

Bayerisches Staatsministerium für  
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

**Bericht der Arbeitsgruppe 1  
„Kinder- und Jugendpsychiatrie“**

**zur Fortschreibung des  
Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung  
psychisch Kranker und psychisch Behinderter**

**Leitung:  
Dr. Franz Joseph Freisleder  
Ärztlicher Direktor  
der Heckscher-Klinik  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

**Hinweis:**

Der Bericht der Arbeitsgruppe gibt ausschließlich das konsentierete Ergebnis der Arbeitsgruppe wieder. Die Bayerische Staatsregierung hat keinen Einfluss auf die Inhalte des Arbeitsgruppenberichts genommen und macht sich diese daher nicht zu Eigen.

## **Standortbestimmung und Entwicklungsperspektiven der kinder- und jugendpsychiatrischen, - psychosomatischen und -psychotherapeutischen Versorgung in Bayern**

**F. J. Freisleder, E. Fischer, P. Lehndorfer, M. Linder, G. Moll, G. Tavan, G.-E. Trott, A. Warnke**

Kinder und Jugendliche machen mehr als ein Fünftel unserer Bevölkerung aus. Psychische Beeinträchtigungen und Störungen sind bei ihnen keineswegs seltener als bei Erwachsenen, im Spektrum aller Erkrankungen des Entwicklungsalters spielen sie vielmehr eine immer größere Rolle. Sie sind deshalb für die Gesellschaft eine besondere Herausforderung. Aktuelle internationale epidemiologische Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass bei knapp 20 Prozent aller Kinder und Jugendlicher abklärungswürdige psychische Störungen oder umschriebene krankhafte Verhaltensauffälligkeiten bestehen, bei denen wenigstens einmal im Lauf ihrer Entwicklung ein diagnostisch-therapeutischer Handlungsbedarf besteht. Bei mindestens einem Viertel dieser Fälle, also bei etwa fünf Prozent aller Heranwachsenden, liegen bedeutendere, unbedingt und oft auch längerfristig behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen vor. Vor diesem Hintergrund haben neben präventiven Maßnahmen eine qualifizierte, möglichst frühzeitige Diagnostik und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter angesichts ihrer erheblichen individuellen Entwicklungsrisiken und ihrer potentiellen gesellschaftlichen Auswirkungen auch einen hohen gesundheitspolitischen Stellenwert.

### **Trotz struktureller Verbesserungen nach wie vor Versorgungsdefizite**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie hat seit Veröffentlichung des zweiten Bayerischen Landesplanes zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter im Jahr 1990 in unserem Bundesland eine durchaus erfolgreiche, wenn auch nicht in jeder Hinsicht zufriedenstellende Entwicklung durchlaufen. Zuständig für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkliniken, die niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugend-

psychiatrie und –psychotherapie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Obwohl nach wie vor der Grundsatz gilt, dass die ambulante Versorgung Vorrang vor der stationären Behandlung hat, besteht in Bayern sowohl für ambulante als auch stationäre Angebote die Notwendigkeit eines weiteren bedarfsgerechten Ausbaus. Laut Angaben des Bayerischen Sozialministeriums vom Sommer 2004 werden aktuell in den sieben bayerischen Regierungsbezirken insgesamt 690 voll- und teilstationäre Behandlungsplätze in Fachkliniken vorgehalten. Daneben gibt es 72 niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Von den ca. 750 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeiten ebenfalls 335 im niedergelassenen Bereich. Dies ist unbestritten eine signifikante Verbesserung der Versorgung im Vergleich zur Situation Anfang der 1990er Jahre.

Parallel zu diesen strukturellen Verbesserungen war jedoch überall in Bayern während der letzten 15 Jahre sowohl auf dem ambulanten als auch dem stationären Sektor eine massive Zunahme speziell der kinder- und jugend-psychiatrischen und –psychotherapeutischen Inanspruchnahme mit Fallzahlvervielfachungen (jährliche Zuwachsraten bis zu 20 Prozent) zu registrieren, manchmal verbunden mit langen Wartezeiten für die Patienten und ihre Familien. Verweildauerkürzungen im stationären Bereich, vor allem auf den Akutstationen, sind nicht nur Folge optimierter Behandlungsstrategien, sie resultieren auch aus einem enormen Aufnahmedruck.

### **Gestiegene Versorgungsqualität und stärkere Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Das institutionalisierte Angebot des Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie hat sich im letzten Jahrzehnt im ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich wesentlich fortentwickelt. Gleichzeitig ist, wie bereits erwähnt, die Inanspruchnahme deutlich angestiegen. Dies liegt zum einen an einer verbesserten Qualität der Versorgungsleistung in Erkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation durch die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Ein zweiter wichtiger Grund für die wachsende Nachfrage ist der zunehmende Bekanntheitsgrad des relativ jungen Fachgebietes und das Abnehmen der Schwellenangst vor einem Besuch beim Kinder- und Jugendpsychiater bzw. –psychotherapeuten. Viele El-

tern und professionell mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen Befasste fragen häufiger und schneller als früher im Einzelfall um Rat und Unterstützung nach. Dies führt dazu, dass den Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie immer zahlreicher Patienten mit psychischen Störungsbildern bzw. entsprechenden Verdachtsmomenten zugewiesen werden. Viele von ihnen wären in der Vergangenheit fachlich nicht oder nur inadäquat versorgt worden.

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich auch die Frage, ob heute tatsächlich mehr Kinder und Jugendliche seelisch krank sind. Während kinder- und jugendpsychiatrische Epidemiologen zahlenmäßig keinen dramatischen Anstieg des gesamten Störungsspektrums vermelden, drängt sich im ambulanten und klinischen Alltag jedoch zweifellos der Eindruck auf, dass man zumindest speziellen Störungsmustern öfter als noch vor einiger Zeit begegnet – eine dritte maßgebliche Ursache für die stetig steigende Inanspruchnahme. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass dieser Trend trotz einer sich fortlaufend ändernden altersmäßigen Bevölkerungszusammensetzung zugunsten der älteren Menschen nach wie vor anhält. Zu nennen sind hier Kinder mit umschriebenen, oft kombinierten Entwicklungsstörungen (Sprache, Motorik, schulische Fertigkeiten wie Lesen, Rechtschreiben und Rechnen), die deshalb in schulische Nöte und eine soziale Außenseiterposition geraten; außerdem Kinder und Jugendliche mit immer häufiger schon in den ersten Grundschuljahren beginnenden Störungen des Sozialverhaltens vor allem aggressiv-expansiver Tönung; Vorschul- und Schulkinder mit hyperkinetischem Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, ADHS) mit erheblicher Gefährdung in ihrer familiären, schulischen, beruflichen und sozialen Integration; dann solche mit einer bereits länger andauernden Schulverweigerung (Schulangst, Schulphobie, Schulschwänzen); oder schließlich eine steigende Anzahl von Jugendlichen und sogar Kindern mit einem sehr früh einsetzenden Alkohol- und Drogenmissbrauch. Vom Pubertätsalter an werden öfter als bisher in Praxis und Klinik vor allem Mädchen mit anorektisch-bulimischen Syndromen und Jugendliche nach auto- oder fremdaggressiven Erregungsdurchbrüchen bzw. depressiv-suizidalen Krisen vorgestellt. Signifikant mehr geworden sind überhaupt depressive Erkrankungen des Entwicklungsalters. Daraus resultierende Notfallsituationen mit ganz unterschiedlichem Hintergrund, die wegen der oft wenig transparenten Begleitumstände eine zumindest kurzfristige stationäre Krisenintervention erforderlich machen, haben in den kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskliniken während der letzten 15 Jahre ganz erheblich zugenommen.

Von hoher Versorgungsrelevanz sind aktuell darüber hinaus Angststörungen, Tic- und Zwangserkrankungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen (v.a. autistische Störungen) und die psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bei geistiger, Sinnes- und Mehrfachbehinderung, Ausscheidungsstörungen (Enuresis, Enkopresis), die frühen Bindungs- und die Persönlichkeitsstörungen sowie insbesondere die psychotischen Erkrankungen (v.a. affektive und schizophrene Psychosen).

Zu registrieren ist schließlich auch eine zunehmende Beanspruchung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im forensischen Bereich. Dies betrifft nicht nur die landesärztlichen Gutachten (zur Eingliederungshilfe nach u. a. § 39 BSHG, § 27 ff KHG oder § 35a SGB VIII), sondern vor allem gutachtliche Fragestellungen im Zivil- und Strafrecht (Sorge- und Umgangsrecht, geschlossene Unterbringung, Glaubwürdigkeit, Schuldfähigkeit) und im Versicherungswesen.

### **Optimierte Vernetzung mit Jugend- und Sozialhilfe dringend erforderlich**

Im Hinblick auf die Effizienz kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Arbeit hat sich herausgestellt, dass auch eine pragmatische Vernetzung mit Einrichtungen der Jugend- und Sozialhilfe unverzichtbar und deshalb weiter auszubauen ist. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, dass etwa bei jedem zweiten kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten eine Anpassungs- oder Sozialverhaltensstörung vorliegt. Verbesserungsbedarf besteht hier, etwa bei der Jugendhilfeplanung oder der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte und der Erziehungshilfe, speziell im Hinblick auf eine unabdingbare Mitwirkungskompetenz von Kinder- und Jugendpsychiatern und –psychotherapeuten. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat schließlich gerade in den vergangenen Jahren ganz wesentliche Beiträge zur praktischen Umsetzung von Maßnahmen der Jugendhilfe und Sozialhilfe geleistet. So haben Initiativen und Hilfestellungen der Fachgebiete zur Formulierung und praktischen Umsetzung der kulturministeriellen Bekanntmachung zur Förderung von Schülern mit Lese-/Rechtschreibstörungen maßgeblich beigetragen. Diese Bekanntmachung besitzt bundesweit Modellcharakter und hat darüber hinaus internationale Beachtung gefunden. Das Prinzip der „Multiaxialen Diagnostik“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist Grundlage der Begutachtungsverfahren bei allen sozialrechtlichen und forensischen Fra-

gestellungen im Kindes- und Jugendalter geworden und hat Eingang in die Richtlinien der zuständigen Länder- und Bundesministerien gefunden. Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass die seit Jahren geführte politische Diskussion über die Rückführung der Aufgaben des § 35a KJHG zur Sozialhilfe im Vollzug geschadet hat. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Sicht muss die Jugendhilfe vielmehr gestärkt werden und dazu in der Lage sein, ihre gesetzlichen Aufgaben zum Wohl der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien bestmöglich zu erfüllen.

### **Stationäre Regionalisierung mit Augenmaß**

Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung wird in Bayern in erster Linie von den Bezirkskliniken und den wenigen Universitätskliniken bzw. –abteilungen geleistet. In jedem Regierungsbezirk gibt es mittlerweile entsprechende Klinikstandorte, die auch über die Möglichkeit verfügen, Akutfälle stationär zu behandeln. Angesichts erheblicher Unterschiede nicht nur bei der ambulanten, sondern auch bei der stationären Versorgung zu Lasten peripherer Regionen unseres Bundeslandes wurde in den zurückliegenden Jahren insbesondere ein Schwerpunkt auf die Regionalisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie gesetzt. Wie sich gezeigt hat, muss eine solche Dezentralisierung aber mit Augenmaß erfolgen und darf nicht zu Lasten bereits gut etablierter Versorgungskrankenhäuser geschehen. Neue regionale Standorte mit einem verhältnismäßig kleinen Bettenangebot bzw. wenigen Tagesklinikplätzen können vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Kompetenzzentren in städtischen Ballungsräumen nicht ersetzen, sondern nur sinnvoll ergänzen. Hervorzuheben ist, dass kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag für eine große Region und der Möglichkeit, sämtliche psychiatrische und –psychosomatische Krankheits- und Störungsbilder in allen Stadien zu behandeln, bedürfen einer Größe von ca. 50 voll- und teilstationären Behandlungsplätzen (inkl. geschlossene Akutstation), einer Klinikschule sowie einer Institutsambulanz bedürfen, um entsprechend der Personalverordnung für Psychiatrie (PsychPV) und gemäß den neuen gesetzlichen Arbeitszeitbestimmungen ein adäquates therapeutisches Angebot mit angemessener Personalausstattung (z. B. auch ärztliche Versorgung mit Dienstarzt und zusätzlichem rufbereiten Oberarzt rund um die Uhr) vorhalten zu können. Es muss deshalb bei künftigen Regionalisierungsmaßnahmen darauf geachtet

werden, dass diese mit einer tatsächlichen Erweiterung des schon vorhandenen Behandlungsangebotes und nicht mit unververtretbaren Bettenreduktionen in bereits funktionierenden, zentral gelegenen Häusern verbunden sind.

Bei der Etablierung von neuen kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken inkl. Ambulanzen in der Region ist zudem zu berücksichtigen, dass entsprechende Einheiten nicht ohne geeignete Anbindungen konzipiert werden dürfen. Hier können Kooperationen vor Ort mit anderen klinischen Institutionen für Kinder und Jugendliche, die vor allem synergistische Effekte wie zusätzliche Therapie- und insbesondere Beschulungsmöglichkeiten bieten, günstige lokale Voraussetzungen sein. Unabdingbar ist für jede tagesklinische Einrichtung eine kooperative Verbindung mit einer funktionsfähigen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik mit vollstationärem Angebot.

### **Psychosomatische Stationen in Kinderkliniken keine Alternative für kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgungsangebote**

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass sich seit einiger Zeit bayerische Kinderkliniken und Sozialpädiatrische Zentren, die in den zurückliegenden Jahren immer weniger ausgelastet werden, mit sogenannten „psychosomatischen“ Abteilungen oder Stationen als Therapiealternative auch für psychiatrisch erkrankte Heranwachsende zu profilieren versuchen. Diese Einrichtungen sind aber keinesfalls ein Ersatz für kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Kliniken. Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen gehört in die Hand von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, die über die erforderliche Weiterbildungsqualifikation und Kompetenz verfügen und in einer räumlich und personell adäquat ausgestatteten Klinik mit einem differenzierten multiprofessionellen Therapeutenteam zusammenarbeiten können. Dieser Anspruch gilt zweifellos auch für psychosomatische Erkrankungen wie z. B. das breite Feld der Essstörungen oder der Somatisierungsstörungen etc. Diese Krankheitsbilder stellen nicht zuletzt deshalb von jeher klassische Behandlungsindikationen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie dar, weil bei ihnen eine hohe Komorbiditätsrate für weitere psychiatrische Störungen besteht.

Fraglos muss es als Fehlentwicklung betrachtet werden, wenn Kinder und Jugendliche mit „leichteren“ psychiatrischen Störungen in „psychosomatischen“ Stationen von Kinderkliniken behandelt werden. Personell und fachlich reduzierte, scheinbar kostengünstigere Konzepte verschlechtern nämlich einerseits die Therapiequalität und damit natürlich auch die Prognose. Und andererseits führen sie zu einer Konzentrierung von besonders problematischen Fällen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Wenn klinische Kooperationen mit der Kinder- und Jugendheilkunde unter einem Dach entwickelt werden, ist konsequent darauf zu achten, dass die ärztliche Leitung für den kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Bereich bei einem entsprechend ausgebildeten Chefarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie liegt. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass sich bei unzureichender bzw. nicht fachgerechter Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter die Persistenz- und Chronifizierungsraten bzw. die Lebenszeit-Krankheitskosten auf längere Sicht massiv erhöhen.

### **Handlungsbedarf bei Geistigbehinderten und bei jugendlichen Straftätern**

Planerischer Handlungsbedarf ist im stationären Bereich insbesondere noch im Hinblick auf zwei Patientenzielgruppen gegeben: Zum einen die psychisch kranken jugendlichen Rechtsbrecher, zum anderen die geistig- und mehrfach behinderten Kinder und Jugendlichen mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen. Bei beiden Problemgruppen sollten in Bayern angesichts der nicht allzu großen Fallzahlen bezirksübergreifende Lösungen angestrebt werden. Besonders schwierige jugendliche Straftäter ab dem Alter von 14 Jahren mit dem Verdacht auf eine erheblichere psychiatrische Erkrankung könnten – etwa zur Erstellung eines Gutachtens zur Schuldfähigkeit oder im Anschluss an ein Strafverfahren im Rahmen eines indizierten Maßregelvollzugs für psychisch kranke jugendliche Straftäter (§ 63 StGB) - überregional in einer kleineren stationären Einheit mit ca. 15 Plätzen unter kinder- und jugendpsychiatrischer Leitung an einem Ort in Bayern klinisch untersucht und behandelt werden. Derzeit besteht in Parsberg (Oberpfalz) bereits eine überregional zuständige Maßregelvollzugsklinik (56 vollstationäre Plätze) für junge Straftäter mit Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit (nach § 64 StGB). Durch die rasante epidemiologische Entwicklung auf dem Suchtsektor sind dort mittlerweile fast nur noch Minderjährige in Behandlung. Die Leitung obliegt bisher einem erfahrenen Erwachsenen-

psychiater, sollte aber längerfristig unbedingt in die Hand der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie gelegt werden. Vorstellbar wäre hier zum einen die Planungsperspektive, die bereits bestehende Parsberger Maßregelvollzugsklinik nicht nur mit nach § 64 untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden zu belegen, sondern diese auch für „§ 63-Patienten“ auszubauen. Eine zweite denkbare Variante für die Etablierung einer „§ 63-Abteilung“ für jugendliche und heranwachsende Maßregelvollzugspatienten wäre alternativ ein Standort, an dem neben einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik bereits ein forensisch-psychiatrisches Haus vorhanden ist – etwa in Bayreuth.

Für geistigbehinderte Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Krisensituationen sollten jeweils in Nord- und Südbayern, möglichst wiederum bezirksübergreifend an zwei bereits etablierten, dafür besonders prädestinierten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskliniken, entsprechend ausgestattete Schwerpunktstationen - wiederum jeweils mit ca. 15 – 20 Plätzen - eingerichtet werden, da diese Patientenklientel im üblichen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikrahmen meistens nicht integrierbar ist und daher gegenwärtig wohnortfern in Einrichtungen außerhalb Bayerns versorgt werden muss.

### **Ausbau und Aufwertung universitärer Einrichtungen**

Neben ihrer Mitwirkung an der Versorgung sind die kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken bzw. –abteilungen insbesondere für die Forschung, Lehre und Weiterbildung verantwortlich. Derzeit verfügt die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Bayern über C4-Lehrstühle nur an der Ludwig-Maximilians-Universität München und an der Universität Würzburg. Lediglich in Würzburg ist dieser Lehrstuhl derzeit auch besetzt (übrigens im Gegensatz zu fünf C4-Lehrstühlen in Baden Württemberg). Während an der Universität Erlangen-Nürnberg eine entsprechende Abteilung lediglich mit einer C3-Professur besteht, ist das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an den medizinischen Fakultäten der Universität Regensburg und der Technischen Universität München überhaupt nicht vertreten.

Dringend zu fordern sind deshalb der Ausbau und die Weiterentwicklung des Fachgebietes an allen fünf medizinischen Fakultäten Bayerns. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist gemäß Approbationsordnung Teil der medizinischen Lehre und Weiterbildung sowie Prüfungsfach in der Humanmedizin. Sie ist darüber hinaus an der universitären Lehre in den Studiengängen Diplompsychologie und Sonderpädagogik sowie an den entsprechenden Prüfungen dieser Fächer beteiligt. Unverzichtbar ist die feste Installierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie aber vor allem in der universitären Ausbildung aller Ärzte als Pflichtfach. Folgende Zielsetzungen sind somit in diesem Kontext vordringlich:

- Die Wiederbesetzung des C4-Lehrstuhls an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. Notwendig ist mit der Berufung eines neuen Lehrstuhlinhabers die Einrichtung einer stationären 20-Betten-Klinik in Verbindung mit einer teilstationären und ambulanten klinischen Versorgungseinheit, wie es die Planungen seit Jahren bereits vorsehen.
- Die Verselbstständigung der C3-Abteilung in Erlangen mit Anhebung der Position auf C4. Erforderlich ist hier auch eine entsprechende Erweiterung der bisherigen noch unzureichenden stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungskapazität.
- Die Errichtung weiterer C4-Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an allen übrigen medizinischen Fakultäten in Bayern mit vollwertiger klinischer Versorgungsstruktur (stationär, teilstationär, ambulant).
- Die Förderung des Faches Klinische Psychologie an den bayerischen Universitäten und Fachhochschulen und die Errichtung von Lehrstühlen für Klinische Psychologie. (Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) mit vollwertiger Ausstattung.

Bei den Grundstudiengängen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird die Umsetzung der Beschlüsse von Bologna hinsichtlich der Studienabschlüsse im Bereich der Psychologischen bzw. Pädagogischen Fakultäten und der Fachhochschulen für Sozialpädagogik eine Neuordnung der Vorbereitung auf die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Folge haben. Dementspre-

chend sind neben der Verankerung der notwendigen Grundlagen im Bachelor-Studium insbesondere spezielle Masterstudiengänge als Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzurichten.

**Ambulante medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Störungen ist Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Die Zahl der in Bayern niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Trotzdem ist bisher noch keine ausreichende, vor allem flächendeckende Versorgung durch niedergelassene Ärzte erreicht worden. Wegen der geringen Zahl niedergelassener Fachärzte existiert bisher auch keine Bedarfsplanung für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, die das bestehende Defizit quantitativ beschreibt.

Geradezu besorgniserregend stellt sich die Situation der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung in Bayern dar, wenn man sich auf die aktuellen Ermittlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Herbst 2003) bezieht: Von den an der medizinischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beteiligten niedergelassenen und laut KVB offensichtlich auch dazu berechtigten 1669 Fachärztinnen und Fachärzten sind nur 72 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Konkret heißt das, dass nicht einmal fünf Prozent dieser niedergelassenen Arztgruppe eine abgeschlossene kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbildung durchlaufen haben.

Bei 95 Prozent dieser Leistungserbringer auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher handelt es sich nämlich um Fachärzte für (Erwachsenen-)Psychiatrie und –psychotherapie bzw. Nervenheilkunde und um Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Es sei hier nicht in Abrede gestellt, dass etwa Erwachsenenpsychiater im Altersbereich der älteren Jugendlichen knapp vor Erreichen des 18. Lebensjahres mangels anderer lokaler ambulanter Alternativen durchaus erfolgreich tätig sein können. Eine Behandlungsqualität, die sich an den Ansprüchen der „Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Ju-

gentalter“ misst, kann aber von diesen Medizinern für den gesamten Bereich des Entwicklungsalters jedoch keinesfalls erbracht werden. Schließlich haben Erwachsenenpsychiater üblicherweise während ihrer gesamten Facharztweiterbildung niemals im Kinder- und Jugendlichenbereich gearbeitet und verfügen deshalb auch nicht über eine entsprechende Kompetenz. Gleiches gilt ebenso für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Sie sind zwar sicherlich auch in einem manchmal „fließenden“ Übergangsbereich zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Ihre Weiterbildungsrichtlinien fordern aber ebenfalls keinerlei Weiterbildungstätigkeit innerhalb des Gebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Perspektive kann eine adäquate medizinische Diagnostik und Therapie von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen selbstverständlich nur von entsprechend ausgebildeten Fachärzten geleistet werden, deren Weiterbildungsordnung (neben einem Weiterbildungsjahr in Erwachsenenpsychiatrie oder Pädiatrie) vier Jahre kinder- und jugendpsychiatrische Tätigkeit, davon mindestens zwei Jahre im stationären Bereich, vorschreibt.

### **Sozialpsychiatrie – Vereinbarung und bessere Vergütungsmodelle erhöhen Attraktivität für Niederlassung**

Als Erfolgsmodell zur Verbesserung der ambulanten Versorgung hat sich die bundesweit mit den Ersatzkassen abgeschlossene Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erwiesen, die mit Hilfe der KVB ebenso mit den bayerischen Regionalkassen umgesetzt wurde. Dadurch ist es möglich geworden, in einer Facharztpraxis mit einem multiprofessionellen Team kostengünstig eine weit größere Zahl von jungen Patienten wohnortnah effizient zu versorgen, als dies früher mit einer herkömmlichen Praxisstruktur möglich war. Der bisher nur geringe Anreiz für junge Fachärztinnen und Fachärzte, sich mit diesem Praxismodell niederzulassen, würde mit Sicherheit weiter steigen, wenn die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung längerfristig reglementiert und somit Planungssicherheit gegeben wäre.

Zur flächendeckenden Förderung der Niederlassung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Bayern sollten ferner Modelle analog der Weiterbildung zum Allgemeinarzt entwickelt werden, mit deren Hilfe sich eine größere Anzahl von Facharztweiterbildungen auch in entsprechend qualifizierten Praxen ermögli-

chen und finanziell unterstützen ließ. Im neuen Vergütungsmodell EBM 2000+ und dem darauf abgestimmten neuen Mengenbegrenzungssystem müssen außerdem ausreichende wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die Niederlassung von Kinder- und Jugendpsychiatern geschaffen werden. Und schließlich muss – unabhängig vom Tätigkeitsort – die Stellung der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie als Gutachter im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe gestärkt werden. Denn zweifellos können in den allermeisten Fällen ohne eine eingehende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik keine geeigneten, störungsspezifischen und somit auch langfristig erfolgreichen Maßnahmen lediglich durch die Jugendämter ausgewählt und eingeleitet werden.

Sinnvoll wären ergänzende Modellprojekte der sozialpsychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der Integrierten Versorgung, wie sie jüngst mit einigen Krankenkassen abgeschlossen wurden.

### **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Bayern**

Am 01.01.1999 ist das Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in Kraft getreten. Das Gesetz regelt einerseits die berufsrechtlichen und andererseits die sozialrechtlichen Belange der Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Besonders in ländlichen Gebieten ist eine qualifizierte ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht sicher gestellt, da bisher zu wenige Behandlungskapazitäten vorhanden sind. Es besteht bayernweit eine Unterversorgung, der bis dato mit Sonderbedarfszulassungen nach Nr. 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte bzw. mit Motivation der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten, sich verstärkt an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beteiligen, begegnet worden ist. Sinnvoll wäre es deshalb, innerhalb eines Projektes der Versorgungsforschung empirische Daten zum tatsächlichen Versorgungsbedarf zu erheben, um eine qualifizierte kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung umfassender als bisher sicherzustellen. Ferner sollte eine eigene Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeführt werden. Ebenso sind Kooperationsstrukturen

zwischen niedergelassenen und angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu entwickeln und auszubauen wie interdisziplinäre Kooperationsformen. Die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAGs) bieten hier eine mögliche Plattform an.

### **Verbesserungsbedarf an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung**

Unbedingt verbesserungswürdig ist die Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung. Derzeit finden kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken häufig keinen psychotherapeutischen Behandler, der eine notwendige Nachsorge übernehmen kann. Und umgekehrt finden ambulant tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oft keinen kurzfristigen Behandlungsplatz in der Klinik. Konzepte im Sinne eines im Einzelfall erforderlichen Krisenmanagements vor einer stationären Behandlung oder auch nach Entlassung sind deshalb interdisziplinär zu entwickeln. So sollten in den Regionen Arbeitsgruppen gebildet werden, die dazu beitragen, dass diese manchmal problematische Schnittstelle künftig optimiert wird. Einen wesentlichen Beitrag könnten in diesem Zusammenhang auch Qualitätszirkel, Super- oder Intervisionsgruppen, die fachübergreifend von Behandlern aus dem ambulanten und stationären Sektor besucht werden, leisten. Ferner ist die Abstimmung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Erziehungsberatungsstellen und Fachambulanzen im Sinne der Patientenversorgung in Zukunft weiter zu optimieren.

Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen der Kinder- und Jugendpsychiater und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in vielen Fällen dieselbe Zielgruppe als Klientel haben, ist derzeit insofern formal geregelt, als der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bei Verdacht auf Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, die eine fachärztliche Behandlung bzw. Mitbehandlung erfordert, den Patienten zu Beginn der Behandlung zur Abklärung konsiliarisch an einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie zu überweisen hat. Darüber hinaus hat sich vor Ort eine Zusammenarbeit zwischen Vertretern der beiden Berufsgruppen entwickelt, die den Erfordernissen der täglichen Arbeit entspricht. Nicht zuletzt wegen der hohen Komorbiditätsproblematik, die in vielen Fällen ein mehrgleisiges Vorgehen erfordert, ist ein weiterer Ausbau der Zusammenarbeit anzustreben, um die Behandlungserfolge zu sichern und zu optimieren.

### **Stärkung der Position der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung und Anstellung**

Anzustreben ist in Zukunft eine kontinuierliche Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren unter Berücksichtigung alters- und entwicklungstypischer Merkmale der psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Hierzu bedarf es insbesondere weiterer Therapiestudien. Die Durchführung störungsspezifischer und auch störungsübergreifender Gruppentherapien hat sich bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ähnlich wie bei Erwachsenen bewährt. In der ambulanten Versorgung steht bisher kein ausreichendes Angebot an Gruppentherapien zur Verfügung. Eine Ausweitung dieser Verfahren würde zur Verbesserung der Behandlungseffizienz beitragen.

Ferner ist die Einbindung psychotherapeutischer Konzepte in den Bereichen Prävention und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter auszubauen.

Schließlich ist die Position von angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berufsrechtlich unbedingt zu verbessern. Der psychotherapeutische Beitrag innerhalb der Gesamtversorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im institutionellen Kontext ist klarer als bisher zu regeln. Die praktische Tätigkeit nach § 2 KJPsychTh-AprV (1200 Stunden Praktikum in einer klinischen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung) sollte unbedingt vergütet werden, um die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abzusichern.

**Ergänzung zum  
Bericht der Arbeitsgruppe 1  
„Kinder- und Jugendpsychiatrie“**

**Manuskript „Standortbestimmung und Entwicklungsperspektiven der kinder- und jugendpsychiatrischen, –psychosomatischen und –psychotherapeutischen Versorgung in Bayern“**

Sehr geehrter Herr Arians,

wie telefonisch angekündigt, möchte ich mich auf diesem Weg in der obigen Angelegenheit nochmals an Sie wenden. Es geht mir dabei um zwei Ergänzungen im Zusammenhang mit dem eingereichten Text. Zum einen möchte ich eine kleine Korrektur im Hinblick auf die fachärztlichen Qualifikationen des Co-Autors Dr. M. Linder aus Regensburg anbringen und bitte deshalb um Austausch der Seite 19 des Manuskripts (siehe Anlage).

Zum anderen erreichte mich am 17.03.05 ein Schreiben des niedergelassenen Kollegen Professor Dr. med. G.-E. Trott aus Aschaffenburg, der in Absprache mit dem niedergelassenen Kollegen Dr. E. Fischer aus München unserem gemeinsamen Manuskript eine Kommentierung zur Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bayern anfügen möchte, wie sie sich auf Seite 15 ff widerspiegelt. Beide niedergelassenen Kollegen sprechen im Namen des Berufsverbandes der niedergelassenen Bayerischen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Die ergänzende Kommentierung lautet wie folgt:

„Auf Seite 15 findet sich die Formulierung, dass „ergänzende Modellprojekte der sozial-psychotherapeutischen Versorgung ...“ sinnvoll wären. Dies würde bedeuten, dass nichtärztliche Psychotherapeuten originär kinder- und jugendpsychiatrische Aufgaben übernehmen und z.B. auch Hilfstherapien wie Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie verordnen können. Wir denken, dass dies nicht konsensfähig ist. Auch die Behauptung, Bayern sei mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterversorgt, ist schwer nachzuvollziehen, wenn auf der anderen Seite völlig zu Recht behauptet wird, es gäbe keine Bedarfszahlen. Wir müssen doch von der naiven Vorstellung freikommen, dass ausschließlich der Patient bestimmt, was ihm gut tut und dass dieses dann auch unter kritischen fachlichen Gesichtspunkten für notwendig und wirtschaftlich, so wie es das Sozialgesetzbuch verlangt, gesehen wird. Dass kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken angeblich keine Nachsorge für Patienten finden, hat sicherlich viele Erklärungen. Aus der Sicht von Professor Trott ist hier nur zu sagen, dass ihm ein solcher Fall in 25 Jahren klinischer und praktischer Tätigkeit noch nicht vorgekommen ist. Dass umgekehrt ambulant tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oft keinen kurzfristigen Behandlungsplatz in der Klinik finden, ist richtig, denn die Indikation für einen Klinikaufenthalt kann ausdrücklich nur ein Kinder- und Jugendpsychiater stellen. Es darf nicht vergessen werden, dass ein Kinder- und Jugendpsychiater zwar die volle psychotherapeutische Kompetenz hat, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut aber keinerlei psychiatrische! Von daher ist die Behauptung auf Seite 17 missverständlich, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in vielen Fällen dieselbe Zielgruppe als Klientel haben. Professor Trotts tägliche Erfahrung ist, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Regel mit psychiatrischen Erkrankungen völlig überfordert sind, was sich darin zeigt, dass solche nicht erkannt werden und damit dem Patienten wirkungsvolle und evidenzbasierte Therapien vorenthalten werden.“

Ich bitte Sie, diese Kommentierung zur Kenntnis zu nehmen. Wie mit Ihrem Mitarbeiter, Herrn Müller, besprochen, wird Ihnen der gesamte Text mit Autorenliste und Zusatzkommentierung auch per E-Mail zur Verfügung gestellt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Franz Joseph Freisleder

## **Referenzen:**

- 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“, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2. Aufl. 2003, ISBN 3-7691-0421-8
- Warnke, A., Lehmkuhl, G. (Redaktion): Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. (Hrsg.) Stuttgart, Schattauer 2003, ISBN 3-7945-2247-8
- Bayerisches Ärzteblatt, 59. Jahrgang, Juli-August 2004, S. 402-404: „Unser Fach muss ein stärkeres Profil gewinnen“ – Gespräch mit Dr. med. Edwin Fischer und Dr. med. Franz Joseph Freisleder zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Bayern, Interview: Christiane Knopp

## **Mitglieder der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie:**

Dr. med. Edwin Fischer, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, München; Dr. med. Franz Joseph Freisleder, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Ärztlicher Direktor der Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Bezirks Oberbayern, München; Dipl. Soz.-Päd. Peter Lehdorfer, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, München, Vizepräsident der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Dr. med. Martin Linder, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Regensburg; Professor Dr. med. Gunther Moll, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Leiter

der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg; Dipl.-Psych. Gabriele Tavan, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Leitende Psychologin der Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Abteilung München; Professor Dr. med. Götz-Erik Trott, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Aschaffenburg; Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas Warnke, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität