

Sektion „Klinische Psychologie“

Anschrift: Geschäftsstelle SKliPs
Kirchstr. 3b
56203 Höhr-Grenzhausen

Telefon: + 49 2624 – 94277 40
E-Mail: info@bdp-klinische-psychologie.de

Fachgruppe
„Kinder- und Jugendlichenspsychologie“
-Leitung-

Ralph Schliewenz
Schoppmannweg 5
59494 Soest

+49-170-5210960
r.schliewenz@bdp-klinische-psychologie.de

Geschäftsstelle SKliPs - Kirchstr. 3b - 56203 Höhr-Grenzhausen

Aktion Psychisch Kranke
z.H. Fr. Amelie Weide
-Projektmanagement-
Oppelner Str. 130

53119 Bonn

22. April 2020

KiJu-WE; Ihre Nachrichten vom 11. Und 12.03.2020

Sehr geehrte Frau Weide,

herzlichen Dank für Ihre Zusage und die ersten Informationen zu den geplanten Workshops im Rahmen des Projekts *„Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (KiJu WE)“*, deren Erhalt ich Ihnen hiermit gern nochmals bestätige.

Auch ich freue mich über die anstehende Zusammenarbeit und komme Ihrer freundlichen Bitte um Stellungnahme ebenfalls gern nach.

Zum Themenkomplex I – *„Herausforderungen in der Versorgung“*:

Unstrittig ist, dass in Deutschland bereits ein umfassendes Versorgungsangebot besteht, welches sich strukturiert und sektorenübergreifend um die Belange psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher zu kümmern hat. Unstrittig ist aber auch, dass innerhalb dessen noch Bedarfe bestehen. Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. begrüßt daher den laufenden Dialogprozess zur Reform des SGB V sehr und wird weiterhin seine Expertise einbringen.

BDP, gegründet 1946

Präsidentin Dr. Meltem Avci-Werning
Vizepräsidentin Dipl.-Psych. Annette Schlipphak
Vizepräsident Dipl.-Psych. Gunter Nittel
Hauptgeschäftsführerin Dipl.-Psych. Gita Tripathi-Neubart
Registergericht Amtsgericht Charlottenburg



- Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung einschließlich der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie – ambulant, teilstationär, stationär:

Neben der Differenzierung und Spezialisierung der Angebote insbesondere unter regionalen Gesichtspunkten sollten zuvorderst die allgemeinen Zugangsmöglichkeiten für die betroffenen Personen verbessert werden. Hierzu zählen neben der Verfügbarkeit von Angeboten auch die Reduzierung von Hindernissen, davon Gebrauch zu machen. Eine Verbesserung wäre konkret anhand zeitlicher und räumlicher Kennzahlen nachzuweisen.

Die Definition bestehender Behandlung bedürftiger Problemlagen bei Kindern und Jugendlichen i.S.v. Indikationsstellung, Überweisung oder zumindest Verweis an entsprechende Fachkräfte zwecks weiterer Abklärung ist gerade in diesem Altersbereich aufgrund der Vielzahl in der Verantwortung für deren Wohl stehender Erwachsener (Erziehende, Betreuende, Lehrende, Beratende etc.) hochgradig divergent. Die Versorgungsrealität bildet allein schon deshalb nicht den realen Bedarf ab und unterliegt nicht selten sogar dem Zufall (Persönliche Kontakte zu oder telefonische Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen seien hier nur beispielhaft genannt.). Wir wissen, dass nur etwa jedes zweite Kind, welches eine psychotherapeutische Behandlung bedarf, diese auch erhält. Ein Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung der Hilfen muss daher in der Identifikation der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien liegen. Großer Wert soll dabei der Sensitivität und der Spezifität zukommen. Psycholog*innen sind insbesondere durch ihr testtheoretisches und statistisches Studierwissen hervorragend geeignet, eine sinnvolle Vorauswahl zu treffen. Niemand darf fälschlicherweise stigmatisiert werden aber auch nicht durch ein zu grobes Raster fallen. Als Berufsverband fordern wir daher die politischen Entscheidungsträger*innen dazu auf, entwicklungspsychologisches, sowohl patho- als auch salutogenetisches Know-how an allen relevanten Schnittstellen „von der Geburtsvorbereitung bis zum Erwerb des Führerscheins“ zu platzieren. Im nächsten Schritt geht es dann um die verfügbaren Behandlungskapazitäten. Wünschenswert für die Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen wären Wartezeiten auf einen ersten „therapeutischen“ Termin von zwei bis maximal vier Wochen, wobei ein Grundsatz lauten sollte: „Je jünger, umso eher!“.

„Therapeutisch“ meint dabei aus unserer Sicht psycho-therapeutisch, wobei die grundlegende berufliche Orientierung der Therapierenden (psychologisch, medizinisch, pädagogisch etc.) ebenso wie deren therapeutische Ausrichtung (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, analytisch etc.) eher persönlichen Vorlieben entspricht und keinen Anhalt für die Effektivität der Behandlung liefert. Bekanntermaßen ist die therapeutische Beziehung der größte Wirkfaktor. Wir empfehlen regelhaft eine ganzheitliche Sichtweise mit systemischem Ansatz und flexiblem, eklektizistischen Vorgehen. Erfahrungsgemäß wird dies in Einrichtungen der teil-/stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen bereits seit langem praktiziert. Die bislang eher pragmatisch ausgerichtete Versorgungsarbeit wird hier (im institutionellen Kontext) überwiegend von psychologischen Kinder- und Jugendlichen-/Psychotherapeut*innen vorgenommen, weshalb die bestehende Ungleichbehandlung bspw. im Rahmen der



Leistungsvergütung im Vergleich zu ärztlichen Psychotherapeut*innen unbegreiflich ist. Gegenüber ihren niedergelassenen Kolleg*innen sind die angestellten psychologischen Kinder- und Jugendlichen-/Psychotherapeut*innen in Bezug auf die ihnen zugesprochenen Behandlungskompetenzen ebenfalls weiterhin benachteiligt – und das bei nachgewiesenermaßen gleicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsqualifikation. An diesen Punkten verdient das SGB V dringend eine Reform i.S.e. Anpassung an die bestehenden Gepflogenheiten.

- Versorgung im ländlichen Raum, Fachkräftemangel:

Bekanntermaßen besteht gerade im ländlichen Raum ein Mangel an ausgebildeten Fachkräften. Hier müssen seitens der Politik Anreize geschaffen werden, die im Vergleich zu einer Niederlassung im Ballungszentrum als attraktiv angesehen werden. Dies könnte bspw. durch unbefristete regionale Sonderbedarfszulassungen erfolgen, welche auch über einen Wechsel des Inhabenden einer Praxis hinaus ihren Bestand erhalten. Zuvor muss jedoch die Logik der Bedarfsermittlung auf den Prüfstand gehoben werden. Nur über Quoten wird die unzureichende Versorgungslandschaft nicht aufgewertet werden können.

Eine weitere Option, die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern, könnte über persönliche Ermächtigungen angestellter psychologischer Kinder- und Jugendlichen-/Psychotherapeut*innen erfolgen. Dies würde es den kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskliniken deutlich erleichtern, dezentral zusätzliche ambulante Versorgungsangebote (z.B. als MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaft) zu schaffen. Die o.b. Argumente zur Gleichstellung mit ärztlichen und niedergelassenen Kolleg*innen gelten auch hier.

- „emerging adulthood“, Adolozzentenversorgung, Transition:

Mit diesen Stichworten werden spezifische Herausforderungen bei älteren Jugendlichen thematisiert, bei denen das Versorgungssystem nicht selten mit krisenhaften Zuspitzungen und teilweise unvermeidbaren stationären Klinikaufenthalten der Betroffenen konfrontiert wird. Achtzig Prozent der Behandlungsfälle als Akutversorgung in der Altersklasse ab 14 Jahren entsprechen hier der Realität. Inwieweit diese zukünftig reduziert werden könnten oder sogar vermeidbar wären, könnte anhand der Datenlage relativ schnell festgestellt werden, sobald die Schwelle, sich als betroffene Person auf ambulante psycho-therapeutische Hilfsangebote einzulassen, erniedrigt wird.

In der Regel können die Betroffenen bereits sehr gut ihre Problemlagen thematisieren. Sie benötigen jedoch ein vertrauensvolles und professionelles Reflektionsangebot, um sich wieder auf Lösungsansätze fokussieren zu können. Zwecks Ressourcenaktualisierung wird kaum ein umfangreiches Therapiebudget benötigt. Der BDP e.V. begrüßt daher die zunehmende Flexibilisierung der zur Verfügung stehenden, abrechnungsfähigen psycho-therapeutischen Stundenkontingente und die Option der ambulanten Krisenintervention ohne aufwendiges Antrags- und Genehmigungsverfahren. Diese können aber nur dann greifen,

wenn die niedergelassenen Kolleg*innen auch freie Terminkapazitäten anbieten können. Zwischen Sprechstunde und Versorgung klafft eine riesige Lücke. Wieder kommt die kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz als „Ausfallbürge“ in Betracht. Die Arbeit machen die angestellten psychologischen Kinder- und Jugendlichen-/Psychotherapeut*innen ...

- Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen:

Es gibt Konstellationen, unter denen es auch bei Minderjährigen einem „Kunstfehler“ gleichkäme, auf Psycho-Pharmakotherapie zu verzichten. Sie stellt allerdings – wie es in sämtlichen Behandlungsleitlinien mit hohen Evidenzgraden und starkem Konsens empfohlen wird – nie das Mittel der ersten Wahl dar. Eine umfassende Aufklärung aller Beteiligten über den meist „individuellen Heilversuch“ ist hierbei unumgänglich.

Wir beobachten jedoch mit großer Sorge, dass Kinder und Jugendliche zu oft aufgrund fehlender psycho-therapeutischer Angebote und dann auch stattdessen bereits oder sogar ausschließlich psycho-pharmakologisch behandelt werden. Teilweise verschreiben sogar Ärzte ohne entsprechende Fachkenntnis (Standard sollte Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie sein!) Arzneimittel, deren mittel- und langfristige ungewünschte Wirkungen (Nebenwirkungsspektrum) nicht erforscht sind. Die Forschung ist hier aufgrund ethischer Prinzipien sowieso limitiert.

Dieser Zustand muss beendet werden! Es braucht klare gesetzliche Regeln und Grenzen für den medizinischen Tätigkeitsbereich. Wieder verweisen wir auf die wertvolle Versorgungsarbeit der angestellten psychologischen Kinder- und Jugendlichen-/Psychotherapeut*innen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen und darauf, diese Arbeit für alle – also auch die Arbeit gebenden kaufmännischen Direktor*innen in den versorgenden kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken – attraktiv zu gestalten. Planstellen mit einem Entgelt angelehnt an die EG 15 des TVöD gelten inzwischen allgemein hin als angemessen.

- Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance von Elternrechten und Kinderrecht:

Hier die Waage ausgeglichen zu halten, kommt salomonischer Weisheit gleich. Als Professionelle, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, fokussieren wir schnell auf deren unbefriedigte Bedürfnisse und verstehen uns als Anwälte für deren Wohl. Dieses Recht steht jedoch in erster Linie den Eltern zu. Sie zu befähigen, von diesem Recht entwicklungsförderlich Gebrauch zu machen, stellt die Herausforderung dar.

Als Berufsverband, der sich auch aktiv in die Erstellung der Kinderschutzleitlinie eingebracht hat, bekräftigen wir das dort beschriebene Vorgehen bei bestehenden Verdachtsmomenten in Bezug auf eine Gefährdung des Kindeswohls. Grundsätzlich darf auch keine psycho-therapeutische Behandlung gegen den Willen des Kindes oder Jugendlichen begonnen werden. Bei entsprechender fachlich erfolgter Indikationsstellung geht es vielmehr primär darum, die betreffende Person davon zu überzeugen. Dies wäre die Aufgabe der Behandelnden in Kooperation mit den erziehungsberechtigten Eltern (quasi als Co-



Therapierende). Sie kann aber auch von geschäftstechnisch geschulten, beratenden Psycholog*innen übernommen werden, die in hinreichender Anzahl an den Schnittstellen (Ämter, Betreuungseinrichtungen, Schulen, Beratungsstellen etc.) zu platzieren sind.

- Prävention seelischer Störungen:

Der Erfolg dieser Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen wird sich an den Behandlungserfordernissen in späteren Lebensphasen der Menschen messen lassen. Primäre Prävention beginnt so früh wie möglich – nicht erst mit der Geburt des Menschen. werdende Eltern haben zumindest beim ersten gemeinsamen Kind keine Erfahrung damit, wie sich ihr Leben ab der Geburt verändern wird. Psychologische Beratung und Begleitung dient hier präventiv der Vermeidung von Überforderungssituationen – also der Lösung zu erwartender Probleme. Erleben sich die Eltern in jeder Situation handlungsfähig, stellt sich bei ihnen Zufriedenheit ein. Sind die Eltern zufrieden (Problemlösende), können die Kinder seelisch gesund heranwachsen!

Die Kinder werden diesem Modell folgen – selbst wenn sie es nicht wollen! Sie sind resilient. Prävention seelischer Störungen ist überdies ein lebenslanger Prozess.

Ich hoffe, Ihnen hiermit unsere wichtigsten und zentralen Handlungsempfehlungen hinreichend skizziert zu haben, und freue mich auf die konstruktive Diskussion in den Workshops.

Im Auftrag des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V..

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Ralph Schliewenz
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut