

Rechenschaftsbericht 2004

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Schwyz

Dr. med. M. von Moos
März 2005

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Organisation	3
2.1.	Infrastruktur.....	3
2.2.	Personalbestand.....	4
3.	Statistik	4
3.1.	Angaben zum Eintritt.....	4
a)	PatientInnenzahlen.....	4
b)	Anmeldemodus.....	6
3.2.	Demografische Angaben.....	6
a)	Geschlecht.....	6
b)	Altersverteilung.....	7
c)	Wohngemeinde.....	7
d)	Nationalität.....	8
e)	Beziehungsstatus der leiblichen Eltern.....	8
3.3.	Angaben zur Behandlung.....	9
a)	Behandlungsmethoden.....	9
b)	Anzahl und Dauer der Konsultationen.....	9
c)	Verteilung der Konsultationen.....	10
d)	Art der Konsultationen.....	10
e)	Medikamentöse Behandlung.....	11
f)	Stationäre Behandlung.....	11
3.4.	Diagnosen.....	11
a)	Klinisch-psychiatrisches Syndrom.....	12
b)	Entwicklungsstörungen.....	12
c)	Aktuelle belastende psychosoziale Umstände.....	13
3.5.	Gutachten und Berichte.....	13
4.	Qualitätsberichterstattung	14
4.1.	Allgemeine Kriterien der Qualitätssicherung.....	14
4.2.	Aspekte der Produktivität in einem öffentlichen Dienst.....	14
4.3.	Vergleich mit anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten.....	15
5.	Öffentlichkeitsarbeit	15
6.	Entwicklungen des KJPD Schwyz	16
6.1.	Zukünftige personelle und räumliche Erfordernisse.....	16
6.2.	Projektantrag zum Aufbau einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik.....	16
7.	Gesamteinschätzung und Ausblick	17

1. Einleitung

Mit den im April und Oktober 2001 in Goldau und Lachen eröffneten Dienststellen kann dem Bedarf an einem kinder- und jugendpsychiatrischen Angebot im Kanton Schwyz weiterhin mit einem geographisch klientengerechten Netz von Beratungsstellen nachgekommen werden.

Nebst Abklärungen und Behandlungen bestehen weitere Aufgabengebiete des interdisziplinären Teams des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Schwyz nach wie vor in der Beratung und Unterstützung von Fachpersonen und Institutionen sowie in der Erstellung von Gutachten für Behörden, Gerichte und Versicherungen. Im Zentrum steht dabei eine enge Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Institutionen. Sowohl in der Dienststelle in Goldau als auch in Lachen werden ausserdem verschiedene Angebote mit Gruppen für Kinder und Jugendliche weitergeführt.

Nachdem sich der Kanton Uri im Verlaufe des Jahres 2002 an einer Zusammenarbeit mit der Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie interessiert gezeigt hatte, konnte eine solche schliesslich konkretisiert werden. Nach umfangreichen Verhandlungen wurde auf Januar 2003 ein entsprechender Leistungsauftrag vereinbart, so dass der Kanton Uri nun ebenfalls über eine geographisch klientengerechtere Versorgung ihrer Bevölkerung verfügt. Im Jahr 2004 konnte das Angebot für den Kanton Uri gut etabliert werden.

Im März 2004 erfolgte eine Klausurtagung mit dem Gesamtratsrat zusammen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst Schwyz mit der Möglichkeit, die bisherigen Tätigkeiten der jeweiligen Dienste darzustellen und gleichzeitig auf zukünftige Entwicklungen hinzuweisen. In diesem Zusammenhang konnte ausgeführt werden, dass eine grosse Versorgungslücke für Kinder im stationären psychiatrischen Angebot besteht. Im Auftrag des Regierungsrates wurde in der Folge ein entsprechender Projektantrag ausgearbeitet, welcher weiter unten zusammenfassend dargestellt wird.

Im August 2004 wurden die Verhandlungen für einen neuen Leistungsauftrag, welcher nur noch für zwei Jahre Bestand haben soll, mit den zuständigen MitarbeiterInnen im Departement des Inneren aufgenommen. Diese verliefen in konstruktiver Atmosphäre und führten zu einem für unseren Dienst sehr befriedigendem Ergebnis. Dabei wurden die bisherigen Zahlen, das Halbjahresergebnis nach Einführung des Tarmed und die zukünftigen Entwicklungen berücksichtigt.

Erfreulicherweise konnte das Betriebsjahr 2004 mit einem sehr guten Abschluss unter Erzielung eines Gewinns abgeschlossen werden. Da der Taxpunktwert des Tarmed bereits gesenkt wurde und weitere Senkungen angenommen werden müssen, sind für das nächste Jahr weniger hohe Erträge zu erwarten.

Eine grosse Veränderung bestand im Wechsel des Stiftungsratspräsidiums. Der bisherige Stiftungsratspräsident Herr Dr. med. F. Kenel, Einsiedeln, trat im März 2004 zurück. Wir möchten ihm an dieser Stelle ganz herzlich für sein grosses Engagement und seine Unterstützung danken. Ohne ihn gäbe es den KJPD Schwyz nicht in der heutigen Form. Wir freuen uns gleichzeitig sehr, dass mit seiner Nachfolgerin Frau Dr. med. J. Hofer, Küssnacht, welche bis anhin Vizepräsidentin der Stiftung war, von Beginn an eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit aufgenommen werden konnte.

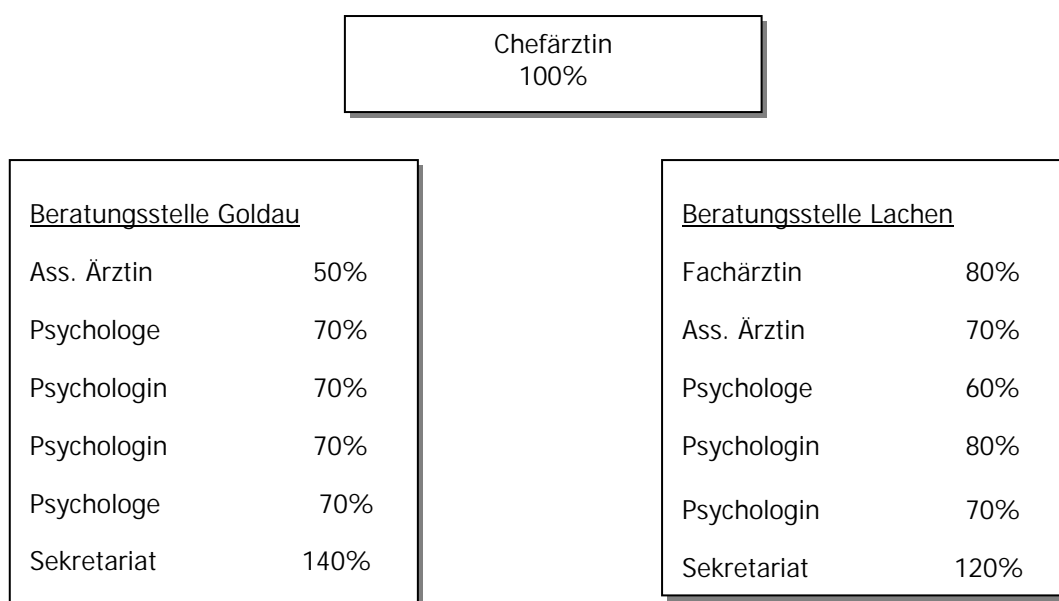
2. Organisation

2.1. Infrastruktur

Die Räumlichkeiten in den Beratungsstellen in Goldau und Lachen bewähren sich und erweisen sich insgesamt als zweckmässig. Bezüglich der Infrastruktur erfolgten im Jahre 2004 keine grundlegenden Veränderungen. In Lachen fehlen allerdings mindestens ein Büro sowie ein geeigneter Raum für Gruppentherapien, in Goldau ist ein Mitarbeiter in einem sehr kleinen Büro untergebracht, welches keine Gespräche mit mehreren Personen zulässt. Weitere Ausführungen siehe unter 6.1.

2.2. Personalbestand

Die folgende Darstellung zeigt den Personalbestand Ende 2004. In der Beratungsstelle Goldau waren keine personellen Veränderungen zu verzeichnen. Demgegenüber kam es in der Beratungsstelle Lachen zu Fluktuationen. Im Januar 2004 wurde Frau Dr. phil. K. Albrecht als Psychologin im Rahmen eines Postgraduierten-Praktikums eingestellt. Im September 2004 wurde dieses Praktikum in eine reguläre, bis April 2006 befristete Stelle umgewandelt. Per Ende August 2004 kündigte Herr med. pract. M. Fithal seine 100%ige Stelle, um seine Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater im stationären Bereich zu vervollständigen. An seiner Stelle wurde die Fachärztin Frau Dr. med. B. Birchler mit einem Pensum von 80% eingestellt. Ab Oktober 2004 hatte sie Schwangerschaftsurlaub, dank dem Engagement der übrigen MitarbeiterInnen konnte diese Vakanz bewältigt werden. Das Pensum der Assistenzärztin Frau Dr. med. S. Niggli wurde ausserdem im September 2004 von 50% auf 70% erhöht.



3. Statistik

Die Statistik enthält Angaben zum Eintritt der PatientInnen, zu demografischen Merkmalen sowie zu Behandlung und Diagnosen. Die PatientInnen aus dem Kanton Uri werden nur bei den Angaben zum Eintritt gesondert aufgeführt. Zwecks besserer Lesbarkeit werden im Folgenden nur die Kennzahlen der letzten drei Jahre aufgeführt.

3.1. Angaben zum Eintritt

a) PatientInnenzahlen

	2002	2003	2004
Neu-Anmeldung	367	409	375
Wieder-Anmeldung	3	28	28
Total Eintritte	370	437	403
Übernahme vom letzten Jahr	148	247	311
Total behandelte PatientInnen	518	684	714
Austritte	256	385	383

Im Jahr 2004 sank die Zahl der Eintritte um 8% von 437 auf 403. Die vom Vorjahr weiter geführten Behandlungen stiegen dagegen um 26% von 247 auf 311 PatientInnen an. Insgesamt wurden im KJPD also 714 PatientInnen behandelt, was einer leichten Zunahme von 4% entspricht.

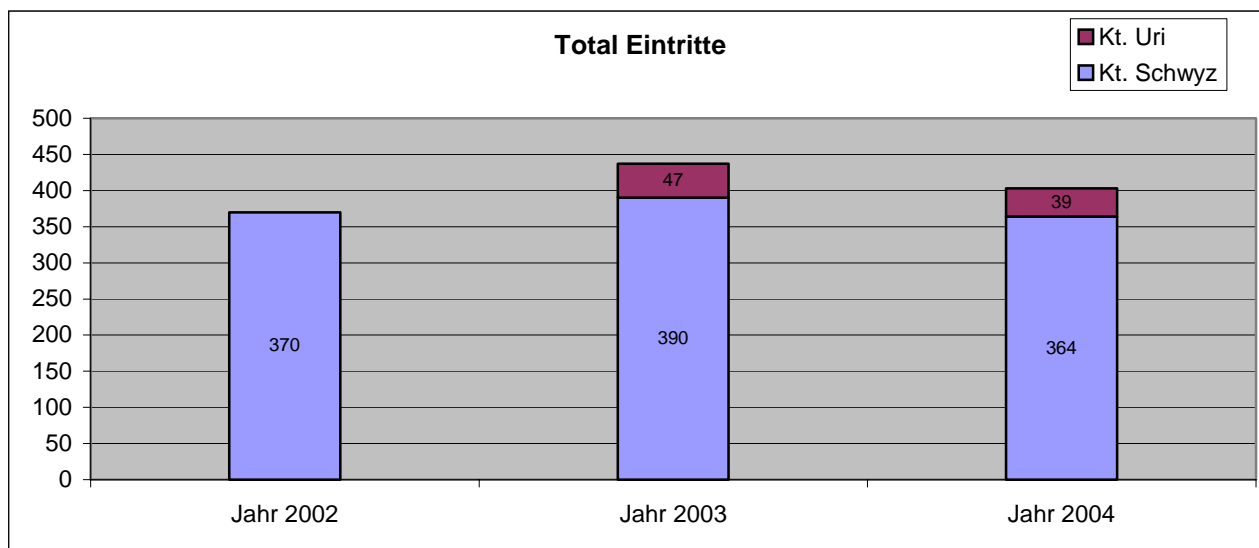


Abb.1 Eintritte: Die Grafik zeigt die Entwicklung der im Berichtsjahr neu oder wieder angemeldeten PatientInnen. Seit 2003 wird der Anteil der aus dem Kt. Uri stammenden PatientInnen separat aufgelistet.

Von den 2004 neu eingetretenen PatientInnen stammten 39 Personen (Vorjahr: 47) aus dem Kanton Uri. Dies entspricht einem Anteil von 9.7% (Vorjahr: 11.6%).

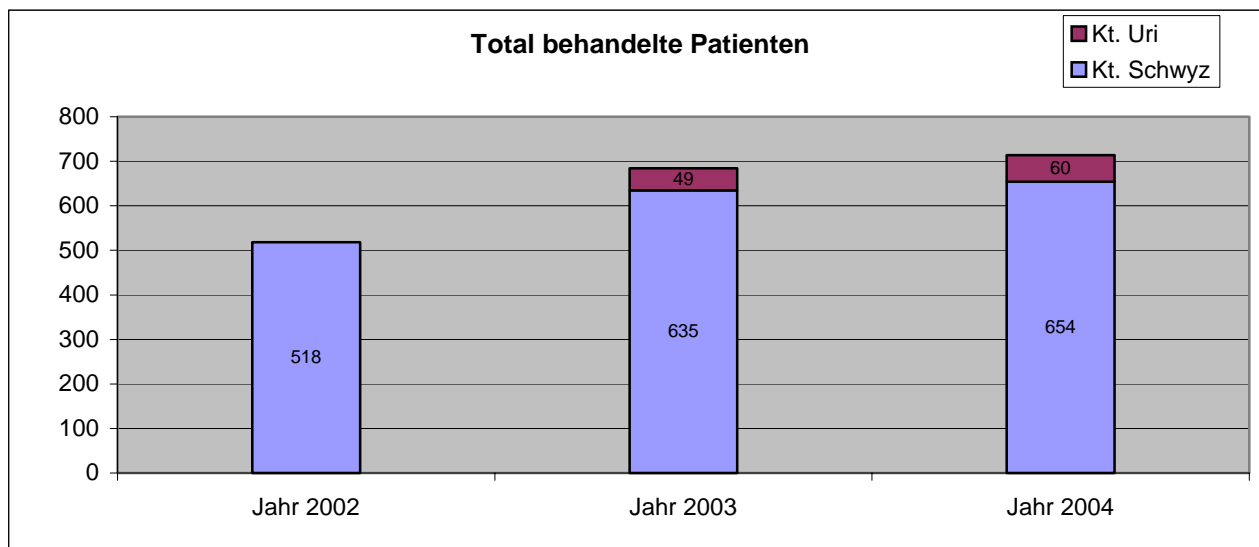


Abb.2 Total behandelte PatientInnen: Die Grafik zeigt die Gesamtzahl der behandelten PatientInnen (Eintritte und vom Vorjahr weitergeführte Behandlungen).

2004 wurden insgesamt 60 PatientInnen aus dem Kanton Uri behandelt (Vorjahr: 49). Dies entspricht einem Anteil von 8.4 % aller PatientInnen (Vorjahr: 6.8%)

b) Anmeldung

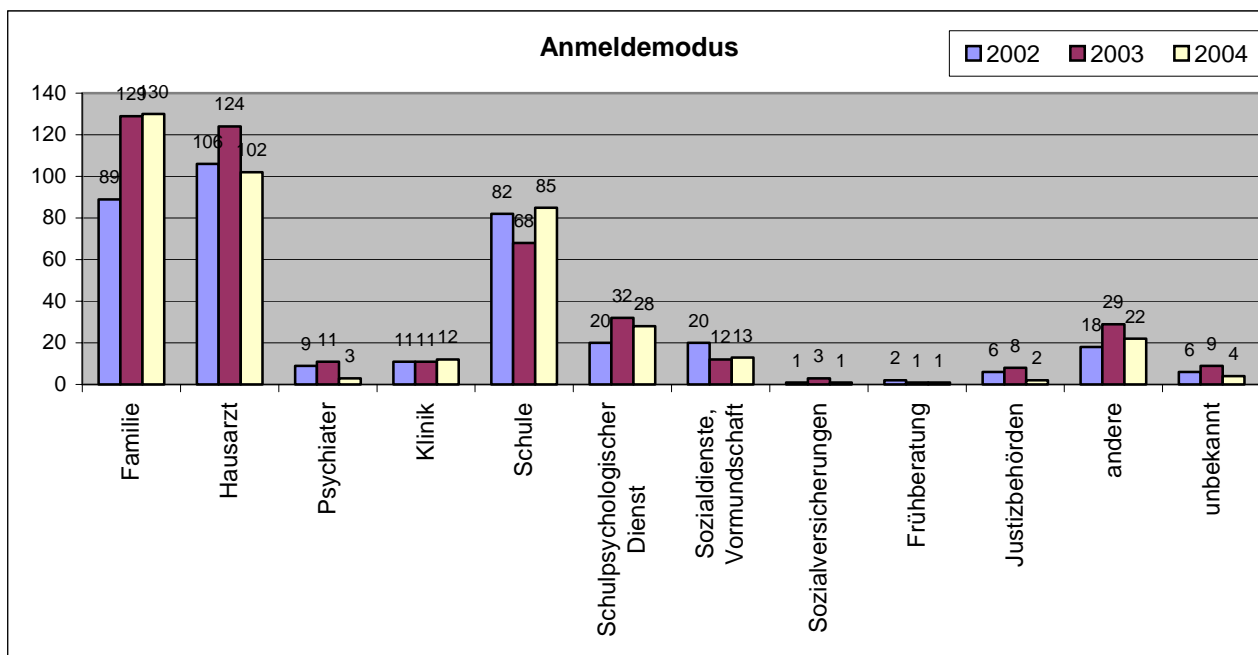


Abb.3 Anmeldemodus: Die Grafik zeigt, durch welche Personen oder Institutionen die entscheidende Anregung zur Anmeldung erfolgte.

Wie bereits im Vorjahr konnten auch 2004 wieder markante Unterschiede zwischen den Beratungsstellen Goldau und Lachen beobachtet werden: In Goldau waren ärztliche Überweisungen mit 38% am häufigsten. Die Anmeldungen aus dem schulischen Umfeld (Schule und Schulpsychologischer Beratungsdienst) erhöhten sich auf einen Anteil von 33%, während die Anmeldungen aus dem Familienkreis einen leichten Rückgang erlebten (17%).

In Lachen standen 2004 wiederum die Anmeldungen aus der Familie an erster Stelle. Diese nahmen seit 2001 stetig zu und machen mittlerweile 46% aller Anmeldungen aus. 24% der Anmeldungen stammten aus dem schulischen Bereich und 20% waren ärztliche Überweisungen.

3.2 Demografische Angaben

Die demografischen Daten beziehen sich jeweils auf die im Berichtsjahr in den KJPD neu oder erneut eingetretenen PatientInnen. Im Berichtsjahr waren dies 403 Kinder oder Jugendliche.

a) Geschlecht

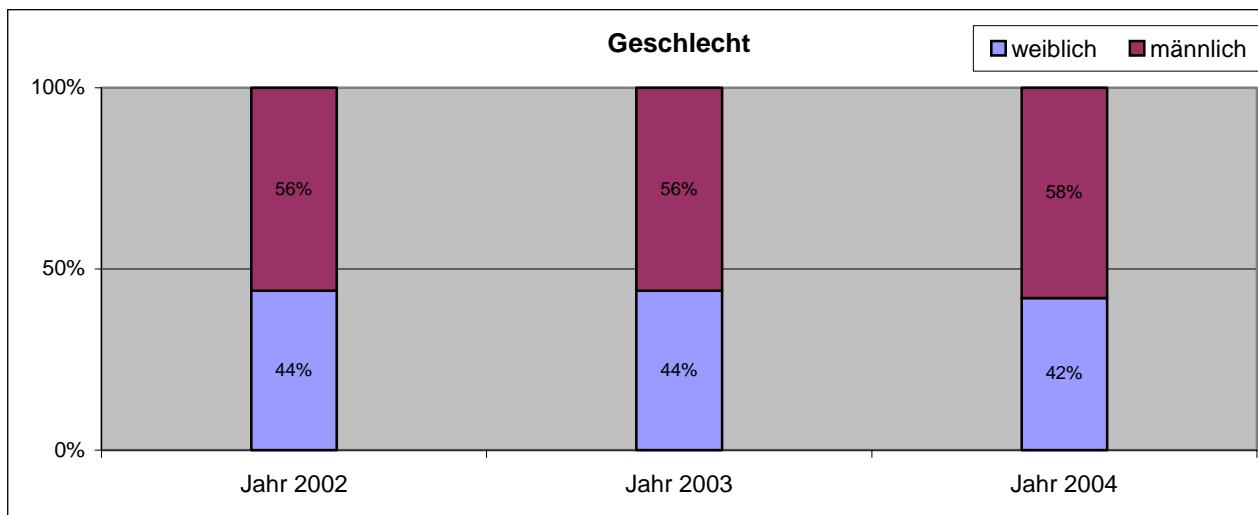


Abb.4: Geschlechtsverteilung

Von den insgesamt 403 Kindern und Jugendlichen waren 58% männlich und 42% weiblich. Dies entspricht der leichten Übervertretung des männlichen Geschlechts, welche sich bereits in den Vorjahren zeigte und auch aus anderen Kantonen bekannt ist.

b) Altersverteilung

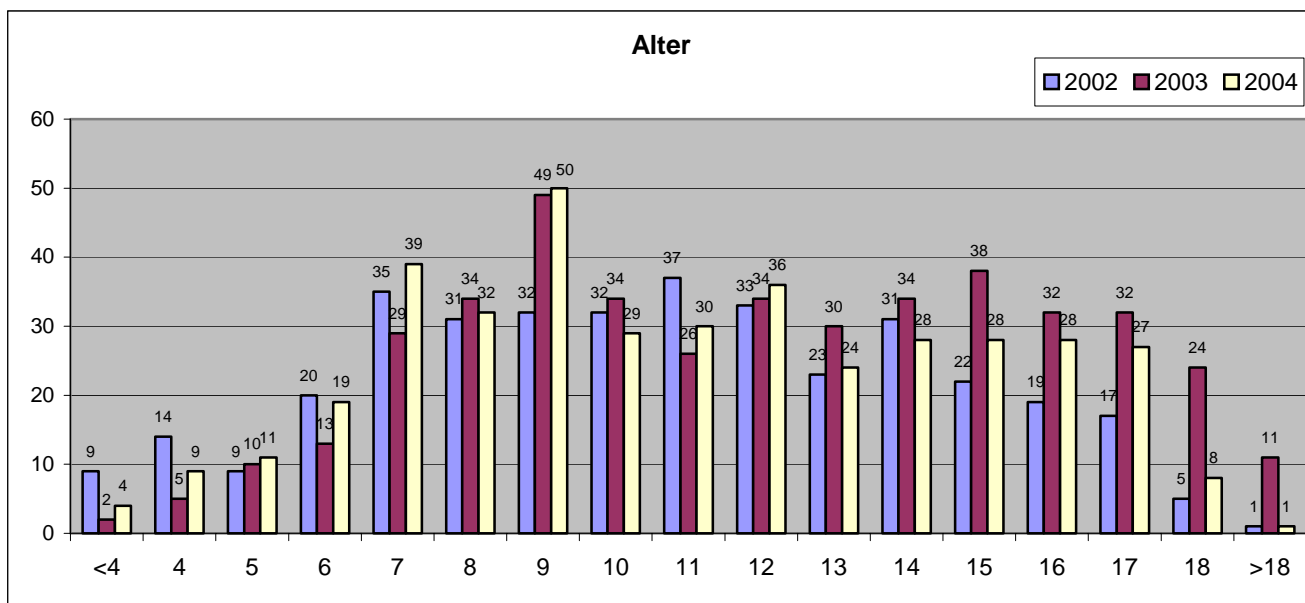


Abb.5: Anzahl PatientInnen pro Altersjahr

Im Jahr 2004 waren wiederum Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren bei den Anmeldungen stark vertreten. Am häufigsten wurden 9-jährige, gefolgt von 7- und 12-jährigen Kindern angemeldet. Bei den Jugendlichen ist im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang der Anmeldungen zu verzeichnen.

c) Wohngemeinde

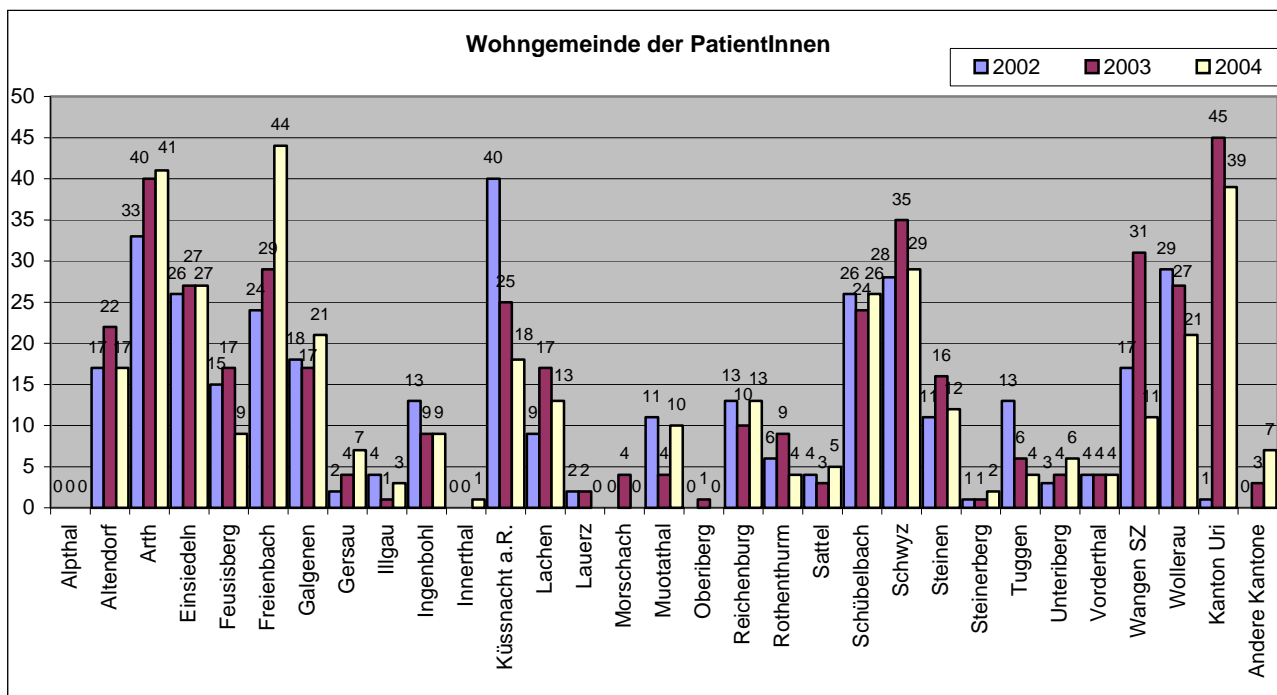


Abb.6: Anzahl PatientInnen pro politische Gemeinde

Bei den Anmeldungszahlen aus den Gemeinden zeigen sich weiterhin Schwankungen. In Innerschwyz reduzierten sich die Anmeldungen aus Küssnacht weiter, während beispielsweise Arth

stabil hohe Anmeldungszahlen aufwies. Als Standortgemeinde des KJPD ist der Zugang für die Patientinnen aus Arth-Goldau möglicherweise einfacher.

Im äusseren Kantonsteil verzeichnete Freienbach einen markanten Anstieg an neu eintretenden PatientInnen. Die Neu-Anmeldungen aus Wangen gingen nach einem Anstieg im Vorjahr wieder stark zurück.

d) Nationalität

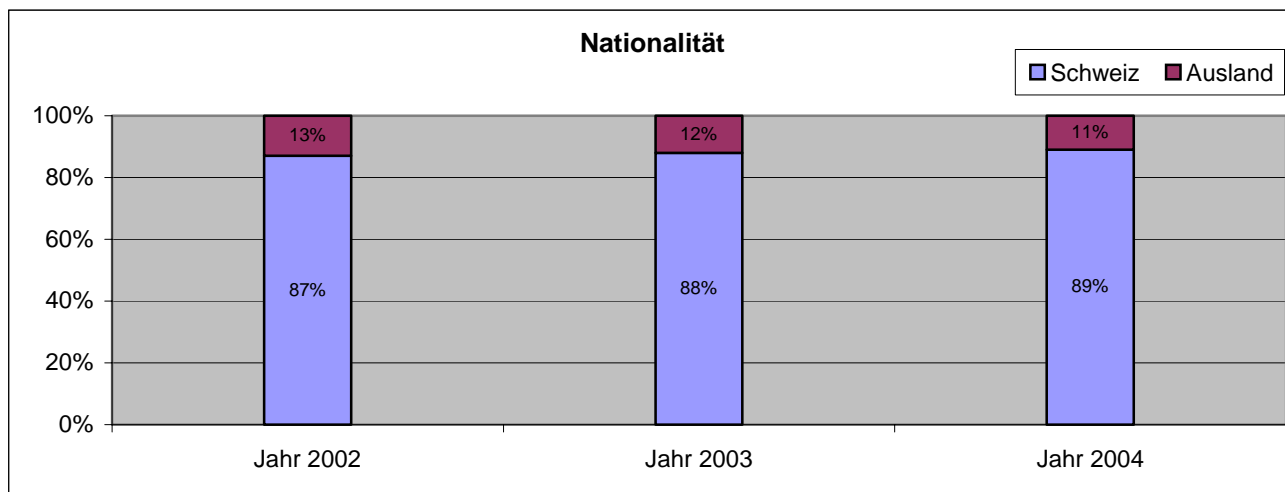


Abb.7: Verhältnis zwischen ausländischen und schweizerischen PatientInnen in %.

Von den 403 PatientInnen, die im Jahre 2004 in den KJPD eintraten, waren 11% (Vorjahr 12%) ausländischer Herkunft. Ausländische PatientInnen sind somit im Vergleich zum Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung im Kt. Schwyz von 15.8 % weiterhin untervertreten.

e) Beziehungsstatus der leiblichen Eltern

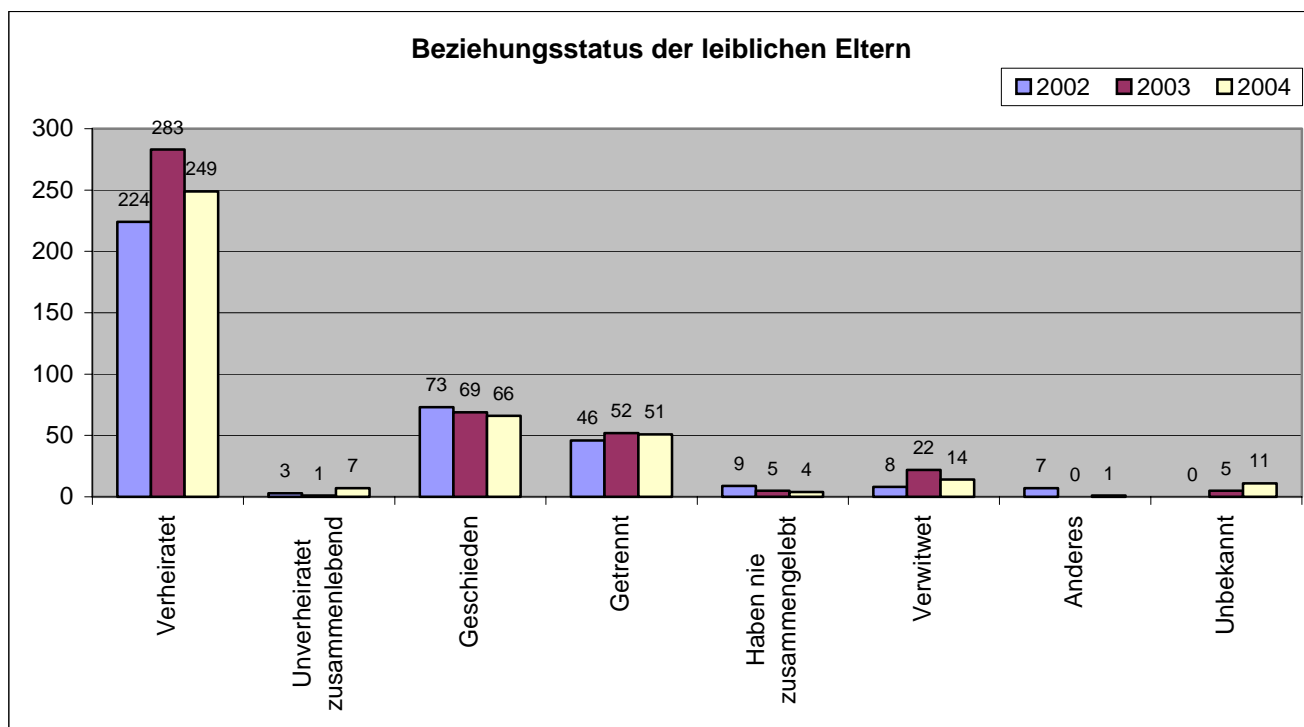


Abb.8: Elternbeziehung zum Zeitpunkt der Anmeldung

62% (Vorjahr 65%) der Eltern waren verheiratet, 29% (Vorjahr 28%) getrennt oder geschieden. Die Rate der getrennt oder geschieden lebenden Eltern ist mit 32% in Ausserschwyz tendenziell höher als in Innerschwyz mit 27%.

3.3 Angaben zur Behandlung

Der folgenden Beschreibung von Behandlungsmethoden liegen die Daten aller im Berichtsjahr behandelten Patientinnen und Patienten zugrunde. 2004 waren dies insgesamt 714 Kinder und Jugendliche (Vorjahr: 684).

a) Behandlungsmethoden

Je nach Problemstellung und Indikation wurden im Rahmen der Behandlung unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt. Bei einzelnen PatientInnen konnten jeweils auch mehrere Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen. Die folgende Grafik zeigt, wie häufig die einzelnen Methoden angewandt wurden.

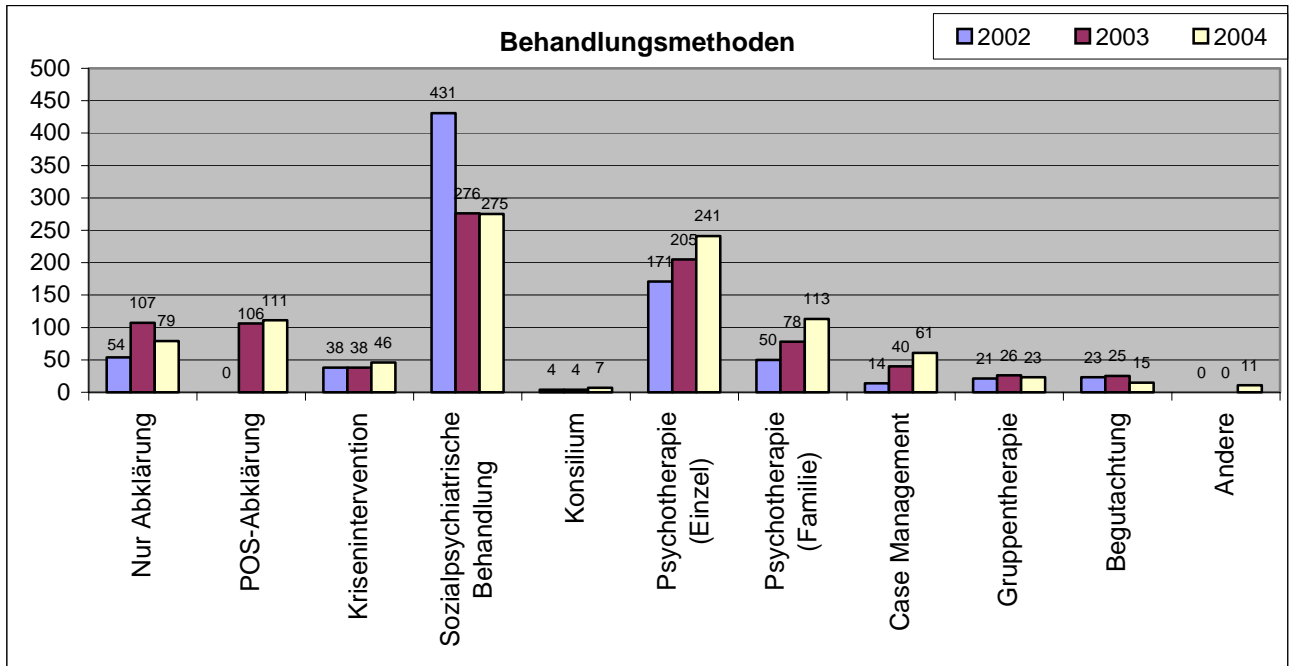


Abb. 9: Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Behandlungsmethoden

Wie in den Vorjahren wurden am häufigsten sozialpsychiatrische Behandlungen (Interventionen beim Kind, seiner Familie und im sozialen Umfeld) durchgeführt. Zugenommen haben Einzeltherapien mit Kindern und Jugendlichen, Familienberatung und das Case Management. Ein leichter Rückgang ist bei kurzen Abklärungen zu verzeichnen.

b) Anzahl und Dauer der Konsultationen

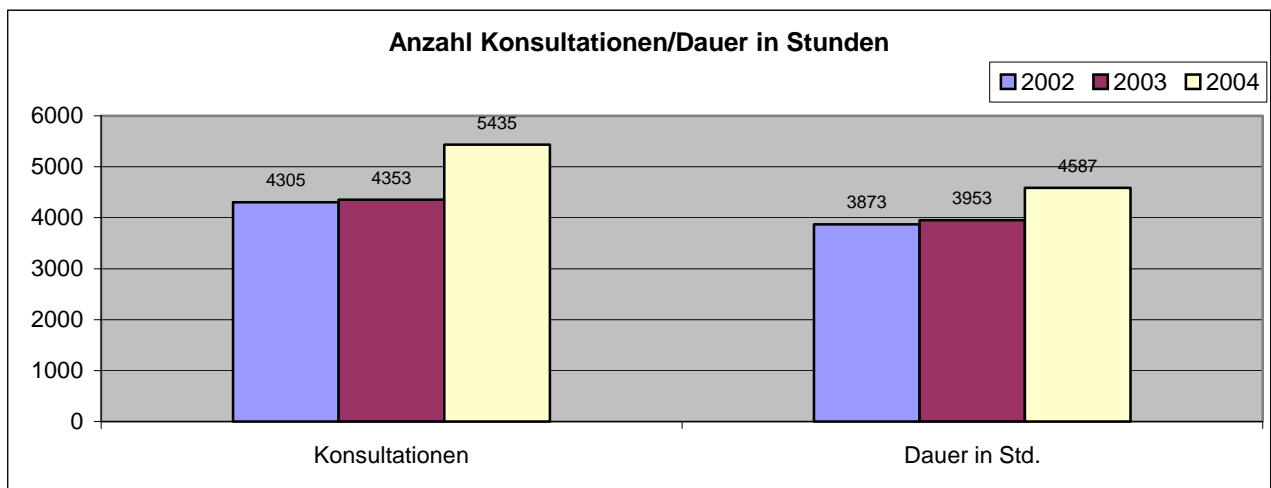


Abb. 10: Anzahl Konsultationen (inkl. Uri) / Gesamtdauer der Konsultationen in Stunden (inkl. Uri)

Eine Konsultation entspricht einem Kontakt mit einer PatientIn oder ihren Bezugspersonen. Im Berichtsjahr fanden insgesamt 5435 (Vorjahr 4353) Konsultationen statt. Davon bezogen sich 523 (Vorjahr: 239) Kontakte auf PatientInnen aus dem Kanton Uri. Im Vergleich zum Vorjahr wurde die Anzahl der Konsultationen um 25% gesteigert. Die Behandlungsdauer erhöhte sich um 16% von 3'953 auf 4587 Stunden.

c) Verteilung der Konsultationen

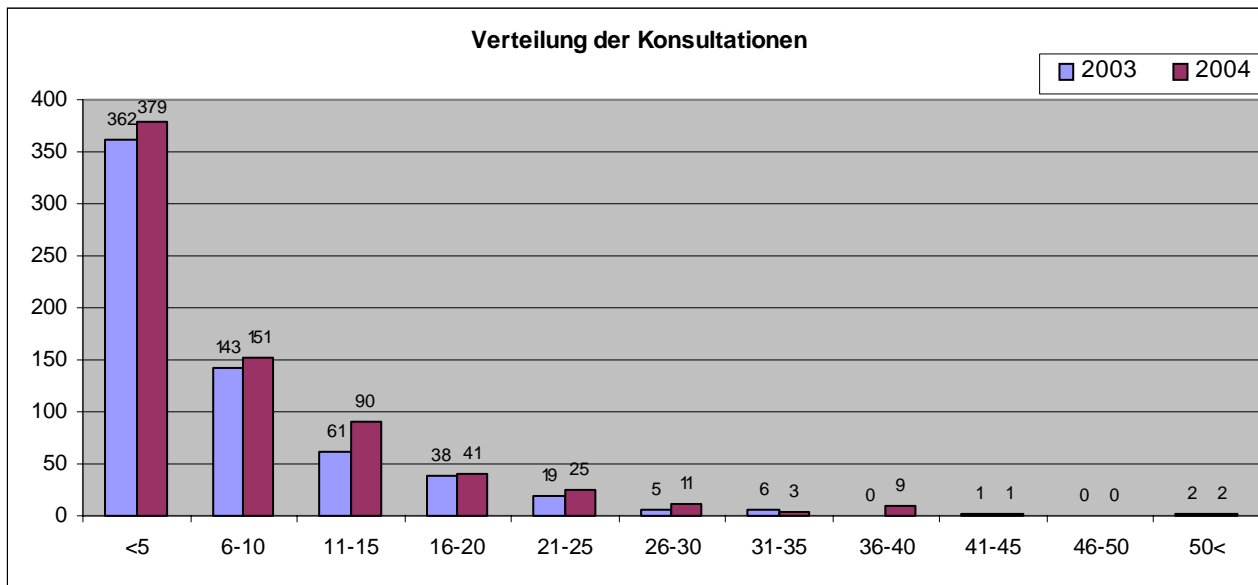


Abb. 11: Anzahl PatientInnen pro Anzahl Konsultationen

53% (Vorjahr: 57%) aller PatientInnen wurden im Berichtsjahr während höchstens 5 Konsultationen behandelt. 74% (Vorjahr: 79%) der behandelten PatientInnen beanspruchten bis maximal 10 Sitzungen. Während also prozentual der Anteil der sehr kurzen Behandlungen etwas sank, stieg der Anteil der PatientInnen mit längerer Behandlungsdauer leicht an.

d) Art der Konsultationen

Im Folgenden wird aufgezeigt, wer bei den Gesprächen anwesend war, bzw. wo oder in welcher Form die Kontakte stattfanden.

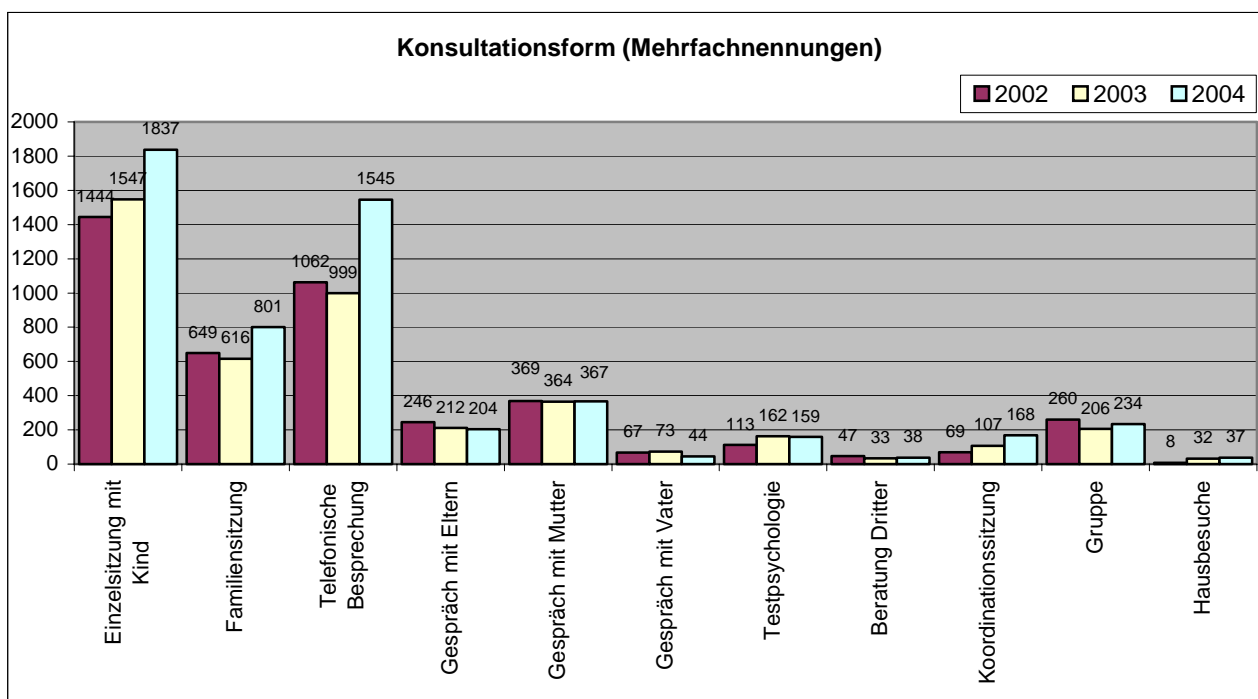


Abb. 12: Anzahl Konsultationen pro Gesprächsform

Der Anstieg einer bestimmten Konsultationsform korreliert positiv mit der jeweils gewählten Behandlungsmethode (Siehe Abb.9: Behandlungsmethoden). So führte die vermehrte Durchführung von Einzeltherapien zu einem Anstieg von Einzelsitzungen mit Kindern und Jugendlichen (+19%). Die häufigere Anwendung von Familienberatung bildet sich in einer Steigerung von Familiensitzungen um 30% ab.

Neben der spezifisch therapeutischen Arbeit ist die Abstimmung mit Bezugspersonen und dem weiteren sozialen Umfeld bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unabdingbar. Dass der KJPD dieser Aufgabe nachkommt, zeigt sich in einem hohen Anteil telefonischer Besprechungen (+55%) sowie einer Steigerung bei den meist sehr aufwändigen Koordinationssitzungen (+ 57%).

Das Verhältnis der verschiedenen Konsultationsformen zueinander bewegt sich im Rahmen der Vorjahre: Am häufigsten sind Einzelsitzungen mit Kindern oder Jugendlichen, gefolgt von telefonischen Besprechungen und Familiensitzungen.

e) Medikamentöse Behandlung

	2002	%	2003	%	2004	%
Medikamentöse Behandlung	39	8%	79	11%	117	16%
Keine Medikamente	479	92%	605	89%	597	84%
TOTAL	518	100%	684	100%	714	100%

Im Berichtsjahr wurden 16% der PatientInnen medikamentös behandelt. Es handelte sich dabei am häufigsten um Behandlungen mit Ritalin (87), gefolgt von Behandlungen mit Antidepressiva (25). 7 PatientInnen wurden mit Neuroleptika behandelt.

f) Stationäre Behandlung

	2002	2003	2004
Stationäre Behandlung	11	11	17

2004 wurden 17 PatientInnen zur weiteren Behandlung in eine psychiatrische Klinik überwiesen. Dabei handelte es sich z.B. um Kriseninterventionen bei Suizidalität oder auch um längere Aufenthalte mit therapeutischer Zielsetzung. Weitaus die meisten Überweisungen erfolgten in die Klinik Littenheid, mit welcher eine sehr gute und konstruktive Zusammenarbeit besteht.

3.4 Diagnosen

Bei allen PatientInnen wurde eine Diagnostik anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 erhoben. Im Folgenden werden die Diagnosen des klinisch-psychiatrischen Syndroms (erste Achse), der umschriebenen Entwicklungsstörungen (zweite Achse) sowie der aktuellen psychosozialen Umstände (fünfte Achse) dargestellt. Mehrfachdiagnosen sind jeweils möglich. Die Diagnostik bezieht sich auf den Zeitpunkt des Eintrittes und umfasst in den Jahren 2001 und 2002 alle im jeweiligen Berichtsjahr behandelten PatientInnen. Ab 2003 werden nur noch die Diagnosen der neu eingetretenen PatientInnen erfasst.

a) Klinisch-psychiatrisches Syndrom

GOLDAU + LACHEN	2002	%	2003	%	2004	%
Organische Störungen/Hirnfunktionsstörungen	128	25%	138	28%	103	26%
Störungen durch psychotrope Substanzen	10	2%	6	1%	2	1%
Schizophrenie, Schizotype u. wahnhaftige Störungen	1	0%	2	0%	4	1%
Affektive Störungen	26	5%	20	4%	21	5%
Phobien	19	4%	13	3%	8	2%
Andere Angststörungen	8	2%	4	1%	0	0%
Zwangsstörungen	1	0%	6	1%	5	1%
Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen	124	25%	127	25%	91	23%
Dissoziative Störungen	3	1%	3	1%	1	0%
Somatoforme Störungen	0	0%	4	1%	6	2%
Sonstige neurotische Störungen	1	0%	0	0%	0	0%
Essstörungen	9	2%	20	4%	14	4%
Schlafstörungen	7	1%	14	3%	5	1%
Sexuelle Funktionsstörungen	0	0%	3	1%	0	0%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8	2%	10	2%	2	1%
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	1	0%	3	1%	0	0%
Hyperkinetische Störungen	32	6%	22	4%	41	10%
Störungen des Sozialverhaltens	30	6%	23	5%	28	7%
Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	18	4%	10	2%	7	2%
Emotionale Störungen des Kindesalters	45	9%	36	7%	21	5%
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit u. Jugend	7	1%	5	1%	7	2%
Ticstörungen	2	0%	3	1%	1	0%
Enuresis	11	2%	11	2%	14	4%
Enkopresis	3	1%	3	1%	6	2%
Fütterstörung	2	0%	3	1%	1	0%
Stottern	1	0%	2	0%	0	0%
Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität	7	1%	9	2%	4	1%
Total	504	100%	500	100%	392	99%

Die prozentuale Verteilung auf die verschiedenen Diagnosen bewegte sich im Rahmen der Vorjahre. Mit 26% (Vorjahr 28%) wurden am häufigsten organische Störungen und Hirnfunktionsstörungen diagnostiziert. Unter diese Kategorie fällt das so genannte POS nach IV-Kriterien. Daneben kamen Hyperkinetische Störungen mit 10% ebenfalls häufig vor. 23% (Vorjahr: 25%) der Diagnosen waren Reaktionen auf eine schwere Belastung und Anpassungsstörungen.

b) Entwicklungsstörungen

GOLDAU + LACHEN	2002	%	2003	%	2004	%
Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	52	42%	62	48%	28	35%
Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	45	36%	39	30%	28	35%
Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen	21	17%	24	18%	23	29%
Kombinierte Entwicklungsstörungen	4	3%	3	2%	1	1%
Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen	3	2%	2	2%	0	0%
Total	125	100%	130	100%	80	100%

2004 wurde bei 80 Kindern eine Entwicklungsstörung diagnostiziert. Mit je 35% waren Störungen der Sprache und der schulischen Fertigkeiten am häufigsten vertreten.

c) Aktuelle belastende psychosoziale Umstände

GOLDAU + LACHEN	2002	%	2003	%	2004	%
Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	70	13%	88	16%	69	23%
Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	67	12%	80	15%	53	18%
Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	23	4%	14	3%	6	2%
Abweichende Erziehungsbedingungen	56	10%	61	11%	28	9%
Abweichende unmittelbare Umgebung	146	27%	176	32%	71	24%
Akute, belastende Lebensereignisse	121	22%	64	12%	37	12%
Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	19	3%	20	4%	19	6%
Chronische zwischenmenschliche Belastung in der Schule/an der Arbeit	42	8%	45	8%	14	5%
Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes	3	1%	3	1%	4	1%
Total	547	100%	551	100%	301	100%

Die Kategorie „abweichende unmittelbare“ Umgebung wurde mit 24% aller diagnostizierten belastenden Umstände am häufigsten angegeben. Darunter fallen unter anderem alle Familienformen, die von einem traditionellen Familienmodell abwichen. Anteilsmässig an zweiter Stelle folgt mit 23% die Diagnose „abnorme intrafamiliäre Beziehungen“. Darunter fallen Beziehungsprobleme wie Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung, Ablehnung des Kindes, Disharmonie zwischen Erwachsenen oder körperliche Kindsmisshandlungen. Mit einem Anteil von 18% aller festgestellten belastenden Umstände waren auch psychische Störungen oder Behinderungen in der Familie häufig.

3.5 Gutachten und Berichte

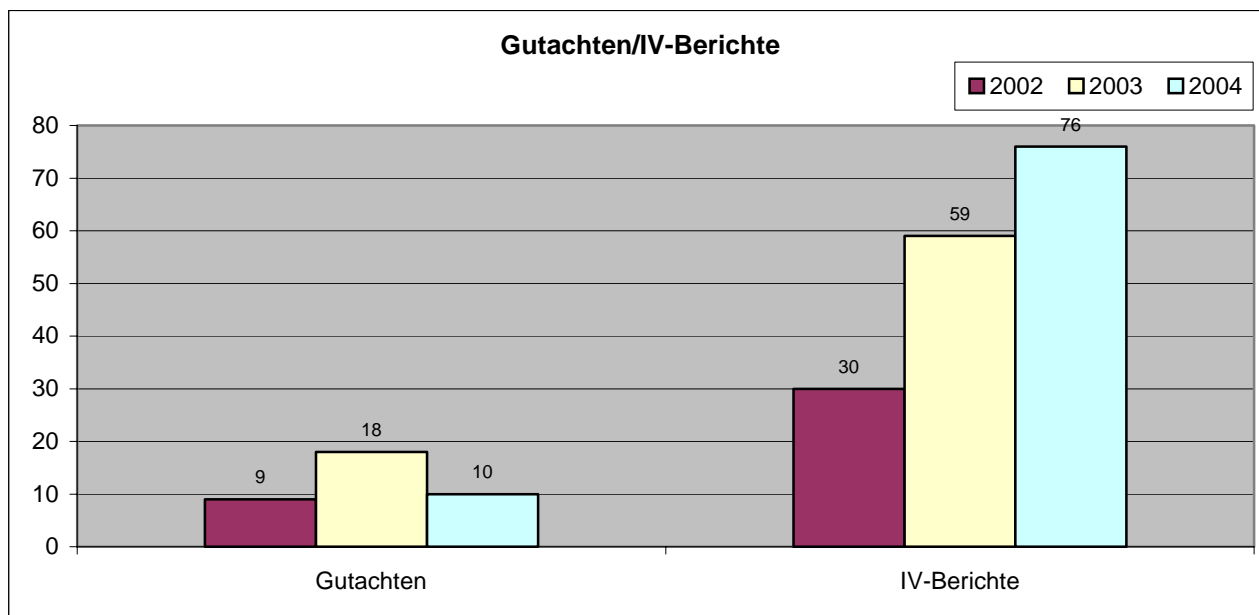


Abb. 13: Anzahl Gutachten und IV-Berichte. In den Jahren 2001/2002 wurden alle laufenden Gutachten und IV-Berichte aufgeführt. Ab 2003 werden jeweils die im Berichtsjahr abgeschlossenen Aufträge dargestellt.

Im Berichtsjahr wurden 10 Gutachten zu Fragen von Kinderzuteilung, Besuchsrecht und Platzierung erstellt. Diese Gutachten sind mit grösserem Aufwand verbunden mit sehr komplexen und konfliktreichen Situationen.

Für die Invalidenversicherung wurden 76 ausführliche Berichte verfasst, meist im Rahmen einer Anmeldung für ein POS.

4. Qualitätsberichterstattung

4.1. Allgemeine Kriterien der Qualitätssicherung

Im Leistungsauftrag wird festgehalten, dass der KJPD über ein transparentes Qualitätssicherungsverfahren mit überprüfbaren Standards in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verfügen soll.

Die Strukturqualität konnte aufrechterhalten werden, indem sich die Infrastruktur auch im Jahre 2004 als mehrheitlich zweckmässig und den momentanen Bedürfnissen angepasst erwies. Wie weiter oben bereits ausgeführt, fehlen in Lachen allerdings mindestens ein Büro sowie ein geeigneter Raum für Gruppentherapien, in Goldau ist ein Mitarbeiter in einem sehr kleinen Büro untergebracht, welches keine Gespräche mit mehreren Personen zulässt und nur über ein kleines Dachfenster verfügt.

Bezüglich der Prozessqualität wurde in beiden Dienststellen die externe monatliche Supervision weitergeführt. Ausserdem fanden im Jahre 2004 drei interne Weiterbildungen an je einem Halbtage statt, welche von den MitarbeiterInnen gemeinsam gestaltet wurden. Dies diente sowohl der Weiterbildung als auch der Teambildung. Im Rahmen der Weiterbildung fand zudem ein Besuch in der Tagesklinik in Münsterlingen statt. Die Beurteilung der Weiterbildungsstätte durch die AssistenzärztInnen im Rahmen einer Evaluation der FMH ergab wiederum eine sehr gute Beurteilung.

Bezüglich der Ergebnisqualität hat sich die Leistungsstatistik, die sich in ihren Strukturen an der Statistik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Vereinigung orientiert und in ihren Grundzügen weiter oben ausgeführt wurde (siehe Kapitel 2 „Statistik“), weiterhin bewährt.

4.2. Aspekte der Produktivität in einem öffentlichen Dienst

Bezüglich der Qualitätssicherung kam im Jahre 2004 der Frage der Produktivität ein besonderer Stellenwert zu. Dabei handelt es sich um eine sehr komplexe Thematik, zumal sich der KJPD als öffentlicher Dienst stark von einer Praxis eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters unterscheidet. Dies begründet sich vor allem darin, dass zu einem öffentlichen Dienst auch Tätigkeiten gehören, die nicht abgerechnet werden können.

Die Hauptaufgabe besteht zwar in Abklärungen, Beratungen und Behandlungen sowie in der Erstellung von Gutachten, daneben sollen aber auch präventive Aufgaben wahrgenommen und im Falle von Krisen innerhalb von 24 Stunden ein Termin angeboten werden können. Weitere Tätigkeitsbereiche bestehen in der telephonischen Beratung von anderen Fachleuten. Bei fehlenden Jugendsekretariaten und Fachstellen für Kinderschutz sind solche Anfragen nicht selten. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass ca. 20% aller Anfragen telefonisch erledigt werden ohne Eröffnung einer Krankengeschichte, aber mit Anlegen einer Aktennotiz. Dieses unbürokratische Angebot wird von allen Beteiligten sehr geschätzt. Ausserdem pflegt der KJPD eine therapeutische Haltung, die dem Einbezug der Umwelt und aller Beteiligten einen grossen Stellenwert einräumt. Dies bedingt umgekehrt aber auch, dass – neben der Zusammenarbeit im Einzelfall – durch regelmässiges Zusammentreffen ständig die Beziehungen zu anderen Fachpersonen aktiv gepflegt werden. Die Produktivität hängt zudem wesentlich von der theoretischen Ausrichtung einer Institution ab. So ist unbestritten, dass die Produktivität bei systemisch-sozialpsychiatrischer Ausrichtung nicht so hoch sein kann, wie wenn vorwiegend hochfrequente Einzeltherapien mit Kindern und Jugendlichen gemacht werden. Im KJPD Schwyz haben wir – wie im Leistungsauftrag gewünscht – eine sozialpsychiatrische Ausrichtung.

Die Aufrechterhaltung der genannten Dienstleistungen während des ganzen Jahres erfordert mit dem doch geringen Personalbestand und den zwei zu führenden Beratungsstellen einen erheblichen Organisationsaufwand. Darüber hinaus ist es aufgrund zu beobachtender saisonaler Schwankungen, der Schwierigkeit, Termine nicht nur an den Randzeiten sondern regelmässig über den Tag zu verteilen, erschwerter Erreichbarkeit von Bezugspersonen und Organisation von Helferkonferenzen, schwer abzuschätzendem Arbeitsaufwand pro Fall, schwankender Motivation insbesondere bei Jugendlichen mit ausfallenden Terminen und kurzfristigen Ausfällen wegen Krankheiten und Schulaktivitäten ausserordentlich schwierig, die Auslastung eines Dienstes über das ganze Jahr einigermaßen konstant zu halten.

Um den genannten Problemen Rechnung zu tragen, wurden die MitarbeiterInnen aufgefordert, ihre Ferien möglichst während den Schulferien zu nehmen. Zudem sollen sie in stark frequentierten Zeiten Überzeit machen, die sie dann in schwach frequentierten kompensieren. Zudem werden gewisse nicht dringende Abklärungen in solche schwach frequentierten Zeiten verlegt. Erstkonsultationen und POS Abklärungen finden möglichst am Morgen statt, da erwartet werden kann, dass für eine Erstkonsultation ein Kind auch mal aus der Schule genommen wird oder ein Elternteil sich frei nimmt. Die Randtermine werden möglichst für berufstätige Eltern und Väter reserviert. Zur Organisation von Helferkonferenzen werden alle Kommunikationsmittel verwendet wie E-Mail und Handy. Bezüglich der Motivation der PatientInnen wird versucht, ein gemeinsames Arbeitsbündnis und einen Therapieplan trotz Widerständen herzustellen. Bei vorzeitiger Beendigung wird darauf hingearbeitet, den Kontakt zu behalten unter gleichzeitiger Respektierung der Autonomie der PatientInnen. Bei Anzeichen von mangelnder Motivation wird dies sofort angesprochen, bei mehrmaligem Vorkommen eine weitere Behandlung unter solchen Bedingungen auch abgelehnt. Allerdings ist dies bei Jugendlichen nicht immer möglich, eine gewisse Unzuverlässigkeit gehört zu diesem Alter. Wenn möglich wird dem Umstand der kurzfristigen Absagen schon Rechnung getragen bei der Planung der Termine, das heisst, es wird von vornherein damit gerechnet, dass nicht alle Termine zustande kommen.

All dies ist nur innerhalb einer gewissen Grenze möglich. Bei der Einteilung der Arbeit muss auch immer mit Unvorhergesehenem gerechnet werden. Die MitarbeiterInnen müssen für ihre PatientInnen telefonisch erreichbar sein, damit in Krisensituationen rasch reagiert werden kann. Eine gute Erreichbarkeit wird von den KlientInnen ausserordentlich geschätzt und ist ein wesentlicher Punkt für die Zufriedenheit mit einer Betreuung im KJPD. Durch eine sorgfältige Triage der Chefärztin, welche sämtliche telephonischen Anmeldungen entgegen nimmt, und ein kontinuierliches Controlling wird versucht, den genannten Faktoren Rechnung zu tragen.

4.3. Vergleich mit anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten

Im September 2004 hatte die Referentin die Gelegenheit, mit den Chefärzten der Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Solothurn, Aargau, Luzern und Freiburg Fragen bezüglich Kennzahlen und Produktivität zu diskutieren. Dabei zeigte sich, dass ein vom KJPD Schwyz angestrebter Vergleich im Sinne eines Benchmarking leider nur in Ansätzen möglich ist, da die anderen Dienste über wesentlich weniger Kennzahlen verfügen und keine verlässlichen Angaben zur Anzahl der Konsultationen, zum Kostendeckungsgrades und zur Produktivität der Mitarbeitenden abgeben können. Laut mündlichen Angaben bewegt sich der Kostendeckungsgrad im ambulanten Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste der obgenannten Kantone im Bereich von 35-50%. Der KJPD Schwyz verfügte 2004 über einen Kostendeckungsgrad von 52% (2003: 37%, 2002: 33%) und kann somit dem Vergleich mit anderen Diensten Stand halten.

5. Oeffentlichkeitsarbeit

Wie weiter oben bereits ausgeführt, wird der engen und konstruktiven Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Institutionen und mit den wichtigsten PartnerInnen im Kanton ein zentraler Stellenwert eingeräumt. In diesem Zusammenhang finden vielfältige Aktivitäten statt, welche dazu verhelfen, die Kontakte zu pflegen und zu optimieren.

Weiterhin besteht mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst Schwyz ein sehr konstruktiver Austausch. Desgleichen wird mit dem Schulpsychologischen Dienst sowie mit den Therapiestellen in Brunnen und Pfäffikon ein regelmässiger Kontakt gepflegt. Mit neuen MitarbeiterInnen von Sozialberatungsstellen und Amtsvormundschaften fand ebenso ein Treffen statt wie mit Frau Dr. med. Ogal, welche als Kinderärztin im Kanton Schwyz eine neue Praxis eröffnete. Nebst der Beratung des Teams des Betreuten Wohnens in Goldau wurde ausserdem im Kanton Uri im Zusammenhang mit einem Fall von mehrfachen sexuellen Übergriffen eine Veranstaltung mit der Opferhilfe gestaltet. Weiterhin ist der KJPD im Internet mit einer eigenen Website zu finden, welche stets aktualisiert wird (www.kjpd-sz.ch). Regelmässige Kontakte finden ferner mit den Chefärzten der Regionalgruppe Nordwestschweiz und Zentralschweiz statt im Hinblick auf einen fachlichen Austausch.

6. Entwicklungen des KJPD Schwyz

Wie in der Einleitung bereits ausgeführt, erfolgte im März 2004 eine Klausurtagung mit dem Gesamtergungsrat mit der Möglichkeit, die bisherige Tätigkeit des KJPD darzustellen und gleichzeitig auf zukünftige Entwicklungen hinzuweisen. So wurden einerseits personelle und räumliche Erfordernisse, andererseits eine grosse Versorgungslücke für Kinder im stationären psychiatrischen Angebot dargelegt. Bezüglich letzterem wurde im Auftrag des Regierungsrates ein Projektantrag zum Aufbau einer Tagesklinik ausgearbeitet.

6.1. Zukünftige personelle und räumliche Erfordernisse

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wird im Kanton Schwyz mit einem im Vergleich mit anderen Kantonen geringem Personalbestand sichergestellt. Dabei muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass es im Kanton Schwyz im Gegensatz zu anderen Kantonen keine/n einzige/n niedergelassene/n Kinder- und Jugendpsychiater/in gibt und im Verhältnis auch wenig kinderärztlich tätige ÄrztInnen. Zudem ist die Anzahl betreuter PatientInnen pro MitarbeiterIn deutlich höher als in anderen Kantonen. Eine Erhöhung des MitarbeiterInnenbestandes ist deshalb mittelfristig einzuplanen.

Ausserdem sind die Stellvertretung der Chefärztin sowie die Leitung im administrativen Bereich noch nicht befriedigend gelöst: Im Moment existiert an beiden Beratungsstellen keine feste Stellvertretung der Chefärztin in der Funktion eines Oberarztes oder einer Oberärztin. Herr pract. med. M. Fithal, welcher bisher die Stellvertretung innegehabt hatte, hat die Stelle gewechselt, seine Nachfolgerin Frau Dr. med. B. Birchler arbeitet nur in einem reduzierten Pensum. Im Verlauf der nächsten Jahre muss die Stellvertretung der Chefärztin geregelt werden. Dies ist mit Mehrkosten im Lohnbereich verbunden und bedingt eine räumliche Erweiterung.

Im administrativen Bereich konnten die vielfältigen Aufgaben nur dank der sehr grosszügigen Unterstützung durch den Administrator des SPD, Herrn Büecheler, erbracht werden. Dies war in der Aufbauphase des KJPD sicher sinnvoll, ist aber auf die Dauer nicht realistisch, da Herr Büecheler durch die Aufgaben im SPD mehr als ausgelastet ist. Auch hier ist in den nächsten Jahren eine Lösung zu suchen.

In Lachen muss ausserdem mit einer Erhöhung der Mietkosten gerechnet werden. Eine Mitarbeiterin hat kein eigenes Büro, was sehr unbefriedigend ist. Zudem gibt es keinen geeigneten Raum, in welchem Gruppentherapien mit Kindern stattfinden können. Diese finden behelfsmässig im Keller statt, was aber nur in der warmen Jahreszeit möglich ist, da dieser nicht beheizbar ist. Bei sich bietender Möglichkeit sollten noch Räume dazugemietet werden. Mit dem Weggang von Herrn pract. med. M. Fithal, Oberarzt, ist in Lachen nur noch Herr lic. phil. A. Gross als männlicher Therapeut mit einem Pensum von 60% tätig. Leider fand sich unter den Bewerbungen für die Nachfolge von Herrn M. Fithal kein einziger männlicher Bewerber. Eine bessere Durchmischung des therapeutischen Teams durch die zusätzliche Anstellung eines männlichen Mitarbeiters wäre sehr wünschenswert. Ein grosser Teil des kinderpsychiatrischen Klientels besteht aus verhaltensauffälligen Knaben, bei denen oftmals eine männliche Bezugsperson im Umfeld fehlt und ein männlicher Therapeut indiziert wäre. Zudem sollten Gruppenangebote, wie sie für Verhaltensauffällige eigentlich das Mittel der Wahl darstellen, von gemischtgeschlechtlichen LeiterInnen angeboten werden können.

In der Beratungsstelle in Goldau müssen - wie weiter oben bereits ausgeführt - weitere Räume dazugemietet werden, da die jetzigen Räumlichkeiten keinen weiteren Ausbau des Dienstes zulassen. Zudem ist ein Mitarbeiter in einem Büro untergebracht, das nur über ein Dachfenster verfügt, sehr klein ist und in dem keine Gespräche mit mehreren Personen möglich sind.

6.2. Projektantrag zum Aufbau einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik in Goldau

Die rasch zunehmende Inanspruchnahme des im Jahre 2001 eröffneten KJPD Schwyz zeigt deutlich auf, dass ein eigener Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst einem dringenden Bedürfnis entsprochen hat. Die Fachstellen in Goldau und Lachen haben sich im Kanton sowohl in der Be-

völkerung als auch bei professionellen Dienstleistern sehr gut etabliert. Eine grosse Versorgungslücke besteht hingegen für Kinder im stationären psychiatrischen Angebot.

Während für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Problemen, bei denen ambulante Massnahmen ausgeschöpft sind, die Möglichkeit einer stationären Behandlung in der Klinik Littenheid oder in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation in Kriens gegeben ist, fehlt für jüngere Kinder ein entsprechendes Angebot in der gesamten Innerschweiz bei insgesamt gesamtschweizerisch nicht gedecktem Bedarf. In der Folge bestehen lange Wartezeiten, ausserdem entstehen immense Kostenfolgen bei ausserkantonalen Hospitalisationen. Durch die grosse räumliche Distanz ist die Zusammenarbeit zwischen Institution und Elternhaus sehr erschwert, so dass vorhandene familiäre Ressourcen nicht optimal genutzt werden können. Von teilstationären Angeboten können Kinder aus dem Kanton Schwyz allein wegen der Anfahrtswege von vorneherein nicht profitieren.

Den kinderpsychiatrischen Tageskliniken in den Kantonen Zürich, Thurgau und Bern wurde ein Besuch abgestattet, um von den dort gemachten Erfahrungen zu profitieren und diese in die Projektplanung einfließen zu lassen. Um eine kinderpsychiatrische Tagesklinik sinnvoll in die Gesamtplanung des Kantons zu implementieren und Doppelspurigkeiten zu vermeiden, wurde zudem Kontakt mit Frau Balsiger vom Dienst für Sonderschulung aufgenommen. Eine Analyse der aktuell fremdplatzierten Kinder bestätigte, dass für einen Teil dieser Kinder die Behandlung in einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik eine sinnvolle Alternative wäre. Zudem bestätigte sich auch der aufgrund der täglichen klinischen Praxis gewonnene Eindruck, dass Fremdplatzierungen in erster Linie bei Kindern vorgenommen werden, die durch extrem störendes Verhalten auffallen. Bis ein Platz gefunden ist oder aber die Eltern von der Notwendigkeit der Massnahme überzeugt werden können, vergeht häufig viel Zeit, die für das betroffene Kind ungenutzt bleibt. Kinder hingegen, deren seelisches Leid sich nach innen richtet, sind in den Anmeldungen bzw. hinsichtlich eingeleiteter Massnahmen deutlich unterrepräsentiert. Dies erklärt sich vermutlich bereits allein damit, dass geeignete Angebote praktisch nicht verfügbar sind.

Mit Herrn Prof. Lienhard von der Hochschule für Heilpädagogik Zürich, der vom Amt für Schulpflichten beauftragt wurde, für die Weiterentwicklung des Sonderschulwesens im Kanton Schwyz ein Gesamtkonzept auszuarbeiten, wurde im Juli 2004 ein Gespräch geführt. Da die Sonderschule integraler Bestandteil der tagesklinischen Behandlung ist, sind alle Planungen in diesem Bereich unbedingt aufeinander abzustimmen. Aufgrund seiner Einschätzungen muss davon ausgegangen werden, dass sonderschulische Lösungen für verhaltensauffällige Kinder wie z.B. Kleingruppenschulen meist für Kinder im Mittelstufenbereich (3.-6. Klasse) eingerichtet werden. Zuvor werden die Kinder irgendwie „durchgetragen“, bis Interventionen erfolgen. Für die kleineren Kinder besteht also eine echte Lücke.

Die dem Regierungsrat zugestellten Projektunterlagen wurden wohlwollend zur Kenntnis genommen. Es wurde festgehalten, dass der Regierungsrat grundsätzlich dem Vorhaben zur Schaffung einer Kindertagesklinik in Goldau positiv gegenübersteht. Insbesondere wurde bestätigt, dass die kinderpsychiatrische Versorgung, vor allem im (teil-)stationären Bereich in der gesamten Zentralschweiz fehlt. Da das Projekt kurzfristig eingereicht worden und noch nicht im Finanzplan 2006-2008 enthalten sei und vor dem Hintergrund einer angespannten Finanzlage könne eine kinderpsychiatrische Tagesklinik als Bestandteil des normalen Leistungsauftrages allerfrühestens auf die Periode des übernächsten Leistungsauftrages 2007-08 ins Auge gefasst werden. Die weiteren Schritte müssten ferner mit dem Amt für Gesundheit und mit dem Erziehungsdepartement koordiniert werden.

7. Gesamteinschätzung und Ausblick

Durch die Unterstützung der Regierung, der Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und des Sozialpsychiatrischen Dienstes Schwyz sowie mit Hilfe sehr engagierter und motivierter MitarbeiterInnen konnte das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot im Jahre 2004 weiter konsolidiert werden. Weiterhin gelang es, der grossen Nachfrage gerecht zu werden, die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Institutionen zu vertiefen und das Betriebsjahr 2004 auch finanziell sehr gut abzuschliessen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der KJPD Schwyz über detaillierte Kennzahlen verfügt und bezüglich Produktivität trotz erst dreijährigem Bestehen einen Wert erreicht hat, der im Rahmen der anderen Institutionen liegt. Weiterhin soll die Schaffung einer Tagesklinik im Kanton Schwyz verfolgt werden, um mittelfristig die in diesem Bereich bestehende drastische Versorgungslücke schliessen zu können. Ausserdem soll der Qualitätssicherung auch im Jahre 2005 grosse Beachtung zukommen, indem im Rahmen eines noch zu entwickelnden Fragebogens die Zufriedenheit der PatientInnen erfasst werden soll.

Besonderer Dank gilt dem Regierungsrat Herrn A. Hüppin, aber auch dem Stiftungsrat sowie namentlich der Stiftungsratspräsidentin Frau Dr. med. J. Hofer, Herrn Dr. med. R. Weber, Chefarzt SPD, und Herrn H.-J. Buecheler, Administrator SPD.