn jede Einheit in Konkurrenz gegeneinander für sich puzzeln würde.

Besonders hinweisen möchte ich in diesem Zusammenhang auf die Gruppe „Lichtblicke“ für früh verwaiste Eltern und Familien. Sie ist ein Beispiel für ein Angebot, das primär niemand finanziert, denn es gibt ja niemanden den sie überweisen können, das Kind ist gestorben. Diese Gruppe leitet bei uns die Schwester der Intensivstation gemeinsam mit einer erfahrenen Heilpädagogin mit spezieller Ausbildung von der Frühförderstelle und ein Psychologe aus dem SPZ. Finanziert wird dies nicht separat sondern eben aus dem was die anderen mit erarbeiten. Auch das ist aus meiner Sicht nur in einer solchen intensiven Kooperation möglich.

Zusammenfassung der Vorteile einer Kooperation unter einem Dach:

- *Fachlich* heißt es für mich ein übergreifender Krankheitsbegriff ist gut implementierbar, bedarfsorientierte Angebote statt gegenseitige Abgrenzung, gemeinsame Behandlungspfade, die die Schnittstellen erheblich erleichtern, berufsgruppenspezifische Intervention.
- *Organisatorisch-betriebswirtschaftlich*: sie haben klare Zugangswege, wir können jonglieren, auch die Niedergelassenen können zuweisen wohin sie wollen. Wir haben betriebswirtschaftlichen Ausgleich, das heißt wenn der eine mehr Minus macht und der andere macht ein bisschen Plus kann man ausgleichen, auch das macht die Abgrenzung unnötig und lässt auch keinen Neid aufkommen zwischen den einzelnen Bereichen, wir haben Vertretungsmöglichkeit, wir haben ein

patientenorientiertes Casemanagement statt eines Casemanagements was auf Konkurrenz basiert, wir haben Zeitersparnisse an den Schnittstellen und auch eine Großeinheit hat auch bessere Positionierung bei der Verwaltung.

- *Interpersonell* haben wir eine erhöhte gegenseitige Wertschätzung, denn alle, die ich beschäftige, haben auch schon einmal woanders gearbeitet. Wir haben Abbau von vielen Vorurteilen, wir haben eine erhöhte Arbeitsplatzsicherheit, attraktivere Arbeitsplätze, eine kontinuierliche Therapeut-Patient-Beziehung und gemeinsame Fortbildung.

Probleme der Kooperation unter einem Dach:

- „*Behandlungsmonopol*“, keine Konkurrenz.
- *Datenschutz und Datentransfer* können ein Problem sein, die einzelnen Computersysteme müssen datenschutzrechtlichen gegeneinander so abschottet sein, dass nur dann die Daten fließen, wenn sie auch fließen dürfen.
- Erhöhte Anforderungen an die *Flexibilität* hochwertiger Mitarbeiter. Wenn einer das nicht will wird es schwierig.
- Erhöhter *Zeitaufwand* für *interdisziplinäre Konzeptarbeit und Teamentwicklung*
- Erhöhte Anforderungen an die *Leistungsorganisation*, das heißt wenn Sie für viele Bereiche verantwortlich sind, müssen Sie sich auch selbst gut koordinieren.

Angaben zum Verfasser:

Dr. med. Ullrich Raupp, Chefarzt

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF)
Marien-Hospital Wesel gGmbH

Pastor-Janßen-Str. 8-38, 46483 Wesel

Tel.: 0281 – 1639711, Fax: 0281 - 1639720

eMail: sekretariatkj@marien-hospital-wesel.de

Website: www.marien-hospital-wesel.de

Wie teilen sich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe die praktische Versorgung?

Wilhelm Schomaker

Ich bin Leiter im Hermann-Josef-Haus in Kall-Urft. Der Ort liegt etwa in der Mitte des Dreiecks Koblenz - Aachen - Köln. Träger des Hauses ist der katholische Erziehungsverein für die Rheinprovinz, der insgesamt vier große traditionelle Jugendhilfeeinrichtungen unterhält. Dazu gehört der Bernards-hof in Mayen in Rheinland-Pfalz, das Kinderheim Maria im Tann in Aachen, das Raphaelshaus in Dormagen und das Hermann-Josef-Haus in Kall-Urft als Gründungseinrichtung. Die Gründung datiert auf das Jahr 1916, also etwa zehn Jahre älter als die Kinder- und Jugendpsychiatrie Bonn. Daher müssen irgendwo im Haus noch Erfahrungen verborgen sein, wie Jugendhilfe auch ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie klar kommen kann. Aktuell kann sich daran aber keiner mehr erinnern.

Wir betreuen insgesamt etwa 220 Kinder, Jugendliche und Familien in aufsuchenden Hilfen, in teilstationären Hilfen und in stationären Hilfen. Im stationären Bereich halten wir 110 Plätze vor, die nach 6 unterschiedlichen Entgeltsätzen abgerechnet werden. Hinter den Entgeltsätzen stehen unterschiedliche Gruppengrößen und Personalschlüssel. Die Praxis ist aber längst so, dass auch Wohngruppen innerhalb eines Entgeltsatzes konzeptionell nicht mehr identisch sind. Wir haben die Angebote sehr stark differenziert und spezialisiert mit dem Ziel möglichst einzelfallorientierte individuelle Entwicklungsprogramme entwickeln zu können. Neben dem stationären Bereich unterhalten wir 15 Plätze in Erziehungsstellen, 51 Plätze in Tagesgruppen und aktuell etwa 50 bis 60 aufsuchende Hilfen. Im Bereich der Innenwohngruppen (70 Plätze für Jungen) unterhalten wir eine interne Förderschule mit sozio-emotionalem Schwerpunkt. In der Schule werden 60 interne und 20 externe Jun-

gen unterrichtet. Die Schüler rekrutieren sich zu einem hohen Anteil aus den Innenwohngruppen, in denen die „Kracher“ sehr stark vertreten sind. Frau Kühn-Mengel hat am Anfang sehr schön und sehr offen und sehr aufrecht deutlich gemacht, dass wir, wenn wir über Kooperation reden, am besten den Mund nicht ganz so voll nehmen sollen. Kooperationen klappen häufig schlecht, weil wir noch immer auf einem Status sind, der von sehr großen Vorurteilen, großen Rollenunterschieden, unterschiedlichen Rollenerwartungen, von wenig Klärung bestimmt ist. Wir benutzen heute gerne den Begriff Vernetzung, aber wir wissen noch wenig darüber, wie das tatsächlich umgesetzt werden kann. Diese Fragen und Schwierigkeiten sind auch in der Jugendhilfe stark vorhanden. Ich habe versucht, das Thema in drei Zentrierungen zu bearbeiten, die bislang vielleicht noch nicht so sehr im Blick waren. Im ersten Teil möchte ich auf die Ulmer Heimkinderstudie von Fegert eingehen und anhand einiger Auszüge deutlich machen, dass diese Studie für die Fragestellung sehr aussagekräftig ist. In einem zweiten Teil möchte ich Ihnen die konkrete Zusammenarbeit zwischen der KJPP Bonn und dem Hermann-Josef-Haus vorstellen. Dazu werde ich auf das Modell der Zusammenarbeit eingehen und einen kurzen Überblick über die Fallzahlen geben. Im letzten Teil möchte ich eine allgemeine Auswertung der Belastungen unserer Kinder und Jugendlichen in der Jugendhilfe vorstellen. Ich habe den Eindruck, dass sich der Klientenkreis der KJPP und der Jugendhilfe in den vergangenen Jahren mehr und mehr ineinander geschoben hat.

Fegert bezeichnet die Heimkinder als Hoch-Risikogruppe. Das kann ich wirklich nur bestätigen. Die Heimkinder bilden eine Gruppe mit dem höchsten Lebensrisiko bezogen auf zukünftige Notwendigkeit von Psychriatrieaufenthalten, von dauerhaften psychischen Erkrankungen, des Ausbrechens aus der Gesellschaft, von Isolation, Kriminalität und Gefängnisaufenthalten. Die Auswertung mit dem CBCL macht das Risikopotential sehr deutlich. Die Studie kommt auch zu dem Ergebnis, dass viele belastete Jugendliche in den Strukturen der stationären Jugendhilfe gut zurechtkommen. Diese Formulierung klingt auf den ersten Blick nach einem Kompliment für die Jugendhilfe. Als ich sie las bin ich zusammen gezuckt, weil ich dachte, das kann auch etwas ganz anderes bedeuten. Wenn ich die Ehemaligen des Hermann-Josef-Hauses anschreibe, habe ich einen Rücklauf von ca. 30 % nicht angekommener Post. Daran sehe ich, dass sie zu einem sehr hohen Anteil häufig umziehen. Bei Besuchen von Ehemaligen im Haus erfahre ich, dass viele tatsächlich nach der Jugendhilfe sehr große Schwierigkeiten haben einen stabilen Platz in der Gesellschaft zu finden. Daher kann dieser Satz auch bedeuten, dass

wir in der Jugendhilfe haltende Strukturen schafften, wobei die jungen Menschen innerhalb dieser Strukturen zwar gut zurecht kommen, aber zugleich unbehandelt bleiben und zu wenig Anschlusshilfen kriegen. Möglicherweise geraten dadurch viele junge Menschen im Anschluss an die Jugendhilfe in Schwierigkeiten.

Ulmer Heimkinderstudie (Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert)

- ❖ Die psychosozialen Belastungen der Heimkinder weichen hochsignifikant vom Mittelwert der Bevölkerung ab.
- ❖ Ca. 60 % der Jugendlichen erfüllen die Kriterien für eine ICD-10-Diagnose, viele Jugendliche erfüllen die Kriterien für mehr als eine psychische Störung.
- ❖ 30 % der Jugendlichen sind sehr stark belastet und erreichen T-Werte von über 70 in der CBCL Gesamtskala.
- ❖ 70 % erreichen Werte über dem kritischen Wert von 60 T-Wertpunkten in der CBCL Gesamtskala.
- ❖ Viele belastete Jugendliche können in den Strukturen der Jugendhilfe gut begleitet werden.
- ❖ Nur 11 % der Kinder und Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen werden medikamentös behandelt.
- ❖ Kinder mit ähnlichen Störungsbildern in Familien werden deutlich häufiger medikamentös behandelt.
- ❖ Am Beispiel der Behandlung von ADHD bei Jungen in Familien vs. Heimen zeigt sich ein Verhältnis in der Medikationsrate von 80 % zu 20 %.

Eine weitere Zahl die ich sehr deutlich hervorheben möchte, sind die 11 % der Kinder und Jugendlichen die medikamentös behandelt werden. Ich glaube, dass sich hinter dieser Zahl auch ein altes Vorurteil der Jugendhilfe gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbirgt. Hier muss die Jugendhilfe sich an die eigene Nase fassen und prüfen, ob sie wirklich immer richtig handelt. Häufig findet sich in den Erstberichten nach der Aufnahme eine Formulierung, nach der eine medikamentöse Behandlung vorhanden war, die in der Jugendhilfe erst mal ausgeschlichen oder abgesetzt wird. Das ist natürlich schwierig zu beurteilen, aber wenn Nicht-Mediziner in der Jugendhilfe medikamentöse Behandlungen ohne ärztliche Beauftragung absetzen oder

ausschleichen, ist das möglicherweise auch unterlassene Hilfeleistung. Ich glaube, hier greifen alte Vorurteile in pädagogischen Systemen, dass medikamentöse Behandlungen schlimm und psychiatrische Konsile zu vermeiden sind, weil man diese Kinder ja nicht psychiatrisieren darf. Hier bestehen in einigen Pädagogenkreisen sehr alte manifestierte Vorurteile mit ausgeprägten Empfindlichkeiten.

Welche Konsequenzen sind aus der Studie zu ziehen?

- Die erste Konsequenz ist sicher die Notwendigkeit einer Neubeurteilung der medikamentösen Versorgung als Baustein einer Therapie. Hier muss die Pädagogik ihre Sichtweise deutlich überprüfen.
- Ein zweiter wichtiger Aspekt ist die hohe Belastungsrate der Kinder und Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen. Hier kann ich mich Herrn Fernholz anschließen, denn es besteht tatsächlich die Notwendigkeit einer regelhaften Kooperation aufzubauen. Das Fehlen einer regelhaften Kooperation ist sicher eine der Hauptursachen für den Drehtüreffekt zwischen der Jugendhilfe und der KJP. Wenn der Anlass für eine Zusammenarbeit mit der KJP eine Katastrophe in der Jugendhilfe ist, nach der eine Noteinweisung erfolgt, werden beide Systeme nur unnütz geschwächt. Wenn dann die KJP das Kind nach drei Tagen mit der Rückmeldung, es handele sich um ein pädagogisches Problem, wieder entlässt, ist keinem geholfen und dem betroffenen Kind nur geschadet. Der Aufbau einer regelhaften Kooperation bedeutet, dass zwischen der KJP und der Jugendhilfe zunächst zu klären ist, wie denn der kinder- und jugendpsychiatrische Hilfebedarf für junge Menschen in der Jugendhilfe erfasst und begleitet werden kann.
- Besonders wichtig erscheint dabei die Früherkennung und Frühintervention. Hier können wir noch viel lernen und die Zusammenarbeit intensivieren.
- Die Belastungssituation in den stationären Einrichtungen hat sich durch die Einführung und Weiterentwicklung von aufsuchenden und teilstationären Hilfen in den vergangenen Jahrzehnten zugespitzt. Heute kann die Jugendhilfe viele Kinder und Jugendliche, auch mit umfänglicher Problematik, innerhalb der Familie unterstützen. Das hat aber auch zu einer enormen Verdichtung der Belastungen im stationären Bereich geführt. Dem ist auch durch eine Verbesserung der Kooperation mit der KJP Rechnung zu tragen.

Zusammenarbeit konkret, was bedeutet das? Die Fragestellung, wie sich die Kinder- und Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie die praktische Versorgung teilen, lässt sich in Deutschland kaum beantworten. Die Kinder- und Jugendhilfe wird kommunal finanziert und damit auch kommunal sehr unterschiedlich strukturiert und entwickelt. Dadurch zeigt sie ein sehr buntes Bild mit einer großen Zahl unterschiedlicher Ansätze und Modelle. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Vergleich dazu viel einheitlicher und standardisierter. Flächendeckende Untersuchungen zu den Auswirkungen in der Zusammenarbeit gibt es, soweit ich weiß, nicht. Daher bietet es sich an, die Zusammenarbeit an einem Beispiel zu konkretisieren.

Im Folgenden möchte ich darauf eingehen, wie die allgemein bekannten und beklagten Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen der KJPP Bonn und dem Hermann-Josef-Haus aufgehoben werden konnten. Ein erstes und sehr wesentliches Moment lag in einer Versorgungszusicherung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Einrichtung eines regelmäßigen Konsiliardienstes im Hermann-Josef-Haus. Der Konsiliardienst hat die Aufgabe, die konkrete Versorgung auszuführen. Er ist für die Früherkennung und Frühintervention zuständig. Gemeinsam mit dem Konsiliardienst kann bei Bedarf für jedes einzelne Kind eine Verabredung für den Notfall getroffen werden.

Zusammenarbeit konkret:

Institutionelle Therapievereinbarung zwischen dem Hermann-Josef-Haus Urft und der KJP Bonn

- ❖ Versorgungszusicherung durch die KJPP
- ❖ Regelmäßiger Konsiliardienst im HJH mit dem Ziel die Versorgung zu sichern und Notfällen vorzubeugen
- ❖ Verlässlich geregelte Vorbereitung einer Vorstellung
- ❖ Verlässlich geregelte Zuständigkeiten in beiden Systemen
- ❖ Verlässliche Dokumentation
- ❖ Beteiligung an Hilfeplangesprächen
- ❖ Geregeltes Verfahren im Notfall
- ❖ Geregelte Kommunikationswege im Notfall

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Rheinischen Kliniken - Aussenstelle- Euskirchen Gottfried-Disse-Str. 38e, 53879 Euskirchen Tel. 02251 9871-0, Fax 02251 9871-12, eMail: karin.stephan@ivr.de			Hermann-Josef-Haus Urft Urfttalstraße 41 53925 Kall Tel. 02441/885-0, Fax 02441/885-95 eMail: sekretariat@hjh-urft.de		
Anforderung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Konsils für:					
Name	Vorname	geb.	Krankenvers.	Kassennr.	Versichertennr.
Mentor	Vorname	Gruppe		Telefon	Mail
Bereichsleitung	Vorname	Telefon		Mail	Verb. Unterschrift
Sorgerecht	Vorname	Anschrift		Telefon/Mail	
Unterschriften liegen vor?					
				Ja	Nein
Vorstellungsanlass, Fragestellung vom _____ :					
Elfer Rater liegt vor Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Konsiliarischer Befund vom _____ :					
Empfehlung, Prozedere vom _____ :					
Verfahren im Notfall (wenn erforderlich faxen an 0228 551 3015)					
Zuständige Klinikärztin/zuständiger Klinikarzt					
Name	Vorname	Telefon			

Die Umsetzung einer solchen Zusammenarbeit muss zunächst auf der Leitungsebene gewollt sein. Die beteiligten Personen müssen sich kennen lernen, die wechselseitigen Erwartungen, Bedürfnisse und Notwendigkeiten klären und dazu eine Verabredung treffen. Es ist hilfreich, wenn in beiden Systemen konstante personelle Zuständigkeiten entwickelt werden. Bei personellen Veränderungen sind sorgfältige Übergaben und neue Klärungen erforderlich. Es ist wichtig die Perspektive und die Aufgabe der anderen Seite gut kennen zu lernen und die Unterschiede zu respektieren. Der wesentliche Unterschied liegt in der grundsätzlichen Aufgabenstellung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie produziert Behandlungsprozesse, die Jugendhilfe produziert Lebensalltag, der Eigenarten und besondere Verhaltensmuster, die in anderen Formen von Lebensalltag nicht passend waren, integrieren muss. Es ist wichtig, diese unterschiedlichen Perspektiven gut herauszuarbeiten, sie bedeuten auch, dass die Systeme in unterschiedlichen Zwängen Notwendigkeiten und Seherfahrungen leben. Zusammenarbeit gelingt besser, wenn die Beteiligten besser verstehen, welche Perspektive und welche Aufgabe die andere Seite hat und jeder zugleich ernst nimmt, was er selber zu tun hat. Es ist wichtig, die Ergebnisse der Zusammenarbeit gut zu dokumentieren und zu klären, wie die unterschiedlichen Perspektiven in die Hilfeplanung einfließen sollen.

Bezogen auf die Kommunikation im Notfall, möchte ich noch mal kurz auf ein Vorurteil eingehen. Aus der Sicht der Jugendhilfe habe ich den Eindruck, dass manchmal so eine reflexartige Bewertung kommt, wenn wir einen Notfall anmelden. Da hat sich dann wieder so ein Erzieher mit einem Kind gestritten und es dabei so aufgeputzt, dass gar nichts mehr ging. Jetzt soll die Kinder- und Jugendpsychiatrie das entweder klären oder als Strafmaßnahme missbraucht werden. Das ist sicherlich auch schon mal so vorgekommen, aber das ist bestimmt nicht die Regel. Die meisten Notfälle sind tatsächlich Notfälle und das bedeutet, dass die Kinder und Jugendlichen Hilfe brauchen. Es ist sehr unglücklich, wenn die notwendige Hilfe nicht voll umfänglich gewährt wird, weil die beteiligten Systeme ihre Energien für die Unterhaltung von Vorurteilen verbrauchen. Ein geregeltes Verfahren bedeutet an dieser Stelle, dass Kinder und Jugendliche im Notfall jenseits von Schichtwechseln, Bereitschaftsdiensten, unterschiedlichen Zuständigkeiten oder Tageszeiten Hilfe erhalten, weil sie sie jetzt brauchen. Wir nutzen dazu im Rahmen der Vereinbarung ein Formular auf einer DINA4-Seite, das in einem Ordner bei einem Bereitschaftsdienst der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorliegt. Das ist ein sehr hilfreiches Instrument, weil wir den Bereitschaftsarzt, der für den Notfall zuständig ist, häufig nicht kennen. Aber wir können am Telefon sagen, wo der Ordner steht, um welches Kind es sich handelt und wie die getroffene Verabredung aussieht. Durch die Dokumentation ist das wechselseitig kontrollierbar. Seitdem wir dieses Instrument vor einigen Jahren eingeführt haben, sind keine Schwierigkeiten mehr aufgetreten.

Um die konkrete Zusammenarbeit zu belegen, habe ich die Praxis im ersten Quartal ausgewertet. In der folgenden Übersicht sehen sie, dass es bei 11 Besuchen 45 Konsultationen gab. Die Besuche hatten jeweils 3 Stunden Dauer. Es gab 32 Wiedervorstellungen und 13 Neuvorstellungen bei insgesamt 34 Patienten. Lassen Sie sich von den unterschiedlichen Zahlen bitte nicht verwirren. Sie entstehen durch die verschiedenen Perspektiven in unserem differenzierten Ansatz. Von den vorgestellten Kindern und Jugendlichen lebten 21 in Intensivgruppen, 13 in einer Regelgruppe oder einer Tagesgruppe, 25 in Innenwohngruppen und 9 in Außenwohngruppen. Im Ergebnis sagen die Zahlen mir, dass die Zusammenarbeit sehr routiniert abläuft. Die Vorbereitung und Begleitung der Termine klappt sehr gut. Die Verteilung nach Innen- und Außenwohngruppen sowie nach Regel- und Intensivgruppen sagt mir auch, dass wir eine insgesamt passende Abdeckung des Versorgungsbedarfs haben. Das ist auch eine gute Stelle noch einmal herzlichen Dank zu sagen für eine Zusammenarbeit, die sich in den vergangenen 2 bis 3 Jahren richtig

Auswertung Konsiliardienst KJP Bonn 1. Quartal 2006

11 konsiliarische Besuche jeweils ca. 3 Zeitstunden

Einzeltermine	Wiedervorstellungen	Neuvorstellungen	Patienten
45	32	13	34
Intensivgruppe	Regelgruppe/ Tagesgruppe	Innenwohngruppe	Außenwohngruppe
21	13	25	9



gut entwickelt hat. Das war ein Lernprozess und die Rückmeldungen sind von Quartal zu Quartal besser geworden. Aktuell gibt es eine sehr hohe Zufriedenheit im Hermann-Josef-Haus. Die Unterstützung durch die KJP wird als sehr hilfreich bewertet.

Im Folgenden möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick über die stationäre Belegung im Hermann-Josef-Haus geben. Ich will hier zunächst nur auf die Intelligenzverteilung eingehen. Sie sehen, dass der Anteil an intellektuell schwächeren Kindern und Jugendlichen hoch ist.

Wir haben die im Haus vorhandenen Unterlagen der Kinder und Jugendlichen nach der Anzahl der gestellten Diagnosen nach dem ICD 10 ausgewertet. Dabei handelt es sich sowohl um früher festgestellte, als auch akut festgestellte Diagnosen. Die Auswertung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Dazu wäre eine umfassendere Untersuchung notwendig gewesen. Aber sie ist sicher geeignet einen Überblick zu geben und den Trend aufzuzeigen. Ich war selbst überrascht feststellen zu müssen, dass bei über 55 % unserer Kinder und Jugendlichen 3 oder mehr Diagnosen nach ICD-10 festgestellt waren oder sind.

N=110 männlich=96 weiblich=14

Ø Alter bei Aufnahme 11,8 Jahre, Ø Alter am Stichtag 13,9 Jahre

Lebensorte	N	
Intensivgruppe	55	
Regelgruppe	55	
Innenwohngruppe	67	
AWG	43	
Intelligenz	N	%
IQ größer 85	63	57,27
lernbehindert	43	39,09
geistigbehindert	4	3,64

Belegungsüberblick Hermann-Josef-Haus. Stationäre Plätze Stichtag 30.03.06

Anzahl der Diagnosen nach ICD-10	N	%
keine Diagnose	1	0,91
1	14	12,73
2	31	28,18
3	24	21,82
mehr als 3	40	36,36
Behandlung durch KJP	N	%
früher	61	55,46
akut	50	45,46
Medikation	26	23,64
sonstige	3	2,73

Mir zeigen diese Zahlen, dass die Jugendliche wirklich mit vielen Belastungen hantiert. Ich glaube, wir machen uns das nicht ausreichend klar und wir machen das auch nach außen hin nicht ausreichend deutlich. Fast alle Kinder und Jugendlichen waren oder sind in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Erheblich viele hatten stationäre Aufenthalte. Ich glaube, die Auswertung zeigt, dass wir die Zusammenarbeit zwischen der KJP und der

Jugendhilfe sehr ernst nehmen und konstruktiv ausbauen müssen. Positiv war für mich der Anteil von über 23 % an Kindern und Jugendlichen in medikamentöser Begleitung. Im Vergleich zu den 11 % in der Ulmer Heimkinderstudie legt sich die Vermutung nahe, dass die Versorgung in dieser engeren Form der Zusammenarbeit besser gewährleistet wird.

Kennzeichen der Pädagogik und Therapie im Hermann-Josef-Haus Urft

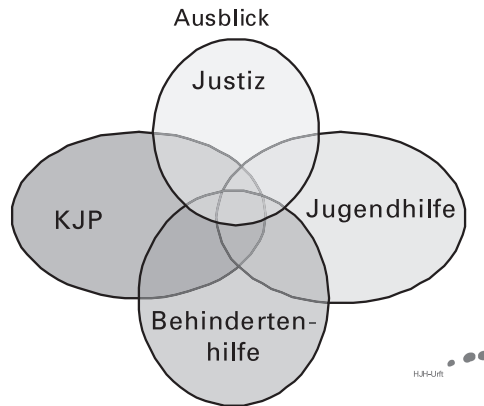
- ❖ Die stationären Gruppen sind verhaltenstherapeutisch ausgerichtet
- ❖ Einzelfallorientierung durch Differenzierung und Spezialisierung der Gruppenkonzeptionen
- ❖ Enge Verzahnung von Gruppe, Schule und Therapie
- ❖ Spieltherapie
- ❖ Spezielle Therapien bei Lernstörungen
- ❖ Musiktherapie, Dramatherapie, Kunsttherapie, Gestaltungstherapie (Kooperation mit der Hogeschool Nijmegen und der Hogeschool Sittard)
- ❖ Heilpädagogisches Reiten, heilpädagogisches Voltigieren
- ❖ Erlebnispädagogische Angebote
- ❖ Arbeitstherapeutische Angebote
- ❖ Gruppentherapie
- ❖ Elterntrainings- und Familientherapie
- ❖ Sicherheitssystem für die Handhabung von Krisen und Gewalt-situationen
- ❖ Enge Kooperation mit der Polizei und Justiz

Ich glaube, die Auswertung hat gezeigt, dass es notwendig ist Fachwissen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch für die Jugendhilfe anzuwerben. Zugleich ist das auch ein schwieriger Punkt. In wirtschaftlicher Hinsicht wie auch in der sozialen Anerkennung wird ein Wechsel von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Jugendhilfe eher als Karriereabstieg bewertet. Das mag an der sehr belastenden Arbeit, an den vorhandenen Abhängigkeiten oder einfach nur an alten Vorurteilen liegen. Jedenfalls wäre es hilfreich den Austausch an Fachwissen und an Fachleuten zu intensivieren.

Die Jugendhilfe kann ihre Handlungsfähigkeit aber auch mit den eigenen Mitteln deutlich verbessern. Dazu möchte ich kurz auf unser Sicherheitssystem eingehen. Wir haben eine telefongestützte mobile Kommunikationsanlage angeschafft. Alle Fachkräfte werden regelmäßig in Kommunikation und Deeskalation in Krisensituationen und in einer sicheren Festhaltetechnik für den Notfall geschult. Im Bereich der Innenwohngruppen ist organisatorisch geregelt, wer im Notfall für die Unterstützung eines Kollegen oder einer Kollegin zuständig ist. Das System stellt sicher, dass jederzeit 6 Helfer herbeigerufen werden können. Dadurch sind wir in der Lage mit den Kindern und Jugendlichen Krisen, auch bei Selbst- und Fremdgefährdung zu bewältigen. Das System wird einerseits sehr unterstützt und für die Fachkraft, die eine schwierige Situation mit einem oder mehreren Kindern leiten muss. Zugleich beugt es schwarzer Pädagogik vor, weil man nie weiß, welche Kollegen kommen. Das Verhalten der Erwachsenen wird im Anschluss an die Krise wechselseitig evaluiert. Dieses System hat wesentlich dafür gesorgt, dass wir seit 2003 kein Kind mehr entlassen haben, weil wir pädagogisch an Grenzen gekommen sind. Das bedeutet nicht, dass das nicht wieder passieren kann, aber es hat insgesamt einen sehr deutlichen Effekt gehabt. Die Jugendhilfe darf auch im Krisenfall nicht fixieren, kein Medikament geben, die Tür zuschließen oder sonstige Zwangsmaßnahmen anwesenden. Das Sicherheitssystem kann ausschließlich bei vorliegender Selbst- oder Fremdgefährdung eingesetzt werden. Dennoch sind wir dadurch viel handlungsfähiger geworden. Die Notaufnahmen in der KJP sind dadurch weitgehend obsolet geworden.

Notwendige Unterstützung der KJPP für die Jugendhilfe im Hermann-Josef-Haus Urft

- ❖ Permanente konsiliarische Begleitung aller Kinder und Jugendlichen mit zwei oder mehr Diagnosen
- ❖ Kontinuität in der medikamentösen Beratung und Behandlung
- ❖ Präventive Beratung und Behandlung bei drohenden frühkindlichen oder juvenilen Psychosen
- ❖ Frühzeitige Beratung und Behandlung bei drohenden Entwicklungen von Persönlichkeitsstörungen
- ❖ Beratung und Begleitung bei Selbst- und Fremdgefährdung
- ❖ Diagnostische und therapeutische Hilfen bei sich entwickelnder Täterstruktur, Sucht oder Kriminalität
- ❖ Begutachtung an der Schnittstelle KJHG – BSHG



Aus der Sicht der Jugendhilfe sind Rahmenbedingungen und organisationsinterne Bedingungen weiter zu entwickeln, damit die Jugendhilfe weniger oft an ihre Grenzen stößt. Mit der KJP ist eine regelhafte Zusammenarbeit von wesentlicher Bedeutung. Auch die Schnittstellen mit der Behindertenhilfe und der Justiz können noch deutlich verbessert werden. Es ist wichtig im Gespräch zu bleiben, weil die wechselseitigen Vorurteile der Systeme nicht auf einen Schlag weggeholt werden können. Zugleich steigt der Druck in der Jugendhilfe, wenn sie die sich in den Vorurteilen spiegelnde Möglichkeit Kinder und Jugendliche im Krisenfall mit der Psychiatrie „zu bedrohen“ oder bei Gewalt zu entlassen, aufgibt. Hier kann die Jugendhilfe sich intern überprüfen und klären, wie sie mit diesen Fragen besser umgehen kann. Denn die Zunahme an externalisierenden Störungen und gewaltbereiten Kindern und Jugendlichen sorgt für einen hohen Druck im System der Jugendhilfe. Das wird die Zusammenarbeit mit der KJP, gerade im Grenzbereich auch in Zukunft zu einem spannenden Thema machen.

Angaben zum Verfasser:

Wilhelm Schomaker

Hermann-Josef-Haus Urft

Urfttalstraße 41, 53925 Kall-Urft

Telefon: 02441-8850, Fax: 02441-88595

E-Mail: sekretariat@hjh-urft.de

Internet: www.hjh-urft.net

Partizipative Entscheidungsfindung in der Psychiatrie und Psychotherapie - Erste Ergebnisse und Transfer in die Versorgung

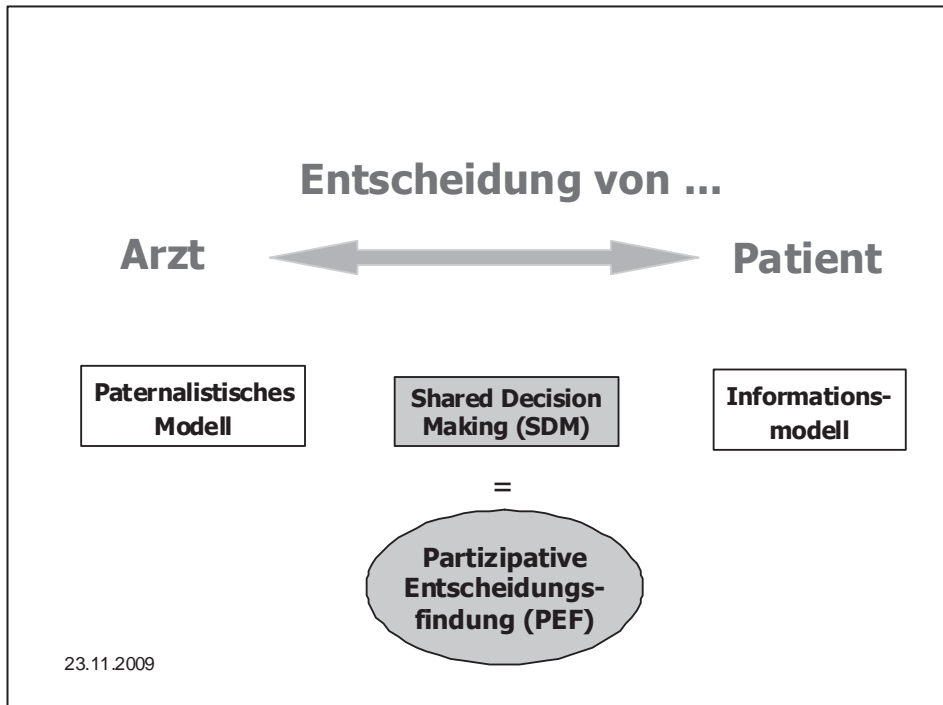
Daniela Simon

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Durch die zunehmende Patientenorientierung im Gesundheitswesen gewinnt eine aktive Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen an Bedeutung. Hierfür sind verschiedene Ebenen von Bedeutung: Auf der *makroebene* wurden in Deutschland Gesetze erlassen und Beteiligungsrechte geschaffen, anhand derer die Partizipation von Patienten in der medizinischen Versorgung verbessert werden soll. Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), die Veröffentlichung „Patientenrechte in Deutschland“ (www.bmgs.bund.de), die Beteiligung von Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss und die Ernennung einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung sind hierbei als Meilensteine hervorzuheben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern auf der *Mesoebene* im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben (§ 65b SGB V). In der praktischen Erfahrung wird allerdings deutlich, dass eine stärkere Patientenbeteiligung sich nicht alleine durch Gesetzesinitiativen und strukturelle Maßnahmen durchsetzen kann. Die *Mikroebene* der Patientenbeteiligung umfasst die individuelle medizinische Entscheidung im direkten Gespräch zwischen Arzt und Patient. Auf dieser Ebene entstand der Ansatz des Partizipativen Entscheidungsfindung (Härter, 2004).

Unter der *Partizipativen Entscheidungsfindung* versteht man einen Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen (Härter, 2004). Dabei stellt der Arzt medizinische Informationen bereit und der Patient berichtet von seinen Präferenzen.

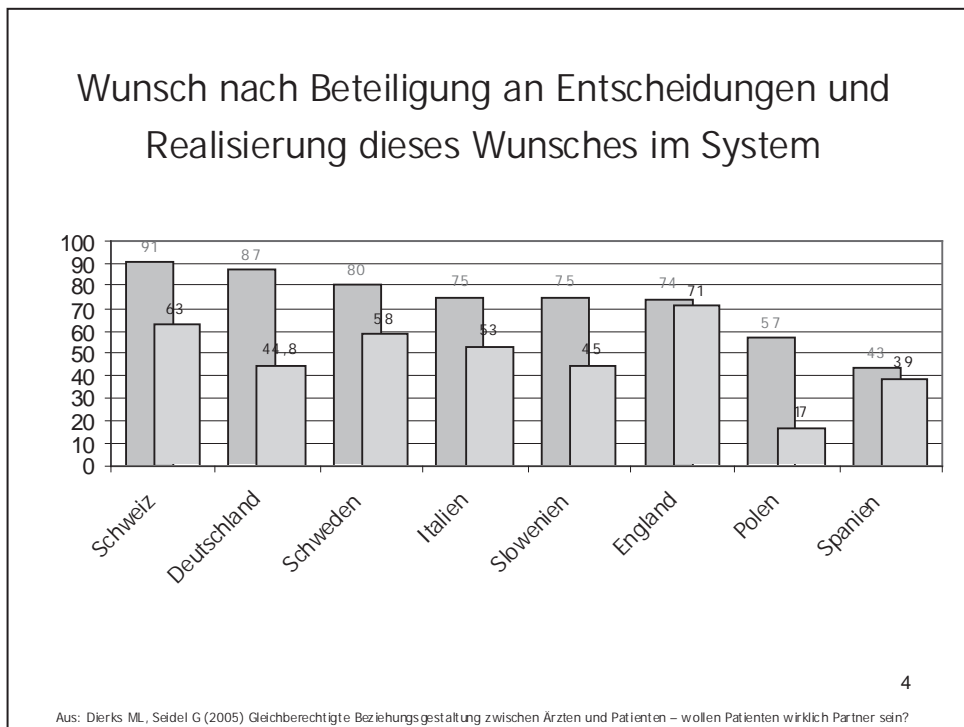
zen und persönlichen Lebensumständen, die von Relevanz für die Entscheidung sein können. Wenn der Patient bereits über medizinische Informationen verfügt, werden diese ebenfalls besprochen und hinsichtlich ihrer Qualität bewertet. Persönliche Einschätzungen des Arztes fließen erst im Rahmen des Abwägungsprozesses zwischen den Behandlungsoptionen ein. Hierdurch wird vermieden, dass die Vermittlung medizinischer Informationen nicht unmittelbar durch persönliche Erfahrungen beeinflusst wird.



Das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung* nimmt eine Mittelstellung ein zwischen dem sog. *paternalistischen Modell* und dem *Informationsmodell* der medizinischen Entscheidungsfindung. Im *paternalistischen Modell* befindet sich der Patient in einer weitgehend passiven Rolle und ist von der Expertise des Arztes abhängig (Coulter, 1999). Es fließt vorwiegend medizinische Information vom Arzt zum Patienten. Auf der Grundlage seines Expertenwissens trifft der Arzt eine Entscheidung, bei der er die Bedürfnisse des Patienten gewichtet; die Entscheidung ist aus seiner Perspektive die beste für den Patienten. Anschließend informiert er den Patienten im erforderlichen Ausmaß, damit dieser die Therapie möglichst entsprechend der ärztlichen Empfehlung umsetzen kann. Die Verantwortung für die Entscheidung liegt in erster Linie beim Arzt. Beim sog. *Informationsmodell* besteht die Hauptverantwortlichkeit des Arztes darin, dem Patienten auf möglichst neutrale Weise

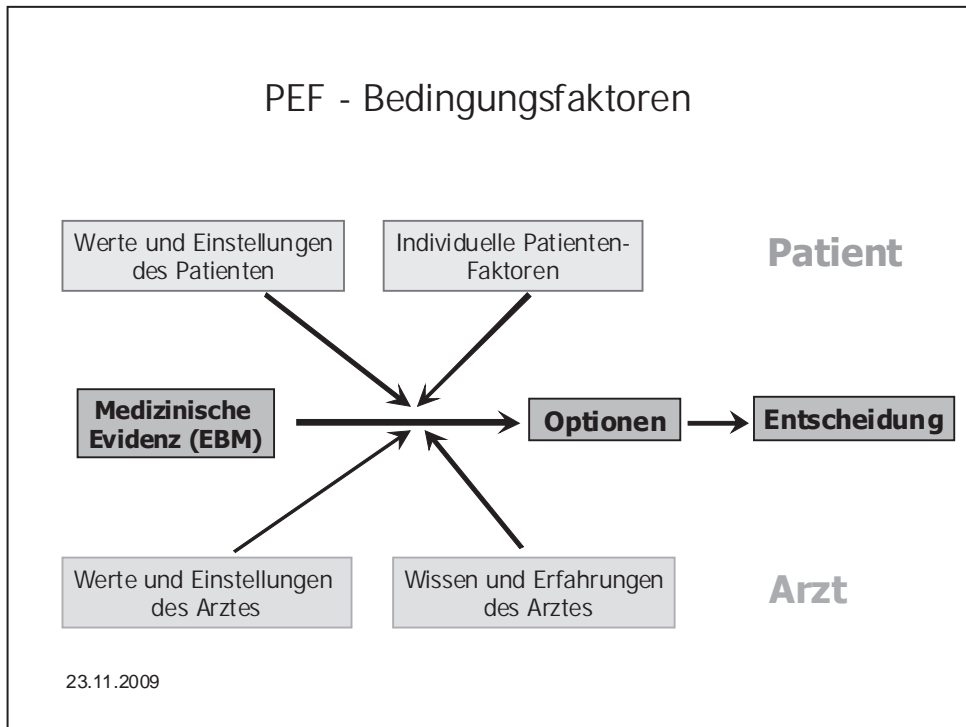
alle wichtigen Informationen zur Behandlung mitzuteilen. Im Modell wird angenommen, dass der Patient sich über seine eigenen Präferenzen im Klaren ist, am besten weiß, was gut für ihn ist, und die Entscheidung autonom trifft (Charles et al., 1999). Dem Patienten sind damit die Entscheidungsfreiheit und gleichzeitig auch die Verantwortung überlassen.

Für die Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung sprechen mehrere Gründe: Zum einen nimmt das Wissen von Patienten¹ über Erkrankungen und deren Behandlungen durch die steigende Verfügbarkeit medizinischer Informationen in verschiedenen Medien zu, das Informationsgefälle zwischen Ärzten und Patienten wird geringer. Zum anderen führt der medizinische Fortschritt zu immer mehr und immer besser belegten Therapiemöglichkeiten. Damit steigt auch die Notwendigkeit, diese Möglichkeiten hinsichtlich ihrer Effektivität und ihrer Nebenwirkungen sowie unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse abzuwägen. Darüber hinaus sind Ärzte dazu verpflichtet,



¹ Im weiteren Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die geschlechtsneutrale Form Patient bzw. Arzt verwandt, wobei damit immer - wenn nicht ausdrücklich anders angegeben - beide Geschlechter gemeint sind.

ihre Patienten über die Wahrscheinlichkeit von Chancen und Risiken der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, damit Patienten die Bedeutung der jeweiligen Behandlung für sich einschätzen und ihre Präferenzen in den Entscheidungsprozess einbringen können (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Justiz, 2005). Die Notwendigkeit von Patientenbeteiligung wird schließlich durch Ergebnisse der Forschung unterstützt, die zeigen, dass viele Patienten ein hohes Informationsbedürfnis haben und mehrheitlich den Wunsch äußern, bei medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden. In einer Studie in acht europäischen Ländern konnte beispielsweise gezeigt werden, dass der Wunsch von Patienten nach Beteiligung nur unzureichend umgesetzt wird (Coulter & Magee, 2003).

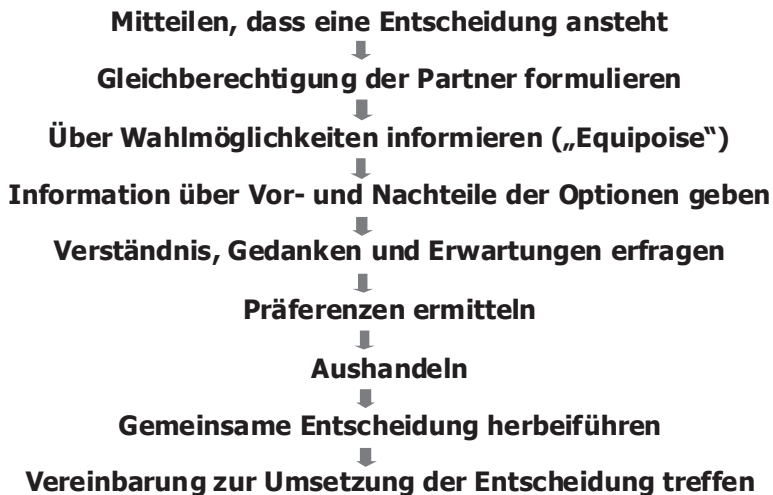


Ausgangspunkt der Partizipativen Entscheidungsfindung ist die medizinische Evidenz. Weiterhin spielen die Werte und Einstellungen des Arztes eine Rolle im Behandlungsprozess, d.h. über welches Fachwissen und welche Erfahrungen er verfügt. Der Arzt ist Experte für die medizinischen Aspekte. Für eine Partizipative Entscheidungsfindung ist es jedoch ebenso wichtig, welche Werte und Einstellungen der Patient berichtet, z.B. was er von der Einnahme von Antidepressiva hält. Zusätzlich sind im Entscheidungsprozess individu-

elle Patientenfaktoren wie Lebensstil und Vorerfahrungen mit einer Krankheit und ihrer Behandlung wichtig. Auf der Basis dieser individuellen Faktoren von Arzt und Patient wird aus den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten eine ausgewählt.

PEF-Schritte im Prozess

Methoden-AG, BMG-Förderschwerpunkt 2003



12

Für eine gelungene Partizipation an einer medizinischen Entscheidung liegen konsensuell entwickelte Handlungsschritte vor (Härter, 2004). Diese Schritte stellen keinen festgelegten Ablauf dar, sondern dienen als Orientierung, um wichtige Gesprächselemente für eine möglichst gut gelingende Beteiligung von Patienten zu berücksichtigen. Entsprechend der Schritte beginnt der gemeinsame Entscheidungsprozess damit, dass zunächst von ärztlicher Seite die Notwendigkeit einer Behandlungsentscheidung und das Angebot einer gleichberechtigten Zusammenarbeit beider Partner bei der Entscheidungsfindung formuliert wird. Je nachdem welches Ausmaß an Beteiligung der Patient wünscht, erfolgt daraufhin die Beschreibung der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen. Das Vorliegen mehrerer Behandlungsoptionen, die aufgrund wissenschaftlicher Studien als gleichwertig hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu betrachten sind, wird hierbei als „Equipoise“ (deutsch: *Gleichgewicht* oder *Gleichwertigkeit*) bezeichnet.

Anschließend wird der Patient zu seinem Verständnis der Informationen sowie nach seinen Erwartungen und Befürchtungen hinsichtlich der Entscheidung befragt. Im nächsten Schritt werden die unterschiedlichen Präferenzen von Patient und Arzt ermittelt, ein Abwägen der Behandlungsalternativen erfolgt und ein Plan zur Umsetzung der gewählten Behandlung wird beschlossen.

Das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung wurde ursprünglich für chronische Erkrankungen entwickelt. Es eignet sich vor allem, wenn mehrere Therapieoptionen zur Wahl stehen, die sich in ihrer Wirksamkeit kaum unterscheiden, jedoch unterschiedliche Aus- und Nebenwirkungen aufweisen. Bei den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten sollten dann die Präferenzen des Patienten berücksichtigt werden. Typische klinische Beispiele sind a) die Behandlungsmöglichkeiten einer *Hypertonie* (meist kann zwischen Basismaßnahmen wie Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung und Bewegung oder der Senkung des Blutdrucks durch Medikamente entschieden werden), b) die Behandlungsmöglichkeiten bei einer *mittelgradigen depressiven Episode* (gleichwertige Therapieoptionen bestehen für eine evidenzbasierte Psycho- oder Antidepressivatherapie) oder c) die Operationsmöglichkeiten beim *primären Brustkrebs* (brusterhaltende versus -entfernende Technik). Außerdem ist PEF geeignet, wenn die Bedeutung der Entscheidung und der Konsequenzen für den Patienten hoch sind, d.h. wenn es sich um lebensbegleitende und -verändernde Erkrankungen handelt. Eine Partizipative Entscheidungsfindung ist zudem immer indiziert, wenn Patienten sich Beteiligung ausdrücklich wünschen (Loh et al., 2005). Studien haben gezeigt, dass vor allem *jüngere Patientinnen mit höherer Bildung* an einer Entscheidungsbeteiligung interessiert sind (Say et al., 2006). Unterschiede in der Beteiligungspräferenz zwischen Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen konnten bisher nicht bestätigt werden (Hamann et al., 2007). Eine Beteiligung kann im besten Falle in dem Ausmaß stattfinden, das von Patienten in der jeweiligen Situation tatsächlich gewünscht wird (Loh et al., 2005). In *Krisen- oder Notfallsituationen*, oder wenn sich Patienten durch eine Beteiligung überfordert fühlen, ist ein partizipatives Vorgehen weniger bzw. gar nicht angebracht (Loh et al., 2007).

Die Umsetzung von PEF in die Versorgung kann durch Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung ärztlicher Gesprächs- und Handlungskompetenz, Entscheidungshilfen (sog. Decision Aids) zur verbesserten Information und Förderung der Patientenbeteiligung oder Patientenschulungen zur Vorbereitung auf eine stärkere Beteiligung am Entscheidungsprozess erfolgen (Här-

ter, 2004). Für dieses insgesamt noch sehr junge Forschungsfeld liegen die meisten Studien zum Einsatz von Entscheidungshilfen vor. Im Rahmen eines regelmäßig aktualisierten Cochrane-Reviews (O'Connor et al., 2009) wurde die Effektivität von Entscheidungshilfen in einer Metaanalyse überprüft. Gegenüber einer Standardbehandlung resultiert der Einsatz von Entscheidungshilfen in *verbessertem Wissen* über Behandlungsmöglichkeiten, *realistischeren Erwartungen* bzgl. der Ergebnisse, einer *Reduktion von Entscheidungskonflikten und der Unentschlossenheit*, einer *stärkeren Beteiligung* bei Behandlungsentscheidungen sowie einer *verbesserten Übereinstimmung von Patientenpräferenzen und der gewählten Option*. Ein Einfluss auf die *Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess* sowie auf *Angst* oder *Lebensqualität* konnte nicht gezeigt werden.

Decision Aids

O'CONNOR et al. 2003, Cochrane Library

34 randomisierte kontrollierte Studien zu Decision Aids

Evidenz:

- höheres Wissen über Behandlungsmöglichkeiten
- realistischere Erwartungen über den Verlauf
- geringerer Entscheidungskonflikt
- stärkere Beteiligung der Patienten an der Entscheidung
- weniger Patienten bleiben unentschieden

23.11.2009

Bisher gibt es zur Partizipativen Entscheidungsfindung bei Kindern und Jugendlichen im psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Bereich keine Studien. Basierend auf dem theoretischen Hintergrund lässt sich ableiten, dass der gegenwärtige kognitive Stand des Kindes / des Jugendlichen sowie das bereits vorliegende Wissen über die Erkrankung berücksichtigt werden muss. Zudem ist die Entwicklungsstufe des Kindes / des Jugendlichen und

das Ausmaß an Auffassungsvermögen sowohl bezüglich Inhalte als auch der Menge an Informationen zu berücksichtigen. Weiterhin ist es wichtig, dass Eltern und Kinder die gleiche Information erhalten. Darüber hinaus gilt es abzuwägen, ab wann es sinnvoll ist, ein Kind oder einen jugendlichen Patienten in Entscheidungen mit einzubeziehen.

Besonderheiten bei kindlichen und jugendlichen Patienten

- **Berücksichtigung des gegenwärtigen kognitiven Standes des Kindes**
- **Rücksicht auf begrenzte Auffassungsmöglichkeiten in jeweiligen Entwicklungsstufen bzgl. Inhalt und Menge der Informationen**
- **Konsistenz der Informationen für Kinder und ihre Eltern**
→ **gemeinsames Gespräch**

14

BMG-Förderschwerpunkt

„Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“

Zur Untersuchung der Partizipativen Entscheidungsfindung im deutschen Sprachraum hat das Bundesministerium für Gesundheit von 2001 bis 2005 den Förderschwerpunkt „*Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*“ eingerichtet. In insgesamt *zehn Modellprojekten* zu unterschiedlichen Erkrankungen der Bereiche *Neurologie/Psychiatrie* und *Innere Medizin/Allgemeinmedizin* wurden die Effekte von Projekten zur PEF auf Patienten- und Arztseite untersucht (Härter et al., 2005). In einem indikationsübergreifenden Methodenprojekt erfolgte zudem die Bearbeitung wissen-

schaftlicher Standards der Methodik, Anwendung und Evaluation von Partizipativer Entscheidungsfindung (Simon et al, 2005).

Ergebnisse des Förderschwerpunkts	
Partizipationsbedürfnis bei Patienten hoch	+ + + + +
Lernbarkeit von PEF gegeben	+ + +
Patientenzufriedenheit ↑	+ + (+) (+)
Behandlungserfolg ↑	+ + + (+)
Arztzufriedenheit ↑	+ +
Wissen der Patienten ↑	+ +
Konsultationszeit ↔	+ +

Es hat sich gezeigt, dass das Partizipationsbedürfnis in vielen Indikationen hoch ausgeprägt ist. Außerdem konnte die Partizipative Entscheidungsfindung im Rahmen von Trainingsmaßnahmen gut vermittelt werden. Die Patientenzufriedenheit konnte in einigen Studien signifikant verbessert werden, in anderen Projekten ist die Datenlage hierzu weniger eindeutig. Auch hinsichtlich des Behandlungserfolges zeigten sich Verbesserungen nicht durchgängig in allen Projekten, die dieses Outcome untersucht hatten. Die Zufriedenheit der Ärzte mit der Entscheidung sowie das Wissen der Patienten über die Behandlungsoptionen konnte durch die Interventionen verbessert werden. Die Konsultationszeit blieb durch die Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung unverändert. Dieses Ergebnis zeigt, dass eine stärkere Entscheidungsbeteiligung nicht zwangsläufig zu einem höheren zeitlichen Aufwand führen muss.

Modellprojekte Depression und Schizophrenie

Im Rahmen des BMG-Förderschwerpunktes wurden zwei Modellprojekte zu psychischen Erkrankungen durchgeführt. In einer Studie am Universitätsklinikum Freiburg wurden die Effekte eines ärztlichen Trainings in Partizi-

pativer Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Behandlung depressiver Erkrankungen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht. Aus Sicht der Patienten konnten die Beteiligung und die Behandlungszufriedenheit durch die Fortbildung erhöht werden (Loh et al., 2007). Während die Konsultationszeit nach Angaben der Ärzte unverändert blieb, konnte die Zuverlässigkeit bei der Einhaltung der therapeutischen Maßnahmen verbessert werden. In Subgruppenanalysen zeigte sich, dass stärker beteiligte Patienten ihre Diagnose und Behandlung besser akzeptieren und einen höheren Behandlungserfolg aufwiesen.

Hausarztstudie Depression und Patientenbeteiligung

Förderung: BMGS (2001-2004)

Effekte im RCT:

- **Patientenbeteiligung +**
- **Behandlungszufriedenheit +**
- **Konsultationszeit bleibt unverändert !**
- **Zuverlässigkeit bei Therapie +**

Effekte bei stärker beteiligten Patienten

- **Akzeptanz Diagnose/Behandlung +**
- **Behandlungserfolg +**

24

Im Modellprojekt des Universitätsklinikums München wurde der Einsatz einer Entscheidungshilfe für schizophrene Patienten in einer randomisiert kontrollierten Studie mit einer Standardbehandlung verglichen. Es zeigte sich, dass das Beteiligungsbedürfnis schizophrener Patienten ähnlich hoch ausgeprägt ist, wie das von depressiv erkrankten und somatischen Patienten (Hamann et al., 2005). Eine hohe Präferenz zur Entscheidungsbeteiligung zeigte sich vor allem bei Patienten mit negativen Einstellungen gegenüber medikamentöser Behandlung sowie bei Patienten, die bisher schlechte Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung allgemein gemacht hatten. Patienten der Interventionsgruppe waren besser informiert und konnten die Behandlungsoptionen realistischer einschätzen (Hamann et al., 2006).

Ergebnisse von PEF bei der Therapie schizophrener Patienten

- **Partizipationsbedürfnis vergleichbar mit dem von somatisch oder depressiv Erkrankten**
- **Höheres Interesse an Mitbestimmung bei:**
 - **neg. Einstellung gegenüber medikamentöser Behandlung**
 - **schlechten Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung**
- **Patienten der Interventionsgruppe:**
 - **besser informiert**
 - **realistischere Einschätzungen über Behandlungsoptionen**

25

Transferprojekte

Im Anschluss an die erste Modellphase erfolgte die Förderung verschiedener Transferprojekte von 2005 bis 2007. Diese beinhalteten die Entwicklung eines Manuals für ärztliche Trainingsmaßnahmen in Partizipativer Entscheidungsfindung und die Verbreitung von Fortbildungsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften für Allgemeinmedizin, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Bieber et al., 2007). In weiteren Transferprojekten wurden ein Kommunikationstraining für Ärzte zu PEF speziell in Palliativsituationen sowie bundesweite Patientenschulungen zur Schubtherapie für Patienten mit Multipler Sklerose entwickelt (Kasper & Geiger, 2007, van Oorschot et al., 2007).

Zur Förderung der Patientenbeteiligung bei der Behandlung von Depressionen und / oder akutem Kreuzschmerz haben die Autoren dieses Beitrags in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse und der GAIA AG eine webbasierte interaktive Entscheidungshilfe entwickelt. Diese basiert auf den Empfehlungen nationaler und internationaler Behandlungsleitlinien und besteht aus zwei indikationsspezifischen Modulen zu den Themen akuter Kreuzschmerz und Depression sowie einem generischen Modul zur Partizipativen

Entscheidungsfindung. Mit den Indikationen akuter Kreuzschmerz und Depression wurden zwei Erkrankungen ausgewählt, die aufgrund ihrer Prävalenz und Belastung für die Betroffenen von hoher Bedeutung sind, für die aber weder im deutschen Sprachraum noch international webbasierte Entscheidungshilfen vorliegen. Ziele des Patientendialogs liegen in der Vermittlung von indikationsspezifischem Wissen und von Informationen zur Beteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Weiterhin zielt der Patientendialog auf die Reduktion von Entscheidungskonflikten, die Vorbereitung auf ärztliche Konsultationen, den Aufbau von Kompetenzen für den Entscheidungsprozess und eine aktive Beteiligung am Entscheidungsprozess. Die Effekte werden derzeit in einer randomisierten kontrollierten Studie hinsichtlich Wissen, Entscheidungskonflikt, Vorbereitung auf die Entscheidung und Partizipation an der Entscheidung evaluiert.

Wege der Implementierung von PEF

Transferprojekt Freiburg - Heidelberg

Maßnahmen bei
Ärztinnen und Ärzten



- A. CME-zertifizierte face-to face Ärzte-Fortbildungen
- B. Integration in die medizinische Ausbildung
- C. CME in Fachzeitschriften und im Internet

Strukturelle
Maßnahmen



- D. Internetauftritt, Informationsportal, Öffentlichkeitsarbeit
- E. Tagungen und Kongressaktivitäten

29

Literatur

- Bieber, C., Loh, A., Ringel, N., Eich, W. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen - Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making)
- Bundesministerium für Gesundheit, Referat Information, Publikation, Redaktion und Bundesministerium der Justiz, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Eds.), (2005). Patientenrechte in Deutschland. Bonn und Berlin. http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/publikationen/pdf/broschuere_patientenrechte_deutsch-land.pdf (letzter Zugriff 22.04.2009)
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision making model. *Social Science and Medicine*, 49, 651-661.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? *British Medical Journal*, 319, 719-720.
- Coulter, A. & Magee, H. (2003). The European Patient of the Future. Berkshire, Open University Press.
- Härter, M. (2004). Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) - Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98, 89-92.
- Härter, M., Loh, A. & Spies, C. (Hrsg.) (2005). *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln - Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2382-2384.
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V. et al. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265-273.
- Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Caspari, C. & Härter, M. (2007). Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expectations*, online first.
- Kasper, J. & Geiger, F. (2007). Der evidenzbasiert informierte Multiple-Sklerose-Patient: Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient. *Klinikerarzt*, 36, 43-47.
- Loh, A., Simon, D., Niebling, W. & Härter, M. (2005). CME-Beitrag - Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81, 550-560.
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007a). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen - Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*, 104, A1483-1488.
- Loh, A., Simon, D., Wills, C.E., Kriston, L., Niebling, W. & Härter, M. (2007b). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 67, 324-332.
- O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tait V, Tetroe J, Fiset V, Barry M, Jones J (2003) Decision aids for people facing health

- treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD001431
- O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, Entwistle VA, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D (2009) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD001431
- Say, R., Murtagh, M. & Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling*, 60, 102-114.
- Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2005). Messung der Partizipativen Entscheidungsfindung. In M. Härter, A. Loh. & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. 239-247). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Van Oorschot, B., Leppert, K. & Schweitzer, S. (2007). Ein Werkstattbericht über die Entwicklung eines Kommunikationstrainings für Ärzte. *Kliniker*, 36, 33-36.

Angaben zur Verfasserin:

Dr. phil. Daniela Simon, Dipl. Psych.

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Hauptstr. 5

79104 Freiburg

daniela.simon@uniklinik-freiburg.de

Telefon: 07 61 / 2 90 - 95 33

Die Zukunft der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten¹

Jürgen Wasem

Als Herr Junglas mich gefragt hat, ob ich einen Vortrag zur „Zukunft der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten“ halten könnte, habe ich darauf hingewiesen, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zu den Kerngebieten der Arbeit unseres Lehrstuhls gehört. Aufgrund zahlreicher Projekte kenne ich mich inzwischen in der Kardiologie relativ gut aus, bei Atemwegserkrankungen auch ein wenig. Zur Psychiatrie habe ich einmal ein kleines Projekt gemacht. Aber in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bin ich kein Fachmann. Deswegen wird dieser Vortrag eher allgemein gehalten sein – der Titel verspricht somit eigentlich zu viel. Ich kann nicht ernsthaft die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten besprechen. Daher habe ich mir folgende Gliederung überlegt:

Ich will zunächst ganz kurz etwas zur Ausgangssituation, zur aktuellen Reformdiskussion sagen und möchte Ihnen dann im zweiten Abschnitt ein bisschen die „Ökonomische Denke“ deutlich machen, die sicherlich an Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitswesens noch zunehmen.

Vielleicht vorab noch zwei ganz kurze Sätze zu mir selbst. Ich bin Ökonom, das ist ja schon angekündigt worden. Mein Lehrstuhl ist ein Stiftungslehrstuhl in Essen. Gegenwärtig finanziert diesen die Krupp-Stiftung. Nach fünf Jahren Finanzierung durch den Stifter geht sie dann in die Regelfinanzierung des Landes über. Der Lehrstuhl heißt „Medizinmanagement“. Wir arbeiten in fünf Themenbereichen, dabei machen wir zum einen BWL-Projekte (etwa

¹ Susanne Staudt danke ich für die sprachliche Überarbeitung des Textes.

mit Krankenhäusern zusammen), bei denen wir zum Beispiel eine Kostenrechnung aufbauen oder ähnliches. Außerdem führen wir auch sehr medizinnahe Projekte durch, Kosten-Nutzen-Analysen etc.. Auch Versorgungsforschungsprojekte gehören zu unserem Arbeitsgebiet. Und wir sind im ganzen Bereich Krankenversicherungsökonomie, Gesundheitssystem aktiv.

Der Lehrstuhl für Medizinmanagement arbeitet in 5 Forschungsfeldern:

- *Management von Gesundheitseinrichtungen:* z.B. Benchmarking KH unter DRGs
- *Ökonomische Evaluation von medizinischen Technologien:* Kosten-Effektivitäts-Analysen, Health Technology Assessment
- *Krankenversicherungsökonomie:* z. B. Kalkulationssysteme von Krankenversicherern, Risikostrukturausgleich, Kassenwettbewerb
- *Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemvergleich:* z. B. in einem WHO-Vorhaben zur Funktion von privater Krankenversicherung in den europäischen Gesundheitssystemen
- *Versorgungsforschung:* Fragen der Leitlinien gestützten Behandlung, der Unter-, Über- und Fehlversorgung, Evaluation von Modellen der Integrierten Versorgung

Ich selber versuche, nicht im Elfenbeinturm zu bleiben, aber gleichwohl eine Mischung aus Distanz und Nähe zur Politik zu wahren bzw. zu bekommen. Bis jetzt hat dies ganz gut geklappt, sowohl die SPD als auch die CDU haben mich schon angesprochen, in Kommissionen von ihnen mitzuwirken. Das ist eine schwierige Gradwanderung, die man da versucht, und ich hoffe, dass sie mir gelingt.

Ausgangssituation

Soweit zur Einleitung. Jetzt ein paar wenige Sätze zur aktuellen Situation. Wir stecken, was die Finanzierung der Krankenversicherungen angeht, ziemlich in der Bredouille. Die Kassen haben zwar im letzten Jahr noch mit einem Überschuss abgeschlossen, aber der ist eigentlich ausschließlich dadurch hervorgerufen worden, dass ja zurzeit Teile der Tabak-Steuer an die Krankenkassen transferiert werden. Wenn man das rausrechnet, waren die Beitragseinnahmen schon wieder 3,5 Milliarden Euro niedriger als die Aus-

gaben - und für das nächste Jahr und erst recht dann für das übernächste Jahr rechnen eigentlich alle damit, dass wir wieder die typische Situation der letzten 25 Jahre haben: Die Kassen stehen sozusagen am Rande des finanziellen Defizits. Schuld daran ist die Politik überwiegend selber, denn sie hat beschlossen, den Zuschuss aus der Tabak-Steuer wieder zu streichen. Gleichzeitig werden die Kassen durch die Mehrwertsteuer-Erhöhung auch mit einer knappen Milliarde mehr belastet, weil die Arzneimittel insbesondere ja auch mehrwertsteuerpflichtig sind. Wenn man dann noch hinzurechnet, dass die Unzufriedenheit der Ärzte sicherlich auch zu Mehrausgaben führen wird, kann man prophezeien, dass wir wieder die Situation eines Defizits haben.

Finanzsituation der GKV und ihre Determinanten

- Positiver Saldo in der KV45 1.-4.Qu. 2005 von 1,8 Mrd. €
- Aber:
 - Saldo 2004 noch bei 4,0 Mrd. €
 - Beitragseinnahmen 3,3 Mrd. € niedriger als Ausgaben
 - Wachstum Beitragspfl. Einnahmen 0,9 v.H., ggn. 3,3 v.H. bei den Ausgaben (KH: 3,3 %; Arzneim.: 17 %; ZE: -32 %)

Wir müssen also irgendwie sehen, dass wir die Ausgaben in den Griff kriegen, das heißt die nächste Kostendiskussionsrunde steht bevor. Aus der ökonomischen Perspektive ist eine der ganz spannenden Fragen, worauf denn eigentlich diese dauernde Finanzproblematik der Kassen zurückzuführen ist - und das ist gar nicht so einfach zu beantworten. Denn wenn man sich die Zahlen genauer anguckt, stellt man fest, dass es eine Gemengelage aus einnahmen- und ausgabenseitigen Faktoren gibt. Die durchgezogene Linie in Abb. 1 zeigt die Leistungsausgaben der Kassen, die Linie aus Strichen und Punkten zeigt die Löhne, Gehälter und Renten der Versicherten. Man sieht, dass die Schere weit auseinander geht, deswegen waren Beitragssatzerhöhungen unvermeidlich. Die gepunktete Linie zeigt die normale wirtschaftliche Entwicklung, die liegt über weite Jahre irgendwo in der Mitte. Das heißt, wir haben im Grunde genommen aus Sicht der Beitragssatzstabilität, die die Politik ja hochhält, zwei Problemansätze.

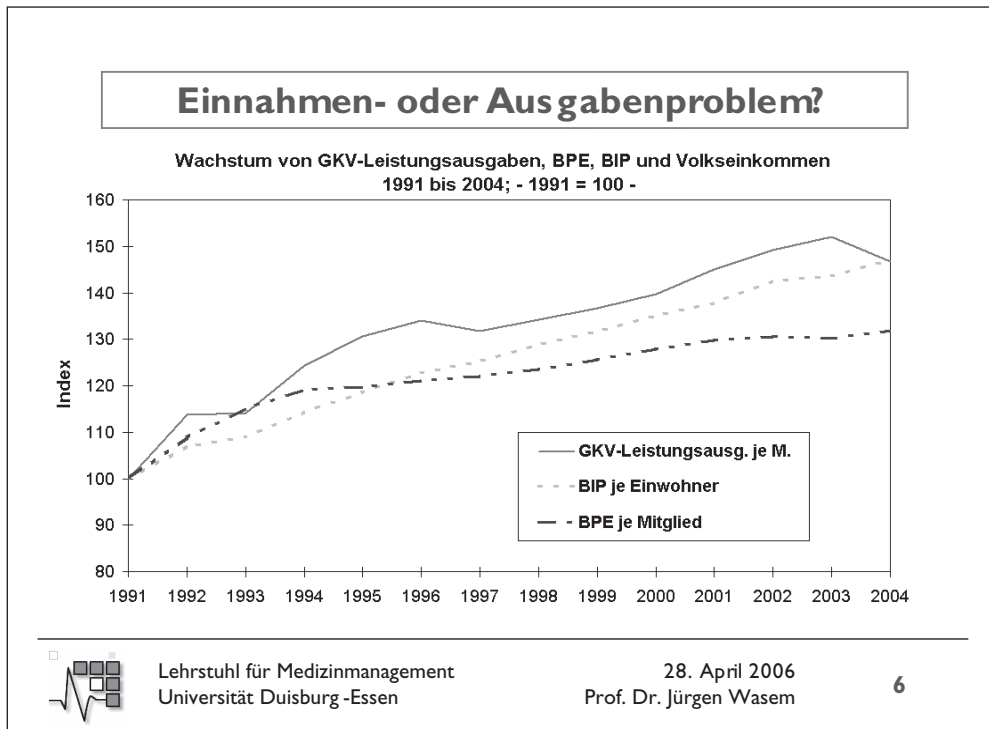


Abb. 1: Löhne, Gehälter und Renten der Versicherten, Leistungsausgaben der Kassen, wirtschaftliche Entwicklung

Das erste Problem ist, dass die Krankenversicherungsausgaben immer weiter steigen, das andere ist aber die Einnahmensituation. Die Einnahmensbasis der Krankenkassen hinkt der normalen Wirtschaftsentwicklung zunehmend hinterher, und da ist die Politik selber der wichtigste Schuldige, das muss man auch sehr deutlich sagen, und zwar ganz egal, welche Regierung das ist. Die Politik hat in den letzten 30 Jahren eigentlich - mit dem Kostendämpfungsgesetz 1977 angefangen - ständig Verschiebebahnhöfe durchgeführt zu Lasten der GKV und zu Gunsten von Rentenversicherungen, Bundesanstalt für Arbeit und Bundeshaushalt. Das ist aus deren Sicht auch wohl rational, weil sie da ja selber die Beitragssätze beschließen, aber das Resultat müssen wir im Grunde genommen in der Krankenversorgung ständig ausbaden. Diese Verschiebebahnhöfe sind insbesondere deswegen so relevant, weil der wichtigste von ihnen immer der zugunsten der Bundesanstalt für Arbeit gewesen ist. Und in Verbindung mit der Massenarbeitslosigkeit führte das dann ständig zu Einnahmeneinbrüchen bei den Kassen.

Zu den einnahmeseitigen Ursachen des GKV-Finanzproblems

- ▼ Verschiebepflichten zulasten der GKV, zugunsten GRV und BA sowie des Bundeshaushalts
- ▼ in Verbindung mit Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt (Massenarbeitslosigkeit, „Ende des Normalarbeitsverhältnisses“)
- ▼ unterschiedliche Entwicklungen beitragspflichtiger und nicht beitragspflichtiger Bestandteile des BIP
- ▼ Erst geringfügig: steigender Rentneranteil

Ein weiterer, für die Analyse sehr wichtiger Punkt, warum die Schere zwischen Bruttoinlandsprodukt und Beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten zu Stande kommt, ist, dass die Einkünfte der Leute, von denen sie Beiträge zahlen müssen, langsamer wachsen als die Einkünfte, von denen sie keine Beiträge zahlen müssen (insbesondere Kapitaleinkünfte). So haben wir hier auch sozusagen eine systematische Schiefelage.

Zu den ausgabeseitigen Ursachen des GKV-Finanzproblems

- ▼ Falsch gestellte Anreize für Kassen, Leistungserbringer und Versicherte
- ▼ Sektorale Steuerung und Abschottung, mangelndes Schnittstellenmanagement
- ▼ Überregulierung bei Vetopositionen mächtiger Interessengruppen
- ▼ Partielle Überkapazitäten, Gleichzeitigkeit v. Über-, Unter- u. Fehlversorgung

Zu den ausgabeseitigen Problemen: Die Ökonomen sind der Auffassung, dass ein ganz wichtiger Punkt darin besteht, dass nach wie vor Anreize nicht richtig gesetzt sind. Außerdem bestehen Probleme der Steuerung und der Abschottung der Sektoren, Probleme des Schnittstellenmanagements zwischen ambulant und stationär usw.

- die „doppelte Facharztschiene“ nenne ich als Schlagwort. Dies muss sicherlich mit diskutiert werden, wenn man über die Frage effizienterer Strukturen nachdenkt, ich komme gleich noch mal darauf zu sprechen.

Das alles betraf die Gegenwart. Wenn man über Zukunft spricht, muss man auch zwei Sätze über die absehbare mittelfristige Finanzentwicklung reden.

Autor	Jahr	Prognoseziel	Beitragssatzanstieg in %-Punkten	Anmerkungen
Dudey	1993	2030	+ 13,4 Punkte	Trend + Demographie + Einnahmeneffekt
Erbsland/Wille	1995	2040	+2,5 bis 4 Punkte	isoliert Demographie
Knappe	1997	2040	+ 12 Punkte	Demographie + Versteilerung + Einnahmeneffekt
Breyer/Ulrich	1999	2040	+ 12,2 Punkte	multivariate Analyse
Buchner/Wasem	2000	2040	+ 3, 4 Punkte + 12,9 Punkte	Isoliert Demographie Demographie + Versteilerung
Cassel/Oberdieck	2001/ 2002	2040	+ 19 Punkte	Demographie + Versteilerung + Einnahmeneffekt
Raffelhüschchen	2002	2040	+ 11 Punkte	überprop.Ausg.-Wachstum + Demographie + Einnahmeneffekt
Beske/Dabrinski	2005	2050	Bis + 30 Punkte	überprop.Ausg.-Wachstum + Demographie
Prognos	2006	2030	+ 1,4 Punkte	Demographie + Einnahmeneffekt

Tab. 1: Mittelfristige Finanzperspektiven der GKV

In Tabelle 1 finden sich eine Auswahl an Schätzungen, was die Demographie für die Krankenversicherung bedeutet, ausgehend von der Tatsache, dass über 60-, 70- oder 80-Jährige deutlich höhere Pro-Kopf-Ausgaben in der Krankenversicherung verursachen als jüngere Versicherte. Auch wenn man sich methodisch streiten kann, wie das im Längsschnitt aussieht - man hat ja im Allgemeinen nur die Querschnittsdaten aus einzelnen Jahren mit Ausgaben für Junge und Alte zur Verfügung, die man dann für lebenslängsschnittliche Prognosen heranzieht -, ist die ziemlich eindeutige Schlussfolgerung der Gesundheitsökonomien, dass wir erhebliche Beitragssatzanstiege aufgrund dieser demographischen Entwicklung zu verkraften hätten, wenn man sozusagen einfach ceteris paribus die Situation fortschreibt. Da das unrealistisch ist, kann man vorhersagen, dass die Politik - wenn die Krankenversicherung weiterhin durch Lohnnebenkosten finanziert werden soll -, ständig und zunehmend auf

die Krankenversicherung und damit auf die Leistungserbringung im Gesundheitssystem Einfluss nehmen wird, um die Effekte zumindest abzumildern. Alles andere wäre, glaube ich, naiv zu glauben.

Traditionell finden in der Gesundheitswissenschaft/Public Health Gerechtigkeitsdebatten um soziale Schicht etc. statt, die sind aber nie wirklich in der Politik angekommen. Was in der Politik intensiv geführt wird, ist die Gerechtigkeitsdebatte um das System mit gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.

Gerechtigkeit an der Schnittstelle von GKV und PKV

- ▼ an der Schnittstelle GKV-PKV können Versicherte ihr individuelles Wahlrecht nach ökonomischem Kalkül ausüben
- ▼ bei Arbeitnehmern/Selbständigen ist davon auszugehen, dass eine Selbstselektion nach dem Einkommen, Familienstand, Gesundheitszustand stattfindet, bei Beamten eingeschränkt
- ▼ Selbstselektion kann als Verstoß gegen interpersonelle vertikale Gerechtigkeit bewertet werden
- ▼ bei Einbezug aller PKV-Vers. in die GKV entstünden dort Mehreinnahmen von ca. 26 bis 35 Mrd. € bei Mehrausgaben von 10 bis 17 Mrd. € (mit rechn. Beitragssatzsenkung von bis zu 1,5 Beitragssatzpunkten)

Gerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen

- ▼ ungleiche Zugänge zu Leistungen/Leistungserbringern zwischen GKV- und PKV-Versicherten haben in der öffentlichen Wahrnehmung zugenommen
- ▼ Zugangsnachteile für die (wachsende Zahl von) Nicht-Versicherten
- ▼ ein wirklich gleicher Zugang wäre nur bei „harter Rationierung“ möglich, die in einer freien Gesellschaft nicht wünschenswert sein kann

Leistungserbringer und die Schnittstelle von GKV und PKV

- ▼ PKV-Versicherte führen zu einem „Mehrumsatz“ von 7-9 Mrd. € (insbesondere beim niedergelassenen Arzt und im Krankenhaus)
- ▼ Einbezug in GKV bei GKV-Gebührenrecht führt c.p. entsprechend zu die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens empfindlich treffendem Einnahmenverlust
- ▼ Neutralität für die Leistungserbringer bei Einbezug wäre darstellbar – und frisst rd. die Hälfte der durch den Einbezug möglichen Beitragssatzsenkungen auf

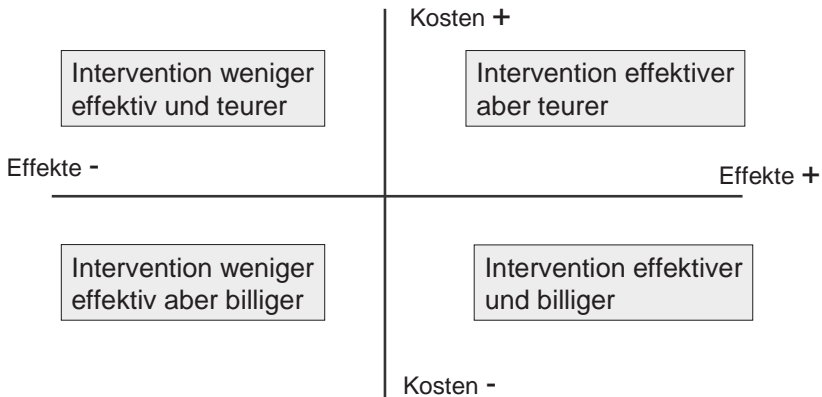
Trends im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht

In diesen Diskussionsbereichen ist meiner Ansicht nach der Einfluss der Ökonomen auf die Politik schon relativ stark und wird noch zunehmen. Ich will Ihnen das an zwei Themenbereichen deutlich machen: zum einen an der Entwicklung des Leistungskatalogs und zum anderen an den Strukturen der Versorgung bzw. dem, was damit zusammenhängt, nämlich die Beziehung der Kassen zu den Leistungsabnehmern.

Entwicklung des Leistungskatalogs der GKV

- ▼ Traditionell vergleichsweise ungehinderter Zugang neuer Leistungen in die GKV
- ▼ Seit 2. NOG (1997): Zugang im ambulanten Sektor nur nach positivem Beschluss des Bundesausschusses
- ▼ Seit GSG 2000: Möglichkeiten Ausschluss von Leistungen im stationären Sektor (damals: Ausschuss Krankenhaus)
- ▼ Seit GMG (2004): Prüfung der Evidenz des Nutzens neuer Leistungen durch das IQWiG
- ▼ aus gesundheitsökonomischer Sicht fehlt:
 - Erweiterung der Prüfung um das Kriterium der Kosten-Effektivität
 - adäquate Berücksichtigung von community effectiveness anstelle von efficacy

Kosten-Effektivitäts-Analyse: worum geht es?



Lehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen

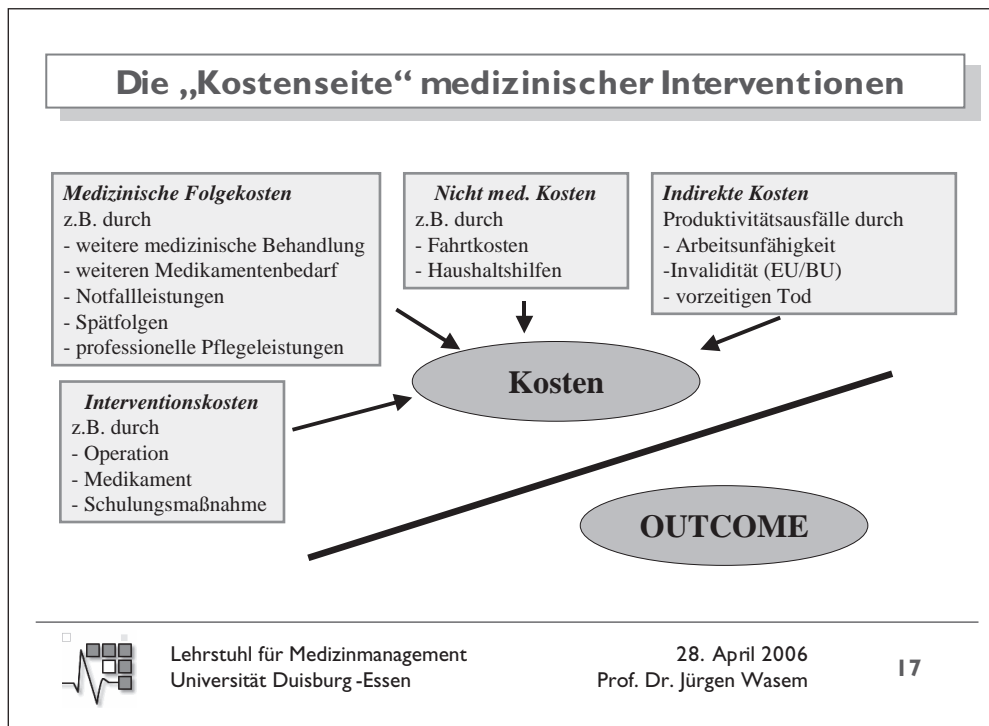
28. April 2006
Prof. Dr. Jürgen Wasem

16

Entwicklung des Leistungskatalogs und Kosten-Nutzen-Analysen

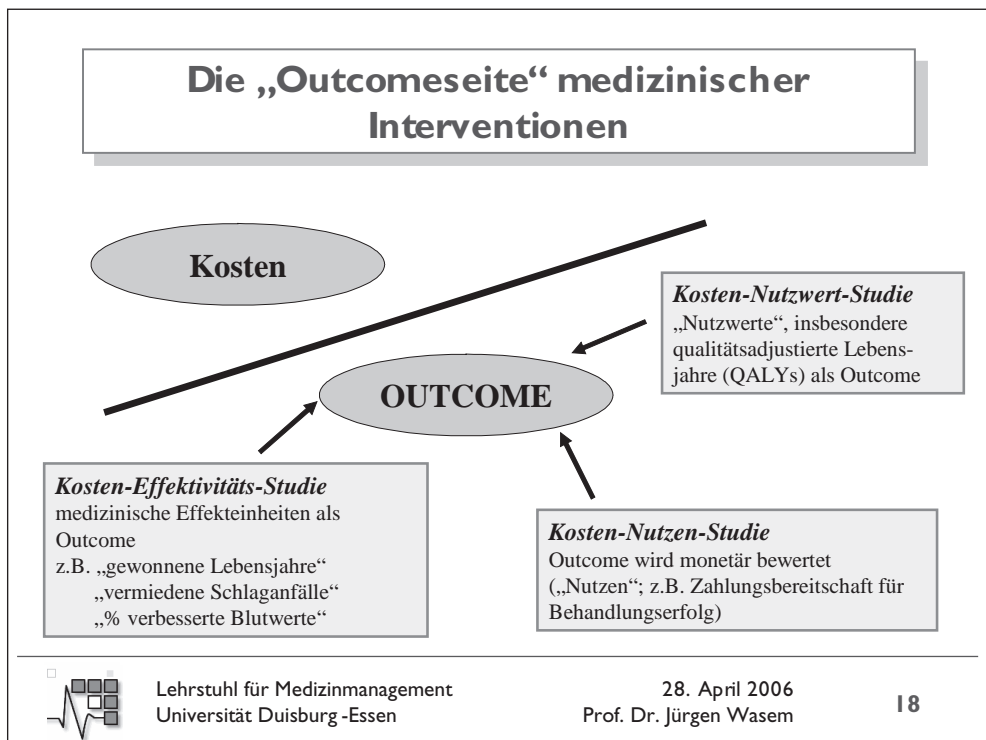
Traditionell haben wir in Deutschland einen relativ ungehinderten Zugang von Innovationen in die gesetzliche Krankenversicherung. Dies hat sich in den letzten Jahren schon geändert. Etwa seit 1997 dürfen neue Leistungen im ambulanten Bereich, wenn man Arzneimittel einmal ausnimmt, nur nach einem positiven Beschluss des Bundesausschusses (jetzt des G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss) in die Regelversorgung aufgenommen werden. Seit 2000 haben wir die Möglichkeit des Bundesausschusses, jetzt des G-BA, stationäre Leistungen auszuschließen. Und seit vorletztem Jahr haben wir das neugegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das IQWiG, das die Nutzen neuer Leistungen prüfen soll, wenn es dazu vom G-BA beauftragt wird. Was aus Sicht der Gesundheitsökonomien noch fehlt in dieser Palette ist, dass man die Prüfung um das Kriterium der Kosteneffektivität erweitert. Die Motivation dafür ist, dass - wenn man realistisch davon ausgehen muss, dass nur begrenzt Ressourcen zur Verfügung stehen

und angesichts der Demographie die Knappheit auch ubiquitär bleiben wird - die Frage besteht, für was wir unser Geld eigentlich ausgeben. Die Frage der Kosteneffektivität untersucht dann, wie wir das Geld so ausgeben, dass wir mit einer möglichst günstigen Input-Output-Relation letztlich möglichst viel Gesundheit produzieren können. Das Zweite, woran es aus Sicht der Gesundheitsökonomien in der Bewertung, die hier vorgenommen wird, noch mangelt, ist, dass wir viel zu sehr auf Laborbedingungen, Klinische Studien, ACT's setzen und eigentlich viel zu wenig darauf schauen, was eigentlich in der Versorgungsrealität passiert. Das ist das, was wir (mit Cochrane) unter dem Begriff „community effectiveness“ diskutieren.



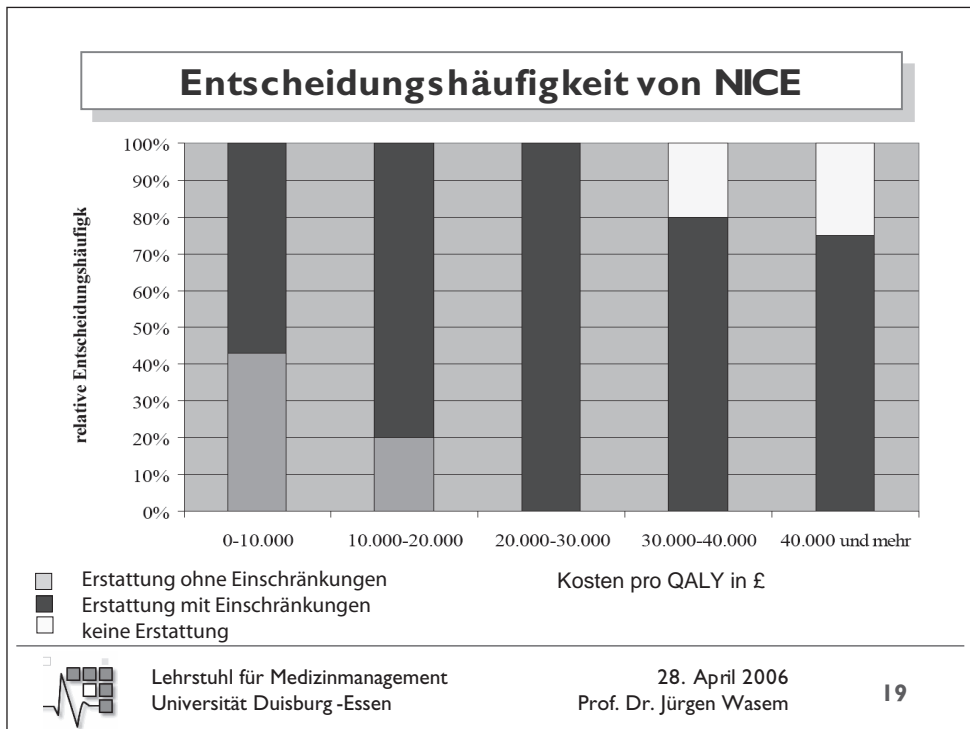
Ich will auf das Thema Kosteneffektivität noch ein klein wenig intensiver eingehen. Wenn man neue Therapien vergleicht mit alten Therapien (was auch immer eine Therapie dabei sein mag), dann besteht diese Betrachtung aus ökonomischer Sicht aus der Dimension der Kosten und aus der Dimension der Effekte. Damit wird klar, dass man ein Vier-Quadranten-Schema aufziehen kann. Der Idealfall wäre: Die neue Intervention ist effektiver und sparsamer als das, was bisher auf dem Markt ist. In der Realität haben wir

meistens eher die Situation vor uns, dass neue Interventionen besser sind (das heißt, sie kommen bei irgendwelchen Outcomes – sei es klinische Outcomes, sei es Sterblichkeit, sei es Lebensqualität – besser weg als die bisherigen Therapien), aber sie sind auch teurer. Wenn diese Situation vorliegt, dann insbesondere müssen wir als Gesellschaft eine Werteentscheidung treffen, und die Ökonomen denken, dass wir uns diese Art von Herangehensweise in den nächsten Jahren sehr viel systematischer zu eigen machen müssen. Was heißt das? Nun, das heißt, wir müssen Kosten und Outcomes einander gegenüberstellen. Auf der Kostenseite heißt das aus der methodischen Sicht der Wissenschaft, dass wir die Kosten, und zwar in einem umfassenden Sinne mit Folgekosten und auch indirekten Kosten (was macht Therapie und Krankheit mit Arbeitsunfähigkeit und Invalidität), von unterschiedlichen Therapien und Therapiealternativen erfassen müssen und den Outcomes gegenüber stellen müssen. (Die Politik hat da manchmal eine viel engere Sichtweise, siehe Tagestherapiekosten oder ähnliches.)



Die Outcomes, das hatte ich eben schon angesprochen, kann man sich nun ganz unterschiedlich vorstellen, von rein klinischen Parametern (Laborwer-

ten) bis zu vermiedenen Fällen oder gewonnenen Lebensjahren. Was in der internationalen gesundheitsökonomischen Diskussion die letzten 20 Jahre eigentlich zunehmend als Outcome-Parameter Akzeptanz gefunden hat sind die qualitätsadjustierten Lebensjahre, die „QALYs“, ein Konstrukt, in dem die lebensverlängernden Effekte von Therapien verrechnet werden mit den Lebensqualitätsveränderungen durch die Therapie, sei es in der selben Lebenszeit, sei es in der gewonnen Lebenszeit, so dass man in der gesundheitsökonomischen Gegenüberstellung „Kosten je gewonnenem qualitätsadjustiertem Lebensjahr“ erhält.



Ich hatte gesagt, Ökonomen sind der Auffassung, dass es eine sinnvolle Herangehensweise ist, diese Kosten-Nutzen-Überlegungen anzustellen, andere Staaten tun das teilweise bereits. Wir haben in einem Projekt, das wir im letzten Jahr abgeschlossen haben, ausgewertet, welche Entscheidungen das NICE in England bisher getroffen hat. (Das NICE ist ungefähr so das Parallelstück vom IQWiG bei uns, über das ich eben gesprochen habe.) In Großbritannien ist es üblich, dass man bei solchen ökonomischen Evaluationen Kosten und QALYs miteinander vergleicht. Anhand der Grafik kann man sehen, wie hoch

dort die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine neue Therapie ohne Einschränkungen zugelassen wird, mit Einschränkung zugelassen wird oder gar nicht zugelassen wird. Je teurer die Therapien in Relation zum Outcome, nämlich zum qualitätsadjustiertem Lebensjahr, sind, desto unwahrscheinlicher ist ihre Zulassung. Also etwa wenn ein qualitätsadjustiertes Lebensjahr mehr als 40.000 Pfund kostet, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die neue Therapie nicht zugelassen wird, deutlich größer als wenn es sich um preisgünstigere Therapien handelt. Dies mag sich auf den ersten Blick unethisch anhören, aber wir sind faktisch in der Situation begrenzter Budgets, und die Politik ist nur bereit, begrenzt Geld auszugeben. Vor diesem Hintergrund muss man sich die Frage stellen, ob es nicht gerade ethisch hoch vertretenswert ist zu sagen, wir fokussieren unsere vorhandenen Mittel auf die Interventionen mit relativ günstiger Kosten-Nutzen-Relation.

Versorgungsstrukturen

Das zweite Thema, bei dem ich Ihnen die Sicht der Ökonomen erläutern möchte, ist die Beziehung zwischen den finanzierenden Stellen, also den Krankenkassen, und den Leistungserbringern.

Neuordnung von Vertragsstrukturen im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht

- ▼ Die gegenwärtige Ausgestaltung der Vertragsstrukturen:
 - weit überwiegend: Kontrahierungszwänge
 - stark vertreten: Gemeinsam und einheitlich, korporatistisch
 - sektorale Orientierung mit ihren Schnittstellenproblemen
 - kaum Preiswettbewerb der Leistungserbringer (s. DRGs)
- ▼ Die ökonomische Vision:
 - einzelwirtschaftlicher Wettbewerb mit selektivem Kontrahieren
 - Preis und Qualität als Wettbewerbsparameter ggn. den Krankenkassen
 - implizite Erwartung: Herausbildung Sektor übergreifender Versorgungsstrukturen, Optimierung der Pfade

Das Konzept des „Vertragswettbewerbs“

- ▼ Krankenkassen als Leistungskäufer nehmen die “Sachwalterfunktion” für die Versicherten wahr
- ▼ Krankenkassen stehen dabei unter Wettbewerb; preis- und qualitätsbewusste *Versicherte* wählen die Krankenkasse, die die kosten-effektivste Gesundheitsversorgung anbietet
- ▼ Schließt Aktivierung des preis-/qualitätsbewussten Verhaltens der *Patienten* nicht aus, fokussiert allerdings nicht darauf
- ▼ Leistungserbringer stehen unter Wettbewerb um Verträge mit den Krankenkassen und sind dadurch zu kosten-effektiver Gesundheitsversorgung gezwungen
- ▼ Rahmenbedingungen, die Risikoselektion unattraktiv machen
- ▼ Sicherung des Wettbewerbs durch Kartellrecht
- ▼ Sicherung hinreichender Transparenz für die Versicherten über die Versorgungsnetze ihrer Krankenkassen

Die gegenwärtige Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen in Deutschland ist ja dadurch gekennzeichnet, dass wir weit überwiegend gegenseitige Kontrahierungszwänge haben. Kassen müssen mit allen Leistungserbringern, alle Leistungserbringer müssen mit allen Kassen kontrahieren, häufig gemeinsam und einheitlich auf der Kassenseite. Und das gegenwärtige Vertragsregime ist relativ stark dadurch gekennzeichnet, dass wir eine sektorale Orientierung haben. Ein Paradebeispiel dafür ist die Kassenärztliche Vereinigung, die für den ambulanten vertragsärztlichen Sektor zuständig ist. Aus der sektoralen Orientierung resultieren die eben schon angesprochenen Schnittstellenprobleme. Wir haben kaum Preiswettbewerb der Leistungserbringer (siehe die Einführung der DRGs, die am Ende der Übergangsphase ja den Preiswettbewerb sogar ganz rausnehmen aus dem Krankenhaus). Was Ökonomen sich vorstellen, und wovon Ökonomen versuchen, die Politik zu überzeugen, ist, dass wir stärkeren Wettbewerb in diese Beziehungen ermöglichen, indem wir anstelle des Kontrahierungszwanges Vertragsfreiheit setzen. So könnten einzelne Kassen mit Netzen von Leistungserbringern Verträge stärker freiheitlich schließen. In diesen Verträgen sollen Qualität und Preis die Wettbewerbsparameter sein. Davon erwarten die Ökonomen implizit zweierlei: Zum einen gehen sie davon aus, dass sich bei solcher stärkerer Vertragsfreiheit sektorübergreifende Versorgungsstrukturen herausbilden, weil man im Ein-

kauf von kostengünstigen Leistungen dann nicht mehr auf die Sektorkosten guckt. Zum anderen sollten im Einkauf von Versorgungsangeboten auch die Versorgungspfade im Rahmen des Wettbewerbs optimiert werden, weil die Leistungserbringer die vernünftigeren Pfad-Arrangements anbieten, eher einen Vertrag von der Krankenkasse bekommen als andere. Das Ganze nennt sich Vertragswettbewerb. Man geht dabei davon aus, dass die Krankenkassen für ihre Versicherten im Grunde genommen die Leistungen einkaufen. Die Kassen selber stehen im Wettbewerb um die Versicherten (das tun sie auch bereits heute), und der Versicherte wählt die Kasse auch danach, welches Vertragsarrangement die Kasse eingekauft hat. Die Leistungserbringer ihrerseits stehen im Wettbewerb um Verträge mit den Krankenkassen und sind dadurch zu kosteneffektiver Gesundheitsversorgung gezwungen.

Das ganze „Experiment“ hat eine Reihe von Rahmenbedingungen. Vor allem müssen Rahmenbedingungen für die Kassen geschaffen werden, nach denen Kranke nicht einfach schlechte Risiken für sie sind, die sie am liebsten nicht haben wollen, denn dann hat der Wettbewerb gar keine Chance. Wir müssen auch sicherstellen, dass der Wettbewerb insofern funktioniert, als dass weder auf der Anbieterseite noch auf der Kassenseite marktbeherrschende Stellungen entstehen, und ganz sicher müssen wir Voraussetzungen schaffen, dass Versicherte Transparenz über das haben, was ihre Kassen eigentlich vertraglich vereinbaren.

Umsetzungsperspektiven für das Konzept von Vertragswettbewerb

- ▼ Konsequente Umsetzung würde weitreichende Veränderungen bedeuten und ist in einem Schritt sehr unrealistisch
- ▼ Kleine Schritte wurden bereits eingeleitet (Integrierte Versorgung, hochspezialisierte amb. Versorgung durch Krankenhäuser,...) und sollten aus ökonomischer Sicht ausgebaut werden
- ▼ die wesentlichen Schritte erfordern politischen Mut: Bedeutungsverlust für die KVen und die Krankenhausplanung des Landes

Diese ökonomische Vision von Neugestaltung der Vertragsbeziehung würde natürlich sehr weitreichende Veränderungen bedeuten - und das ist in einem Schritt sicher unrealistisch. Aber die Politik hat sich schon vorsichtig auf den Weg gemacht, diese Dinge zu tun, ich nenne als Beispiel die Integrierte Versorgung, die eben solche Einzelverträge beinhaltet. Ein weiteres Beispiel sind die besonderen Versorgungsaufträge (§ 73c SGB V).

Wenn man diesen Weg konsequent weiter gehen will, braucht man an wesentlichen Stellen natürlich politischen Mut, man müsste etwa die Kassenärztliche Vereinigung in ihrer Bedeutung deutlich relativieren und man müsste letztlich auch die Axt an die Krankenhausplanung der Länder anlegen. Ob das realistisch ist in einer großen Koalition, kann man kontrovers diskutieren. Auf jeden Fall kann man sehen, dass die Politik solche Konzepte zunehmend berücksichtigt, weil es natürlich auch politisch Druck aus der Verantwortung der Politiker nimmt, wenn das Ganze stärker wettbewerblich organisiert ist.

Finanzierung des Gesundheitssystems aus ökonomischer Sicht

- ▼ anders als beim Leistungskatalog und den Vertragsbeziehungen kein Konsens der Gesundheitsökonomie in Sicht
- ▼ überwiegend: deutliche Sympathie mit dem Konzept der Kopfprämie: Trennung von Versicherung und Umverteilung
- ▼ überwiegend: grundsätzliche Sympathie mit dem Gedanken eines einheitlichen Versicherungssystems (d.h. keine gesonderte Vollversicherung in der PKV) für eine Grundversorgung
- ▼ umstritten: wie stark kann man auf Zuzahlungen aus Steuerungsinstrument setzen?
- ▼ umstritten: braucht man mehr Kapitaldeckung in der Gesundheitsversorgung?

Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Man muss angesichts dieser Gemengelage aus Demographie einerseits und Lohnnebenkosten andererseits sicher davon ausgehen, dass die finanziellen Spielräume begrenzt sind und eher noch begrenzter werden als in der Vergangenheit. Die Politik wird nach wie vor versuchen zu rationalisieren. Wenn sie sich nicht auf das Konzept Wettbewerb einlässt, wird sie es mit Top-Down-Maßnahmen der Kostendämpfung versuchen. Und so wird man meiner Ansicht nach auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie stärker versuchen zu sparen durch Pauschalierung von Entgelten durch DRG-ähnliche Konstrukte oder ähnliches.

Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

- ▼ Finanzsituation der GKV bedeutet auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin begrenzte Spielräume
 - stärkere Pauschalisierung von Entgelten als „Rationalisierungsinstrument“ nicht völlig ausgeschlossen
- ▼ Nachweis der Effektivität und Kosten-Effektivität des therapeutischen Handelns wird an Bedeutung gewinnen
 - ambulant und stationär
 - für Versorgungspfade, nicht nur für einzelne therapeutische Ansätze
 - Bedeutung der Versorgungsforschung
 - Schnittstellen zur Jugendhilfe überprüfen?
- ▼ auf mögliche aktive Rolle von Krankenkassen als Einkäufer von Gesundheitsleistungen einstellen

Ein ganz wesentlicher Punkt ist der Nachweis der Effektivität, insbesondere auch der Kosteneffektivität. Der Nachweis eines vernünftigen Verhältnisses von Kosten und Nutzen des therapeutischen Handelns wird an Bedeutung gewinnen. Das gilt im ambulanten und stationären Bereich, und das gilt nicht nur für isolierte Therapien sondern eigentlich auch für ganze Versorgungspfade. In dem Zusammenhang scheint es mir sehr wichtig, dass man sich auf den Weg macht, Versorgungsforschung zu betreiben, um den Nachweis von Effektivität von gesamten Versorgungsstrukturen auch leisten zu können. Sie müssen sich meiner Einschätzung nach darauf einrichten, dass die Kassen eine aktivere Rolle als heute als Einkäufer von Gesundheitsleistungen spielen werden. Das bedeutet natürlich für Krankeneinrichtungen, für Krankenhäuser, auch für Niedergelassene, dass man sich anders aufstellen muss, der Wettbewerb wird nicht mehr nur sozusagen um die Patienten geführt, sondern er wird auch um die Verträge mit den Kassen geführt und das ist sicher eine ganz neue Dimension.

Noch ein Lesetipp: nicht speziell zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern allgemein zur Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie hab ich zusammen mit Herrn Vogel aus Würzburg ein Büchlein herausgegeben².

² Vogel, Wasem (2005) Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Schattauer

Dabei handelt es sich um eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Studien zur ökonomischen Evaluation und zu Kosteneffektivitätsnachweisen im Bereich der Psychotherapie und Psychiatrie.

Angaben zum Verfasser:

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg-Essen, Campus Essen

Lehrstuhl für Medizinmanagement

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften

Schützenbahn 70, 45127 Essen

Telefon: 0201 / 183 – 4283, Fax: 0201 / 183 - 4073

E-Mail: Juergen.Wasem@uni-due.de

Website: www.mm.wiwi.uni-due.de/team/lehrstuhlinhaber

Der HAWIK-III – ein nützliches Instrument bei der Abklärung des Asperger-Syndroms

Thomas Girsberger

Einleitung

Die Abklärung und Diagnose von Autismus-Spektrum-Störungen und insbesondere des Asperger-Syndroms ist ein Gebiet von wachsender Bedeutung. Gleichzeitig ist es aber auch ein ausgesprochen umstrittenes Gebiet. Dies hat mehrere Gründe:

1) Die Diagnose „Asperger-Syndrom“ geht zurück auf den Wiener Kinderarzt Hans Asperger, der Kinder mit dieser Symptomatik 1943, also vor mehr als 60 Jahren, erstmals beschrieb. Seine Arbeit wurde aber erst ca. 40 Jahre später, und zwar vorerst nur im englischsprachigen Raum, wieder „entdeckt“ (Wing, 1981). Es vergingen nochmals rund 15 Jahre, bis die neuen Erkenntnisse im Bereich „Autismus-Spektrum-Störungen“ auch im deutschsprachigen Raum aufgegriffen wurden. Bis zum heutigen Tag ist der Wissensstand im Bereich des Autismus-Spektrums im englischsprachigen Raum jenem im deutschsprachigen erheblich voraus. Es geht um ganz wichtige Fragen wie „Wie häufig sind autistische Störungen?“ und „Wie werden diese Störungen diagnostiziert?“ Gemäß Remschmidt & Kamp-Becker (2006) gibt es für das Asperger-Syndrom zur Zeit mindestens 8 verschiedene Diagnose-Kataloge, die ganz erheblich von einander abweichen. Bei der Frage der Häufigkeit gehen die Meinungen um einen Faktor von bis zu 10 weit auseinander (Baron-Cohen, 2008).

2) Gegenüber dem Phänomen „Autismus“ gibt es eine Reihe tief sitzender Vorurteile. Die wichtigsten seien kurz erwähnt: 1. Diese Menschen seien beziehungsunfähig. 2. Diese Menschen seien nicht an zwischenmenschlichen Kontakten interessiert. 3. Sie seien mit ihrer Behinderung im Prinzip auch für Fachleute ohne spezifische Kenntnisse sowie für Laien leicht erkennbar. Alle

diese Urteile treffen lediglich auf eine kleine Minderheit von autistischen Menschen zu, und auch auf sie nur teilweise. Ein bekanntes Beispiel ist der „Rain Man“ aus dem gleichnamigen Film.

3) Alle diese Missverständnisse sind schließlich darauf zurückzuführen, dass der Begriff „Autismus“ im herkömmlichen Sinn durch den Begriff „Autismus-Spektrum“ ersetzt wurde und dass diese Änderung und die mit ihr verbundenen Konsequenzen von vielen noch nicht zur Kenntnis genommen wurden. Mit dem Wort „Spektrum“ sind zwei Dinge gemeint: 1) Zwischen autistisch und nicht-autistisch gibt es keine Trennlinie, es ist ein fließender Übergang. Es gibt also auch milde Formen von Autismus, die logischerweise ungleich häufiger sind als die schweren Formen. 2) Es gibt verschiedene Formen von Autismus, insbesondere den sogenannten frühkindlichen Autismus (auch Kanner-Syndrom genannt) und das Asperger-Syndrom. Diese unterscheiden sich stark voneinander, zudem gibt es Mischformen sowie viele, die lediglich eine Teil-Symptomatik aufweisen.

4) Beim Asperger-Syndrom gibt es noch einen ganz speziellen Aspekt: Baron-Cohen (2008) und Attwood (2008) weisen darauf hin, dass man bei der Abklärung des Asperger-Syndroms nicht allein auf die Defizite schauen darf (was bei jeder normalen Diagnostik ja üblich ist), sondern auch die besonderen Fähigkeiten erfassen und berücksichtigen sollte.

Alle heute gebräuchlichen Diagnose-Kataloge des Asperger-Syndroms haben eines gemeinsam: sie sind beschreibende klinische Diagnosen und hängen ganz stark von der Erfahrung des Untersuchers ab. Dies ist so, obwohl es mittlerweile eine Vielzahl von Hinweisen gibt, dass beim Asperger-Syndrom ganz bestimmte kognitive Defizite sowie bestimmte Stärken vorliegen (Wing, 1981). Diese neuen Erkenntnisse haben aber noch nicht Eingang in eine international anerkannte Diagnostik gefunden.

Der HAWIK-III

Der Autor dieses Beitrages hat sich deshalb gefragt, ob es ein testpsychologisches Instrument gibt, das allgemein anerkannt und dazu geeignet ist, die kognitiven Stärken und Defizite des Asperger-Syndroms zumindest teilweise zu erfassen. Tatsächlich gibt es in Form des HAWIK-III ein solches Instrument, und es wurde in der Praxis des Autors über etliche Jahre an vielen Kindern eingesetzt. Zunächst betraf dies vor allem Kinder mit einer POS- oder ADHS-

Diagnose (POS = Psycho-organisches Syndrom; in der Schweiz weit verbreiteter Begriff) oder einer sonstigen unklaren Symptomatik, welche sich stark in der Schule auswirkte. Mit der Zeit wurden aber auch immer mehr Kinder mit einer Diagnose aus dem Autismus-Spektrum gezielt getestet.

Die Vorteile des HAWIK-III sind:

- 1) Es werden in bis zu 13 Untertests ganz verschiedene Fähigkeiten gemessen, die bei Kindern mit Asperger-Syndrom in typischer Weise voneinander abweichen.
- 2) Es wird zwischen einem Verbal- und einem Handlungsteil unterschieden, was wiederum zu charakteristischen Unterschieden führt.
- 3) Last but not least: es handelt sich um einen Test, welcher keine autismus-spezifische Erfahrung voraussetzt und dessen Resultate zuverlässiger objektivierbar sind als jene einer rein klinisch-beobachtenden Beschreibung. Allerdings gibt auch die Durchführung des HAWIK-III reichhaltige Gelegenheit für klinische Beobachtungen, welche diagnostisch relevant sind. Bereits Hans Asperger (1943) hat in seiner bahnbrechenden Arbeit darauf hingewiesen, dass „die Intelligenzprüfung nicht nur über die intellektuelle Begabung, sondern auch über wesentliche Persönlichkeits-Funktionen“ Aufschluss zu geben vermag.

Studie an einem eigenen Patienten-Kollektiv

Um die Hypothese zu bestätigen, dass der HAWIK-III bei der Abklärung des Asperger-Syndroms und anderer tiefgreifender Entwicklungsstörungen einen wertvollen Beitrag leistet, wurde ein Kollektiv von insgesamt 89 Kindern zusammengestellt, welche im Laufe von ca. 3 Jahren in der eigenen Praxis abgeklärt und einer Diagnose aus dem Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (bzw. Autismus-Spektrum-Störungen) zugeordnet wurden. Das Durchschnittsalter der Gesamtgruppe beträgt 10;10 Jahre (6,5 bis 15;11), 78 Knaben stehen 11 Mädchen gegenüber. Der Gesamt-IQ im HAWIK-III beträgt im Durchschnitt 103,2 (Verbalteil 109,4, Handlungsteil 95,9). Der durchschnittliche IQ des untersuchten Kollektivs entspricht also ungefähr der gesamtgesellschaftlichen Norm. Dies ist ein großer Unterschied zu anderen Studien, wo die Werte deutlich tiefer lagen. Dafür gibt es eine plausible Erklärung: Im Einzugsgebiet des Autors besteht ein sehr gutes Angebot

für Kinder aus dem Bereich des klassischen Autismus. Diese Kinder erscheinen deshalb kaum in der eigenen Praxis des Autors und fehlen deshalb auch in der vorliegenden Studie.

Von den insgesamt 89 Kindern und Jugendlichen des hier untersuchten Kollektivs erfüllen nach eingehender Überprüfung schließlich 33 die Diagnosekriterien des *Asperger-Syndroms* gemäß Gillberg & Gillberg, 1989).

Die restlichen Diagnosen verteilen sich wie folgt:

High-Functioning-Autismus (HFA): 7; diese Kinder erfüllen die Diagnosekriterien „Frühkindlicher Autismus“ gemäß DSM IV, das Intelligenzniveau war zumindest durchschnittlich.

„*Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung*“ (TES-NNB): 29; diese Kinder erfüllen einige, aber nicht genügend Kriterien für die Diagnose „Asperger-Syndrom“. (Eigentlich müsste feindiagnostisch noch zwischen TES-NNB und „*atypischem Autismus*“ unterschieden werden. Die Abgrenzung dieser beiden Begriffe ist jedoch von einem klinischen Standpunkt aus fraglich.)

Doppeldiagnose „*Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung*“ und ADHS: 20; diese Kinder erfüllten sowohl die Kriterien der vorgenannten Gruppe sowie die Kriterien für ein ADHS.

Subgruppe „Asperger-Syndrom“

Das Durchschnittsalter der Asperger-Gruppe beträgt 10;1 Jahre, mit einer Streuung von 6;7 Jahren bis 15;1 Jahren. Der Gesamt-IQ dieser Gruppe beträgt im Durchschnitt 112,6, mit einer Streuung von 88 bis 135.

Zur Signifikanzprüfung der gefundenen Mittelwerte in Tab. 1 bei der Asperger-Gruppe wurde als Vergleich eine hypothetische Gruppe mit ungefähr gleichem Intelligenzniveau (115) gebildet und auf diese beiden Gruppen der T-Test angewandt. Der IQ der Vergleichsgruppe entspricht somit wie bei der AS-Gruppe ca. einer Standardabweichung nach oben; die zu erwartenden Mittelwerte bei den Untertests lägen in dieser Vergleichsgruppe entsprechend bei 13 WP (Durchschnitt = 10WP, Standardabweichung = 3WP).

Der augenfälligste und konstanteste Befund in der Auswertung des HAWIK-III von Asperger-Kindern ist die Diskrepanz zwischen Verbal- und Hand-

lungsteil (Tabelle 1). Der Mittelwert des Verbalteils liegt mit 121,9 um 9,3 Wertpunkte über dem Gesamtergebnis ($\alpha=0.005$) und jener des Handlungsteils mit 100,1 um 12,5 Wertpunkte darunter ($\alpha<0.0001$). Auf diese Tatsache wurde schon in früheren Studien hingewiesen. Remschmidt (2000) zitiert eine Arbeit, wo im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest folgende Resultate bei Asperger-Kindern ermittelt wurden: Gesamt-IQ 97, VT 109, HT 85 (Differenz 24). Die in der vorliegenden Arbeit festgestellte Diskrepanz zwischen VT und HT ist mit ca. 22 Punkten in einer ähnlichen Größenordnung.

	AS (33)	TES-NNB (29)	TES/ADHS (20)	HFA (7)
Gesamt-IQ	112,6	101,2	93,9	93,9
VT	121,9	107,1	97,5	93,1
SV	126,3			94,9
HT	100,1	94,3	91,5	95,9
Ausgewählte Untertests				
WT	15,0	12,2	10,5	9,3
GF	15,0	12,4	11,1	9,0
RD	11,2	9,8	8,7	8,1
MT	11,5	10,0	8,6	10,9
FL	8,2	7,7	7,3	8,4
ZS	8,1	8,2	8,7	8,3

Tabelle 1: Auswertung des HAWIK-III nach Diagnose

Als noch bedeutsamer erweisen sich allerdings die Feinanalyse der einzelnen Untertests (Abb.1) sowie einige Beobachtungen, die nicht unbedingt in den quantitativen Resultaten zum Ausdruck kommen:

Rechnerisches Denken (RD): Mit Ausnahme von 5 Fällen von 33 waren die Leistungen im Rechnerischen Denken schlechter als im Rest des Verbalteils. Der Durchschnittswert im RD weicht signifikant vom zu erwartenden Wert ab ($\alpha<0.025$). Das Merkmal *Sprachliches Verständnis (SV)*, das ja genau dem Verbalteil ohne das Rechnerische Denken entspricht, müsste sich also noch deutlicher vom Handlungsteil abheben als der Verbalteil, und genau dies ist in der vorliegenden Studie der Fall. Der Mittelwert im SV liegt bei 126,3, also deutlich höher als im VT mit 121,9.

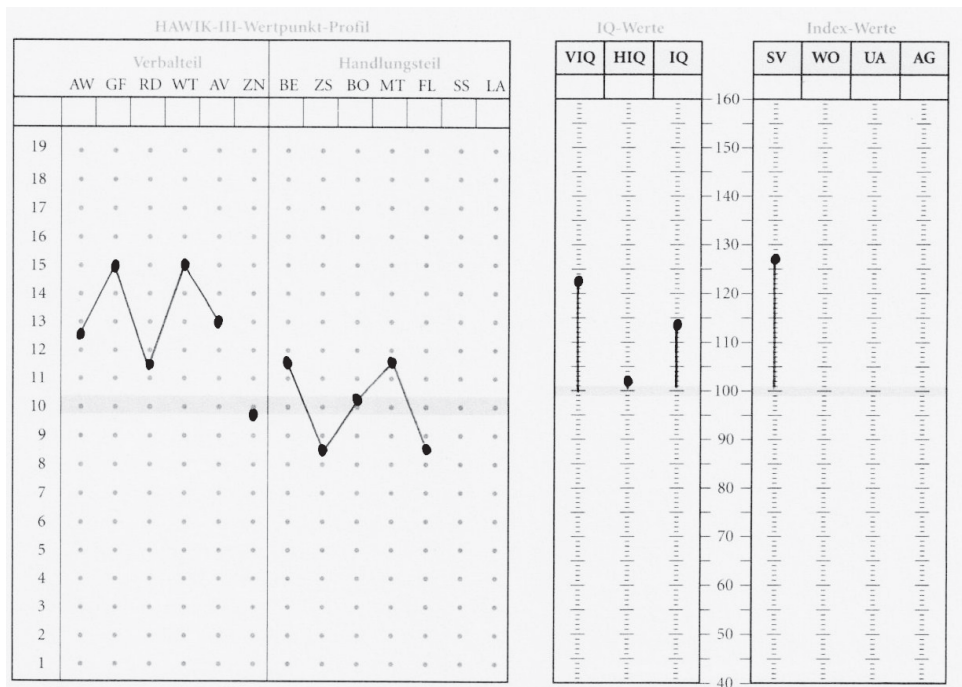


Abb.1: Durchschnittswerte im HAWIK-III der Subgruppe Asperger-Syndrom

Die besonderen *Stärken* der Kinder mit Asperger-Syndrom kommen innerhalb des Verbalteils am deutlichsten bei den Untertests *Wortschatz* (WT) und *Gemeinsamkeiten Finden* (GF) zum Ausdruck. Die Durchschnittswerte liegen bei 15,0 (GF) bzw. 15,0 (WT) Wertpunkten, was doch deutlich über dem Normwert 10 und auch über dem gemessen am Intelligenzniveau zu erwartenden Wert von 13 liegt ($\alpha < 0.025$). Ebenfalls überdurchschnittlich sind die Leistungen beim Allgemeinen Verständnis, allerdings etwas weniger ausgeprägt (Durchschnitt 13,1 Wertpunkte).

Keinerlei einheitliche Trends innerhalb des Verbalteils können beim Allgemeinwissen und beim Zahlennachsprechen festgestellt werden.

Im (insgesamt schwächeren) Handlungsteil liegt eine relative Stärke beim *Bilder Erkennen* (Durchschnittswert 11,3), was die Tatsache widerspiegelt, dass sich Kinder mit Asperger-Syndrom mit Vorliebe auf Details konzentrieren.

Eine deutliche Schwäche hingegen zeigt sich beim *Zahlensymboltest* (Durchschnitt 8,1), was offensichtlich mit graphomotorischen Problemen sowie einem Hang zur Akribie (auf Kosten des Tempos) zu tun hat. Die Abweichung vom zu erwartenden Wert 13 ist hochsignifikant ($\alpha < 0.0001$).

Sehr aufschlussreich sind die Leistungen in den Untertests *Mosaiktest* (MT) und *Figurenlegen* (FL), allerdings nur unter Einbezug genauer Beobachtungen beim Problemlösungsverhalten:

Von den 33 AS-Kindern haben 30 im MT besser abgeschnitten als im FL, lediglich 3 waren in letzterem gleich gut oder leicht besser. Die Mittelwerte im MT lagen bei 11,5 und im FL bei 8,2, mit einer Differenz von 3,3 WP ($\alpha=0.0001$). Dieser Befund ist aufschlussreich, weil es sich auf den ersten Blick um sehr ähnliche Aufgaben handelt, bei welchen jeweils visuell-räumliche Probleme gelöst werden müssen. Die genaue Beobachtung zeigt allerdings, dass Kinder mit AS bei beiden Aufgaben die gleiche Strategie anwenden, die im einen Fall angemessen ist und im andern nicht. AS-Kinder benutzen eine Strategie, die der Autor „Scannen“ nennt: die Figur, sei es nun ein abstraktes Mosaik oder eine lebensnahe Figur, wird nicht als Ganzes wahrgenommen, sondern systematisch abgetastet, eben „gescannt“. Mit der nötigen Konzentration und dem Ehrgeiz, welche AS-Kinder gerade bei abstrakten Mustern wie einem Mosaik mit Vorliebe entfalten, kommen so in der Regel gute Resultate zustande. Es kommen aber (vor allem bei jüngeren Kindern) auch Fehler z.B. durch Seitenverkehrungen vor, die das Resultat beeinträchtigen können. Der Mosaiktest ist also grundsätzlich eine „Domäne“ des AS-Kindes, die Leistungen werden aber allenfalls bei jüngeren Kindern durch eine noch unreife Links-Rechts-Orientierung geschmälert.

Beim Figurenlegen (FL) ist die Situation grundlegend anders. Hier ist das „Scannen“ keine erfolgreiche Strategie. Von den 33 Kindern der AS-Untergruppe erzielten denn auch lediglich drei ein Resultat, das gleichgut oder leicht besser war als beim Mosaiktest. Aber ausnahmslos bei allen 33 AS-Kindern konnte beim Lösen der Aufgaben beobachtet werden, dass sie keine oder nur eine beeinträchtigte Wahrnehmung der Figur als Ganzes haben. Ihre Lösungsstrategie war auch hier ausnahmslos das „Scannen“, mit zum Teil grotesken und ineffizienten Versuchen, zum Ziel zu kommen. Da die meisten aber einen hohen Ehrgeiz und eine geradezu bewundernswerte Hartnäckigkeit an den Tag legten, kamen sie manchmal dennoch zu einigermaßen passablen Resultaten. Mit anderen Worten: das „Figurenlegen“ deckt die Schwierigkeiten der AS-Kinder zwar mit großer Zuverlässigkeit auf, aber im rein zahlenmäßigen Resultat der Wertpunkte kommt dies nicht immer gleich deutlich zum Ausdruck. Deshalb ist es entscheidend, die vom Kind verwendete ineffiziente Lösungsstrategie in den begleitenden Beobachtungen, die der Testleiter macht, zu vermerken.

Subgruppen TES-NNB, HFA, TES/ADHS

Kinder mit der Diagnose „Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung“ (TES-NNB) haben im HAWIK-III-Profil große Ähnlichkeiten mit dem Asperger-Syndrom, aber mit etwas weniger ausgeprägten Resultaten und einem tieferen Intelligenzniveau (Abb. 2). Die gefundenen Abweichungen vom zu erwartenden Wert bei den Untertests GF, WT, MT, FL und ZS sind jedoch ebenfalls alle statistisch signifikant. Dass das charakteristische Profil der Subgruppe „Asperger-Syndrom“ bei Kindern der Subgruppe TES-NNB in abgeschwächter Form ebenfalls in Erscheinung tritt, passt gut zum dimensional Konzept autistischer Störungen.

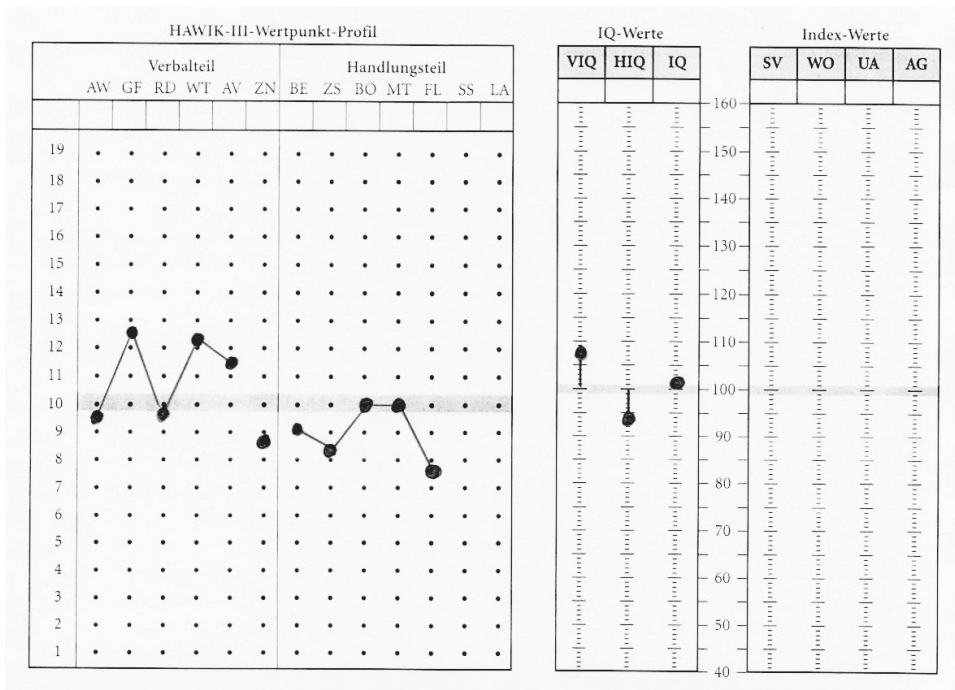


Abb.2: Durchschnittswerte im HAWIK-III der Subgruppe TES-NNB

Bei Kindern mit der Komorbidität TES und ADHS ist der Unterschied zwischen Verbal- und Handlungsteil noch geringer als bei der Gruppe TES-NNB, ansonsten sind die Resultate ähnlich.

Bei Kindern mit High-Functioning-Autism (HFA) fallen der gegenüber dem Asperger-Syndrom deutlich tiefere Gesamt-IQ sowie die geringen Unterschiede zwischen Verbal- und Handlungsteil auf (wobei der HT eher besser ausfällt als der VT). Diese Befunde beim HFA decken sich ebenfalls weitge-

hend mit jenen in der von Remschmidt (2000) zitierten Studie (die dortigen Resultate beim HFA lauten: Gesamt-IQ 95,6, VT 94,6, HT 96,7).

Für das Erfassen von Kindern mit HFA ist als Schlussfolgerung aus der vorliegenden Studie der HAWIK-III nicht geeignet, für Kinder mit der Doppel-diagnose TES-NNB/ADHS nur bedingt.

Kognitive Defizite und Stärken beim Asperger-Syndrom

Allen wissenschaftlichen Diagnose-Systemen des Asperger-Syndroms ist gemeinsam, dass sie sich auf beschreibende Kriterien in bestimmten Bereichen des Verhaltens, der Sprache und allenfalls der Motorik beschränken und keine Aussagen über kognitive Beeinträchtigungen machen.

Dennoch gibt es mittlerweile eine Reihe von kognitiven Funktionen, deren Beeinträchtigung beim Asperger-Syndrom als gesichert gelten und die z.T. testpsychologisch objektiviert werden können.

Folgende kognitiven Funktionen sind, unter anderem, beim Asperger-Syndrom nach heutigem Wissensstand beeinträchtigt (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006):

- Raumorientierung und visuelles Erfassen von Figuren, generell ganzheitliches Erfassen (vs. Detailorientierung)
- Exekutive Funktionen wie zielgerichtetes und planmäßiges Durchführen einer Aufgabe, Umstellen von einem Lösungsweg auf einen anderen, usw.
- „Theory of mind“, das heißt die Fähigkeit, den Standpunkt einer anderen Person einzunehmen, bzw. überhaupt zu erkennen, dass es nicht einfach eine Wahrheit/Wirklichkeit gibt, sondern eine Vielzahl von individuellen Sichtweisen und Erfahrungen.

Generell kann gesagt werden, dass beim AS einfache kognitive Prozesse wie zählen, auswendig lernen, Details erkennen, „scannen“ usw. überdurchschnittlich gut beherrscht werden und dass vor allem komplexere Denkopoperationen, welche eine gute Zusammenarbeit verschiedener Hirnregionen voraussetzen, beeinträchtigt sind.

Der HAWIK-III und das Asperger-Syndrom

Aufgrund der eigenen klinischen Erfahrungen, die in der vorliegenden Studie vorgestellt und statistisch untermauert werden, können im HAWIK-III einzelne der Beeinträchtigungen und überdurchschnittlichen Fähigkeiten des AS zuverlässig objektiviert und in Asperger-typischen Mustern erfasst werden (Abb.1). Dieses Muster zeigt sich in überdurchschnittlichen Werten im „Sprachlichen Verständnis“, insbesondere in den Untertests „Wortschatztest“ und „Gemeinsamkeiten finden“, und – in Relation dazu – unterdurchschnittlichen Werten im „Rechnerischen Denken“ sowie im Handlungsteil allgemein; zudem in einer inadäquaten Lösungsstrategie im „Figuren legen“ (so dass die Leistung im FL praktisch immer schwächer ausfällt als im MT). Eine weitere deutliche Schwäche zeigt sich im Zahlensymboltest.

Optisch betrachtet besteht das Asperger-Muster aus einer Zickzack-Kurve, was dem Nebeneinander von gewissen Stärken und Schwächen entspricht. Als für das Asperger-Syndrom charakteristisch können folgende Aspekte zusammengefasst werden:

- Im Verbalteil kommt als augenfälliges Muster ein den Buchstaben „M“ darstellendes Bild zustande. Die Stärken liegen bei „abstrakten“ Fähigkeiten wie WT und GF, die relativen Schwächen bei anwendungsorientierten Aufgaben wie AW, RD und AV.
- Der große Unterschied zwischen Verbal- und Handlungsteil ist markant und entspricht den bekannten Stärken von Kindern mit AS im sprachlichen Bereich und ihren Schwächen im praktischen, handlungsorientierten Bereich.
- Die Diskrepanz zwischen Figurenlegen und Mosaiktest weist auf die Schwierigkeit im ganzheitlichen Erfassen hin und auf die Unfähigkeit, von einer wenig erfolgreichen Strategie auf eine andere zu wechseln.

Wenn im Einzelfall entsprechende klinische und anamnestische Verdachtsmomente (erhebliche Auffälligkeiten in der Schule, zu Hause, unter Gleichaltrigen) vorliegen, dann ist der HAWIK-III ein sehr nützliches testpsychologisches Instrument zur Feindiagnostik rund um die Vermutung „Autismus-Spektrum-Störung“ und für die Erfassung der vorhandenen Stärken und Schwächen des betreffenden Kindes.

In der Zwischenzeit wurde der HAWIK-III durch den HAWIK-IV ersetzt. Dieser enthält einerseits die Kategorien „Verbalteil“ und „Handlungsteil“ nicht mehr, und andererseits wurde – was aus der Sicht der vorliegenden Stu-

die besonders bedauernswert ist – der Untertest „Figuren legen“ fallen gelassen. Es wäre Gegenstand einer weiteren Arbeit, den HAWIK-IV daraufhin zu prüfen, welchen Beitrag er zur Abklärung von Kindern mit der Verdachts-Diagnose „Autismus-Spektrum“ leisten kann (gegebenenfalls gezielt ergänzt durch das Figuren-Legen aus dem HAWIK-III).

Literatur

Asperger H (1943) Die „Autistischen Psychopathien“ im Kindesalter, Habilitationsschrift eingereicht bei der Medizinischen Fakultät der Wiener Universität, 8.10.1943.

Attwood T (2008) Ein ganzes Leben mit dem Asperger-Syndrom. Trias Verlag

Baron-Cohen S (2008) Autism and Asperger Syndrome. Oxford University Press

Gillberg IC, Gillberg C (1989) Asperger Syndrome – some epidemiological considerations: a research note. *J Child Psychol Psyc* 30: 631-638

Remschmidt H (2000) Asperger-Syndrom und High-Functioning-Autismus. Referat auf der Tagung des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind am 23.10.1999, Autismus-Heft Mai Nr. 49/00

Remschmidt H, Kamp-Becker I (2006) Das Asperger-Syndrom. Springer-Verlag

Wing L (1981) Asperger's Syndrome: A clinical account. *Psychol Med* 11: 115-129

Adresse des Verfassers:

Dr. med. Thomas Girsberger

Facharzt FMH für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie

Kanonengasse 25, CH-4410 Liestal

Buchrezension

Nissen, G.: **Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute. Persönliche Erinnerungen aus 60 Jahren.** 2009, 386 Seiten, 39.90 € Psychosozial-Verlag, Gießen. ISBN: 3898068579

Prof. Dr. med. Gerhardt Nissen, emeritierter Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Würzburg, beschreibt autobiografisch geprägt seine Sicht des in den letzten 60 Jahren eingetretenen Wandels der Beurteilung von ‚schwierigen‘ Kindern, deren Symptome überwiegend pädagogisch geahndet wurden, zu seelisch gestörten und kranken Kindern und Jugendlichen, die heute psychotherapeutisch und psychopharmakologisch behandelt werden, einschließlich der Veränderungen im Wissenschaftsbetrieb.

Sowohl zur eigenen Kindheit und weiteren familiären Entwicklung als auch zum beruflichen Werdegang finden sich Kapitel einschließlich Beschreibungen zu den Erlebnissen und Aktivitäten in Bremen, Berlin und Würzburg sowie im aktiven Ruhestand. Das Buch ist kurzweilig und informativ geschrieben und stellt eine Fundgrube dar für alle Leser, die mehr über Wurzeln und historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfahren wollen.

Ergänzt wird das Werk durch Verzeichnisse zu Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften, Instituten und Institutionen, zu früheren Mitarbeitern, Ehrungen und Auszeichnungen sowie durch ein umfangreiches Literaturverzeichnis und ein Personen- und Sachregister, wodurch es auch als Nachschlagewerk genutzt werden kann.

Ingo Spitzcok von Brisinski

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Gut gehende Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie sucht ab Sommer 2010

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

als *Nachfolgerin/Nachfolger*

- zur Übernahme der fachärztliche Betreuung meiner zahlreichen kinder-/jugendpsychiatrischen Patienten.
- Gemeinsame ärztliche Leitung der bestehenden Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle.

Ihr Umfeld:

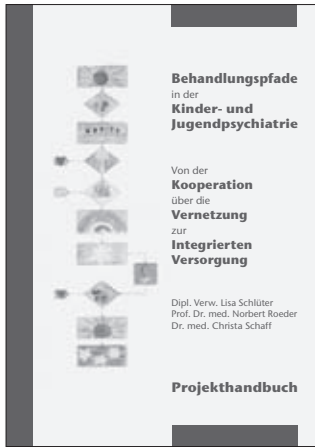
- wäre eine Praxisgemeinschaft mit einer kinderärztliche Gemeinschaftspraxis (eine Kinderärztin, 2 Kinderärzte) in einem historischen Gebäude im Stadtzentrum von Worms/Rhein
- mit sozialpädiatrischem, neuropädiatrischem und kinderkardiologischem Schwerpunkt
- in Kooperation mit Psychotherapeut, Ergotherapeuten, Krankengymnastinnen und Logopädin im gleichen Haus über die SPV.

Kontakt

Bitte nur schriftlich per Post oder E-Mail

A. Schandry, Andreasstr. 2, 67547 Worms

E-Mail: a.schandry@kinderaerzte-worms.de



SCHÜLING VERLAG



Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Von der Kooperation über die Vernetzung zur Integrierten Versorgung

Erfolgreich zu überleben im deutschen Gesundheitswesen wird für alle Beteiligten ständig herausfordernder - zufällig wird es demnächst nicht mehr gelingen!

Veränderungsprozesse sind aktiv mitzugestalten.

Das, was ich mache und wie ich es mache muss ich hinterfragen. Kann ich effizienter arbeiten, um mich nachhaltig und dauerhaft zu entlasten? Kann ich die Qualität meiner Arbeit zugleich steigern? Mit wem muss ich wie zusammenarbeiten?

Dieses Buch zu einem Projekt des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) entscheidet sich für die Kooperation. Es ist ein Projekt-handbuch für Praktiker. Es beschreibt, was andere positiv erfahren haben: Behandlungsprozesse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu standardisieren und (damit) erfolgreich zu optimieren. Es benennt die Erfolgsfaktoren effizienter Zusammenarbeit und zeigt dabei, warum Behandlungspfade die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie enorm erleichtern und verbessern und letztlich unverzichtbar sind; sie verleihen zusätzliche Sicherheit und Qualität im täglichen Handeln und zugleich dokumentieren und begründen sie unser Handeln gegenüber Patienten, Zuweisern, Krankenkassen, Gerichten - und uns selbst. Handlungsautonomie wird gleichsam neu definiert.

2006; Hrsg.: DRG Research Group, MS u. BKJPP; 29,8 cm; 432 Seiten; broschiert; ISBN 3-86523-032-6.

Ich bestelle:

___ Exemplar(e) von
**Behandlungspfade in der
Kinder- u. Jugendpsychiatrie**

Euro 69,90 incl. Porto.

Mit dem Buch erhalte ich eine Rechnung.

Schüling Verlag

Falkenhorst 4

48155 Münster

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Unterschrift: _____

Claudiusstrasse 6 | 9006 St.Gallen | Telefon 071 243 71 11

Die Stiftung Ostschweizer Kinderspital sucht für ihre Abteilung Psychosomatik/ Psychotherapie zum 01. Januar 2010 oder nach Vereinbarung eine/n

Oberärztin / Oberarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Neben der ärztlichen Leitung einer Psychotherapiestation sind Aufgaben im Ambulatorium des Kinderspitals sowie Teilnahme am Konsiliardienst Schwerpunkte Ihrer Arbeit.

Idealerweise bringen Sie folgende Voraussetzungen mit:

- Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- fundierte Erfahrung in stationärer und ambulanter Psychotherapie
- Team- und Führungserfahrung
- Vorteilhaft sind Kenntnisse in der Kinder- und Jugendmedizin sowie im Kinderschutz.

Es erwartet Sie eine vielfältige Tätigkeit in einem dynamischen Umfeld mit attraktiven Fortbildungsmöglichkeiten.

Auskünfte erteilt Ihnen der Leitende Arzt Psychosomatik / Psychotherapie, Dr. med. Christian Henkel (Tel. ++41 71 243 75 62, christian.henkel@kispisg.ch). Ihre Bewerbung senden Sie bitte an die Stiftung Ostschweizer Kinderspital, Herr lic.iur. Marco Fischer, Geschäftsleiter, Claudiusstr. 6, 9006 St.Gallen/Schweiz.

www.kispisg.ch



Ostschweizer Kinderspital

ATRIO | MED



Wir, die HCM Health-Care Managers GmbH, entwickeln und betreiben ambulante interdisziplinäre Medizinische Versorgungszentren der Marke ATRIO-MED. Für unsere Standorte **Köln, Hamburg, Berlin, Leipzig, München, Frankfurt a.M., Essen und Hannover** suchen wir zum nächst möglichen Termin in Voll- oder Teilzeit

Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Wir wünschen uns für die zu besetzenden Positionen Kolleginnen/Kollegen mit entsprechender Facharztanerkennung und einer möglichst breiten therapeutischen Erfahrung.

Wir bieten einen zukunftssicheren Arbeitsplatz in einem unbefristeten Anstellungsverhältnis mit geregelten Arbeitszeiten, ein überdurchschnittliches Gehalt, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem engagierten und kollegialen Team, ein hochwertig und modern ausgestattetes Arbeitsumfeld sowie die Teilnahme an neuen und innovativen Versorgungsformen.

Wir entwickeln und betreiben bundesweit interdisziplinäre ambulante medizinische Versorgungszentren der Marke ATRIO-MED.

In unseren Zentren werden Kunden und Patienten auf medizinisch hohem Niveau versorgt und betreut.

Bitte senden Sie Ihre schriftlichen Bewerbungsunterlagen per Mail oder Post an:

**HCM
Health-Care Managers
GmbH**
Frau Katarina Vujcic
Im MediaPark 2
50670 Köln
www.health-care-managers.de

Tel. 0221-37990-469
k.vujcic@hc-m.de



Sabine Ahrens-Eipper
Bernd Lepow · Katrin Nelius

Mutig werden mit Til Tiger

Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2., erweiterte Auflage 2010,
165 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 39,95 / sFr. 68,-
ISBN 978-3-8017-2247-0

Ziel dieses verhaltenstherapeutischen Trainings ist es, sozial unsicheren Kindern mehr Selbstbewusstsein zu vermitteln, Vermeidungstendenzen abzubauen, neue praktische Handlungsstrategien aufzubauen und den Einsatz vorhandener Kompetenzen in sozialen Situationen zu fördern. Das Training ist für Kinder im Alter zwischen fünf und zehn Jahren konzipiert. Das erfolgreiche Trainingsprogramm liegt nun in einer erweiterten Auflage vor, welche zusätzlich das Vorgehen beim Tiger-Training im Einzelsetting erläutert. Alle Materialien sind zudem auf einer CD-ROM verfügbar.



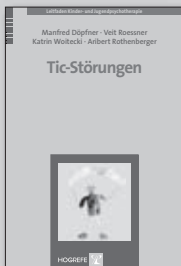
Waldemar von Suchodoletz (Hrsg.)

Therapie von Entwicklungsstörungen

Was wirkt wirklich?

2010, VIII/288 Seiten,
€ 34,95 / sFr. 59,-
ISBN 978-3-8017-2138-1

Das Buch informiert kompakt und fundiert über Förder- und Therapiemöglichkeiten. Hilfen für Kinder mit motorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen, mit Sprachentwicklungs-, Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwächen, mit emotionalen, hyperkinetischen, sozialen oder autistischen Störungen werden beschrieben. Außerdem wird ein Überblick über alternative Therapieangebote gegeben. Das Buch macht die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten deutlich und geht darauf ein, welche Behandlungsangebote auf ihre Wirksamkeit hin überprüft wurden und welcher Nutzen für die Kinder zu erwarten ist.

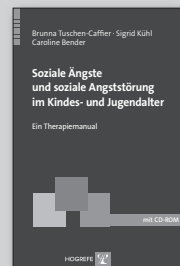


Manfred Döpfner
Veit Roessner
Katrin Woitecki
Aribert Rothenberger

Tic-Störungen

(Reihe: »Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Band 13)
2010, VIII/174 Seiten,
€ 22,95 / sFr. 38,90
(Im Reihenabonnement
€ 17,95 / sFr. 29,90)
ISBN 978-3-8017-1728-5

Der Band informiert über das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Tic-Störungen. Die Leitlinien zur Therapie der verschiedenen Formen von Tic-Störungen erläutern das multimodale therapeutische Vorgehen, welches pharmakologische und psychotherapeutische Optionen miteinander verbindet. Informationen zu diagnostischen Verfahren, Materialien zur Exploration sowie Fallbeispiele erleichtern die Umsetzung der Leitlinien in der klinischen Praxis.



Brunna Tuschen-Caffier
Sigrid Kühl · Caroline Bender

Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter

Ein Therapiemanual

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2009, 134 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 34,95 / sFr. 59,-
ISBN 978-3-8017-2118-3

Das Programm wurde für Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten im Alter von acht bis vierzehn Jahren konzipiert. Zentrale Elemente des wissenschaftlich evaluierten Programms sind die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, das Erproben von Strategien und Handlungen im Rollenspiel sowie die graduierte Exposition mit angstauslösenden Situationen. Die kindgerecht gestalteten Arbeitsblätter befinden sich auf der beigelegten CD-ROM.

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 49609-0 · Fax: 88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de



0322

Die SCHLEI-Klinikum Schleswig FKSL GmbH sucht für die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum nächstmöglichen Termin

Assistenzärzte (m/w)

zur Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
und/oder

Fachärzte (m/w)

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

sowie zum 01. Februar 2010

einen Oberarzt (m/w)

Teilzeitbeschäftigung ist für die Assistenz-/Fachärzte möglich. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat mit einer großen Institutsambulanz, je 10 Tagesklinikplätzen vor Ort und an der Westküste (Husum) sowie mit 126 Planbetten einen landesweiten Versorgungsauftrag in Spezialbereichen und einem großen regionalen Einzugsgebiet. Eine Krankenhausschule mit 33 Lehrkräften ist vorhanden.

Die Klinik ist Teil des SCHLEI-Klinikums Schleswig mit allen somatischen Kliniken eines Schwerpunktkrankenhauses (u. a. Kinder- und Jugendmedizin) und Kliniken für Allgemein- und Forensische Psychiatrie.

Wir bieten:

- ▶ **Vollständige Weiterbildungermächtigung im Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
- ▶ Spezialisierte Behandlungsangebote einer Klinik mit Versorgungsauftrag
- ▶ Eine interessante und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem multiprofessionellen Team
- ▶ Ein ausgezeichnetes Betriebsklima
- ▶ Flexible Dienstzeitenregelung

- ▶ Vergütung nach dem Tarifvertrag der Damp Gruppe mit dem Marburger Bund

Ihre Aufgaben:

- ▶ Jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung
- ▶ Teilnahme am Bereitschaftsdienst der Klinik

Wir erwarten:

- ▶ Fachliches Engagement
- ▶ Teamfähigkeit
- ▶ Bereitschaft zur Übernahme von Teamverantwortung entspr. Ausbildungsstand
- ▶ Bereitschaft zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung an den Standorten

Für Rückfragen steht Ihnen der Chefarzt, Herr Dr. Martin Jung, Tel.: 04621 83-1600 gerne zur Verfügung oder besuchen Sie unsere Homepage www.schlei-klinikum-schleswig.de.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie bitte Ihre aussagekräftige Bewerbung an die Personalabteilung Schleswig – Damp Holding AG, Am Damm 1, 24837 Schleswig.



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

TherapieKulturen –
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Europa

EUROPÄISCHE KULTURHAUPTSTADT RUHRGEBIET

II. – 13. November 2010

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH

Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 85 99 62-24

Fax: +49 (0)30 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp



Wenn Sie

- ◆ Kinder- und Jugendpsychiater/-in sind
- ◆ Freiberuflich selbständig tätig sein möchten
- ◆ ein kreatives Team (mit)leiten möchten
- ◆ auch Spaß an Managementaufgaben haben
- ◆ das Meer in Reichweite haben möchten
- ◆ Familie und Beruf vereinbaren möchten

Dann nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

www.ViGeZ.de

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

Dr. med. Margarete von Rhein, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen

Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin

Tel.: 0 30 / 8 97 37 97 40, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Druck

Meta Druck, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin

Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,- €(einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 44,- €(einschließlich Postversand)

Der Bezugspreis des Forums ist im Jahresbeitrag der Mitglieder des BKJPP enthalten.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,- €(einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 33,- €(einschließlich Postversand)

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.