

**INTEGRATIVE ORGANISATIONSSTRUKTUREN ZUR
VERSORGUNG VON PSYCHISCH KRANKEN
KINDERN UND JUGENDLICHEN**

**Projekt 2001 – 2003 im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung**

Joachim Jungmann

Gotthard Roosen-Runge

**PROJEKT: INTEGRATIVE ORGANISATIONSSTRUKTUREN ZUR
VERSORGUNG VON PSYCHISCH KRANKEN KINDERN UND
JUGENDLICHEN**

Projektförderung:

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Projekträger:

Klinikum am Weissenhof

Vorgelegt von der wissenschaftlichen Begleitung am 01.04.2004

Projektleitung und Wissenschaftliche

Begleitung:

Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Jungmann

Klinikum am Weissenhof, 74189 Weinsberg

Tel.: 07134751300

FAX: 07134751390

E-Mail: J.Jungmann@klinikum-weissenhof.de

Dr. med. Gotthard Roosen-Runge

Wallstr.1, 23879 Mölln

Tel.: 04542844330

FAX: 04542844332

Unter Mitwirkung

der Mitglieder der Projektgruppe:

Dr. med. Matthias v. Aster

Dipl.-Med. Silke Felgentreff

Dr. med. Dagmar Hoehne

Dr. med. Hannelore Hübler

Dr. med. Erika Lischka

Dr. med. Helmut Loch

Dr. med. Margarete Neumann

Dr. med. Klaus - Ulrich Oehler

Dr. med. Dipl.-Psych. Gottfried Seitz

Dr. med. Dörte Stolle

Dr. med. Thobias Wiencke

der Wissenschaftlichen Mitarbeiter:

Dipl.-Psych. Effi Schnitzler

Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Christoph Brandt

Inhalt

1.	<i>Psychische Krankheit bei Kindern und Jugendlichen.....</i>	11
2.	<i>Versorgungsstrukturen.....</i>	13
3.	<i>Der Auftrag zur Vernetzung</i>	15
4.	<i>Die Position der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>	17
5.	<i>Projektplanung</i>	20
5.1	<i>Konzeption: Fragestellung und Zielsetzung.....</i>	20
5.2	<i>Phase 1: Evaluation des Beitrages der Sozialpsychiatrischen Versorgung zur integrativen Behandlung in der KJPP.....</i>	21
5.2.1	<i>Die Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV).....</i>	21
5.2.2	<i>Notwendige Leistungs- und Kommunikationsstrukturen einer Praxis für KJPP unter den Bedingungen der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV-Praxen).....</i>	24
5.2.3	<i>Evaluation des Beitrages der Sozialpsychiatrischen Versorgung entsprechend SPV zur integrativen Behandlung in der KJPP</i>	33
5.3	<i>Phase 2: Konzeptionelle Entwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich in der KJPP..</i>	33
5.3.1	<i>Vernetzte Versorgung durch Kliniken für KJPP.....</i>	33
5.3.2	<i>Konzeptionsentwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen Praxis und Klinik.....</i>	34
5.4	<i>Phase 3: Erprobung der konzeptionell neu entwickelten integrativen Versorgungsstrukturen.....</i>	35
6.	<i>Bildung der Arbeitsgremien</i>	36
6.1	<i>Projektgruppe</i>	36
6.2	<i>Projektbeirat.....</i>	39
7.	<i>Projektleitung und Untersuchungsstrategie der Wissenschaftlichen Begleitung.....</i>	41
7.1	<i>Zur Beschreibung der Versorgungsstrukturen durch die Facharztpraxen.....</i>	43
7.2	<i>Zur Beschreibung der behandelten Patienten</i>	44
7.2.1	<i>Eltern-Fragebogen zu Beginn der Behandlung.....</i>	44
7.2.2	<i>CBCL/ 4-18 Eltern-Fragebogen.....</i>	44
7.2.3	<i>Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO).....</i>	46
7.2.4	<i>Ergänzungen zur BADO</i>	47
7.2.5	<i>Matrix 1 und 2.....</i>	47
7.2.6	<i>Eltern-Fragebogen am Ende der Behandlung.....</i>	48

7.3	Zur wissenschaftlichen Begleitung und Beschreibung der Konzeptionsentwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich.....	48
7.4	Zur statistischen Auswertung.....	49
8.	Ergebnisse: Vernetzte Versorgung in Praxen für KJPP mit Versorgungsstrukturen nach SPV.....	51
8.1	Die beteiligten Praxen und ihre Standorte.....	51
8.2	Fachliche Ausstattung und Einbindung der Praxen in die regionalen psychosozialen Netzwerke zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	52
8.3	Die behandelten Patienten.....	59
8.3.1	Alters- und Geschlechtsverteilung.....	59
8.3.2	Der Weg in die Praxis.....	62
8.3.3	Vorstellungsanlass: Symptomatik/Problemstellungen.....	68
8.3.4	Auswirkung der Symptomatik/Problematik auf die soziale Kompetenz und Anpassung des Kindes.....	77
8.3.5	Erwartungen an die Behandlung.....	79
8.3.6	Besonderheiten der Entwicklung und der psychosozialen Situation der Patienten.....	82
8.3.6.1	Frühkindliche Risiken und Entwicklungsstörungen.....	82
8.3.6.2	Vorschulische Entwicklung.....	87
8.3.6.3	Schulbesuch.....	88
8.3.7	Sozioökonomische Statutzugehörigkeit.....	91
8.3.8	Diagnostische Einordnung.....	97
8.3.9	Psychopathologischer Befund.....	98
8.3.10	Diagnosen.....	100
8.3.10.1	MAS Diagnose-Achse I: - Klinisch-psychiatrische Syndrome.....	100
8.3.10.2	MAS Diagnose-Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen.....	106
8.3.10.3	MAS Diagnose-Achse III - Intelligenzniveau.....	108
8.3.10.4	MAS Diagnose-Achse IV- Körperliche Symptomatik.....	110
8.3.10.5	MAS Diagnose-Achse V - Assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände.....	113
8.3.10.6	MAS Diagnose-Achse VI - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung.....	113
8.4	Behandlung.....	114
8.4.1	Behandlungsentscheidungen.....	115
8.4.2	Behandlungsverläufe.....	120
8.4.3	Behandlungsergebnisse.....	132
8.4.3.1	Kommunikation.....	133

8.4.3.2	<i>Behandlungsergebnisse: Die Elternmeinung</i>	134
8.4.3.3	<i>Behandlungsergebnisse: Die Meinung der Fachärzte</i>	139
8.4.3.4	<i>Zufriedenheit der Eltern/Sorgeberechtigten</i>	141
8.4.3.5	<i>Abschließende Bewertung</i>	143
8.5	<i>Arbeitsweisen von KJPP-Praxen mit SPV-Versorgung</i>	147
8.5.1	<i>Praxis mit SPV in einer Stadt in Baden-Württemberg (H. Loch)</i>	147
8.5.2	<i>Kooperation zwischen einer Praxis für KJPP und einer Jugendhilfeeinrichtung in Baden-Württemberg (D. Hoehne)</i>	150
8.5.3	<i>Eine Praxis für KJPP mit SPV in einer Kleinstadt in Schleswig-Holstein (G. Roosen-Runge)</i> ...	156
8.5.4	<i>Struktur, Arbeitsweise und Kooperationspartner einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis im Rahmen der Sozialpsychiatrie-vereinbarung in einer Stadt in Bayern (Dr. Klein, Kreienkamp, Dr. Oehler</i>	161
8.6	<i>Fallbeispiele</i>	174
8.6.1	<i>Fallgeschichte: Paula (Name geändert) – Multimodale Therapie einer aufmerksamkeitsgestörten und hyperaktiven Jugendlichen in einer sozialpsychiatrischen Praxis (H. Loch)</i>	174
8.6.2	<i>Die Behandlung eines Kindes mit schwerwiegenden Störungen des Sozialverhaltens auf dem Boden einer Aufmerksamkeitsstörung und Teilleistungsstörungen (D. Hoehne)</i>	179
8.6.3	<i>Bindungsstörung mit Enthemmung: Kombinierte Entwicklungsstörung der motorischen und sensorischen Funktionen (G. Roosen-Runge)</i>	185
8.6.4	<i>Geistige Behinderung, Morbus Recklinghausen, schwere Skoliose, Pflegekind, Längenwachstumsstörung, Bindungsstörung mit Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Störung des Sozialverhaltens (G. Roosen-Runge)</i>	193
8.6.5	<i>Die Fallgeschichte eines ganz normalen Zappelphillips (T. Wiencke)</i>	199
8.6.6	<i>Fall-Vignette D. (Name geändert), 9 Jahre (K.-U. Oehler)</i>	202
9.	<i>Ergebnisse: Konzeptionelle Entwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i>	207
9.1	<i>Projektstandort Berlin Regionale Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Sozialpädiatrischen Zentren innerhalb einer psychosozialen Pflichtversorgungsregion (H. Hübler)</i>	207
9.1.1	<i>Die Versorgungsregion</i>	207
9.1.2	<i>Zur Bedarfsbeschreibung der Kooperationsnotwendigkeit von KJPP und SPZ innerhalb der psychosozialen Versorgungsregion</i>	209
9.1.3.	<i>Inhalt und Form der Kooperationsabstimmung</i>	211

9.1.4	Zur Identifikation der Patientenklientel mit längerfristiger interdisziplinärer Behandlungsnotwendigkeit.....	216
9.1.5	Behandelte Patienten.....	217
9.1.6	Verlaufsergebnisse im Projektzeitraum.....	221
9.1.7	Fallbeispiele	226
9.1.7.1	Fallbeispiel für eine integrierte Versorgungsstrategie zwischen ambulantem Sozialpädiatrischen Zentrum und Kinder- und jugendpsychiatrischer Standortklinik der Region, bei dem das SPZ für einen gemeinsamen Behandlungszeitraum das Casemanagement führt (H.Hübler).....	226
9.1.7.2	Fallbeispiel für eine integrierte Versorgungsstrategie zwischen regionaler Standortklinik für KJPP und ambulantem Sozialpädiatrischen Zentrum, bei dem für einen gemeinsamen Behandlungszeitraum das Casemanagement durch die Klinik für KJPP übernommen wird (H.Hübler).....	228
9.2	Projektstandort Uchtspringe (Sachsen/Anhalt): Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (E. Lischka und M. Neumann)	232
9.2.1	Konzeption.....	232
9.2.2	Verlauf und Ergebnisse.....	234
9.2.3	Resümee.....	238
9.2.4	Schlussfolgerungen für die Arbeit der eigenen Einrichtung.....	238
9.2.5	Fallbeispiele	240
9.2.5.1	Mario (Name geändert): Vernetztes Handeln zwischen Pädiater, Institutsambulanz-KJPP und Tagesklinik-KJPP (E. Dahlhoff).....	240
9.2.5.2	Tom (Name geändert): Liäsonfunktion der Institutsambulanz-KJPP in einer pädiatrischen Praxis (E. Lischka).....	247
9.3	Weinsberg/Heilbronn (Baden-Württemberg):Integrative Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durch Kombination praxisgeleiteter und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IB-KJPP) (J. Jungmann und G. Seitz).....	253
9.3.1	Konzeption.....	253
9.3.1.1	Praxisgeleitete Klinikbehandlung von klinisch behandlungsbedürftigen Patienten.....	256
9.3.1.2	Klinikgeleitete Praxisbehandlung von klinisch behandlungsbedürftigen Patienten.....	257
9.3.1.3	Gemeinsame Klinik- und Praxisbehandlung zur Abklärung klinischer Behandlungsbedürftigkeit (Clearing-Funktion).....	259
9.3.2	Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Selbstregulationsbereiche des Patienten.....	262

9.3.2.1	<i>Störungen der Sozialen Regulation.....</i>	<i>264</i>
9.3.2.2	<i>Störungen der Emotionalen Regulation.....</i>	<i>265</i>
9.3.2.3	<i>Störungen der Motivationalen Regulation.....</i>	<i>265</i>
9.3.2.4	<i>Störungen der Körperlichen Regulation.....</i>	<i>266</i>
9.3.2.5	<i>Störungen der Kognitiven Regulation.....</i>	<i>267</i>
9.3.3	<i>Die besonderen Mittel des Krankenhauses zur Behandlung von Störungen der Selbstregulation – Psych-PV.....</i>	<i>267</i>
9.3.3.1	<i>Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Sozialen Regulation (SS).....</i>	<i>275</i>
9.3.3.2	<i>Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Emotionalen Regulation (ES).....</i>	<i>276</i>
9.3.3.3	<i>Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Motivationalen Regulation (MS).....</i>	<i>277</i>
9.3.3.4	<i>Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Körperlichen Regulation (KS).....</i>	<i>279</i>
9.3.3.5	<i>Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Kognitiven Regulation (IS).....</i>	<i>279</i>
9.3.4	<i>Wirtschaftlichkeit.....</i>	<i>281</i>
9.3.5	<i>Betreuungs- und Gruppenintegrationsstufen in den Behandlungsbereichen für Jugendliche (KJ2, KJ4, KJ7) in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum am Weissenhof..</i>	<i>282</i>
9.3.6	<i>Zusammenarbeit mit anderen Institutionen.....</i>	<i>284</i>
9.3.7	<i>Zuordnung der Patienten zum Behandlungsmodell der IB-KJPP.....</i>	<i>284</i>
9.3.8	<i>Verlauf und Ergebnisse.....</i>	<i>288</i>
9.3.8.1	<i>Durchgeführte Therapien nach IB-KJPP.....</i>	<i>288</i>
9.3.8.2	<i>Krankheitsbilder.....</i>	<i>291</i>
9.3.8.3	<i>Intensität der krankheitsbedingten Selbstregulationsstörungen.....</i>	<i>294</i>
9.3.8.4	<i>Zuordnung der Patienten nach ihren Selbstregulationsstörungen zu den Behandlungsbereichen.....</i>	<i>298</i>
9.3.8.5	<i>Durchgeführte Behandlungsmaßnahmen.....</i>	<i>298</i>
9.3.8.6	<i>Behandlungsergebnisse.....</i>	<i>299</i>
9.3.9	<i>Fallbeispiel (Ch. Brandt).....</i>	<i>306</i>
9.3.10	<i>Gesamtbewertung des Konzeptes der IB-KJPP.....</i>	<i>318</i>
9.4	<i>Projektstandort Schleswig (Schleswig-Holstein): Kooperative Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von durch Suchtmittelabhängigkeit bedrohten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (D. Stolle).....</i>	<i>320</i>

9.4.1	<i>Konzeption</i>	321
9.4.1.1	<i>Medizinisch-therapeutische Vernetzung</i>	322
9.4.1.2	<i>Sozialpädagogische Hilfen</i>	324
9.4.2.	<i>Erfahrungen zum Projektverlauf</i>	325
9.4.2.1	<i>Medizinisch-therapeutischer Vernetzungsbereich</i>	325
9.4.2.2	<i>Sozialpädagogische Hilfen</i>	326
9.4.3	<i>Beurteilung des Projektverlaufs</i>	326
9.4.4	<i>Fallbeispiel: Integrative Versorgung bei einem Drogen missbrauchenden Jugendlichen (D. Stolle)</i>	327
9.5	<i>Projektstandort Landshut (Bayern): Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Schule (M. von Aster, Ch. Löffler, J. Reithmeier)</i>	334
9.5.1	<i>Konzeption</i>	334
9.5.2	<i>Klinikstandort und Versorgungsgebiet</i>	335
9.5.3	<i>Jugendhilfe</i>	336
9.5.4	<i>Gesundheitswesen</i>	337
9.5.5	<i>Schulwesen</i>	337
9.5.6	<i>Arbeitsverwaltung</i>	338
9.5.7	<i>Beratungs- und Versorgungskonzept zur integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation</i>	338
9.5.7.1	<i>Institutionelle Strukturen</i>	338
9.5.7.2	<i>Zielsetzung und Vorgehensweise</i>	339
9.5.7.3	<i>Kooperationsvereinbarung</i>	341
9.5.7.4	<i>Kostenstruktur</i>	343
9.5.8	<i>Ausgewählte Ergebnisse</i>	344
9.5.9	<i>Kasuistik</i>	348
9.5.10	<i>Schlussfolgerungen</i>	350
10.	<i>Abschluss und Ausblick</i>	353
11.	<i>Literatur</i>	371
12.	<i>Anlagen</i>	379

1. Psychische Krankheit bei Kindern und Jugendlichen

Nach international übereinstimmenden Ergebnissen umfangreicher epidemiologischer Untersuchungen ist davon auszugehen, dass etwa 15% aller Kinder und Jugendlichen Auffälligkeiten ihrer sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung aufweisen, die fachlich abgeklärt werden müssen. 5-6 % aller Kinder und Jugendlichen leiden in einem derart erheblichen Ausmaß unter den Folgen manifester psychischer Erkrankungen, dass sie dringend der Behandlung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bzw. durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedürfen. Das betrifft in der Bundesrepublik Deutschland 880.000 bis 1.050.000 junge Menschen bis zum 20. Lebensjahr.

Seelische Erkrankungen sind häufig unvorhergesehene Ereignisse bzw. Zuspitzungen von schon länger bestehenden problematischen Verhaltensweisen, die den gesamten weiteren Werdegang nicht nur des Kindes, sondern auch seines, in der Regel familiären, Bezugssystems erheblich beeinträchtigen. Für viele Kinder und Jugendliche stellt der Verlust der sozialen Kommunikationsfähigkeit die schwerwiegendste Folge einer seelischen Erkrankung dar. Die Erfahrung sozialer Kontaktverluste, zunehmender Isolation und die Minderung von Fähigkeiten, sich anderen mitteilen und auf ihre Beziehungsangebote antworten zu können, führen zum sozialen Außenseitertum und zum Erleben von Einsamkeit.

Ein weiteres Moment seelischer Erkrankung stellt oft die Beeinträchtigung des Gefühlslebens des Betroffenen dar. Die hohe emotionale Verletzlichkeit des seelisch erkrankten Kindes oder Jugendlichen kann Therapeuten und Familienmitglieder in erhebliche Verwirrung stürzen. Das Aushalten des Auf und Ab guter und schlechter Stimmungen, deren Ursachen von außen nicht erkennbar sind, wie auch die Auseinandersetzung mit verborgen oder offen vorgetragenen Schuldvorwürfen belasten Angehörige und Helfer.

Der Abfall der Leistungsfähigkeit und die Absenkung des früheren Motivations- und Energieniveaus bedrohen die gesamte Entwicklung eines psychisch schwer erkrankten Kindes/Jugendlichen. Oft werden länger bestehen bleibende Einbußen der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit erst im Langzeitverlauf der Erkrankung deutlich. Nur durch

individuell dosierte Forderung und Entlastung können dann Motivation und Entschlusskraft geweckt werden, die notwendig sind, um die unterbrochene Lebens- und Ausbildungsplanung wieder aufzunehmen. Der Kranke benötigt langfristige Unterstützung.

Viele psychische Störungen können ambulant behandelt werden. Andere, wie etwa das Krankheitsbild des Autismus, mutistische Kontaktstörungen, Schulphobie, schwere Essstörungen, Zwangserkrankungen, depressive Erkrankungen oder eine schizophrene Psychose benötigen aufgrund ihrer schwerwiegenden seelischen Beeinträchtigungen zumindest zeitweise stationäre oder teilstationäre klinische Behandlung.

2. Versorgungsstrukturen

Die Therapie psychischer Krankheit bei Kindern und Jugendlichen zielt über die Behandlung von Krankheitssymptomen hinaus stets darauf ab, dem jungen Menschen Erziehung und Bildung trotz seiner Erkrankung sicherzustellen oder wieder zu ermöglichen. Um ein solches Ziel erreichen zu können, sind der betroffene junge Mensch und seine Eltern/Sorgeberechtigten auf die qualifizierte Kooperation der Institutionen und Dienste angewiesen, die für die fachliche Betreuung, Versorgung und Förderung von Kindern Verantwortung tragen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP), die als eine medizinische Fachdisziplin an dieser Aufgabe teilnimmt, versteht sich als Teil eines ganzheitlich orientierten Systems, das ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsmaßnahmen zur medizinischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Volljährigen umfasst. Für ihren Arbeitsauftrag benötigt sie die enge Kooperation mit anderen medizinischen und therapeutischen Diensten, wie niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Sozialpädiatrischen Zentren, Kinderärzten, Ergotherapeuten, Logopäden, Bewegungstherapeuten, Sozial- und Heilpädagogen. Genauso ist sie angewiesen auf die Zusammenarbeit mit anderen Diensten zur Entwicklungsförderung, Erziehung und Beratung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern/Sorgeberechtigten, wie etwa mit psychologischen Beratungsstellen bzw. Erziehungsberatungsstellen. Besonders wichtig ist die enge Beziehung zu den Fachdisziplinen der Jugendhilfe und des Bildungswesens.

Der Auftrag der Jugendhilfe, Eltern durch familienbezogene Hilfemaßnahmen in ihrem Erziehungsauftrag beizustehen und Kindern und Jugendlichen Hilfen zur Verfügung zu stellen, die sie in ihrer Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit unterstützen sollen, ist nach dem SGB VIII ausdrücklich auf den Personenkreis der psychisch behinderten jungen Menschen ausgeweitet worden.

Von seelischer Störung oder Krankheit betroffene Kinder und Jugendliche scheitern zumindest teilweise an den an sie gestellten Anforderungen in der Regelschule. Das heute vorhandene breitgefächerte sonderpädagogische und sonderschulgestützte

Bildungssystem ist für viele Kinder zum Garanten dafür geworden, dass sie trotz ihrer psychischen Beeinträchtigungen zu einer sozialen und kognitiven Entwicklung kommen, die ihrem Leistungsvermögen entspricht. Die Entwicklung neuer Zuversicht im schulischen Leistungsbereich ist Teil des Gesundungsprozesses von seelisch kranken Kindern und Jugendlichen. Die Hilfeplanung muss daher die enge Kooperation mit dem schulischen Bildungssystem einschließen. Es steht außer Frage, dass Erziehungs- und Bildungsaufgaben bei Kindern mit seelischer Erkrankung oder Behinderung langfristig nur erfüllt werden können, wenn schulpädagogische Ziele, Inhalte und Verfahren an der Eigenart der Beeinträchtigung oder an den besonderen Bedürfnissen des seelisch erkrankten oder entwicklungsbeeinträchtigten Kindes oder Jugendlichen ausgerichtet werden. Die fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen der Schulpädagogik und Sonderschulpädagogik müssen in die Planung eines ganzheitlichen Konzeptes von Therapie und Förderung eingebunden werden. Ein wesentlicher Partner vor allem auch bei Fragen der diagnostischen Abklärung ist dabei der Schulpsychologische Dienst.

Mit seinen Untersuchungs- und Präventionsprogrammen sind der Kinder- und Jugendärztliche Dienst und gegebenenfalls auch der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes in die gemeinsame Zielsetzung eingebunden.

Für Kinder mit einer seelischen, körperlichen oder geistigen Behinderung stellt schließlich auch das Leistungssystem der Sozialhilfe wesentliche Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung.

3. Der Auftrag zur Vernetzung

Eltern und ratsuchende junge Menschen halten sich nicht von vornherein an die Vorgaben von fachlichen Zuständigkeitsregelungen. Nicht weil sie dies nicht wollten, sondern vielmehr weil sie die Regularien nicht kennen, oder weil diese ihnen, vielleicht zu recht, auch nicht verständlich sind. Es ist nicht zu bestreiten, dass Eltern und Erzieher ihre Entscheidung darüber häufig zufallsgesteuert vornehmen, ob sie wegen einer gravierenden Störung der sozialen oder emotionalen Entwicklung ihres Kindes die Einrichtungen der Jugendhilfe oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Anspruch nehmen sollen. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte darin liegen, dass ihnen die unterschiedlichen Leistungsmöglichkeiten der einzelnen Dienste nicht hinreichend bekannt sind.

Fehlerhafte Erwartungen an die Leistungsfähigkeit einer angesprochenen Institution treffen andererseits nicht selten auf eine ebenso fehlerhafte, „angebotsorientierte“ Handlungsweise, wenn der angesprochene Fachdienst vor allem die Maßnahmen zur Anwendung bringen möchte, die von ihm vorgehalten werden. Beratung und Therapie sind ohne vorherige Klärung der Fragestellung und ohne eine qualifizierte, alle relevanten Aspekte erfassende Diagnostik verfehlt. Die adäquate Indikationsstellung einer kooperativ verantworteten Intervention setzt voraus, dass die Mitarbeiter der verschiedenen Fachdienste jeweils über eine gewisse „differential-diagnostische“ Entscheidungskompetenz verfügen, die es ihnen erlaubt, wirksame Hilfen gemeinsam einzuleiten und verantwortlich mitzugestalten.

Eine frühzeitige Einbeziehung des komplexen Hilfesystems ist für seelisch kranke Kinder, die auf Hilfen mehrerer Institutionen angewiesen sind, unverzichtbar. Die kompetente Abstimmung zwischen den beteiligten Helfern und ihren unterschiedlichen fachlichen Sichtweisen wird erleichtert, wenn administrative Fragestellungen bis hin zur Kostenklärung die Hilfeplanung begleiten. Entscheidungen über Sozialhilfemaßnahmen müssen das Problem der örtlichen und überörtlichen Kostenträgerschaft berücksichtigen und einzelfallorientiert lösen. Wenn es gelingt, zwischen den Fachdisziplinen, die Familien und ihren seelisch beeinträchtigten Kindern Hilfen anbieten, Übergänge zu gestalten, können unnötige Verständigungs- und Handlungsschwierigkeiten vermieden

werden. Dadurch können Belastungen der betroffenen Kinder und Familien erheblich reduziert und die Effektivität vorhandener Hilfemöglichkeiten gesteigert werden. Es ist davon auszugehen, dass eine gute Kooperation der Garant dafür ist, notwendige Hilfen effektiver auf die einmalige Individualität und Lebenssituation eines psychisch erkrankten jungen Menschen auszurichten. Hier liegt ein Schwerpunkt des Behandlungsauftrages des kinder- und jugendpsychiatrischen Facharztes. Seine Verantwortung in diesem Bereich steht im Mittelpunkt der hier vorgelegten Untersuchung.

4. Die Position der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Als es 1973 im Rahmen der vom Deutschen Bundestag angestoßenen Psychiatrie-Enquete den Fachdisziplinen der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelang, die Politik nachdrücklich auf die desolaten Verhältnisse der stationären und ambulanten Versorgung der psychisch kranken Menschen in unserem Land aufmerksam zu machen und einen Aktivitätsschub zu deren Verbesserung einzuleiten, gab es im damaligen Bundesgebiet 73 Ärzte und Ärztinnen, die die Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie führten. 1969 war dieser Facharzt überhaupt erst eingeführt worden.

Im Dezember 1987 waren 65 Kolleginnen und Kollegen in eigener Praxis niedergelassen. 1990 gab es bereits 540 Kinder- und Jugendpsychiater in der damaligen Bundesrepublik Deutschland, von denen 473 berufstätig waren. Ende 2002 hatte sich diese Zahl in nunmehr nur acht Jahren um das Doppelte auf 1200 gesteigert. Gegenwärtig sind in Deutschland ca. 500 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie niedergelassen. In 135 Kliniken und Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie stehen rund 5500 klinische Behandlungsplätze zur Verfügung. Der Versorgungsbedarf ist angesichts der nach wie vor hohen Inanspruchnahme der Fachdienste vor allem im ambulanten Bereich noch immer nicht gedeckt.

Bereits in der damaligen Bedarfsschätzung der Enquete wurde darauf hingewiesen, „dass gerade jene Gruppen der Bevölkerung, bei denen im Zusammenhang mit ihrer sozioökonomischen Lage besondere Risiken für andauernde psychische Störungen vorhanden sind, zu präventiven und therapeutischen Maßnahmen kaum aus eigener Initiative Zugang finden“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200).

Die Programmatik der Enquete-Arbeitsgruppe hat an Gültigkeit und Aktualität nach 30 Jahren nicht verloren, wenn sie feststellte, dass „die Versorgung verhaltensauffälliger, leistungsbeeinträchtigter, psychisch gestörter, kranker und behinderter junger Menschen die gemeinsame Aufgabe von Berufsgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der diagnostischen und therapeutischen Spezialisierung“ ist. „Das somatische, psychosoziale und soziokulturelle Bedingungsgefüge psychischer Störungen macht eine enge

Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen erforderlich. Ohne eine solche Kooperation besteht die Gefahr, dass jeweils wesentliche Sachverhalte - zum Nachteil der Kinder und Jugendlichen - unberücksichtigt bleiben“.

Auch die Notwendigkeit der diagnostischen und therapeutischen Ausrichtung des medizinischen Fachgebietes der KJPP auf das Lebensumfeld des jungen Patienten wurde schon damals betont. So hieß es: „Für Kinder und Jugendliche sind vor allem die Familie und die Sozialinstitutionen (Kindergärten, Schulen usw.) diejenigen Beziehungsfelder, in denen Risiken für die Entstehung psychischer Störungen zusammentreffen, in denen Auffälligkeiten zu Reaktionen führen und in denen aber auch Kinder und Jugendliche einen Platz und eine Rolle finden sollen, die unter einer, wie auch immer gearteten, Beeinträchtigung leiden. Sie sind der Ort, wo einer Ausgliederung entgegengewirkt und Eingliederung gefördert werden kann ... Eltern wie Mitarbeiter der Sozialisationsinstitutionen müssen - ohne selber über eine entsprechende berufliche Spezialisierung zu verfügen - durch die dafür ausgebildeten Spezialisten dazu befähigt und dabei unterstützt werden, Probleme im Umgang mit auffälligen Kindern soweit wie möglich in ihren Beziehungsfeldern selbst zu lösen“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200).

Bei der ärztlichen Arbeit mit psychisch kranken Kindern- und Jugendlichen muss also die Kooperation mit den Eltern und anderen nichtärztlichen Berufsgruppen geleistet werden, wenn Therapie kausal und nicht nur palliativ wirksam sein soll. Eine Einordnung dieser ganzheitlichen, integrativen multimodalen Patientenversorgung in das ärztliche Gebührensystem, das die Honorierung der ärztlichen Leistungen im Bereich der niedergelassenen Praxen regelt (EBM), stieß zunächst auf Schwierigkeiten. Der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztliche Leistungsvergütung) sieht nur die unmittelbare Finanzierung ärztlicher bzw. ärztlich delegierter Leistungen vor. Die Komplexleistung macht hingegen den Einsatz und damit auch die Finanzierung nicht ärztlicher Leistungen durch andere Professionen wie Sozialpädagogen, Ergotherapeuten oder Heilpädagogen erforderlich, die unter Aufsicht des Arztes in seiner Praxis tätig werden müssen. Nachdem eine Effektivitätsstudie des vorgeschlagenen Versorgungsmodells durchgeführt worden war (Schydlo, R. & H.-J. Heubach, 1992),

konnte 1994 mit der „Sozial-Psychiatrie-Vereinbarung“ (SPV) eine kassenrechtliche Grundlage für die Honorierung geschaffen werden (siehe Anlage 8 und Moik, Ch. K. D.: Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 10. Jahrgang, Heft 2 – 2000, S. 27 - 39). Seitdem haben alle Ersatzkrankenkassen in Deutschland Verträge zur Versorgung nach der SPV vereinbart. Die in den Primärkassen zusammen geschlossenen Kostenträger haben die Vereinbarung jedoch bis heute erst in der Hälfte der Kassenärztlichen Versorgungsbezirke vollständig umgesetzt. Damit behindern auch betriebswirtschaftliche Gründe noch immer die flächendeckende, fachlich geforderte und mögliche vernetzte Arbeit der KJPP.

Ein wesentliches Prinzip der KJPP lautet, dass Diagnostik und Therapie „so ambulant wie möglich“ erfolgen sollen, um dem betroffenen Kind die Lebens- und Erziehungskontinuität zu erhalten, die nicht selten durch seine Erkrankung bedroht ist. Dies setzt für Kinder und Familien erreichbare Möglichkeiten der Behandlungskontinuität in vernetzten Strukturen von Praxis und Klinik voraus.

5. Projektplanung

5.1 Konzeption: Fragestellung und Zielsetzung

Gegenstand des Projektes ist die Qualitätssicherung der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Entwicklung und Untersuchung von Möglichkeiten der vernetzten Versorgung mittels gemeinsamer und aufeinander abgestimmter ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlungsmaßnahmen in kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Facharztpraxen, Kliniken und Institutsambulanzen einschließlich der Prüfung dafür notwendiger Finanzierungsmodelle. Das Projekt bestand aus zwei Hauptteilen: Als bereits vorhandenes Versorgungsinstrument sollte der in den Praxen der niedergelassenen Fachärzte für KJPP tatsächlich geleistete Beitrag der Sozialpsychiatrischen Versorgung zur integrativen Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen untersucht werden. Der zweite, Teil des Projektes zielte ab auf die Entwicklung und Erprobung von vernetzten Organisationsstrukturen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich innerhalb der KJPP in ausgewählten Regionen. In beiden Untersuchungsfeldern sollten die Zugangs- und Zuweisungswege in der Kooperation mit anderen Diensten der medizinischen Versorgung und mit den komplementären Fachdiensten der Jugendhilfe und der Schulen einbezogen werden.

Voraussetzung für die Umsetzung der im Projekt neu konzipierten Versorgungsmodelle ist deren Finanzierungsmöglichkeit. Die Kostenträger signalisieren gegenwärtig prinzipiell hohes Interesse an Versorgungsformen, die die Verzahnung ambulanter und klinischer Leistungssysteme möglich machen. Es war Teil des Projektes, wenn möglich mit den Kostenträgern und den im Projekt konkret tätig werdenden Leistungserbringern, entsprechende Finanzierungsformen zu erarbeiten bzw. durch Anwendung der gesetzlichen Leistungszuständigkeiten Kombinationslösungen zwischen Praxen, Kliniken und Institutsambulanzen zu nutzen. Das Projekt beabsichtigte vordringlich die effektive „Verzahnung“ vorhandener Leistungssysteme und zielte nicht auf die Schaffung neuer Leistungstatbestände.

Das Projekt verlief in den nachfolgend dargestellten Phasen.

5.2 Phase 1: Evaluation des Beitrages der Sozialpsychiatrischen Versorgung zur integrativen Behandlung in der KJPP

5.2.1 Die Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV)

Zur Gestaltung vernetzter Behandlung steht für die niedergelassenen Fachärzte und Fachärztinnen für KJPP das Instrument der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) zur Verfügung (s. Anlage 8), die in etwa 50% der in Deutschland bestehenden 500 Facharztpraxen angewandt wird.

Am 01.07.1994 trat die „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Ersatzkassenbereich (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)“ in Kraft. Die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln, - einerseits - und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg, sowie dem AEV - Arbeiter Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg, - andererseits - geschlossene Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht der gezielte Ausbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) jedoch nicht aufgeführt werden. Die Vertragspartner erfüllen damit zudem den in § 85 Abs. 2, Satz 4 und § 43a SGB V vorgegebenen gesetzlichen Auftrag. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden (§ 1). An der Vereinbarung können Ärzte teilnehmen, die die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater erworben haben sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit entsprechender Qualifikation, d. h. mit

mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn sie die in den §§ 3 und 4 genannten Voraussetzungen erfüllen und sich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichten, eine qualifizierte sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sinne dieser Vereinbarung sicherzustellen (§ 2).

Die Vereinbarung regelt die Kooperation mit komplementären Diensten, indem sie in § 3 bestimmt:

(1) „Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleisten. Hierdurch müssen - zusätzlich zu den in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungs- und verordnungsfähigen Leistungen - die in der Anlage zu dieser Vereinbarung aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sichergestellt werden.“

Entsprechend dieser Anlage gehören hierzu:

Diagnostik: 1. Neuropsychiatrische Diagnostik unter Einbeziehung aller klinisch relevanten somatischen Befunde.

2. Umfassende Diagnostik der Entwicklung und des Sozialverhaltens, einschließlich der Verhaltensbeobachtung im sozialen Umfeld.

3. Interaktions- und Beziehungsdiagnostik einschließlich bio-graphischer Anamnese und Beobachtung des Patienten im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und seiner Umwelt.

4. Spezifische Testdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung.

Therapie: 1. Erstellen von individuellen Therapieplänen unter Einbeziehung der jeweils erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Maßnahmen.

2. Koordination und verantwortliche Begleitung des therapeutischen Prozesses.

3. Beratung der Bezugspersonen, ggf. mit Anleitung zur Verhaltensänderung.

4. Sozialberatung des Patienten und seiner Bezugspersonen.

5. Intervention bei psychosozialen Krisen, einschließlich der erforderlichen Kontaktnahmen z. B. zu Behörden und Schulen.
6. Heilpädagogische und soziotherapeutische Maßnahmen.
7. Psychotherapeutische Maßnahmen.
8. Entwicklungstherapeutische Maßnahmen (z. B. Ergotherapie, Logopädie).

(2) „Für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen dem Praxisteam mindestens ein Heilpädagoge und ein Sozialarbeiter bzw. eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation angehören. Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit des Heilpädagogen und des Sozialarbeiters im Praxisteam soll zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Für die genannten nichtärztlichen Mitarbeiter müssen mindestens 2 eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen.

(3) Sind Diplompsychologen, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten in der Praxis nicht beschäftigt, hat der Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung unter Bezeichnung von Name und Anschrift nachzuweisen, dass er mit den betreffenden komplementären Berufen im Bedarfsfall kooperiert.

(4) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat sicherzustellen, dass neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der in Abs. 2 und 3 genannten komplementären Berufe stattfinden.“

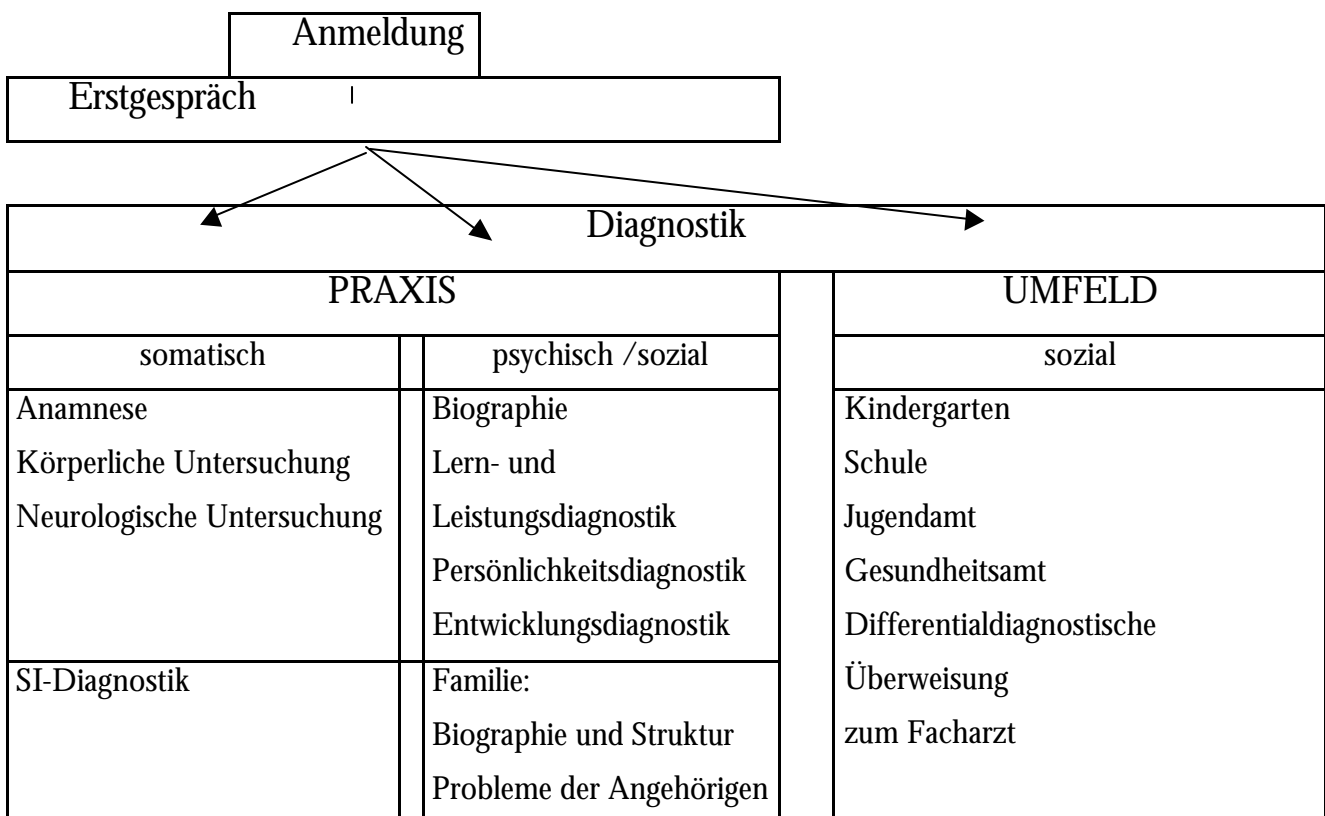
Die geforderte interdisziplinäre Arbeitsausrichtung des Arztes betrifft somit alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Die SPV-Behandlung will die interdisziplinäre Fachkompetenz der für eine erfolgreiche Hilfe notwendigen Maßnahmen im Sinne einer horizontalen Vernetzung zusammenführen.

5.2.2 Notwendige Leistungs- und Kommunikationsstrukturen einer Praxis für KJPP unter den Bedingungen der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV-Praxen)

Die Binnenstruktur der KJPP-Praxis mit Versorgung nach der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) ist auf die Kooperation mit den Familien und auf den im Einzelfall notwendigen interdisziplinären Dialog der Praxisteam-Mitglieder untereinander sowie gegebenenfalls auch mit den Institutionen des Umfeldes angelegt. KJPP-Praxen mit SPV ähneln sich strukturell, wenn man die praxisinternen Organisationsstrukturen ansieht. Der Weg eines Patienten (Abb. 5.1) führt über die Anmeldung zum Arzt und zu einem bis mehreren nichtärztlichen MitarbeiterInnen.

Die Mitglieder des multidisziplinären Behandlungsteams nehmen arbeitsteilig eine medizinische, psychologische und sozial-therapeutische Diagnostik der Problematik des Patienten unter Einbeziehung von Eltern/Sorgeberechtigten, ErzieherInnen, LehrerInnen, SozialpädagogInnen etc. vor. Die erzielten diagnostischen Ergebnisse werden unter Leitung des Facharztes zu einer ganzheitlichen Bewertung zusammengeführt und diagnostisch eingeordnet.



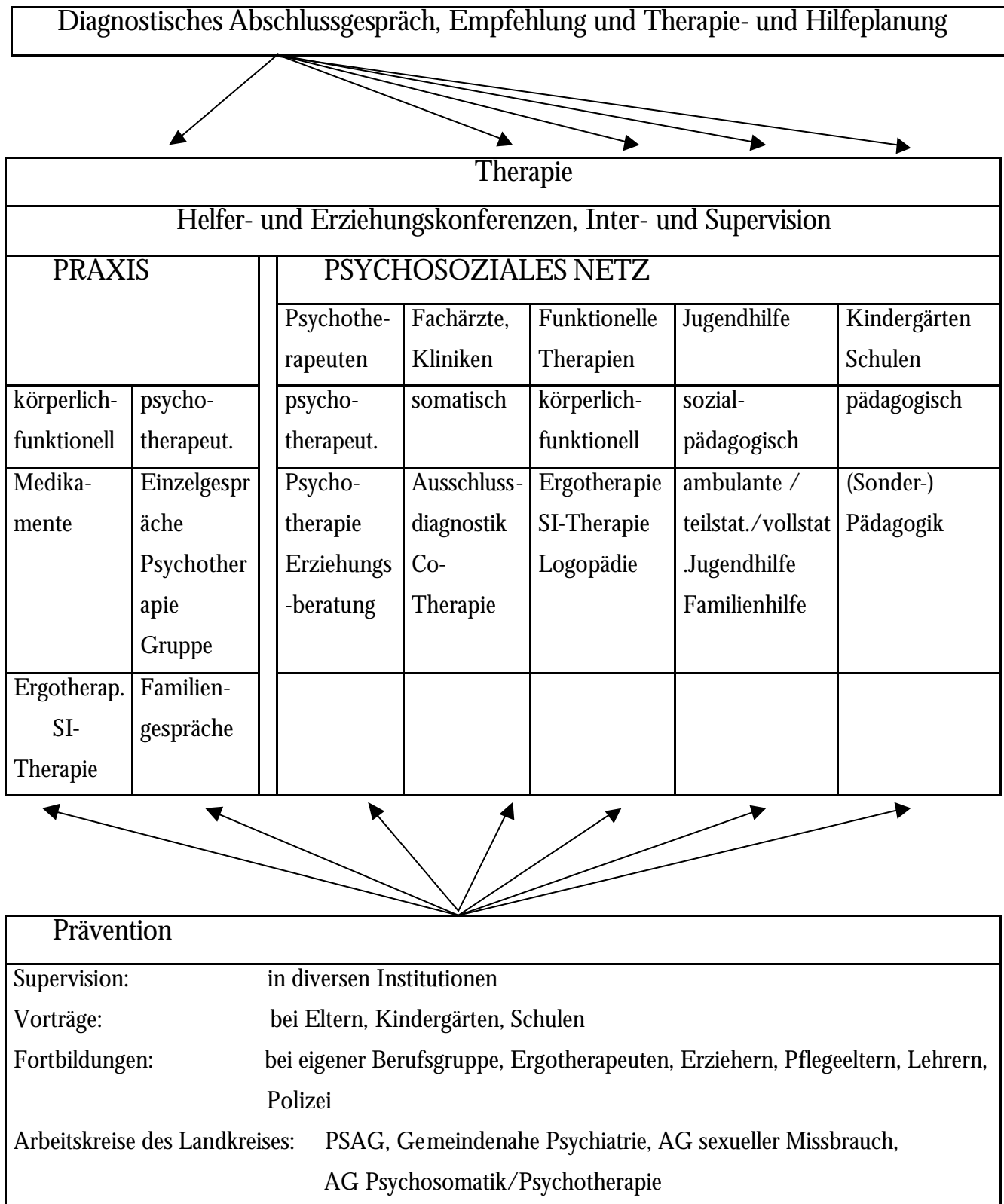


Abbildung 5.1: Flussdiagramm - Diagnose und Therapie in der „KJPP-Praxis mit SPV“

Das Vorgehen begründet die daraus abgeleitete differenzierte Entscheidung der erforderlichen multiprofessionellen Therapie und vernetzten Hilfeplanung.

Zuordnung der Störungen zu den diagnostischen Verfahren und Begriffen, die in der SPV genutzt werden			
	somatisch	psychisch	sozial
Einzelner	<i>körperliche Störungen</i> körperliche Untersuchung apparative Verfahren (EEG u.a.)	<i>Intrapersonale Störungen</i> Einzelbiographie Entwicklungsstand Testpsychologie Strukturdiagnose Individualnormen	<i>Sozialisationsmängel</i> <i>Abweichendes Verhalten</i> Fremdanamnese Umfeldbefragung Sozialisationsstand
Familie	<i>vererbte Störungen</i> <i>Misshandlungen</i> und <i>Missbrauch in der Familie</i> Medizinische Familienanamnese	<i>Dysfunktionale</i> <i>Familienstrukturen</i> <i>Paarkonflikte</i> <i>Interpersonale Konflikte</i> <i>Sucht</i> Familienbiographie Familien- und Strukturdiagnostik Familiennormen Rollenkonflikte	<i>Soziale Notlagen</i> <i>Trennungen</i> <i>Kriminalität</i> Fremdanamnese Umfeldbefragung Soziale Lage der Familie
Soziales Umfeld	<i>Katastrophen</i> <i>Unzureichende</i> <i>Lebensbedingungen</i> Epidemiologie Endemiologie	<i>Diskriminierung</i> <i>Delegation</i> <i>Spaltung</i> <i>Institutionelle Konflikte</i> teilnehmende Beobachtung: soziale Akzeptanz Informationsstand Kollektivnormen	<i>Versorgungslücken</i> <i>Präzedenzfalldenken</i> <i>Politische(Un-)Erwünschtheit</i> Institutionelles Wissen über: gesetzliche Regelungen verfügbare Hilfen Antragswege Hinderungsgründe Statistiken

Abbildung 5.2: Diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozess

Das diagnostische und therapeutische Vorgehen der KJPP-Praxis mit SPV und ihre diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozesse können in einer 9-Felder-Tafel (Roosen-Runge, 2000) zusammengefasst werden (Abb. 5.2).

Je nach den Schwerpunkten der Störungen im somatischen, psychischen oder sozialen Kontext des Patienten werden medizinische, psychiatrisch-psychotherapeutische, systemische, sozialtherapeutische und/oder pädagogische Maßnahmen als Einzelinterventionen oder als parallel geschaltete Hilfen nötig. Je nach notwendiger Intervention und den lokalen Möglichkeiten des psychosozialen Netzes werden nun die dazu erforderlichen Therapeuten und Dienste angesprochen. Die Durchführung der individuell angepassten Therapiepläne erfordert die Zusammenarbeit komplementärer Berufsgruppen, die unterschiedlich gewichtete Tätigkeitsfelder und Interventions-Paradigmen haben. Die diagnostischen Leistungen werden weitgehend innerhalb der KJPP-Praxen mit SPV erbracht, auch wenn das Patientenumfeld anamnestisch befragt wird. In der Maßnahmenplanung werden oft Jugendämter, Schulen, Kindergärten, Ergotherapeuten u.a.m. angesprochen und in die multimodalen Therapiekonzepte einbezogen. Praxismitarbeiter fahren auch zu Helfer-, Erziehungs- und Schulkonferenzen vor Ort oder besuchen z.B. Ergotherapiepraxen. Die beteiligten Helfer müssen sich professionell zuarbeiten und durch ein gemeinsames Ziel untereinander und mit dem Patienten und seinen Eltern verbunden sein. Sie müssen sich zu einer „Patienten-Helfer-Gruppe (PHG)“ formieren, die sich auf den professionell-formalen, organisatorisch-informellen und persönlich-psychodynamischen Ebenen versteht und kennt. Dem Facharzt kommt neben der ärztlichen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Kernfunktion die Rolle des Fallmoderators innerhalb dieser Gruppe zu.

Je nach der Ausstattung des lokalen psychosozialen Netzes, der Ärztedichte, der Verfügbarkeit von Kliniken und Kollegen im Umfeld sehen die realen „PHGs“ von Fall zu Fall, von Umfeld zu Umfeld und von Praxis zu Praxis verschieden aus, auch wenn das Grundprinzip der Komplexleistung überall sehr ähnlich bleibt.

Zuordnung der Störungen zu den therapeutischen Maßnahmen und Hilfen, die in der SPV genutzt werden können			
	somatisch	psychisch	sozial
Einzelner	<i>körperliche Störungen</i> Medikamente funktionelle Therapien	<i>Intrapersonale Störungen</i> Einzel(psycho-)therapie Lernhilfen	<i>Sozialisationsmängel</i> <i>Abweichendes Verhalten</i> Jugendhilfe Gruppentherapie Freizeitgestaltung
Familie	<i>vererbte Störungen</i> <i>Misshandlungen und</i> <i>Missbrauch in der Familie</i> Med. Beratung Überweisungen <i>Rechtsweg</i>	<i>Dysfunktionale</i> <i>Familienstrukturen</i> <i>Paarkonflikte</i> <i>Interpersonale Konfl.</i> <i>Sucht</i> Elterntraining Erziehungsberatung Familientherapie Elterngruppen	<i>Soziale Notlagen</i> <i>Trennungen</i> <i>Kriminalität</i> Hilfe zur Erziehung Rechtsberatung/-weg
Soziales Umfeld	<i>Katastrophen</i> <i>Unzureichende</i> <i>Lebensbedingungen</i> gesundheitspolizeiliche Interventionen Organisation von Hilfen Aufklärungs- und Prä- ventionskampagnen	<i>Diskriminierung</i> <i>Delegation</i> <i>Spaltung</i> <i>Institutionelle Konflikte</i> formelle und informelle Versorgungsnetze Arbeitskreise Inter- und Supervision	<i>Versorgungslücken</i> <i>Präzedenzfalldenken</i> <i>Politische (Un-)Erwünschtheit</i> Helferkonferenzen Fortbildungen Arbeitskreise Politisches Engagement

Abbildung 5.3: Diagnostischer und therapeutischer Entscheidungsprozess

Die SPV-Praxis passt sich dem Umfeld kompensatorisch an, prägt es aber auch dialogisch im Sinne einer ganzheitlichen Patientenversorgung. Nicht zufällig sind fast alle

Kinder- und Jugendpsychiater, welche die SPV umsetzen, in der lokalen und regionalen Gesundheits- und Schulpolitik, in Arbeitskreisen, Fortbildungsveranstaltungen und Supervisionen engagiert (Abb. 5.3).

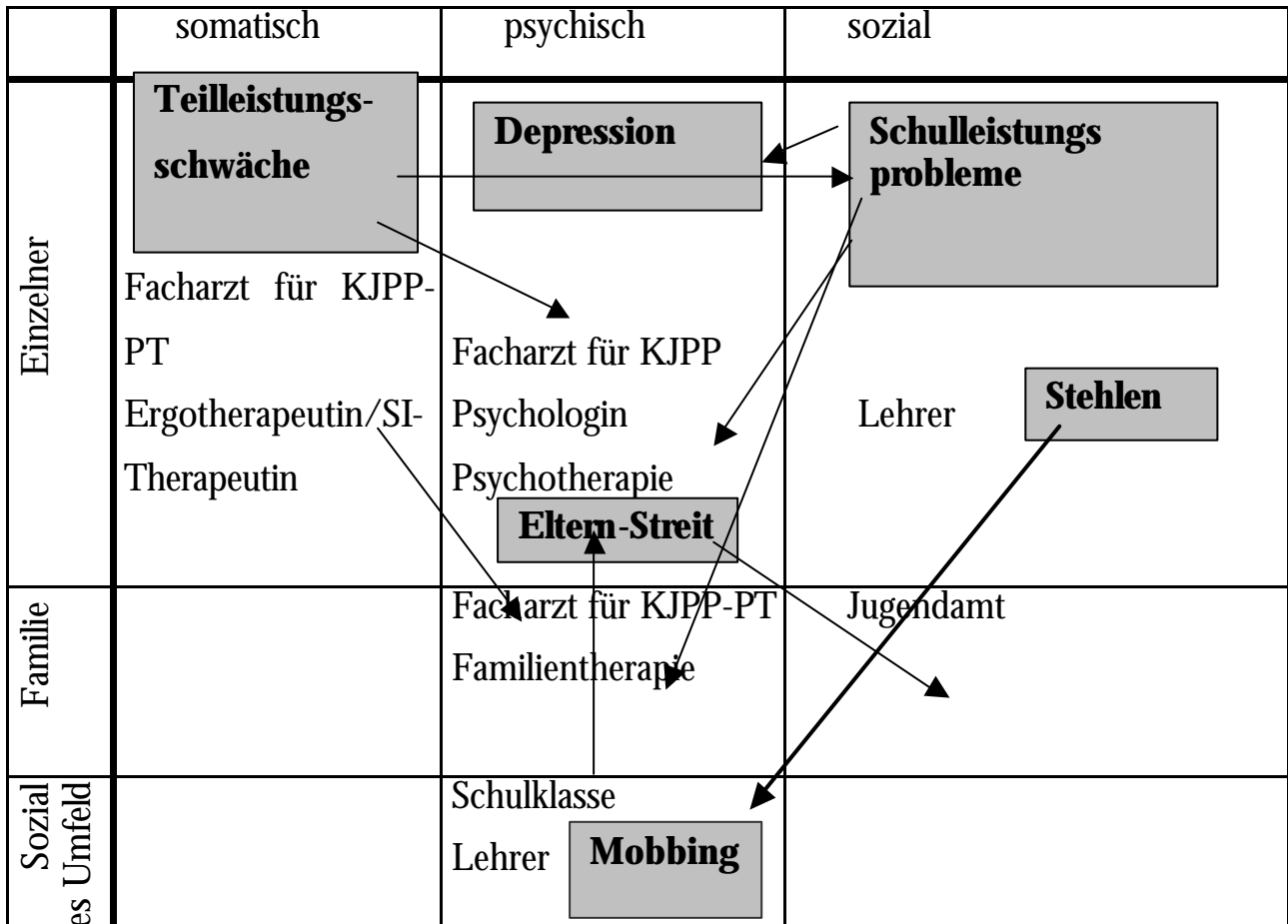
In den Abbildungen 5.4 und 5.5 wird an zwei konkreten Beispielen das Vorgehen im Einzelfall exemplarisch dargestellt. Je nach Störungsfokus einer primären Erkrankung im somatischen, psychischen oder sozialen Kontext des Patienten werden andere medizinische, psychiatrisch-psychotherapeutische, systemische, sozialtherapeutische und/oder pädagogische Maßnahmen als Einzelinterventionen oder als parallelgeschaltete Hilfen nötig.

Nach Analyse der Symptomatik, ihrer kausal-hierarchischen Dynamik der internen und/oder externen Ursachen wird ein Therapie- und Hilfeplan aufgestellt. Hilfe muss primär in dem Bereich ansetzen, in welchem die Störung ihren Ursprung nimmt. Hilfen werden dort eingeplant, wo die Ressourcen des Patienten und seiner Eltern nicht ausreichen, die Probleme selber zu lösen.

Es kommt entsprechend der „hierarchischen“ Anordnung der Störungen und Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen auch zu einer entsprechenden Gewichtung der therapeutischen Schritte und ihrer Abfolge durch die tätig werdenden Therapeuten und Helfer.

Am Beispiel einer Teilleistungsstörung wird in Abbildung 5.4 veranschaulicht, wie sich die ursächlich dem somatischen Bereich zuzuordnende Primärstörung auf die psychische und soziale Ebene auswirken kann und eventuell direkt die Entwicklung eines depressiven Erlebens oder erst über den „Umweg“ manifester Schulleistungsstörungen die Entwicklung eines depressiven Erlebens einleiten kann.

Es ist aber auch eine reaktive Fehlentwicklung des Sozialverhaltens als symptomatischer Ausdruck depressiven Erlebens denkbar, mit welcher ein Kind im Sinne eines negativen Kompensationsversuches anzeigt, dass es den gestellten Leistungsanforderungen nicht mehr zu entsprechen vermag, oder mit welcher es gegen diese offen opponiert und damit die Konfrontation mit seinen Eltern auslöst.



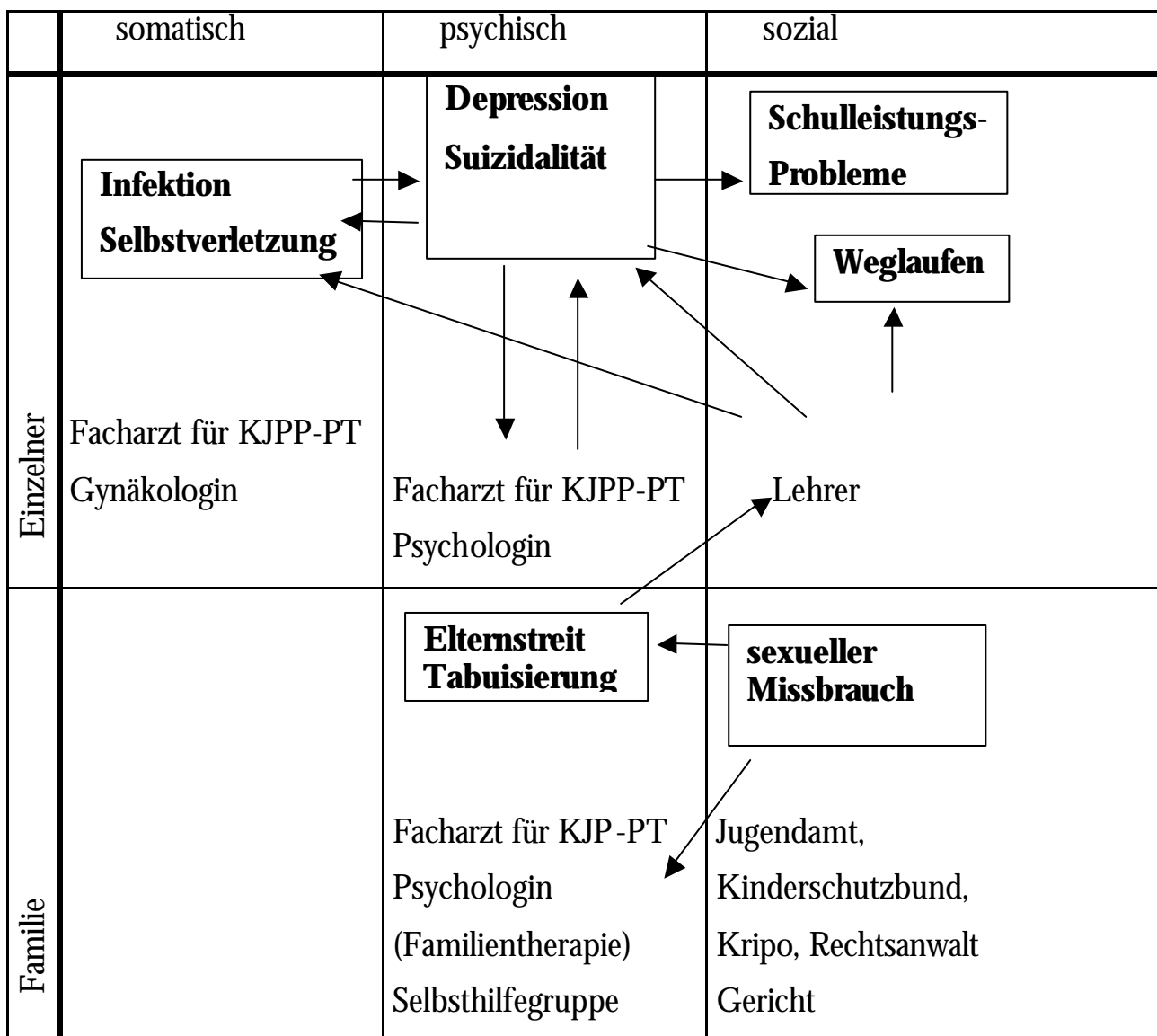
Der 9-jährige Patient wird in der KJPP-Praxis auf Anraten des Lehrers wegen zunehmend schlechter Schulleistungen, Stehlen von Schulbroten in der Klasse und Mobbing durch Klassenkameraden vorgestellt. Das Jugendamt sei durch andere Eltern auf den Patienten aufmerksam gemacht worden. Die Eltern berichten über langjährigen Elternstreit wegen des richtigen Erziehungsstils.

Nach Abschluss der diagnostischen Phase ist ein Bild der inneren Dynamik des komplexen Störungsbildes entstanden, aufgrund dessen ein Therapieplan entworfen werden kann. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse wird angenommen, dass die Störungen primär durch die sensorischen Handicaps des Kindes infolge einer massiven auditiven und taktilen Teilleistungsstörung ausgelöst werden, die sekundäre und tertiäre Folgestörungen beim Patienten, in der Familie und im Umfeld verursachen. Ergo- und SI-Therapie müssen also vorrangig bei einer Therapie der somatisch-sensorischen Schwächen des Patienten ansetzen. Einzel- und familientherapeutische Gespräche dienen der Entwicklung angemessener Coping-Strategien der Eltern. Die Schule ist nicht der Ort der Therapie. Der Lehrer wird aber über die Untersuchungsergebnisse informiert. Es wird ein enger Informationsaustausch zwischen Lehrer, Eltern und Therapeut vereinbart. Ebenso wird das Jugendamt eingebunden, ohne eine aktive Jugendhilfemaßnahme anbieten zu müssen.

Abbildung 5.4: Beispiel eines Patienten mit Teilleistungsstörungen, sekundärer Neurotisierung und Störung des Sozialverhaltens

Schließlich können Teilleistungsstörungen gravierende Störungen einer altersgemäßen sozialen Orientierung zur Folge haben, die schon früh den Entwicklungsprozess des Kindes beeinträchtigen und das Erleben einer sozialen Außenseiterrolle begünstigen. Diese wiederum können zum Entstehen von Insuffizienzgefühlen, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit bis hin zu gravierenden depressiven Störungen beitragen.

In Abbildung 5.5 sind die möglichen Zuordnungen therapeutischer Handlungsnotwendigkeiten für einen Patienten mit sexueller Missbrauchserfahrung dargestellt.



Soziales Umfeld	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Kompetenzstreit der Helfer </div> <p>Facharzt für KJP-PT Jugendamt Kinderschutzbund</p>	
<p>Die 13-jährige Patientin wird von der Mutter ohne Wissen des Vaters in der Praxis wegen plötzlich aufgetretener schlechter Noten in der Schule, Bauchschmerzen, Ritzens der Arme bei Stress, Weglaufens und „Ausrastens“ in der Familie vorgestellt. Die Eltern lägen im Streit darüber, ob erzieherische Härte oder Verständnis für ihr Pubertätsverhalten angesagt sei. Das Jugendamt und die Polizei, die wegen Suchmeldungen nach Weglaufen und Selbstmordankündigungen eingeschaltet worden seien, fühlten sich nicht zuständig und hätten zur Hilfe auf die Praxis verweisen. Die Realschule drohe mit Querversetzung in die Hauptschule.</p> <p>Die Patientin erklärt, alle hätten „keine Ahnung“, und sie lehne die angedrohten Konsequenzen ab. Sie sei aber bereit, zu einigen „Probestunden“ zur Psychologin zu kommen. In der dritten Stunde berichtet sie, dass sie von einem in der Familie wohnenden Onkel seit mehreren Monaten sexuell missbraucht werde. Ihre Eltern täten so, als merkten sie nichts. Ihr Vater „hält sowieso zu seinem Bruder“. Sie wisse nicht, wie sie sich in dieser Lage verhalten solle und sei seitdem „wie verrückt“ (Selbstverletzung, Ausnahmezustände, Leistungsstörungen).</p> <p>Die innere Dynamik des komplexen Störungsbildes nahm und nimmt ihren Ausgang beim fortgesetzten Missbrauch durch den Onkel. Die Hilfen durch das Jugendamt und evtl. Gerichte müssen also primär die Missbrauchshandlungen unterbinden und für eine äußere Sicherheit der Patientin sorgen. Nur dann haben psychotherapeutische (Einzel- und Familientherapie) und internistische Maßnahmen (antibiotische Therapie durch den Gynäkologen) Aussicht auf nachhaltigen Erfolg. Manche Verhaltensweisen erklären sich aus der inneren und äußeren Lage der Patientin vor Aufdeckung des Missbrauches und benötigen keine eigene Therapie.</p>		

Abbildung 5.5: Beispiel einer Patientin mit einer posttraumatischen Belastungsreaktion nach sexuellem Missbrauch

5.2.3 Evaluation des Beitrages der Sozialpsychiatrischen Versorgung entsprechend SPV zur integrativen Behandlung in der KJPP

Durch Analyse von „Patientenkarrieren“ aus den für das Projekt ausgewählten Praxen sollten charakteristische ambulante Versorgungsstrategien beschrieben werden. Unter Mitwirkung von 6 Praxen, die Patientenversorgung nach den Vorgaben der SPV betreiben, wurden deren diagnostische, therapeutische und hilfepflegerischen Entscheidungs- und Handlungsabläufe bezüglich ihrer fachlichen Entscheidungsmuster sowie des personellen und zeitlichen Ressourcenverbrauches untersucht. Besondere Beachtung sollten die Art und der Umfang der angewendeten kooperativen Behandlungsformen finden.

5.3 Phase 2: Konzeptionelle Entwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich in der KJPP

5.3.1 Vernetzte Versorgung durch Kliniken für KJPP

Die strukturellen Möglichkeiten vernetzter Behandlung im stationären und teilstationären Bereich der Kliniken sind im Fachgebiet der KJPP geregelt durch die Instrumente der Psychiatrie-Personalvereinbarung (Psych-PV) und der Institutsambulanz. Mit der im Bereich der Krankenhaus-Medizin einmaligen Rechtsverordnung der 1991 in Kraft getretenen Psych-PV leistete der Gesetzgeber einen wesentlichen Beitrag zur Konkretisierung der qualifizierten Kooperation medizinischer und nichtmedizinischer Dienste bei der ganzheitlichen Behandlung psychisch kranker Menschen, die der klinischen Behandlung bedürfen. Auf der Basis des fachlichen Konsenses darüber, dass bei der Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder von einer Wechselwirkung somatischer/hirn-organischer, psychischer/biographischer und sozialer Dimensionen auszugehen ist und dass deshalb eine Therapie durch ein multiprofessionelles Team erforderlich ist, gehören auch dem klinischen Behandlungsteam neben Ärzten, Psychologen und Krankenpflegekräften Erzieher,

Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten und Sprachheiltherapeuten an.

Klinische Behandlung ist nur dann erfolgreich, wenn sie den Betroffenen so rasch wie möglich dazu befähigt, gegebenenfalls unter ambulanter Weiterbehandlung, in sein gewohntes Lebensumfeld zurückzukehren. Die stationäre/teilstationäre Therapie muss daher die dafür notwendigen flankierenden prä- und poststationären Hilfe- und Behandlungsmaßnahmen von Anfang an miteinbeziehen. Diesem Ziel dient für spezielle Problemgruppen das Instrument der Institutsambulanz und vor allem die effektive Kooperation mit den niedergelassenen Fachkollegen und Fachkolleginnen im Sinne einer vertikalen Vernetzung.

Aus klinischer Sicht bestehen prinzipiell Verzahnungsmöglichkeiten zwischen vollstationärer und teilstationärer Behandlung wie auch zwischen Klinik und angeschlossener Institutsambulanz.

Als weitere Instrumente der vernetzten Behandlung zwischen Praxis und Klinik kommen das sogenannte Hometreatment, die Behandlung psychisch kranker, klinisch behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher im häuslichen Umfeld, das Belegarztmodell oder ein qualifizierter Liaisondienst in Betracht, in welchen sowohl in der Niederlassung tätige als auch klinische Therapeuten einbezogen werden könnten.

5.3.2 Konzeptionsentwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen Praxis und Klinik

Es sollten Organisationsmodelle entwickelt werden, die eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung unter Einbeziehung weiterer Dienste zur psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder erlauben. In der Regel handelt es sich dabei um prinzipiell klinisch behandlungsbedürftige Patienten oder um Kinder und Jugendliche, deren klinische Behandlungsbedürftigkeit abzuklären ist. Das Projekt sollte sich auf besondere Zielgruppen beziehen, wie etwa Kinder und Jugendliche mit:

- dem Bedarf einer stationären Krisenintervention,
- tiefgreifenden Entwicklungsstörungen,
- posttraumatischen Belastungsstörungen mit ausgeprägter Symptomatik,
- schwerwiegenden Krankheitsbildern, die voraussichtlich längere fachärztliche Behandlung benötigen. Hierbei sind auch Krankheitsbilder zu beachten, die im Krankheitsverlauf durch krisenhafte Symptomverschärfung kurzzeitiger klinischer Interventionen bedürfen.

Die zuvor analysierten und im Sinne von Ablaufvorschlägen präzisierten Möglichkeiten der SPV sollten, wenn möglich, in die konkrete Gestaltung gemeinsamer integrativer Versorgungsmodelle von Klinik und Praxis einbezogen werden.

5.4 Phase 3: Erprobung der konzeptionell neu entwickelten integrativen Versorgungsstrukturen

Es waren geeignete Kooperationspartner in Kliniken und Praxen zu finden, die in enger Rücksprache mit den jeweiligen Geschäftsführern/Verwaltungsdirektoren ihrer Krankenhäuser und gegebenenfalls mit den Krankenkassen die Umsetzung der entwickelten vernetzten Versorgungskonzeptionen modellhaft realisieren wollten.

Die von den beteiligten Klinik-Praxis-Verbänden entwickelten Organisationsmodelle sollten an den durch diese repräsentierten Standorten mit einer Patientenzahl von jeweils 10 – 15 Patienten erprobt werden. Die instrumentellen und therapeutischen Abläufe sollten dokumentiert und mit Methoden standardisierter bzw. halbstandardisierter Befragungen ausgewertet werden.

Bei den Gesprächen mit den Kostenträgern und gegebenenfalls auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sollte die Projektgruppe unterstützend tätig werden.

6. Bildung der Arbeitsgremien

Am 1. Juli 2001 erfolgte auf der Arbeitsgrundlage des eingereichten Projektantrages (Ablaufplan Phase I-III) die Projektbewilligung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Zum Projektträger wurde das Klinikum am Weissenhof - Zentrum für Psychiatrie Weinsberg - bestellt. Die Verwaltung des Krankenhauses übernahm die gesamte finanzielle Abwicklung der zugewiesenen Mittel entsprechend dem aufgestellten Kostenplan. Seitens des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde um Beachtung der Schnittstelle zur Jugendhilfe gebeten. Die Projektförderung sollte den Aufbau der Erprobung einer Clearing-Stelle einschließen. Im Rahmen der für die sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen angefertigten Falldokumentation sollte die Systematik des § 35 a SGB VIII bzw. des § 39 BSHG einbezogen und dazu Stellung genommen werden, welche Zuordnungen im „sozialpsychiatrischen Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ danach getroffen werden.

6.1 Projektgruppe

Das Projekt bezog sich auf die Untersuchung bereits vorhandener und auf die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen sowie deren Erprobung im täglichen Behandlungsablauf. Die Projektdurchführung erfolgte in Form einer konzeptionell und in der gestalterischen Umsetzung schrittweise fortentwickelten Praxis.

Die ideellen und praktischen Träger der Konzeptentwicklung sollten die beteiligten, in der niedergelassenen Praxis und in der Klinik tätigen Ärzte selber sein. Das Vorhaben der qualifizierten Weiterentwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen setzt konkrete Erfahrung in kooperativer Fallführung voraus. Die Durchführung des Projekts basierte wesentlich auf der Fachkompetenz und Bereitschaft der mitwirkenden Fachärzte aus den Kliniken und Praxen, die unter der Leitung der Wissenschaftlichen Begleitung an der Konzeptionsentwicklung und der Durchführung aller Projektabschnitte mitwirkten. Es konnten Kollegen und Kolleginnen gewonnen werden, die im Bereich der vernetzten

Arbeitsweise bereits entsprechende Erfahrungen vorwiesen. Sie bildeten die gemeinsame Projektgruppe als zentrales Arbeitsgremium.

Alle im Projektverlauf an den einzelnen Projektstandorten gewonnenen Erkenntnisse sollten fortlaufend in dieses Gremium eingebracht werden. Die zentrale Projektgruppe sollte die Aufgabe der begleitenden Reflexion und Unterstützung der gemeinsamen konzeptionellen Weiterentwicklung inne haben. Sie sollte im Wege eines kreativen Entwicklungsprozesses die Konkretisierung der jeweiligen Organisationsstrukturen vernetzter Versorgung, bezogen auf die genannten Zielpopulationen, begleiten. Probleme administrativer, organisatorischer, leistungssystematischer und anderer erwartbarer Umsetzungshindernisse sollten hier analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

Die Behandlungszufriedenheit der betroffenen Familien und jungen Patienten sollte genauso wie die Bewertung der erprobten Versorgungsformen durch die Fachkollegen und der mit ihnen kooperierenden Dienste in die Untersuchung aufgenommen werden.

Es wurde eine entsprechend qualifizierte Projektgruppe ärztlicher Kolleginnen und Kollegen aus Praxen und Kliniken gebildet:

Aus fachärztlichen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie konnten die Praxisinhaber von 7 Facharztpraxen gewonnen werden. Die Auswahl der Praxen folgte den Aspekten einer ausgewogenen Verteilung über das Bundesgebiet und der Vorgabe, dass diese zur Durchführung von Leistungen nach der SPV ermächtigt sind. Es wirkten die folgenden Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber mit:

Frau Dipl.-Med. Silke Felgentreff Bahnhofstr. 66 03046 Cottbus	Frau Dr. med. Dagmar Hoehne Allmandstr. 6 88045 Friedrichshafen
Herr Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler Wirsbergstr. 10 97070 Würzburg	Herr Dr. med. Helmut Loch Philosophenweg 1 69120 Heidelberg

Herr Dr. med. Gotthard Roosen-Runge Wallstr. 1 23879 Mölln	Herr Dr. med. Tobias Wiencke Bärenallee 25 22041 Hamburg
Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Gottfried Seitz Bismarckstr. 6 a 74072 Heilbronn	

Seitens der Kliniken konnten 5 Chefärztinnen und Chefarzte für eine verbindliche Mitwirkung am Projekt gewonnen werden. Auch hier gelang eine gute Verteilung der Kliniken über das Bundesgebiet:

Herr Dr. Matthias von Aster Bezirkskrankenhaus Landshut Klinik f. Kinder- und Jugend- psychiatrie und Psychotherapie Professor-Buchner-Str. 22 84034 Landshut	Frau Dr. Hannelore Hübler Krankenhaus Hellersdorf, örtl. Bereich Wilhelm-Griesinger- Krankenhaus Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Myslowitzer Str. 12683 Berlin
Frau Dr. med. Erika Lischka Dr. med. Margarete Neumann SALUS gGmbH Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Kraepelinstr. 6 39599 Uchtspringe	Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Jungmann Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am Weissenhof 74189 Weinsberg

Frau Dr. Dörte Stolle
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie Schleswig
Friedrich-Ebert-Str. 5
24837 Schleswig

Da das Projekt durch die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf der Zusammenarbeit in unterschiedlichen Regionen basierte, musste die Konzeptionsplanung die tatsächlichen regionalen Ressourcen vorrangig beachten und einbeziehen. Um dieses zu unterstützen, wurde beschlossen, die zentralen Sitzungen der Projektgruppe zum Teil als regionale Konferenzen zu gestalten. Die Teilnahme der Fachärzte, die an der Entwicklung der Projektkonzeptionen mitwirkten, wurde durch die Zahlung einer in den Projektmitteln hierfür zur Verfügung gestellten Aufwandsentschädigung erleichtert, die einen wesentlichen Anteil des dadurch entstehenden Verdienstaufschlags ausglich.

Die Projektgruppe trat unter Leitung der Wissenschaftlichen Begleitung 9 mal pro Jahr zusammen.

6.2 Projektbeirat

Des Weiteren wurde ein Projektbeirat eingerichtet, dem die Vertreterin des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, 3 Praxisinhaber, 2 Klinikleiter und die Projektleitung angehörten. Die Persönlichkeiten aus Praxen und Kliniken, die in der fachlichen Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen seit vielen Jahren ausgewiesen waren und die in der Regel über intensive Vorerfahrungen in vernetzter Arbeit verfügten, diskutierten in regelmäßigen Abständen die gewonnenen Ergebnisse der Projektmitarbeiter und gaben der Projektgruppe durch kritische Reflexion Anregungen zur weiteren Umsetzung und Evaluation der laufenden

Untersuchungen und Erprobungs-vorhaben. Der Projektbeirat trat zweimal pro Jahr zusammen.

Der Beirat bestand aus den folgenden Mitgliedern:

Frau Dr. Annegret Kriegel Bundesministerium für Gesundheit Referat 314 Am Propsthof 78a 53121 Bonn	Frau Dr. med. Christa Schaff Vorsitzende des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. Stuttgarter Str. 51 71263 Weil der Stadt
Herrn Dr. med. Walter Landsberg Elisabeth-Klinik Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwerter Str. 240 44287 Dortmund	Herrn Dr. med. Markus Onken Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bergischen Diakonie Aprath Erfurthweg 28 42489 Wülfrath
Herrn Christian K. D. Moik Lütticher Str. 512/a 52074 Aachen	Herrn Dr. med. Reinhard Schydlo Herzogstr. 89-91 40215 Düsseldorf

7. Projektleitung und Untersuchungsstrategie der Wissenschaftlichen Begleitung

In der Auswertung der durchgeführten Studie ging es in erster Linie um die Bewertung von Prozessen und Ergebnissen integrativer ambulanter und klinischer Versorgungs- und Behandlungsverfahren die, wie im Fall der Sozialpsychiatrievereinbarung, bereits Bestand hatten und solcher, die im Rahmen des Projektverlaufes erst entwickelt werden sollten. Untersuchungsvorhaben zur Prozessevaluation und Effektivitätsbewertung bestimmen zunehmend auch im Gesundheitswesen Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Das Problem der Effektivitätskontrolle psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung besteht in der Bewertung von Veränderungen subjektiven Erlebens. Äußere Parameter eines Behandlungsergebnisses wie etwa die Aufnahme des zuvor nicht möglichen Schulbesuches oder einer Berufsausbildung lassen sich noch relativ leicht eruieren. Mit gewissen Einschränkungen kann man Faktoren wie die Wiederaufnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie oder die Einweisung in eine Klinik wegen einer Dekompensation der Krankheitssymptomatik während der Nachbetreuung und ähnliches als Beleg mangelnder Wirksamkeit von Behandlung heranziehen. Im Hinblick auf vergleichbare Problemstellungen wird auch die Dauer einer fachlichen Intervention als Qualitätsmerkmal der Behandlungseffektivität gewertet werden dürfen. Die Frage einer Verbesserung des individuellen Selbstwörterlebens und der Selbstgewissheit des heranwachsenden Kindes wird sich jedoch einer gezielten Effektivitätskontrolle weitgehend entziehen.

Evaluationsstudien zur Bewertung der Effektivität psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionsmaßnahmen stehen somit vor besonderen Schwierigkeiten, die z.B. Barkmann et al. (2003) für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie unter folgenden Aspekten zusammenfassen:

Die Problematik von Ursache-Wirkungsbeziehungen psychotherapeutischer und psychosozialer Behandlungsmaßnahmen.

Die Komplexität des Hilfebedarfes und der daraus resultierenden therapeutischen Interventionen und Kooperationsmaßnahmen.

Fehlende Standards zur Beurteilung eines Behandlungserfolges. Mischung subjektiver und objektiver Erfolgskriterien (wie z.B. die subjektive eingeschätzte Veränderung einer Krankheitssymptomatik oder erlebten Problemlage).

Die Problematik der Validität und Reliabilität eingesetzter Messinstrumente.

Die unterschiedliche Beurteilerperspektive der an einer Behandlung teilnehmenden „Akteure“: Patienten, Eltern, Familien, Therapeuten und Fachleute aus verschiedenen Fachdisziplinen.

In unserer Studie ging es schließlich auch um die Bewertung der Struktur- und Konzeptqualität der angewandten Behandlungsverfahren und Vorgehensweisen.

Das Vorhaben einer über den einzelnen Behandlungsfall hinausgehenden kumulativen Bewertung der in die Untersuchung einbezogenen 490 Kasuistiken konnte und sollte auch nicht den Anforderungen einer wissenschaftlichen Evaluation der therapeutischen Wirksamkeit bestimmter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsverfahren gerecht werden. Die summative Evaluation einer größeren, konsekutiv versorgten Patientengruppe zielte vielmehr ab auf die reflektierte Bewertung der integrativen Vorgehensweisen der KJPP und ihrer Ergebnisse sowie auf eine qualifizierte Machbarkeitseinschätzung der neu entwickelten integrativen Versorgungsmodelle als Voraussetzung für deren weitere gezielte Anwendungs- und Effizienzerprobung.

Es war auch für das angewendete Untersuchungsdesign erforderlich, zwischen den Patienten als „Merkmalsträgern“, ihren lebens- und entwicklungsgeschichtlichen und den für sie möglicherweise bedeutsamen psychosozialen Umfeldbedingen einerseits und ihrer Symptomatik/Problematik sowie deren fachlichen Bewertung andererseits zu unterscheiden. Es waren die strukturellen Komponenten der untersuchten integrativen Behandlungsformen zu beschreiben. Dabei sollte der Ablaufstruktur der untersuchten integrativen Arbeitsweisen Aufmerksamkeit geschenkt werden. Besonderer Wert sollte gelegt werden auf die Ableitung und Darstellung der getroffenen therapeutischen Entscheidungen und gewählten Kooperationsformen in ihrem Bezug auf die zuvor erhobenen diagnostischen Erkenntnisse. Da die im Modellvorhaben entwickelten und erprobten Verfahrensweisen unterschiedliche Abläufe beinhalteten, stand bei der

Untersuchung und Darstellung die Varianz der Vorgehensweisen und nicht die Evaluation einzelner Behandlungsprogramme im Mittelpunkt.

Als Erfolgskriterien wurde im wesentlichen die subjektive Beurteilung des Behandlungserfolges bezüglich der zur Vorstellung führenden Symptomatik der Patienten gewählt und durch hierfür konstruierte Fragebögen erfasst. Im Hinblick auf die Folgen einer psychischen Symptomatik bzw. Erkrankung für die Lebenssituation und Entwicklung von Kindern sollten Auswirkungen der Behandlung auf die allgemeine Lebensqualität in Familie, Schule und sonstigem sozialem Umfeld aufgenommen werden. Mit dem Ziel einer gewissen „Objektivierung“ sollte die Erfolgsbewertung aus Sicht der versorgten Familien von der Beurteilung durch die beteiligten Fachleute unterschieden werden.

Die Wissenschaftliche Begleitung entwickelte in enger Abstimmung mit der Projektgruppe alle Instrumente zur Durchführung, Dokumentation, Verlaufs- und Erfolgsbeurteilung der Projektabschnitte. Alle Eltern/Sorgeberechtigten wurden über das Vorhaben der wissenschaftlichen Untersuchung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse ihrer Kinder informiert. Ihre Zustimmung zur Auswertung der dabei erhobenen Daten wurde nach Erläuterung des Untersuchungszieles in schriftlicher Form eingeholt (Anlage 7).

7.1 Zur Beschreibung der Versorgungsstrukturen durch die Facharztpraxen

In einem ersten Teil waren die vorhandenen und untersuchten lokalen und regionalen Versorgungsnetze der beteiligten Praxen vergleichend zu beschreiben, um einen Überblick über die ambulanten regionalen Versorgungsformen zu erhalten und eventuelle typische Versorgungsstrukturen der nach der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) arbeitenden Fachärzte zu erhalten. Alle am Projekt beteiligten Praxen wurden um eine Beschreibung ihrer Organisations- und Arbeitsstrukturen unter Berücksichtigung ihrer Einbindung in das regionale Versorgungsumfeld gebeten. Zur vergleichenden Darstellung wurde der Erhebungsbogen „Praxisstruktur“ entwickelt (s. Anlage 1).

7.2 Zur Beschreibung der behandelten Patienten

7.2.1 Eltern-Fragebogen zu Beginn der Behandlung

Mit der Beantwortung der Items dieses Fragebogens (s. Anlage 3) sollten die Eltern/Sorgeberechtigten nicht nur eine Problemschilderung sondern auch eine Bewertung der Auswirkungen der Erkrankung ihres Kindes in Bezug auf seine Teilhabe am Lebensumfeld vornehmen. In den Fragebogen wurden dazu die Dimensionen des Inventars zur Erfassung von Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – „ILK“ - (Mattejat et al., 1998) aufgenommen. Der „ILK“ erfasst mit wenigen Items wichtige Aspekte der subjektiv erlebten Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in den Bereichen Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung sowie der körperlichen und psychischen Gesundheit. Die Einschätzungen des „ILK“ können sowohl aus Sicht der Kinder und Jugendlichen als auch von Eltern und Therapeuten vorgenommen werden. In die Befragung unserer Studie, welche die durch die Symptomatik/Problematik des Kindes eingetretene Belastung der Familie erfassen sollte, ging die Beurteilung der Eltern ein. Die so gewonnenen Informationen sollten eine orientierende Einschätzung des Leidensdruckes der Familie erlauben, der durch die Symptomatik des Kindes bedingt wurde.

7.2.2 CBCL/ 4-18 Eltern-Fragebogen

Zur Einschätzung des Schweregrades der geklagten Symptome/Probleme der in der klinischen Stichprobe dieser Untersuchung vorgestellten Kinder und Jugendlichen wurde der Elternfragebogen des CBCL-Inventars gewählt. Bei dem Verfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) handelt es sich um die Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991) durch die Arbeitsgruppe „Deutsche Behavior Checklist (bearbeitet von P. Melchers & M. Döpfner, 1993)". Das Inventar, das bereits in mehr als 2000 internationalen Studien angewendet wurde, erfasst in einer schriftlichen Befragung, die etwa 15 – 20 Minuten benötigt, eine Beurteilung von Aktivitäten, sozialen

Kompetenzen und Schulleistungen sowie die Angabe von schulbezogenen Problemen eines Kindes durch seine Eltern. Der zweite Teil des Fragebogens besteht aus 120 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten wie Dissozialität, Aggressivität und Hyperaktivität, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben werden. Bei den Fragebogen-Items wird nach der Häufigkeit bzw. nach dem Auftreten der Auffälligkeit bzw. des entsprechenden Verhaltens während der letzten sechs Monate gefragt. Zur Beurteilung stehen die Antwortkategorien „0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)“, „1 = etwas/manchmal zutreffend“ und „2 = genau oder häufig zutreffend“ zur Verfügung. Neben der Bildung eines Summenscores aller Item-Beantwortungen ist eine Profilauswertung möglich. Aus den Problem-Items werden 8 Skalen gebildet, die wiederum zu drei Gruppen zusammengefasst werden können. Die Gruppe der „Internalisierenden Störungen“ setzt sich aus den drei Skalen „sozialer Rückzug“ mit Hinweisen auf Verslossenheit, Schüchternheit, geringer Aktivität und Verstimmung, „körperliche Beschwerden“ und „Ängstlich, depressiv“ mit Hinweisen auf Gefühle sozialer Zurückweisung, Nervosität und Minderwertigkeitserleben zusammen. Die „Externalisierenden Störungen“ umfassen „dissoziales und aggressives Verhalten“. Zur Gruppe der „gemischten Störungen“ zählen die Skala „soziale Probleme“, die vor allem Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes Sozialverhalten umfasst, die Skala „Schizoid/zwanghaft, die „eigenartiges, bizarr wirkendes Denken und Verhalten bis hin zu psychotischen Symptomen“ erfragt, sowie die Skala „Aufmerksamkeitsstörungen“ mit Items, die nach der Beobachtung von motorischer Unruhe, Konzentrationsstörungen und Impulsivität fragen.

Neben der Aufsummierung der Antworten zu einem Gesamt-Score ist eine Profilauswertung möglich. Jedem Summenwert wird ein T-Wert zugeordnet. Als klinisch auffällig werden Ausprägungen mit einem T-Wert ≥ 70 (2 Prozent einer Repräsentativstichprobe) eingeschätzt, Probanden mit T-Werten zwischen 67 und 70 werden einem kritischen Grenzbereich zugeordnet. Für die übergeordneten Gruppen der „Internalisierenden“ und „Externalisierenden Störungen“ wurden T-Werte zwischen 60 und 63 (Grenzbereich: T-Werte zwischen 60 und 63) als klinisch auffällig definiert. Die Übernahme der amerikanischen Normwerte erwies sich nach faktorenanalytischen

Studien im deutschsprachigen Raum mit der Feststellung nur geringfügiger Abweichungen von den amerikanischen Werten als zulässig (Döpfner et al. 1994 a,b,c; 1995). Mit Ausnahme der Syndromskala „Schizoid/zwanghaft“ wurde für alle Variablen eine hinreichende Reliabilität ($r_{tt} \geq .70$) festgestellt. Die Verantwortlichen der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993) weisen in ihrem Anwendungsmanual ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den Items der in der Skala „Schizoid/zwanghaft“ abgefragten Problemsachverhalte um „inhaltlich äußerst heterogene und zudem meist schwer beurteilbare Items“ handelt, die zudem „häufig missverstanden werden“.

7.2.3 Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO)

Es wurde für jeden Behandlungsfall eine Dokumentation mit Angaben zur Symptomatik, zur Diagnostik sowie zum inhaltlichen, konzeptuellen und zeitlichen Behandlungs- und Hilfeverlauf angelegt. Als dafür geeignetes Dokumentationssystem der an den unterschiedlichen regionalen Standorten des Projektes versorgten Patienten wurde die im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie entwickelte und inzwischen auf breiter Basis eingeführte Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie DGKJPP/BAG/BKJPP (Englert et al., 1998) gewählt.

Das Dokumentationssystem (BADO) umfasst soziale und biographische Angaben des Kindes und seiner Familie sowie Daten zur Entwicklungsgeschichte und erlaubt die Kodierung aller für die Behandlung und Hilfeplanung notwendigen relevanten Erkenntnisse. Der erfasste psychische Befund wird in einer fachärztlich gestellten Diagnosen bewertet und nach den Vorgaben des Multiaxialen Klassifikationssystems für Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (MAS) (Renschmidt et al., 2001) kodiert. Schließlich sieht das Dokumentationsschema die Aufnahme von Angaben zu Art und Intensität der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen und eine Ergebnisbeurteilung vor.

7.2.4 Ergänzungen zur BADO

In Ergänzung zu den Items der BADO wurde eine zusätzliche, projektbezogene Dokumentation von Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten entwickelt, in der weitere Auskünfte zur Art der Problematik und der Zuweisung des Kindes zum Facharzt für KJPP erhoben wurden. Außerdem sollten die Eltern eine Bewertung eventuell vorangegangener Hilfe- und Behandlungsmaßnahmen vornehmen sowie ihre Erwartungen dokumentieren, die sie an die Hilfesuche knüpften. Ferner wurde die Einschätzung der schulischen Leistungsfähigkeiten, der innerfamiliären und außerfamiliären sozialen Kompetenzen sowie der besonderen Interessen und Fertigkeiten des Kindes aufgenommen, um eine ausschließlich problemorientierte Mangelbeschreibung zu vermeiden (s. Anlage 2). Die Ressourcen des Patienten stellen wesentliche Parameter sowohl für seine Behandlungsmotivation als auch für die Auswahl von geeigneten Therapie- und Hilfeformen dar.

7.2.5 Matrix 1 und 2

Mit der Zielsetzung, die rationalen Grundlagen des therapeutischen Handelns der behandelnden Ärzte transparent zu machen, wurde versucht, die fachlichen Entscheidungsprozeduren in Bezug auf die jeweilige Problemstellung des Kindes abzubilden. Hierzu wählten wir die Darstellung einer Matrix. Für alle entsprechend den Diagnose-Achsen der BADO erhobenen Befunde wurden in der Matrix 1 (Anlage 4) unter Bezugnahme auf die nach ihrem Schweregrad gewichteten Diagnosen die Art und die Dringlichkeit der daraus abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen ermittelt. Die in die Zellen der Matrix eingetragenen, fünfstufigen „Gewichte“ visualisieren das therapeutische Entscheidungsrationale.

Um Qualität und Quantität der vernetzten Arbeitsweise abzuschätzen, wurde neben den „praxisinternen“ Behandlungsmaßnahmen auch der als erforderlich angesehene „externe“ Kooperationsbedarf erfragt und, differenziert nach den in Betracht

kommenden institutionellen Kooperationspartnern und „externen“ Therapeuten ebenfalls nach seiner Dringlichkeit gewichtet in der Matrix dokumentiert.

In der Matrix 2 (Anhang 5), die nach Aufnahme der Behandlung wiederholt bearbeitet werden sollte, wurden die in der Praxis tatsächlich erbrachten therapeutischen Aktivitäten einschließlich der Beratungen und Hilfeplansitzungen mit den externen Kooperationspartnern aufgeführt. Die Dokumentationen in dieser Matrix erfolgten ebenfalls unter Bezugnahme auf die Diagnose-Achsen der BADO. Alle therapeutischen und in Kooperation mit anderen Fachdiensten erbrachten Aktivitäten wurden in Stunden bzw. in mit Dezimalstellen abgerundeten Stundenanteilen ermittelt und in die Zellen der Matrix 2 eingetragen. Sie visualisieren den „Verbrauch“ der eingesetzten personellen und zeitlichen Ressourcen des Behandlungsteams.

7.2.6 Eltern-Fragebogen am Ende der Behandlung

Am Ende der Behandlung wurden die Eltern/Sorgeberechtigten um die Einschätzung des erreichten Behandlungserfolges und ihrer Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis gebeten. Dabei sollte auch der Frage nach der erreichten Verbesserung der Lebenszufriedenheit des Kindes Beachtung geschenkt werden. In die Bewertung einbezogen wurden die Bemühungen um vernetzte Hilfeformen, die in der Regel gemeinsam mit den Eltern/Sorgeberechtigten gestaltet wurden. (s. Anlage 6).

7.3 Zur wissenschaftlichen Begleitung und Beschreibung der Konzeptionsentwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich

Wesentliche Aufgabe der Wissenschaftlichen Begleitung war die beständige Begleitung, Dokumentation und Diskussionslenkung der konzeptionellen Entwicklungsschritte und der dabei auftretenden Frage- und Problemstellungen. Sie erstellte für alle Projektteilnehmer regelmäßig Zwischen- und Verlaufsberichte. An allen 5 Standorten der Klinik-Praxis-Projekte erfolgten modellhafte Erprobungen der

entwickelten Konzeptionen für jeweils 8 bis 17 Behandlungsfälle. Diese wurden unter Anwendung der oben beschriebenen Instrumente zur Falldokumentation und Elternbefragung evaluiert. In ihre Ergebnisbewertung sollten die für das jeweilige regionale Kooperationsvorhaben Verantwortlichen Einschätzungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen aufnehmen.

7.4 Zur statistischen Auswertung

In die Untersuchung der Praxen wurden unausgewählt alle Patienten aufgenommen, die konsekutiv die Behandlung aufsuchten. Es wurde lediglich der zeitliche Rahmen durch vorgegebene Stichtage festgelegt. Unter Einbeziehung der Bewertungen der betroffenen Patienten und deren Angehörigen wurden die erreichten Behandlungs- und Interventionsergebnisse aller versorgten Patienten analysiert.

Auch die in den Modellerprobungen der Klinik-Praxis-Verbünde versorgten Patienten wurden konsekutiv in die dem klinischen Praxisalltag folgende Untersuchung aufgenommen.

Die Datenerfassung sowie alle statistischen Berechnungen wurden mittels des Programms Statistics for the social sciences - SPSS (Bortz, 1999) durchgeführt. Die Erhebung der Daten erfolgte innerhalb der beteiligten Praxen und Kliniken, die einer zentralen Eingabestelle zugeleitet wurden. Eine hierfür geschulte Fachkraft übernahm die Kontrolle der Datenqualität, die ständige Bearbeitung von Rückfragen und deren zeitliche Überwachung sowie die Dateneingabe. Durch dieses Verfahren und durch die beständige Einbindung aller am Projekt verantwortlich beteiligten Praxis- und Klinikärzte konnte der Aufbau eines qualifizierten Datensatzes gewährleistet werden. Die statistische Auswertung erfolgte unter Mitwirkung der beiden Dipl.-Psychologinnen Frau E. Schnitzler und Herrn Chr. Brandt. Es wurden überwiegend deskriptive Auswertungen vorgenommen. Zu einigen Fragestellungen konnten Zusammenhangsanalysen auf der Basis dichotomer Variablenverteilungen erstellt und mit dem Chic-Quadrat-Test auf Signifikanz geprüft werden. Zur Prüfung der Nullhypothese(n) wurde Fishers exakter Test angewandt.

Während bei zwei dichotomen Variablen als Maß für die Stärke des Zusammenhanges der sog. Phi-Koeffizient zur Verfügung stand, konnte bei mehr als zwei Merkmalsausprägungen stattdessen das Nominalmaß Cramer- V herangezogen werden. Um die Größe der Korrelationen einschätzen zu können, wurde auf Cohen (1988) zurückgegriffen. Er unterscheidet zwischen kleinen, mittleren und großen Effekten. Eine Korrelation von $r = .10$ ist danach ein kleiner Effekt, eine Korrelation von $r = .30$ ein mittlerer Effekt. Eine Korrelation von $r = .50$ stellt bereits einen großen Effekt dar. Es wird davon ausgegangen, dass auf einem α -Niveau von 5% ($p \leq 0.005$) die optimale Stichprobengröße, um einen kleinen Effekt aufzudecken, bei 618 Personen liegt. Um einen mittleren Effekt statistisch zu sichern, wird eine Stichprobe von 68 Personen benötigt. Ein großer Effekt lässt sich bereits mit einer Stichprobe von 22 Probanden aufdecken (vgl. Bortz, 1999). Mit der Stichprobengröße von 490 Fällen in der vorliegenden Untersuchung konnten demnach prinzipiell große und mittlere Effekte nachgewiesen werden. Es wurden nur solche Effekte interpretiert, für die auch ein inhaltliches Kriterium vorlag.

8. Ergebnisse: Vernetzte Versorgung in Praxen für KJPP mit Versorgungsstrukturen nach SPV

8.1 Die beteiligten Praxen und ihre Standorte

An der Untersuchung des ersten Teiles des Projektes nahmen 6 kinder- und jugendpsychiatrische Praxen mit Sozialpsychiatrischer Versorgung nach der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) teil. Jede Praxis brachte ca. 80 Patienten in die Studie ein. Zur Kennzeichnung der Versorgungsstrukturen von kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen wurde neben den 6 Praxen auch die Praxis von Herrn Dr. Seitz aufgenommen, auch wenn diese am Projektstandort Heilbronn/Weinsberg wesentlich als Partner der vernetzten Versorgung eines dort erprobten integrativen Behandlungsmodells tätig war und nur die Auswertungen der im Praxis-Klinik-Verbund behandelten Fälle einbezogen wurden.

Die Versorgungsstrukturen der Praxen wurden durch einen standardisierten Fragebogen (s. Anlage 1) ermittelt. Die Anzahl der beteiligten Praxen kann im statistischen Sinne zwar nicht als repräsentativ gelten. Die ausgewählten Praxen sind jedoch als typisch für das Spektrum von Praxen für KJPP mit SPV anzusehen. Es muss betont werden, dass es bei der Untersuchung der dargestellten Versorgungsleistungen nicht um eine wissenschaftliche Evaluation des Instrumentes der SPV gehen konnte, da dafür eine sehr viel höhere Anzahl von Praxen hätte mitwirken müssen. Es bestand jedoch Einvernehmen darüber, dass, wie in der Projektkonzeption beschrieben, die SPV unter dem Aspekt „evaluiert“ werden sollte, ob und welchen Beitrag sie zu einer integrativen Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu leisten vermag.

Die im Modellprojekt erfassten Praxen beschrieben im Mittel einen jeweiligen Einzugsbereich von 472.300 Einwohnern mit einer Flächenverteilung auf durchschnittlich 10.555 qkm. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine Praxis die Zuständigkeit für eine Einwohnerzahl von 1,8 Million vorhielt, während die übrigen 6 Praxen Größenordnungen zwischen 190.000 und 320.000 Einwohnern nannten. 5 Praxen lagen in größeren Städten (Hamburg, Cottbus, Heidelberg, Würzburg und

Heilbronn), 2 in kleineren bzw. mittelgroßen Städten mit größeren ländlichen Regionen in Mölln/Schleswig-Holstein und Friedrichshafen/Baden-Württemberg.

Innerhalb der Versorgungsregionen waren zusammen mit den 7 an der Projekterhebung teilnehmenden Praxen insgesamt 31 Facharztpraxen für KJPP tätig. Erwartungsgemäß war die Anzahl der vorgehaltenen Facharztpraxen in der nach der Einwohnerzahl umfangreichsten Versorgungsregion mit insgesamt 11 Praxen am größten, während die Praxiszahl in den Regionen ansonsten zwischen 1 – 6 angegeben wurde. Daraus errechneten sich für die 7 in die Untersuchung einbezogenen Regionen Versorgungsgrößen, in denen durchschnittlich 106.645 Einwohner pro kinder- und jugendpsychiatrischer Facharztpraxis versorgt werden können. Die mittlere Distanz der Praxen zueinander betrug 23 km bei einer Spanne zwischen 5 und 40 km.

8.2 Fachliche Ausstattung und Einbindung der Praxen in die regionalen psychosozialen Netzwerke zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Als reguläre personelle Ausstattung jeder Praxis war die Kombination von Facharzt für KJPP, Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten/Motopäden und Sozialpädagogen festzustellen (Tab. 8.1). Andere Berufsgruppen wie Heilpädagogen, Pädagogen und Logopäden kommen hinzu. Diese Reihenfolge spiegelte sich auch in den Arbeitszeiten pro Praxis wieder, unabhängig davon, ob die MitarbeiterInnen voll- oder teilzeitbeschäftigt waren. Die Zusammensetzung der Teams folgte somit den Bestimmungen der SPV.

Tabelle 8.1: Anzahl der Beschäftigten pro Praxis

	1	2	3	4	5	6
Fachärzte für KJPP	3	2	1	1		
Dipl.-Psych.	2			2	1	
Ergotherapeuten,	3	1		1		

Motopäden						
Sozial-Pädagogen	5	1				
Heilpädagogen	1	2				
Pädagogen	3					
Logopäden	2					
Sekretärinnen	3		3			
Arzthelferinnen	2	1				1
Raumpflegerinnen	3	3				

Bei den Durchschnittszahlen der genannten Institutionen und Berufsgruppen im Umfeld der Praxen fallen zunächst die zum Teil hohen Absolutzahlen vor allem der Erwachsenen-Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Kinderärzte und Selbsthilfegruppen auf. Auf den zweiten Blick ist aber erkennbar, dass diese eine außerordentlich hohe Varianz an den jeweiligen Standorten zeigen (Tab 8.2). Dieses gilt auch für die Erziehungsberatungsstellen und die nicht ärztlichen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (KJ-Psychotherapeuten).

Großstädtische Versorgungsgebiete hielten mehr und differenzierte Versorgungsinstitutionen vor, allerdings auch für mehr Kinder und Jugendliche. Sie scheinen attraktivere Niederlassungsorte für Angehörige psychotherapeutischer Berufe zu sein.

Es zeigt sich bzgl. der Ausstattungen der psychosozialen Netzwerke sowohl ein starkes Stadt-Land- als auch ein deutliches West-Ost-Gefälle. Es werden erhebliche Bemühungen erforderlich sein, um hier eine ausgeglichene Versorgungsdichte zu erreichen.

In 4 Regionen befinden sich 1, in 3 Fällen zwei Kliniken für KJPP, von denen 5 Institutsambulanzen betreiben. In den 7 Regionen gibt es insgesamt 9 Institutsambulanzen. An 5 Kliniken werden tagesklinische Versorgungsangebote vorgehalten. Die Kooperation der Praxen mit den klinischen Einrichtungen wurde in 5 Fällen als „häufig“, einmal als „gelegentlich“ und einmal mit „selten“ angegeben, was für eine gute Verzahnung der ambulanten und klinischen Behandlungsangebote spricht.

Tabelle 8.2: Komplementäre Kooperationspartner in den psychosozialen Versorgungsnetzen von 7 SPV-Praxen

Die hauptsächlichen Kooperationspartner sind „fett“ gedruckt. Die Anzahl der Allgemeinärzte, der Schulen, Kindergärten und Ämter wurde nicht gezählt.	absolute Anzahl	Varianz bezogen auf die Einzelpraxen
Erwachsenen-Psychotherapeuten	1285	4 – 910
Physiotherapeutische Praxen	510	3 – 250
Kinderärzte	252	7 – 165
Selbsthilfegruppen	203	1 – 180
Logopädiepraxen	127	2 – 3
KJ-Psychotherapeuten, tiefenpsychotherap.	94	0 – 45
Ergotherapie-Praxen	75	1 – 37
Psychotherapeuten, verhaltenstherapeutisch	66	0 - 30
Erziehungsberatungsstellen	63	2 – 29
Psychotherapeuten für Erwachsene und Kinder/Jugendliche, tiefenpsychologisch	50	1-20
Psychoanalytische Praxen	49	0 - 20
Fachärzte für KJPP, niedergelassen	31	0 - 11
Stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe	22	0 – 7
Angehörigengruppen	16	0 - 9
Kinderkliniken	14	1 - 4
WG für psych. Behinderte	12	0 - 5
KJPP-Kliniken	10	1-2
Rehabilitationseinrichtungen Sucht	10	0 - 5
Sozialpädiatrische Zentren	10	1 - 3
Heilpädagogische Praxen	10	0 - 4
Notaufnahmegruppen der Jugendhilfe	6	1
KJPP-Tageskliniken	5	1
Motopädie-Praxen	4	0 - 2
Frühförderzentren	1	0 - 1

In den 7 untersuchten Regionen waren insgesamt 252 Praxen für Kinder- und Jugendmedizin tätig. Das entspricht einem durchschnittlichen Verhältnis von 1 Praxis für KJPP zu 8 Praxen für Kinder- und Jugendmedizin. In 4 Regionen lag dieses Verhältnis unter 1:5, in zwei weiteren Fällen bis 1:9, in der einzigen vorwiegend großstädtischen Region erreichte der Verhältniswert 1:15. Dieser Befund zeigt die noch immer bestehenden regionalen Unterschiede in der Versorgungsdichte des Fachgebietes an.

Die mittlere Entfernung der Praxen für KJPP zu den kinderärztlichen Praxen wurde recht homogen mit 11 km angegeben. Nur in den beiden überwiegend ländlichen Einzugsbereichen lag diese bei 15 bzw. 20 km. Die Kooperationshäufigkeit mit den pädiatrischen Praxen wurde überwiegend mit „häufig“ bewertet. Dieser Befund spricht für die auch in einzelnen Klinik-Praxis-Verbänden dokumentierte (s.u.) gute fachliche Kooperation zwischen KJPP und Pädiatrie.

Bei insgesamt 63 Erziehungsberatungsstellen (EB) hat die einzelne Praxis im statistischen Durchschnitt zu 2 Erziehungsberatungsstellen in ihrem Einzugsbereich Zugang, die in einer mittleren Entfernung von 13 km, bei einer maximalen Entfernung zwischen 5 und 25 km, erreichbar sind. Die Kooperation mit diesen Einrichtungen wird allerdings nur mit „gelegentlich“ eingeschätzt. Hierin dürfte die unterschiedliche Art der in psychologischen Beratungsstellen und in fachärztlichen Praxen versorgten Klientele zum Ausdruck kommen.

In 5 der 7 Regionen befinden sich stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe, mit denen die kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen überwiegend „häufig“ und nur in 2 Fällen „gelegentlich“ kooperieren. In 6 Regionen wurde die Existenz von Notaufnahmeeinrichtungen der Jugendhilfe mit einer mittleren Entfernung zur Praxis von 10 km mitgeteilt, mit denen man „gelegentlich“ kooperiert.

Insgesamt befinden sich in den untersuchten Regionen jeweils 10 Reha-Einrichtungen für psychisch Kranke und für Suchtkranke, mit denen eine nur „gelegentliche bis eher seltene“ Kooperation genannt wurde.

Die Zusammenarbeit mit jeweils 1 – 2, in einem Fall 3 Sozialpädiatrischen Zentren im Einzugsgebiet der Praxis wurde überwiegend mit „gelegentlich“ bewertet.

Entsprechendes galt für die Kooperation mit den 1 – 4 pädiatrischen Kliniken in der Umgebung der Praxen, die in 2 Fällen mit „häufig“, überwiegend mit „gelegentlich“ und nur in einem Fall mit „selten“ bewertet wurde.

Die Existenz von Angehörigengruppen, vor allem im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, wurde insgesamt nur in 4 Fällen und in sehr unterschiedlicher Häufigkeit zwischen 1 bis 9 genannt, wobei die Intensität der Kooperation in 3 Fällen als „häufig“ und einmal als „überhaupt nicht“ bewertet wurde. In 6 der befragten 7 Regionen wurden Selbsthilfegruppen zu verschiedensten Problemfeldern mit einer Gesamtzahl von 203 Gruppen mitgeteilt, mit denen zwei der Praxen „häufig“, die übrigen eher „selten“ oder „überhaupt nicht“ zusammenarbeiteten.

Mit einer mittleren Entfernung zur Praxis befanden sich insgesamt 75 ergotherapeutische Praxen in den Einzugsbereichen der Praxen für KJPP. Die Zusammenarbeit mit ihnen wurde überwiegend mit „gelegentlich“ und 3 mal als „häufig“ gekennzeichnet.

Nur in 3 Fällen fanden sich motopädische Praxen im Einzugsbereich, mit denen man „überhaupt nicht“ oder nur „gelegentlich - selten“ kooperiert. Auch die Zusammenarbeit mit den insgesamt 510 krankengymnastischen Praxen in den 7 untersuchten Regionen wurde lediglich als „gelegentlich bis selten“ beschrieben.

Ebenso verwies die mit „gelegentlich bis selten“, bezeichnete Kooperation mit den insgesamt 127 niedergelassenen Logopäden, bei einer mittleren Entfernung von 10 km zur Praxis für KJPP, auf einen eher geringen Bedarf dieser Leistung.

Der wesentliche Grund für den eher seltenen Kooperationsbedarf mit den genannten therapeutischen Diensten dürfte in dem praxisintern vorgehaltenen Angebot solcher Leistungen in den untersuchten SPV-Praxen selbst zu suchen sein. In 3 Praxen waren Motopäden/Bewegungstherapeuten mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 32 Stunden tätig. In einer Praxis waren ein „SI-Therapeut“ zur Übungsbehandlung sensuomotorischer Integration mit einem Beschäftigungsvolumen von 25 Wochenstunden, in einer weiteren Praxis 4 Motopäden mit insgesamt 130 Wochenstunden beschäftigt. In 2 der 7 Praxen arbeitete ein Logopäde mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 42 Stunden.

Die Zusammenarbeit mit durchschnittlich 13 niedergelassenen tiefenpsychologisch tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten pro Region wurde als nur „gelegentlich bis „selten“ bezeichnet. Dies galt genauso für weitere 50 psychologische Praxen, die sowohl Kinder als auch Erwachsene behandeln. In 4 der 7 Regionen wurde die Tätigkeit von weiteren 49 psychoanalytischen Psychotherapeuten und in insgesamt 6 Regionen die von insgesamt 66 Verhaltenstherapeuten mitgeteilt. Während die Frage nach der Häufigkeit der Kooperationskontakte mit den verhaltenstherapeutisch tätigen Psychotherapeuten mehrheitlich mit „gelegentlich“ bewertet wurde, überwog bei den Psychoanalytikern die Bewertung „gelegentlich – überhaupt nicht“. In 4 Regionen befanden sich insgesamt 10 heilpädagogische Praxen, mit denen eine „gelegentliche“ bis „seltene“ Kooperation angegeben wurde.

Dieser Befund dürfte für eine relativ autonome und ausreichende psychotherapeutische Leistungsfähigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen sprechen. Zumindest akzentuiert er den gegenüber rein psychotherapeutisch ausgerichteten Fachdiensten andersartigen, auf Komplexversorgung ausgerichteten, fachärztlichen Leistungsschwerpunkt. In 5 Praxen waren insgesamt 13 Dipl.-Psychologen mit einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 25 Wochenstunden beschäftigt. In 3 Praxen wurden insgesamt 5 Heilpädagoginnen mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 46 Stunden beschäftigt. Die in 6 Praxen tätigen Sozialpädagogen arbeiteten vorwiegend in Teilzeitbeschäftigung mit durchschnittlich 26 Stunden pro Woche. Die Frage nach dem psychotherapeutischen Schwerpunkt wurde in jeweils 2 Praxen als „tiefenpsychologisch“ und „verhaltenstherapeutisch“, in 3 Praxen als „gemischt“ angegeben.

Auffällig war eine mangelhafte Ausstattung der Regionen mit Frühförderzentren. Nur in einer Region wurde das Bestehen einer solchen Einrichtung mit „gelegentlicher“ Kooperation mitgeteilt.

Die beschriebenen Versorgungsleistungen der Praxen wiesen in Abhängigkeit von der Anzahl der tätigen Fachärzte erhebliche Unterschiede auf. Gegenüber einer durchschnittlichen Fallzahl von 400 Behandlungsfällen pro Quartal lagen 2 der Praxen mit jeweils 1100 und 2000 Patienten/Quartal deutlich über diesem Wert. In diesen

Praxen waren jedoch gegenüber 1 bis 2 Ärzten jeweils 3 bzw. 4 ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Bei Berücksichtigung dieses Faktors ergab sich eine mittlere Arzt-Patienten-Relation in der Praxis für KJPP von 1:364. Die honorierte Arbeitszeit der teilweise in Teilzeit tätigen Ärzte ergab eine Wochenarbeitszeit von durchschnittlich 37,5 Stunden.

Pro Monat wurden in jeder Praxis im statistischen Mittel 17 Fallkonferenzen gemeinsam mit allen Mitarbeitern und 4 weitere Konferenzen mit Mitarbeitern anderer Institutionen durchgeführt.

Die Praxen leisteten nach ihren Angaben im Durchschnitt ca. 13 mal pro Monat die Versorgung von Notfällen.

Konsile in den Kinderkliniken erfolgen überwiegend mittels Telefonaten mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 3/Monat. Liäsondienste für Kliniken werden mit einer Häufigkeit von bis zu 7 mal pro Monat ebenfalls vorwiegend telefonisch geleistet. Mit durchschnittlich 7 Konsiliarberatungen anderer kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen wird eine relativ enge Vernetzung innerhalb des Fachgebietes deutlich.

Die Häufigkeit von durchschnittlich 7 gemeinsam mit der Jugendhilfe durchgeführten Fallkonferenzen pro Monat und weiteren im Durchschnitt 8 mal geführten fachlichen Telefonaten mit der Jugendhilfe sprach für eine regelmäßige Kooperation mit dieser Fachdisziplin.

Nicht minder häufig wurden Fallkonferenzen mit der Schule in durchschnittlich 6 Fällen pro Monat und weitere im Durchschnitt 14 mal pro Monat geführte telefonische Beratungen von Lehrern genannt.

In 5 der untersuchten Praxen werden regelmäßig Elternabende mit einer Frequenz von durchschnittlich 9 Treffen pro Monat durchgeführt. 4 Praxen nehmen mit einer Häufigkeit von durchschnittlich 3 mal pro Monat an Lehrerfortbildungen teil.

Alle Praxen beteiligen sich an thematisch relevanten Arbeitskreisen ihrer Region mit durchschnittlich 8 Stunden pro Monat.

Fasst man diese Aktivitäten der „mittelbar patientenbezogenen“ Aktivitäten zusammen, so ergibt sich ein zeitlicher Ressourceneinsatz von im Durchschnitt 20 Wochenstunden, die jede Praxis für diese wesentlich der Integration psychisch kranker

und behinderter Kinder in ihr psychosoziales Lebensumfeld dienenden Aufgaben einsetzt.

Die Leistungsbeschreibung der untersuchten Praxen, die alle Versorgungsaufgaben entsprechend der Sozialpsychiatrievereinbarung wahrnehmen, spricht somit dafür, dass sie einen qualifizierten Beitrag zur ganzheitlichen, ihr Lebensumfeld einbeziehenden Versorgung der von einer psychischen Erkrankung betroffenen Kinder und Jugendlichen erbringen. Die nach den Vorgaben der SPV behandelten Patienten bildeten im statistischen Mittel mit durchschnittlich 300 Patienten mehr als die Hälfte des jeweiligen „Patientenstammes“ der Praxen.

8.3 Die behandelten Patienten

Zusätzlich zu 438 Kasuistiken aus den 6 Praxen für KJPP mit SPV-Vereinbarung wurden 52 in derselben Weise dokumentierte Kasuistiken der Modellerprobungen aus den Praxis-Klinik-Verbänden in die Gesamtauswertung einbezogen. Alle waren primär in der Praxis oder in der Institutsambulanz vorgestellt worden. Damit standen 490 Falldokumentationen zu einer quantitativ und qualitativ aussagefähigen Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen therapeutischen und kooperativen Entscheidungs- und Handlungsabläufe zur Verfügung.

8.3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Alters- und Geschlechtszugehörigkeit der vorgestellten Patienten zeigte das in der KJPP bekannte Bild eines Überwiegens der Jungen bis zum Eintritt in die Adoleszenz (Abb. 8.1).

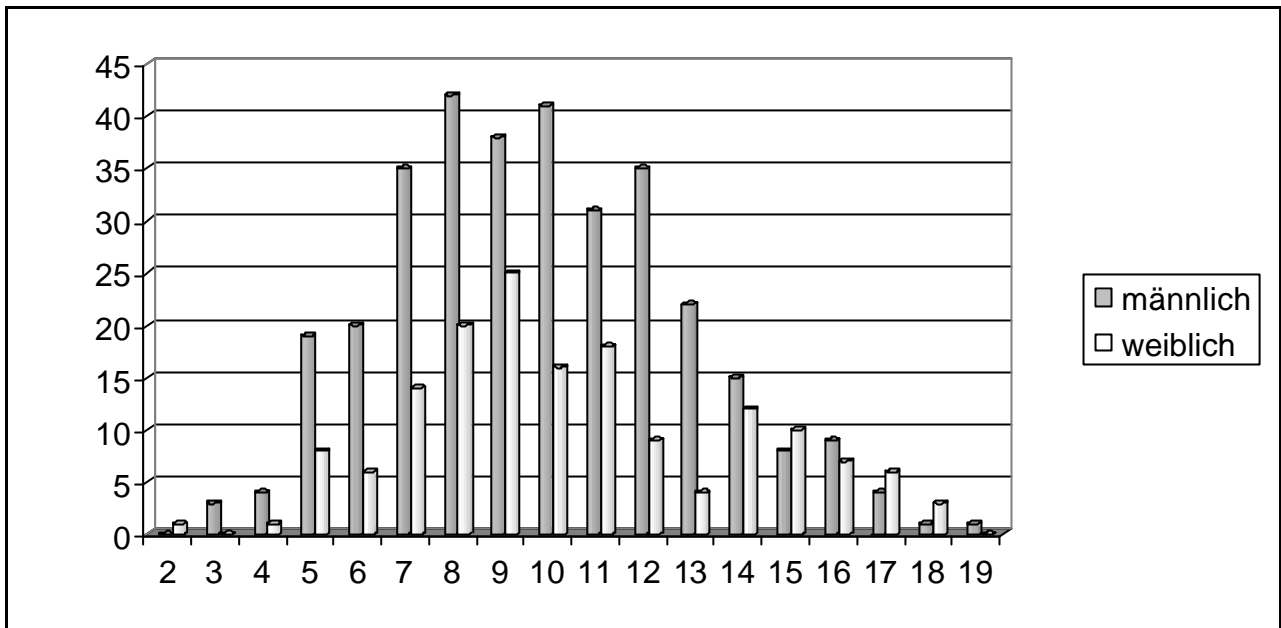


Abbildung 8.1: Altersverteilung

Nur ca. 6% der Patienten waren jünger als 6 Jahre. Die Geschlechtszugehörigkeit zeigte mit einem Anteil von 67% ein Überwiegen der Jungen vor allem im Schulkindalter. Kinder zwischen 5 und 14 Jahren bildeten die große Mehrheit der untersuchten und behandelten Patienten. Die festgestellten Befunde entsprechen epidemiologischen Untersuchungsergebnissen zu alter- und geschlechtsbezogenen Häufigkeitsverteilungen von administrativen Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten von in Fachdiensten versorgten Kinder und Jugendlichen.

In ihrer umfassenden Literaturdurchsicht stellten Remschmidt und Walter (1990) fast ausnahmslos ein Überwiegen der Jungen fest, die in Polikliniken, Ambulanzen und/oder Erziehungsberatungsstellen vorgestellt worden waren. Mit zunehmendem Alter verschob sich in den untersuchten Inanspruchnahmepopulationen das Geschlechterverhältnis zu Lasten der Mädchen. Ebenso fand sich wiederholt ein Ansteigen der Vorstellungsrate nach dem Eintritt in die Schule. Die Altersgruppe der 6- bis 14jährigen war mit etwa zwei Drittel am stärksten vertreten, wie dies auch in unserer Untersuchungsstichprobe festzustellen ist.

Wenn sich auch eine eindeutige Altersabhängigkeit von Prävalenzraten psychischer Störungen in Feldstichproben der Allgemeinbevölkerung nur für einzelne psychiatrische Diagnosegruppen nachweisen lässt, so findet sich doch allgemein häufig ein Ansteigen

von Verhaltensstörungen nach der Einschulung, wobei emotionale und entwicklungsbedingte Störungen dominieren (Remschmidt & Walter, 1990). In der in Mannheim durchgeführten prospektiven Echtzeit-Longitudinal-Studie von Esser et al. (1992) blieb die Gesamtrate psychischer Störungen für die Jungen zwischen 8 und 13 Jahren konstant (22%), danach sank sie bis zum Alter von 18 Jahren auf 15% ab. Demgegenüber stieg die Rate der psychischen Auffälligkeiten bei den Mädchen bis zum 18 Lebensjahr von 10% auf 17% an. Dies galt allerdings nicht für „schwere“ Störungen mit einer massiven, unbedingt behandlungsbedürftigen psychischen Beeinträchtigung, bei denen es beim Überwiegen der männlichen Jugendlichen blieb. Die Häufigkeit psychischer Störungen lag in der Gesamtkohorte der 340 zu den Alterszeitpunkten von 8, 13 und 18 Jahren mittels hochstrukturierter Interviews untersuchten Kinder und Jugendlichen bei 16 – 18 %.

Eggers stellte in seiner Untersuchung zur Inanspruchnahme der Ambulanz der Essener Universitätsklinik für KJPP über einen 12-jährigen Behandlungszeitraum ein Geschlechterverhältnis zwischen Jungen und Mädchen von 3:2 fest. 63% Jungen standen in der Gruppe der 6 - 11-jährigen 37% Mädchen gegenüber. Während der Pubertät war auch hier eine Zunahme des Anteils der Mädchen zu verzeichnen (Eggers, 1997).

Viele Untersuchungen von Inanspruchnahmepopulationen wie auch Erhebungen zur „wahren Prävalenz“ psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung bestätigen übereinstimmend einen deutlichen Umschwung der Geschlechterrelation der psychischen Symptombelastung der Jungen gegenüber den Mädchen beim Eintritt in die Adoleszenz. Die Mädchen erreichen dann „die Rate bzw. den Grad der psychischen Auffälligkeiten der Jungen und beginnen diese zu übertreffen“.

Bei der Gesamtbewertung dieser Befunde wiesen Remschmidt und Walter (1990) jedoch einschränkend auf die Problematik der häufig auf dem Kriterium eines Expertenurteils basierenden Erhebungen hin. Bei der Analyse von Prävalenzstudien, die sich in ihren Definitionskriterien eher an subjektiv geschilderten Symptombelastungen orientierten, fanden sich zwar ebenfalls höhere Belastungen der Jungen, diese lagen aber „bei weitem nicht in der Relation von 2:1“.

Es kann angesichts des Befundes, dass sich in einer Reihe von Untersuchungen auch keine Geschlechtsunterschiede fanden, nicht ausgeschlossen werden, dass sich in den beschriebenen Verteilungen im wesentlichen unterschiedliche Bewertungen von Verhaltensproblemen bei Jungen und Mädchen widerspiegeln.

Die Autoren diskutieren die Möglichkeit, dass die zwei- bis dreimal so hohe Vorstellungsrate von Jungen in psychiatrischen Institutionen „mehr aus den Konflikten zwischen Verhalten und gesellschaftlichen Normen resultieren könnte als aus quantitativen Symptomunterschieden zwischen Mädchen und Jungen“ (Remschmidt & Walter, 1990).

8.3.2 Der Weg in die Praxis

92% der in die Projektstichprobe einbezogenen Patienten wurden nach den Vorgaben der SPV behandelt.

Es wurde den Eltern die Frage gestellt, auf wessen Initiative die Vorstellung ihres Kindes/Jugendlichen zurückging und welche Institutionen vor der Erstvorstellung in der Praxis für KJPP schon in Anspruch genommen worden waren.

In aller Regel waren die Eltern die treibende Kraft für die Vorstellung ihrer Kinder (Abb. 8.2).

37 % meldeten sich primär in der Praxis an. Die anderen 63 Prozent waren offensichtlich Empfehlungen von Kinder- und Hausärzten sowie von Lehrern gefolgt. 173 Patienten kamen direkt in die KJPP-SPV-Praxis. 314 Patienten hatten nach Mitteilung der Eltern/Sorgeberechtigten wegen derselben Symptomatik/Problemstellung bereits bei andern Fachdiensten Hilfe gesucht.

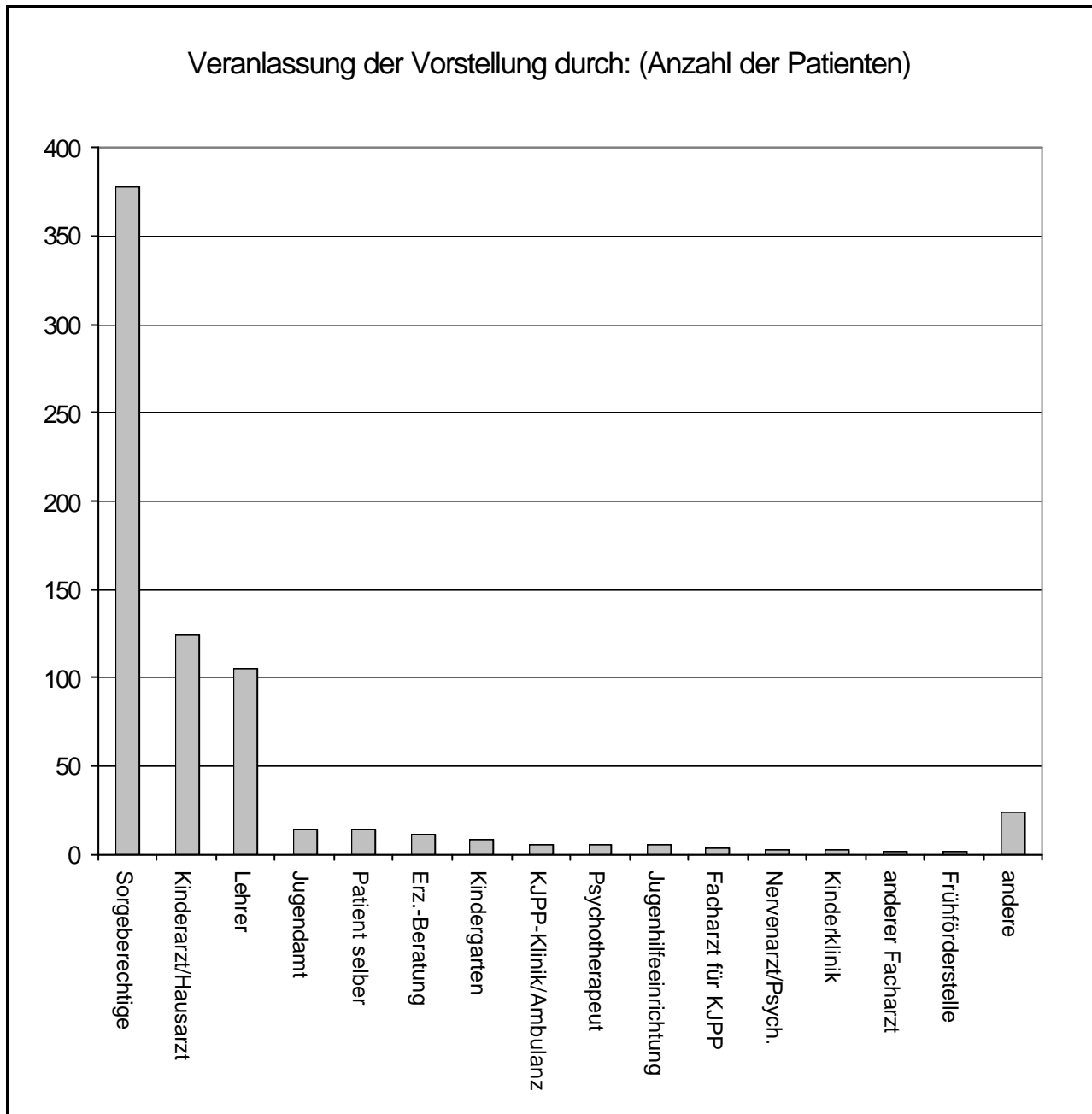


Abbildung 8.2: Veranlassung der Vorstellung

Die vor allem in der Kinderarztpraxis und in den therapeutischen Diensten der Ergotherapie, in der psychologischen Beratungsstelle, aber auch in der Institutsambulanz und Klinik für KJPP erfahrenen Behandlungsmaßnahmen wurden zu über 50% als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ bewertet (Abb. 8.3).

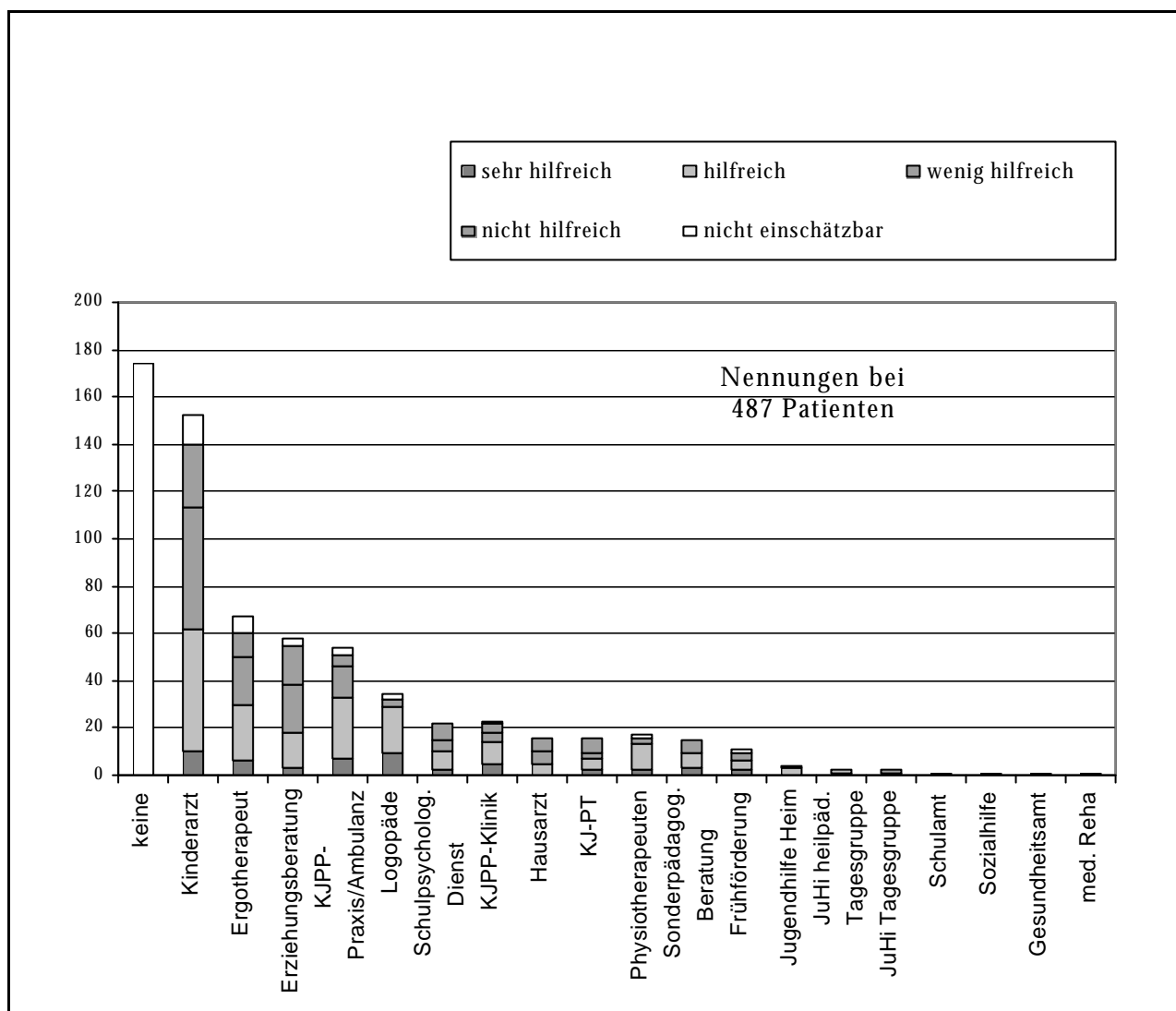


Abbildung 8.3: Inanspruchnahme und Effektivitätseinschätzung zuvor in Anspruch genommener Institutionen

Es kann damit angenommen werden, dass sich nur zum Teil solche Familien um eine erneute Abklärung und Behandlung der Problematik ihres Kindes bemühten, die frühere Hilfen als unzureichend bewertet hatten. Die registrierten Einschätzungen sprechen eher dafür, dass Eltern gerade aufgrund der vorausgegangenen Erfahrung, wirksame Hilfe für ihr Kind finden zu können, nunmehr mit dem Ziel einer weiterführenden Hilfe die Praxis für KJPP aufsuchten. Zumindest bei den zuvor in Kliniken und Institutsambulanzen der KJPP behandelten Patienten ist davon auszugehen, dass sich die Eltern der betroffenen Kinder/Jugendlichen nach den in solchen Institutionen stets zeitlich befristeten Therapiephasen die gezielte fachliche Unterstützung der kinder- und jugend-psychiatrischen Praxis wünschten.

6 % der Vorstellungen waren Notfallbehandlungen. Bei durchschnittlich 250 bis 300 pro Praxis behandelten Patienten pro Quartal bedeutet dieses, dass pro Woche 1 bis 2 Notfallpatienten zu versorgen waren. Als Notfälle gelten vor allem Patienten mit suizidalen, selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen, Opfer von Misshandlungen und sexuellem Missbrauch, Patienten mit psychotischen Symptomen, intensiver Schulphobie und dekompenzierten Essstörungen. Oft ergibt sich die Akuität einer schwerwiegenden Verhaltensproblematik aus Krisen im familiären Umfeld des Kindes. Der Versorgungsaufwand bei diesen Patienten ist erfahrungsgemäß groß, insbesondere was die organisatorische Flexibilität und schnelle Aktivierung und Einbeziehung praxisexterner komplementärer Institutionen (Klinik, Jugendhilfe, Schule) betrifft.

Nur 1,8% der ambulant vorgestellten Patienten wurden in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik eingewiesen. Sie erschöpften oder sprengten aufgrund ihrer psychischen Symptomatik die familiären Versorgungsressourcen.

Das Ziel der „Ambulantisierung“ der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung scheint somit in der KJPP-Praxen mit Sozialpsychiatrievereinbarung (KJPP-SPV-Praxis) umgesetzt und erreicht werden zu können.

Bei den meisten der vorgestellten Patienten bestand die psychische Störung schon längerfristig. Über die Hälfte der Eltern berichteten, dass die Krankheitssymptomatik, die Verhaltens- oder Entwicklungsproblematik ihr Kind bereits seit mindestens 2 Jahren belastete. Bei 70 % der Patienten, die in den Praxen vorgestellt wurden, bestand die psychische Symptomatik nach dieser Einschätzung bereits länger als 1 Jahr (Abb. 8.4).

Die Frage, warum sich die Eltern erst nach einem längerfristigen Verlauf der bestehenden Problematik an die Praxis für KJPP wandten, kann unsere Studie nur aufwerfen, aber nicht beantworten. Lag es an Schwellenängsten bei den Sorgeberechtigten oder komplementären Helfern? War mit der Symptomatik z.T. die Verleugnungstendenz der Eltern gewachsen und musste evtl. ihre Leidensfähigkeit erst erschöpft werden, bis sie nach fachlicher Therapie fragten? Mussten sie, wie in 70% der Fälle, erst andere Helfer durch Empfehlung oder Druck zur Anmeldung beim Facharzt

für KJPP motivieren? Lagen Unwissen oder Vorurteile gegenüber dem psychiatrischen Fach, eventuell auch bei anderen Berufsgruppen, zugrunde?

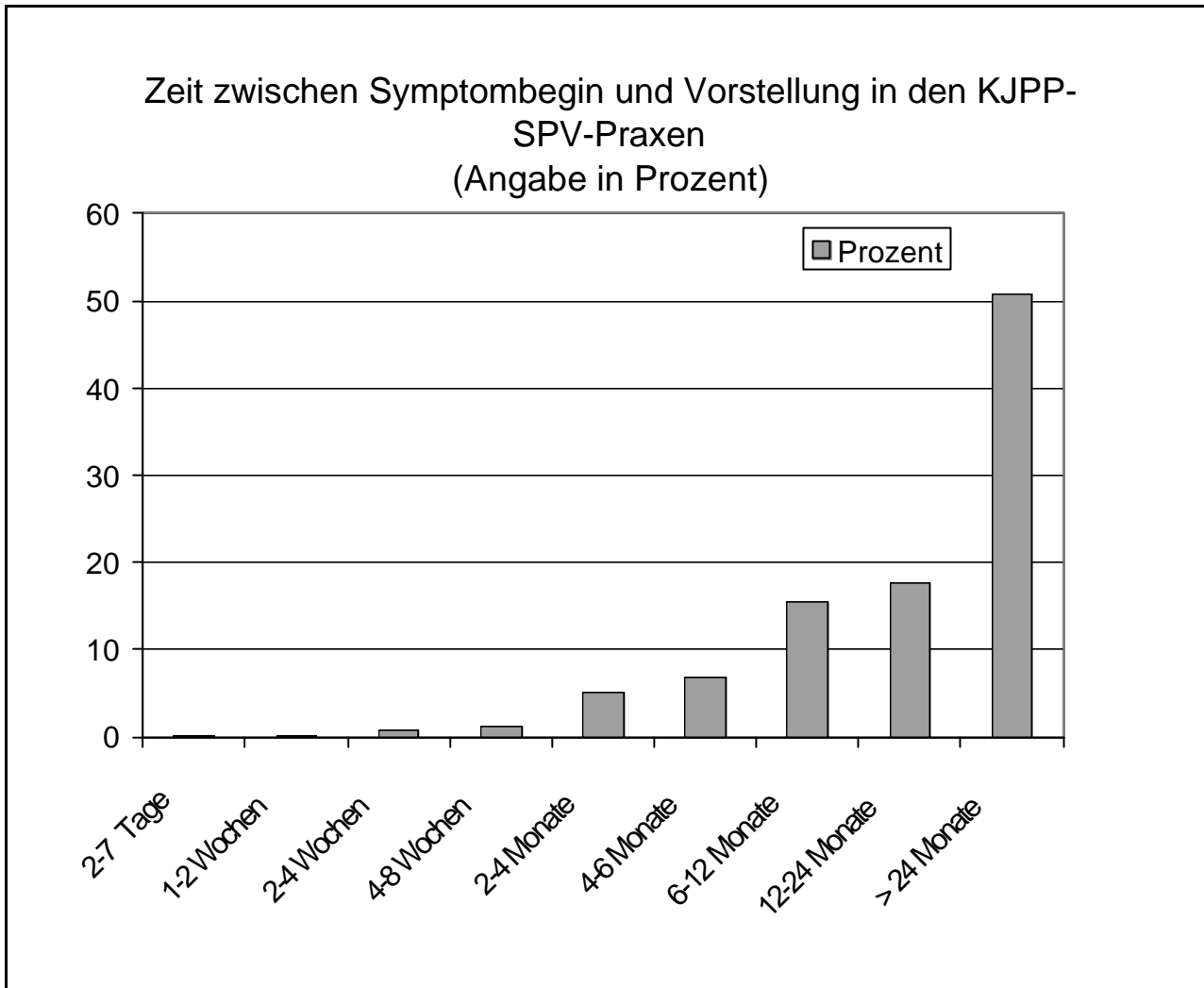


Abbildung 8.4: Beginn der Symptomatik

Auf eine ähnliche Problematik wiesen Remschmidt und Walter (1990) in ihrer Marburger Untersuchung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme hin. In der von ihnen analysierten Modellregion fand sich eine erhebliche Differenz zwischen der Symptomprävalenz und dem Inanspruchnahme-verhalten von Beratungs- und Hilfsdiensten. Obwohl 12,7% einer Schülerstichprobe aufgrund der von ihren Eltern beschriebenen psychischen Problematik als therapie- oder beratungsbedürftig einzuschätzen waren, befanden sich nur 3,3% aller Schüler in Behandlung, davon nur die Hälfte in einer Einrichtung der KJPP. Die Autoren diskutierten neben der

Zugangsproblematik zu spezifischen Hilfediensten aufgrund von Unsicherheit und „Schwellenängsten“ die Notwendigkeit einer erreichbaren und präventiv wirksamen Angebotsstruktur.

Der in unserer Untersuchung festzustellende lange Vorlauf der zur Vorstellung führenden Symptomatik dürfte die Vermutung bestätigen, dass es neben Art und Schwere einer Störung wesentlich „auch von dem Zusammenbruch von Problembewältigungsstrategien des Individuums, der Familie oder des sozialen Netzwerkes“ abhängt, ob und wann ein psychisch belastetes Kind „zum Patienten“ wird (Renschmidt und Walter, 1990).

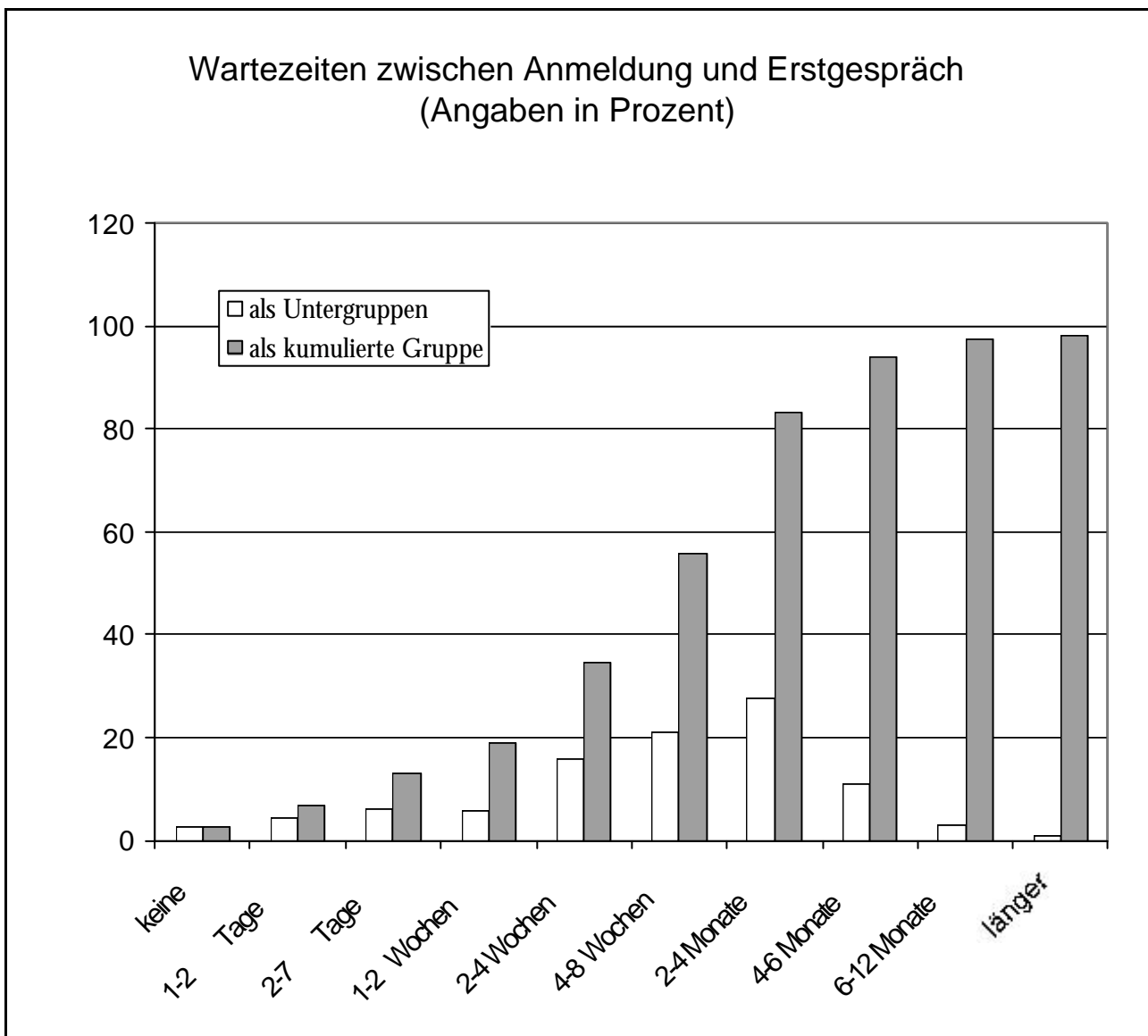


Abbildung 8.5: Wartezeiten

Verglichen mit den längerfristig bestehenden Störungsbildern und Problemstellungen unserer Patienten nahmen sich die Wartezeiten zwischen Anmeldung und Ersttermin in der Praxis für KJPP relativ kurz aus. Die Notfallpatienten wurden durchgehend sofort versorgt. Über die Hälfte der Patienten mussten nicht länger als 1 bis 2 Monate warten. Nach 4 – 6 Monaten Wartezeit waren so gut wie alle Patienten vorgestellt und untersucht worden (Abb. 8.5).

Das oft geäußerte Problem der noch längeren Wartelisten in den Praxen für KJPP könnte damit zusammenhängen, dass sich viele Patienten bzw. ihre Eltern bei verschiedenen Fachärzten auf die Wartelisten setzen lassen und dadurch, dass sie den ersten gewährten Termin wahrnehmen, ohne den anderen Fachkollegen abzusagen, die Wartelisten unbewusst weiter „aufblähen“. Die formale Zahl der angemeldeten Patienten in einer Praxis lässt deshalb nur schwer Hochrechnungen über die real auf Versorgung wartende Patientenzahl zu. In fachlich schlechter versorgten Gebieten ist die Anmeldungssituation allerdings deutlich angespannter als in Gebieten mit mehr KJPP-Praxen. In manchen Fällen verweist ein häufiges Absagen und Herauszügern von Vorstellungsterminen auf die besonders schwierige psychosoziale Situation oder Störung des Patienten und seines Umfeldes, die in der Statistik negativ auffällt, der Praxis aber nicht anzulasten wäre. Das Argument, Patienten mit kinder- und jugendpsychiatrischer Symptomatik müssten angesichts unzumutbarer Wartezeiten notgedrungen von anderen Ärzten, z.B. von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, oder im Rahmen der für 20 Behandlungsstunden ohne fachärztliche Vordiagnostik erlaubten, „psychisch-funktionellen Behandlung“ durch Ergotherapeuten behandelt werden, kann zumindest für die von uns untersuchten Versorgungsgebiete nicht aufrecht erhalten werden.

8.3.3 Vorstellungsanlass: Symptomatik/Problemstellungen

In der erbetenen freien Formulierung nannten die Eltern/Sorgeberechtigten im Durchschnitt 3,5 Probleme/Symptome ihrer Kinder, wegen derer sie die fachärztliche Behandlung aufsuchten (Tab. 8.2).

Tabelle 8.2: Symptomatik

Zur Vorstellung führende Symptome/ Probleme der jungen Patienten aus Sicht der Eltern	Absolutzahl der Nennungen
sozial gehemmt	208
aggressives Verhalten/Impulsivität	207
verweigerndes Verhalten	145
Mangel von Ausdauer und Konzentration	180
mangelnde Arbeitshaltung/Unselbständigkeit	134
spezifisches Leistungsversagen	108
funktionelle Störungen/psychosomatische Beschwerden	91
andere Störungen des Sozialverhaltens	84
Depressivität/Minderwertigkeitserleben	74
allgemeines Leistungsversagen	74
Angststörungen	64
Hyperaktivität	61
Lügen/Stehlen	41
Misserfolgsempfindlichkeit	30
Affektstörungen	27
Essstörungen	24
Leistungsverweigerung	22
misstrauisch/zurückweisend	20
Denk-/Wahrnehmungsstörungen	14
Sprachentwicklungsstörungen	14
abnorme Gewohnheiten	14
Störungen der Impulskontrolle	11
Zwangsstörungen	10
selbstschädigendes Verhalten	9
Zust. nach seelischer Traumatisierung	9
Intensiver Gebrauch von Fernseher/Computer	7

Schulverweigerung	6
Unklarer intellektueller Entwicklungsrückstand	6
Psychische Störungen bei chronischer organischer Erkrankung	3
autistisches Verhalten	3
Weglaufen/ Streunen	3
sexuelle Verhaltensauffälligkeiten	2
Drogenmissbrauch	2
Zündeln/delinquentes Verhalten	1
Summe der Nennungen	1708

Klassifiziert man die von den Eltern als Vorstellungsanlass in „Mehrfachnennungen“ berichteten Symptome/Probleme, lassen sich 6 unterschiedliche Störungsbereiche abgrenzen (Abb. 8.6).

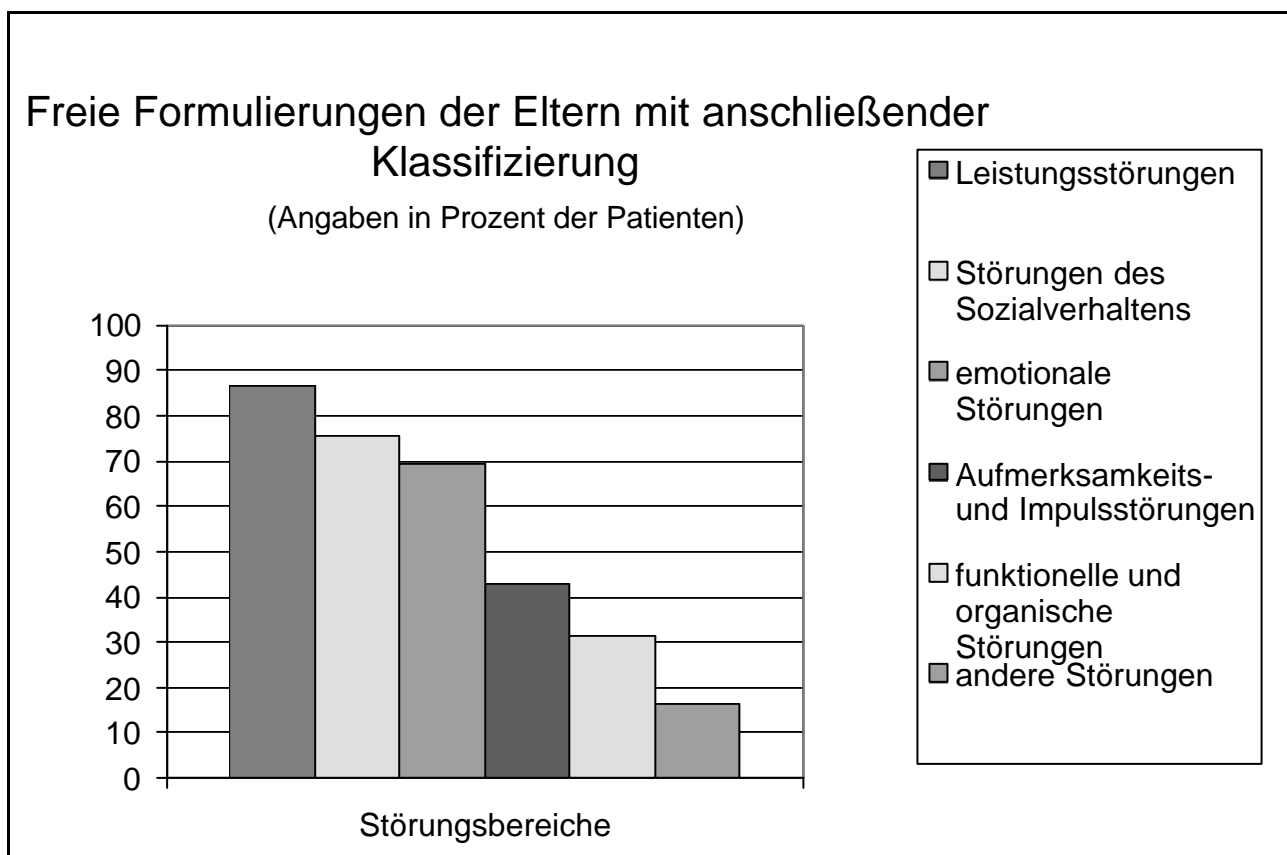


Abbildung 8.6: Klassifizierung der von den Eltern geschilderten Symptome/Probleme

Bei 86% aller Kinder/Jugendlichen nannten die Eltern Leistungs- bzw. Schulprobleme. Bei 75 % der Patienten klagten sie über Störungen des Sozialverhaltens an erster Stelle. Insgesamt 69 % der Kinder litten nach Meinung der Eltern unter erkennbaren emotionalen Störungen, vor allem unter Depressionen und Ängsten. Erst danach folgten Aufmerksamkeitsstörungen mit 43 %. Bedeutsame funktionelle und organische, vor allem psychosomatische Störungen sowie die in diese Gruppe einbezogenen motorischen, sensorischen und Sprachentwicklungsstörungen wurden in 32% der Fälle berichtet.

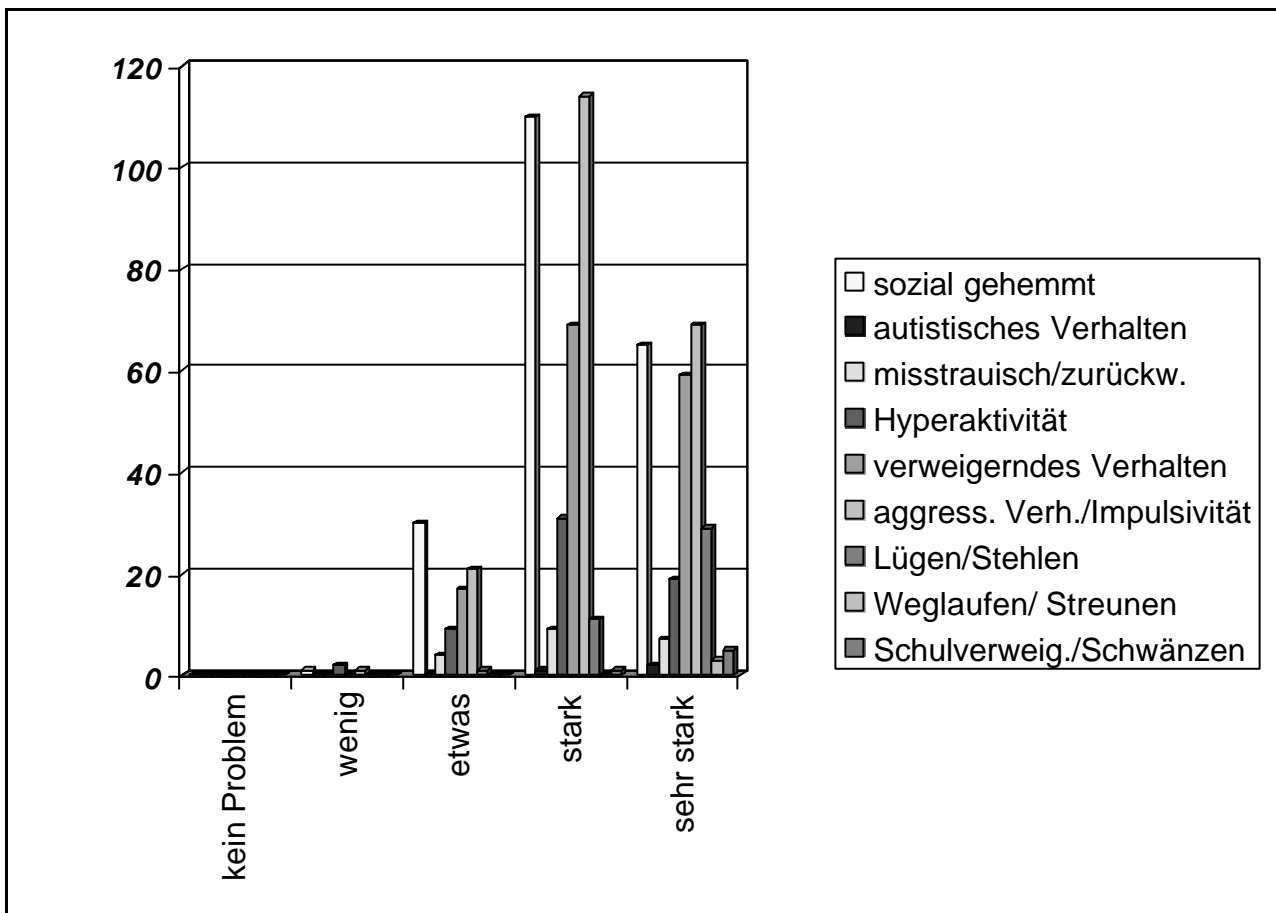


Abbildung 8.7: Intensität der Probleme (I) eingeschätzt durch die Eltern

Die Eltern/Sorgeberechtigten stellten damit die Symptomatik ihrer Kinder differenziert, auf verschiedene Verhaltensbereiche bezogen dar. Es zeigte sich auf Grund der häufigen Mehrfachnennungen pro Patient, dass die Eltern nicht nur die Leistungsmängel sondern augenscheinlich genauso häufig die emotionale Belastung ihrer

Kinder als eine eigene Qualität der von ihnen vermuteten psychischen Störung wahrnahmen.

Die Eltern brachten einen hohen Leidensdruck zum Ausdruck, der aus der Intensität abzuleiten war, mit der sie die Probleme und Symptome beschrieben, wegen derer sie die fachärztliche Hilfe suchten (Abb. 8.7 u. 8.8).

In 36% der Fälle betonten die Eltern mit der Bewertung „stark bis sehr stark ausgeprägt“ fast gleich häufig die soziale Gehemmtheit wie das aggressiv-impulsive Verhalten ihres Kindes, welches insgesamt jeweils 175 mal als wesentlicher, sie belastender Grund der gesuchten Abklärung und Behandlung genannt worden war. 26% der Eltern (128 mal) beklagten ein sich ihrer pädagogischen Lenkung verweigerndes Verhalten des Kindes.

Hyperaktivität als wesentliches Symptom wurde 61 mal (13%) als ein vorrangiges Problem im Verhalten des Kindes geschildert.

Angststörungen und andere Affektstörungen des Kindes benannten die Eltern in über 90 Fällen (18%), die sie 50 mal (10%) als sie „sehr stark“ bis „stark“ belastend bewerteten. In insgesamt 15% der Fälle (91 mal) schilderten die Eltern ihr Kind als depressiv. Mit einer Häufigkeit von 19% benannten sie psychovegetative körperliche Funktionsstörungen (91 mal).

Die mit großer Häufigkeit geklagten Leistungsstörungen bewerteten die Eltern/Sorgeberechtigten bei 69% der vorgestellten Kinder als sie erheblich belastend. In insgesamt 175 Fällen (36%) zeigten sich diese in einem Mangel an Konzentration und Aufmerksamkeit. 134 mal (27,5%) wurde eine mangelnde Arbeitshaltung genannt. Bei 108 Patienten (22%) hatten die Schulleistungsstörungen bereits zu einem spezifischen, einzelne Schulfächer betreffenden Leistungsversagen geführt. Bei weiteren 20% (96 Fälle) war es zu einem allgemeinen schulischen Leistungsversagen oder zur Leistungsverweigerung gekommen (Abb. 8.8).

Die Bedeutung von Schulleistungsschwierigkeiten als Grund für eine Vorstellung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz betonte beispielsweise auch Eggers (1997), der diese in einem 12-jährigen Beobachtungszeitraum bei 60% der erstmals vorgestellten Kinder beschrieb und darauf hinwies, dass sich unter einer solchen

Problematik ganz unterschiedliche Primärstörungen, wie etwa Angststörungen, Teilleistungsstörungen oder die Diskrepanz zwischen intellektueller Begabung, Leistungsmotivation und Leistungsanforderung sowie andere emotionale Erkrankungen aufdecken ließen.

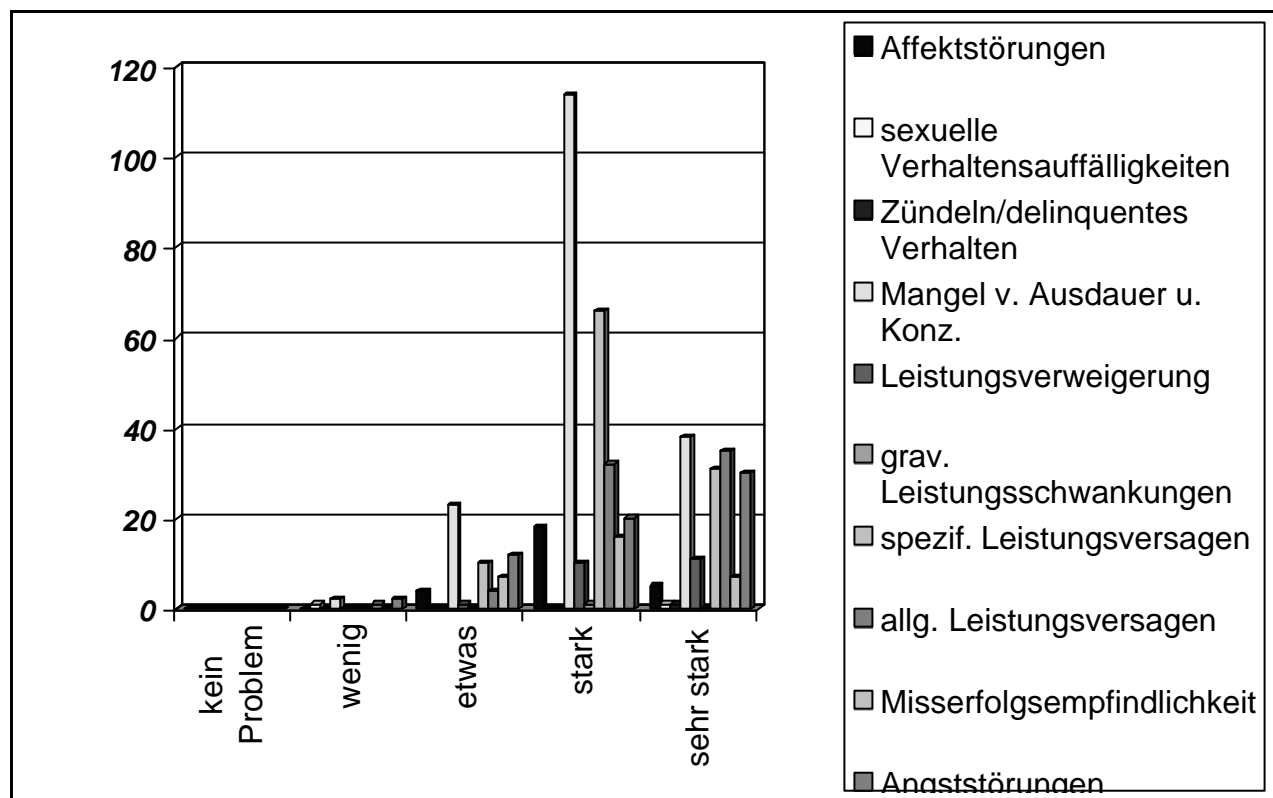


Abbildung 8.8: Intensität der Probleme (II) eingeschätzt durch die Eltern

In unserer Untersuchung zeigt die Elternbewertung die hohe Bedeutung der Manifestation psychischer Problematik der betroffenen Kinder auf dem kognitiven und sozialen Interaktionsfeld der Schule an.

Ein ähnliches Bild der Auffälligkeiten der Kinder/Jugendlichen ergab sich aus der Auswertung der von den Eltern beantworteten Fragen der CBCL-Fragebögen. Hier wurden deutliche oder zumindest grenzwertig von der Vergleichsnorm abweichende Aufmerksamkeitsstörungen bei 43% der vorgestellten Kinder in Form von Konzentrationsstörungen, motorischer Unruhe und Impulsivität beschrieben, die wesentlich mit den geklagten schulischen Leistungsstörungen im Zusammenhang standen (Abb. 8.9).

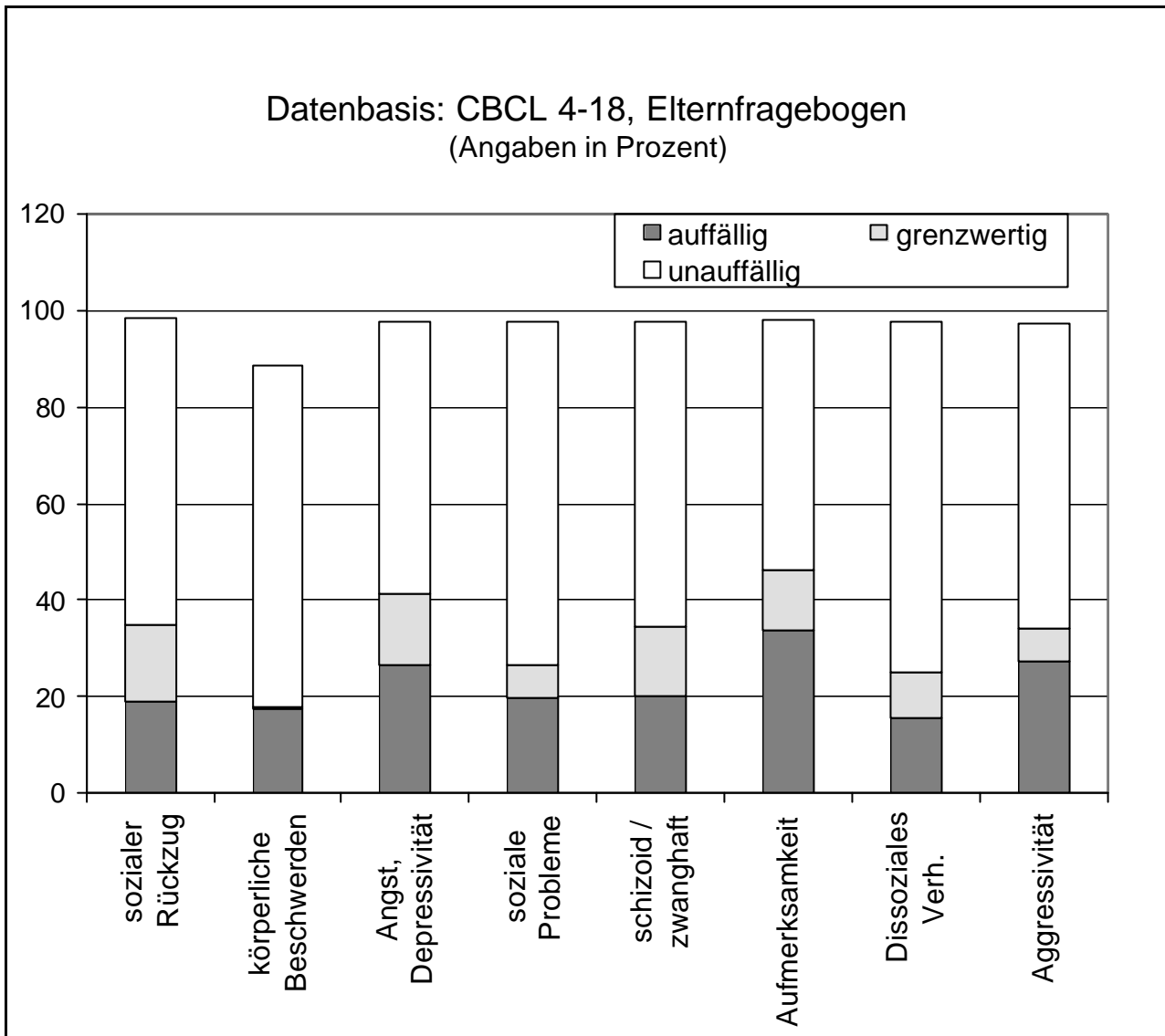


Abbildung 8.9: CBCL - Beurteilung der Kinder und Jugendlichen durch die Eltern

Aufmerksamkeitsprobleme wiesen in Studien zur Art und Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Beschwerden, in denen der CBCL eingesetzt wurde, wiederholt hohe Prävalenzraten auf. Im Forschungsprojekt von Remschmidt und Walter (1990) beispielsweise nahmen Konzentrationsstörungen und Hyperaktivität mit jeweils 23% bzw. 19% bei den Jungen und 13% bzw. 11% bei den Mädchen zwischen 8 – 11 Jahren die ersten Rangplätze ein. In der Altersgruppe der 12- bis 17-jährigen lagen diese Werte noch zwischen 12% bis 13%. Die Autoren der Arbeitsgruppe der Deutschen Child Behavior Checklist um Döpfner und Mitarbeiter (1993) fanden in der Skala der Aufmerksamkeitsstörungen bei allen Items eine um das Zweifache erhöhte Symptomausprägung in der repräsentativen Klinikstichprobe gegenüber der

Grundgesamtheit einer deutschen repräsentativen Feldstichprobe. Die Prävalenz von Aufmerksamkeitsstörungen in der nicht klinischen Bevölkerungsstichprobe von Kindern zwischen 4 – 10 Jahren lag in dieser Häufigkeitsstudie mit 5% bei den Jungen und mit 3,8% bei den Mädchen sogar deutlich niedriger.

25,5% der Eltern bewerteten ihre Kinder in der Beantwortung des CBCL-Fragebogens als „ängstlich/depressiv. In weiteren 15% waren die Einschätzungen in dieser Skala als grenzwertig einzuordnen. In der repräsentativen Vergleichuntersuchung von Lehmkuhl et al. (1998) fanden sich bei Kindern und Jugendlichen in der Normalbevölkerung Belastungsprävalenzen mit depressiven Symptomen bis zu 10 %.

Ein deutlich oder zumindest grenzwertig von der Vergleichsnorm des Testverfahrens abweichendes soziales Rückzugsverhalten der Kinder/Jugendlichen ergab sich bei der Auswertung der Fragenbogenergebnisse mit einer ebenfalls hohen Häufigkeit bei insgesamt 37% der Fälle. Mit fast gleicher Häufigkeit, mit der sie eine vermehrte Aggression kennzeichneten, betonten die Eltern in 23% der Fälle das Bestehen von Ängsten und/oder einer Depression des Kindes. Alle außer einem der dieser Skala zugeordneten Items trennten beispielsweise auch in der Vergleichsuntersuchung von Lehmkuhl et al. (1998) nachdrücklich die Klinikstichprobe von der Untersuchungsgruppe der Feldstichprobe. Das Item „Ist unglücklich/traurig oder niedergeschlagen“ kam in dieser Klinikstichprobe in einer 24 mal stärkeren Ausprägung vor. Damit entspricht die von uns untersuchte Patientengruppe, die als deutlich emotional belastet zu bezeichnen ist, sonstigen klinischen Populationen der KJPP.

27,1% aller Kinder wurden von ihren Eltern als ausgeprägt und weitere 7,1% als manchmal „aggressiv“ eingeschätzt. Die Skala „Dissoziales Verhalten“, auf welcher die Eltern in über 20% der Fälle zumindest grenzwertig von der Vergleichsnorm abweichende Einschätzungen ihrer Kinder vornahmen, beinhaltet Symptome wie „Lügen, Stehlen“ und bezieht sich nicht auf Straftaten.

Im Vergleich hierzu waren lediglich 3% aller Mädchen und 6% aller Jungen von den Eltern in der Grundgesamtheit der repräsentativen deutschen Feldstichprobe von Lehmkuhl et al. (1998) mit demselben Untersuchungsverfahren als ausgeprägt aggressiv eingeschätzt worden. Eine überhalb von einem Prozent liegende Einschätzung der 13

der Skala „dissoziales Verhalten“ zugeordneten Items als „auffällig“ nahmen die Eltern aus der repräsentativen deutschen Vergleichsstichprobe nur für 4 Items vor. Dabei ließen sich statistisch signifikante Verteilungsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen nicht finden.

„Aggressives Verhalten“, dissoziales Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und sozialer Rückzug waren auch in einer in hausärztlichen Praxen in Aachen durchgeführten repräsentativen Untersuchungsstichprobe von 508 Kindern und Jugendlichen mit der Child Behavior Checklist CBCL/4-18 als die häufigsten Probleme gefunden worden. (Ziegert et al., 2002).

Die Interpretation der in 20% der Fälle vorgenommenen hohen Kennzeichnung „schizoid/zwanghaft“ muss die besondere inhaltliche Problematik dieser Skala beachten (s. Kap. 7.2.2). Die hier erfragten Symptome von Bedeutungszuschreibungen und Phantasieproduktionen des Kindes können als solche nicht als Ausdruck eines psychotischen Erlebens gewertet werden. Andererseits lagen auch die in dieser Skala ermittelten Prävalenzen deutlich über den Einschätzungen der genannten Vergleichsgruppe.

Übereinstimmend mit ihren spontanen Symptomschilderungen beschrieben die Eltern in 19 % der Fälle körperliche bzw. psychosomatische Störungen ihrer Kinder.

Bei einer im Auswertungsverfahren des CBCL vorgesehenen zusammenfassenden Auswertung ergibt sich für die Grundgesamtheit unserer Patienten ein deutliches Überwiegen „internalisierender Störungen“ mit Symptomen des sozialen Rückzugs, sozialer Probleme, Angst und Depression gegenüber den als „externalisierende Störungen“ bezeichneten aggressiven Verhaltensauffälligkeiten, Hypermotorik und dissozialen Symptomen (Abb. 8.10). Damit beschrieben die befragten Eltern auch in der Symptom- und Problemschilderung der CBCL/4-18 in erster Linie die Annahme eines hohen sozialen Belastungserlebens verbunden mit einem gleichzeitig vermuteten subjektiven Leidensdruck ihrer Kinder.

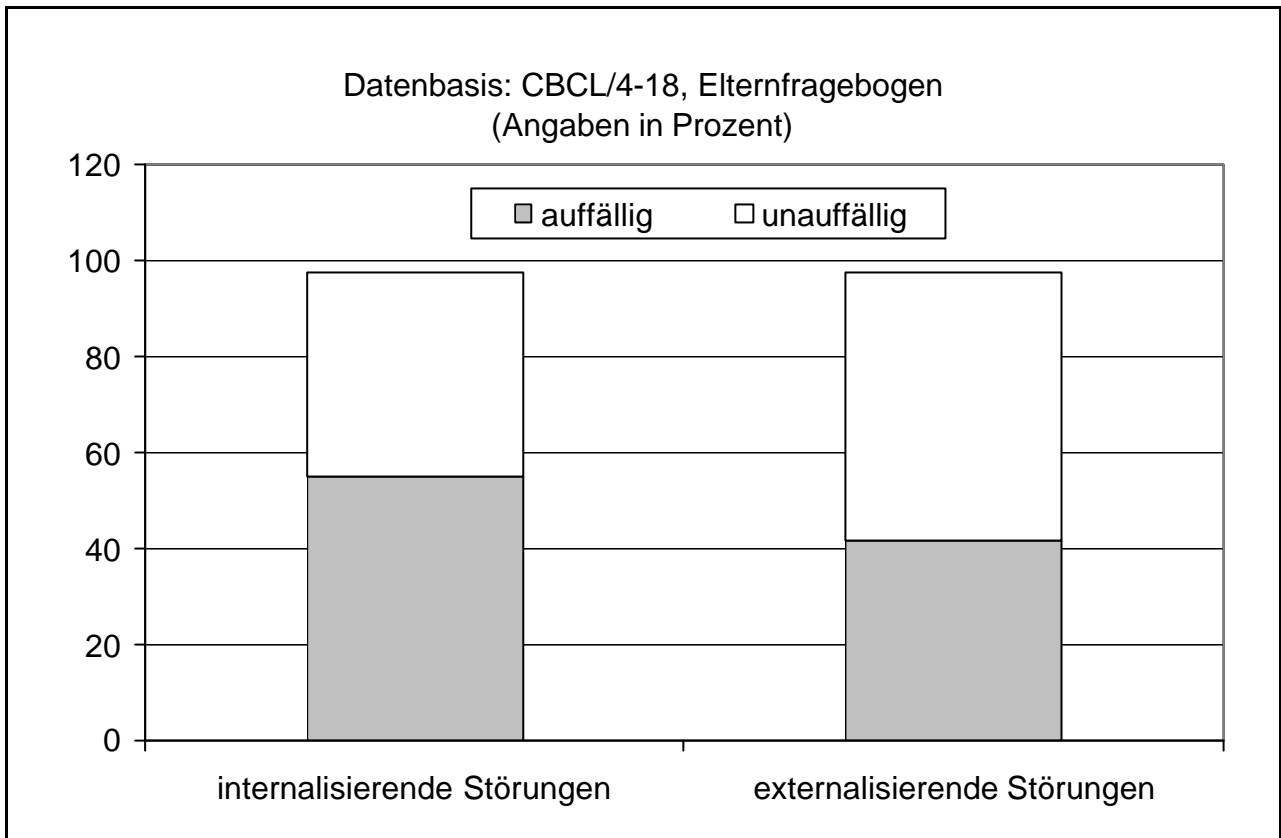


Abbildung 8.10: CBCL - Zusammenfassung

8.3.4 Auswirkung der Symptomatik/Problematik auf die soziale Kompetenz und Anpassung des Kindes

Um die Auswirkungen der psychischen Krankheitssymptomatik auf die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen abschätzen zu können, wurden die Eltern mittels eines Fragebogens zu Beginn der Behandlung (s. Anlage 3) um eine Einschätzung der sozialen Orientierungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit sowie der von ihnen wahrgenommenen Belastung der jungen Patienten in den Lebensbereichen von Schule, Familie, Leben in der sozialen Bezugsgruppe und im Freizeitverhalten gebeten.

Bei ihrer 5-stufigen Einschätzung betonten die Eltern mit den in insgesamt 35% der Fälle abgegebenen Bewertungen „ziemlich schlecht“ und „sehr schlecht“ eine hohe „nervliche und seelische“ Belastung ihres Kindes, dessen psychische Befindlichkeit sie nur in 17% als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzten (Abb. 8.11). Mit 32% nahmen die

Eltern vor allem Probleme ihres Kindes im Umgang mit den schulischen Leistungsanforderungen wahr.

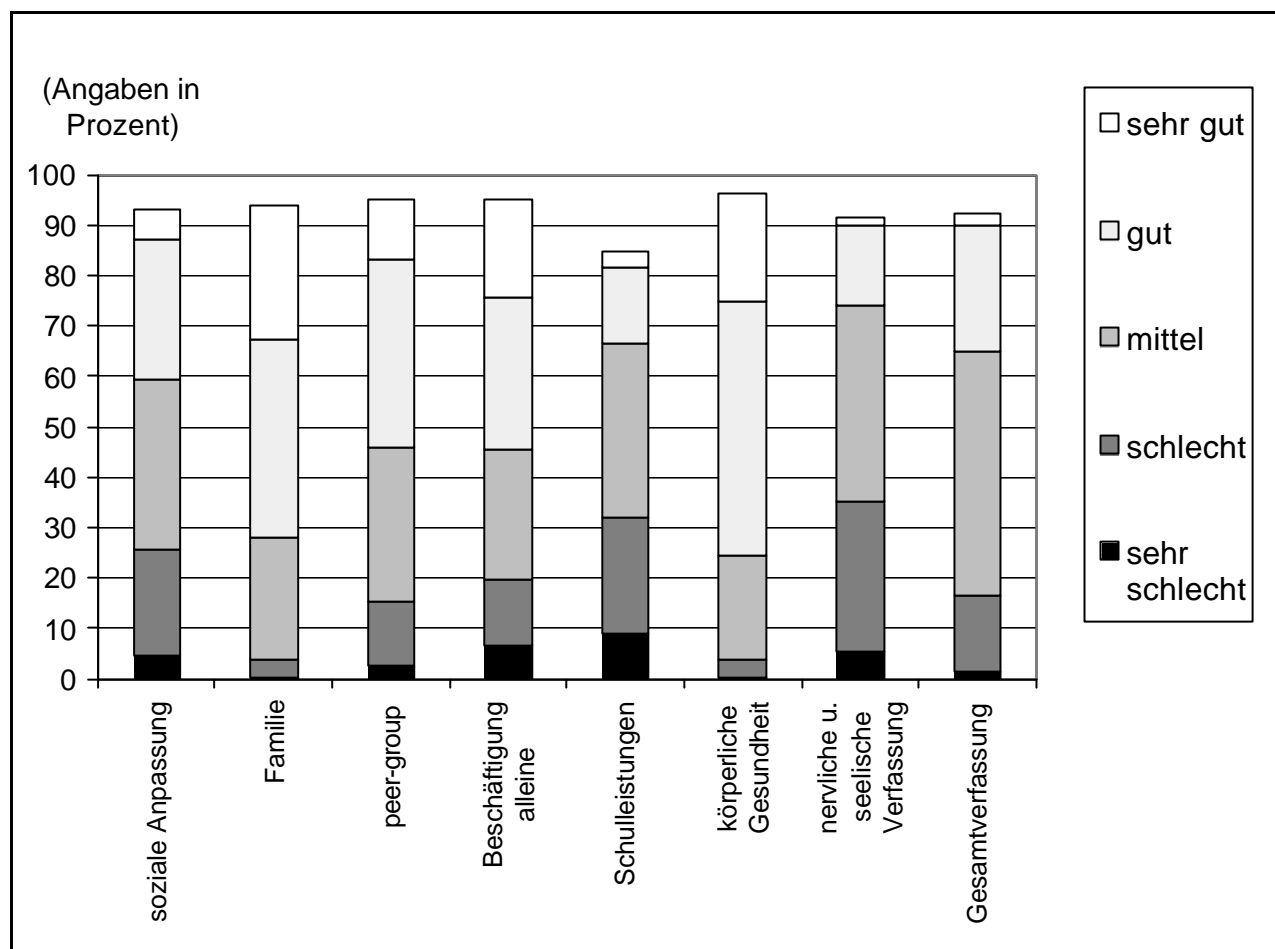


Abbildung 8.11: Situation der Kinder und Jugendlichen vor Behandlung, eingeschätzt durch die Eltern

Deutliche Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung einschließlich der erzieherischen Steuerbarkeit wurden in 26 % der Fälle beschrieben. Andererseits spricht der Befund, dass fast 34% der Eltern die Frage, wie gut ihr Kind mit sozialen und pädagogischen Anforderungen/Regeln zurecht komme, mit „sehr gut“ und „ziemlich gut“ und die restlichen Familien mit „mittel“ beantworteten, dafür, dass sie mit der Einschaltung der ärztlichen Facharztpraxis nur zum Teil auch pädagogische Hilfen suchten. Dementsprechend standen aus Sicht der Eltern auch Auswirkungen der Symptomatik des Kindes auf das familiäre Zusammenleben nicht im Vordergrund der wahrgenommenen Belastungen im Lebensumfeld. Es zeigte sich, dass die Eltern die Beziehung ihres Kindes zu den anderen Familienmitgliedern trotz seiner Erkrankung mit

der Kennzeichnung „sehr gut“ bis „ziemlich gut“ überwiegend positiv bewerteten. Nur in 4% der Fälle erfolgte die Bewertung „ziemlich“ oder „sehr schlecht“.

Demgegenüber fiel die Einschätzung der Beziehung der Tochter/des Sohnes zu Alterskameraden schlechter aus. In 15% der Fälle bewerteten die Eltern den Kontakt ihres Kindes zu anderen Kindern/Jugendlichen als „ziemlich oder sehr schlecht“.

Die Frage, wie gut es ihrem Kind gehe, wenn man alle genannten Aspekte zusammenfassen würde, beantworteten die meisten Eltern mit „mittel“ (51%). 29% gaben sogar die Bewertung „sehr gut“ bzw. „gut“ ab. Nur 16% nahmen eine schlechtere Bewertung vor. Gravierende Probleme der körperlichen Gesundheit nannten nur 4% der befragten Eltern, obwohl sie in 19% der Fälle durchaus vegetative oder psychosomatische Beschwerden des Kindes als primäre Symptomatik mitgeteilt hatten. Sie bewerteten diese augenscheinlich nicht als Ausdruck einer wesentlichen körperlichen Gesundheitsstörung.

Die Problematik/psychische Krankheitssymptomatik hatte also die seelische Verfassung der meisten Patienten noch nicht nachhaltig beeinträchtigt. Die Eltern sahen die Bedrohung der psychischen Entwicklung ihrer Kinder vor allem im schulischen und sozialen Bereich der Altersbezugsgruppe. Sie schienen sich um präventive Hilfe besonders mit dem Ziel zu bemühen, ihrem Kind dadurch bei der Bewältigung sozialer und schulischer Integrationsaufgaben bzw. bereits aufgetretener Integrationschwierigkeiten zu helfen.

8.3.5 Erwartungen an die Behandlung

Am Anfang eines jeden Untersuchungsganges nahmen die beteiligten Therapeuten Einschätzungen über die von ihnen wahrgenommenen Erwartungen der Kinder/Jugendlichen und ihrer Eltern an das Behandlungsergebnis vor. Sie legten auch die eigene Erwartung dazu nieder, in welchen Lebensbereichen des Patienten sie sich durch ihre Behandlung eine Veränderung erhofften.

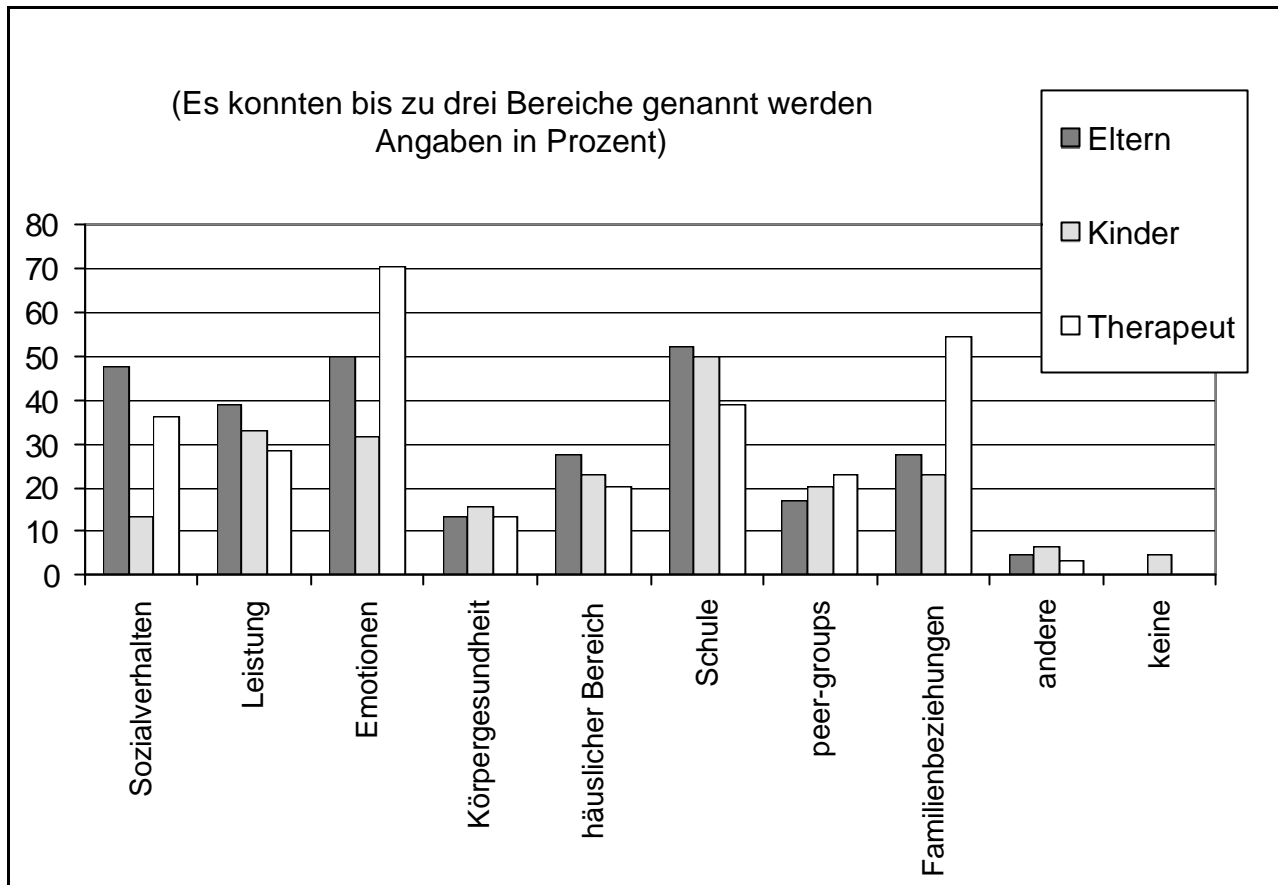


Abbildung 8.12: Erwartungen der Patienten, Eltern und Therapeuten an das Behandlungsergebnis

Solche Fragestellungen sind insofern von Bedeutung, als die Übereinstimmung von Patienten und Therapeuten bzgl. des Behandlungsauftrages eine *conditio sine qua non* einer erfolgreichen Behandlung ist. Die umfangreichen Untersuchungen zur Forschung in der Psychotherapie von Grawe et al. (2000) ergaben u.a., dass die Übereinstimmung über die Ziele und die Methoden zwischen den an einer Therapie beteiligten Menschen eine mit entscheidende Größe für einen Therapieerfolg ist.

Die Hälfte der Eltern erwarteten aus Sicht des untersuchenden Facharztes von der Therapie an erster Stelle Verbesserungen im Leistungsbereich (52%) und im Verhalten ihres Kindes in der Schule (49%). Mit gleicher Häufigkeit aber suchten sie therapeutische Hilfe zur Verminderung der emotionalen (50%) und sozialen Störungen der jungen Patienten. Ein Drittel der hierzu befragten Eltern/Sorgeberechtigten äußerte die Hoffnung, dass sich durch die Behandlung auch eine Verbesserung im familiären Zusammenleben (28%) und im Verhalten ihrer Kinder zuhause erreichen lassen könnte

(27%). Das Therapieziel einer Verbesserung der Beziehungen zu Altersgenossen wurde von 18% geäußert (Abb. 8.12).

Die von den befragten Kindern/Jugendlichen mitgeteilten Erwartungen an das Ergebnis einer therapeutischen Hilfe betrafen fast genau so häufig wie bei ihren Eltern den Schul- und Leistungsbereich und nahmen mit 50% bzw. 33% die beiden ersten Positionen ein. Ebenso sahen sie die Notwendigkeit einer Verbesserung der sozialen Beziehungen im häuslichen Bereich und in der Kommunikation mit den anderen Familienmitgliedern als fast genauso wichtig wie die Eltern. Gegenüber den Wünschen ihrer Eltern, die nach Einschätzung des Untersuchers in 48% der Fälle einen Therapieerfolg im allgemeinen Sozialverhalten als vordringlich ansahen, war dieses aus den Äußerungen der jungen Patienten nur für 14% abzuleiten.

Mit einer Häufigkeit von 32% kam in der Erwartung einer therapeutischen Hilfe im Bereich des emotionalen Erlebens der untersuchten Kinder/Jugendlichen ein zwar gegenüber der Elternsicht geringeres, aber doch deutliches emotionales Belastungserleben der Kinder/Jugendlichen zum Ausdruck. Nur bei 5% der Patienten war eine eigenständige therapeutische Erwartung nicht festgestellt worden. Dieser Befund erscheint vor dem Hintergrund der Tatsache besonders bemerkenswert, dass Kinder und Jugendliche in der Regel nicht von sich aus, sondern überwiegend auf ausdrücklichen Willen ihrer Eltern/Sorgeberechtigten hin die Hilfe eines Facharztes für KJPP aufsuchen.

Die festgestellten Einschätzungsunterschiede sprechen dafür, dass die Familien die Folgen der psychischen Störungen ihrer Kinder intensiv und vorrangig auf der Verhaltens- und Leistungsebene erlebten. Sie beschrieben diese dementsprechend auch mit der größten Häufigkeit als die führende, sie erheblich belastende Symptomatik. Die starke Betonung der Auswirkungen auf die Schulleistungsproblematik korrespondierte im Übrigen mit der relativ häufigen Angabe, dass der Lehrer die Vorstellung beim Facharzt angeregt oder zumindest nachdrücklich unterstützt hatte. Demgegenüber maß der zugezogene Facharzt für KJPP augenscheinlich der wahrgenommenen emotionalen Störung des Kindes und familiären Auslösern wesentlich höhere therapeutische Bedeutsamkeit bei.

Die Behandlungen begannen somit nicht immer im inhaltlichen Konsens der Problembewertung. Dieser musste nicht selten im Verlauf des diagnostischen und therapeutischen Prozesses in gemeinsamer Arbeit aller Verantwortlichen an und über die Therapieziele erst hergestellt werden.

8.3.6 Besonderheiten der Entwicklung und der psychosozialen Situation der Patienten

8.3.6.1 Frühkindliche Risiken und Entwicklungsstörungen

Bei ungefähr einem Fünftel der Patienten berichteten die Eltern über Komplikationen/Risikofaktoren, die in der Schwangerschaft mit ihrem Kind aufgetreten waren. Bei mehr als einem Viertel (27%) war es nach den Angaben der Eltern zu Komplikationen im Geburtsverlauf gekommen (Tab. 8.3).

Tabelle 8.3: Frühkindliche Risiken und Entwicklungsstörungen

Schwangerschaftskomplikationen	21,4 %
Geburtskomplikationen	27,1 %
Komplikationen im postpartalen Verlauf	12,6 %
Betreuungsmängel in der Kindheit	3,9 %
Störungen bei der Sauberkeitsentwicklung	13,0 %
Störungen in der motorischen Entwicklung	21,2 %
Störungen in der Sprachentwicklung	23,8 %
schwere Krankheiten während der Kindheit	12,8 %

Mit einem Kontingenzkoeffizienten bzw. Cramer V von .70 (≤ 0.000) fand sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen mitgeteilten Schwangerschaftsbelastungen und Geburtskomplikationen. Die Bewertung dieser Befunde muss jedoch die Problematik einer mangelhaft konkreten Zuordnung von einzelnen Risikofaktoren zu einer möglichen Gefährdung der kindlichen Entwicklung berücksichtigen. Die

Wahrscheinlichkeit, mit welcher eine frühkindliche biologische Belastung das Auftreten einer Entwicklungsstörung zur Folge haben kann, wird wesentlich mitbestimmt von der individuellen Reaktion des Kindes auf eine solche Risikoerfahrung. Des Weiteren kommt den Auswirkungen psychosozialer Einflussfaktoren als einer zweiten Gruppe von Risikofaktoren erhebliche Bedeutung zu, die die Vulnerabilität eines Kindes wesentlich mit bestimmen. Auf die Bedeutung der Heterogenität der individuell durchaus unterschiedlichen Reaktionsfolgen auf organische und psychosoziale Belastungen verweisen beispielsweise Laucht et al. (1998), die feststellten, dass sich in der einschlägigen Literatur zwar zahlreiche Hinweise auf entwicklungshemmende Einflüsse durch perinatale Risikobelastungen finden lassen, dass aber die „zunächst retrospektiv beobachteten Zusammenhänge zwischen Risikofaktor und negativem Entwicklungsergebnis bei prospektiver Analyse weitaus weniger eindrucksvoll ausfielen und für eine gesicherte Störungsprognose weder hinreichend spezifisch noch hinreichend sensitiv waren“. Bei ihrer prospektiven Studie zur Auswirkung von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie von frühen sozialen Risiken auf die kindliche Entwicklung bezogen sie daher die Auswirkung möglicher individueller Schutzfaktoren ein. Es ließen sich dadurch immerhin 10 bis 20% der Varianz der Entwicklungskennwerte in der Stichprobe der 362 viereinhalbjährigen Kinder aufklären. Der Befund belegte die in einer Vielzahl anderer Studien festgestellte gemeinsame Bedeutsamkeit früher organischer und sozialer Belastungen für die kindliche Entwicklung und ihre Störungen im Vorschulalter. Prä- und perinatale Belastungsfaktoren zeigen eher schädliche Auswirkungen auf motorische und kognitive Funktionen. Psychosoziale Belastungsfaktoren führen dagegen eher zu einer Beeinflussung der sozio-emotionalen und kognitiven Entwicklung der Kinder. Die Annahme einer kausalen Bedeutung einzelner organischer Risikofaktoren war demgegenüber wesentlich weniger sicher feststellbar. „Die schädlichen Folgen frühkindlicher Belastungen treten offensichtlich nicht unausweichlich“ ein. Vielmehr belegen die Erkenntnisse der Untersuchung die Hypothese, dass es eine Reihe von Faktoren gibt, „die an der Vermittlung von Risikoeffekten beteiligt sind und von denen es abhängt, welche Entwicklung ein Risikokind nimmt“. Protektive Faktoren gewinnen

nach der Vermutung der Autoren weniger in den ersten Lebensjahren als im Verlauf der kindlichen Entwicklung, „insbesondere mit dem Entstehen personaler Ressourcen“, an Einfluss (Laucht et al, 1998).

Die Eltern unserer Untersuchungsstichprobe berichteten nur in 3,9% der Fälle über Betreuungsmängel in der Kindheit. Allerdings zeigten sich bei der Gruppe von insgesamt 19 Kindern deutliche, statistisch auf hohem Signifikanzniveau ($p \leq 0.000$) zu sichernde Zusammenhänge zwischen sprachlichen und motorischen Entwicklungsstörungen und in der frühen Kindheit durchgemachten schweren Krankheiten, aber auch mit der Sauberkeitsentwicklung (Kontingenzen zwischen .536 und .475). Eine statistisch schwächere, aber immer noch bedeutsame Beziehung ließ sich auch zu Auffälligkeiten in Form von Trennungsangst, Kontakt- und Spielstörungen sowie hypermotorischem und aggressivem Verhalten während der Kindergartenbetreuung nachweisen. Da die subjektiven anamnestischen Angaben durch die Sorgeberechtigten zur frühen Lebensgeschichte üblicherweise mit erheblichen Unschärfen verbunden sind, ist angesichts entsprechender Erfahrung nicht auszuschließen, dass Betreuungsmängel und dadurch bedingte frühe Bindungsstörungen von den Eltern aus eigener Wahrnehmung heraus nur selten als solche bewusst registriert wurden. Das gilt z. B. für die Auswirkungen einer frühen Trennung des Kindes von seiner primären Bezugsperson infolge Ehescheidung oder einer schweren Krankheit, die zur Entwicklung einer nachhaltigen psychischen Symptomatik beitragen können. Vor diesem Hintergrund kommt den festgestellten statistischen Beziehungen klinisch nachvollziehbare Bedeutung zu.

Fast 24% der in unserer Untersuchung vorgestellten Kinder wiesen nach den Angaben ihrer Eltern Störungen der Sprachentwicklung auf. Gleichzeitig fand sich ein deutlicher statistischer Zusammenhang mit hochsignifikanten Kontingenzen (Cramer-V) von .404 und .435 ($p \leq 0.000$) zwischen den berichteten prä- und perinatalen Komplikationen und den Störungen der Sprachentwicklung (Tab. 8.4 u. 8.5).

Überwiegend dürfte es sich dabei um Störungen der expressiven Sprache im Sinne einer Störung des Beginnes und der Art der Sprachproduktion gehandelt haben.

Tabelle 8.4: Zusammenhang von Schwangerschaftskomplikationen und Sprache

Kreuztabelle					
Anzahl		Sprache			Gesamt
		nein	ja	unbekannt	
Komplikationen/ Risikofaktoren im Schwangerschaftsverlauf	nein	281	82	3	366
	ja	70	31	4	105
	unbekannt	5	4	10	19
Gesamt		356	117	17	490

Wenn man davon ausgeht, dass sich eine Störung der Sprachentwicklung allgemein in einer Häufigkeit von 5 bis 15% aller Kinder (Noterdaeme et al., 1998) findet, waren die festgestellten Auffälligkeiten der Sprachentwicklung der in den Praxen für KJPP vorgestellten Kinder damit insgesamt mindestens doppelt so häufig. Zieht man die von Bishop (1979) und Amorosa (1992) mitgeteilten Hinweise heran, wonach gegenüber den Beeinträchtigungen der expressiven Sprachproduktion rezepive Sprachverständnisstörungen häufig unterschätzt oder gar nicht erkannt werden, könnte der Prozentsatz der in unserer Stichprobe untersuchten sprachentwicklungsbeeinträchtigten Kinder noch größer ausfallen.

Tabelle 8.5: Zusammenhang von Geburtskomplikationen und Sprache

Kreuztabelle					
Anzahl		Sprache			Gesamt
		nein	ja	unbekannt	
...im Geburtsverlauf	nein	256	77	3	336
	ja	95	35	3	133
	unbekannt	5	5	11	21
Gesamt		356	117	17	490

Noterdaeme et al. (1998) stellten bei 100 Kindern, die sie in der Spezialambulanz für teilleistungs- und verhaltensgestörte Kinder der Heckscher Klinik in München-Solln untersuchten, bei 81 Patienten eine rezep tive Sprachentwicklungsstörung fest. Die Autoren diagnostizierten in ihrer Stichprobe gleichzeitig eine hohe Rate weiterer psychischer Auffälligkeiten. Bei der Hälfte der Kinder betrafen diese ein hyperkinetisches Syndrom oder eine emotionale Störung. Diese Ergebnisse standen in Übereinstimmung mit den Befunden anderer Untersuchungen zur Fragestellung der Kombination von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Barthlen-Weis & Breuer-Schaumann, 1994). Beichtman et al. (1996) stellten fest, dass Kinder mit einer gemischten expressiven und rezeptiven Sprachentwicklungsstörung noch bis in das späte Kindesalter Verhaltensstörungen mit Aggressivität und Hyperaktivität zeigen.

Tabelle 8.6: Zusammenhang von Schwangerschaftskomplikationen und Motorik

Kreuztabelle					
Anzahl		Motorik			Gesamt
		nein	ja	unbekannt	
Komplikationen/ Risikofaktoren im Schwangerschaftsverlauf	nein	307	58	1	366
	ja	65	39	1	105
	unbekannt	3	7	9	19
Gesamt		375	104	11	490

Mit Korrelationen von .467 bzw. .435 ($p \leq 0.000$) fanden sich hohe korrelative Zusammenhänge zwischen Komplikationen im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt mit Auffälligkeiten der motorischen Entwicklung des Kindes (Tab. 8.6 u. 8.7).

Für die Prognose motorischer Entwicklungsstörungen kommt nach den Ergebnissen der Studie von Laucht et al. (1998) neben organischen Risiken auch einer Reihe psychosozialer Belastungen eine nennenswerte Bedeutung zu. Nach den Befunden der

Autoren lassen sie vor allem das Risiko überdauernder leichter motorischer Beeinträchtigungen ansteigen.

Tabelle 8.7: Zusammenhang von Geburtskomplikationen und Motorik

Kreuztabelle					
Anzahl		Motorik			Gesamt
		nein	ja	unbekannt	
...im Geburtsverlauf	nein	281	55	0	336
	ja	89	42	2	133
	unbekannt	5	7	9	21
Gesamt		375	104	11	490

Vergleicht man unsere Daten mit solchen aus den Jahren 1977/78 (Heubach & Reinigen, 1983), finden sich Unterschiede. Damals waren 60% der Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter in der Motorik- und Sprachentwicklung als auffällig diagnostiziert worden. Hier könnten Fortschritte in der Perinatalmedizin zum Tragen gekommen sein. Auch könnten Angebote der Risikosprechstunden der Kinder- und Jugendärzte sowie der Frühförderung und Sonderkindergärten dazu beigetragen haben, dass vorhandene Störungen früher erkannt und therapeutisch versorgt wurden.

8.3.6.2 Vorschulische Entwicklung

Bei immerhin 12,8% der Kinder berichteten die Eltern, dass ihr Kind im Verlauf der Kindheit eine schwere Erkrankung durchgemacht hatte. Auch hier ließen sich statistisch bedeutsame korrelative Zusammenhänge (.539 bzw. .540, $p \leq 0.000$) mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sichern. 12,6% der Kinder hatten nach den Angaben ihrer Eltern Trennungängste beim Besuch des Kindergartens gezeigt. 21,8% waren im Verlauf ihres Kindergartenbesuches durch deutliche Kontaktstörungen

aufgefallen. Am häufigsten wurden Verhaltensauffälligkeiten in Form von Hypermotorik mit 26,9% und aggressives Betragen mit 18,9% genannt. In 12,6% der Fälle bestanden Spielstörungen.

8.3.6.3 Schulbesuch

Entsprechend ihrer Alterszugehörigkeit besuchten noch 51,7% der Kinder der Untersuchungsstichprobe die Grundschule.

10% waren altersbedingt noch nicht eingeschult worden. Bei 5,7% war eine Zurückstellung erfolgt.

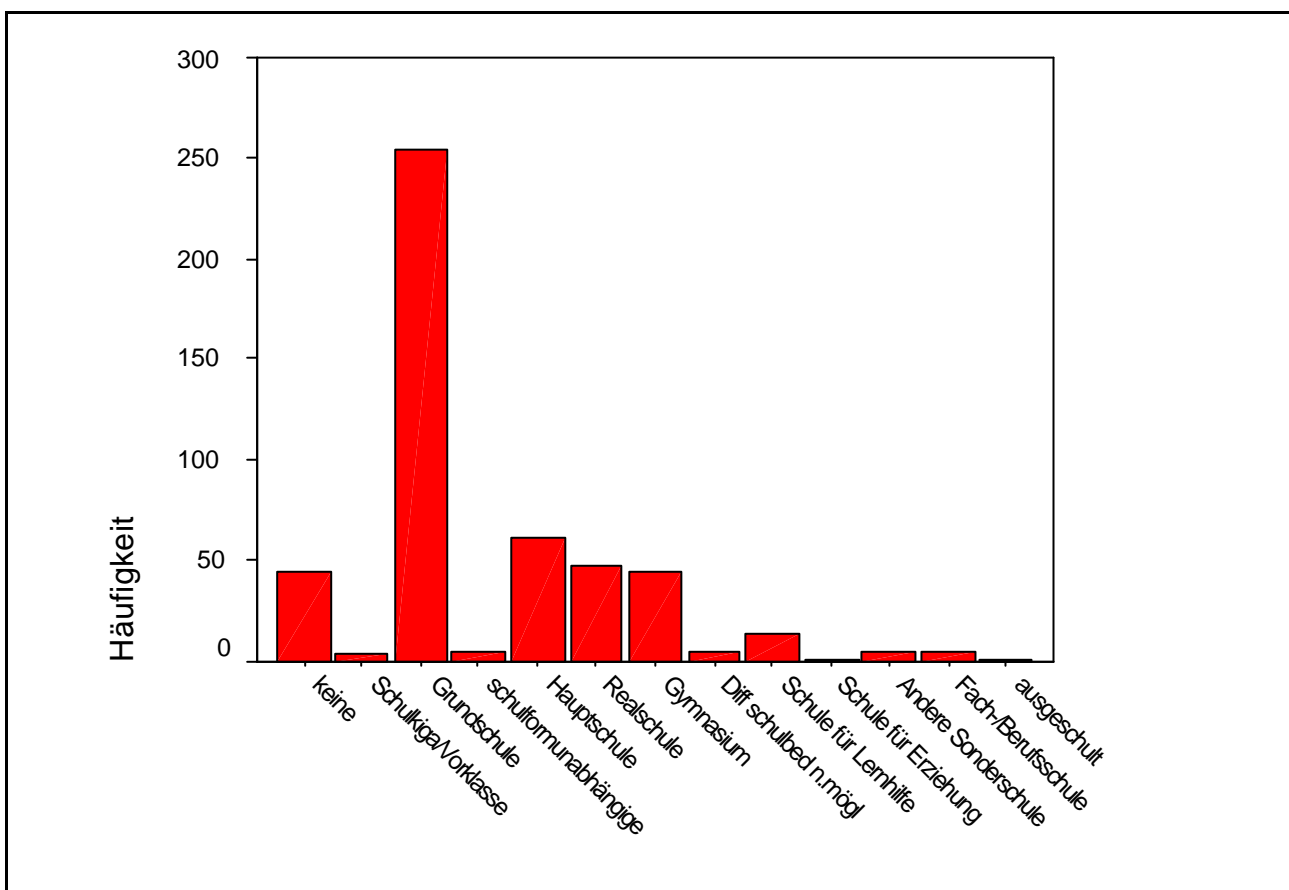


Abbildung 8.13: gegenwärtiger Schulbesuch

Die Verteilung der Schüler auf die weiterführenden Schulformen zeigt ein leichtes Überwiegen der Hauptschüler gegenüber Besuchern von Realschule und Gymnasium.

Sonderschüler fanden sich in der Untersuchungsstichprobe insgesamt nur in 4% der Fälle. Andererseits war es bei immerhin 15,5% der Schulkinder zu Klassenwiederholungen gekommen. 2 mal war eine Ausschulung erfolgt (Abb. 8.13).

Auffälligkeiten der Schulkarriere finden sich in Abhängigkeit von der Komplexität psychischer Entwicklungsstörungen und Krankheitsbilder in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen durchaus häufig. So zeigten beispielsweise Untersuchungsergebnisse zur Versorgung von im sozialen und emotionalen Verhalten stark auffälligen 10- bis 13-jährigen Schülern nur in 25 % der Fälle eine regelrechte Schulentwicklung. Ein Fünftel hatte mehrmals eine Schulklasse wiederholt, die übrigen waren teilweise mehrfach umgeschult worden oder hatten die Schule abgebrochen. 40 % der beschulten Kinder und Jugendlichen wurden in Sonderschulen unterrichtet (Jungmann, 2000, 2002).

Im Zusammenhang mit den in erheblichem Umfang mitgeteilten schulischen Leistungs- und Verhaltensstörungen ergibt sich, dass die Eltern ihre Kinder zu einem relativ frühen Zeitpunkt ihrer schulischen Laufbahn in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt hatten.

Im Vordergrund der mitgeteilten Auffälligkeiten im bisherigen Schulverlauf standen neben Konzentrationsstörungen und hypermotorischem Verhalten in 29,5% der Fälle Kontaktstörungen der Kinder im Umgang mit seinen Klassenkameraden. Ein Viertel aller Kinder war durch „schlechtes Betragen“ und Aggressionen aufgefallen. Bei insgesamt 15,8% war es bereits zu Schulverweigerung und Schulangst sowie zum Schulschwänzen gekommen.

Zur Frage, ob die berichteten Schulstörungen in einem Zusammenhang mit Angaben zum prä- und perinatalen, frühkindlichen, motorischen, sprachlichen und sozialen Entwicklungsverlauf des Kindes stehen könnten, wurden Korrelationen zwischen den entsprechenden Angaben der Eltern berechnet. Dabei fanden sich in unserer Untersuchung nur schwache Zusammenhänge zwischen Schulstörungen im Allgemeinen und „gravierenden Mängeln in der Betreuungssituation während der Kindheit“ (.201, $p \leq .000$). Ebenfalls nur geringe statistische Beziehungen waren nachzuweisen zwischen schulischen Konzentrationsstörungen und der Angabe „schwerer Krankheiten während

der Kindheit“ (.154, $p \leq .019$) sowie sprachlichen und/oder motorischen Entwicklungsstörungen (.168 bzw. .161, $p \leq .000$).

Damit zeigt sich in unserer Stichprobe erneut die Problematik einer Annahme einfacher Kausalbeziehungen zwischen elterlichen Angaben zur frühen Entwicklungsgeschichte und späteren Leistungs- und Verhaltensstörungen, worauf aufgrund ähnlicher Untersuchungsergebnisse in klinischen Inanspruchnahmepopulationen schon seit langem hingewiesen wird (z.B. Jungmann, 1983).

Wesentlich stärkere statistische Beziehungen ließen sich für die festgestellten Zusammenhänge zwischen Schulstörungen und Auffälligkeiten der Kinder beim Besuch des Kindergartens sichern. Wenn ein Kind bereits im Kindergarten durch hypermotorisches Verhalten und/oder schlechtes Betragen/Aggression aufgefallen war, zeigte es solche Störungen auch noch in der Schule (.490 bzw. .459, $p \leq .000$). Des weitern waren statistisch interpretierbare Zusammenhänge zwischen aggressiven Verhaltensstörungen und Hypermotorik während des Kindergartenbesuchs mit Konzentrations- sowie Leistungsstörungen in der Schule (zwischen .282 und .349, $p \leq .000$) festzustellen. Aber auch Kontaktstörungen, die im Kindergartenalter beobachtet worden waren, bestanden nicht selten in der Schulzeit weiter (.354, $p \leq .000$). Genauso zeigten diese einen deutlichen Zusammenhang mit Störungen des Sozialverhaltens in der Schule (.302, $p \leq .000$).

Schulschwänzen und Schulverweigerung standen in einem statistisch relevanten Zusammenhang mit der Mitteilung von aggressiven Verhaltensstörungen bzw. „schlechtem Betragen des Kindes“ in der Schule (.275, $p \leq .000$).

Eggers (1997) weist auf die Bedeutung der Symptome von Schulangst und Schulschwänzen hin, wenn diese durch eine „Sozialisationsangst“ bedingt sind. Er unterstreicht unter Hinweis darauf, dass Schulverweigerer eine „Hochrisikogruppe“ darstellen, die Notwendigkeit einer gründlichen Abklärung der zu Grunde liegenden Problematik, die sehr wohl durch eine andere gravierende psychiatrische Störung bedingt sein kann. Nicht selten stehen die oben beschriebenen, bereits im Kindergartenalter

auftretenden Trennungsängste von der primären Bezugsperson des Kindes mit einer solchen Symptomatik im Zusammenhang.

8.3.7 Sozioökonomische Statutzugehörigkeit

47,3% der Eltern waren Facharbeiter, Angestellte, Beamte im einfachen Dienst und Handwerker. Der Anteil mittlerer Angestellter und Beamter im mittleren Dienst betrug 17,9%. 8,8% waren der Gruppe der höher qualifizierten Angestellten zuzuordnen. Akademiker und freiberuflich Tätige nahmen mit insgesamt 4,7 % einen geringen Anteil ein. Andererseits wurde nur in 6,3% der Fälle ein angelernter Beruf und in weiteren 1,8% eine Tätigkeit als ungelerner Arbeiter mitgeteilt (Abb. 8.14).

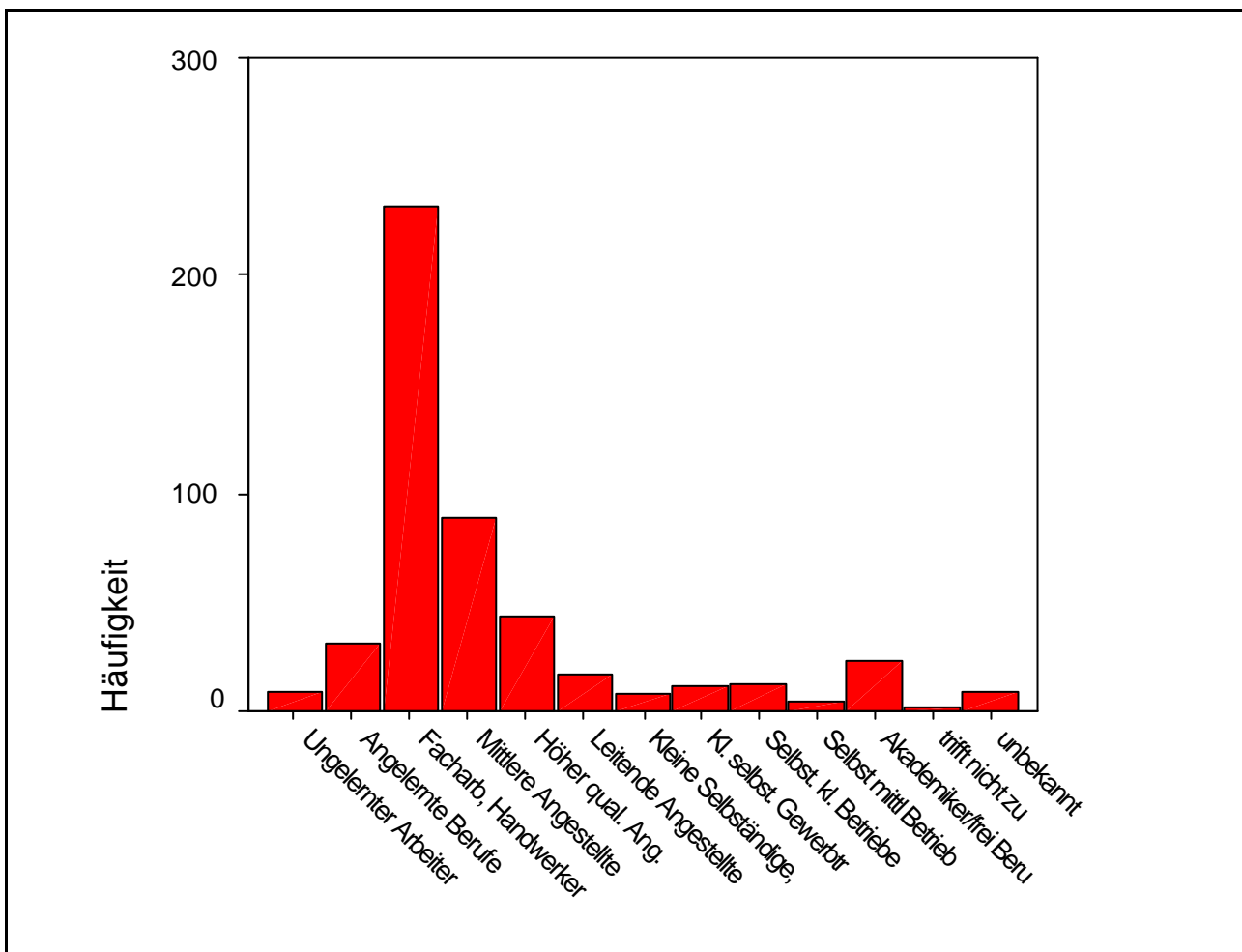


Abbildung 8.14: Beruflicher Status der Eltern

Zur Beschreibung des sozioökonomischen Status der Eltern wurde die Berufstätigkeit des Elternteils zugrunde gelegt, der eine „sozial höhergestellte“ Tätigkeit ausübte. Die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit der Eltern/Ersatzeltern der vorgestellten Kinder und Jugendlichen war nach dem Schichtenschema von Kleining & Moore (1968), das diese für die ländliche Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ermittelt hatten, somit vorwiegend den Bereichen der „unteren Oberschicht“ bis „oberen Mittelschicht“ zuzuordnen.

Andere Studien über Inanspruchnahmepopulationen kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen beschrieben zu verschiedenen Untersuchungszeitpunkten ähnliche Verteilungen (Jungmann et al., 1978; Remschmidt & Walter, 1990; Döpfner et. al., 1997). Bei ihrer vergleichenden Untersuchung verschiedener Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellten Remschmidt und Walter teilweise erhebliche Unterschiede in der Schichtenzusammensetzung der Klientele fest. Während Kinder aus unteren sozialen Schichten beispielsweise in Frühberatungsstellen, jugendärztlichen Diensten der Gesundheitsämter und in kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen stärker repräsentiert waren, fand sich, ähnlich wie in unserer Stichprobe, eine stärkere Betonung der „oberen Mittelschichtzugehörigkeit“ in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen.

Die nach ihrer Literaturdurchsicht gemachte Feststellung, wonach sich einfache Beziehungen zwischen sozioökonomischer Schichtzugehörigkeit und psychischer Symptomprävalenz allerdings nicht sichern lassen, führten Remschmidt & Walter sowohl auf die „komplexe Natur“ des Schichtenbegriffes als auch darauf zurück, „dass bestimmte psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter in weit höherem Maß reifungs- als milieuabhängig sein dürften und Schichtunterschiede deshalb zumindest geringer als bei Erwachsenen ausfallen müssen“ (Remschmidt & Walter, 1990).

Nur 3% der Patienten waren Ausländer gegenüber 8,9% ausländischen Mitbürgern in der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004). Studien zur Prävalenz psychischer Störungen ausländischer Kinder und Jugendlicher ergaben, dass diese nicht häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als deutsche. In

Migrationsstudien erwies sich vielmehr, dass in Deutschland lebende ausländische Kinder und Jugendliche psychisch gesünder waren als ihre Altersgenossen in den jeweiligen Heimatländern (z. B. Steinhausen & Remschmidt, 1982). Es ist davon auszugehen, dass kulturelle Widerstände, Sprachbarrieren und mangelnde Informationen bei manchen Ausländergruppen einer Vorstellung bei einer deutschen Ärztin oder einem deutschen Arzt entgegenstehen. Vor allem in der Gruppe von traumatisierten Kriegsflüchtlingen und Asylbewerbern ohne geregelten Status dürften nicht selten auch Versicherungsfragen und Ängste vor offiziellen Stellen an sich eine dringend notwendige Diagnostik und Therapie verhindern. Hier zeigt sich eine wichtige Versorgungslücke, die wohl ebenso andere Arztgruppen betrifft und eher allgemeiner Natur ist.

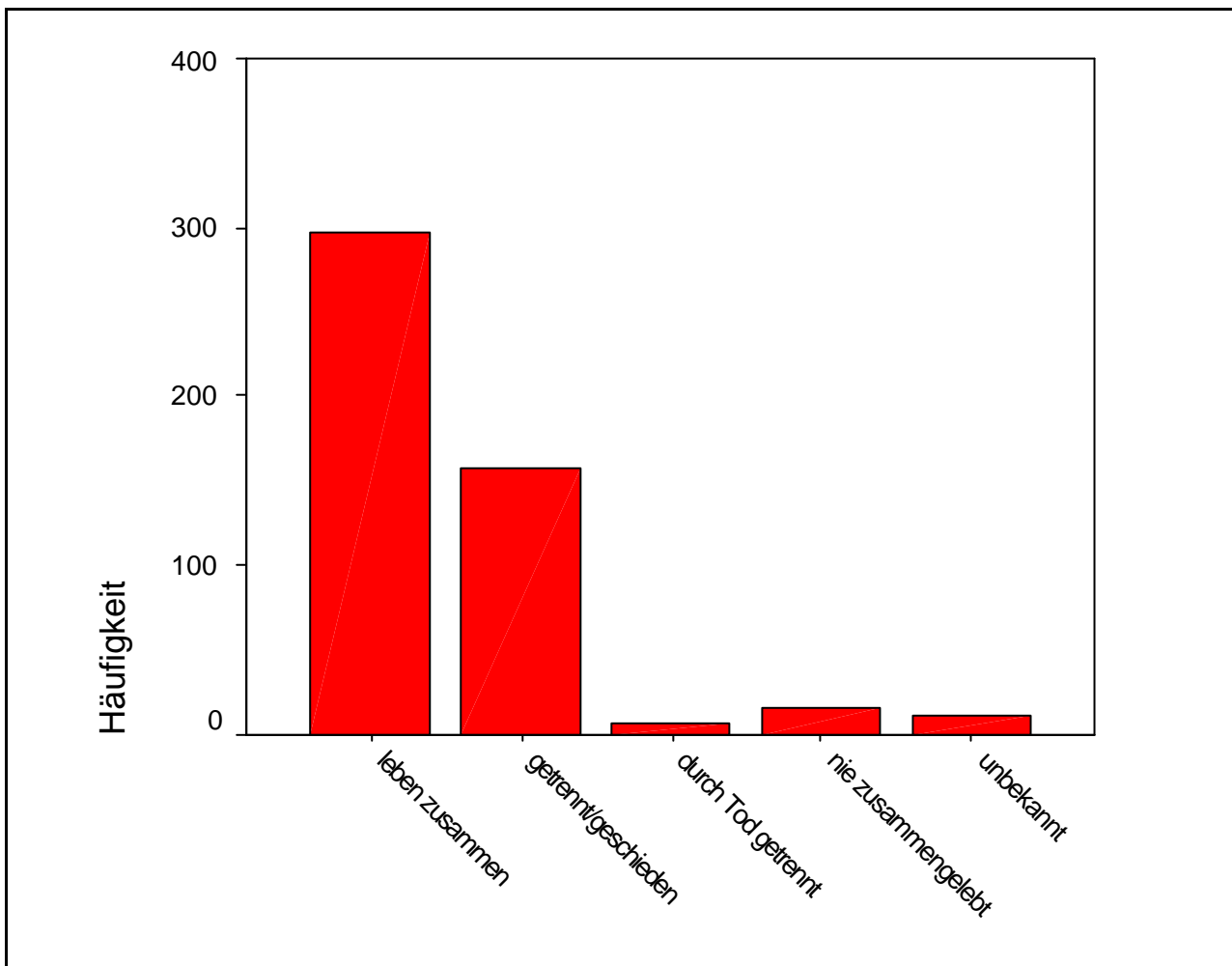


Abbildung 8.15: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern

Insgesamt 98% der in der KJPP vorgestellten Kinder und Jugendlichen lebten mit einem leiblichen Elternteil zusammen. In 93,1% der Fälle war dies die leibliche Mutter, bei 63,3% der leibliche Vater. Die Kinder wohnten daher nur noch in 60,3% der Fälle mit beiden leiblichen Eltern in einer gemeinsamen Familie zusammen (Abb. 8.15, 8.16 u. 8.17).

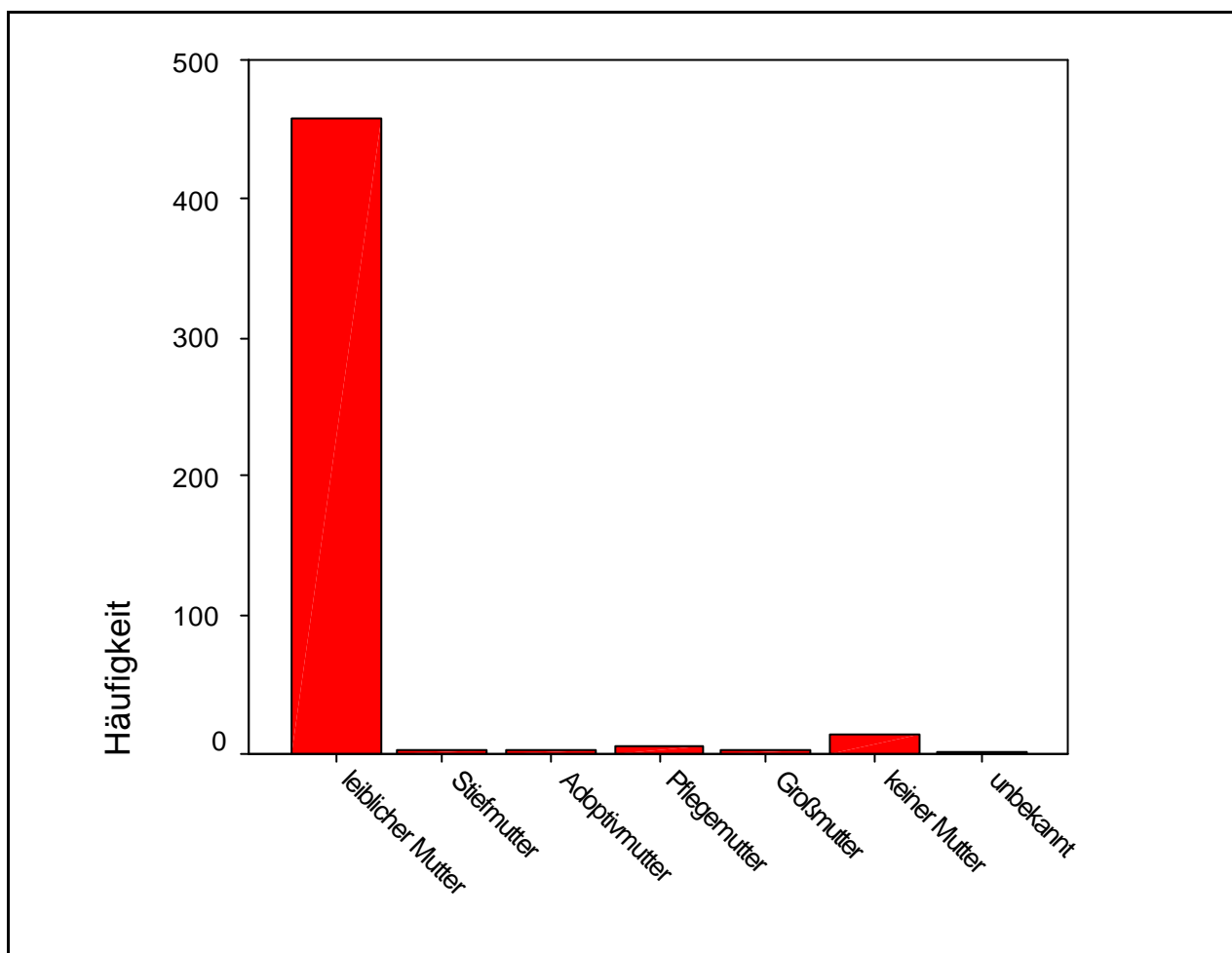


Abbildung 8.16: Kind lebt bei Mutter/Ersatzmutter

Zur Kinderzahl in der Aufenthaltsfamilie ergab sich, dass 50,5% aller betroffenen jungen Menschen in einer Familie mit 2 Kindern lebten. Bei weiteren 21,6% befanden sich drei und mehr Kinder in der Familie. Mit insgesamt 24,4% lag die Angabe der Ein-Kind-Familie deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt. 40% der urbanen Familien sind nach statistischen Untersuchungen Ein-Kind-Familien (Bertram, 1994).

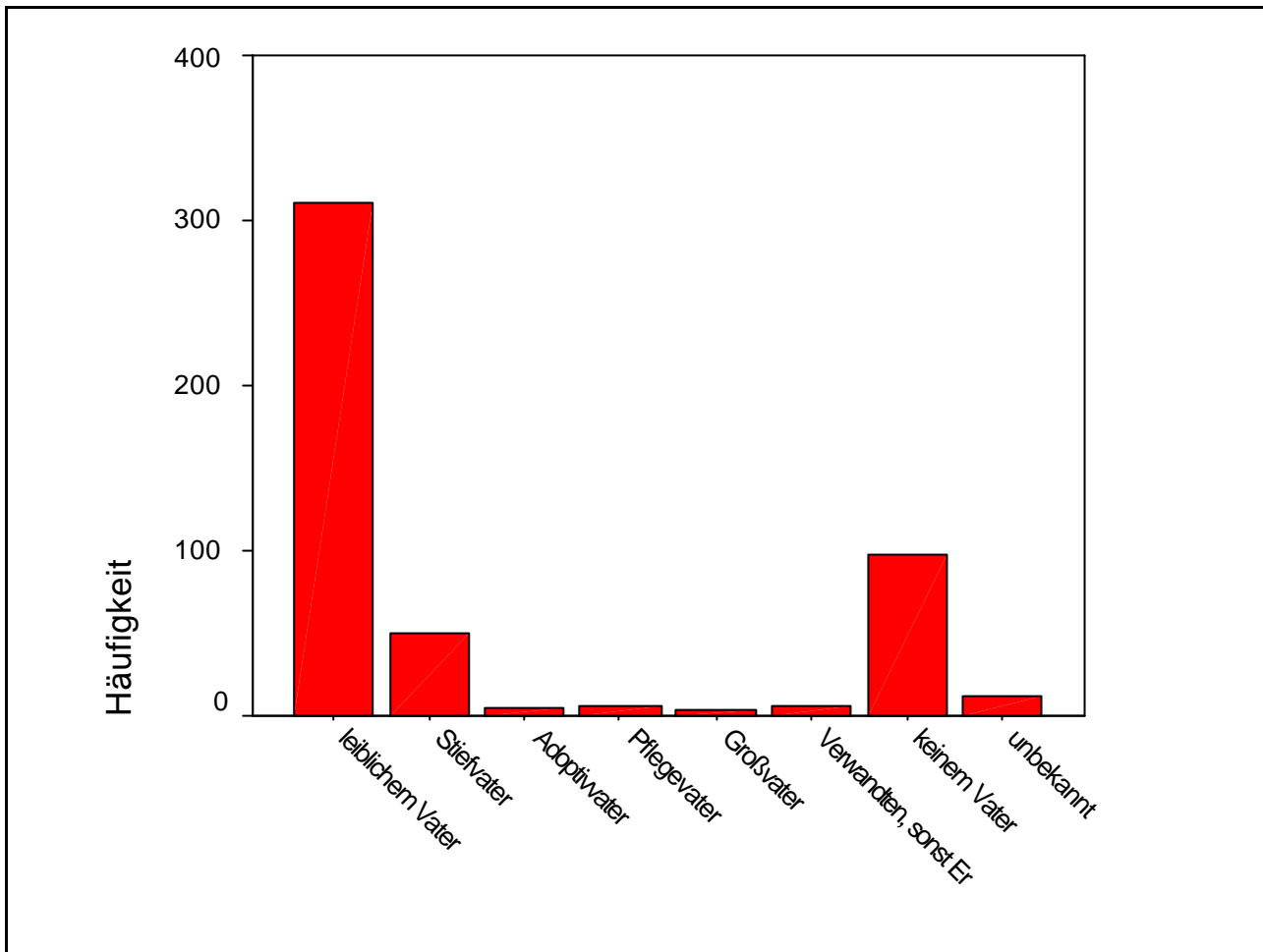


Abbildung 8.17: Kind lebt bei Vater/Ersatzvater

Aus der Übersicht über die Erwerbstätigkeit der Eltern (Abb. 8.18 u. 8.19) geht hervor, dass die Väter (71,1%) überwiegend ganztags berufstätig waren. Während sie nur zu 1% ausschließlich die Versorgung des Haushaltes als zentrale Tätigkeit nannten, waren es 32,6% der Mütter, denen augenscheinlich unverändert die Hauptsorge für Haushaltsführung, Erziehung und tägliche Betreuung ihrer Kinder übertragen worden war.

Allerdings gingen Mütter in hohem Umfang einer Erwerbstätigkeit in Form von regelmäßiger Teilzeitbeschäftigung (29,1%) und ganztägiger Erwerbstätigkeit (18,1%) nach, was für eine nicht unerhebliche Doppelbelastung sprach.

Ähnliche Verhältnisse mit allerdings deutlich höheren Zahlen der Arbeitslosigkeit sowohl der Väter als auch der Mütter fanden bei der Untersuchung von Inanspruchnahme-populationen sozialpsychiatrischer Versorgungsprojekte in Sachsen-

Anhalt, in welchen Eltern wegen erheblicher psychischer Störungen ihrer Kinder um komplexe Hilfestellung nachsuchten (Jungmann, 2000; 2002).

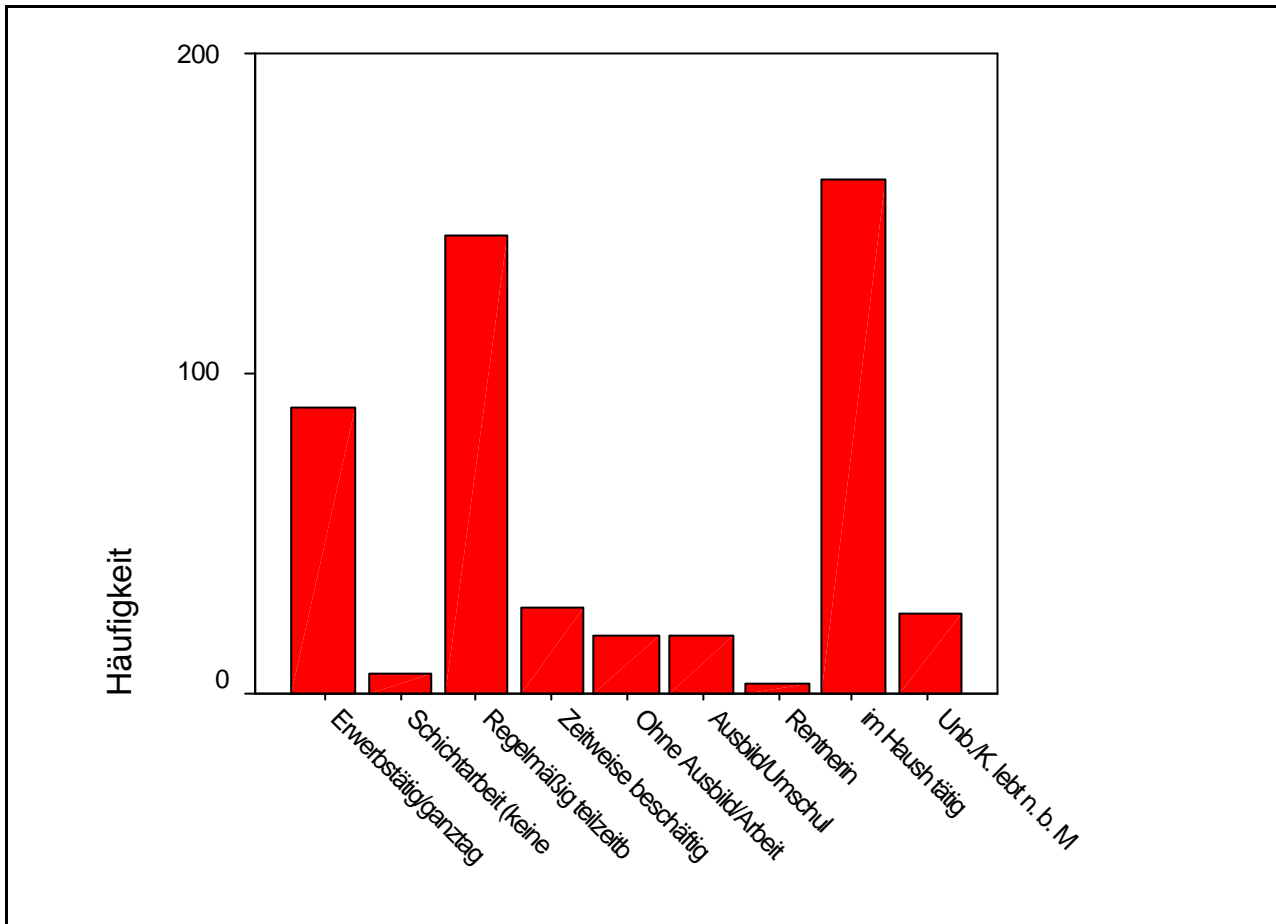


Abbildung 8.18: Derzeitige Tätigkeit der Mutter/Ersatzmutter

Der Befund der einerseits häufig erwerbstätigen und andererseits alleinerziehenden Mütter in unserer Untersuchungsstichprobe bestätigt die Annahme, dass die Erwartungen, die heute an die Lebensplanung von Frauen gestellt werden, weiterhin deren doppelte Orientierung an Familie und Beruf propagieren. Während Väter sich meist primär in ihrem Beruf engagieren und die Erziehungsarbeit ihrem Ehepartner überlassen, haben Mütter somit die Doppelbelastung von Beruf und Haushalt häufig alleine zu tragen. Man fand bei entsprechenden Erhebungen, dass vor allem jüngere Kinder unter sechs Jahren überwiegend von der Mutter betreut werden, wenn beide Eltern erwerbstätig sind (Landtag von Baden-Württemberg – 11. Wahlperiode (1994).

Solche psychosozialen Faktoren dürften besonders dann bedeutsam werden, wenn es zu ernstesten Problemen in der psychischen Entwicklung des Kindes kommt.

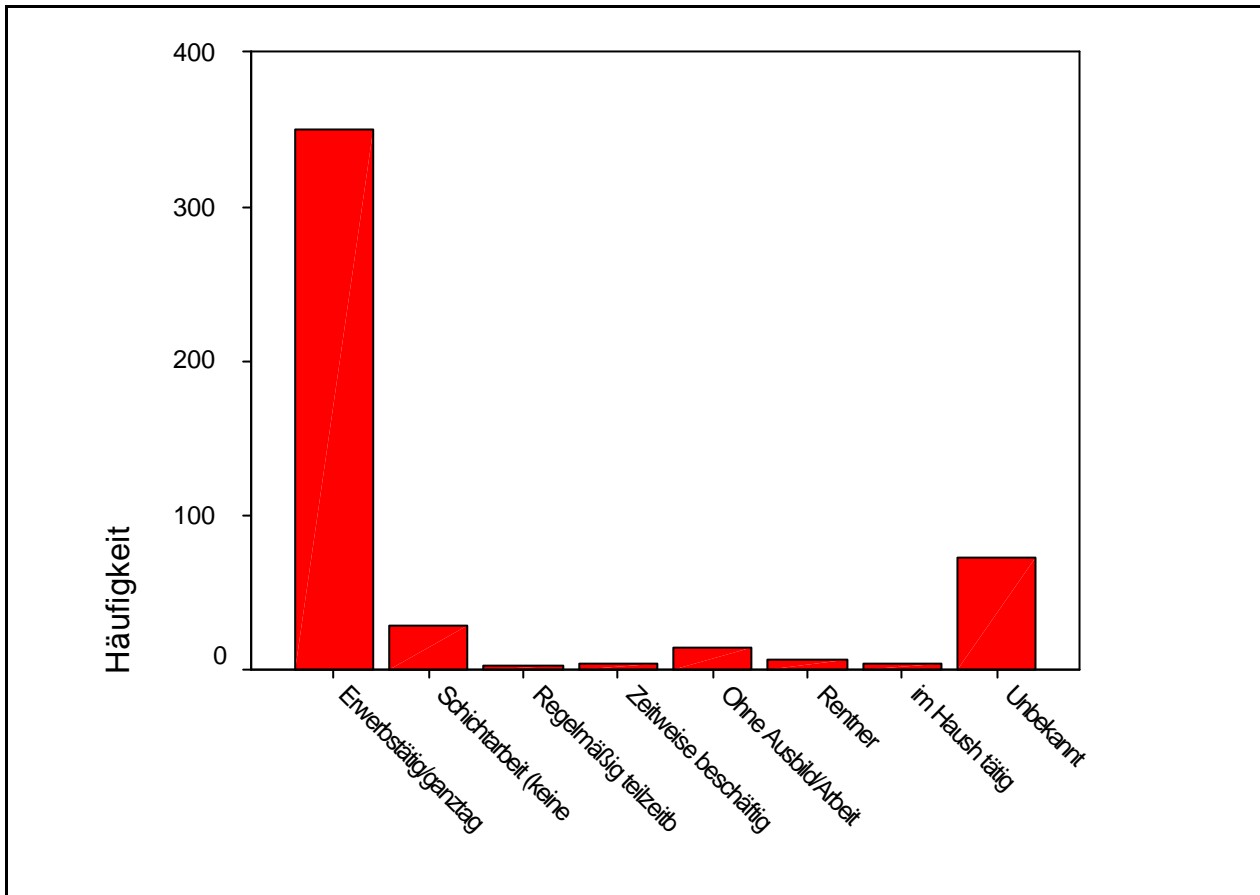


Abbildung 8.19: Derzeitige Erwerbstätigkeit des Vaters/Ersatzvaters

Mit 17,5% lag die Angabe einer psychischen Erkrankung bei einem anderen Familienmitglied im Bereich der Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen von kinder- und jugendpsychiatrischen Stichproben, in denen psychosoziale Belastungen dieser Art erfragt wurden (Jungmann, 1978; Werner und Poustka, 1996).

8.3.8 Diagnostische Einordnung

Nach einer ausführlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung, die neben der Erhebung der Vorgeschichte, der, auch apparativen, körperlich-neurologischen und entwicklungspsychiatrischen Untersuchung, der Familiendiagnostik

und der test- bzw. entwicklungspsychologischen Untersuchung auch die Erhebung psychosozialer Belastungsfaktoren einschloss, wurden die erhobenen Befunde entsprechend den Vorgaben des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) nach ICD-10 der WHO (Remschmidt & Schmidt, 2001) diagnostisch bewertet und eingeordnet.

8.3.9 Psychopathologischer Befund

Anhand der Befundliste mit integrierter Ratingskala der angewendeten Dokumentation (BADO) nahm der untersuchende Facharzt für jeden Patienten eine Bewertung über das Vorhandensein und die Intensität von Symptomen unterschiedlicher Bereiche des psychischen Zustandsbildes vor. Dabei ergaben sich die in Abb. 8.20 dargestellten psychopathologischen Auffälligkeiten.

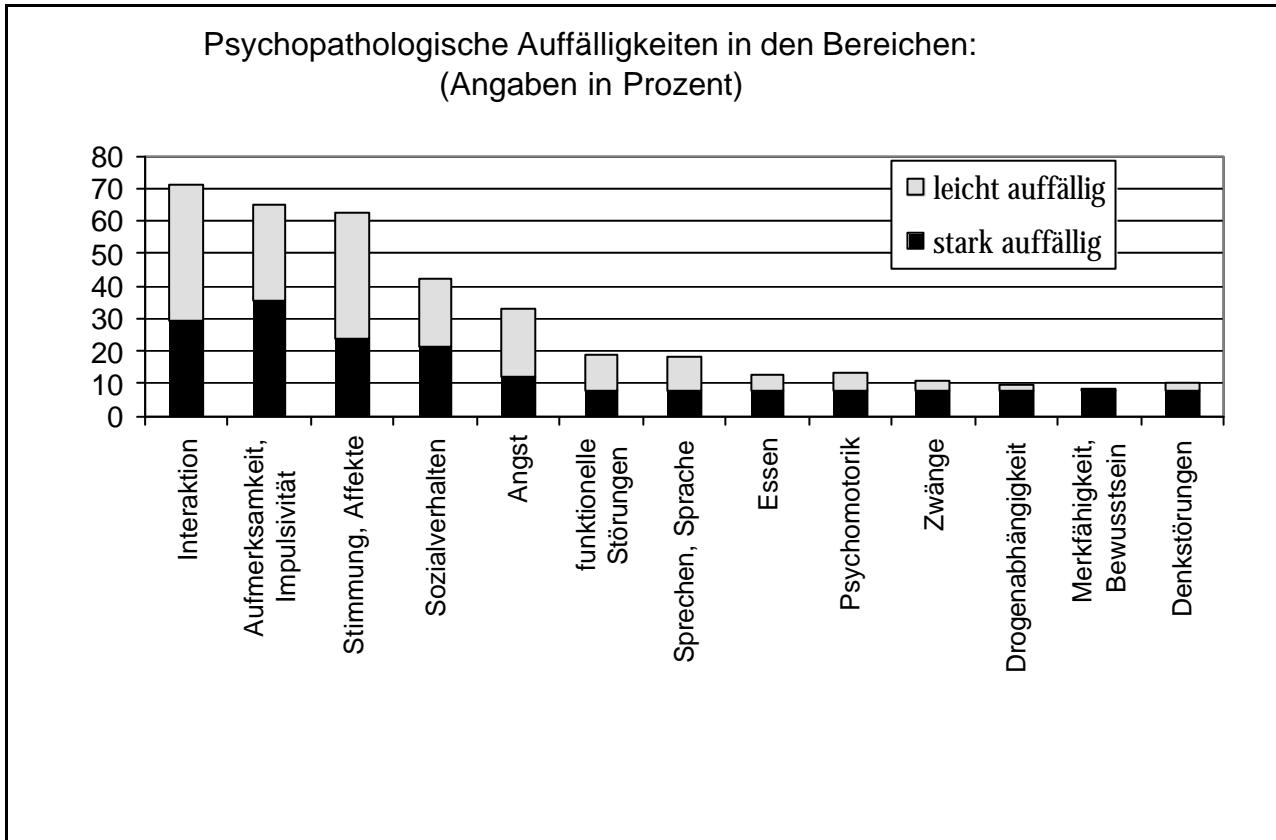


Abbildung 8.20: Psychopathologischer Befund

Mit 71% standen Interaktionsstörungen des Kindes an erster Stelle, wenn man auch leichte Auffälligkeiten einbezieht. Die Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle folgten entgegen den Bewertungen der Eltern, die diese nur in 43% der Fälle beschrieben hatten, mit 65% an zweiter Stelle. „Stark“ ausgeprägte Störungen von „Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle“ standen sogar überhaupt an der Spitze der „stark ausgeprägten“ Auffälligkeiten des psychopathologischen Befundes.

Unter Einschluss eines leichten Ausprägungsgrades dieser Auffälligkeiten diagnostizierten die Untersucher Stimmungs- und Affektstörungen bei 62% der Kinder in kaum geringerem Ausmaß, als die Eltern in ihren spontanen Schilderungen über emotionale Befindlichkeitsstörungen des Kindes (70%) berichtet hatten. Bei über 20% der Kinder/Jugendlichen wurden außerdem Angststörungen in Form von sozialer Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, generalisierter Angst oder einer umschriebenen Phobie genannt, bei 12% in „stark ausgeprägter“ Form. Damit schlossen sich die Untersucher augenscheinlich der Wahrnehmung der Eltern an, die bei ihren Kindern ein nicht unerhebliches emotionales Belastungserleben beobachtet hatten.

Ungefähr die Hälfte der fast bei einem Fünftel der Patienten festgestellten Sprech- und Sprachstörungen wurde als „sehr stark“ klassifiziert. Gleich häufig wurden funktionelle und somatoforme Störungen wie Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, Schmerzzustände oder andere körperliche Symptome kodiert. Weitere Auffälligkeiten wie Zwangssymptome, Denkstörungen oder auch Drogenmissbrauch machten jeweils bis zu knapp 10% der Symptomaufnahme aus.

Die Befunde entsprechen anderen Ergebnissen der im wesentlichen mit der gleichen psychopathologischen Befunddokumentation vorgenommenen Merkmalsbeschreibung von klinischen Populationen (z.B. Döpfner et al., 1995). Dies galt auch für „stark ausgeprägte“ Störungen von Stimmung und Affekt mit depressiv-trauriger Verstimmung, mangelndem Selbstvertrauen und innerer Unruhe und Affektlabilität, die bei 24% der Kinder/Jugendlichen festgestellt wurden.

8.3.10 Diagnosen

Die Auswertung der nach den Vorgaben des „Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“ (MAS) dokumentierten Diagnosen auf den vorgesehenen 6 Diagnose-Achsen ergab die folgenden Verteilungen.

8.3.10.1 MAS Diagnose-Achse I - Klinisch-psychiatrische Syndrome

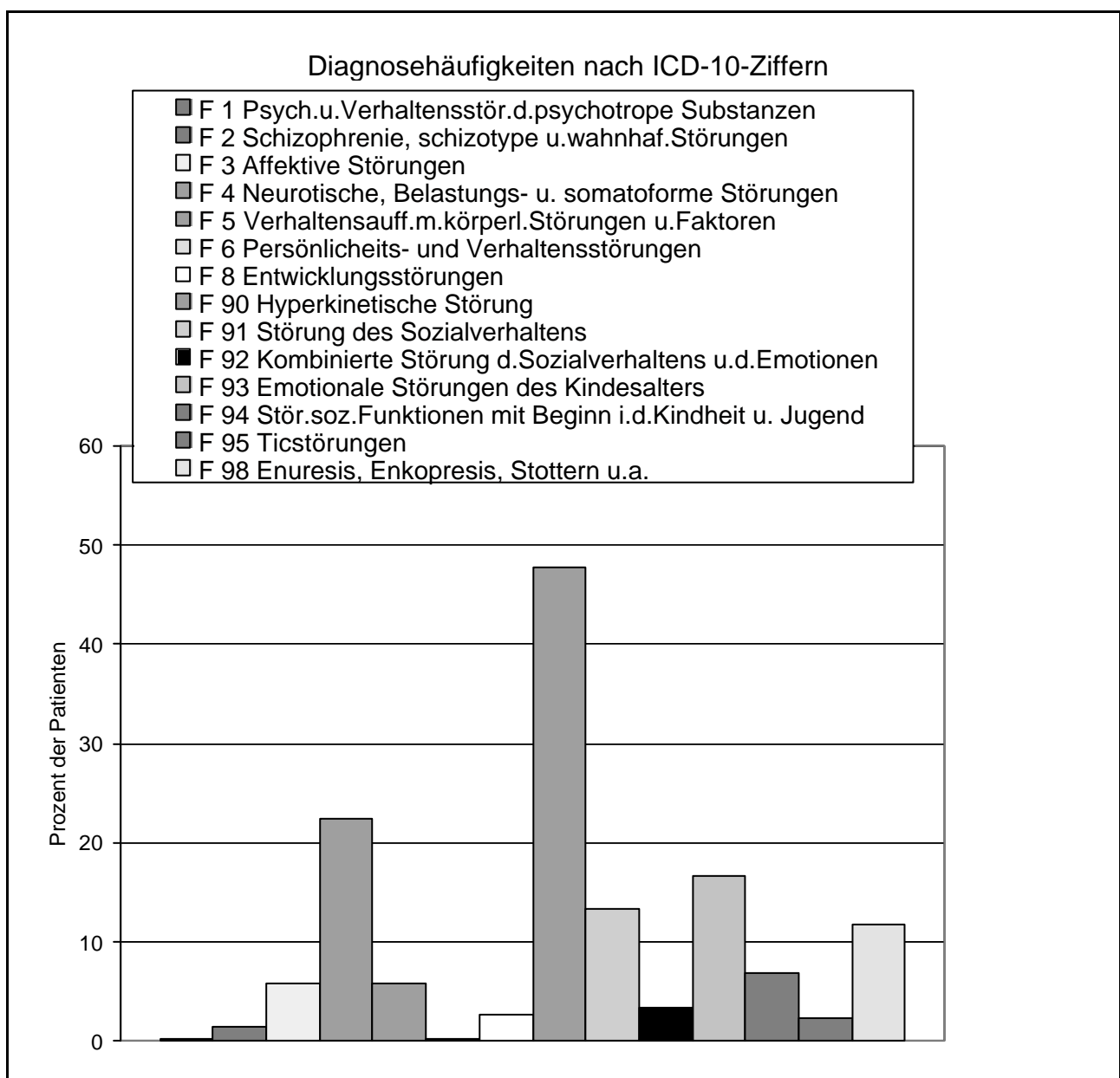


Abbildung 8.21: Diagnose-Achse I

Listet man die diagnostizierten klinisch-psychiatrischen Syndrome entsprechend dem Algorithmus der ICD-10-Diagnoseziffern auf, so ergibt sich der Eindruck, als ob neben der Hyperkinetischen Störung (F 90) andere Erkrankungen eine nur untergeordnete Rolle spielen würden (Abb. 8.21).

Diese Bewertung ist aber deutlich einzuschränken, da die Hauptdiagnose einer Hyperkinetischen Störung in vielen Fällen mit der Diagnose einer zweiten psychiatrischen Erkrankung kombiniert wurde (Abb. 8.22).

Die Diagnose der Hyperkinetischen Störung war in der untersuchten Stichprobe überhaupt diejenige unter allen Diagnosen, die am häufigsten mit weiteren Krankheitsdiagnosen verbunden wurde. Insgesamt erhielten 41% der Patienten mit einer Hyperkinetischen Störung mindestens eine weitere Krankheitsdiagnose auf der Diagnose-Achse I und/oder auf der krankheitswertige Entwicklungsstörungen kodierenden Diagnose-Achse II des MAS. Es bestätigte sich damit der häufige Befund einer nicht unerheblichen psychiatrischen Komorbidität des auch als ADHS/ADS bezeichneten Krankheitsbildes.

Es wäre die Frage zu stellen, ob man angesichts der deutlichen Differenzen zwischen der sozial störendes und impulsives Verhalten betonenden Diagnose der Hyperkinetischen Störung „F90.1“ und der dissoziales Verhalten einschließenden Kombinationsdiagnose „F 90+F91“ gegenüber der Diagnosenkombination „F 90+F4 bzw. F 90+F 93“ und ihren Untergruppen, die emotionale Auffälligkeiten akzentuieren, nicht ebenso berechtigt von einer „hyperkinetischen Störung der Emotionen“ oder einer „emotionalen Störung mit Hyperkinese“ sprechen könnte.

Wagner et al. (2004) stellten bei einer ähnlich getroffenen Unterscheidung einer größeren klinischen Untersuchungsstichprobe von ambulant und stationär in der KJPP behandelten Kindern und Jugendlichen fest, dass Kinder mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens mit impulsiver Leitsymptomatik gegenüber Patienten mit zusätzlichen emotionalen oder gravierenden dissozialen Störungen deutlich bessere Behandlungseffekte zeigen. Dies war aus der Fähigkeit des Kindes abgeleitet worden, alterstypischen Entwicklungsaufgaben nachkommen zu können.

Die Autoren betonten den höheren Therapiebedarf für solche Patienten, die neben einer hyperkinetischen Störung eine emotionale Problematik oder gravierende Störungen des Sozialverhaltens zeigen. Die Behandlung sollte dann qualifizierte familientherapeutische Interventionen beinhalten, um dem belasteten psychosozialen Erleben dieser Kinder gerecht zu werden.

Die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes und Jugendalter (Deutsche Gesellschaft für KJPP et al., 2003) weisen besonders darauf hin, dass das ADHS bzw. die Hyperkinetische Störung (ICD-10 F90), die bei mindestens 2% aller Kinder im Schulkindalter anzunehmen ist (Warnke & Lehmkuhl, 2003), ihrerseits als ein Risikofaktor für die Entstehung einer Reihe anderer, sowohl emotionaler Störungen als auch gravierender Störungen des Sozialverhaltens anzusehen ist.

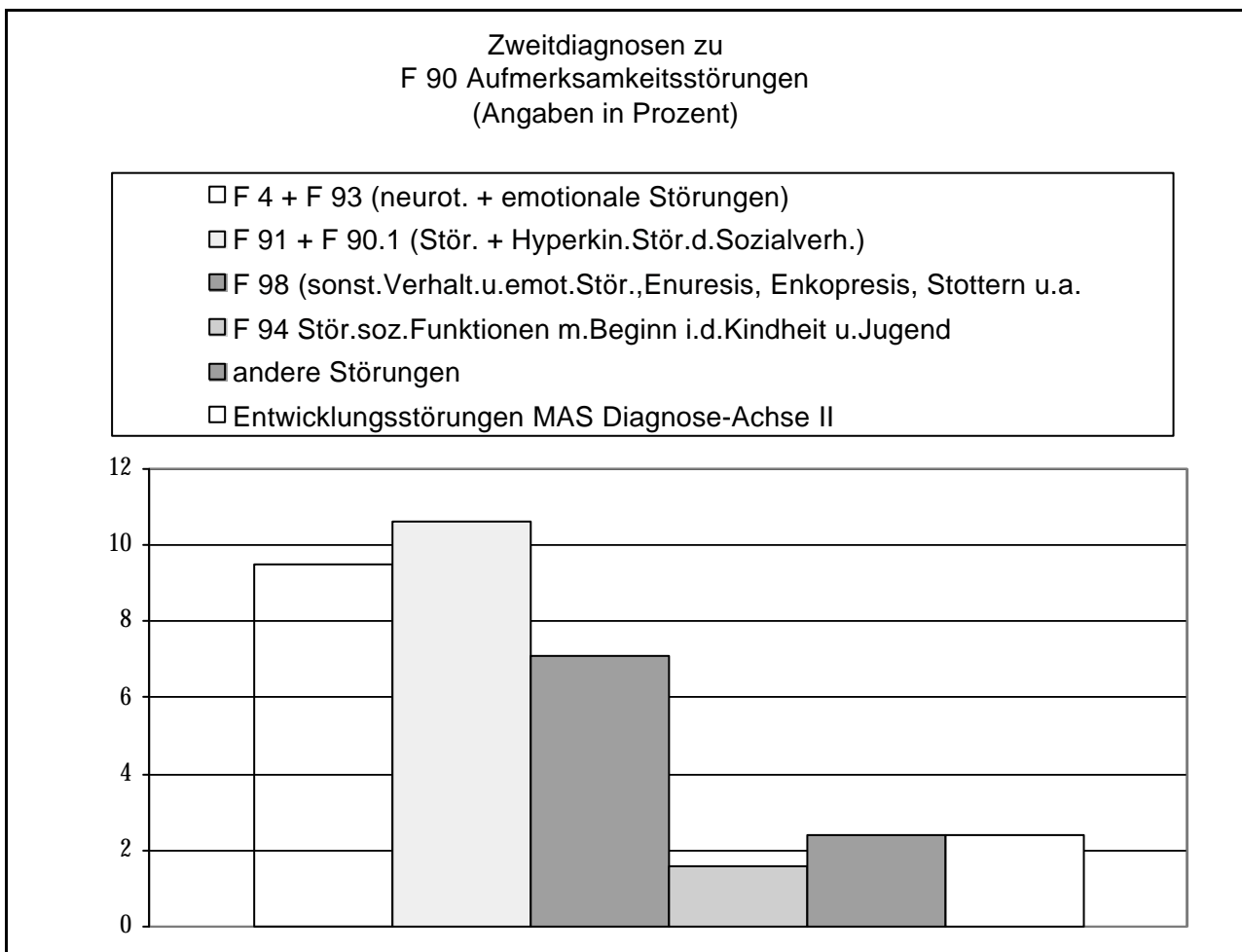


Abbildung 8.22: Zweitdiagnosen - Diagnose-Achse I

Darüber hinaus ist „das gleichzeitige Auftreten zweier oder mehrerer psychischer Erkrankungen zum gleichen Zeitpunkt (simultane Komorbidität) oder in der zeitlichen Aufeinanderfolge (sukzessive Komorbidität) in der KJPP häufig“, worauf ebenfalls Warnke und Lehmkuhl verweisen (2003). Dies gilt beispielsweise für das in einer Häufigkeit von bis zu 40% anzutreffende gemeinsame Bestehen von depressiven Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.

In der Gruppe der primär als emotionale Krankheitsbilder eingeordneten Störungen, die bei mehr als 30% der Kinder unserer Untersuchung diagnostiziert wurden, standen die depressiven Anpassungsstörungen (ICD-10 F 43.2), gefolgt von „anderen Angststörungen“ (ICD-10 F 41), eindeutig im Vordergrund und stellten insgesamt die zweithäufigste Diagnosengruppe bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen dar (Ab. 8.23).

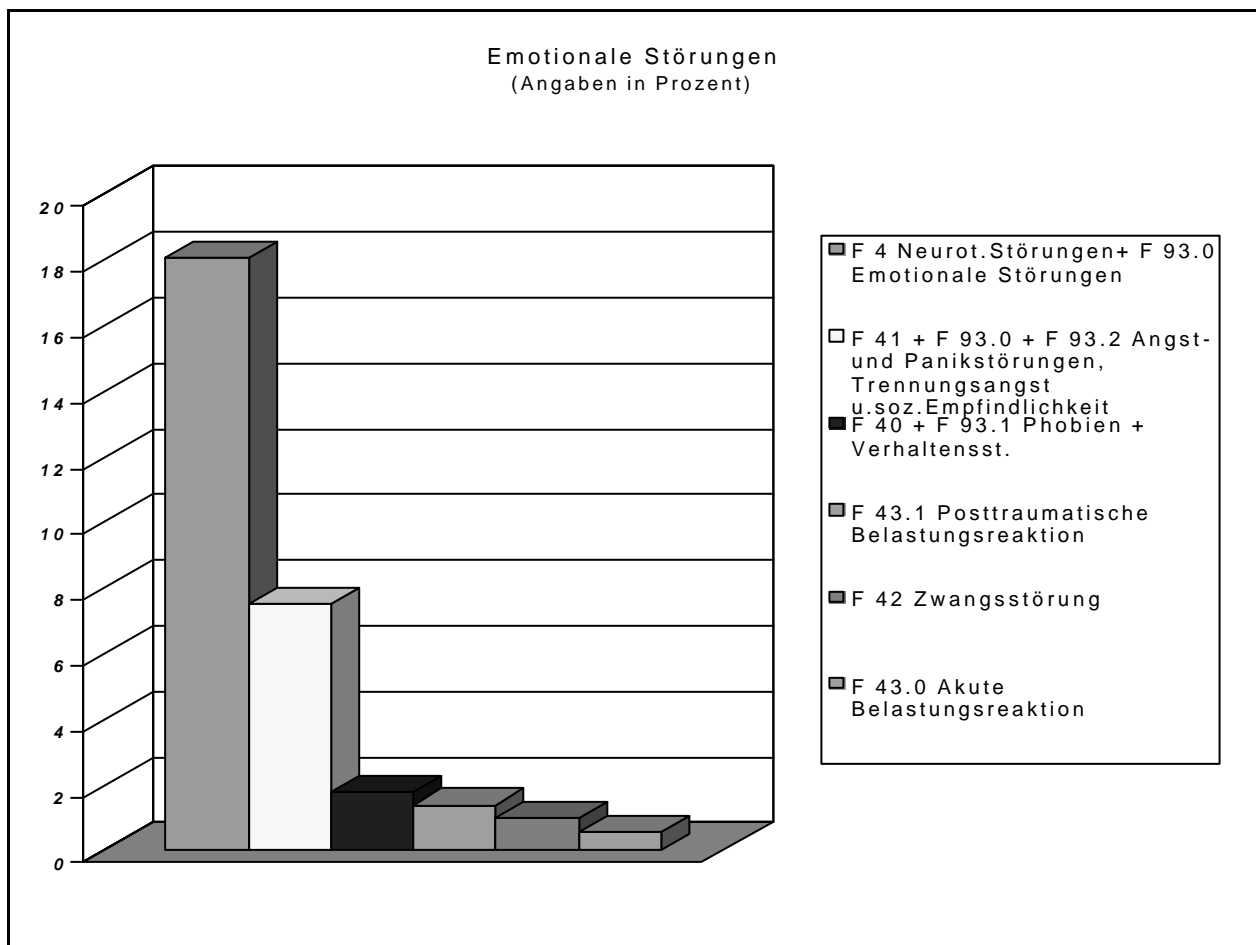


Abbildung 8.23: Differenzialdiagnose der emotionalen Störungen

Nach den Ergebnissen eines Berichts über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union (Europäische Kommission, 2000) „beträgt die auf die Lebensdauer bezogene Prävalenz der schweren Depressionen 4% in der Altersgruppe der 12 -17-jährigen und 9% bei den 18-jährigen“.

Die administrative Prävalenz der emotionalen Störungen in der untersuchten Population erscheint zunächst formal niedrig zu sein. Sie sagt aber noch nichts über die praktischen Konsequenzen im Alltag einer KJPP-Praxis aus. Bei 250 Patienten pro Quartal und Praxis bedeuten sie, dass pro Monat z.B. 45 Patienten mit einer Form der depressiven (Anpassungs-)Störung, 8 Patienten mit Angst- und Panikstörungen, jeweils 1 bis 2 Patienten mit Phobien, Zwangserkrankungen und/oder posttraumatischen Belastungsreaktionen zu versorgen sind.

Fasst man die gestellten Diagnosen unter behandlungsrelevanten Gesichtspunkten zu Gruppen zusammen, ergibt sich, dass hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens mit fast 50%iger Prävalenz an der Spitze stehen (Abb. 8.24).

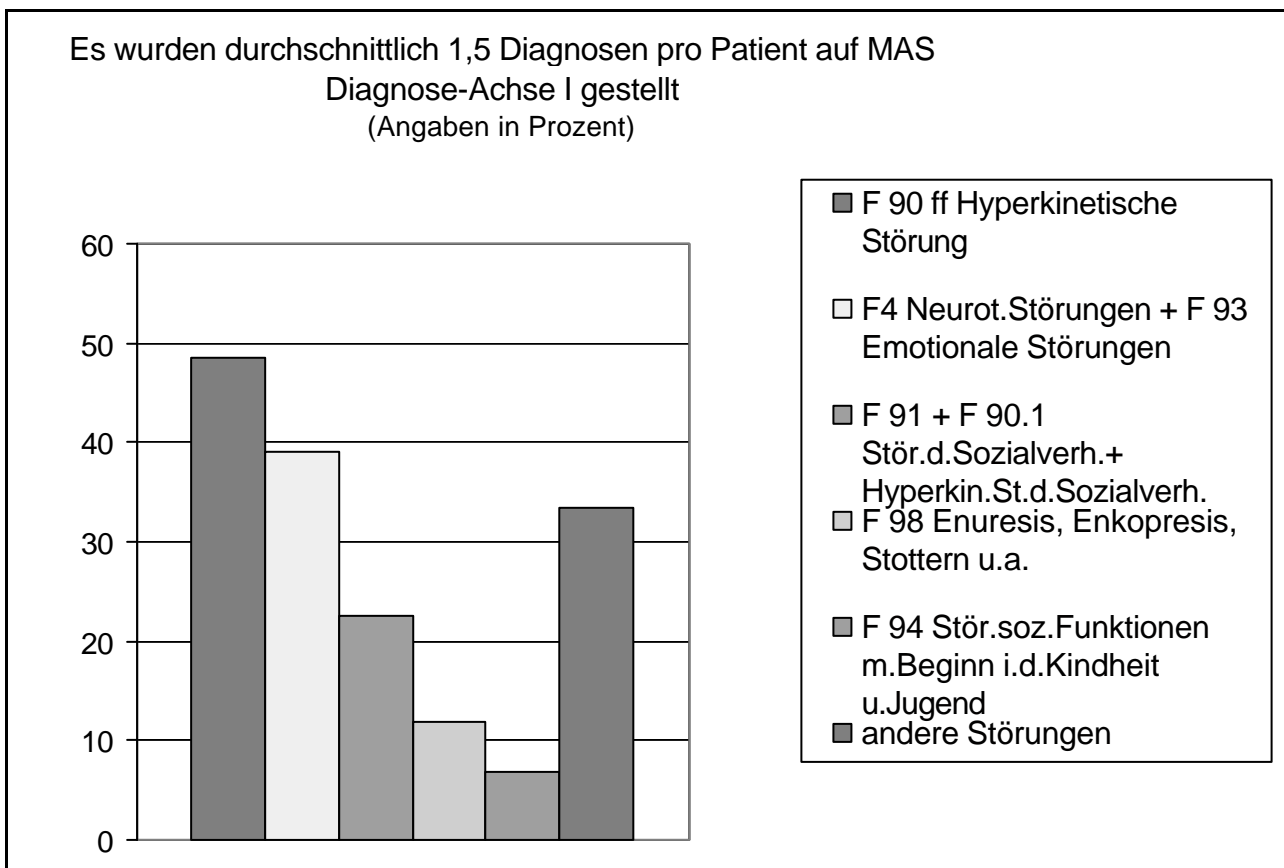


Abbildung 8.24: Gruppierung aller Diagnosen auf Diagnose-Achse I

Ein knappes Fünftel der ADHS/ADS Patienten zeigte Störungen des Sozialverhaltens im Sinn der ICD-10-Ziffer F 90.1. 5,3% wiesen nach den diagnostischen Kriterien gravierende Aufmerksamkeitsstörungen auf (ICD-10 F 90.8 und ICD-10 F 90.9). Bei insgesamt 2% der Patienten wurde keine psychiatrische Störung diagnostiziert.

Ein Vergleich dieser diagnostischen Ergebnisse mit den Daten, die Schydlo und Heubach (1992) bei ihrer Analyse der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einer ländlichen Region vor 12 Jahren zusammenstellten, war vor allem deshalb nur eingeschränkt möglich, weil bei der inzwischen 10. Revision der ICD-Systematik durch die weitgehende Lösung von theoriegebundenen Bewertungen veränderte Zuordnungen vorgenommen worden waren. Hierzu gehörte die primäre Ausrichtung der diagnostischen Kategorien auf aktuelle Probleme und Schwierigkeiten des Patienten und nicht auf seine Persönlichkeit. Der seitdem verwendete Begriff der „psychischen Störung“ sollte gegenüber der zuvor gebräuchlichen Bezeichnung „psychische Krankheit“ den situativen Aspekt betonen und „keine Aussage über Fortdauer und Irreversibilität einer Störung machen“ (Remschmidt et al, 2001).

Schydlo und Heubach nahmen deutlich öfter Mehrfachdiagnosen (2,6 pro Patient) auf der Diagnose-Achse I des MAS vor, als dies die Fachärzte in der jetzigen Erhebung (1,3 pro Patient) taten. Damals lag der Anteil des „Hyperkinetischen Syndroms“ mit 36,7% um 11,3% niedriger als bei den jetzt ermittelten Diagnoseverteilungen. Allerdings ordneten die Autoren in 47% der Fälle die festgestellte Symptomatik der damals in Folge des Konzeptes der minimalen cerebralen Dysfunktion (MCD) gebräuchlichen Diagnosegruppe der „spezifischen, nicht psychotischen psychischen Störungen nach Hirnschädigungen“ zu. In diese Kategorie, die sich im Klassifikationsschema der ICD-10 nicht mehr findet, dürften Kinder mit Störungen der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle eingeordnet worden sein, deren Auffälligkeiten als durch organische Faktoren zumindest mitbedingt aufgefasst wurden. Diese Unterscheidung wird gegenwärtig vermutlich nur noch bedingt getroffen. Unter diesem Aspekt erscheint es wahrscheinlich, dass bereits in der damaligen Untersuchung die Auswirkungen von Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Impulskontrolle der

Hyperkinetischen Störung bzw. des ADHS/ADS als eine sehr häufige Ursache von Störungen im Leistungs-, Emotions- und Sozialbereich von Kindern und Jugendlichen erkannt wurden. Die Frage, warum Schydlo und Heubach emotionale Störungsbilder, vor allem „Anpassungsreaktionen“, bei insgesamt 81,7% der Fälle und damit wesentlich öfter als die Fachärzte in unserer Stichprobe diagnostizierten, kann nicht befriedigend beantwortet werden. Unter Umständen sind auch hierfür die veränderten Diagnosevorschriften des ICD-10-Algorithmus verantwortlich, die sich, wie bereits betont, inzwischen von der früher stärker ätiologisch orientierten Betrachtung gelöst haben. Die Prävalenz für Störungen des Sozialverhaltens war mit 25,7% gleich hoch wie in unserer Erhebung ausgefallen.

8.3.10.2 MAS Diagnose-Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen

Die insgesamt in 49,3% der Fälle, somit bei der Hälfte der Patienten, diagnostizierten umschriebenen Entwicklungsstörungen, die bei ungenügender Beachtung einer damit verbundenen schulischen und sozialen Überforderung des betroffenen Kindes/Jugendlichen nicht selten zu erheblichen emotionalen Störungen führen können, betrafen mit 15,3% in erster Linie Lese- und Rechtschreibstörungen (Abb. 8.25). Dass solche Beeinträchtigungen vor allem in der Schule Handicaps darstellen, zeigte sich auch in unserer Untersuchungsgruppe. Korrelationsberechnungen ergaben hoch signifikante Zusammenhänge zwischen einer diagnostizierten umschriebenen Entwicklungsstörung, vor allem einer Legasthenie, und Schulleistungsstörungen (.364, $p \leq 0.000$). Die Abklärung einer Lese-Rechtschreibstörung, die etwa bei 4 – 8% aller Schulkinder anzunehmen ist (Warnke & Lehmkuhl, 2003), gehört zu den häufigsten Aufgaben der fachärztlichen Untersuchung umschriebener Entwicklungsstörungen in der KJPP überhaupt.

Bei 3,1% der Kinder wurde die Diagnose einer „Kombinierten Störung der schulischen Fertigkeiten“ gestellt, bei der sowohl eine Beeinträchtigung der Rechen- als auch der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten vorliegt.

Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und motorischer Funktionen, bei denen jedoch die einzelne Störung nicht entscheidend dominiert, kamen mit 13,4% weitaus häufiger vor, als eine isolierte Rechenstörung (2,4%) und isolierte Rechtschreibstörungen (3,1%).

Häufig werden die genannten umschriebenen Entwicklungsstörungen auch unter den Begriffen der „Teilleistungsstörung“, „Dyspraxie“ oder „Wahrnehmungsstörung“ subsumiert. Die differenzialdiagnostische Feststellung dieser Störungen setzt voraus, dass sie nicht durch eine Intelligenzminderung oder eine unzureichende schulische Förderung bedingt sind. Die Diagnostik solcher Störungsbilder erfordert einen erheblichen zeitlichen, personellen und instrumentellen Aufwand sowie den Einsatz ärztlicher und psychologischer Qualifikationen, um der Vielfältigkeit der möglichen Störungsebenen gerecht werden zu können. Dazu gehören nicht nur die Untersuchungen in der fachärztlichen Praxis, sondern auch die Befragung von Lehrern oder Erziehern. Nur so kann abgeschätzt werden, wie stark das betroffene Kind von den Folgen einer Entwicklungsstörung im Alltag der Schule und in seiner Interessen- und Freizeitgestaltung gehandicapt ist, und über welche Ressourcen es verfügt, um die bestehenden Lern- und Leistungsschwächen zu kompensieren.

Daraus wird deutlich, dass eine mehrdimensionale Diagnostik, die eine neurologische und kinderpsychiatrische Untersuchung sowie unbedingt eine qualifizierte testpsychologische Diagnostik beinhalten muss, unerlässlich und nicht delegierbar ist.

Sprech- und Sprachstörungen wurden augenscheinlich häufiger in Kombination mit anderen Entwicklungsstörungen festgestellt, so dass die in der psychopathologischen Befunderhebung in 10% unserer Stichprobe als schwerwiegend eingeschätzten Störungen des Sprechens und der Sprache nur bei 3% der Patienten als isolierte Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen kodiert worden waren. In anderen klinischen Untersuchungsstichproben fielen umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in ähnlicher Häufigkeit als gravierende Entwicklungsstörungen auf, so z.B. in 7,7% der Fälle einer ambulanten und stationären Klinikpopulation von 427 untersuchten Patienten mit ähnlicher Altersverteilung (Jungmann, 1978).

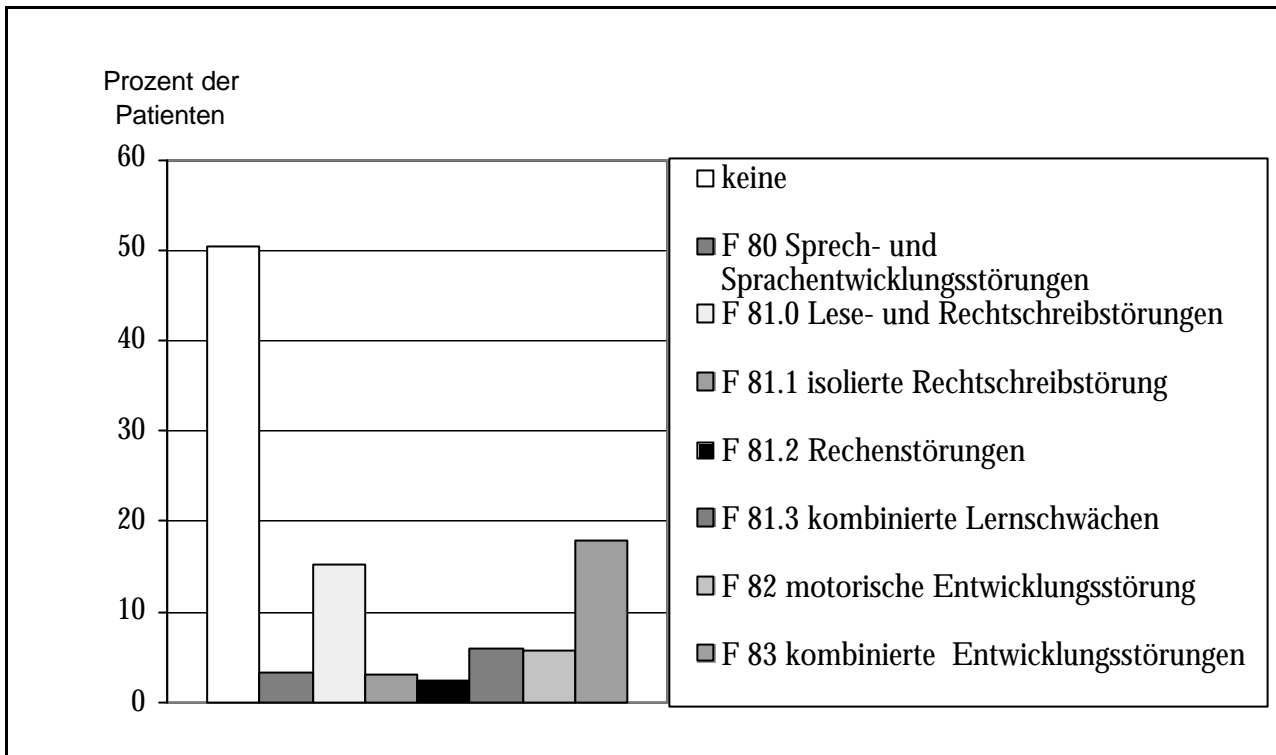


Abbildung: 8.25: Diagnose-Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen

Bei den Diagnosen der Achse II ergaben sich die stärksten Unterschiede zur Studie von Schydlo und Heubach (1992). Nur 12,3% der untersuchten Kinder zeigten damals keine umschriebenen Entwicklungsstörungen auf der Diagnose-Achse II des MAS gegenüber 50,3% unserer Fälle. Vor allem motorische und multiple Entwicklungsrückstände mit diagnostischer Relevanz wurden zwei- bis dreimal so häufig beschrieben wie in der jetzigen Untersuchung. Hier dürften sich Effekte der inzwischen standardisierten Untersuchungs- und Diagnoseprozeduren ausgewirkt haben, die in gemeinsam entwickelten Leitlinien des Fachgebietes niedergelegt wurden und beständig kritisch revidiert werden (Deutsche Gesellschaft für KJPP et al., 2003).

8.3.10.3 MAS Diagnose-Achse III - Intelligenzniveau

Die meist testmetrisch ermittelten intellektuellen Leistungsfähigkeiten der Patienten, ausgedrückt in IQ-Punkt-Werten, wichen nur unbedeutend von der statistischen Normalverteilung in der Allgemeinbevölkerung ab (Abb. 8.26). Kinder mit niedriger

Intelligenz waren in der klinischen Untersuchungsstichprobe allerdings eher unterrepräsentiert. Dies galt insbesondere für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung.

Epidemiologische Angaben über die Häufigkeitsraten geistig behinderter Menschen in der Bevölkerung gehen von Prävalenzraten von 0,7 bis 0,8%, bezogen auf einen „IQ-Grenzwert ≤ 60 “, aus (Lipmann, 1979). Folgt man der Einschätzung, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung, in deutlicher Abhängigkeit vom Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung, etwa 3-4 mal so oft psychisch erkranken wie nicht geistig Behinderte, hätte die Vorstellungsrate der betroffenen Kinder höher ausfallen müssen.

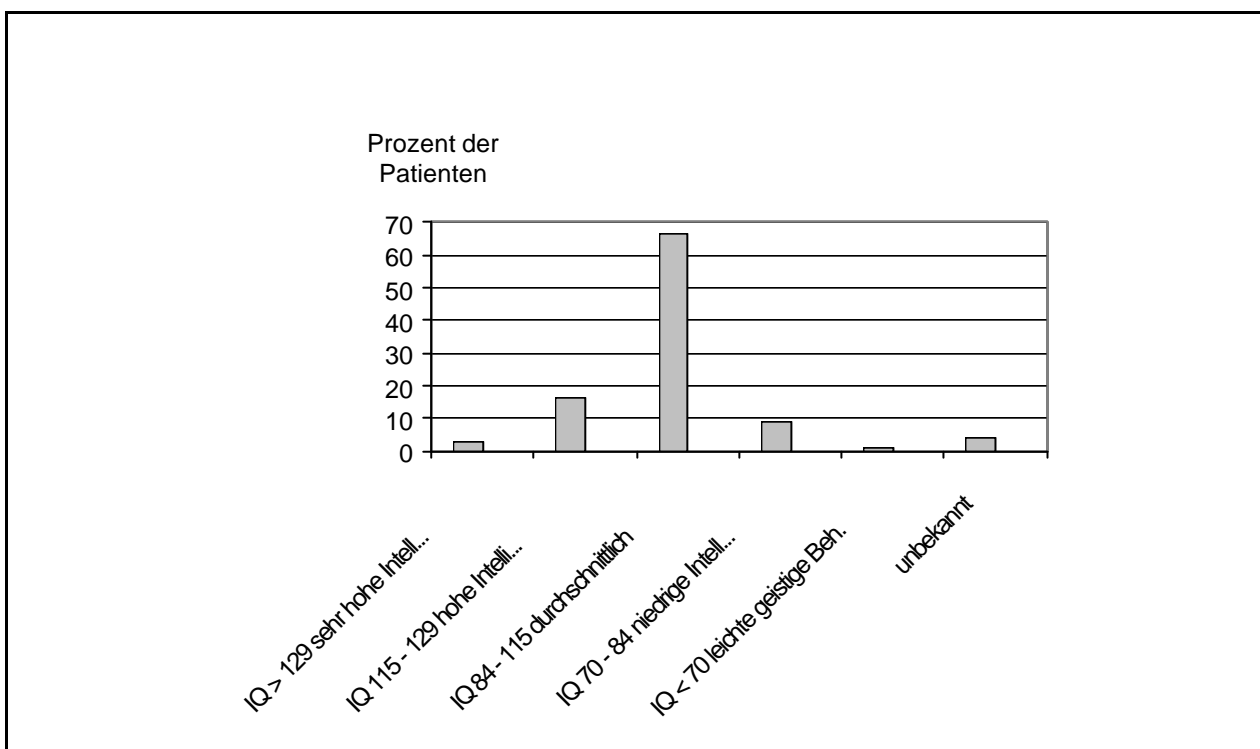


Abbildung 8.26: Diagnose-Achse III - Intelligenz

Dass die Behandlung psychisch kranker Kinder mit einer deutlichen Intelligenzminderung in den untersuchten Praxen selten geleistet wurde, spricht dafür, dass die Versorgung dieser Klientel durch andere Fachdienste erfolgt. Angesichts des eher jüngeren Altersdurchschnitts der Stichprobe kann vermutet werden, dass es sich

dabei in nicht unwesentlichem Umfang um die vielfach regional vorhandenen Soziopädiatrischen Zentren handeln dürfte (s. hierzu Kap. 8.2).

8.3.10.4 MAS Diagnose-Achse IV- Körperliche Symptomatik

Bei insgesamt 17,5% der Patienten wurde eine körperliche Symptomatik auf der Diagnose-Achse IV vermerkt (Abb. 8.27). Hier war eine gemeinsam benutzte Kategorie zur Kennzeichnung neurofunktionaler Entwicklungsstörungen gewählt worden, die in insgesamt 6,1% der Fälle diagnostiziert wurden. Ferner fanden sich neben Epilepsien Adipositas, Missbildungssyndrome, Haut- und Herzkrankheiten, Diabetes und Minderwuchs sowie andere Körperkrankheiten als Begleiterkrankungen der wegen einer psychischen Störung vorgestellten Kinder und Jugendlichen.

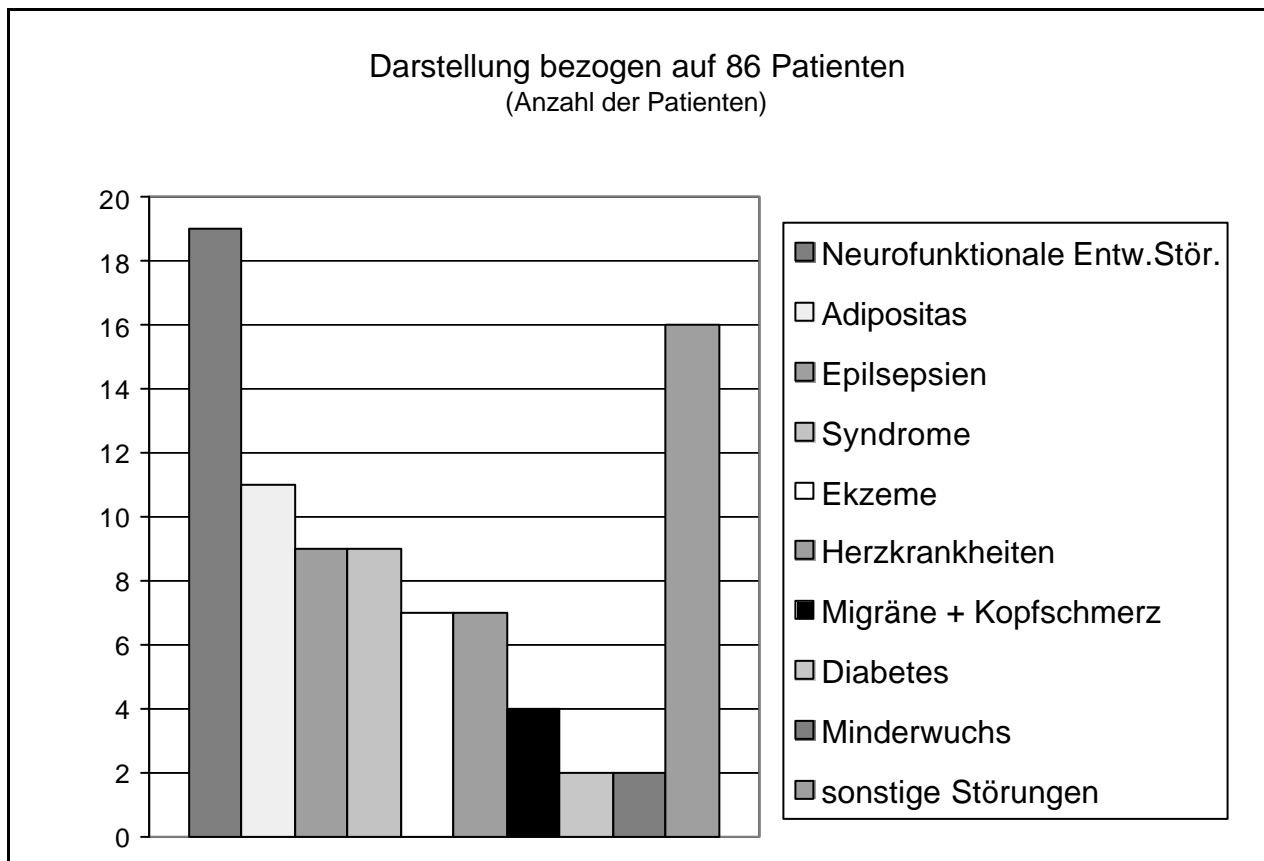


Abbildung 8.27: Diagnose-Achse IV – Körperliche Symptomatik

Ob die zu konstatierende Zahl von Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund perinataler, meist hypoxischer Hirnschädigungen neurofunktionale Störungen zeigten, gegenüber den Feststellungen von Schydlo und Heubach (1992), die unter Beachtung von Mehrfachnennungen bei 38,7% eine „sonstige Krankheit des Zentralnervensystems“ auf dieser Diagnose-Achse vermerkt hatten, tatsächlich abgenommen hat, muss offen bleiben. Immerhin hatte sich auch in der älteren, bereits zitierten Untersuchung einer vergleichbaren Inanspruchnahmepopulation eine solche Diagnose noch in 14,8% der Fälle gefunden (Jungmann, 1978).

8.3.10.5 MAS Diagnose-Achse V – Assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände

Die Diagnose-Achse V des MAS erlaubt die Beschreibung von psychosozialen Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes haben und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen können. Dies gilt beispielsweise für eine deutliche „Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen“, Kindesmisshandlung, eine „abweichende Elternsituation“ und akute oder chronisch belastende Lebensereignisse durch Tod oder psychische Erkrankung eines Elternteils. Ihr Zusammenhang mit der Entstehung einer psychischen Krankheitssymptomatik wird vielfach angenommen. Zumindest kommt solchen psychosozialen Belastungsfaktoren hohe Bedeutung bei der Auswahl von Behandlungs- und Hilfemaßnahmen zu.

In einer vergleichenden Untersuchung der Inanspruchnahmepopulationen städtischer Universitätskliniken in Köln und Berlin konnten „Anhaltspunkte für die Validität“ der in dieser Diagnose-Achse erfragten psychosozialen Belastungsangaben für die Krankheits-bewertung gesichert werden (Möllmann et al., 1998).

Die Häufigkeiten der in unserer Gesamtstichprobe kodierte auffälligen psychosozialen Umstände entsprach mit einem statistischen Durchschnitt von 2,4 Nennungen pro Fall (Abb. 8.28) den Befunden der Kölner Klinik, während diese in Berlin doppelt so oft vermerkt worden waren. Die Autoren diskutieren ihre Befunde unter den Aspekten eines unterschiedlichen Kodierverhaltens oder tatsächlich,

zumindest in einem gewissen Umfang, gegebener psychosozial unterschiedlich strukturierter Inanspruchnahmepopulationen in beiden Städten. Sie weisen, wie andere Autoren, darauf hin, dass die Vergleichbarkeit der Kodierungen unterschiedlicher Anwender des Klassifikationsschemas zumindest für einige Fragestellungen und in Abhängigkeit vom psychiatrischen Störungsbild ohne eine gemeinsame Schulung der Untersucher eingeschränkt sein kann.

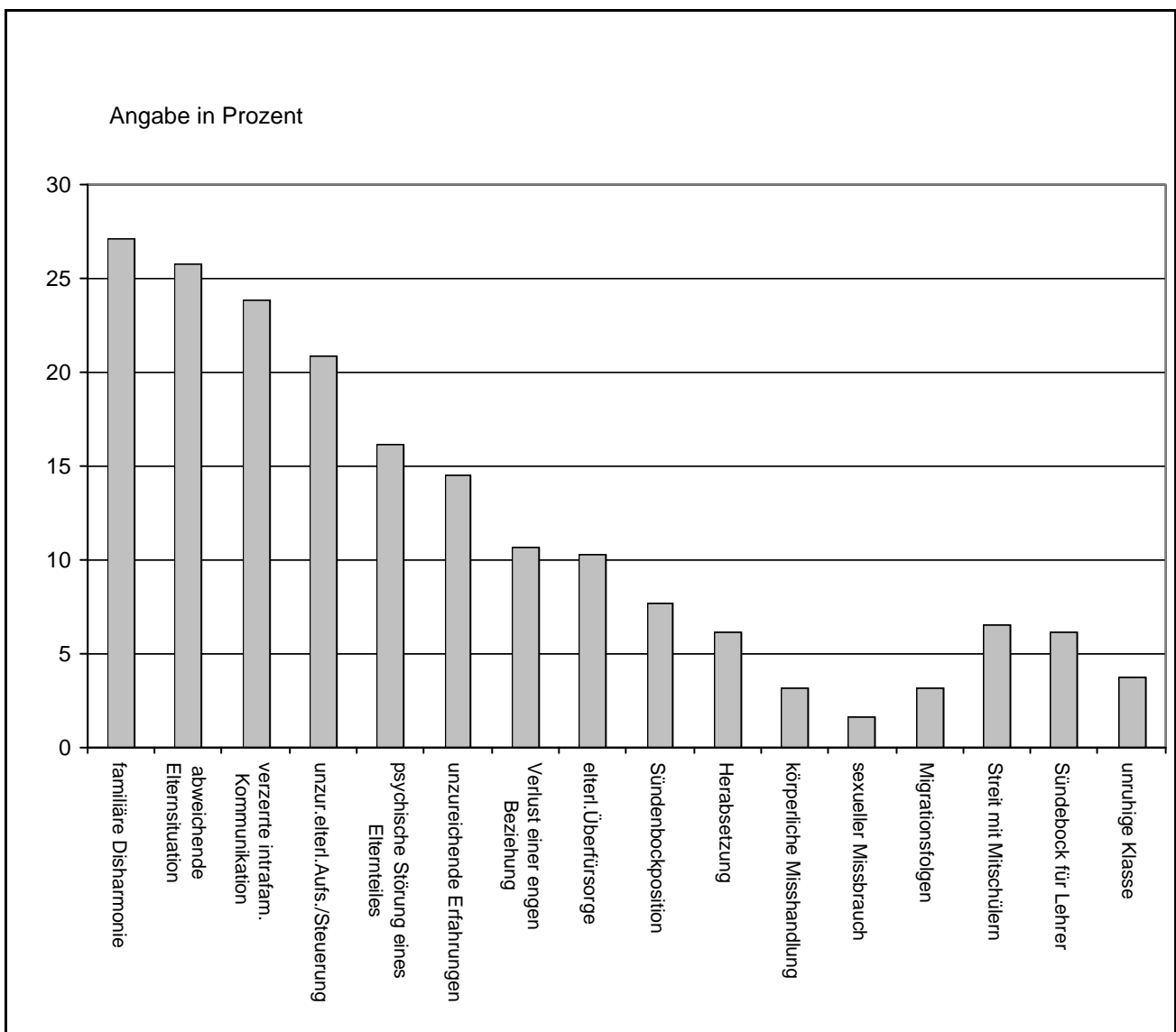


Abbildung 8.28: Diagnose-Achse V – Assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände

Ähnlich wie in der Untersuchung von Möllmann et al. (1998) stehen die Bewertungen „Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen“ mit 27.1%,

„abweichende Elternsituation“ mit 25,8% und die Diagnose einer „inadäquaten intrafamiliären Kommunikation“ (23,8%) an vorderster Stelle der festgestellten psychosozialen Belastungsfaktoren der Kinder unserer Untersuchung. Allerdings fielen sie im Vergleich mit klinisch-stationär behandelten Patienten insgesamt niedriger aus. Es folgte in einem Fünftel der Fälle die Einschätzung einer unzureichenden elterlichen Aufsicht bzw. Steuerung. 11% der Kinder hatten eine wichtige Bezugsperson verloren. 3% waren schwer körperlich misshandelt und 1,6% sexuell missbraucht worden. 3% litten unter Migrationsfolgen, meist aus den Kriegen in Bosnien und im Kosovo. 7% waren vermutlich Opfer schulischen Mobbing durch Mitschüler oder Lehrer geworden.

Die Befunde sprechen dafür, dass die diagnostizierenden Fachärzte den im psychopathologischen Befund beschriebenen und von den Eltern vorgetragenen emotionalen Leidensdruck besonders im Zusammenhang mit einer belasteten innerfamiliären Kommunikation wahrnahmen. Kinder waren vermutlich des öfteren Indexpatienten dysfunktionaler Familienstrukturen. Andererseits darf aber auch nicht unterschätzt werden, dass manche kindlichen Störungen (z.B. ADHS, Zwänge) die familiären Geduldsreserven aufbraucht und die Familien an die Grenzen ihrer kommunikativen Belastbarkeit und „Aushandlungsfähigkeit“ geführt haben könnten.

8.3.10.6 MAS Diagnose-Achse VI – Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Auf der Diagnose-Achse VI des MAS können auf einer 8-stufigen Skala die Qualität der Beziehungen des Kindes/Jugendlichen zu seinen Familienangehörigen, zu Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie, seine soziale Orientierungsfähigkeit sowie sein Interessen- und Freizeitverhaltens eingeschätzt werden.

Nur bei einem Fünftel der Patienten konnte man nach den vorgenommenen Bewertungen von einer „guten bis befriedigenden“ Integration in das soziale Umfeld sprechen. 23% zeigten Zeichen einer leichten, weitere 24,8% einer mäßigen sozialen Beeinträchtigung (Abb. 8.29).

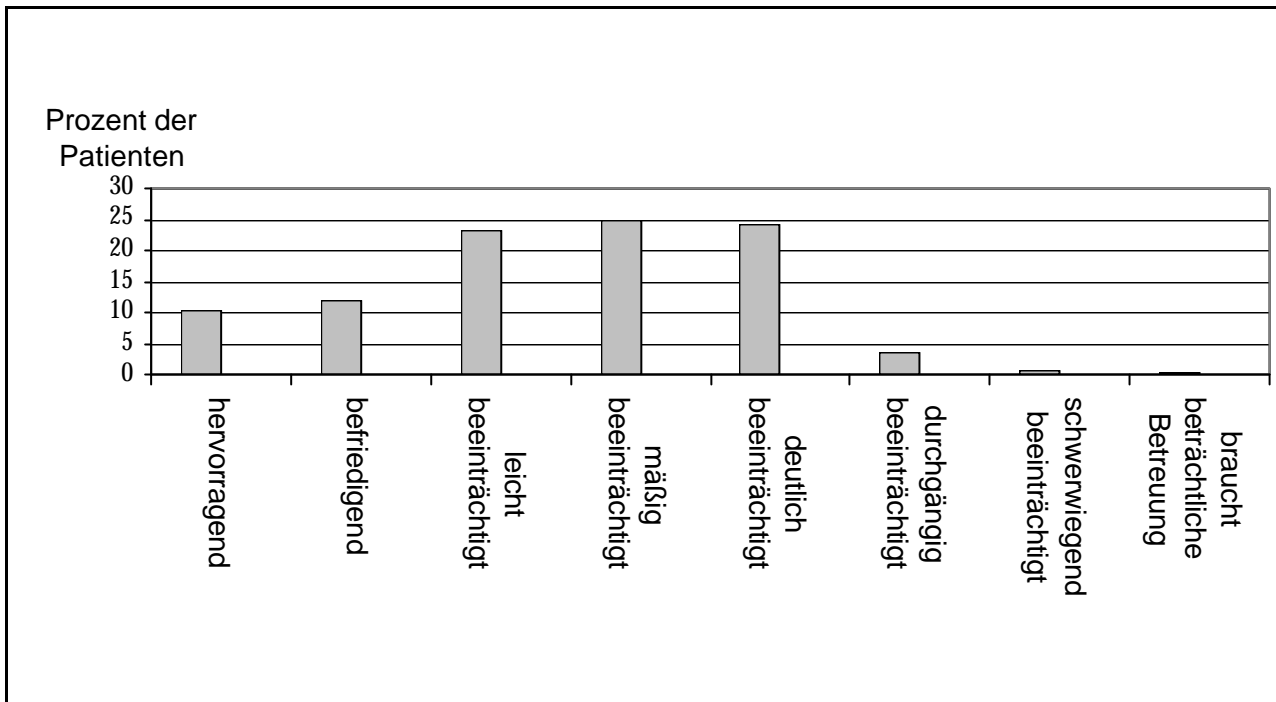


Abbildung 8.29: Diagnose- Achse VI - psychosoziale Anpassung

Für einen kleinen Anteil (4,5%) wurde die Einschätzung einer durchgängigen und schwerwiegenden Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus vorgenommen.

8.4 Behandlung

In einem gemeinsam mit der Projektgruppe entwickelten Erfassungssystem (Matrix 1, s. Anlage 4) nahmen die ärztlichen Untersucher nach einer Gewichtung ihrer therapeutischen Handlungsentscheidungen eine Planung der von ihnen für notwendig erachteten Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen vor (s. Kap. 7.2.5). Die geplanten Therapiemaßnahmen wurden genauso wie Kooperationserfordernisse mit anderen Fachdisziplinen und Institutionen aus den Befunden der Diagnose-Achsen unter einer jeweils 5-stufigen Gewichtung abgeleitet. Die Diagnose-Achse VI konnte unberücksichtigt bleiben, weil sie im wesentlichen der Abbildung der Folgen der auf den vorherigen Diagnose-Achsen diagnostizierten Störungen für die psychosoziale Adaptation des Kindes dient.

Die Prüfung der Frage, in wie weit die geplanten therapeutischen und beratenden Maßnahmen in dem eineinhalbjährigen Untersuchungszeitraum der Studie tatsächlich umgesetzt worden waren, wurde mit dem Instrument der Matrix 2 (s. Anlage 5) in festgelegten Intervallen vorgenommen. Die Matrix 2 zeigt eine ähnliche Struktur, erlaubt aber neben der Bewertung des qualitativen Vorgehens mittels der Darstellung des Zeitaufwandes (in Dezimalstellen) auch eine Beschreibung des quantitativen Ressourceneinsatzes der ärztlichen Praxen.

8.4.1 Behandlungsentscheidungen

In Abbildung 8.30 sind die zusammengefassten Therapieplanungen über alle behandelten Patienten dargestellt. Daraus ergibt sich, dass die wichtigsten therapeutischen Entscheidungen in erster Linie im Hinblick auf den erhobenen kinder- und jugendpsychiatrischen Befund bzw. aufgrund der diagnostischen Einordnung der Symptomatik auf der Diagnose-Achse I vorgenommen wurden.

Die Fachärzte hielten in 82 % der Fälle Therapien und Gespräche mit den Eltern in Form von Familientherapie und Elternberatung für angezeigt. In 50 % der Fälle wurden psychotherapeutische Einzelsitzungen mit den Kindern und Jugendlichen und in 14% Gruppentherapien als erforderlich angesehen.

Neben der in 50% aus Erkenntnissen der Diagnose-Achse I abgeleiteten Therapieentscheidungen finden sich solche in 12,6% auch auf der Grundlage gravierender belastender psychosozialer Umstände (Diagnose-Achse V), mit denen die Patienten in der Wahrnehmung der Fachärzte konfrontiert waren. Diese interessanten Befunde sprechen dafür, dass die Therapeuten bei ihrer Behandlungsplanung von Anfang an nicht nur die primäre psychische Symptomatik, sondern genauso die ihnen erkennbaren, bedeutsamen psychosozialen Rahmenbedingungen der auf das Kind einwirkenden Lebens- und Erfahrungszusammenhänge in ihr Therapiekonzept einbezogen.

Dies war teilweise auch im Hinblick auf die festgestellten umschriebenen Entwicklungsstörungen der Fall. Diagnostische Bewertungen der Diagnose-Achsen II u.

III spielten in 15% der Fälle für die Entscheidung zur Familientherapie und/oder Familien- bzw. Elternberatung eine wesentliche Rolle. Bei weiteren 6,4% flossen sie in die Entscheidung zur Aufnahme einer Einzelpsychotherapie ein. Für die Frage der Aufnahme der Eltern in eine Elterngruppe begründeten gravierende Entwicklungsstörungen mit 14,8% sowie schwerwiegende psychosoziale Belastungsfaktoren in 8% der Fälle wesentlich diese Therapieauswahl.

Die externe Kooperationen erschien den Ärzten bei den sprachlichen, motorischen und sensorischen Störungen mit ca. 35% am stärksten erforderlich, gefolgt von den auf MAS-Achse-I kodierten Störungen, in denen auch das ADHS/ADS enthalten ist. Bei 32,3% der Patienten erschien es sinnvoll, mit externen Partnern wegen der neurologisch-funktionalen Symptomatik Kontakt aufzunehmen. Die Ergotherapeuten (13%) und die Schulen (13%) wurden gleich oft gewählt.

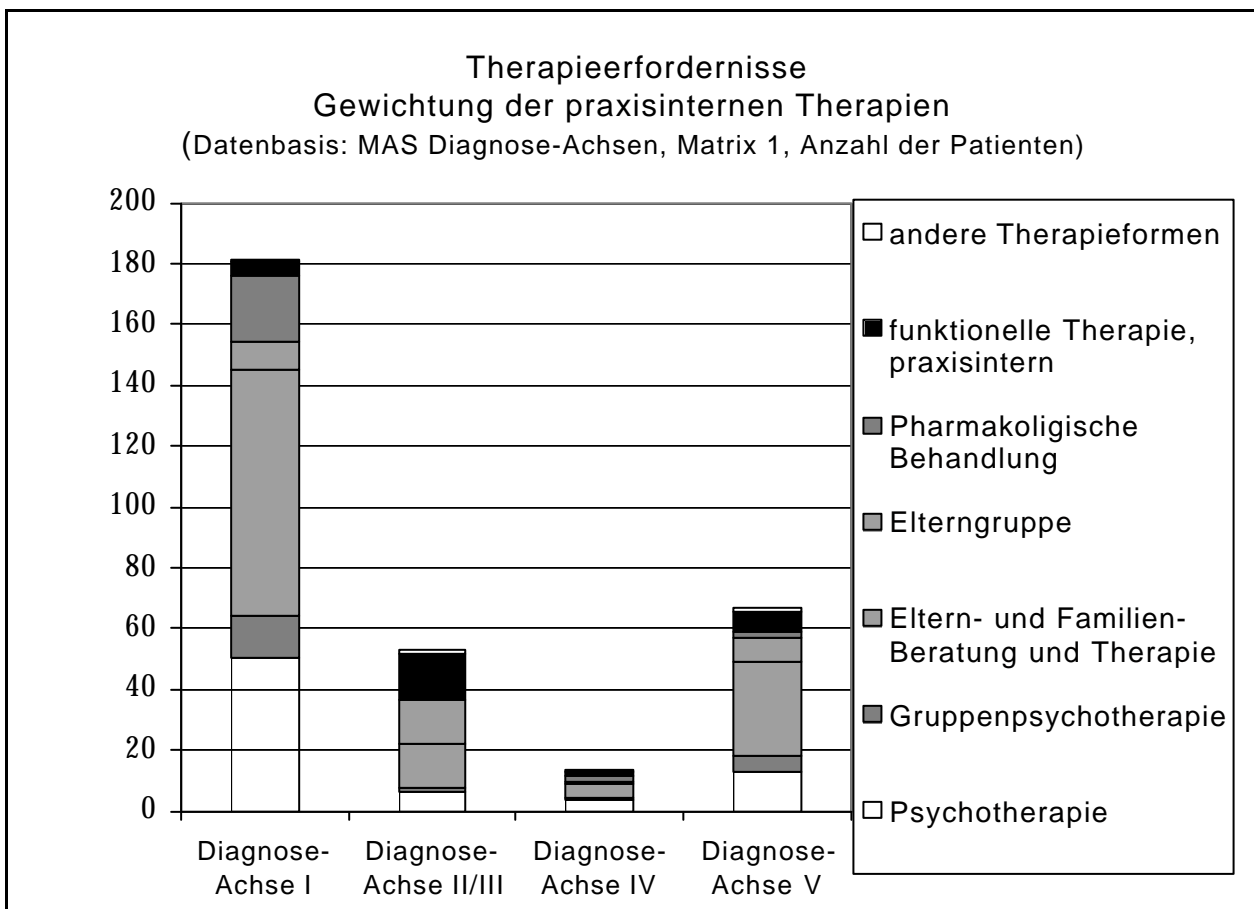


Abbildung 8.30: Therapieplanung (praxisinterne Leistungen)

Erwartungsgemäß leitete sich die Entscheidung zur Anwendung von funktionellen Therapien wie Ergotherapie, Krankengymnastik und Bewegungstherapie zu jeweils 15,3 bzw. 13% wesentlich aus den diagnostischen Erkenntnissen der Diagnose-Achsen II und III ab. Die Entscheidung darüber, ob die erforderliche funktionelle Therapie innerhalb der eigenen Praxis, in der entsprechende therapeutische Valenzen vorgehalten wurden, oder durch Verordnung bei einem niedergelassenen Therapeuten erbracht werden sollte, wurde augenscheinlich häufiger (6,8%) zugunsten der praxisinternen Leistung getroffen, wenn gleichzeitig gravierende psychosoziale Begleitumstände der Störung registriert worden waren. Mit 3,4 bzw. 4,6% spielten auch hier Einflüsse der auf Diagnose-Achse I gestellten Diagnosen noch eine Rolle (Abb. 8.31).

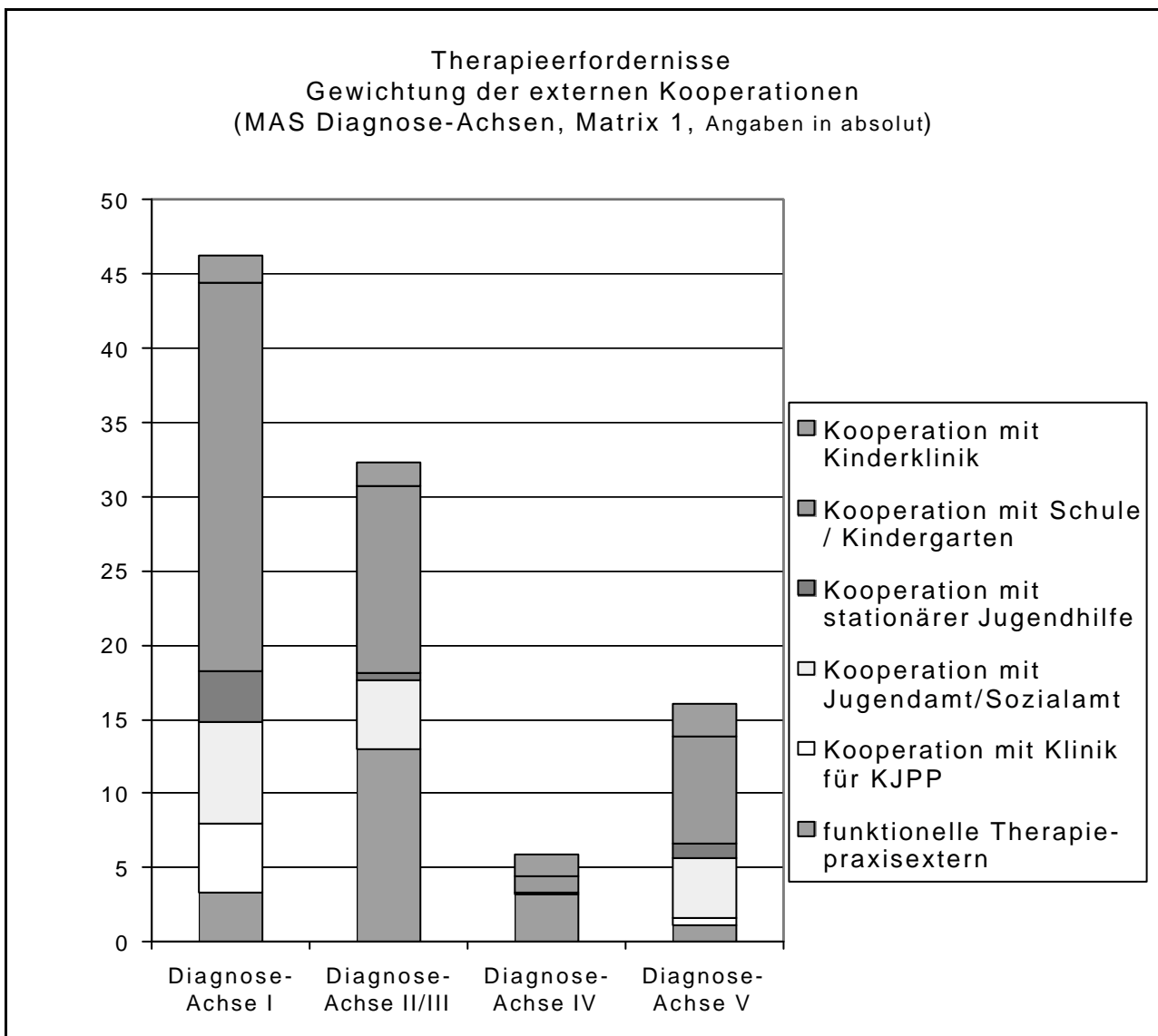


Abbildung 8.31: Therapieplanung (praxisexterne Leistungen)

Der Großteil der umschriebenen Entwicklungsstörungen geht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf diskrete oder deutliche neurologische Schäden und sensorische Handicaps zurück. Eine „kausale Therapie“ und „Heilung“ der Störungen durch funktionelle Therapien ist zwar meist nicht zu erwarten, wohl aber ein wesentlich besserer Umgang der Patienten und ihrer Eltern/Sorgeberechtigten mit diesen Problemen und ihren Folgen für die Lebensplanung, Schulleistungsfähigkeit und Freizeitgestaltung, das Selbstbewusstsein und oft auch die soziale Orientierung des Kindes. Durch solche Störungen bedingte sekundäre Neurotisierungen und Kommunikationsstörungen in den betroffenen Familien machen nicht nur Beratung, sondern des öfteren auch einzel- und familientherapeutische Maßnahmen notwendig.

Insgesamt wurde bei 47% der Patienten aufgrund der auf Diagnose-Achse I diagnostizierten Störungen die Notwendigkeit einer Kooperation mit einem oder mit mehreren externen fachlichen Kooperationspartnern gesehen (Abb. 8.31).

Bezüglich des interdisziplinären Kooperationsbedarfs stand der Austausch mit den Einrichtungen der Schule und z. T. auch mit Kindergärten bei insgesamt 27 % der Behandlungsfälle an der Spitze. Hier dürfte sich der hohe Anteil der in unserer Stichprobe festgestellten schulischen Integrations- und Leistungsstörungen der jungen Patienten ausgewirkt haben.

Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit Jugendämtern und Jugendhilfeeinrichtungen wurde mit insgesamt 20,5% der Fälle nur wenig seltener gesehen.

Die Kooperation zwischen KJPP, Jugendhilfe und Schule hat sich seit Einführung der SPV und der zunehmenden Verkürzung klinischer Behandlungsphasen in der praktischen Arbeit der Fachdienste als sehr positiv entwickelt. Die in der Praxis des Facharztes begonnene einzelfallbezogene interdisziplinäre Vernetzung stellt einen wichtigen Garanten qualifizierter Maßnahmenplanung bei komplexem Hilfebedarf für die betroffenen Kinder/Jugendlichen und ihre Eltern dar. Hierfür sprechen beispielsweise auch die sehr ermutigenden Ergebnisse eines Bundesmodellprojektes sowie eines im Bundesland Sachsen-Anhalt durchgeführten Landesmodellprojektes zur interdisziplinär vernetzten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (Jungmann, 2000, 2002).

Nur ca. 12% der Diagnosen auf Diagnose-Achse V verlangten nach externer Kooperation. Das Ergebnis zeigt an, dass die behandelnden Ärzte und ihr therapeutisches Team die Einschätzung vornahmen, die in der Stichprobe dargestellte Prävalenz psychosozialer Belastungen in Form familieninterner Interaktionsstörungen eher mittels Familientherapie und Beratung und seltener unter Einschaltung der Jugendhilfe behandeln zu können. Darin dürfte ein deutlicher Unterschied des in den fachärztlichen Praxen behandelten Klientels gegenüber Hilfesuchenden in der Jugendhilfe zum Ausdruck kommen. Im Mittelpunkt der kinder- und jugendpsychiatrischen Intervention steht die familienintegrative Behandlung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen, die überwiegend gut in ihren sozialen Bezugssystemen, vor allem in ihrer Familie, verankert sind, und für die Eltern/Sorgeberechtigte gezielt mit der Erwartung einer verbesserten Versorgung, Erziehung und Förderung ihrer Kinder therapeutische Hilfe suchen.

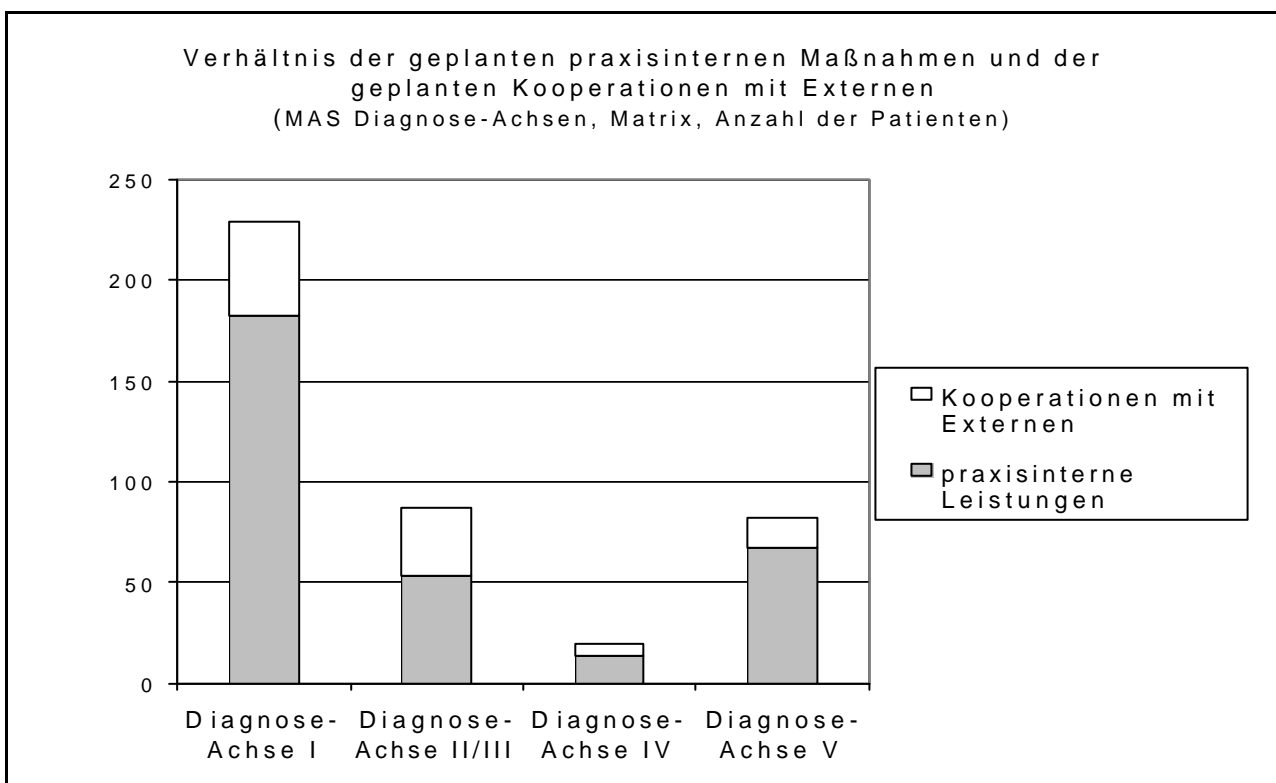


Abbildung 8.32: Therapieplanung (praxisinterne und praxisexterne Leistungen)

Unterscheidet man den Umfang der durch die dargestellten Behandlungsentscheidungen bedingten Anforderungen an die „praxisintern“ und „praxisextern“ zu erbringenden Leistungen und deren Koordination, so ergeben sich die in Abbildung 8.32 dargestellten Verteilungen.

Die Indikation zu einer medikamentösen Therapie wurde nur in 22% der Fälle, trotz des hohen Anteils von Hyperkinetischen Störungsbildern somit relativ zurückhaltend, gestellt. Aus der Evidenz der ADHS-/ADS-Behandlung ist z.B. bekannt, dass neben einer medikamentösen Therapie und anleitenden Verhaltenstherapie die qualifizierte Familientherapie und Elterngruppe sowie die Einbeziehung und Aufklärung der Lehrer die wichtigsten Behandlungselemente der bei diesem Krankheitsbild notwendigen multimodalen Therapie darstellen (Deutsche Gesellschaft für KJPP et al., 2003).

Die dokumentierte Entscheidungsstruktur bildet einen komplexen Handlungsansatz der mit dem Konzept der Sozialpsychiatrievereinbarung behandelnden kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ab, der nicht nur deren diagnostisches Vorgehen sondern auch die dort vorgenommene, die Familie intensiv einbeziehende, Therapieplanung bestimmt. Es ist nicht nur im Fachgebiet der KJPP unbestritten, dass Hilfen für junge Menschen darauf angelegt werden müssen, die Ressourcen des Patienten und seines Bezugssystems, im wesentlichen seiner Eltern und seiner Familie, gerade dann einzubeziehen, wenn innerfamiliäre Belastungsfaktoren eine erfolgreiche, d.h. symptom- und störungsfreie Entwicklung und Lebensbewältigung bedrohen. Da sich kindliche Entwicklung primär im Dialog mit den Eltern und erst sekundär mit Erziehern, Lehrern und Therapeuten abspielt, müssen wesentlich die familiären Rahmenbedingungen therapeutisch beachtet werden. Je jünger die Kinder sind, desto stärker sind sie noch vom emotionalen und materiellen Rahmen der Familiengemeinschaft abhängig.

8.4.2 Behandlungsverläufe

Um die Therapieverläufe sowohl unter qualitativen als auch zeitlich-quantitativen Aspekten zu beschreiben, wurden zwei unterschiedlich konstruierte Untersuchungsinstrumente eingesetzt. Zum einen standen die Ergebnisse der oben

beschriebenen Matrices 2 zur Verfügung, in denen der jeweilige zeitliche Umfang der angewandten Therapie- und Hilfeformen dokumentiert wurde, zu anderen wurden die Angaben zu Art und Häufigkeit der angewendeten Behandlungsverfahren aus der BADO herangezogen (s. Anlage 5). Mit den in vierteljährlichen Abständen ausgefüllten Matrices wurde überprüft, wie die Therapieplanungen im Verlauf umgesetzt wurden. Es standen bis zu 7 fallbezogene Matrices für die statistische Auswertung zur Verfügung.

Bis zum Abschluss des Auswertungszeitraumes waren erst 43,8% der Behandlungen abgeschlossen worden. Unter diesem Vorbehalt waren die erzielten Ergebnisse in der Hälfte der Fälle im Sinne von Zwischenergebnissen zu interpretieren. Die im Folgenden dargestellten Analysen bilden vor allem Schwerpunktsetzungen und Behandlungsabläufe der Praxen ab. Diese standen im Mittelpunkt des Untersuchungsansatzes. Aufgrund der dargestellten Durchschnittswerte und der Heterogenität von Störungen, Problemstellungen und Diagnosen können Unterschiede zwischen den Praxen in den auf den Einzelfall bezogenen Leistungen nicht deutlich werden.

In Abb. 8.33 und Abb. 8.34 sind die prozentualen Aufteilungen der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen dargestellt. Es zeigt sich, dass sie den zuvor vorgenommenen, aus den gestellten Diagnosen abgeleiteten Entscheidungen gefolgt sind. Der familientherapeutische Schwerpunkt bestimmte durchgehend das therapeutische Handeln. Entsprechend den diagnostischen Einschätzungen wurden mehr familienorientierte Therapieformen gewählt als einzeltherapeutische Verfahren. Dabei dominierten verhaltens-therapeutische, ergotherapeutische und heilpädagogische Verfahren.

Die funktionellen Übungsbehandlungen innerhalb der Praxis nahmen gegenüber den zu Therapiebeginn veranschlagten Schwerpunktsetzungen einen höheren Anteil ein. Umschriebene Störungen der sprachlichen, funktionellen, motorischen und sensorischen Entwicklung (Diagnose-Achsen II / III) sowie des Intelligenzniveaus führten in über der Hälfte der Fälle zur Behandlung durch externe Therapeuten.

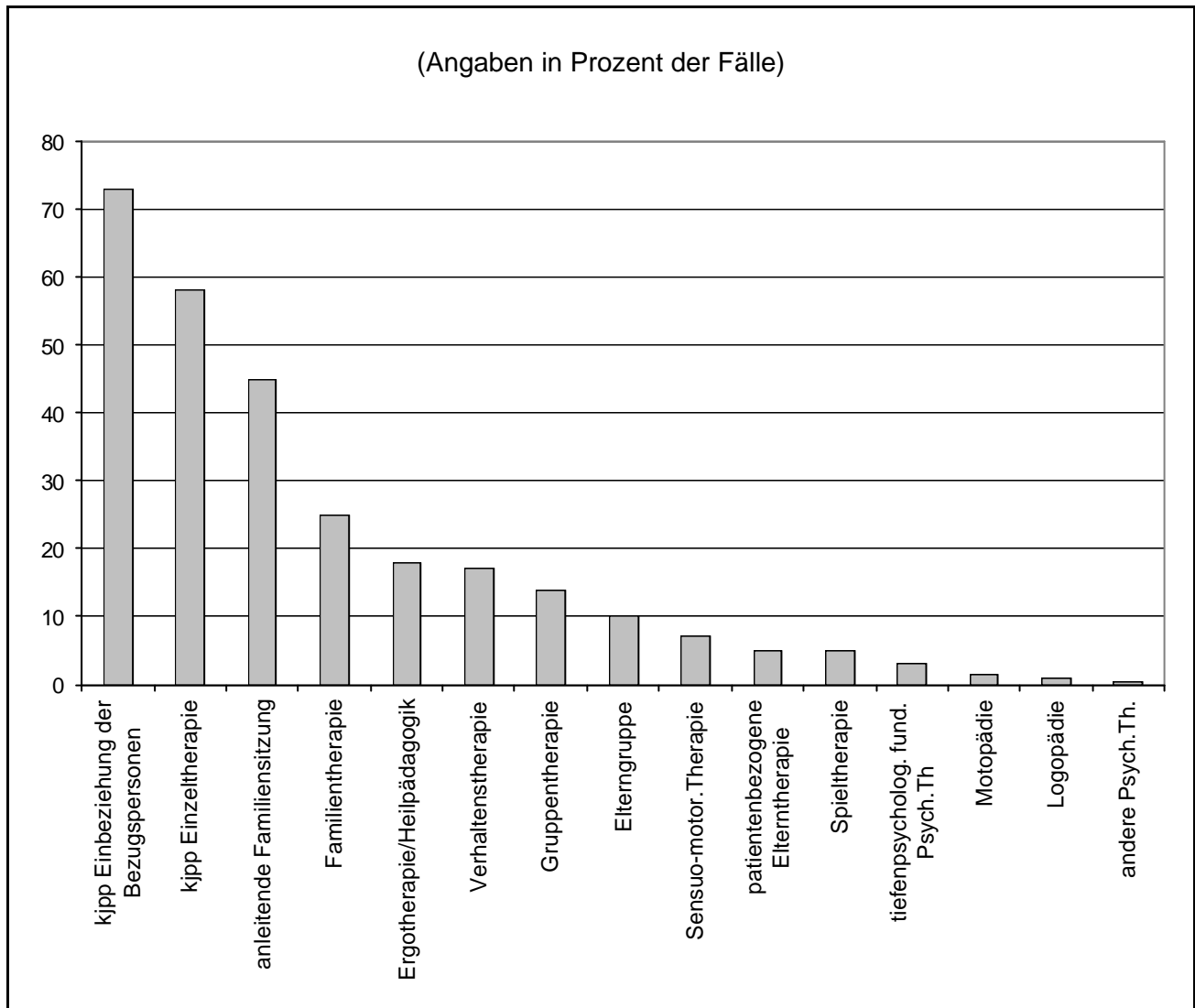


Abbildung 8.33: Bislang durchgeführte Behandlungen (Verteilungen)

Die geplante Kooperation mit Schulen und Kindergärten wurde umgesetzt. Für 45% aller Behandlungen, somit bei 219 von 488 Behandlungsfällen, erfolgten kooperative Fachgespräche und Fallkonferenzen mit der Schule oder dem Kindergarten (Abb. 8.34). Nach Abschluss der komplexen Diagnostik hatte man eine solche Zusammenarbeit für 47% der Patienten für erforderlich gehalten (vgl. Abb. 8.31). Die in 32% der Behandlungsfälle tatsächlich vorgenommene Kooperation mit Schule und Kindergarten übertraf die bereits zu Therapiebeginn hohe Kooperationsplanung (27%) um 5%. In 12% der Gesamtstichprobe (58 Fälle) kam es zu Konferenzen und Fallgesprächen mit dem Jugendamt oder Trägern bzw. Mitarbeitern der ambulanten oder stationären Jugendhilfe. In 2% der Fälle wurden die ambulanten therapeutischen Maßnahmen mit

Kliniken für KJPP abgestimmt, was vermutlich vor allem im Rahmen von nachklinischen Aufenthalten, zur Vorbereitung einer Krankenhausbehandlung oder auch als Kooperation mit einer Institutsambulanz erforderlich wurde.

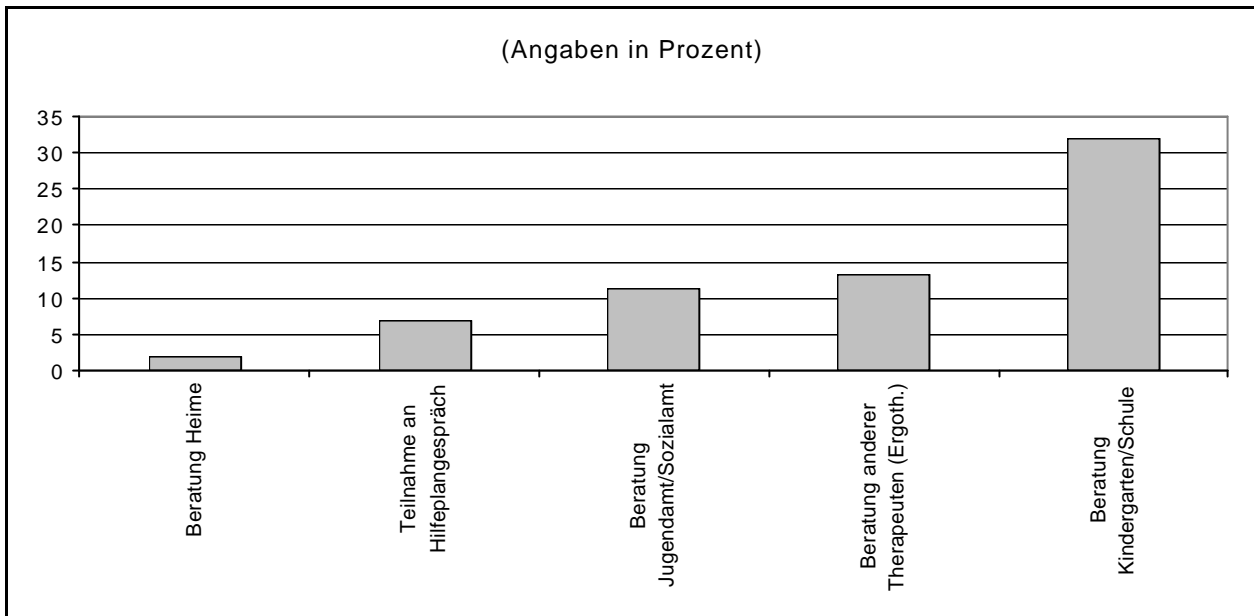


Abbildung 8.34: Interdisziplinäre externe Kooperationskontakte

Betrachtet man die eingesetzten Behandlungsressourcen unter dem Aspekt der aus den Matrices 2 berechneten Zeitvolumina (Abb. 8.35), so zeigt sich erwartungsgemäß auch hier, dass der fachliche und zeitliche Ressourcenbedarf der fachärztlichen Therapiemaßnahmen wesentlich auf die Behandlung der Familien ausgerichtet wurde.

Die in Abb. 8.35 u. 8.36 abgebildeten Minutenwerte geben die für die Therapie und Kooperationsmaßnahmen bislang verbrauchten Behandlungszeiten bis zum cutt-off-Punkt der Untersuchung an. Die Dokumentation zeitlicher Kennwerte von Behandlungsverläufen kann als solche kein Maß für die Effektivität der durchgeführten Maßnahmen liefern, wohl aber Schwerpunktsetzungen des Ressourceneinsatzes verdeutlichen. Therapeutische Bedeutung und Zeitaufwand stehen nicht in einem direkten Verhältnis zueinander. Mehr Zeit bedeutet nicht unbedingt mehr Effekte. So schlägt etwa eine interdisziplinäre Helferkonferenz zur Koordinierung von therapeutischen, pädagogischen und Jugendhilfe-Maßnahmen zeitlich relativ wenig zu Buche, ist aber oft eine den Therapieerfolg entscheidend vorbereitende Maßnahme.

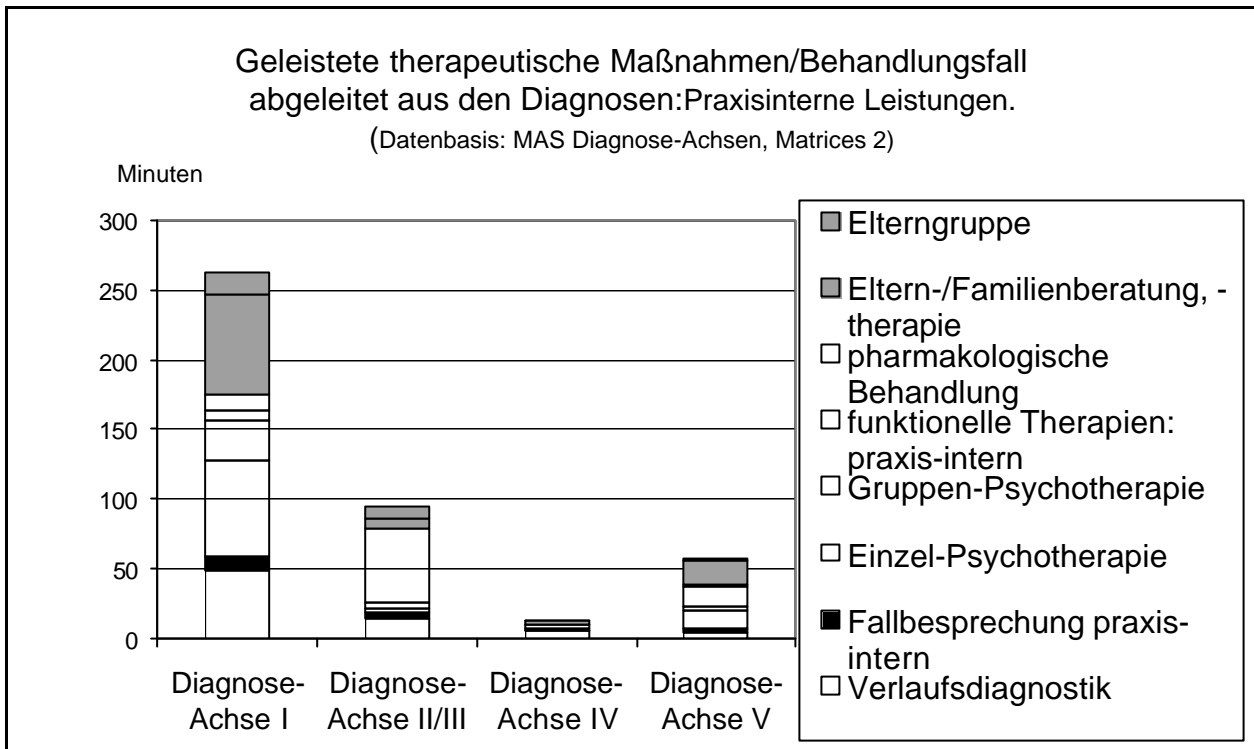


Abbildung 8.35: Bislang durchgeführte Behandlungen (Angabe in Minuten)

Auch Fallbesprechungen innerhalb der Praxis und mit externen Therapeuten verlaufen erfahrungsgemäss schnell, aber hoch effektiv, wenn sie, wie in § 3, Absatz 4 des Vertragstextes der Sozialpsychiatrievereinbarung gefordert, regelmäßig stattfinden und sich dadurch Kooperationsmuster einschleifen können.

Während sich die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Kliniken nahezu ausschließlich aus den psychiatrischen diagnostischen Feststellungen der Diagnose-Achse I begründete, war bei den Kooperationsgesprächen zwischen KJPP und der Schule die Bewertung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Diagnose-Achsen II/III) und belastender psychosozialer Umstände stärker beteiligt. Letzteres galt insbesondere für die aufgenommenen Fachkontakte mit der Jugendhilfe (Diagnose-Achse V).

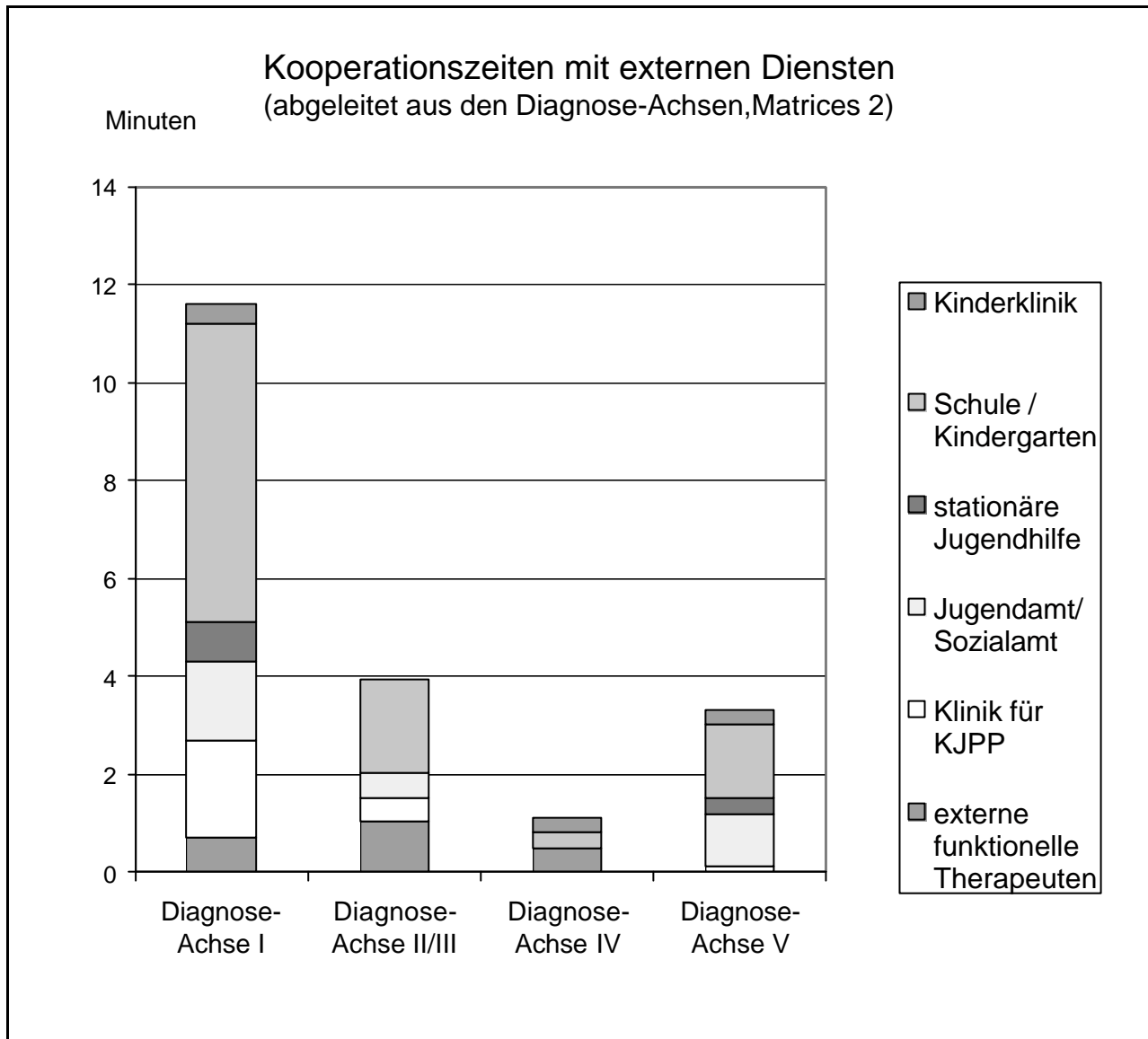


Abbildung 8.36: Bislang durchgeführte Kooperationsgespräche (Angabe in Minuten)

Telephonate mit Lehrern oder Mitarbeitern des Jugendamtes erfordern vor allem dann, wenn zwischen ihnen und der Praxis schon gegenseitige fachliche Kenntnis und Vertrautheit bestehen, relativ wenig Zeit, weil man auf gemeinsame Informationen und Erfahrungen in der Versorgung der Patienten/Schüler zurückgreifen kann. Bestehende Kooperationsstrukturen und bekannte Abläufe erleichtern die wechselseitig gezielte Inanspruchnahme zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen. Andererseits müssen diese erst geschaffen und kontinuierlich weiter „gepflegt“ werden. Hierzu gehören auch wechselseitige Fortbildungsveranstaltungen, die Teilnahme an psychosozialen Arbeits-

gemeinschaften und regionalen Öffentlichkeitsveranstaltungen, in die sich alle an der Untersuchung beteiligten Fachärzte einbrachten (s. hierzu Kap. 8.2).

Gerade in ländlichen Gebieten können funktionelle Therapien wohnortnah durchgeführt werden, wenn durch kurze telephonische oder persönliche Fallbesprechungen die fachliche Absprache zwischen Arzt und Therapeut intensiv und trotzdem zeitsparend organisiert wird. Den betroffenen Kindern und ihren Familien können damit „doppelte Wege“ erspart werden.

Zur Einschätzung der im Einzelfall konkret eingesetzten Zeitkontingente müssen die für die Gesamtstichprobe ermittelten statistischen Zeitwerte selbstverständlich auf die einzelnen, Behandlungs- und Kooperationsmaßnahmen der sie in Anspruch nehmenden Patienten bzw. Familien umgerechnet werden. Das bedeutet beispielsweise für die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, die insgesamt in 54 Fällen erfolgte, einen zeitlichen Durchschnitt der durchgeführten einzelfallbezogenen Kontakte von ca. 35 Minuten.

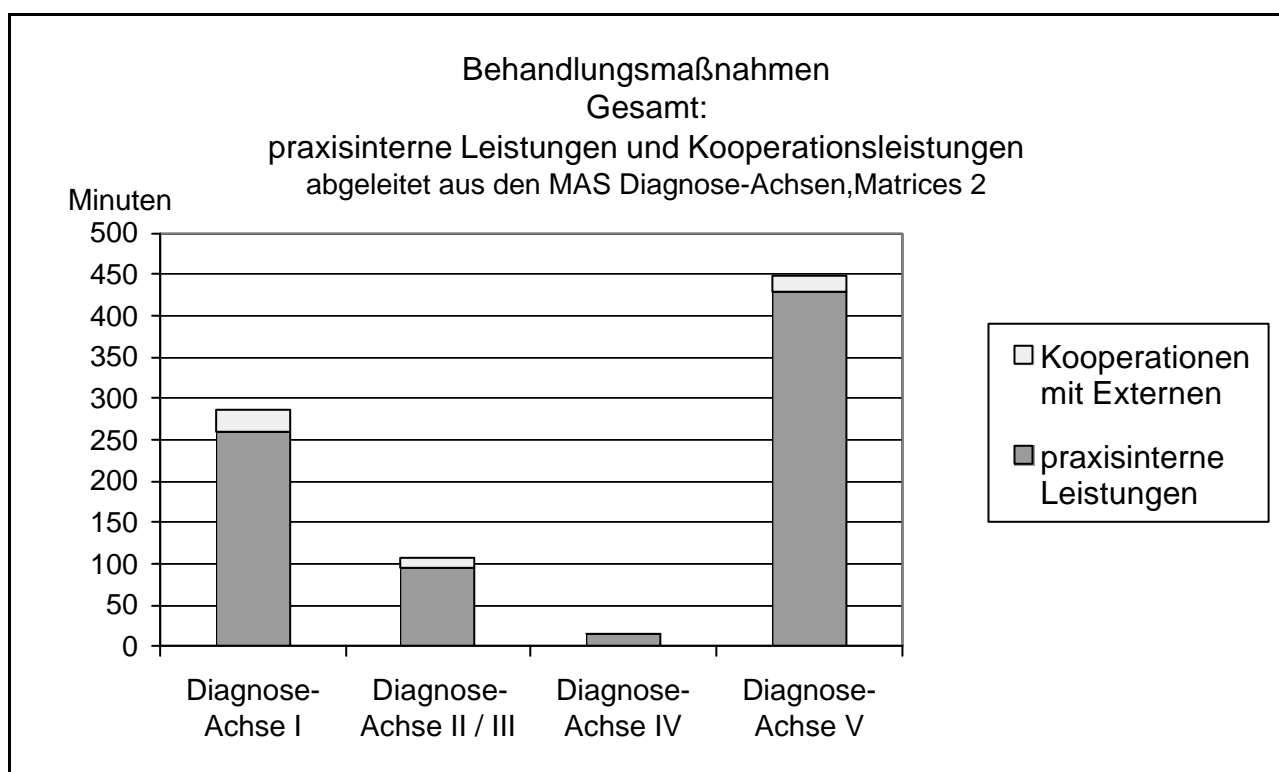


Abbildung 8.37: Interne und mit anderen Diensten koordinierte Praxisleistungen

Verbindet man die Zeitprofile aller Matrices, so zeigt sich, dass die Praxen und Ambulanzen ca. 80% bis 90% der Zeit den praxisinternen Aufgaben und zu 10% bis 20 % der Kooperationen mit externen Partnern widmeten (Abb. 8.37).

Fasst man alle Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Kooperationsgespräche mit externen Leistungserbringern und Institutionen zusammen, errechnet sich ein durchschnittlicher zeitlicher Behandlungsaufwand von siebeneinhalb Stunden pro Patient (455 Minuten). Die zu beachtende Standardabweichung zeigt eine Schwankung von ca. dreieinhalb Stunden um diesen Wert, wobei die Tatsache der in über 50% der Fälle noch nicht abgeschlossenen Behandlungen zu berücksichtigen ist.

Es entfielen nahezu gleich hohe Zeitanteile auf die Einzel- und Gruppentherapie wie auf Familientherapien und Elternberatung. Im statistischen Mittel standen für alle Eltern 26 Minuten zur Teilnahme an einer Elterngruppe zur Verfügung. Die regelmäßig weitergeführte Verlaufsdiagnostik wurde nicht nur aus den auf Diagnose-Achse I sondern vor allem auch aus den Befunden der auf der Diagnose-Achse V verzeichneten Auffälligkeiten erforderlich.

Dies erscheint insofern als besonders beachtenswert, als die Fachärzte und ihre Behandlungsteams die von ihnen diagnostizierten psychosozialen Problemstellungen augenscheinlich eher als familieninterne Interaktionsstörungen bewerteten und auf diese mit familientherapeutischen Interventionen eingingen.

Die KJPP zeigte sich somit nicht als Konkurrent, sondern bei entsprechender Indikationsstellung als fachlicher Kooperationspartner der Jugendhilfe. Der Facharzt übernimmt keine Aufgaben der Jugendhilfe, vermag diese aber mit vorzubereiten und mit medizinisch notwendigen Maßnahmen zu begleiten.

Die Behandlungsabläufe in den untersuchten Praxen lassen sich noch etwas differenzierter betrachten, wenn man die in der BADO dokumentierten therapeutischen Leistungen heranzieht, die dort in Häufigkeitsgruppierungen vorgenommen werden können. (Abb. 8.38).

Die ersten 5 „Therapieeinheiten“ in einer Praxis waren ganz oder teilweise der Einzel-, Familien- und Umfeld-Diagnostik gewidmet.

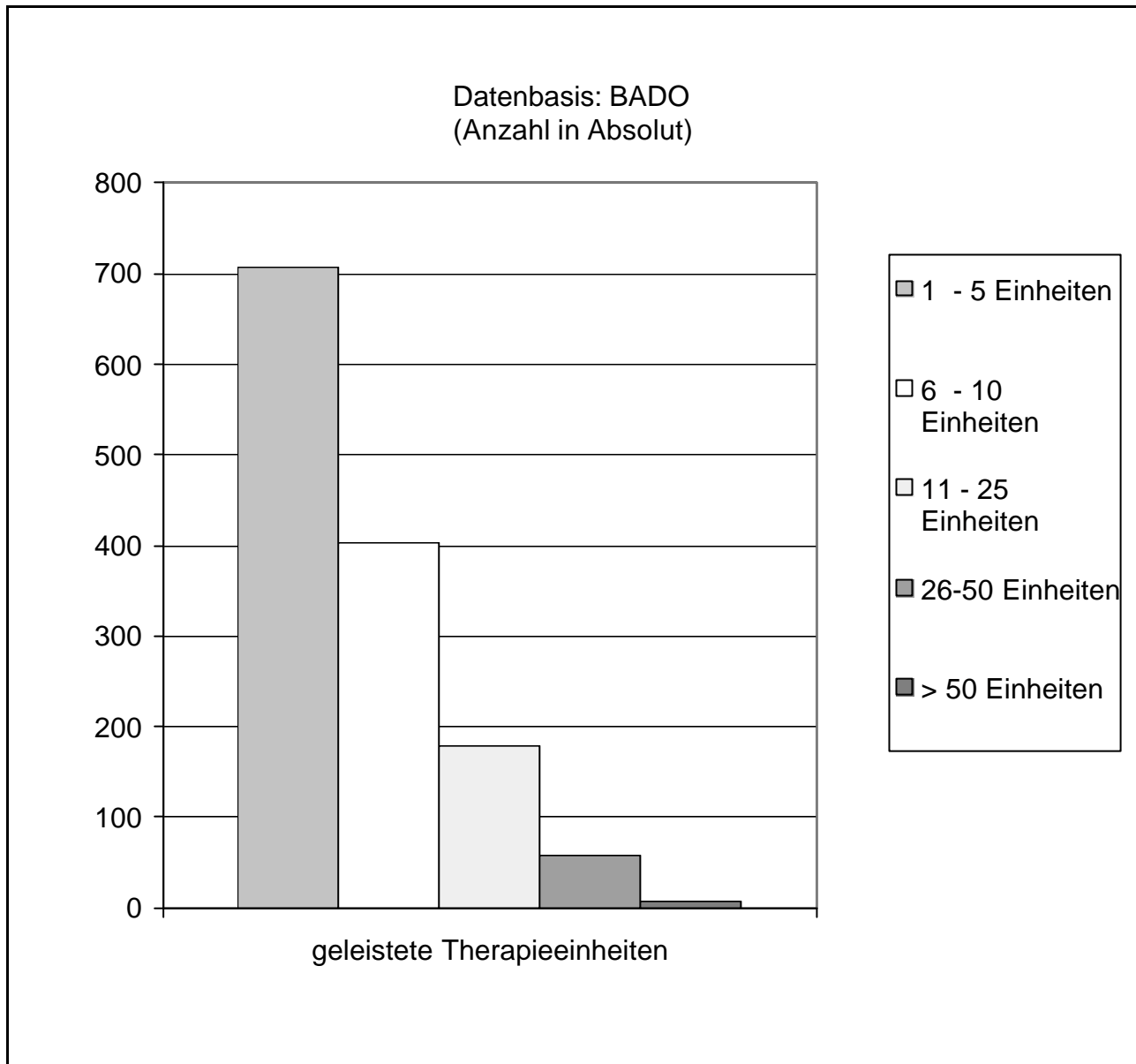


Abbildung 8.38: Anzahl therapeutischer Sitzungen („Therapieeinheiten“)

Sie betrafen vor allem die kinder- und jugendpsychiatrischen Einzel- und Familiensitzungen, in fast 10% auch Termine bei Ergotherapeuten und Heilpädagogen. Die anfängliche Diagnostik wurde während der weiteren Sitzungen als „Verlaufsdagnostik“ fortgeführt. Hierzu sind in der Regel auch die praxisinternen regelmäßigen Fallbesprechungen zu zählen, die der Koordination der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der unterschiedlichen fachlichen MitarbeiterInnen dienen.

Insgesamt wurden beim größten Teil der Patienten 6 bis 25 Therapiesitzungen in Form kinder- und jugendpsychiatrischer Einzelbehandlung, Familientherapie, anleitender Familiengespräche, Elterngruppen sowie als Einzel- und

Gruppenpsychotherapie des Kindes/Jugendlichen durchgeführt. 5 bis 10% der Patienten hatten in der Praxis bisher mehr als 25 Behandlungseinheiten in Anspruch genommen.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen von Schydlo und Heubach aus dem Jahr 1992, zeigen sich eigentlich nur klassifikatorische Unterschiede. Auch dort wurden einzelfall- und familienorientierte Behandlungen mit funktionellen Verfahren kombiniert. In 21,5% der Fälle hatten Kontakte mit externen Institutionen stattgefunden. Je weiter die Patienten von der Praxis entfernt wohnten, desto häufiger waren Leistungen der Praxis mit denen externer Therapeuten verbunden worden (Schydlo & Heubach, 1992). Dieses war in ländlichen Gebieten stärker als in Städten festzustellen.

Im Abschlussgespräch wurden mit den Eltern das weitere Vorgehen abgestimmt. Bisweilen waren über eine intensive Beratung, familientherapeutischen Intervention und/oder Empfehlungen zur Inanspruchnahme einer anderen Hilfemaßnahme hinaus augenscheinlich keine weiteren Behandlungsmaßnahmen in der KJPP-Praxis erforderlich. Angesichts der Tatsache, dass die Behandlungen der in die Stichprobe einbezogenen Patienten häufig noch nicht abgeschlossen waren, war dieser Anteil nicht sicher zu bestimmen. Bei der Auswertung der in der BADO dokumentierten „Empfehlungen“ zum weiteren Vorgehen konnte zwischen erörterten Therapieempfehlungen und bereits eingeleiteten Anschlussbehandlungen oder Hilfemaßnahmen unterschieden werden (Tab. 8.8).

Tabelle 8.8: Therapieempfehlungen (Angaben in Prozent)

	empfohlen	eingeleitet	gesamt
KJPP-Behandlung ambulant	0,2	0,2	0,4
KJPP-Behandlung stationär	1,4	1,8	3,2
andere medizinische Behandlung ambulant	1,2	1,2	2,4
medikamentöse Behandlung	6,7	14,9	21,6
Verhaltenstherapie	9,0	5,7	4,7
Gruppentherapie	6,3	1,4	7,7

Ergotherapie	2,9	11,0	3,9
Summe: Einzeltherapien	27,7	36,2	63,9
Familientherapie	7,5	3,9	11,4
Elterntherapie	7,9	1,2	9,1
Summe: familienbezogene Therapien	15,4	5,1	20,5
§ 23 KJHG Tagespflege	0,4		0,4
§ 28 KJHG Erziehungsberatung	1,0	0,2	1,2
§ 29 soziale Gruppenarbeit		0,2	0,2
§ 30 Erziehungsbeistandschaft	1,0	0,2	1,2
§ 31 sozialpädagogische Familienhilfe	2,4	0,6	3,0
§ 32 Erziehung in Tagesgruppe/Tagesstätte	0,6	0,8	1,4
§ 33 Vollzeitpflege/Pflegestelle	0,2	1,0	1,2
§ 34 Heimerziehung, betreutes Wohnen, Internat	2,8	3,4	6,2
§ 35 intensivpädagog. Einzelbetreuung	0,2	0,2	0,4
§ 41 Hilfe für junge Volljährige		0,2	0,2
Summe: Jugendhilfemaßnahmen und andere sozial-therapeutische Maßnahmen	8,6	6,8	15,4
sonderpädagogische Maßnahmen	7,3	3,3	10,6
Kindergartenaufnahme	0,6	0,2	0,8
Rückversetzung in der Schule	0,2	0,4	0,6
Sonderschule für Lernbehinderte	1,4	1,2	2,6
Sonderschule für Geistig Behinderte	0,2	0,6	0,8
Sonderschule für Erziehungsschwierige	0,6	0,4	1,0
sonstige Schulformen		0,8	0,8
Summe: pädagogische Maßnahmen	10,3	6,9	17,2

Die Therapieempfehlungen betrafen hauptsächlich die Weiterführung bzw. Aufnahme einer familienbezogenen Behandlung, einer einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Behandlung sowie einer Ergotherapie. Bei den Empfehlungen dürfte es sich häufig auch um Therapieangebote in derselben Praxis unter Beibehaltung der therapeutischen Konstanz handeln.

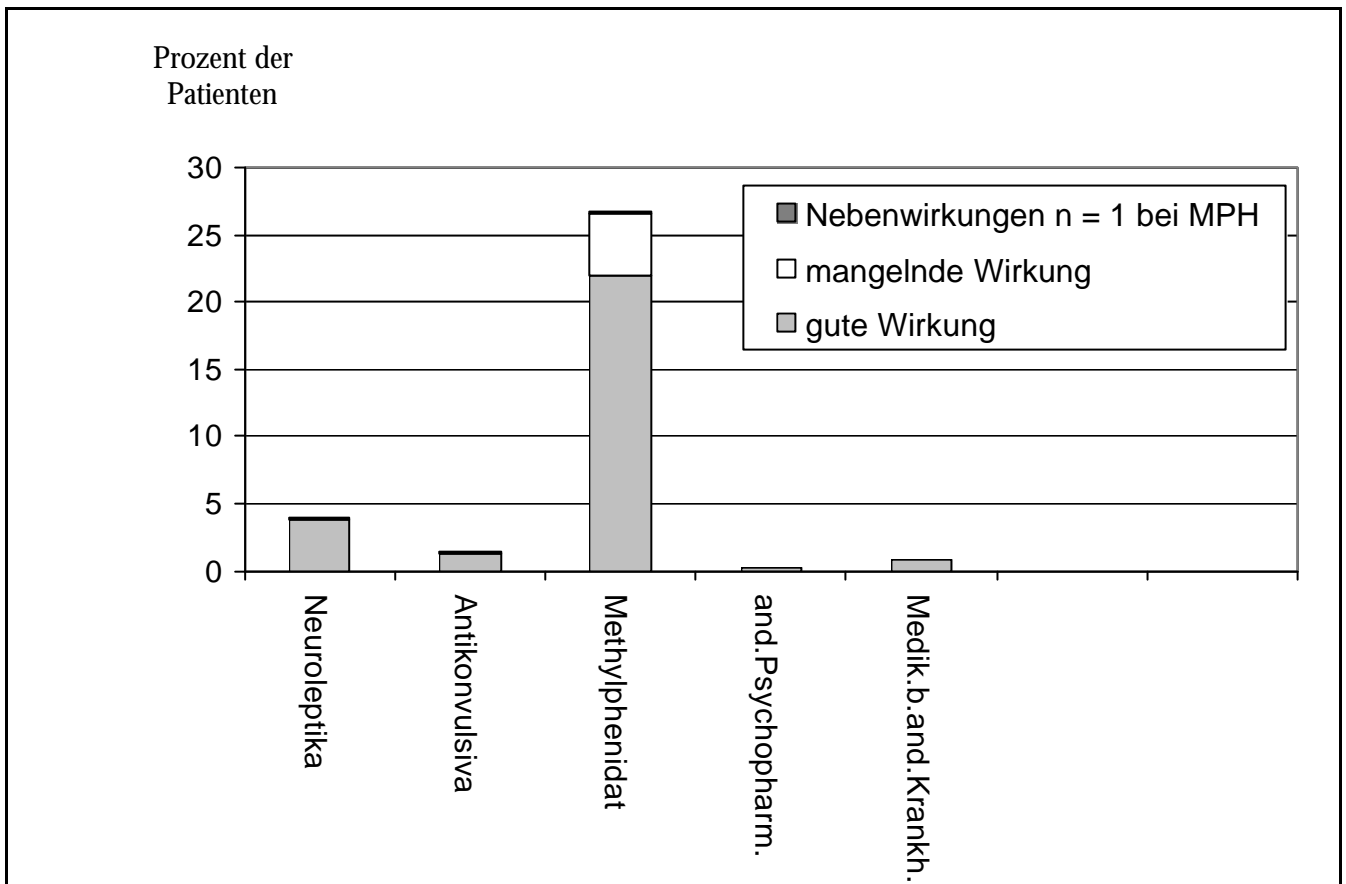


Abbildung 8.39: Medikamentöse Therapie

22% unserer Patienten wurden auch medikamentös behandelt (Abb. 8.39). Ungefähr die Hälfte der Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen kamen augenscheinlich ohne eine medikamentöse Behandlung aus. Dieser Befund entspricht den Erkenntnissen von Studien und Empfehlungen zur evidenzbasierten Behandlung der Hyperkinetischen Störungen bzw. des ADHS- /ADS-Syndroms (Leitlinien, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie et al., 2002). Bei 15% der behandelten Kinder hatte die medikamentöse Behandlung einen nur unbefriedigenden Effekt. Auch dieser Wert liegt im allgemein bekannten Bereich für seriös durchgeführte Therapien dieser Erkrankung.

Nur 4% der behandelten Kinder und Jugendlichen erhielten wegen einer gravierenden Störung der Impulskontrolle oder wegen einer psychotischen Erkrankung neuroleptisch wirksame Psychopharmaka. In 2% der Fälle war ein cerebrales Anfallsleiden medikamentös zu behandeln.

Ungefähr die Hälfte der für erforderlich gehaltenen sozialtherapeutischen Maßnahmen konnte eingeleitet und umgesetzt werden. Nur in 7,4% wurden stationäre Jugendhilfemaßnahmen erwogen, die in 3% der Fälle bereits eingeleitet worden waren.

Wie die Jugendhilfe reguliert sich der Schulbereich aufgrund eigener fachlicher Zuständigkeit und kann den ärztlichen Empfehlungen nur nach eigenständiger Prüfung und Einschätzung in gemeinsamer Abwägung mit den Eltern/Sorgeberechtigten nachkommen. Ein Handlungsbedarf wurde in einem nicht unbeträchtlichen Umfang von in 10,3% der Fälle gemachten Empfehlungen sonderpädagogischer Maßnahmen sowie in weiteren 6,9% bereits eingeleiteter sonderpädagogischer Interventionen deutlich.

8.4.3 Behandlungsergebnisse

Zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse konnten die mittels eines hierfür konzipierten Fragebogens ermittelten direkten Einschätzungen der Eltern (Erläuterung s. Kap. 7.2.6 sowie Anlage 6) als auch die in der BADO niedergelegten Bewertungen der Fachärzte herangezogen werden. In einem Fünftel der Fallepisoden waren die Eltern dem geplanten weiteren Verlauf des eingeleiteten Behandlungsprozesses durch vorzeitige Beendigung nicht mehr gefolgt, beteiligten sich jedoch mittels der dann telefonischen Rückfragen mit nur geringen Ausnahmen an der auch von ihnen erbetenen abschließenden Bewertung. Diese konnte somit auf der Basis von insgesamt 483 Fällen mit einem nahezu 100-prozentigen Rücklauf ausgewertet werden.

8.4.3.1 Kommunikation

Die Beurteilung der „Kooperationsbereitschaft“ der Eltern und ihrer Kinder durch die behandelnden Fachärzte kann zumindest andeutungsweise auch zur Einschätzung der Auswirkungen der beachteten psychischen Störungen auf das Kommunikationsklima der bisweilen erheblich belasteten Familien herangezogen werden.

Dass die behandelnden Ärzte die Kooperationsbereitschaft von Eltern/Sorgeberechtigten und Kindern in so großem Umfang als gut und befriedigend wahrnahmen, erstaunt nicht zuletzt angesichts der bei über einem Viertel der Fälle diagnostizierten intrafamiliären Problemstellungen. Bei 27.1% der Kinder und Jugendlichen waren psychosoziale Belastungen in Form einer „Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen“ und bei 23.8% eine „inadäquaten intrafamiliären Kommunikation“ diagnostiziert worden.

Die Kooperationsbereitschaft der Eltern und ihrer Kinder wurde nur bei 5,3% der Familien bzw. 4,5% der Kinder/Jugendlichen als „schlecht“ vermerkt (Abb. 8.40).

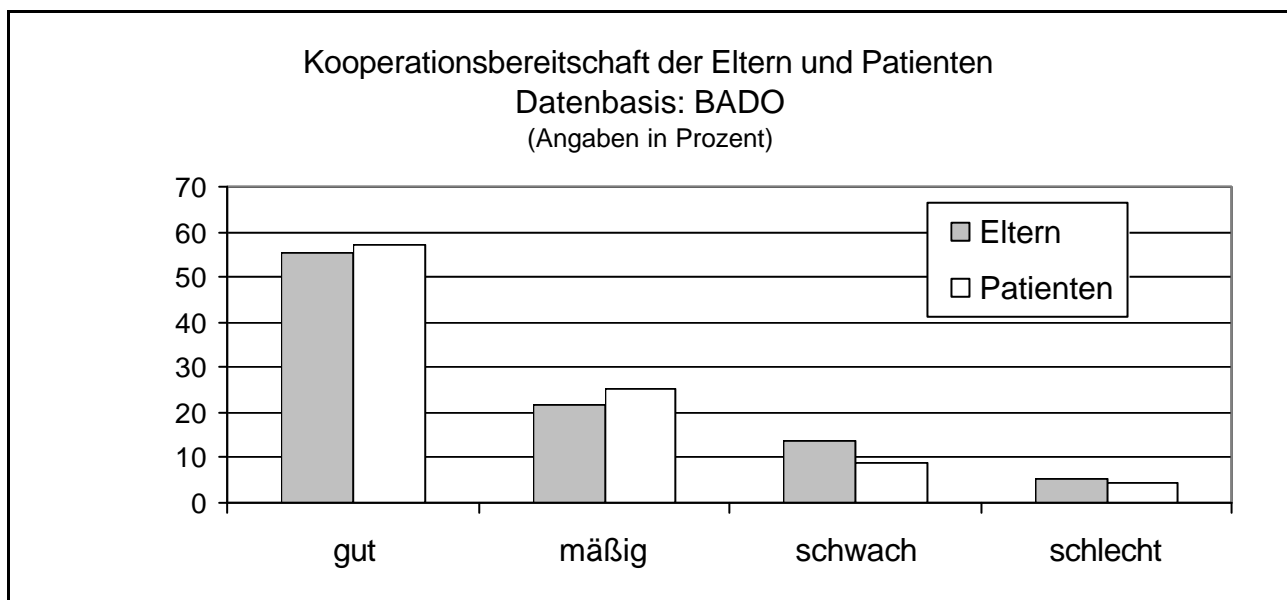


Abbildung 8.40: Kooperationsbereitschaft

Obwohl die behandelnden Ärzte deutliche innerfamiliäre Belastungsfaktoren für die Entwicklung des Kindes registrierten, schien ihnen somit ein guter Zugang zur Problematik der Familie gelungen und deren Bearbeitung durch kooperative

Arbeitsbündnisse konstruktiv möglich geworden zu sein. Vor allem die jungen Patienten schienen sich gut verstanden zu fühlen.

8.4.3.2 Behandlungsergebnisse: Die Elternmeinung

Zur Bewertung der (bisherigen) Behandlungsergebnisse wurde den Eltern der „Eltern-Fragebogen am (stichprobenbedingten) Ende der Behandlung“ (s. Anlage 6) vorgelegt.

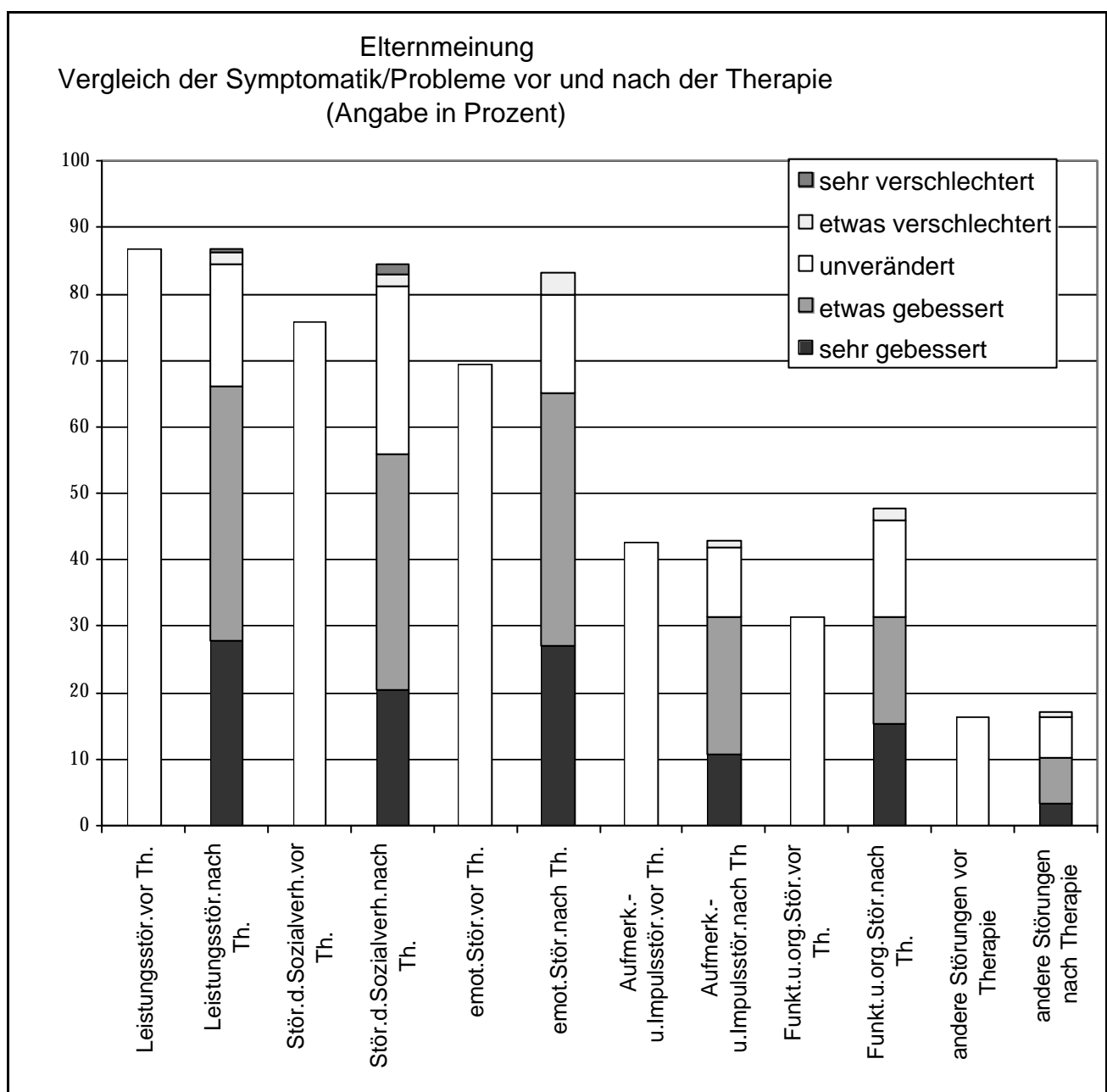


Abbildung 8.41: Behandlungsbeurteilung durch die Eltern

Hier konnten sie das Ausmaß der ihrer Meinung nach erreichten Verbesserungen und der Auswirkungen der therapeutischen Bemühungen auf die anfängliche Symptomatik/Probleme ihres Kindes angeben.

Danach war es in allen Bereichen zu deutlichen Symptomverringerungen und einer Besserung zwischen 60 bis 80 Prozent der Fälle gekommen (Abb. 8.41).

In 50% der Fälle wurde eine deutliche symptomatische Verbesserung berichtet. Ausgesprochene Verschlechterungen gab es nur sehr wenige bei den Störungen des Sozialverhaltens.

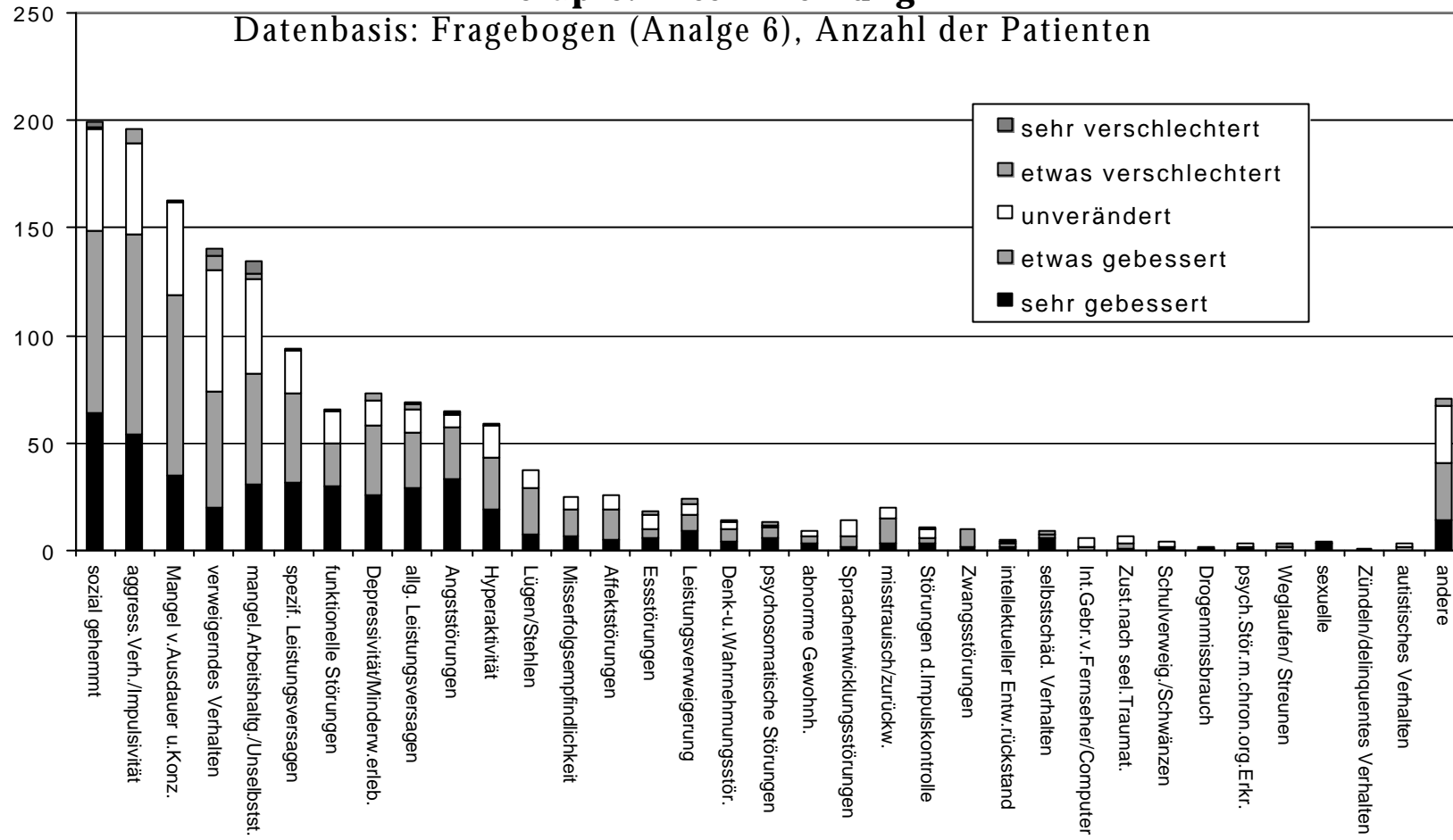
In Abb. 8.42 sind die einzelnen Items und die Veränderungen durch die Therapie im Detail dargestellt. Die Eltern registrierten demnach vor allem bei den sie besonders belastenden Problemen der sozialen Orientierungsstörungen ihrer Kinder, sowohl hinsichtlich eines vermehrten Rückzugsverhaltens als auch bezüglich aggressiver Störungen und Probleme der Impulskontrolle, gute Behandlungseffekte. Dies galt auch für die Symptomgruppe hyperaktiver Verhaltensauffälligkeiten. Bei vor allem auf Leistungs- und Erziehungsanforderungen bezogenen, verweigernden Verhaltensstörungen hatten sich bis zum Ende der Untersuchung bzw. Behandlung solche positiven Effekte vergleichsweise nur in etwa 50% der Fälle erreichen lassen. In einem sehr hohen Prozentsatz war es andererseits zu einer positiven Beeinflussung von emotionalen Störungen wie Angststörungen, Depressivität und Minderwertigkeitserleben gekommen. Auch bei der von den Eltern/Sorgeberechtigten vorgenommenen Einschätzung zur Auswirkung der Behandlungsbemühungen auf die subjektiv erlebte Lebensqualität ihrer Kinder zeigten sich durchweg positive Effekte (Abb. 8.43).

80% aller Eltern stellten bei ihren Kindern eine Besserung ihres Gesamtbefindens fest. Diese Wahrnehmung leiteten sie augenscheinlich vor allem aus einer beobachteten Stabilisierung der „nervlich-seelischen Verfassung“ ihrer Söhne und Töchter ab. An zweiter Stelle registrierten sie einen Therapieeffekt in Bezug auf das verbesserte Regelverständnis ihres Kindes im erzieherischen bzw. häuslichen Lebensalltag. Andererseits beschrieben sie seltener Veränderungen der innerfamiliären Beziehung des Kindes. Somit könnten die Eltern aufgrund der mit ihnen erörterten Auswirkungen innerfamiliärer Kommunikationsprobleme darin unterstützt worden sein, auf

Bedürfnisse des Kindes nach altersgemäßen pädagogischen Umgangsformen angemessener eingehen zu können. Dies unter Umständen auch dann, wenn zu einer wirksamen Bearbeitung weiter bestehender innerfamiliärer Beziehungsprobleme längerfristige therapeutische Bemühungen erforderlich wären.

Hier dürften sich die mehrheitlich durchgeführten problembezogenen Elternberatungen und die Teilnahme an Elterngruppen ausgewirkt haben. Es ist eine breite klinische Erfahrung im Umgang mit psychisch auffälligen und kranken Kindern und Jugendlichen, dass sie durch eine verbesserte erzieherische Struktursetzung nicht nur zu Fortschritten in der eigenen sozialen Orientierung und der altersgemäßen sozialen Kompetenz, sondern auch zu einer Verbesserung der eigenen Selbstwertbildung kommen können

Abbildung 8.42: Symptomverbesserung Symptombesserung nach Therapie: Elternmeinung



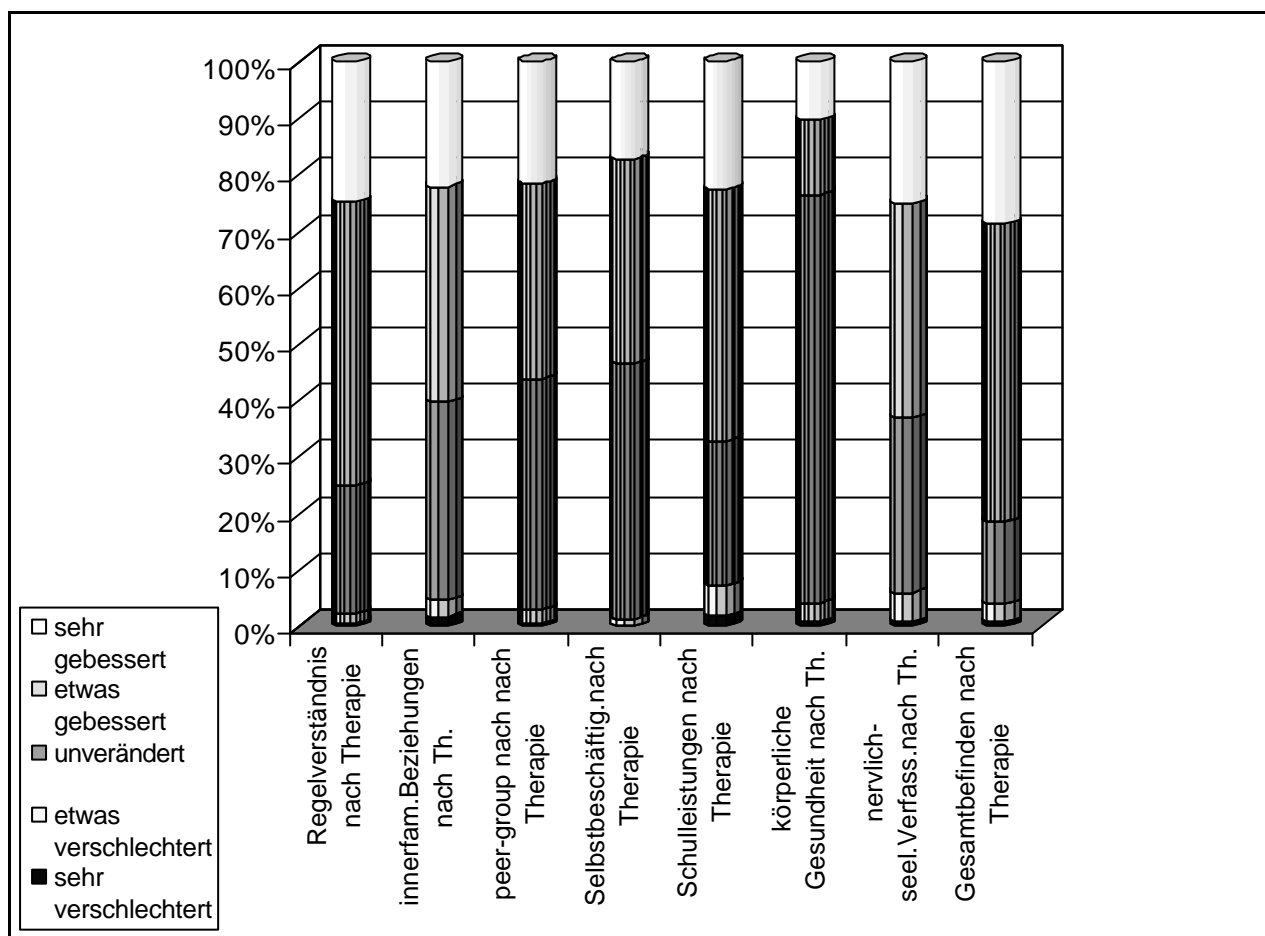


Abbildung 8.43: Behandlungsergebnisse im Elternurteil

Beachtung verdient aber auch die von den Eltern bei insgesamt 60,8% vorgenommene Bewertung einer Verbesserung der Schulleistungen ihrer Kinder (Abb. 8.43), die zu Beginn der Behandlung nur in 18,7% der Fälle als „gut“ oder „sehr gut“ bewertet worden waren.

Wenn auch die genaue Bedeutung dieses Befundes für den tatsächlichen schulischen Leistungserfolg anhand der vorhandenen Daten nicht beurteilt werden kann, so spricht das Ergebnis doch dafür, dass es durch die familienbezogene Behandlung der Schülerinnen und Schüler, die überwiegend mindestens über durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeiten verfügten, gelungen war, deren Ressourcen aufzuspüren und sie durch integrative Maßnahmen zu stärken. Hierin könnte eine weitere Stärke des ganzheitlichen Behandlungsansatzes der komplexen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsweise liegen, wie sie in der KJPP-Praxis mit SPV zur Anwendung kommt. Für eine Stabilisierung des Selbstbildes der jungen Patienten

könnten schließlich auch die von den Eltern eingeschätzte Beobachtung einer verbesserten Fähigkeit zur Selbst- und Freizeitbeschäftigung der behandelten Kinder einerseits und einer empfundenen höheren sozialen Akzeptanz vieler Kinder und Jugendlicher in der sozialen Altersgruppe andererseits sprechen.

8.4.3.3 Behandlungsergebnisse: Die Meinung der Fachärzte

Die Ärzte stimmten in ihrer Bewertung der Behandlungsergebnisse mit den Eltern im statistischen Mittel überein (Abb. 8.44).

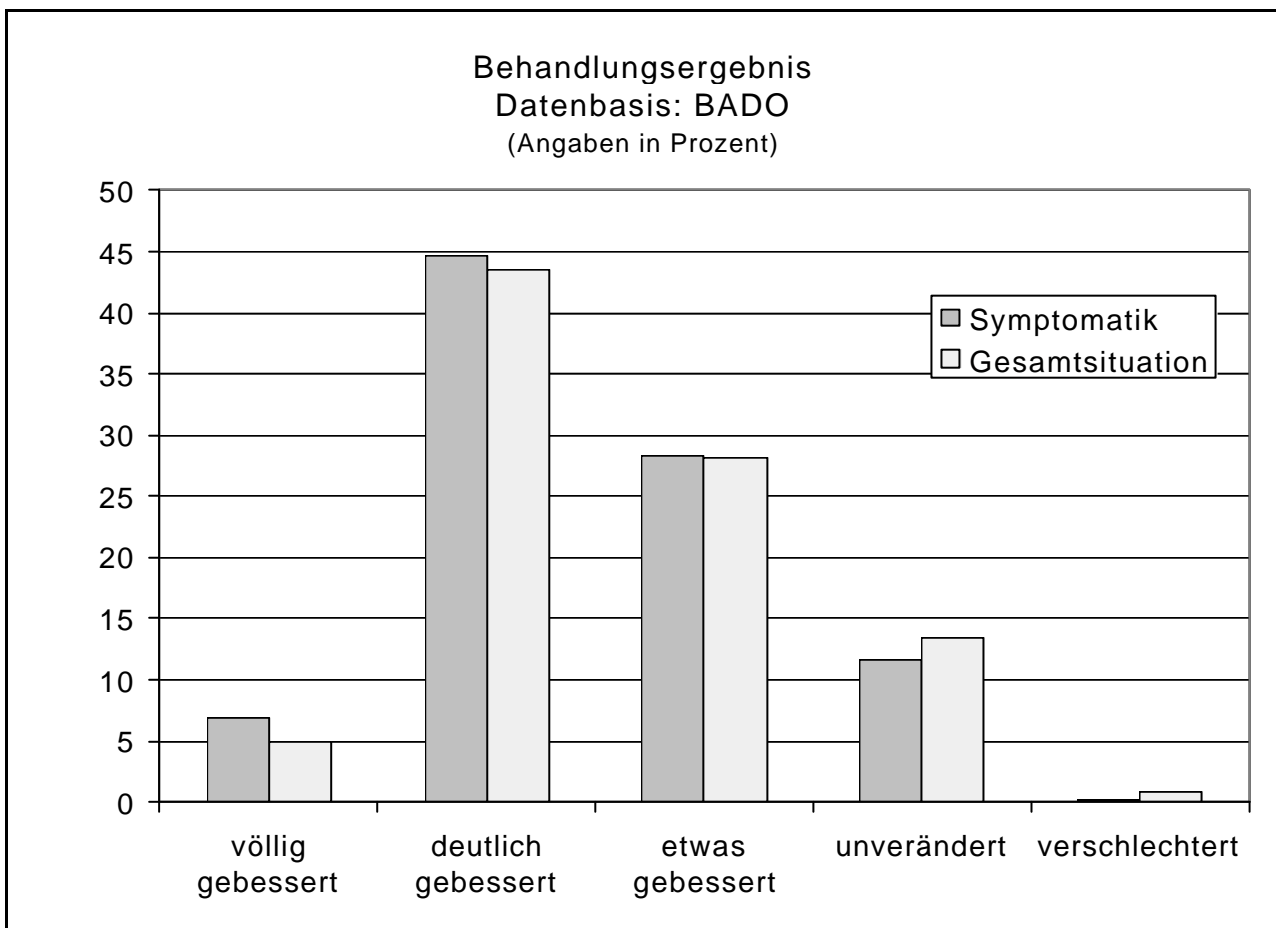


Abbildung 8.44: Behandlungsergebnisse im Urteil der Fachärzte

Sie stellten ebenfalls bei 80% der jungen Patienten sowohl eine Abnahme der zu Anfang festgestellten Symptome und Probleme als auch eine Verbesserung des allgemeinen Befindens der Kinder und Jugendlichen fest. Bei 50% der Patienten sahen

sie deutliche Veränderungen und bei 5% eine völlige Rückbildung der Symptome sowie eine hohe Verbesserung der Gesamtsituation. Nur bei 12% blieben die Symptome und bei 13% die Gesamtsituation nach dieser Bewertung unverändert. Verschlechterungen sahen die Ärzte bei nur 0,2 bzw. 0,8% der Patienten. Dem entsprach der von ihnen verzeichnete Zugewinn im psychosozialen Funktionsniveau der behandelten Kinder und Jugendlichen (Abb. 8.45).

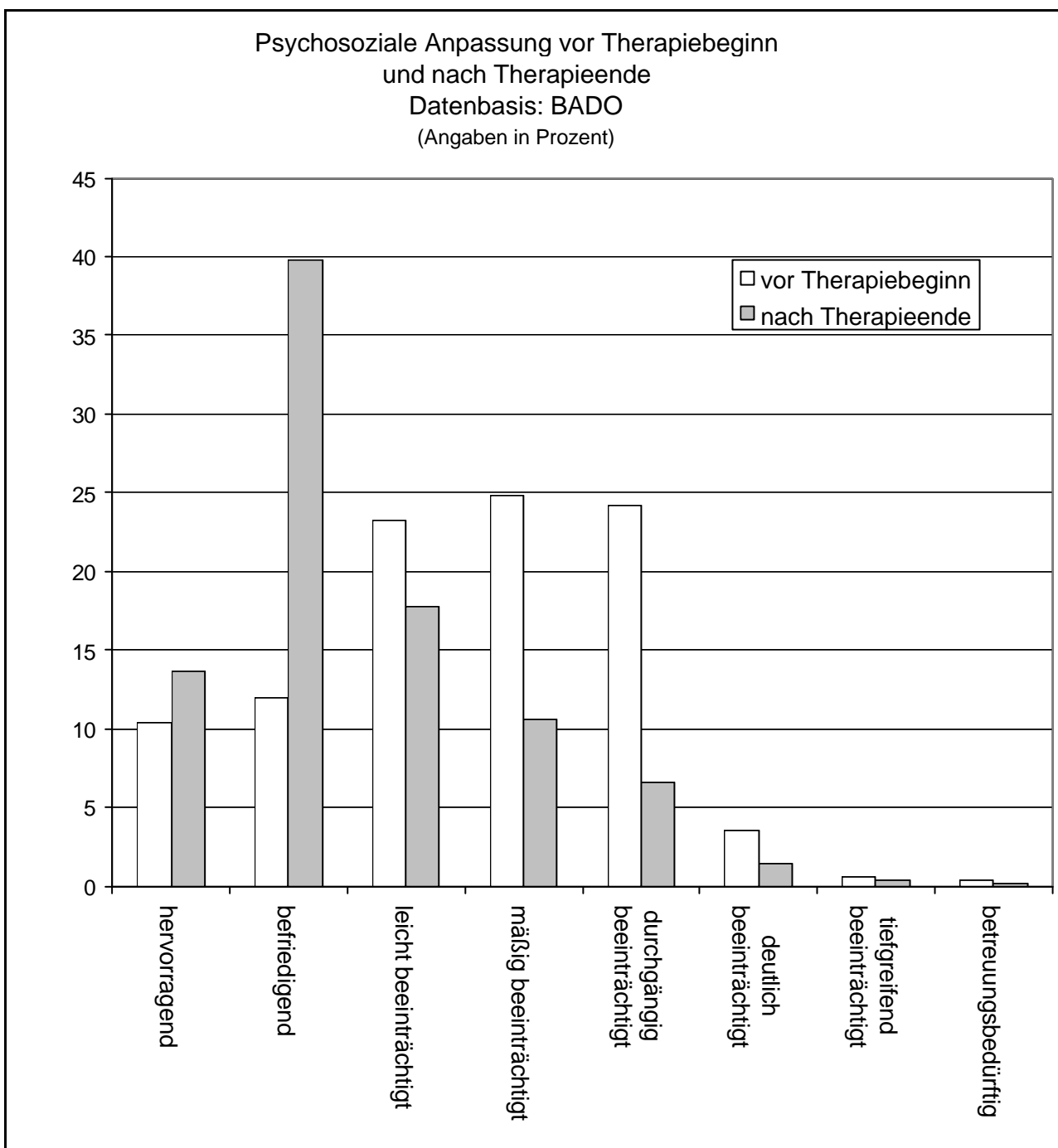


Abbildung. 8.45: Therapie und Psychosoziales Funktionsniveau

Während die Therapeuten vor Aufnahme der Behandlung nur bei 22,4% eine „hervorragende bis befriedigende“ soziale Adaptation der Kinder/Jugendlichen vermerkt hatten, beschrieben sie eine solche Bewertung nun bei insgesamt 53,5% der Fälle. Gegenüber vor Behandlungsbeginn in 28,7% der Fälle als „deutlich, durchgängig und schwerwiegend beeinträchtigt“ beurteilten Patienten stellten sie einen solchen Grad der Verminderung psychosozialer Leistungsfähigkeit im Anschluss oder im Verlauf der therapeutischen Intervention nur noch bei 8,6% der Kinder und Jugendlichen fest. Schließlich zeigten die Beurteilungen „leichtgradiger“ und „mäßiger“ Beeinträchtigung der sozialen Orientierungsfähigkeit eine deutliche Abnahme von 48,0% vor Therapiebeginn auf 28,4% unter der Behandlungsmaßnahme.

Vor allen die vielen Kinder und Jugendlichen mit einer mäßig oder durchgängig ausgeprägten Beeinträchtigung konnten offensichtlich höhere soziale Kompetenzen erwerben.

8.4.3.4 Zufriedenheit der Eltern/Sorgeberechtigten

Den Eltern/Sorgeberechtigten der behandelten Kinder wurde abschließend die Frage gestellt, ob ihnen die erfahrene Behandlung dazu genützt habe, die familiären Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung ihres Kindes besser bewältigen zu können. 36% antworteten, dass die Therapie ihnen dabei „viel genützt“ habe. Weitere 41% beschrieben diesen Effekt mit der Angabe „etwas genützt“, 20,8% waren unentschieden. Diesen hohen Grad des therapiebedingten Gewinns brachten die Eltern auch bei der Beantwortung der Frage nach ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung in der aufgesuchten Praxis zum Ausdruck.

Die Bitte einzuschätzen, wie zufrieden sie mit der Behandlung insgesamt seien, „wenn sie alles erwägen“ würden, ergab in 43,6% der Fälle die Bewertung „sehr zufrieden“ und in weiteren 35,8% die Angabe „zufrieden“. Nur knapp 3% der Befragten äußerten sich eher als unzufrieden (Abb. 8.46).

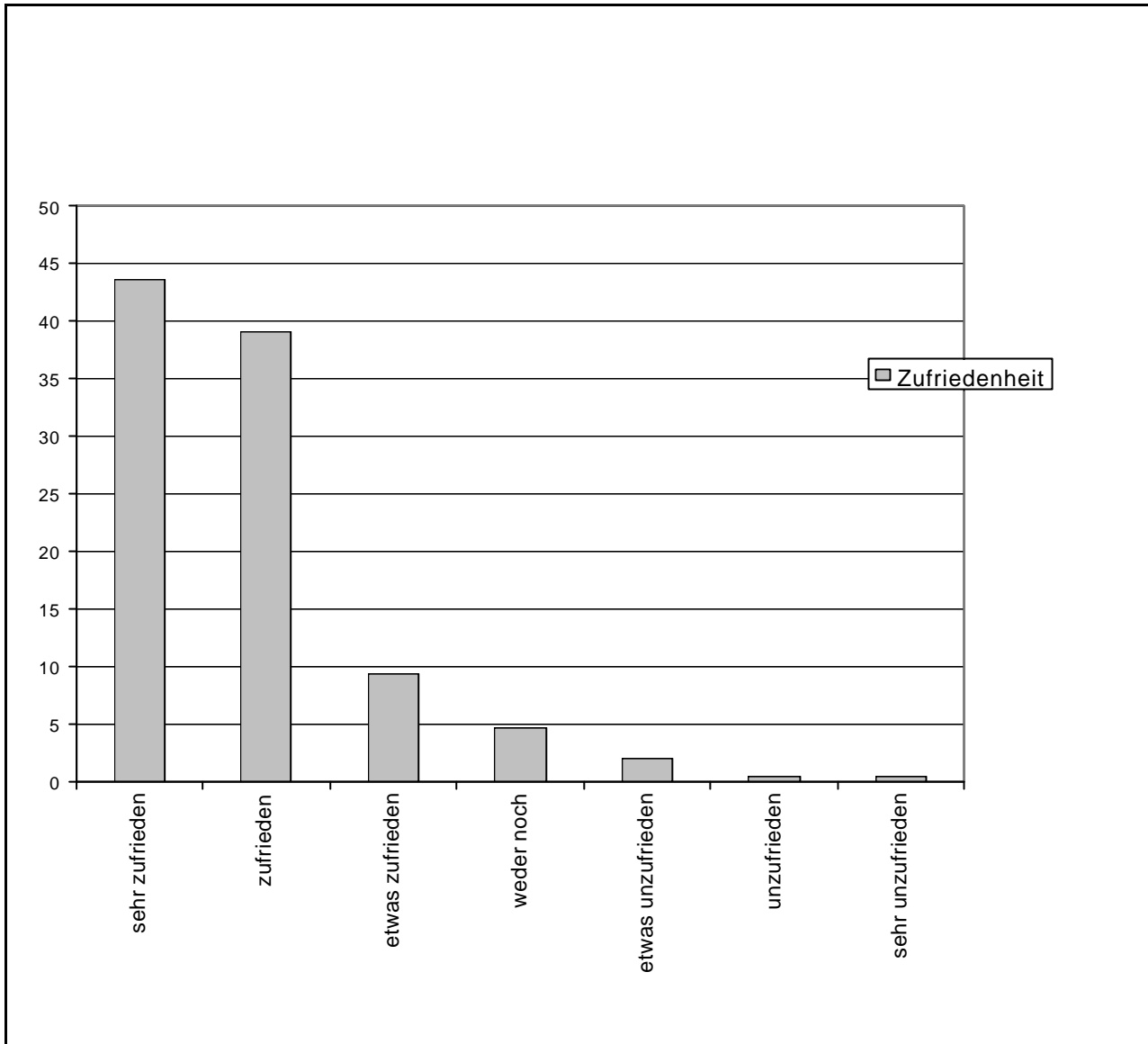


Abbildung 8.46: Zufriedenheit der Eltern/Sorgeberechtigten mit dem Behandlungsergebnis (Angaben in %)

Die sehr hohe positive Bewertung der Eltern setzte sich mit der Antwort auf die Frage, ob sie die „Praxis anderen Eltern weiterempfehlen würden“ fort. 90% der Eltern beantworteten diese Frage mit „ja“ oder „ja, sehr“ (Abb. 8.47).

Die hohe Akzeptanz qualifizierter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsmaßnahmen und deren Wertschätzung durch die sie in Anspruch nehmenden Familien erscheint selbst dann eindrucksvoll, wenn man einen nicht auszuschließenden Effekt positiver Einschätzungen im Sinne einer bewussten Selbstbestätigung der unternommenen Bemühungen der Familien in Betracht zieht.

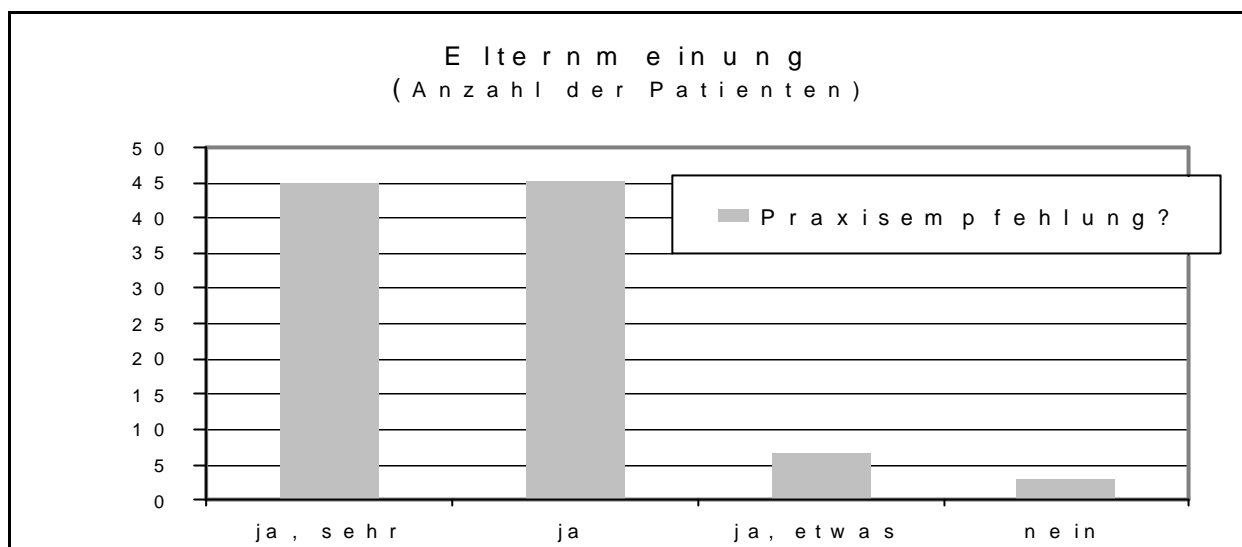


Abbildung 8.47: Würden Sie die Praxis anderen Eltern weiterempfehlen?

8.4.3.5 Abschließende Bewertung

Der Bericht über die Praxisstrukturen und die dort versorgten Patienten aus der vorliegenden Untersuchung zeichnet ein differenziertes Bild einer hohen Einpassungsfähigkeit der Praxen in ihr fachliches Umfeld. Aus den Darstellungen der Einzelpraxen durch die Fachärzte gewinnt die Statistik praktische Anschaulichkeit. Allen untersuchten Praxen ist gemeinsam, dass sie in ihrem Umfeld als eine wichtige Clearing-Stelle für komplizierte psychiatrische, psychosoziale, psychosomatische und familien-dynamische Störungen von Kindern und Jugendlichen wahrgenommen und in dieser Funktion von den Institutionen des Umfeldes genutzt werden. Alle Praxen haben einen hohen „Patientendurchlauf“. Sie versorgen nicht alle Patienten alleine, sondern weisen sie nach der ganzheitlich-multimodalen Diagnostik auch anderen Stellen, Therapeuten und Helfern zu bzw. kooperieren mit diesen. Sie nutzen damit Synergieeffekte der Hilfssysteme und vermindern redundante Untersuchungen und Therapien. Vor allem sorgen sie dafür, dass die notwendigen Hilfen parallel geschaltet werden. Sie sind damit nacheinander geschalteten Maßnahmen überlegen, die zu langwierigen, frustranen „Patientenkarrieren“ führen können. Der Problemdruck, der oft auch als Leidensdruck alle Beteiligten zu einer einvernehmlichen Problemlösung motiviert, wird vor Ort erhalten und nicht durch eine Milieuveränderung, z.B. durch eine stationäre Aufnahme

in einer Klinik oder eine Einrichtung der Jugendhilfe vermindert. Die Ressourcen der Patienten, der Familien und des Umfeldes werden direkt und vor Ort gefördert und genutzt, die Therapie kann ambulant gehalten werden. Dieses spart Zeit, Geld, innere und äußere Kraft. Viele Patienten, die früher in Kliniken eingewiesen wurden, können nun ambulant versorgt werden. Dies gilt vor allem für eine qualifizierte Abklärung und Maßnahmenplanung durch kooperative Diagnostik in einem multiprofessionellen Behandlungsteam. Dennoch gibt es Störungen und Erkrankungsphasen, die einer voll- oder teilstationären Klinikbehandlung bedürfen. Hier ist nach einer sorgfältigen, möglichst ambulanten Vordiagnostik die Kompetenz der Praxis zu einer mit dem klinischen Partner abgestimmten Kooperation gefragt. Im Umfeld von KJPP-Praxen mit SPV verändern sich die Einweisungsfrequenzen und klinischen Behandlungsindikationen zugunsten von Störungsbildern, welche die ambulanten und nicht zuletzt die familiären Versorgungsmöglichkeiten sprengen. Hierzu gehören akute psychische Krankheitsbilder mit gravierender Symptomatik der Fremd- und Selbstgefährdung, Suchtmittelabhängigkeit, psychotische Erkrankungen, aber auch Krankheitsbilder wie Schulphobie oder schwere Essstörungen, die einer akuten primären Komplextherapie mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in Kombination mit Psychopharmaka und differenzierter Soziotherapie bedürfen. Auch akute schwerwiegende psychische Erkrankungen, bei denen eine therapeutisch begleitete Trennung von Bezugspersonen notwendig ist, wie dies bei manchen Phobien und Zwangserkrankungen der Fall sein kann, begründen die Indikation zu einer klinischen Behandlung. Demgegenüber können Kinder, deren Entwicklung beispielsweise durch Teilleistungsstörungen und emotionale Störungen oder durch die belastenden Folgen einer frühen Bindungsstörung bedroht ist, durch die ambulante fachärztliche Begleitung, oft in Kooperation mit Jugendamt und Schule, mittels ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung eine langfristige Begleitung mit hoher personeller Verbindlichkeit und Konstanz erhalten.

Nicht die Schwere einer Störung allein, sondern deren Qualität und die Auswirkungen auf die psychische Selbstregulation des Kindes entscheiden darüber, ob eine Klinikeinweisung notwendig und sinnvoll ist. Gerade bei innerfamiliären

psychosozialen Belastungen und damit assoziierten Störungen kann die Klinikeinweisung des kindlichen „Indexpatienten“ kontraindiziert sein. Viele suizidale Lebenskrisen junger Menschen sind solche Störungen, werden vor Ort ambulant notfallmäßig versorgt oder können nach einer kurzzeitigen klinischen Intervention mit der entsprechenden Logistik zur Notfallversorgung in KJPP-Praxen mit SPV ambulant aufgefangen werden. Essstörungen und emotional bedingte Störungen des Sozialverhaltens können ambulant effektiv behandelt werden.

Im Praxisalltag sehen die niedergelassenen Ärzte auch Kinder von psychisch kranken Eltern, die infolge dadurch bedingter eigener psychischer Einschränkungen die seelische Entwicklung ihres Kindes belasten und gefährden können. Es sei auf den hohen Anteil alkoholabhängiger Eltern hingewiesen, der bei entsprechender Nachfrage im Patientengut der KJPP gefunden wurde (Roosen-Runge, 2002).

Auch psychotraumatische Belastungsstörungen entwickeln sich nicht selten durch belastende Lebenserfahrungen von Kindern in deren familiärem Lebensumfeld. Hier müssen vor Ort in Familiengesprächen und in Kooperation mit der Jugend- und Familienhilfe tragfähige Coping-Konzepte entwickelt und/oder Eltern in eigenständige fachärztliche und psychotherapeutische Hilfe vermittelt werden.

Mit den Ergebnissen der durchgeführten Analyse kann festgestellt werden, dass Eltern und Familien gerade aufgrund der von ihnen selbst erkannten Nöte durch die Entwicklungsstörung ihres Kindes gezielt und mit hoher Erwartung die fachärztliche Kompetenz aufsuchen, um ihrem Kind dabei zu helfen, seine von ihnen schmerzlich wahrgenommene Last sozialer Ausgrenzung und emotionalen Leidens zu vermindern.

Der hohe Grad der geäußerten Zufriedenheit mit dem Erfolg dieser Bemühungen spricht für die Bereitschaft der Eltern/Sorgeberechtigten, sich dabei auch selbstkritisch in eine familienbezogene kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung einzubringen. Diese stellt nach den Erkenntnissen unserer Untersuchung die Basis der dort vorgehaltenen Leistungen dar. Die Bewertungen sprechen dafür, dass den Eltern das Anliegen der KJPP vermittelt werden konnte, in welchem es nicht darum geht, möglichst „fokale Krankheitsherde“ aufzudecken und diese sanieren zu wollen, sondern dass es ihr Anliegen ist, eine auf die ganze Persönlichkeit des Kindes ausgerichtete Sichtweise von

Gesundheit, Entwicklung, Störung und Krankheit in ihre Überlegungen zu Diagnostik und Behandlung einzubringen. Einzelne Symptome und Diagnosen sagen nur bedingt etwas über kausale Beziehungen zwischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und dem psychosozial bedeutsamen Umfeld des Kindes aus. Erst die Kombination der verschiedenen Betrachtungsebenen erlaubt die Konzeptualisierung des benötigten integrativen Vorgehens bei der Planung und Durchführung erforderlicher Behandlungsmaßnahmen, wie sie beispielsweise die Sozialpsychiatrievereinbarung in der KJPP möglich macht.

Im Folgenden sollen die Möglichkeiten und Variationen einer solchen Arbeits- und Vorgehensweise ergänzend an Beispielen und Kasuistiken anschaulich gemacht werden.

8.5 Arbeitsweisen von KJPP-Praxen mit SPV-Versorgung

8.5.1 Praxis mit SPV in einer Stadt in Baden-Württemberg (H. Loch)

Unsere Praxis besteht seit 1983 und liegt mitten in Heidelberg. Sie umfasst 6 Räume auf 145 Quadratmeter und hat folgende Mitarbeiter:

- 1 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinderarzt, Zusatztitel „Psychotherapie“, „Psychoanalyse“, Zusatzqualifikation „Familien-therapie“,
- 1 Diplom-Psychologin, 30 Jahre Berufserfahrung, davon 2 Jahre in einer Erziehungsberatungsstelle, 5 Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik, seither niedergelassen als Psychoanalytikerin (DGPPT) und Psychotherapeutin für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, im Rahmen der SPV-Praxis vorwiegend für Psychodiagnostik zuständig,
- 1 Diplom-Sozialpädagogin, halbtags angestellt, Vorerfahrung 4 Jahre stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ausbildung in Kinder- und Jugendpsychotherapie (GT),
- 1 Pädagogin, Lehrerin, im Erstberuf Krankenschwester, Zusatzausbildung in LRS-Therapie, Leibpsychotherapie und Psychoenergetik (nach P. Schellenbaum),
- 1 Sekretärin, zuvor Lehrstuhl-Sekretärin in Medizinischer Psychologie.

Unsere sozialpsychiatrische Praxis war die erste kinder- und jugendpsychiatrische Praxis im Einzugsbereich Heidelberg. Im Hinblick auf die gut eingeführte Ambulanz der kinderpsychiatrischen Universitätsklinik bestanden zunächst einige Zweifel über die Akzeptanz eines ambulant tätigen Kinderpsychiaters in Heidelberg. Diese Zweifel wurden jedoch schnell entkräftet, die Praxis war nach wenigen Wochen bereits voll ausgelastet. In den ersten 10 Jahren gelang es, die Wartezeiten für Erstanmeldungen bei 4 bis maximal 8 Wochen zu halten, Notfälle selbstverständlich ausgenommen. Inzwischen sind weitere 5 Facharzt-Praxen im Einzugsbereich, und die Wartezeit hat sich sowohl bei uns als auch bei den Kollegen erstaunlicherweise eher ausgedehnt als verkürzt.

Obwohl unsere Praxis in einem nicht nur optimal versorgten, sondern in vieler Hinsicht auch eher übertersorgten Bereich liegt, ist die Nachfrage nach

kinderpsychiatrischer Behandlung sehr groß. Offensichtlich wissen immer mehr Eltern den Wert einer multiprofessionellen umfassenden Diagnostik zu schätzen, wie sie für kinderpsychiatrische Praxen inzwischen Standard ist und in dieser Weise weder von Beratungsstellen noch von rein kinderpsychotherapeutischen Praxen geleistet werden kann. Die Diagnostik umfasst sowohl die psychiatrischen, neurologischen und somatischen Faktoren der Erkrankungen als auch die psychosozialen und psychodynamischen Faktoren im Einzelnen, in Familie, in Kindergarten oder Schule und muss diese entsprechend ihrer Wertigkeit gewichten. Die kinderpsychiatrische Diagnostik schließt also mehrere Dimensionen der Entwicklung ein und erfordert neben der kinderpsychiatrischen und tiefenpsychologischen Anamnese und dem Familienerstgespräch eben auch eine psychodiagnostische Untersuchung, die sowohl den geistigen Entwicklungsstand, mögliche Teilleistungsstörungen, aber auch den emotionalen Bereich und die unbewusste Dynamik erforscht. Eine derart umfassende Diagnostik kann in aller Regel nicht von einem Einzelnen erbracht werden, sondern sie ist Leistung des sozialpsychiatrischen Teams, indem eben mehrere Berufsgruppen kooperieren.

Nach dieser umfassenden Diagnostik wird zunächst in unserer Praxiskonferenz eine therapeutische Strategie entwickelt, und diese wird in einem ausführlichen Beratungsgespräch mit den Eltern diskutiert. In vielen Fällen kindlicher Störungen werden die Eltern durch diese gezielte Beratung, die eben nur durch die vorgeschaltete multiprofessionelle Diagnostik möglich ist, zu wertvollen Co-Therapeuten. Sie werden in die Lage versetzt, die Störung ihres Kindes besser zu verstehen und dem Kind in neuer Weise Verständnis entgegenzubringen. Durch diese Veränderung der Beobachtungsposition werden für die Eltern neue Blickwinkel möglich, aus denen sie Kraft für die Verbesserung der Beziehung zum Kind schöpfen können, welche durch die Symptomatik ja oft sehr strapaziert ist.

Insbesondere dann, wenn die Eltern interessiert und kooperativ sind, baut sich darauf häufig eine sehr effektive und auch wirtschaftliche Form der kinderpsychiatrischen Behandlung auf. Der Therapeut sieht Kind und Eltern in weitmaschigen Abständen, und er hat die Rolle eines allparteilichen Dolmetschers im

Dialog zwischen Kind und Eltern. Nach beiden Seiten braucht er eine offene, tolerante Einstellung und eine annehmende, aber auch aktive Haltung. In dieser Therapieform sind viele Elemente der Familientherapie enthalten, und doch ist sie auch noch etwas anderes. Diese Art des Gesprächs mit Kind und Eltern orientiert sich weniger an einer bestimmten Interventionsstrategie oder therapeutischen Schule, sondern an den Bedürfnissen der einzelnen Familien und den Erfordernissen, die durch die Symptomatik vorgegeben sind. So braucht die eine Familie mehr Aufklärung und Erziehungsberatung, die andere eine an systemischen und analytischen Überlegungen orientierte Familientherapie.

Wenn dieser Ansatz aus Gründen der Störung oder wegen ungenügender Mitarbeit der Familie ins Stocken kommt, oder wenn schon die Diagnostik klar macht, dass im Kind sehr tiefgreifende neurotische Strukturanteile abzubauen sind, wird möglichst störungsspezifisch unter Einbeziehung der Eltern reflektiert, welche Art von individueller Psychotherapie oder welche andere Behandlung nötig erscheint, und ob dies von unserer Praxis oder von anderen Institutionen und Praxen geleistet werden kann.

Meine eigenen psychotherapeutischen Schwerpunkte liegen im Bereich dieser kinderpsychiatrischen Behandlung, die selbstverständlich auch medikamentöse Behandlung einschließt, daneben in den Bereichen der Familientherapie und Gruppenpsychotherapie.

Unsere Diplom-Psychologin ist verantwortlich für die gesamte Testdiagnostik sowohl im Leistungsbereich als auch im projektiven Bereich. Mit sehr wenigen Ausnahmen untersucht sie jeden Patienten und bildet damit eine tragende Säule bei der Diagnoseerstellung. In geringem Umfang führt sie auch psychoanalytische und tiefenpsychologische Einzelbehandlungen bei Jugendlichen durch.

Unsere sozialpädagogische Mitarbeiterin behandelt insbesondere jugendliche und adoleszente Mädchen psychotherapeutisch und macht funktionelle Entwicklungstherapien im vorschulischen Bereich. Außerdem ist sie unsere erstrangige Kontaktperson zwischen Schulen, Kliniken, Ämtern und unserer Praxis.

Unsere pädagogische Mitarbeiterin ist bereits seit über 17 Jahren in der Praxis und behandelt vorwiegend schwere Teilleistungsstörungen, insbesondere solche, bei denen auch noch andere kinderpsychiatrische relevante Störungen und Syndrome vorliegen.

An der Sozialpsychiatrievereinbarung hat unsere Praxis von Anfang an teilgenommen, da wir bereits damals alle erforderlichen Mitarbeiter außer der Sozialpädagogin hatten. Der letzte Wechsel in unserem Team war deren Einstellung vor 7 Jahren. Diese Kontinuität des Teams ist natürlich ein Glücksfall, der unsere Arbeit erheblich erleichtert, sie wurde aber dadurch ermöglicht, dass jeder von uns seine Arbeit gerne macht, sich gebraucht und – auch das ist wichtig – zufriedenstellend honoriert fühlt.

8.5.2 Kooperation zwischen einer Praxis für KJPP und einer Jugendhilfeeinrichtung in Baden-Württemberg (D. Hoehne)

Die Versorgungskonzeption

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit stationären Jugendhilfeeinrichtungen schon immer im fachlichen Austausch, wobei seitens der Jugendhilfe vornehmlich im Rahmen von Kriseninterventionen auf die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) zurückgegriffen wird. Die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie dagegen wird meist nur dann hinzugezogen, wenn medikamentöse Fragestellungen im Raum stehen oder stationäre Abklärungen erwünscht sind, oft bei einer krisenhaften Zuspitzung.

Auch meine Kooperation mit der stationären Jugendhilfeeinrichtung Heim Linzgau begann auf diese Art und Weise vor ca. 10 Jahren. Damals hatte ich noch die kommissarische Leitung der stationären KJPP vor Ort inne. Die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfeeinrichtung verlief nicht immer konstruktiv, gegenseitige Vorwürfllichkeiten, aber auch Misstrauen gegenüber dem Behandlungsauftrag an die KJPP waren häufig. Sie veranlassten mich in meiner damaligen Funktion dazu, regelmäßige Treffen zwischen Jugendhilfe und stationärer KJPP zu initiieren, um Regeln

des Umgangs miteinander festzulegen, das gegenseitige Verständnis der beiden Systeme und Denkweisen zu verbessern sowie das gegenseitige Kennenlernen der jeweiligen Arbeitsweisen zu unterstützen.

Als ich mich 1995 im Rahmen einer sozialpsychiatrisch geführten Praxis niederließ, war es Wunsch der Heimeinrichtung, weiter ambulant mit mir und meinen Mitarbeitern zusammen zu arbeiten. Die Inanspruchnahme erfolgte meist im Rahmen von Kriseninterventionen, ohne ausreichende Grundinformation, aus Situationen heraus, in denen letztlich nur noch eine stationäre Aufnahme in die KJPP möglich war, was meist einen heftigen Streit mit der aufnehmenden Klinik herauf beschwor, da diese oft keinen Platz hatte oder gar Vorwürfe gegenüber der Heimeinrichtung in der Form aussprach, dass diese unqualifiziert gehandelt hätte, „sonst wäre es nicht so weit gekommen“. Kurzum, die Zusammenarbeit war ein Stück weit vorhanden, aber der Beliebigkeit überlassen. Immer wieder bemängelte ich diesen Zustand, welcher insbesondere für die Klienten, ihre Eltern oder zuständigen Jugendämter teilweise unerfreulich war, aber auch bei den jeweils betroffenen Erziehern und Erzieherinnen Unmut hervorrief.

Durch personelle Veränderungen im Heim Linzgau ergab sich im Herbst 1999 die Chance einer Neuorganisation, welche wir durch konkrete gegenseitige Absprachen und klare Aufgabenteilungen besiegelten. Zunächst wurde die Zusammenarbeit auf ein Jahr festgelegt, inzwischen läuft das Projekt seit 4 Jahren und hat durch seine Kontinuität und ständige Weiterentwicklung eine Qualifizierung der gesamten Jugendhilfeeinrichtung erbracht.

Die Jugendhilfeeinrichtung Heim Linzgau stellte in der Beurteilung die folgenden Entwicklungen seit der Kooperation fest:

- Die fachliche Weiterentwicklung der gesamten Einrichtung hat sich durch die Konsiliargespräche und die kontinuierlichen Fortbildungen deutlich verbessert.
- Die Bandbreite der Interventionen in den Wohngruppen, in der Schule und bei den ambulanten Hilfen hat zugenommen, hierdurch haben notwendige Kriseninterventionen deutlich abgenommen.
- Die Zusammenarbeit mit der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte durch Kriseninterventionspläne und Aufnahmeabsprachen intensiviert werden.

- Vorhandene Vorurteile der pädagogischen MitarbeiterInnen in Bezug auf psychiatrische Interventionen konnten weitgehend abgebaut werden.
- Die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Jugendamt in Zuständigkeit für den Sozialraum Bodenseekreis konnte ausgebaut und verbessert werden.
- Die gezielte Aufnahme von psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen und die Formulierung damit angezielter konkreter Hilfemaßnahmen konnte verbessert werden.

Im Folgenden möchte ich die Eckpfeiler unserer Zusammenarbeit vorstellen. Grundlage unserer Zusammenarbeit ist, dass jedes Kind/Jugendlicher mindestens einmal von mir kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht wird und ein kinder- und jugendpsychiatrischer Befundbericht für das Heim zur weiteren Interventionsplanung erstellt wird. Bereits im Aufnahmegespräch wird hierfür die Einverständniserklärung der Eltern eingeholt, was meist auf ein hohes Interesse der Beteiligten stößt, Widerstände hiergegen wurden bisher nicht bekannt. Laufende Therapien werden hiervon nicht berührt, alle vorliegenden Befunde werden, wenn irgend möglich, mit einbezogen. Untersuchung und Stellungnahme bilden die Grundlage der kasuistischen Besprechungen mit den Betreuungsteams im Heim, welche außerhalb der Schulferien ca. alle 3 bis 4 Wochen stattfinden. An diesen Gesprächen sind alle relevanten Personen mitbeteiligt, Lehrer, Erzieher, soziale Gruppenarbeit, Einzeltherapeut innerhalb des Heimes sowie die pädagogische Leitung und die Schulleitung. Zwischen 6 und 10 Kinder werden an einem Vormittag besprochen, es existiert ein Zeitplan, der den Beteiligten rechtzeitig bekannt gemacht sowie einige Tage vor dem Termin zur Vorbereitung zugeschickt wird. In der Fallbesprechung werden anhand vorliegender Befunde und Beobachtungen das weitere Vorgehen diskutiert sowie die Verantwortlichkeiten für die weiteren Schritte festgelegt.

Die Gespräche dienen auch zur Vorbereitung der Hilfeplangespräche mit dem Jugendamt sowie der Festlegung eines über den Regelsatz hinausgehenden Förderbedarfes im Falle einer drohenden oder bestehenden seelischen Behinderung entsprechend der Voraussetzungen nach § 35a (KJHG) SGB VIII. Teilweise wird eine Testdiagnostik für sinnvoll erachtet. Diese wird durch Psychologen meiner Praxis

durchgeführt. Auch hierüber wird ein detaillierter Bericht erstellt, der im nächsten Fallbesprechungstermin ausführlich diskutiert und mit den Eltern durch eine hierfür bestimmte Person besprochen wird. Ist ein Behandlungsplan festgelegt, wird dieser von der Heimeinrichtung umgesetzt. Bei Änderungen, auch medikamentöser Art, werden diese telefonisch oder erneut im Rahmen einer Fallbesprechung ausführlich diskutiert. Müssen Kriseninterventionspläne aufgestellt oder eine stationäre Aufnahme in der KJPP erörtert werden, wird die Koordination hierfür in kollegialer Zusammenarbeit mit der zuständigen Klinik festgelegt.

Ein weiterer Eckpfeiler der Zusammenarbeit ist die Weiterqualifikation des pädagogischen Personals in Bezug auf kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder. Bisher wurde jeweils an einem Samstagvormittag für alle Interessierten ein bestimmtes Thema angeboten. Themen waren die Aufmerksamkeitsdefizitstörung, der Asperger Autismus, Umgang mit Psychopharmaka und das Borderline-Syndrom. Auf Wunsch der Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtung sollen die Frequenz nun auf zweimal pro Jahr erhöht und jeweils ein neues Thema und dann aufgrund der Fluktuation der Mitarbeiter auch eine Wiederholung der alten Themen vorgesehen werden. Zu jedem dieser Themen existiert ein Skript, welches von neuen Mitarbeitern eingesehen werden kann.

Um die Notwendigkeit einer regelhaften kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung einer Jugendhilfeeinrichtung zu verdeutlichen, können die bei den in der Einrichtung betreuten Kindern gestellten kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen für das Jahr 2002 betrachtet werden (Tab. 8.9). Die Statistik macht deutlich, wie viele Kinder und Jugendliche von einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung betroffen sind. Ein Großteil der Kinder war vor Aufnahme in das Heim weder einem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt worden, noch war eine entsprechende Diagnostik veranlasst worden.

Tabelle 8.9: Die 6 häufigsten Diagnosen

Diagnose	Klassifikation	Häufigkeit (Mehrfach- nennungen)
Hyperkinetische Störung (ADHS)	ICD-10 F90	21

Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen Belastungsreaktion	ICD-10 F43	14
Störung des Sozialverhaltens + Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	ICD 10 F91 + F 92	11
Asperger-Syndrom	F84.5	8
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	F81	7
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	F80	6

Die sozialräumliche Zuständigkeit des Heimes hat sich in den letzten 4 Jahren deutlich verstärkt, so dass neben den 63 stationär betreuten Kindern und Jugendlichen auch zahlreiche Kinder und Jugendliche in ambulanten Angeboten betreut werden müssen. Hierdurch hat sich auch die Schnittstelle zwischen der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis und der Inanspruchnahme ambulanter Maßnahmen der Jugendhilfe vergrößert. Es wurde an einer Brennpunktschule meines Niederlassungsortes eine Außenklasse der Schule für erziehungsschwierige Kinder (E-Schule) in Trägerschaft der Jugendhilfeeinrichtung geschaffen. Hierbei wird der Versuch einer integrativen E-Schule gemacht, d.h. die Kinder werden nicht aus der Regelschule herausgenommen, sondern in ihrem bisherigen Klassenrahmen durch die hinzu kommende sonderpädagogische Unterstützung vor Ort gestärkt. Eine weitere Initiative dieser Art soll innerhalb des Einzugsgebietes meiner Praxis am Standort Tettang, der am westlichsten gelegenen Stadt des Bodenseekreises liegt, eingerichtet werden. Hier existiert bereits das Angebot einer sozialen Gruppenarbeit für sozial desintegrierte Kinder und Jugendliche, für welche meine Praxis die fachärztliche Kooperation vorhält.

Die Heimeinrichtung hält Betreuungs-Module bereit. Dies bedeutet, dass individuell für jedes Kind festgelegt werden kann, welches Maß an pädagogischer Betreuung es benötigt, jeweils angepasst an seine individuellen Lebensbedingungen. So werden z.B.

Module der Hausaufgabenbetreuung, der sozialen Gruppenarbeit, Hilfen zur Förderung bei Aufmerksamkeitsstörung, Lese/Rechtschreibschwäche oder für Kinder aus Scheidungsfamilien zur Bearbeitung ihrer Trennungsproblematik sowie Elternarbeit im Rahmen von Eltern-, Gruppen- und Einzelgesprächen angeboten. Dieses flexible Vorgehen hat sich aus meiner Sicht sehr bewährt. Hierdurch konnten nicht nur in der KJPP sondern auch in der Jugendhilfe stationäre Aufenthalte vermieden und durch fachliche Präzisierung ambulanter Maßnahmen Familien in ihrer Kompetenz gestärkt werden. In Einzelfällen wurden auch ein sogenanntes Hometreatment (Behandlung im häuslichen Umfeld) praktiziert oder eine Einzelschulbegleitung veranlasst, die dann sogar eine zuvor für erforderlich gehaltene E-Schul-Bedürftigkeit entbehrlich machen konnte.

Die ökonomischen Vorgaben für die Jugendhilfe im Bodenseekreis sind streng. Bei hoher sozialstruktureller Belastung hat die Region die zweitniedrigste Heimeinweisungsquote im Bereich des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg.

Bewertung

In den 4 Jahren intensiver Zusammenarbeit haben wir gegenseitig viel voneinander gelernt. Eine besondere Herausforderung ist es für mich, unsere kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen auf den Alltag einer Heimeinrichtung herunter zu brechen und immer wieder nach Wegen zu suchen, den engagierten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen das Aushalten schwieriger Klienten zu ermöglichen. Gerade die schwierigsten unter unseren Patienten bedürfen einer differenzierten Zugangsweise und der störungsfreien Zusammenarbeit der fachlich unterschiedlichen Hilfesysteme, um nicht die allseits beliebten Spaltungsmechanismen zu unterstützen. Ich lerne vom pädagogischen Alltag, dass meine Ratschläge und Empfehlungen nur so gut sind, wie sie im Alltag auch wirklich umgesetzt werden können.

Durch die Verteilung von Verantwortlichkeiten entsteht Vertrauen und auch Entlastung, gerade auch für BezugserzieherInnen im alltäglichen Miteinander.

Aus meiner Sicht denke ich, dass alle Jugendhilfeeinrichtungen mit einem Kinder- und Jugendpsychiater vor Ort zusammenarbeiten sollten, da sich hierdurch die Qualität der Arbeit insgesamt verbessert und die Sicherheit im Umgang mit den Klienten wächst.

8.5.3 Eine Praxis für KJPP mit SPV in einer Kleinstadt in Schleswig-Holstein (G. Roosen-Runge)

Meine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie liegt in Mölln, einer schleswig-holsteinischen Kleinstadt, dem wirtschaftlichen Mittelpunkt des Kreises Herzogtum Lauenburg. Das Einzugsgebiet (ca. 60 x 70 km) grenzt an die Großstädte Hamburg und Lübeck im Westen und Norden, im Süden bis zur Elbe und reicht im Osten noch ca. 20 km in den Kreis Nordwest-Mecklenburg hinein. Es ist in diesem Gebiet die einzige kinder- und jugendpsychiatrische Praxis. Die aufnahmeverpflichtete Klinik für KJPP liegt ca. 160 km entfernt in Schleswig. Die Kliniken in Lübeck und Hamburg versorgen schwerpunktmäßig andere Versorgungsbereiche.

Der Kreis Herzogtum Lauenburg ist vorwiegend ländlich strukturiert. Er war lange Zonenrandgebiet und erfuhr auch nach der Wende keinen wirtschaftlichen Aufschwung. Dieses spiegelt sich in einer geringen Wirtschaftskraft der Region, außerordentlich niedrigen öffentlichen Etats für alle Sparten und einem entsprechend dünnen psychosozialen Netz wieder.

Die gesellschaftlichen Strukturen, Lebens-, Denk- und Erziehungsstile in der Bevölkerung stehen in einem starken Kontrast zu den nahe gelegenen Großstädten. Viele Familien gehen noch von einem geschlossenen Gesellschaftsbild mit traditionell geprägten Rollenerwartungen aus, scheitern aber oft an den Sachzwängen der allgemeinen soziökonomischen Trends. Missstände (Drogenszene, sexueller Missbrauch und Misshandlungen, Gewalttätigkeit Jugendlicher etc.) wurden lange nur über die Medien wahrgenommen und erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung auch im eigenen Kreis als bemerkenswert ausgemacht.

Im Erwachsenenbereich ist trotz oder wegen fehlender Finanzen eine hocheffiziente, sozialpsychiatrisch orientierte Versorgung entstanden, die durch schnelle Übergänge zwischen voll- und teilstationären sowie aufsuchenden, ambulanten Versorgungsformen in engster Vernetzung ärztlicher und nichtärztlicher Hilfen gekennzeichnet ist. Bei den wenigen verfügbaren Helfern sind diese zur wohlwollenden Kooperation gezwungen, um eine halbwegs befriedigende Versorgung des Gebietes zu organisieren. Meine Niederlassung als Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit SPV wurde deshalb 1996

von allen Seiten begrüßt. Die Integration in diese Strukturen fiel und fällt mir und dem Umfeld leicht. Es setzt aber auch voraus, dass ich mich mit diesem kritisch-positiv identifiziere und am Aufbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Kreisgremien (AK Gemeindenahe Psychiatrie als ordentliches Mitglied, Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft, AK Psychosomatik und Psychotherapie, AK Misshandlung und Missbrauch) aktiv mitarbeite. In Schulen halte ich regelmäßig Vorträge und Fortbildungen für Eltern und Lehrerkollegien, gleiches gilt für Kindergärten und die Frühförderung. Die kinder- und jugendpsychiatrische Denkweise fand über die Jahre Zugang zur Arbeit des Jugendamtes, verschiedener Schulen und Kindergärten und v.a. zur Arbeit der Ergotherapeuten des Gebietes. Sie findet sich mittlerweile in manchen Strukturen, mehr oder weniger betont, wieder, so im Kinderschutzteam des Jugendamtes, in Integrationsklassen für spezielle Teilleistungsstörungen, in der Klasse für erziehungsschwierige Kinder und Jugendliche, Supervision in Kindergärten und Ergotherapiepraxen. Zum Teil etablierten sich enge netzähnliche Kooperationsgewohnheiten zwischen Ergotherapeuten, der Schule für Geistig Behinderte, Kinderärzten und der Praxis. Phasenweise trifft dieses auch für das Jugendamt zu (Gruppe für sexuell missbrauchte Mütter, geleitet von einer Sozialpädagogin des Jugendamtes und einer meiner Mitarbeiterinnen).

Es war und ist mir ein Anliegen, gerade die schwer verhaltensgestörten Patienten schnell, kompetent und familiennah ambulant in meiner KJPP-Praxis mit SPV zu versorgen und stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Meine Praxis räumt Notfallpatienten (sexueller Missbrauch, Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, Schulphobien, Psychosen; meist mit einem „frühgestörten“ familiären Hintergrund) die Priorität der Versorgung ein und versucht, oft in enger Kooperation mit der Jugendhilfe und/oder Gerichten, angemessene Versorgungsstrategien vor Ort zu organisieren. Aufgrund dieser bewusst formulierten Bereitschaft zur Notfallversorgung kann ein großer Teil der akuten und protrahierten Krisen ambulant entschärft und versorgt werden. Die stationäre Aufnahmequote des Kreises liegt nach Angaben der zuständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in den letzten Jahren um 80% unter dem Landesdurchschnitt. Den Preis für diese Arbeitsweise zahlen die Nicht-Notfall-

Patienten, die auf einer langen Warteliste stehen. Der Verweis auf Kollegen in Lübeck oder Hamburg wird meist nicht befolgt, weil die Anfahrtswege dorthin noch länger und auch dort lange Wartezeiten zu erwarten sind. Eine Lösung ist nur in mehr niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern zu sehen.

Unter den Nicht-Notfall-Patienten spielen die Kinder und Jugendlichen mit Schulleistungs- und Schulverhaltensstörungen die größte Rolle. Meist handelt es sich um Patienten, die andere Versorgungssysteme, wie Schule, Kindergarten, EB, Kinderarzt, Jugendhilfe, Familie „gesprengt“ haben. Diagnostisch finden wir dann oft kombinierte Störungen der Wahrnehmung, emotionale Entwicklungsrückstände und ein konfliktgeladenes Elternhaus, die einer „multimodalen“ Diagnostik und arbeitsteiligen Therapie bedürfen. Die SPV ist dazu das ideale Instrument.

Insgesamt kommen nur ca. 50% der Patienten nach der diagnostischen Phase zu einer einzelpsychotherapeutischen Versorgung in meine Praxis. Die andere Hälfte erhält durch praxisexterne Stellen (Ergotherapie, Frühförderung, Jugendhilfe, Sonderschulen) ihre medizinisch und psychologisch indizierten Einzelhilfen. Häufig finden dann aber noch in größeren Abständen begleitende Familiengespräche bei mir statt.

Einige Kooperationsformen sind in meinem Umfeld zu nützlichen Routinen geworden:

In kurzen Abständen suche ich die umliegenden Ergotherapiepraxen des Kreises auf und spreche die gemeinsamen Patienten vor Ort mit den behandelnden Ergotherapeuten durch. So ergibt sich eine Art permanenter Inter- und Supervision sowie fachliche Fortbildung, von der beide Teile profitieren. Die Therapien werden so fokussierter und damit kostensparender durchgeführt; auch werden „Spaltungstendenzen“ zwischen den Therapieformen vermieden.

In einer Ergotherapiepraxis und in einem Sozialpädiatrischen Zentrum einer benachbarten Stadt bin ich als Supervisor verpflichtet.

Alle 2 Wochen besuche ich die Sonderschule für geistig behinderte Kinder und Jugendliche in Mölln. Gerade bei diesen Patienten haben sich enge Absprachen über konkrete (Entwicklungs-) Aufgaben, die von pädagogischer und therapeutischer Seite kooperativ begleitet werden, als sehr fruchtbar erwiesen. Gezielte psychotherapeutische

Interventionen können oft Widerstände gegen pädagogische Maßnahmen auflösen bzw. deren Erfolg erst strukturell möglich machen. Vollstationäre Unterbringungen können so vermieden werden. Die Patienten werden vom Fahrdienst der Schule in die Praxis gebracht. Es wäre den meisten Eltern nicht zuzumuten bis zu 2 Stunden nach Mölln zu kommen, um ihre Kinder zur Therapie zu bringen.

Das überwertige Problem ADHS taucht natürlich häufig als Verdachtsdiagnose auf, bestätigt sich aber bei 80% meiner Klientel nicht und bedarf einer sorgfältigen differentialdiagnostischen Aufklärung. Bei gesicherten ADHS/ADS-Patienten bleibt die Medikation, die Elternberatung und die Kooperation mit den Lehrern Aufgabe der Praxis. Die Durchführung des Aufmerksamkeits-, Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstrainings wird von eingewiesenen, niedergelassenen Ergotherapeuten (oft in Kombination mit SI-Therapie bei begleitenden Teilleistungsstörungen) geleistet. Die Praxis fungiert dabei als „hot-line“ bei allfälligen Fragen. Eltern, Lehrer und Patienten werden verpflichtet, jeden Freitag einen Fremd- bzw. Selbstbeurteilungsbogen an die Praxis zu faxen oder zu schicken. Die Verlaufsbögen werden dann in den Familiengesprächen gemeinsam besprochen. Durch dieses Verfahren werden die hochfrequenten Versorgungsanteile (Einzeltraining) nahe an den Wohnort des Kindes verlagert, eine enge Kooperation von Schule und Elternhaus zur Gewohnheit gemacht und die entscheidend wichtigen Maßnahmen (Elternberatung, Medikation, Verlaufskontrolle) weiter in ärztlicher Hand behalten. Dieses Verfahren hat sich gerade bei den langen Anfahrtswegen und der großen Zahl der Patienten gut bewährt.

Zur Versorgung sexuell missbrauchter Kinder und Jugendlicher (in 70% der Fälle auch der zugehörigen Mütter) fanden sich informell unsere Praxismitglieder, eine engagierte Rechtsanwältin und eine Sozialpädagogin des Jugendamtes, die mit missbrauchten Müttern arbeitet, zu einer Art task force zusammen. Wir handeln nach einem abgesprochenen Konzept. Hier entstand auch die Gruppentherapie für missbrauchte Mütter in Co-Therapie von Jugendamt und Praxis. Bis zur Gründung eines Kinderschutzteams durch den Kreis, an dem diese task force wesentlich beteiligt war, versorgte die Praxis ca. 50 missbrauchte PatientInnen pro Jahr.

Schon die Auswahl meiner Mitarbeiterinnen traf ich so, dass ich vorhandene Versorgungslücken des Umfeldes ausgleichen konnte. Ich achtete darauf, dass die Mitarbeiterinnen sowohl eine somatische als auch eine psychodynamische Qualifikation durch ihre Ausbildung oder ihre bisherige Arbeit mitbrachten. So ist es möglich, dass jede von ihnen den ganzheitlichen somato-psycho-sozialen Anspruch der sozialpsychiatrischen Versorgung auch in persona umsetzen kann.

Die Erstgespräche werden immer zu zweit von einer Mitarbeiterin und mir geführt. Beide bleiben während der diagnostischen und therapeutischen Phase Ansprechpartner. Das einzel-, familien- und sozialtherapeutische Setting teilen sich die beiden Therapeuten jeweils auf, bleiben aber über Fallbesprechungen und gelegentliche Co-Therapien als Team und mit den Familien im permanenten Austausch („triangulierendes“ Setting). So finden unterschiedliche Therapiemethoden (Katathymes Bilderleben, Hypnotherapie, Psychodrama, Gestalttherapie, Entspannungsverfahren, verhaltenstherapeutische Methoden, SI-Therapie mit Elternteraining u.a.m.) einen bewusst tiefenpsychologisch begründeten Rahmen.

Außenkontakte mit Schulen und Ämtern nehmen alle beteiligten Therapeuten bei Bedarf auf. Hier spielen zeitlich und inhaltlich Telephonate mit Lehrern eine große Rolle. Das Team bespricht zweimal pro Woche je eine Stunde lang die gemeinsamen Patienten. Alle 14 Tage findet eine gemeinsame Supervision des Teams statt.

Meine persönliche Arbeitszeit teilt sich in ca. 60% Familiengespräche (Spezialität: Trauerfamilien, Suchtfamilien), ca. 25 % Einzelpsychotherapien (Schwerpunkt: Katathymes Bilderleben, geistig behinderte junge Menschen) und ca. 15% Kontakte mit praxisexternen Stellen auf. Verwaltungszeiten sind nicht mitgerechnet und machen ca. 5 Wochenend-Stunden pro Woche aus.

In den nächsten Monaten wird die Fachklinik für KJPP der Vorwerker Heime e.V., Lübeck, in einer benachbarten Kleinstadt eine Tagesklinik mit Institutsambulanz eröffnen. Arbeit wird für beide Institutionen genug vorhanden sein.

8.5.4 Struktur, Arbeitsweise und Kooperationspartner einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung in einer Stadt in Bayern (Dr. Klein, Kreienkamp, Dr. Oehler)

Zum Aufbau der Praxis

o Entwicklungsgeschichte

Die Praxis wurde am 01.01.1992 vom jetzigen Inhaber übernommen. Sie war zuvor eine der führenden Nervenarztpraxen in Würzburg und wurde von zwei Nervenärzten (Neurologie und Psychiatrie) geführt. Demzufolge war der Praxisstamm zunächst rein nervenärztlich, d. h. erwachsenenneurologisch-psychiatrisch orientiert. Der Praxisinhaber brachte seine kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz in die Praxis ein. Im ersten Quartal wurden 50 Patienten kinder- und jugendpsychiatrisch versorgt. Von der ersten Stunde an arbeitete die Ehefrau des Praxisinhabers als diplomierte Psychologin mit verhaltenstherapeutischer Psychotherapieausbildung im Kinder-, Jugendlichen- sowie im Erwachsenenbereich mit. Die Psychologin war in der KJPP sehr erfahren, da sie fünf Jahre eine psychologische Ausbildung und Beschäftigung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Marburg durchgeführt hatte. Der Praxisinhaber ist Neurologe, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater und Epileptologe. Er verfügt über eine abgeschlossene psychoanalytische, tiefenpsychologische und auch verhaltenstherapeutische Therapieausbildung und hat für die genannten Verfahren auch die Zulassung. Die Praxis hatte zunächst einen neurologischen Schwerpunkt. Die üblichen neurologischen Untersuchungsmethoden wie EEG, akustisch evozierte Potentiale, visuell evozierte Potentiale einschließlich der „P300-Diagnostik, somatosensorisch evozierter Potentiale, kortikaler Magnetstimulation, extra- und transkranieller dopplersonographischer Untersuchungen sowie auch Duplexsonographie“ sind möglich und werden, jedoch vorwiegend im Erwachsenenalter (s.u.), regelmäßig durchgeführt.

Ab 01.01.1995 nahm der Praxisinhaber an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil.

Im Laufe der Jahre hat sich der Schwerpunkt der Praxis von der Neurologie zur KJPP verlagert. Von den ca. 2.500 Patienten pro Quartal sind zwei Drittel kinder- und jugendpsychiatrisch zu behandeln.

o **Zur Mitarbeiterstruktur**

Im Laufe der Jahre wurde ein sozialpsychiatrisches Team aufgebaut. Dieses besteht z. Zt. aus:

- einem promovierten Diplom-Pädagogen und Diplom-Psychologen mit unterschiedlichen Ausbildungen,
- einer Diplom-Psychologin, die seit drei Jahren im Praxisteam arbeitet und sich schwerpunktmäßig mit der Behandlung von Angststörungen beschäftigt,
- einem Diplom-Psychologen, dessen Schwerpunkt in der therapeutischen Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie liegt,
- einer Heilpädagogin, die besonders heilpädagogische Fördermaßnahmen durchführt,
- neu im Team ist eine Diplom-Psychologin.

In den letzten vier Jahren sind noch zwei Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Praxis hinzugekommen:

- eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, die gleichberechtigte Praxisinhaberin ist, sowie
- eine promovierte Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychotherapeutin, die als ganztags arbeitende Assistentin dem Praxisinhaber zugeordnet wird.

Darüber hinaus gehört ein Neurologe, der vornehmlich für den Erwachsenenbereich zuständig ist, der Praxisgemeinschaft als Mitinhaber an. Dieser hat in den letzten Jahren als Inhaber der Schmerztherapiezulassung eine Schmerzambulanz aufgebaut, in der fakultativ kinder- und jugendpsychiatrische Patienten mit chronischen Schmerzzuständen wie z. B. Migräne versorgt werden können.

Mit einer Diplom-Psychologin mit langjähriger klinischer kinder- und jugendpsychiatrischer Erfahrung, die als psychologische Psychotherapeutin mit dem

Schwerpunkt Verhaltenstherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im gleichen Haus tätig ist, besteht eine enge Kooperation „unter einem Dach“.

Schwerpunkte der Arbeit

Die Ärztepraxis arbeitet schwerpunktmäßig kinder- und jugendpsychiatrisch und im Rahmen der Aufgabenstellung der Sozialpsychiatrievereinbarung. Die Praxis fühlt sich im wesentlichen dem Sicherheitsstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet. Daher werden im ärztlichen Bereich große Zeitkontingente für die Versorgung von Notfällen bereitgestellt. Die Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinern und Kinderärzten wird als sehr gut eingestuft, da sich die Praxis verpflichtet, Notfälle grundsätzlich am gleichen Tag anzusehen, hier eine Anamnese zu erheben und die Akuität zu beurteilen. Entsprechend der Dringlichkeit erfolgt dann die Einspeisung in eine Vielzahl von Diagnostik- und Therapieprogrammen. Diese sind im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung entwickelt worden. Die Therapiebedürftigkeit des Patienten und auch die Möglichkeiten einer positiven Beeinflussung des Krankheitsbildes bestimmen im wesentlichen die Therapieplatzvergabe und die Intensität der Betreuung. Dieses scheint nach eigener Erfahrung eine Funktion zu sein, die bei einer alleinigen psychotherapeutischen Versorgung nach Beurteilung des Praxisteam's des öfteren nicht ausreichend erfüllt wird. Es entsteht bisweilen der Eindruck, dass der Schweregrad eines Krankheitsbildes in diesen Praxen nur ein sekundäres Kriterium darstellt oder nicht ausreichend in die Entscheidungsfindung mit einbezogen wird, wenn über die Vergabe eines Therapieplatz entschieden werden soll.

Durch die beschriebene Struktur der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ist es möglich, eine Vielzahl von Patienten zu sehen und entsprechend des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung eine Gewichtung und Auswahl bezüglich Terminvergabe und der Qualität des Therapieangebotes vorzunehmen. Um dies erfüllen zu können, wurden bei häufigen Krankheitsbildern strukturierte und standardisierte Diagnostik- und Therapieverfahren entwickelt, die individuell dem Schweregrad und der Ausgestaltung der Erkrankung angepasst werden können. Es wird der Kooperation mit weiteren Behandlern und weiteren wichtigen

Bezugspersonen des Kindes ein großer Stellenwert eingeräumt. Im einzelnen ist die Form der Kooperation abhängig von der Art und dem Ausprägungsgrad des Krankheitsbildes. Bei einer Enkopresis z.B. steht die Zusammenarbeit mit den Eltern und dem Kinderarzt, in sehr schweren Fällen mit der Klinik für KJPP im Vordergrund. Bei Hyperkinetischen Störungen weitet sich die Kooperation zusätzlich auf Schule/Lehrkräfte, Rektoren und Schulpsychologen, Kindergarten/Erzieher, Heilpädagogische Tagesstätte/Sozialpädagogen, Jugendamt/Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden usw. aus.

Entscheidend für die Arbeit und auch für die Kooperation ist, dass im Team überzeugende Therapiekonzepte für spezifische Krankheitsbilder vorhanden sind, in denen die bestehenden Ressourcen auf sinnvolle und meist auch „kostengünstige“ Art und Weise eine Vernetzung erfahren. Erwähnenswert ist noch, dass eine so geartete Patientenbetreuung finanziell mit einem Drittel bis einem Viertel einer Einzelpsychotherapie zu Buche schlägt. Dies war dadurch zu erreichen, dass vermehrt auf eine Gruppenbehandlung mit intensiver Elternbetreuung, d. h. Durchführung von Elterngruppen zurückgegriffen wurde.

Die Arbeit im Team

Die Arbeit kann insgesamt als Teamarbeit aufgefasst werden. Dabei wird Teamarbeit so verstanden, dass zwar eine ärztliche Supervision zu erfolgen hat, jedoch jedes Teammitglied aufgrund seiner spezifischen Fähigkeiten und Ausbildungen seinen eigenen Aufgabenbereich findet und auch abgestimmt mit dem Team spezifische Projekte entwickeln kann. So konnte auch die Fallzahl pro Arzt deutlich erhöht werden bei wesentlich verbesserter Qualität. In der normalen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ohne Sozialpsychiatrievereinbarung gehen nach Ansicht des Praxisinhabers wesentliche Ressourcen des Arztes verloren, der für die testpsychologische Untersuchung wesentlich mehr Zeit braucht und auch diese nicht in der gleichen Qualität und Form wie ein Diplom-Psychologe mit klinischer Erfahrung erbringen kann. Die entsprechenden Ressourcen auch im heil- und sozialpädagogischen Bereich lassen sich hier gezielter und gewinnbringender einsetzen, so dass insgesamt eine qualitative

Verbesserung in der Versorgung der Patienten erreicht wird und auch eine Erhöhung der versorgten Patientenzahl gelang, was bei der insgesamt bestehenden Unterversorgung im ambulanten Versorgungsbereich der KJPP eine nicht unwesentliche Tatsache ist.

Standardisierte Vorgehensweise in der Diagnostik

Diagnostik und Therapie folgen dem in Abb. 8.48 dargestellten Schema. Dabei handelt es sich um eine Rahmenstruktur, die bei den besonderen Problemen im Einzelfall selbstverständlich spezifiziert werden kann.

Kinder- und Jugendpsychiater/in:	Psychologe/in:
▶ Anamnese (besonders auch Analyse des Erziehungsverhaltens)	▶ Testpsychologische Abklärung von: Intelligenz-/Begabungsstruktur Teilleistungsschwächen/-störungen Sprachentwicklung
▶ Neurologische Untersuchung (Fein-/Grobmotorik, Hören, Sehen,...)	Feinmotorik
▶ EEG/EP	▶ Analyse des Erziehungsverhaltens
Kinderpsychiater + Eltern/Kind + Psychologin/e: Entscheidung über den vorläufigen Behandlungsplan	

Ärztliche Behandlung:
▶ Einzel- und familientherapeutische Behandlung aller kinderpsychiatrischen Krankheitsbilder
▶ Behandlung neurologischer Begleiterkrankungen
▶ Pharmakotherapiemanagement (Erfassung, Beurteilung und Verbesserung von Wirkung/Nebenwirkung einschließlich EEG-Kontrollen, neurologischer Untersuchung)
▶ Bewertung des Verlaufs und ggf. Einschaltung kooperierender Ärzte (z.B. Radiologe)

Psychologische und heilpädagogische Therapiemaßnahmen:

- ▶ Einzel- und familientherapeutische Gespräche im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung
- ▶ Gespräche im Rahmen der Vernetzung/Kooperation mit kinderpsychiatrischen Kliniken, Tageskliniken, Kinderärzten, Schulen (Lehrkräften, Rektoren und Schulpsychologen), Kindergarten (Erzieherinnen), Heilpädagogischen Tagesstätten (Sozialpädagogen), Jugendämtern (Sozialarbeitern), Gesundheitsämtern, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden usw.
- ▶ Aufklärung und Informationsvermittlung auch im Rahmen der Prävention
- ▶ Durchführung von Therapie- und Trainingsgruppen
- ▶ Heilpädagogische Fördermaßnahmen

Abbildung 8.48: Diagnostik und Behandlung als Prozess

In Abbildung 8.49 sind die einzelnen therapeutischen Gruppenprogramme, die in unserer Praxis durchgeführt werden, dargestellt.

Wir bieten folgende Therapie- und Trainingsgruppen an:

I. Bei einer Hyperkinetischen Störung / Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (HKS, ADD, ADHD)

a. für die Eltern

Trainingsprogramm für Eltern (2-3)

„Problemlösegruppe“ für Eltern

Lerntrainingsgruppe für Eltern

b. für die Kinder

„Rechtschreib-Trainingsgruppen (3.-4. Klasse)

„Mathematik-Trainingsgruppe (2.-3. Klasse)

Tricks für Kids (5.-7. Klasse)

Gruppe für sozial unsichere Kinder (3.-4. Klasse)

II. Bei Essproblemen

Gruppe für Jugendliche mit Magersucht und Bulimie

Gruppe für Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas

III. Gruppen zum Autogenen Training

Gruppe für Kinder (8/9 – 12/13 Jahre)

Gruppe für Jugendliche (14 – 20 Jahre)

Gruppe für Erwachsene/Schmerzpatienten

IV. Gruppen zur Progressiven Muskelentspannung

Gruppe für Kinder (8/9 – 12/13 Jahre)

Gruppe für Jugendliche (14 – 20 Jahre)

Gruppe für Erwachsene

V. Bei sozialer Unsicherheit/Ängstlichkeit

Kindergruppe (3.-4. Klasse)

VI. Bei Epilepsie

Kindergruppe

Abbildung 8.49: Gruppenangebote

Zu bedenken ist, dass die Therapieprogramme im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung durchgeführt werden. Dadurch lässt sich eine relativ hohe Zahl von Patienten qualitativ gut behandeln. Entscheidend ist jedoch, dass die verschiedenen therapeutischen Prozesse immer wieder in gemeinsamen Konferenzen unter gleichem Dach zusammenlaufen und akut abgestimmt werden können.

Durch die Notfallstruktur der Praxis können auch spezifische Probleme, die z. B. im Gruppenrahmen erkannt aber nur einzeltherapeutisch aufgefangen werden können, ohne Verzögerung innerhalb des Notfallprogramms aufgefangen werden. Die hier gemachten Erfahrungen werden ebenso zeitgleich an die Gruppe zurückgegeben, so dass hier eine Vernetzung im elementarsten Sinne des Wortes erreicht werden konnte.

Exemplarische Darstellung der sozialpsychiatrischen Idee am Beispiel des Versorgungsnetzes HKS

○ Aufbau des Versorgungsnetzes ADD/ADHD

Das "Versorgungsnetz ADD/ADHD" umfasst ein diagnostisches und therapeutisches Angebot, wie es bei uns im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung entwickelt und fortlaufend ausgestaltet wird. Nur durch die Rahmenbedingungen der Sozialpsychiatrievereinbarung ist es möglich, eine entsprechend umfangreiche, qualitativ hochstehende und vor allem multimodale Vorgehensweise in Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. In diesem Versorgungsnetz wurde versucht, folgende vier Grundelemente umzusetzen:

○ Information und Aufklärung

Schwerpunkte bilden hier zum einen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen. Es werden selbst entwickelte Informationsbroschüren ausgegeben. Ein Büchertisch informiert über alle Publikationen der letzten 10 Jahre.

Zum anderen wird das neue Medium Internet genutzt. Zusätzlich wurden Artikel und ein Buch zum Krankheitsbild, zu Diagnostik und Behandlung veröffentlicht.

○ Aktuelles therapeutisches Angebot

Zur Behandlung des Krankheitsbildes ADHD/ADD halten wir die folgenden Bausteine unseres Therapieangebotes vor:

- Informationsveranstaltungen:

Mittlerweile haben wir einen Zyklus von Informationsveranstaltungen etabliert, die wir ein- bis zweimal jährlich praxisintern durchführen. Hier halten wir einen Basisvortrag zum Störungsbild, dann einen spezifischen Vortrag zum Umgang mit Verhaltensproblemen, zum Umgang mit Lernproblemen und einen Vortrag, den wir den

Vorschulkindern widmen. Diese Veranstaltungen haben sich außerordentlich bewährt, da wir so auf ökonomische Art sehr viele Eltern erreichen können und ein solides Basiswissen, aber auch schon ganz konkrete Hilfestellungen anbieten können. Büchertische und weiteres Informationsmaterial stehen zur Verfügung.

Neben der Vermittlung aktuellen Wissens im Rahmen von praxisinternen Eltern-Informationsabenden wird auch auf die Fortbildung von Lehrern großes Gewicht gelegt. Dabei wird versucht, die bestehenden Institutionen sinnvoll zu nutzen und sich an deren Strukturen anzupassen. Z. B. werden bei den Lehrerfortbildungen die Schulräte direkt angesprochen, um entsprechende Informationsabende in die schon bestehenden Lehrerfortbildungen zu integrieren. So gelang es, einen Großteil der betroffenen Lehrer und Eltern anzusprechen. Zusätzlich werden Informationsabende in Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen, mit Schulen und Elternbeiräten und mit Heilpädagogischen Tagesstätten durchgeführt. Teilnehmerzahlen von 500 und mehr waren dabei keine Seltenheit.

- Einzel- und Familientherapeutische Gespräche beim Kinder- und Jugendpsychiater oder beim Psychologen:

Unser Vorgehen ist hier wieder problemlösungsorientiert. Grundlage sind in der Regel die von den Eltern über 14 Tage gesammelten täglichen Verhaltens- und/oder Lernprobleme ihrer Kinder. Mit einem verhaltenstherapeutisch/pädagogischen Vorgehen werden die einzelnen Problembereiche abgearbeitet. Es soll aber auch ein Know-how vermittelt werden, um mit zukünftigen Problemen umzugehen. Im Bereich Lernen werden grundlegende Lernstrategien für Kinder mit ADD vermittelt und individuell angepasst, kleine Lernprogramme zusammengestellt.

- Elterngruppen:

Seit vielen Jahren führen wir Elterntrainingsgruppen durch, die von uns beständig weiterentwickelt worden sind. Wir empfinden die Elterntrainingsgruppen als höchst effektiv, da das voneinander Lernen, die Entlastung der Eltern durch das Gefühl „ich bin

nicht alleine", die Systematik im Vorgehen und vor allen Dingen das Einüben des Erarbeiteten durch regelmäßige „Hausaufgaben“ sehr wirkungsvoll sind. Wir empfinden unsere Gruppen nicht als mechanistisches, verhaltensorientiertes Vorgehen, weil in ihnen Raum für Austausch und Verständnis und Besprechen von individuellen Problemen gegeben sind sowie Wert auf wechselseitige Akzeptanz gelegt wird. Aus den Elterngruppen mit jeweils insgesamt 14 Sitzungen haben sich als weitere Bausteine die „Problemlösungsgruppe“ und die „Lerntrainingsgruppe“ entwickelt. In der Problemlösungsgruppe legen wir den Schwerpunkt auf den Umgang mit Verhaltensproblemen, in der Lerntrainingsgruppe steht das Erarbeiten von effektiven Lernstrategien bei Kindern mit ADD/die Hausaufgabensituation/die Unterstützung des Kindes in der Aufmerksamkeit im Mittelpunkt.

Kindergruppen:

Im Bereich der Kindergruppen bieten wir seit 4 Jahren ein Rechtschreibtrainingsprogramm und seit einem Jahr eine Mathematiktrainingsgruppe für Kinder mit ADD/ADHD an. Das Rechtschreibtrainingsprogramm, welches explizit für eine aufmerksamkeitsbedingte Lese- und Rechtschreibschwäche entwickelt, umfasst speziell entwickelte Einpräge- und Lerntechniken, speziell abgestimmte Übungsstrukturen hinsichtlich Dauer, Umfang, Häufigkeit sowie das systematische Einüben der Anwendung des Erlernten im Schulalltag. Ferner dient das Rechtschreibtrainingsprogramm auch als Medium für eine Umstrukturierung der familiären Situation durch eine Verbesserung des elterlichen Erziehungsverhaltens, zum Einüben von Lern- und Konzentrationsstrategien sowie zum Aufbau von sozialen Kompetenzen.

In der Gruppe „Tricks für Kids“ werden mit den Kindern Selbstkontrollstrategien und Lerntechniken für die jeweiligen individuellen Schwierigkeitsbereiche eingeübt.

Für alle Kindergruppen gilt, dass die Eltern sehr stark in die Pflicht genommen werden, d.h. über die Kinder läuft kontinuierlich die Elternarbeit, ohne die gerade im Bereich der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung Verbesserungen der Symptomatik im Alltag sicherlich nicht möglich sind.

Kooperation mit weiteren Einrichtungen

○ Kooperation mit der Universitätsklinik

Ein besonderes Gewicht wurde auf die Zusammenarbeit mit der in derselben Stadt liegenden Universitätsklinik gelegt. Die intensive Verzahnung erfolgt auf verschiedenen Ebenen. Von der Praxis selbst wird seit 1993 ein regelmäßiger Qualitätszirkel durchgeführt. Dieser tagt einmal pro Monat mit wechselnden Themen. Die Ärzte der Klinik sind regelmäßig einbezogen. Es werden gemeinsame Therapiestandards abgesprochen, um Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden und klinische Aufnahmeindikationen gemeinsam zu definieren. Zum Beispiel wurden bei der Enkopresis (Einkoten) die verschiedenen Erhebungsbögen und auch die Therapieschemata gemeinsam zwischen Praxis und Klinik abgestimmt, so dass bei Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme sämtliche diagnostischen Daten und Informationen über den aktuellen Stand der Therapie direkt an die Klinik weitergegeben werden können und deren Bemühungen nahtlos anschließen können. Selbiges gilt auch für die ambulante Weiterbetreuung nach einer klinischen Behandlung. Auch klinisch erforderliche radiologische Untersuchungen, wie z. B. die Kernspintomographie des kleinen Beckens bei der ursächlichen Abklärung einer Enkopresis werden bezüglich Untersuchungsgang, Beurteilungskriterien und auch Ableitungsbedingungen, z. B. Flüssigkeitsaufnahme vor der Aufnahme etc., genau abgestimmt und parallelisiert. Hierzu erfolgte z. B. ein gemeinsames Treffen zwischen dem ambulanten Radiologen und den Radiologen der Kinderklinik. Doppeluntersuchungen können so vermieden werden.

○ Kooperationsmodell „Psychosozialer Arbeitskreis“

Eine weitere Verzahnung erfolgt im psychosozialen Arbeitskreis der Region. Hier sind neben den Klinikärzten auch Vertreter der Jugendämter, der heilpädagogischen Tagesstätten, der Kindergärten, Schulen und der Erziehungsberatungsstellen beteiligt. Die entsprechenden Treffen finden alle ein bis zwei Monate statt.

Darüber hinaus gibt es eine psychosoziale Arbeitsgruppe, an der der Praxisinhaber regelmäßig teilnimmt. Diese Gesprächsgruppe, an welcher die Leiter der Erziehungsberatungsstellen, Jugendämter und der Universitätsklinik teilnehmen, wurde von Seiten des Regierungspräsidenten gebildet. Im Rahmen der Aktivitäten der Gruppe sind z. B. Therapieprogramme im präventiven Bereich entwickelt worden, die z. Zt. noch außerhalb der kassenärztlichen Vereinigung und der Zahlung der Krankenkassen durchgeführt werden, da präventive Programme bisher nicht finanziert, jedoch von seiten der Praktiker als äußerst wichtig eingeschätzt werden.

○ **Kooperation mit Erziehungsberatungsstellen**

Ein entsprechendes präventives Programm, welches z. Zt. in enger Kooperation mit der Erziehungsberatungsstelle und der Praxis läuft, ist ein Therapieprogramm und Betreuungsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern. Dabei wird ein Projekt von Herrn Prof. Dr. Mattejat aus der Universitätsklinik Marburg umgesetzt, der auf Grund seiner Forschungsergebnisse die dringende präventive Aufgabenstellung der KJPP bei Kindern psychisch kranker Eltern betont. Diese haben einmal wegen der genetischen Disposition und zweitens wegen der spezifischen Belastungen ein hohes Erkrankungsrisiko, welches durch Präventionsmaßnahmen vermindert werden kann. Der Praxisinhaber möchte betonen, dass diese Initiative bisher ohne jegliche zusätzliche Finanzierung mit hohem zeitlichen Aufwand erfolgte und aus Sicht der Erziehungsberatungsstelle und des Praxisinhabers bereits sehr positive Effekte erreichen konnte. Von Seiten der Erziehungsberatungsstelle wird das Projekt von Herrn Dipl.-Psych. Dr. Schrappe, evangelische Erziehungsberatungsstelle Würzburg, geleitet. Es erfolgt im übrigen eine Vernetzung mit dem Qualitätszirkel der Erwachsenenpsychiatrie. Das Präventionsprojekt wurde mehrfach dort vorgestellt und soll bezüglich seiner Ergebnisse demnächst präsentiert werden.

Entwicklung von praxisübergreifenden Behandlungsstandards durch regelmäßig durchgeführte Qualitätszirkel (Abb. 8.50)

Durch die regelmäßigen Qualitätszirkel konnten Qualitätsstandards der verschiedenen in Unterfranken arbeitenden Praxen abgeglichen werden, so dass hier ein sehr intensives verzahntes Praxisnetz entstanden ist, welches eine ambulante Versorgungsqualität erzielt hat, die durchaus beispielgebenden Charakter haben kann.

Entwicklung von Diagnostik- und Therapiestandards
„Kreativitätsorgie“ (praxisintern) Entwicklung von Ideen Festlegung von Arbeitsschwerpunkten Verteilung von Aufgaben
„Therapiewerkstatt“ (praxisintern) Sammlung und Austausch von Konzepten Ausgestaltung des Arbeitsschwerpunktes
„Zweier-Team“ (praxisintern) Konkrete Erarbeitung von standardisierten Vorgaben für Diagnostik und Therapie
„Qualitätszirkel“ (regional) Regionale Abstimmung von Diagnostik- und Therapiestandards Festlegung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Zuständigkeiten (KJPP-Praxen, Klinik, Jugendamt, Schulpsychologen etc.)

Abbildung 8.50: Entwicklungsprozess praxisübergreifender Behandlungsstandards

Veränderung/Verbesserung der Versorgungssituation durch eine bessere Verzahnung von sozialpsychiatrisch arbeitenden Praxen und der Universitätsklinik Würzburg

Es ist eine erhebliche Verschiebung der Patienten eingetreten. Die Liegezeiten in der KJPP der Universitätsklinik Würzburg haben sich deutlich verkürzt. Die Krankheitsbilder haben sich verändert. Leichtere Krankheitsbilder werden nicht mehr in die Klinik aufgenommen. Stattdessen werden dort vermehrt schwer kranke Kinder z.B. mit Psychosen behandelt. Diese wurden früher nicht immer kompetent von den erwachsenenpsychiatrischen Kliniken mitbetreut, da in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken die Ressourcen durch die Patienten blockiert waren, die heute in den Praxisnetzen der sozialpsychiatrisch arbeitenden Praxen behandelt werden können. Insgesamt ist somit durch dieses vernetzte Arbeiten eine wesentliche Verbesserung der Qualität entstanden, die von der Klinik und auch von den komplementären Institutionen bestätigt wird.

8.6 Fallbeispiele

8.6.1 Fallgeschichte: Paula (Name geändert) – Multimodale Therapie einer aufmerksamkeitsgestörten und hyperaktiven Jugendlichen in einer sozialpsychiatrischen Praxis (H. Loch)

Problemstellung und Vorgeschichte

Paula wurde mit 11;1 Jahren erstmals in der Praxis vorgestellt. Seit frühester Kindheit sei sie ein äußerst unruhiges und impulsives Kind, das mit einem ungestümen Dominanzverhalten und kaum beeinflussbarer Egozentrik zunächst die Eltern, dann aber auch die Kindergärtnerinnen sprach- und hilflos machte. Bald hatte sie im Kindergarten den Ruf eines „Power-Kid“. Die Schwierigkeiten spitzten sich erheblich zu, als Paula mit knapp 4 ½ Jahren nach dem Drogentod ihrer großen Stiefschwester überraschend deren 14-monatige Tochter sozusagen als „kleines Schwesterchen“ akzeptieren musste. Die anfängliche Freude über den Zugewinn wich schnell einer heftig

ausgetragenen Rivalität, zumal die kleine Jenny ihr in Sachen Dominanzverhalten nur wenig nachstand, sehr lautstark und aggressiv um ihren Platz in der neuen Familie kämpfte und darüber hinaus auch Wutanfälle produzierte, die sogar Paula in den Schatten stellten.

Paulas Mutter fühlte sich in dieser Zeit zunehmend erschöpft, ausgelaugt, und als „komplette Versagerin“. Paulas Vater fand das häusliche Chaos ebenfalls unerträglich. Er war damals schon über 50-jährig und konzentrierte seine Kräfte mehr auf Beruf und Lokalpolitik, wo er viel Anerkennung fand und mehr Effektivität sah als daheim. Die Situation seiner Frau wurde dadurch aber noch schwieriger. Sie fühlte die ganze Erziehungsverantwortung auf sich lasten und erschöpfte sich in scheinbar nutzlosem Ermahnen und Schimpfen. Zunehmend hasste sie sich dafür, ihrer eigenen Mutter immer ähnlicher zu werden, bei der sie nach der Scheidung vom alkoholkranken und gewalttätigen Vater eine sehr entbehrungsreiche und emotional karge Kindheit verbracht hatte. Schließlich wurde sie mit einem depressiv getönten Erschöpfungssyndrom von ihrer Hausärztin in Psychotherapie überwiesen.

Später berichtet die behandelnde Psychoanalytikerin nach einer knapp einjährigen Therapie, dass die Patientin sich nur sehr langsam aus einem Dickicht von Schuld- und Insuffizienzgefühlen befreien konnte, und dass sich die Arbeit dann auf die Bearbeitung einer sehr tiefsitzenden Schamproblematik konzentrierte, die sich zunächst mehr auf ihre eigene Herkunftsfamilie, dann auf die sozial ausgegrenzten Kinder bezog.

Im Verlauf der Psychotherapie, in der sie sich erstmals nicht nur als „Hauptschuldige“ wahrzunehmen lernte, fand Paulas Mutter schließlich den Mut, Tochter und Enkelin einer kinderpsychiatrischen Kollegin vorzustellen, die bei beiden Kindern eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostizierte. Beide Mädchen wurden auf eine Stimulantientherapie eingestellt, und da bei Jenny noch eine starke Bindungsunsicherheit das klinische Bild mitbestimmte, wurde sie zusätzlich in eine analytische Kinderpsychotherapie vermittelt.

Zurück zu Paula: Sie war im späten Kindergartenalter immer mehr ins soziale Abseits geraten. Sie eckte mit ihrem Verhalten nicht nur bei den Erzieherinnen an, sondern wurde auch zunehmend von den Kindern abgewiesen. In der Grundschule fühlte sie sich

mehr und mehr „gemobbt“. Die medikamentöse Therapie, die nach der Diagnosestellung vom Kinderarzt weiterverschrieben wurde, brachte zwar Verbesserungen im schulischen Bereich, die häuslichen Kämpfe der Kinder tobten jedoch unvermindert weiter.

Diagnostik

Zum Zeitpunkt des Erstkontakts mit unserer sozialpsychiatrischen Praxis stand die Familie kurz davor, Jenny in eine stationäre Jugendhilfe-Einrichtung abzugeben, da auch immer mehr dissoziale Tendenzen das Zusammenleben in der Familie unmöglich zu machen schienen. Auch Paulas Erziehung war äußerst mühsam und ihr aufbrausend-impulsives, inzwischen auch pubertär-ruppiges Verhalten sorgte für viel elterliche Frustration.

Bereits im Familienerstgespräch überraschte Paula alle damit, dass sie sich klar und eindeutig dafür aussprach, Jenny nicht in eine außerfamiliäre Erziehung wegzugeben.

Unsere darauffolgende kinderpsychiatrisch und testpsychologische Untersuchung bestätigte im wesentlichen die schon früher gestellte Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung. Paula zeigte sich hier als eine körperlich und geistig altersgemäß entwickelte Pubertierende mit deutlicher Steigerung von Impulsivität, Antrieb und Motorik, die im Kontakt eine schwankende Aufmerksamkeit zeigte und sich schnell ablenkte. Gleichzeitig wirkte sie aber auch emotional schwingungsfähig und affektiv in Resonanz.

In der funktionsneurologischen Untersuchung fanden sich harmonische Bewegungsabläufe und eine altersgemäße, ungestörte Körperkoordination.

Die psychologische Untersuchung wies Paula sowohl in einem allgemeinen HAWIK-III) als auch in einem sprachfreien Intelligenztest (Raven – Test) als gut begabtes, deutlich überdurchschnittlich intelligentes Mädchen aus, das über ein sehr gutes logisches Denkvermögen verfügt, das aber auch leichte Schwächen in den Bereichen Merkfähigkeit und Formreproduktion hat. Daneben gab es keine Hinweise auf besondere Teilleistungsstörungen. Auch unter fortgesetzter Behandlung mit Methylphenidat war im Konzentrationstest die Leistung noch weit unterdurchschnittlich.

In mehreren projektiven, tiefenpsychologisch fundierten Tests (Szeno, DUSS-Fabeltest, Rorschach-Test) spiegelte sich in vielen Facetten die Situation eines Kindes wider, das zwischen Kindheit und Jugend sich schon stark mit den „Großen“ identifizierte, aber auch noch viel kindliche Versorgungswünsche hat. Unsicherheit bestand auch in bezug auf die Fragen, wer nun wie zur Familie gehört, und wie die Doppelrollen integrierbar sind: Sowohl die der Mutter als Mutter und Großmutter, ihre eigene Rolle als Tante und Schwester.

Behandlungsziele

Insgesamt machte unsere Untersuchung deutlich, dass in drei Bereichen Fortschritte anzustreben sind:

Im Bereich der Ich-Reifung vom impulsiv-egozentrischen „ADHS-Kind“ zur eigenverantwortlichen Jugendlichen.

Im Bereich der intrafamiliären Beziehungen durch klarere Kommunikation und Enttabuisierung der Problemthemen.

Im Bereich der sozialen Kompetenz im Umgang mit den Altersgenossen in der Realschule.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Nachdem unserer Sozialpädagogin von der Klassenlehrerin bestätigt wurde, dass Paula mit übergriffigem und immer noch dominantem Verhalten häufig aneckte, dass sie aber auch wegen ihres selbstbewussten Auftretens und ihrer Kameradschaftlichkeit zunehmend Akzeptanz bei den Jugendlichen habe, entschieden wir uns in unserer Fallkonferenz für ein praxisinternes Therapieangebot. Dieses setzte sich aus den Bausteinen Familientherapie, Gruppenpsychotherapie und Optimierung der Methylphenidat-Behandlung zusammen.

Zunächst begannen wir mit familientherapeutischen Gesprächen, die ca. 6-wöchentlich abgehalten wurden und vorwiegend systemisch-ressourcenorientiert ausgerichtet waren, in denen aber auch psychoanalytische Aspekte nicht fehlten.

Insbesondere gelang es hier relativ rasch, dem Vater seine Wichtigkeit nahezubringen und ihn für ein verstärktes Engagement in der Familie zu gewinnen. Auch offene Gespräche über Paulas verstorbene große Stiefschwester, also über Jennys Mutter, schienen diese postum sozusagen wieder in die Familie aufzunehmen und machten ein respektvolles Gespräch über sie und alle Verwirrungen ihres kurzen Lebens möglich. Die Geschwisterrivalität verringerte sich zusehens, als jede der beiden Mädchen wieder ihre Mutter für sich hatte: Paula die ihre und Jenny ihre verstorbene. Auch für Paulas Mutter brachte es eine große Erleichterung, als in der Familientherapie festgeschrieben wurde, dass sie für beide Mädchen weiterhin „Mama“ sein soll, für Paula jedoch auch „Mutter“, für Jenny „Großmutter“.

Parallel zu dieser Familientherapie lief eine Neueinstellung der Stimulantientherapie, und es zeigte sich, dass mit einer morgendlichen Gabe von 5 mg Methylphenidat und 20 mg eines Retardpräparates ein optimiertes Ergebnis zu erzielen war.

Ergänzend zu den geschilderten Maßnahmen wurde Paula noch die Teilnahme an einer Gruppenpsychotherapie für Mädchen im Alter von 11 bis 13 Jahren angeboten. Diese Gruppe wird von unserer Sozialpädagogin als Therapeutin und dem Kinderpsychiater als Co-Therapeuten durchgeführt und dauert 1 Jahr. Sie folgt einem vorwiegend gruppenspezifischen Therapiekonzept unter Einbeziehung von Autogenem Training, Imaginationsverfahren, gestaltungstherapeutischen Übungen und freiem Gespräch, wobei das Therapeutenpaar im Laufe jahrelanger Erfahrungen zu einer Rollenteilung kam, bei der die Therapeutin die Gruppe leitet und die zum jeweiligen Stand des Prozesses sinnvoll erscheinenden Angebote macht. Der Arzt als männlicher Co-Therapeut greift aber nicht nur interpretierend ein, sondern beteiligt sich auch partiell am Gruppengeschehen mit einer Haltung der "selektiven Authentizität" gemäß der von Ruth Cohn entwickelten „Themenzentrierten Interaktion“.

Paula nahm das Angebot an und kam ein Jahr lang mit hoher Motivation. Sie brachte neben einiger Unruhe auch viel Lebendigkeit, Fröhlichkeit und Humor in die Gruppe hinein und kam, ohne sehr dafür kämpfen zu müssen, in eine „Alphaposition“. In der Rolle der „Großen“ entwickelte sie auch sehr fürsorgliche Seiten und wachte auch darüber, dass jede Teilnehmerin zu ihrem persönlichen Recht in der Gruppe kam.

Nach Beendigung der Gruppentherapie fanden noch einige Familiengespräche statt, an denen regelmäßig beide Eltern und beide Kinder teilnahmen.

Bewertung

Alle äußern sich derzeit mit dem Ergebnis unserer sozialpsychiatrischen Arbeit zufrieden: Die Eltern haben das Gefühl, inzwischen zwei durchaus „vorzeigbare“ Töchter zu haben, mit deren gelegentlich durchbrechender Impulsivität gelebt werden kann. Jennys Verbleib in der Familie scheint gesichert, von Fremdunterbringung sprach schon lange niemand mehr. Paula selbst räumte ihrer Nichte Jenny umso großzügiger und schwesterlicher einen gebührenden Platz ein, je mehr letztere sie als „die Große“ akzeptierte. Als Gegengewicht zur Rücknahme ihrer überhöhten Ansprüche an die Großmutter gibt es nun in Jennys Zimmer an zentralem Platz ein Portrait ihrer Mutter.

Die Familie ist mit dem Ergebnis der bisher erzielten Behandlung ebenso zufrieden wie die Therapeuten. Wir sind der Überzeugung, dass das sozialpsychiatrische, interdisziplinäre Zusammenwirken mehrerer Professionen und die Kombination mehrerer Therapieansätze ein Ergebnis brachte, das mehr ist als die Summe der Einzelelemente.

8.6.2 Die Behandlung eines Kindes mit schwerwiegenden Störungen des Sozialverhaltens auf dem Boden einer Aufmerksamkeitsstörung und Teilleistungsstörungen (D. Hoehne)

Problemstellung und Vorgeschichte

Der noch nicht 6-jährige N. (Name geändert) wurde erstmals im April 2001 von der Mutter in der Praxis vorgestellt, angemeldet und überwiesen durch den Kinderarzt, wegen erheblicher aggressiver Verhaltensprobleme. Die Einschaltung des Kinder- und Jugendpsychiaters erfolgte wegen Eskalationen im Kindergarten und zu Hause. N. zerschnitt Kleider, zog Tapeten von den Wänden, schubste andere Kinder und erschien

im Kindergarten den Erzieherinnen unberechenbar. Die Eltern waren am Ende ihrer Kräfte.

Bereits in der Schwangerschaft gab es Probleme mit dem leiblichen Vater von N., welcher die Mutter prügelte. Die Geburt erfolgte per Saugglocke, das Kind hatte körperliche Anpassungsprobleme, erholte sich dann. Im ersten Lebensjahr erhebliche Regulationsstörungen mit stundenlangem Schreien und erheblicher nervlicher Anspannung der Mutter. Im 6. Lebensmonat Trennung der leiblichen Eltern, nachfolgend noch heftige Auseinandersetzungen. Laufen lernen mit 12 Monaten, extrem abenteuerlich, keine Gefahrenabschätzung möglich. Sehr gute Sprachentwicklung. Die Sauberkeitserziehung war bis zum 5. Lebensjahr verzögert. Kindergartenbesuch mit 3 Jahren, die Mutter begann wieder zu arbeiten, Versorgung durch die Großeltern.

Abbruch des Kontakts zur väterlichen Familie mit 4 ½ Jahren. Im Kindergarten fiel N. durch eine erhebliche Unruhe auf. Er zeigte feinmotorische Unsicherheiten sowie ein nicht altersgemäßes Spielverhalten. Seine Kontaktaufnahme mit anderen Kindern verlief häufig inadäquat, mit Schubsen und Schlagen. Auch respektierte N. kaum Grenzen und Regeln.

Eine Ergotherapie wurde vom Kindergarten empfohlen und auch eingeleitet.

Von Seiten der körperlichen Situation wurde im Alter von 2 Jahren eine Schilddrüsenunterfunktion festgestellt, weswegen N. bis kurz vor der Vorstellung beim Arzt für KJPP eine Schilddrüsenbehandlung erhielt.

Diagnostik

- Kinderpsychiatrischer Befund

Im Erstbefund sehe ich einen deutlich entwicklungsverzögert wirkenden Jungen, der in der Zweiersituation bei viel positiver Zuwendung führbar ist, jedoch keine altersüblichen Aufgaben adäquat erledigen kann. Die Impulssteuerfähigkeiten von N. sind deutlich eingeschränkt, Wutanfälle und Impulsdurchbrüche dominieren im Alltag und sind im Rahmen der Aufgabenstellungen ebenfalls sichtbar, die er nur mit viel positiver Unterstützung überhaupt durchhalten kann. Die soziale Kompetenz erscheint

deutlich eingeschränkt, die Kontaktaufnahme des Kindes ist eher grob und ungeschickt. N. wünscht sich Freunde, zeigt jedoch wenig Fähigkeiten, dies zu verwirklichen.

- **Neurologischer Befund**

Neurologisch zeigen sich eine fein- und grobmotorische Retardierung sowie Ungeschicklichkeit. Die neuropädiatrische Untersuchung bestätigt die fein- und grobmotorischen Auffälligkeiten. Das EEG ist auffällig mit Allgemeinveränderungen, das daraufhin durchgeführte Schlafentzugs-EEG zeigt sich als völlig normal, so dass eine bioelektrische Epilepsie als Ursache der Verhaltensauffälligkeiten weitgehend ausgeschlossen werden kann.

- **Intellektuelle Ausstattung**

In der Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik im Rahmen von 5 spieldiagnostischen Stunden und einer testpsychologischen Untersuchung zeigt N. durchschnittliche kognitive Fähigkeiten bei schlechten Fertigkeiten. Es besteht der Verdacht auf eine auditive Wahrnehmungsstörung und deutliche feinmotorische Beeinträchtigungen.

- **Sonstige Körperliche Befunde**

Eine erneute Überprüfung der Schilddrüsenfunktion ergab einen Normalbefund, das Medikament L-Thyroxin konnte abgesetzt werden.

Behandlungsziele

Oberstes Behandlungsziel war es, die drohende soziale Desintegration von N. zu verhindern und ihm die Voraussetzungen zur erfolgreichen Bewältigung seiner alterstypischen Entwicklungsaufgaben zu vermitteln. Ansonsten wäre zu befürchten, dass N. Kompensationsmechanismen wählt, die für die Umgebung zunehmend untragbar wären und zu seiner Ausstoßung führen würden, was sich bei Behandlungsbeginn bereits abzeichnete.

Als Schritte dorthin bedurfte es der Zielsetzungen auf 3 Ebenen:

Einmal der Arbeit mit dem Kind, zur Verbesserung seiner motorischen Defizite, seiner Impulssteuerfähigkeiten, seiner Ausdauer und Konzentration sowie seines Durchhaltevermögens, der Schulung seiner Selbstwahrnehmung sowie der Stärkung seines Selbstwertgefühls als wichtige Voraussetzung für eine Stabilisierung der emotionalen Erlebenssituation des in eine soziale Außenseiterrolle geratenen Kindes.

Auf der Ebene der Eltern standen neben dem Verständnis für die Problematik von N. die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen und die Einübung positiver Verhaltensmuster einschließlich der nötigen konsequenten pädagogischen Haltung der Eltern in bezug auf Regeln und Grenzen im Vordergrund.

Mit den begleitenden Systemen (zunächst Kindergarten, dann Schule) waren neben dem Verständnis für die Situation an hilfreichen Mustern des Umgangs zu arbeiten sowie die Lernziele für das Kind sinnvoll aufeinander abzustimmen.

Behandlung und Therapieverlauf

o Instrumente der Behandlung

Es kamen folgende Module zum Einsatz: Ergotherapie, Spieltherapie, Einzelberatung der Mutter, Elternseminar zum ADHS, Round-Table-Gespräche, Medikamentenbetreuung.

Der Therapieverlauf stellte sich folgendermaßen dar:

- Erste Behandlungsphase

Nach der ersten testdiagnostischen Phase erfolgte die Fortführung der bereits begonnenen Ergotherapie sowie der emotionalen Stabilisierung des Kindes durch eine wöchentliche Spieltherapie. Parallel fand eine intensive Einzelbetreuung der Mutter statt zur Modifikation ihres Alltagsverhaltens sowie zur Neustrukturierung der Alltagsstruktur.

Nach ca. einem ½ Jahr kam es zu einer deutlichen Verbesserung der Gesamtsituation zu Hause sowie im Kindergarten, jedoch blieben weiterhin die Symptome von Hyperaktivität, niedriger Frustrationstoleranz, kurzer Aufmerksamkeitsspanne und immer wieder ein sehr expansives Verhalten bestehen.

- **Zweite Behandlungsphase**

Entschluss zum Einsatz von Methylphenidat nach reiflicher Überlegung und Abwägung aller Vor- und Nachteile. Daraufhin zeigt sich eine frappierende Verbesserung der Lenkbarkeit von N.. Es kam zu einer Reduktion seines expansiven Verhaltens und seiner Hyperaktivität. Das Spielverhalten verbesserte sich.

Im weiteren Verlauf wurde nach Aufnahme der Methylphenidatbehandlung nochmals eine Leistungs-Testung vorgenommen, die folgende Ergebnisse erbrachte: Bei weiterhin durchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten deutliche Verbesserung der auditiven Wahrnehmungsfunktionen sowie der feinmotorischen Fähigkeiten. Noch immer zeigten sich Schwierigkeiten im Bereich Ausdauer, Durchhaltevermögen und Anstrengungsbereitschaft.

- **Dritte Behandlungsphase**

Round-Table mit dem Kindergarten, vor allem zur Verbesserung der Compliance in bezug auf die Medikamentengabe. Der Kindergarten hatte erhebliche Ressentiments und neigte zu elterlichen Schuldzuschreibungen. Durch das fachärztliche Gespräch und den Informationsaustausch sowie die Abstimmung der therapeutischen Ziele war eine deutliche Verbesserung der Situation und Kooperation zu erreichen.

- **Vierte Behandlungsphase**

Zum Schulbeginn wurde mit Empfehlung des Besuchs der Kindersportschule die Ergotherapie beendet. Ebenso konnte die kindzentrierte Einzelpsychotherapie abgeschlossen werden, da N. sich emotional deutlich stabilisiert hatte. Aggressive Übergriffligkeiten kamen nur noch selten vor. Zu diesem Zeitpunkt nahm die Mutter an einem ADHS-Elternseminar teil und gründete nach dessen Anschluss mit unserer Unterstützung in der Praxis eine Elternselbsthilfegruppe, die seitdem von einer Psychologin der Praxis begleitet wird. Im Sommer 2002 erfolgte die Einschulung des Jungen.

Aufgrund des Wissenszuwachses der Mutter wollte diese bei sich selbst ein mögliches ADHS fachlich abklären lassen, was durch einen Erwachsenenpsychiater verifiziert wurde. Die Mutter nahm ihrerseits eine entsprechende Behandlung auf.

Fünfte Behandlungsphase

Nach der Einschulung wurde eine Anpassung der Methylphenidat-Dosis notwendig. Zunächst zeigte sich N. recht motiviert und hatte auch erste kleine Erfolge seiner sozialen Integration, die gut gelang. Probleme zeichneten sich im 2. Halbjahr ab. N. hinkte im Leselernprozess deutlich hinterher und geriet im Sozialbereich der Schule in eine schwierige Position, da die Lehrerin nach Meinung der Kindesmutter sehr viel Druck machte. Verschiedene Gespräche mit der Lehrerin zeigten, dass im Rahmen der schulischen Situation wenig Flexibilität bestand, so dass sich trotz guter Intelligenz der Lese- und Schreiblernprozess schwierig gestaltet.

Sechste Behandlungsphase

Ausblick: Es wird ein Round-Table-Gespräch mit der Schule stattfinden, in dem die möglichen Hilfen für N. zwischen Jugendhilfe, Schule und KJPP gemeinsam mit der Mutter diskutiert werden. Eventuell wird eine einzeltherapeutische Unterstützung zur Erlernung des Lese-Rechtschreibprozesses notwendig sein. Mit 9 Jahren wird N. voraussichtlich in die in der Praxis vorgesehene Basistrainingsgruppe für ADHS-Kinder integriert werden.

In der Einzelbetreuung der Mutter ist im Weiteren auch ein Schwerpunkt darauf zu legen, den sozialen Vater vermehrt in die Beratung mit einzubeziehen, um für die Mutter noch mehr Unterstützung zu installieren.

Bewertung

Bei N. lagen eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit einer Störung des Sozialverhaltens (ICD 10: F90.1) sowie eine umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD 10: F82) vor. Dazu hatte N. schwierige Sozialisationsbedingungen erlebt, die geprägt waren von früher Gewalterfahrung,

wechselnden Beziehungen und schwierigen „Verschreibungen“. Bei Behandlungsbeginn drohte die Ausstoßung in verschiedenen Bereichen, so im Kindergartenbereich, aber auch im Bereich der Familie, die völlig „ausgelaugt“ erschien und N. z.B. nicht mehr im verwandtschaftlichen Rahmen für tragbar hielt. Die Eltern (Mutter und sozialer Vater) waren sehr bemüht um ein funktionierendes familiäres Umfeld, jedoch völlig überfordert mit den eskalierenden Symptomen des Kindes.

Durch die multiprofessionelle Diagnostik und Behandlung konnten eine Stabilisierung des familiären Systems sowie eine deutliche emotionale Verbesserung der Situation von N. erreicht werden. Allerdings zeigt sich in Krisensituationen gegenwärtig immer wieder, dass N. noch sehr irritierbar ist und einer konstanten und haltgebenden Umgebung bedarf, um nicht in alte Verhaltensweisen zurückzufallen. Aufgrund der Schwere der Störung wird es nötig sein, punktuell Hilfen zu verstärken, mit verschiedenen Systemen zu arbeiten und damit eine weitere Stabilisierung des Systems zu ermöglichen. Durch den engen Kontakt mit den Eltern, dem Kinderarzt und dem weiteren Umfeld können die jeweils auftretenden Probleme in gegenseitiger Abstimmung angegangen und Lösungen gefunden werden.

8.6.3 Bindungsstörung mit Enthemmung: Kombinierte Entwicklungsstörung der motorischen und sensorischen Funktionen (G. Roosen-Runge)

Problemstellung und Vorgeschichte

Klaus (Name geändert) ist ein 13-jähriger Realschüler, der mir von seiner Mutter vorgestellt wurde. Auch der Lehrer war zum Erstgespräch mitgekommen, der Vater ließ sich wegen beruflicher Überlastung entschuldigen. Klaus war widerwillig mitgekommen und demonstrierte dieses durch betont legeres Sitzen, Maulen, Gähnen und zum Teil beleidigend abschätzige Bemerkungen allen Anwesenden gegenüber. Einige wenige Gespräche in einer Erziehungsberatungsstelle seien wegen mangelnden Engagements von Klaus und seinem Vater ohne Wirkung geblieben.

Die Vorstellung erfolgte wegen eines drohenden Schulausschlusses, wegen diverser Verhaltensauffälligkeiten und des Versagens aller schulischen und familiären Erziehungsversuche.

Der Lehrer berichtete, Klaus beschimpfe Mitschüler und Lehrer, trieze und piekse Mädchen, widersetze sich konsequent Anweisungen der Lehrer, mache keine Hausaufgaben. In letzter Zeit werde er auf dem Schulhof so aggressiv und mische die Schule so auf, dass ein Verbleiben in der Realschule nicht mehr vorstellbar sei – wenn er sich nicht durch eine Therapie bei mir ändere. Nach einer Verletzung einer Mitschülerin sei er für 2 Wochen aus dem Unterricht ausgeschlossen worden. Er habe sich bisher aber nicht entschuldigt und könne seinen unentschuldbaren Anteil am Konflikt nicht erkennen. Seine schriftlichen Leistungen seien, wenn er schon mitschriebe, recht gut in allen Fächern, was auf eine gute Intelligenz hinweise. Er habe Rechtschreibprobleme, sei aber nicht als Legastheniker anerkannt. Er lenke sich und Mitschüler dauernd ab, wirke angespannt und impulsiv, zeige oft Gefühlsausbrüche, folge nur den eigenen Handlungsimpulsen, ohne Rücksicht auf die Situation und auf andere Mitmenschen zu nehmen.

Die Mutter betonte, diese Verhaltensweisen hätten erst in der dritten Klasse begonnen, als ein Wechsel von einem Klassenlehrer zu einer Klassenlehrerin stattgefunden habe. Früher sei er ein etwas linkisch wirkendes Kind gewesen, das durch den Anschein von Hilflosigkeit die Sympathie von vielen Erwachsenen habe gewinnen können. Er habe da wenig Unterschiede zwischen den Erwachsenen gemacht. Klaus verhalte sich jetzt zuhause sehr unterschiedlich: Er klammere sehr an sie, könne dann zärtlich sein, er werde aber aggressiv, wenn sie einmal etwas mit der großen Schwester unternehmen wolle oder ihn an die Hausaufgaben oder häuslichen Pflichten erinnere. So sei er schon immer gewesen. Er nerve die große Schwester, laufe dauernd in deren Zimmer. Der Vater habe aber verboten, dass sie einen eigenen Zimmerschlüssel erhalte, um sich zurückziehen zu können. Er habe auch außerfamiliäre Hobbys aufgegeben, vertrage sich eben mit anderen Kindern nicht. Klaus langweile sich zuhause und wolle von ihr unterhalten werden. Sie habe sich über ADHS belesen und meine, Klaus brauche eine entsprechende Therapie – „aber ohne medikamentöse Behandlung“.

Mutter und Vater hätten schon seit der eigentlich unerwünschten Schwangerschaft mit Klaus über dessen Erziehung gestritten. Die Mutter berichtet, sie habe sich den Jungen gewünscht, der Vater nicht. Sie habe „den Vater mit Klaus reingelegt“. Die Geburt sei katastrophal verlaufen und sie vermute, dass alle Probleme dort ihren Ursprung genommen hätten. Klaus sei sofort von ihr getrennt und in eine Kinderklinik verlegt worden. Der Vater habe den Sohn viel häufiger besucht, als es ihr auf der Wochenstation möglich gewesen wäre. Sie formuliert: „Seitdem gibt es eine enge Verbundenheit des Vaters und des Kindes gegen mich und die Schwester“. Der Vater sei von der Erziehungsunfähigkeit der Mutter überzeugt. Der Vater und Klaus führen gemeinsam in Urlaub. Der (Name geändert) Vater überließe das Einfordern von Pflichten der Mutter, weil er in der kurzen Zeit, die er zuhause sei, „kein böser Vater sein wolle“. Sie meine, auch deshalb sei er nicht ins Erstgespräch mitgekommen. Er hielte von „Seelenklempnern“ überhaupt nichts. Die Lehrer sollten sich nicht so anstellen und mit Klaus so umgehen, wie er es täte; dann hätten sie auch keinen Ärger mit ihm.

Klaus selber nahm zu alledem keine Stellung, erklärte sich aber bereit, mehrere Male zu Gesprächen in die Praxis zu kommen.

Diagnostik

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich eine Dyspraxie mit grob- und feinmotorischen Koordinationsschwächen, eine Rechts-Links-Zuordnungsschwäche und eine gnostische Störung der taktil-epikritischen Sensibilität. Während der Untersuchung „schaltete“ Klaus immer dann, wenn Aufgaben schwierig zu werden schienen, Verhaltensweisen des Ablenkens und Zudeckens mit Kaspeln, aggressivem Verweigern und Über-Andere-Reden „ein“, welche die anwesende Mutter zur Genüge auch von zu Hause kannte.

Testpsychologisch fand sich eine leicht überdurchschnittliche Grundintelligenz mit Teilleistungsschwächen in der akustischen Reizverarbeitung. Aufmerksamkeitstests verliefen überdurchschnittlich gut. Klaus absolvierte die Tests motiviert, wurde aber einmal trotzig-aggressiv, als er eine Aufgabe nicht ganz fertig machen konnte.

In den projektiv-kreativen Tests zeigten sich ein reduziertes Körper-Selbstbild und karg und verkümmert wirkende kreative Ausdrucksfähigkeiten. Im Zeichentest „Familie in Tieren“ erschienen nur Fluchttiere außer dem Vater als Gepard.

Der psychiatrische Befund zeigte eine rasche Auffassungsgabe und spezielles Wissen zum Thema Angeln (mit dem Vater). Bewusstsein und Denken waren intakt. Charakteristisch war ein hohes Misstrauen den Therapeuten gegenüber, das mit unerwartet offenherzigen Erzählungen über häusliche Konflikte kontrastierte („Distanzstörung“). Über seine Nervereien erzählte er selbstgerecht belustigt („Empathieschwäche“). Klaus geriet schnell aufgrund seiner eigenen Darstellung von Konflikten in Wut, „heizte sich selber an“. Er konnte dann auch schon die Selbstkontrolle verlieren und sich motorisch abreagieren durch Aufspringen und Rauslaufen („Affektinkontinenz, mangelnde Impulssteuerung“). Er konnte Schuld nur bei anderen erkennen, lange darüber schimpfen und altklug in allgemeine Klagen über die Zeitläufe einmünden. („Ignorieren, Verschieben, Projizieren, Generalisieren; Identifikation mit dem Vater“). Introspektionsfähigkeit und Selbstkritik fehlten ihm fast völlig („narzisstischer Modus“). Seine Stimmung war dysphorisch angespannt, er wirkte immer wie „auf dem Sprung“. Er gab Probleme auf Nachfragen zu, erkannte den „Ernst der Lage nicht“, oft in Berufung auf den Vater („interpersonaler Modus“). Er beschuldigte dauernd die Mutter, sie ziehe die Schwester und den Vater ihm vor und kümmere sich nicht um seine Probleme („unklare Generationenstruktur, Rollenunsicherheit“). So war seine Kooperation trotz von ihm behaupteter Motivation eingeschränkt (mangelhafte soziale Kompetenz). Er konnte schlecht zuhören, hielt Augenkontakt nur, wenn man langsam und deutlich mit ihm redete (mangelhafte akustische Speicherung). Er wehrte neue Situationen ab und brauchte lange, um sich neu darin zurecht zu finden („epikritische und protopathische Sensibilitätsstörung, taktile Abwehr, Körperschema-Schwäche“).

Wir stellten folgende Diagnosen:

- Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (ICD-10 F94.2),
- kombinierte, umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen und sensorischen Funktionen (ICD-10 F 83).

- Das Vorliegen eines ADHS schlossen wir aus.

Behandlungsziele

- Im diagnostischen Abschlussgespräch, zu dem der Vater mitkam, vereinbarten wir
- die Durchführung von Ergotherapie in einer externen Praxis zur Verbesserung der motorischen und sensorischen Kompetenzen vor allem in der Schule,
 - Einzelgespräche bei der Psychologin (soweit Klaus dazu motiviert sein sollte),
 - Familiengespräche zur besseren Abstimmung der Eltern bei der Erziehung und bei den häufigen familiären Streitereien und
 - eine enge Zusammenarbeit mit Lehrern, Ergotherapeuten und der Praxis zur Koordination der primär ärztlich-somatisch indizierten und der psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen unter fachärztlicher Federführung.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Zu Beginn der Therapie kündigte der Vater im ersten Familiengespräch gleich an, er werde aus beruflichen Gründen wohl nicht an allen Folgegesprächen teilnehmen können; seine Teilnahme stelle sich immer erst kurzfristig vor den Terminen heraus.

Ich empfahl, sog. smiley-Listen zu führen, mit denen Klaus, der Lehrer und die Eltern jeden Schulvormittag und den ganzen Tag selbst- und fremdbeurteilen und damit in täglichem Kontakt untereinander und mit sich selbst gebracht werden könnten.

Schon nach dem ersten Einzelgespräch erklärte Klaus, er sähe keinen Grund, weiter in die Therapie zu kommen. Die Anderen müssten sich ändern, nicht er. Wenn es die Eltern wollten, käme er in die Familiengespräche mit, nicht aber in die Einzeltermine bei der Psychologin. „Die bringen ja eh nichts“, zitierte er den Vater.

In die Ergotherapie ging er regelmäßig und zuverlässig. Dort konnte er vor allem an seiner „taktile Abwehr“ und seinem unsicheren Körper-Selbst-Gefühl arbeiten. In meinen regelmäßigen Fallgesprächen mit den Ergotherapeuten wurde klar, dass Klaus wenig Selbstvertrauen hat und seine Ängste, sich motorisch und sensorisch zu blamieren, durch übertriebene Kraftmeiereien in der Schule zu überdecken versuchte. Er konnte in

der SI-Therapie lernen, seine Ressourcen realistischer einzuschätzen und zu nutzen – solange er mit einer Ergotherapeutin alleine war. Kaum kamen aber andere Kinder dazu, verfiel er in die altgewohnten Verhaltensweisen („mangelnde Gruppenfähigkeit“).

Diese Erfahrungen sprach ich im nächsten Familiengespräch, in dem der Vater fehlte, an. Die Mutter berichtete, solche Schwierigkeiten kenne sie bei Klaus schon lange. Der Vater brülle ihn dann an, sodass Klaus versuche, sie vor dem Vater durch „Schleimereien“ zu verbergen. Die zur Verhaltenskontrolle eingesetzten „smiley-Listen“ wurden nur von Mutter und Lehrer ausgefüllt, Klaus und der Vater beteiligten sich daran nicht. Die Verhaltensauffälligkeiten intensivierten sich.

Die Mutter suchte ohne mein Wissen einen Kinderarzt auf, der Klaus Methyphenidat verschrieb. Diese Maßnahme brachte keine Wende in den Verlauf.

Die Mutter erklärte nun im Familiengespräch, sie könne nicht mehr. Wir sprachen über die Möglichkeiten einer Fremdunterbringung oder einer stationären Therapie in einer Klinik (immer mit begleitenden Familiengesprächen). Sie meinte, das könne nicht klappen, weil der Vater nicht dahinter stünde. In einem Gespräch mit dem Vater wurde dieses thematisiert und bestätigt.

Nachdem Klaus in der Schule nun auch noch anfing zu stehlen und Mädchen schlug, wurde er von der Realschule erneut für 2 Wochen vom Unterricht und von einer Klassenfahrt ausgeschlossen. Der Vater beschwerte sich beim Rektor, kritisierte den Klassenlehrer und forderte Gleichbehandlung für seinen Sohn. Die Mutter sprach im Jugendamt vor. Dort wurde ein gemeinsames Gespräch von Klaus, Eltern, Lehrer und Praxis angeregt. Diese Hilfeplankonferenz fand kurzfristig statt. Die Sozialpädagogen betonten, sie sähen primär Therapiebedarf für Klaus und die Familie und keinen Grund, sofort mit Jugendhilfemaßnahmen „einzusteigen“. Ich stimmte zu, dass Hilfen (bis hin zur Fremdunterbringung) nicht zur Vermeidung von Konflikten in der Familie eingesetzt werden dürften, mithin die Elternarbeit Vorrang vor allen anderen Maßnahmen haben müsse. Alternativ wurde über eine stationäre Therapie mit Einzel- und Familiengesprächen gesprochen. Der Vater gab sich verständig, ermahnte Klaus zu Besserung, erklärte aber, er werde sich „eher mit Klaus zusammen von der Familie trennen, als ihn wegzugeben“. In der Klinik wurde der Familie ein ambulantes

Vorgespräch angeboten. Dabei wurde eine stationäre Aufnahme in 2 Monaten und unter der Bedingung, dass Klaus zur Therapie motiviert sei, angeboten.

Der Vater entschloss sich nun, zeitparallel zum Schulabschluss und der Klassenfahrt mit Klaus einen Erholungsurlaub zu machen, „damit er einmal raus kommt“. Als Klaus auf dieser Fahrt dem Vater Geld stahl, brach er den Urlaub ab und erklärte, er distanzieren sich von der Erziehung von Klaus, weil dieser ihn zu sehr enttäuscht habe. In einem Familiengespräch solidarisierte er sich nun erstmals mit den Klagen und Überlegungen der Mutter. Klaus saß schweigend mit mürrischer Miene dabei. Der Vater einigte sich mit der Mutter darauf, einen Antrag auf Fremdunterbringung zu stellen, und ich teilte dieses sofort telefonisch dem Sozialpädagogen des Jugendamtes mit.

Seit diesem Gespräch hat sich die Kommunikation zwischen Klaus und seinen Eltern gewandelt. Die Eltern sprechen sich besser ab und konterkarieren nicht mehr die Anordnungen und Zuwendungen des anderen. Sie klagen über den Druck, den die Schule auf Klaus ausübt und sie zu großer erzieherischer Konsequenz zwingt. Der Vater konnte in seiner Firma erreichen, dass er nun regelmäßiger zuhause präsent sein kann. Klaus selber folgte dem Druck zunächst widerwillig, hemmte aber erstmals seine aggressiven Impulse erfolgreich („um nicht ins Heim zu kommen“). Er nimmt nun auch Empfehlungen der Ergotherapeutin zu seinem Sozialverhalten ernst und übt dieses in einer Ergotherapiegruppe. In den Familiengesprächen nimmt er jetzt aktiv teil, berichtet über schulische Erfolge, die auch seitens des Lehrers bestätigt werden. Es gelingt ihm zunehmend, Selbstbestätigung aus guten Noten und nicht aus destruktivem Provozieren zu ziehen. Er verachtet immer noch einen Großteil seiner Mitschüler, findet aber nun auch einige ganz nett. Er geht neu in den Judoverein und kann dabei an frühere Erfahrungen positiv anknüpfen. Hausaufgaben machen zu müssen, empfindet er immer noch als Niederlage, aber er macht sie. Es fällt ihm schwer, dem äußeren Druck von Vater und Mutter zu folgen, aber es gelingt ihm seit ungefähr 3 Monaten zunehmend besser. Einzeltherapie will er nicht in Anspruch nehmen, „sonst wird es mir zu viel“. Die Eltern betonen, es sei ihnen jetzt gelungen, zu verhindern, den Sohn wegzugeben. Die Klinikaufnahme wurde abgesagt. Der Antrag auf Fremdunterbringung ruht. Die Eltern

machen erstmals die Erfahrung, bei der Erziehung zusammen erfolgreicher als zwei verfeindete Alleinerziehende zu sein.

Bewertung

Ich glaube, dieser für meine Praxis recht typische Fall zeigt eine wichtige Grundstruktur von multimodalen Therapien:

Individuelle Störungen und dysfunktionale Familienstrukturen vermischen und verstärken sich häufig, so wie es auch bei Klaus der Fall war. Nur eine sorgfältige ärztlich-medizinische und psychologische Diagnostik kann hier die kausal wirksamen, teils somatisch, teils psychodynamisch fundierten Therapiemaßnahmen begründen. Ergotherapie und Familientherapie mussten kombiniert werden; andere Hilfssysteme wie Jugendamt, Schule und Klinik mussten integrativ beteiligt werden, um Verschiebungen und Spaltungstendenzen, die hauptsächlichen Abwehrmodi der Familie, zu vermeiden und gemeinsam eine „heilsame Antwort“ darauf zu finden.

Verhaltensänderungen können nur vom Patienten selber ausgehen. Sein Denken und Fühlen ist primär nur durch die Eltern und deren Erziehung beeinflussbar. Helfer, die diese primären Bezüge nicht erkennen und durch noch so wohlgemeinte Hilfen und Hilfssysteme ersetzen wollen, müssen an diesen entwicklungspsychologischen, familiendynamischen und juristischen Grundgegebenheiten scheitern. Erst als das familiäre Beziehungsdreieck Vater-Mutter-Kind wieder (oder erstmals) funktionierte, konnten die Eltern sich als solche erkennen und Klaus eine gewisse Sicherheit in seiner Rolle als Sohn dieser Eltern gewinnen. Erst als das umgebende Helfersystem deutlich gemacht hatte, dass es den Ball der Konfliktlösung konsequent und von allen Seiten an die Eltern zurückspielt (ohne sich aus der Hilfestellung zurückzuziehen), konnten die Eltern sich auf diese Hilfen einlassen. Hier waren sich Praxis, Klinik und Jugendamt einig.

Weniger Hilfen können mehr bewirken, wenn sie der Stärkung der primären Beziehungen und der Elternkompetenz dienen. Therapeuten, Lehrer und andere Helfer können eben nie die realen Eltern ersetzen und die „besseren Eltern“ sein.

8.6.4 Geistige Behinderung, Morbus Recklinghausen, schwere Skoliose, Pflegekind, Längenwachstumsstörung, Bindungsstörung mit Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Störung des Sozialverhaltens (G. Roosen-Runge)

Problemstellung und Vorgeschichte

Der damals 13-jährige Peter (Name geändert) wurde mir von seiner Pflegemutter und seinem Pflegevater vorgestellt, nachdem er in der Schule, der Schule für Geistig Behinderte, Mitschülerinnen und Mitschüler wahllos umarmt und geküsst hatte. Vor allem Mädchen fühlten sich dabei unsittlich berührt, was Peter nicht nachvollziehen konnte. Die Pflegeeltern berichteten, sie könnten Peter nicht aus den Augen lassen, sonst stelle er irgendetwas Verbotenes an. Er könne auch so ausfallend wütend sein, dass er für andere gefährlich werde. Wenn es so weiter ginge, müssten sie ihn in ein Heim geben, wollten dieses durch eine Therapie bei mir aber verhindern.

Peter ist das vierte von sechs Geschwistern und vier Halbgeschwistern. Seine Mutter und wohl auch der leibliche Vater sind geistig behindert. Aufgrund von Verwahrlosung wurde den Eltern vom Jugendamt recht unerwartet die elterliche Sorge entzogen, und Peter kam nach mehreren Monaten Heimaufenthalt mit 5 Jahren zu den jetzigen Pflegeeltern. Bald stellten sich ein Morbus Recklinghausen, unter dem die Mutter auch leidet, eine Wachstumshormonstörung und eine hochgradige Skoliose der Wirbelsäule heraus. Letztere wurde durch Implantation eines „Harrington-Stabes“ operativ korrigiert. Peter ist aber weiter in seiner Beweglichkeit eingeschränkt. Er hat eine Körpergröße von ca. 155 cm erreicht. Auch zwei andere Geschwister von Peter sind in Mölln bei Pflegeeltern untergebracht und besuchen dieselbe Schule wie er. Sie trafen lange in regelmäßigen Abständen die Mutter, die der Unterbringungsmaßnahme mittlerweile positiv, aber desinteressiert gegenübersteht, im zuständigen Jugendamt. Die Kontakte zur Mutter brachen vor ca. 2 Jahren ab.

Peter berichtete mir im zweiten Gespräch, dass es die Kinder in der Herkunftsfamilie „gut gehabt“ hätten, gemeinsam ins Heim gebracht worden seien und dann auf drei Pflegefamilien verteilt worden seien. Das hätten sie gar nicht gut gefunden. Es gehe ihm

jetzt gut. Fragen über seine leibliche Mutter verbitte er sich, weil er zu „seinen Privatsachen“ nichts sage.

Diagnostik

Über Peter wurde mir ein ganzer Leitz-Ordner mit Arzt- und Krankenhausberichten zur Verfügung gestellt, in denen die o.g. somatischen Diagnosen ausführlich begründet wurden. Einblick in die Jugendamts-Akte erhielt ich nicht direkt, konnte mich aber telephonisch beim zuständigen Amtsvormund (der vom Fallbearbeiter im Jugendamt unterschieden ist) über die größten biographischen Stationen des Patienten vor dem Übergang in die Pflegefamilie informieren. Die geistige Behinderung war durch vielfältige sonderpädagogische Gutachten lege artis belegt und musste nicht noch einmal überprüft werden. Trotzdem konnten sich die zuständigen Stellen die o.g. Verhaltensstörungen nicht erklären und fühlten sich „am Ende ihres Lateins“. Eine psychiatrisch-psychologische Diagnostik oder Therapie war noch nie in seinem Leben durchgeführt worden.

Peter legte mir, wie fast allen Erwachsenen gegenüber, ein sich einschmeichelndes, „serviles“ und überhöfliches Unterwerfungsverhalten an den Tag, das er mit einem „höhnischen Grinsen“ verband. Er hatte sich eine Art „Hofnarren-Rolle“ angewöhnt bzw. zugeschrieben bekommen, die er nur unter dem Schutz seiner Behinderungen kultivieren konnte. Er machte deutlich, dass er sich damit unangreifbar machen wollte, aber überhaupt nicht selber hinter den Normen und der Kooperation mit seiner Umgebung stand. In der Tat stellte er unbeobachtet, auch z.B. im Wartezimmer, Unsinn an und tat ganz bewusst Dinge, die verboten waren. Sein Lachen war dann gequält, und er quälte damit auch die anderen. Offensichtlich litt er unter seinem Schicksal und diesem „falschen Selbst“, das ihm nie ein wirklich befriedigendes Selbstgefühl und soziale Akzeptanz vermitteln konnte.

Von seinen Lehrern erfuhr ich, dass die drei Geschwister in der Schule eine Art subversiver Subgruppe gebildet und sich „gegen den Rest der Welt verbündet hätten“. Die Verweigerungshaltung Peters verhindere oft, dass er am Unterricht mitmache. Es komme permanent zu Machtkämpfen zwischen seinen Lehrern und ihm. Er „mische die

Klasse damit häufig auf“ und genieße seine destruktive Macht. Er sei „für Erziehung völlig unzugänglich“ geworden. Sein Bruder sei wie ein Spiegelbild von ihm, die Schwester ähnele den beiden.

Der zuständige Sozialpädagoge im Jugendamt eines Nachbarkreises erzählte mir die Geschichte der vielköpfigen Familie, deren Kinder fast alle untergebracht werden mussten. Er hob die Kooperationsbereitschaft der Mutter, aber auch deren Versagen in Alltagsverrichtungen hervor, die letztendlich zur Erziehungsunfähigkeit und Unterbringung der Kinder geführt habe. Diese seien durch Deprivation „passiv traumatisiert“ und dann durch die plötzliche Herausnahme „aktiv traumatisiert“ worden. Ansonsten wären die Kinder aber wohl verhungert. Er habe die Geschwisterbindungen erhalten wollen und habe sie deshalb an einem Ort bei drei verschiedenen Familien untergebracht. Die Mutter erscheine mittlerweile nicht mehr zu vereinbarten Treffen mit den Kindern. Er sei über den derzeitigen Verlauf verzweifelt. Er befürworte als amtlicher Sorgeberechtigter die Therapie in meiner Praxis.

Aufgrund dieser eigen- und fremdanamnestischen Angaben, der umfangreichen Vorbefunde und meines eigenen psychiatrischen Befundes stellte ich folgende Diagnosen:

- Geistige Behinderung
- Morbus Recklinghausen
- Schwere Skoliose, Z. n. Implantation eines Harrington-Stabes
- Längenwachstumsstörung
- Frühe Bindungsstörung mit Persönlichkeitsentwicklungsstörung
- Störung des Sozialverhaltens
- Lebenssituation als Pflegekind

Behandlungsziele

Die Pflegeeltern, die Lehrer und der Sozialpädagoge des Jugendamtes sahen sich nicht mehr im Stande, auf Peter rund um die Uhr lückenlos aufzupassen, was sie aber für erforderlich hielten. Sie sahen in ihm eine Gefahr für seine Umgebung und sich selbst. Seitens des Jugendamtes wurde betont, es werde schwierig werden, ein entsprechendes

Heim mit Therapieangebot zu finden; auch dort würden seine Verhaltenweisen vermutlich nur unter einer medikamentösen Dauerbehandlung zu beherrschen sein. Gerade in dieser Lebenssituation aber würde ein Abbruch seiner derzeitigen sozialen Beziehungen für den Jungen traumatisch wirken. Alle Beteiligten erwarteten von meiner Therapie, dass ein Abbruch des Pflegeverhältnisses vermieden werden könnte und dass Peter eine gute Beziehungs-, Vertrags- und Gruppenfähigkeit erreichen sollte.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Nach dieser ersten Orientierung vereinbarten wir folgendes therapeutische Setting:

Die drei Geschwister und ihre Pflegeeltern sollten zu gemeinsamem Vorgehen bewegt werden. (Das gelang beim Bruder. Er erhielt in unserer Praxis auch eine Einzel- und Familientherapie. Die Schwester wechselte kurz danach in ein Heim.)

Ich besuche seitdem alle 2 Wochen die Schule für Geistig Behinderte in Mölln, um mit den dortigen Lehrern das Beratungsgespräch zu führen. So bleiben der pädagogische und therapeutische Bereich konkret vernetzt, können Informationen ausgetauscht und gemeinsame Ziele konkret abgesprochen werden. Peter und sein Bruder achten sehr genau darauf, ob ich auch pünktlich um 8.00 Uhr die Schule betrete, und beziehen sich positiv in den Gesprächen darauf. Sei erfahren sofort danach, worüber wir geredet haben und was wir vereinbart haben.

Lehrer, Therapeuten und Pflegeeltern halten einen sehr engen Kontakt, tauschen Informationen schnell und per Fax aus. Gelegentlich gebe ich den Patienten „Briefchen“ an die Lehrer und Pflegeeltern mit, die ihnen die Gelegenheit geben, aktiv unsere Vernetzung zu unterstützen.

Die Schule lässt Peter über ihren Fahrdienst in die Praxis fahren. So wurde ein geregelter Ablauf und eine hohe Regelmäßigkeit der Termine gesichert. Gerade das brauchen ja frühgestörte und geistig behinderte Kinder, um zu besserer Objektkonstanz zu gelangen.

In den Familiengesprächen vereinbarte ich gelegentlich Regeln für das Alltags- und Kontaktverhalten, die täglich vorgelesen und wiederholt werden müssen. Hieran beteiligen sich die Pflegeeltern und die Lehrer gleichermaßen, sodass ein einheitliches

Erziehungsumfeld entsteht. Dieses Verfahren hat sich bei der eher frühgestörten Struktur der Geschwister als hilfreich herausgestellt, wenn es von allen Erziehungspersonen unterstützt wird.

In Einzelsitzungen bespreche ich, wie Peter sich und seinen Alltag erlebt. Es geht dabei meist um ganz konkrete Konflikte. Daneben macht Peter häufig in den Sitzungen psychotherapeutisch angeregte Tagträume nach dem Konzept der katathym-imaginativen Psychotherapie. Er hat damit einen imaginativen Raum gefunden, in dem er seine teilweise überbordenden Größen- und Perfektionsphantasien imaginativ darstellen, dazu Stellung zu nehmen und mit mir „bearbeiten“ (= zeichnen und darüber reden) kann, ohne diese im Alltag praktisch „ausagieren zu müssen“.

Peter hat in den vier Jahren, in denen ich seine Entwicklung therapeutisch begleiten durfte, dank des integrativen Therapieansatzes recht gut gelernt, zwischen Wünschen, Phantasien und Wirklichkeit zu unterscheiden. Er konnte über seine Behinderungen trauern, von früher Gutes und Schlimmes erzählen und zu einer realistischeren Selbsteinschätzung gelangen. Das Übertriebene ist aus seinem Verhalten verschwunden und er ist „erträglich geworden“. Er nimmt nicht mehr Rache an allen Helfern, sondern nimmt deren Hilfestellungen kritisch, aber auch dankbar an. Er ist nun als Klassenkamerad beliebt. Er ist nachdenklich geworden und zu einem 17-jährigen Jugendlichen mit schwerem Schicksal gereift, den ich als Gesprächspartner schätze.

Er hat seine Distanzlosigkeit nicht aufgeben können, „würde mit jedem mitgehen“, wenn er nicht eng betreut wird. Hier sind die therapeutischen Grenzen erreicht worden. Die Pflegeeltern haben nun beschlossen, ihn auch nach Beendigung der Schulzeit während seiner beruflichen Weiterbildung in der betreuten Werkstatt der Lebenshilfe bei sich wohnen zu lassen. Beide Seiten sind zu sehr aneinander gewöhnt, als dass sie sich trennen wollten. Dass es einmal um die Frage einer Heimeinweisung ging, ist schon lange vergessen. Peter muss seine Herkunft nicht mehr verleugnen und kann trotzdem sein Ersatz-Zuhause annehmen.

Die Pflegeeltern seines Bruders sind ungleich weniger kooperativ der Therapie gegenüber eingestellt als Peters Pflegeeltern. Sie melden sich nur, „wenn etwas passiert ist“, und das führt zu häufigeren Gesprächen als es bei Peter notwendig ist. Peter

distanziert sich mittlerweile von dem „Quatsch“, den sein Bruder in der Schule anstellt. Er lässt sich vom Bruder nicht mehr mitziehen, kann ihn aber auch nicht von seinen Verhaltenweisen abhalten. Andererseits „verrät“ er ihn aber auch nicht.

Bewertung

Die herkömmlichen diagnostischen Glossare (ICD-10, DMS IV R) reichen nicht aus, die Komplexität der Entwicklungs- und Verhaltensstörungen Peters befriedigend zu beschreiben. Dieses traf offensichtlich auch auf die Klassifizierungsschemata der Schule und der Jugendhilfe zu. Das diagnostische und therapeutische Spektrum der SPV konnte die schon installierten Hilfen in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Rahmen so nutzen und anordnen, dass die drohende Persönlichkeitsdesintegration und letztendlich die Ausstoßung aus der gewohnten Umgebung in der Phase der Pubertät verhindert werden und im Sinne einer Persönlichkeitsreife genutzt werden konnte.

Gerade bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen sind konkrete Vereinbarungen und Anleitungen die Voraussetzung für persönliche Reife. Die Kombination von (heil-) pädagogischen (Schule, Pflegeeltern) mit verhaltenstherapeutischen (Einzelgespräche, gemeinsame Regeleinübung) und tiefenpsychologischen Methoden (katathym-imaginative Psychotherapie) ließ das drohende Versagen der nur pädagogischen Maßnahmen überwinden. Peter konnte wichtige Entwicklungsschritte seiner Persönlichkeitsentwicklung nachholen. Ohne eine gut organisierte, praxisorientierte Zusammenarbeit von Praxis für KJPP, Jugendamt, Schule und Pflegeeltern wäre dieses nicht möglich gewesen. Das Erlebnis und die Kosten einer vollstationären Unterbringung in einem Heim konnten vermieden werden. Peter entwickelte eine gute Beziehungs-, Vertrags- und Gruppenfähigkeit, bleibt aber wohl lebenslang auf fachliche Betreuung angewiesen.

8.6.5 Die Fallgeschichte eines ganz normalen Zappelphillips (T. Wiencke)

Problemstellung und Vorgeschichte

Marko (Name geändert) ist 7 Jahre alt. Er wird von seiner Mutter vorgestellt, weil er sehr unruhig wäre. Das habe mit der Einschulung begonnen. Er störe den Unterricht und verhalte sich aggressiv. In der Schule habe er aggressive Durchbrüche – „Ausraster“, habe Lehrer gebissen und bedroht. Marko akzeptiere keine Grenzen, fordere ständige Zuwendung und Aufmerksamkeit.

Ein Vierteljahr nach der Einschulung suchten Mutter und Lehrer beim schulpsychologischen Dienst Hilfe und nach einem weiteren Vierteljahr gelangte sie mit Marko in eine neuropädiatrische Praxis. Dort wurden bei einem einmaligen Termin keine sicheren neurologischen Auffälligkeiten, eine überdurchschnittliche Begabung, eine durchschnittliche Konzentrationsfähigkeit und ein durchschnittliches „Zahlen-Nachsprechen“ festgestellt und aufgrund der anamnestischen Angaben ein „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperkinese“ diagnostiziert. Es folgte eine Behandlung mit 30 mg Methylphenidat pro Tag.

Marko erzählt, dass er schon immer so gewesen sei. Jetzt kriege er Tabletten und sei eigentlich ein „ganz Lieber“. Seine Lehrer würden sich freuen und seine Mutter auch – die habe am ersten Tag sogar vor Freude geweint.

Seit längerer Zeit bestehen eine Selbstwertproblematik und eine Einschlafstörung.

Anamnestisch ergibt sich, dass die Mutter sich von dem arabischen Vater trennte, als Marko 4 Jahre alt war. Kontakte zum Vater bestehen allenfalls in Form sporadischer Telefonate.

Diagnostik

Die organmedizinische Differentialdiagnostik ergibt keine Auffälligkeiten bei der neurologischen Untersuchung, dem EEG, dem EKG und der Labordiagnostik (Blutbild, Leber-, Nieren- und Schilddrüsenwerte).

Bei einer leicht überdurchschnittlichen Intelligenz findet sich eine altersentsprechende Entwicklung der Motorik und der visuellen Wahrnehmung. Leichte Auffälligkeiten sind im Bereich der auditiven Wahrnehmung festzustellen. Für die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung sowie die längerfristige Aufmerksamkeit ergeben sich unterdurchschnittliche Werte. Als Teilleistungsstörung findet sich eine Legasthenie.

In Fremdbeurteilungsskalen bewerten sowohl die Mutter als auch die Lehrer Marko's Verhalten in Bezug auf Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität und oppositionell-aggressives Verhalten als deutlich auffällig.

Als Diagnose ergeben sich neben der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ADHS entsprechend ICD-10 F90.1) eine emotionale Störung des Kindesalters mit Selbstwertdefiziten (ICD-10 F 93.8), eine Teilfunktionsstörung im Bereich der auditiven Wahrnehmung (ICD-10 F 80.2), eine Teilleistungsstörung der Rechtschreibfertigkeiten, Legasthenie (ICD-10 F81.1) bei leicht überdurchschnittlicher intellektueller Leistungsfähigkeit.

Behandlungsziel

Verbesserung der Sozialen Kompetenz des Kindes, Behandlung der Teilleistungsstörung.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Als Behandlung werden ein verhaltenstherapeutisches Eltern-Kind-Programm und ein begleitendes Training der sozialen Kompetenz für das Kind vorgeschlagen. Ebenfalls sollen die Konzentrationsleistungen und die Legasthenie behandelt werden.

Die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat wird übernommen und leicht reduziert (25 mg/d) bis zum Beginn der weiteren Therapiemaßnahmen fortgesetzt.

Auf Grund der bestehenden Wartezeiten beginnt die weitere Behandlung Ende 2001 zunächst mit einem computergestützten Konzentrationstraining mit begleitender kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung. Im Verlauf dieses Trainings können die

entsprechenden Fertigkeiten bis zum Frühjahr 2002 auf Werte im Normbereich angehoben werden. Die medikamentöse Behandlung kann auf eine Methylphenidat-Dosis von 10 mg/d reduziert werden.

Beginnend im Frühjahr 2002 nehmen Mutter und Sohn an dem intensiven verhaltenstherapeutischen Eltern-Kind-Programm und Training der sozialen Kompetenz teil. Im Verlauf der Behandlung, die zunächst 2x/Woche und später in abnehmender Frequenz stattfindet, erfolgt bei engagiertem Einsatz der Mutter eine Konsolidierung der vorhandenen elterlichen Erziehungsfertigkeiten sowie deren notwendige Erweiterung.

In der Folge kommt es zunächst im familiären Umfeld zu einer deutlichen Verminderung der Auffälligkeiten. Diese positiven Veränderungen weiten sich dann auf die Schule aus, so dass schließlich auf die begleitende Stimulantienbehandlung verzichtet werden kann. Als die Behandlung im Frühjahr 2003 abgeschlossen wird, kommt es zwar zu Hause und in der Schule ab und zu noch zu Problemen, allerdings sind diese jetzt, wenn Marko sie nicht selbst in den Griff bekommt, gut durch die Mutter oder die Lehrer eigenständig zu bewältigen.

Bewertung

Das Selbstwertgefühl des Jungen ist deutlich verbessert, und die Schlafstörungen bestehen nicht mehr. Da die Legasthenie weiterhin ein erhebliches Problem für Marko darstellt, erhält er im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung ein Rechtschreibtraining, das in erster Linie mit Übungen und Computertraining zu Hause stattfindet und zu deren Begleitung die Mutter in einer niederfrequenten Behandlung zur Verbesserung der Elternkompetenz angeleitet wird.

Dieses Beispiel soll die Notwendigkeit und Chancen einer aufwendigen komplexen Diagnostik verdeutlichen. Nur sie gewährleistet letztlich eine weitestgehend auf das Individuum zugeschnittene Behandlung, die grundlegende Behandlungserfolge am wahrscheinlichsten werden lässt.

8.6.6 Fall-Vignette D. (Name geändert), 9 Jahre (K.- U. Oehler)

Problemstellung und Vorgeschichte

D. ist Adoptivkind und stammt nicht aus Deutschland. Sie wurde mit 19 ½ Monaten von den Adoptiveltern in Deutschland aufgenommen. Zum Aufnahmezeitpunkt in die Adoptivfamilie sei sie untergewichtig gewesen und habe weder laufen noch sprechen können. Über die Vorgeschichte war wenig bekannt. Das Geburtsgewicht sei normal gewesen. Die motorischen Probleme hätten sich im Rahmen der weiteren Entwicklung in der Adoptivfamilie sehr schnell gebessert. Als D. von ihren Eltern in der Praxis erstmals vorgestellt wurde, besuchte sie die 1. Klasse einer „Diagnose- und Förderschule“. Dort war sie aufgrund ihres Verhaltens sehr auffällig. Sie war aggressiv gegenüber Mitschülern und hatte eine ziellose psychomotorische Unruhe. Außerdem wurden von der Lehrerin deutliche Konzentrationsstörungen angegeben. In der Schule sowie zu Hause war die Akzeptanz von Regeln beeinträchtigt erschienen. Es gab heftige impulsive Gefühlsausbrüche bei äußerst geringer Frustrationstoleranz.

Diagnostik

Neurologischer und feinneurologischer Befund waren unauffällig. Es fanden sich keine Dismorphiezeichen. Von psychiatrischer Seite fanden sich in der Untersuchungssituation ein unauffälliger Affekt und eine unauffällige Stimmung. Auch bestanden keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen. Die Aufmerksamkeit und Konzentration waren in der Test-Situation jedoch deutlich beeinträchtigt. Weiterhin fanden sich deutliche Zeichen der motorischen Unruhe. Das EEG und die visuell evozierten Potentiale waren normal. Bei der Überprüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit mit dem K-ABC erreichte D. eine Leistung, die einer leichten intellektuellen Minderleistung im Ausmaß einer Lernbehinderung entsprach. In der Skala des „einzelheitlichen Denkens“, d. h. Problemlösungen durch folgerichtiges und serielles Denken, erzielte sie ein Leistungsergebnis, welches ebenfalls einer leichten intellektuellen Minderleistung im Ausmaß einer Lernbehinderung entsprach. Selbiges galt für das

ganzheitliche Denken bei der Lösung von Problemen, die räumlich gestaltet sind und Analogieschlüsse oder Organisation von Reizen erfordern. In zwei standardisierten Skalen zur Verhaltensbeurteilung, dem Eltern-/Lehrerfragebogen (Kurzform von Conners) und im Fragebogen zur häuslichen Situation (Barkley) wich sie in bezug auf Aktivität und Aufmerksamkeit deutlich von altersgleichen Kindern ab. Auch im Fragebogen zur häuslichen Situation beschrieben die Eltern D. in mehr als 50% der angeführten Situationen als unruhig und konzentrationsgestört. Selbiges galt auch für die standardisierte Verhaltensbeurteilung durch die Lehrer. D. wurde hier ebenfalls in mehr als 50% der angeführten Situationen als unruhig und konzentrationsgestört beschrieben. Weiterhin erfüllte D. die DSM-IV-Kriterien für eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung.

Behandlungsziele

Als Behandlungsziel wurde die Verringerung der Aktivitäts- und Konzentrationsstörung gesehen. Des weiteren sollten die Akzeptanz von Regeln im schulischen und häuslichen Bereich verbessert, die Frustrationstoleranz verbessert sowie die Verhaltens- und Leistungsprobleme in Schule und Familie beeinflusst werden.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Nach Abschluss der Diagnostik erfolgte eine medikamentöse Einstellung auf Methylphenidat. Zunächst wurde mit nicht retardiertem Methylphenidat-Präparat langsam eingeschlichen. Es zeigten sich jedoch alsbald eine relativ kurze Wirksamkeit der Medikation und ein deutlicher Rebound-Effekt. Daher erfolgte eine Einstellung auf eine Retardmedikation mit Methylphenidat. Von schulischer Seite wurde berichtet, dass D. in ihrem Gesamtverhalten wesentlich kooperativer wurde. Sie gab Regelverstöße zu und zeigte sich zunehmend kompromissbereit. Eine hohe Motivation und sehr gute schulische Erfolge wurden von Lehrerseite schriftlich bestätigt. Dennoch bestanden immer noch Konzentrationsprobleme. Der Lehrer schrieb wörtlich: „Es läuft bei ihr in etwa immer ein zweiter ‚Film‘ neben dem eigentlichen Geschehen ab“. Es wurde nach

wie vor ein ausgeprägter Rededrang attestiert. Die Leistungssituation hatte sich deutlich gebessert. Das Schriftbild war deutlicher geworden. Auch hatte D. erneut Freude am Unterricht gewonnen. Die Eltern besuchten parallel einen Elterntrainingskurs in Form einer Paargruppe. Ziele des Elterntrainings war eine Verbesserung der Familienatmosphäre, eine Einstellung bei angemessenem Umgang mit Verhaltensproblemen sowie die Entwicklung von passenden Lernstrategien. Gleichzeitig stellte sich D. regelmäßig in drei- bis vierwöchigen Abständen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde mit ihren Eltern zusammen vor. Die genannten Therapiemaßnahmen wurden auch psychologisch überprüft. Bei einer Re-Testung durch den K-ABC kam es zu einer Verbesserung von insgesamt 17 IQ-Punkten.

Durch die o.a. Behandlungsmaßnahmen kam es zu einer wesentlichen Verbesserung der Familienatmosphäre. Es wurde ein Wechsel von der Diagnose-Förderklasse in die 3. Klasse der Regelschule geplant, vorbereitet und letztlich durchgeführt. Dabei wurde die neue Lehrkraft der Regelschule eingebunden. Es wurden im schulischen Bereich intensive Hilfestellungen insbesondere zur Verbesserung der mathematischen Fähigkeiten gegeben. Es gab zwischenzeitlich sexuelle Übergriffe durch einen Mitschüler. Auch hier wurden Möglichkeiten überlegt und durchgeführt, um diese zu umgehen. Neben der Verbesserung im schulischen Bereich kam es zu Verbesserungen im Kontakt mit anderen Kindern. Die Wutausbrüche im familiären Bereich wurden durch Vorausplanungen und Vorausabsprachen von Regeln aufgefangen. D. war in der Lage, diese einzuhalten. Im aktuellen Zwischenzeugnis der 3. Klasse Grundschule erzielte sie in Deutsch und HSK eine „2“, in Mathematik eine „3“. Diese Tatsache wurde von D. mit großer Zufriedenheit wahrgenommen und gab Motivation für weitere schulische Anstrengungen.

Bewertung

Objektiv ist die Veränderung, ausgehend von schulischen Schwierigkeiten in der Diagnose-Förderstufe zu einer guten Schülerin in der Grundschule, als eindrucksvoller Erfolg zu würdigen. Insbesondere der Umgang mit Mitschülern besserte sich. Bezüglich der impulsiven Äußerungen gab es über die Jahre hinweg ständig negative

Rückmeldungen der Klassenkameraden („du nervst“). Sie hatte mit der Unterstützung durch kleine nonverbale Zeichen gelernt, sich bei erlebten Herausforderungen eine Minute lang vor verbalen Äußerungen zurückzuhalten. Dadurch war es zu einer deutlichen Verminderung des spontanen Gebrauchs von Schimpfwörtern gekommen. Außerdem wurde abgesprochen, dass bei Schimpfwortäußerungen Entschuldigungen angehängt werden sollten. Auch der von D. als sehr problematisch empfundene Adoptivstatus des Mädchens konnte in der Therapie bearbeitet werden. D. konnte zum Ende der Behandlung die Bedeutung ihre jetzigen sozialen Eltern im Vergleich zu ihren ihre biologischen Eltern erkennen und in die Problematik ihrer doppelten Identität einordnen.

9. Ergebnisse: Konzeptionelle Entwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Im zweiten Teil des Projektes wurden vernetzte Organisationsstrukturen zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsbereichen sowohl innerhalb der KJPP als auch mit Institutionen der Jugendhilfe und der Schule neu entwickelt und erprobt. Ebenfalls unter Beachtung einer bundesweiten Auswahlverteilung konnten 5 Kliniken und Praxen zur Mitwirkung an einer wissenschaftlich begleiteten Modellentwicklung und -erprobung gewonnen werden.

9.1 Projektstandort Berlin: Regionale Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Sozialpädiatrischen Zentren innerhalb einer psychosozialen Pflichtversorgungsregion (H. Hübler)

9.1.1 Die Versorgungsregion

An diesem Projektstandort wurde ein integratives Versorgungskonzept zwischen der Institutsambulanz der Klinik für KJPP im Vivantes-Klinikum Berlin-Hellersdorf und den im klinischen Versorgungsbereich liegenden 5 ambulanten sozialpädiatrischen Zentren der Stadtbezirke Berlin-Marzahn-Hellersdorf, Berlin-Köpenick-Treptow und Berlin-Neukölln entwickelt. Unter Leitung der KJPP wurde ein integratives Versorgungsmodell für psychisch kranke und entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und ihre Familien erarbeitet. Die Konzeption zielte darauf ab, eine Koordination diagnostischer und therapeutischer Leistungen auf dem Gebiet der Sozialpädiatrie und der KJPP für solche Kinder sicherzustellen, die wegen ihrer gravierenden Entwicklungsstörungen intensiver sozialpädiatrischer Hilfe bedürfen, bei denen aber außerdem wegen einer zusätzlich bestehenden psychischen Störung oder Erkrankung diagnostische und gegebenenfalls therapeutische kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz benötigt wird.

Die Klinik für KJPP im Vivantes-Klinikum Hellersdorf definiert sich als gemeindenaher Standortklinik für einen bezirklichen Einzugsbereich von 500 000

Einwohnern. Die Klinik ist innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems der Region komplementär eingebunden mit dem Auftrag der klinisch-psychiatrischen Vollversorgung für Kinder und Jugendliche im Alter des 6. bis 18. Lebensjahres. Die Zusammenarbeit mit den Fachdiensten der psychosozialen Versorgungsregion, insbesondere der Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und dem schulpsychologischen Dienst erfolgte fachbezogen befriedigend ohne bisher vertraglich fixierte Kooperationsvereinbarungen. Die mit 40 Betten ausgestattete Klinik für KJPP ist entsprechend dem regionalen Bedarf auf die Behandlungsgebiete kinder- und jugendpsychiatrische Intensiv- und Regelbehandlung ausgerichtet und binnenstrukturell in 20 Betten zur vollstationären (Akut- und Regelbehandlung) sowie 20 Betten zur teilstationären Versorgung (autonome tagesklinische oder teilstationäre Anschlussregelbehandlung) differenziert und wird ergänzt durch eine Institutsambulanz mit der Aufgabe der prästationären Diagnostik und poststationären Therapie unter dem funktionellen Aspekt einer Vermeidung von Aufnahmen oder einer Verkürzung von stationären Behandlungszeiten. Für alle Behandlungsformen (vollstationär, teilstationär, ambulant) besteht die Möglichkeit einer begleitenden störungsspezifischen Krankenhausbeschulung.

Das Therapiekonzept der Klinik bezieht sich auf ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell und berücksichtigt demgemäß biologische, psychodynamische und soziale Krankheitsfaktoren bei der Manifestation kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitssyndrome in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. Die therapeutische Zielrichtung erfolgt symptomorientiert unter komplex-therapeutischem Einsatz mit polypragmatischer, patientenzentrierter Methodenwahl im Sinn der multimodalen Behandlungsplanung.

Die Versorgungsregion ist gekennzeichnet durch einen hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen, weist hinsichtlich der Subbezirke Marzahn-Hellersdorf und Neukölln eine soziale Ballungsstruktur auf und ist nur in wenigen Bezirksregionen durch eine überwiegend sozioökonomisch gesicherte Bevölkerungsschicht charakterisiert. In der ambulanten Versorgungssituation imponiert sowohl ein absolutes Defizit an niedergelassenen Fachärzten für KJPP als auch ein relativer Mangel an kassenärztlich

ermächtigten Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Es existieren im Versorgungsbereich 5 ambulante SPZ in freier Trägerschaft, die durch Fachärzte für Pädiatrie geleitet werden mit dem Versorgungsauftrag der Frühdiagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen/Behinderungen sowie der sozialen Integrationsnotwendigkeiten.

9.1.2 Zur Bedarfsbeschreibung der Kooperationsnotwendigkeit von KJPP und SPZ innerhalb der psychosozialen Versorgungsregion

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik war zur Entwicklung des Kooperationsvorhabens mit den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) wesentlich durch 2 Beobachtungen motiviert worden. Durch den Versorgungsmangel kinder- und jugendpsychiatrischer Fachkompetenz (fehlende Fachärzte für KJPP) erfolgten zum einen stationäre Krankenhauseinweisungen durch niedergelassene Ärzte, Allgemeinärzte und Kinderärzte in die Klinik für KJPP, deren Indikation fraglich bzw. zuvor nicht ausreichend abgeklärt worden war. Das betraf in einem nicht unerheblichen Umfang Kinder im Vorschulalter und frühem Schulkindalter, die aufgrund eingetretener Störungen der emotionalen und schulischen Entwicklung die Grenzen der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der niedergelassenen Kinderärzte erreicht hatten und einen komplexen Hilfebedarf durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädiatrie erkennen ließen. Zum anderen registrierte man Krankenhauseinweisungen von entwicklungsgestörten Kindern mit einer gravierenden sozioemotionalen Störungssymptomatik durch die Sozialpädiatrie zu einem bereits kritischen Zeitpunkt der Problem- bzw. Symptomentwicklung, häufig im Rahmen einer Krisensituation. Diese Beobachtung führte zu der Vermutung, dass sowohl niedergelassene Kinderärzte als auch die Sozialpädiatrie eine vorherige ambulante Überweisung in die Institutsambulanz der KJPP unterlassen haben könnten, weil sie die vielleicht auch von den betroffenen Eltern/Sorgeberechtigten geäußerte Besorgnis geteilt hätten, dass sie ihre Patienten bei der Feststellung eines kinderpsychiatrischen

Störungsbildes längerfristig in die Behandlung der KJPP abgeben müssten und damit aus deren weiterer Behandlung ausgeschlossen würden.

Ein unter diesem Aspekt organisiertes Informationstreffen mit niedergelassenen Kinderärzten und den Fachärzten der 5 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) der Region bestätigte zu einem gewissen Teil diese Vermutung. Die niedergelassenen Kinderärzte waren nachdrücklich vor allem an einer fallbezogenen fachärztlichen Beratung mit dem Ziel der eigenständigen Weiterbehandlung ihrer Patienten interessiert und wünschten sich einen erleichterten Zugang zur kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhauseinweisung. Die pädiatrischen Fachärztinnen der SPZ suchten eine Form differenzierter Kooperation zur gezielten, in ihre eigenen Behandlungsabläufe integrierten Mitbehandlung.

Die Besonderheiten der umfassenden sozialpädiatrischen Versorgung mehrfachbehinderter, entwicklungsbeeinträchtigter und zusätzlich psychisch gestörter Kinder bedingen eine intensive Arzt-Patienten-Beziehung. Umfangreiche Übungs- und Förderbehandlungen, aber auch psychotherapeutische Behandlungsanteile sowie die Begleitung der Patienten in Integrationseinrichtungen stellen einen Teil der Versorgung in einem SPZ dar. Die Überweisung an die Fachdisziplin der KJPP sollte keine Beeinträchtigung der von ihnen wahrgenommenen Versorgungsverpflichtung für ihre Patienten darstellen, sondern die Versorgungskonstanz durch das betreuende SPZ betonen, wenn eine zusätzliche Abklärung oder auch Behandlung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig wird. Hierzu konnte die KJPP das gesamte Leistungsspektrum der Pflichtversorgungsklinik anbieten einschließlich deren Möglichkeit, institutsambulant aufsuchend tätig zu werden. Alle 5 angesprochenen Sozialpädiatrischen Zentren erklärten ihr hohes Interesse an dem Angebot. Die KJPP betonte ihrerseits das Anliegen, ihre diagnostischen Kenntnisse und Handlungsvorschläge in eigener Verantwortung erheben und darstellen zu können sowie im Gegenzug die Möglichkeit zu erhalten, primär in der KJPP diagnostizierte und in Therapie befindliche Kinder mit psychischen Störungen und bestehender Entwicklungsstörung an die SPZ zur weiteren Förderung und Integrationsarbeit weiterleiten zu können ohne Aufgabe ihrer psychiatrischen Zuständigkeit.

Aus dieser paritätischen Verantwortungsteilung für komorbide junge Kinder – entwicklungs- und psychisch gestörte Kinder – entschlossen wir uns zu einer spezifizierten Kooperationsvereinbarung mit der zentralen Absicht, durch die gemeinsam von Sozialpädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gewonnenen diagnostischen Ergebnisse auch zur Grundlage einer effektiven interdisziplinären Hilfeplanung zu kommen. Mit der Überzeugung, dass eine Realisierung dieses Zieles nur auf der Basis einer hohen Verbindlichkeit des gemeinsamen Vorgehens erreicht werden kann, regte die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik den Abschluss eines Kooperationsvertrages an, der sowohl auf der Leitungsebene als auch auf der Ebene der fallführenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Verbindlichkeit sicherstellen sollte. Der Ansatz der schließlich erreichten schriftlichen Kooperationsvereinbarung zwischen den beteiligten Institutionen folgte der Überzeugung, dass ein längerfristig funktionierendes vernetztes Vorgehen zwischen den Fachdisziplinen nur etabliert werden kann, wenn dieses ein ausdrückliches Anliegen auch ihrer Leitungen ist.

In einem weiteren Schritt waren Abstimmungen der fachlichen Zuständigkeit einschließlich der Kostensteuerung erforderlich. Schließlich sollte der Kooperationsvertrag auch Aussagen zum Einsatz personeller, zeitlicher und organisatorischer Ressourcen enthalten. Zur Leistungs- und Kostensteuerung für die im SPZ behandelten Kinder durch die Institutsambulanz der KJPP standen deren Fallpauschale sowie die Möglichkeit des unmittelbaren Zuganges der Versicherten zur Verfügung.

9.1.3. Inhalt und Form der Kooperationsabstimmung

Die Kooperationsvereinbarung zwischen der Geschäftsführung der beteiligten Klinik, Vivantes-Netzwerk-Gesundheit, und der Lebenshilfe gGmbH/Sozialpädiatrische Zentren mit Unterschrift aller Verantwortlichen wurde unterzeichnet (s. Abb. 9.1.1).

KOOPERATIONSVEREINBARUNG

zwischen

VIVANTES NETZWERK GESUNDHEIT

vertreten durch Herrn Wolfgang Schäfer

und

LEBENSHILFE gGmbH/SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN

vertreten durch Herrn Dr. Hambüchen

zur

**INTEGRATIVEN VERSORGUNG VON PSYCHISCH
GESTÖRTEN UND ENTWICKLUNGSBEEINTRÄCHTIGTEN
KINDERN**

in der Region Marzahn-Hellersdorf, Köpenick-Treptow und Neukölln

.....

Wolfgang Schäfer /Geschäftsführung und Klinikmanagement

Vivantes Netzwerk Gesundheit

.....

Dr. Hambüchen/Geschäftsführer

Lebenshilfe gGmbH

.....

Dr. H. Hübler/Klinikdirektorin Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Psychotherapie im Vivantes Klinikum Hellersdorf

.....

Dr. Knecht/Sozialpädiatrisches Zentrum

Berlin- Marzahn

.....

Dr. Gohlisch/Sozialpädiatrisches Zentrum

Berlin- Hellersdorf

.....

Dr. Herrmann/Sozialpädiatrisches Zentrum

Berlin-Köpenick

.....
Dr. Wurzinger/Sozialpädiatrisches Zentrum Berlin-Treptow

.....
Dr. Fogel-Horak/Sozialpädiatrisches Zentrum
Berlin-Neukölln

PRÄAMBEL

Das Ziel der Vereinbarung besteht darin, für Kinder und Familien aus der Region Marzahn-Hellersdorf, Köpenick-Treptow und Neukölln, bei denen sowohl ein sozialpädiatrischer als auch kinderpsychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfebedarf besteht, eine Koordination diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen sicherzustellen und modellhaft eine vernetzte Organisationsstruktur der medizinischen Versorgung unter Mitbeteiligung komplementärer Fachdienste (Jugendhilfe, Schule) zu schaffen.

Das geschieht sowohl unter dem Gesichtspunkt multiprofessioneller Fachlichkeit, Zeitnähe der Maßnahmen als auch des gezielten ökonomischen Einsatzes personeller und finanzieller Ressourcen.

VEREINBARUNG DER KOOPERATIONSPARTNER INSTITUTIONELLE EBENE

Für die Ausgestaltung und Fortschreibung der Kooperationsbeziehungen sind auf der institutionellen Ebene Abstimmungen erforderlich. Diese werden in Kooperationskonferenzen getroffen.

Es wird vereinbart, die Kooperationskonferenzen 2x jährlich mit Rotationsprinzip für Tagesordnung, Einladung, Terminplanung durchzuführen.

Die Teilnehmer setzen sich aus den Leitungen der Kooperationsinstitutionen zusammen (SPZ Marzahn, Hellersdorf, Köpenick, Treptow, Neukölln, KJPP KHH). Von diesen werden bei Notwendigkeit ein erweiterter interner Teilnehmerkreis benannt u./o. Sachgebietsleiter der Fachdienste Jugendhilfe/Schule/Gesundheitsamt eingeladen. Kooperationskonferenzen sollen zur Bilanzierung der Kooperation und Ergebnistransfer in die komplementären Dienste führen.

MITARBEITEREBENE

Die Kooperation wird auf der Arbeiterebene gewährleistet durch Fallbezogene Konsultations-, Konsiliar-, und Liaisonstätigkeit als Adjuvans für die fallverantwortliche Institution (Casemanager) zur Diagnosesicherung einer Comorbidität (Entwicklungsstörung und psychiatrische Störung oder Krankheitssymptomatik) und/oder Therapieempfehlung/-begleitung.

Die Fachspezifische Behandlungsüberweisung/-übernahme erfolgt in Abhängigkeit von der aktuellen Therapiebedürftigkeit, psychosozialen Problemlage oder eines spezifischen Hilfebedarfs in Verantwortung des Leiters der jeweiligen Kooperationsinstitution.

Gemeinsame patientenbezogene Fallkonferenzen werden durchgeführt unter Einbezug von Fachdiensten bei Feststellung eines komplexen, über die Kooperationskompetenzen hinausgehenden Hilfebedarfs oder bisher erfolgloser Therapiemaßnahmen. Die Einberufung der Fallkonferenz erfolgt jeweils durch die therapieführende Institution.

Vereinbart wird die Erarbeitung einer übereinstimmenden Befund- und Verlaufsdokumentation.

Die Kooperationspartner vereinbaren, dass auf der institutionellen Ebene und auf der Ebene der Mitarbeiter die Kooperation mit anderen Anbietern einschließlich Diagnostik- und Therapiemaßnahmen gewährleistet bleibt.

Abbildung 9.1.1: Kooperationsvereinbarung - Berlin

Mit dem Ziel einer gemeinsamen, fallbezogenen Maßnahmeprotokollierung wurde eine Projektdokumentation entwickelt, in der die kooperierenden Einrichtungen Bewertungen, Maßnahmen und diagnostische Zuordnungen zur Verfügung stellen und sich die zeitlichen und inhaltlichen Vereinbarungen des Vorgehens abbilden sollten (Abb. 9.1.2). Die verbindliche Festlegung von Behandlungsmaßnahmen sowie die Reflexion der dabei erzielten Ergebnisse sollte auch für die beteiligten Eltern/Sorgeberechtigten, deren Zustimmung für das gemeinsame Vorgehen einzuholen ist, erkennbar und nachvollziehbar sein.

Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

Projektstandort Berlin

Kooperation KJPP/SPZ

KOOPERATIONSDOKUMENTATION

BASISDATEN

Fall-NR.:

Erstbehandlung im SPZ seit::

Diagnosen nach ICD10:

Vorstellung in der KJPP seit:

Diagnosen nach ICD10:

INANSPRUCHNAHME KOOP.-PARTNER

SPZ zu KJPP am:

KJPP zu SPZ am:

Projektaufnahme entsprechend Projektdokumentation am:

KOOPERATIONSFORM

Konsiliarische Beratung

SPZ durch KJPP am:

KJPP durch SPZ am:

Nachfolgekonsile:

Ambulante Überweisungen

Von SPZ an KJPP am:

Überweisungsanliegen:

Von KJPP an SPZ am:

Überweisungsanliegen

Stationäre/teilstationäre Einweisungen in KJPP

Akutfall (ja/nein)

Diagnose:

Aufnahme in KJPP am:

Regelversorgung (ja/nein)

Diagnose:

Aufnahme in KJPP am:

Einweisung in KJPP am:

Fallkonferenzen zwischen Koop.-Partnern/Eltern am:

Fallkonferenzen zwischen Koop.-Partnern/Eltern am:

Gemeinsame Behandlungsfortführung ambulant

KJPP:

ICD 10 MAS- Achse I:

Psychiatrische Behandlung störungsspezifisch:

Therapieschwerpunkte:

Medikamentös/Art:

Psychotherapeutisch/Art::

Soziotherapeutisch/Art:

Anzahl der Konsultationen/Quartal:

SPZ:

ICD 10 MAS-Achse II:

Entwicklungsförderung störungsspezifisch:

Therapie- und Integrationsschwerpunkte:

KJPP/SPZ

Fallkonferenzen/Supervisionen:

FALLABSCHLUSS

KJPP bei Behandlungs- und Betreuungsverbleib im SPZ am:

SPZ bei Behandlungs- und Betreuungsverbleib im SPZ am:

Fallabschluss in KJPP und SPZ / Übergabe an:

Fallabschluss in KJPP und SPZ ohne weiteren Behandlungs- und Betreuungsbedarf am:

Abbildung 9.1.2: Projektdokumentation - Berlin

9.1.4 Zur Identifikation der Patientenklientel mit längerfristiger interdisziplinärer Behandlungsnotwendigkeit

Innerhalb des Jahres 2002 wurden 10 Patienten entsprechend der Kooperationszielstellung eingeschlossen. Der Behandlungs- und Kooperationsverlauf wurde für die Dauer des Projektzeitraumes analysierend begleitet.

Es handelte sich um 6 Patienten, die primär vom SPZ an die KJPP mit der Bitte um Diagnosesicherung und therapeutische Intervention wegen einer emotionalen Problematik überwiesen wurden, und 4 Patienten, die primär in der KJPP mit einer psychiatrisch relevanten Störung behandelt wurden und wegen einer zusätzlich diagnostizierten umschriebenen Entwicklungsstörung einen deutlichen sozialpädiatrischen entwicklungs-fördernden Hilfebedarf hatten.

Zur Erfassung der Patienten benutzten wir die Dokumentationsmaterialien des Modell-Projektes sowohl hinsichtlich der Basisdokumentation als auch des therapeutischen Handlungsbedarfes generell sowie der therapeutischen und kooperativen Aktivitäten der KJPP speziell im Zeitraum der stationären und ambulanten Behandlungsführung.

9.1.5 Behandelte Patienten

Es handelte sich um 10 Patienten im Alter von 5 bis 9 Jahren, davon 7 Jungen und 3 Mädchen mit durchgehend deutscher Staatsangehörigkeit.

8 Patienten wurden zum Zeitpunkt der Projektaufnahme zunächst stationär/teilstationär kinderpsychiatrisch aufgenommen, 2 Patienten wurden zum Zeitpunkt der Projektaufnahme ausschließlich institutsambulant kinderpsychiatrisch behandelt.

Die Verlaufsbeobachtung einer gemeinsamen ambulanten Behandlungsführung bezog sich auf minimal 2 Quartale und maximal 4 Quartale.

Alle Kinder lebten in Familien mit ihrer leiblichen Mutter, wogegen der Status des leiblichen Vaters hoch unterrepräsentiert war (2 x leiblicher Vater, 6 x kein Vater, 1 x Stiefvater, 1 x Vater unbekannt). 5 der Mütter waren erwerbstätig, 5 der Mütter nicht erwerbstätig.

Diagnostisch konnten auf der MAS Diagnose-Achse I die folgenden Behandlungsdiagnosen erhoben werden:

- Ticstörung (ICD-10 F 95) 2 x
- Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.2) 2 x

- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell-aufsässigem Verhalten (ICD-10 F 91.2) 2 x
- Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F 92) 1 x
- Emotionale Störung des Kindesalters (ICD-10 F 93.8) 1 x
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F 90.0) 1 x
- Geistige Behinderung mit Verhaltensstörung (ICD-10 F 71.1) 1 x

An psychiatrischen Neben- oder Verdachtsdiagnosen wurden zusätzlich ADHS (2 x), Enuresis (2 x) und Bindungsstörung mit Enthemmung (2 x) dokumentiert.

Auf der Diagnose-Achse II des MAS – umschriebene Entwicklungsstörungen – registrierten wir:

- Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung 5 x
- Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Fähigkeiten 3 x
- Sonstige Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten 1 x
- Keine Entwicklungsstörung 1 x (dieses bezieht sich auf den Patienten „geistige Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten“ auf Achse I)

Im Intelligenzniveau, dokumentiert auf Diagnose-Achse III, zeigten die 10 Patienten die folgende Verteilung:

- durchschnittliche Intelligenz 3 x
- niedrige Intelligenz 5 x
- leichte Minderung der Intelligenz 1 x
- mittelgradige Minderung der Intelligenz 1 x

Manifeste körperliche Erkrankungen zerebraler oder extrazerebraler Art wurden auf Diagnose-Achse IV bei keinem der Patienten dokumentiert.

In der Erfassung der assoziierten, aktuellen, abnormen psychosozialen Belastungsfaktoren auf Diagnose-Achse V ergaben sich gravierende Auffälligkeiten im Bereich „Psychische Störung/abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie“ (7 x), im Bereich „Abnorme Erziehungsbedingungen“ (8 x) und im Bereich „Abnorme unmittelbare Umgebung“ - hier abweichende Elternsituation - (8 x).

In der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung auf Diagnose-Achse VI imponierten 5 der 10 Patienten mit einer mäßigen sozialen Beeinträchtigung, 5 Patienten

boten eine darüber hinaus gehende Beeinträchtigung. Alle Kinder waren bereits bei anderen Fachdiensten vorgestellt worden (Tab. 9.1.1).

Tabelle 9.1.1: Vorbehandlungen

Frühere oder zwischenzeitliche Konsultation wegen psych. Auffälligkeiten		Häufigkeit
Gültig	nicht psychiatr. Behandlg./Beratung	3
	amb. psychiatr. Behandlg.	2
	stat. psychiatr. Behandlg.	1
	andere	4
	Gesamt	10

Zusammenfassend handelte es sich also am Projektstandort Berlin um 10 Patienten im Alter von 5-9 Jahren, die eine gesicherte Komorbidität von psychiatrischem Störsyndrom und umschriebener Entwicklungsstörung aufwiesen, einer hohen assoziierten Belastung mit abnormen psychosozialen Umständen im familiär-erzieherischen Bereich unterlagen und in ihrem psychosozialen Funktionsniveau das Bild einer mäßigen bis sogar darüber hinaus gehenden Beeinträchtigung boten.

Die Häufigkeit der als erforderlich angesehenen und durchgeführten psychiatrischen Behandlungsanteile in einem stationären Behandlungszeitraum von durchschnittlich 8 Wochen (8 Patienten) und ca. 10 Wochen kinderpsychiatrisch-ambulanter Therapie oder Nachfolgebetreuung (7 Patienten) zeigt, dass einzel- und gruppenpsychotherapeutische Verfahren in Form des Rollenspiels sowie Ergotherapie, Heilpädagogik und Bewegungstherapie in relativ hoher Häufigkeit zur Anwendung kamen.

Die Einbeziehung der Familie erfolgte in 8 der 10 Fälle in gemeinsam mit der Familie durchgeführten Behandlungssitzungen.

Eine pharmakologische Therapie erfolgte in 4 Fällen als medikamentöse Unterstützung in der Ticbehandlung (2), neuroleptischer Intervention einer Impulskontrollstörung (1) und dem versuchsweisen Einsatz eines Antiepileptikums zur

Verbesserung des kognitiven Funktionsniveaus bei einem zusätzlich zur emotionalen Störung auffälligen, jedoch nicht pathologischen EEG-Befund im Sinn einer unspezifischen Erregbarkeitssteigerung (1).

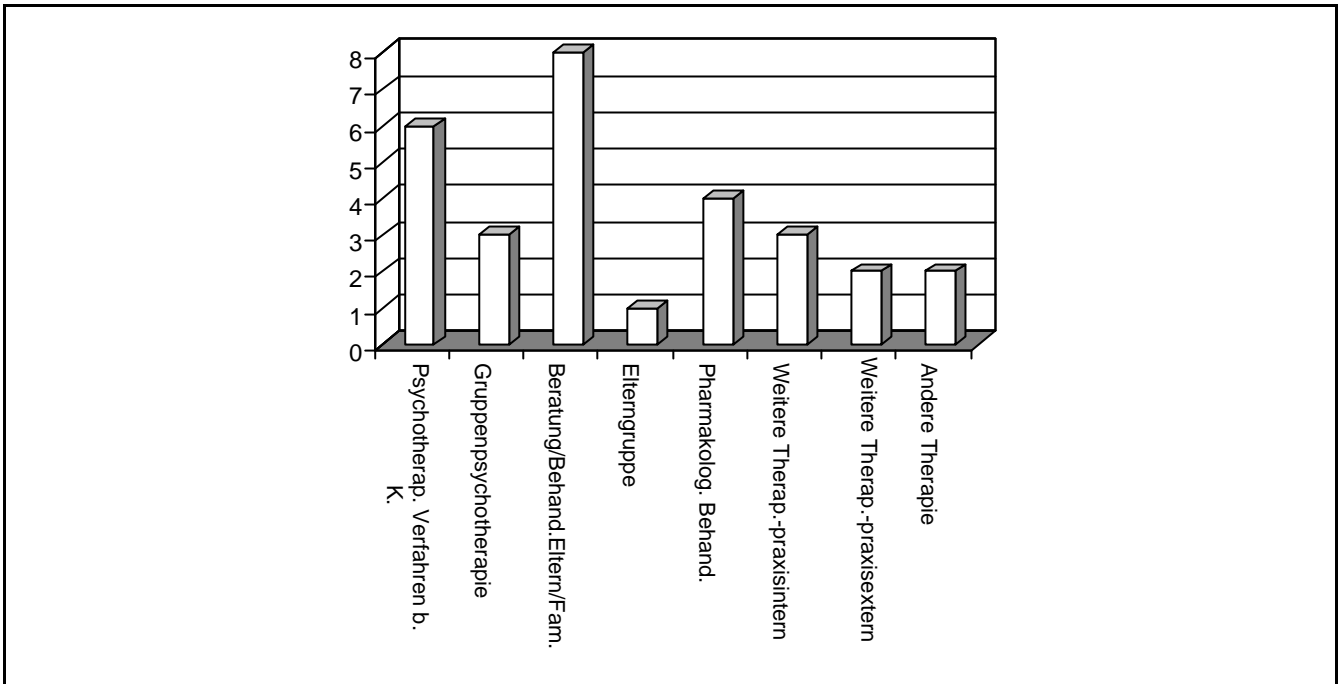


Abbildung 9.1.3: Aus Diagnose-Achse I abgeleitete Therapieerfordernisse

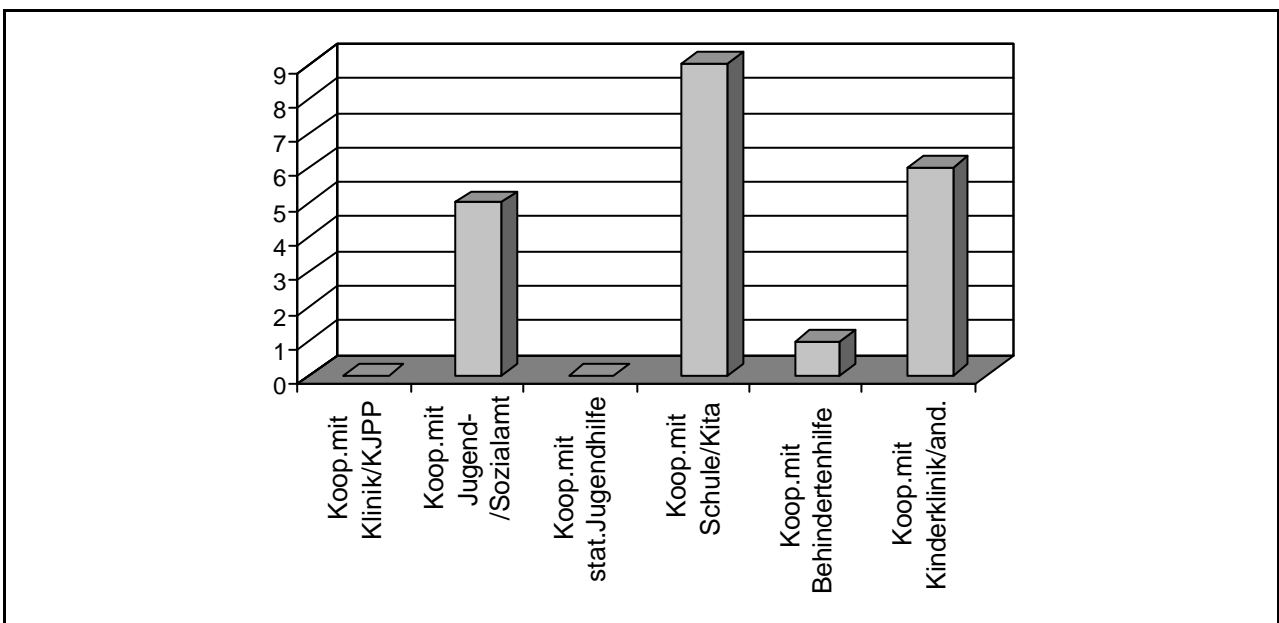


Abbildung 9.1.4: Aus Diagnose-Achse I abgeleitete Kooperationserfordernisse

Die Indikation zur Behandlung mit Stimulantien fand sich interessanterweise nicht bzw. erübrigte sich aufgrund effektloser Vorbehandlungen durch die Sozialpädiatrie (Abb. 9.1.3, und 9.1.4).

Die aus der psychiatrischen Hauptdiagnose auf Achse I abgeleiteten Kooperationserfordernisse wiesen unter Berücksichtigung der Comorbidität (Diagnose-Achse II), des jungen Lebensalters der Patienten und der psychosozialen Belastungsfaktoren den Einbezug von 3 Helfersystemen auf: Bildung, Jugendhilfe, Sozialpädiatrie (Abb. 9.1.4).

9.1.6 Verlaufsergebnisse im Projektzeitraum

In der nach stationärer kinderpsychiatrischer Therapie bzw. während einer institutsambulanten kinderpsychiatrischen Behandlung festgelegten gemeinsamen Behandlungsführung durch die medizinischen Kooperationspartner KJPP und SPZ orientierten wir uns dann schwerpunktmäßig auf den Behandlungsbedarf des Patienten unter Einbezug der Kooperationspartner Bildung/Jugendhilfe und legten auch so das institutionelle Casemanagement entweder durch KJPP oder SPZ in der Behandlungsführung des Patienten fest.

Entgegen der ursprünglichen Zielstellung eines direkten Einbezugs der Fachdienste in die Kooperationskonferenzen von KJPP und SPZ verblieben wir allerdings für den Projektzeitraum zunächst in der zweckorientierten Zusammenarbeit zur Gestaltung gemeinsamer Behandlungsführungen.

In den Kooperationskonferenzen trafen sich alle 5 leitenden Ärzte der SPZ und die ärztliche Leitung der KJPP (Projektverantwortliche) nach dem Rotationsprinzip in den jeweiligen Standorten/Niederlassungen, diskutierten den aktuellen Behandlungsstand und/oder weitergehenden Behandlungsbedarf jedes Projektpatienten und informierten uns gegenseitig über die institutionellen Grenzen und Möglichkeiten. Während die SPZ von der Kenntnisvermittlung multimodaler Therapieprinzipien in der KJPP – insbesondere auch psychopharmakologischer Notwendigkeiten, aber auch der inzwischen traditionellen engen Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe innerhalb der

psychosozialen Versorgungsregion profitierten, wurden für die KJPP die über die SPZ garantierten Maßnahmen zur Entwicklungsförderung, insbesondere solche der sozialpädiatrischen Integrationsarbeit in Zusammenarbeit mit den Fachdiensten Bildung sowie Kinder- und Jugendgesundheitsdienst transparent und wertvoll.

Auf der Mitarbeiterebene ergab sich bezogen auf die Kooperationsvereinbarung eine sehr intensive fallbezogene Zusammenarbeit in den sogenannten „Fallkonferenzen“, die prinzipiell zum Abschluss der stationären Behandlung eines Patienten in der KJPP oder bei Bedarf während der ambulanten gemeinsamen Behandlungsführung erfolgten. Die Fallkonferenzen wurden von den fallführenden Ärzten oder Therapeuten der jeweiligen Institution einberufen unter Beteiligung der Eltern, Bezugspersonen aus dem sozialen Bereich (Kindergärtner oder Lehrer) sowie des zuständigen Mitarbeiters der Jugendhilfe, des Gesundheitsdienstes (KJPD oder KJGD) und der schulpсихologischen Dienste. Der relativ große Teilnehmerkreis und daraus bedingte hohe Organisations- und Zeitaufwand wurde aus unserer Sicht jedoch legitimiert durch den Verbindlichkeitsgrad einer gemeinsamen Hilfe- und Perspektivplanung für das Kind und die betroffenen Eltern mit Festlegung der Verantwortlichkeiten.

Eine wesentliche Erkenntnis für eine gemeinsame Behandlungsführung ergab sich durch den Einbezug der Eltern dahingehend, dass die Eltern (überwiegend alleinstehende Mütter) nicht „Teilversorgungen“ durch die jeweilige Institution wünschten bzw. diesen auch nicht gewachsen waren, sondern den komplexen Hilfebedarf gebunden an eine Institution mit der Offenheit für kooperative Absprachen der Institutionen und Fachdienste untereinander favorisierten.

Diesen Wünschen kamen wir durch die Festlegung des institutionellen Casemanagements nach (wie bei den Kasuistiken demonstriert) und nutzten die vorher beschriebenen Kooperationskonferenzen deshalb teilweise auch zu patientenbezogenen „Kooperationsvisiten“ für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf.

Sowohl die Therapeuten als auch die Eltern, die in 9 der 10 Fälle an der Nachbefragung teilnahmen, registrierten in ihrer differenzierten Einschätzung einen hohen psychiatrischen Behandlungseffekt, der sich vor allem auf eine Verringerung

sozial auffälliger Verhaltensstörungen und die Verbesserung der pädagogischen Steuerbarkeit ihrer Kinder bezog (Abb. 9.1.5/9.1.6).

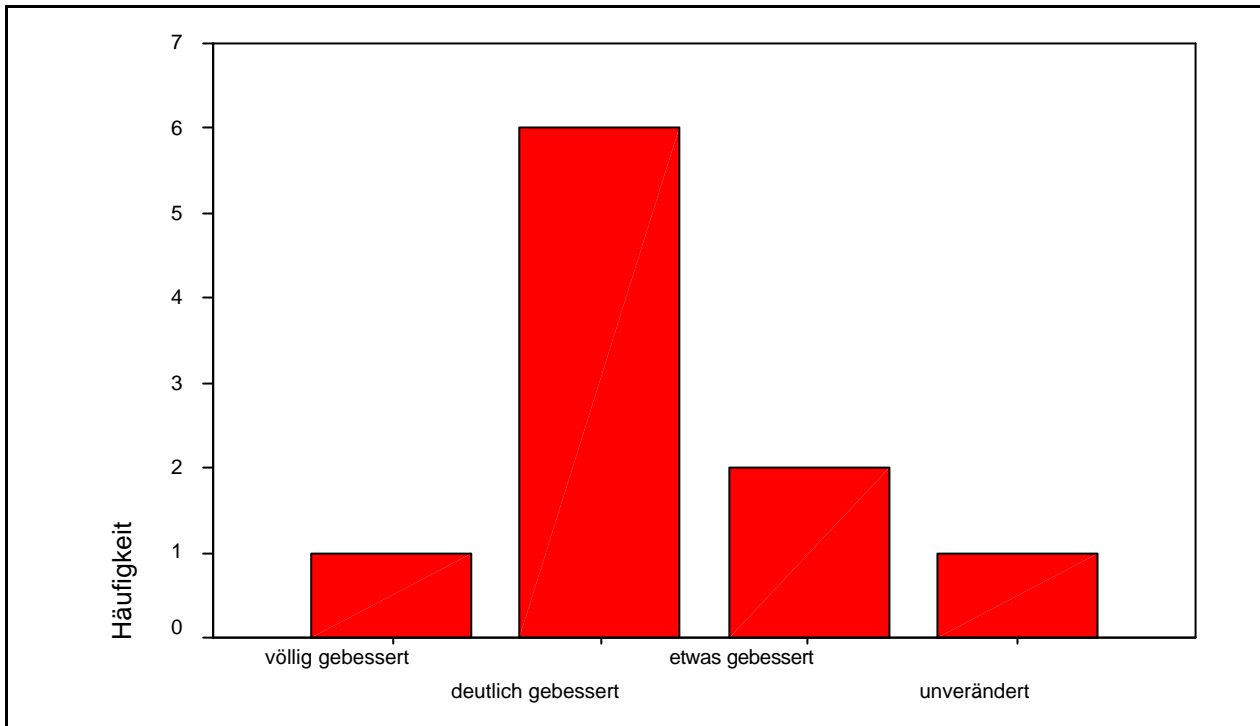


Abbildung 9.1.5: Einschätzung der Symptomverbesserung durch die Therapeuten

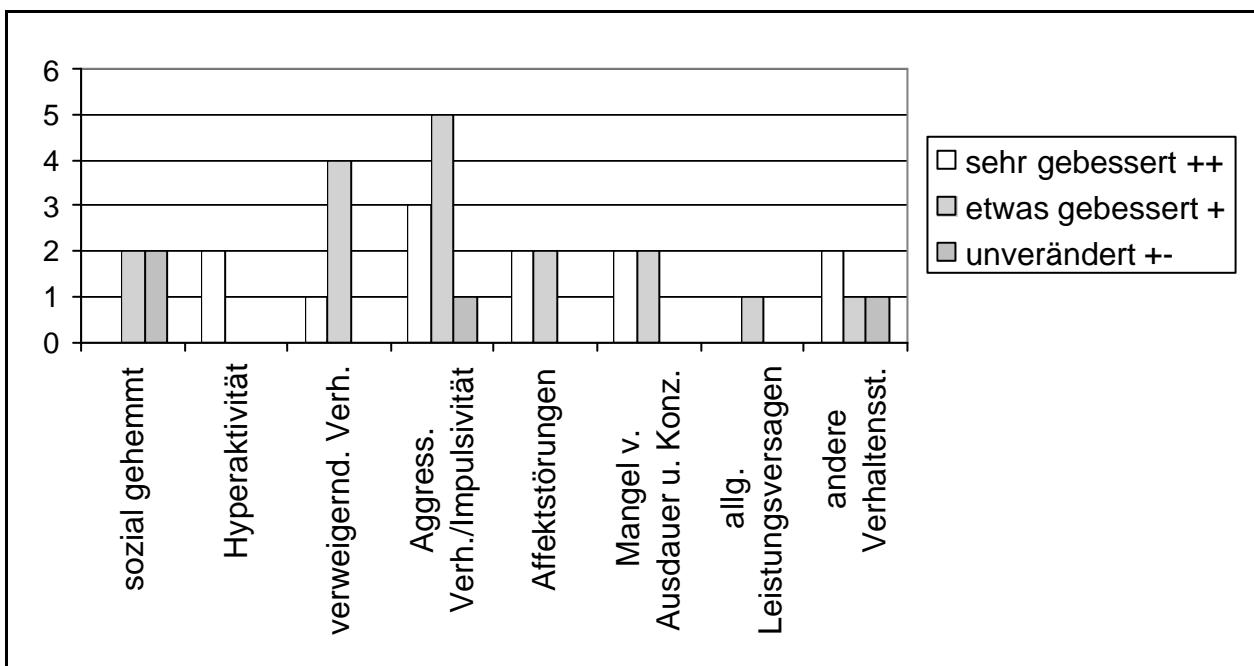


Abbildung 9.1.6: Verbesserung der Probleme eingeschätzt durch die Eltern

Auf der institutionellen Ebene erwies sich die vorgegebene Struktur der Kooperationskonferenzen entsprechend der Kooperationsvereinbarung als sehr effektiv hinsichtlich Kommunikation, Information und Akzeptanz der Kernkompetenzen der jeweiligen Kooperationspartner.

Die Bedeutung der kooperativen Intervention von KJPP und SPZ kommt auch in den gemeinsamen Empfehlungen der weiterhin für notwendig erachteten ambulanten Behandlungsmaßnahmen der KJPP unter Einbeziehung von Schule und Jugendhilfe zum Ausdruck (Abb. 9.1.7).

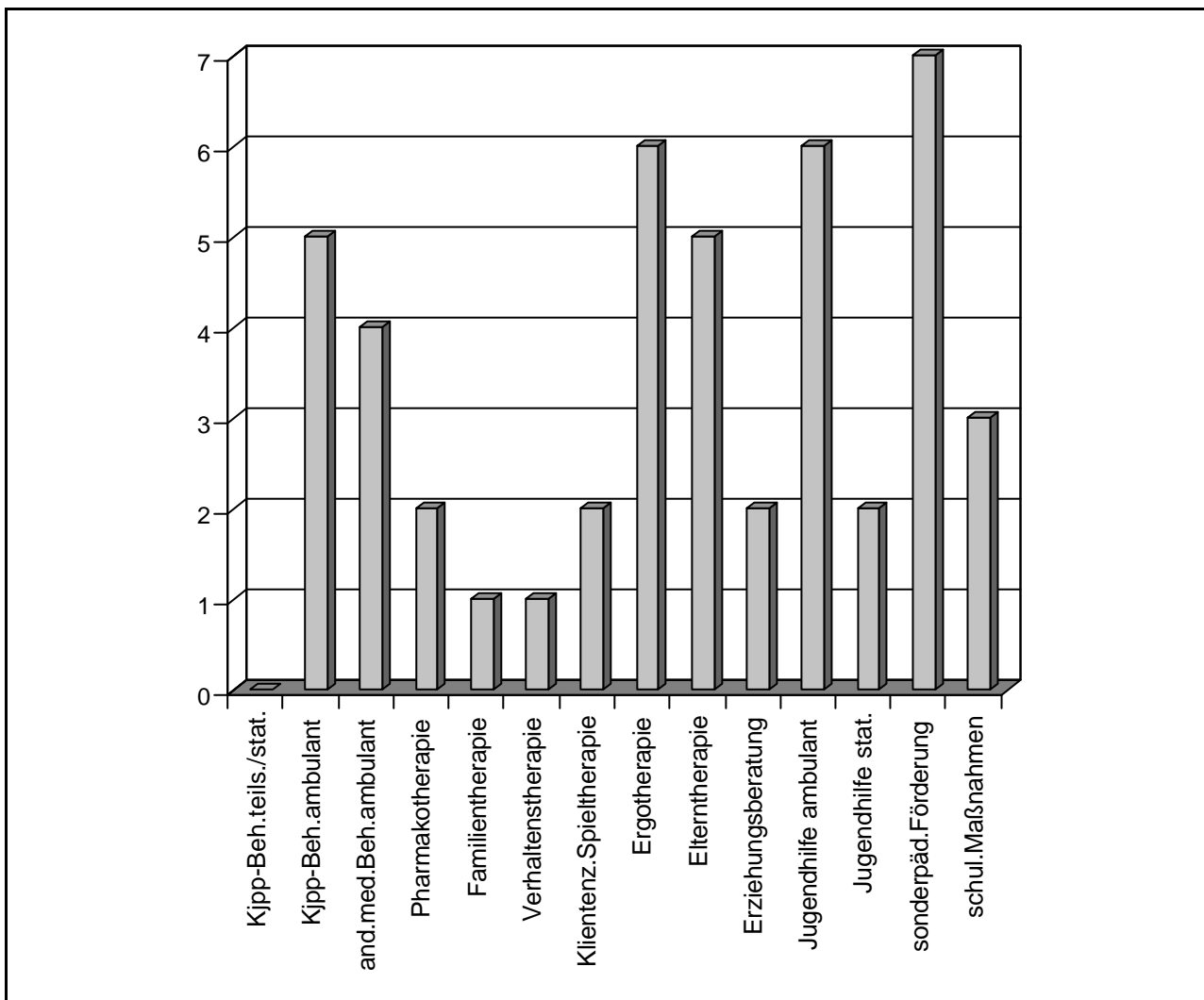


Abbildung 9.1.7: Weiter erforderliche Behandlungsmaßnahmen

In der gemeinsamen Handlungsentscheidung zum Casemanagement verblieben 6 Patienten im fallverantwortlichen Zuständigkeitsbereich des SPZ und 4 Patienten im fall-

verantwortlichen Zuständigkeitsbereich der KJPP. Als Orientierungshilfe diente dabei einerseits das Ausmaß der notwendigen Entwicklungsförderung und sozialpädiatrischen Integrationsbegleitung beim Übergang von der Kita auf die Schule, die den Verbleib im Kompetenzbereich der SPZ begründeten, und andererseits die Schwere der psychiatrischen Störung des Kindes im Zusammenhang mit einer gravierenden psychosozialen Belastung, hier vorrangig einer psychischen Störung der Kindesmutter, die den Verbleib im Kompetenzbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie begründeten. Es handelte sich dabei ausschließlich um Mütter mit einer über die Erwachsenenpsychiatrie bereits bekannten, spezifischen psychiatrischen Erkrankung (2 x Depression, 1 x Schizophrenie, 1 x emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ) und eine über die Elternberatung hinaus gehende behandlungsbedürftige Beziehungsstörung von Mutter und Kind. Der therapeutische Zeitaufwand für eine gemeinsame Behandlungsführung gestaltete sich dadurch unterschiedlich.

Die im Verantwortungsbereich SPZ verbliebenen 6 Patienten bedurften in der ambulanten Behandlungsführung mit zunehmender zeitlicher Distanz zur initialen stationären kinderpsychiatrischen Therapie oder ambulanten Diagnostik nur noch geringfügiger Konsultationsraten, vornehmlich zur Überprüfung eingeleiteter medikamentöser Behandlungen, so dass der Fallabschluss in der KJPP nach 2-3 Quartalen gemeinsamer Behandlungsführung erfolgen konnte. Die in der KJPP verbliebenen Patienten wiesen dagegen einen hohen therapeutischen Aufwand unter dem Aspekt einer Mutter-Kind-Behandlung auf und erforderten den permanenten Einbezug sozialpädagogischer Maßnahmen durch die Jugendhilfe (Finanzierungen nach SGB VIII, Sorgerechtsverfahren, Fremdunterbringung) bei nur noch geringem sozialpädiatrischen Förderbedarf durch die SPZ.

Zusammenfassend ergab sich damit als Projektergebnis im Sinn einer integrierten Organisationsstruktur zur Versorgung von psychisch kranken Kindern für den Projektstandort Berlin, dass über eine gut strukturierte Kooperation von SPZ und KJPP innerhalb einer psychosozialen Versorgungsregion die Früherfassung einer komorbiden Störungssymptomatik bei jungen Kindern gesichert werden kann, Behandlungsschwerpunkte entsprechend der aktuellen Symptomatik institutionsübergreifend zeitlich

begrenzt werden können und sich eine ambulante längerfristige, gemeinsame Behandlungsführung nach dem Hilfebedarf des Patienten und der fachlichen Kernkompetenz der Institution unter Wahrung gegenseitiger Konsultationen richten muss.

9.1.7 Fallbeispiele

9.1.7.1 Fallbeispiel für eine integrierte Versorgungsstrategie zwischen ambulantem Sozialpädiatrischen Zentrum und Kinder- und jugendpsychiatrischer Standortklinik der Region, bei dem das SPZ für einen gemeinsamen Behandlungszeitraum das Casemanagement führt (H. Hübler)

Problemstellung und Vorgeschichte

Der zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt im Februar 2002 5,4-jährige K. (Name geändert) wurde vom SPZ Hellersdorf an die Institutsambulanz der KJPP unter dem Verdacht einer „Aufmerksamkeitsdefizitstörung, verbunden mit ausgeprägter Wahrnehmungsstörung“ zur weiteren Diagnostik und Therapie überwiesen. Die vorhergehende 5-monatige Betreuung im SPZ war auf Empfehlung einer Kindertagesstätte wegen provozierenden, verweigernden und teils autoaggressiven Verhaltens eingeleitet worden. Unter der medizinisch-psychologischen Einschätzung des SPZ „komplexe Entwicklungsstörung“ wurden eine psychomotorisch orientierte Förderung eingeleitet und die Betreuung in einer Integrations-Kita vorgenommen. Nach einer 8-monatigen Förderung und psychologischen Nachuntersuchung durch das SPZ wurde eine erhebliche Antriebssteigerung des Kindes mit auffälligen motorischen Abläufen (Grunzen, bizarre Bewegungen) registriert und die Überweisung in die regionale Pflichtversorgungsklinik für KJPP vorgenommen.

Diagnostik

Im kinderpsychiatrischen Erstkontakt konnte bereits anamnestisch durch die Kindesmutter erhoben werden, dass es sich neben einer umschriebenen motorischen

Entwicklungsstörung um eine komplexe psychiatrische Störungssymptomatik handelte. Unter dem Verdacht auf ein Tourette-Syndrom wurde eine stationäre kinderpsychiatrische Diagnostik vereinbart.

Familienanamnestisch lagen keine Hinweise für hereditäre Erkrankungen vor. Die Eigenanamnese des Kindes ist nach unauffälliger Schwangerschaft und Entbindung hinsichtlich früher Entwicklungsdaten – Laufen, Sprachentwicklung, Sauberkeitsgewöhnung – unauffällig. In der psychischen Entwicklung imponieren schon immer schnelles Weinen und Angst vor Dunkelheit. Die soziale Betreuung erfolgte bereits vor Vollendung des 2. Lebensjahres in einer Kita wegen Berufstätigkeit der Eltern. Innerhalb der Kitabetreuung wird beschrieben, dass das Kind zu Stimmungsschwankungen mit leichter Reizbarkeit neigt, in der Kontaktaufnahme zu Kindern unsicher erscheint und in den lebenspraktischen altersentsprechenden Fähigkeiten eingeschränkt ist.

In der klinisch-neurologischen Untersuchung fanden sich neben einer leichten Muskelhypotonie und regelrechtem Reflexverhalten deutliche Hinweise für eine konstruktive Dyspraxie.

Psychopathologisch imponierte ein selbstunsicheres, emotional durchaus differenziertes, phantasievolles Kind, das fast zwanghaft in stereotypisierte Bewegungsabläufe eingebunden war (Grunzen, Räuspern, Schreie, Arme Hochreißen, torsionsartige Verdrehung des Oberkörpers, ritualisiertes Reiben am Genitale) und sich dabei in einer hohen affektiven Gereiztheit befand.

Intellektuell ergab sich testdiagnostisch eine im unteren Bereich der Altersnorm liegende Ausstattung (K-ABC IQ = 76). Die paraklinischen Befunde (EEG, MRT, Stoffwechselscreening) lagen im Normbereich.

Behandlungsziele

Unter der diagnostischen Zuordnung einer Ticerkrankung, ggf. eines Tourette-Syndroms, bezog sich die Therapieplanung auf eine primäre medikamentöse Behandlung, Kleingruppenpflege mit heilpädagogischem Ansatz unter Einbeziehung von Bewegungs- und Ergotherapie sowie intensiver Beratung der Kindeseltern.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Unter dieser multimodalen Behandlungsplanung kam es zu einer schnellen Rückläufigkeit der Tic-Symptomatik und einer deutlichen psychischen Entspannung des Kindes mit ausdauerndem Spielverhalten und nur seltenen motorischen Tic-Entladungen in emotional belastenden Situationen. Zum Abschluss der Behandlung erfolgte eine Fallkonferenz mit Eltern, SPZ und Kindergartenbetreuerin, in der die weitere komplexe Entwicklungsförderung des Kindes abgestimmt wurde. Aufgrund der Schwere der ursprünglichen Tic-Symptomatik, des guten therapeutischen Erfolges unter stationären Behandlungsbedingungen und der noch als unsicher einzuschätzenden Prognose wurde vereinbart, dass die weitere Entwicklungsförderung über das SPZ erfolgen muss und die Medikamentenführung als auch neuro-psychiatrische Verlaufskontrolle seitens der Kinderpsychiatrie geführt werden sollte.

Bewertung

Innerhalb der ersten zwei Quartale nach Behandlungsbeginn blieb der therapeutische Erfolg stabil. Bereits ab dem III. Quartal konnte die Gesamtbehandlungsführung an die ärztliche Leitung des SPZ übergeben werden. Die kinderpsychiatrischen Betreuungsnotwendigkeiten bezogen sich lediglich noch auf eine Beratung der ärztlichen Kollegin des SPZ (aktuell zwischenzeitliche Medikamentenerhöhung, EEG-Kontrollen) und der kinderpsychiatrischen Supervision hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufes.

9.1.7.2 Fallbeispiel für eine integrierte Versorgungsstrategie zwischen regionaler Standortklinik für KJPP und ambulantem Sozialpädiatrischen Zentrum, bei dem für einen gemeinsamen Behandlungszeitraum das Casemanagement durch die Klinik für KJPP übernommen wird (H. Hübler)

Problemstellung und Vorgeschichte

Die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 5,5-jährige N. (Name geändert) wird durch die die Familie betreuende Kinderärztin zur stationären kinderpsychiatrischen Behandlung eingewiesen. Im Rahmen einer Kita-Untersuchung durch die Jugendärztin

des KJGD waren vorhergehend eine leichte Entwicklungsverzögerung aufgefallen und die Patientin zunächst zur physio- und ergotherapeutischen Förderung in das regionale ambulante SPZ weitergeleitet worden. Dort wurde nach einer 6-monatigen Betreuungsstrecke der Behandlungsbedarf weniger in einer Entwicklungsförderung als viel mehr in einer psychiatrischen Diagnostik und Therapie gesehen, da sich das Kind in einer ausgeprägten Stör- und Außenseiterposition durch heftigste Streitereien, Wutanfälle und Aggressivität gegenüber Kindern und Erwachsenen innerhalb der Kindergartengruppe befand. SPZ und behandelnde Kinderärztin motivierten die Kindesmutter zu einer kinderpsychiatrischen Behandlungsaufnahme.

Bei der Erstvorstellung in der Institutsambulanz für KJPP der regionalen Pflichtversorgungsklinik bestätigte die Kindesmutter die Angaben und ergänzte diese mit Auffälligkeiten auch innerhalb des familiären Verbandes. Sie bezog die Symptomatik vordergründig auf eine seit 2 Jahren bestehende Trennungssituation der Eltern ohne bisher erfolgte Scheidung. Die Kindesmutter wünschte dringend eine stationäre Behandlung des Kindes.

Hinsichtlich der perinatalen Anamnese, neurologischen und paraklinischen Befunderhebung ergaben sich keine Hinweise für eine hirnorganisch-funktionelle Störung. Unter psychodynamischer Betrachtungsweise ließen sich familienanamnestisch erhebliche Problem- und Traumatisierungsfaktoren aufdecken: Der inzwischen von der Familie getrennt lebende Kindesvater – Sonderschüler, erwerbslos – habe sich bereits in der Schwangerschaft der Kindesmutter als gewalttätiger Mensch erwiesen mit massiven Gewaltattacken gegenüber Mutter und Kind, angeblich auch sexuellen Übergriffen auf das Kind. Die Kindesmutter – Krankenschwester von Beruf, arbeitslos – sei innerhalb der ersten 4 Lebensjahre des Kindes depressiv dekompenziert mit mehrfachen stationären psychiatrischen Behandlungsnotwendigkeiten einschließlich von Suizidversuchen. Die Lebenssituation der Familie habe sich in den letzten Monaten für die Mutter verbessert, da sie durch eine neue Partnerschaft wieder Optimismus habe.

Diagnostik

Die Ergebnisse der stationären Diagnostik und Behandlung ergaben neben einer Bestätigung der leichten kombinierten Entwicklungsstörung eine hochgradige emotionale Störung, wobei differentialdiagnostisch eine reaktive Bindungsstörung nicht sicher ausgeschlossen werden konnte.

Psychopathologisch imponierte eine ausgeprägte Kontakt- und Kommunikationsstörung des Kindes gegenüber Erwachsenen und gleichaltrigen Kindern. Wesentlich und therapeutisch kaum beeinflussbar war das soziale Verhalten des Kindes, überwiegend passiv-beobachtend am Gruppenleben teilzunehmen und bei Heranführung in Gruppeninteraktionen ständig provokativ-aggressiv, aggressiv-destruktiv zu agieren. Beziehungen zu Erwachsenen blieben unsicher, abwartend mit teilweise fast stuporös anmutendem Haltungsverharren und appellierendem Blickkontakt. In Spielsituationen verharrte sie eigenbrötlerisch introvertiert.

Behandlungsziele

Der therapeutische Ansatz im stationären Aufenthalt bezog sich schwerpunktmäßig auf eine Auflösung der emotionalen Aggressivität.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Das Behandlungsziel sollte mit regressionsfördernden heilpädagogischen Maßnahmen erreicht werden. Eine sozio-emotionale Entwicklungsförderung erfolgte in Einzel- und Gruppentherapie und fand ihren Schwerpunkt in dem Versuch einer Mutter-Kind-Behandlung zunächst unter dem Aspekt einer erzieherischen Anleitung.

Dabei zeigte sich die Kindesmutter unter den vollstationären Behandlungsbedingungen sehr therapiemotiviert, allerdings auch therapeutenfixiert. Unter diesem prognostisch-therapeutisch günstigen Aspekt vereinbarten wir in einer Fallkonferenz mit dem bisher betreuenden SPZ und dem zuständigen Jugendamt vor Abschluss der stationären Behandlung weitere ambulante Hilfsmaßnahmen dahingehend,

dass das SPZ die Entwicklungsförderung fortsetzt bzw. die Schulintegration begleitet, und in der Institutsambulanz der KJPP unter Gewährleistung der eingeleiteten Therapeutenkontinuität die weitere psychiatrische Behandlung nun im Sinn einer Beziehungsregulation zwischen Mutter und Kind erfolgt sowie unterstützend über das Jugendamt die Jugendrechtslage/Umgangsregelung der noch in Scheidung lebenden Kindeseltern vorgenommen wird.

Bewertung

Die psychiatrische Behandlungskontinuität unter ambulanten Bedingungen gestaltete sich innerhalb der zwei Behandlungsquartale nach Einschluss der Patientin in das Projekt zunächst sehr wechselnd. Die Kindesmutter blieb Behandlungsterminen gegenüber häufig abwesend mit einer ungewöhnlich hohen Zahl an Erkrankungsmitteilungen und nutzte therapeutische Zusammenkünfte vorwiegend zur eigenen Stützung in der Bewältigung ihrer Ehescheidungsproblematik, zu Fragen des Sorgerechts und der Vertretung ihrer Interessen durch uns vor der Jugendhilfe.

Dagegen profitierte die Patientin offenbar von den relativ wenigen therapeutischen Spielsitzungen zunächst extrem, forderte diese geradezu von der Therapeutin ein und ließ zunehmend eine emotionale Befindlichkeit im Sinne von Angst (Mutterverlust) und depressiver Destruktivität (offen/verdeckt) erkennen. In den Kooperationskonferenzen mit dem SPZ ergab sich, dass der sozialpädagogische Förder- und Integrationsaufwand bezüglich der Entwicklungsstörung relativ gering ist und gut abgedeckt wird durch die inzwischen vorgenommenen Fördermaßnahmen in einer LBS-Ganztagseinrichtung. Der Bedarf liegt eher in der therapeutischen Beeinflussung des weiterhin im Sozialverhalten auffälligen Kindes. Insofern wurde auf Wunsch des SPZ in Übereinstimmung mit der Kindesmutter vereinbart, dass die Behandlungsführung unter Einbezug des Jugendamtes vorrangig psychiatrisch erfolgen sollte.

Dabei zeigte sich dann, dass die Kindesmutter und ihr neuer Partner nach Regulierung des Sorgerechts durch das Jugendamt und schulischer Integrationsbegleitung durch das SPZ einer ambulanten kinderpsychiatrisch geführten

Eltern-Kind-Behandlung gut folgen konnten und die emotionale Problematik des Kindes ausreichend bearbeitet werden konnte. Eine KJHG-Maßnahme wurde eingeleitet.

9.2 Projektstandort Uchtspringe (Sachsen/Anhalt): Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Pädiatrie (E. Lischka und M. Neumann)

9.2.1 Konzeption

Die Konzeption des in dieser Region erprobten Instrumentes einer integrativen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zielte ab auf eine Qualifizierung der Kooperation zwischen den Fachgebieten der Kinderheilkunde und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP).

Das Kooperationsvorhaben sollte als ein gemeinsames Casemanagement von KJPP und Pädiatrie die Funktion einer ambulanten Clearingstelle aufbauen bzw. die Möglichkeiten hierzu erproben. Die KJPP bot sich den beteiligten niedergelassenen Kinderärzten als ambulant verfügbarer Partner zur differentialdiagnostischen Hilfestellung und Behandlungsplanung an. Hierzu erklärte sie die Bereitschaft zur fachärztlichen Leistungserbringung nicht nur in den Räumlichkeiten ihrer Institutsambulanz, sondern auch im unmittelbaren Praxisumfeld des Kinderarztes, der damit gegenüber seinem Patienten für diesen erfahrbar in seiner Hausarztfunktion verbleiben konnte. Bei Feststellung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildes wurde die Überleitung in die fachärztliche Leistung durch die KJPP in der bisherigen Form der Überweisung sichergestellt. Die Intensität der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistung sollte andererseits durch die weitere Verfügbarkeit des Pädiaters als dem der Familie vertrauten Hausarzt des Kindes reduziert werden, z. B. durch die Beibehaltung der hausärztlichen Funktion bei längerfristiger Fortführung ambulanter oder auch teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Facharztbehandlung in größeren Abständen.

Das Kooperationsvorhaben diene dem Bemühen um eine Verbesserung einer familienbezogenen und das bisherige Lebens- und Erfahrungsumfeld des Kindes/Jugendlichen wertschätzenden fachärztlichen Behandlung in der Nähe der Hausarztfunktion wahrnehmenden Kinderarztes.

Am Beginn der Projektphase lag das auf der einzelfallbezogenen Ebene in Gang kommende Casemanagement noch in der alleinigen Verantwortung der kinder- und jugendpsychiatrischen Kooperationspartnerinnen. Sie erbrachten ihre Leistungen sowohl in den Räumen der eigenen Institutsambulanz als auch in den Praxisräumen der mitwirkenden Pädiater.

Im weiteren Verlauf des Projektes sollten die Bestimmungsstücke des nicht einfachen Verfahrens der gemeinsamen fachärztlichen Versorgung weiter präzisiert werden. Sie sollten es den niedergelassenen Pädiatern ermöglichen, langfristig verantwortliche Moderatoren ihrer Patienten auch dann zu bleiben, wenn nicht nur ambulante, sondern auch stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich wird. Als Zielgruppe ergaben sich gegenüber anfänglichen Planungen, die die gemeinsame Versorgung von psychisch kranken Kindern mit sensorischen Beeinträchtigungen des Hörens oder Sehens zum Ziel hatten, Kinder und Jugendliche mit gravierenden Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung, die in der Regel auch in ihrer Fähigkeit zur Teilnahme an schulischen oder arbeitsvorbereitenden Maßnahmen beeinträchtigt sind. Die verbindliche Einbeziehung von Jugendhilfe, Schule und Arbeitsverwaltung in das Kooperationsvorhaben wurde vereinbart.

Als weitere Zielgruppe der vernetzten Versorgungsweise wurden Kinder und Jugendliche mit gravierenden Störungen gesehen, deren Versorgung im bisherigen Verlauf Ressourcen und Behandlungsmöglichkeiten der beteiligten Disziplinen überfordert hatte. Auf der Grundlage ihrer Erfahrungen, die sie durch die Teilnahme der Klinik an einem Landesmodellprojekt zur „Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungswesen“ gewonnen hatten (Jungmann, 2002), bemühten sie sich um den Aufbau eines gemeinsamen Arbeitsverfahrens in Form strukturierter und ergebnisorientierter

interdisziplinärer Fallkonferenzen. In diese sollten sowohl die pädiatrischen als auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkollegen ihre diagnostischen Erkenntnisse und therapeutischen Überlegungen einbringen und zu einer gemeinsamen Behandlungsplanung sowie Behandlungsbegleitung kommen können. Im Hinblick darauf, dass die Arbeitsstrukturen, die im Rahmen des genannten Landes-Modellprojektes in der Region entwickelt worden waren, noch Bestand hatten, ergab sich die Möglichkeit, diese in die beabsichtigte integrative Versorgungsform einzubringen.

Für die niedergelassenen Kinderärzte, die in dem vorangegangenen Modellprojekt nicht beteiligt gewesen waren, war eine Mitwirkungsform zu entwickeln, die realistisch auf die in einer kinderärztlichen Praxis verfügbaren personellen, zeitlichen und materiellen Ressourcen ausgerichtet ist. Die pädiatrischen Kollegen unterstrichen ihr hohes Interesse, machten das Ausmaß ihrer Mitarbeit jedoch davon abhängig, ob und in wie weit es damit gelingen könnte, „niederschwellig“ und effektiv kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen bei besonders schwierigen Kindern und Jugendlichen zu erhalten. Andererseits wurde die nach ihrer Mitteilung von ihnen wiederholt gemachte Erfahrung problematisiert, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen nach einer, vor allem längerfristigen, intensiven stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung oft nicht mehr in die Betreuung des eine Hausarztfunktion ausübenden Kinderarztes zurückkehren. Es bestand der Wunsch, eine Kooperation auch dann zu realisieren, wenn im Anschluss an die stationäre Behandlung in der KJPP andere Formen der weiteren Betreuung, beispielsweise durch die Jugendhilfe, in nicht selten erheblicher räumlicher Entfernung, eingeleitet würden.

9.2.2 Verlauf und Ergebnisse

Im laufenden Zeitraum des Forschungsprojektes wurden 19 Kinder und Jugendliche beobachtet, diagnostiziert, behandelt und begleitet. Versorgt wurden Kinder mit gravierenden Störungen in der psychischen und sozialen Entwicklung, welche in vier Fällen mit kinderpsychiatrischer Vorbehandlung alle Patienten der regionalen Kinderärzte waren. Spezifische Kriterien für die Auswahl der Patienten wurden nicht

erstellt. Vor Aufnahme ins Projekt musste aber nicht nur das Einverständnis, sondern auch eine längerzeitige Mitarbeitsbereitschaft der Eltern zu erwarten sein.

Die 17 Jungen und 2 Mädchen waren zwischen 6 und 17 Jahre alt. Das Alter der Mütter bei der Entbindung lag zwischen 18 und 34 Jahren, mit einem Gipfel bei 24 Jahren. Von 17 Kindern lebten die leiblichen Eltern aber in 10 Fällen getrennt oder geschieden. Zwischen 50 und 70% der Eltern besaßen einen Realschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung als Facharbeiter, Handwerker oder Angestellte. Nur ca. 30% der Mütter und ca. 60% der Väter waren ganztags erwerbstätig. Der übrige Teil arbeitete gelegentlich, befand sich in Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung oder war arbeitslos.

Sowohl im Schwangerschaft- und Geburtsverlauf als auch postpartal fanden sich im Einzelfall Risikofaktoren bzw. Komplikationen, deren Relevanz für die Entwicklung des Kindes nicht bewiesen werden konnte.

Es fanden sich Entwicklungsstörungen der Motorik 4 mal, der Sprache 5 mal, der Sauberkeit 8 mal. Bereits während des Besuches eines Kindergartens wurden in 5 Fällen Trennungängste, in 2 Fällen Kontaktstörungen, in 2 Fällen Spielstörungen, in 4 Fällen hypermotorisches Verhalten und in 4 Fällen aggressive Verhaltensstörungen beobachtet, d.h., dass bei fast all unseren Probanden bereits im Vorschulalter Verhaltensauffälligkeiten bestanden.

Von 19 Kindern waren 6 ohne leibliche Geschwister, 7 mit einem Geschwister, 5 mit 2 Geschwistern und 1 mit 7 Geschwistern. In zwei Fällen wurden zwei Brüder zeitgleich diagnostiziert und behandelt. Bezüglich der Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltswohnfamilie handelte es sich 5 mal um ein Einzelkind und 8 mal um das jüngste Kind.

Gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der Kindheit wurden nur einmal festgestellt.

Von den 19 Kindern besuchten aktuell 3 eine Vorschuleinrichtung, 16 waren zeitgerecht eingeschult und 1 Kind zurückgestellt worden, 3 Kinder hatten das Schulalter noch nicht erreicht. Während der Behandlungszeit besuchten von den 16 Schulkindern 9

die entsprechende Klasse, 5 hatten 1 Schuljahr und 2 mehrere Schuljahre wiederholt, 1 Kind wurde umgeschult.

Was die Schulformen anbelangt, betreuten wir je 6 Grund- und Realschüler, 1 Hauptschüler, 3 Sonderschüler (LB-Schule u.a. Sonderschule). Bei den Schulstörungen fielen auf:

- schlechtes Betragen/Aggressionen in 7 Fällen
- Leistungsstörungen in 12 Fällen
- Kontaktstörungen in 8 Fällen
- Konzentrationsstörungen in 13 Fällen
- hypermotorisches Verhalten in 8 Fällen
- Schulschwänzen in 3 Fällen
- Schulverweigerung/Schulangst in 3 Fällen

Bei der Bewertung von Störungen nach ihrer Häufigkeit ohne differenzierten Bezug zum biologischen Alter und der jeweiligen Situation sind in der Rangfolge interessant die:

- Interaktionsstörungen bei 16 Patienten
- Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle bei 15 Patienten
- Störungen von Stimmung und Affekt bei 13 Patienten
- Störungen des Sozialverhaltens bei 12 Patienten
- Angststörungen bei 11 Patienten
- funktionelle und somatische Störungen bei 9 Patienten
- Störungen des Sprechens und der Sprache bei 8 Patienten
- Störungen der Psychomotorik bei 7 Patienten
- Essstörungen bei 5 Patienten
- formale Denkstörungen bei 5 Patienten
- Zwangstörungen bei 2 Patienten

Für 9 der 19 Kinder erfolgte die Betreuung von der Erstkonsultation an in Gemeinsamkeit mit dem jeweiligen Kinderarzt als Hausarzt des Kindes.

In 10 Fällen (darunter eine stationäre Einweisung) kam es über die von Kinderärzten an unsere Institutsambulanz gerichteten Aufträge zur Diagnostik und/oder Mitbehandlung zu einer nur wenig strukturierten, unregelmäßigen, lockeren

Zusammenarbeit nach Bedarf. Zumeist kam diese dann zustande, wenn im bisherigen Verlauf Ressourcen und Behandlungsmöglichkeiten der Pädiater dort offensichtlich nicht mehr ausreichten.

Unsere Angebote bezogen sich auf eine kinderneurologische einschließlich EEG-Diagnostik, auf die kinderpsychiatrische, störungsspezifische und Persönlichkeitsdiagnostik sowie auf die überwiegend durch unsere Psychologen erbrachte Lern- und Leistungsdiagnostik. In der Regel verblieben die Patienten zur Behandlung in unserer Institutsambulanz oder teilstationär in der Tagesklinik mit gelegentlichem Kontakt zum überweisenden Kinderarzt dann, wenn es um die Planung weiterer Hilfen durch Ämter, Beratungsstellen, Institutionen und Schulen ging, oder es erfolgten nach Entlassung aus unserer Behandlung Empfehlungen zur Weiterbehandlung in der pädiatrischen Praxis und Angebote zur Behandlungsbegleitung durch unsere Klinikärzte und -psychologen.

Hauptfeld unserer therapeutischen Bemühungen war in jedem Fall die gemeinsame sozialpsychiatrische und sozialpädiatrische Arbeit in der Kooperation mit allen an der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit unserer Patienten beteiligten Ämter, Schulen und Institutionen in dem Wissen, dass die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche, patientenkonzentrierte Behandlung stimmen müssen.

Bei der Auswertung der dokumentierten Verläufe wurde deutlich, dass die Kooperationsbereitschaft und die Motivation zur Mitarbeit in den therapeutischen Settings sowohl von den Eltern und anderen Bezugspersonen als auch von den Patienten selbst als überwiegend gut eingeschätzt wurde. Dass die Beurteilung des Behandlungserfolges zu rund 70% positiv ausfiel, spricht für die erprobte kooperative Behandlungsweise.

Neben der kinderpsychiatrischen Behandlung mit gleichzeitiger Einbeziehung der Eltern oder anderer Bezugspersonen nahmen anleitende Familiensitzungen, die Verhaltenstherapie, die klientenzentrierte Gesprächs- und Spieltherapie, Rollenspiele und Gruppentherapie, Musik- und Kunsttherapie einen eher bescheidenen Rang ein.

Der relativ geringe Einsatz von Psychopharmaka, speziell von Neuroleptika, Antidepressiva und Stimulanzen, drückt die uns eigene Zurückhaltung bei der

Verordnung, insbesondere ambulant und an jüngere Kinder, aus, hat aber wohl auch etwas mit den Diagnosen zu tun. Bedeutsame Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten sind bei den zum Einsatz gebrachten Präparaten nicht beobachtet worden.

Die kleine Anzahl ausgewiesener Beratungstätigkeiten gegenüber Kindertageseinrichtungen und Heimen, sozialen Diensten und Ämtern sowie Schulen, der Teilnahme an Helferkonferenzen und Hilfeplangesprächen muss selbstkritisch als Mangel in der Dokumentation gewertet werden bzw. ist durch die geringe Zahl der Probanden begründet. Sie steht im krassen Widerspruch zur sonstigen, oben beschriebenen vielfältigen psychosozialen Arbeitsweise unserer Institutsambulanz.

9.2.3 Resümee

Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind sinnvoll.

Die Mitarbeit im Projekt war für uns eine Herausforderung.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Kooperation zwischen kinderärztlicher Praxis, Institutsambulanz, Tagesklinik und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung und Jugendlichen bewirken kann, wenn gegenseitige Achtung, Wertschätzung und Akzeptanz die gemeinsame Arbeit begründet. In einer Region ohne niedergelassene Fachärzte für KJPP ist die Zusammenarbeit mit Kinderärzten dann eine Alternative, wenn kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik und Institutsambulanz ein leistungsstarkes therapeutisches Team und die ganze Bandbreite psycho- und sozialtherapeutischer Möglichkeiten vorhalten, die sich durch Umverteilung von Mitteln und Kräften aus dem Krankenhaus schaffen lassen.

9.2.4 Schlussfolgerungen für die Arbeit der eigenen Einrichtung

Nach offiziellem Abschluss des Projektes sind die Ergebnisse mit der Klinikleitung zu beraten, um Möglichkeiten zur Erweiterung des Leistungsangebotes der Tagesklinik

und Institutsambulanz mit dem Ziel zu erschließen, wie insbesondere die tagesklinischen Strukturen durch die Institutsambulanz für eine interdisziplinäre Arbeit mit der Pädiatrie noch mehr mitgenutzt werden können (offene VT-Gruppen, Entspannungsgruppen, Elterngruppen, Ergo- und Beschäftigungstherapie, Physiotherapie).

Die gemeinsame überzeugende Aufklärung der Kindeseltern und anderen Sorgeberechtigten durch Pädiater und Kinderpsychiater sowie die Einbeziehung der Eltern in jede Fallkonferenz und gemeinsame Konsultation hat spürbar zum Abbau von Vorbehalten und Ängsten geführt und die Sichtweisen über die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit verändert.

Dadurch, dass der Kinderarzt in seiner Funktion als Hausarzt auch in Krisensituationen nach der intensiven gemeinsamen Therapie die Patienten wieder vertrauensvoll in die vorbehandelnde kinderpsychiatrische Institutsambulanz lenkt, wird dem Psychiatrietourismus Einhalt geboten, werden personelle und finanzielle Kapazitäten effektiver genutzt (weniger Mehrfachdiagnostik).

Wir bieten in der Institutsambulanz Stendal auch kinderneurologische Untersuchungen sowie Entwicklungsdiagnostik an. Es scheint, als ob deshalb mehr Direktüberweisungen der Pädiater zu uns erfolgen, ohne dass vorher das SPZ in Magdeburg in Anspruch genommen wurde (zahlenmäßig ist dazu allerdings noch keine Erhebung erfolgt.)

Ob dadurch, dass alle Untersuchungen in einer Hand bleiben, mehr Qualität für den Patienten erreicht wird, bleibt zu beweisen. Wir haben den Eindruck, dass durch wechselseitiges Geben und Nehmen von Kinderärzten und Kinderpsychiatern einerseits die Therapiesicherheit wächst, andererseits auch eine Entlastung der Therapeuten stattfindet.

Eine eindeutige Entlastung der stationären Einrichtung vom Einweisungsdruck ist durch die Verlagerung von Kräften und Mitteln des Krankenhauses in die Tagesklinik mit angeschlossener Institutsambulanz am Standort Stendal erfolgt.

Die stationären Fallzahlen sind zurückgegangen, wenn diese auch noch immer das gesamte Behandlungskontingent der Klinik benötigen.

9.2.5 Fallbeispiele

9.2.5.1 Mario (Name geändert): Vernetztes Handeln zwischen Pädiater, Instituts-ambulanz-KJPP und Tagesklinik-KJPP (E. Dahlhoff)

Problemstellung und Vorgeschichte

Überweisung von Mario (Name geändert) durch den behandelnden Kinderarzt an die Institutsambulanz des Fachkrankenhauses Uchtspringe zur diagnostischen Abklärung einer vermuteten Legasthenie und einer hyperkinetischen Störung. Gewünscht wurde eine Empfehlung zur weiteren Beschulung nach der Grundschule mit Ausgleichsklassen. Danach aus Sicht des Kinderarztes zunächst kein weiterer psychiatrischer Behandlungsbedarf.

Vorstellung des Kindes in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Stendal auf Wunsch der Heimerzieherin zum ambulanten Vorgespräch aufgrund massiver Verhaltensprobleme:

Verbale und körperliche Aggressivität gegenüber Lehrern, Mitschülern, Heimbewohnern,

- geringes Selbstwertgefühl, emotionale Labilität,
- stark schwankendes Interesse an schulischen Aufgaben,
- Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule.
- Teilstationäre Aufnahme in der Tagesklinik.

Diagnostik

Allgemein-körperliche und neurologische Aufnahmeuntersuchung: 12-jähriger Knabe in gutem AZ und EZ. Bis auf eine Zahnfehlstellung am Oberkiefer, die durch eine Zahnsperre korrigiert wurde, und mehrere abgeheilte Hämatome an beiden Unterschenkeln unauffälliger Befund. Brillenträger. Unsicherheiten in der Koordination. Motorische Ungeschicklichkeit.

Altersgerecht entwickeltes EEG eines 12-jährigen Knaben ohne Hinweise für Allgemeinveränderungen, Herdbefund oder Anfallsbereitschaft.

Psychopathologische und testpsychologische Befunde: Mario war für die psychologische Untersuchung zunächst nur wenig motiviert, zeigte sich dann aber interessiert, arbeitete ausdauernd und bemühte sich um gute Ergebnisse. Die projektiven Zeichenverfahren bereiteten ihm dann sogar Freude.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit, gemessen am HAWIK-III, ist altersentsprechend entwickelt (Gesamt-IQ = 105). Die Ergebnisse im Verbal- und Handlungsteil unterscheiden sich signifikant voneinander (Verbal-IQ = 93, Handlungs-IQ = 117). Marios Stärken liegen im handlungspraktischen Teil. Die vergleichsweise schwachen Ergebnisse bei den schulähnlichen Anforderungen des Verbalteils sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Mario im Alter von 12 Jahren erst die 4. Klasse besucht und mittlerweile auch eine deutliche Abneigung gegenüber Schule aufgebaut hat.

In der Persönlichkeitsdiagnostik mittels Selbstbeurteilungsfragebögen (DIKJ, PFK 9 – 14) beschreibt Mario soziale Schwierigkeiten mit anderen. Er sei in sozialen Kontakten wenig aktiv und sehr scheu. Er sei lieber für sich allein und brauche nicht viele Freunde. Anordnungen von Erwachsenen befolge er eher nicht. Mario habe wenig Spaß an Schule und zeige auch nur wenig Anstrengungsbereitschaft im Bemühen um gute Leistungen. Er zeige wenig emotionale Anteilnahme am Erleben anderer und habe eine geringe Selbstüberzeugung hinsichtlich des Erfolgs und der Richtigkeit eigener Meinungen, Entscheidungen und Vorhaben.

In den projektiven Verfahren wird eine extravertierte Einstellungsweise mit vorwiegend praktischem Denken deutlich, aber auch eine gewisse Gefühls- und Fantasiebeteiligung bei der Bearbeitung der Verfahren.

Es finden sich Hinweise auf mangelnde Ich-Stärke, Depressivität und Angstabwehr. Bei der Verarbeitung von Gegensätzlichkeit und Spannung richtet Mario die Aggressivität zum Teil auf die eigene Person, aber auch in die Außenwelt. Deutlich wird der Wunsch nach Geborgenheit und Zugehörigkeit.

Die Baumzeichnung könnte als Symbol für eine abgebrochene Entwicklung mit traumatischen Erlebnissen und einen Neubeginn gedeutet werden. Durch Erziehung erlebte Begrenzung und Zurückweisung haben bei Mario das Gefühl hervorgerufen, in

der Persönlichkeitsentfaltung eingeschränkt zu sein. Die beginnende Pubertät führt außerdem zu Unsicherheit und verstärkter emotionaler Ansprechbarkeit.

Diagnosen:

- Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung ICD-10 F 92.0,
- Lese- Rechtschreibstörung ICD 10 F 81.0.
- Frühe Bindungsstörung infolge von Vernachlässigung, fraglicher Misshandlung, vermutlich sexuellem Missbrauch durch Eltern und häufige Beziehungsabbrüche durch Wechsel der Bezugspersonen (Pflegeeltern, Heim, Schule).
- Eine hyperkinetische Störung konnte ausgeschlossen werden. Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten waren als Ausdruck von Angst, Motivationsproblemen als depressiv bedingte Störungen einzuschätzen. Die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung konnte nicht ausgeschlossen werden.

Behandlungsziele

kurzfristig:

- Annehmen von Regeln und Strukturen,
- Abbau des aggressiven und provozierenden Verhaltens und Wiederherstellung der Gruppen- und Schulfähigkeit,
- Förderung von Konzentration und Ausdauer,
- Emotionale Stabilisierung und Selbstwertstärkung,
- Sicherung des Verbleibs in der derzeitigen Schule.

längerfristig:

- Verarbeitung der traumatischen Kindheitserlebnisse und der Trennung von der Mutter,
- Herstellen von Beziehungsfähigkeit, altersentsprechende Gestaltung sozialer Beziehungen,
- Ermöglichung einer dem Leistungspotential entsprechenden Schulentwicklung,

- Kooperation/Vernetzung innerhalb des multiprofessionellen Teams der Tagesklinik und intensive Einbeziehung der Bezugserzieherin des Heimes und der Klassenlehrerin in die therapeutischen Bemühungen,
- Kooperation mit dem behandelnden Kinderarzt durch Einweisung in Tagesklinik und abschließende Berichterstattung.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Durch vernetztes Handeln sollen ein stabiler Rahmen und ein therapeutisches Klima der Verlässlichkeit, Überschaubarkeit und der intensiven emotionalen Zuwendung sichergestellt werden.

Gegenseitige Synergieeffekte der unterschiedlichen therapeutischen Ansätze sollen genutzt werden.

Aufgaben des Pflegepersonals:

- Gestaltung des stabilen Rahmens durch strukturierten Tages- und Wochenablauf mit klaren Regeln für das soziale Miteinander,
- Durchführung von soziotherapeutischen Maßnahmen unter Anleitung (Spiel- und Beschäftigungstherapien, Entspannung, Maltherapie, Schwimmen),
- verhaltenstherapeutische Führung unter Anleitung.

Aufgaben der Lehrerin:

- Förderung der Lernmotivation durch individuelles Unterrichten unter Berücksichtigung vorhandener Stärken und Schwächen,
- LRS-Förderung,
- allmähliche Belastungssteigerung.

Aufgaben des Therapeutischen Personals:

- Förderung von Ausdauer, Konzentration und Anstrengungsbereitschaft,
- Förderung sozialer Kompetenzen,
- motivationales Ausagieren in kreativer Beschäftigung und Bewegung,
- Selbstwertstärkung durch Vermitteln von Erfolgserlebnissen und Erweiterung des Erfahrungshorizontes.

Aufgaben der Psychotherapeutin:

- Schaffung einer vertrauensvollen Therapeutin-Patienten-Beziehung als Modell für gelungene Beziehungsgestaltung,
- Selbstwertstärkung durch Ressourcenorientierung,
- Aufdecken psychodynamischer Zusammenhänge ausgehend von aktuellen Konfliktsituationen.

Verwirklicht werden soll ein multimodaler Therapieansatz mit:

- Systemischer Einzeltherapie unter Einbeziehung der Heimerzieherin,
- Verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppentherapie,
- Pharmakotherapie (Antidepressivum),
- Ergotherapie,
- Sport- und Physiotherapie, kommunikativer Bewegungstherapie,
- Entspannung,
- Maltherapie,
- Spiel- und Beschäftigungstherapie, Rollenspielen, Schwimmen.

Das Annehmen von Regeln und Strukturen fiel M. zunächst sehr schwer, Grenzsetzungen und Anordnungen des Pflegepersonals schien er als persönliche Angriffe und Beschneidung individueller Entfaltungsmöglichkeiten zu bewerten.

Ein starkes Misstrauen in sozialen Beziehungen aus Angst vor erneutem Beziehungsabbruch behinderte die Integration in die Gruppe der Mitpatienten und den Aufbau einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung.

Mehrfach versuchte M., das therapeutische Personal der Tagesklinik und das pädagogische Personal des Kinderheimes „gegeneinander auszuspielen“.

Mit provozierendem, aggressivem Verhalten versuchte M., bisherige Beziehungserfahrungen mit Ablehnung, Zurückweisung und Beziehungsabbruch zu wiederholen und zu bestätigen. Angst und damit verbundene innere Unruhe und Getriebenheit konnten unter einer gering dosierten antidepressiv wirksamen Medikation abgebaut werden und ermöglichten es M., sich allmählich auf therapeutische Interventionen einzulassen.

Im Gespräch mit dem Patienten, der Bezugserzieherin, dem Amtsvormund und der Therapeutin wurde die Notwendigkeit eines gemeinsamen, konsequenten Handelns

deutlich gemacht. Zunächst erfolgte die einzeltherapeutische Arbeit mit dem Patienten. Danach wurde der Gruppenbezug des Kindes über die Kleingruppe zur gesamten Therapiegruppe hergestellt.

Unter verhaltenstherapeutischer Führung war M. dann auch besser motivierbar für die Erreichung therapeutischer Teilschritte. Er konnte Lob und Anerkennung, aber auch Kritik und Grenzen besser annehmen.

M. gelang es zunehmend besser, selbständig Ziele zu setzen und auch an einer anspruchsvollen Aufgabenauswahl z.B. in der Ergotherapie teilzunehmen.

Die Lernmotivation und Entwicklung von Ehrgeiz konnten gesteigert werden, v.a. bei der LRS-Förderung.

Nach einer 5-monatigen teilstationären Behandlung wurde die weitere ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in der Institutsambulanz geplant, die in engerer Kooperation mit dem Kinderarzt fortgeführt werden soll.

Bewertung

Zielerreichung:

- Kurzfristige Zielstellungen konnten verwirklicht werden.
- In der ambulanten Psychotherapie geht es um die Sicherung und Stabilisierung der bisherigen Therapieerfolge und ihre Übertragung in den Alltag.
- Längerfristige Zielvorstellungen sind in Ansätzen erfüllt.
- Die „Idealisierung“ der Mutter und übersteigerte Wunschvorstellungen von gemeinsamer Zukunft der Familie konnten verringert werden.
- Es ist ein realistischeres Zukunftsbild mit dem Lebensmittelpunkt im Heim und den dortigen Erziehern als engste Bezugspersonen entstanden.
- Familiäre Beziehungen zu den Brüdern, die beide im selben Heim leben, sowie gelegentliche Besuche beim Vater konnten aufgebaut werden.

Weitere Ziele:

- Förderung sozialer Kompetenzen im therapeutischen Milieu, Übertragung und Erweiterung im Schulalltag und in der Heimgruppe genauso wie die Reintegration in das sonderpädagogische Förderzentrum sind notwendig.

- Gemeinsam mit dem behandelnden Kinderarzt ist in Form vernetzten Handelns eine weitere ambulante Behandlung wünschenswert, um langfristige Begleitung des Patienten zu sichern und die Manifestation einer Persönlichkeitsstörung zu vermeiden bzw. ggf. notwendige psychotherapeutische Interventionen zeitnah und damit zeitlich begrenzt zu gestatten.

Offene Fragen:

- Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Weiterbetreuung?
- Gestaltung der fallbezogenen Kooperation mit dem Kinderarzt?
- Möglichkeiten von fallunabhängiger bzw. -übergreifender Kooperation/Ver-netzung mit den Kinderärzten?
- Schaffung von vernetzten Strukturen in der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen?
- Differenziertes, am Bedarf orientiertes Netz an therapeutischen Angeboten für die ambulante Versorgung?
- Unterstützung der Eltern/Bezugspersonen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (Psychotherapie, Beratung, Selbsthilfe)?
- Schaffung von Beschulungsmöglichkeiten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche über Grundschule mit Ausgleichsklassen hinaus?
- Schaffung von auf die Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher spezialisierten Einrichtungen der Jugendhilfe und enge fallbezogene Kooperation mit diesen?

Was lehrt der Fall?

Das hohe Engagement aller Beteiligten, insbesondere die intensive emotionale Zuwendung und die konsequente Haltung der Bezugserzieherin des Heimes, haben bei der Behandlung des komplex gestörten Jungen Therapieerfolge ermöglicht.

Teilstationäre Behandlung bietet durch den täglichen Wechsel zwischen Klinik und Familie/Heim bessere Möglichkeiten für intensive Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Die Schwellenangst von Schule und Jugendhilfe zur Inanspruchnahme von Unterstützung bei der Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ist bei tagesklinischer Behandlung möglicherweise geringer als bei stationärer Therapie.

Vermeidung stationärer Maßnahmen

Der Patient befand sich seit Beginn der psychiatrischen Behandlung bereits in einer vollstationären Einrichtung der Jugendhilfe.

Stationäre Behandlung in der KJPP konnte durch die teilstationäre Behandlung vermieden werden.

9.2.5.2 Tom (Name geändert): Liaisonfunktion der Institutsambulanz-KJPP in einer pädiatrischen Praxis (E. Lischka)

Problemstellung und Vorgeschichte

Tom (Name geändert) wurde mit 7 Jahren erstmalig ambulant vorgestellt. Er war psychomotorisch unruhig, unkonzentriert, redete überall dazwischen, hielt es bei keiner Beschäftigung lange aus. Es sollte heraus gefunden werden, woran dieses auffällige Verhalten lag und was man (Eltern und Lehrer) dagegen tun könne. Es wurde eine Anpassungsstörung mit Auffälligkeiten im sozialen und emotionalen Bereich diagnostiziert. Zusätzlich bestand eine Tic-Symptomatik (Grimassieren).

Der leibliche Vater hatte die Familie verlassen. Der Partner der Mutter zur Zeit des Beginns der Therapie ließ die Mutter mitunter ohne offenkundige Vorhersehbarkeit ebenfalls im Stich. Die Angstsymptomatik verstärkte sich während dieser Zeit. Der Tic wurde massiver.

Nachdem die Mutter einen neuen Lebensgefährten kennen gelernt hatte, der auch zu Tom eine Beziehung herstellen konnte, zog die Familie in ein kleines Dorf, in welchem Tom nicht Fuß fassen konnte. Er wurde von gleichaltrigen Jungen massiv sexuell misshandelt, indem sie ihm u. a. einen Stock in den Anus steckten und auf diesen Stock

einschlugen. Der Junge offenbarte sich in einer Therapiestunde, sprach über seine Ängste und ließ sich auf eine zunächst tagesklinische Behandlung ein, welche er vorher zusammen mit der Mutter kategorisch abgelehnt hatte.

Zu diesem Zeitpunkt fand der erste direkte Kontakt mit der Hausärztin der Familie, in diesem Fall einer Kinderärztin, statt, welche den Jungen von Geburt an kannte und ebenso von dem Vorfall betroffen war wie wir. Wir sahen einen komplexen Hilfebedarf. Tom wurde in das Ressortprojekt aufgenommen.

Diagnostik

Geklärt werden mussten:

- Intelligenz?
- Leistungsvorbedingungen?
- Spielen organische Anteile eine Rolle?
- Wie ist das Umfeld des Jungen?
- Wird er leistungsmäßig bzw. emotional überfordert?
- Wie groß sind die Ängste, die schon bei der ersten Vorstellung deutlich wurden?
- Besteht eher eine depressive Grundverfassung?

- Instrumente der Diagnostik waren:
 - körperliche Untersuchung
 - EEG
 - psychopathologische Diagnostik
 - psychologische Diagnostik (Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik einschließlich projektiver Testverfahren)

Organische Anteile waren am Zustandekommen der Symptomatik mit hoher Wahrscheinlichkeit beteiligt (Risikoschwangerschaft, verzögerte Geburt, auffällige neurologische und psychologische Befunde).

Tom war knapp durchschnittlich intelligent, er war misserfolgsorientiert und traurig darüber, dass er seine Mutter und deren Partner immer wieder enttäuschte. In der Klasse hatte er eine schlechte Position.

Behandlungsziele

Es deutete sich eine längerfristige Behandlung an, zunächst in Form einer ambulanten Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischer Orientierung.

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Wir vereinbarten folgendes Vorgehen:

Die Konsultationen sollten:

- einmal in der pädiatrischen Praxis (Pädiater + Patient + Mutter),
- einmal in der Institutsambulanz des Fachkrankenhauses (Kinderpsychiater + Patient + Mutter)
- und einmal mit allen Beteiligten zusammen in der pädiatrischen Praxis in regelmäßigen (ca. 4 – 6-wöchigen Abständen) stattfinden.

Im Rahmen eines vorangegangenen „Landesmodellprojektes zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Schulamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (s.o.) hatten wir gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit der genannten Institutionen gemacht. Diese Kooperation wollten wir unter Einbeziehung der Kinderärzte fortsetzen.

Tom bekam Psychopharmaka. Das psychotherapeutische Konzept war verhaltenstherapeutisch orientiert. Das Hauptaugenmerk war auf eine sogenannte kognitive Umstrukturierung durch Selbstbeobachtung, Selbstverbalisation und Selbstinstruktion in Bezug auf Toms dominierendes Verhalten gerichtet: Er redete dazwischen, „wusste alles besser“, diskutierte unendlich mit Schulkameraden, Lehrern und seiner Mutter um für den Außenstehenden scheinbare Lappalien.

Der Tic wechselte von der Quantität her, war aber nie ganz verschwunden. Zusätzlich hatte Tom zunehmend Schwierigkeiten, sein Essverhalten zu kontrollieren: Er nahm zu, aß nach Angaben der Mutter „anfallsartig“ unmäßig und beharrte sthenisch auf seinem Recht, Süßes aufnehmen zu müssen. Die Mutter war zeitweilig „genervt“, die Schule wollte Tom nicht mehr unterrichten, Freunde hatte er nicht.

Wir diskutierten eine Beschulung in der ca. 20 km vom Wohnort entfernten Schule für Körperbehinderte: Klassenstärke, Unterrichtsaufbau und Methodik schienen uns für Toms „Besonderheiten“ geeignet. Dieser wehrte sich ganz entschieden gegen diesen Vorschlag: Mit „Solchen“ wollte er nichts zu tun haben! Trotzdem beriefen wir (d. h. der Kinderpsychiater und die Kinderärztin) eine sogenannte „interdisziplinäre Fallkonferenz“ ein, wie wir es vom vorangegangenen Modellprojekt (Jungmann, 2002) gewöhnt waren: Tom und seine Mutter, die verantwortliche Koordinatorin der Sonderschule, die Hausärztin und der Facharzt für KJPP nahmen daran teil. Die Zusammenkunft fand in den Räumlichkeiten der Praxis der Kinderärztin statt. Tom hatte seine Vorurteile inzwischen etwas abgebaut. Die Kinderärztin hatte keinerlei Hoffnung auf eine positiv endende Zusammenarbeit mit den Institutionen der Schule bzw. dem Schulamt.

Die Lehrerin hatte große Ängste vor einem solchen Schüler. Sie hatte schlechte Erfahrungen gemacht und willigte in das Experiment nur mit unserer Zusicherung ein, Tom stationär aufzunehmen, wenn er zu große Schwierigkeiten machen sollte. Das Vorhaben wurde für ein Schulhalbjahr festgelegt.

Wir trafen im Verlaufe des Schuljahres regelmäßig in der beschriebenen Interdisziplinarität gemeinsam mit der Mutter zusammen. Tom kam nach anfänglichen Eingewöhnungsschwierigkeiten zunehmend besser in der neuen Umgebung zurecht: Er fand Freunde, er konnte gut lernen, hatte bessere Noten als in der Vorgeschichte, er wurde insgesamt ruhiger und besonnener, „nervte“ die Mutter nur noch in umschriebenen, gut zu definierenden Situationen, er nahm an Gewicht ab und fand eine Freundin mit einer Körperbehinderung (Hemiparese), zu welcher eine liebevolle und offenbar von gegenseitiger Achtung geprägte Beziehung besteht. Tom durfte auch im zweiten Schulhalbjahr in der Körperbehindertenschule bleiben, und er wird das Schuljahr dort erfolgreich abschließen.

Bewertung

Rückblickend können wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt sagen, dass die Behandlung erfolgreich verlief. Tom konnte in der Schule bleiben. Er kann seine eigenen

Verhaltensweisen unter Einbeziehen von Denken, Willen und Handeln gut reflektieren. Er lässt sich gut leiten, nimmt Hinweise und Hilfen an, vor allem im kognitiven Bereich, wobei der Kinderpsychiater Autorität darstellt und offenbar führend ist. Es fällt der Mutter zunehmend leichter, Tom mit seinen Schwächen zu akzeptieren. Sie registriert positive Verhaltensweisen und schätzt diese als „erarbeitete“ Veränderungen ein.

Tom hat im neuen Umfeld Freunde gefunden, er ist selbstsicherer geworden und braucht die „Kumpels“ aus dem Dorf nicht mehr so wie früher. Trotzdem nutzt er immer noch begrenzt alte Mechanismen, um sich in den Vordergrund zu bringen.

Die Gewichtskontrolle gelingt Tom offenbar besser mit Hilfe des Kinderarztes. Er akzeptiert hier Ratschläge bzw. Anordnungen selbstverständlicher.

Die Tic-Symptomatik tritt in wechselnder Stärke auf. In diesem Bereich hat sich kaum etwas Wesentliches verändert.

Die Effekte der vernetzten Arbeit sind überwiegend positiv, wenn man das Behandlungsergebnis und die Zufriedenheit aller Beteiligten betrachtet. Der Pädiater blieb der Hausarzt und war primär zuständig. Der Kinderpsychiater stand ihm mit seiner fachlichen Kompetenz zur Seite, wovon der Pädiater profitierte („ich habe viel gelernt ...“). Offenbar bestehen unterschiedliche Affinitäten zu den verschiedenen Behandlern.

Vom zeitlichen Arrangement her ergab sich sowohl für Tom und seine Mutter als auch für die beiden Fachärzte kein größerer Aufwand, im Gegenteil: Die Konsultationen erschienen effektiver.

Tom machte die Erfahrung, dass die Erwachsenen ihre Rolle klar einnehmen, sich einig sind, ohne Gewalt agieren (s. Misshandlung) und dass sie zuverlässig in ihrer Präsenz (s. Väter) und in ihrem Handeln sind. In einem solchen Arrangement schien für Tom „die Welt in Ordnung zu sein“. Die Ärzte halfen ihm und auch der Mutter, eine Struktur in sein und ihr Leben zu bringen, nach welcher man sich richten kann, womit man nicht überfordert ist, wobei man Erfolge registrieren und Freude haben kann.

Auch die Schule erlebte Zuverlässigkeit, sie konnte Hilfe erwarten, wenn sie nötig gewesen wäre.

Die Kinderärztin erlebte Kooperation durch eine Institution, mit welcher sie nicht gerechnet hatte (Schule). Sie erlebte fachliche Kompetenz, die den Behandlungserfolg möglich machte und stabilisierte.

Die gleichen Beobachtungen machte auch der Kinderpsychiater. Durch die Rückmeldung der Kinderärztin wurde manch alte Intervention klarer und aus einer anderen Sicht beleuchtet, vielleicht auch selbstverständlicher.

Abschließend ist festzustellen, dass diese Kooperation allen Beteiligten Freude bereitet hat. Sie war erfolgreich, eine stationäre Wiederaufnahme war nicht mehr erforderlich. Es wurden Ressourcen ausgeschöpft, die bei üblichem Vorgehen wahrscheinlich nicht angezapft worden wären und die letztendlich die Therapie optimieren konnte.

Bewertung der die Hausarztfunktion ausübenden Kinderärztin (Dr. I. Thielbeer)

Die gemeinsame Behandlung unseres Patienten Tom W. im Rahmen des Projektes „Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen“ erfolgte seit Mai 2002.

Zu diesem Zeitpunkt litt Tom an einer massiven hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens, einer Tic-Störung und zeigte ein deutlich gestörtes Essverhalten mit ständigem Hungergefühl.

Es erfolgte eine 1. Fallkonferenz in unserer Praxis unter Teilnahme von Frau CA Dr. med. E. Lischka, der Kindesmutter und der Direktorin der Körperbehindertenschule, in die Tom dann im Ergebnis dieser Besprechung aufgenommen wurde. Seither erfolgten zahlreiche Konsultationen. Hervorzuheben ist dabei die sehr gute Kooperation der Kindesmutter während der gesamten Behandlung.

Als Ergebnis aller Bemühungen kann man erfreulicher Weise feststellen, dass Tom jetzt ruhiger und ausgeglichener geworden ist, Kritik viel besser annehmen kann und insgesamt in seiner Persönlichkeitsentwicklung wesentlich gereifter und erwachsener geworden ist.

Tom zeigt ein erstaunlich reifes Verhalten im Umgang mit den Körperbehinderten. Probleme hat er noch mit der Konzentration, wenn er sich langweilt, redet er im Unterricht oft dazwischen.

Auch das Bestreben, viel und oft zu essen, beschäftigt ihn noch immer. Es ist ihm aber dennoch gelungen, sein Gewicht zu reduzieren. Anforderungen seitens der Mutter, bestimmte Aufgaben zu erledigen, verschiebt er gern auf später oder zeigt oppositionelles Verhalten und diskutiert unendlich, um die Aufgaben nicht erledigen zu müssen.

Inzwischen hat er aber bei Verweigerung ein schlechtes Gefühl und es gelingt ihm immer besser, sich unter Kontrolle zu bringen und für die Aufgabenerledigung zu motivieren.

Der Blinzeltick besteht leider immer noch und wird mit Triopiden behandelt.

Insgesamt zeigt Tom eine sehr erfreuliche Entwicklung, so dass wir die gemeinsame Therapie fortführen werden.

9.3 Weinsberg/Heilbronn (Baden-Württemberg): Integrative Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durch Kombination praxisgeleiteter und klinikgeleiteter Behandlungsstrukturen (IB- KJPP) (J. Jungmann und G. Seitz)

9.3.1 Konzeption

Der fachliche Konsens psychiatrischen und psychotherapeutischen Handelns begründet sowohl in der Psychiatrie des Erwachsenenalters als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) den Grundsatz der prinzipiellen Nachrangigkeit stationärer gegenüber ambulanter und teilstationärer Behandlung. Diese Behandlungsüberzeugung trägt der Tatsache Rechnung, dass eine psychische Erkrankung fundamental in das Leben des jungen Menschen eingreift. Bisweilen aber ist

eine klinische Behandlung unumgänglich, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft oder als unzureichend erkannt worden sind.

Aufgrund ihres Eingriffs in die psychosoziale Lebenskontinuität des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie sollte die klinische Intervention so kurz wie möglich sein und in eine ambulante Behandlung übergeleitet werden können, wenn eine längerfristige Behandlung erforderlich wird, was angesichts der oft bestehenden Entwicklungsproblematik psychisch kranker Kinder nicht selten der Fall ist. Das Bemühen, dem daraus folgenden Erfordernis gerecht zu werden, klinische und ambulante Therapiephasen aufeinander abzustimmen, trifft jedoch auf Schwierigkeiten. Vielfach sind sich der klinische und der ambulant tätig werdende Therapeut nicht oder nur oberflächlich bekannt. Bezogen auf die Fallproblematik verbindet sie in der Regel lediglich ein mehr oder wenig informativ gestalteter Behandlungsbericht. Die jungen Patienten und ihre Angehörigen erleben, dass sie den Prozess von Problemanalyse, Anamnese und Diagnostik erneut aufnehmen müssen. Besonders nachteilig wirkt sich der Verlust einer zum vorherigen Therapeuten hergestellten therapeutischen Beziehung aus, wenn diese auf der Grundlage des gegenseitig erworbenen Vertrauens einen Behandlungsfortschritt möglich gemacht hat. Es besteht die Gefahr, dass die bei einem Therapeutenwechsel sowohl vom erkrankten Kind als auch von seinen Eltern erwartete Bereitschaft, sich auf die Kommunikation mit einem neuen therapeutischen Interaktionspartner einzulassen, ihre Kräfte und Belastbarkeit überfordert. Damit kann ein erreichter Behandlungserfolg gefährdet oder überhaupt in Frage gestellt werden.

Die Projektidee war, die Behandlung des psychisch kranken Kindes/Jugendlichen so weit wie möglich in der therapeutischen Beziehung und Verantwortung des niedergelassenen Facharztes zu belassen, auch dann, wenn der Patient zeitweise klinische Behandlung benötigt. Genauso sollte dem weiterbehandelnden Praxisarzt schon während des klinischen Behandlungsabschnittes die Behandlungskompetenz übertragen werden können, wenn die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Behandlung deutlich wird.

Auch das zweite Anliegen des Modellvorhabens, klinisch notwendige Behandlung so kurz wie möglich zu halten und in das Lebensfeld des Kindes integriert zu erbringen, sollte auf diese Weise besser erreicht werden.

Das Vorhaben erforderte die Entwicklung einer gemeinsam zwischen Praxis und Klinik durchgeführten und verantworteten Konzeption integrativer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (IB-KJPP). Das Versorgungsmodell der IB-KJPP basiert auf der Absicht, die therapeutische Beziehungskonstanz vor allem für solche psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen, die auf Grund der Schwere ihrer Erkrankung eine längerfristige Behandlung benötigen.

Die Wahl zwischen einer vollstationären, teilstationären oder ambulanten Behandlungsmaßnahme in der KJPP orientiert sich nicht nur an der Intensität der Krankheitssymptomatik, sondern wesentlich auch am Ausmaß der Hilfen, die der Patient benötigt, um trotz der oftmals länger bestehen bleibenden Krankheitsfolgen wieder am Leben der Gesellschaft in Familie, Schule, Arbeitswelt und Freizeit teilnehmen zu können. Ein dann komplexer Hilfebedarf muss fachkompetent und problemorientiert koordiniert und langfristig sicher gestellt werden.

Die stufenweise Belastungssteigerung und soziotherapeutisch begleitete Wiederaufnahme der Teilhabe am Leben der Gesellschaft stellt in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung eine zentrale Aufgabe dar, die in der IB-KJPP auch bei einer erforderlich werdenden Krankenhausbehandlung in der Hauptverantwortung des ambulant weiterbehandelnden Praxisarztes verbleiben kann. Der niedergelassene Facharzt und sein durch die Sozialpsychiatrievereinbarung verfügbares multidisziplinäres Behandlungsteam können in Kooperation mit der Klinik wesentliche Leistungsträger und Garanten der Umsetzung der Aufgabe komplexer Hilfestellung sein.

Das Modell der IB-KJPP setzt die wechselseitige regionale Erreichbarkeit aller Beteiligten voraus. Die Modellerprobung erfolgte daher für Kinder/Jugendliche aus dem regionalen Versorgungsbereich der beteiligten ambulanten und klinischen Einrichtungen in enger Kooperation mit der in freier Niederlassung in Heilbronn tätigen Facharztpraxis und der 12 km entfernt liegenden Klinik für KJPP im Klinikum am Weissenhof. Die Zielgruppe bildeten Patienten mit Krankheitsbildern, die längerfristiger intensiver kinder-

und jugendpsychiatrischer Behandlung mit verhaltenstherapeutischen, familien-therapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur Reintegration in die Lebensgemeinschaft bedürfen.

Es wurden die folgenden drei Zugangs- und Ablaufformen konzipiert.

9.3.1.1 Praxisgeleitete Klinikbehandlung von klinisch behandlungsbedürftigen Patienten

Der niedergelassene Facharzt (Praxisarzt) trägt unbeschadet der haftungs- und leistungsrechtlichen Verantwortung der Klinik in Abstimmung mit der Klinik die therapeutische Verantwortung und leistet die Fallführung. Das Instrument zielt ab auf die Reduzierung klinischer Behandlungsbedürftigkeit.

Ablauf

Dem Praxisarzt stehen nach Erstsicht des Patienten zur diagnostischen Einschätzung und Entscheidung über die klinische Aufnahmenotwendigkeit die personellen und materiellen Behandlungsressourcen der Klinik zur Verfügung. Er kann diese zur Erweiterung/Komplettierung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen einsetzen. Der Aufenthalt des Patienten in der Klinik erfolgt je nach Krankheitslage vollstationär, teilstationär oder lediglich zur Anwendung der dort ambulant erbringbaren therapeutischen Leistungen der Soziotherapie, der Ergotherapie/Arbeitstherapie, der Bewegungstherapie und der Leistungen der Schule für Kinder in längerer Krankenhausbehandlung.

Der Praxisarzt stellt einen Kontakt zum Klinikarzt/ärztlich beauftragten Klinikpsychologen her und stimmt mit diesem alle gemeinsamen Behandlungsschritte verbindlich ab. Für den Fall, dass die ärztliche Versorgung nach dem „Belegarztmodell“ vereinbart wird, behält der Praxisarzt auch für alle in der Klinik erbrachten Leistungen die ärztliche Letztverantwortung.

Falls eine Versorgung nach dem Belegarztmodell nicht vereinbart wurde, übernimmt der Klinikarzt/ärztlich delegierte Klinikpsychologe für alle in der Klinik erbrachten Maßnahmen von Diagnostik und Therapie die ärztliche Letztverantwortung. Für alle während der praxisgeleiteten Klinikbehandlung weiterhin durch die Praxis erbrachten Behandlungsmaßnahmen behält der Praxisarzt die ärztliche Letztverantwortung.

Die Anteile der klinischen und ambulanten Behandlungsmaßnahmen werden unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Behandlungsfalles in einem ersten, in der Regel mit dem jungen Patienten und seinen Eltern/Sorgeberechtigten gemeinsam geführten, Therapiegespräch festgelegt. Die Abstimmung wird in regelmäßigen Therapiebesprechungen, möglichst wöchentlich, während des gesamten Behandlungsverlaufes verbindlich fortgeführt.

Vor Aufnahme des Patienten in das Modell des IB-KJPP und nach Beendigung der Behandlung rechnet der Praxisarzt seine ambulanten Behandlungsmaßnahmen unverändert nach der Abrechnungssystematik des EBM bzw. der GOÄ ab, bzw. erfolgte die Vergütung der Klinikbehandlung nach dem geltenden Pflegesatz des Krankenhauses.

Zielgruppe

Die Zielgruppe bilden Patienten mit Krankheitsbildern, die längerfristiger intensiver kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung mit verhaltenstherapeutischen, familientherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur Reintegration in die Lebensgemeinschaft bedürfen. Das sind beispielsweise Patienten mit psychotischen, vor allem schizophrenen Erkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Schulangst/Schulphobie.

9.3.1.2 Klinikgeleitete Praxisbehandlung von klinisch behandlungsbedürftigen Patienten

Der Klinikarzt/der ärztlich delegierte Klinikpsychologe trägt die Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen der Facharztpraxis. Das Instrument zielt ab auf die Verkürzung der klinischen Verweildauer.

Verlauf

Der Klinikarzt/der ärztlich delegierte Klinikpsychologe, der die klinische Behandlung zuvor geleistet hat, trägt die Behandlungsverantwortung und behält die Fallführung. Ihm stehen die materiellen und personellen Behandlungsressourcen der Facharztpraxis zur Verfügung, um diese zur Überleitung therapeutischer Maßnahmen von der Klinik in die Praxis zu nutzen. Er stellt Kontakt zum Praxisarzt her und stimmt mit diesem alle gemeinsamen Behandlungsschritte verbindlich ab. Gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Eltern/Sorgeberechtigten werden zwischen Praxis und Klinik die Behandlungsschritte festgelegt. Die damit verbundene Reduktion der klinischen Behandlungsintensität soll dazu führen, dass der Patient vom vollstationären Behandlungssystem in den tagesklinischen bzw. nachtklinischen Behandlungsstatus wechselt oder in die Familie zurückkehrt und in der Klinik nur noch definierte therapeutische Leistungen der Soziotherapie, Ergotherapie/Arbeitstherapie, Bewegungstherapie und der Schule für Kinder in längerer Krankenhausbehandlung in Anspruch nimmt. Mit dem Ziel der Übernahme der weiteren fachärztlichen Behandlung durch die fachärztliche Praxis wird während der klinikgeleiteten Praxisbehandlung die Übertragung der ärztlichen Fallführung auf den Praxisarzt eingeleitet.

Die Anteile der klinischen und ambulanten Behandlungsmaßnahmen werden, ausgerichtet an den Erfordernissen des Behandlungsfalles, gemeinsam mit dem jungen Patienten und seinen Eltern/Sorgeberechtigten im familientherapeutischen Rahmen festgelegt. Die enge Abstimmung wird im weiteren Verlauf bis zum Ende der klinikgeleiteten Praxisbehandlung fortgesetzt. In der Regel schließt sich die ambulante Weiterbehandlung durch den Praxisarzt an.

Zielgruppe

Als Zielgruppe kommen Patienten in Frage, die eine längerfristigen ambulanten Behandlung im Anschluss an eine Klinikbehandlung benötigen. Das sind z.B. Kinder/Jugendliche mit psychotischen Erkrankungen, gravierenden Ess-Störungen

(Anorexia nervosa/Bulimie), Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder schwer-wiegenden komplexen Entwicklungsstörungen wie Autistischen Syndromen.

9.3.1.3 Gemeinsame Klinik- und Praxisbehandlung zur Abklärung klinischer Behandlungsbedürftigkeit (Clearing-Funktion)

Praxisarzt und Klinikarzt/ärztlich delegierter Klinikpsychologe tragen gemeinsam die Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen von Klinik und Praxis. Das Instrument leistet die Aufgaben einer Clearingstelle. Ein Bedarf für einen solchen Clearingprozess kann bestehen bei Patienten, die wegen einer akuten psychischen Krisensituation einer Notfallversorgung bedürfen. Die Leistungszuständigkeiten weiterer Kostenträger, wie etwa der Jugendhilfe, bleiben unberührt. Die gemeinsame Klärung klinischer Behandlungsindikation kann durch frühzeitigen Einsatz eine fehlerhafte Inanspruchnahme des medizinischen Systems nach dem Regelwerk des SGB V reduzieren.

Verlauf

Nach Erstsicht des Patienten, der in der Regel im Rahmen einer akuten Krisensituation in der Praxis oder in der Klinik zur Erstvorstellung kommt, stellen Praxis und Klinik Kontakt untereinander her und vereinbaren gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Eltern/Sorgeberechtigten ein erstes Therapiegespräch, in welchem die erforderlichen Maßnahmen von Diagnostik und die zu diesem Zeitpunkt erkennbaren Schritte der weiteren Vorgehensplanung festgelegt werden. Für den Fall eines bereits in dieser Phase erkennbaren Bedarfs zur Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen sollen das zuständige Jugendamt und ggf. die zuständige Jugendhilfeeinrichtung einbezogen werden, um die erforderliche Hilfeplanung zu präzisieren.

Das Ziel der gemeinsamen Klinik- und Praxisbehandlung zur Abklärung der klinischen Behandlungsbedürftigkeit ist mit der Klärung der klinischen

Behandlungsindikation erreicht. An sie schließen sich je nach Indikationsentscheidung eine ambulante oder klinische Behandlung an, oder aber das Kind/der Jugendliche, für den keine fachärztliche Behandlungsindikation erkannt wird, kehrt in die Obhut seiner Eltern/Sorgeberechtigten zurück oder erhält Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Jugendhilfe). Bei vorliegender Indikation können auch die unter 9.3.1.1 und 9.3.1.2 genannten Instrumente der praxisgeleiteten Klinikbehandlung bzw. der klinikgeleiteten Praxisbehandlung zur Anwendung kommen.

Zielgruppe

Patienten, die im Rahmen akuter psychischer Krisensituationen einer Notfallversorgung bedürfen. Das Instrument leistet die Aufgaben einer Clearingstelle. Die Leistungszuständigkeiten weiterer Kostenträger, wie etwa der Jugendhilfe, bleiben unberührt. Sie können durch frühzeitigen Einsatz eine fehlerhafte Inanspruchnahme des SGB V reduzieren.

Abrechnungssystematik

Für die finanzielle Fallkostensteuerung der IB-KJPP stand der stationäre Pflegesatz der Klinik zur Verfügung. Auf der Basis bekannter krankheits- bzw. diagnosebezogener Verweildauern wurde die Erwartung einer um 20 % abgesenkten „klinischen Verweildauer“ für die Behandlung des Patienten zugrunde gelegt. Das Krankenhaus stellte Teile des tagesgleichen Pflegesatzes zur Finanzierung der von der Facharztpraxis erbrachten Behandlungsleistungen für den Behandlungsfall zur Verfügung.

Für die externe Abrechnung mit den Kostenträgern galten die üblichen Vorgehensweisen.

Für die interne Abrechnung wurde mit dem fallführenden Praxisarzt eine leistungsbezogene Abrechnungssystematik nach vereinbarten Stundensätzen vereinbart. Die dafür vorgesehene Kalkulation unterschied eine ärztliche/ärztlich delegierte psychologische Praxisleistung mit € 66,00 pro Stunde und eine nicht ärztliche, ergotherapeutische, soziotherapeutische, heilpädagogische, und/oder bewegungs-

therapeutische Leistung mit € 45,00 pro Stunde. Die Kosten wurden der Praxis auf der Basis von Tagesabrechnungen erstattet (Tab. 9.3.1).

Tabelle 9.3.1: Kostenabrechnung KJPP Projekt Dr. Seitz

Kalenderwoche:		von KW:	bis KW:
Name des Patienten:		Aufnahmenummer:	
Pro Kalenderwoche und pro Patient können max. 6 Stunden abgerechnet werden!			
Anzahl	Vergütung	Summe	Leistungsbeschreibung
	22 €		Zeitdauer bis 20 Min. – ärztlich-psychologische Praxisleistung –
	44 €		Zeitdauer bis 40 Min. – ärztlich-psychologische Praxisleistung –
	66 €		Zeitdauer bis 60 Min. – ärztlich-psychologische Praxisleistung –
	99 €		Zeitdauer bis 90 Min. – ärztlich-psychologische Praxisleistung –
	132 €		Zeitdauer bis 120 Min. – ärztlich-psychologische Praxisleistung
	198 €		Zeitdauer bis 180 Min. – ärztlich-psychologische Praxisleistung
	264 €		Zeitdauer bis 240 Min. – ärztlich-psychologische Praxisleistung
	15 €		Zeitdauer bis 20 Min. – Sozialpsychiatrische Praxisleistung –
	30 €		Zeitdauer bis 40 Min. – Sozialpsychiatrische Praxisleistung –
	45 €		Zeitdauer bis 60 Min. – Sozialpsychiatrische Praxisleistung –
	68 €		Zeitdauer bis 90 Min. – Sozialpsychiatrische Praxisleistung –
	90 €		Zeitdauer bis 120 Min. – Sozialpsychiatrische Praxisleistung –
	135 €		Zeitdauer bis 180 Min. – Sozialpsychiatrische Praxisleistung –
	180 €		Zeitdauer bis 240 Min. – Sozialpsychiatrische Praxisleistung –
Gesamtsumme:			
<p>_____ Dr. Seitz Der Betrag ist sachlich und rechnerisch richtig und kann an Herrn Dr. Seitz im Rahmen des BMG-Projekts ausbezahlt werden:</p> <p>_____ Dr. Jungmann</p>			

Vor Aufnahme und nach Beendigung des Patienten in das Modell des IB-KJPP konnte der Praxisarzt seine ambulanten Behandlungsmaßnahmen unverändert nach der Abrechnungssystematik des EBM bzw. der GOÄ abrechnen, bzw. erfolgte die Vergütung der vorangegangenen Klinikbehandlung nach dem geltenden Pflegesatz des Krankenhauses.

9.3.2 Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Selbstregulationsbereiche des Patienten

Die Folgen einer psychischen Erkrankung betreffen nachhaltig die Fähigkeiten des jungen Patienten, in altersangemessener Weise Aufgaben der Selbstregulation wahrzunehmen, um erfolgreich an den von ihm zu leistenden Entwicklungsaufgaben mitwirken zu können. Stützung, Erziehung und Führung sind dann häufig störungsbedingt durch Sorgeberechtigte und Schule nicht mehr ausreichend vermittelbar.

Störungen der Selbstregulation in Folge psychischer Erkrankung, deren Behandlung „die besonderen Mittel des Krankenhauses“ (Psych-PV, S. 60, Kunze & Kaltenbach, 2003) erforderlich macht, beinhalten in der Regel eine gravierende Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung bis hin zur Eigengefährdung oder eine erhebliche soziale Interaktionsstörung bis hin zur Fremdgefährdung. Sie sind mit einer ambulanten Behandlung nur schwer zu beeinflussen und begründen in der Regel wesentlich die Indikation der Klinikbehandlung.

Es können folgende miteinander verschalteten Systeme impliziter und expliziter Selbstregulation unterschieden werden (vgl. Fend, 2000). Die Fähigkeit zur:

- Sozialen Regulation,
- Emotionalen Regulation,
- Motivationalen Regulation,
- Körperlichen Regulation,
- Kognitiven Regulation.

Einem auf dem Informationsverarbeitungsansatz basierenden systemischen Verständnis psychischer Funktionen liegt die Einschätzung zugrunde, dass „psychische Stabilität“ keine strukturell-statische Gegebenheit ist, sondern von dynamischer Entwicklung bestimmt wird, die sich im Austausch mit der Umwelt permanent erneuert und reguliert.

Die Differenzierung und Bewertung eines manifesten psychiatrischen Störungsbildes hinsichtlich der genannten Regulationsstörungen ist zentrale Aufgabe der psychopathologischen Befunderhebung.

Beispielhaft sollen im Folgenden einige Krankheitssyndrome, wie sie in der Basisdokumentation für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie unterschieden werden (vgl. Englert, Jungmann, Lam, Wienand, & Poustka, 1998), den genannten Regulationsbereichen zugeordnet werden (Tab. 9.3.2):

Tabelle 9.3.2: Regulationsstörungen und psychopathologische Symptomatik

Regulationsbereich	Mögliche Symptomatik
Soziale Regulation (SS)	Störungen der Interaktion, dominant, oppositionell verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, andere Regelübertretungen; sozial gehemmt, zurückgezogen, autistisches Verhalten
Emotionale Regulation (ES)	Angststörungen, Störungen von Stimmung und Affekt, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen, Selbstschädigung, Suizidalität
Motivationale Regulation (MS)	Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, Weglaufen/Schule schwänzen (Ausweichverhalten), Missbrauch von psychotropen Substanzen
Körperliche Regulation (KS)	Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Essattacken, verminderte Nahrungsaufnahme, Einnässen, Einkoten, verringerte Eigenhygiene, Schlafstörungen, Schmerzstörungen, Störungen der Psychomotorik, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
Kognitive Regulation (IS)	Formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen oder Störungen der Wachheit

9.3.2.1 Störungen der Sozialen Regulation

Die schwerwiegendste Folge ihrer seelischen Erkrankung ist für viele Kinder und Jugendliche der Verlust bzw. die erhebliche Beeinträchtigung ihrer sozialen Kommunikationsfähigkeit. Dieser wird dem Kranken in seinem gesamten Ausmaß oftmals erst deutlich, wenn er im Rahmen des voranschreitenden Genesungsprozesses seine Lebenssituation wieder zu überblicken vermag. Im Verlauf einer psychischen Krankheit kann das Ausmaß der sozialen Orientierungs- und Regulationsstörungen in Abhängigkeit von anderen Krankheitsbelastungen sehr schwanken. Bei einem sozialen Rückzug, wie er sich beispielsweise bei schweren psychotischen Erkrankungen findet, resultiert auf Seiten der Interaktionspartner häufig hohe Unsicherheit über die sozialen Kommunikationswünsche des Betroffenen. Oft sind Angehörige und Helfer darüber verunsichert, welche Art und Intensität von Zuwendung der Betroffene wünscht. Regelübertretungen, dominante, oppositionell-verweigernde oder aggressive Verhaltensweisen belasten die Interaktion genauso wie Ängste und Unterlegenheitsgefühle des Kranken, wenn dieser etwa im Rahmen eines psychotischen Erlebens Zuwendungsangebote als Angriff auf seine Selbstbestimmung missdeutet. Der Kranke benötigt zum Wiedererwerb der altersgemäßen Selbstbestimmung die Gewissheit sozialer Bedeutsamkeit genauso wie das Gefühl, in seiner durch die Krankheit mit bedingten Eigenart von der sozialen Umwelt akzeptiert zu sein.

Psychische Störungen stehen weitaus stärker als körperliche Erkrankungen in Wechselwirkung mit Störungen der Selbstregulation und dem sozialen Lebensraum des Betroffenen. Stützung, Erziehung und Führung eines psychisch kranken Kindes sind häufig durch Sorgeberechtigte und Schule nicht mehr ausreichend vermittelbar. Die Bearbeitung und Kompensation sozialer Regulationsstörungen stellt vor diesem Hintergrund ein zentrales Element der stationären Grundversorgung in der Klinik dar. Anders als im Bereich somatischer Krankenhausbehandlung kann auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station die soziale Kommunikationsfähigkeit zur Mitwirkung an den geplanten Behandlungsmaßnahmen nicht einfach vorausgesetzt werden. Dies gilt besonders für Faktoren, wie:

- Kooperationsbereitschaft und Vertrauen,

- Kommunikationsfähigkeit und soziale Verbindlichkeit,
- Behandlungsmotivation,
- Nähe-Distanzregulation,
- Emotionskontrolle und
- Einhaltung und Akzeptanz sozialer Grundregeln.

Die Klinikbehandlung zielt darauf ab, den Patienten darin zu unterstützen, eben diese Kompetenzen wieder zu erlangen. Mit individuell dosierter, am Störungsbild orientierter Forderung und Entlastung, die alltagstypische Überforderungen vermeidet, sollen die Fähigkeiten zur Selbstregulation des Patienten gestärkt werden, um soziale und emotionale Sicherheit soweit wie möglich wieder zu erlangen.

9.3.2.2 Störungen der Emotionalen Regulation

Psychische Störungen werden in ihrem Verlauf wesentlich von gefühlsmäßigen Reaktionen beeinflusst. Bei psychisch Kranken ist nicht selten eine langfristig bestehende Absenkung der emotionalen Belastbarkeit und der affektiven Schwingungsfähigkeit zu beobachten. Es findet sich eine starke Irritierbarkeit, die man als „Dünnhäutigkeit“ bezeichnen könnte. Unverfänglich gemeinte Bemerkungen, wie etwa als Aufmunterung gedachte Sticheleien oder die mangelnde Anerkennung einer ernsthaften Bemühung des Kranken können diesen zum emotionalen Rückzug veranlassen. Seine hohe emotionale Verletzlichkeit kann das Umfeld in erhebliche Verwirrung bringen. Das Aushalten des Auf und Ab guter und schlechter Stimmungen, deren Ursachen von außen nicht erkennbar sind, verlangt ein hohes Maß an Frustrationstoleranz und die Bearbeitung von Gefühlen der Enttäuschung und Verunsicherung sowohl beim Kranken als auch bei seinen Angehörigen und therapeutischen Helfern.

9.3.2.3 Störungen der Motivationalen Regulation

Der Verlust von Leistungsfähigkeit und die Absenkung des vorher vorhandenen Motivations- und Energieniveaus bedrohen die gesamte weitere Entwicklung des

psychisch schwer erkrankten Menschen. Oft werden bleibende Einbußen der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit erst im Langzeitverlauf der Erkrankung deutlich. Bisher gültige Lebenskonzepte und Erwartungen müssen umgestellt und an die neuen Realitäten angepasst werden. Nur wenn es gelingt, Forderung und Entlastung individuell zu dosieren, können Motivation und Entschlusskraft des Betroffenen geweckt werden, die notwendig sind, um eine eigenverantwortliche Lebens- und Ausbildungsplanung bzw. eine Berufstätigkeit wieder aufzunehmen.

Wesentlicher Teil einer psychiatrischen Behandlung ist die Unterstützung der Bemühungen des Kranken, Zuversicht zu gewinnen und seine wieder gewonnene Belastungsfähigkeit zu erproben. Dafür benötigt er langfristige, konsequente und anteilnehmende Unterstützung und Führung. Es geht in der klinischen Behandlung, die in der Regel als „regressive“ Intervention beginnt, nicht darum, dass dem Kranken Leistungen abgenommen und ihm Belastungen erspart werden. Ganz im Gegenteil liegt in der Überfürsorglichkeit eine besondere Gefahr für seine Motivation, sich aktiv an Behandlungsmaßnahmen zu beteiligen. Das kranke Kind/der kranke Jugendliche muss trotz der Beeinträchtigung seine eigenen Kräfte einsetzen können. Er benötigt Erfolgserfahrungen bei dem Versuch, sich auf Anregung und Hilfe einzulassen. Interessen, Fähigkeiten, Vorlieben müssen differenziert erkannt und für diesen Prozess genutzt werden. Therapie muss Hilfe zur Selbsthilfe werden. Nur was der Kranke aus eigener Kraft erreicht, vermag ihm Selbstvertrauen zu geben und ihn zur Fortführung seiner Bemühungen um soziale Wiedereingliederung zu ermuntern.

9.3.2.4 Störungen der Körperlichen Regulation

Bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen kann die Fähigkeit zu einer ausreichenden körperlichen Selbstregulation in erheblichem Maß beeinträchtigt sein. Der erkrankte Jugendliche/das erkrankte Kind benötigt dann über lange Zeit regelmäßige Unterstützung und einfühlsame Hilfe.

Darüber hinaus gibt es bezogen auf die Entwicklungsstufen des Kindes- und Jugendalters Erkrankungen, die sich primär als Störungen der körperlichen

Selbstregulation darstellen. Hierzu gehören schwere Ess-Störungen, Autismus und andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Es sind Beeinträchtigungen lebenspraktischer Fähigkeiten, der körperlichen Selbstbesorgung, von Hygiene und Körperpflege sowie der Fähigkeit, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu vermeiden, zu beachten. Ein früh einsetzender Substanzmissbrauch oder eine beginnende Suchtmittelabhängigkeit sind in der Regel mit erheblichen Problemen der körperlichen Selbstregulation verbunden.

9.3.2.5 Störungen der Kognitiven Regulation

Störungen der kognitiven Regulation kommen z. B. bei psychotischen Krankheitsbildern in Form von formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, Störungen der Merk- und Orientierungsfähigkeit und in Wahrnehmungsstörungen zum Ausdruck. Des Weiteren sind kognitive Regulationsstörungen bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung und bei Schulleistungsstörungen bzw. Teilleistungsstörungen von hoher Bedeutung. Die Beeinträchtigung der kognitiven Differenzierung muss bei therapeutischen Interventionsprogrammen berücksichtigt werden, besonders wenn sie die Reflexion sowohl des eigenen Erlebens als auch der sozialen Umweltbeziehungen zum Ziel haben. Das gilt beispielsweise für die Behandlung schwerwiegender Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, wie sie sich bei Jugendlichen mit posttraumatischen Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und Selbstkonzeptstörungen bzw. bei der sog. Borderline-Persönlichkeitsstörung finden.

9.3.3 Die besonderen Mittel des Krankenhauses zur Behandlung von Störungen der Selbstregulation – Psych-PV

Die Grundlage des multimodalen Ressourceneinsatzes bei der klinischen Behandlung in der KJPP bildet seit 1991 das Regelwerk der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Die in der Psych-PV definierten Behandlungsbereiche

unterscheiden sich neben der Akuität des Behandlungsfalles vor allem durch den Umfang und die Art der zum Einsatz kommenden therapeutischen Maßnahmen zur Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeiten des Patienten. Sie zielen ab auf die Unterstützung bzw. Wiederherstellung einer altersgemäßen sozialen, emotionalen, motivationalen, körperlichen und kognitiven Selbständigkeit, die das erkrankte Kind benötigt, um wieder dazu fähig zu werden, mittels Erziehung und Förderung seine Entwicklungsaufgaben erfolgreich wahrnehmen zu können.

Im Rahmen des individuellen diagnostisch-therapeutischen Prozesses kann für jeden Patienten unterschieden werden, welche Regulationsstörungen unmittelbarer Ausdruck seiner psychischen Erkrankung sind. Durch die Zuordnung und Gewichtung der genannten Regulationsstörungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV werden therapeutische Handlungsentscheidungen begründet.

Die klinische psychiatrische Therapie setzt auf die Behandlung durch das Behandlungsteam. Wie in der Psych-PV grundgelegt, besteht Einvernehmen darüber, dass „psychiatrische Diagnostik und Therapie von einem mehrdimensionalen Krankheitskonzept auszugehen haben, das die Wechselwirkung von somatischen/hirnorganischen, psychischen/ biographischen und sozialen Dimensionen in der Behandlung und im Krankheitsverlauf berücksichtigt und deshalb eine Therapie durch ein multiprofessionelles Team erfordert“ (Kunze & Kaltenbach, 2003).

Die Psych-PV trägt diesem fachlichen Konsens Rechnung, indem sie für das Gebiet der KJPP ein Junktum zwischen den Aufgaben der Therapie und der Erziehung herstellt. Die strukturierte und verlässlich gestaltete heilpädagogische Tagesbetreuung wird von den pädagogischen und pflegerischen Mitarbeitern des Pflege- und Erziehungsdienstes geleistet. Mit der Einbeziehung des pädagogischen Personals in den Grunddienst der Stationsbetreuung zusammen mit dem krankenpflegerischen Fachpersonal hat die Psych-PV die Bedeutung der pädagogischen Leistung als einen Behandlungsteil anerkannt, der auf die Wiederherstellung der Fähigkeiten eines Kindes zur altersangemessenen sozialen Selbstregulation abzielt.

Anders als bei der ambulanten Behandlung erfolgt die klinische Behandlung stets im Kontext einer stationären oder teilstationären Behandlungsgruppe. Das Zusammenleben

mehrerer psychisch beeinträchtigter oder kranker Menschen auf einer Station erfordert Gestaltung und Begleitung von persönlichen und sozialen Abläufen im klinischen Lebensalltag. Hierzu wird in der Klinik für KJPP ein heilpädagogisches Gruppenklima erzeugt, in welchem problematische Verhaltensweisen des einzelnen Kindes/Jugendlichen im sozialen Kontext reflektiert und bearbeitet werden können. Ein weiteres Merkmal der kinder- und jugendpsychiatrischen Station ist das sogenannte Bezugsbetreuer-System, durch welches jedem Kind/Jugendlichen ein Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes als verantwortlicher Betreuer für die gesamte Behandlungszeit zugeordnet wird. Er übernimmt neben der soziotherapeutischen Mitbehandlung im Einvernehmen mit den Eltern erzieherische Aufgaben, ohne die die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eines Kindes nicht gelingen kann, das trotz seiner Erkrankung auf erzieherische Begleitung und anteilnehmende Zuwendung angewiesen ist.

Die Milieugestaltung der Station, Umgangsformen, Tagesgestaltung, Freizeit- und Wochenendplanung müssen die krankheitsbedingten Einschränkungen bzw. die wiedergewonnenen Stufen der sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen beachten und einen erfolgreichen Entwicklungs- und Lernprozess möglich machen.

Auf der Grundlage des soziotherapeutischen Therapieansatzes der KJPP, der ressourcenorientiert die Interessen und Fähigkeiten des Kindes nutzt, werden unter Leitung des Arztes oder des ärztlich delegierten psychologischen Psychotherapeuten die Behandlungspläne der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sorgfältig aufeinander abgestimmt. Besonderes Gewicht ist auf die dem Patienten mögliche Mitwirkung an der Behandlung zu legen. Darüber hinaus ist die Abstimmung mit Eltern und Sorgeberechtigten unverzichtbar, nicht nur weil diese auch bei einer klinisch-psychiatrischen Behandlung die Verantwortlichkeit für die Entwicklung ihres Kindes behalten, sondern auch weil kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie grundsätzlich den familiären Lebenskontext des seelisch erkrankten Kindes/Jugendlichen einbeziehen müssen. Die Gestaltung von Therapie- und Hilfeplänen muss unter größtmöglicher wechselseitiger Achtung und Akzeptanz

zwischen allen beteiligten Therapeuten gemeinsam mit dem Patienten und seiner Familie/seinem sozialen Bezugssystem geschehen und im Hinblick auf Erreichbarkeit, Auswirkungen und Grenzen fortlaufend erörtert werden.

In den „Grundsätzen des Verordnungskonzeptes“ der Psych-PV, die den multiprofessionellen Personaleinsatz der Klinik regelt, heißt es ausdrücklich, dass es „Kernpunkt einer ausreichenden zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären Behandlung“ ist, die Patienten soweit wie möglich zu befähigen, außerhalb der Klinik zu leben, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern. Der psychiatrische Behandlungseingriff muss in einer Weise erfolgen, die die noch vorhandene Lebenskontinuität des Patienten so wenig wie möglich zusätzlich belastet. Die stationäre psychiatrische Behandlung umfasst deshalb nicht nur Tätigkeiten „am Bett“ oder auf dem Klinikgelände, sondern auch therapeutische Aktivitäten im privaten und beruflichen oder schulischen Lebensumfeld. „Bei längerer Krankheitsdauer rückt die mehrdimensionale rehabilitative Behandlung von krankheitsbedingten Einbußen in den Vordergrund“ (Kunze & Kaltenbach, 2003). Spezifische Übungs- und kreative Behandlungsprogramme, die durch Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sprachheiltherapeuten sowie Sozial- und Heilpädagogen zur Anwendung gebracht werden, ergänzen die genannten Aufgaben der psychiatrischen/psychotherapeutischen und heilpädagogischen Behandlungsprogramme.

Die Psych-PV sieht im Bereich der KJPP den Einsatz folgender Berufsgruppen vor:

- Ärzte
- Diplom-Psychologen
- Pflege- und Erziehungsdienst (Krankenpflegepersonal, Erzieher)
- Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeuten (Krankengymnasten, Physiotherapeuten)
- Sozialarbeiter (Sozialpädagogen, Heilpädagogen)
- Sprachtherapeuten (Logopäden)

Das Regelwerk der Psych-PV unterscheidet unter Beachtung der genannten Aspekte und des Alters des Kindes 7 Behandlungsbereiche:

- Kinderpsychiatrische Behandlung (KJ1): In der Regel Kinder bis zum 12./13. Lebensjahr.
- Jugendpsychiatrische Regelbehandlung (KJ2)
- Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung (KJ3): In der Regel nur kurzzeitig notwendige intensive Betreuung bei krankheitsbedingtem Verlust der Ich-Steuerung.
- Rehabilitative Behandlung (KJ4)
- Langdauernde Behandlung schwer- und mehrfach Kranker (KJ5)
- Eltern-Kind-Behandlung (KJ6)
- Tagesklinische Behandlung (KJ7)

Es bot sich an, die krankheitsbedingten Regulationsstörungen eines Behandlungsfalles im Modell der IB-KJPP den in der Psych-PV definierten Behandlungsbereichen zuzuordnen. Mit der gewählten Systematik der Bestimmung des Behandlungsbedarfs nach den Vorgaben der Psych-PV werden die quantitativen und qualitativen Leistungsanteile der unter Umständen konsekutiv vorgehaltenen bzw. zum Einsatz kommenden therapeutisch tätigen Berufsgruppe ablesbar. Es wurde die Möglichkeit der Psych-PV übernommen, die Behandlungsbereiche konsekutiv wechseln zu können.

Tabelle 9.3.3: Klinische Behandlungsressourcen nach PSYCH-PV und ihre Zuordnung

Behandlungsressourcen nach PSYCH-PV	Regulationsbereiche SS = Soziale Regulation ES = Emotionale Regulation MS= Motivationale Regulation KS = Körperliche Regulation IS = Kognitive Regulation
1. Klinische Ressourcen: Pflege- und Erziehungsdienst	
1.1 Allgemeine Pflege und Betreuung	KS
1.2 Somatische Pflege	IS/ES/MS
1.3 KJP-Pflege: Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung	SS/MS

1.4 KJP-Pflege: Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung	SS/MS
1.5. Teilnahme an Visiten	
1.6 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	
2. Klinische Ressourcen: Ärzte	
2.1 KJP-Grundversorgung	
2.2 KJP-Einzelfallbezogene Behandlung	IS/ES/MS
2.3 KJP-Gruppentherapie	SS/ES
2.4 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	
3. Klinische Ressourcen: Oberärzte	
3.1 Stationsbezogene Tätigkeiten	
3.2 Stationsübergreifende Tätigkeiten	
3.3 Außenkontakte	
4. Klinische Ressourcen: Dipl.-Psychologen	
4.1 Klin.-psychol. Grundversorgung	
4.2 Einzelfallbezogene Behandlung	IS/ES/MS
4.3 Gruppentherapie	SS/ES
4.4 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	
5. Klinische Ressourcen: Sozialarbeiter/Sozialpädagogik	
5.1 Grundversorgung	
5.2 Einzelfallbezogene Behandlung	SS/MS/ES
5.3 Gruppenbezogene Behandlung	SS/MS/ES
5.4 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	
6. Klinische Ressourcen: Bewegungstherapie	
6.1 Grundversorgung	KS
6.2 Einzelfallbezogene Behandlung	KS/ES
6.3 Gruppenbezogene Behandlung	KS/ES
6.4 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	
7. Klinische Ressourcen: Ergotherapie	

7.1 Grundversorgung	IS/MS/SS
7.2 Einzelfallbezogene Behandlung	IS/MS
7.3 Gruppenbezogene Behandlung	ES/SS
7.4 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	

Die Behandlungsleistungen der in der Psych-PV beschriebenen 7 Berufsgruppen können problemlos auf die festgestellten Störungen der sozialen Regulation (SS), der emotionalen Regulation (ES), der motivationalen Regulation (MS), der körperlichen Selbstregulation (KS) und der kognitiven Regulation (KS) bezogen werden, da diese den einzelnen Leistungsbeschreibungen des umfassenden Regelwerkes der Psych-PV inhaltlich zentral zu Grunde liegen. Die Zuordnung zeigt Tabelle 9.3.3.

Sämtliche Berechnungen des Behandlungs- und Personalbedarfs der Psych-PV erfolgen einzelfallbezogen. Sie sind orientiert am Behandlungsverlauf, der als Entscheidungs- und Handlungsprozess verstanden wird. Neben den einzelfallbezogenen Behandlungsanteilen sind Aufgaben des sozialen Lernens in der Gruppe wichtiger Bestandteil der klinischen Behandlungsprogramme. Folgerichtig unterscheidet die Psych-PV Segmente der einzelfall- und gruppenbezogenen Behandlung. Diese Differenzierung wird für alle Dienste durchgehalten. Die Festlegung von Durchschnittswerten der Therapie- und Behandlungszeiten einschließlich der nur mittelbar auf den Patienten bezogenen Tätigkeiten des eingesetzten Personals, wie etwa das Führen der Dokumentation, das Erstellen von diagnostischen und therapeutischen Berichten, ermöglicht die fortgesetzte differenzierte Reflexion der eingesetzten Behandlungsressourcen. Die berechneten Zeitwerte beachten auch notwendige kooperative Aufgaben im Umgang mit der meist in eigener Trägerschaft tätigen Klinikschule sowie mit außerklinischen Einrichtungen.

Tabelle 9.3.4: Verfügbare Behandlungsressourcen in Minuten/Patient/Woche

aufgegliedert nach Behandlungsbereichen (PSYCH-PV):	KJ1	KJ2	KJ3	z.Hause (KJ4)	KJ7
Ressourcenbedarf Soziale Regulation					

KJP-Pflege: Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung	262,5	229,5	404,5	125	118,5
KJP-Pflege: Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung	198	198	92	0	75
Gruppentherapie - Arzt	8,5	8,5	4,5	10,5	9,5
Gruppentherapie - Dipl.-Psych.	8,5	8,5	4,5	6	9,5
Sozial-/Heilpädagogik	43	32,3	17	23	35,6
Ergotherapie	24,7	40,3	12,7	30,7	33
Gesamt	545,2	517	535	195,2	281
Ressourcenbedarf Emotionale Regulation					
Somatische Pflege	33,7	31	62,3	16,7	14,7
Einzelfallbezogene Behandlung - Arzt	28,7	29	32,7	9	27,3
Gruppentherapie - Arzt	8,5	8,5	4,5	10,5	9,5
Einzelfallbezogene - Dipl.-Psych.	25,3	25,7	24,3	9	25,7
Gruppentherapie - Dipl.-Psych.	8,5	8,5	4,5	6	9,5
Sozial-/Heilpädagogik	43	32,3	17	23	35,6
Bewegungstherapie	31	29	6,5	5	25
Ergotherapie	23	38	12	30	30
Gesamt	201,7	202	164	109,2	177
Ressourcenbedarf Motivationale Regulation					
Somatische Pflege	33,7	31	62,3	16,7	14,7
KJP-Pflege: Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung	262,5	229,5	404,5	125	118,5
KJP-Pflege: Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung	198	198	92	0	75
Einzelfallbezogene Behandlung - Arzt	28,7	29	32,7	9	27,3
Einzelfallbezogene Behandlung - Dipl.-Psych.	25,3	25,7	24,3	9	25,7
Sozial-/Heilpädagogik	43	32,3	17	23	35,6
Ergotherapie	31,7	23,8	12,7	7,7	22,5
Gesamt	622,9	569	646	190,4	319
Ressourcenbedarf Körperliche Regulation					
Allgemeine Pflege und Betreuung	429	377	562	172	141
Bewegungstherapie	40	34	9,5	8	29
Gesamt	469	411	572	180	170

Ressourcenbedarf Kognitive Regulation					
Somatische Pflege	33,7	31	62,3	16,7	14,7
Einzelfallbezogene Behandlung - Arzt	28,7	29	32,7	9	27,3
Einzelfallbezogene Behandlung - Dipl.-Psych.	25,3	25,7	24,3	9	25,7
Ergotherapie	31,7	23,8	12,7	7,7	22,5
Gesamt	119,4	110	132	42,4	90,2

Die in Tabelle 9.3.4 aufgeführten Berechnungen erfolgen für die kinderpsychiatrische Behandlung (KJ1), die jugendpsychiatrische Regelbehandlung (KJ2), die jugendpsychiatrische Intensivbehandlung (KJ3), die teilstationäre Behandlung (KJ7) und für die Durchführung der Behandlung des Patienten im Elternhaus nach den Zeitwerten der „rehabilitativen Behandlung“ (KJ4).

9.3.3.1 Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Sozialen Regulation (SS)

Bei der Behandlung sozialer Regulationsstörungen kommt dem Pflege- und Erziehungsdienst eine herausragende Stellung zu.

Durch ihre tägliche Begegnung und die feste Zuordnung jedes Patienten zu einem Bezugsbetreuer sind die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes die unmittelbaren Interaktionspartner des Kindes und stehen zu einer beständigen Begleitung der therapeutisch entwickelten soziotherapeutischen Übungsprogramme zur Verfügung.

Die Psych-PV bildet dieses Aufgabenfeld als Regelaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes ab. Der Schwerpunkt der hier tätigen Berufsgruppen der Krankenpflege und des Erziehungsdienstes gegenüber Ärzten und Psychologen bei der klinischen Behandlung von Störungen der Sozialen Selbstregulation wird in Abb. 9.3.1 deutlich.

Die ärztliche Behandlung in diesem Problemfeld geschieht vor allem durch die Gruppentherapie („KJP-Gruppentherapie-Arzt“). In gleicher Weise dienen die

gruppentherapeutischen Aktivitäten unter Leitung des Diplom-Psychologen diesem Ziel („KJPP-Gruppentherapie – Dipl.-Psych.“).

Co-therapeutische Aufgaben erfolgen in enger Abstimmung mit dem fallführenden Therapeuten, meist durch die Bezugsbetreuer.

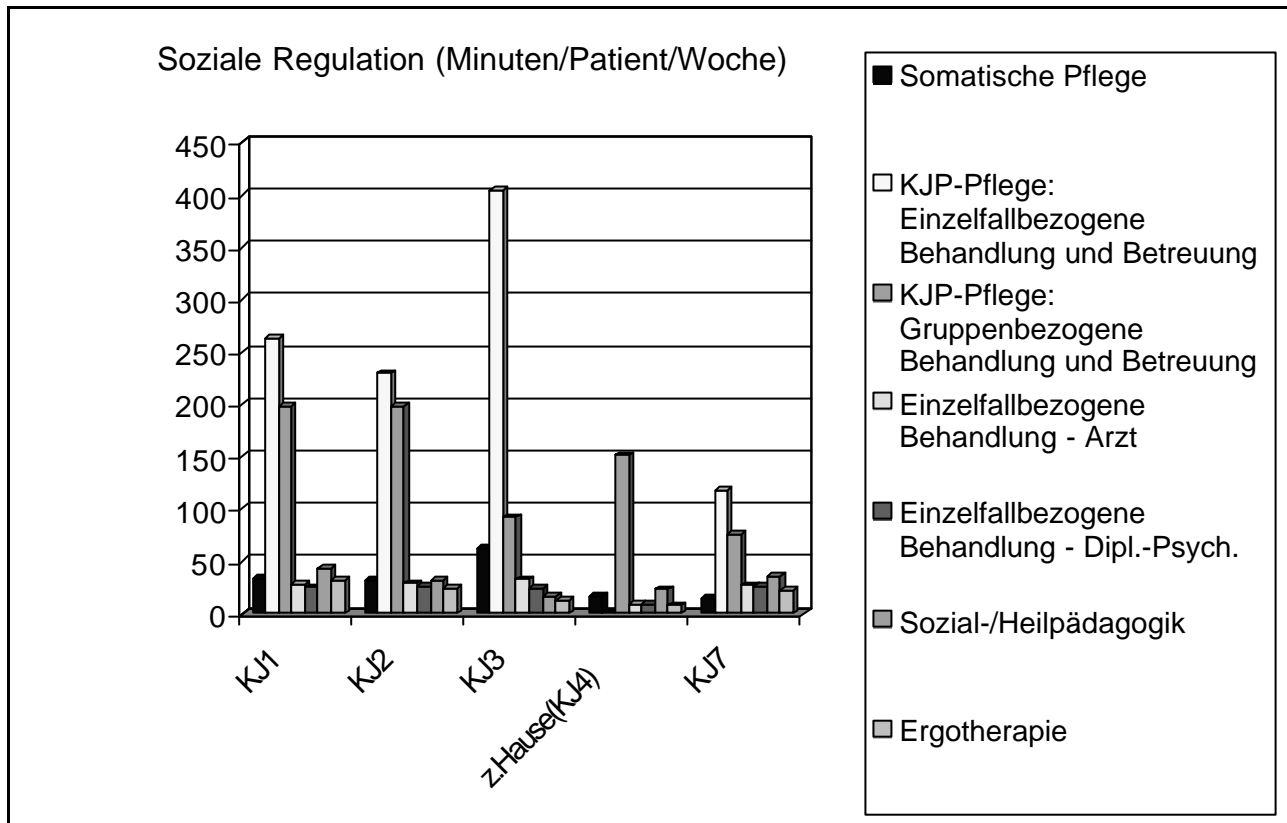


Abbildung 9.3.1: Verfügbare Behandlungsressourcen: Soziale Regulation

Der Einsatz von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen und Ergotherapeuten unterstützt die Behandlung sowohl durch einzelfallbezogene als auch durch gruppenbezogene Behandlungsmaßnahmen.

9.3.3.2 Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Emotionalen Regulation (ES)

Hier liegen Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit des Arztes und des Diplom-Psychologen („KJP-Einzelfallbezogene Behandlung – Arzt“ und „KJP-Einzelfallbezogene Behandlung – Dipl.-Psychologin“).

Die graphische Darstellung zeigt Abb. 9.3.2. Auch der Pflege- und Erziehungsdienst leistet ebenso wie die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogik therapeutische Beiträge. Schließlich dienen die Behandlungsangebote der Bewegungstherapie und der Ergotherapie in besonderer Weise der Verbesserung der emotionalen Regulation.

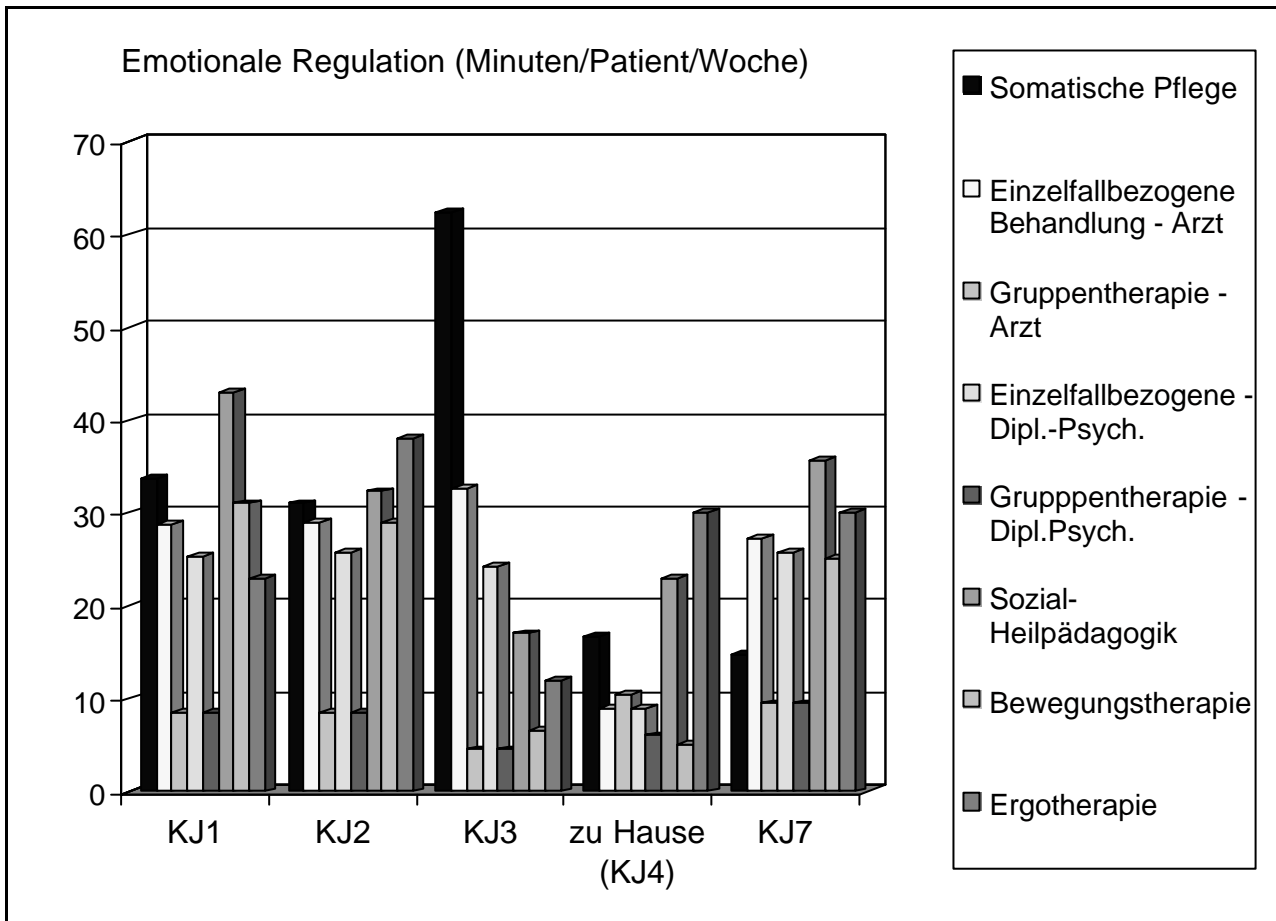


Abbildung 9.3.2: Verfügbare Behandlungsressourcen: Emotionale Regulation

9.3.3.3 Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Motivationalen Regulation (MS)

Störungen der motivationalen Regulation stehen im Mittelpunkt der regelmäßigen täglichen Unterstützungsleistungen des Pflege- und Erziehungsdienstes (einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung (Abb. 9.3.3). Des Weiteren zielen auch die einzelfallbezogene Behandlung des therapieführenden Arztes oder Diplom-Psychologen und die Leistungen der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen auf die Stärkung

von Selbstgewissheit und Bereitschaft zur Aktivierung der Verbesserung der Handlungsmotivation des Kranken ab.

Auf die Stärkung der Motivationalen Selbstregulation sind vor allem Co-therapeutische Behandlungsabläufe auf der Station ausgerichtet.

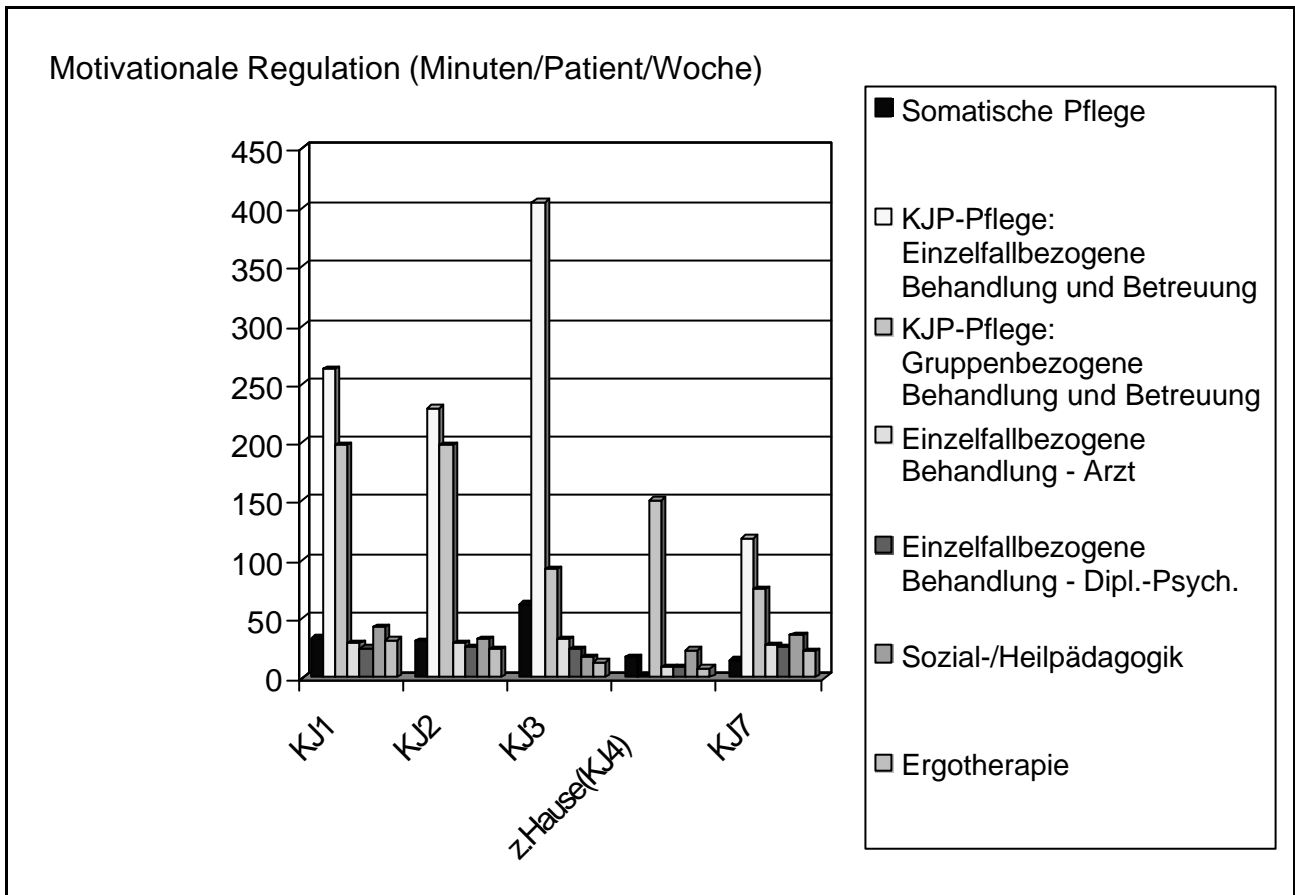


Abbildung 9.3.3: Verfügbare Behandlungsressourcen: Motivationale Regulation

Sie beziehen sich auf ressourcen-aktivierende Maßnahmen, vorwiegend in Form fester „Betreuerzeiten“ mit Interaktionen, die an Stärken des Patienten anknüpfen. Strukturierte Gesprächssituationen in Form regelmäßiger „Reflexionszeiten“ dienen dem Ziel motivationaler Klärung von Handlungsblockaden.

9.3.3.4 Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Körperlichen Regulation (KS)

Der Hauptanteil von Behandlungsmaßnahmen bei körperlichen Selbstregulationsstörungen, die bei einer Vielzahl psychiatrischer Krankheitsbilder auftreten können, liegt im Tätigkeitsbereich des Pflege- und Erziehungsdienstes (Abb. 9.3.4)

Insbesondere die Regelaufgaben der allgemeinen Pflege und Betreuung bilden diesen Behandlungsschwerpunkt ab. Unterstützend sind die Leistungen der Bewegungstherapie von Bedeutung.

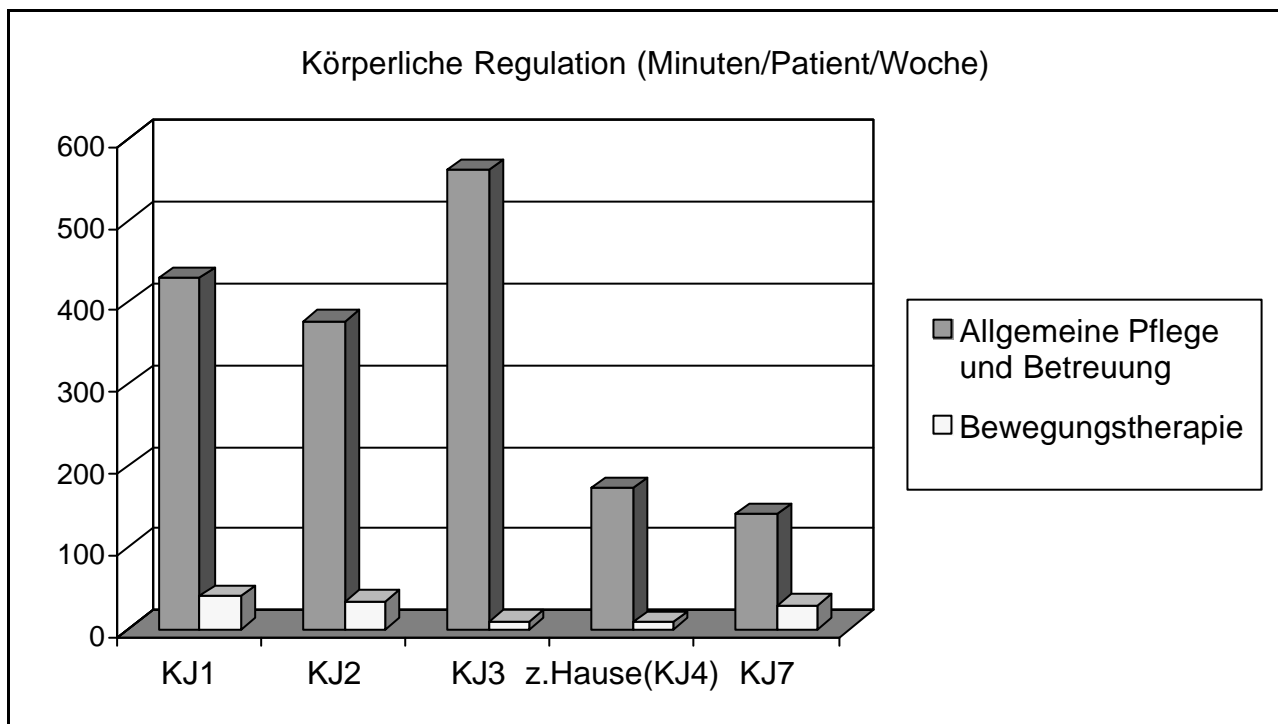


Abbildung 9.3.4: Verfügbare Behandlungsressourcen: Körperliche Regulation

9.3.3.5 Regelaufgaben des eingesetzten Personals zur Behandlung von Störungen der Kognitiven Regulation (IS)

Störungen der kognitiven Regulation betreffen zum einen anlage- und entwicklungsbedingte Störungen der Intelligenzfunktionen. Zum anderen finden sie sich als wesentliche Bestimmungsstücke psychotischer Erkrankungen, insbesondere bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Übungs- und Orientierungs-

behandlungen stellen bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen einen konstanten Teil der täglichen klinischen Soziotherapie dar. Sie werden in intensiver beständiger Anleitung und Begleitung vom Pflege- und Erziehungsdienst (somatische Pflege), gemeinsam und in ständigem fachlichen Austausch mit therapeutischen Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen bzw. psychologischen Therapeuten und der MitarbeiterInnen der Ergotherapie geleistet (Abb. 9.3.5). Das Bezugsbetreuer-System des Pflege- und Erziehungsdienstes der Station stellt sicher, dass der Jugendliche im Umgang mit einem Problemverhalten, das als Ausdruck kognitiver Selbstregulationsstörungen aufgefasst wird, zeitnahe strukturierte und reflektierte Rückmeldungen erhält und ihm dadurch eine therapeutische Bearbeitung erleichtert wird.

In enger Abstimmung mit den Fall führenden ärztlichen und psychologischen Therapeuten leisten die Bezugsbetreuer aktive Bewältigungshilfe in Belastungssituationen. Sie übernehmen co-therapeutische Funktionen z.B. bei der therapeutisch geplanten Unterbrechung eines Zwangssymptoms, durch die Begleitung von Essenssituationen bei gravierenden Essstörungen, in einer Schulweg-Begleitung bei Schulangst, durch Unterstützung in kritischen Gesprächssituationen oder in der Mitwirkung bei Familiengesprächen und Entscheidungsfindungen gemeinsam mit Schule und anderen Diensten der psychosozialen Versorgung.

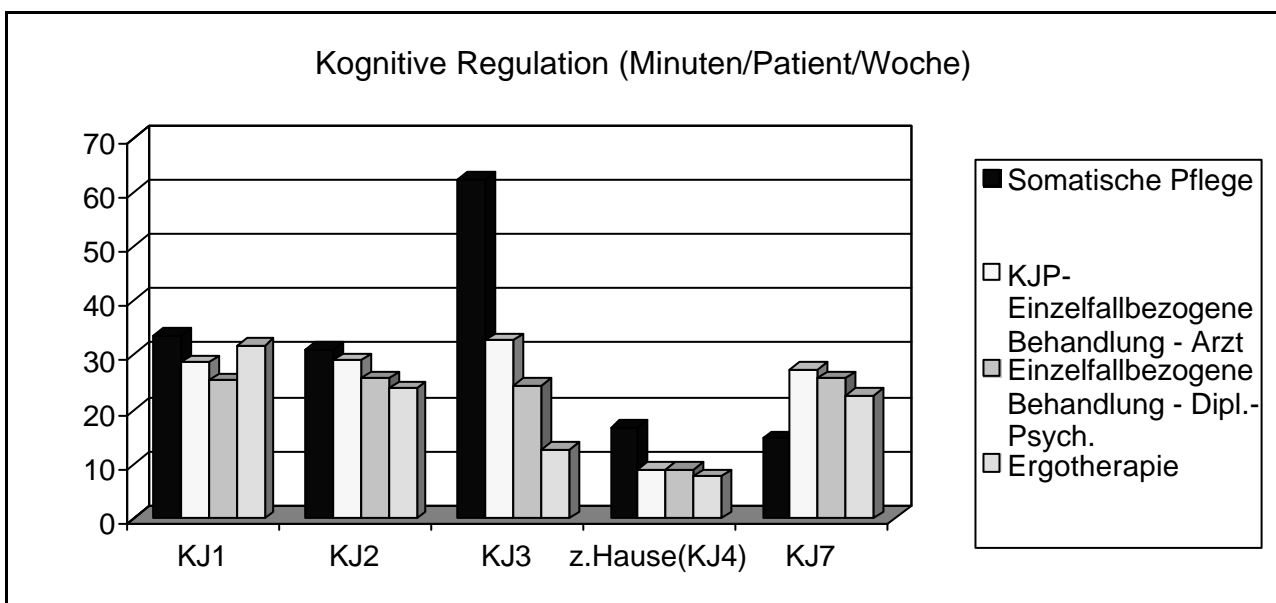


Abbildung 9.3.5: Verfügbare Behandlungsressourcen: Kognitive Regulation

9.3.4 Wirtschaftlichkeit

Mit der vorgestellten Systematik und ihrer Darstellung wird unmittelbar auch der quantitative Leistungsanteil jeder vorgehaltenen bzw. zum Einsatz kommenden therapeutisch tätigen Berufsgruppe ablesbar, was eine indikationsbezogene Prüfung des therapeutischen Vorgehens bezogen auf den Behandlungsbedarf des Patienten und damit eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmaßnahmen erlaubt. Dies macht eine zusammenfassende Übersicht deutlich (Abb. 9.3.6).

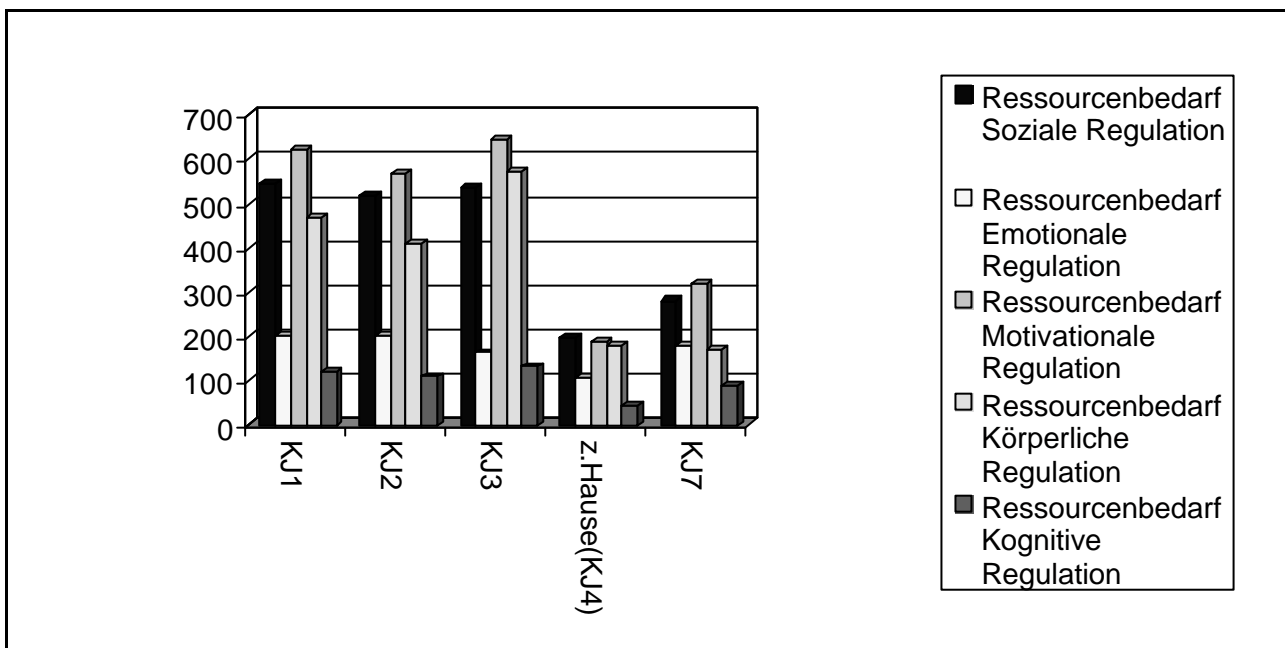


Abbildung 9.3.6: Verfügbare Behandlungsressourcen in Minuten/Patient/Woche, nach Behandlungsbereichen

Die vorrangige Orientierung der Behandlung am diagnostisch festgestellten Bedarf der benötigten Behandlungsressourcen macht somit eine nachvollziehbare Zuordnungsentscheidung des Patienten zu den definierten Behandlungsbereichen nach den Vorgaben der Psych-PV (Tab. 9.3.5) möglich.

Tabelle 9.3.5: Verfügbare Behandlungsressourcen in Minuten/Patient/Woche nach Behandlungsbereichen (PSYCH-PV)

	Behandlungsbereiche				
	KJ1	KJ2	KJ3	z.Hause (KJ4)	KJ7

Ressourcenbedarf Soziale Regulation	545,2	517,1	535,2	195,2	281,1
Ressourcenbedarf Emotionale Regulation	201,7	202,0	163,8	109,2	177,3
Ressourcenbedarf Motivationale Regulation	622,9	569,3	645,5	190,4	319,3
Ressourcenbedarf Körperliche Regulation	469,0	411,0	571,5	180,0	170,0
Ressourcenbedarf Kognitive Regulation	119,4	109,5	132,0	42,4	90,2
Gesamt	1958,2	1808,9	2048	717,2	1037,9

9.3.5 Betreuungs- und Gruppenintegrationsstufen in den Behandlungsbereichen für Jugendliche (KJ2, KJ4, KJ7) in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum am Weissenhof

Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten im Klinikum am Weissenhof in Weinsberg ist im Behandlungsbereich für jugendliche Patienten keine räumlich strukturierte Trennung der in der Psych-PV vorgesehenen Behandlungsbereiche „Intensivbehandlung KJ3“ und „Regelbehandlung KJ2“ möglich. Unterschiedlich intensive Formen der Betreuung und Behandlung müssen auf derselben Station nebeneinander dargestellt werden. Die MitarbeiterInnen haben sich daher in einem stationsintegrierten Vorgehen zu einer gestuften Betreuungsstrukturierung entschlossen. Danach werden die Patienten nach dem Grad der Beeinträchtigung ihrer krankheitsbedingten sozialen und emotionalen Selbstregulationsstörungen unterschiedlich intensiven Betreuungsstufen zugeordnet. In Abhängigkeit von der aktuellen Beeinträchtigung steht dem jugendlichen Patienten die eng betreute „Kleingruppe“, entsprechend Behandlungsbereich Psych-PV-KJ3, bei ausreichender sozialer und emotionaler Orientierungsfähigkeit die Eingliederung in die bereits stärker interaktive „Gruppe mit Betreuer“ und schließlich die Teilnahme an der „Großgruppe“ sowie an der „Großgruppe mit Ausgang“ (mögliche Zuordnung zu den Bereichen Psych-PV-KJ2, -KJ4, -KJ7) zur Verfügung, um ihn durch zunehmende realistische soziale und emotionale Umfelderfahrungen aus dem stationären Schonraum hinauszuführen.

Die „Kleingruppe“ beinhaltet die eng strukturierte Betreuung und Begleitung durch einen Betreuer/eine Betreuerin bei Verlassen des schließbaren Kernbereichs der Station. Die Statuszuordnung von Jugendlichen zur „Gruppe mit Betreuer“ setzt voraus, dass sie

mit der zuvor erfahrenen Unterstützung zur Teilnahme mindestens an einigen der strukturierten Gruppenangebote fähig sind. Bei der Einordnung des/der Jugendlichen in die „Großgruppe“ wird schließlich die bereits eigenregulierte Bewältigung freier Gruppensituationen erwartet. Idealerweise geht die anfängliche Co-Regulation durch die Stationsbetreuer stufenförmig in eine konstruktiv-modifizierte Selbstregulation des Jugendlichen über.

Der Intensitätsgrad der soziotherapeutischen Co-Regulation variiert mit dem Umfang und dem Grad der Selbstregulations- und Selbststeuerungsdefizite des Patienten. Eine Jugendpsychiatrische Regelbehandlung gemäß KJ2 beginnt üblicherweise mit dem Status „Gruppe mit Betreuer“ mit Übergang in den Status „Großgruppe“. Intensivbehandlung (KJ3) erfolgt im Status „Kleingruppe“ mit Übergang in den Status „Großgruppe mit Betreuer“. Bei massiven Eigenregulationsstörungen, insbesondere in Verbindung mit akuter Gefährdung, ist phasenweise ein Übergang von der Co- zur Außenregulation erforderlich. Die häufigste stationäre Intensivmaßnahme bei vital gefährdenden Beeinträchtigungen der Selbstregulation ist die eng strukturierte Betreuung bis zur Dauerüberwachung. Werden im Rahmen eines akuten Krankheitsgeschehens aufgrund eines in der Regel vorübergehenden Verlustes der Selbststeuerung mit dringender Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung Intensivmaßnahmen erforderlich, die mit einer Freiheitseinschränkung oder mit Freiheitsentziehung verbunden sind, bedürfen diese der richterlichen Genehmigung und beständiger Betreuerzuwendung.

Das klinische Vorgehen ist durch Handlungsanweisungen geregelt, die allen Beteiligten, insbesondere dem/der Jugendlichen und seinem/ihrer Sorgeberechtigten bekannt gemacht werden müssen („Leitlinien zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der KJPP Weinsberg“). Die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ist nur gerechtfertigt, wenn sie der Sicherstellung eines erreichbaren Behandlungszieles dient. Sie muss wie jede andere therapeutische Intervention, die einen psychisch gravierend Erkrankten aus einer schweren Lebenskrise herausführen will, dazu geeignet sein, die Betroffenen wirksam darin zu unterstützen, trotz ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen Selbstgewissheit und Selbstbestimmung wieder zu erlangen.

9.3.6 Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Eine besondere Kooperationsbeziehung besteht zwischen der Klinik und der Schule für Kranke, die sich in eigener Trägerschaft auf dem Krankenhausgelände befindet. Die Bemühungen um die Wiederanbahnung der schulischen Leistungsmotivation stellen eine regelmäßige Anforderung an die Lehrer dar, die in enger Kooperation mit der Klinik tätig sind. Ein entsprechender Erfolg kann vom Betroffenen als wichtige Hilfe seiner Bemühungen erlebt werden, wieder den Zugang zu seiner schulischen Lebensgemeinschaft zu finden. Neben der häufig erforderlichen qualifizierten Schullaufbahnberatung kann in der Klinikschule die notwendige Kooperation mit dem schulischen Bildungssystem im Lebensumfeld des Patienten niederschwellig und patientenzentriert aufgenommen werden.

Die erforderliche enge Zusammenarbeit mit dem System der Jugendhilfe erfolgt fallbezogen in Form interdisziplinärer Helferkonferenzen, an denen die Eltern/Sorgeberechtigten und, wenn möglich, auch der jugendliche Patient teilnehmen. Ein solches Vorgehen betont die Notwendigkeit, dass dieser an den für seine Lebensentwicklung hoch bedeutsamen Entscheidungen unter den Zeichen sozialer Wertschätzung beteiligt ist. Die damit mögliche Mitwirkung an einer gemeinsam verantworteten Entscheidungsfindung kann als wichtige Unterstützung für die Entwicklung eines tragfähigen Selbstkonzeptes angesehen werden, ohne welches sich Hilfe- und Therapieangebote bei psychisch kranken Menschen langfristig als nicht ausreichend effektiv erweisen.

9.3.7 Zuordnung der Patienten zum Behandlungsmodell der IB-KJPP

Als erstes erfolgte, wie auch sonst üblich, nach den Erkenntnissen der ausführlicher fachärztlichen Untersuchung die diagnostische Einordnung des Krankheitsbildes nach den Vorgaben der 6 Diagnose-Achsen des Multiaxialen Diagnoseschemas psychischer Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Remschmidt et al., 2001).

Im zweiten Schritt wurden die Art und das Ausmaß der durch die Krankheitssymptomatik bedingten Regulationsstörungen des Patienten aufgestellt (Tab 9.3.6).

Tabelle 9.3.6: Matrix – Selbstregulationsstörungen

Bitte schätzen Sie ein, welche Selbstregulationsbereiche bei dem Patienten gestört bzw. beeinträchtigt sind (Ausprägungsgrad der Selbstregulationsstörung bitte unterstreichen).

Störungsbereich/Störungsgrad	Mögliche Symptomatik
Soziale Regulation (SS) 1 nicht 2 etwas 3 mittel/fraglich 4 ziemlich 5 sehr	Störungen der Interaktion; dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, andere Regelübertretungen, gehemmtes Verhalten, zurückgezogen, autistisches Verhalten
Emotionale Regulation (ES) 1 nicht 2 etwas 3 mittel/fraglich 4 ziemlich 5 sehr	Angststörungen; Störungen von Stimmung und Affekt; Zwangsimpulse, Zwangshandlungen, Selbstschädigung, Suizidalität
Motivationale Regulation (MS) 1 nicht 2 etwas 3 mittel/fraglich 4 ziemlich 5 sehr	Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle; Weglaufen/Schule schwänzen (Ausweichverhalten); Missbrauch von psychotropen Substanzen
Körperliche Regulation (KS) 1 nicht 2 etwas 3 mittel/fraglich 4 ziemlich 5 sehr	Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Essattacken, verminderte Nahrungsaufnahme; Einnässen, Einkoten, verringerte Eigenhygiene, Schlafstörungen; Schmerzstörungen; Störungen der Psychomotorik; Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
Kognitive Regulation (KS) 1 nicht 2 etwas 3 mittel/fraglich 4 ziemlich 5 sehr	Formale Denkstörungen; inhaltliche Denkstörungen; Sinnestäuschungen, Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen oder Störungen der Wachheit, Körperschemastörung

Im dritten Schritt erfolgte die Bestimmung des allgemeinen therapeutischen Handlungsbedarfs entsprechend den diagnostischen Bewertungen der krankheitsbedingten Regulationsstörungen des Patienten. Im Hinblick auf die häufig

notwendige intensive Kooperation mit weiteren psychosozialen Diensten bei der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wurden sowohl die unmittelbaren therapeutischen Aktivitäten als auch die voraussichtlich erforderliche interdisziplinäre Kooperation erfasst. Die Einschätzungen wurden unter Beachtung einer 5-stufigen Gewichtung des diagnosebezogenen therapeutischen Handlungsbedarfes ebenfalls in eine Matrix eingetragen (Tab. 9.3.7).

Tabelle 9.3.7: Matrix - Allgemeiner therapeutischer Handlungsbedarf

Bitte schätzen Sie den allgemeinen therapeutischen Handlungsbedarf und die daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen ein, die sich aus den diagnostischen Befunden ableiten. Bitte gewichten Sie Ihre Einschätzung gemäß der nachfolgenden Gewichtungsstufen 1-5:

- 1 = derzeit kein therapeutischer Handlungsbedarf
- 2 = derzeit untergeordneter therap. Handlungsbedarf.
- 3 = therap. Handlungsbedarf derzeit noch nicht abzusehen
- 4 = wichtiger therapeutischer Handlungsbedarf
- 5 = vorrangiger therapeutischer Handlungsbedarf

Aus den Befund. abgeleit. therap. Handlungsbedarf	Psychotherap. Verfahren beim Kind	Gruppenpsychotherapie beim Kind	Beratg./ Behandlung bei Eltern/ Familie	Pharmakolog. Beh.	Weitere funktionelle Therapien Praxisintern	Koop. mit Jugendamt/ Sozialamt	Koop. mit Schule / Kita	Koop. mit Behindertenhilfe	Koop. mit Klinik/ Koop. mit and.	Zeilen-summe
Psychop. Befund Diagnose -Achse I										
Entw. Befund Diagnose -Achse II/III										
Organ.-/ neurolog. Befund Diagnose -Achse IV										
Psycho-soziale Belastung Diagnose -Achse V										
Spalten-summe										

Zur Entscheidung über die Aufnahme in einen definierten Behandlungsbereich (KJ) wurde nun der spezifische therapeutische Regulationsbedarf unter Beachtung der

festgestellten krankheitsbedingten Störungen der Selbstregulation nach dem Schweregrad des erhobenen psychopathologischen Befundes bestimmt.

Die Art und die Dringlichkeit der erforderlichen therapeutischen Aktivitäten wurden wiederum in eine Matrix eingeordnet (Tab. 9.3.8)

Tabelle 9.3.8: Matrix – Spezifischer therapeutischer Regulationsbedarf

Bitte schätzen Sie für die Behandlungsplanung den spezifischen therapeutischen Regulationsbedarf ein.

Gewichtungsstufen:

1 = derzeit kein therapeutischer Regulationsbedarf

2 = derzeit untergeordneter therap. Regulationsbedarf.

3 = therap. Regulationsbedarf derzeit noch nicht abzusehen

4 = wichtiger therapeutischer Regulationsbedarf

5 = vorrangiger therapeutischer Regulationsbedarf

Aus den Befunden abgeleiteter Regulationsbedarf	Allg. ther. Bedarf	Körperl. Re-gulation	Kogn. Re-gulation	Emot. Re-gulation	Motivat. Re-gulation	Soziale Re-gulation	Max. Wert	Zeilen Summe
Psychopath. Befund Diagnose-Achse I								

Die Zuordnung zum gewählten Behandlungsbereich erfolgt auf der Grundlage der in Tabelle 9.3.6 getroffenen Feststellungen und nach zusätzlicher Beachtung des Alters entsprechend dem in Tabelle 9.3.9 festgelegten Algorithmus.

Tabelle 9.3.9: Matrix – Behandlungsbereiche

Bitte stufen Sie den Behandlungsbereich gemäß Psych -PV ein (KJ1-KJ7) unter Berücksichtigung des therapeutischen Regulationsbedarfs (SS/ES/MS/KS/IS)

Behandlungsbereiche nach Psych-PV:	Entsprechender Regulationsbedarf („max.Wert“)	Zeitraum
KJ1 Kinderpsychiatr. Behandlung	wie KJ2/KJ3 bis 14.Lebensjahr	ab: bis vorauss.:
KJ2 Jugendpsych. Regelbehandlung	mind. 3 Regulationsbereiche Gewichtungsstufe 4	ab: bis vorauss.:
KJ3 Jugendpsychiatr. Intensivbehandlung	mind. 1 Regulationsbereich Gewichtungsstufe 5 und 1 Regulationsbereich Gewichtungsstufe 4	ab: bis vorauss.:
KJ4 Rehabilitative Behandlung/zuhause	mind. 1 Regulationsbereich Gewichtungsstufe 4	ab: bis vorauss.:
KJ7 Tagesklinische Behandlung	mind. 2 Regulationsbereiche Gewichtungsstufe 4	ab: bis vorauss.:

Die Auswahl der damit bereitgestellten Möglichkeiten der multiprofessionellen Behandlungsmaßnahmen folgt den Vorgaben der Psych-PV und konnte entsprechend dokumentiert und im Verlauf bewertet werden (Tab. 9.3.10).

Tabelle 9.3.10: Multiprofessionelle Behandlungseinheiten

Zugeordnete Behandlungseinheiten (nicht erforderliche bitte streichen).

Regulationsbereich	Behandlungseinheiten
Körperliche Regulation	KJP-Pflege Allg. Pflege und Betreuung Bewegungstherapie
Kognitive Regulation	Somatische Pflege Ärztl. KJP-Einzelfallbez. Behandlung Psychol. Einzelfallbez. Behandlung Ergotherapie Grundvers./Einzelfallbez.
Emotionale Regulation	Somatische Pflege Ärztl. KJP- Einzelfallbez./Gruppentherapie Psychol. Einzelfallbez./Gruppentherapie Soz.Päd. Einzelfallbez./Gruppenbezogen BewTh Einzelfallbez./Gruppenbezogen Ergotherapie Gruppenbezogen
Motivationale Regulation	Somatische Pflege/KJP-Pflege-Einzelfall- bezogen/Gruppenbezogen Ärztl.-Einzelfallbezogene Behandlung Psychol. Einzelfallbezogene Behandlung Soz.Päd. Einzelfallbez./Gruppenbezogen Ergotherapie Grundvers./Einzelfallbez.
Soziale Regulation	KJP-Pflege-Einzelfallbez./-Gruppenbez. Ärztl. Gruppentherapie Psychol. Gruppentherapie Soz.Päd. Einzelfallbez./Gruppenbezogen Ergotherapie Grundvers./Gruppenbez.

9.3.8 Verlauf und Ergebnisse

9.3.8.1 Durchgeführte Therapien nach IB-KJPP

Nachdem die Kostenträger in gemeinsamen Verhandlungen, bei welchen alle Krankenkassen der Region und der MDK Baden-Württemberg teilnahmen, in einer sehr positiven Stellungnahme ihre grundsätzliche Zustimmung zur Durchführung des Modellprojektes erteilt hatten, wurde das Modellvorhaben der zuständigen

Kassenärztlichen Vereinigung vorgestellt. Auch dort wurde nach entsprechender ausführlicher Erläuterung der Projektidee nicht nur Wohlwollen, sondern auch hohes Interesse an entsprechenden Ergebnissen bekundet. Kostenrelevante Auswirkungen, die das Regelsystem der KV berühren würden, ergaben sich zumindest für den Projektzeitraum im Hinblick auf die geringe Fallzahl nicht.

Zu der erstaunlich hohen Akzeptanz der Projektidee durch Kostenträger, MDK und KV dürfte beigetragen haben, dass die Indikationsstellung der entworfenen Behandlungsform auf Krankheitsbilder zentriert worden war, die durch eine schwere Ausprägung der psychischen Krankheitsfolgen gekennzeichnet sind, wie Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, Schulphobie, akute Belastungsreaktionen und posttraumatische Belastungsstörungen (Borderline-Störungen). Patienten mit solchen Erkrankungen benötigen in der Regel ein langfristiges multiprofessionelles Behandlungsangebot, bei welchem die klinisch stationäre Intervention nur einen vorübergehenden Therapieabschnitt darstellt.

Auch das zweite Anliegen des Modellvorhabens, klinisch notwendige Behandlung unter enger therapeutischer Begleitung und Beachtung der nur stufenweise möglichen Belastungssteigerung so weit wie möglich in das Lebensfeld des Kindes integriert zu erbringen, konnte vermittelt werden.

Der MDK stellte fest, dass der vorgelegte Konzeptionsentwurf Lösungsansätze enthält, die „aus den grundsätzlichen Anforderungen an die Behandlung schwerer kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen ableitbar“ sind und dass diese sich „mit den grundsätzlichen, z. B. vom Sachverständigenrat gesundheitspolitisch angemahnten Strukturentwicklungen im Gesundheitswesen“ decken.

Die wissenschaftliche Auswertung des Projektes sollte es ermöglichen, „aus der Summe der Einzelfallberichte Verallgemeinerungen vorzunehmen, Aufschlüsse über häufige und seltene Gründe stationärer bzw. teilstationärer Behandlungsbedürftigkeit zu erhalten und Kriterienkataloge für die differentialtherapeutische Entscheidung zwischen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit zu entwickeln“.

Es wurde die Erwartung geäußert, dass das Projekt eine Datenbasis schafft, die als Voraussetzung für eine weitere wissenschaftliche Untersuchung an einer größeren

Fallgruppe – auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten – gelten könnte. Der MDK betonte, dass die „Begleitung des Projekts durch die Krankenkassen – und auf ihren Wunsch auch gerne durch den MDK – für den Zeitpunkt sinnvoll“ sein könnte, „wenn Konsequenzen aus der Untersuchung für die Etablierung von Kooperationsformen und Behandlungsabläufen gezogen werden sollen“.

Für die Erprobung des Versorgungsmodells IB-KJPP wurden nach Genehmigung des Vorgehens durch die Kostenträger und den MDK-Baden-Württemberg 11 Patienten konsekutiv in das Projekt aufgenommen.

In einer ersten familientherapeutischen Sitzung wurde den Patienten und ihren Eltern/Sorgeberechtigten das Angebot der IB-KJPP durch den fallführenden Praxisarzt oder den Klinikarzt/ärztlich delegierten Psychologen vorgetragen und erläutert. Besonderer Wert wurde auf die Darstellung der therapeutischen Kooperation und der gegebenenfalls wechselnden therapeutischen Letztverantwortung zwischen Klinik und Praxis im Behandlungsverlauf gelegt. Nach Zustimmung bzw. dem Wunsch, die Behandlung nach dieser Konzeption zu gestalten, wurde mit der Erhebung der für die konkrete Behandlungsplanung notwendigen diagnostischen Befunde und Bewertungen begonnen.

Die behandelten Kinder und Jugendlichen, 5 Mädchen und 6 Jungen waren zwischen 3 und 16 Jahren alt. Bei 7 Patienten hatte der zuvor ambulant behandelnde Praxisarzt die Indikation zur Klinikbehandlung gestellt, so dass der Behandlungsablauf der Systematik der „Praxisgeleiteten Klinikbehandlung“ (s. Kap. 9.3.1.1) folgte.

Bei 2 Patienten ging es um die Überleitung der bereits laufenden Klinikbehandlung in die Fallverantwortung des langfristig die Behandlungsverantwortung übernehmenden Praxisarztes, weil im Verlauf der klinischen Therapie aufgrund der Krankheitsfolgen die Notwendigkeit einer länger dauernden ambulanten fachärztlichen Anschlussbehandlung deutlich geworden war. In 2 Fällen erfolgte die gemeinsame Klinik- und Praxisbehandlung zur Abklärung des klinischen Behandlungsbedarfs.

9.3.8.2 Krankheitsbilder

Die Krankheitsbilder umfassten 4 Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, 3 Jugendliche mit einer Depression, davon eine Patientin mit einer gravierenden Essstörung (Bulimia nervosa).

Die übrigen der Abb. zu entnehmenden Krankheitsbilder betrafen jeweils 1 Kind/Jugendlichen (Abb. 9.3.7). In die nachfolgende statistische Auswertung gingen 10 vollständig dokumentierte Behandlungsfälle ein.

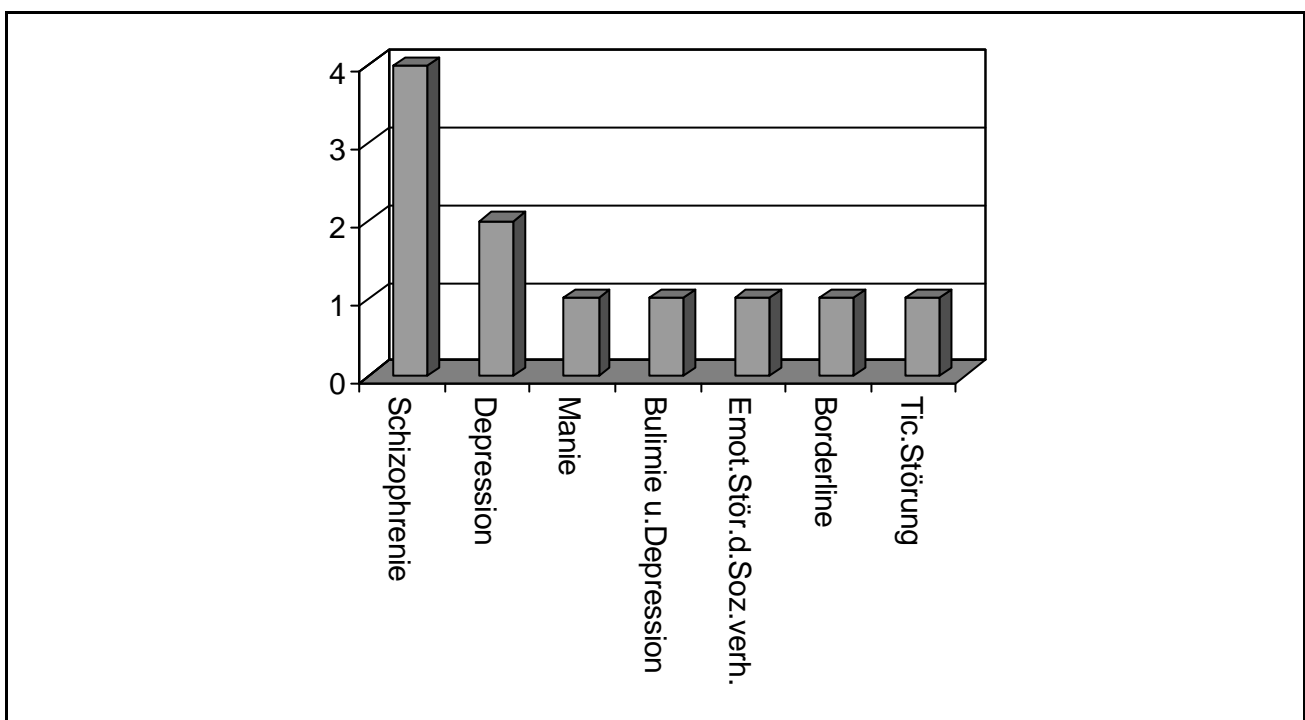


Abbildung 9.3.7: Psychiatrische Diagnosen MAS-Achse I

Die mittels Mehrfacheinschätzungen vorgenommene Schilderung der aufgetretenen psychischen, emotionalen und sozialen Probleme durch die Eltern/Sorgeberechtigten weist besonders auf Schwierigkeiten der sozialen Orientierung mit sozialer Gehemmtheit, auf Beeinträchtigungen der pädagogischen Erreichbarkeit und des Leistungsverhaltens des Kindes in Form einer mangelhaften Arbeitshaltung hin (Abb. 9.3.8 u. 9.3.9).

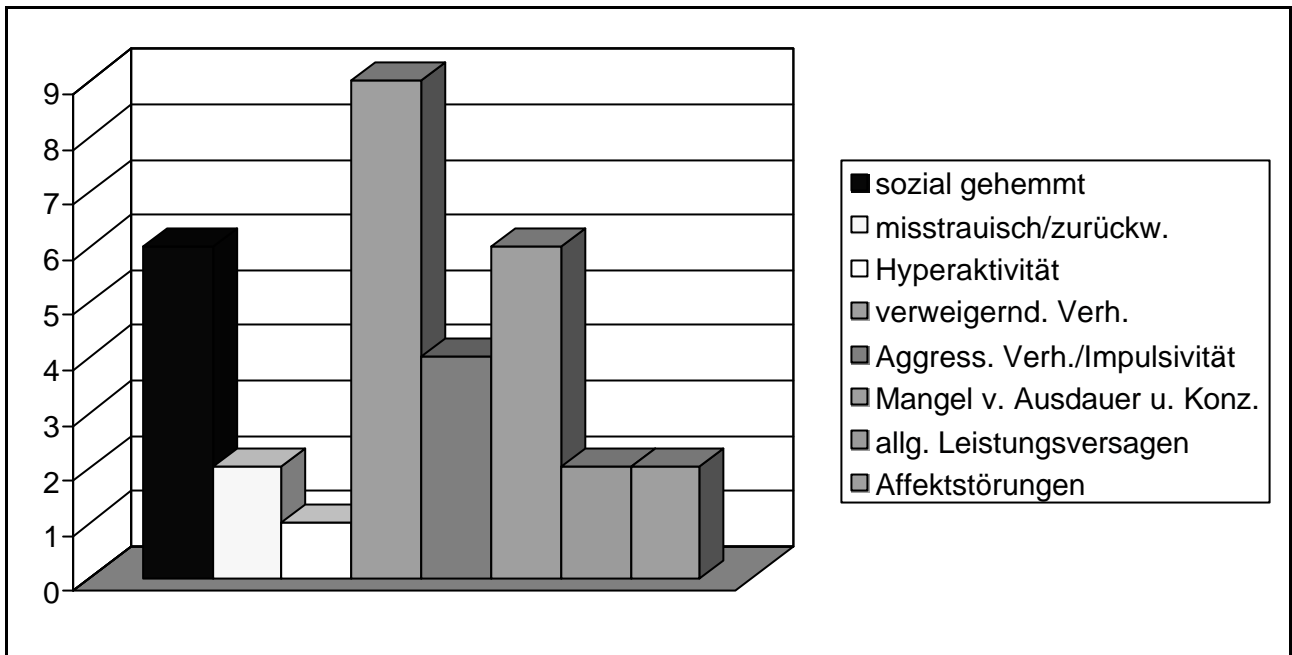


Abbildung 9.3.8: Häufigkeit der Probleme, eingeschätzt durch die Eltern (I)

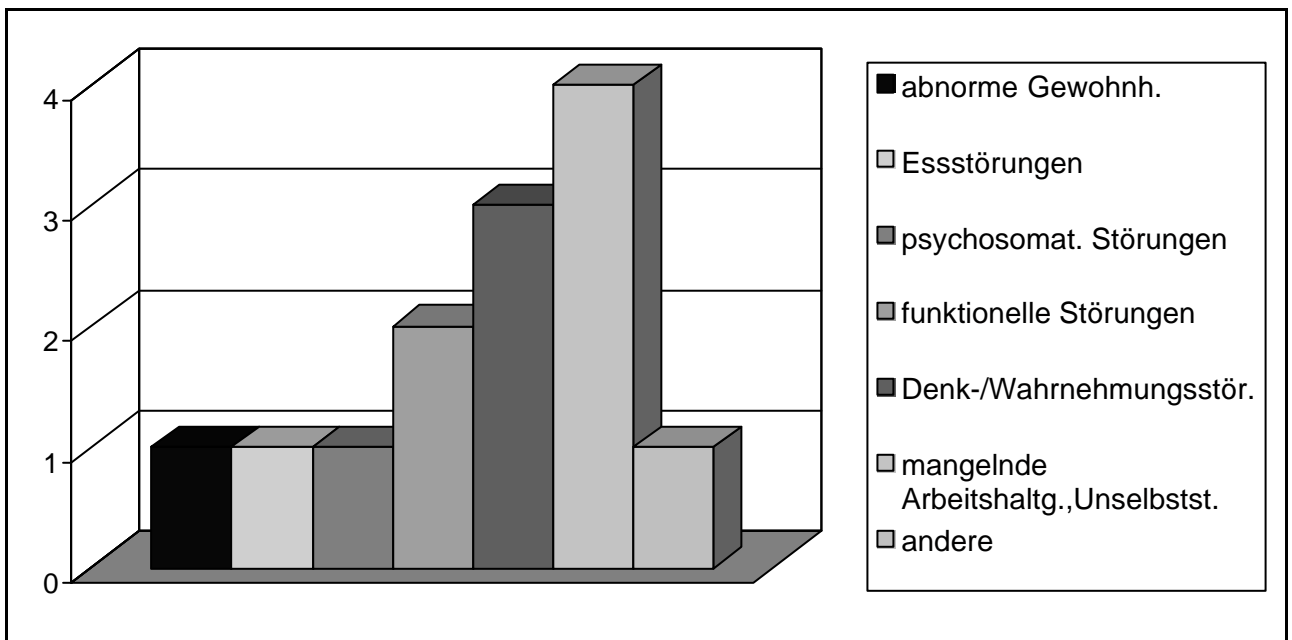


Abbildung 9.3.9: Häufigkeit der Probleme, eingeschätzt durch die Eltern (II)

Die Schilderung von Denk- und Wahrnehmungsstörungen stand in Übereinstimmung mit der auch fachärztlich festgestellten Psychopathologie der schizophren erkrankten Jugendlichen (s. Abb. 9.3.10).

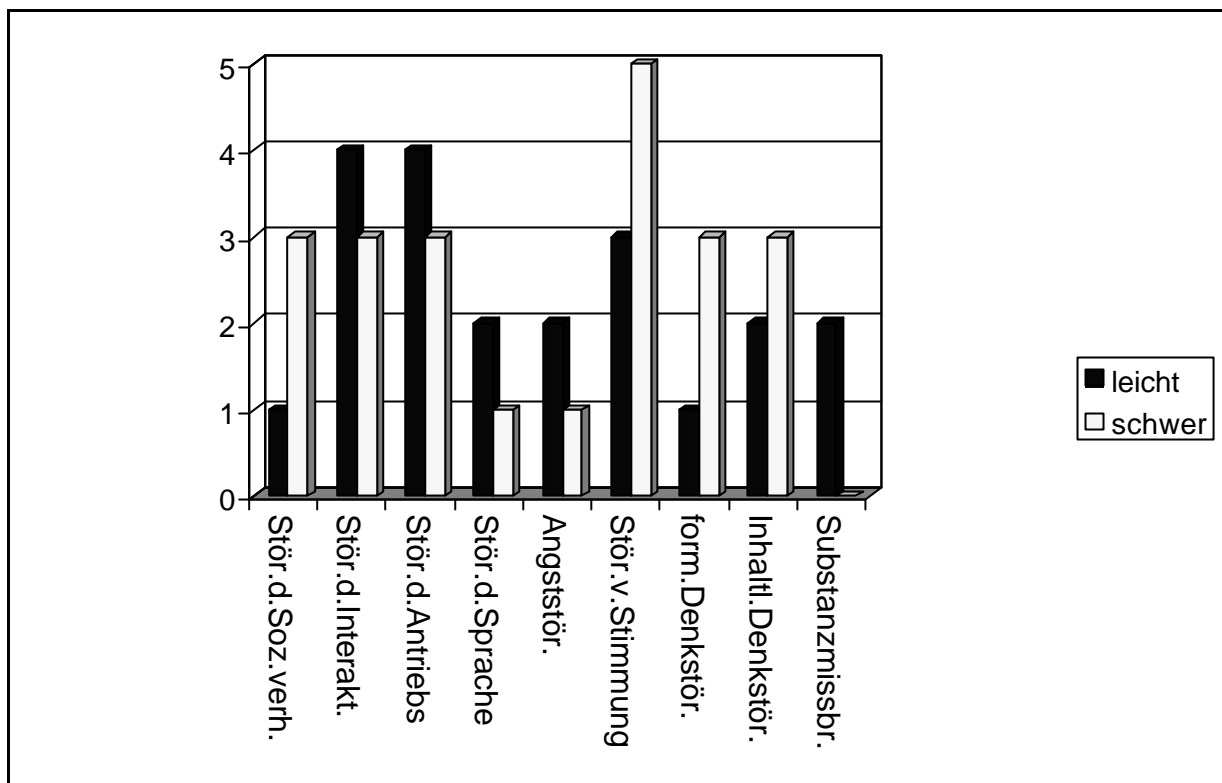


Abbildung 9.3.10: Psychopathologischer Befund

Im fachärztlichen Untersuchungsbefund der klinisch behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen standen Störungen der Stimmung und des Antriebs im Vordergrund.

Die Auswirkungen der Erkrankung auf die soziale Orientierung der kindlichen/jugendlichen Patienten wurden als erheblich, überwiegend als „deutlich“, verbunden mit „durchgreifenden sozialen Beeinträchtigungen“, eingeschätzt (Tab. 9.3.11).

Tabelle 9.3.11: Krankheitsbedingte psychosoziale Beeinträchtigung zu Beginn der IB-KJPP (Häufigkeiten, N=10)

mäßige psychosoziale Beeinträchtigung	2
deutliche psychosoziale Beeinträchtigung	4
deutliche u. übergreifende (durchgängige) psychosoziale Beeinträchtigung	1
tiefgreifende u. schwerwiegende psychosoziale Beeinträchtigung	1

braucht beträchtliche Betreuung	2
Gesamt	10

Bei der Beantwortung der Frage, wie sie die Intensität und damit die Schwerwiegendheit der bei ihren Kindern beobachteten Symptome einschätzen würden, bewerteten die Eltern/Sorgeberechtigten diese überwiegend als „stark“ oder „sehr stark“. Sie beklagten nachdrücklich das sich verweigernde Rückzugsverhalten ihres Kindes.

9.3.8.3 Intensität der krankheitsbedingten Selbstregulationsstörungen

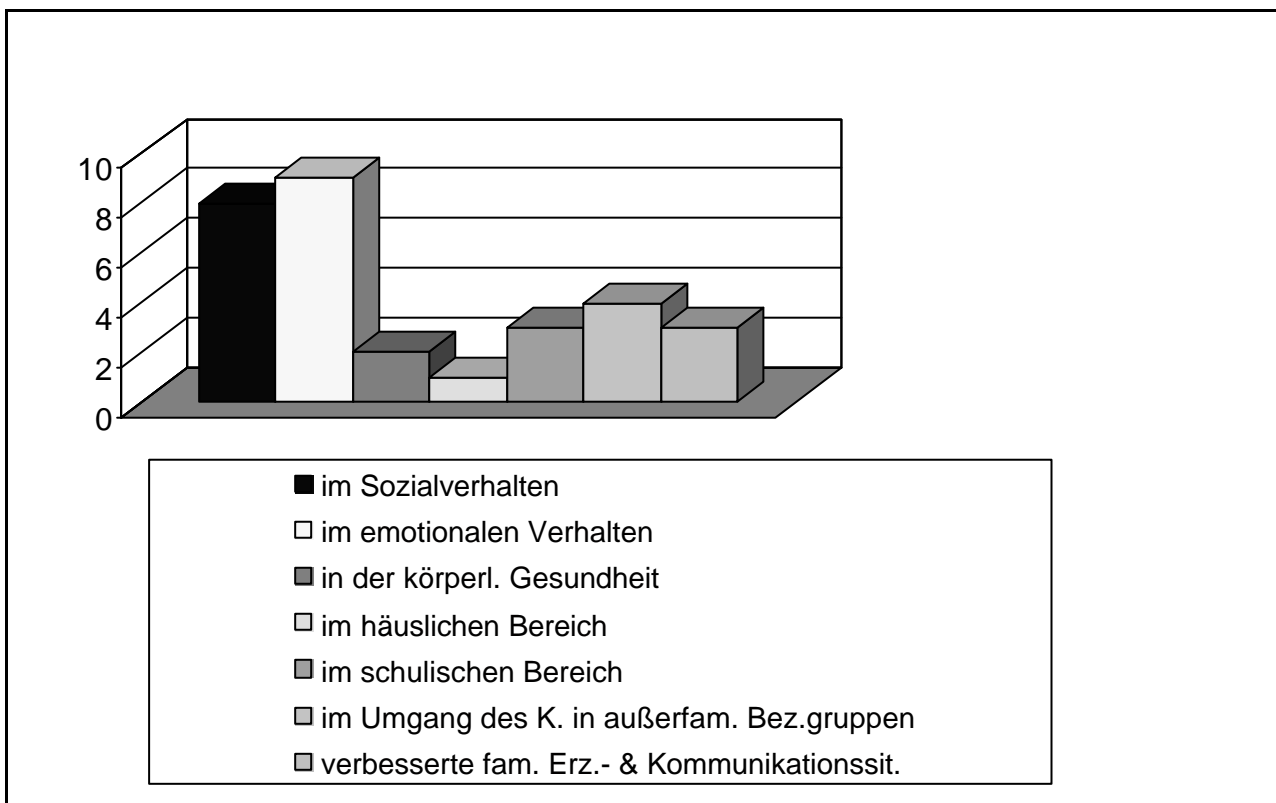


Abbildung 9.3.11: Erwartungen der Eltern

Eltern und Therapeuten stimmten mit den Erwartungen der betroffenen Kinder/Jugendlichen an eine therapeutische Verbesserung ihres emotionalen Erlebens und ihrer sozialen Orientierungsfähigkeit überein. Allerdings wünschten sich die jungen Patienten des öfteren auch eine positive Auswirkung der Behandlung auf ihre

Leistungsfähigkeit und ihre Kompetenz zur Gestaltung außerfamiliärer sozialer Beziehungen (Abb. 9.3.11, 9.3.12 u.9.3.13).

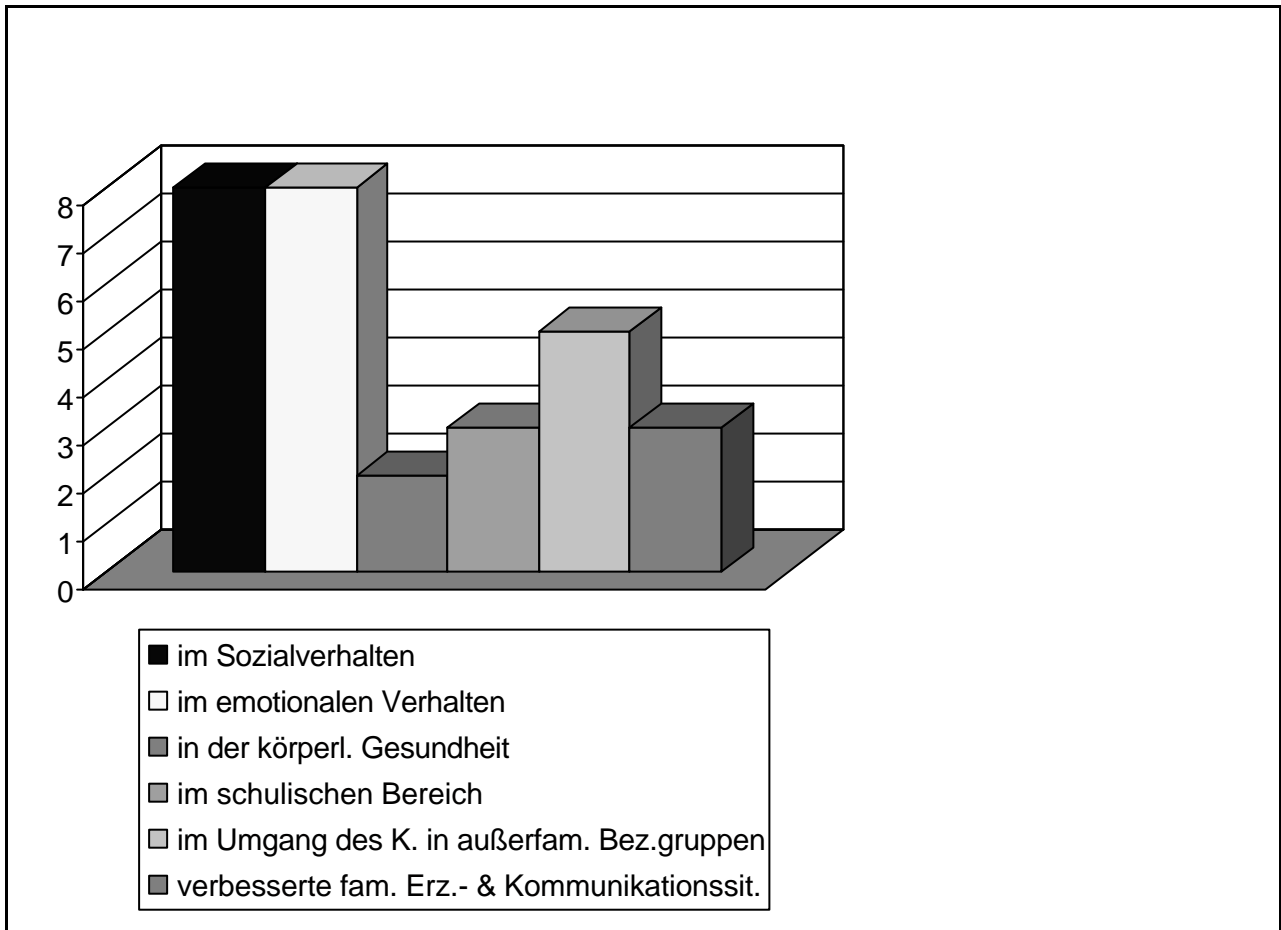


Abbildung 9.3.12: Erwartungen der Therapeuten

Die diagnostische Einordnung der meist auch testmetrisch geprüften intellektuellen Leistungsfähigkeit ergab eine in allen Fällen mindestens im Durchschnittsbereich, 1 mal über dem Durchschnitt gelegene kognitive Ausstattung. Als bedeutsame Entwicklungsstörung wurde nur 1 mal bei einem Kind im Vorschulalter eine Beeinträchtigung der Sprachentwicklung festgestellt. Das die Stichprobe kennzeichnende gute Intelligenzniveau der Patienten ließ im Verhältnis zu den besuchten Schulformen darauf schließen, dass als ursächlich für die vor allem schulbezogenen Leistungsstörungen keine primären schulischen Überforderungen der Patienten vorlagen. Die beschriebenen Auffälligkeiten waren vielmehr als sekundäre Schulleistungsdefizite zu

verstehen, die vermutlich in Zusammenhang mit der erhöhten emotionalen Irritierbarkeit bzw. mit kognitiven Basisstörungen der Betroffenen standen.

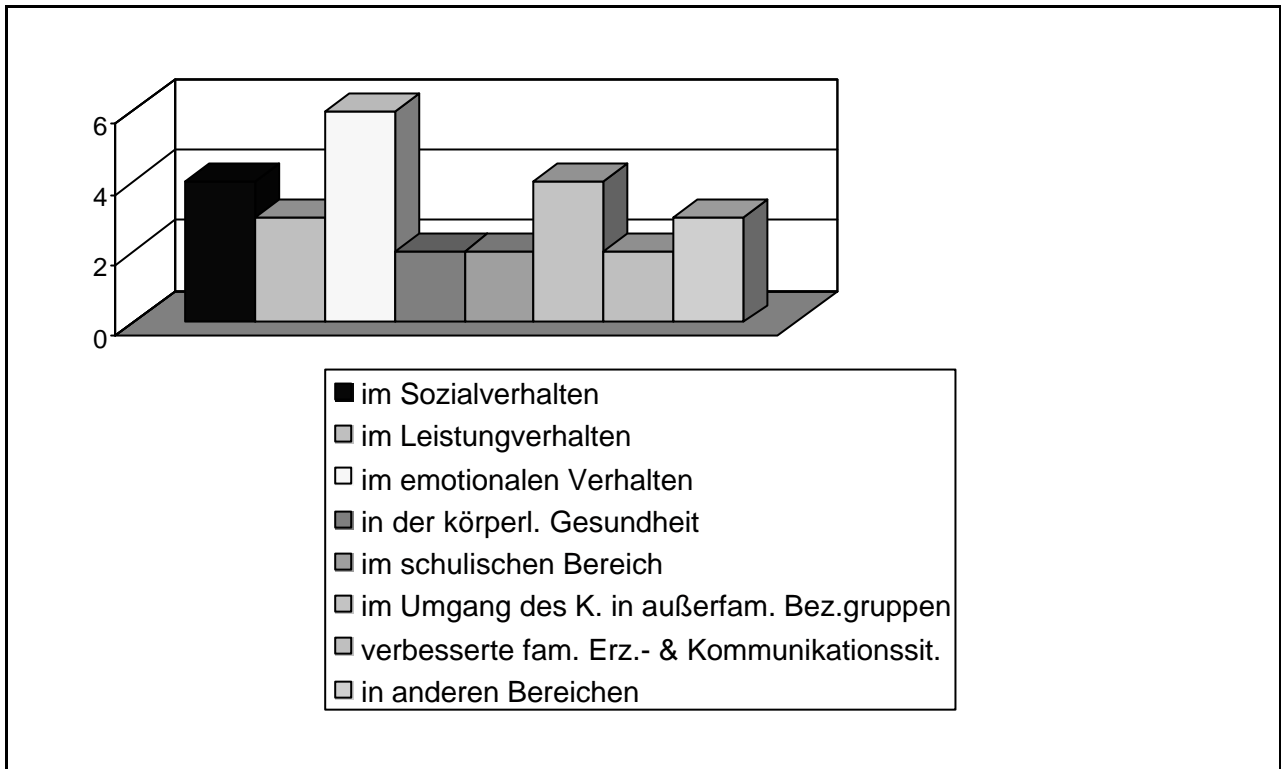


Abbildung 9.3.13: Erwartungen des Kindes/Jugendlichen

Im Anschluss an die psychopathologische Befunderhebung bewerteten die Fachleute die individuelle psychopathologische Symptomatik jedes Patienten hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die 5 Bereiche der Selbstregulation (entsprechend Tab. 9.3.2). In dem vorgesehenen 5-stufigen Rating ergab sich die nachfolgende Verteilung (Abb. 9.3.14).

Die höchste Ausprägung in der Teilstichprobe hatte die Störung der motivationalen Regulation mit geringem Abstand zur Störung der emotionalen Regulation. Die Störungen der sozialen Regulation wurden zwar im Mittel weniger betont, zeigten aber in 4 Fällen eine sehr starke Ausprägung. Körperliche Selbstregulationsstörungen zeigten nur in 1 Fall eine sehr starke Betonung.

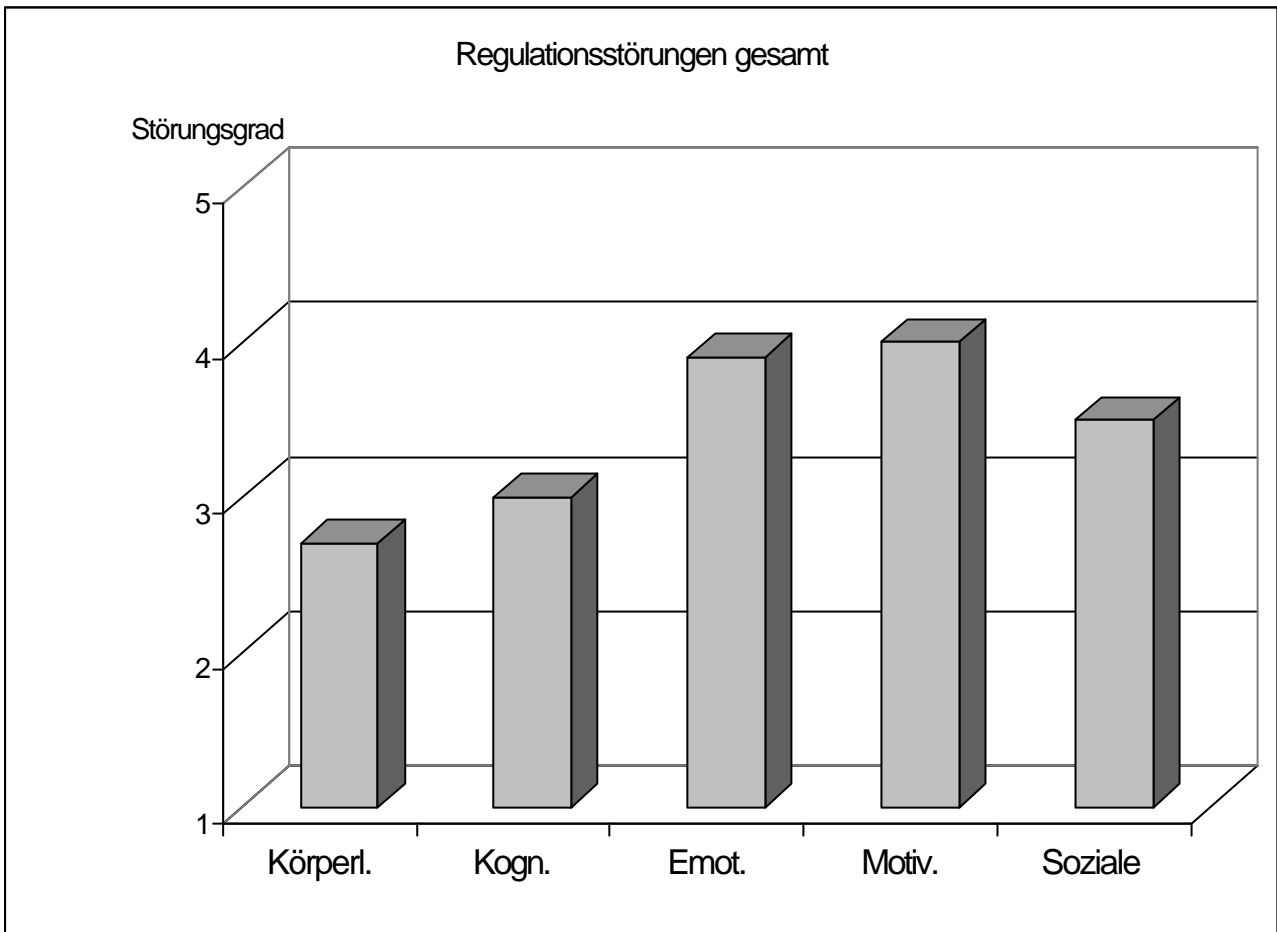


Abbildung 9.3.14: Festgestellte Regulationsstörungen

Dementsprechend standen bei den Behandlungsplanungen therapeutische Hilfen zur Verbesserung der motivationalen Regulation im Vordergrund, gefolgt von Maßnahmen zur Beeinflussung von emotionalen Störungen. Therapeutische Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Regulation der Patienten nahmen den 3. Rang ein.

Die vorliegenden Daten legen den Schluss nahe, dass die motivationale Selbstregulationsstörung ein zentrales und angemessenes Kriterium der Indikationsstellung der Klinikbehandlung der untersuchten Teilstichprobe bildete. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit den im Regelwerk der Psych-PV betonten Ressourcen stationärer Behandlung, die stärker als auf andere Regulationsbereiche auf die Unterstützung der motivationalen Regulation der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten ausgerichtet sind.

9.3.8.4 Zuordnung der Patienten nach ihren Selbstregulationsstörungen zu den Behandlungsbereichen

Entsprechend dem oben dargestellten Algorithmus erfolgte die Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen der Klinik.

In 4 der zehn Fälle wurde die Behandlung als Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung (Psych-PV KJ3) begonnen und im Verlauf in den Behandlungsbereich KJ2 übergeleitet. Zwei der jugendpsychiatrischen Behandlungen wurden als Regelbehandlung (Psych-PV KJ2) aufgenommen. Drei Fälle wurden altersbezogen als kinderpsychiatrische Behandlung KJ1 eingestuft. Die diagnostische Beobachtung im Vorschulkindbereich erfolgte teilstationär mit der Einstufung KJ7. Nicht zum Einsatz kam der Behandlungsbereich KJ4, der im Modellprojekt für hometreatment vorgesehen wurde. In 2 Fällen rückte die emotionale Regulationsstörung im Verlauf der Behandlung in den Mittelpunkt, der Behandlungsstatus wurde entsprechend auf KJ7 (tagklinischer Status) übergeleitet, da in diesem Psych-PV- Bereich die Unterstützung der Emotionsregulation zentral ist.

9.3.8.5 Durchgeführte Behandlungsmaßnahmen

Bei der Behandlungsplanung nahmen Familiengespräche unter Leitung des Klinik- oder des Praxisarztes bzw. des Psychologen/der Psychologin der Klinik oder der Praxis eine zentrale Position ein. In allen Behandlungsfällen fanden regelmäßige Familiengespräche mit dem fallverantwortlichen Kinder- und Jugendpsychiater zusammen mit dem zuständigen Klinikarzt oder Psychologen/der Psychologin statt, in der Regel unter Einbeziehung des Bezugsbetreuers aus dem Pflege- und Erziehungsdienst. Aufgaben der Familiengespräche waren die Validierung des klinischen Verlaufs und die kooperative Planung der weiteren Behandlung. In 3 Fällen wurde die bereits aufgenommene Einzelpsychotherapie durch die ambulante Praxis fortgeführt. Die einzel- und familienbezogenen Sitzungen fanden in den Räumen der Klinik statt, die Elternberatung in der Praxis des niedergelassenen Arztes.

Im Mittelpunkt der täglichen klinischen Behandlung stand die Bearbeitung der festgestellten Störungen der Selbstregulation unter konzeptioneller und therapeutischer Anleitung durch den klinischen Therapeuten/die klinische Therapeutin. Dazu benötigten diese regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungssitzungen mit dem Kind/Jugendlichen sowie in festgelegten Abständen mit den Eltern/Sorgeberechtigten, in denen auch die Maßnahmen zur erforderlichen Kooperation mit Schule und Jugendhilfe erörtert wurden.

Die Leistungsdokumentation (Tab. 9.3.12) durch die Fachleute spiegelt die weitgehende Umsetzung der geplanten Kooperations- und Therapiemaßnahmen wider. Hinsichtlich der Gruppenpsychotherapie ist zu berücksichtigen, dass im stationären Bereich ein großer Teil der gruppentherapeutischen Aufgaben in die Maßnahmen des Pflege- und Erziehungsdienstes integriert erfolgt, dies betrifft insbesondere Übungen zur motivationalen und sozialen Selbstregulation.

Tabelle 9.3.12: Behandlungsmaßnahmen der Fachtherapeuten (Häufigkeiten)

Art der Behandlung	1 – 5 mal	6 – 10 mal	11– 25 mal	26 – 50 mal
KJPP Behandlung		3	3	2
KJPP Behandlung unter Einbeziehung der Bezugs-/Kontaktpersonen		2	1	
Verhaltenstherapie	3	3		
Klientenzentrierte Gesprächstherapie/Spieltherapie	3	3		

9.3.8.6 Behandlungsergebnisse

Die Bewertung des Behandlungserfolges wurde sowohl aus Sicht der jugendlichen Patienten und ihrer Eltern als auch aus Sicht der Therapeuten vorgenommen.

Behandlungsergebnisse aus Sicht der Patienten

Zur Einschätzung des Behandlungserfolges legten wir den Jugendlichen zwei Selbstbeschreibungsverfahren zur Verlaufsbewertung aus ihrer Sicht vor.

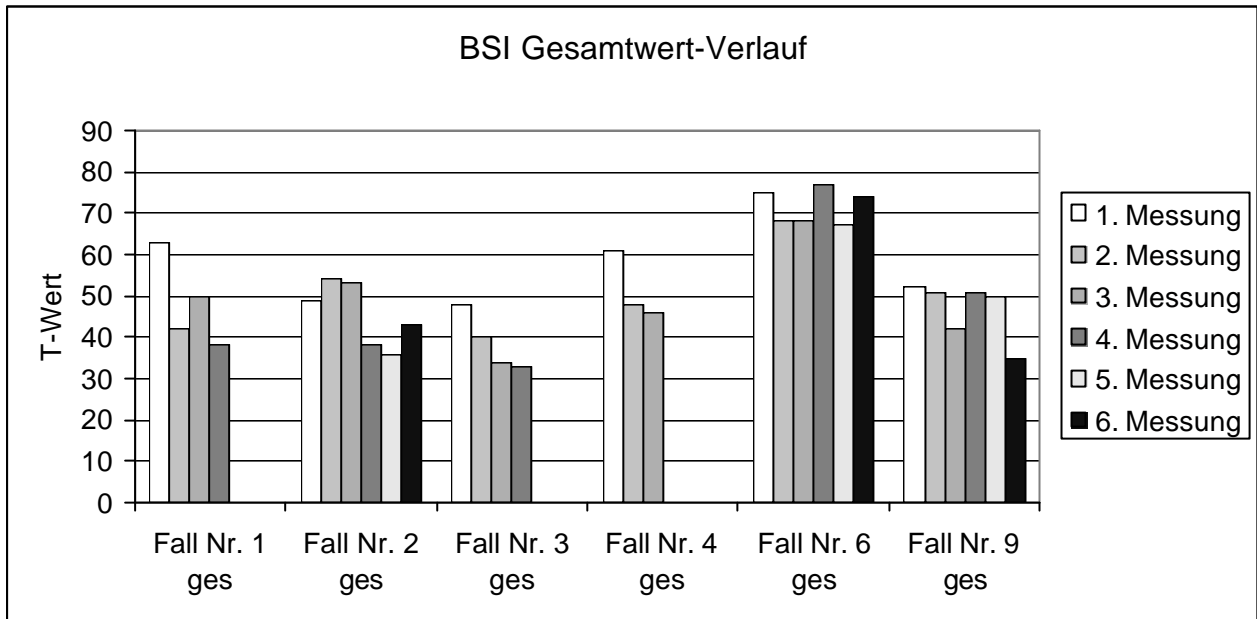


Abbildung 9.3.15: Brief Symptom Inventory (6 Patienten)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) (Franke, 2000), eine Kurzform der Symptom Check Liste-90-R (Derogatis, 1992), erfragt mit 53 Items die symptomatische Belastung eines Patienten. Die abgebildete Höhe des Zustimmungsgades des Probanden zu den vorgelegten Fragen ergibt Hinweise auf die Intensität der subjektiv erlebten psychischen Belastung. Dem Manual lassen sich kritische Differenzen entnehmen, ab denen Unterschiede zwischen zwei Messwerten einer Skala als überzufällig betrachtet werden können. Bei der vorgestellten Auswertung ist zu beachten, dass nur den intraindividuellen Unterschieden der T-Werte Aussagekraft zukommt, nicht deren absoluter Höhe.

Befragt wurden 6 über 13 Jahre alte, Patienten in einer auf Grund der Dauer der Behandlung unterschiedenen Häufigkeit zwischen 3 und 6 Messzeitpunkten. Im Gesamtergebnis (BSI Gesamt-Verlauf) beschrieben 5 der sechs befragten Jugendlichen

überzufällige Besserungen ihres psychischen Belastungserlebens im Behandlungsverlauf (Abb. 9.3.15).

Behandlungsergebnisse aus Sicht der Eltern

Die Eltern sahen eine Besserung des Gesamtbefindens in 2/3 der Fälle. Sie bewerteten die Veränderungen der im familiären Focus stehenden Probleme recht differenziert.

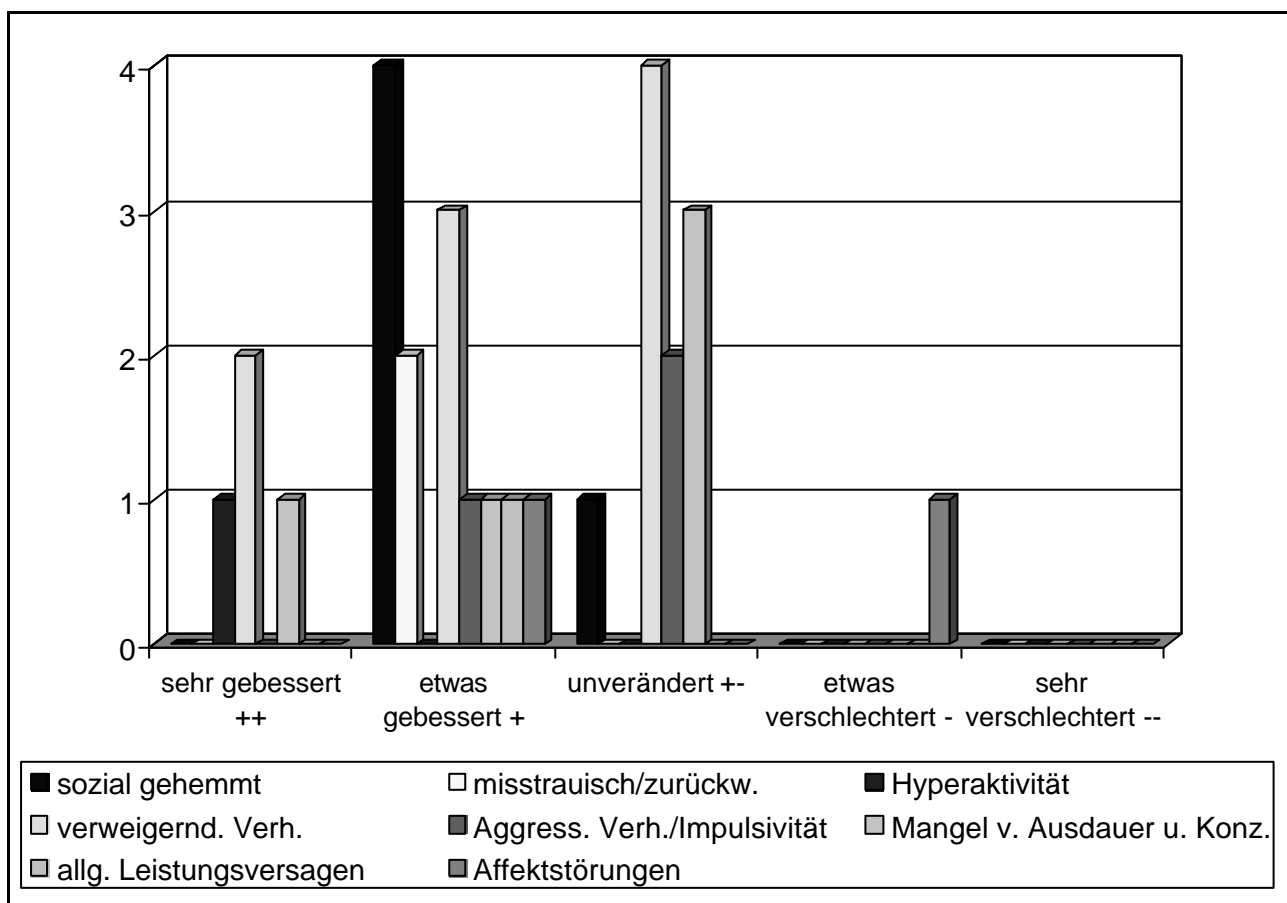


Abbildung 9.3.16: Verbesserung der Probleme (I) eingeschätzt durch die Eltern

Die sozial-gehemmten und motivational-verweigernden Verhaltensstörungen wurden mehrheitlich als gebessert beschrieben; als mehrheitlich unverändert wurden die Störungen von Ausdauer und Konzentration eingeschätzt, ebenso die aggressiven Verhaltens- und Impulskontrollstörungen ihrer Kinder (Abb. 9.3.16 u.9.3.17).

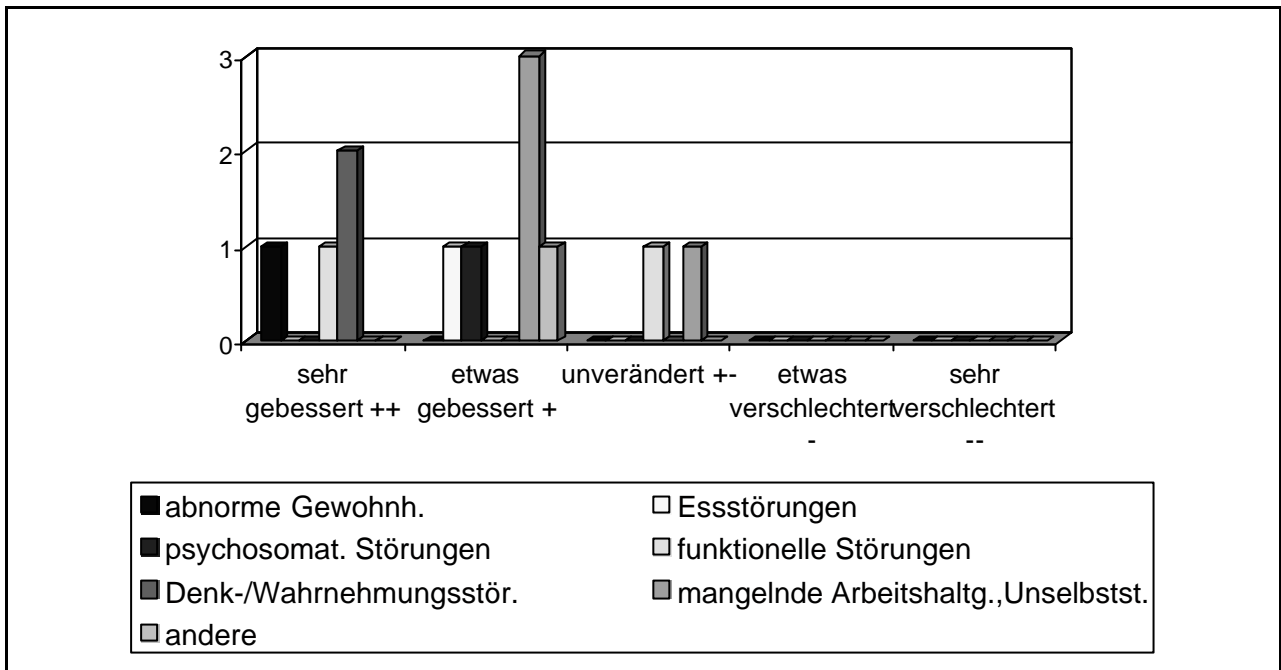


Abbildung 9.3.17: Verbesserung der Probleme (II) eingeschätzt durch die Eltern

Die Eltern beschrieben bis auf eine Ausnahme große bis sehr große Zufriedenheit mit der Behandlungsform. Dies lässt darauf schließen, dass auch die Strukturbeziehungsweise Prozessqualität der Modellbehandlungen positiv erlebt wurde.

Behandlungsergebnisse aus Sicht der Therapeuten

Nach der fachlichen Einschätzung wurde in 8 der zehn Fälle eine Besserung der psychopathologischen Symptomatik erreicht, darunter in 6 Fällen eine deutliche und in 2 Fällen eine völlige Besserung.

Die Angabe „unverändert“ bezog sich auf die beiden Fälle, die vorwiegend der Abklärung zum weiteren Vorgehen (Clearing) dienten, in denen im Wesentlichen diagnostische Maßnahmen und eine Abklärung der Behandlungsindikation mit dem Ergebnis durchgeführt worden waren, dass eine ambulante Behandlungsform als ausreichend erkannt wurde (Abb. 9.3.18).

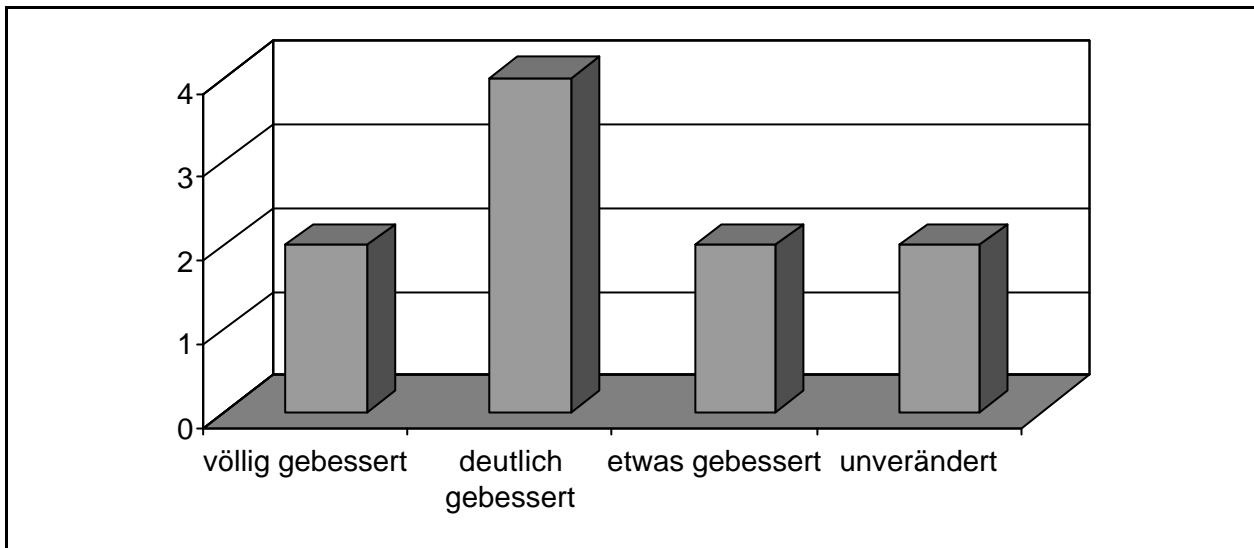


Abbildung 9.3.18: Einschätzung des Behandlungserfolges aus Sicht der Therapeuten

Im Modellprojekt wurde die Stufung der Präsenzzeiten und der verbindliche „Außen-Kontakt“ zum fallführenden Facharzt sehr flexibel gestaltet werden. Dadurch konnten Motivationskrisen aufgefangen und die Behandlungsverläufe stabilisiert werden.

Die insgesamt hohe Effektivität der Behandlungen wird auch bei einem Vergleich der nach Beendigung der Behandlung eingeschätzten psychosozialen Anpassung der Patienten mit der Eingangsbeurteilung deutlich (Tab. 9.3.13).

Tabelle 9.3.13: Krankheitsbedingte soziale Beeinträchtigung zu Beginn und am Ende der IB-KJPP (Häufigkeiten; 8-stufige Einschätzung)

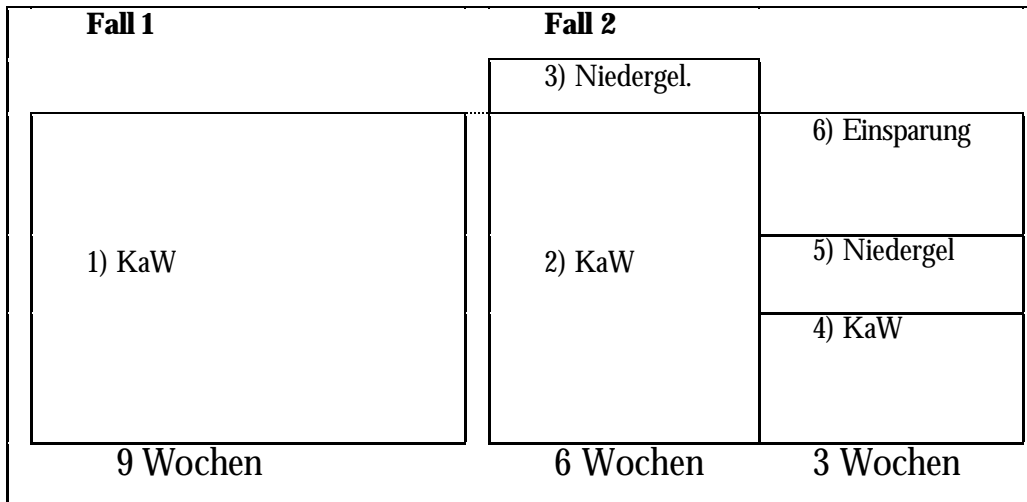
Anpassungsgrad	Beginn	Abschluss
Befriedigende soz. Orientierung	0	1
Leichte soz. Beeinträchtigung	0	1
mäßige soz. Beeinträchtigung	2	1
deutliche soz. Beeinträchtigung	4	4
deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträcht.	1	2
tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung	1	0
braucht beträchtliche Betreuung	2	0

Im Durchschnitt wurde die psychosoziale Anpassung zu Behandlungsabschluss um 2 „Ratingpunkte“ höher bewertet als zu Beginn. Fälle sehr schwerer Anpassungsdefizite traten bei Behandlungsabschluss nicht mehr auf; 2/3 der Fälle zeigten nur noch eine höchstens mäßige psychosoziale Beeinträchtigung.

Nach Einschätzung der Fachleute war es in den meisten Fällen gelungen, im Behandlungsverlauf eine bedeutsame Besserung der psychosozialen Orientierungsfähigkeit des Kindes/Jugendlichen zu erreichen, ohne dass einschneidende Veränderungen der alltäglichen Bezugssysteme erforderlich wurden.

Behandlungsergebnisse aus Sicht der Kostenträger

Durch das IB-KJPP sollte es zu einer Kosteneinsparung der klinischen Fallkosten kommen. Unter der Voraussetzung einer insgesamt erzielbaren Verkürzung der gesamtklinischen Verweildauer, wie er sich in den meisten Fällen des Projektes erzielen ließ, erscheint dies möglich. Wie beispielhaft in Abb. 9.3.19 dargestellt, ist ein finanzielles Einsparvolumen trotz des anfangs höheren Aufwandes durch die Klinikfinanzierung des niedergelassenen Arztes bei einer insgesamt erreichten Verkürzung der klinischen Verweildauer zu erwarten (Tab. 9.3.14).



Fall 1 = „normaler“ stationärer Aufenthalt: 9 Wochen
 Fall 2 = vollstationärer Aufenthalt 6 Wochen + Tagesklinik/
 Aufenthalt zu Hause /stundenweiser Klinikaufenthalt (3 Wochen)

1) = Gesamt-Pflegesatz Klinikum am Weissenhof (KaW)
 2) = Gesamt-Pflegesatz Klinikum am Weissenhof (KaW)
 (während klinischem Aufenthalt)
 3) = Satz für Leistung Niedergelassener (während klinischem Aufenthalt)
 4) = Satz für Leistung Klinikum (während Aufenthalt zu Hause)
 5) = Satz für Niedergelassenen (während Aufenthalt zu Hause)
 6) = Ersparnis Krankenkassen/KV

Abbildung 9.3.19: Möglicher Einspareffekt

Die Berechnung der eingesetzten Leistungssätze erlaubt die in Tabelle 9.3.14 dargestellte finanzielle Bestimmung der „Einspareffektes“.

Tabelle 9.3.14: Kostenrechnung im Vergleich Fall 1/Fall 2

1)	bei 300 Euro Tagessatz x 63 Tage (9 Wochen) =	18.900 Euro Kosten
2)	bei 300 Euro Tagessatz x 42 Tage (6 Wochen) =	12.600 Euro Kosten
3)	bei 3 h/Woche x 6 Wochen = 18 h x 60 Euro/h =	1.080 Euro Kosten
4)	bei 3 h/Tag x 21 Tage (3 Wochen) = 63 h x 60 Euro/h =	3.780 Euro Kosten
5)	bei 3 h/Woche x 3 Wochen = 9 h x 60 Euro/h =	540 Euro Kosten
6)	Gesamtkosten 2) bis 5) = 18.000 Euro → Ersparnis	900 Euro

Für eine verlässliche Überprüfung dieser Erwartung bedarf es jedoch noch einer größeren Fallzahl. Es ist geplant, das IB-KJPP an einer problembezogen definierten

Stichprobe weiter zu erproben, die nach den Vorgaben des Multiaxialen Klassifikationsschemas der KJPP gebildet werden soll.

Die dabei ermittelten Fallkosten sollen zu den bisherigen Verweildauern entsprechender Behandlungsfälle der Klinik aus den letzten drei Jahren in Beziehung gesetzt werden. Die Kostenträger haben ihr Interesse an einer solchen Erprobung bereits bekundet.

9.3.9 Fallbeispiel (Ch. Brandt)

Problemstellung und Vorgeschichte

Die damals 13-jährige Jugendliche wurde in der Praxis des niedergelassenen Facharztes im Herbst 2001 vorgestellt wegen massivster pädagogischer Steuerungsprobleme in Klasse 7 Realschule nach bereits mehrfach erfolgtem Schulausschluss und Androhung einer kompletten Entlassung aus der Schule. Sie zeigte rasch wechselnde Erregungs- und Stimmungszustände, verwickelte die erwachsenen Bezugspersonen in „unendliche“ Diskussionen, konnte diese in kürzester Zeit an ihrem „wunden Punkt“ treffen und verursachte ständig Verwirrung über Regeln und Grenzen. Sie zeigte selbstverletzendes Verhalten (sie kam einmal mit bluttriefenden Armen in den Unterricht), drohte mit Suizid und Weglaufen. Ferner hatte sie die „Fähigkeit“, Gleichaltrige in ihre Stimmungen und Launen einzubeziehen und rebellische Solidarisierungen zu erzeugen.

Der kinder- und jugendpsychiatrische Praxisarzt nahm eine ambulante Behandlung im Rahmen seiner sozialpsychiatrischen Praxistätigkeit auf, in welcher die Patientin einzelpsychotherapeutische Gespräche bei einer Mitarbeiterin erhielt und die Eltern unter Einbeziehung von Schule, getrennt lebendem Vater und Großeltern mütterlicherseits, die stark in die Erziehungsverantwortung eingebunden waren, in Familiengesprächen teilnahmen. Der Druck, vor allem von Seiten der Schule, nahm jedoch weiter stetig zu. Es ergab sich die Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung. Andererseits wurde befürchtet, dass bei einer

Klinikaufnahme eine geordnete therapeutische Arbeit in Ruhe nicht Platz greifen konnte. Der Entschluss zur Aufnahme ins Modellprojekt der IB-KJPP erfolgte im Juli 2002.

Bei ihrer Aufnahme in die Klinik verhielt sich die jetzt 14-jährige, vom äußeren Aspekt her altersgemäß entwickelte, Jugendliche zunächst abwartend. Gegenüber der geplanten Klinikbehandlung äußerte sie eine erhebliche Ambivalenz, war jedoch dazu bereit, dem drängenden Behandlungswunsch der Kindesmutter zu folgen. Die deutlichen Störungen der Nähe-Distanzregulation im Umgang mit Erwachsenen zeigten sich auf der Station auch gegenüber Gleichaltrigen.

H. (Name geändert) selbst beschrieb innere Zerrissenheit im sozialen Kontakt mit dem Wunsch nach Zugehörigkeit einerseits und der starken Tendenz, „immer anders sein beziehungsweise auffallen zu wollen“, andererseits. In Spannungs- und Überstimulationssituationen trat krisenhaftes emotionales Erleben auf mit einer assoziierten, deutlich situationsbezogenen Automutilationstendenz als Mittel kurzfristiger Spannungsreduktion. Die an Unterarm und Unterschenkeln zugefügten Schnittverletzungen wiesen einen mittleren Schweregrad auf.

Retrospektiv beschrieb die Mutter Kontaktstörungen und problematische Regeleinhaltung der Tochter bereits für den Zeitraum der Kindergartenbetreuung ab dem 3. Lebensjahr. Die Einschulung war dennoch zum Termin erfolgt, die Grundschule sprach im Weiteren eine Gymnasialempfehlung aus. Nach dort aufgetretenen Anpassungsproblemen mit durchgängiger Verweigerung des Sportunterrichts wurde die Empfehlung eines Schulwechsels auf die Realschule gegeben. Gemäß Schulbericht der Klassenlehrerin zeigte H. auf der Realschule unkooperatives und provozierendes Sozialverhalten gegenüber Mitschülern und Lehrern in der Gruppensituation, im Einzelkontakt zur Lehrerin habe sie sich dagegen stets einsichtig und betroffen verhalten.

In der Familie lebten die Kindesmutter, der derzeitige Lebenspartner der Mutter sowie die aus dieser Beziehung stammende 2-jährige Halbschwester der Patientin. Nach deren Geburt war H. von der Großmutter mütterlicherseits, von der sie nach Trennung der leiblichen Eltern im 2. Lebensjahr vorwiegend betreut wurde, wieder in den Haushalt

der Mutter zurückgekehrt. Bei geteiltem Sorgerecht bestand unregelmäßiger Kontakt zum Kindesvater.

Diagnostik

- Psychopathologischer Befund

H. zeigte ein nicht altergemäßes soziales Umgangsverhalten. Neben einem Mangel an angemessener sozialer Distanz wirkte ihr Kommunikationsverhalten vor allem durch eine hohe Kränkbarkeit und die Bereitschaft zur konflikthaften Auseinandersetzung mit vermeintlichen Erwartungen und Forderungen ihrer erwachsenen Interaktionspartner bestimmt. Es fiel ihr sichtlich schwer, in einer ihrem Alter und ihrer intellektuellen Kompetenz entsprechenden Weise an der Gestaltung sozialer Kommunikation mitzuwirken. Es war ein deutlicher Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit zu konstatieren. H. schien diese Beeinträchtigung selbst wahrzunehmen. Die Verhaltensproblematik hatte sie auch nach ihrer eigenen Einschätzung nicht nur an die Grenzen der Toleranz der sie betreuenden bzw. sie erziehenden und fördernden Erwachsenen geführt sondern schien sie auch selbst erheblich zu belasten. Nach Aufbau einer entlastenden therapeutischen Atmosphäre wurde die Ratlosigkeit der durchgehend als mindestens leicht depressiv einzuschätzenden Jugendlichen deutlich. Sie räumte gelegentlich bestehende suizidale Gedanken und Handlungsimpulse ein. Andererseits schien H. eine adäquate Einschätzung des eigenen Stimmungserlebens nur eingeschränkt möglich zu sein. Neben der Beeinträchtigung der Fähigkeit zur sozialen Selbstregulation war somit auch von einer erheblichen emotionalen Regulationsstörung auszugehen. Bei situativ stark ausgeprägter innerer Unruhe bestand eine Tendenz zur Selbstverletzung. In sozialen Konfliktsituationen neigte H. zu einer Verengung der sozialen Wahrnehmung mit bisweilen gravierenden expressiven Reaktionen. Es wurde dann ein Muster dominanter und oppositioneller Durchsetzungsbereitschaft deutlich, bei der es H. nur sehr wenig gelang, eigene Interessen mit den Anforderungen ihres sozialen Umfeldes abzustimmen. H. wirkte darin beeinträchtigt, die Belange ihrer sozialen Interaktionspartner angemessen wahrnehmen zu können. Dadurch bedingt war sie nur

sehr eingeschränkt in der Lage, in einer ihrem Alter angemessenen Weise an Maßnahmen der Erziehung und Förderung mit dem Ziel einer tragfähigen Zukunfts- und Lebensperspektive mitzuwirken. Zusammengefasst bestanden gravierende Störungen in den Bereichen der sozialen, emotionalen und motivationalen Selbstregulation, die durch bisherige ambulante Behandlungsversuche nicht zu beeinflussen waren.

Auf der Diagnose-Achse I des MAS wurde das Störungsbild einer emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklung, ICD-10 F 60.3, zugeordnet.

- **Entwicklungsstörungen/Intelligenz**

Die Anamnese ergab keine Hinweise auf umschriebene Entwicklungsstörungen. Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit konnten testpsychologisch ausgeschlossen werden. Bereits eine im Alter von 13;07 Jahren durchgeführte schulpsychologische Untersuchung hatte eine weitgehend homogene intellektuelle Begabung im eher überdurchschnittlichen Bereich ergeben.

- **Körperliche Symptomatik**

Es zeigte sich ein guter Allgemeinzustand, Körpergröße und Gewicht waren unauffällig. Ein durchgeführtes Drogenscreening ergab einen negativen Befund.

- **Psychosoziale Belastungsumstände**

Auf der Diagnose-Achse V des MAS wurden die folgenden für die Entwicklung der Krankheitssymptomatik als bedeutsam eingeschätzten psychosozialen Belastungsumstände vermerkt:

- Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen,
- Feindliche Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind,
- Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation,

- Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen,
- Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern.

Die auf Diagnose-Achse VI bewertete psychosoziale Anpassungsfähigkeit der Patientin wurde als „tiefgreifend und schwerwiegend gestört“ eingeschätzt.

Behandlungsziele

Die Kombination der ausgeprägten emotionalen, sozialen und motivationalen Regulationsstörung schaltete korrigierende Erfahrungen im Alltag weitgehend aus. Alltägliche soziale Rückmeldungs- und Konfrontationsprozesse überforderten auf der einen Seite die emotionale Spannungstoleranz der Patientin mit nachfolgenden Beziehungsabbrüchen und Bezugssystemwechseln. Auf der anderen Seite fehlte infolge der zunehmenden sozialen Außenseiterposition ein ausreichend stabiles soziales Bezugssystem, das emotionale Entwicklungsprozesse hätte fördern können. Im Klinikrahmen sollte daher zunächst ein entsprechendes Bezugssystem hergestellt und aufrechterhalten werden. Anknüpfungspunkt waren idealisierte soziale Unterstützungs- und Integrationswünsche der Patientin, die allerdings von impulsiver Entwertung bedroht waren.

Als vorrangiges therapeutisches Problem wurde die Stabilisierung der motivationalen Selbstregulation, insbesondere der Impulskontrolle als Voraussetzung eines kontinuierlichen Behandlungsprozesses gesehen. Daran anschließend sollte der Unterstützung der emotionalen und der sozialen Regulationsfähigkeiten der Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden (Abb. 9.3.20).

Als generelle Behandlungsziele erwarteten die Patientin, die Mutter und der verantwortliche Kinder- und Jugendpsychiater übereinstimmend Verbesserungen

- im Sozialverhalten,
- im emotionalen Verhalten,
- im Umgang mit außerfamiliären Bezugsgruppen.

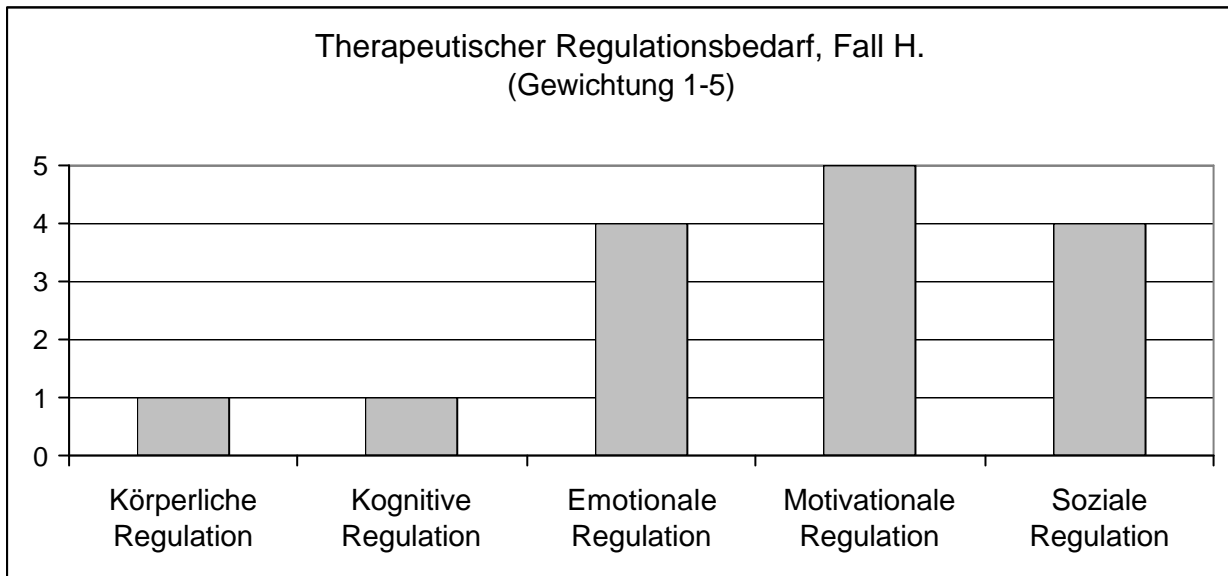


Abbildung 9.3.20: Regulationsstörungen der Patientin

Instrumente der Behandlung und Therapieverlauf

Die Aufnahme in die IB-KJPP erfolgte unter Fortführung der Einzelpsychotherapie und der Fallführung beim niedergelassenen Facharzt. Im Mittelpunkt der geplanten klinischen Behandlungsmaßnahmen standen die Kombination der Einzeltherapie mit dem Ziel der Klärung und Verbesserung der emotionalen und sozialen Selbstwahrnehmung und Maßnahmen der soziotherapeutisch geführten Gruppenbehandlung der Patientin zur Verbesserung ihrer sozialen Orientierungsfähigkeit. Bereits zum Aufnahmezeitpunkt war allen Beteiligten angesichts der Schwere des Störungsbildes deutlich, dass im Anschluss an den akuten klinischen Behandlungsversuch weitere ambulante oder rehabilitative Maßnahmen notwendig sein würden. Auch dafür sollte der bereits hergestellte intensive Behandlungskontakt der Familie und ihrer Tochter zum bislang die Behandlung leitenden niedergelassenen Facharzt erhalten werden.

Als erste Aufgabe der klinischen Behandlung wurde die Integration der Jugendlichen in ein soziotherapeutisches Gruppen- und Trainingsprogramm gesehen, um dadurch die Basis zu einer therapeutisch reflektierten Bearbeitung der sozialen und schulischen Orientierungsstörungen der Patientin unter Beachtung ihrer massiven psychopathologischen Beeinträchtigung zu schaffen. H. selbst formulierte als

Therapieziel den Wunsch, lernen zu wollen, „besser mit anderen Menschen zurecht zu kommen“.

Den Veränderungserwartungen war die anzunehmende Veränderungsresistenz der psychopathologischen Symptomatik gegenüberzustellen. Diese lässt sich abschätzen aus der Chronizität einer Symptomatik und dem Umfang der eingetretenen sozialen Beeinträchtigung. Im vorliegenden Fall hatte bereits ein deutlicher mehrjähriger Chronifizierungsprozess eingesetzt. Es war insgesamt von einer erheblichen Resistenz der psychopathologischen Symptomatik auszugehen, das Komplikations- und Abbruchrisiko waren als hoch einzuschätzen.

Einordnung in die Behandlungsbereiche

Wegen der Schwere der Erkrankung und der nicht auszuschließenden Selbstgefährdung der Patientin war zunächst die Indikation zur vollstationären klinischen Behandlung eindeutig gegeben. Das Modellprojekt ermöglichte eine behutsam gestufte Integration der sozial sehr irritierten Jugendlichen in den Behandlungsrahmen der Klinik, den sie eher ablehnte. Als geeigneter Behandlungsbereich nach Psych-PV wurde zunächst die Jugendpsychiatrische Regelbehandlung (KJ2) gewählt. Trotz der hohen Intensität der Symptomatik erschien eine Einstufung als Intensivbehandlung (KJ3) aufgrund des geringen körperlichen Regulationsbedarfs nicht angemessen. Die Einstufung als Regelbehandlung spiegelte zudem die Bedeutung der gruppenbezogenen Behandlung und Betreuung durch den Pflege- und Erziehungsdienst wider (vgl. Abbildung 9.3.1 u. 9.3.3).

In der ersten Behandlungswoche erfolgte die Klinikbehandlung zur Eingliederung der Patientin in die Stationsgruppe nachmittags, ab der zweiten Woche ganztags. Nachts und an Wochenenden hielt sich H. regelmäßig im Haushalt der Familie auf, was zum Alltagstransfer der in der Klinik gemachten sozialen Lernschritte genutzt wurde. Im zweiten Behandlungsabschnitt konnte die Behandlung durchgehend in einem tagesklinischen Setting (KJ7) mit täglicher Rückkehr in die Familie fortgeführt werden. H. wurden dadurch wieder mehr Kompetenzen zugestanden, die Teilnahme am

Stationsprogramm wurde schrittweise verringert. Die Dauer der IB-KJPP betrug insgesamt 7 Wochen.

Ein medikamentöser Behandlungsversuch zur Verbesserung der Impulskontrolle wurde im mittleren Behandlungsabschnitt erwogen, aber als nachrangige Option zurückgestellt. H. nahm am Unterricht der Klinikschule teil. Sie erhielt die vorgesehenen ergotherapeutischen und sozialpädagogischen Behandlungsanteile des Behandlungsbereiches.

Verschaltung von Klinik und Praxis

Die laufende Einzelpsychotherapie wurde in unveränderter, wöchentlicher Frequenz durch die zuständige ambulante Psychotherapeutin in den Räumen der Klinik fortgeführt. Die fallverantwortliche Behandlungsplanung lag beim ambulanten Kinder- und Jugendpsychiater; dieser wurde bei der stationären Umsetzung der Planung durch den fallverantwortlich tätigen Stationspsychologen vertreten, dem gegenüber er eine Oberarztfunktion einnahm. Die Abstimmung erfolgte telefonisch zu festen wöchentlichen Terminen und bei Bedarf. 14-tägig wurden ca. 2-stündige Familiengespräche mit dem fallverantwortlichen Kinder- und Jugendpsychiater, mit der Einzelpsychotherapeutin, dem Stationspsychologen und in der Regel mit einem Vertreter des Stationsteams durchgeführt. Vorrangige Aufgabe dieser Gesprächstermine war die Validierung des Behandlungsverlaufs unter verbindlicher Planung der weiteren Behandlungs- und Hilfemaßnahmen. Einmalig nahm die zuständige Lehrerin der Klinikschule an einem gemeinsamen Gesprächstermin teil.

Verlaufsphasen

Zu Beginn der Klinikbehandlung zeigte die Patientin hohen Leidensdruck und Veränderungsbereitschaft, verhielt sich eher angepasst. Im mittleren Behandlungsabschnitt trat das konflikthafte Erleben der Patienten mit Störungen in der Nähe-Distanz-Regulation wieder in den Mittelpunkt. In der Interaktion mit dem

stationären Betreuungsteam aktualisierte sich das Muster oppositionell-provozierenden Sozialverhaltens. H. schien zwischen ihren bisweilen heftig geäußerten Wünschen nach selbstbestimmter Expansivität und Ängsten gegenüber Eigenverantwortung hin und her gerissen zu sein. Die dranghaften Muster des selbstverletzenden Verhaltens mit dem Ziel der Spannungsabfuhr belasteten auch in den klinischen soziotherapeutischen Maßnahmen die soziale Akzeptanz in der Gruppe der Gleichaltrigen. In die Beständigkeit der therapeutisch fortgeführten Selbstreflexion mit der bisherigen Therapeutin konnte H. aber nun die täglich gemachten Erfahrungen ihrer sozialen Kommunikationsprobleme konkret einbringen und reflektieren. Dies half ihr sichtlich zu einer adäquateren Bewertung ihrer problematischen Interaktionsmuster einerseits, aber auch zu einer Würdigung ihrer positiven Persönlichkeitsanteile andererseits.

Die allmählich eintretende Beruhigung erleichterte es der Familie, sich realitäts- und lösungsorientierter mit der weiteren Lebensperspektive der Tochter auseinander zu setzen. Von einer Wiederaufnahme der zunächst intensiv geforderten Regelbeschulung konnte H. in Übereinstimmung mit der Empfehlung der Klinikschule Abstand nehmen. H. erklärte schließlich die Bereitschaft zur Aufnahme der dringend empfohlenen, ambulant durchführbaren psychotherapeutischen Langzeitbehandlung. Gleichzeitig setzte sie sich mit der Möglichkeit eines Einzuges in eine Wohngruppe der Jugendhilfe auseinander, um damit die familiären Auseinandersetzungen um ihre unklaren Wünsche nach Expansivität zu verringern. Es wurde ein Vorstellungstermin in einer geeigneten Einrichtung vereinbart.

Durch viele dicht aufeinanderfolgende Rund-Tischgespräche gelang es streckenweise, die gewünschte Klarheit und Ruhe für den von H. selbst gewünschten sozialen Lernprozess herzustellen. Immer wieder kam es jedoch zu Krisen, wenn die Patientin durch ihre uneinfühlbaren und widersprüchlichen Interaktionsmuster die verschiedenen Bezugspersonen in der Klinik und in der Praxis irritierte, wie sie dies aus ihrer Vorgeschichte kannte. Dies führte phasenweise dazu, dass die Inhalte der Therapiebesprechungen nur noch von den aktuell auftretenden Konflikten um die Patientin diktiert wurden und jeweils erst im Nachhinein reagiert werden konnte.

Andererseits erlebte die Patientin in diesen Abläufen durch die ihr direkt beobachtbare enge Kooperation zwischen allen Beteiligten, dass sie niemals „fallen gelassen“ wurde und dass das Verständnis, auch bei ihrer Familie, für ihr „Anderssein“ wuchs.

Bewertung

Im vorliegenden Fall bestand aufgrund der Komplexität und Schwere der psychopathologischen Symptomatik ein erhebliches Risiko krisenhafter Komplikationen. Aus der Vorgeschichte waren fremd- und selbstgefährdende Entgleisungen der Patientin bekannt. Vor diesem Hintergrund ist bemerkenswert, dass die Behandlung durchgängig mit Einwilligung der Patientin geführt werden und massiven Komplikationen trotz insgesamt schwacher Kooperationsbereitschaft vorgebeugt werden konnte. Impulse zu Behandlungsabbrüchen und Distanzverlustverhalten konnten u.a. durch eine flexible Handhabung der Präsenzzeiten ausgeglichen und die Behandlung regulär beendet werden.

Der fallverantwortliche Praxisarzt schätzte bei Behandlungsabschluss die psychopathologische Symptomatik lediglich als leicht gebessert ein, erkannte aber eine deutliche Verringerung der psychosozialen Anpassung. Vermutlich ist dieser Befund so zu erklären, dass die relativ hohe Änderungsresistenz der Symptomatik eine weitergehende Remission verhindert hat, die Behandlung aber durch Ressourcenaktivierung eine Verbesserung der Anpassungsleistung ermöglichte. Die Bewertungen durch die Mutter blieben stark negativ, auf die weiter bestehende Symptomatik fokussiert. Lediglich hinsichtlich des Umgangs mit anderen Jugendlichen wurde eine leichte Besserung vermerkt.

Die Patientin selbst beschrieb demgegenüber in den zwei Verlaufsbefragungen während der stationären Behandlungsphase mittels des Brief Symptom Inventory BSI eine deutliche Verminderung ihrer subjektiven Befindensstörungen, vor allem von Depressivität und Beschwerden der vegetativen Somatisierung (Abb. 9.3.21).

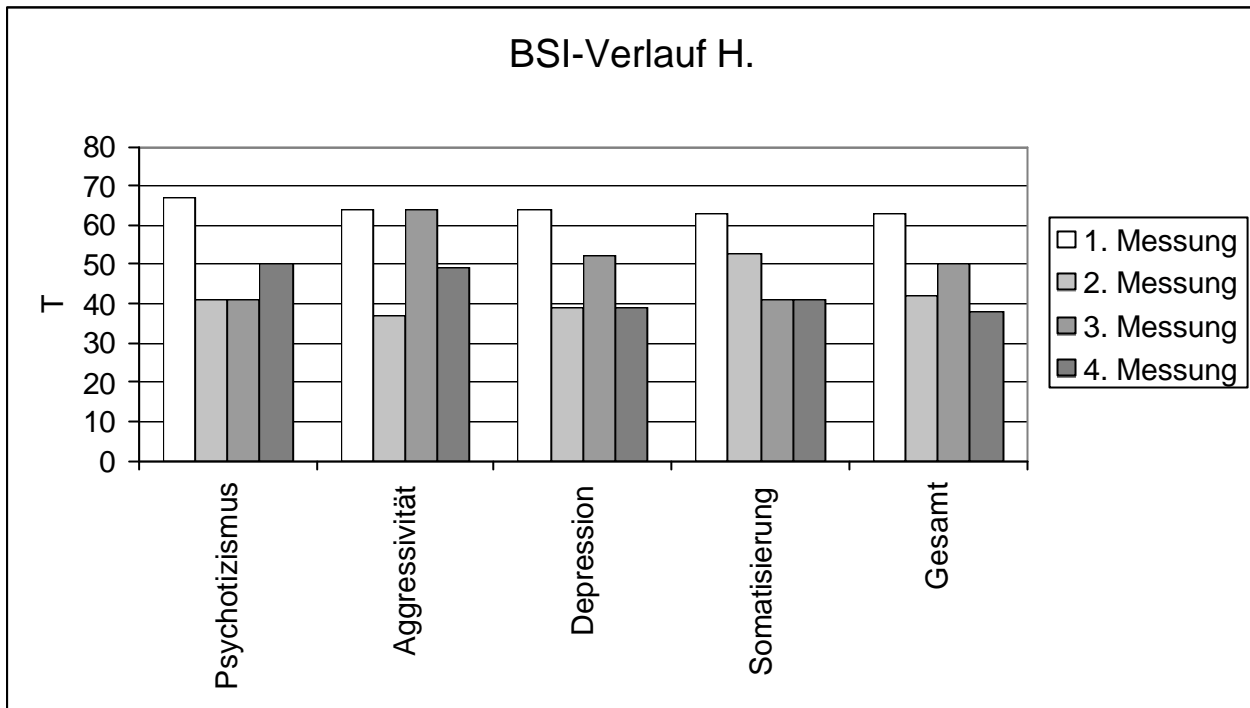


Abbildung 9.3.21: Fallbeispiel BSI

Ebenso zeigte sich im beantworteten Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogen MDBF (Steyer et al., 1997), der mit 24 Eigenschaftswörtern therapierrelevante Veränderungen des eigenen Erlebens erfragt, eine tendenzielle Beruhigung und Entlastung, die sich aus den berechneten Skalenwerten und ihrer kritischen Differenz ergibt. Die kritische Differenz zwischen zwei Skalenwerten liegt bei etwa 10 Standardwerten (SW). Die von H. erhaltenen Selbstbeschreibungen zu 4 Messzeitpunkten lassen auf eine Ressourcenaktivierung im Behandlungsverlauf schließen, die zu Behandlungsbeginn einsetzte und sich im Verlauf stabilisierte (Abb. 9.3.22).

Der für viele Beziehungen und Optionen offene Rahmen des Modellprojekts hat das pathologische Interaktionsmuster der Patientin sowohl für die Familie als auch für die Patientin deutlich werden lassen und es ihr vermutlich ermöglicht, es zumindest ansatzweise in ihre sozialen Umgangserfahrungen einzuordnen.

Inwieweit die therapeutische Unterstützung, die H. vermutlich ermutigte, einen Schritt zur Selbständigkeitsentwicklung und Übernahme von Eigenverantwortung zu machen, dazu beitragen konnte, das Selbstverständnis der Patientin für ihr

problematisches Sozialverhalten langfristig zu verbessern, kann gegenwärtig nicht sicher beurteilt werden.

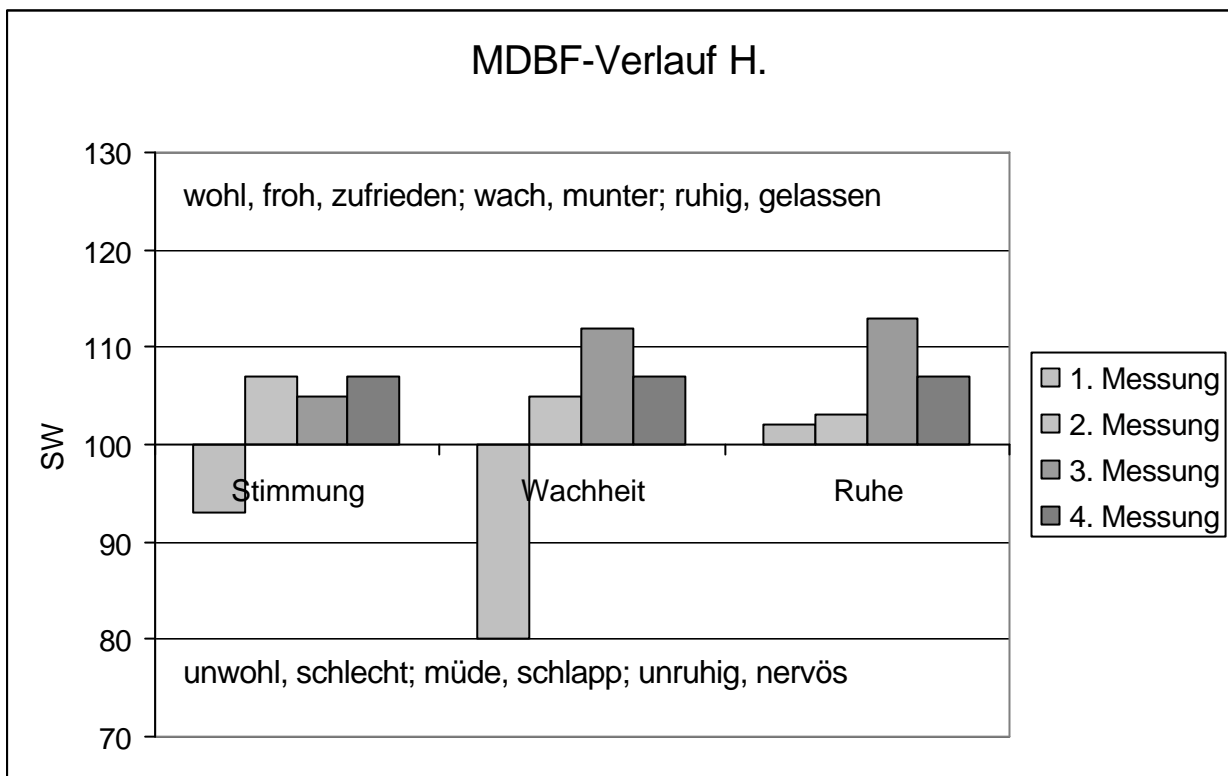


Abbildung 9.3.22: Fallbeispiel MDBF

Immerhin haben die aufeinander abgestimmten Therapieangebote von Praxis und Klinik mit hoher Wahrscheinlichkeit einen zuvor bestehenden Entwicklungsstillstand überwinden und der Patientin zu einer eigenständigen Entscheidung verhelfen können, die sie als Grundlage einer tragfähigen Lebens- und Berufsplanung benötigt.

Zu hoffen bleibt, dass sie auf Grund dieser Erfahrung zu einem späteren Zeitpunkt aus eigenständiger Motivation zu einer weiteren therapeutisch begleiteten Reflexion ihrer beeinträchtigten sozialen und emotionalen Reaktionsmuster findet. Deutlich wurde in dieser Kasuistik, die im Vergleich zu anderen Behandlungsverläufen weniger „unmittelbar Erfolge“ aufweist, dass Klinikbehandlung in der KJPP bei nachhaltigen Problemen der Persönlichkeitsentwicklung nur eine zeitlich befristete Intervention sein kann und eingebettet in die Entwicklungsphasen des psychisch beeinträchtigten jungen Menschen erfolgen muss. Die wechselseitige Abstimmung der tätig werdenden Therapeuten vermag dabei unter Achtung der individuellen Selbstbestimmung des

Betroffenen und seiner Familie einen verlässlichen und verantwortungsgerechten Rahmen zu bilden und zusätzliche Beeinträchtigungen oder gar Kränkungen zu vermeiden.

9.3.10 Gesamtbewertung des Konzeptes der IB-KJPP

Eher problematische Gesichtspunkte:

Die Komplexität der Betreuungssituation hat sowohl bei Therapeuten wie auch bei den betroffenen Familien oft Überforderungsreaktionen ausgelöst. Möglichst gleichzeitig muss das aktuelle Geschehen im Stationsalltag in den verschiedenen Einzeltherapien, in der Familie, im alten Umfeld des Patienten einschließlich Schule, Peergruppe und Freizeitbereich erfasst und ausgewertet werden. Immer wieder tauchte die Frage auf, was wird wann (z.B. auch an Wochenenden oder Feiertagen) mit wem besprochen und wer entscheidet. Die bisherigen Strukturen von Fallbesprechung und Konferenzen in Praxis und Klinik können nicht einfach fortgeführt bzw. ‚addiert‘ werden. Es bedarf neuer Ablauformen, in die alle Beteiligten entsprechend ihren Aufgabenanteilen verbindlich einbezogen werden können. Bewährt, aber noch nicht optimiert, haben sich die Nutzung von E-Mail, regelmäßigen Telefonzeiten, und fest vereinbarte wöchentliche Anwesenheitszeiten des Praxisarztes in der Klinik, denkbar wäre auch ein gemeinsam genutztes elektronisches Krankenblatt.

Ein Therapeuten- oder Systemwechsel (Einweisung und Entlassung im alten Stil) muss für einen Patienten nicht immer unbedingt schlecht sein. Es kann im Gegenteil bei der „therapeutischen Unausweichlichkeit“ auch die Gefahr einer „Totalverwaltung“ des Patienten bestehen. Dieser erlebt dann, egal ob er sich in der Klinik, zu Hause oder in der Praxis aufhält, immer die gleichen „Gesichter“ und könnte die Befürchtung entwickeln, dem vernetzten System „nicht mehr entrinnen“ zu können.

Die Modellstruktur zielt auf eine Auflösung der Grenzen zwischen Praxis und Klinik. Dies führt bei manchen Patienten zu einer Desorientierung und Chaotisierung,

sie wissen nicht mehr, wessen Patient sie sind, mit welchen Regeln und Grenzen sie sich auseinandersetzen müssen, und verlieren u. U. bisher Halt gebende Strukturen.

Es überwiegen unseres Erachtens aber eindeutig eher positive Gesichtspunkte:

Die Rolle der/des fallführenden Ärztin/Arztes oder der/des Psychologin/en ermöglicht Überblick und Transparenz aller Behandlungsmaßnahmen. Sie/Er bleibt Ansprechpartner über die verschiedenen (stationären oder ambulanten) Behandlungsphasen hinweg und garantiert eine Beziehungskontinuität für die Patienten. Sie/Er kann deswegen eine präzisere Steuerung der Maßnahmen vornehmen und sie den Erfordernissen des Behandlungsprozesses anpassen. Reibungs- und Informationsverluste werden minimiert, „Übergaben“, Abbrüche, ein Neuaufrollen der Fälle weitgehend vermieden.

Die sich auch in der Jugendhilfe bewährende Tendenz der Ambulantisierung wird genutzt. Die bisher „monolithischen Blöcke von Praxis und Klinik“ werden aufgelöst und auf ambulante oder klinische Behandlungsanteile reduziert, die die Patientin/der Patient tatsächlich benötigt. Die Erhaltung der Familienbeziehungen, Vermeidung von Entwurzelungen aus dem gewohnten Umfeld und das Finden von Lösungen vor Ort haben auch in Familien einen hohen Stellenwert, in denen ein hohes Konfliktniveau besteht. Dies fördert die Motivation in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen außerordentlich.

Im Modell der IB-KJPP wird eine Lotsenfunktion des fallführenden Therapeuten realisiert, die zunehmend im kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgebiet gefordert wird. Die Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche werden immer unübersichtlicher und zum Teil auch inflationär angeboten. Notwendig sind hier Fähigkeiten der Qualifizierung, Koordination, Gewichtung, Herstellung von Transparenz für alle Beteiligten und die Nutzung wissenschaftlicher und empirischer Evidenz.

Bei allen im IB-KJPP behandelten Fällen (im ersten Fall ein Jahr später) haben sich deutliche Symptomverbesserungen sowie jeweils eine deutliche Stabilisierung von Umfeld und Familie ergeben.

Die prinzipielle Idee der Vernetzung ambulanter und klinischer Behandlungsmaßnahmen hat unmittelbar plausiblen, einleuchtenden und überzeugenden Charakter für alle Betroffenen, Kostenträger und politischen Entscheidungsträger, denen das Modell bislang vorgestellt wurde.

Bei den im IB-KJPP behandelten Patienten wird kein Scheitern oder Kapitulieren der Praxis oder der Klinik vorausgesetzt, um die nächste Stufe der Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Praxis- und Klinikmaßnahmen ergänzen und verstärken sich wechselseitig.

Bei allen wohldurchdachten Regelungen, Verträgen und Ablaufvereinbarungen, muss beachtet werden, dass qualifizierte integrative Versorgung auf dem Fundament guter persönlicher Beziehungen zwischen den Kooperationspartnern steht. Dies schließt auch die jeweilige Gruppendynamik von Stations- und Praxisteams mit ein. Diese Beziehungen waren während der Modellerprobung sowohl aus Sicht des Praxisarztes als auch der Klinik gut tragfähig, immer konstruktiv und wechselseitig wertschätzend, bedürfen aber natürlich weiterhin ständiger Pflege und Beachtung. Bei Zunahme der Komplexität des therapeutischen Arbeitens in vernetzten Strukturen erscheint uns dies besonders wichtig.

9.4 Projektstandort Schleswig (Schleswig-Holstein): Kooperative Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von durch Suchtmittelabhängigkeit bedrohten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (D. Stolle)

Unter Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde am Projektstandort Schleswig ein Versorgungsverbund zwischen der Klinik sowie 3 niedergelassenen Fachärzten für KJPP und den Diensten der Drogenhilfe sowie der Jugendhilfe für die Zielgruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher konzipiert,

deren Erkrankung im Zusammenhang mit der Einnahme psychotroper Substanzen steht.

Ziel des Projektvorhabens war es, für die betroffenen Kinder und Jugendlichen im Rahmen eines medizinisch-sozialpädagogischen Verbundsystems ein vernetztes Hilfeangebot zur Verfügung zu stellen.

9.4.1 Konzeption

Das Projekt zeichnete sich durch zwei Module aus:

- Medizinisch-therapeutische Vernetzung
- Sozialpädagogische Hilfen

Die Schleswiger Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verfügte zum Projektzeitpunkt über 120 Planbetten, 10 Tagesklinikplätze und eine große Institutsambulanz mit einem landesweiten Versorgungsauftrag für Schleswig-Holstein. Aufgrund der Größe des Zuständigkeitsbereiches betrieb die Klinik bereits seit längerem ein speziell differenziertes Behandlungskonzept für jugendliche Drogenabhängige mit psychischen Erkrankungen auf einer Station mit 15 Plätzen.

Im Zentrum der Projektidee stand die Absicht, den psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, die neben ihrer emotionalen und sozialen Problematik einen massiven Drogenmissbrauch betreiben oder von einem Suchtmittel abhängig sind, ein vernetztes Hilfeangebot ambulanter, klinischer und rehabilitativer Behandlung zu machen, das auch bei einem Institutions- oder Einrichtungswechsel bestehen bleiben kann.

Als Zielgruppe im engeren Sinn galten Kinder und Jugendliche, die durch folgende Besonderheiten auffallen:

- geringe Inanspruchnahme ambulanter Hilfe- und Behandlungsmaßnahmen,
- sehr hohe Inanspruchnahme vollstationärer Versorgung,
- häufige Wiederaufnahmen, und häufige Kriseninterventionen,
- massive Wiedereingliederungsschwierigkeiten.

Von 1.026 Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Schleswig vollstationär im Jahre 2001 behandelt wurden, gehörten insgesamt 288 zu diesem Problemkreis, 50 dieser Kinder und Jugendlichen gingen nach erfolgreicher Entgiftung und Stabilisierung zurück in ihre Szene oder auf die Straße, da

Nachsorgeangebote, auf die sich diese Patienten zu dem Entlassungszeitraum hätten einlassen können, fehlten.

Viele dieser Patienten wollen einen Bereich ihres Lebens verändern, z.B. wieder zur Schule gehen, sie wollen jedoch nicht vollständig auf die Drogen verzichten. Die Jugendhilfe macht ihre weitere Unterstützung von völliger Drogenabstinenz abhängig oder verweist auf eine 12 Monate dauernde Entwöhnungstherapie, auf die sich diese Patienten häufig noch nicht einlassen wollen.

Schon zu Beginn des Kooperationsprojektes stellte sich heraus, dass die ärztliche Kommunikation in vertrauten Mustern und Abläufen unkomplizierter vertieft werden konnte. Intensiviert wurde der Austausch über Anamnese, Vorbefunde, die Zwischenberichte über den stationären Verlauf, Entlassungsvorbereitungen sowie gemeinsame Nachsorgeplanungen.

Die gemeinsame Sprache sowie die wechselseitige Kenntnis der üblichen Abläufe in Praxis und Klinik garantieren eine weitgehend reibungslose Zusammenarbeit.

9.4.1.1 Medizinisch-therapeutische Vernetzung

Medizinisch-therapeutische Koordinationsaufgaben übernahmen die Schleswiger Klinik für KJPP sowie drei niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater. CASE-Manager sollte derjenige sein, der den Patienten als erster sieht. Da die Stadt Flensburg (90.000 Einwohner und der nördlichste Teil der Versorgungsachse) aufgrund der Grenz- und Hafenlage einen besonders hohen Anteil an Projektpatienten besitzt, wurde eine zusätzliche Kooperationsabsprache mit dem dortigen Gesundheitsamt getroffen. Das Amt verstand sich als Koordinator, es lud folgende Mitglieder zu Arbeitssitzungen ein:

- Jugendamt,
- Rektoren von besonders betroffenen Schulen,
- den dänischen Gesundheitsdienst,
- den Sprecher der niedergelassenen Kinderärzte,
- den Leiter der Drogenberatungsstelle,
- einen leitenden Arzt der KJPP Schleswig.

Im Rahmen der integrativen Zusammenarbeit in Flensburg wurde zwischen der KJPP Schleswig und der Drogenberatungsstelle ein Kooperationsvertrag abgeschlossen (Abb. 9.4.1).

**Kooperationsvertrag
zwischen der
Fachklinik Schleswig
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Schleswig
und der
Drogenberatung Flensburg
(Norddeutsche Gesellschaft für Diakonie e.V.)**

Projektziel

Die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig und die Drogenberatung Flensburg führen gemeinsam ein Projekt zur Verbesserung der Patientenversorgung in der Stadt Flensburg und dem umliegenden Kreis Schleswig-Flensburg durch. In Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem sollen durch Vernetzung zusätzliche Möglichkeiten eines niedrigschwelligen Zugangs für Drogen konsumierende Jugendliche und deren Eltern geschaffen werden.

Projektbeschreibung

Ein/e Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie führt in der Drogenberatung Flensburg monatliche Sprechstunden durch.

Zeitraumen

Das Projekt beginnt am 05. März 2002 und ist auf maximal 2 Jahre befristet.

Schweigepflicht

Die Kooperationspartner verpflichten sich, über die im Rahmen ihrer Tätigkeit erlangten Klienten-/Patientendaten Stillschweigen zu bewahren.

Schleswig, den _____

Fachklinik Schleswig
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie Schleswig
Frau Stolle

Norddeutsche Gesellschaft
Diakonie e.V. Rendsburg
Frau Gamp – Prokuristin

Abbildung 9.4.1: Kooperationsvertrag Schleswig

9.4.1.2 Sozialpädagogische Hilfen

Dieses bereits vorhandene Versorgungsmodul lag in der Trägerschaft des Diakonischen Hilfswerkes Schleswig-Holstein. Wir nennen dieses Angebot SPUR, das Akronym von sozialpädagogischer Alternative im Umgang mit Rauschmitteln.

SPUR setzt sich zusammen aus:

- niederschwelligem ambulanten Eingangsbereich,
- Wohngruppen der Jugendhilfe,
- Entwöhnung,
- Clean-Bereich mit Wohngruppen,
- Re-Integrationsbereich.

Der Eingangsbereich:

Er ist gekennzeichnet durch Kontaktaufnahme, Beratung und Aufklärung. Praktische Versorgung wird angeboten oder vermittelt, wie Mittagessen etc..

Es erfolgt Beratung über Aids und Hepatitiden, Abgabe von Kondomen sowie konkrete Vermittlung von Übernachtungs- und Betreuungsangeboten.

Die Wohngruppen:

Sie bilden den Kernbereich der sozialpädagogischen Hilfen mit flexibler und annehmender Soforthilfe und dem Akzeptieren drogenkonsumierender, sozial auffälliger Jugendlicher. Kontakt zu Eltern, Schule etc. wird gepflegt, während ein Schnitt zur Szene erfolgt. Die heilpädagogische Arbeit steht im Vordergrund. Es gibt ein klares, überschaubares Regelwerk.

Die Entwöhnung:

Folgende Inhalte und Zeitstrukturen werden vorgegeben: Entwöhnungszeit 3 Monate, Psychotherapie 4 Monate und Sozialtherapie 3 Monate. Neben Psychotherapie sind Körper- und Gestaltungsarbeit, medizinische Versorgung, Arbeitstraining und schulische Förderung Teil der Entwöhnungsbehandlung. Die Arbeit mit den

Angehörigen, die berufliche Orientierung und das Training von Sozialkompetenz sind wichtige Behandlungsanteile.

Der Clean-Bereich:

Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen werden durch ein engmaschiges Urinkontrollprogramm begleitet, um die Ernsthaftigkeit des Probanden zu prüfen. Neben der Einzelfallarbeit erfolgt mindestens 2x wöchentlich ein verbindliches Gruppenangebot.

Die Re-Integration ist der Einstieg in die Selbständigkeit bzw. in das Berufsleben; hier sind Arbeitsbelastung oder Arbeitserprobung von besonderer Bedeutung.

Der Medizinisch-therapeutische Teil, das erste Modul des Versorgungsprojektes, in dem Entgiftung, Motivationsbehandlung, kinder- und jugendpsychiatrische Therapie der anderen psychischen Erkrankungen sowie die ambulanten Vor- und Nachsorgeangebote der Praxen niedergelassener Fachärzte die Arbeit bestimmen, sind mit den sozialpädagogischen Bereichen verknüpft.

9.4.2. Erfahrungen zum Projektverlauf

9.4.2.1 Medizinisch-therapeutischer Vernetzungsbereich

In der gemeinsam mit den drei niedergelassenen kinder- und jugendpsychiatrischen Kollegen geplanten integrativen Versorgung kam es bislang nur zu drei gemeinsam behandelten Patienten. Hier stand die Komorbidität im Vordergrund. Es handelte sich um die klassischen Störungsbilder der Depression, Essstörung und einer Angstneurose, im Hintergrund stand jeweils die Drogenproblematik. Die Zusammenarbeit selbst war unkompliziert, die Fallzahl jedoch zu gering, um bereits von einer erfolgreichen integrativen Behandlung sprechen zu können.

In Schleswig-Holstein sind 20 ärztliche Kolleginnen und Kollegen für KJPP niedergelassen (2,8 Mill. Einwohner). Störungsbilder mit erheblichen Problemen der sozialen und emotionalen Entwicklung dominieren den Praxisablauf. Die Kollegen

erklärten, dass sie eine vermehrte Öffnung für die Klientel suchtmittelabhängiger und Suchtmittelmissbrauch betreibender Kinder und Jugendlicher z.Z. nicht anbieten könnten, weil eine solche Schwerpunktsetzung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungspraxis die Inanspruchnahme durch das sog. Regelklientel evtl. negativ beeinflussen könnte.

In der Zusammenarbeit mit der Klinik dominierte als ein- und überweisender Arzt weiterhin der Hausarzt.

9.4.2 Sozialpädagogische Hilfen

In der Projektarbeit wurde deutlich, dass die Drogenberatungsstellen bisher wenig Erfahrung mit den spezifischen Entwicklungsaufgaben von Adoleszenten sowie mit deren schulischen Problemen und Notwendigkeiten besitzen. Die Jugendämter signalisierten immer wieder, dass Spezialeinrichtungen auch die Gefahr bergen könnten, auszusondern. Ihr Auftrag sei es, allgemeine Lebenskompetenz zu vermitteln und somit auch Alltagsnormalität in der Pädagogik herzustellen. Die Heimeinrichtungen der Jugendhilfe betonten, dass sie große Bedenken damit hätten, sich als ein Heim darzustellen, in dem Drogengebrauch akzeptiert werde. Ein niederschwelliges Angebot, um auch Jugendliche pädagogisch aufzufangen, die noch nicht vollständig auf Drogen verzichten könnten, stelle im allgemeinen „Hilfemarkt“ ein Problem dar, da Jugendämter sich sehr schwer täten, Eltern zu erklären, dass ihr Kind in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung aufgenommen werden solle, in welchem Drogengebrauch im Prinzip erlaubt sei.

9.4.3 Beurteilung des Projektverlaufs

Es besteht weiterhin eine gewisse Berührungsvorsicht in der Begegnung der Jugend-, Drogenhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinsichtlich der sehr speziellen Aufgabe der Versorgung und Hilfeplanung für Suchtmittel konsumierende junge

Menschen. Die Drogenhilfe muss oft die Erfahrung machen, dass die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Klientel ablehnt. Die angestrebten neuen Formen der Zusammenarbeit mit der KJPP waren noch nicht durch standardisierte Abläufe gefestigt, die allen Drogenberatungsstellen bekannt sind. Andererseits hat auch die Jugendhilfe noch nicht überall das pädagogische Handwerkszeug zur Verfügung, das für dissoziale Jugendliche mit schwerwiegendem Drogenmissbrauch benötigt wird.

Dennoch kann als positives Ergebnis des Projektvorhabens vermerkt werden, dass für die betroffenen Familien und Kinder der vorgehaltene „Rote Faden“ der Hilfeangebote deutlich wurde. Die Frage, wer hilft wann wem und wie, steckt nicht mehr in einem abgegrenzten Zuständigkeitsgeflecht.

Die angestrebten verbesserten Vernetzungsstrukturen betreffen nicht nur den medizinisch-therapeutischen Bereich, sondern ebenfalls die Jugend- und Drogenhilfe. Die Klinik bietet für den Spezialbereich den Helfern anderer Berufsgruppen Fortbildungen und Hospitation an. Für das Fachgebiet der KJPP bleibt der Klinik wohl weiterhin die dominierende Rolle bei Bemühungen um eine integrative Versorgung. Junge Patienten mit einer deutlichen Drogenproblematik stellen wegen ihres die Umwelt oft belastenden Umgangsverhaltens besondere Anforderungen sowohl an die Fachlichkeit als auch an die Belastbarkeit der Fachdienste.

Durch die gemeinsame Projektarbeit entstand bei allen Helfern eine größere Bereitschaft und eine konstruktive Sensibilisierung für verbindliche Kooperation. Die Bemühungen um eine integrative Arbeit werden wir auch nach dem Projektabschluss fortsetzen.

9.4.4 Fallbeispiel: Integrative Versorgung bei einem Drogen missbrauchenden Jugendlichen (D. Stolle)

Problemstellung und Vorgeschichte

Nils (Name geändert) berichtete selbst: „Ich rauche seit meinem 6. Lebensjahr, zur Zeit brauche ich so ca. 20 Zigaretten am Tag. Mit dem Kiffen hab' ich angefangen, als

ich 10 war. Ich versuche, ein bis zwei Gramm täglich zu bekommen. Gelegentlich nehme ich Pilze, Heroin über die Nase oder Beruhigungstabletten, z.B. Benzos (Benzodiazepine). Mein Problem ist, dass ich mit den Drogen nicht richtig Schluss machen kann, außerdem habe ich die Schule geschmissen.“

Die Mutter hielt zur Vorgeschichte fest, dass Nils Einzelkind sei. Sie selbst fühle sich mit ihren 38 Jahren gesund, sie arbeite als Krankenpflegerin. Als junge Erwachsene habe sie auch gekifft, mit 19 Jahren sei sie wegen einer Magersucht in psychotherapeutischer Behandlung gewesen.

Vom Kindesvater, der 42 Jahre alt sei, und sich in Umschulung als Ergotherapeut befinden würde, habe sie sich getrennt. Zur Zeit laufe die Scheidung.

Nils lebe abwechselnd bei ihr oder bei seinem Vater.

Ihr Mann habe als Jugendlicher auch Drogenerfahrungen gemacht. Zur Trennung sei es gekommen, weil sie beide von sehr unterschiedlichem Temperament seien, auch wegen der Erziehung ihres einzigen Kindes hätten sie sich sehr häufig gestritten. Es sei sehr selten gewesen, dass sie einmal gleicher Meinung gewesen wären. Zu Anfang ihrer Ehe habe dies den Reiz ausgemacht, dann sei es nach und nach „nur noch nervig“ gewesen.

Die Schwangerschaft mit Nils habe die Mutter wegen ihres Untergewichts als anstrengend empfunden. Die Geburt sei normal verlaufen, ebenfalls die frühkindliche Entwicklung des Jungen. Nils habe den Kindergarten gern besucht.

Er sei zeitgerecht eingeschult worden, habe aber schon im Alter von 11 Jahren eine große Lustlosigkeit gegenüber der Schule gezeigt. Nils habe die 5. und 7. Klasse wiederholen müssen und besuche die Schule seit einem Jahr nur noch sehr sporadisch. Er habe wohl aufgegeben, einen Schulabschluss zu machen. Seit zwei Jahren würden die Drogen sein Leben bestimmen.

Die Kindesmutter wies sich eine Mitschuld an der negativen Entwicklung des Sohnes zu. Vermutlich hätten die Ehestreitigkeiten und die unterschiedlichen Ansichten der Eltern zu Fragen der Erziehung zur Verunsicherung des Jungen, zu seiner Schulunlust und zu seinem „Ausstiegsverhalten“ in den Drogenkonsum beigetragen.

Sie mache sich große Sorgen wegen der Zukunft. Nils müsse es endlich schaffen, von den Drogen wegzukommen. Da er aus ihrer Sicht recht intelligent sei, hoffte sie sehr, dass Nils „irgendeinen Abschluss hinkriege“, mit dem er dann Chancen zum Erlernen eines Berufes habe.

Diagnostik

- Psychischer Befund

Nils wirkte deutlich gedrückt, zeigte eine reduzierte Schwingungsfähigkeit. Im Erstkontakt war es kaum möglich, eine Beziehung zu ihm aufzunehmen. Er vermied den Blickkontakt, wackelte mit den Füßen, seine Schultern wirkten verspannt, vorgezogen. Er wirkte dysphorisch und etwas misstrauisch. Bewusstsein und Orientierung waren ungestört, der Antrieb war herabgesetzt. Die Mutter ergänzte, dass Nils sehr kränkbar und leicht reizbar sei. Wenn er bei ihr lebe, schlafe er auffällig viel und lange. Gelegentlich drohe er damit, dass er sich umbringe, weil sowieso alles keinen Zweck habe.

- Körperlicher Befund

16-jähriger schlanker Jugendlicher. Konjunktivitis, Reizhusten. Regelrechtes seitengleiches Reflexverhalten, Koordinations- und Gleichgewichtsreaktionen unauffällig. Sensibilität ungestört. Diskreter Fingertremor, normale Blutwerte, Urinstatus unauffällig. Das Drogenscreening zeigte stark positive Nachweiswerte für Cannabis, sonst keinen Substanznachweis.

- Testpsychologischer Befund

Mit einem Gesamt-IQ von 105 besaß Nils eine durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit. Persönlichkeitsspezifisch wurde deutlich, dass Nils ausgeprägt stimmungslabil war, sich vorwiegend depressiv und niedergedrückt erlebte. Er beschrieb sich in einem Persönlichkeitstest als einsam, von allen missverstanden und brachte

tiefgreifende Minderwertigkeitsgefühle mit der Neigung zur Selbstschädigung zum Ausdruck.

- **Diagnose**

Diagnostisch handelte es sich bei Nils nach den Vorgaben des MAS um folgende Störungsbilder:

- Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10: F92.0),
- Cannabisabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2),
- Polyvalenter Drogenmissbrauch (ICD-10: F19.1).

Behandlungsziele

Das primäre Behandlungsziel war zunächst die Entgiftung. In dieser Phase war der Beziehungsaufbau zu Nils besonders wichtig. Daran anschließend stand der psychotherapeutisch geleitete Motivationsaufbau zu einer längerfristigen Entwöhnungsbehandlung im Mittelpunkt.

Instrumente der Behandlung und therapeutischer Verlauf

Während der Entzugsbehandlung klagte der Jugendliche über vielfache körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen, Muskelschmerzen, Magenkrämpfe und Bauchschmerzen, die wir symptomatisch mit den Substanzen „Magaldrat“ und „Metoclopramid“ sowie Magnesium behandelten. Wegen Unruhe und Schlafstörungen erhielt Nils als Bedarfsmedikation das Psychopharmakon Chlorprothixen 30 mg.

Bereits während der Entgiftung setzten wir beruhigende, psychotherapeutisch orientierte Gespräche (Talking down) bei Unruhe und Ängsten ein. Darüber hinaus wurde im Sinne einer qualifizierten Entgiftung ein umfassendes pädagogisches und psychotherapeutisches Angebot bereit gehalten, das zunächst vor allem gruppenorientiert war. Es zielte darauf ab, die Kooperationsbereitschaft des

Jugendlichen für eine jugendpsychiatrische Therapie oder Entwöhnungsbehandlung zu erreichen.

- Es waren die folgenden Behandlungsaspekte besonders zu beachten:
- Einhaltung eines strukturierten Tagesablaufes,
- Durchführung einer individuellen Psychotherapie,
- Familientherapeutische Interventionen,
- Bewegungs- und ergotherapeutische Angebote,
- Suchtspezifische Psychoedukation und Aufklärung,
- Sozial- und Selbstsicherheitstraining in der Gruppe,
- Klärung der Schullaufbahn, Anbahnung der Berufsfindung,
- Beteiligung der Kindesmutter an Elternberatung/Elterngruppe,
- Zusammenarbeit mit der Drogen- und Jugendhilfe.

Nils akzeptierte nur widerwillig die für ihn neue, straffe Tagesstrukturierung auf der Station. Er diskutierte viel, hinterfragte die vorgegebenen Abläufe. Wenn ihm Grenzen aufgezeigt wurden, konnte er laut pöbeln, mit den Türen knallen oder sich gekränkt zurückziehen. Im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung wechselte er seine Ziele. So war ihm zunächst nur der Schulabschluss wichtig, den Drogenkonsum wollte er beibehalten. Nach einigen Tagen besaß die Trennung von den Eltern Priorität. Erst gegen Ende der Therapie akzeptierte Nils, dass er auf seinem Weg in die Selbständigkeit Begleitung benötigte und dass ihm dies nur ohne Drogen gelingen kann.

In den regelmäßigen Gesprächen mit den Eltern wurden immer wieder der Auftrag und das Ziel der stationären Behandlung fokussiert. Mutter und Vater des Jungen konnten ihre Trennungsprobleme zurückstecken und kamen einmal in der Woche zu Gesprächen und zur Elterngruppe. Hier wurde herausgearbeitet, dass es wenig Sinn mache, nur auf die Defizite, die Fehler, die Mängel und Schwierigkeiten des Sohnes zu starren, anstatt seine Ressourcen zu berücksichtigen, nach Stärken auszusuchen und nach Auswegen aus der scheinbaren Ausweglosigkeit zu fragen.

Viel Freude bereitete Nils die Teilnahme an der Bewegungstherapie. Neben der Demonstration seiner körperlichen Stärke traute er sich zunehmend zu, auch seine kindlichen Anteile zu zeigen. Es wurde deutlich, dass Nils die Gegensätzlichkeit seiner

Interessen, zum einen, einen „stählernen“ Körper zu bekommen und unabhängig zu sein, zum anderen, wie ein Kind zu spielen, bewusster wurde.

In der Ergotherapie arbeitete Nils mit Holz. Er genoss die Geschicklichkeit seiner Hände und zeigte ein gutes Vermögen, planvoll und ausdauernd kleine handwerkliche Arbeiten zu erledigen. Er baute eine Kiste für seine persönlichen Dinge.

Während es Nils nach und nach gelang, in enger Strukturierung und mit therapeutischer Begleitung seinen Alltag zu bewältigen, schaffte er es nicht, seine freie Zeit, seine Ausgänge in die Stadt oder Wochenendbeurlaubungen problemlos zu gestalten. Nils überschritt seine Ausgangszeiten, bei Beurlaubungen nach Hause kiffte er, suchte seine alte Clique wieder auf. Die Eltern waren sich einig darin, dass eine Rückkehr weder zum Vater noch zur Mutter vernünftig sei. Beiden war deutlich geworden, dass sie einen weiteren Drogenkonsum nicht verhindern könnten.

Nils konnte in den gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern formulieren, dass er beide sehr gern habe, dass ihre Tages- und Lebensgestaltung aber nicht zu seinem jetzigen Leben und seinen Problemen passen würde.

In der letzten Woche seiner insgesamt fünfwöchigen Behandlung stand die sozialpädagogische Netzwerkarbeit ganz im Vordergrund. Nils hatte sich für eine Entwöhnungstherapie entschieden, nachdem er mit seinem Bezugsbetreuer die Drogentherapieeinrichtung „Posthof“ besichtigt hatte. Er vereinbarte einen „Schnuppertag“. Es folgte ein formloser Antrag an die Krankenkasse mit der Bitte um Kostenübernahme, verbunden mit einem ärztlichen Befund- und Therapiebericht sowie einem Sozialbericht. Nils unterschrieb diesen Antrag. Er nahm noch einmal selbständig Kontakt zum „Posthof“ auf und formulierte in einem ausführlichen Lebenslauf seine Drogenproblematik und seine Ziele.

Die Eltern begleiteten Nils in dieser Entscheidung sehr eng und konsequent. Sie veranlassten, dass das Kindergeld an den „Posthof“ überwiesen wurde. Nils erhielt von seinem Therapeuten den notwendigen „Clean-Schein“. Aufgrund der Kooperationsvereinbarungen der Klinik mit dem „Posthof“ wurde eine enge, reibungslose Zusammenarbeit gesichert, so dass Nils in einer Krise oder bei weiteren psycho-therapeutischen Behandlungsnotwendigkeiten ambulant oder auch kurzfristig

vollstationär von der Klinik für KJPP jederzeit weiter- bzw. mitbehandelt werden könnte.

Bewertung

Nils kam in deutlich intoxiziertem Zustand (Konjunktivitis, Bronchitis, Tremor sowie positiver Laborbefund von Cannabis) in die jugendpsychiatrische klinische Akutbehandlung. Sehr schwierig war für ihn die strenge Forderung nach Abstinenz schon zu Beginn der Therapie. Nils erlebte es sehr ambivalent, dass er zum einen Vertrauen fassen sollte, sich in einer akzeptierenden und Halt gebenden Umgebung befand, zum anderen aber ständig kontrolliert wurde (regelmäßige Urinuntersuchungen, Kontrolle nach jedem Ausgang auf eingenommenen oder mitgebrachten Stoff). Seine unausgesprochene Bitte: „Hilf mir so, dass ich mich nicht unterlegen fühlen muss“, stellte sehr hohe Ansprüche an das multiprofessionelle jugendpsychiatrische Team.

Nils verbesserte im Verlauf der Behandlung die Beziehung zu seinen Eltern und übernahm mehr Verantwortung für sein Leben. Neben der Stabilisierung im Selbstwert und seiner sozialen Kompetenz standen jedoch auch immer wieder Abbruchdrohungen, depressive Verzagtheit mit Selbstschädigungstendenzen sowie Rückfälle in den Drogenkonsum, so dass die Notwendigkeit einer rehabilitativen Nachbehandlung deutlich wurde. Die Erfolge der stationären jugendpsychiatrischen Therapie wurden gefestigt durch die Kooperation mit einem Jugendhilfeträger und durch den Aufbau einer integrativen Versorgung. In diesem Konzept sind die Organisationsabläufe der beteiligten Einrichtungen transparent, die Ansprechpartner und Verantwortungsträger sind bekannt, regelmäßiger Informationsaustausch, gegenseitige Hospitation und gemeinsame Fortbildungen garantieren eine reibungslose Zusammenarbeit. Für Nils und seine Eltern war durch dieses integrative Versorgungsmodell eine sehr hohe Transparenz gegeben. Die Behandlungskontinuität, die insbesondere für drogenabhängige Jugendliche mit komorbiden psychischen Störungen von sehr großer Bedeutung ist, konnte dadurch gesichert werden.

9.5 Projektstandort Landshut (Bayern): Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Schule (M. von Aster, Ch. Löffler, J. Reithmeier)

9.5.1 Konzeption

Diagnostik, Beratung und Behandlung von Kindern- und Jugendlichen mit autistischen Störungen stellen eine besondere Herausforderung an die Kooperation und Vernetzung ärztlicher, speziell kinder- und jugendpsychiatrischer, schulpädagogischer, sozial-pädagogischer und rehabilitativer Einrichtungen dar. Das Verständnis der Art der Behinderung und ihrer Dauer hat zur Folge, dass die Prävention und Behandlung von Gesundheitsstörungen bei diesen Kindern einen hohen edukativen Beratungsaufwand erfordern und die Familien oft über viele Jahre während des gesamten Entwicklungsverlaufs der Kinder begleitet werden müssen. Die Validität der unter den „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ zusammengefassten autistischen Krankheits- und Störungsbilder ist zum Teil noch unsicher und umfasst ein breites Spektrum von Beeinträchtigungen mit unterschiedlichem Schweregrad und Begleitproblemen. Definitionsgemäß steht im Zentrum der Symptomatik dieser Kinder und Jugendlichen ihre Beeinträchtigung in der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit, die mit Störungen in der Ausbildung alters- und entwicklungsangemessener Aktivitäten und Interessen einhergeht. Autistische Störungen müssen nicht mit Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung verbunden sein und finden sich deshalb in allen Schultypen des Bildungssystems. Während Kinder mit stark ausgeprägter autistischer Beeinträchtigung (Kanner-Autismus) meist relativ früh in den ersten Lebensjahren einer Diagnose und Frühförderung zugeführt werden, stellen sich für Kinder mit atypischer oder milderer autistischer Beeinträchtigung Schwierigkeiten oft erst mit dem Schuleintritt und/oder zunehmenden sozialen Anforderungen im Verlauf der ersten Schuljahre ein. Häufig ist aus der Anamnese und den Zeugnissen zu entnehmen, dass diese Kinder und Jugendlichen schon sehr früh Auffälligkeiten zeigten, die zwar von den Lehrern und Eltern empfunden, gesehen und beschrieben, nicht jedoch in Zusammenhang mit der Diagnose einer autistischen Störung oder eines Asperger-Syndroms gebracht wurden.

Eine Vorstellung in der KJPP wird deshalb oft nicht oder erst sehr spät in Betracht gezogen. Eine differenzierte Untersuchung und das Erkennen der Diagnose bedeuten aber nicht nur den Zugang und die Anspruchsvoraussetzung für eine gezielte Form der Therapie und Förderung sondern auch das Ende einer langen Leidensgeschichte, die aus Missverständnissen und Fehlbewertungen der Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder mit unberechtigten Schuldzuweisungen und Schuldgefühlen der Bezugspersonen resultieren.

Solche Fehleinschätzungen können aber auch zu falschen Weichenstellungen in der Schulwegsberatung führen, die Überforderungssituationen auf Seiten des Kindes oder Jugendlichen entstehen lassen und Fehlerwartungen und Fehlinterpretationen der Möglichkeiten und Leistungen dieser Kinder durch Eltern und Lehrer zur Folge haben. Dies ist oft die Ursache krisenhafter Zuspitzungen, die dann nicht selten zu kinderpsychiatrischen Krankenhausaufnahmen und auch medikamentöser Behandlung führen und die bei frühzeitiger Erkennung und Beratung im sozialen Umfeld und Lebensraum des Kindes und Jugendlichen hätten vermieden werden können.

Mit dem Projekt sollte eine Organisationsform für eine verbindliche interdisziplinäre Beratungsleistung in Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Beratungsschule gefunden und erprobt werden, die der Prävention und Verkürzung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Krankenhausbehandlung für Kinder und Jugendliche mit einer solchen Diagnose dienen soll.

9.5.2 Klinikstandort und Versorgungsgebiet

Die Klinik für KJPP in Landshut hat 32 Betten, verteilt auf 3 altersdifferenzierte Stationen, eine Tagesklinik mit 14 Plätzen, verteilt auf eine Gruppe für Schulkinder und eine für Vorschulkinder, sowie eine Institutsambulanz. Die Klinik ist 1993 eröffnet worden und hat den Pflichtversorgungsauftrag für die stationäre Versorgung für den Bezirk Niederbayern. Der süd-östliche Regierungsbezirk des Freistaates Bayern ist eine überwiegend ländliche Region mit insgesamt 1,18 Mio. Einwohnern auf einer Fläche von 10.664 km².

Neben der Stadt Landshut stellen die Städte Straubing, Deggendorf und Passau größere Ballungszentren dar. Im Jahr 2003 konnte eine Außenstelle der Klinik mit 12 Tagesklinikplätzen und einer Institutsambulanz in der Stadt Passau eröffnet werden. Die wichtigsten komplementären Versorgungsstrukturen stellen sich folgendermaßen dar.

9.5.3 Jugendhilfe

Es gibt in den insgesamt 12 Landkreisen (9) und kreisfreien Städten (3) eine entsprechende Anzahl von Jugendämtern. Zur Kooperation untereinander finden einmal pro Jahr Jugendleitertagungen auf Bezirksebene statt, zu denen bei Bedarf Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Leiter der Versorgungsklinik hinzugezogen werden. Einige Jugendämter haben sich zu einem Muskelschmerzen Verbund zusammengeschlossen, der aufsuchende Krisenhilfe und Inobhutnahmen regelt. Die Verfügbarkeit psychosozialer Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche ist in einzelnen Landkreisen unterschiedlich. In freigemeinnütziger Trägerschaft gibt es ein weites Netz von Erziehungs- und Familienberatungsstellen, teilstationären und stationären Jugendhilfeeinrichtungen.

In fast allen Landkreisen und Städten existieren psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, auch mit Untergruppen für Kinder und Jugendliche, in denen die Versorgungseinrichtungen und Jugendämter vertreten sind und in die jeweils auch die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsklinik regelmäßig Vertreter entsendet.

Um die überregionale Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJPP, aber auch zum schulischen Bereich, der Arbeitsverwaltung und zu den Krankenkassen zu verbessern, besteht seit dem Jahr 2002 ein Unterausschuss des Planungs- und Koordinierungsausschusses auf Bezirksebene. Geschäftsführend ist der Bezirk Niederbayern, es nehmen Vertreter aus den vorgenannten institutionellen Strukturen teil.

9.5.4 Gesundheitswesen

Der Bezirk Niederbayern führt in eigener Trägerschaft 3 Bezirkskrankenhäuser. Das Bezirkskrankenhaus in Landshut hat neben der Klinik für KJPP eine solche für Erwachsenenpsychiatrie. Darüber hinaus gibt es ein großes Bezirksklinikum in Mainkofen und ein Forensisches Bezirkskrankenhaus in Straubing.

Die ambulante kassenärztliche Versorgung ist noch deutlich defizitär. Es existieren derzeit insgesamt 4 Praxisniederlassungen für KJPP, davon 3 mit Sozialpsychiatrievereinbarung. Im übrigen nehmen sowohl Erwachsenenpsychiater und Nervenärzte als auch Kinderärzte an der ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher teil.

Von den 3 Kinderkliniken im Regierungsbezirk, je eine in Landshut, Passau und Deggendorf, haben die Kliniken in Landshut und Passau psychosomatische Stationen und angeschlossene sozialpädiatrische Zentren, in denen psychisch kranke Kinder und Jugendliche mitversorgt werden. Dem Bezirksklinikum Mainkofen ist eine Station für junge Menschen mit Suchterkrankungen angegliedert, auf der Patienten ab 16 Jahren mit krankheitsführender Drogenproblematik Aufnahme finden können.

9.5.5 Schulwesen

Die Struktur und Organisation des Schulwesens entspricht der üblichen Gliederung der Schultypen, wie sie im Freistaat Bayern und in ähnlicher Weise in den anderen Bundesländern gelten. Eine besondere Intensivierung der Kooperation zwischen KJPP und schulpsychologischen Beratungsstellen hat sich im Zuge der bayerischen Legasthenie-Verordnung ergeben, die diese Kooperation im Einzelfall vorschreibt. Vor allem die Kooperation mit Förderzentren, Beratungslehrern und schulpsychologischen Beratungsstellen ist im Kontext der Patientenversorgung häufig. Ein Vertreter der schulpsychologischen Dienste arbeitet im Planungs- und Koordinierungsausschuss mit.

Auf Initiative der Schulbehörden und unter Federführung der schulpsychologischen Dienste haben sich Arbeitsgruppen zur regionalen Krisenhilfe und Schulsozialarbeit

gebildet, an denen auch Vertreter der Landshuter Versorgungsklinik teilnehmen. Die Beschulung stationär krankenhausbehandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher in somatischen Kliniken und der Klinik für KJPP obliegt der Schule für Kranke, die gleichzeitig staatliche Beratungsschule für Autismus ist. Sie hat ihren Hauptsitz im Bezirkskrankenhaus Landshut mit Dependancen in den Kinderkliniken und übrigen Bezirkskrankenhäusern. Sie ist Kooperationspartner in dem nachfolgend beschriebenen Projekt.

9.5.6 Arbeitsverwaltung

Im Regierungsbezirk Niederbayern gibt es zwei Berufsbildungswerke in der Trägerschaft der Arbeitsverwaltung, je eines in Abensberg und Vilshofen. Im Zuge des nachfolgend beschriebenen Projektes kam es über die Integration einer teilnehmenden Patientin in das Berufsbildungswerk Abensberg zu einer Zusammenarbeit mit dem dortigen Projekt zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit autistischen Störungen.

9.5.7 Beratungs- und Versorgungskonzept zur integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch Kooperation

9.5.7.1 Institutionelle Strukturen

Auf Seiten der Klinik wurde eine Spezialsprechstunde unter oberärztlicher Leitung (Dr. Löffler) eingerichtet, die als Kompetenzzentrum sowohl innerhalb der Klinik als auch nach außen fungiert. Die beteiligten Mitarbeiter (inzwischen zwei Ärztinnen und eine Dipl.-Psychologin) erhalten eine besondere Schulung in diagnostischen und therapeutischen Verfahren zur Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Störungen, führen selbst die Patientenversorgung durch oder beraten Kollegen dabei und sind Ansprechpartner für die Kooperation und

krankheitsbildbezogene Vernetzung von Hilfen im Versorgungsgebiet. Die Mitarbeiter der Spezialsprechstunde repräsentieren das aktuelle fachbezogene medizinische Wissen zu autistischen Krankheitsbildern und sollen weiterführende Konzepte in der Edukation und Elternarbeit entwickeln. Die Arbeitsgruppe trifft sich in regelmäßigen Abständen zu Fallbesprechungen und Konzeptentwicklungen. Die Beratungsschule wird in erster Linie vertreten vom Leiter der Schule für Kranke, SoR Josef Reithmeier, der bei entsprechendem Beratungsbedarf von Lehrern aller Schulen im Versorgungsgebiet kontaktiert wird. Im Rahmen des Projekts wurde ein Team aus Mitarbeitern der Spezialsprechstunde und der Beratungsschule gebildet, das sich zu regelmäßigem fallbezogenem Austausch trifft. Die Einbeziehung der Jugendhilfe, anderer Dienste des Gesundheitswesens und der Arbeitsverwaltung ist jederzeit, entsprechend der Problematik des Einzelfalles, möglich und erfolgt auf der Grundlage der jeweils bestehenden Leistungszuständigkeiten.

9.5.7.2 Zielsetzung und Vorgehensweise

Auf der Basis der bestehenden Versorgungsprobleme, die vor allem darin bestehen, dass

- eine Diagnosefindung bei autistischen Kindern, vor allem bei Asperger-Autismus, sehr spät erfolgt,
- sich Integrationsprobleme vor allem im schulischen Umfeld zuspitzen (keine Ausweichmöglichkeit wegen der bestehenden Schulpflicht),
- spezifische Hilfen selten oder gar nicht verfügbar sind
- und Familien wegen der oftmals fehlgedeuteten Integrationsprobleme ihrer Kinder unter erheblichem Leidensdruck stehen,

sollte im Mittelpunkt der Versorgungskonzeption für die spezielle Versorgungsaufgabe einer besonderen Problemgruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher das integrative Vorgehen zwischen KJPP und Schule stehen. Insbesondere sollten dadurch die folgenden Ergebnisse erreicht werden:

- Verbesserung der Früherkennung und Diagnosefindung durch niedrigschwellige Kooperation mit der Beratungsschule.
- Verbesserung der Kenntnisse über das Störungsbild und zum Umgang mit den betroffenen Kindern in schwierigen pädagogischen Situationen.
- Entwicklung von Konzepten schulintegrierter Förderung von Kindern mit Autismus.

Der Zugang zum Projekt, das gegenwärtig fortgeführt wird, erfolgt für betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Familien entweder über die Beratungsschule oder über die Spezialsprechstunde der Institutsambulanz. Im ersten Fall wenden sich Lehrer aus Schulen des Versorgungsgebietes mit einem spezifischen Beratungsbedarf an die Beratungsschule. Im Kontext der Beratung durch den Beratungslehrer wird ggf. der Bedarf und die Möglichkeit eingehender fachärztlicher Diagnostik dargelegt und auf die Notwendigkeit des Einbezugs der Eltern hingewiesen. Sofern die Eltern eine fachärztliche Konsultation wünschen, erfolgten eine gemeinsame aufsuchende Verhaltensbeobachtung des Kindes und Beratung der Bezugsperson im schulischen und familiären Umfeld durch den Beratungslehrer und einen Mitarbeiter der Spezialsprechstunde. Daran können sich bei Bedarf weitergehende medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie pädagogische Hilfestellungen anschließen.

Im zweiten Fall werden betroffene Kinder oder Jugendliche direkt durch die Klinik entweder im Rahmen der Spezialsprechstunde der Institutsambulanz oder aber, wenn nötig auch teilstationär oder vollstationär behandelt. Teilziel der Behandlung ist die Verbesserung der Integration oder Reintegration in ein angemessenes schulisches Umfeld. Zu diesem Zweck erfolgten eine gemeinsame Schulwegberatung, Aufklärung und Anleitung von Bezugspersonen im häuslichen und schulischen Umfeld des Kindes, sofern für die Mitwirkung der Beratungsschule das Einverständnis der Eltern besteht.

Das Projekt bezieht sich im Wesentlichen auf die Verbesserung der sozialen Integration autistischer Kinder und Jugendlicher in ihr schulisches und soziales Umfeld, auf die Vermeidung behandlungsbedürftiger psychiatrischer und psychosozialer Krisen durch edukative Wissensvermittlung und auf die Vermittlung von spezifischen

Fertigkeiten im alltagsbezogenen und lebenspraktischen Umgang mit den betroffenen Kinder und ihren Eltern.

9.5.7.3 Kooperationsvereinbarung

Zwischen der Klinik für KJPP und der Schule für Kranke als Beratungsschule wurde eine Kooperationsvereinbarung zu Form und Inhalt des Projektes geschlossen (Abb. 9.5.1).

**Kooperationsvereinbarung
zwischen der
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am
Bezirkskrankenhaus Landshut
und der
Schule für Kranke als der Beratungsschule für Kinder und Jugendliche mit
autistischen Verhaltensweisen im Regierungsbezirk Niederbayern
und der
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Dr. Christoph Löffler, Landshut**

Projektziel

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am BKH Landshut, die Schule für Kranke des Bezirks Niederbayern und die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, Dr. Löffler, führen gemeinsam ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Störungen durch.

Durch eine aufsuchende gemeinsame Beratung der elterlichen und pädagogischen Bezugspersonen des Kindes durch den Beratungslehrer und einen Arzt der Institutsambulanz/ Praxis soll das Verstehen und der Umgang mit den spezifischen Problemen und Defiziten dieser Kinder in deren Umfeld verbessert und damit krisenhaften Symptomentwicklungen mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgebeugt werden.

Projektbeschreibung

Es wird ein Team aus Mitarbeitern der Institutsambulanz der Klinik, der Schule für Kranke und der Praxis Dr. Löffler gebildet, das sich zu regelmäßigem fallbezogenem Austausch trifft.

Der Zugang in das Projekt erfolgt für betroffene Kinder und Jugendliche entweder über die Beratungsschule (1.), die Spezialsprechstunde der Institutsambulanz (2.) oder die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Dr. Löffler (3.).

Lehrer mit spezifischem Beratungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen, die im schulischen Umfeld durch Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit und Kommunikation sowie durch abweichende Aktivitäten und Interessen auffallen und dadurch den Verdacht auf eine autistische Störung begründen, wenden sich an die für den Bezirk Niederbayern diesbezüglich beratungszuständige Schule für Kranke. Im Kontext dieser Beratung werden gegebenenfalls der Bedarf und die Möglichkeit eingehender fachärztlicher Diagnostik dargelegt und auf die Notwendigkeit des Einbezugs der Eltern hingewiesen.

Sofern Einvernehmen besteht, erfolgt eine fachärztliche Untersuchung durch die Institutsambulanz und/oder Praxis und eine gemeinsame aufsuchende Beratung der schulischen und familiären Bezugspersonen mit Klärung des medizinischen Behandlungs- und pädagogischen Förderbedarfs.

Bei betroffenen Familien, die primär die Institutsambulanz aufsuchen, wird im Zuge der Untersuchungen die gegebenenfalls notwendige Einbeziehung des schulischen Umfeldes in die Förderung des Kindes erörtert und diese bei Einverständnis der Eltern über das Projekt und den Beratungslehrer vermittelt und realisiert.

Für betroffene Familien, die primär die Praxis aufsuchen, wird, wenn nötig, eine Mitbehandlung durch die Institutsambulanz im Rahmen der dort verfügbaren diagnostischen und funktionstherapeutischen Möglichkeiten vereinbart. Des Weiteren beteiligt sich die Praxis an der Beratungskoooperation mit der Schule für Kranke für ihre Patienten in gleicher Weise wie die Institutsambulanz.

Zeitrahmen

Das Projekt beginnt im Frühjahr 2002 und soll zunächst zwei Jahre dauern.

Kosten

Die Leistungen des Beratungslehrers werden im Rahmen der Regelaufgaben der Schule für Autismus vom Kultusministerium getragen. Die ärztlichen Leistungen werden bei Inanspruchnahme der Institutsambulanz mit der Krankenkasse und der Praxis mit der KV abgerechnet.

Evaluation

Die Fälle werden mit den Instrumenten der Studie zu „Integrativen Organisationsstrukturen in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher“, gefördert vom BMG, dokumentiert und ausgewertet.

Nach den Ergebnissen und gemachten Erfahrungen soll das Projekt in die Routineversorgung übernommen und gegebenenfalls durch weitere aufsuchende therapeutische und pädagogische Mitarbeiter verstärkt werden.

Es sollen Kontakte zu anderen medizinischen und komplementären Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung geknüpft werden.

Landshut, Januar 2003

SoR Josef Reithmeier
Rektor der Schule für Kranke
des Bezirks Niederbayern

Dr. Matthias von Aster
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, BKH Landshut

Dr. Christoph Löffler
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Abbildung 9.5.1: Kooperationsvereinbarung

Im Verlauf der Projektzeit hat sich der oberärztliche Leiter der Spezialsprechstunde, Herr Dr. Löffler, in freier Praxis niedergelassen. Die Kooperationsvereinbarung wurde daraufhin auf die Praxis ausgedehnt

9.5.7.4 Kostenstruktur

Die Leistungen der Klinikmitarbeiter werden über das Vergütungssystem der Institutsambulanz in Bayern mit zeitbezogenen Komplexziffern direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Die Leistungsdefinition und der Zeitbezug der Vergütung erlauben es dabei sehr flexibel, die edukative medizinische Beratung in angemessener Weise zu finanzieren, auch wenn die Stundensätze in den zurückliegenden Jahren seit Bestehen dieses Vergütungssystems nicht im vollen Umfang der Personalkostenentwicklung angeglichen wurden. Die Leistungen des Beratungslehrers werden im Rahmen der Regelaufgaben der Schule für Autismus vom Kultusministerium getragen. Die Leistungen der Praxis werden über ärztliche und sozialpsychiatrische Vergütungsziffern direkt mit der KV abgerechnet. Das zeitbezogene Vergütungssystem der Institutsambulanz erlaubt es auch, die Behandlungskontinuität für Patienten nach stationärer Entlassung durch ihren behandelnden Arzt aufrecht zu erhalten, der nachstationär über die Institutsambulanz weiter tätig sein kann. Intern erfolgt eine entsprechende Personalkostenabgrenzung. Aufgrund der defizitären ambulanten Versorgung des Versorgungsgebietes durch niedergelassene Facharztpraxen ist für eine große Zahl von Patienten die Vernetzung von stationären und ambulanten Leistungen nur im Wege einer sogenannten „unechten Vernetzung“ möglich. Das heißt, dass das Krankenhaus selbst die ambulante Nachsorge über ihre Institutsambulanz sicherstellen muss.

9.5.8 Ausgewählte Ergebnisse

Während des Projektzeitraumes wurden 10 Kinder und Jugendliche mit autistischen Störungen nach dem vorbeschriebenen Konzept betreut und mit den Instrumenten der Studie wissenschaftlich begleitet. Sie zeigten aus Sicht der Eltern und Lehrer die in Abb. 9.5.2 dargestellten Probleme.

Es handelte sich um 6 Jungen und 4 Mädchen im Altersdurchschnitt von 13 Jahren (8 – 16 Jahre). Alle Patienten entstammten Mittelschichtfamilien, wobei 9 der 10 Kinder mit beiden leiblichen Eltern zusammenlebten, 1 Kind kam aus Heimerziehung. Der hohe Anteil intakter Ursprungsfamilien ist vergleichsweise ungewöhnlich.

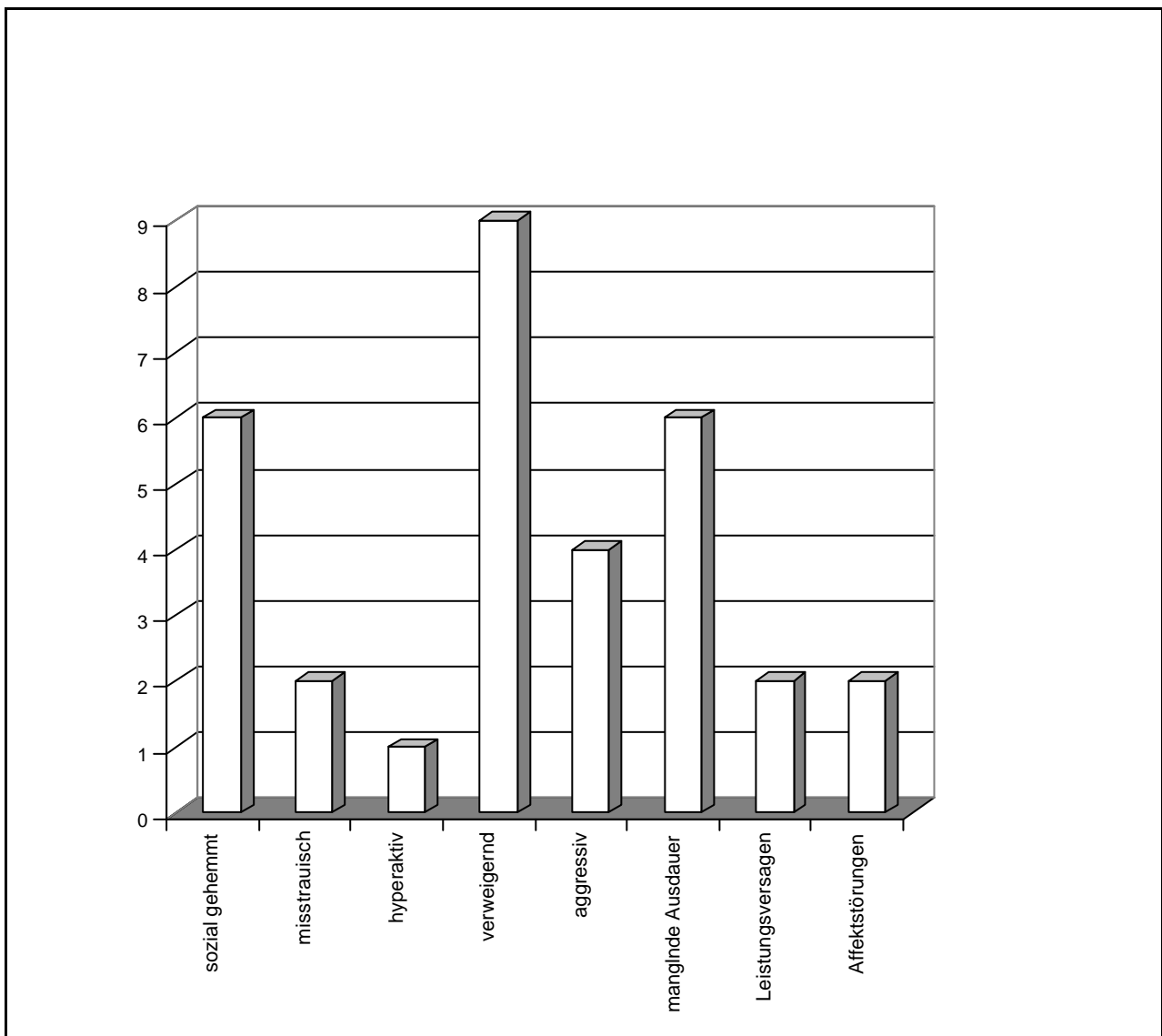


Abbildung 9.5.2: Art und Häufigkeit der Probleme aus Elternsicht zu Beginn der Behandlung

Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

MAS Diagnose-Achse I:

Bei 6 Patienten war die krankheitsführende Diagnose das Asperger Syndrom (ICD-10 F 84.5) und bei 4 Patienten ein atypischer Autismus (ICD-10 F 84.1) mit Abweichungen bezüglich Erkrankungsalter oder Symptomatologie. Als Zweitdiagnose wurden bei 2 Patienten ein elektiver Mutismus (ICD-10 F 94.0), bei einem Kind eine länger anhaltende depressive Reaktion (ICD-10 F 43.21) sowie bei einem Kind eine gemischte ängstlich-depressive Störung (ICD-10 F 41.2) diagnostiziert. Die aus diesen Diagnosen abgeleiteten Therapie- und Kooperationserfordernisse (Abb. 9.5.3 und 9.5.4) lagen sowohl in kindzentrierten, einzelspsychotherapeutischen (8) und gruppentherapeutischen (7) Maßnahmen wie vor allem auch in der Beratung und Behandlung der Eltern (9x). Medikamentöse und andere therapeutische Maßnahmen waren lediglich bei 5 Patienten indiziert.

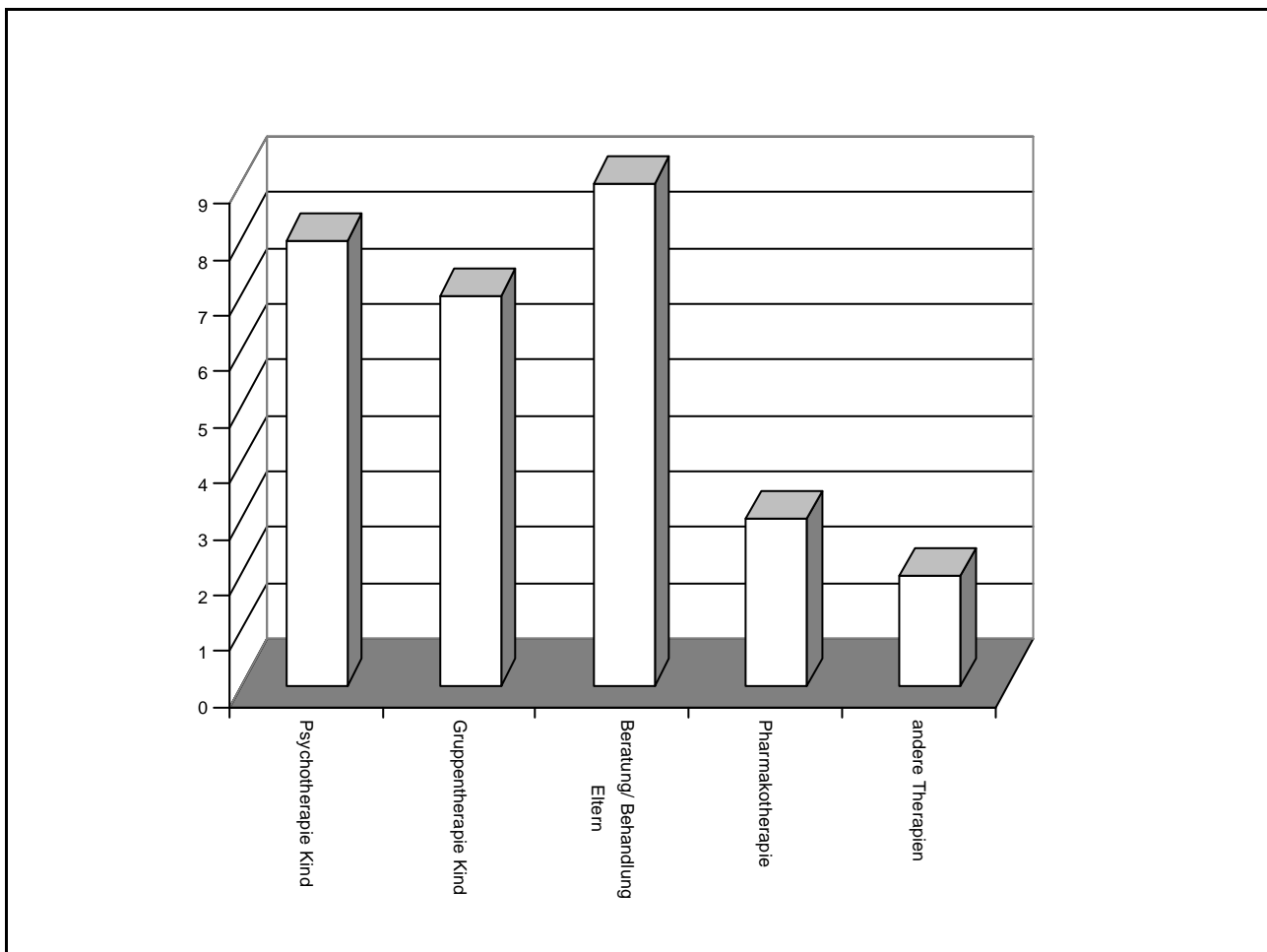


Abbildung 9.5.3: Aus den Diagnosen abgeleitete Therapieerfordernisse

Die aus der Art der Störung abgeleiteten Kooperationserfordernisse bezogen sich in erster Linie auf die Beratung, Aufklärung und Anleitung des schulischen und außerfamiliären Umfeldes der Patienten (7x). In jeweils 2 Fällen wurde die Kooperation mit Jugendämtern und stationären Jugendhilfeeinrichtungen für erforderlich gehalten. Eine Komorbidität auf der Achse 2 wurde bei 4 Kindern gefunden, in einem Fall handelte es sich um eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung, in 3 Fällen um umschriebene Entwicklungsstörungen der Motorik.

Die Intelligenz (MAS Diagnose-Achse III) lag bei 4 Patienten im Bereich der Norm und bei 3 Patienten im Bereich der Lernbehinderung. Bei 3 Patienten lag eine leichte intellektuelle Behinderung vor.

An komorbiden somatischen Diagnosen (MAS Diagnose-Achse IV) wurde lediglich jeweils einmal eine Epilepsie, eine starke Migräne sowie eine Adipositas diagnostiziert.

Die auf der MAS Diagnose-Achse V kodierten begleitenden abnormen psychosozialen Umstände lagen sowohl im Bereich der beeinträchtigten psychischen Gesundheit von Familienmitgliedern, insbesondere eines Elternteils (5x), aber auch in inadäquater, intrafamiliärer Kommunikation (2x) und abnormen Erziehungsbedingungen. Seltener wurden Sündenbockzuweisung, chronische zwischenmenschliche Belastungen oder herabsetzende Beziehungserfahrungen kodiert.

Aus den psychosozialen Begleitumständen wurden bei je 5 Patienten bewältigungsorientierte, kindbezogene Therapiemaßnahmen einzeln und in der Gruppe für erforderlich gehalten. Noch häufiger wurde aber auch hier der Beratungs- und Behandlungsbedarf der Eltern gesehen. Auch der Kooperationsbedarf konzentrierte sich auf die Bezugspersonen im schulischen und außerfamiliären sozialen Umfeld.

Das Ergebnis der Intervention wurde von den Eltern ausgesprochen positiv bewertet.

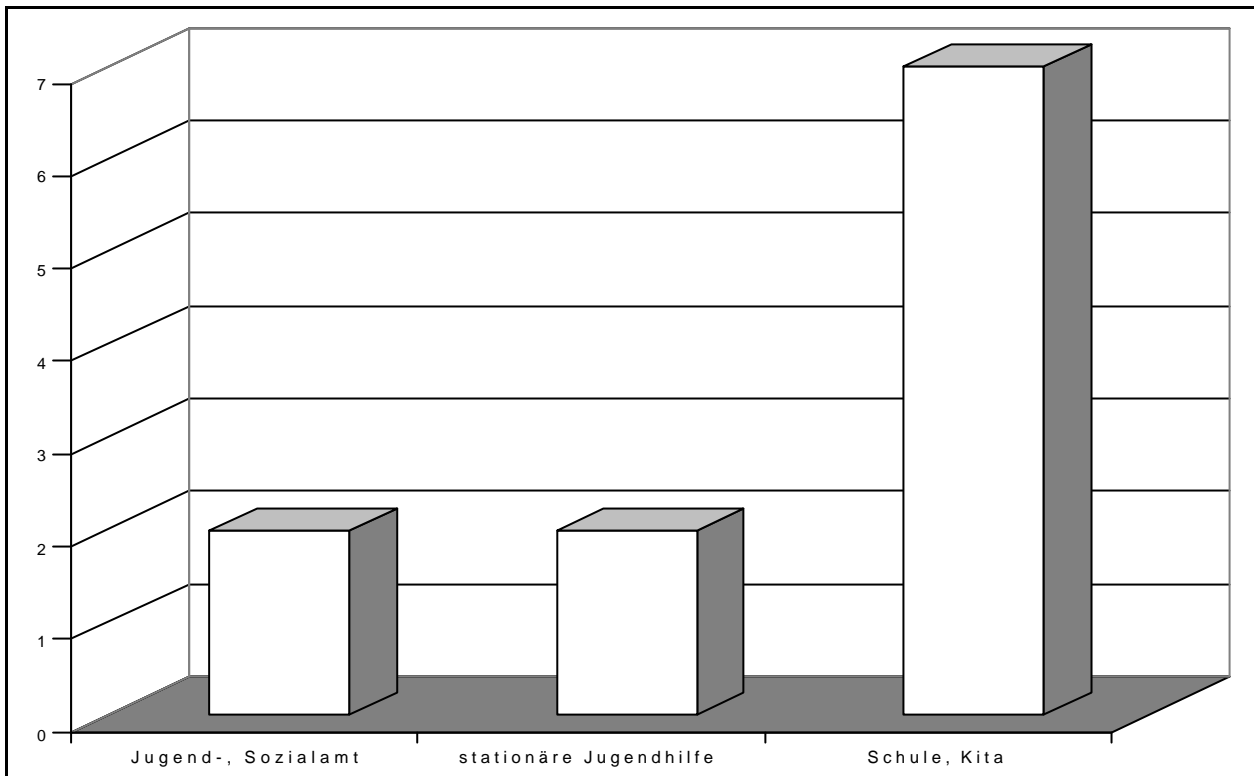


Abbildung 9.5.4: Aus den Diagnosen abgeleitete Kooperationserfordernisse

Die Häufigkeit der von den Eltern angegebenen Probleme ließ sich von insgesamt 32 Nennungen bei Projektbeginn auf insgesamt 13 Nennungen nach Projektabschluss reduzieren.

In der Veränderung der Art der Probleme lassen sich als Interventionsergebnis möglicherweise auch eine veränderte subjektive Sichtweise und Bewertung der Störung erkennen. So standen vor Beginn der Behandlung bei den Eltern neben der sozialen Gehemmtheit ihrer Kinder vor allem deren verweigerndes, aggressiv-impulsives und wenig ausdauerndes Verhalten im Vordergrund. Nach Abschluss des Projekts wurden dagegen häufiger Unselbständigkeit sowie Denk- und Wahrnehmungsstörungen angegeben (Abb. 9.5.5), die sich als zentrale Beeinträchtigungen bei Personen mit autistischen Störungen regelmäßig finden und einer therapeutischen Beeinflussung nur wenig zugänglich sind.

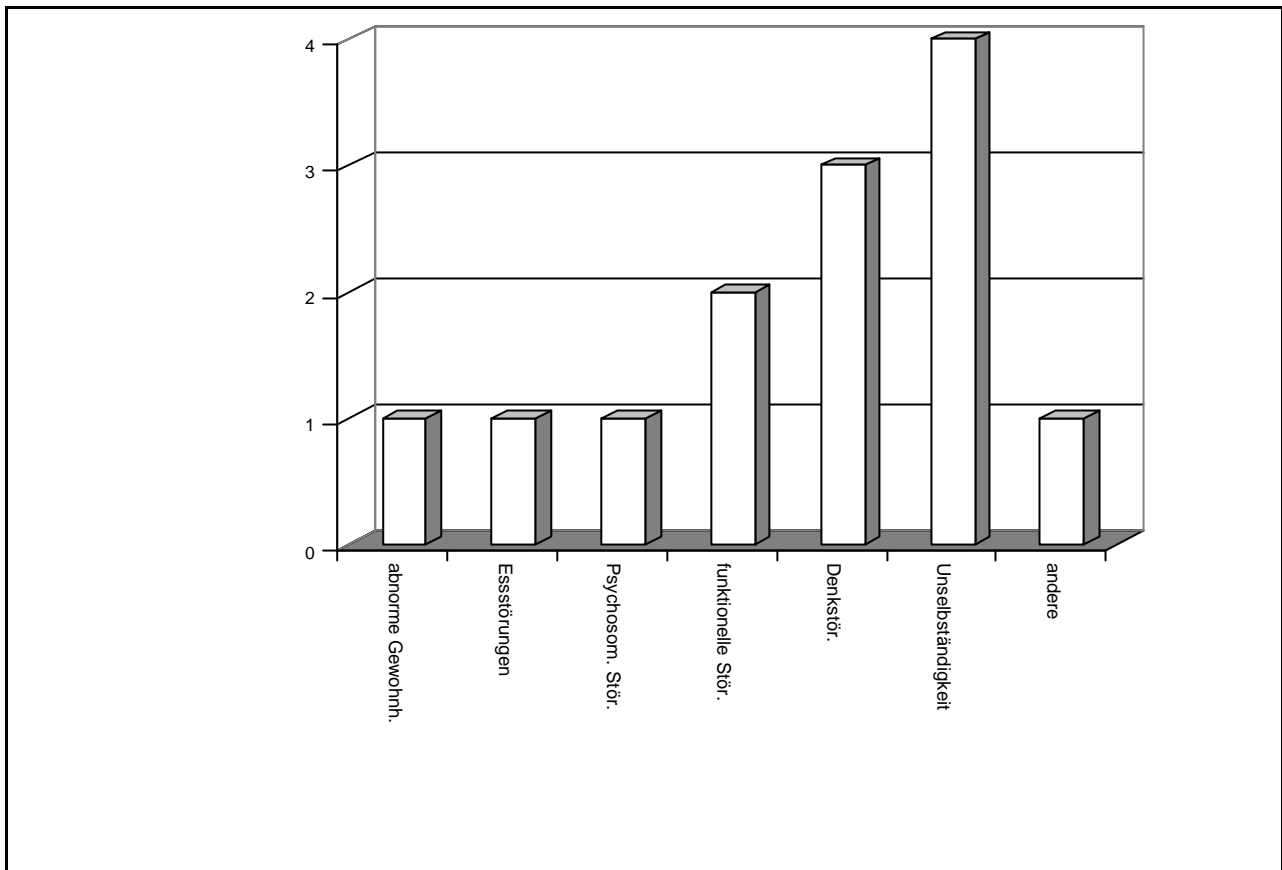


Abbildung 9.5.5: Art und Häufigkeit der Probleme aus Elternsicht am Ende der Behandlung

Entscheidende Verbesserungen sahen die Eltern augenscheinlich in der besseren schulischen Integrierbarkeit ihrer Kinder. Mit diesem Ziel hatten sie primär die fachliche Hilfestellung gesucht.

9.5.9 Kasuistik

Im Sommer 1999 werden mit einem „Notruf“ des Rektors einer Schule zur individuellen Lernförderung dringend eine Beratung und Hilfe durch die Beratungsschule angefordert (1. Zugang zum Projekt, s. o.). Norbert (Name geändert), ein 13-jähriger Schüler der 7. Klasse, war im Rahmen eines aggressiven Durchbruchs auf seinen Klassenlehrer losgegangen.

Norbert ist in der Klinik bereits bekannt, die erste Vorstellung erfolgte vor 5 Jahren. Nach Diagnosestellung eines Asperger-Autismus erfolgte zunächst eine

spieltherapeutische Behandlung, Anfang 1999 hatte die Mutter N. nochmals zur „Verlaufskontrolle“ vorgestellt. Schon in früher Kindheit zeigten sich bei N. Verhaltensauffälligkeiten, mit 3 Jahren wurden in der Entwicklungsdiagnostik ein motorischer Entwicklungsrückstand mit Zehenspitzenengang sowie deutliche Auffälligkeiten im Spiel-, Sozial und Sprachverhalten beschrieben, ohne nähere Spezifizierung oder spezielle Diagnostik. Es erfolgte die Aufnahme in einen heilpädagogischen Kindergarten, hier werden Entwicklungsfortschritte berichtet.

Einschulung in eine Diagnose- und Förderklasse, ab der zweiten Klasse Unterstützung nachmittags mit einer heilpädagogischen Behandlung. In den Zeugnissen wird wiederholt berichtet, Norbert habe „keinen Kontakt zu Gleichaltrigen“, er sei im Verhalten anderen Kindern gegenüber „äußerst ungeschickt“, habe „spezielle Interessen“, stelle „eigenartige Fragen“, zeige „Zwänge und Stereotypen“.

1994 erstmals Verdachtsdiagnose „Asperger-Autismus“, 1996 bestätigt, bis 1997 ambulante Behandlung. Die testpsychologischen Untersuchungen ergeben, dass Norbert über eine durchschnittliche Intelligenz verfügt (HAWIK-R: IQ 90; HT 80, VT 101), eine umschriebene Entwicklungsstörung kann ausgeschlossen werden, wenngleich sich Hinweise auf grobmotorische Schwierigkeiten finden. Es ist weiter keine somatische Diagnose zu stellen, es sind keine sicher abnormen psychosozialen Umstände zu eruieren. Insgesamt muss im Rahmen des Asperger-Autismus eine mäßige bis ernsthafte soziale Beeinträchtigung festgestellt werden.

Bei der letzten Vorstellung im Frühjahr 1999 zeigte sich N. weitgehend stabil, in der Schule wird er zumindest toleriert, auch aufgrund der weiten Entfernung zwischen Wohnort und Klinik werden zunächst keine weiteren Termine vereinbart.

Nach dem Vorfall in der Klasse wurde der Schüler zunächst vom Unterricht ausgeschlossen, im ersten Telefonat mit SoR J. Reithmeier (Beratungsschule für Kinder und Jugendliche mit autistischen Verhaltensweisen) stellte der Schulleiter in Frage, ob N. weiter an der Schule beschult werden könne, und äußerte den Wunsch nach weiterer, möglichst stationärer Abklärung und Behandlung des Jungen.

Im Rahmen der regelmäßigen Fallbesprechung im Team der Kooperationsvereinbarung wurde zunächst eine ambulante Untersuchung des Schülers

sowie eine Beratung der Schule vor Ort vereinbart, die schon wenige Tage später durch den zuständigen Arzt (Dr. Löffler) und den Beratungslehrer (SoR Reithmeier) durchgeführt werden konnte.

Die zeitnahe ambulante Untersuchung ergab keine akute Fremdgefährdung. Nach Exploration der Umstände, die zu dem aggressiven Impuls-Durchbruch geführt hatten, konnte dieser im Rahmen einer massiven Verunsicherung in einer für N. sehr unübersichtlichen Situation gesehen werden.

In enger Beratung, auch in der Heimatschule, konnten mit den Lehrern Möglichkeiten zur weiteren Beschulung und zum verbesserten Umgang mit dem Jungen erarbeitet werden, nachdem zunächst alle Lehrer über das Störungsbild des Autismus allgemein aufgeklärt und über Besonderheiten bei N. informiert worden waren. Gleichzeitig wurde N. in eine enge therapeutische Unterstützung mit wöchentlichen ambulanten Terminen aufgenommen. So gelang es, von Seiten der Schule das Vertrauen und die Bereitschaft zu erlangen, N. wieder in die Schule aufzunehmen. Zur Unterstützung wurde eine nochmalige Schulbeobachtung in der Klasse angeboten.

Im weiteren Verlauf ergaben sich keine größeren Schwierigkeiten, in den Therapie-Stunden wurden Verhaltensmodifikationen eingeübt, die in engem Kontakt mit den Lehrern auch in der Schule umgesetzt werden konnten.

Durch das sofortige Einbeziehen der Schule und des gesamten Lehrer-Kollegiums in das „Krisenmanagement“ im Rahmen der Kooperation konnte für Norbert eine sonst wohl unumgängliche stationäre Aufnahme zur Krisenintervention vermieden werden. Im Verlauf konnte N. die Schule erfolgreich nach der 9. Klasse abschließen, derzeit absolviert er einen Berufsförderlehrgang in einem Berufsbildungswerk. Zur Unterstützung sind jetzt nur noch „Kontroll-Termine“ in weiten Abständen nötig, eine Medikation musste nicht verordnet werden.

9.5.10 Schlussfolgerungen

- Die edukative Vermittlung von störungsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten im schulpädagogischen Umfeld wirkt sich präventiv auf krisenhafte Zuspitzungen

und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus. Die Ergebnisse werden von den Eltern als überaus hilfreich erlebt.

- Die Schwelle der Inanspruchnahme und die Akzeptanz wird durch die dargestellte Kooperation deutlich verbessert.
- Die ökonomische Basis für diese zeitaufwendige, aufsuchende Form der Intervention ist für niedergelassene Fachärzte unzureichend.
- Die Erweiterung der Maßnahmen um heilpädagogische Förderung und unterrichtsbegleitende Integrationshilfen durch die Beratungsschule ist wünschenswert.
- Spezielle Lehrerfortbildungen wurden bereits mehrfach abgehalten und sollen weitergeführt werden.
- Die Initiierung einer regionalen Vereinsgründung „Hilfe für das autistische Kind“ als Basis für eine Stärkung des Selbsthilfepotentials für Eltern wird angestrebt.

10. Abschluss und Ausblick

Integrative Versorgung basiert auf qualifizierter Zusammenarbeit. Kooperation als Qualitätsmerkmal bei der Gestaltung fachlicher Behandlung und psychosozialer Hilfe meint nicht das alltägliche Umgehen von Fachdiensten und Institutionen miteinander beim Austausch von Informationen, bei der wechselseitigen Zuweisung, Abgrenzung oder Klärung von Zuständigkeiten und Leistungsanforderungen. Kooperation alleine ist kein Qualitätsmerkmal, welches durch sich selbst definiert wäre. Zu einem Qualitätskriterium wird Kooperation erst dann, wenn dieses Konstrukt als Programm verstanden wird, das darauf abzielt, gemeinsames interdisziplinäres und institutionsübergreifendes Handeln mit dem Ziel einer vernetzten Problemlösung durch kreatives Zusammenführen der vorhandenen Leistungsstrukturen beständig weiterzuentwickeln und inhaltlich auszugestalten.

Eine integrative Leistungserbringung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die von psychischer Krankheit und Behinderung betroffen oder bedroht sind, erscheint in erster Linie deshalb notwendig, weil an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung oder Erkrankung im Entwicklungsalter in der Regel komplexe Faktoren wie die individuelle Anlage und Entwicklung, Ausstattungsbesonderheiten und psychosoziale Lebensbedingungen des Kindes beteiligt sind. Diese müssen differenziert analysiert und in ihrer Auswirkung auf die Lebensbereiche des Kindes in Familie, Schule und auf seine soziale Gruppenzugehörigkeit verstanden werden. Nur dann können Behandlungs- und Hilfemaßnahmen dem Kind und seiner Familie dazu dienen, die seinen Möglichkeiten entsprechende Integration und Teilhabe am Leben in seiner Altersgemeinschaft zu erreichen oder wieder zu erlangen.

Wir wissen noch immer wenig darüber, weshalb belastende Ereignisse und krisenhafte Erlebnisse bei dem einen Kind zu psychischen Verletzungen führen, während ein anderes durch ähnliche oder gleiche Beeinträchtigungen und Erlebnisse wesentlich weniger irritiert wird oder in seiner Entwicklung nicht auffällig erscheint. Wenigstens zum Teil dürften neben unterschiedlichen konstitutionellen Ausstattungen

Differenzen in der individuellen Lebensgeschichte eines Kindes dafür verantwortlich sein.

Das Erleben und die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung hängen wesentlich davon ab, zu welchem lebensgeschichtlichen Entwicklungszeitpunkt des Menschen diese eintritt. Bei Kindern und Jugendlichen bedroht sie nicht nur die Identitätsentwicklung und die Bildung des Selbstkonzeptes, sondern darüber hinaus den gesamten Prozess der Erziehung und Förderung, die sie sowohl zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit als auch dafür benötigen, ihre Fähigkeiten in eine selbstbestimmte Lebens- und Berufsgestaltung einzubringen.

Das Unvermögen eines Kindes, die gestellten sozialen Erwartungen erfüllen zu können, kann bereits von jungen Kindern als Makel und schwere Last erlebt werden. Misserfolgsempfindlichkeit und bisweilen hochgradige Kränkbarkeit bilden die Grundlage für dann oftmals auch erzieherische Steuerungsprobleme, die Familienmitglieder, Lehrer und Therapeuten unter erhebliche Anspannung und Stress setzen können. Nicht selten äußern sich Depressionen bei Kindern als ausagierende Verhaltensstörungen. Eltern und Kinder, die den Bedingungs hintergrund des Geschehens nicht erkennen, laufen Gefahr, das Fehlverhalten des Kindes als bewusste oder unbewusste Ungezogenheit, als Unlust oder Faulheit zu missdeuten.

Verschlechterung von Schulleistungen oder unverständliche Verhaltensveränderungen finden sich nicht selten im Verlauf depressiver Entwicklungen und auch von Selbsttötungshandlungen bei Kindern und Jugendlichen. Wenn auch die in der Öffentlichkeit wiederholt vorgetragene Vermutung nicht zutrifft, dass die Zahl der Selbsttötungen und parasuizidalen Handlungen bei Kindern und Jugendlichen ansteigen würde, so ist doch die Tatsache bedrückend, dass bei Jugendlichen der Suizid an zweithäufigster Stelle der Todesursachen überhaupt steht. Zunehmend finden wir heute schulische Leistungsüberforderungen mit anderen schwereren Krankheitsbildern wie etwa psychotischen Störungen assoziiert.

Eine erfolgreiche Therapie ist, wie auch Erziehung, stets nur in Kommunikation mit dem Kind unter Beachtung seiner individuellen Ausstattung, seiner psychischen, somatischen und sozialen Fähigkeiten möglich. Eine therapeutische Intervention muss

genauso wie erzieherisches Handeln individuell erfolgen und den jeweils erreichten Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen, insbesondere den Grad der bestehenden sozialen Kompetenz bzw. der sozialen Integration des jungen Menschen beachten. Die jeweilige Fähigkeit eines Kindes, therapeutische „Angebote“ aufzunehmen, zu verstehen und sie zu übernehmen, wird von diesen Kompetenzen bestimmt.

Die wohl bedeutsamste Komponente für die Entwicklung eines Kinderschicksals liegt in der Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern und derjenigen, die für das Kind Verantwortung tragen, sich im Prozess der Erziehung auf die persönlichen Bedürfnisse und Besonderheiten ihres Kindes einlassen zu können. Erziehung ist nicht nur die Übertragung von Überzeugungen und Werthaltungen Erwachsener auf Kinder. Mit mindest gleicher Intensität geben Eltern, wenn oft auch kognitiv unreflektiert, ihre emotionalen Einstellungen, Bewertungen, Ängste und Problemlösungsstrategien weiter. Durch ihre positiven wie negativen Reaktionsmuster legen sie in ihrem Kind entsprechende Handlungsformen an. Es gibt viele Meinungen, Haltungen und Hypothesen dazu, welche Erziehungsstile vorrangig sein sollten und welche als weniger wichtig zu bewerten sind. Auf jeden Fall aber müssen Eltern dazu in der Lage sein, aktiv für die Aufgabe der beständigen Kommunikation mit ihrem Kind zur Verfügung stehen. Das gilt ganz besonders dann, wenn das Kind aufgrund einer psychischen Erkrankung besondere Aufmerksamkeit und Hilfe benötigt.

Es wird für junge Erwachsene immer schwerer, tatsächlich Ehe und Familie mit Kindern zu leben. Der Anspruch, dass Mann und Frau Berufsausbildung, Berufstätigkeit und Familienplanung nebeneinander zu bewerkstelligen haben, verschiebt die Entscheidung, Kinder zu bekommen, in ein höheres Lebensalter. Dies hat Folgen für die Belastbarkeit gegenüber kritischen Lebenssituationen, für die Fähigkeit, mit Krisensituationen umgehen zu können, wie sie in jedem Erziehungsprozess von Kindern auftreten, erst recht aber dann, wenn es zu gravierenden Entwicklungsstörungen und psychischer Krankheit des Kindes kommt.

Die Veränderung der Gesellschaft mit der zunehmenden Pluralität unterschiedlicher Lebensstile nebeneinander hat Auswirkungen auf den Umgang mit Lebens- und

Entwicklungsbedürfnissen von Kindern. Mehr als 50 % aller Kinder wachsen heute in Familien mit nur einem Kind auf. In den Städten erhöht sich außerdem ständig der Anteil von Menschen, die kinderlos bleiben. In Deutschland versorgen nach den Erkenntnissen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 14, April 2003) gegenwärtig 1,5 Mio. allein erziehende Mütter und Väter 1,9 Mio. Kinder und Jugendliche. 88 % der allein erziehenden Eltern sind Frauen, 12 % allein erziehende Väter. Während 1991 in Deutschland 136.000 Ehen geschieden wurden, betrug diese Zahl im Jahr 2001 197.500. Die Zahl der hiervon betroffenen Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren stieg im selben Zeitraum von 99.000 auf 153.000 an. Dadurch, dass die Bedürfnisse der Lebensgestaltung stärker an den Interessen Erwachsener ausgerichtet werden, treten kindliche Belange bei der Gestaltung der vorzuhaltenden Infrastruktur des Lebensraumes in den Bereichen Wohnen, Verkehr und soziale Begegnung zurück. Damit wachsen die Anforderungen an die, in der Regel früh notwendig werdende, soziale Orientierung und Selbständigkeit des Kindes und können zu nicht unerheblichem Stress führen, wenn es den damit verbundenen Erwartungen nicht entsprechen kann. Es sind nicht die leicht erkennbaren Formen von deutlichen Intelligenz- und Leistungseinschränkungen, bei denen die Gefahr besteht, dass ein Kind über seine Grenzen hinaus gefordert wird. Problematisch sind vielmehr diskrete Minderbegabungen und Teilleistungsschwächen, etwa beim Erlernen bestimmter Fähigkeiten, die ohne eine gezielte Beachtung das Entstehen von psychischen Entwicklungsstörungen bis hin zu schwerwiegenden emotionalen Störungen des Kindes begünstigen können.

Kinder müssen bisweilen in rascher zeitlicher Folge nicht nur die Aufgabe der Umorientierung ihrer eigenen Beziehungsgeföhle leisten, sondern sich genauso auf die Beziehungserwartungen neuer zentraler Bezugspersonen einstellen. Die Ergebnisse einer Langzeitstudie über einen Zeitraum von 25 Jahren von Wallerstein und Mitarbeitern (2002) zeigen, dass Kinder durch die Scheidung ihrer Eltern nicht nur in ihren äußeren Lebensabläufen beeinträchtigt werden, sondern dass ein solcher Vorgang die Entwicklung der Persönlichkeit überhaupt nachhaltig prägt. Insbesondere ist der Einfluss dieses Vorganges auf die Fähigkeit des jungen Menschen zu bedenken, mit

Veränderungen in seinem Leben fertig zu werden und eigene Beziehungen sicher aufbauen zu können. Es fanden sich in verschiedenen Untersuchungen Schulängste, Lernschwierigkeiten, destruktives Verhalten und andere soziale Probleme sowie Spätfolgen wie Bindungsstörungen, Beziehungsabbrüche und Verlustängste bei den von einer Ehescheidung betroffenen Kindern (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2003).

Das uns heute bekannte Wissen um Unterstützungsbedürfnisse des sich entwickelnden Kindes muss gerade auch solchen Eltern und Familien verfügbar gemacht werden, die aufgrund ihrer Lebensbedingungen in ihren erzieherischen Möglichkeiten eingeschränkt sind. Fegert (Fegert & Frühauf, 1999) fand bei der Reanalyse der Untersuchungen von Renschmidt und Walter (1990) zum Inanspruchnahmeverhalten fachlicher Hilfe von Eltern und Familien, die mittels entsprechender Befragungen gravierende Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder genannt hatten, dass insbesondere bei Familien mit einer unteren sozialen Schichtzugehörigkeit Behandlungs- und Hilfebedürfnisse nicht mit dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten übereinstimmten. Die repräsentative Befragung der Eltern von 1418 Jungen und 1405 Mädchen ergab, dass insgesamt 5,4% der Jungen und 4,4% der Mädchen ihren Eltern „große“ oder „größere“ Sorgen bereiteten. Davon gaben jedoch nur 37,2% der Eltern einen Beratungsbedarf an, 35% nahmen Hilfen tatsächlich in Anspruch. Es waren, wie auch in unserer Untersuchungsstichprobe, vor allem Aufmerksamkeitsprobleme, die sie zum Aufsuchen von Einrichtungen des Gesundheitssystems und des Systems der Jugendhilfe veranlasst hatten. Das Auftreten von aggressiven Verhaltensstörungen erhöhte die statistisch berechnete Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme fachlicher Hilfe um das 4-fache, was dafür spricht, dass nicht primär die unterschiedliche Sicht der Betroffenen, sondern auch die „Vehemenz, mit der Verhaltensauffälligkeiten als Belastung bzw. als Sorgen von den Eltern wahrgenommen werden“, deren Bereitschaft wesentlich mitbestimmt, Hilfe und Behandlung zu suchen (Fegert & Frühauf, 1999).

Das Behandlungskonzept der KJPP ist auf die Integration des psychisch erkrankten jungen Menschen in den Lebens- und schulischen bzw. beruflichen Ausbildungsbereich ausgerichtet. Im Vordergrund stehen sowohl die Sicherung sozialer Bindungen als auch die Bemühungen um Fortführung oder Wiederaufnahme von Schule und

Berufsausbildung. Behandlungsmaßnahmen müssen in intensiver Kooperation mit einer oft notwendigen langfristigen ärztlichen, psycho- und soziotherapeutischen Behandlung erfolgen. Die anstehende Absicherung von Schule und Berufsausbildung ist gegebenenfalls auf die Tatsache abzustellen, dass bisher gültige Ausbildungserwartungen angesichts der Realität verminderter Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Jugendlichen zu verändern sind. Die konkrete Ausgestaltung der Konzepte, die individuell entwickelt werden müssen, ist Aufgabe der gemeinsamen Rehabilitation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule. Solche Programme werden ihre Wirksamkeit jedoch nur entfalten können, wenn sie grundsätzlich langfristig und auf der Basis qualifizierter und in einer die jeweilige Fachlichkeit der beteiligten Disziplinen beachtenden und wertschätzenden Art und Weise angelegt sind. Dazu gehören Verbindlichkeit und Verlässlichkeit des kooperativen Hilfeprozesses.

Die alleinige Zuweisung institutionalisierter Hilfeformen oder Maßnahmen kann der Aufgabe einer qualifizierten Hilfeplanung nicht gerecht werden. Nur wenn Eltern Unterstützungsangebote als Stärkung ihrer eigenen Verantwortlichkeit erleben, werden sie diese auch mit der notwendigen Autorität, die sich aus der Bindung zu ihrem Kind ergibt, umsetzen können. Sie müssen zentraler Ansprechpartner aller Überlegungen bei Hilfeangeboten für hilfebedürftige junge Menschen sein.

Die vorgelegte Studie dient nicht zuletzt der Qualitätssicherung in der fachlichen Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Bereits nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB) Fünftes Buch (V) vom 20. Dezember 1988 wurde von den Leistungserbringern im System der gesetzlichen Krankenversicherung die Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung ihres Handelns gefordert. Hierzu wurde in § 135a, Satz 1 bestimmt: „Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ (Sozialgesetzbuch, 2002). Der im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz- GMG) vom 14. November 2003 neu gefasste § 135a, Satz 2 formuliert weiter: „Vertragsärzte,

medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsauftrag nach § 111a besteht, sind ... verpflichtet, (1.) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und (2.) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (Bundesgesetzblatt, 2003).

Um die benötigten adäquaten Behandlungs- und Hilfeformen zu konzipieren und auszugestalten, werden Effektivitätsprüfungen und Inanspruchnahmeuntersuchungen mit entsprechenden Fragestellungen benötigt. Vielfach wird aber über einen Mangel an Evaluation und Versorgungsforschung gerade im Bereich psychosozialer und psychotherapeutischer Arbeit geklagt. Wir möchten dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nachdrücklich dafür danken, dass es uns durch seine Unterstützung dieses Projektes die Möglichkeit dazu gegeben hat, das Thema der dringend notwendigen Qualifizierung integrativer Vorgehensweisen bei der Behandlung und Hilfestellung für Kinder und Jugendliche anzugehen und kreativ weiterzuentwickeln.

Für die gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse möchten wir nachdrücklich auch den beteiligten Familien, den Eltern und ihren Kindern danken. Sie waren dazu bereit, unseren Wünschen nach Mitwirkung an den Erhebungen zur Analyse und Bewertung der erprobten Vorgehensweisen zu folgen und die Mehrarbeit von Befragungen zu leisten. Ihr Vertrauen hat uns darin unterstützt, uns auf das komplexe Vorhaben einzulassen.

Die Abwicklung und Buchführung der finanziellen Projektmittel übernahm in enger Abstimmung mit dem Referat des Bundesministeriums die Verwaltung des Klinikums am Weissenhof. Wir danken der Geschäftsführung und ihren MitarbeiterInnen nicht nur für die notwendige kaufmännische, sondern auch für ihre inhaltlich engagierte Mitwirkung, mit der sie besonders das „Weinsberg-Heilbronner“-Teilprojekt begleitet haben.

Danken möchten die wissenschaftlichen Leiter des Projektes schließlich den Akteuren der fachärztlichen Seite und allen von ihnen einbezogenen Praxis- und KlinikmitarbeiterInnen. Eine solche Leistungserfassung, kritische Durcharbeitung und Beurteilung in fachlicher Gemeinsamkeit über 2 ½ Jahre durchzuhalten, verlangte von den 7 bundesweit verteilten Praxen und den 5 ebenfalls aus verschiedenen Bundesländern gewählten Kliniken Stehvermögen und Toleranz. Wir glauben, dass es uns in gegenseitiger Achtung und fachlicher Wertschätzung zwischen Klinik und Praxis gelungen ist, und dies wäre Grundlage einer qualifizierten integrativen Versorgungsstruktur, das gemeinsame Handeln in wechselseitiger Kollegialität zu reflektieren.

Wir meinen, dass sich die KJPP nach den Erkenntnissen dieses Projektes als eine qualifizierte fachärztliche Institution erwiesen hat, um die Aufgaben einer integrativen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit dem Ziel anzugehen, ihre Teilhabe am Leben der Gemeinschaft zu sichern und wiederherzustellen. Dies unterstützt uns in unserer Überzeugung, den neuen gesetzlichen Strukturen und Erwartungen des Gesundheitswesens an eine integrative fachärztliche Versorgung gerecht werden zu können. Die Gewissheit schließt gleichzeitig die Bereitschaft dazu ein, unser Handeln kritisch zu bewerten, um den größtmöglichen Nutzen für die sich uns anvertrauenden Patienten und ihre Familien zu erzielen.

Es kann als eine Bestätigung der Arbeit der Projektgruppe gewertet werden, dass die Teilnehmer der Modellprojekte nicht nur die Fortführung der eingeleiteten Kooperationsprozesse sondern auch die Beibehaltung der in Form von Kooperationsvereinbarungen niedergelegten Verbindlichkeit wünschen. Man entschied sich an den Projektstandorten dazu, die Kooperationsvereinbarungen, die zunächst nur für den Modellzeitraum abgeschlossen worden waren, weiterhin aufrechtzuerhalten, um die zukünftige interdisziplinäre Zusammenarbeit auf einer hohen Verbindlichkeitsstufe zu belassen. Am Projektstandort in Heilbronn/Weinsberg wird gegenwärtig die Fortführung des integrativen Versorgungsmodells mit daran interessierten Krankenkassen nach den Vorgaben des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vorbereitet. Hierfür wurde ein, allerdings noch nicht mit den Kostenträgern

abgestimmter, Mustervertrag entwickelt (Abb. 10.1), der zum Abschluss als konkretes Organisationsmodell einer integrativen Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen innerhalb des medizinischen Leistungssystems dargestellt werden soll.

Abbildung 10.1: Vertragsentwurf zur integrierten Versorgung

Entwurf eines M u s t e r v e r t r a g e s
z w i s c h e n
.....(im weiteren Vertrag „Krankenkasse“ genannt)
e i n e r s e i t s
s o w i e
..... (im weiteren Vertrag „Klinik“ genannt)
u n d
.....(im weiteren Vertrag „niedergelassene Ärzte“
genannt)
a n d e r e r s e i t s

Präambel

Das Klinikum am Weissenhof (unter Projektleitung von Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. J. Jungmann, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sowie die Praxis von Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. G. Seitz haben in den Jahren 2001 bis 2003 an einem vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützten Projekt zu „Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen“ teilgenommen.

Die dabei gewonnenen Erfahrungen sollen nunmehr in nachfolgendem Vertrag über integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V in der Fassung nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (Bundesgesetzblatt Seite 2190) umgesetzt werden. Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass durch eine integrierte Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen eine effektivere und effizientere Patientenversorgung erreicht werden kann. Durch die integrierte Versorgung soll eine Qualitätssteigerung bei der Patientenversorgung bei gleichzeitiger Angemessenheit der Vergütung sowohl der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen als auch der Krankenhausleistungen sichergestellt werden.

§ 1

Ziele und Behandlungsgrundsätze

(1) Durch die integrierte Versorgung soll die Verzahnung von vollstationärer und teilstationärer sowie ambulanter Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verbessert werden. Dies soll insbesondere durch möglichst frühzeitige

Einbeziehung des ambulant behandelnden Arztes in die klinische Behandlung bzw. durch möglichst frühzeitige Einbeziehung der Klinik, sofern die Notwendigkeit eines klinischen Aufenthaltes absehbar ist, erfolgen.

(2) Durch die Möglichkeit des Patienten, ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsmöglichkeiten gleichzeitig zu nutzen, sowie die intensive Abstimmung des Behandlungsablaufes zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten soll dem Patienten eine möglichst frühzeitige Entlassung aus der Klinik ermöglicht werden. Die behandelnden Ärzte sind bemüht, die durch die Erkrankung bedrohte psychosoziale Eingliederung des Patienten in sein Lebensumfeld durch die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen so wenig wie möglich zu belasten.

(3) In Anerkennung des Grundsatzes der grundsätzlichen Nachrangigkeit der stationären gegenüber teilstationärer und ambulanter Behandlung soll die therapeutische Verantwortung so weit wie möglich beim niedergelassenen Arzt belassen werden, auch wenn der Patient zeitweise klinische Behandlung benötigt.

§ 2

Teilnehmende Versicherte

(1) Die integrierte Versorgung steht grundsätzlich allen Versicherten der Krankenkasse offen. Die Teilnahme ist freiwillig.

(2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Form über Leistungsinhalt und Leistungsumfang dieser integrierten Versorgung.

§ 3

Versorgungsumfang

(1) Die integrierte Versorgung erstreckt sich auf Kinder und Jugendliche mit Krankheitsbildern, die einer klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung mit verhaltenstherapeutischen, familientherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zur Reintegration in die Lebensgemeinschaft bedürfen.

(2) Der Einschluss von Patienten in die integrierte Versorgung erfolgt nach Einschätzung der behandelnden Ärzte der Klinik bzw. der niedergelassenen Ärzte, wenn nach medizinisch fundierter Einschätzung eine vollstationäre und teilstationäre Behandlung, in der Regel im Rahmen einer längerfristigen fachärztlichen Therapie, erforderlich oder diese

abzuklären ist.. Die Einbeziehung eines Patienten in die integrierte Versorgung setzt eine Einwilligungserklärung des Patienten gemäß § 4 der Vereinbarung voraus. Der Einschluss eines Patienten in die integrierte Versorgung erfolgt durch schriftliche Erklärung eines der teilnehmenden Ärzte gegenüber der Krankenkasse, bei der der Patient versichert ist.

(3) Nach Aufnahme eines Patienten in die integrierte Versorgung umfasst der Versorgungsumfang sämtliche psychiatrischen Behandlungen durch die teilnehmenden Leistungserbringer.

(4) Die integrierte Versorgung umfasst sowohl die vollstationäre und teilstationäre als auch die ambulante Behandlung des Patienten vom Zugang der Einschlussklärung bei den Krankenkassen bis zur Erklärung eines der behandelnden Ärzte, dass eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung nicht mehr erforderlich ist, längstens jedoch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 4

Einwilligungserklärung

(1) Bei Beginn der Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung muss eine Einwilligungserklärung des Patienten und/oder seiner gesetzlichen Vertreter vorliegen. Diese Einwilligungserklärung ist der Krankenkasse bei Abgabe der Erklärung über die Einbeziehung eines Patienten in die integrierte Versorgung zur Kenntnis zuzuleiten.

(2) Die zu verwendende Einwilligungserklärung liegt diesem Vertrag als Anlage 1 bei und ist Vertragsbestandteil.

§ 5

Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept

(1) Im Rahmen der integrierten Versorgung soll die Behandlung des psychisch kranken Kindes/Jugendlichen soweit wie möglich auch dann in der therapeutischen Verantwortung des niedergelassenen Facharztes belassen werden, wenn der Patient zeitweise klinische Behandlung benötigt. Die therapeutische Verantwortung kann dem niedergelassenen Arzt schon während des klinischen Behandlungsabschnittes übertragen werden, wenn die Notwendigkeit einer längerfristig erforderlichen ambulanten Behandlung deutlich wird. Darüber hinaus bemühen sich die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte, die klinisch notwendige Behandlung so kurz wie möglich zu halten und in das Lebensumfeld des Kindes einzupassen.

(2) Die behandelnden Ärzte verpflichten sich, unverzüglich nach der Aufnahme eines Patienten in die integrierte Versorgung den jeweils anderen behandelnden Arzt, der die ambulante bzw. klinische Versorgung durchführen wird, von der Aufnahme des Patienten in die integrierte Versorgung zu informieren und den weiteren Behandlungsablauf miteinander abzustimmen.

(3) Es wird differenziert nach praxisgeleiteter Klinikbehandlung und klinikgeleiteter Praxisbehandlung von klinisch behandlungsbedürftigen Patienten sowie gemeinsamer Klinik- und Praxisbehandlung zur Abklärung klinischer Behandlungsbedürftigkeit.

(a) Bei der praxisgeleiteten Klinikbehandlung von klinisch behandlungsbedürftigen Patienten trägt der niedergelassene Facharzt unbeschadet der haftungsrechtlichen Verantwortung der Klinik in Abstimmung mit der Klinik die therapeutische Verantwortung und leistet die Fallführung unter Nutzung klinischer Behandlungsressourcen. Dieser Behandlungszugang zielt insbesondere darauf ab, die klinische Behandlungsbedürftigkeit zu reduzieren.

(b) Bei der klinikgeleiteten Praxisbehandlung trägt der Klinikarzt bzw. der ärztlich delegierte Klinikpsychologe die Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen der Facharztpraxis, die an der Behandlung des Patienten beteiligt ist. Der verantwortliche Klinikarzt bzw. Klinikpsychologe bemüht sich dabei um eine Verkürzung der klinischen Verweildauer im Vergleich zur ansonsten üblichen Verweildauer.

(c) Bei der gemeinsamen Klinik- und Praxisbehandlung zur Abklärung klinischer Behandlungsbedürftigkeit tragen Praxisarzt und Klinikarzt bzw. ärztlich delegierter Klinikpsychologe gemeinsam die Behandlungsverantwortung und Fallführung unter Nutzung der Behandlungsressourcen von Klinik und Praxis. Durch die gemeinsame Abklärung klinischer Behandlungsbedürftigkeit soll die längerfristige klinische Behandlung durch Intensivierung der Indikationsabklärung vermieden werden.

(4) Die niedergelassenen Ärzte nehmen an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil. Insbesondere soll das der Sozialpsychiatrievereinbarung entsprechende multidisziplinäre Behandlungsteam in den teilnehmenden Praxen für die Patienten, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, im Rahmen der Behandlung eingesetzt werden.

§ 6

Qualitätssicherung

(1) Die Ärzte und die Klinik verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung. Sie stellen die Erfüllung der Leistungsansprüche nach den Vorschriften der §§ 2 und 11 bis 62 SGB V für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sicher. Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass nur solche Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden dürfen, über deren Eignung der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) Die Behandlung der Patienten erfolgt entsprechend den Leitlinien zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Fassung des Jahres 2003. Insbesondere werden die dort aufgestellten Kriterien zur Entscheidung über ambulante versus klinische Behandlungsindikationen berücksichtigt.

(3) Im übrigen orientiert sich die Behandlung am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Bei der Behandlung der Patienten ist die Psychotherapie-Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu berücksichtigen.

§ 7

Dokumentation

(1) Die Identifikation von Leistungen und Patienten, die im Rahmen der integrierten Versorgung behandelt und abgerechnet werden, erfolgt entsprechend der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie © DGKJPP/BAG/BKJPP, 1998 (s. Englert et al., 1998).

(2) Die Ärzte und die Klinik verpflichten sich gegenüber den Patienten und deren Angehörigen, die bestehenden gesetzlichen Aufklärungs- und Dokumentationspflichten zu erfüllen.

§ 8

Vergütung der ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung

(1) Die Vergütung vollstationärer und teilstationärer Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung erfolgt gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG i. V. m. der Bundespflegesatzverordnung nach Pflegesätzen. Es handelt sich hierbei um die im Gesamtbetrag nach § 6 BPflV enthaltenen

Leistungen. Für diese Vergütung gelten ausschließlich die Regelungen der BpflV einschließlich des Budgets und der Ausgleiche.

(2) Für den zusätzlichen Aufwand, den die Klinik im Rahmen der integrierten Versorgung für zusätzliche Dokumentation, Koordination der Beteiligten, gemeinsame Planung des Behandlungsablaufes usw. hat, erhält die Klinik eine Pauschale in Höhe von ... € je Patient und Quartal, in dem der Patient behandelt wird. Die Klinik reicht bei der Krankenkasse eine Abrechnung gemäß Anlage 2 ein (Abrechnungsschema ist noch zu entwickeln). Anlage 2 ist Vertragsbestandteil.

(3) Die Abrechnung der ambulanten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen erfolgt unmittelbar zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenkasse. Der niedergelassene Arzt erhält eine leistungsbezogene Vergütung nach vereinbarten Stundensätzen. Der Vergütung liegt für ärztliche/ärztlich delegierte psychologische Praxisleistungen ein Stundensatz in Höhe von ... €, für nicht ärztliche, ergotherapeutische, soziotherapeutische, heilpädagogische sowie bewegungs-therapeutische Behandlungsleistungen ein Stundensatz in Höhe von ... € zugrunde. Für die zusätzlichen Leistungen, die der Arzt im Rahmen der integrierten Versorgung erbringt, erhält er eine Pauschale von ... € je Patient. Der niedergelassene Arzt macht seine Vergütung unmittelbar gegenüber der Krankenkasse, in der der Patient versichert ist, mit Hilfe des als Anlage 3 beiliegenden Formblattes geltend (Abrechnungsschema ist noch zu entwickeln, z. B. wie in Tab. 9.3.1, Kap. 9 des Projektberichtes). Anlage 3 ist Vertragsbestandteil.

(4) Die Krankenkasse ist verpflichtet, den Rechnungsbetrag sowohl der Klinik als auch der Ärzte innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag des Einreichens des Überweisungsträgers bei der Bank der Krankenkasse. Bei Fristüberschreitung kann der Arzt bzw. die Klinik Verzugszinsen in Höhe von 5 v. H. über dem Basiszinssatz gemäß § 247 BGB berechnen.

§ 9

Aufnahme weiterer niedergelassener Ärzte in die integrierte Versorgung

(1) Zwischen den Vertragsparteien besteht Einigung darüber, dass weitere niedergelassene Vertragsärzte in die integrierte Versorgung aufgenommen werden können, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

Der Arzt ist berechtigt, die Bezeichnung Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu führen.

Der Arzt nimmt an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil, d. h. die Praxis ist in der Lage, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Diensten zu gewährleisten.

Die Praxis befindet sich im Einzugsbereich der Klinik, d. h. in nicht mehr als 50 km Entfernung zur Klinik.

(2) Der Beitritt weiterer Vertragspartner erfordert die Zustimmung aller anderen Vertragspartner. Der Beitritt weiterer Ärzte kann nur bei Vorliegen sachlicher Gründe abgelehnt werden, insbesondere, wenn die unter Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Der Beitritt zum Vertrag erfolgt durch schriftliche Erklärung der beitretenden Ärzte. Die Beitrittserklärung gilt als Anlage zum Vertrag. Alle Vertragspartner erhalten eine Abschrift.

§ 10

Mitteilungspflichten der Krankenkasse

(1) Die Krankenkasse teilt sowohl den Ärzten als auch der Klinik unverzüglich mit, wenn ein bei ihr versicherter Patient die Krankenkasse verlassen hat.

Die Ärzte und die Klinik klären in diesem Fall mit dem Patienten gemeinsam, in welcher Krankenkasse er nunmehr versichert ist und ob die integrierte Versorgung fortgesetzt werden kann.

(2) Die Krankenkasse teilt den Ärzten und der Klinik ebenfalls unverzüglich mit, wenn ein Patient die Beendigung seiner Teilnahme an der integrierten Versorgung erklärt hat.

§ 11

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum in Kraft.

(2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum mit eingeschriebenem Brief an alle anderen Vertragspartner gekündigt werden.

(3) Die Anlage 4 kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum mit eingeschriebenem Brief durch alle teilnehmenden niedergelassenen Ärzte gemeinsam an die Krankenkasse gekündigt werden. Bis zur Vereinbarung neuer Vergütungssätze gilt die alte Vereinbarung fort.

(4) Kündigt ein teilnehmender Arzt die Vereinbarung, so hat dies nur sein Ausscheiden aus der integrierten Versorgung zur Folge, sofern nach seinem Ausscheiden mindestens ein Arzt in

der integrierten Versorgung verbleibt. Kündigt die Krankenkasse oder die Klinik, so ist die integrierte Versorgung damit für alle Vertragspartner beendet.

(5) Zwischen den Vertragsparteien besteht Einigkeit darüber, dass die gesetzlich neue Form der integrierten Versorgung zunächst eine Erprobung erfordert. Die Vertragsparteien verpflichten sich daher nach Ablauf eines Jahres, ihre Erfahrungen auszutauschen und gegebenenfalls erneut in Vertragsverhandlungen einzutreten.

Ort, Datum

.....

Ort, Datum

.....

Ort, Datum

.....

Ort, Datum

.....

Anlage 1 zum Vertrag über Integrierte Versorgung

Einwilligungserklärung der gesetzlichen Vertreter/des Patienten

Hiermit erkläre ich, dass ich durch Frau/Herrn.....über die Ziele und den Leistungsumfang der Integrierten Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie informiert worden bin/sind.

Ich bin mit einer Teilnahme meines Sohnes/meiner Tochter an der Integrierten Versorgung einverstanden.

Mir ist bekannt, welche niedergelassenen Ärzte an der Integrierten Versorgung teilnehmen. Hiermit verpflichte ich mich, für den Zeitraum der Teilnahme an der Integrierten Versorgung zur psychiatrischen Behandlung nur die teilnehmenden Ärzte bzw. das Klinikum Weinsberg aufzusuchen. Mein Recht auf freie Arztwahl bzw. das Recht meines Sohnes/meiner Tochter auf freie Arztwahl wird insofern eingeschränkt.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Integrierten Versorgung der Behandlungsablauf dokumentiert wird und allen behandelnden Ärzten zur Verfügung steht, wenn es die konkrete Behandlungssituation erfordert. Die Geheimhaltungspflicht der behandelnden Ärzte Dritten gegenüber bleibt davon unberührt.

Ort, Datum

.....

Ort, Datum

.....

Ggf. Unterschrift des behandelten Jugendlichen (ab 14 Jahren, bei Einsichtsfähigkeit)

11. Literatur

Achenbach, T.M.: Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 – deutsche Fassung: Döpfner, M. Plück, J.; Bölte, S.; Melchers, P.; Heim, K.: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, Köln, 1994.

Achenbach, T. M.: Manual for the Child Behavior Checklist/14 -18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C.: Manual for the Child Behavior Checklist/14 -18 and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Nomos, Bayreuth 1998.

Amorosa, H.: Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. In: Freisleder, F. J.; Linder, M. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, MMV München, 61-73, 1992

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Fragebogen für junge Erwachsene (YSR). Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD) 1993.

Barkmann, Claus; Marut, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52, 517-533, 2003.

Barthlen-Weis, M. & Breuer-Schaumann, A.: Sprachentwicklungsstörungen in Kombination mit anderen Teilleistungsstörungen. In: Martinius, J. & Amorosa, H. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen. Quintessenz 67-72, 1994.

Beichtman, J. H.; Wilson, B.; Brownlie, B.; Walters, L.; Inglis, A.; Lancee, W.: Long-term consistency in speech/language profiles: Behavioral, emotional and social outcomes. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36, 815-825, 1996.

Bertram, H.: Krise der Familie und Veränderung der Sozialisationsbedingungen für Kinder? In: Bericht und Empfehlungen der Enquete-Kommission „Kinder in Baden-Württemberg“. Landtag Baden-Württemberg, Drucksache 11/3919, 1994.

Bishop, D. V. M.: Comprehension in developmental language disorders. *Developmental Medicine and Child Neurology* 21, 225-238, 1979.

Bortz, J.: *Statistics for the social sciences*. 5. vollst. überarbeitete und aktualisierte Aufl., Springer-Verlag, Berlin 1999.

Bundesgesetzblatt: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003. Jahrgang 2003 Teil I Nr.55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken*. Nomos, Baden-Baden, 1996.

Cohen, J.: *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale N.J., Erlbaum, (1988).

Derogatis, L.R.: *SCL-90-R* Townson: Clinical Psychometric Research, Inc., 1992.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. 2. überarbeitete Aufl.. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2003.

Döpfner, M.; Schmeck, K. & Berner, W.: *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behaviour Checklist (CBCL/4-18)*. Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), 1994a.

Döpfner, M.; Berner & Lehmkuhl, G.: *Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Youth Self-Report Form (YSR) der Child Behaviour Checklist* Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), 1994b.

Döpfner, M.; Schmeck, K.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.; Poustka, F.: *Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist – eine Analyse in einer klinischen und in einer Feldstichprobe*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22, 189 – 205, 1994c.

Döpfner, M.; Berner, W.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, G.; Poustka, F.: International consistency and validity of the CBCL and the TRF in a German sample - a cross cultural comparison. In: Sergeant, J. (Ed.): *Eunethydis. European approaches to hyperkinetic disorder*, 51 – 81, Fotorotar, Zürich Egg 1995.

Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Berner, W.; Flechtner, H.; Schwitzgebel, P.; von Aster, M.; Steinhausen, H.-C.: Die Beurteilung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen anhand der Psychopathologischen Befunddokumentation. *Kindheit und Entwicklung* 4, 51- 60, 1995.

Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J. M.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F.; Lehmkuhl, G.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 25, 218-233, 1997.

Eggers, Chr.: Psychische Auffälligkeiten im frühen Schulalter. *Päd.* (3), 471 – 480, 1997.

Englert, E.; Jungmann, J.; Lam, L; Wienand, F., Poustka, F.: Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum* 5, S. 129 – 146, 1998.

Esser, G.; Schmidt, M.H.; Blanz, B.; Fätkenheuer, B.; Fritz, T.; Koppe, M.; Laucht, B.; Rensch, B.; Rothenberger, W.: Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 20, 232-242, 1992.

Europäische Kommission: Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz Referat 3 – Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichtserstattung und Verhütung von Verletzungen, Manuskript abgeschlossen im Februar 2000.

Faber, F.R. & Haarstrick, R.: *Psychotherapierichtlinien*. Jungjohann, Neckarsulm, 1992.

Fegert, J. M.: Die Bedeutung der Eingliederungshilfe für die Integration seelisch behinderter Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Kinderperspektive. In: Fegert, J. M. & Frühauf, T.: *Integration von Kindern mit Behinderungen*. Band 4,

Materialien zum 10. Kinder- und Jugendhilfebericht. Verlag Deutsches Jugendinstitut - München, Opladen, Leske und Budrich 1999.

Fend, H.: Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Leske & Budrich, Opladen, 2000.

Franke, H.G.: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R), deutsche Version. Beltz, Göttingen, 2000.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 14: Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Autorinnen: Helferich, C.; Hendel-Kramer, C.; Klindworth, H. Robert Koch-Institut (Hsrg.), Berlin 2003.

Grawe, K.; Donati, R., Bernauer, F: Psychotherapie im Wandel – Von der Profession zur Konfession In: Grawe, K.: Psychologische Therapie, 2. Auflage, Hogrefe, Göttingen 2000.

Heubach, H.-J. & Reinigen, P.: Beschreibung der Patienten einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dissertation (zitiert nach Schydlo & Heubach, 1992, S. 167f.) 1983.

Jungmann, J.; Göbel, D.; Remschmidt, H.: Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 56-75, 1978.

Jungmann, J.: Prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren und neurofunktionale Entwicklungsstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 11, 13-27, 1983.

Jungmann, J.: Bericht über das Bundesmodellprojekt Magdeburg. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 124, Nomos, Baden – Baden 2000.

Jungmann, J.: Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung und Externen Koordination des Modellprojektes des Landes Sachsen-Anhalt zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungswesen. www.sachsen-anhalt.de, Gesundheit/Aktuelles, 2002.

Kleining, G. & Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung (SSE): Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 20, 505 – 552, 1968.

Kunze, H. & Kaltenbach, L. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung. 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 1992/2003.

Landtag von Baden – Württemberg (Hrsg.): Bericht und Empfehlungen der Enquete-Kommission „Kinder in Baden – Württemberg“. 11. Wahlperiode, Drucksache 11/3919, 1994.

Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H.: Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 26, 6 – 20, 1998.

Lehmkuhl, G.; Döpfner, M.; Plück, J.; Fegert, J. M.; Huss, M.; Lenz, K.; Scheck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F.: Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 26, 83 – 96, 1998.

Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Scheidung – Trennung – Kindeswohl. Diagnostische, therapeutische und juristische Aspekte. Beltz, Deutscher Studienverlag, Weinheim 2003.

Liepmann, M. C.: Geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Huber, Bern 1979.

Mattejat, F.; Jungmann, J.; Meusers, C.; Schaff, C.; Schmidt, M.-H.; Scholz, M.; Remschmidt, H.: Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 26 (3); 174-182, 1998.

Mattejat, F.; Simon, B.; König, U.; Quaschner, K.; Barchwitz, C.; Felbel, D.; Herpertz-Dahlmann, B.; Höhne, D.; Janthur, B.; Jungmann, J.; Katzenski, B.; Naumann, A.; Nöckel, P.; Schaff, C.; Schulz, E.; Warnke, A.; Wienand, F.; Remschmidt, H.: Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 31, 293-303, 2003.

Melchers, P. & Döpfner, M.: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Arbeitsgruppe Kinder- und Jugend- und Familiendiagnostik, Köln 1993.

Möllmann, Ch.; Lenz, K.; Naumann, A.; Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U.: Klinikvergleich im Hinblick auf die Achse 5 des MAS: Unterschiedliche

Inanspruchnahmepopulationen oder regionale Besonderheiten? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 26, 113 – 123, 1998.

Noterdaeme, M.; Breuer-Schaumann, A.; Amorosa, H.: Zur Differentialdiagnostik von Sprachverständnisstörungen: Ergebnisse einer explorativen Studie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 26, 253-260,1998.

Presting, G.; Höger, Ch.; Witte-Lakemann, G.; Specht, F.; Rothenberger, A.: Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 26, 97 – 112, 1998.

Remschmidt, H. & Walter, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Hogrefe, Göttingen 1990.

Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 4., vollst. überarb. und erw. Aufl., Huber, Bern 2001.

Roosen-Runge, G.: Suchttherapie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie., Supplement 2, November 2002.

Roosen-Runge, G.: Praxis und Theorie der sozial-psychiatrischen Versorgungsform (SPV) in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, Teil I bis III. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 10, Heft 2, 40 - 77, 2000.

Schydlo, R. & H.-J. Heubach: Modellverbund „Psychiatrie“ - Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung - Interdisziplinäre Betreuung in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 7, Nomos, Baden-Baden 1992.

Sozialgesetzbuch: Textausgabe mit ausführlichem Sachregister und einer Einführung von B. Schulin. 29., vollständig überarbeitete Auflage, Stand 24. Juni 2002.

Statistisches Bundesamt Deutschland: www.bundesstatistik.de, 2004.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14: Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Metzler-Poeschel, Stuttgart 1998.

Steinhausen, H. C. & Remschmidt, H.: Migration und psychische Störungen. Ein Vergleich von Kindern griechischer „Gastarbeiter“ und deutschen Kindern in West-Berlin. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 10, 344 – 364, 1982.

Steyer, R.; Schwenkmezger, P.; Notz, P.; Eid, M.: Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen MDBF. Hogrefe, Göttingen, 1997.

Wagner, A.; Jennen-Steinmetz, C.; Göpel, C.; Schmidt, M. H.: Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? – eine Inanspruchnahmestudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 32, 5-16, 2004.

Wallerstein, J. S.; Lewis, J. M.; Blakeslee, S.: Scheidungsfolgen – Die Kinder tragen die Last. Eine Langzeitstudie über 25 Jahre. Votum, Münster 2002.

Warnke, A. & Lehmkuhl, G. (Red.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Herausgegeben von den Vorständen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart 2003.

Werner, K.; Poustka, F.: Typische Konfigurationen psychosozialer Belastungsfaktoren psychiatrisch auffälliger Kinder und Jugendlicher. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 24, 240-252, 1996.

Ziegert, B.; Neuss, A.; Herpertz-Dahlmann, B.; Kruse, W.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 21, 1201 – 1207, 2002.

12. Anlagen

Anlage 1: Praxisstruktur

BMG - Projekt

Integrierte Versorgung in der Kinder-

WISS. BEGLEITUNG

UND JUGENDPSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE

Institution/Praxis: ööö

Einordnung der Praxis in das psychosoziale Versorgungsumfeld

1. Einwohnerzahl des Einzugsgebietes öööööööö

2. Größe in qkm (geschätzt) ööö

3. Struktur der versorgten Region: ö

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1 überwiegend ländlich | 3 überwiegend kleinstädtisch |
| 2 überwiegend großstädtisch | 4 gemischt |

4. Infrastruktur der psychosozialen Versorgung der Region:

Bitte die Häufigkeit der Kooperation einschätzen:

- | | | | |
|----------|----------------|----------|-------------------|
| 1 häufig | 2 gelegentlich | 3 selten | 4 überhaupt nicht |
|----------|----------------|----------|-------------------|

	Anzahl	mittl. Entfern.	Plätze (ges.)	Kooperation
Facharztpraxen für KJPP	ö	ööö _{km}	öö	ö
Kliniken KJPP	ö	ööö _{km}	öö	ö
davon Tageskliniken	ö	ööö _{km}	öö	ö
Facharztpraxen für Kinder- und Jugendmedizin	ö	ööö _{km}		ö
Institutsambulanzen für KJPP	ö	ööö _{km}		ö
EB/Psychologische Beratungsstellen	ö	ööö _{km}		ö

Einrichtungen der Jugendhilfe: Kinder-/Jugendheime	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Einrichtungen der Jugendhilfe: Betreutes Jugendwohnen	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
WGs für psychisch behinderte Pers.	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Jugendhilfe: Notaufnahme/ Inobhutnahme	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Rehabilitationseinrichtungen – Psychosomatik	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Rehabilitationseinrichtungen – Sucht	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke)	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Sozialpädiatrisches Zentrum	Ö	ÖÖÖ _{km}		Ö
Kinderklinik	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Berufsanbahnung/Integr. i. d. Arbeitsleben; WfB	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Einrichtungen zur Berufsanbahnung: Trainingswerkstatt	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Einrichtungen zur Berufsanbahnung: andere	Ö	ÖÖÖ _{km}	ÖÖ	Ö
Angehörigengruppen	Ö	ÖÖÖ _{km}		Ö
Selbsthilfegruppen	Ö	ÖÖÖ _{km}		Ö
Ergotherapeutische Praxen	Ö	ÖÖÖ _{km}		Ö
Motopädische Praxen	Ö	ÖÖÖ _{km}		Ö
Krankengymnastische Praxen	Ö	ÖÖÖ _{km}		Ö
Logopädische Praxen	Ö	ÖÖÖ _{km}		Ö

Psychotherapeut. Praxen – tiefenpsychologisch, für Kinder	Ö	ÖÖÖ _{km}	Ö
Psychotherapeut. Praxen – tiefenpsychologisch, für Erw.	Ö	ÖÖÖ _{km}	Ö
Psychotherapeut. Praxen – tiefenpsychol., für Kinder u. Erw.	Ö	ÖÖÖ _{km}	Ö
Psychotherapeutische Praxen- analytisch	Ö	ÖÖÖ _{km}	Ö
Psychotherapeutische Praxen- verhaltenstherapeutisch	Ö	ÖÖÖ _{km}	Ö
Heilpädagogische Praxen	Ö	ÖÖÖ _{km}	Ö
Sonstige: _____	Ö	ÖÖÖ _{km} ÖÖ	Ö
Sonstige: _____	Ö	ÖÖÖ _{km} ÖÖ	Ö

Angaben zur Praxis

5. Fallzahlen pro Quartal: ÖÖÖ

davon sozialpsychiatrische Versorgung: ÖÖÖ

6. Personalausstattung:

	Anzahl	Arbeitsstunden/Woche
Ärzte	Ö	ÖÖ
Dipl.- Psychologen	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ
Heilpädagogen	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ

Sozialpädagogen	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ
Ergotherapeuten, psychomotorisch	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ
Ergotherapeuten, SI-Ausbildung	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ
Motopäden	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ
Pädagogen	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ
Logopäden	Ö	ÖÖ
In Zusatzqualifikation als _____		ÖÖ
Sekretärin	Ö	ÖÖ
Arzthelferin	Ö	ÖÖ
Raumpflegerin	Ö	ÖÖ

7. Psychotherapeutischer Schwerpunkt:

Ö

1 tiefenpsychologisch 2 verhaltenstherapeutisch 3 analytisch 4 gemischt

8. Häufigkeiten von Fallkonferenzen pro Monat:

gemeinsam mit Praxismitarbeitern:

öö

gemeinsam mit anderen Diensten:

öö

9. Notfälle pro Monat (Anzahl der Fälle):

öö

10. Klinikeinweisungen pro Monat (Anzahl der Fälle):

öö

11. Liaisondienste pro Monat in Kinderklinik (in Stunden):

öö

12. Liaisondienste pro Monat in Klinik für Kinder- und

Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (in Stunden):

öö

13. Liaisondienste pro Monat in anderen Praxen für Kinder-

u. Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie (in Stunden):

öö

14. Liaisondienste pro Monat mit Einrichtungen

der Jugendhilfe (in Stunden):

öö

15. Liaisondienste pro Monat mit Einrichtungen

der Behindertenhilfe (in Stunden):

öö

16. Liaisondienste pro Monat mit schulischen

Einrichtungen (in Stunden):

öö

17. Anzahl erwachsener Patienten (Anzahl):

öö

- | | |
|------------------------------------------------------|----|
| 18. Elterninformationsabende pro Monat (in Stunden): | öö |
| 19. Lehrerfortbildungen pro Monat (in Stunden): | öö |
| 20. Teilnahme an Arbeitskreisen (in Stunden): | öö |

Anlage 2: Ergänzungen zur BADO:

BMG - PROJEKT INTEGRIERTE VERSORGUNG IN DER KINDER- WISS. BEGLEITUNG UND JUGENDPSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE Ergänzungen zur BADO

Fallnummer: ööööööö

Institution/Praxis: ööö Soziopsychiatrievereinbarung: ö

1 ja 2 nein

Zum Vorstellungsanlass

1. Die Vorstellung wurde öö

veranlasst durch (zwei Kodierungen möglich): öö

- | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 01 Sorgeberechtigte(n) | 13 Kindergarten |
| 02 Jugendlichen/jungen Erwachsenen selbst | 14 Lehrer |
| 03 Psychosoziale Beratungsstelle/ EB | 15 Schulpsychologischen Dienst |
| 04 Hausarzt/ Kinderarzt | 16 Sonderpädagogische Beratung |
| 05 Nervenarzt/ Psychiater | 17 Schulaufsichtsamt |
| 06 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiat. | 18 Gesundheitsamt |
| 07 anderen niedergelassenen Arzt | 19 Jugendamt |
| 08 niedergel. Psychotherapeuten/ andere Therapeuten | 20 Jugendhilfeeinrichtung |
| 09 Kinder- u .Jugendpsychiater. Klinik/ Institutsambulanz | 21 Sozialamt |
| 10 Kinderklinik | 22 Polizei/ Gericht |
| 11 andere Klinik | 23 andere:_____ |
| 12 ambulante/ teilstationäre Frühförderung | |

2. Anlass der Vorstellung/ Probleme/ Symptome (5 Kodierungen möglich):

(Beschreibung der Problematik in freier Form):

öö

öö

öö

öö

(bitte alle bzw. die 5 wichtigsten der folgenden Probleme/ Symptome kodieren):

- 01 Sozial gehemmtes Verhalten/ scheu/ unsicher
- 02 Autistisches Verhalten
- 03 Misstrauisches/ zurückweisendes Verhalten
- 04 Hyperaktives Verhalten
- 05 Verweigerndes Verhalten/ massive Widersetzlichkeit
- 06 Aggressives Verhalten/ Störungen der Impulskontrolle
- 07 Lügen/ Betrügen/ Stehlen
- 08 Weglaufen/ Streunen
- 09 Schulverweigerung/ Schule Schwänzen
- 10 Distanzgemindertes Verhalten/Gesteigerter Antrieb/ Affektlabilität
- 11 Sexuelle Verhaltensauffälligkeiten
- 12 Zündeln/ Brandstiften/ Delinquentes Verhalten
- 13 Mangelnde pädagogische Steuerbarkeit
- 14 Mangel an Ausdauer und Konzentration
- 15 Mangelnde Leistungsmotivation/ Leistungsverweigerung
- 16 Gravierende Leistungsschwankungen
- 17 Spezifisches Leistungsversagen (im Lesen, Rechtschreiben, Rechnen)
- 18 Allgemeines Leistungsversagen
- 19 Verstärkte Misserfolgsempfindlichkeit
- 20 Angststörungen (Generalisierte Angst, Phobie, Prüfungsangst, Trennungsangst)
- 21 Schulphobie
- 22 Depressivität/ Insuffizienz/ Minderwertigkeitserleben
- 23 Abnorme Gewohnheiten (motorische Tics, vokale Tics, Stereotypien, andere)
- 24 Zwangsstörungen (Zwangsimpulse/ Zwangsgedanken/ Zwangshandlungen)
- 25 Essstörungen (verminderte/ erhöhte Nahrungsaufnahme/ selbstinduz. Erbrechen)
- 26 Anorexie
- 27 Bulimie

- 28 psychosomatische Störungen (Kopf-, Bauchschmerzen, Übelkeit u.a.)
- 29 Funktionelle Störungen (Einnässen/ Einkoten/ andere körperl. Symptome)
- 30 Fortdauernde Störungen des Denkablaufes oder/ und inhaltliche Denkstörungen/
- 31 Störungen der Wahrnehmung (z.B. Verkennungen, Wahnsymptome, Beziehungsideen)
- 32 Verminderung des Antriebs als Residuum einer psychotischen Erkrankung
- 33 Drogenmissbrauch
- 34 Unklarer intellektueller Entwicklungsrückstand
- 35 Störungen der Sprachentwicklung
- 36 Selbstschädigendes Verhalten (Suizidhandlungen, Selbstverletzungen)
- 37 Zustand nach seelischer Traumatisierung (z.B. sex. Missbrauch, Gewalterleben)
- 38 Psychische Störungen im Zusammenhang mit gravierenden chronischen organischen Erkrankungen (welche: _____)
- 39 Psychische Störungen im Zusammenhang mit gravierenden traumatischen Erfahrungen (z.B. sex. Missbrauch, Misshandlung
- 40 andere (welche: _____)

Zur Vorgeschichte der Symptomatik

3. Wann traten die Symptome erstmals auf, wegen derer der Patient/die Patientin

vorgestellt wird?

öö

- | | | | |
|-------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| 01 heute | 04 vor 2-4 Wochen | 07 vor 4-6 Monaten | 10 länger her |
| 02 vor 2-7 Tagen | | 05 vor 4-8 Wochen | 08 vor 6-12 Monaten |
| 03 vor 1-2 Wochen | | 06 vor 2-4 Monaten | 09 vor 12 24 Monaten |

3a. Gab es ein besonderes Ereignis, das für die Entstehung der Symptomatik

bedeutsam sein könnte?

öö

1 ja 2 nein

4. Wann traten die ersten Schwierigkeiten auf?

öö

- | | | |
|-------------------|---------------------|----------------------|
| 01 heute | 05 vor 4-8 Wochen | 09 vor 12 24 Monaten |
| 02 vor 2-7 Tagen | 06 vor 2-4 Monaten | 10 länger her |
| 03 vor 1-2 Wochen | 07 vor 4-6 Monaten | |
| 04 vor 2-4 Wochen | 08 vor 6-12 Monaten | |

Bisherige Hilfeeindrungen

5. Welche Dienste/Leistungen wurden wegen der welche Jahr Stunden

Vorstellungsproblematik bislang in Anspruch genommen? ö ö ö ö ö ö ö ö

(4 Kodierungen möglich):

ö ö ö ö ö ö ö ö

ö ö ö ö ö ö ö ö

ö ö ö ö ö ö ö ö

- 00 keine 99 unbekannt
- 01 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie stationär/teilstationär
- 02 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Institutsambulanz/Praxis
- 03 Kinderarzt
- 04 Lehrer
- 05 Schul-/ Sonderpädagogische Beratung
- 06 Schulpsychologische Beratung
- 07 Beratung durch Schulamt
- 08 EB/Psychologische Beratungsstelle
- 09 Ambulante Jugendhilfemaßnahme: Erziehungsbeistandschaft
- 10 Ambulante Jugendhilfemaßnahme: sozialpädagogische Familienhilfe
- 11 Ambulante Jugendhilfemaßnahme: andere (z.B. Nachhilfe, Schulaufgabenbetreuung)
- 10 Teilstationäre Jugendhilfemaßnahme: (heil)pädagogische Gruppe
- 11 Teilstationäre Jugendhilfemaßnahme: Tagesgruppe
- 12 Teilstationäre Jugendhilfemaßnahme: Tageseltern
- 13 Stationäre Jugendhilfemaßnahme: Heim
- 14 Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte
- 15 Sozialhilfe
- 16 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes
- 17 Hausarzt/ anderer niedergelassener Arzt
- 18 Medizinische rehabilitative Behandlung
- 19 Psychotherapie: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- 20 Psychotherapie: Ärztlicher Psychotherapeut
- 21 Ergotherapie
- 22 Krankengymnastik/ Bewegungstherapie

- 23 Sprachheiltherapie
- 24 Frühförderung
- 25 andere (welche: _____)

6. Als wie hilfreich schätzen die Betroffenen diese ein?		Dienst/Hilfe	Einschätzung
(bitte die unter Punkt 5. genannten Dienste/Hilfen einschätzen)			
1 sehr hilfreich	4 überhaupt nicht hilfreich	ö ö	ö ö
2 hilfreich	5 nicht einschätzbar	ö ö	ö ö
3 wenig hilfreich		ö ö	ö ö

7. Wie lange hat der Patient/ die Familie auf den jetzigen Behandlungsbeginn beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie gewartet?

				ö ö
01 überhaupt nicht	04 1-2 Wochen	07 2-4 Monate	10 länger	
02 1-2 Tage	05 2-4 Wochen	08 4-6 Monate		
03 2-7 Tage	06 4-8 Wochen	09 6-12 Monate		

Belastung des Kindes/ Jugendlichen durch die Problematik/Symptome, die zur Vorstellung führten

8. aus Sicht der Eltern/ Sorgeberechtigten:		ö
1 überhaupt nicht	4 stark	
2 wenig	5 sehr stark	
3 mäßig		
9. aus Sicht der Therapeuten/Fachleute:		ö
1 überhaupt nicht	4 stark	
2 wenig	5 sehr stark	
3 mäßig		

Belastung der Familie des Kindes/ Jugendlichen durch die Problematik/Symptome, die zur Vorstellung führten

10. aus Sicht der Angehörigen:

Ö

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 überhaupt nicht | 4 stark |
| 2 wenig | 5 sehr stark |
| 3 mäßig | |

11. aus Sicht der Therapeuten/Fachleute:

Ö

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 überhaupt nicht | 4 stark |
| 2 wenig | 5 sehr stark |
| 3 mäßig | |

Beurteilung der Fähigkeiten des Kindes/ Jugendlichen durch den Therapeuten(nach anamnestischen Angaben)

12. Schulischer oder beruflicher Leistungsstand des Kindes/ Jugendlichen

Ö

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 sehr gut, Noten überwiegend 1 | 4 unterdurchschnittlich, Noten überwiegend 4 |
| 2 gut, Noten überwiegend 2 | 5 ungenügend, Noten überwiegend 5 |
| 3 durchschnittlich, Noten überwiegend 3 | 6 erhebliche Leistungsveränderungen in letzter Zeit |
| 9 nicht beurteilbar | |

13. Soziale Kontakte zu Alterskameraden

Ö

- 1 Kind/ Jugendlicher hat intensiven sozialen Kontakt, viele Freunde
- 2 Kind/ Jugendlicher hat wenige, aber konstante Freundschaften
- 3 Kind/ Jugendlicher nimmt nur ausgewählt Kontakt auf, z.B. mit Älteren oder ähnlich beeinträchtigten Kindern/ Jugendlichen
- 4 Kind/ Jugendlicher ist sozial isoliert
- 9 nicht beurteilbar

14. Innerfamiliäres Verhalten

Ö

- 1 Kind/ Jugendlicher erfüllt altersentsprechende Aufgaben, respektiert die persönlichen Grenzen der anderen Familienmitglieder und zeigt ein altersgemäßes emotionales Kontaktverhalten/ Einfühlungsvermögen
- 2 Kind/ Jugendlicher zeigt in einem der unter 1 genannten Bereiche deutliche, in den anderen

allenfalls leichte Einschränkungen

- 3 Kind/ Jugendlicher zeigt in 2 der unter 1 genannten Bereiche deutliche Einschränkungen, ansonsten adäquates Verhalten
- 4 Kind/ Jugendlicher zeigt in allen unter 1 genannten Bereichen deutliche Einschränkungen
- 9 nicht beurteilbar

15 Freizeitverhalten

Ö

- 1 Kind/ Jugendlicher hat viele sehr gut entwickelte Interessen und Beschäftigungen/ kann sich sehr gut alleine beschäftigen
- 2 Kind/ Jugendlicher hat eine Reihe von Interessen und Beschäftigungen, denen es/er immer wieder, aber weniger als einmal wöchentlich nachgeht/ kann sich mit mäßiger Ausdauer alleine beschäftigen
- 3 Kind/ Jugendlicher hat nur wenige Interessen, geht keiner regelmäßigen Aktivität nach/ ist nur selten in der Lage, sich alleine zu beschäftigen
- 4 Kind/ Jugendlicher hat überhaupt keine besonderen Interessen/ kann alleine überhaupt nichts mit sich anfangen

16. Besondere Fähigkeiten/ Interessen:

Erwartungen

17. Was erwarten die Eltern/ Sorgeberechtigten von der gesuchten Hilfe?

(bitte kurze Beschreibung)

Die Eltern/ Sorgeberechtigten erwarten vor allem Verbesserungen:

Ö

(die 3 wichtigsten kodieren)

Ö

Ö

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1 im Sozialverhalten des Kindes | 3 im Leistungsverhalten |
| 3 im emotionalen Verhalten | 4 im Bereich der körperl. Gesundheit |
| 4 im häuslichen Bereich | 5 im schulischen Bereich |

- 6 verbesserte familiäre Erziehungs- und Kommunikationssituation
- 7 im Umgang des Kindes innerhalb seiner außerfamiliären Bezugsgruppen
- 8 in anderen Bereichen (welchen: _____)

18. Was erwartet das Kind/ der Jugendliche von der gesuchten Hilfe?

(bitte kurze Beschreibung)

Das Kind/ der Jugendliche erwartet vor allem Verbesserungen:

Ö

(die 3 wichtigsten Erwartungen kodieren)

Ö

Ö

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 im Sozialverhalten des Kindes | 2 im Leistungsverhalten |
| 3 im emotionalen Verhalten | 4 im Bereich der körperl. Gesundheit |
| 4 im häuslichen Bereich | 5 im schulischen Bereich |
| 6 im Umgang seiner außerfamiliären Bezugsgruppen (Freunde, peer-group) | |
| 8 in anderen Bereichen (welchen: _____) | |

19. Was erwarten die Therapeuten/Fachleute von der gesuchten Hilfe?

(bitte kurze Beschreibung)

Die Therapeuten/Fachleute erwarten vor allem Verbesserungen:

Ö

(die beiden wichtigsten kodieren)

Ö

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1 im Sozialverhalten des Kindes | 2 im Leistungsverhalten |
| 3 im emotionalen Verhalten | 4 im Bereich der körperlichen Gesundheit |
| 4 im häuslichen Bereich | 5 im schulischen Bereich |
| 6 verbesserte familiäre Erziehungs- und Kommunikationssituation | |
| 7 im Umgang des Kindes innerhalb seiner außerfamiliären Bezugsgruppen | |
| 8 in anderen Bereichen (welchen: _____) | |

Anlage 3:

Eltern/Sorgeberechtigten - Fragebogen zu Beginn der Behandlung

BMG - PROJEKT INTEGRIERTE VERSORGUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE

WISS. BEGLEITUNG

Datum:.....

Fallnummer: 000000 Institution/Praxis: 000

Bogen ausgefüllt von: Mutter/Ersatzmutter
 Vater/Ersatzvater
 Anderer Bezugsperson (z.B. Großmutter, Erzieherin)

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind kommt zur Behandlung in unsere Praxis. Um die Behandlung möglichst erfolgreich gestalten zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Schreiben Sie bitte auf den nächsten Seiten die Probleme auf, die zur Behandlung in unserer Praxis führen. Bitte beschreiben Sie die Probleme so genau wie möglich. Sie können das mit ganz einfachen Worten tun.

Schreiben Sie in die eingezeichneten Kästchen jeweils nur ein Problem. Die Reihenfolge spielt dabei keine Rolle. Bitte geben Sie bei jedem Problem auch an, wie stark Sie dieses Problem belastet. Hierfür stehen Ihnen vier Abstufungen zur Verfügung:

sehr stark	stark	etwas	wenig
(4)	(3)	(2)	(1)

Beispiel:

Markus findet keinen Anschluss an die Gleichaltrigen. Das belastet seine Eltern stark.

Links wurde das Problem ins Kästchen geschrieben. Rechts wurde dann das Ausmaß der Belastung angekreuzt.

<i>Markus findet keinen Anschluss an die Gleichaltrigen</i>	Ich fühle mich durch das Problem belastet/beeinträchtigt:			
	sehr stark	stark	etwas	wenig
	(4)	(X)	(2)	(1)

Problem/Beeinträchtigung Ihres Kindes

1.

Ich fühle mich durch das Problem belastet/beeinträchtigt

sehr stark -- stark -- etwas -- wenig

(4) (3) (2) (1)

2.

Ich fühle mich durch das Problem belastet/beeinträchtigt

sehr stark -- stark -- etwas -- wenig

(4) (3) (2) (1)

3.

Ich fühle mich durch das Problem belastet/beeinträchtigt

sehr stark -- stark -- etwas -- wenig

(4) (3) (2) (1)

4.

Ich fühle mich durch das Problem belastet/beeinträchtigt

sehr stark -- stark -- etwas -- wenig

(4) (3) (2) (1)

5.

Ich fühle mich durch das Problem belastet/beeinträchtigt

sehr stark -- stark -- etwas -- wenig

(4) (3) (2) (1)

Bitte schätzen Sie nun die Situation Ihres Kindes hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Bereiche ein.

1. Wie kommt Ihr Kind mit sozialen/pädagogischen Anforderungen/Regeln zurecht?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

2. Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

3. Wie ist der Kontakt Ihres Kindes zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

4. Wie gut kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

5. Wie gut kommt Ihr Kind mit schulischen Leistungsanforderungen zurecht?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

6. Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

7. Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung Ihres Kindes ein?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

8. Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche zusammenfassen:
Wie gut geht es Ihrem Kind zur Zeit insgesamt?

sehr gut ++	ziemlich gut +	mittel +/-	ziemlich schlecht -	sehr schlecht --	nicht beurteilbar
.....

Bei Behandlungsbeginn nannten die Eltern als Problem, dass ihr Kind keinen Anschluss an Gleichaltrige findet. Bei Behandlungsende halten die Eltern dieses Problem für sehr gebessert. Sie kreuzen das entsprechende Feld an.

<p><i>Markus findet keinen Anschluss an die Gleich-altrigen</i></p>

- nicht beurteilbar
- sehr gebessert + +
- etwas gebessert +
- unverändert +/-
- etwas verschlechtert -
- sehr verschlechtert - -

Problem/

Beeinträchtigung Ihres Kindes

1.

--

- nicht beurteilbar
- sehr gebessert + +
- etwas gebessert +
- unverändert +/-
- etwas verschlechtert -
- sehr verschlechtert - -

2.

--

- nicht beurteilbar
- sehr gebessert + +
- etwas gebessert +
- unverändert +/-
- etwas verschlechtert -
- sehr verschlechtert - -

3.

- () nicht beurteilbar
- () sehr gebessert + +
- () etwas gebessert +
- () unverändert +/-
- () etwas verschlechtert -
- () sehr verschlechtert - -

4.

- () nicht beurteilbar
- () sehr gebessert + +
- () etwas gebessert +
- () unverändert +/-
- () etwas verschlechtert -
- () sehr verschlechtert - -

5.

- () nicht beurteilbar
- () sehr gebessert + +
- () etwas gebessert +
- () unverändert +/-
- () etwas verschlechtert -
- () sehr verschlechtert - -

Was haben Sie bei uns als hilfreich erlebt?

	sehr hilfreich (++)	hilfreich (+)	weder/ noch (+/-)	wenig hilfreich (-)	gar nicht hilfreich (- -)	entfällt/ nicht zutreffend
die Atmosphäre in der Praxis						
die Therapiegespräche mit dem Arzt / der Ärztin						

die Therapiegespräche mit den anderen Therapeuten (welchen?).....						
die Therapiesitzungen Ihres Kindes						
die Familiengespräche						
Die Eltern-/ Familien- gruppe						
die Elterninformations- abende						
die unter Mitwirkung der Praxis geführten Ge- spräche mit der Jugendhilfe						
die unter Mitwirkung der Praxis geführten Gespräche mit Lehrern						
die unter Mitwirkung der Praxis geführten Gespräche mit anderen (mit wem?):.....						
anderes:.....						

Wie hat sich der Umgang Ihres Kindes mit alltäglichen Anforderungen und Regeln verändert?

sehr gebessert	etwas gebessert	unverändert	etwas verschlechtert	sehr verschlechtert	nicht beteiligt
++	+	+/-	-	--	
.....

Wie hat sich die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern verändert?

sehr gebessert ++	etwas gebessert +	unverändert +/-	etwas verschlechtert -	sehr verschlechtert --	nicht beteilbar
.....

Wie hat sich der Kontakt Ihres Kindes zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen verändert?

sehr gebessert ++	etwas gebessert +	unverändert +/-	etwas verschlechtert -	sehr verschlechtert --	nicht beteilbar
.....

Wie hat sich die Selbstbeschäftigung Ihres Kindes verändert (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?

sehr gebessert ++	etwas gebessert +	unverändert +/-	etwas verschlechtert -	sehr verschlechtert --	nicht beteilbar
.....

Wie hat sich der Umgang Ihres Kindes mit schulischen Leistungsanforderungen verändert?

sehr gebessert ++	etwas gebessert +	unverändert +/-	etwas verschlechtert -	sehr verschlechtert --	nicht beteilbar
.....

Wie hat sich die körperliche Gesundheit Ihres Kindes verändert?

sehr gebessert ++	etwas gebessert +	unverändert +/-	etwas verschlechtert -	sehr verschlechtert --	nicht beteilbar
.....

Wie hat sich die „nervliche“ und seelische Verfassung Ihres Kindes verändert?

sehr	etwas	unverändert	etwas	sehr	nicht
gebessert	gebessert		verschlechtert	verschlechtert	beteiligt
++	+	+/-	-	--	
.....

Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche zusammenfassen:
Wie hat sich das Gesamtbefinden Ihres Kindes verändert?

sehr	etwas	unverändert	etwas	sehr	nicht
gebessert	gebessert		verschlechtert	verschlechtert	beteiligt
++	+	+/-	-	--	
.....

Glauben Sie, dass die Behandlung Ihnen selbst genützt hat, familiäre Belastungen besser zu bewältigen?

sehr	etwas	unverändert	etwas	sehr	nicht
gebessert	gebessert		verschlechtert	verschlechtert	beteiligt
++	+	+/-	-	--	
.....

Wenn Sie alles erwägen, wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung in unserer Praxis?

sehr zufrieden (+++)	
zufrieden (++)	
etwas zufrieden (+)	
weder/noch (+/-)	
etwas unzufrieden (-)	
unzufrieden (- -)	
sehr unzufrieden (- - -)	

Würden Sie unsere Praxis anderen Eltern weiterempfehlen?

ja, sehr	
ja	
ja, etwas	
nein	

Möchten Sie Ihre Einschätzung begründen?

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung

Anlage 7: Elternbrief

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben sich mit Fragen und Sorgen an unsere Praxis gewandt. Wir werden uns bemühen, Ihrem Kind so schnell und so wirksam wie möglich zu helfen. Um diese Hilfe ganzheitlich erbringen zu können, arbeiten in unserer Praxis Ärzte mit Heilpädagogen/Sozialpädagogen und anderen Berufsgruppen eng zusammen.

Wir möchten die Wirksamkeit unserer Arbeit mit dem Ziel der ständigen Weiterentwicklung untersuchen. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie sich dazu bereit erklären könnten, die in unserer Praxis erstellte Dokumentation über die in Ihrem Fall durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in anonymer Weise einer wissenschaftlichen Auswertung zugänglich zu machen.

Wir wünschen Ihrem Kind baldige Besserung und Gesundheit und verbleiben mit Dank für Ihre Kooperationsbereitschaft.

Für die Praxis:
durchgeführten Auswertung
einverstanden:

Mit der in anonymisierter Form

Anlage 8

Vertragstext der Sozialpsychiatrievereinbarung

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) - Anlage 11 des Bundesmantelvertrages - Ärzte/Ersatzkassen.

Für den besonderen Aufwand gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung erhält der Arzt eine Kostenerstattung von 320,00 DM.

Anlage 11

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Ersatzkassenbereich (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)

Zwischen

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln - einerseits -
und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg
sowie dem AEV - Arbeiter Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg - andererseits -

wird gemäß §85 Abs. 2, Satz 4 und § 43a SGB V folgende Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Ersatzkassenversicherten geschlossen:

§ 1 Grundsatz

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei der gezielte Ausbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) jedoch nicht aufgeführt werden. Die Vertragspartner erfüllen damit zudem den in §85 Abs. 2 Satz 4 und §43 a SGB V

vorgegebenen gesetzlichen Auftrag. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.

§ 2 Teilnehmende Ärzte

An dieser Vereinbarung können Ärzte teilnehmen, die die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater erworben haben sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit entsprechender Qualifikation, d. h. mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn sie die in den §§ 3 und 4 genannten Voraussetzungen erfüllen und sich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichten, eine qualifizierte sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sinne dieser Vereinbarung sicherzustellen.

§ 3 Kooperation mit komplementären Berufen

(1) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleisten. Hierdurch müssen - zusätzlich zu den in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungs- und verordnungsfähigen Leistungen - die in der Anlage zu dieser Vereinbarung aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sichergestellt werden.

(2) Für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen dem Praxisteam mindestens ein Heilpädagoge und ein Sozialarbeiter bzw. eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation angehören. Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit des Heilpädagogen und des Sozialarbeiters im Praxisteam soll zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Für die

genannten nichtärztlichen Mitarbeiter müssen mindestens 2 eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen.

(3) Sind Diplompsychologen, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten in der Praxis nicht beschäftigt, hat der Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung unter Bezeichnung von Name und Anschrift nachzuweisen, daß er mit den betreffenden komplementären Berufen im Bedarfsfall kooperiert.

(4) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat sicherzustellen, daß neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam zusätzlich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der in Abs. 2 und 3 genannten komplementären Berufe stattfinden.

§ 4 Sonstige Aufgaben des teilnehmenden Arztes

Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt ist zur kontinuierlichen Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten und - soweit erforderlich - zu deren konsiliarischer Beratung verpflichtet. Dies betrifft insbesondere die regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens mit dem behandelnden Arzt.

§ 5 Antragsverfahren

(1) Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist ein entsprechender Antrag an die Kassenärztliche Vereinigung. Dem Antrag sind die Nachweise über die Erfüllung der in § 3 genannten Voraussetzungen sowie eine Erklärung beizufügen, nach der sich der antragstellende Arzt verpflichtet, die in dieser Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von ihm betreuten Patienten sicherzustellen.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist unabhängig von der Teilnahme an der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung. Die Übernahme der besonderen Versorgungsaufgaben nach dieser Vereinbarung erfolgt unbeschadet der vertraglichen

Vereinbarung gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V über die hausärztliche Versorgung zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der KBV vom 6. September 1993.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung entscheidet über den Antrag nach Prüfung des Vorliegens der in § 3 genannten Voraussetzungen.

(3) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat die Kassenärztliche Vereinigung über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in § 3 genannten Voraussetzungen betreffen.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung informiert die zuständigen Gliederungen des VdAK/AEV in regelmäßigen Abständen über die Namen und Anschriften der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte.

§ 6 Vergütung der Tätigkeit der nichtärztlichen Mitarbeiter

(1) Werden im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen Leistungen erbracht, die in der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) aufgeführt sind, so werden diese Leistungen nach den entsprechenden Leistungsansätzen der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) vergütet. Dies gilt auch für Leistungen der nichtärztlichen Mitarbeiter, wenn der Arzt diese anordnet, fachlich überwacht und der Mitarbeiter zur Erbringung der ihm übertragenen Hilfeleistungen qualifiziert ist.

(2) Zur Erstattung des besonderen Aufwandes, welcher im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit der multiprofessionellen Betreuung von Patienten nach Maßgabe dieser Vereinbarung verbunden ist, wird dem an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt zusätzlich zu den nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) abrechnungsfähigen Leistungen eine Pauschale je Behandlungsfall vergütet. Damit sollen insbesondere die Kosten erstattet werden, die dem Arzt für die Beschäftigung der unter § 3 Abs. 2 aufgeführten Mitarbeiter entstehen. Deren Tätigwerden in der Praxis des Arztes ist für eine umfassende ambulante sozialpsychiatrische Versorgung essentiell.

(3) Voraussetzung für die Vergütung der Pauschale nach Abs. 2 ist, daß der abrechnende Arzt auf dem Abrechnungsschein bestätigt, daß bei dem betreffenden

Patienten eine psychische Erkrankung, Behinderung oder Konfliktsituation mit fortgesetztem Interventionsbedarf unter Einbeziehung komplementärer Dienste vorgelegen hat.

(4) Die Kostenpauschale nach Abs. 2 wird dem an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt pro Kalendervierteljahr für höchstens 200 der in Abs. 3 beschriebenen Behandlungsfälle vergütet.

§ 7 Evaluation

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der VdAK/AEV werden die Ergebnisse dieser Vereinbarung gemeinsam erfassen und auswerten. Hierfür sollen zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte über die Durchführung und die Ergebnisse der auf der Grundlage dieser Vereinbarung durchgeführten Behandlungen befragt werden.

(2) Die Art der Befragung nach Abs. 1 wird von den Partnern der Vereinbarung in der Arbeitsgemeinschaft gemäß §50 Arzt-/Ersatzkassenvertrag einvernehmlich geregelt.

(3) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur Beteiligung an der Evaluation und stellen dazu in anonymisierter Form die geforderten Angaben zur Durchführung und zu den Ergebnissen der Behandlung zur Verfügung.

§ 8 Beendigung oder Widerruf der Teilnahme an der Vereinbarung

(1) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet

1. mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
2. mit dem Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt seine Tätigkeit nach dieser Vereinbarung einstellt,
3. mit der Feststellung durch die Kassenärztliche Vereinigung, daß die in dieser Vereinbarung festgelegten Erfordernisse durch den Arzt oder das Praxisteam nicht oder nicht mehr erfüllt werden.

(2) Die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch die Kassenärztliche Vereinigung zu widerrufen, wenn aufgrund einer Qualitätsprüfung im Einzelfall

(Stichprobe) gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 3 SGB V festgestellt wurde, daß die ordnungsgemäße Durchführung der Vereinbarung nicht mehr gewährleistet ist.

§ 9 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Die Vereinbarung tritt am 01.07.1994 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung kann von jedem Partner der Vereinbarung mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens zum 31. Dezember 1997.

Köln/Siegburg, den

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R.

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

Anlage

zur Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Ersatzkassenbereich (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung). Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder, die vom an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt sicherzustellen sind (§3 Abs. 1):

I. Diagnostik

1. Neuropsychiatrische Diagnostik unter Einbeziehung aller klinisch relevante somatischen Befunde.
2. Umfassende Diagnostik der Entwicklung und des Sozialverhaltens, einschließlich der Verhaltensbeobachtung im sozialen Umfeld.
3. Interaktions- und Beziehungsdagnostik einschließlich biographischer Anamnese und Beobachtung des Patienten im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und seiner Umwelt.

4. Spezifische Testdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung.

II. Therapie

1. Erstellen von individuellen Therapieplänen unter Einbeziehung der jeweils erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Maßnahmen.
2. Koordination und verantwortliche Begleitung des therapeutischen Prozesses.
3. Beratung der Bezugspersonen, ggf. mit Anleitung zur Verhaltensänderung.
4. Sozialberatung des Patienten und seiner Bezugspersonen.
5. Intervention bei psychosozialen Krisen, einschließlich der erforderlichen Kontaktnahmen z. B. zu Behörden und Schulen.
6. Heilpädagogische und soziotherapeutische Maßnahmen.
7. Psychotherapeutische Maßnahmen
8. Entwicklungstherapeutische Maßnahmen (z. B. Ergotherapie, Logopädie)

Veröffentlichung im Buchhandel:

Joachim Jungmann & Gotthard Roosen-Runge: Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen – Projekt 2001 – 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Shaker Verlag, Aachen 2004.