

VERSORGUNGSSTRUKTUREN FÜR KINDER- und JUGENDLICHE BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN und KRANKHEITEN

Ernst Berger¹

1. EINLEITUNG:

Im Laufe des Jahres 2004 wird als Teil der neuen Ärzteausbildungsordnung die Errichtung des Sonderfaches *Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)* erfolgen. Das bietet den Anlass, Überlegungen zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen bei psychischen Störungen sowie zum Selbstverständnis und zur Organisation des neuen Faches zu anzustellen.

Adäquate Hilfestellung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Krankheiten ist seitens der medizinischen Fachleute nur dann möglich, wenn in der Bevölkerung und in verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen Einstellungen und Haltungen vorhanden sind, die Diskriminierung der Betroffenen vermeiden. Ebenso wichtig sind professionelle Angebote verschiedener Fachbereiche, unter denen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychotherapie zentraler Stellenwert zukommt.

Die Psychotherapie ist einerseits eine Arbeitsweise, die innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie (neben Pharmakotherapie und sozialer Therapie) Anwendung findet, andererseits ist sie ein eigenständiger Gesundheitsberuf, der zu den Kooperationspartnern der KJP gehört.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann ihren Beitrag zu den Hilfs-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen (Krankheiten) nur in Kooperation mit anderen Disziplinen (andere medizinische Fachbereiche, andere Gesundheitsberufe etc.) leisten, bedarf dafür aber eigenständiger Strukturen.

Die – auch heute noch existierende - Diskriminierung von psychisch kranken Menschen kann nicht durch die Vermeidung des Begriffs „psychische Krankheit / Störung“ oder durch eine verschleierte und fehlerhafte Verwendung anderer Begriffe (z.B. „psychosomatisch“) und auch nicht durch die Vermeidung von kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen erreicht werden, sondern nur durch nicht-diskriminierende Strukturen und Arbeitsweisen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Andernfalls droht die Entstehung einer „2-Klassen-Psychiatrie“.

1.2. KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE:

In der Prüfungsordnung des Sonderfaches KJP ist das *Berufsbild* folgendermaßen beschrieben: Entsprechend der Definition des Fachgebietes umfasst die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen,

¹ Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Neurologisches Zentrum Rosenhügel; 1130 Wien, Riedelgasse 5. e-mail: ernst.berger@meduniwien.ac.at

entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

Kinder- und Jugendpsychiatrie stützt sich auf ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen und die Praxis des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters.

Als ärztliches Fachgebiet sind die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie Teil des Gesundheitssystems und eng verflochten mit der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendheilkunde, der Neurologie, der klinischen Psychologie, der Psychotherapie sowie dem psychosozialen Netzwerk (pädagogische Institutionen, Jugendwohlfahrt, Jugendgerichtsbarkeit etc.). Die Berufstätigkeit der Kinder- und Jugendpsychiaters erstreckt sich auf all diese Bereiche.

Leitbegriffe ihrer Arbeitsweise sind:

- ganzheitliche Sicht des Kindes, seiner Familie und seines Umfeldes
- Entwicklungs-, Familien-, Beziehungsorientierung
- Gleichgewichtige Beachtung von patho- und salutogenetischen Aspekten
- Multi- und interdisziplinäre Teamarbeit

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie fühlt sich der UN-Konvention über die Rechte des Kindes verpflichtet.

1.3. VERSORGUNGSSTRUKTUREN:

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche benötigen – oft langfristig – die Hilfe der KJP, die aber keineswegs immer „unter dem Dach“ der KJP erfolgen muss oder soll. Das Krankenhaus stellt nur einen Teil des erforderlichen Netzwerkes dar, das stets in Kooperation mit anderen Bereichen errichtet werden muss. Die Strukturen der Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Österreich sollen sich – den Traditionen dieses Fachbereichs entsprechend - an folgenden Prinzipien orientieren:

Sie sollen

- **integrativ** – unter weitgehender Vermeidung von Prozessen der Diskriminierung und des sozialen Ausschlusses und nahe dem Lebensumfeld.
- **niederschwellig** – leicht zugänglich, auch unabhängig von der sozialen Lage
- **kooperativ** – in Zusammenarbeit mit benachbarten Institutionen
- **fachkompetent** – auf hohem fachlichem Ausbildungsniveau

organisiert sein und den Regeln der Subsidiarität folgen:

- **ambulant vor stationär**
- **Freiwilligkeit vor Zwang (UbG)**

Historisch gewachsene Strukturen sollen Ausgangspunkte einer Verbesserung der Versorgung sein. Dies ist umso wichtiger, als

- sich das neue Sonderfach aus drei „Mutterfächern“ und ihren Versorgungsstrukturen heraus entwickelt hat
- den Aspekten der Verknüpfung bzw. Grenzziehung bei der Entstehung von Neuem besonderes Augenmerk zu schenken ist.

2. HISTORISCHER HINTERGRUND

Die Einrichtung des „*Zusatzfaches Kinder- und Jugendneuropsychiatrie*“ erfolgte 1975. Sie war als vertiefende spezielle Ausbildung im Rahmen der Sonderfächer Psychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie konzipiert und konnte von FachärztInnen dieser drei Sonderfächer in einer ergänzenden 3-jährigen Ausbildung erworben werden. Sie umfasste die psychiatrischen und neurologischen Aspekte des Kindes- und Jugendalters.

Die Einrichtung dieses Zusatzfaches bewirkte in den letzten 30 Jahren keine relevanten Veränderungen der Versorgungsstruktur in Österreich, die sich in den verschiedenen Bundesländern auf sehr unterschiedliche Institutionen stützte (und stützt):

- Eigenständige Krankenhausabteilungen oder Krankenhausstationen innerhalb pädiatrischer und / oder psychiatrischer Abteilungen (oder Sonderkrankenanstalten).
- Sonderpädagogische Institutionen mit „medizinischer“ Struktur, deren Träger die Jugendwohlfahrtseinrichtungen der Bundesländer waren; diese Einheiten hatten meist einen rehabilitativen (und pädagogisch – psychotherapeutischen) Schwerpunkt.
- Die ambulante Versorgung stützte sich fast ausschließlich auf Ambulanzen dieser stationären Strukturen. (Nur in Wien war mit den „Instituten für Erziehungshilfe“ eine eingeständige Institution für ambulante Psychotherapie entstanden).
- Diese Versorgungseinheiten trugen teilweise ihre historischen Bezeichnungen („Heilpädagogik“) – ungeachtet ihrer realen Position und Funktion im Gesundheitswesen – teilweise passten sie ihre Bezeichnung dem Zusatzfach (Neuropsychiatrische Abteilungen) an.
- Die Versorgungsangebote in den Übergangszonen der psychosomatischen und neurologischen Versorgung entwickelten sich – wenn überhaupt, dann meist unzureichend und ohne scharfe Konturen und adäquate Ausbildungsmöglichkeiten – unter dem gemeinsamen Dach der Mutterfächer und des Zusatzfaches: An einigen Orten sind Krankenhausstationen für Kinderneurologie entstanden, an anderen Orten wurden psychosomatische Stationen eingerichtet.

Mit der Etablierung der *Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF)* wurden erstmals spezifische Angebote der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (die intensive und die rehabilitative Behandlung; ausschließlich im stationären Bereich des Krankenhauses) als Leistungen im Gesundheitswesen kodifiziert (im Rahmen der Krankenversicherung gab und gibt es eine solche Leistungsbeschreibung bisher nicht).

Das *Psychotherapiegesetz* hat zu einer Verbreiterung des Versorgungsangebotes (zumindest im städtischen Bereich) geführt, wobei entscheidende Defizite festzustellen sind:

- psychotherapeutische Behandlung erfordert fast immer einen nennenswerten Selbstbehalt und ist dadurch mit einer sozialen Zugangshürde versehen

- es wurden (praktisch) keine spezifischen Ausbildungsangebote für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen entwickelt.

3. IST-ZUSTAND

3.1. Strukturelle und inhaltliche Defizite

Auf der Grundlage der beschriebenen historischen Entwicklung und des Zusatzfaches ist es nicht gelungen, ein ausreichendes und für das gesamte Bundesgebiet gleichmäßiges Versorgungsangebot zu schaffen.

- Die Versorgungsangebote stützen sich fast zur Gänze auf den stationären Bereich (bzw. die Krankenhausambulanzen).
- Teilstationäre und mobile Angebote fehlen weitgehend.
- Die Zahl der Fachärzte (Zusatzfach) reicht – nach EU-Normen – nicht für einen gleichmäßigen Versorgungsstandard aus.
- Es gibt praktisch keine Angebote im Bereich der niedergelassenen Ärzte.
- Das Psychotherapieangebot ist nicht ausreichend und nicht kostenneutral

Auch innerhalb der medizinischen „Mutterdisziplinen“ (Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie, Neurologie) ist es nicht gelungen, in ausreichendem Maße fachliche Expertise der KJP oder auch nur fachliches Verständnis für die Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu verankern. Die bestehenden Einrichtungen der KJP sind weitgehend isoliert geblieben – auch innerhalb der eigenen Krankenhausstrukturen.

3.2. Aktuelle Entwicklungen

- In den Versorgungsplanungen des ÖBIG werden derzeit Konzepte für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung einerseits und für die psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen andererseits entwickelt. Diese Planungen sind nicht ausreichend mit medizinischen Fachgesellschaften abgestimmt.
- In einigen Bundesländern zeichnen sich Entwicklungen ab, die zu einer Aufsplitterung der Versorgungsangebote – und damit zu einer „2-Klassen-Versorgung“ – führen könnten:
 - Stationäre Kleineinheiten in pädiatrischen Abteilungen, die vorwiegend der Betreuung der PatientInnen im Kindesalter sowie mit der geringeren Störungsintensität dienen.
 - Stationen für PatientInnen im Jugendalter und mit höherer Störungsintensität, die im Bereich der Psychiatrie eingerichtet werden.
 - Die Entwicklung der Struktur der Krankenhausbetten – mangelnde Auslastung pädiatrischer und psychiatrischer Betten durch Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich – könnte diese Lösungen als kostengünstige Variante der Gesundheitsplanung erscheinen lassen.
- In anderen Bundesländern werden weiterhin Strukturen geschaffen, die nicht in das Gesundheitswesen integriert sind (z.B. heilpädagogische Stationen). Auch diese Strukturen unterstützen die Aufsplitterung des Versorgungsangebotes.
- Derartige Tendenzen zur Zersplitterung erschweren die Ausbildung der künftigen FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

4. ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN

4.1. Versorgungsstrukturen:

Die Einrichtung des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet die Chance, eine grundlegende Verbesserung der Versorgungsstrukturen in die Wege zu leiten, die den eingangs formulierten Prinzipien folgt. Folgende Strukturelemente sind Bausteine der Versorgung und müssen bundesweit in ausreichendem Umfang (Bundes- und Regionalplanung) entwickelt werden:

- **Krankenhausstationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie**, die das volle Spektrum des Faches – Versorgung aller Altersgruppen und aller Intensitätsgrade psychischer Störungen – anbieten.

Die Personalplanung dieser Stationen müssen einerseits den Standards, die im LKF-System festgeschrieben sind (multidisziplinäres Team, Betreuungsintensität) und andererseits den Richtzahlen der Psych-PV entsprechen.

- **Liaisondienste der KJP**, die dazu dienen, Betreuungs- und Behandlungsteams in den (medizinischen und nicht-medizinischen) Nachbargebieten der KJP zu unterstützen, um PatientInnen mit Störungen niedriger Intensitätsgrade außerhalb der KJP zu betreuen.
- **Teilstationäre Einheiten der KJP**, insbesondere Tageskliniken, die als Teile des Krankenhauses oder außerhalb desselben organisiert sein können.
- **Ambulante und mobile Einheiten der KJP**, die – unabhängig von Krankenhausambulanzen – eine wohnortnahe Betreuung ermöglichen.
- **Niedergelassene FachärztInnen (KJP) und PsychotherapeutInnen**, die über eine spezifische fachliche Ausbildung und entsprechende Verträge mit den Krankenversicherungsträgern verfügen.

Die Entscheidung für die Nutzung einer der Strukturen des Betreuungsangebotes wird im allgemeinen eher aufgrund der Beurteilung der Störungsintensität (anhand fachlicher Beurteilungsinstrumente wie z.B. Achse 6 der MAS oder CBCL etc.) – und weniger aufgrund der Diagnose – getroffen.

4.2. Medizinische Übergangszonen

Die weiter oben dargestellten historischen Bedingungen haben nicht zur Entwicklung klar konturierter Versorgungs- und Ausbildungsstrukturen in den beiden Übergangszonen der Psychosomatik und der Neurologie geführt. Diese Situation ist für die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und für die ärztliche Ausbildung unbefriedigend. Sie sollte nicht dazu führen, durch terminologische Ungenauigkeiten zu einer Verschleierung der Versorgungsaufgaben und Behandlungsinhalte beizutragen.

Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat zu diesem Thema folgende Position entwickelt (Erklärung des erweiterten Vorstandes der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 3. April 2003):

In der ärztlichen Betreuung und medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben sich durch die wachsende Spezialisierung in den letzten Jahrzehnten Bereiche entwickelt, in denen sich die Kompetenzen von Subspezialitäten überschneiden. Diese Übergangsbereiche sollten grundsätzlich nicht durch Abgrenzung, sondern durch Modelle der Kooperation strukturiert werden. Aus der Warte unserer Fachgesellschaft betrifft dies derzeit vor allem die Bereiche der Kinder- und Jugendneurologie und der Psychosomatik. In diesen und anderen Übergangsbereichen sollte über Nahtstellen anstatt über Schnittstellen nachgedacht werden.

Leitlinien für die Strukturierung derartiger Nahtstellen sollten aus Qualitätsstandards der Versorgungsangebote und aus Ausbildungserfordernissen für die Tätigkeit in diesen Bereichen und nicht aus Monopolansprüchen abgeleitet werden.

In diesem Sinne hat unsere Fachgesellschaft im Sommer 2002 einen Vorschlag zur gemeinsamen Initiative mehrerer Fachgesellschaften für die Einrichtung eines Additivfaches für „pädiatrische Neurologie“ unterbreitet. Wir haben die Absicht, diesen Weg der Kooperation weiterzugehen.

Auf dieser Grundlage sollten Planungen der Österreichweiten Versorgungsstruktur (auf Bundes- und Länderebene) für die **Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters und für die Kinder- und Jugendneurologie** vorgenommen werden und auf historisch gewachsene Voraussetzungen aufbauen.