

Der Kinder- und Jugendpsychiater in der Praxis

Ein Primärversorger?

Das Kassenpilotprojekt entsteht

Die Entwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gestaltete sich in Österreich in den vergangenen Jahrzehnten sehr zögerlich. Im internationalen Vergleich kam unser Land in diesem medizinischen Segment immer mehr ins Hintertreffen, die fachliche Expertise wurde von Kollegen im Zusatzfach zur Anwendung gebracht, die fachspezifische Versorgung war an die „Mutterfächer“ Kinderheilkunde und Psychiatrie gebunden.

In den mitteleuropäischen Ländern gab es längst ein eigenes Sonderfach – in Deutschland beispielsweise seit 1968 – und damit auch eine entsprechende fachspezifisch ausdifferenzierte Versorgung. Im Jahr 2005 zeichnete sich in Österreich endlich eine positive Entwicklung ab. Im Februar 2007 gab es die Anerkennung des eigenen Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP).

» Die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss so ambulant wie möglich gestaltet werden

Zu dieser Zeit hatten wir in Niederösterreich (NÖ) bereits gute intramurale Strukturvoraussetzungen. Mit Hinterbrühl, Mödling und Tulln waren 3 Stand-

orte teilweise in Betrieb, teilweise in Planung. Bei den regionalen Strukturplanungen war klar, dass auch das extramurale Segment entwickelt werden musste, da das Fach KJP der Prämisse „so ambulant wie möglich“ zu folgen hat.

Trotz internationaler Erfahrungen mussten wir uns in Österreich noch einmal folgenden Fragen stellen: Können die Fachärzte für KJP in der Ordination als Kassenfachärzte einen Versorgungsauftrag in der Basisversorgung erfüllen? Welche strukturellen Bedingungen bräuchte es? Wie kann die Honorarordnung aussehen? Wie ist die Patientenkohorte zusammengesetzt? Welche weiteren strukturellen Entwicklungen wären für eine extramurale Basisversorgung notwendig?

Ein Projekt der Niederösterreichischen Ärztekammer (NÖÄK) und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) über eine Dauer von 5 Jahren wurde 2005 initiiert und gemeinsam mit Dr. S. Fiala-Preinsperger und mir gearbeitet und begleitet. In unseren beiden kassenärztlichen „Pilotordinationen“ wurden u. a. Daten zum Leistungsumfang, Patientendaten wie Alter, Geschlecht, Zuweisung und Diagnosen sowie Daten zu Fragen der Ergebnisqualität erhoben. Im Juni 2011 wurde der Evaluationsbericht fertiggestellt. Im Folgenden sollen einige Daten vorgestellt werden.

Evaluationsdaten aus 2 kinder- und jugendpsychiatrischen Kassenordinationen

Als Ärztinnen füllten wir in den Kassenordinationen pro Patient und Quartal einen Evaluierungsbogen aus, der danach von der NÖGKK statistisch ausgewertet wurde. (Datenerhebung: etwa 1600 Patienten von 02/2007 bis 12/2011, statistische Datenerfassung und Datenangaben aus dem Evaluationszeitraum Q4/2009–Q3/2010, n=611).

Wesentlich war die Frage der Zuweisung. Wir wollten wissen, in welchen Bereichen großer Leidensdruck herrscht bzw. ob sich hier Problemstellungen zeigen, die uns bei Fragen der Versorgung weiterhelfen würden.

40% der Burschen (und 25% der Mädchen) wurden aus pädagogischen und sozialen Einrichtungen zugewiesen. Diese Patienten hatten symptomatisch vorrangig Probleme mit der Impulskontrolle und den Steuerungsfunktionen. Zu Erziehern, Schulärzten, Beratungslehrern und Sonderkindergärtnern besteht regelmäßig patientenzentrierter Kontakt.

Schon vor unserer Erstkonsultation waren 50% der Mädchen in einer medi-

Abb. 1–4 und die statistischen Daten stammen aus dem Evaluationsbericht 2011, Pilotprojekt Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niederösterreich, Projektleitung: Dir.-Stv. Dr. Martina Amler (NÖGKK), Dr. Charlotte Hartl (NÖÄK).

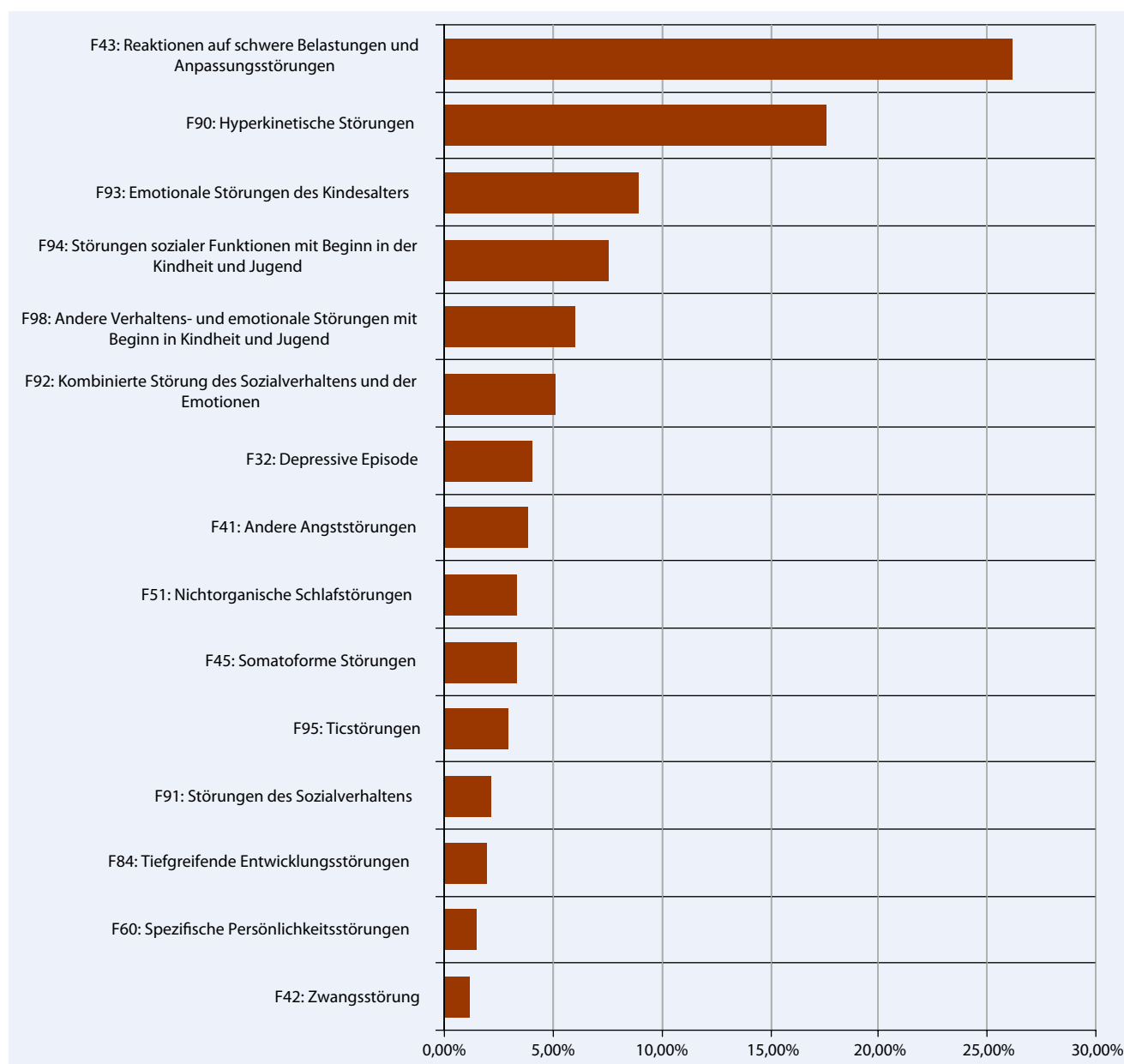


Abb. 1 ▲ F1-Hauptdiagnosen (Achse I)

zinischen Einrichtung in Behandlung. An der Schnittstelle zur Pädiatrie ist damit die weibliche Kohorte besonders zu beachten, da Mädchen wesentlich später bei einem Facharzt für KJP vorgestellt werden. In der Kohorte der Jugendlichen und jungen Erwachsenen überwiegen daher die weiblichen Patienten. Etwa ein Viertel der Patienten kam ohne Zuweisung in unsere Ordinationen.

» Mädchen werden wesentlich später beim Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt als Burschen

Viele Familien hatten bereits einen langen Leidensweg hinter sich, wenn sie unsere Ordinationen aufsuchten. Oft waren Befundmappen vorhanden, eine strukturierte Behandlung fand im Vorfeld selten statt. Die Familien konnten sich längerfristige Behandlungsangebote auf privater Basis nicht leisten, es gab viele Be-

handlungsversuche mit Abbrüchen, eine kontinuierliche Fallführung war selten. Auch nach stationären KJP-Aufenthalten konnten die Empfehlungen nicht oder nur teilweise umgesetzt werden, insbesondere die abgestimmte, gleichzeitige Behandlung schlug fehl.

Im Untersuchungszeitraum waren 611 Patienten vorstellig, davon 66% Burschen und 34% Mädchen. Während im Alter der Schulpflicht hauptsächlich Burschen unsere Ordinationen aufsuchten, waren es mit dem Beginn des Jugendlichenalters deutlich mehr Mädchen.

Als Hilfestellung für weitere Planungen schlüsselten wir die Wohnorte der Patienten bzw. das Einzugsgebiet genau auf. Der Anreiseweg und die damit verknüpfte Frage der Zumutbarkeit standen oft im Vordergrund der Versorgungsdiskussion. Bei einer Anreise von >45 min wird das Angebot kaum mehr versorgungswirksam. Viele Patienten nahmen dennoch bis zu 2 h Anreise in Kauf, da der Leidensdruck mit den Jahren gewachsen und die Familien und Patienten auf vielen Ebenen an ihre Grenzen gekommen waren.

Beide Ordinationen versorgten auch eine große Zahl an Patienten aus Wien und dem Burgenland, da es in diesen Bundesländern keine kassenärztliche KJP-Versorgung gibt und die wenigen KJP-Ambulanzen sichtlich nicht ausreichen.

Mehrachsiges Diagnostik – Zahlen einer Inanspruchnahmepopulation

Unsere Untersuchung bildet eine ambulante Versorgungsrealität in einer ausgewählten Region ab. Wir suchten nach Basisdaten, die Rückschlüsse auf eine interdisziplinäre Diagnostik und die daraus folgenden multimodalen, ambulanten Behandlungsvoraussetzungen erlauben. Da die Patienten mehrheitlich komplexe Krankheitsbilder aufwiesen, bedienten wir uns einer mehrachsigen Diagnostik.

Achse I – Hauptdiagnosen

Laut Prävalenzzahlen aus der BELLA-Studie, einer Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, leiden etwa 9,6% der Kinder und Jugendlichen an einer behandlungswürdigen seelischen Erkrankung, davon 5,4% an depressiven Erkrankungen, 10% an Angsterkrankungen, 2,2% am Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) und 7,6% an Störungen des Sozialverhaltens [4]. In den Hauptdiagnosen (Abb. 1) der untersuchten Patientengruppe findet sich das gesamte Spektrum der zu versorgenden Krankheitsbilder.

In unserer Untersuchung fanden sich nur geringe, regionale Unterschiede, die sich aus den lokalen Versorgungsstruktu-

ren ergaben. Die Daten einer ADHS-Ambulanz an der Kinderabteilung Mödling waren statistisch signifikant. In der KJP-Ordination Mödling kamen deutlich weniger Patienten mit dieser Diagnose zur Vorstellung.

Achse II – umschriebene Entwicklungsstörungen

Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen litt neben einer F1-Diagnose zusätzlich unter umschriebenen Entwicklungsstörungen im motorischen, sprachlichen oder Lernbereich (Abb. 2), die einer speziellen Förderung und Behandlung bedurften. Ergotherapie, Logopädie oder zusätzliche Lernbehandlungen waren bei dieser Patientenkohorte notwendig.

In unseren Regionen haben wir Logopäden mit Kassenverträgen, die eine flächendeckende Versorgung bieten. Die ergotherapeutische Behandlung ist von hohen Selbsthalten gekennzeichnet, freie Kassenplätze sind bis zu 3 Jahre ausgebucht.

Die Behandlung von Teilleistungsstörungen hängt generell von der finanziellen Situation der Familien ab, da diese nicht als Krankenbehandlung gesehen werden. Die Prävalenz von KJP-Störungsbildern ist laut BELLA-Studie bei Kindern der „Unterschicht“ doppelt so hoch wie in der „Oberschicht“. Patienten aus der „Unterschicht“ sind somit nicht nur in Bezug auf die Prävalenz, sondern auch in der Versorgung wesentlich schlechter gestellt als Kinder aus Familien mit besseren finanziellen Ressourcen. Besonders bei Patienten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen wird diese Mangelversorgung auf mehreren Ebenen wirksam.

Achse III – Intelligenzniveau

Die meisten Patienten wurden zusätzlich bei einem Psychologen vorgestellt und unterzogen sich einer psychologischen Diagnostik. Nur bei wenigen Patienten erfolgte die Einschätzung des Intelligenzniveaus durch Beobachtungen in der Ordination. Ein durchschnittliches Intelligenzniveau wiesen 92,3% der Patienten auf, ein hohes Intelligenzniveau 0,81%, 7,15% erreichten einen unterdurchschnittlichen Wert.

Paediatr Paedolog 2013 · [Suppl 1] 48:91–98
DOI 10.1007/s00608-013-0050-1
© Springer-Verlag Wien 2013

C. Hartl

Der Kinder- und Jugendpsychiater in der Praxis. Ein Primärversorger?

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt die Anfänge der extramuralen kinder- und jugendpsychiatrischen (KJP) Versorgung in Österreich und stellt Evaluierungsdaten aus den ersten beiden KJP-Kassenordinationen vor. Die Zahlen sollen die Basis für eine Weiterentwicklung der KJP-Angebotsstrukturen sein, die sich auf den ärztlichen und therapeutischen Bereich erstrecken.

Anhand der mehrachsigen Diagnosen unserer Patienten stellt der Artikel die abgestimmte, gleichzeitige multimodale Arbeitsweise eines Kassenfacharztes für KJP im Netzwerk vor. Lokale Anbieter werden bei der Behandlung von Kindern mit komplexen gesundheitlichen Fragestellungen beschrieben, integrative Versorgungsstrukturen werden angedacht. Exemplarisch werden eine „Modellregion“ dargestellt und Behandlungskoperationen mit anderen Versorgern angeführt. Die Schnittstelle zur Pädiatrie wird hervorgehoben, da dieses Fach die zentrale medizinische Primärversorgung unserer Kinder und Jugendlichen ist.

Schlüsselwörter

Kinder- und jugendpsychiatrische Kassenordination · Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstruktur · Kinder- und jugendpsychiatrisches Netzwerk · Behandlungspfad · Behandlungskooperation

Überschneidungen mit Versorgungseinheiten im Behindertenbereich sind mit <10% als gering anzusehen. In diesen Fällen benötigten die Patienten beispielsweise sowohl Behandlungen in einem Entwicklungsambulatorium als auch bei einem Facharzt für KJP. Nicht zuletzt autistische Patienten oder Burschen, die in der Pubertät durch mangelnde Steuerungsfunktionen die pädagogischen Settings sprengen, sind hier gesondert zu erwähnen. Bei diesen Patienten sind dann ergänzend KJP-Ressourcen erforderlich. Die Fallführung bleibt mehrheitlich in den Versorgungseinheiten der Behinderteneinrichtungen.

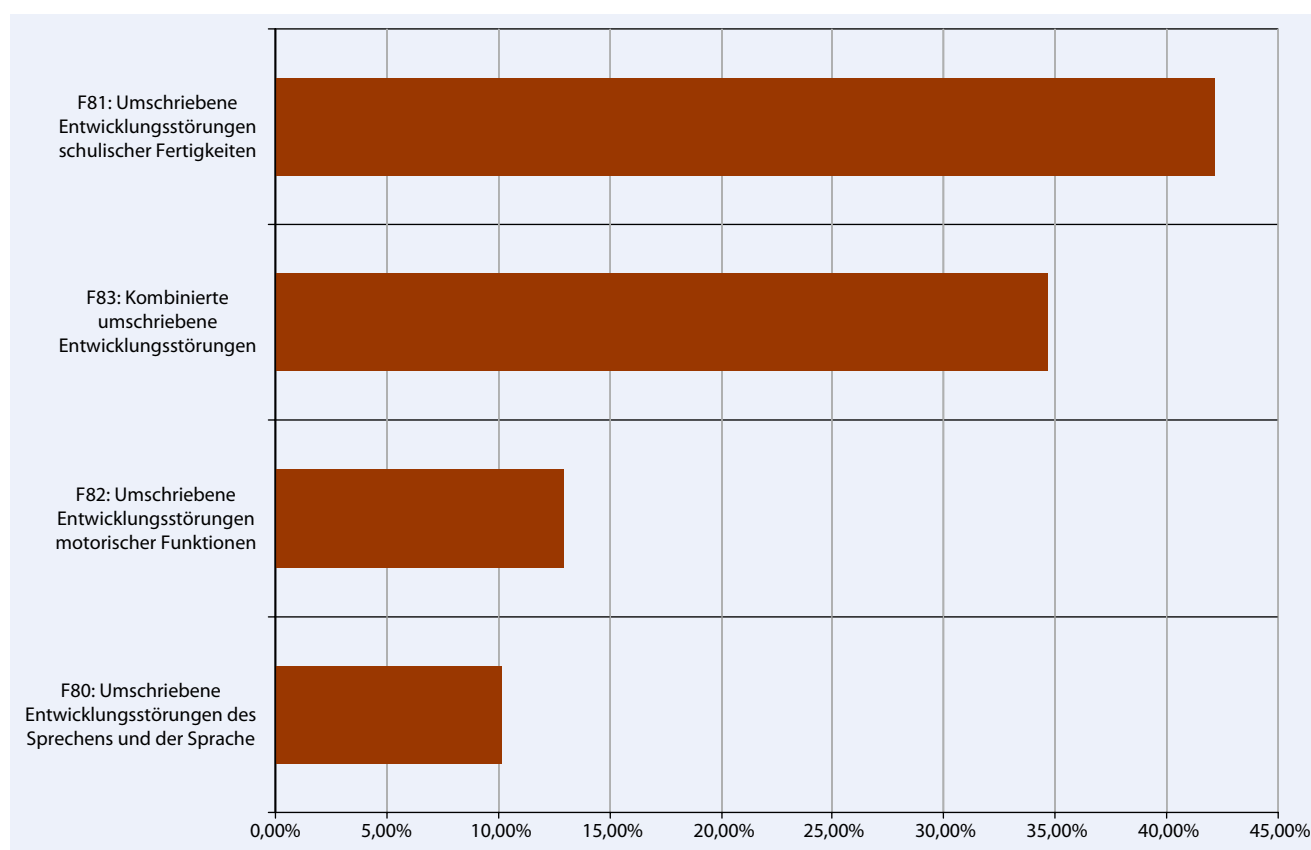


Abb. 2 ▲ F2-Diagnosen: umschriebene Entwicklungsstörungen (Achse II)

Achse IV – somatische Erkrankungen

„Chronische Gesundheitsstörungen bei Heranwachsenden beeinflussen die alterstypischen Entwicklungsaufgaben“. Diese Patienten kommen im „Sinne einer sekundären seelischen Störung als Ausdruck einer nicht gelungenen Anpassungsleistung“ [5] an ihre Grenzen. Symptome zeigen sich u. a. beim Kindergarten- oder Schuleintritt, in der Pubertätsentwicklung oder bei anderen „life events“. Zu diesen Zeiten erfolgt dann die gehäufte Zuweisung von Kinderärzten.

„In der Literatur finden sich 18–20% behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher“ [2] bei chronischer, somatischer Erkrankung. Die Patienten leiden an:

- Diabetes mellitus,
- Asthma bronchiale,
- Neurodermitis,
- Epilepsie,
- angeborenen Vitien und
- anderen angeborenen oder erworbenen frühkindlichen Erkrankungen.

Eine Kooperation zwischen den Kinderärzten und Fachärzten für KJP war bei 25% unserer Patienten notwendig. Für diese Patientengruppe scheint das niederschwellige, enger an das bestehende medizinische Versorgungssystem gekoppelte Angebot einer Kassenordination besonders geeignet zu sein.

Auffällig sind die deutlich unterschiedlichen Zahlen aus den stationären KJPP-Settings. Nur in seltenen Fällen kommen Kinder mit chronischen somatischen Erkrankungen in einer KJPP-Abteilung zur Aufnahme oder Vorstellung. Kinder mit akuten Anpassungsstörungen scheinen in der Regel mit einem ambulanten Behandlungssetting auszukommen.

Achse V – psychosoziale Belastungen

Bei 67% der Patienten lag eine psychosoziale Belastung vor. Die Jugendwohlfahrt war bei 40% unserer Patienten eingebunden, da viele Eltern überfordert waren und Unterstützung in der Obsorge benötigten. Interinstitutionelle Barrieren waren

auf der basalen Versorgungsebene kaum wirksam. Die Zahlen der Vernetzung mit der Jugendwohlfahrt aus den KJP-Abteilungen sind mit 60% noch höher.

Die Ressourcen aus der Jugendwohlfahrt sind zentraler Bestandteil in der Patientenführung und Behandlung. Besonders die sozialpädagogische Familienhilfe und viele andere familienunterstützende Maßnahmen wurden als hilfreich angenommen. In NÖ besteht eine lange, für Patienten sehr hilfreiche Tradition in der Kooperation zwischen Medizin und Jugendwohlfahrt.

Wir haben auf der Achse V die Kinder psychisch kranker Eltern noch getrennt erfragt. Bei fast der Hälfte der Patienten litt ein Elternteil an einer psychiatrischen Erkrankung. Regionale Präventionsangebote waren für diese Familien hilfreich, z. B. das Projekt KIPKE, ein Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern. In diesem Setting wird den Kindern und Jugendlichen altersangepasstes Wissen über die Erkrankung der Eltern vermittelt, das hilft, gesund zu bleiben. Erst wenn dieses Angebot nicht ausreicht und

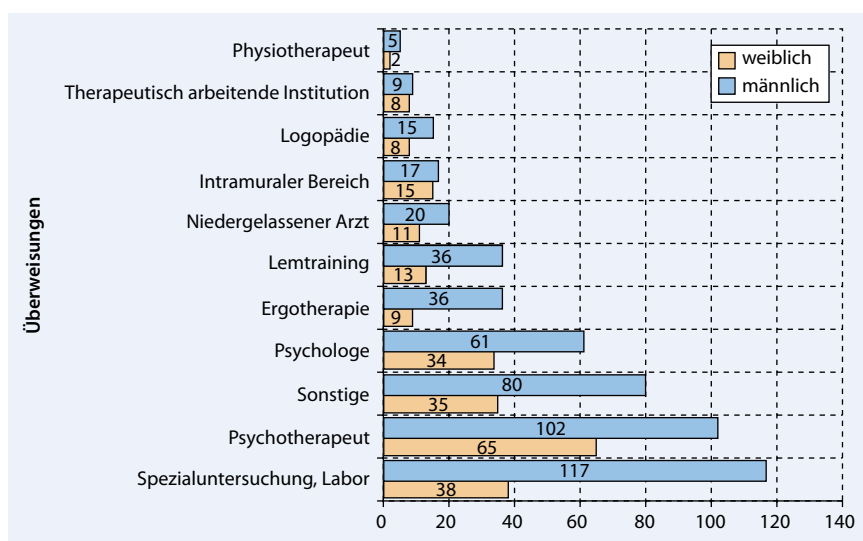


Abb. 3 ▲ Leistungserbringer der Versicherungsträger, die zeitgleich Behandlungen leisteten. Nicht erfasst sind privat finanzierte Behandlungen oder Leistungen von karitativen Anbietern

die Kinder symptomatisch werden, erfolgt die Vorstellung bei KJP-Fachärzten.

» Vernetzung ist ein wesentlicher Teil der Patientenführung und Behandlung

Die Kooperation mit dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie ist für die Elternarbeit, aber auch für die Transition – die Überführung in das Behandlungssetting nach dem 18. Lebensjahr – weiter auszubauen. Generell ist Vernetzung ein wesentlicher Teil der Patientenführung und Behandlung (36% Betreuung, Erziehung, Schule; 26% extramuraler Bereich; 11% intramuraler Bereich; 8% Behörden; 19% Familie). Im Durchschnitt hatten wir einen Außenkontakt pro Patient und Quartal mit einer hohen Streuung von 0–5 Außenkontakten. Der Zeitaufwand der Vernetzung wurde durch unsere Datenerfassung als zentraler Bestandteil unseres KJP-Leistungsspektrums anerkannt. Die Vernetzungspartner sahen die gemeinsame Behandlung der Kinder als Verlaufsprozess, der interdisziplinär und fachübergreifend ist (■ Abb. 3).

Ergebnisqualität

Die zentralen Fragen der Versicherungsträger waren: Kann der niedergelassene KJP-Facharzt bei seelisch kranken Kindern und Jugendlichen einen Beitrag zur Verbesserung des Beschwerdebilds bzw. zur Heilung leisten? Wie schätzen die Eltern und Patienten ab dem zehnten Lebensjahr den Krankheitsverlauf ein?

Die Frage des „Behandlungserfolgs“ wurde nach folgenden Aspekten beleuchtet:

- Abbau der Symptomatik,
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit,
- Verbesserung der Beziehung in der Familie,
- Verbesserung der Beziehung zu Gleichaltrigen bzw. in Gruppen und
- Verbesserung der Fähigkeiten des Kindes, mit Schwierigkeiten der Realität eigenständig fertig zu werden.

Daraus wurden Fragen abgeleitet und die Fragebögen für Eltern und Patienten ausgearbeitet. Die Fragen an Patienten ab dem zehnten Lebensjahr lauteten: Wie sind deine Beschwerden jetzt? Wie beurteilst du deine Leistungen jetzt? Wie beschreibst du den Umgang innerhalb der Familie jetzt? Wie beurteilst du dein Verhalten in Schule etc. jetzt? Wie beurteilst du deine Fähigkeit, Probleme selbst zu lösen, jetzt?

Die Rücklaufquote von 37% der Elternfragebögen bzw. 32% der Patientenfragebögen spiegelte das hohe Interesse der Eltern und Patienten wider, sich zu äußern. Bei allen Antworten fanden sich statistisch signifikante deutlich positiv bewertete Verläufe. Bei den Ergebnissen sahen wir marginale Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung. Ich habe nur eine Auswertung exemplarisch herausgenommen, da sich die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen sehr ähneln (■ Abb. 4).

Konsequenzen aus der Projektarbeit

Die positive Bewertung der Verläufe führte letztlich zur Kassenniederlassung in Niederösterreich. Die Evaluierungsergebnisse dienten auch anderen Versicherungsträgern als Entscheidungsgrundlage. Alle bundesweiten Träger haben für das Sonderfach KJP eine Leistungshonorierung umgesetzt. Langsam folgen weitere Bundesländer dem NÖGKK-Modell.

Ist-Stand der Primärversorgung eines gesunden Kindes

Die Primärversorgung der österreichischen Kinder und Jugendlichen übernehmen Kinderärzte und Hausärzte, auch die Prävention ist bei diesen Kollegen verortet. In den nächsten Jahren kann das Fach KJP aufgrund der „Mangelfachsituation“ keine Präventions- oder Primärleistungen erbringen.

Versorger seelisch kranker Kinder und Jugendlicher

Wenn es bei einem Kind Hinweise auf eine seelische Erkrankung gibt, steht den Eltern das in der Darstellung sehr komplexe Netzwerk zur freien Verfügung. Die meisten Eltern holen Befunde ein, verlieren sich aber dann im „Dschungel“. Eltern fehlt ein detailliertes Wissen über die Anbieter. Mit der „Fallführung“ sind sie überfordert. Sie können nur in einem begrenzten Ausmaß „Krankenbehandler“ und „Fallführende“ sein, bei jedem Patienten ist das Ausmaß der Eigenkompetenz individualisiert abzusprechen (■ Abb. 5).

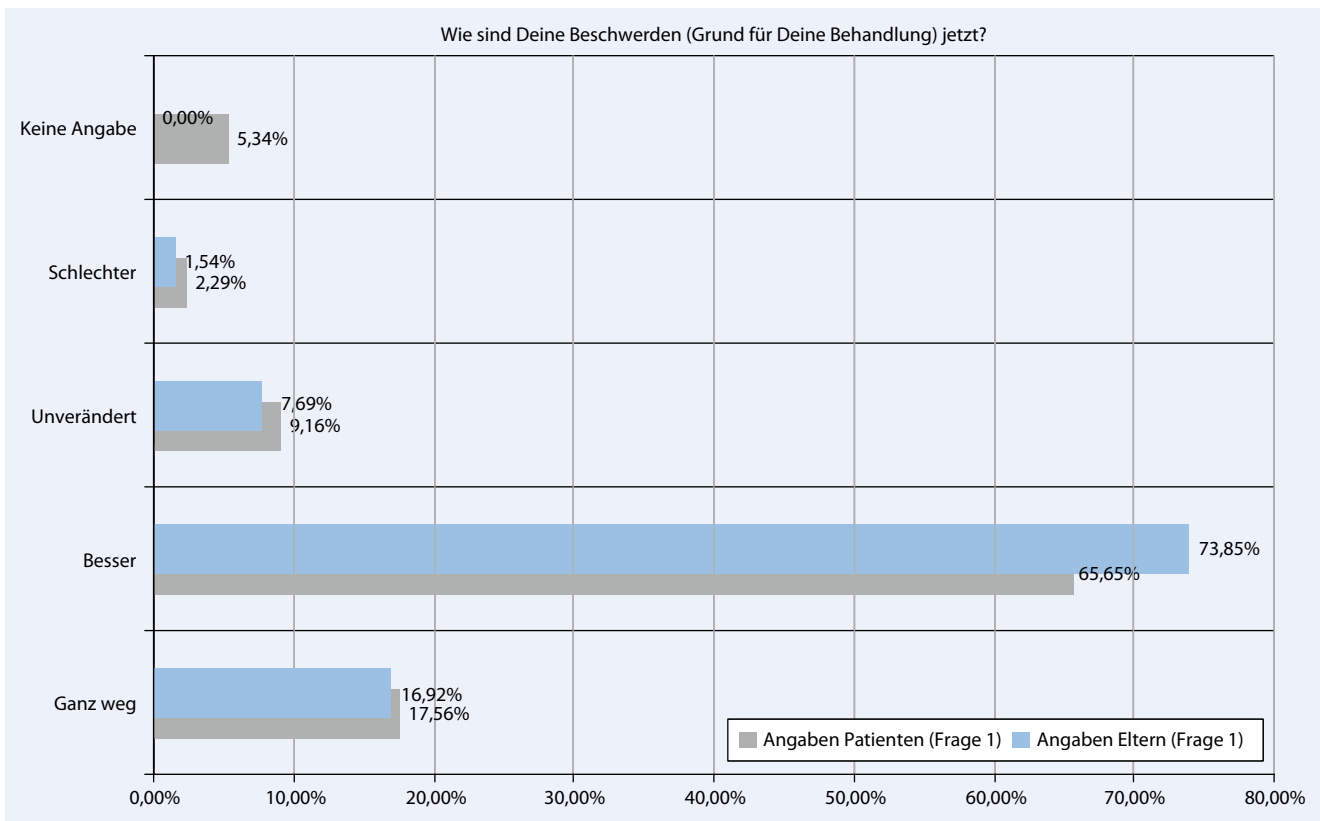
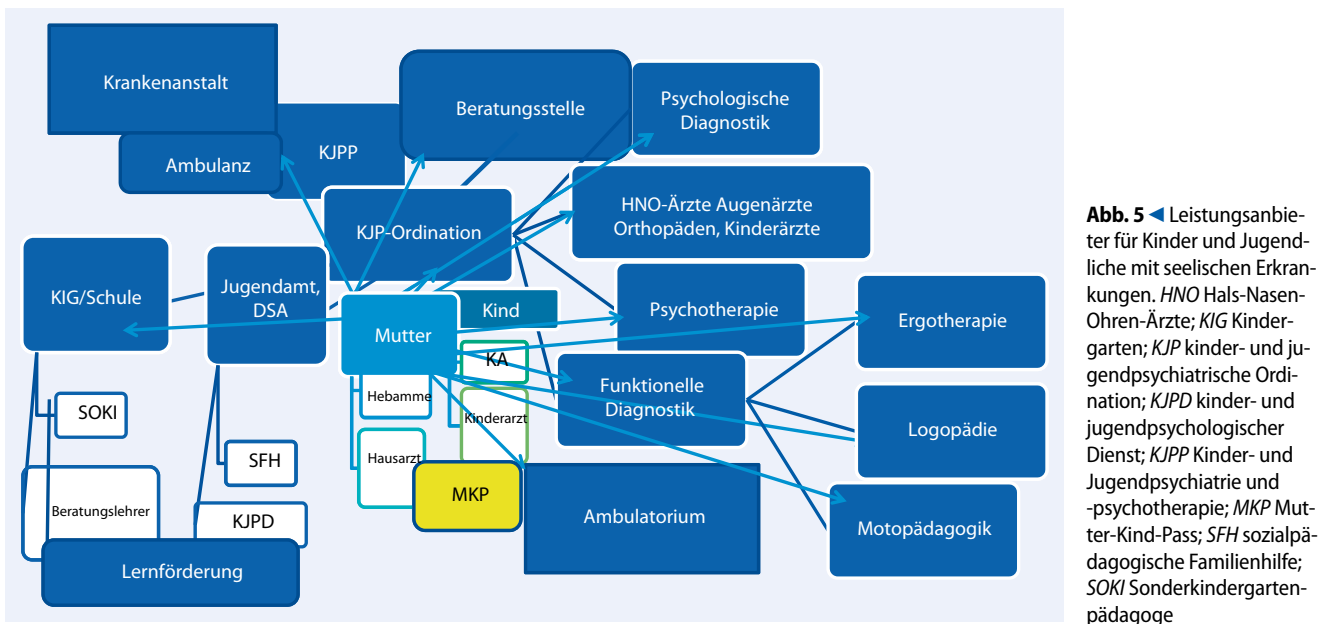


Abb. 4 ▲ Frage 1 der Patientenbefragung



Die positiven Evaluationsergebnisse der KJP-Leistung müssen auch aus den gemeinsamen Behandlungen mit anderen Berufsgruppen hergeleitet werden. Das Wissen über Kenntnisse und Fertigkeiten regionaler therapeutischer Anbieter fließt als zentraler Bestandteil in die KJP-Arbeit ein. Da viele Patienten weite Anreisewege

zu uns hatten, Therapien für die Kinder und Jugendlichen aber einmal pro Woche erforderlich waren, war ein wohnortna-
hes therapeutisches Angebot äußerst hilf-
reich. Es entstand für jede Familie eine in-
dividualisierte Behandlungskooperation,
jeder Patient hatte damit sein individuel-
les Team.

Die Funktion des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Netzwerk

Die KJP-Kassenleistungen beinhalten eine mehrstündige, sorgfältige Diagnostik, die Erstellung eines Behandlungsplans bzw. Behandlungspfads sowie die langfristige

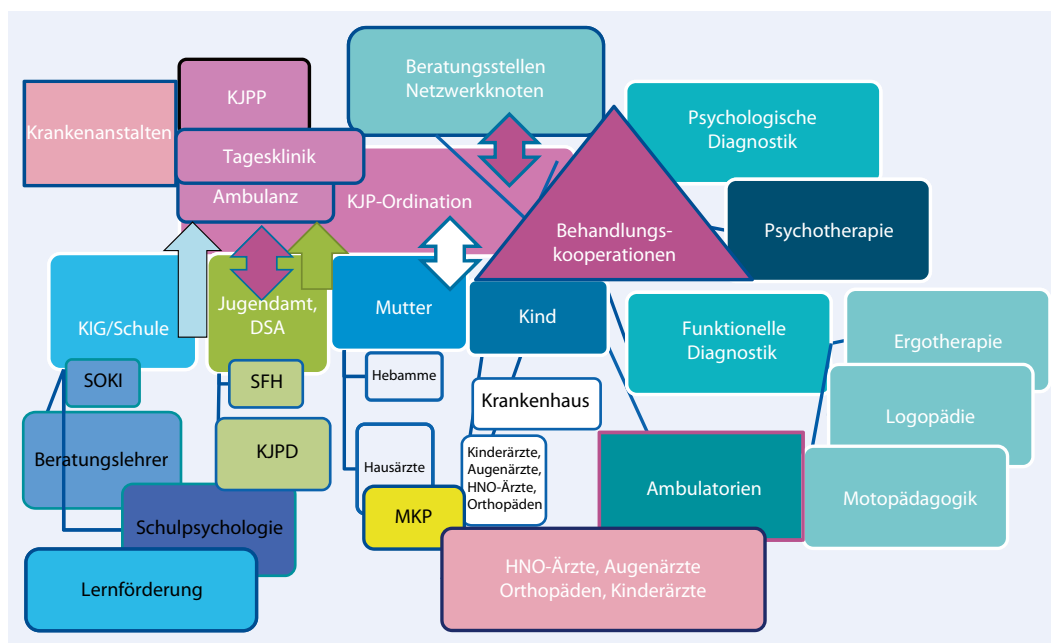


Abb. 6 ◀ Behandlungskooperationen in der Modellregion Niederösterreich/Wien-Umgebung (NÖ/WU) und Niederösterreich/Tulln (NÖ/TU). *HNO* Hals-Nasen-Ohren-Ärzte; *KIG* Kindergarten; *KJP* kinder- und jugendpsychiatrische Ordination; *KJPD* kinder- und jugendpsychologischer Dienst; *KJPP* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; *MKP* Mutter-Kind-Pass; *SFH* sozialpädagogische Familienhilfe; *SOKI* Sonderkindergartenpädagoge

KJP-Behandlung und Psychoedukation. Sowohl Gespräche mit den primären Bezugspersonen als auch Fallbesprechungen und Koordinationsleistungen schließt die Honorarverordnung ein.

Die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit lokalen Anbietern machen Fachärzte zu einem Entwickler kindenzentrierter Behandlungskooperationen, der bei jedem Kind Behandlungspfade mitentwickelt. „Ein klinischer Behandlungspfad ist der im Behandlungsteam selbst gefundene, berufsgruppen- und institutionsübergreifende Konsens für die beste Durchführung der Gesamtbehandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität sowie unter Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen, ebenso unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeit“ ([3]; ■ **Abb. 6**).

Wesentlich für die Behandlungsqualität war die Frage: Wer macht was bis wann und mit welchem Ziel im Behandlungsprozess? Diese Fragestellung steht im Mittelpunkt der Erarbeitung eines standardisierten Behandlungsprozesses über einen Behandlungspfad [3].

Die Form der gemeinsamen Behandlung basierte allerdings lediglich auf der Basis individuell dokumentierter, mündlicher Absprachen. Gemeinsame, akkordierte, interinstitutionelle Dokumentationen oder Evaluierungen sind nicht

vorhanden. Das lokale, patientenzentrierte Netzwerk organisierte sich im Wesentlichen aus dem Bedarf der Patienten im Sinne einer Bottom-up-Struktur. Die positive Bewertung der Helfer ergab sich aus der Passung von Erwartung und Auftrag: „Was von den Patienten als hilfreich empfunden wurde und langfristig zu einer Besserung/Heilung führte, ist gut“.

Spezielle Netzwerkangebote

Neben frei niedergelassenen Therapeuten gibt es an 2 Standorten karitative, teilweise vom Land NÖ finanzierte Beratungsstellen: die Kindersozialdienste St. Martin, die unter der Leitung einer Sozialarbeiterin seit 45 Jahren viele Therapien und Beratungen durchführen. Etwa 40 Personen bieten ihre Expertise auf Honorarbasis in dieser Institution an. Dieses hochprofessionelle, interdisziplinäre Angebot deckt sowohl für behinderte Kinder als auch für seelisch kranke Kinder und Jugendliche ein breites Spektrum an Behandlungen ab. Mit dieser Einrichtung besteht von meiner Seite seit 10 Jahren die engste KJP-Kooperation. Einmal pro Monat stelle ich dem Team meine fachärztliche Expertise zur Verfügung. Patienten werden mir zur KJP-Diagnostik vorgestellt, im Team werden Verläufe besprochen und eventuell modifiziert. Nicht zuletzt in der diagnostischen Phase aber auch zu Zeiten beson-

derer Entwicklungsaufgaben der Patienten braucht das Team gehäufte fachärztliche Unterstützung in der Fallführung ihrer Klienten. Die hier beschriebene Beratungsstelle, die als interdisziplinäres Angebot für viele Patienten im Sinne eines „Netzwerkknotens“ fungiert, ist als besonders versorgungswirksam hervorzuheben.

Viele Teammitglieder übernehmen phasenweise die Fallführung der Patienten. Bei Bedarf zieht das Team den Facharzt für KJP hinzu, in manchen Fallverläufen bleibt er Teil der Behandlung. Dies entspricht dem medizinischen Behandlungsauftrag „so wenig wie möglich, aber so viel wie notwendig“.

Extramurale, interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung

Bei der Netzwerkarbeit zu klientenzentrierten Themen ist die Zusammenarbeit von Helfern aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Jugendwohlfahrt auf Patientenebene gut möglich. Verschiedenste Kooperationen gewährleisten eine hocheffiziente, niederschwellige Versorgung.

In der Beschreibung des Pilotprojekts Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Datenerhebung in der „Modellregion“ sehe ich einen Beitrag zur bundesweiten Entwicklung von Versorgungsstrukturen für seelisch kranke Kinder. Sie kann als Entscheidungshilfe dienen und ös-

terreichweit entwicklungsanregend sein. „Deshalb ist die ‚Bottom up‘-Entwicklung von sozialen Netzwerken so entscheidend, weil dieses Problembewusstsein das Commitment an der Basis sichert“ [1].

Wenn wir die patientenzentrierten Erfahrungen aus der „Modellregion“ auf Bottom-up-Ebene ernst nehmen, sollten diese in der weiteren Folge Top-down-Entwicklungen anregen. Die Verwaltungshierarchien von Gesundheitssystem, Bildungssystem und Jugendwohlfahrt sind hier explizit anzusprechen.

Fazit für die Praxis

- In den KJP-Kassenordinationen werden eine mehrstündige Diagnostik, die Erstellung eines Behandlungsplans sowie die langfristige KJP-Behandlung und Psychoedukation durchgeführt. Sowohl Gespräche mit den primären Bezugspersonen als auch Fallbesprechungen und Koordinationsleistungen sind in der Honorarordnung enthalten. Das niederschwellige kassenärztliche Angebot wurde gut angenommen und fügte sich problemlos in die Versorgungslandschaft ein.
- Aus den statistischen Daten ergibt sich, dass Eltern und Patienten die Ergebnisse in der Behandlung durchwegs positiv beurteilten.
- Da eine KJP-Diagnostik und -Behandlung häufig multimodal zu erfolgen hat, wurden die lokalen KJP-Versorgungsstrukturen modellhaft dargestellt und der Behandlungspfad im KJP-Netzwerk erläutert, der zentraler Bestandteil des Behandlungserfolgs war. Diese Beschreibungen bergen Entwicklungschancen für eine systemübergreifende Patientenversorgung.
- Besonders die Behandlungskooperation mit dem Primärversorger Pädiatrie ist hervorzuheben. Unsere Daten zeigen, dass bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen mit seelischen Anpassungsreaktionen die Behandlung mehrheitlich ohne stationäre KJP-Ressourcen auskommt.

Korrespondenzadresse



Dr. C. Hartl

Hießberggasse 2/5/2,
3002 Purkersdorf
Österreich
charlotte.hartl@medway.at

C. Hartl. Studium der Humanmedizin an der Universität Wien; Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde am Krankenhaus Tulln; Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universitätsklinik AKH Wien; Weiterbildung zur Ärztin für psychotherapeutische Medizin und Erlangung des Masters of Advanced Studies an der Donau-Universität Krems; Bundesfachgruppenobfrau für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK); niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niederösterreich. Verheiratet, 2 erwachsene Kinder

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Damm L, Fliedl R, Katzenschläger P et al (2012) Handbuch zur Netzwerk-Entwicklung, Teil B. S 13
2. Mangold B (2001) Kinderpsychiatrischer Konsiliar- und Liasionsdienst. In: Frank R, Mangold B (Hrsg) Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer, Stuttgart, S 90–100
3. Schlüter L, Roeder N, Schaff CH (2006) Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von der Kooperation über die Vernetzung zur integrierten Versorgung. Projekthandbuch. Schöling, Münster, S 15
4. Ravens-Sieberger U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:871–878
5. Thyssen U (2012) Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf: Gesundheitsbezogene Versorgung und Unterstützung für eine gute Teilhabe. In: Gahleitner S, Homfeldt H (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Juventa, Weinheim, S 77–96