

19.05.2009

Antrag

der Fraktion der SPD

Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW ausbauen und konzeptionell weiterentwickeln

I. Steigende Nachfrage von Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nach der Veröffentlichung des "Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" – so die offizielle Bezeichnung der Psychiatrie-Enquête – durch die Bundesregierung 1975 hat die psychiatrische Versorgung unserer Bevölkerung eine vielfältige positive Entwicklung genommen. Die ursprünglich durch vollstationäre Angebote dominierte Krankenhausversorgung ist inzwischen durch eine differenzierte Struktur gekennzeichnet, die tagesklinische Kapazitäten und die Komplexbehandlung durch Institutsambulanzen einschließt.

Trotzdem besteht in der Versorgung und Begleitung von Menschen mit psychischen Krankheiten nach wie vor erhöhter Handlungsbedarf. Die Europäische Kommission weist 2005 in ihrem Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ darauf hin, dass die Prävalenz psychischer Störungen im langjährigen Trend einen kontinuierlichen Anstieg zeigt. Mehr als ein Viertel der Bewohner der Europäischen Staaten erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung. Eine solche Fallzahlsteigerung ist auch in Deutschland und insbesondere in NRW zu verzeichnen.

Im Kindes- und Jugendalter liegt die durchschnittliche Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten zwischen 10 und 20 Prozent. Die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) geht von einer Prävalenz von 10-12 Prozent der Kinder im Grundschulalter und 15-20 Prozent der Jugendlichen aus; bei etwa 10 Prozent besteht ein Beratungs- und Therapiebedarf. Doch nur etwa ein Fünftel der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen nimmt eine Beratung oder Behandlung in Anspruch.

Nur etwa 10 Prozent der behandlungsbedürftigen Kinder können, so wurde im Landtag NRW im Januar 2007 im Rahmen der Anhörung „Psychiatrie in NRW“ dargestellt, ausreichend behandelt werden. Selbst bei einem angenommenen Bedarf von 5 Prozent aller

Datum des Originals: 19.05.2009/Ausgegeben: 19.05.2009

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre ist die vorhandene Versorgungsquote unzureichend. Deshalb sind die Wartezeiten extrem hoch, was gerade für Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklungsdynamik dramatische Folgen hat.

II. Ursachen der Fallzahlsteigerungen

Die Ursachen der Fallzahlsteigerungen sind vielschichtig. Aber auch hier gilt der Zusammenhang, der für den Gesundheitszustand der Bevölkerung generell gilt: Ein höheres Armutsrisiko korreliert mit einem höheren Risiko, psychisch zu erkranken. Da das Armutsrisiko in den letzten Jahren in NRW gestiegen ist, ist darin eine der strukturellen Ursachen zu sehen. Damit geht einher, dass immer weniger Familien in der Lage sind, psychische Probleme ihrer Kinder zu erkennen bzw. aufzufangen. Verwandtschaftliche Netzwerke können, da sie in vielen Fällen nur noch über große Distanzen existieren, nicht mehr ausreichend stützen.

Wie dem Bericht 2008 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zu entnehmen ist, sinkt das Alter beim Einstieg in Drogen und Alkoholkonsum. Auf Grund der höheren Verletzlichkeit des noch unreifen Gehirns von Kindern und Jugendlichen und der noch nicht gefestigten Persönlichkeit führt dies gehäuft zu Suchterkrankungen und komorbiden Störungen. Psychotische Störungen, die sich ohne frühen Drogenkonsum erst im Erwachsenenalter oder auch gar nicht manifestiert hätten, treten aus dem gleichen Grund ebenfalls früher und häufiger auf.

Auch die höheren Überlebensraten bei Frühgeborenen durch eine verbesserte Perinatalmedizin führen infolge erhöhter cerebraler Vulnerabilität häufiger zu psychischen Erkrankungen bereits im Kindes- und Jugendalter. Es ist zu vermuten, dass die ergriffenen Maßnahmen zur verbesserten Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dazu führen, dass ein höherer Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung überwiesen werden und somit die Chance einer adäquaten Behandlung erhalten.

Parallel dazu ist insgesamt eine zunehmende Entstigmatisierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlungsangebote in Medien und Gesellschaft festzustellen. Die Information über psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlungsmöglichkeiten sind inzwischen viel leichter zugänglich, womit die Schwelle sinkt, eine entsprechende Beratung und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Und das ist gut so!

III. Ausgangslage in NRW

Die Politik in NRW trägt dieser Ausgangslage bisher nicht Rechnung: Seit Oktober 2005 liegen die Anträge sowohl für den Ausbau der stationären wie auch der tagesklinischen Plätze auf Eis. Bis zur Verabschiedung der neuen Eckwerte wurden die Verfahren „ruhend gestellt“. So ist es nicht verwunderlich, dass am 21. Januar 2007 alle Sachverständigen in der Anhörung zum Thema „Psychiatrie in NRW“ in NRW eine unzureichende Versorgung im Bereich der Psychiatrie und insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konstatiert haben.

Im September 2007 entschied der Minister gar, die Diskussion über die zukünftigen Eckwerte für die psychiatrische Krankenhausplanung auszusetzen, und ein weiteres

Jahr später – im August 2008 – erklärte er im Landesauschuss Krankenhausplanung, die Psychiatrieplanung in das laufende Verfahren zur Neuaufstellung des Krankenhausplanes eingliedern zu wollen, was das Verfahren noch weiter verzögerte.

Insbesondere den Stellungnahmen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) und der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände zur Anhörung im Haushaltsausschuss im Oktober 2008 ist zu entnehmen, dass die psychiatrische Versorgung der Kinder und Jugendlichen völlig unzureichend ist. Auch zur Anhörung zum Stand der Krankenhausplanung in NRW im Januar 2009 im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales konstatierten die Sachverständigen, insbesondere die KGNW, eine Unterversorgung in NRW.

Dies gilt sowohl für den voll- und teilstationären als auch für den ambulanten Bereich. Der Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ist in den letzten zwölf Jahren stärker gestiegen als der Ausbau von tagesklinischen und vollstationären Behandlungsplätzen. Dementsprechend war die Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten zwölf Jahren geprägt durch deutliche Steigerungen der Fallzahlen, durch eine permanente Auslastung der Kliniken zwischen 100 und 125 Prozent – bei gleichzeitig erheblicher Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer. Allein in den Jahren von 2002 auf 2005 stieg die stationäre Fallzahl um 20,1 Prozent, im Bereich der tagesklinischen Versorgung sogar um 25 Prozent. Dabei sind 75 Prozent der Aufnahmen im Jugendbereich und 55 Prozent im Kinderbereich Akut- und Notaufnahmen, d.h. sie gehen mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung einher und bedürfen so dringend der stationären Versorgung. Die Experten in der Anhörung 2007 haben jedoch deutlich gemacht, dass trotz des großen Bedarfs nur 20 Prozent der Facharztstellen in diesem Bereich besetzt sind.

Auch die ambulante Versorgung weist erheblich Defizite aus. Dieses kann insbesondere an den langen Wartezeiten von sechs bis neun Monaten und in einigen Regionen auch darüber hinaus abgelesen werden. Gerade im Kinder- und Jugendbereich ist eine solche lange Wartezeit nicht zu tolerieren bzw. zu verantworten. Die Verzögerung der Erstdiagnostik birgt die Gefahr, dass die Krankheitsverläufe ungleich schwieriger und langwieriger werden. Die Wahrscheinlichkeit, als Erwachsener weitere chronifizierte seelische Erkrankungen zu entwickeln, ist im Vergleich zu Erstmanifestationen seelischer Erkrankungen im Erwachsenenalter deutlich erhöht. Früherkennung und frühe Erstbehandlung dagegen verbessern deutlich die Gesamtprognose.

In der Anhörung zur Krankenhausplanung im Januar 2009 führte die KGNW aus, dass im Vergleich zum Bundesdurchschnitt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie für NRW eine deutlich schlechtere Versorgungssituation festzustellen sei. So liege die durchschnittliche Verweildauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Jahr 2006 im Bundesdurchschnitt bei 42,5 Tagen (Bettenauslastung 90,7 Prozent). Für NRW liegt in 2006 demgegenüber eine durchschnittliche Verweildauer von 37,5 Tagen (Bettennutzung: 95,3 Prozent) vor.

Betrachtet man den von der KGNW berechneten Behandlungsindex, so wird deutlich, dass NRW einen deutlich über dem Durchschnitt liegenden Wert erreicht. Dies liegt in der niedrigen Verweildauer und dem hohen Auslastungsgrad begründet. Die Möglichkeit diesen Behandlungsindex noch weiter hochzuschrauben, um den weiter steigenden Fallzahlen gerecht zu werden, sind fachliche jedoch Grenzen gesetzt. Der Faktor Zeit stellt in der Behandlung psychischer Erkrankungen eine wesentliche therapeutische Größe dar. Therapeutische Leistungen und Behandlungsprogramme können daher nicht beliebig zeitlich komprimiert werden, ohne dass gravierende Qualitätsverluste wirksam wür-

den. In der Resolution des Landschaftsausschusses des LVR aus dem Jahre 2008, die von allen Fraktionen getragen wurde, heißt es: "Der hohe Aufnahmedruck in den Kliniken führt vielfach dazu, dass die jungen Patientinnen und Patienten sehr viel früher aus der Behandlung entlassen werden müssen, als es therapeutisch sinnvoll und notwendig wäre."

Trotz der einhelligen Darstellung der Experten bereits zwei Jahre zuvor, war man im MAGS bisher nicht bereit, die Bedarfsplanung an epidemiologischen Daten auszurichten. Dabei liege hier, so die Meinung der Experten, der Grund für die erhebliche Unterversorgung. Wenn beispielsweise in einer Klinik, der die Regelversorgung für ein bestimmtes Versorgungsgebiet übertragen ist, nur 2,5 Patienten bis 15 Jahre mit einer Psychose nach der Bedarfsplanung sein dürften, aber 15 Patienten mit dieser Erkrankung in der Klinik zu versorgen seien und weitere ambulant versorgt werden müssten, so wird deutlich, dass die bisherigen Planungsgrößen nicht den Bedarf angemessen erfassen.

Noch im Oktober 2008 führte der Minister aus, dass die Bettenmesszahl (Betten und Plätze) in NRW über dem Bundesdurchschnitt liege. Wartelisten (allein) seien für ihn keine belastbare Grundlage. Sie seien vielmehr Ausdruck dafür, dass zunehmend Erziehungs- und schulische Probleme zu Lasten der GKV in den Gesundheitsbereich verschoben werden. Außerdem sinke die Zahl der Kinder und Jugendlichen um 10 Prozent. Das Ministerium ignoriert also völlig, dass gerade einmal ein Fünftel der auffälligen Kinder einer Fachärztin oder einem Facharzt vorgestellt werden.

Dagegen geht der 3. Bayrische Psychiatrieplan 2006 von einer jährlichen Fallzahlsteigerung in Höhe von 20 Prozent in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie aus, die auf eine Abnahme von Schwellenängsten und eine Zunahme spezieller Störungen zurückgeführt wird. Auch wenn eine Reihe von Ursachen der Fallzahlsteigerungen in den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu suchen sind und z. B. zu Konsequenzen in der Bekämpfung von Armut führen müssen, so gilt es, diejenigen die bereits erkrankt sind, adäquat zu versorgen. D.h. auch NRW muss sich wie Bayern auf weiteren und sektorenübergreifenden Versorgung.

Das im April 2009 vom MAGS vorgelegte Sofortprogramm, das eine zügige Bearbeitung von Anträgen für den Ausbau von tagesklinischen Plätzen und stationären Plätzen zusagt, beschreibt weder den Umfang des Bedarfs, den das MAGS gewillt ist anzuerkennen, noch sagt es etwas über die Kriterien aus, nach dem die Kapazitäten ausgeweitet werden sollen, und es ist nicht finanziell untermauert.

IV. Anforderungen an ein zukunftsweisendes Konzept psychiatrischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat dafür Sorge zu tragen, dass Erkrankungen verhindert oder aber zumindest so früh wie möglich erkannt und behandelt werden. Jugendhilfe, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Tageskliniken, Institutsambulanzen und Fachkliniken haben sicherzustellen, dass es nicht zu Brüchen in der Versorgung seelisch erkrankter Kinder und Jugendlicher kommt. Dieses ist erforderlich, um Rückschläge und Chronifizierung zu vermeiden.

Dazu bedarf es einer sicher vereinbarten Zusammenarbeit zwischen den Sektoren Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einerseits und einer von der Politik geschaffenen Rahmensetzung für eine sektorenübergreifende Finanzierungsmöglichkeit andererseits.

1. Prävention

Früherkennung im Kindes- und Jugendalter ist vor allem deshalb geboten, weil eine Verzögerung der Behandlung in den Phasen der Entwicklung eines Kindes zum Erwachsenen Defizite in der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung zur Folge haben kann und somit das Risiko für weitere seelische Erkrankungen im Erwachsenenalter deutlich erhöht. Daher sollte das gesetzliche Früherkennungsprogramm nach § 26 SGB V sollte um Screeninginstrumente bzw. Diagnoseverfahren zur frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risiken und psychische Störungen erweitert werden.

Ferner bedarf es einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hierzu ist ein Konzept zu entwickeln, wie

- der fachliche Austausch zwischen den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Einrichtungen der Jugendhilfe intensiviert werden kann;
- Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Bedarf an Maßnahmen der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie von beiden Sektoren abgestimmt versorgt werden können;
- die Betreuungskontinuität über die Grenzen der jeweils zuständigen Einrichtungen und Dienste hinweg gewährleistet werden kann sowie
- Kinder von psychisch, chronisch oder schwer erkrankten sowie suchtkranken Eltern präventiv erreicht werden können.

Ein solches Konzept sollte zunächst modellhaft in mindestens zwei Regionen erprobt werden.

2. Aufsuchende Dienste

Gerade auch die Zunahme Zahl seelisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in Jugendhilfekontexten erfordern dringend die Einrichtung spezifischer Anlaufstellen für diese Klientel bei den Jugendhilfeträgern und Jugendämtern. Dazu gehören auch sog. „aufsuchende Dienste“, wenn es zu Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter kommt, die z.B. mit sozialem Rückzug und/oder fehlendem Schulbesuch einhergehen. Ausgestattet mit kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenz muss sich dieser auf Initiative von Eltern, Schule oder Jugendamt ein Bild machen, ob eine fachlich fundierte Behandlung angezeigt ist. Ein solches frühzeitiges Intervenieren kann dabei helfen, stationäre Aufnahmen zur Diagnostik und Behandlung in Krisenzeiten auf wenige Tage zu beschränken. Bei Bedarf kann die weitere Betreuung durch Jugendhilfe in Verbindung mit einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung eingeleitet werden. Wartezeiten von mehreren Wochen und Monaten haben in solch einem System keinen Platz.

3. Ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Die Dichte der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ist in NRW mit 24.516 Minderjährigen pro Facharzt bzw. Fachärztin etwas besser als im Bundesdurchschnitt (26.809). Allerdings existieren diese

Facharztstellen zum Teil nur auf dem Papier. Nach dem Psychotherapeutengesetz galt bisher eine Quote von 40 Prozent für ärztliche Psychotherapeuten. Diese Sitze wurden statistisch gezählt unabhängig davon, ob sie besetzt waren oder nicht. Auch wenn sich kein entsprechender Facharzt fand, war eine Besetzung durch psychologische Psychotherapeuten nicht möglich. Hinzu kommt, dass es in der Psychotherapie keine getrennte Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendpsychotherapie einerseits und Erwachsenenpsychotherapie andererseits gibt. Dies lässt es zu, dass ein Großteil der psychologischen Psychotherapeuten, die die Zulassung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche haben, nur Erwachsene behandeln, da dieses wirtschaftlich etwas sicherer zu gestalten sei.

Nunmehr ist die Quote auf 25 Prozent abgesenkt worden, allerdings ohne die Option, die bisher nicht besetzten Facharztstellen durch psychologische Psychotherapeuten zu besetzen. Vielmehr wird die Zählweise nur der Realität angepasst, ohne die Versorgung zu verbessern.

4. Teilstationäre Versorgung durch Tageskliniken und Institutsambulanzen

Tagesklinische Behandlung kommt insbesondere für solche junge Patientinnen und Patienten in Betracht, die über ein ausreichend stabiles soziales Netz verfügen und Erkrankungsbilder aufweisen, die nicht mit einer übermäßigen Eigen- und Fremdgefährdung einhergehen, so dass eine Übernachtung im häuslichen Umfeld möglich ist. Dies setzt voraus, dass flächendeckend Tageskliniken und Institutsambulanzen eingerichtet werden.

Um den spezifischen Anforderungen eines differenzierten Behandlungsangebotes gerecht werden zu können und um unnötige Overheadkosten zu vermeiden, sollten Tageskliniken als Dependancen von entsprechenden Fachkliniken oder Fachabteilungen, die auch für die Pflichtversorgung der jeweiligen Region zuständig sind, oder von Kinder- und Jugendkliniken errichtet werden. Eine Ergänzung durch Institutsambulanzen dieser stationären Einrichtung ist ein wichtiger Schritt zur integrierten Versorgung, ersetzt aber nicht die integrative Zusammenarbeit zwischen (teil-)stationären und niedergelassenem Fachpersonal im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

5. Stationäre Krankenhausversorgung

Wie die bereits dargestellte Auslastung der Kliniken zeigt, die sich einerseits in einer kurzen Verweildauer und andererseits in einer langen Wartezeit manifestiert, sind stationäre Angebote nicht nur unverzichtbar, sondern ebenfalls noch nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Die Bedarfsfestlegungen nach Bettenmessziffern ist offenbar auch nicht das geeignete Verfahren, um den tatsächlichen Bedarf abzubilden. Es bedarf daher eines neuen zukunftsgerichteten Verfahrens, das die epidemiologische Entwicklung adäquat berücksichtigt.

Um differenzierte Angebote nach Diagnosen und auch unter Berücksichtigung von Genderaspekten durchführen zu können, sind Fachkliniken nicht nur unvermeidlich, sondern zwingend erforderlich. Anders ist eine entsprechende Breite an Behandlungsmöglichkeiten nicht zu gewährleisten. Dazu sind überregionale kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsschwerpunkte auszuweisen. Auf Grund der Fallzahlen und ihrer erforderlichen Spezialisierungen, die einer spezifischen Expertise und Erfahrung bedürfen, sind sie in den Fachkliniken zu verankern. Für nachfolgende Gruppen sind entsprechende Behandlungsschwerpunkte einzurichten:

- Jugendliche mit sexuell delinquentem Verhalten
- Geistig und schwer lernbehinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen
- Hörgeschädigte
- Jugendliche im Maßregelvollzug
- Minderjährigen mit Suchterkrankungen.

Die Einrichtung solcher Behandlungsschwerpunkte ist nicht geeignet, wie die bereits vorhandenen Untersuchungen zeigen, um den regionalen Bedarf an Regelversorgung in dem Maße zu senken wie überregionale Behandlungsschwerpunkte angeboten werden. Infolgedessen dürfen die Kapazitäten für die Schwerpunkte nicht auf den Regelversorgungsbedarf angerechnet werden.

V. Forderungen

Der Landtag stellt fest, dass die Kinder und Jugendlichen in NRW ein Recht auf eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und integrierte Versorgung durch eine flächendeckende ambulante sowie teil- und vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie haben. Die Realität ist jedoch gekennzeichnet durch eine eklatante Unterversorgung der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen in NRW.

Vor diesem Hintergrund fordert der Landtag die Landesregierung auf,

- ein Sofortprogramm zur Einrichtung und Finanzierung von tagesklinischen Plätzen einzurichten,
- ein Konzept zu entwickeln, um zu einer stärkeren Vernetzung zwischen dem Jugendhilfe- und dem Gesundheitssystem zu kommen und dieses modellhaft in mindestens zwei Regionen zu erproben,
- Kommunen dabei zu unterstützen, „aufsuchende Dienste“ zu etablieren
- ein realistisches, am tatsächlichen Bedarf orientiertes Verfahren zur Festlegung der teil- und vollstationären Kapazitäten zu entwickeln sowie
- überregionale Behandlungsschwerpunkte festzulegen, ohne eine Anrechnung dieser Kapazitäten auf die Regelversorgung vorzunehmen.

Hannelore Kraft
Carina Gödecke
Britta Altenkamp
Heike Gebhard

und Fraktion