

Versorgungsbedarf und Versorgungsrealitäten aus Sicht der Klinikärzte

Perspektiven kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung

Renate Schepker

Ulm 13. März 2009

Kurzfassung des Vortrags

1 Satz reicht :

Versorgungsrealität ist:

Verglichen mit 1991

- werden heute doppelt so oft Patienten in KJPP Kliniken aufgenommen und
- durch 88 % des Personals (2004)
- in 33 % der Zeit
- in 62 % der Betten
- mit ?? % der erforderlichen Therapiedosis behandelt.

Repräsentativer Rücklauf der BMG/APK-
Umfrage ergab für 2004:

durchschn. 88 % Psych-PV-Erfüllungsgrad

- 25 % Kliniken unter 81% Psych-PV ges.
- 25 % unter 77 % PED
- 60 % unter 90% Psych-PV (→ Plus It. KHRG)

Effizienzsteigerung KJPP



Südwürttemberg

	1991	1995	2005	2006	2007	1991- 2007 Veränd.
Fallzahl	20.108	23.302	37.699	39.415	41.259	+105 %
Verweil -dauer	126,3	63,4	43,2	42,5	41,8	-66,9 %
BT	2.539.894	1.478.076	1.626.719	1.676.085	1.731.892	-31,8 %
Betten, aufgest.	8.316	4.858	4.921	5.065	5.183	-37,6 %

Quelle: Stat.Bundesamt, Jahresberichte, u.eig. Berechnung

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Ergo:

- Das Einführen der Psychiatrie-Personalverordnung 1991-1995 und vielleicht andere Faktoren (med. Fortschritt, verbesserte Konzepte...) haben den gewünschten Erfolg einer Effektivierung gebracht.
- Belegungstage (Aufwand insgesamt) und Aufwand pro Fall wurden enorm gesenkt
(Wo gibt die GKV sonst 32 % weniger aus?)

.. auch nicht in der Pädiatrie!

	1991 KJPP	1991 Pädiatrie (ohne KJPP)			1991-2005 Veränd. KJPP	1991-2005 Veränd. Pädiatrie
Fallzahl	20.108	861.838			+87,5 %	+8,3 %
Verweil -dauer	126,3	9,1			-65,8 %	-40,6 %
BT	2.539.894	7.812.189			-36,0 %	-35,4 %
Betten, aufgest.	8.316	31.708			-40,8 %	-35,3 %

Quelle: www.dkgey.de Zahlen und Fakten 2006,
renate.schepker@zfp-zentrum.de
 Stat.Bundesamt, Jahresberichte, und eig. Berechnung

Preis für Leistung?

- Die „Einsparung“ für die Leistung Krankenhaus wurde nicht entsprechend der Effizienzsteigerung reinvestiert (Budgetdeckelung ab 1994)
- Fallzahlsteigerungen und Leistungsverdichtung sind bisher nicht honoriert worden (keine Akkordzulage!)
- + Daher ermöglicht das KHRG vom 13.2. ein wesentliches Desiderat – allein: umgesetzt muss es werden

Für das „Hamsterradlaufen“ kann man nun eine Gegenleistung der GKV einfordern.

- Neues BVerwGerichts-Urteil 2009 verpflichtet den Gesetzgeber, die Bundespflegesatzverordnung so zu verändern, dass Fallzahlsteigerungen berücksichtigt werden können

und

- KHRG hat Fallzahlsteigerungen bereits schiedsstellenfähig gemacht

Fallzahlsteigerung – daher

- ✓ Steigende Morbidität
- ✓ Steigende Risikopopulationen
- ✓ Mehr Substanzmissbrauch
- ✓ (Entstigmatisierung d. KJPP-Behandlung)
- ✓ **Mehr Krisen**
- ✓ Höhere Aufmerksamkeit und frühere Vorstellung

Trotz Fallzahlsteigerung:

nur 17 - 50% der behandlungsbedürftigen
Kinder und Jugendlichen erhalten
Therapie (Wittchen 2000, KIGGS 2006)

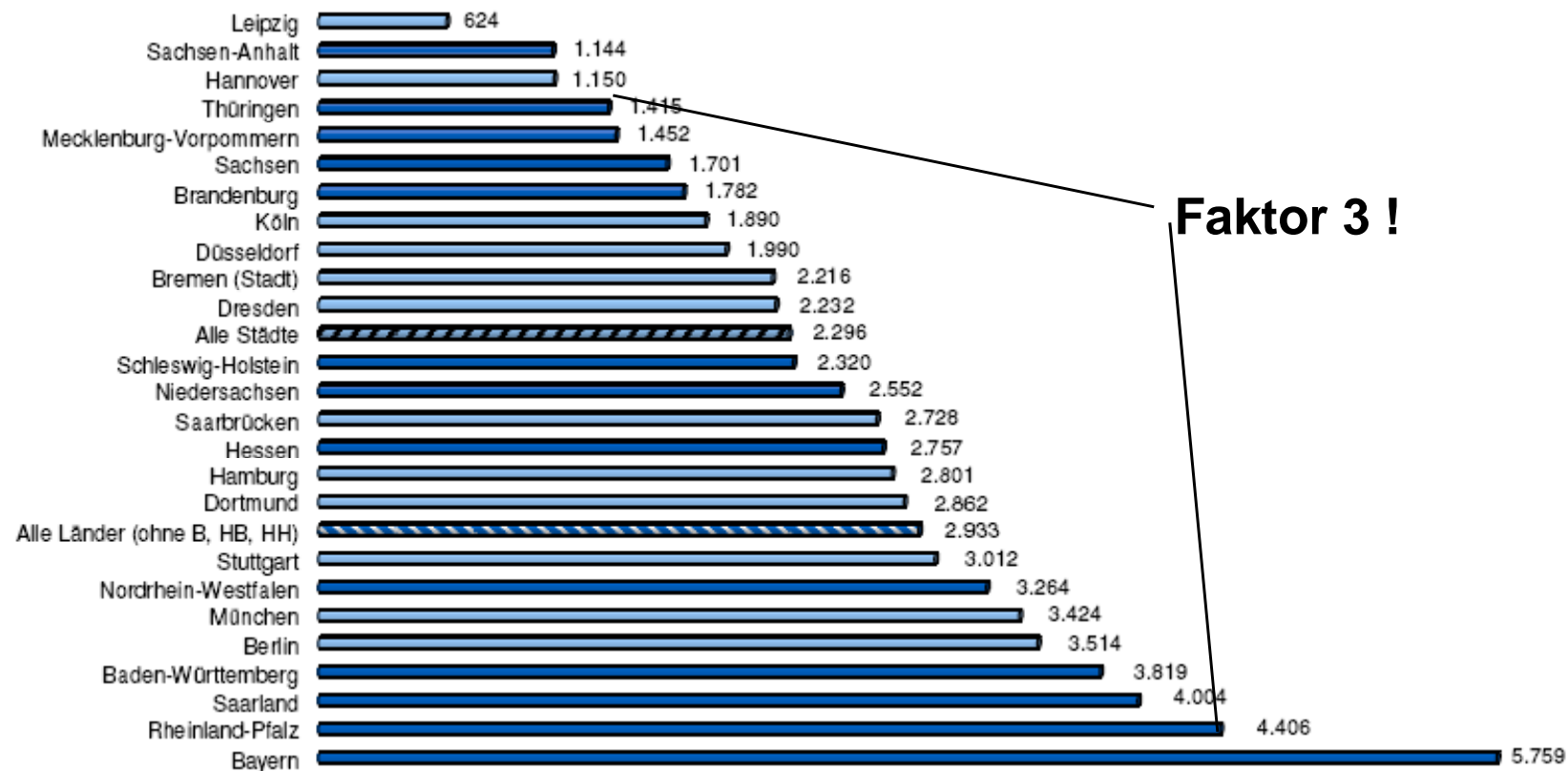
- davon nur jeder zweite (9%) in einer
adäquaten Form (Wittchen 2000)

Die WHO (2001) prognostiziert weltweit eine
50%ige Steigerung der Inanspruchnahme
bis 2020

Planspiele...

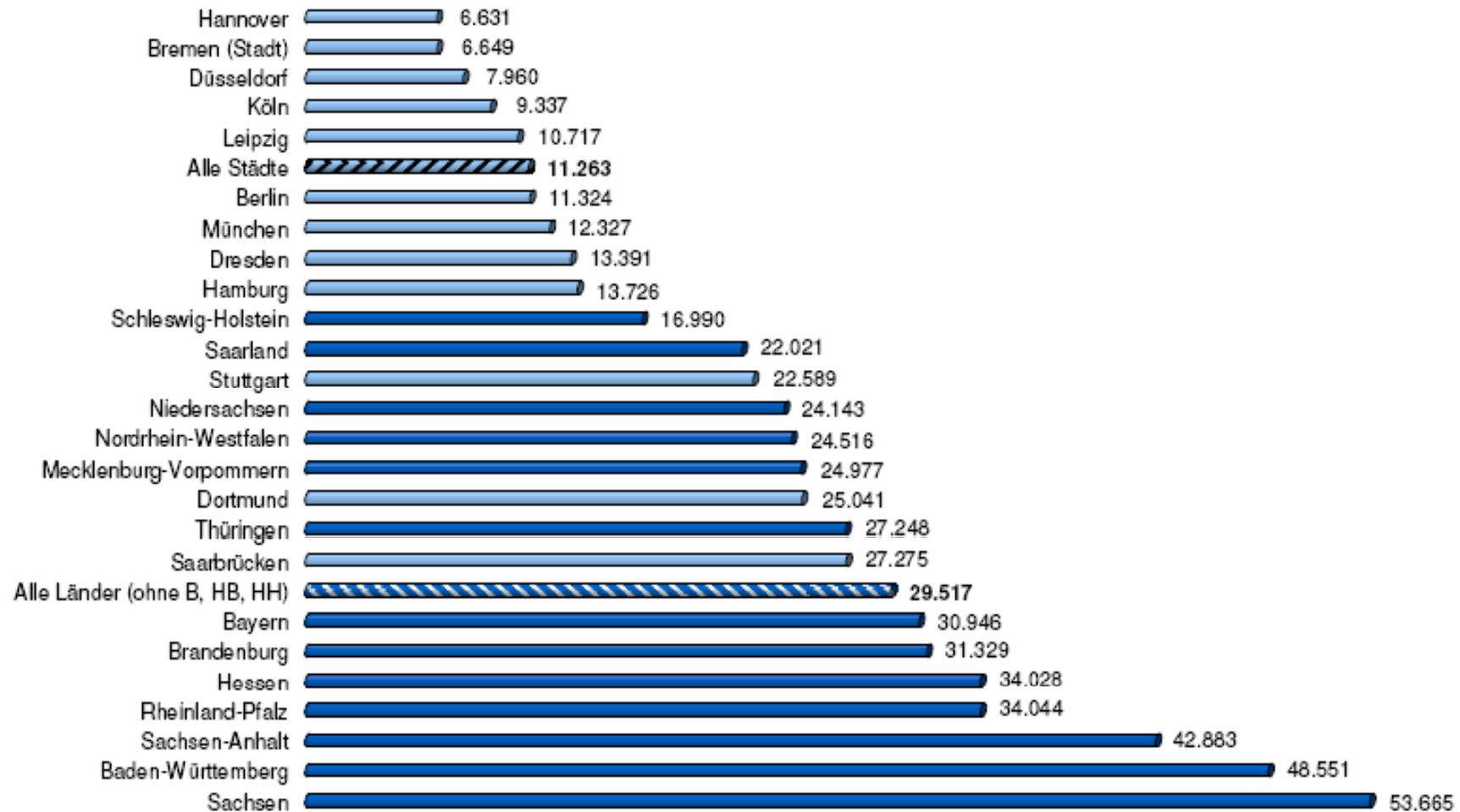
In welchem Bundesland will man als Kind erkranken?

Abbildung 10 Zahl der minderjährigen Einwohner, für die ein Bett in Fachkrankenhäusern und in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie zur Verfügung steht



...und entlassen werden?

Abbildung 12 Zahl der minderjährigen Einwohner, für die ein Facharzt / eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung steht



Ergo

- Wenn ein Kind schwer depressiv und rezidivierend suizidal wird und stationäre und ambulante Therapie intensiv braucht, sollte man mit diesem Kind nach Leipzig ziehen.
- Alle Eltern mit ideologisch begründeter Psychiatrie-Feindlichkeit sollten (noch) nach BaWü oder Bayern ziehen.

Wieviel Klinik braucht es?

- Derzeit wird Landesplanung auf Basis der Hill-Burton-Formel durchgeführt. Diese nimmt die Aufnahmequoten pro Einwohner der Altersgruppe (Morbidität) und rechnet sie hoch.

$$\text{Bettenzahl} = (\text{VD} \times \text{KH} \times \text{E}) / (\text{BN} \times 365)$$

Nachteil:

- Die Hill-Burton-Formel rechnet mit der Krankenhaushäufigkeit, d.h. der „angenommenen“, „hochgerechneten“ Morbidität - nicht mit der epidemiologisch gemessenen, für Vollversorgung erwartbaren

$$\text{Bettenzahl} = (\text{VD} \times \text{KH} \times \text{E}) / (\text{BN} \times 365)$$

Annäherung

Morbidität lt. LKHA BW:

- 277 Fälle je 10.000 Kinder/Jugendl., d.h. <3 %
+ 30 % teilstationär
- ca. 25 % Mehrfachaufnahmen => 3 %

gegenüber

- durchschnittlicher Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten im Ki- u-. Jugendalter 10 - 20%
(Ihle & Esser 2002; Barkmann & Schulte-Markwort 2002; Petermann, 2005; Ravens-Sieberer et al. 2006).

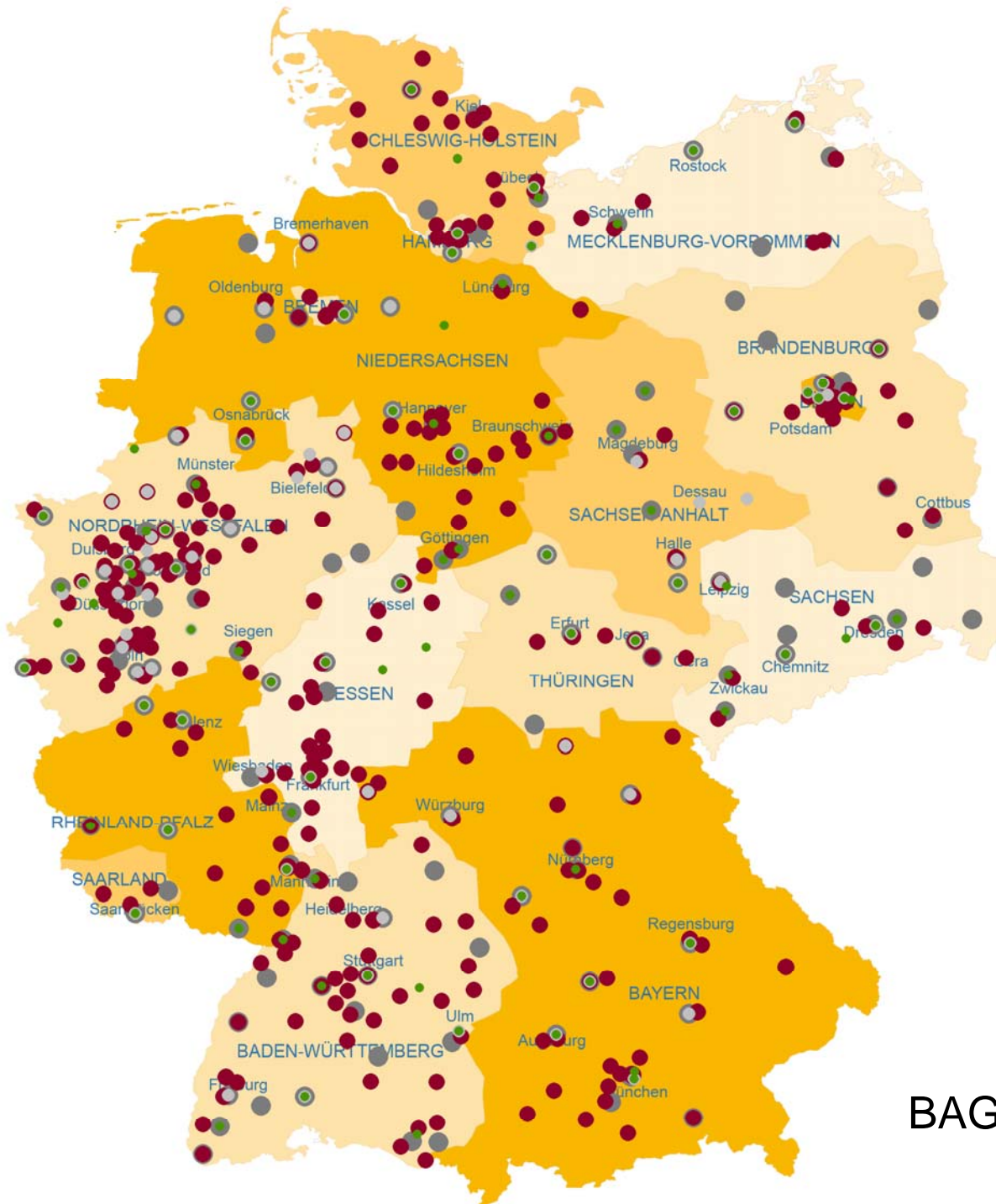
Der Rest bleibt

- ✓ im ambulanten Bereich (PIA) und bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern
- ✓ im ambulanten Bereich bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- ✓ in der Jugendhilfe
- ✓ in Sonderschulen
- ✓ in der „Kinderkur“ (= Rehabilitation)
- ✓ Zuhause mit „Inanspruchnahmebarriere“

Niedergelassene Ärzte KJPP

Vision:

- Niedergelassene KJPPs flächendeckend erreichbar
- Ausreichend ausgestattet für Diagnostik und Therapie zur Vermeidung vollstationärer Aufnahmen
- Ausreichend an Zahl und Ausstattung für (geteilte) Notdienste zum Abfangen von Krisen



**Niedergelassene
KJPPs 2008-9:**

**nur 725 Ärzte im
Vertragsarztbereich
bundesweit**

**Ausstattung
unteroptimal**

BAG-Versorgungslandkarte 06

Niedergelassene KJPths

Vision:

- Große Zahl ist in der Versorgung spürbar
- Zugang für Kinder / Jug. auch mit schweren Störungen, kurze Wartezeiten
- Therapieplätze poststationär und kurzfristig für Krisen verfügbar
- Flexible Therapiedauern und Frequenz trotz Richtlinientherapie
- KJPP-Behandlung gleichzeitig möglich

Jugendhilfe

Vision:

- Jugendpsychiatrische Diagnostik erfolgt bei allen Heimkindern mit Auffälligkeiten
- Konsentierete verbindliche Ablaufpläne für Krisenmanagement überall etabliert, verbindliche Rücknahme und Zuständigkeit
- Kein Kind / Jugendlicher mit „Heimwanderpreis“
- Keine Toleranz gegenüber Substanzkonsum
- Gemeinsame Fallsicht wird stets hergestellt

Reha / Kinderheilverfahren

Leistungen laut DRV-Bund-Statistik:

36.443 Kinderheilbehandlungen 2006

Davon > 50 % psychiatr. Probleme:

rd. 7.000 Erstdiagnosen F x, rd. 7.000 Adipositas-Pat.,

rd. 4.000 F-Diagnose als Zweitdiagnose

Stationäre KJPP laut Stat. Bundesamt:

39.093 Fälle in KJPP-Abteilungen 2006**

(*** destatis.de, bundesweit)

Reha

Vision:

- kinder-/jugendpsychiatrisch geleitete Kinderheilbehandlungen bei F-Diagnosen
- mit enger Indikation
- regionalisiert
- evaluiert und nachhaltig
- KJ-Rehabilitation auch für alle schweren Erkrankungen wie Sucht, Psychose...

Vision

Irgendwer erstellt mal
eine
gesellschaftliche Gesamtkostenrechnung
über das was für schwierige Kinder lifetime
ausgegeben wird – und stellt verschiedene
Effizienzüberlegungen an

Und wenn Visionen und Phantasien schlimme Realität werden?

Hätte Tim K. aus W. überlebt -
---- wo wäre er hingekommen ?

... eine (angesichts der Vorgänge nicht
unwahrscheinliche) psychiatrische Störung und
die Erfordernis der Begutachtung und späteren
Behandlung einmal unterstellt ...

Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter - Vergessene?

Krüger-Gutachten Hessen (2003):

- ca. 8 % der Strafgefangenen
- aktuell (Weissbeck 2005): 0 - 9,5 B / 1 Mio EW
- objektiv: **Bedarf steigt**: KJP Morbidität -
Substanzkonsum - Schwere Gewalttaten

Ergo:

⇒ Alle Bundesländer haben einen Bedarf > 0

Real existierende Plätze im Jugendmaßregelvollzug 2007

10



Nicht vergessen!

Die Rechtslage ist eindeutig

- **UBG Ba-Wü verbietet MRV Unterbringung Jugendlicher gemeinsam mit Erwachsenen (§ 15 i.V. mit § 7 UBG – für Behandlung, nicht für Begutachtung),**
- **Thüringer Verfassungsgericht: Verf GH 11/02: Grundrecht aus Art. 42 Abs. 5 Satz 1 und 88 Abs. 1 Satz 1 ThürVerf gebietet Behandlung in geeigneter Jugend-MRV-Einrichtung**
- **Schule für Kranke in KJPP, nicht in Erwachsenen - MRV-Kliniken nach Landesrecht: Recht a.Bildung**
- **Haftungsrecht: Facharztstandard bei Behandlung**

Vision

- Kleine flexible Einheiten Jugendforensik, Ausstattung gemäß KJ 2-3 Psych-PV (Gleichstellung mit KJPP-Regelbehandlung plus Aufsicht /Sicherheit)
 - z.B. 6 Plätze für § 63/64, 4 für § 126a, 80 % Auslastung zwecks Aufnahmebereitschaft, differenzierbar als Grundeinheit 10 Betten
 - „Entwicklungsförderliche Umgebung“, ggfs. länderübergreifende Kooperation für Tätergruppen wie Mädchen
- Qualifiziertes KJPP-Personal und Leitung
- Teilstationäre / Ambulante Nachsorgemöglichkeit

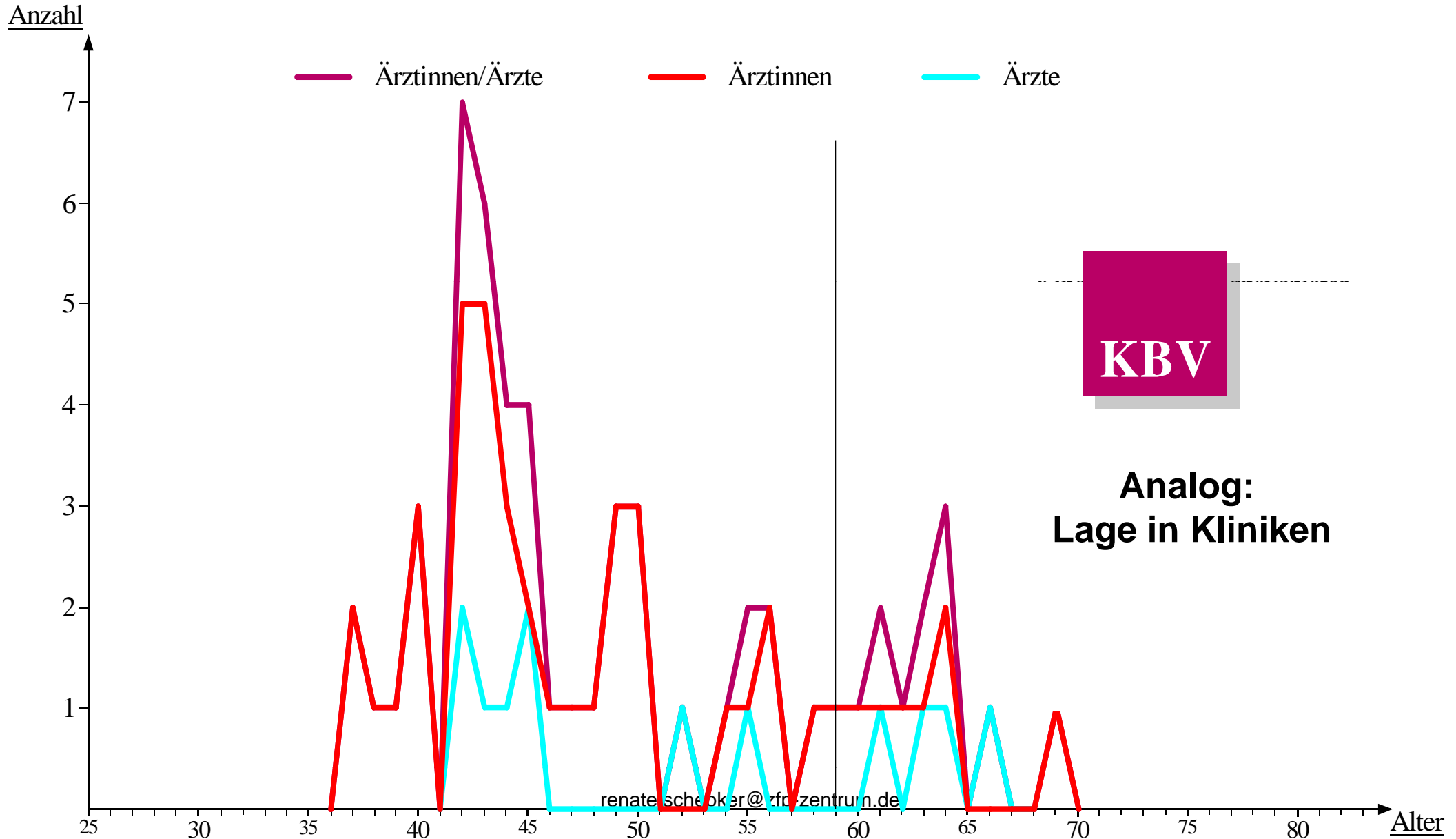
Zuletzt:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie braucht Menschen
- Ambulante und stationäre Versorgung nach Länderplanungen ausbaubedürftig
- Ärztemangel und Pflegekräftemangel
- Drohende „Verweiblichung“ – KJPP hat den höchsten Ärztinnenanteil aller Fachgruppen

Alter und Geschlecht KJPP FÄZfp

Südwestfalen-Lippe

31. 12. 2006 – neue Bundesländer –



Vision

- Kinder- und Jugendpsychiatrie wird Pflichtfach in der Mediziner Ausbildung
- und bis zu 1/3 der Studierenden der Medizin - auch Männer – möchten Kinder- und Jugendpsychiater werden

Was tun für Visionen !

...Danke für die Aufmerksamkeit