

Die Leitung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes

Erb Suzanne, Studer Karl

Interview mit Frau Dr. Suzanne Erb, Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD), St Gallen

Karl Studer: Was sind Ihre Aufgaben als Chefärztin der KJPD?

Suzanne Erb: Als Chefärztin bin ich gemeinsam mit der Geschäftsleitung die Erfüllung des Leistungsauftrags und für die Umsetzung der Unternehmensstrategie aus medizinisch-fachlicher Sicht verantwortlich. Dieser umfasst bei uns die psychiatrische Versorgung der null- bis 18-jährigen Bevölkerung unserer drei Vertragskantone (in Ergänzung zu den Freipraktizierenden), forensische Tätigkeit, die Weiterbildung sowie Prävention.

Konkrete Aufgaben sind die Qualitätssicherung, das Wissensmanagement und die Leitung der Weiterbildungsstätte. In dieser Funktion bin ich für die Weiterbildung der angehenden Fachärzt(inn)en an den KJPD St.Gallen – speziell auch für die angehenden psychologischen Psychotherapeut(inn)en – verantwortlich. Diese Aufgabe liegt mir sehr am Herzen, denn die Art und Weise, wie wir die nächste Generation ausbilden ist entscheidend für die Zukunft des Faches und für die Qualität. Zu meinen Aufgaben gehört auch die Rekrutierung von Kaderleuten, im Besonderen von Ärzten. Spezialisierte und geeignete Fachkollegen für eine Zusammenarbeit zu gewinnen ist bekanntlich eine der grössten Herausforderungen für alle Klinikleitungen. Eine Chefärztin oder ein Chefarzt steht überdies in der Wahrnehmung von innen und aussen für die fachliche und zwischenmenschliche Kultur eines Dienstes.

KS: Was unterscheidet die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) von der Erwachsenenpsychiatrie? Welche speziellen Bedürfnisse haben Kinder und Jugendliche?

SE: Im Leben von Kindern und Jugendliche spielen sich rasante Entwicklungen ab. Kinder sind stark an ihre Bezugspersonen gebunden, emotional und existentiell abhängig von einer Umgebung, die die Verantwortung für ihr Leben trägt, dieses gleichzeitig unablässig beeinflusst.

– Die Kinder- und Jugendpsychiatrie orientiert sich darum an der *Entwicklungspsychopathologie*. Problemstellungen erfordern je nach Alter eines Patienten andere Verstehens- und Herangehensweisen.

- Unser Fach denkt in Entwicklungsaufgaben und -linien. Nebst dem kurativen Ziel geht es immer auch darum, Fehlentwicklungen zu verhindern. Individuelle und kollektive Prävention ist Teil unseres Auftrags.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet *ganzheitlich*: Sie bezieht immer die Umgebungsbedingungen, die Ganzheit der bio-psycho-sozialen Dimensionen mit ein. Die Fragestellungen sind deshalb komplex, auch weil Auftraggeber und Patient meist nicht identisch sind und die Erwartungen verschiedenster Players berücksichtigt werden müssen.
- Die institutionelle Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Schweiz primär ambulant tätig und nimmt in den meisten Kantonen den Hauptteil der ambulanten Versorgung wahr, weil es nur wenige frei praktizierende Kolleg(inn)en gibt. Dies impliziert aus meiner Sicht, dass sie sich um die *Versorgung als Ganzes* – und nicht nur die Leistungserbringung – kümmern muss.
- Ausserdem ist die Arbeit in unserem Fach stark eingebunden in die jeweilige Gesellschaft und Kultur und mit ihr verknüpft. – Ja, sie muss es sein, denn aufgrund der Eingebundenheit der Kinder in ihre familialen und schulischen Kontexte braucht es ein vertieftes Verständnis der umgebenden Kultur.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bei uns *stark psychotherapeutisch* ausgerichtet. Betroffene und Zuweisende wünschen sich Veränderung und Lösungen. Dabei werden wir nicht selten mit komplexen Problemen der Gesellschaft konfrontiert, deren Lösung im Grunde nicht in unserer Kompetenz liegt. Ich denke dabei an Kinder im Kreuzfeuer streitender Eltern, an schwangere Jugendliche oder an die vielen heiklen Kinderschutzfragen.
- Kinder- und Jugendpsychiatrie ist genuin *interdisziplinär* und arbeitet *transdisziplinär*: Innerhalb unserer Dienste arbeiten Ärzt(inn)en, Psycholog(inn)en, Sozialpädagog(inn)en und Sozialarbeitende als Fachleute zusammen. Sie können aber nur wirksam werden, wenn sie sich mit andern Berufsgruppen, die täglich viel mehr Berührungspunkte mit den Kindern haben, vernetzen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist also eine komplexe, oft «nur» ermöglichende Tätigkeit. Wir sind zu wenige, um

Correspondence:
Dr.med. Karl Studer, Praxis im Klosterhof, Klosterhofstrasse 1, CH-8280 Kreuzlingen, karl.studer[at]blue-mail.ch

die Probleme selbst primär zu lösen. Dies bedingt eine gewisse Bescheidenheit.

KS: Welche Berufsgruppen sind in einem KJPD tätig und welche Rollen spielen sie im Einzelnen?

SE: In den ambulanten Diensten arbeiten als klinische Mitarbeitende Ärzt(inn)en und Psycholog(inn)en, wobei beide Berufsgruppen praktisch dieselben Aufgaben haben. Die Psycholog(inn)en bilden die grosse Mehrheit. Zusätzlich können Sozialarbeitende oder Sozialpädagog(inn)en die Kliniker(inn)en unterstützen. Bei stationären Teams kommen nebst Ärzt(inn)en und Psycholog(inn)en auf Seite der Pflege Sozialpädagog(inn)en und Fachleute für psychiatrische Krankenpflege hinzu sowie weitere therapeutische Mitwirkende wie Logopäd(inn)en, Mal-, Ergo-, Bewegungs-, Werktherapeut(inn)en. Selbstverständlich werden wir von Fachleuten aus der Verwaltung und der Technik unterstützt.

An unseren und vielen anderen Diensten werden die klinischen Psycholog(inn)en heute so weitergebildet, dass sie die Verantwortung für die Führung der Behandlungen selbstständig übernehmen können, bis auf wenige genuin ärztliche Aufgaben wie die Verschreibung von Medikamenten oder die Verfügung einer Fürsorgerischen Unterbringung.

KS: Inwiefern ist der derzeitige Wandel der Gesellschaft relevant für Ihre Arbeit?

SE: Der Wandel Das ist ein breites Thema. Für uns gibt es folgende Herausforderungen:

Im Leben der Minderjährigen hat in den letzten Jahren der Leistungsdruck in Schule und Ausbildung stark zugenommen. Die persönliche Entwicklung des Kindes und damit auch die psychiatrische Behandlung stehen nicht selten im Auftrag einer erfolgreichen Schulkarriere, während das betreuende Umfeld immer weniger Zeit und Musse für die Kinder aufbringt. Medienkonsum ist ein allgegenwärtiges Thema.

Auf der Seite der Institution kämpfen wir zusätzlich mit Fachkräftemangel. Gleichzeitig steigen die Erwartungen an die Professionalität der Fachleute. Die Vielgestaltigkeit unserer Gesellschaft und Wertvorstellungen zwingt uns mehr denn je zu einem sorgfältigen und höchst individualisierten Arbeiten. Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen mit dem Druck, alles immer noch effektiver und kostengünstiger zu machen, steht aber dem Rhythmus der Kinder und dem Anspruch auf kausale und vertiefte Problemanalysen und -lösungen entgegen.

KS: Erleben Sie auch eine zunehmende Ökonomisierung Ihrer Tätigkeit, die oft im Gegensatz zu den therapeutischen Bedürfnissen der Patienten steht? Und wenn ja, wie gehen Sie damit um?

SE: Wir erleben einerseits den Druck, die Beiträge der öffentlichen Hand stetig zu reduzieren, indem die <Produktivität> der Mitarbeitenden zunehmen soll. Andererseits erleben wir durch die Limitierung im Rahmen der Tarmed-Anpassungen einen spürbaren Rückgang der Einnahmen. Ich wehrte mich dagegen, dass die Mitarbeitenden nun einfach weniger Berichte schreiben oder Vernetzung machen sollten – dies beeinträchtigt die Wirksamkeit unserer sozialpsychiatrischen Tätigkeit direkt. Es braucht viel Arbeit am Telefon, Lobbying für die Bedürfnisse unserer Patienten, und echte Denkarbeit, um die komplexen

Problematiken zu beeinflussen. Familienorientiertes Arbeiten im Mehrpersonensetting ist unabdingbar und hoch effektiv, und muss vor- und nachbereitet werden.

Insgesamt versuchen wir laufend, Prozesse besser zu definieren, die Abläufe weiter zu straffen und die Kliniker(inn)en von administrativen Tätigkeiten zu entlasten. Zusätzliche Stellen in der Verwaltung sollen Mitarbeitende für die klinische Arbeit freispielen, diese müssen aber erst finanziert werden. Und auch die Prozessoptimierung hat Grenzen. Vernetztes Arbeiten, das der Komplexität der Probleme gerecht wird und Wirksamkeit erzeugt, bedingt, dass man Zeit hat, um sich dem Tempo der Kinder anzupassen, um die Probleme zu erfassen und tragfähige Lösungen mit allen Playern zusammen zu erarbeiten.

KS: Mit welchen anderen medizinischen und sozialen Diensten muss ein KJPD vernetzt sein? Wie muss die Zusammenarbeit mit diesen Diensten organisiert werden? Wie müssen die Behandlungspfade eingerichtet sein?

SE: Wir arbeiten vor allem zusammen mit den Grundversorgern, Kinder- und Hausärzt(inn)en, Schulpsycholog(inn)en, Lehrpersonen, Schulleitungen, mit der Schulsozialarbeit, der KESB, Jugendanwaltschaften, Beratungsstellen etc. Wir müssen einerseits ihre Sichtweise kennen und ihnen andererseits ermöglichen, die psychische Dimension bei Kindern und Jugendlichen mit Schwierigkeiten zu verstehen und in ihr Handeln einzubeziehen. Schliesslich sollten wir gemeinsam Lösungswege entwickeln. – Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird recht häufig zur Projektionsfläche angesichts der Hilflosigkeit der Helfenden, zum Beispiel in Kinderschuttsituationen. Ratlosigkeit und Ohnmacht führen öfters zu unrealistischen Erwartungen und einem Druck gegenüber unseren Institutionen als quasi <letzter Instanz>. Hier braucht es die Fähigkeit, die eigene Arbeitsweise und auch die Bedürfnisse von Patienten und ihren Familien zu erklären. Kommunikationsgeschick, gutes Zuhören, Respekt füreinander sind wichtig. Man organisiert Rundtischgespräche, was aufwändig aber sehr lohnend ist. Dafür ist eine übergeordnete Vernetzung nötig, um Rollen und Kommunikationswege zu klären. Wir haben mit den wichtigsten Vernetzungspartnern in unserer Region Zusammenarbeitspapiere zur Klärung von Aufgaben, Rollen und Erwartungen erarbeitet. Zur Verbesserung der Prognose bei ungünstigen Konstellationen, wie beispielsweise gewissen Kindern mit ADHS, sind wir derzeit aktiv, ein interinstitutionelles Versorgungsmodell mit Case Management durch die Praxispädiatrie zu etablieren.

KS: Wie muss ein KJPD geführt werden, damit diese Aufgaben und Vernetzungen Wirksamkeit entfalten können?

SE: Fachleute, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten, zeichnen sich durch eine starke Entwicklungs- und Beziehungsorientierung aus: die Bereitschaft, vernetzt zu agieren, in Prozessen zu denken, sich der Komplexität zu stellen und sich für weniger privilegierte Menschen in unserer Gesellschaft zu engagieren. Diese Mitarbeiter(inn)en bringen intellektuelles Interesse und vor allem eine gehörige Portion Idealismus mit. Aber es sind wenige, die sich für dieses Fach interessieren: Wir haben hohe individuelle Weiterbildungskosten, ein geringes Prestige im Vergleich mit andern medizinischen Fächern und rangieren in der (ärztlichen) Einkommensskala ganz am Ende.

Die Kolleg(inn)en sind also in hohem Masse intrinsisch motiviert. Umso mehr muss das, was sie antreibt und beflügelt, für sie im Arbeitsalltag auch erfahrbar sein. Sinnhaftigkeit durch Gestaltungsraum und ein Miteinander ist meiner Erfahrung nach der hauptsächlichste Motivationsfaktor. Ein KJPD sollte darum so geführt sein, dass die Menschen, die sich für Entwicklung und Beziehungsqualität im Leben von Kindern und Jugendlichen einsetzen, diese Werte auch in ihrer Arbeit wiederfinden. Die Beziehungsorientierung muss sich ebenso in Betriebskultur und Führungsverständnis abbilden, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Respekt für die Kompetenzen des Andern sollen auf Augenhöhe gelebt werden. Selbstverständlich braucht es zeitgemässe Anstellungsbedingungen. Unsere Mitarbeitenden wollen aber in erster Linie in ihrem Alltag erleben, dass sie gehört werden, dass ihre Arbeit wertgeschätzt wird, dass der Betrieb an ihrer Entwicklung interessiert ist. Veränderungen sollten unter Einbezug der Mitarbeitenden erarbeitet und evaluiert werden.

KS: *Hier findet sich allerdings ein Widerspruch gegenüber der Tendenz zur Ökonomisierung. Wie erklären Sie das dem Geldgeber?*

SE: Es ist mir wichtig, dass eine Betriebskultur, die diese Bedingungen erfüllt, nicht etwa unproduktiver ist, sondern das Geheimrezept für den Erfolg einer so anspruchsvollen Dienstleistungsorganisation. Zufriedene und motivierte Mitarbeitende erbringen Höchstleistungen, häufige Mitarbeiterwechsel sind dagegen extrem teuer und anstrengend. Vor allem aber braucht es reife, gestandene Persönlichkeiten, um die anspruchsvollen Problemstellungen zu bewältigen und den jüngeren Kolleg(inn)en Sicherheit zu geben. Diese Psychotherapeut(inn)en und Ärzte bleiben normalerweise nur an der Institution, wenn sie diese Voraussetzungen im Alltag erfahren, sonst verlassen sie uns. Und: Ohne Fachspezialisten können wir unsere Arbeit nicht tun, selbst wenn die Finanzen vorhanden wären. – Fazit: Für einen KJPD, der den Anforderungen gerecht werden soll, ist eine sehr beziehungsorientierte Betriebskultur existentiell. Es gibt alternative Modelle wie beispielsweise sogenannte «Sinnstiftende Organisationen», die mit weitreichender Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeitenden versuchen, den Herausforderungen von Expertenorganisationen zu begegnen. So sind wir in unserem Betrieb dabei, die Eigenverantwortung und Kompetenz der einzelnen Teams und Bereiche zu stärken und weiterzuentwickeln.

KS: *Ziel aller psychiatrischen Tätigkeit ist die gesunde Entwicklung der anvertrauten Menschen. Was tut der KJPD um selbst eine gesunde eigene Entwicklung zu erreichen? Wie fördern Sie diese Entwicklung bei Ihren Mitarbeitenden?*

SE: Wir haben im letzten Jahr eine Organisationsentwicklung initiiert mit dem Ziel, den Dienst für die Zukunft fit zu machen. Auf betrieblicher Ebene ist es wichtig, eine gute und stabile Entwicklung zu erreichen. Die fachliche Weiterentwicklung hat für die Gesundheit des Dienstes ebenfalls hohe Priorität. In die Supervision, Weiterbildung und Förderung der Mitarbeitenden investieren wir viel – konzeptionell, persönlich und auch finanziell.

KS: *Was unternehmen Sie, um die vielfältigen neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Entwicklungen in Ihrem Fach in die tägliche Arbeit einzubauen?*

SE: Das Fach durchläuft tatsächlich grosse Entwicklungen. Heute kann kaum jemand mehr in allen Teilbereichen der KJP up-to-date sein, was zu Beginn meiner Tätigkeit noch anders war. An den KJPD St.Gallen haben wir über die Jahre konstant begonnen, Spezialsprechstunden für die am meisten spezialisierten Bereiche aufzubauen. Sprechstunden können auch interne konsiliarische und qualitätssichernde Aufgaben für die Gesamteinstitution wahrnehmen (im Sinne einer Matrix-Organisation), wenn wir sie aus geographischen oder personellen Gründen nicht als feste Teams führen können. Daneben haben wir Arbeitsgruppen, die sich neues Wissen aneignen und dieses für die gesamte Organisation aufbereiten.

Wir führen ein Weiterbildungsnetzwerk gemeinsam mit allen Ostschweizer Kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen, fördern innerhalb der KJPD die Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden aller Erfahrungsstufen. Wir evaluieren unsere Angebote, um davon zu lernen.

KS: *Wie muss ein KJPD in der Gesellschaft und im politischen System eingebettet sein?*

SE: Es braucht den politischen Willen für die Weiterentwicklung qualitativ hochstehender Angebote. Das Ziel ist kein geringeres als die psychische Gesundheit der kommenden Generation. Das heisst, wir müssen die nötigen Ressourcen bereitstellen, um diese aufwändige Arbeit weiterhin so verrichten zu können, dass wir den Problematiken gerecht werden. Wichtig ist auch ein Zusammenspannen der Politik über die Departements-Grenzen hinaus, um die Situation von jungen Familien und Jugendlichen zu verbessern. Statt Parallelangebote und -projekte könnten zum Teil Angebote gebündelt, breiter verankert und Ressourcen gespart werden.

KS: *Die Sanitätsdirektoren der Schweiz postulieren allgemein in der Psychiatrie, dass die ambulante Versorgung der Patienten Vorrang vor einer stationären haben soll. Stimmt diese Maxime mit Ihrer Erfahrung überein und wie wird diese Haltung umgesetzt?*

SE: Die Schweizer KJP ist eigentlich – und das ist fast einmalig – als primär ambulant tätiges Fach aufgebaut worden. Erst ab Mitte der 90er-Jahre kamen Akutstationen hinzu, was auch notwendig war. Dennoch ist die Maxime «ambulant vor stationär» aus fachlichen Gründen das einzig Richtige. Denn die örtliche Trennung eines belasteten Kindes von der Familie ist ein zusätzlicher Einschnitt und der Transfer der psychotherapeutischen Arbeit in den Alltag bei niederschweligen, ambulanten Behandlungen ungleich viel leichter. Auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht macht der Vorrang der ambulanten Versorgung Sinn, da ein stationärer Tag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um die 1000 Franken kostet. Heute ist aber der finanzielle Anreiz leider umgekehrt. Dies müsste dringend verändert werden.

KS: *Leidet die Kinder- und Jugendpsychiatrie immer noch unter einem tiefen Image? Und wenn ja, warum ist das so? Was gedenken Sie dagegen zu unternehmen?*

SE: Wie erwähnt, das Image ist m.E. vor allem ein «Nicht-Image», ein nicht-beachtet-Werden oder nicht-bekannt-Sein. Verantwortlich dafür sind nicht nur «die Anderen». Auch wir Kinder- und Jugendpsychiaterinnen sollten dieses wichtige Fach mit mehr Selbstbewusstsein vertreten. Das unbedeutende Image ist allerdings un-

berechtigt. Laut WHO sind die psychischen Erkrankungen nicht nur jene mit den grössten Folgekosten; die psychische Gesundheit stellt auch die grösste Herausforderung der kommenden Generation dar – und diese ist aktuell im Kindes- oder Jugendalter. Die KJP weiss am besten, wie sich psychische Erkrankungen im Laufe der Kindheit und Jugend entwickeln und was nötig ist, um sie zu verhindern. Mit diesem Wissen muss sie die Öffentlichkeit gewinnen.

Wir bemühen uns sehr, in der Öffentlichkeit präsent zu sein mit Vorträgen, in kantonalen Arbeitsgruppen, mit Gesprächsabenden für Vernetzungspartner. In letzter Zeit sind erfreulicherweise auch viele unserer Dienste in den nationalen Medien präsent gewesen.

KS: *Was wollten Sie den Lesern des SANP schon lange einmal sagen?*

SE: Die Perspektive der Kinder einzunehmen, fällt uns Erwachsenen schwer, auch wenn wir ja alle einmal Kinder waren. Die Kinder «mit zu denken» wäre für die Psychiatrie als Ganze aber eine sehr wichtige Entwicklung: Fachlich

lässt sich vieles erst vertieft verstehen, wenn man die entwicklungspsychologische Seite berücksichtigt, nicht nur diagnostisch und retrospektiv, sondern auch in ihrer ganzen existentiellen Dimension, die sie im Hier und Jetzt für den einzelnen erwachsenen Patienten und die Aufarbeitung seiner Geschichte hat.

In den letzten Jahren hat sich zudem das Bewusstsein durchgesetzt, dass die erwachsenen Patienten Eltern von Kindern sind: Nicht nur wird deren Entwicklung durch die elterliche Erkrankung beeinträchtigt, auch die Erkrankung der Erwachsenen selbst wird durch die An- und Überforderungen ihrer Elternschaft beeinflusst. Dies ruft nach andern Vorgehensweisen und einer stärkeren Zusammenarbeit im Sinne einer gemeinsamen Familienpsychiatrie. Mein Plädoyer gilt der engeren Zusammenarbeit der beiden Fächer, wobei eine selbstbewusstere Position der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Psychiatrie als Ganzes sehr zugute käme.