I0168/12 Anlage

Landeshauptstadt Magdeburg

Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit
Stabsstelle Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung

Dokumentation
des Workshops zum

„Bericht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Magdeburg zur gemeindenahen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg“

März 2012

Magdeburg – sozial (Band 20)

ottostadt magdeburg

Impressum

Landeshauptstadt Magdeburg
Der Oberbürgermeister
Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit
Stabsstelle Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung
Wilhelm-Höpfner-Ring 4
39116 Magdeburg

Telefon: 0391 / 540-3241
Fax: 0391 / 540 3243
E-Mail: Heidi.Sapandowski@jsgp.magdeburg.de

Eine Veranstaltung der Stabstelle Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Magdeburg in Kooperation mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Magdeburg.

Juni 2012

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Angabe von Berufs- und anderen Bezeichnungen nur die allgemeine bzw. männliche Form benannt.

Nachdruck (auch auszugsweise) ist nur mit schriftlicher Genehmigung und Quellenangabe gestattet.

Workshop - 21. März 2012
Altes Rathaus Magdeburg
zum

„Bericht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Magdeburg zur gemeindenahen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg 2010“

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

9.00 Uhr	Begrüßung durch den Leiter der Stabstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Magdeburg, Dr. Ingo Gottschalk
9.15 Uhr	Impulsreferate „Zum Stand der stationären psychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg“ Priv.-Doz. Dr. Jordan, MBA, MIM / Prof. Flechtner - Klinikum Magdeburg gGmbH
10.00 Uhr	Arbeitsgruppen zur Erörterung der Umsetzbarkeit der Empfehlungen des PSAG-Berichtes zu folgenden Themen und Zielgruppen:

AG 1 **Medizinische Versorgung / Prävention**

Moderation:	Frau Sapandowski, Stabstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Magdeburg
Co-Moderation:	Frau Merten, Gesundheits- und Veterinäramt der Landeshauptstadt Magdeburg

AG 2 **Eingliederungshilfen**

Moderation:	Frau Seidel, Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg
Co-Moderation:	Frau Ache, Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg

AG 3 **Arbeit und Beschäftigung**

Moderation:	Herr Pischner, Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg
Co-Moderation:	Herr Dr. Gottschalk, Stabstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Magdeburg

AG 4 **Kinder und Jugendliche**

Moderation:	Herr Schmidt, Bunte Feuer GmbH
Co- Moderation:	Frau Wölk, Familienhaus Magdeburg e.V.

11.30 Uhr Vorstellen der AG-Ergebnisse im Plenum

Begrüßung

durch den Leiter der Stabstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Magdeburg, Dr. Ingo Gottschalk

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

Ich begrüße Sie recht herzlich im Namen der Landeshauptstadt Magdeburg. Insbesondere darf ich Ihnen die Grüße des Beigeordneten des Dezernates für Soziales, Jugend und Gesundheit, Herrn Hans-Werner Brüning, übermitteln, der heute leider hier nicht die Veranstaltung eröffnen kann, weil er sich krankheitsbedingt etwas schonen muss.

Mein Name ist Ingo Gottschalk. Ich bin Leiter der Stabsstelle für Jugendhilfe, Sozial- und Gesundheitsplanung in der Landeshauptstadt Magdeburg und in diesem Bereich ist die Psychiatriekoordination angesiedelt.

Ich begrüße ganz herzlich Herrn Professor Flechtner und Herrn Dr. Jordan zur Einführung von zwei spezifischen Themenstellungen in den Workshop.

Ich freue mich natürlich, dass Sie sich der Diskussion zum PSAG-Bericht stellen. Unsere rechtlichen Grundlagen sind mit dem PsychKG, dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst und über die Gesetzgebung der Sozialgesetzbücher II, VIII, IX und XII zu benennen und durch die Arbeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft belegt.
Wenn wir auf die engagierte Arbeit der Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft schauen, blicken wir bis in das Jahr 1995 zurück.
Insofern würdige ich natürlich mit dieser Begrüßung auch noch mal ganz ausdrücklich Ihre Arbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft seit dieser Zeit.
Die Tätigkeit und Verfassung des nunmehr 5. Berichtes der PSAG ist auf einen Stadtratsbeschluss aus dem Jahr 1995 zurückzuführen.
Der fachliche Gegenstand der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist mit der Beratung zu Fragestellungen zur Gestaltung eines zukunftsfähigen Hilfesystems zur Verbesserung der Versorgungssituation für Menschen mit psychischer Erkrankung, seelischer oder geistiger Behinderung definiert. Die Arbeitsstruktur der PSAG hat sich bewährt.

Viele Impulse aus der PSAG haben geholfen, die Versorgungssituation in der Landeshauptstadt Magdeburg zu verbessern.
In diesem Sinne sei auch den Sprechern und denen an der Vorbereitung des Workshops und auch der Erstellung des Berichts Beteiligten ganz herzlich gedankt. Stellvertretend für Sie natürlich alle, Sie verzeihen mir, wenn ich Sie nicht alle nennen kann, seien die Sprecherinnen und Sprecher der Arbeitsgruppen ausdrücklich benannt: Herr Gutsche von den Pfeifferschen Stiftungen, Frau Erdmann vom Klinikum Magdeburg, Frau Reich von der DROBS des Paritätischen, Frau Hoffmann vom Universitätsklinikum, Frau Dr. Hildebrand vom Landesverband der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Sachsen-Anhalt.
Wir haben in der Orientierung auf die diesjährigen Empfehlungen aus der Fachpraxis im Auftrag und Verständnis des Stadtrates ihre fachlichen Empfehlungen aus der Fachpraxis in die Diskussion hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Vorschläge aufzunehmen.
Der Bericht ist eine gute Grundlage. Im aktuellen Bericht sind Fragstellungen zur Sucht ausgekoppelt, da ein separates Konzept zur Suchtprävention und Suchtbekämpfung in der Landeshauptstadt Magdeburg, das durch den Stadtrat beauftragt wurde, mit der Drucksache DS 0494/09 eingebracht worden ist.
Insbesondere möchte ich noch mal auf die Aktivitäten der Landeshauptstadt Magdeburg mit der Orientierung auf die UN-Behindertenrechtskonvention verweisen.
Unter der Zugrundelegung der Menschenrechte ist die Fachdiskussion weiter zu fassen als ausschließlich Menschen mit Behinderungen. Der Verweis sei mir gestattet – Wir erarbeiteten mit der Drucksache DS 0488/ 11 den „Magdeburger Aktionsplan für Menschen mit Behinderung“. Auch das ist eine wesentliche Handlungsgrundlage für Sie.
Nunmehr zum Tagungsthema selbst: Der PSAG-Bericht ist Ihnen bekannt.
Ich freue mich, hinsichtlich der Blickrichtung, der Orientierung in der Hilfesystematik in der Stadt Magdeburg durch Dr. Jordan und Prof. Flechtner eine zusätzliche Perspektive zur Bewertung der Versorgungssituation ankündigen zu können. Und ich denke auch, dass die Fragestellungen von Schnittstellen, Nachsorge etc. sicherlich Anregungen geben werden, fachliche Empfehlungen des Berichtes noch einmal intensiver zu diskutieren. Insofern danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit zur Einführung in den Workshop und bitte Dr. Jordan, zur Orientierung der Erwachsenenpsychiatrie im stationären Bereich zu sprechen.

Impulsreferat

„Zum Stand der stationären psychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg“,

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Jordan, MBA, MIM
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Magdeburg gGmbH

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Frau Sapandowski, lieber Herr Dr. Gottschalk,

vielen Dank für die Einladung, für die Gelegenheit, hier bei der PSAG über die stationäre psychiatrische Versorgung der Landeshauptstadt Magdeburg referieren zu dürfen. Mein Part wird jetzt die Erwachsenenpsychiatrie sein.
Ich bin in etwa seit fünf Jahren in der Klinikum Magdeburg gGmbH als Chefarzt tätig. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine sehr moderne Psychiatrie, in der Organisationsform eine Abteilungspsychiatrie, d.h. die Klinik ist eingebunden in einem Großkrankenhaus der Maximalversorgung entgegen der anderen Versorgungsform der großen Fachkrankenhäuser wie z.B. das Fachkrankenhaus Bernburg oder Uchtspringe.

Den Vortrag könnte ich relativ kurz halten mit einem Bild, und dieses eine Bild zeige ich Ihnen hier. Sie sehen, wir sitzen gemeinsam in einem Ruderboot und bewegen uns auf eine große Stromschnelle zu, der ein tiefer Abgrund folgt. Und so muss ich leider die psychiatrische stationäre Versorgung in der Landeshauptstadt einschätzen; wir befinden uns kurz vor dem Abgrund und vielleicht in diesem Moment, wo ich hier referiere, sind wir dabei, ihn zu überschreiten. Wie komme ich dazu zu behaupten, dass die psychiatrische Versorgung nahe dem Abgrund ist, obwohl wir eine so schöne, moderne Klinik haben.

Ich will Ihnen meine Aussage an einigen Zahlen zur Versorgung erläutern, es handelt sich dabei um bundesweite Zahlen, aber auch Zahlen aus Magdeburg, und Sie werden selbst die Entwicklung sehen, in der wir uns befinden.

Zunächst werde ich über den steigenden stationären Behandlungsbedarf sprechen, als nächstes werde ich eingehen auf unzulängliche ambulante Versorgungsstrukturen, ich werde darauf eingehen, dass auch die Behandlungskapazitäten an stationären Betten und Plätzen

in der Landeshauptstadt zu eng bemessen sind, ich werde auf einen hohen Anteil Suchtkranker und akut psychiatrischer Patienten nur ganz kurz eingehen, sprich: ich nenne Ihnen jetzt einfach die Zahl. Bei uns in der Klinik ist der Anteil 60 %, üblicherweise wäre ein Anteil von rund 30 %. Ich werde dann auf den anhaltenden Fachkräftemangel eingehen, auf Stellenbesetzungsprobleme, ich habe Ihnen hierfür eine aktuelle bundesweite Erhebung zu der Thematik mitgebracht, die ich abgleichen werde mit den Daten unserer Klinik. Ich werde nicht näher auf ökonomische Zwänge eingehen, welche im psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet in den nächsten Jahren mit Einführung eines neuen Entgeltgesetzes für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik 2013 zunehmen werden. Und ich werde auch nicht weiter auf eine bestehende Rechtsunsicherheit eingehen, die sich aus der permanenten Überbelegungssituation der psychiatrischen Klinik ergibt und dem zuständigen Ministerium durch zwei Gesprächsrunden im Oktober und November letzten Jahres hinlänglich bekannt ist. Die zugehörigen Stichworte sind dabei Übernahme- und Organisationsverschulden sowie unterlassene Hilfeleistung.

Gehen wir miteinander die einzelnen Themen durch, die ich angesprochen habe.

Steigende Patientenzahlen. Sie wissen, weltweit steigen die Patientenzahlen, nach der WHO – der Weltgesundheitsorganisation – geht man davon aus, dass im Jahr 2030/2040 die Depression, d.h. also die psychiatrischen Erkrankungen weltweit die bedeutendsten Erkrankungen sein werden. Die eigentliche Volkserkrankung ist somit die Depression und daneben wird nach und nach die Demenz treten. Warum der Bedarf an stationären Behandlungen steigt, ist schwer zu sagen. Verschiedene Faktoren scheinen eine Rolle zu spielen. Einerseits kann die Prävalenz, d.h. die Erkrankungshäufigkeit, zunehmen, aber auch andere Faktoren wie ein verändertes Diagnoseverhalten, eine verbesserte diagnostische Erkennensrate durch Schulung und Sensibilisierung der Hausärzte, natürlich auch Themen wie Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Erkrankungen werden von Bedeutung sein. Aber es gibt hier in der Region eine Besonderheit und die Besonderheit ist, dass in Sachsen-Anhalt leider die Arbeitslosigkeit mit 10,6 % sehr hoch ist, und es gibt Untersuchungen, dass der Anteil der Menschen mit einer psychischen/psychiatrischen Erkrankung gerade dann besonders hoch ist, wenn auch der Anteil der Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung hoch ist (ISEG 2010).
Wie sieht es nun in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Magdeburg aus? Sie wissen vielleicht, dass wir zweimal unsere Behandlungskapazitäten erweitern konnten. 2008 konnte eine suchttherapeutische Station mit 17 Behandlungsplätzen und im Herbst 2011 eine gerontopsychiatrische Tagesklinik mit 15 Behandlungsplätzen aufgebaut werden. Eine Kapazitätsausweitung von insgesamt 30 Plätzen hört sich sehr gut an, hat sich

in der Versorgungsrealität aber überhaupt nicht niedergeschlagen: Obwohl wir die Kapazität zweimal gesteigert haben, ist im letzten Jahr verglichen zum vorletzten wieder eine Zunahme der stationären Behandlungszahlen um 15 % zu verzeichnen. Das bedeutet, seitdem ich die Klinik führe, also seit fünf Jahren, läuft sie ständig auf Voll- bzw. Überlast, sowohl im teilstationären als auch im vollstationären Bereich. Stellen Sie sich vor, Sie haben eine Hochleistungsmaschine, die immer auf Volllast läuft, die Gefahr, dass diese Maschine irgendwann ihren Geist aufgibt, nicht mehr funktioniert, sprich: dass die Mitarbeiter die Arbeitsverdichtung nicht mehr aushalten können, dass die Versorgung darüber schlechter wird und..., das ist alles nachvollziehbar. Aufgrund dieser extremen Überlast der stationären Belegung muss die Klinik gegen regulieren. Dies geschieht in der Regel über Verkürzungen des Aufenthaltes. Die zugehörige Kennzahl ist die mittlere Verweildauer, die Aufenthaltsdauer über sämtliche Patienten in einem Jahr. Sie ist in unserer Klinik mit 14 – 15 Tagen extrem kurz, bundesweit beträgt sie 23 Tage. Wenn wir über alle behandelten Patienten eine übliche mittlere Verweildauer erreichen wollten, hätte die Klinik eine Belegung von 150 %, was nicht umsetzbar ist. Ein Problem, welches sich aus der Verkürzung der mittleren Verweildauer ergibt, ist eine Abnahme der Versorgungsqualität der Patienten. Wir sind jetzt in einem Bereich angekommen, wo bei jeder weiteren Reduktion mit massiven Qualitätseinbußen zu rechnen wäre. Der Aufnahmedruck in der psychiatrischen Klinik ist so hoch, dass wir längst nicht mehr alle psychiatrischen Patienten in der Klinik stationär behandeln können, sondern 200 – 250 Patienten im Jahr „ausgelagert“ in den somatischen Fachabteilungen betreuen müssen. Patienten mit der Hauptdiagnose einer psychiatrischen Erkrankung werden somit nicht nur in der psychiatrischen Klinik sondern auch in den somatischen Kliniken aufgenommen, z.B. der Inneren Medizin, der Neurologie oder der Chirurgie. Wenn wir diese Patienten auf unsere Belegung wieder umrechnen würden, hätten wir einen weiteren Zuwachs um rund 12 %. Dazu passend sehen Sie, dass wir einen umfangreichen Konsiliardienst aufgebaut haben. Dieser Konsiliardienst betreut in etwa 1200 – 1500 Patienten im Jahr, welches eine enorm hohe Zahl ist. Dabei haben wir für diesen Konsiliardienst keine extra Personalstellen verhandeln können, so dass die Patienten von den Kollegen zusätzlich betreut werden müssen. Insgesamt besteht im stationären Bereich eine sehr angespannte Situation.

Wie sieht es nun in der ambulanten Versorgung aus? Dazu gibt es eine sehr Studie von den Kollegen Böcker und Fritze aus dem Jahr 2007, welche feststellte, dass von allen psychisch erkrankten Personen mit einer manifesten 12-Monats-Diagnose und Hilfesucheverhalten in Westdeutschland 61 % und in Ost-Deutschland 79 % keinerlei Intervention erhielten. Wahrscheinlich ist die Zahl in Ost-Deutschland auch deswegen höher, weil die Anzahl der niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiater in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt im Bundesdurchschnitt dem

Bundesarztregister der KBV zufolge am geringsten ist. Zur Veranschaulichung der Situation in der psychiatrischen Klinik an der Klinikum Magdeburg gGmbH können aktuelle Leistungszahlen herangezogen werden. Sie zeigen einen Anstieg der ambulanten Notfälle in der Notfallambulanz um 88 % von 2008 bis 2009 und parallel dazu in der eigenständigen Psychiatrischen Institutionsambulanz (PIA) um 53 %. Die PIA unterliegt übrigens besonderen gesetzlichen Kriterien, welche uns erlauben nur Patienten mit gewissen Diagnosen und Schwierigkeitsgraden dort behandeln zu dürfen. Ich habe Ihnen auch die aktuellen Zahlen von 2011 und 2010 mitgebracht, 2010 jeweils in der Klammer. Wenn Sie sich diese anschauen, sind dort 422 Patienten in der Notfallambulanz, über 1400 Patienten in der PIA und vorstationär noch etwa 190 Patienten betreut worden, d.h. im ambulanten Bereich - zusätzlich zu den stationär Betreuten - insgesamt über 2000 Patienten. Also auch hier eine sehr angespannte Situation.

Deswegen komme ich zu meinem ersten Fazit, dass die Behandlungskapazitäten in Magdeburg völlig unzureichend sind.
Und der zukünftige Bedarf wird weiter steigen. Hierfür gibt es zwei Belege. Ein Faktor ist, dass der Anteil der organischen Erkrankungen in Sachsen-Anhalt sehr hoch ist, und wir wissen aus vielen Untersuchungen, dass Menschen mit einer organischen Erkrankung, z.B. mit einem nicht gut behandelten Bluthochdruck, einem Diabetes mellitus, mit neuroderegenerativen Erkrankungen, überproportional häufig auch eine psychiatrische Erkrankung bekommen. Professor Staedt hat während seiner Zeit als Geschäftsführender Oberarzt der Universitätspsychiatrie bei Professor Bogerts in einer wissenschaftlichen Untersuchung die Region Magdeburg mit der Region Göttingen verglichen. Bei dem Vergleich der psychiatrischen Patienten konnte er zeigen, dass die psychiatrischen Patienten hier deutlich kränker waren, schwerer krank waren und vor allen Dingen, dass o.g. organischen Erkrankungen viel häufiger ausgeprägt waren als in der Region Göttingen. Ein zweiter Faktor ist die überalterte Bevölkerungsstruktur in Sachsen-Anhalt. Hierzu gibt es Zahlen vom Statistischen Bundesamt, d.h. die Demenzerkrankungen werden wie ein Tsunami auf das Land, aber auch auf diese Stadt, treffen.
Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Klinikum Magdeburg gGmbH verfügt z.Zt. über 95 stationäre Behandlungsplätze, zusätzlich kommen 35 tagesklinische Plätze. Die Universitätspsychiatrie unter Leitung von Professor Bogerts weist 65 Betten auf, zudem werden in der psychosomatischen Universitätsklinik von Professor Frommer 10 Betten vollstationär und 8 Plätze als teilstationäre Behandlungsmöglichkeit vorgehalten. Diese Zahlen sind aus meiner Sicht sehr gering. Und gerade deswegen so gering, weil ausreichende ambulante Versorgungsstrukturen fehlen. Der Vergleich zu Göttingen, welche

keine Landeshauptstadt ist, mit 110.000 etwa halb soviel Einwohner wie Magdeburg und in der Region ähnlich große Fachkrankenhäuser aufweist, ergibt dort doppelt so viele Betten.

Kommen wir zum Thema Fachkräftemangel. Dazu habe ich Ihnen eine Studie mitgebracht. Es handelt sich um eine Umfrage aus dem letzten Jahr, hochaktuell, vom Deutschen Krankenhausinstitut durchgeführt. Normalerweise - wie die Jahre zuvor - führt das Deutsche Krankenhausinstitut solche Studien über sämtliche Fachbereiche durch. Dieses Mal haben sie sich explizit dem psychiatrischen Fachgebiet angenommen. Warum die „Ehre“ einer eigenständigen Untersuchung? Weil in den alten Erhebungen zu sehen war, dass in diesem Fachgebiet die Dramatik des Fachkräftemangels am stärksten ist. Die Umfrage wurde bundesweit durchgeführt in den beiden Versorgungsformen Fachkrankenhaus und Abteilungspsychiatrie. 95 Fachkrankenhäuser und 83 Abteilungspsychiatrien haben teilgenommen. Die Abteilungspsychiatrien hatten im Schnitt 105 Betten, die Fachkrankenhäuser waren mit 158 Betten größer. Die mittlere Verweildauer betrug 23 bzw. 25 Tage. Über 60 % der Kliniken haben Stellenbesetzungsprobleme im ärztlichen Dienst berichtet, dabei waren im Schnitt 2,1 Vollkraftstellen in den Abteilungspsychiatrien bzw. 3 Vollkraftstellen in den größeren Fachkrankenhäusern unbesetzt. Leider wurde in dieser Erhebung nicht gesagt, wie lange die Stellen unbesetzt waren. Es ist natürlich ein großer Unterschied, ob eine Stelle lediglich zwei Wochen oder über einen längeren Zeitraum nicht zu besetzen ist. Und leider wurde in dieser Erhebung auch nicht untersucht, in wie weit die Personalausstattung auch bedarfsgerecht im Sinne der Psychiatriepersonalverordnung, einer Vorschrift der Gesetzgebung, war. Trotzdem kam bei der Umfrage heraus, dass der Fachkräftemangel extrem war und die Psychiatrie damit zu dem Fachgebiet mit dem höchsten Fachkräftemangel gehört. Wenn die unzulängliche Berücksichtigung der Personalbemessung einbezogen wird, ist davon ausgehen, dass der tatsächliche Fachkräftemangel in der Erhebung noch unterschätzt wurde. Wie sieht es nun in unserer Klinik aus? Zur Beantwortung wird die Klinik in die Erhebung einsortiert. Sie wissen, unsere Klinik ist eine Abteilungspsychiatrie, d.h. sie ist mit den Abteilungspsychiatrien zu vergleichen. Die Klinik hat 95 Betten, also 10 Betten weniger als die statistische Vergleichsklinik. Obwohl die Klinik 10 Betten weniger hat, wurden im Jahr 1000 Fälle mehr behandelt, insgesamt 2400 Fälle anstelle der 1300 Fälle der Vergleichsklinik. Die mittlere Verweildauer liegt zwischen 14 und 15 Tagen, also deutlich geringer. Auch wir haben Stellenbesetzungsprobleme; in der Klinik sind z.Zt. drei Arztstellen nicht zu besetzen. Und ich gehe ergänzend auf die Dauer unbesetzter Arztstellen ein, hierzu gibt eine Untersuchung von Blum und Löffert aus dem Jahr 2010. Dort wurde zunächst untersucht, wie lange im Westen der Republik über sämtliche Fachgebiete, also Innere, Chirurgie, Urologie, Psychiatrie usw., eine Arztstelle nicht zu besetzen war – im Schnitt 12 Wochen. Dann wurde

analysiert, wie lange im Osten der Republik über sämtliche Fachgebiete eine offene Stelle nicht zu besetzen war – im Schnitt 16 Wochen, also ein wenig länger. Uns interessieren natürlich nicht die anderen Fachgebiete, sondern die Psychiatrie. Diese Auswertung wurde bundesweit, also Ost und West gemeinsam, vorgenommen, dabei vergingen 21 Wochen, eine Stelle zu besetzen. Leider wurde nicht mehr differenziert, wie lange es im Osten der Republik dauert, einen Psychiater zu finden. Ich kann aus der Erfahrung sprechen; bei uns sind es jetzt schon 26 Wochen. Und ich muss dabei verdeutlichen, dass wir eine sehr moderne Klinik und akademisches Lehrkrankenhaus sind und als Landeshaupt- und Universitätsstadt über einen Standortvorteil verfügen. D.h., wenn bei uns schon 26 Wochen vergehen, möchte ich nicht wissen, wie lange andere Kliniken in der Region ihre Stellen nicht besetzen können.

Zum Thema der gesundheitspolitischen Unterstützung. Aus Sicht des Arbeitskreises der Leiter Psychiatrisch-Psychotherapeutischer Kliniken in Sachsen-Anhalt ist die gegenwärtige Versorgungslage im gesamten Bundesland dramatisch. Deswegen hat der Arbeitskreis mit dem Ministerium im Oktober und November letzten Jahres zweimal das Gespräch gesucht, bei dem letzten Termin waren auch die Universitätspsychiatrien, die Psychosomatischen Kliniken und die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingebunden. Das Ministerium ist jetzt in der Pflicht, sich für die zugesagte Unterstützung einzusetzen. Leider wurde zwischenzeitlich die Stelle für das Psychiatriereferat gestrichen.
Es reicht nicht aus abzuwarten, wie eine zukünftige gesundheitspolitische Unterstützung aussehen wird. Bereits jetzt besteht für psychisch kranke Menschen der Landeshauptstadt ein dramatischer Versorgungsengpass und ich bin mir ungewiss, wie lange die beiden psychiatrischen Kliniken der Stadt die Versorgung noch aufrecht erhalten können. Um die stationäre Versorgung bei steigendem Behandlungsbedarf und anhaltendem Fachkräftemangel in den letzten Jahren überhaupt sicher stellen zu können, musste ich mich eingehend mit der Thematik beschäftigen. In der von mir herausgegebenen Schriftenreihe „(Aus-)Weg zum arztfreien psychiatrischen Krankenhaus“ in der Psychiatrischen Praxis sind die Beiträge, die ich mit den renommiertesten Vertretern meines Faches erstellt habe, einsehbar.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Impulsreferat

„Zum Stand der stationären psychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg“,

Univ.-Prof. Dr. med. Hans - Henning Flechtner
Chefarzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Klinikum Magdeburg gGhbH

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

Liebe Veranstalter, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich habe keine Präsentation mitgebracht, kann aber anschließen, an das, was Herr Jordan gesagt hat, auch an die Themen anschließen und möchte einige Dinge zum Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Stelle sagen. Das, was ja jetzt im Vortrag prägnant deutlich geworden ist, ist die Frage der Versorgung mit Betten und ambulanten Ressourcen und die Frage der zur Verfügung stehenden ärztlichen Ressourcen. Und vielleicht macht es sich ganz gut, wenn ich Ihnen die Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dort anschließend einfach direkt schildere, sodass Sie das Bild komplett haben. Vorweg muss man eines in Betracht ziehen: Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht die Psychiatrie des kleinen Erwachsenen. Wir wissen lange, dass Kinder nicht mehr kleine Erwachsene sind und dass die Kinderheilkunde nicht mehr der kleine Bruder der Inneren Medizin ist sondern, dass die sich mit Kindern beschäftigen, in medizinischen Disziplinen, eigene Profilierungen haben, die auch mit dem sich entwickelnden Organismus in vielfältiger Form zu tun hat. D. h., wir können an vielen Stellen nur unzureichend das, was wir aus dem Erwachsenenbereich wissen, auf die Situation von Kindern und Jugendlichen übertragen. Und von daher haben wir einerseits eine große Schnittmenge mit unserer Schwesterklinik von Herrn Jordan und auf der anderen Seite sind wir auf einer ganz anderen Eisscholle, die in eine ganz andere Richtung treibt. Diese beiden Dinge muss man berücksichtigen. Wir haben es nicht schwerpunktmäßig mit den schweren Depressionen, wir haben es nicht schwerpunktmäßig mit den schweren Suchterkrankungen, wir haben es nicht schwerpunktmäßig mit den schweren Psychosen zu tun sondern wir haben es mit sehr komplexen Krankheitsbildern zu

tun. Und wenn jemand von Ihnen die FAZ am Sonntag vor zwei, drei Wochen gelesen haben sollte, dann wird er so große rote Bälle vielleicht noch im Kopf haben, die auf Seite 1, 2 und 3 dargeboten waren; da gab es einen kleinen Ball, der bezeichnet die Verschreibungszahlen für Psychostimulanzien, also die Medikamente, die für Kinder und Jugendliche mit dem Thema ADHS – Hyperkinetisches Syndrom – zur Verfügung stehen. Dieser kleine Ball bezeichnet die Verschreibungszahlen, wie sie Anfang der 90er Jahre in der Bundesrepublik insgesamt Ost und West waren. Und damals wurden in der Größenordnung 30, 32, 34 kg dieser Medikamente insgesamt verschrieben. Und es gab dann einen riesengroßen roten Ball, der gar nicht mehr auf die Seite ging, der bezeichnete die Verschreibungszahlen, wie sie heute da sind, und da nähern wir uns etwa 2 Tonnen. ADHS – Hyperkinetisches Syndrom – ist, wie Sie nun auch alle wissen, ein völlig anderes Gebilde als eine psychiatrische Erkrankung im Sinne dessen, über das uns Dr. Jordan gerade berichtet hat, sondern eine Erkrankung, wo viele Personen sich mit Recht fragen, ist es denn überhaupt eine wirkliche medizinische Erkrankung, wo ist es das denn, wo spielen soziale Verhältnisse eine Rolle, wo spielen familiäre Verhältnisse eine Rolle. Und damit sind wir mittendrin im Thema der Kinder- und Jugendpsychiatrie, d. h. wir können uns nicht darauf begrenzen zu sagen, wir haben es mit medizinischen Krankheitsentitäten zu tun, die wir im engeren Sinne dann auch medizinisch behandeln können sondern wir haben es mit ganz vielen Umfeldfaktoren zu tun, die uns häufig gar nicht unterscheiden lassen, was die Henne und das Ei ist, wo beginnt die ganze Geschichte und wo endet sie. Und das heißt aber auch, dass unsere Behandlungsverfahren und Behandlungszugänge an vielen Stellen sehr viel weniger medizinisch sein müssen. Und wenn Sie sich diese Zahlen angucken, 35 oder 34 kg 1992, 2 Tonnen 2011, dann fragt man sich, was ist da passiert, dass eine Realität, die eine andere Form von Erkrankung darstellt, plötzlich so überdimensional mit Medikamenten behandelt wird. Ist die vermehrt diagnostiziert worden, weil wir das früher nicht konnten; ist die jetzt besser behandelbar, was wir früher auch nicht gesehen haben oder ist auch zu sehen, dass der Versuch gemacht wird, mit Medikamenten eine komplexe Realität zu behandeln, die eigentlich sehr viel komplexere und andere Behandlungsschritte notwendig macht. Und ich will das jetzt gar nicht polemisch zuspitzen, wahrscheinlich treffen alle drei Sachen irgendwie zu, aber die dritte Sache, ist sicher etwas, was man anführen kann. Und wenn ich vor 20 Jahren in eine Grundschule gegangen wäre und gefragt hätte, wie ist denn das mit Hyperaktivität, mit ADHS, da hätten einige Lehrer mit den Schultern gezuckt und gesagt, „Ja, haben wir. Spielt aber keine große Rolle.“ Andere hätten gesagt: „Ja, den kleinen Egon, den können Sie gleich mitnehmen.“ Wenn ich das heute mache, dann wäre die Reaktion: „Den Fünferpack, den können Sie sofort mitnehmen und die fünf anderen bitte übermorgen.“ D. h., das ist ein Thema geworden, was in vielfältigster Hinsicht sich ausgebreitet hat und wo keiner von uns weiß, mit was wir es eigentlich da zu tun haben und

was die dafür tauglichen Behandlungsmöglichkeiten wirklich wären. Und wenn man nur dieses kleine Schlaglicht nimmt, dann wird deutlich, dass wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Kernbereichen mit anderen Dingen zu tun haben, als die Kollegen in der Erwachsenenpsychiatrie. Und das führt mich jetzt zur Frage, die Herr Jordan ja auch sehr stark gemacht hat, z. B. der Frage der Verweildauer. Wenn die Erwachsenenpsychiater in dem hohen Druck sind, die Patienten irgendwie bewältigen zu müssen und gar nicht anders können als die Verweildauer zu verkürzen, stellt sich für uns die Frage ganz anders herum, die Frage eher so, wenn der Medizinische Dienst uns fragt: „Hättet Ihr es nicht kürzer machen können?“ Dann ist meine Gegenfrage: „Warum fragen Sie nicht, ob wir lang genug behandelt haben, damit es überhaupt wirkt.“ Wenn wir wirksam behandeln können, können wir das auch in zwei Stunden, an einem Tag, in zwei Tagen machen. Aber der kleine Einstieg in die komplexe Materie ADHS zeigt Ihnen sicherlich, dass wir es mit Bedingungsverhältnissen zu tun haben, die über Jahre gewachsen sind und die können wir nicht mit wenigen Tagen behandeln; Sie können keinen Schmorbraten in zwei Minuten machen – zumindest kann ich es nicht; der wird nicht gedeihen. D. h., das hat auch keinen Sinn, das zu tun. Und wenn wir eben in der Erwachsenenpsychiatrie Krankheitsbilder haben, wo wir auch mit solchen kurzen Behandlungsdauern im Kern einen Einstieg in eine sinnvolle Behandlung erwirken können – und das unterstelle ich den Kollegen – dann ist das bei uns nicht so. D. h., wir können in dieser Form nicht arbeiten, sondern müssen anders arbeiten. D. h., unser Ziel muss sein, die Verweildauern angemessen hoch zu setzen, um wirksam sein zu können. Und das beleuchtet schon mal die Schwierigkeit, in der wir in unserem Fachgebiet sind, weil wir auch zu wenig Betten haben im Lande, die Kliniken sind alle voll, die Wartelisten sind voll, d. h., wir haben einen hohen Bedarf, aber wir können den Bedarf in der Form gar nicht erfüllen. Und die Frage ist, was macht man in dieser Situation. Wir haben uns dafür entschieden, zu sagen, wir wollen nicht versuchen die Behandlungsdauern runter zu bekommen, sondern wir wollen versuchen, ergebnisorientiert zu behandeln. Und das ist der zweite Komplex, auf den ich Sie gerne hinweisen möchte. Der ist nämlich Folgender: Hier im Raum sitzen ganz viele Personen unterschiedlichster Berufsgruppen, die alle in vielfältigster Form mit den Patienten zu tun haben, um die es uns jetzt geht. Und wenn wir einfach mal die Kinder und Jugendlichen angucken, haben wir vielfältige Schnittlinien. Das ist die Schule, das ist die Jugendhilfe, das sind die Jugendämter als hoheitliche Aufgabenausführende, das sind die Kliniken, das sind die niedergelassenen Therapeuten, die nicht ärztlich sind, das sind die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, das sind die niedergelassenen Ergotherapeuten, das sind die Kinderärzte, das sind viele, viele, viele Berufsgruppen. Und alle versuchen – das unterstelle ich mal – diesen Kindern ernsthaft Hilfe in ihrem Berufsfeld angedeihen zu lassen. Soweit, so schön. Das Problem ist nur, dass keiner dieser Berufsgruppen – und das stelle ich jetzt mal ganz

provokativ in den Raum – ergebnisorientiert arbeitet. Sondern alle arbeiten in dem Feld, das ihnen vorgegeben ist. Der niedergelassene Kinder- und Jugendlichentherapeut hat das Richtlinienpsychotherapieverfahren, was er den Klienten anbieten kann. D. h., er wird jemandem ein Angebot machen, ich kann dich behandeln, verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, kann x Stunden beantragen und dann gucken wir mal, wo wir damit landen. D. h., es findet nicht von vornherein eine Überprüfung über die Effektivität im Einzelfall statt sondern es findet eine Zuteilung der Ressourcen zum Therapeuten statt. Da kann der Einzeltherapeut gar nichts dazu, das ist das System. Genau so ist das bei dem Kinderarzt, beim Kinderpsychiater, bei allen anderen und auch bei uns in der Klinik. Die Patienten kommen in unsere Klinik, es wird etwas gemacht, aber es überprüft niemand, wie die Effektivität unserer Maßnahme ist. Der MDK guckt sich das nicht an, niemand guckt das an, sondern wir gucken das mit unseren Qualitätsindikatoren versuchsweise selber an, aber das ist alles frei schwebend. D. h., was wir häufig haben, ist, es ist hohe Not und es wird etwas gemacht, aber es wird nicht überprüft, ist es wirklich die angemessenste Maßnahme oder nicht. Und d. h., wir erzeugen viele Fälle, wo jeder in seinem Bereich gut arbeitet, aber die wirkliche Überprüfung dessen, was wir insgesamt leisten, nicht stattfindet. Das betrifft Schulen, das betrifft Jugendhilfe, das betrifft Kliniken. Schnitt.
Als ich vor sechs Jahren nach Magdeburg kam, gab es eine Situation im Lande, in Sachsen-Anhalt, wo wir viele stationäre Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten, die haben wir immer noch und wo wir eine fast nicht vorhandene ambulante Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten, die haben wir immer noch. Damals gab es zwei niedergelassene Kinder- und Jugendlichentherapeuten, das sind die Kolleginnen und Kollegen, die nicht ärztlich diese Richtlinienpsychotherapie machen; mittlerweile ist diese Zahl hochgestiegen auf 30 und mehr Personen. D. h., hier hat sich etwas getan. Aber, das muss man gleich sagen, an der substanziellen Situation der ambulanten Versorgung hat sich im Kern nichts geändert. Denn, wie ausgeführt, diese Kollegen arbeiten nach Richtlinienpsychotherapieverfahren, eine kleine Gruppe von Patienten, die das benötigen und man kann Gespräche nicht beschleunigen – ich kann nicht in einer Stunde zehn Gespräche führen, ich kann in einer Stunde nur ein Gespräch führen oder zwei. D. h., diese Kolleginnen und Kollegen können nur eine begrenzte Zahl von wenigen Patienten in der Woche überhaupt behandeln. Wenn die 40 Patienten in der Woche behandeln, dann gehen die an ihre Leistungsgrenze, das ist kaum zu schaffen. D. h., selbst, wenn wir jetzt 30 haben statt zwei, sind wir weit davon entfernt, das, was wir bräuchten im Ambulanten, überhaupt abdecken zu können. Um Ihnen andere Zahlen zu geben, eine gut funktionierende Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis mit nachgeordneten Berufsgruppen kann vielleicht 400 Patienten im Quartal versorgen. Von diesen Praxen gibt es in Sachsen-Anhalt aber nur drei – wir bräuchten aber 30! D. h., wir haben im Ambulanten eigentlich keine Versorgung. Und

wir haben aber in den Kliniken eine relativ große Anzahl von Betten, mehr als sonst im Bundesgebiet. D. h., wir haben eine Verschiebung und eine Unbalancierung der Ressourcen. Die Situation führte dann dazu, dass aus dem Ministerium relativ gerichtet und konsistent die Aufgabe an die Kinder- und Jugendpsychiatrie kam, könnt ihr denn nicht Ressourcen frei machen für den ambulanten Bereich, könnt ihr nicht eure ausgebildeten Ärzte in die Niederlassung schicken, könnt ihr die nicht motivieren, eine Praxis aufzumachen. Das führte dann dazu, dass wir gesagt haben, innerhalb des Verbundes der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken Sachsen-Anhalt, wir möchten uns gerne die Situation mal konkret angucken. Und wir haben dann vor zwei Jahren dem Ministerium einen Bericht vorgelegt zur Lage der Kinderpsychiatrie und haben darin festgestellt – und das schließt an das an, was Herr Jordan gerade gesagt hat – wir haben in den Kliniken eine Arztbesetzung von 50 – 70 % der Arztstellen. D. h., wir haben in den Kliniken auch einen dramatischen Arztmangel. Und wenn wir in den Kliniken noch Leute in die Niederlassung schicken würden, dann würden diese Kliniken nicht mehr funktionieren können. Und ich weiß von einigen umliegenden Kliniken, dass die so eng gestrickt sind, dass die eigentlich nur noch mit nichtärztlichem Personal, Stichwort: arztfreies Krankenhaus, Psychologen den Betrieb aufrecht erhalten können. D. h., wir haben eine doppelte Mangelsituation, wir haben in der Niederlassung keine Ärzte und wir haben in den Kliniken keine Ärzte. Und es ist nicht zu erwarten, dass sich das in den nächsten Jahren ändert. Und Kinderpsychiatrie ist noch stärker als die Erwachsenenpsychiatrie Mangelfach. Wenn Sie einen Kinderpsychiater suchen, Sie werden keinen finden. Wir haben drei Jahre versucht, bei uns freie Oberarztstellen aus der gesamten Bundesrepublik zu besetzen, es ist nicht gelungen; es geht nicht. Da müssten Sie so viel Geld in die Hand nehmen, wie es kein Klinikträger hat, um überhaupt einen Anreiz zu schaffen. D. h., es wird sich nicht ändern. D. h., wir haben eine Mangelsituation in der Klinik, im Ambulanten mit der wir irgendwie zurecht kommen müssen. So, jetzt noch mal Schnitt.

Das, was ich am Anfang gesagt habe, heißt, wir verschwenden Ressourcen an den Schnittstellen und wir gucken nicht auf Ergebnisse. Das, was ich dann gesagt habe, ist, wir haben in den Kliniken unzureichende Ressourcen bei einer Unbalancierung von stationären und ambulanten Behandlungskapazitäten. Und jetzt kommt das Dritte. Die Kinderpsychiatrie ist – und dafür werden mich einige Kollegen und haben mich einige Kollegen schon dolle gescholten, dass ich so was überhaupt sage, aber ich tu es trotzdem – im Kern eine nichtmedizinische Disziplin, sondern wir sind eigentlich eine präventive sozialintegrative Disziplin, die in der Medizin angesiedelt ist. Und unsere Aufgabe ist nicht, die Behandlung von dem ADHS von Klein-Egon mit zehn Jahren, sondern unsere Aufgabe ist, zu verhindern, dass Klein-Egon mit zehn mit der Verdachtsdiagnose und fünf Jahren Medikation bei uns in der Klinik aufschlägt, indem wir vorzeitig gucken, was kann ich tun an Weichenstellung, an

Behandlung, an frühen Interventionen, um diese Fehlentwicklungen zu korrigieren. Sie kennen alle, insbesondere in Magdeburg, durch Professor Mittler auch angestoßen, die große Unterstützung für die Kinderonkologie. Und jeder, der krebskranke Kinder einmal gesehen hat, weiß, was das für eine Belastung für die Kinder und für die Familien darstellt und es ist nur allzu berechtigt, dass in diese medizinischen Disziplinen viel Geld, Ressourcen und Bemühungen fließen, weil die unmittelbare Todesbedrohung, die Belastung für die Familien sofort jedem einsichtig ist. Keiner von Ihnen wird auf die Idee kommen, vermute ich mal, eine abgebrochene Lebensperspektive eines 17jährigen, den ich gestern zum Gutachten hatte, mit einer Kette von Fehlinterventionen, Schule, Jugendhilfe, zig Klinikaufenthalte, mit der Situation eines onkologischen Kindes zu vergleichen. Es ist aber vergleichbar. Dieser 17jährige hat sein Leben sozusagen in den Sand gesetzt. Wenn der 18 ist, ist es vorbei. Er wird es selber nur in Ausnahmefällen noch mal regulieren können. Er wird vielleicht auf der Straße enden, sonst wo. D. h., die Lebenslinie knickt früh ab. Was das für persönliches Leid für den Jungen, für die Familien und für die anderen bedeutet, können Sie alle ermessen. Was es die Gesellschaft kostet, können Sie auch alle ermessen. D. h., wir handeln hier von vielen, vielen, vielen Fällen, wo eine unglaubliche Leidensgeschichte früh beginnt und wo wir bisher nicht in der Lage sind, durch integrierte Anstrengungen, präventiv, kurativ dem gegenüber zu wirken. Und das ist das, was wir sehr stark gemacht haben in dem Bericht an das Ministerium: Wir müssen die Kinder- und Jugendpsychiatrie anders begreifen, anders aufstellen; die Kliniken sind kein Endglied in der Kette der Behandlungen, wenn der Fall ganz schwer ist, dann muss er in die Klinik, sondern die Kliniken sind dafür da, mit dafür Sorge zu tragen, dass die Patienten nicht in die Klinik kommen, dass unsinnige Klinikaufenthalte vermieden werden und dass wir nur das Nötigste dort tun. Und das muss man ganz offensiv machen. Und da sind wir, glaube ich, noch sehr am Anfang, das zu begreifen und auch zu überlegen, wie wir dem entgegenwirken können. Es ist kein Zufall, dass diese wunderbare Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“, die in der internationalen Klassifikation der Krankheiten drinnen steht, wo jeder von uns selber sagen kann, na ist das eine Krankheit – Störung des Sozialverhaltens? Was für ein genetischer Defekt ist das denn?, dass diese Form von Erkrankung kaum wissenschaftlich beforscht wird. D. h., mit diesen relevanten Störungsbildern, die destruktiven Jugendlichen, die Delinquenten, die über Tische und Bänke gehenden Kinder im Kindergarten, die aggressiven Kinder in der Schule, damit wird sich in der Regel nicht beschäftigt. Was auch einen Grund hat. Die Bedingungsverhältnisse sind komplex und schwierig. Aber da müssen wir hingucken, weil, das sind die Kerngruppen, mit denen wir es tatsächlich zu tun haben. Und wenn Sie solche Fehlentwicklungen haben, dann haben Sie ganz schnell auch Drogengebrauch, dann haben Sie ganz schnell Ängste, Zwänge, andere psychiatrisch relevante Erkrankungen, die da mit dazu kommen und dann haben Sie das komplexe Bild, mit dem wir tagtäglich zu tun haben.

Das ist die Situation, vor der wir stehen. D. h., wir haben einen Mangel insgesamt und wir haben eine Vorgehensweise in unserem Fachgebiet, die nicht geeignet ist, die Ressourcen gescheit einzusetzen, die nicht geeignet ist, die Patienten gescheit zu behandeln und die nicht geeignet ist, die Schnittstellen wirklich gut zusammen zu bringen, um eine Kette zu machen, wo hinterher tatsächlich jemand rauskommt, der davon profitiert hat. Und das wäre mein Anliegen für die gesamte Diskussion auch hier miteinander. Es hat keinen Sinn, zu sehen, was alles gut funktioniert – ich könnte Ihnen viele Dinge sagen und zeigen, wo wir viele Schritte gemacht haben und wo wir trotz Mangels gute Versorgung bieten können; wir haben auch eine Platzerweiterung bekommen um eine Eltern-Kind-Station, wo wir Elternteil mit Kindern aufnehmen können für wenige Wochen, wo wir sehr gute präventive, interventionelle Arbeit machen können, wo wir lange Wartelisten haben, weil es ein gutes Angebot ist. Wir haben andere Dinge, die wir gut machen können. Das ist aber uninteressant. Wir sollten auf die Dinge hingucken, wo wir noch nicht gut funktionieren und sollten versuchen, die Politik sowohl im Stadtrat als auch im Land ins Boot zu holen, anders auf dieses Thema zu gucken als bisher. Es hat keinen Sinn, eine Disziplin wie die Kinderpsychiatrie anzuschauen wie eine Kinderheilkunde, die eine Infektion behandelt. Das können wir nicht, das wollen wir nicht und das macht auch keinen Sinn. Und in diesem Sinne müssen wir mit den Kollegen von der Erwachsenenpsychiatrie einerseits gucken, wo sind wir gemeinsam in einem Boot und wo – wie ich am Anfang sagte – sind wir auf einer anderen Eisscholle. Und das genau zu differenzieren und anzuschauen, was brauchen die und was brauchen wir und das so zusammen zu bringen, dass die Dinge tatsächlich funktionieren, das wäre – glaube ich – die Aufgabe, die sinnvolle Aufgabe einer PSAG, wie ich sie mir vorstelle.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Arbeitsgruppe 1

Medizinische Versorgung / Prävention

Moderation: Frau Sapandowski, Stabstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Magdeburg
Frau Merten, Gesundheits- und Veterinäramt der Landeshauptstadt Magdeburg

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

Aus dem Bericht der PSAG wurden in der Arbeitsgruppe 1 „Medizinische Versorgung / Prävention“ folgende Empfehlungen in der Fachdiskussion besprochen:

Empfehlung 1
Sicherstellen der notwendigen ambulanten nervenfachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in der Landeshauptstadt Magdeburg

Ergebnisse:

- diese Empfehlung wird durch die Teilnehmer bestätigt
- Handlungsmöglichkeiten für deren Umsetzung gibt es seitens der Landeshauptstadt nicht
- eine Vertreterin der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erläutert die gesetzlichen Richtlinien und Bestimmungen nach denen sich die Anzahl der Niederlassungen bemisst, Grundlage ist die Bedarfsplanung des Landes Sachsen-Anhalt
- diese Bedarfsplanung wird regelmäßig überprüft und angepasst
- für die Landeshauptstadt Magdeburg sind fast alle Stellen besetzt; Magdeburg gilt somit, insbesondere im Vergleich mit den ländlichen Regionen SA, als überversorgt (1 freie Stelle nervenärztliche Niederlassung, wenige Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, einige ärztliche Kinder und Jugendlichen-Psychotherapeuten)
- große Probleme gibt es jedoch in der Besetzung der Fachärzte im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, da es keine oder wenig niedergelassene Fachärzte gibt
- Hauptproblem ist der Facharztmangel
- Hinweis der KV: Bedarfsplanung soll spätestens bis zum Ende des Jahres grundsätzlich reformiert werden; eine neue Bedarfsrichtlinie auf Bundesebene wird erwartet

<u>Praxiserfahrung und Hinweise der Teilnehmer:</u>

- Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung entspricht nicht der Wahrnehmung einzelner Teilnehmer

- lange Wartezeiten für Patienten, großer Fachärztemangel
- Inanspruchnahme der Beschwerdestelle der Kassenärztlichen Vereinigung muss durch Klienten forciert werden:
- Abteilung “Sicherstellung“ der KV, hier können Ärzte nachgefragt bzw. Beschwerden eingereicht werden (Ansprechpartnerinnen: Frau Nicolai und Frau Simon unter der Telefonnummer 6276000)
- Neuauflage „Wegweiser Psychiatrie / Sucht / Gerontopsychiatrie“ der Landeshauptstadt Magdeburg wird gewünscht; die AOK wurde gebeten, die Möglichkeit der Finanzierung zu prüfen

Empfehlung 2
Verkürzung der Wartezeiten für Kinder und Jugendliche zur Abklärung des psychiatrischen / psychotherapeutischen Bedarfs und entsprechender Behandlungen (ambulant, teilstationär)

Ergebnisse:
- vergleichbar mit Ergebnissen zu Empfehlung 1
- auch hier gibt es seitens der Landeshauptstadt keine Handlungsmöglichkeiten bei der Umsetzung
- größtes Problem hier ist der Fachärztemangel
- hier sollten auf politischer Ebene Möglichkeiten überdacht werden, Anreize für die zukünftigen Fachärzte zu schaffen

Empfehlung 3
Erweiterung der Kapazitäten der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Magdeburg gGmbH und am Universitätsklinikum Magdeburg

Ergebnisse
- diese Empfehlung wird durch die Teilnehmer nicht bestätigt
- Landeshauptstadt hat hier keine Handlungsmöglichkeiten, da es eine Landesbettenplanung gibt, die mit dem Ministerium direkt zu verhandeln ist
- diskussionswürdig ist die Vereinbarkeit zwischen dem Fachärztemangel und der Erweiterung der Klinikbetten
- sinnvoller erscheint es, über bessere Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem nachzudenken und sektorübergreifende Ansätze zu entwickeln
- Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und Kliniken sollten gemeinsam nach alternativen Lösungsmöglichkeiten suchen
- politische Lösungen sind perspektivisch zu finden, um Anreize für den Nachwuchs im Fachärztebereich zu schaffen

Empfehlung 4
Aufbau einer Tagesklinik für Gerontopsychiatrie

Ergebnisse:
- diese Empfehlung wurde bereits umgesetzt
- seit November 2011 existiert eine Tagesklinik für Gerontopsychiatrie am Klinikum Magdeburg gGmbH

Empfehlung 5
Etablierung von Soziotherapie und Psychiatrischer Krankenpflege (Umsetzung der §§ 37, 37a SGB V)

Ergebnisse:

- Empfehlung wird durch Teilnehmer befürwortet
- Landeshauptstadt hat hier keine Handlungsmöglichkeiten für Umsetzung
- Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung erläutern, dass der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen nichts im Wege steht
- jedoch ist kein Leistungsanbieter in Magdeburg vorhanden, da die Zugangs-voraussetzungen lt. Gesetz sehr hoch sind
- aus der Arbeitsgruppe geht die Bitte an die Krankenkassenvertreter um Klärung bezüglich der aktuellen Zugangsvoraussetzungen für die Erbringer von Soziotherapie

Empfehlung 6
Aufbau eines Krisendienstes oder adäquater Strukturen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten nach dem Grundsatz ambulant vor stationär

Ergebnisse:

- nach intensivem Austausch konnte zu dieser Empfehlung kein Konsens gefunden werden, da noch konkretere Aussagen dazu erforderlich sind, welche Fälle ein Krisendienst in Magdeburg abdecken soll
- z.B. Zeiten ab 19.00 Uhr abdecken, Krankenhausaufnahmen in Abend- und Nachtstunden durch Hausbesuche/Gesprächsangebote von Sozialarbeitern verhindern oder Abklärung suizidaler Krisen durch Team Sozialarbeiter/Facharzt, um so Klinikaufnahmen zu verhindern; ggf. Etablierung von Krisenhotels
- einige Fragen offen, die im weiteren Prozess konkretisiert werden sollten, ist mit statistischem Material zu untermauern
- dann erst Fragen nach Umsetzbarkeit zu klären, besonders der Finanzierung (z.B. durch Krankenkassen)
- Präzisierung der Empfehlung

Empfehlung 7
Verbesserung der Demenzkrankenversorgung /-betreuung in der Häuslichkeit und in Seniorenheimen durch Einrichtungen/Träger (Sonderpflegesätze Sonderwohnbereiche; Heimärzte; Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI; niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45 c SGB XI)

Ergebnisse:

- es liegen keine Anträge von Einrichtungen und Trägern vor
- Umsetzbarkeit der gesetzlichen Regelungen steht nichts im Weg
- Empfehlung ist zu befürworten

Arbeitsgruppe 2

Eingliederungshilfen

Moderation: Frau Seidel, Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg
Frau Ache, Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

Aus dem Bericht der PSAG wurden in der Arbeitsgruppe „Eingliederungshilfen“ folgende Empfehlungen schwerpunktmäßig von den Teilnehmern diskutiert:

Empfehlung 1

Gewährung und Finanzierung von Hilfen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung entsprechend des individuellen Hilfebedarfs, d.h., Aufhebung von Pauschalfinanzierungen, um ambulante Betreuungsformen, einschließlich der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets zu favorisieren.

Empfehlung 2

Berücksichtigung des Mehrbedarfs zur intensiven Betreuung von MitarbeiterInnen der WfbM, die Mehrfachdiagnosen bzw. Verhaltensauffälligkeiten haben.

Ergebnisse:

Eingangs wurde klargestellt, dass Eingliederungshilfen als Leistungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers in sachlicher Zuständigkeit des Landes erbracht werden. Die Stadt kann damit wenig Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlungen nehmen. Der örtliche Sozialhilfeträger wird als herangezogene Gebietskörperschaft tätig und hat die Arbeithinweise der Sozialagentur des Landes Sachsen-Anhalt umzusetzen.

Die Empfehlungen wurden durch die Teilnehmer der Arbeitsgruppe bestätigt und weiterführende Anregungen dazu gemeinsam erarbeitet.
Zur Finanzierung der Leistungen ist auf die Vergütung in Form von Fachleistungsstunden orientiert worden. Insbesondere beim ambulant betreuten Wohnen werden hierdurch mehr Variationsmöglichkeiten gesehen. Die Vergütung von Fachkräften ist damit gewährleistet.
Für den WfbM-Bereich wurde die Schaffung neuer Leistungstypen (nicht mehr) angeregt. Hier sollte eine stärkere Orientierung an den Behinderungsbildern erfolgen, insbesondere im Hinblick auf Doppeldiagnosen und die Berücksichtigung von Verhaltensauffälligkeiten.
Weiterhin wurde über die Abschaffung von Leistungstypen diskutiert.

Ein weiteres Anliegen war, eine Änderung zur Bestimmung der Hilfebedarfsgruppen zur erreichen. Diese sollten mit Zeitanteilen untersetzt werden.
Bei der Leistungsgewährung des Persönlichen Budgets wurde vehement die Abschaffung der Pauschalen und die Vergütung von Fachleistungsstunden eingefordert.

Aufgrund der sachlichen Zuständigkeit des Landes und der fehlenden Einflussnahme durch die Stadt in eigener Zuständigkeit, wird kein bzw. nur ein geringer Handlungsrahmen der Beteiligten gesehen.
Daraus resultiert, dass sich somit eine Arbeit in einer weiterführenden Projektgruppenarbeit ohne Beteiligung des Landes erübrigt.

Festgestellt wurde zum einen, dass bei Dokumentationen und Anregungen an das Land diese konkret mit Maßnahmen und validen Zahlen zu Bedarfen untersetzt sein sollten. Des Weiteren sind aus der Praxis heraus erkennbare Entwicklungstendenzen dem Land darzustellen.
Zum anderen wurde von den Teilnehmern festgehalten, dass vielfältige Dokumentationen zur Situation der Eingliederungshilfe im Land erstellt wurden und von den Leistungserbringern immer wieder neu erstellt werden.
Hieraus ergibt sich die Fragestellung, ob die Dokumentationen tatsächlich die richtigen Stellen, die Entscheidungsträger erreichen und wenn ja, wie diese Unterlagen Berücksichtigung bei Planungsprozessen des Landes finden.
Von den Arbeitsgruppenmitgliedern wird an die Sozialagentur die Anregung gegeben, im Rahmen eines Projektes „Seitenwechsel“ sich direkt vor Ort in Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Leistungserbringer zu betätigen.

Als Fazit wurde in der Arbeitsgruppe festgehalten, dass die Leistungserbringer die Empfehlungen bereits in der einen oder anderen Form an das Land als den Kostenträger herangetragen haben. Jedoch ist seitens des Landes keine Verhandlungsbereitschaft erkennbar. Bezeichnend war, dass Einladungen an die Sozialagentur zum Workshop nicht wahr genommen wurden. Ebenso nahm der Vertreter des Ministeriums nicht an der Arbeitsgruppenarbeit teil, so dass auch diese Plattform des Workshops nicht genutzt werden konnte, um in einen gemeinsamen Dialog zu treten.
Damit wurde deutlich, dass seitens der Stadt keine weiteren Handlungsmöglichkeiten bestehen, die Ziel führend eine Umsetzung der Empfehlungen des PSAG-Berichtes ermöglichen.

Arbeitsgruppe 3

Arbeit und Beschäftigung

Moderation: Herr Pischner, Sozial- und Wohnungsamt der Landeshauptstadt Magdeburg
Herr Dr. Gottschalk, Stabstelle für Jugendhilfe-, Sozial- und Gesundheitsplanung der Landeshauptstadt Magdeburg

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

Aus dem Bericht der PSAG wurden in der Arbeitsgruppe 3 „Arbeit und Beschäftigung“ folgende Empfehlungen in der Fachdiskussion besprochen:

Empfehlung 1
Aufbau von alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten zwischen der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) und dem 1. Arbeitsmarkt

Empfehlung 2
Sensibilisierung der Arbeitsmarktpartner für die Belange psychisch Kranker

Ergebnisse

- Systematische Erfassung der Instrumente für Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit Behinderung (z. B. Praktika, Ausbildungsförderung, Erwerbstätigkeit); Möglichkeiten in der Landeshauptstadt Magdeburg aufzeigen
- vorbereitende Hilfen bedeutsam
- Orientierung auf Platzierung in Trainingszentren/ Erprobungsphasen, Praktika etc.
- neue Perspektiven für Zielsystem (zusätzlich zum 1. Arbeitsmarkt)
- Orientierung auf die Gründung von Integrationsbetrieben
- Leistungstypisierung – Individualisierung der Instrumentensystematik
- Sensibilisierung von Wirtschaftsverbänden, städtischer Wirtschaftsförderung
- Möglichkeiten bürgerschaftlichen Engagements nicht ungenutzt lassen, um Fähigkeiten auszuprobieren und eine Orientierung zu finden
- Bestätigung beider Empfehlungen und Bereitschaft der Ag-Teilnehmer in Folgeveranstaltungen an der Konkretisierung der Umsetzungsmöglichkeiten mitzuwirken

Arbeitsgruppe 4

Kinder und Jugendliche
Moderation: Herr Schmidt, Bunte Feuer GmbH
Frau Wölk, Familienhaus Magdeburg e.V.

otto informiert otto diskutiert otto sensibilisiert otto moderiert

Aus dem Bericht der PSAG wurden in der Arbeitsgruppe 4 „Kinder und Jugendliche“ zwei Empfehlungen diskutiert, die den Teilnehmern der Arbeitsgruppe am wichtigsten erschienen.

Empfehlung 1

Schulen bzw. Lehrer benötigen dringend Unterstützung im Umgang mit schwer verhaltensauffälligen, aggressiven Schülern, die einen gemeinsamen Unterricht erschweren, um im Setting Schule Strategien und Hilfen im Umgang mit diesen Schülern und deren Verhaltensauffälligkeiten zur Verfügung zu haben.
Statt Strategien der Ausgrenzung, müssen für diese Schüler individuelle Hilfen möglich sein.
In dem Zusammenhang sollten mögliche Lösungsansätze, wie die Veränderung schulischer Konzepte, Schulbegleitung, spezielle Weiterbildung von Lehrkräften, personelle Ressourcen, Krisenmanager, spezielles mobiles Unterstützungsteam oder spezielle Anlaufstelle für Akutsituationen, Security etc. in Betracht gezogen werden.
Die Erarbeitung eines Notfallplanes für eskalierende Situationen scheint zwingend erforderlich.

Ergebnisse

Grundsätzlich ist diese Empfehlung von allen mit getragen worden und auch als sehr dringlich erachtet worden. Aber man muss auch schauen, dass es sich hier nicht um ein rein schulisches Problem handelt, sondern es letzten Endes ein gesellschaftliches Problem ist, was sich gerade in diesen Ritualisierungen, in den Strukturen von Schulen und Leistungserbringung vielleicht auch sehr stark widerspiegelt. Herausgearbeitet wurde, dass es hier für die Lehrer bei aller Professionalität, die auch immer wieder betont wurde, zu massiven Überforderungen kommt, letzten Endes aber nicht nur für die Lehrer sondern auch für die Schüler selber. Das betrifft insbesondere psychisch erkrankte oder psychisch belastete Schüler und Schülerinnen, die einfach bei Weitem nicht diese Toleranzen aufbringen können und hier immer wieder dekompensieren müssen. Wenn man sagt, das ist ein gesellschaftliches Problem, was hier besteht, dann kann man ja auch nicht einfach sagen, okay, aber hier müssten eigentlich die Familien für sich sorgen und hier müssten eigentlich die Familien dafür einstehen, dass das Ganze funktioniert. Aus dem Bereich Schule wurde hierzu folgendes Beispiel gebracht: Wenn ein Kind sich früher in der Schule fehl verhalten hat, wurde ein Satz ins Mutti-Heft geschrieben und die Eltern hatten dann

dafür zu sorgen, dass dieses Fehlverhalten abgestellt wurde. Heute ist es eher so, dass die Eltern ins Mutti-Heft schreiben und von der Schule verlangen, dass das Fehlverhalten abgestellt wird. Dieses Beispiel stellt ganz gut dieses gesellschaftliche Problem dar, bei dem wir nicht einfach sagen können, Familie muss es regeln, weil momentan in vielen Fällen die Familie nicht wirklich in der Lage ist, das so zu tun. Insofern gibt es eine sehr große Übereinstimmung, was diese Empfehlungen angeht und die Mehrheit der Teilnehmer/innen der Ag hat sich darauf geeinigt, dass es ein weiteres Zusammentreffen zu der Thematik geben sollte.
In diesem Treffen soll gemeinsam überlegt werden, wie dieses Problem, was sich in der Schule sehr stark zeigt, was aber weit über die Grenzen der Schule hinaus zu sehen ist, ein Stück weit mehr in Blickfeld geraten kann und Absprachen getroffen werden können, um auch die zweite Empfehlung ein Stück weit bedienen zu können.

Empfehlung 2
Regelung von Standards der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Klinik/Jugendhilfe/Schule insbesondere im Hinblick auf verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche

Ergebnisse
Die erste Empfehlung, was die Schule angeht, ist – so wurde es in der Ag heraus gearbeitet – nur gut zu bearbeiten, wenn wir die Schnittstellen gut beachten. Schnittstellen sind aber nicht einfach nur gemeinsame Wirkungskreise sondern innerhalb dieser Wirkungskreise brauchen wir auch Standards, und zwar Standards, die jede Institution, jede Einrichtung in irgendwelcher Form auch immer für sich erarbeiten muss und dann auch umsetzen muss. Das ist ein ganz wesentlicher Bereich, da muss eine Verlässlichkeit rein. Ein wesentlicher Punkt dabei ist, dass diese Standards Kommunikationslinien ermöglichen müssen, d. h., auch andere Institutionen müssen an diesen Standards andocken können. Sonst ist es sehr schwer, hier gemeinsame Schnittstellenarbeit, gerade auch für die Familie, für den Klienten professionell anbieten zu können. Was noch mal sehr deutlich heraus kam ist, dass es wohl in sehr schwierigen, heiklen Situationen schon gute Standards gibt, dass diese Situationen oft schon leichter zu händeln sind als diese alltäglichen Situationen, wo wir ja noch abwarten, wo wir vielleicht noch keine Hilfen anbieten können, weil es einfach diese Standards, diese Absprachen noch nicht gibt. Und auch hieran möchte die Mehrzahl der Teilnehmer der heutigen Arbeitsgruppe in einem weiteren Treffen weiterarbeiten.

Im Anschluss an die Arbeitsgruppenphase wurden die Ergebnisse der vier Arbeitsgruppen im Plenum vorgestellt.