

Gegenwart und Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz

Psychische Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen

Es gibt keine gesamtschweizerischen statistischen Daten zur psychischen Gesundheit und zu psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Der Obsan Bericht 52 „Psychische Gesundheit in der Schweiz“ (1) fasst die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die alle fünf Jahre (letztmals 2012) durchgeführt wird, zusammen. Diese epidemiologische Untersuchung schliesst aber jeweils nur Personen ab 15 Jahren ein. Die einzige repräsentative epidemiologische Studie zur Häufigkeit von psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wurde 1994 im Kanton Zürich durchgeführt. In einem Zeitraum von sechs Monaten waren damals 22.5 % der Befragten an einer psychischen Störung erkrankt. Am häufigsten wurden Angststörungen gefunden, gefolgt von Ticstörungen und dem Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) (2).

Aktuelle Daten aus den USA, die mit der Situation in der Schweiz durchaus vergleichbar sein dürften, zeigen, dass heute die wichtigsten fünf Gesundheitsprobleme, die Kindern und Jugendlichen Einschränkungen in ihrem Alltagsleben aufzwingen, im mentalen Bereich liegen (3). Es handelt sich dabei um Angststörungen, aggressiv-dissoziale und depressive Störungen sowie ADHS und andere spezifische neuropsychologische Probleme (4).

Es gibt zahlreiche internationale Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Übersicht zu Deutschland z.B. bei Kurth et al., 2008 (5)). Sie zeigen, dass 15-22% aller Kinder und Jugendlichen innerhalb eines Jahres mindestens eine psychische Krankheit aufweisen. Bei rund 10% liegt die Störung bei einer Wiederholungsuntersuchung ein Jahr später weiterhin vor (6). Der Nationale Schweizerische Gesundheitsbericht 2008 (7) führt – allerdings ohne Quellenangabe – auf Seite 215 aus: *Etwa 20% der Kinder und Jugendlichen im Altern von 9 bis 17 Jahren leiden an Angst-oder Stimmungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Substanzmissbrauch, wobei es sich bei der Hälfte um psychiatrisch behandlungsbedürftige Störungen handelt.*

Vergleicht man die in den letzten 65 Jahren durchgeführten epidemiologischen Studien, ergeben sich keine gesicherten Hinweise auf eine Gesamtzunahme der psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (4). Offensichtlich zugenommen haben jedoch die Sensibilität und die Aufmerksamkeit für psychisches Leiden. Die verbesserte Diagnostik hat zudem zu einer Differenzierung der Störungsbilder und zu einer scheinbar deutlich höheren Prävalenz einiger Krankheiten (z.B. Autismus) geführt. Manche Symptombilder, wie die Kriterien *Hyperaktivität*, *Aufmerksamkeitsdefizite* und *Impulsivität* bei ADHS, bilden ein Kontinuum innerhalb der Bevölkerung ab. Die Diagnose einer Störung muss deshalb immer sehr sorgfältig und unter Berücksichtigung des Entwicklungskontextes erfolgen. Der Entscheid, ab wann eine Störung vorliegt und behandlungsbedürftig ist, unterliegt nicht nur den Normen der Klassifikationssysteme, sondern auch gesellschaftlichen Einflüssen.

Die aktuelle Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz

Gemäss Ärzteverzeichnis der FMH gibt es in der Schweiz ca. 650 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. Knapp 500 betreiben eine private Praxis, knapp 200 arbeiten in Institutionen. Bei rund 1.5 Millionen unter 18-Jährigen ergibt das ein Verhältnis von 1:2300 und entspricht einer der höchsten Dichten weltweit. Die Zahl muss aus den folgenden Gründen aber mit Vorsicht beurteilt werden: Eine beträchtliche Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärztinnen und -ärzte arbeitet in einem Teilzeitpensum.

Analog zur Situation in der Erwachsenenpsychiatrie ist die Hälfte der Freipraktizierenden älter als 55 Jahre (8,9), wird also in absehbarer Zeit die aktive Berufstätigkeit aufgeben. Es gibt innerhalb der Schweiz ein Verteilungsungleichgewicht mit hoher Spezialärztedichte in den Städten und Agglomerationen, aber z.T. deutlich geringerer Dichte in ländlichen Regionen.

Etwa 50'000 Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden jährlich ambulant und 2000 stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt (8). Einige Institutionen führen auch Tageskliniken für unterschiedliche Altersgruppen.

Die schweizerische Kinder- und Jugendpsychiatrie war immer stark psychotherapeutisch ausgerichtet (was sich im seit 1960 geltenden Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie spiegelt), und sie fühlt sich dem Grundsatz *ambulant vor stationär* verpflichtet. Die ambulante Versorgung der Bevölkerung wird traditionell gemeinsam durch die privaten Praxen und die institutionellen Dienste gewährleistet. Ausser den beiden Appenzell, Glarus und Uri betreiben alle Kantone eigene Ambulatorien. Zwischen den Arbeitsfeldern der Praxen und Ambulatorien gibt es durchaus erwünschte Überschneidungen, aber grundsätzlich ergänzen sich die Angebote in einer bewährten Form. Die Praxen bieten hauptsächlich psychotherapeutische Leistungen an, während die Ambulatorien ihre Schwerpunkte in der Abklärung und Behandlung von Familien in komplexen psychosozialen Situationen, in Angeboten für spezifische Störungsbilder und Bereiche (z.B. Autismus, Psychosen, Forensik) und in der Weiter- und Fortbildung des Nachwuchses haben. Die Ambulatorien leisten auch weitreichende gemeinwirtschaftliche Leistungen, wie Beratungen in Kinderschutzfragen, präventive Massnahmen sowie Vorhalteleistungen für eine umfassende Notfallversorgung, die nicht vollumfänglich durch die Leistungen der Krankenversicherungen abgedeckt werden. Die stationäre Behandlung erfolgt auf für Kinder und Jugendliche getrennten Abteilungen, die von den Institutionen selbständig geführt werden, wie auch auf psychosomatischen Stationen in den meisten Schweizer Kinderspitälern. Die Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen erfordert die stetige Kooperation zahlreicher Fachdisziplinen im medizinischen, psychologischen, pädagogischen, pfliegerischen, sozialen und juristischen Bereich.

Herausforderungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und Jugendpsychiatrie ist immer auch Entwicklungs- und Familienpsychiatrie. Sie deckt ein weites Feld von der Geburt bis zum Übergang ins Erwachsenenalter ab und arbeitet mit jungen Patientinnen und Patienten, die mit den Wertsystemen und -zuschreibungen ihrer primären Bezugspersonen aufwachsen. Das bedeutet, dass eine Diagnose und die entsprechende Behandlung nur mit Kenntnis und unter Berücksichtigung des kognitiven, emotionalen und körperlichen Entwicklungsstandes der Patientin oder des Patienten erfolgen können. Dazu muss in jedem Fall auch das gesamte soziale Umfeld des Kindes oder Jugendlichen einbezogen werden. Dieses umfasst nicht nur die Kern- und erweiterte Familie, sondern alle bedeutsamen Lebensbereiche, wie Kindergarten, Schule, Arbeit und Freizeit. Die Lebensbereiche der Kinder und Jugendlichen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert (z.B. Pluralisierung der Familienformen, Allgegenwärtigkeit der Medien, veränderte Erziehungshaltungen) und werden sich weiter verändern. Die meisten Heranwachsenden vermögen die Angebote, die unsere Zeit bietet, konstruktiv für die Umsetzung ihrer Ziele zu nutzen. Sie brauchen dazu in erster Linie das Vertrauen der Erwachsenen in ihre Entwicklung. Die Hälfte der Eltern fühlt sich jedoch verunsichert, woran sie sich in der Erziehung halten soll (10), und viele Erwachsene, die eine zunehmende Orientierungslosigkeit der Kinder und Jugendlichen beklagen, legen damit wohl nicht zuletzt eigene Ängste vor dem rasanten gesellschaftlichen Wandel offen. Die Probleme derjenigen Kinder und Jugendlichen, die psychiatrische Hilfe benötigen, müssen in der ursächlichen Vielschichtigkeit ernst genommen werden und dürfen nicht auf scheinbar einfache Erklärungsmuster, wie Normdruck in der Schule oder Erziehungsfehler reduziert werden.

Die therapeutischen Angebote müssen evidenzbasiert, wenn notwendig von pädagogischen und beruflichen Massnahmen begleitet sein und frühzeitig erfolgen, um langfristige gesundheitliche Schäden und zusätzliche Kosten im Sozialwesen möglichst zu verhindern. Trotzdem ist es eine Tatsache, dass manche der jungen psychisch kranken Patientinnen und Patienten auch im Erwachsenenalter psychiatrische Hilfe benötigen werden. 60% der späteren sogenannten „heavy user“ erwachsenenpsychiatrischer Institutionen waren bereits vor ihrem 15. Lebensjahr in psychiatrischer Behandlung (11). Der Eintritt vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist also eine äusserst sensible Phase und die Behandlung bedarf strukturierter interdisziplinärer Übergabekonzepte.

Exakte Angaben zum zukünftigen Bedarf an die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sind schwierig zu machen. Prognostisch geht man zwar von einem Rückgang des Anteils der 0-20-Jährigen in der Gesellschaft aus (1970: 31%, 2000: 23%, Prognose für 2050: 17%) (7), doch gleichzeitig wird mit einer Zunahme der Gesamtbevölkerung in der Schweiz auf bis zu 10 Millionen gerechnet. Aufgrund der steigenden Wahrnehmung der psychiatrischen Erkrankungen und der sich weiter entwickelnden evidenzbasierten Interventionsmöglichkeiten ist von einer Zunahme der Inanspruchnahme auszugehen. Die zu erwartenden wissenschaftlichen Fortschritte im Bereich der Neurowissenschaften und der Neuropsychopharmakologie können den zukünftigen Bedarf in verschiedenen Richtungen beeinflussen: Erhöhen aufgrund neuer Indikationsfelder, vermindern aufgrund besserer und rascherer Therapieerfolge. Die Psychiatrieplanung 2020 des Kantons Zürich geht bei den 0- bis 17-Jährigen davon aus, dass im Vergleich zu 2012 etwa 12 Prozent mehr Patientinnen und Patienten erwartet werden. Gleichzeitig wird sich die Hospitalisationsdauer in dieser Altersgruppe im Vergleich zu den Erwachsenen weniger stark reduzieren. Es kann deshalb mit einer leichten Zunahme der Pflégetage gerechnet werden (12).

Aufgaben an die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Zukunft

1. Nachwuchssicherung

Bereits heute besteht – analog zur Erwachsenenpsychiatrie – ein Mangel an Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten in Schweizer Kliniken. Ohne Zuzüger aus dem Ausland wäre eine lückenlose Stellenbesetzung nicht möglich. Die Erhöhung der Medizinstudienplätze ab 2014 ist nur bedingt hilfreich, da der Anteil der Studierenden, die sich zu Kinder- und JugendpsychiaternInnen ausbilden lassen werden, in den vergangenen Jahren abgenommen hat. Die Selektionskriterien des Numerus Clausus, aber auch die unsicheren beruflichen Perspektiven (tiefste Entlohnung innerhalb der Ärzteschaft, gesellschaftliche Anerkennung) und der überdurchschnittlich hohe Frauenanteil (Teilzeitarbeit) tragen dazu bei. Die Altersverteilung der Freipraktizierenden (über 50% über 55-jährig) birgt die Gefahr eines zukünftigen Versorgungsengpases. Die Bedingungen für die Praxistätigkeit, die für manche Patientinnen und Patienten einen wichtigen Grundversorgungsauftrag leistet, müssen, analog zu den Hausärzten, verbessert werden.

2. Gewährleistung und Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Kompetenz und der Methodenvielfalt

Aufgrund der medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung gewährleistet die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen umfassenden bio-psycho-sozialen Zugang, der durch keine andere Berufsgruppe gewährleistet werden kann. Das Angebot aller wissenschaftlich fundierten Behandlungsansätze – namentlich verhaltenstherapeutische, psychodynamische und familientherapeutische Verfahren, aber auch psychopharmakologische Unterstützung – ermöglicht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung und muss im Sinne der Behandlungsqualität weiterhin aktiv gefördert werden.

- 3. Verbesserung der Kenntnisse von Ursachen, Risiken und protektiven Faktoren**

Die Erforschung dieser Faktoren und die Übertragung der Ergebnisse in die klinische Arbeit führen zu einer Optimierung der Diagnostik und Therapie. Das Ziel liegt in der (Weiter-)Entwicklung evidenzbasierter Behandlungspfade und Leitlinien. Für diese Aufgabe kommt hauptsächlich den Universitätskliniken eine zentrale Bedeutung zu. Leitlinienorientiertes Vorgehen trägt dazu bei, dass die vorhandenen Ressourcen effektiv und sparsam eingesetzt werden. Ein aktuelles Beispiel dafür ist der Einsatz von Methylphenidat bei ADHS. Die Zunahme der Verschreibungen in den vergangenen Jahren und die unterschiedliche Praxis in verschiedenen Regionen der Schweiz (13) sollten nicht nur zur Kritik an der Medikamentenmenge, sondern vor allem zu einer Qualitätsdiskussion anregen. Es geht nicht um die Frage pro oder contra Methylphenidat, es geht darum, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen das Medikament erhalten, die es aufgrund ihrer zugrundeliegenden Krankheit wirklich benötigen und davon profitieren.
- 4. Zugang zur Behandlung verbessern**

Durch eine Senkung der Zugangsschwelle für vulnerable Bevölkerungsgruppen (z.B. Kleinkinder aus belasteten Familien, Migrantenfamilien) sollten die Prävention und Früherkennung weiter ausgebaut werden. Dafür sind in erster Linie Aufklärung und bedarfsgerechte Strukturen notwendig. Beispiele sind einfach anwendbare Screeningverfahren, interdisziplinäre Kooperationen (siehe auch unter 6.) und der Einsatz der Telemedizin. Auch die Zusammenarbeit zwischen Praxen und Institutionen, sowie ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Grundversorgung und Spezialangeboten für spezifische Störungen müssen gewährleistet sein. Aufsuchende Therapieangebote ermöglichen Hilfestellungen im unmittelbaren sozialen Umfeld der PatientInnen und ihren Familien und müssen dringend weiter ausgebaut werden. Für spezifische Störungsbilder, wie Suchterkrankungen oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Krankheiten, besteht in der Schweiz ein Mangelangebot. Auch die Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern muss verstärkt werden, und es fehlen weitgehend integrierte pädagogisch-psychiatrische Angebote für psychisch instabile oder kranke Kinder und Jugendliche, die der Schule fernbleiben oder nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit den Schritt ins Erwerbsleben nicht schaffen.
- 5. Übergänge erleichtern**

Übergänge begleiten die Entwicklung. Sie bieten Chancen für Wachstum, bergen aber auch das Risiko von Brüchen. Aus diesem Grund fordern sie die Aufmerksamkeit der Psychiatrie. Speziell sensible Übergänge sind die Geburt, der Kindergarten- und Schuleintritt und die Adoleszenz. Zur Prävention und Früherkennung von Beziehungsstörungen müssen spezifische Angebote für Familien mit Kleinkindern geschaffen werden. Auch Möglichkeiten für eine gemeinsame Hospitalisation von Mutter und Kind bestehen in der Schweiz noch kaum. Manche Krankheitsbilder, die bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten, wirken auch im Erwachsenenalter weiter. Zu ihnen zählen Angststörungen, Autismus, ADHS, Depressionen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und Zwänge. Therapieübergaben und der Austausch von Kenntnissen zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie bedürfen klarerer Strukturen. Die SGKJPP hat im Frühjahr 2012 ein Positionspapier zu dieser bisher vernachlässigten Thematik verfasst (14). Insbesondere für die PatientInnen mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen sollten gemeinsame Angebote der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie geschaffen werden. Auch in der Forensik sind solche Kooperationsmodelle zu erwägen, da z.B. im Jugendalter verordnete Massnahmen über das 18. Lebensjahr hinaus weitergeführt werden können.

6. Interdisziplinarität

Das Erkennen, die Diagnostik und die Behandlung psychischer Krankheiten erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Diese betrifft in erster Linie die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie, Pädagogik und Pflege. Im stationären Behandlungssetting ist diese gemeinsame milieuthérapeutische Arbeit bereits Standard. In anderen Bereichen besteht hingegen noch Optimierungsbedarf. Beispiele sind die Kooperation mit der Schulsozialarbeit (einer wichtigen Anlaufstelle für Jugendliche mit psychischen Problemen), mit Kinder- und Jugendheimen (wo viele traumatisierte und psychisch hoch belastete Heranwachsende betreut werden), mit heilpädagogischen Schulen oder mit den Kinderschutzbehörden.

7. Abgeltung

Aufgrund der Interdisziplinarität und der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (z.B. im Kinderschutz) lassen sich manche Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Krankenversicherungen und die IV nicht ausreichend finanzieren. So erfordern z.B. Tageskliniken, bei denen (Heil-)Pädagogik und Schulunterricht integrierte Bestandteile der Behandlung darstellen, eine Mischfinanzierung über verschiedene Kostenträger. Um den Bedürfnissen der betroffenen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und effektive Behandlungen anbieten zu können, müssen Voraussetzungen geschaffen werden, die eine dem Aufwand entsprechende Verteilung der Kosten und eine bedarfsgerechte Vergütung der Leistungen erlauben. Die Finanzierung von Modellprojekten schafft die Möglichkeit, innovative Versorgungsstrukturen auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu untersuchen. Zu diesen Strukturen gehören beispielsweise integrierte interdisziplinäre Behandlungsangebote, mobile Equipen, Übergangsmoedelle an den Schnittstellen zur Erwachsenenpsychiatrie sowie störungsspezifische Früherkennungs- und Behandlungskonzepte.

Alain Di Gallo und Hélène Beutler

In Zusammenarbeit mit Renato Barco (Arbeitsgemeinschaft Freipraktizierende), Stéphan Eliez, Willy Felder, Patrick Hämmerle, Daniel Münger (Arbeitsgemeinschaft Assistenz- und Oberärzte), Susanne Walitza (Verein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Chefärzte)

Literatur

1. Obsan Bericht 52: Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012
2. Steinhausen H.C., Metzke C.W., Meier M., Kannenberg R. (1998) Acta Psychiatrica Scandinavica, 98, 262.
3. Slomski A. (2012) Chronic mental health issues in children now loom larger than than physical problems. Journal of the American Medical Association, 308, 223-225.
4. Dornes M. (2012) Die Modernisierung der Seele. Kapitel 8: Haben psychische Krankheiten zugenommen? S. Fischer Verlag, Frankfurt.
5. Kurth B. M. et al. (2008) Wie geht es unseren Kindern? Ergebnisse aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: H. Bertram (Hrsg.): Mittelmass für Kinder. Der UNIVEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Beck, München.
6. Ihle W. & Esser G. (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Psychologische Rundschau, 53, 159-169.
7. Obsan: Nationaler Gesundheitsbericht 2008. K. Meyer (Hrsg.). Verlag Hans Huber, Bern.
8. Hämmerle P. (2007) Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz – Ist-Zustand und Perspektiven. Masterthesis im Rahmen des Weiterbildungs-Studienganges in Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
9. Obsan Bulletin 3/2012: Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011.
10. Deutsche Shell-Jugendstudie 2000.
11. Kim-Cohen J., Avshalom C. et al. (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. Archives of General Psychiatry, 60, 709.
12. Psychiatrie 2012. Erster Teil: Versorgungsbericht Psychiatrie. Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion.
13. Kühne R., Rapold R. (2011) Der Bezug von Methylphenidat in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung, 1295-1299.
14. Beutler H., Holzer L., Prün H., Schimmelmann B. (2012) Stellungnahme der SGKJPP zur Adoleszentenpsychiatrie.