



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG



Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt

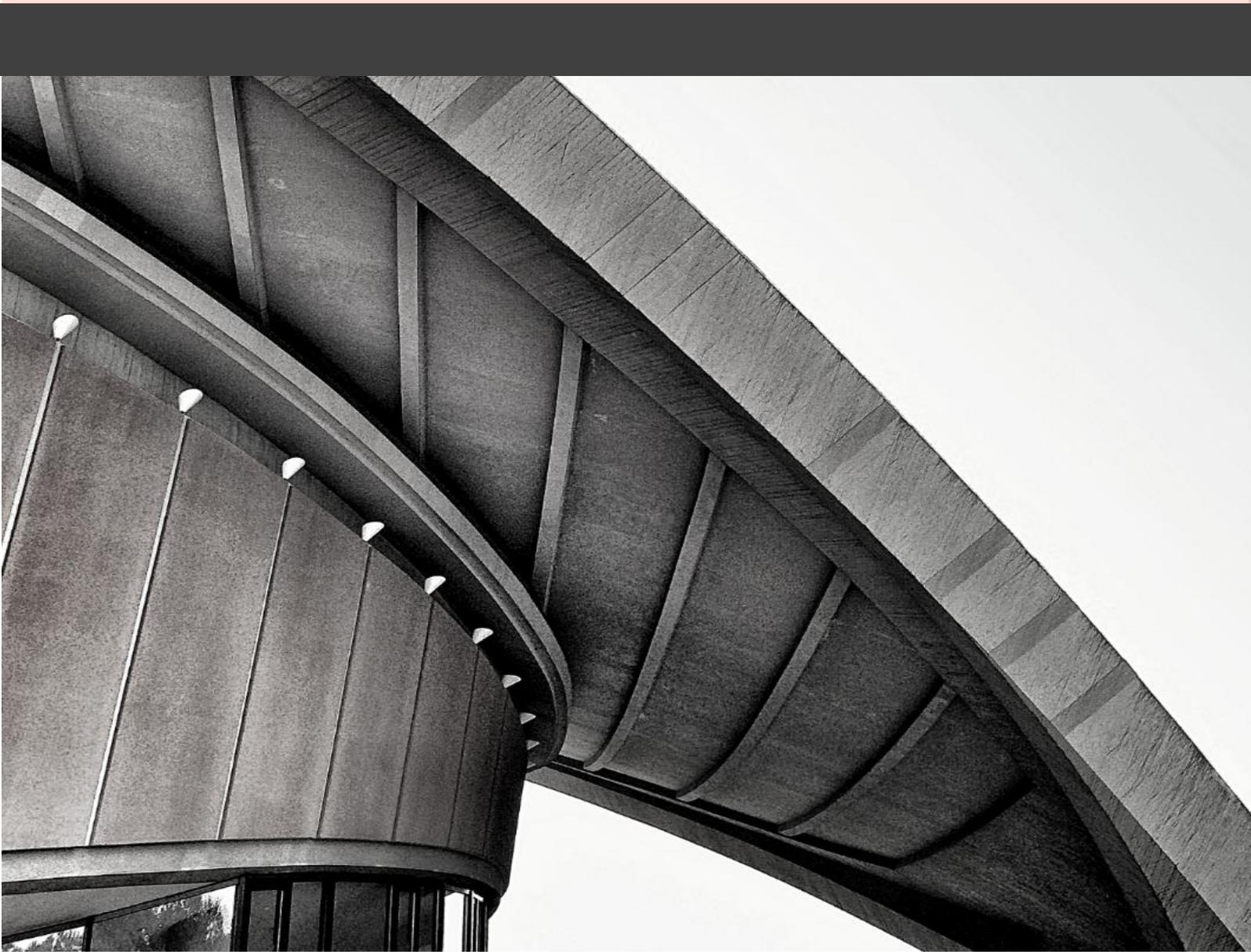
Volksschulen

► Schulpsychologischer Dienst

Versorgungspfade in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Studienleitung: Letizia Wyss und Karin Keller; Schulpsychologischer Dienst, Kanton Basel-Stadt

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit BAG, Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen



Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	1
2. Ziele der Studie.....	3
3. Definitionen und Überblick	4
3.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	4
3.2 Schulische Fachpersonen und Schulangebote	4
3.2.1 Regelklassen/Integrationsklassen	4
3.2.2 Spezialangebote (SpA).....	5
3.2.3 Kriseninterventionsstelle.....	5
3.2.4 Schulische Heilpädagogik	5
3.3 Schulische Sozialarbeit	6
3.4 Schulpsychologischer Dienst Kanton Basel-Stadt.....	6
3.5 Kinder- und Jugenddienst.....	7
3.6 Unterscheidung der psychiatrischen- und psychotherapeutischen Fachpersonen.....	7
3.6.1 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater.....	8
3.6.2 Kinder- und Jugendpsychotherapie.....	8
3.7 UPKKJ (DTK, KPA, JPA und Liaison)	9
4. Methodisches Vorgehen	10
4.1 Verlaufsdocumentation.....	10
4.2 Berufsgruppeninterviews	12
4.3 Präsentation und Diskussion erster Resultate an der interkantonalen Leitungskonferenz der Schulpsychologie (SPILK)	13
4.4 Präsentation und Diskussion erster Resultate am Fachaustauschfenster der befragten Interviewpartner und Interviewpartnerinnen.....	13
5. Ergebnisse.....	15
5.1 Verlaufsdocumentationen	15
5.1.1 Gruppenarbeit	15
5.1.2 Stichprobe	15
5.1.3 Versorgungspfade der dokumentierten Verläufe	15
5.1.4 Analyse der Verlaufsdocumentationen.....	19
5.1.5 Beurteilung von möglichen Schwierigkeiten	20
5.2 Berufsgruppeninterviews	23
5.2.1 Sichtweise der Schule (Heilpädagoginnen/Heilpädagogen und Lehrpersonen)	25
5.2.2 Sichtweise der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen	26
5.2.3 Sichtweise der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen	27

5.2.4 Sichtweise der Kinderärzte und Kinderärztinnen.....	28
5.2.5 Sichtweise der Psychiaterinnen und Psychiater.....	29
5.2.6 Sichtweise der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.....	30
5.2.7 Sichtweise der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPKKJ).....	31
5.2.8 Sichtweise KJD	32
5.3 Diskussion an der SPILK	33
5.3.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit (Ziele 2 und 3)	33
5.3.2 Ausblick auf eine repräsentative Studie (Ziel 4)	34
6. Diskussion/Kontextualisierung.....	35
6.1 Engpässe in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Ziel 1) und Handlungsempfehlungen (Ziel 3)	35
6.1.1 Erkennung.....	35
6.1.2 Elternzusammenarbeit	36
6.1.3 Gefährdete Klientengruppen im Versorgungspfad	38
6.1.4 Finanzierung und Zugang zu qualitativ guter Versorgung.....	40
6.1.5 Übergänge	44
6.2 Potenziale einer verstärkten interprofessionellen Zusammenarbeit (Ziel 2 und 3)	45
6.2.1 Vernetzung auf einer strukturellen, organisatorischen Ebene	45
6.2.2 Vernetzung auf einer funktionellen Ebene	46
6.2.3 Vernetzung auf einer persönlichen Ebene	48
6.4 Ausblick auf eine nachfolgende, repräsentative Studie (Ziel 4)	50
7. Empfehlungen für das BAG	52
8. Fazit	55
Literatur.....	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterscheidung der psychiatrischen- und psychotherapeutischen Fachpersonen.	7
Tabelle 2: Auflistung der Anzahl durchgeführten Interviews pro Berufsgruppe/Institution	12
Tabelle 3: Versorgungspfade der dokumentierten Verläufe.	18
Tabelle 4: Auflistung von Beschreibungen gefährdeter Klientengruppen und deren Bezeichnungen.	25
Tabelle 5 Empfehlungen für das BAG und für beteiligte Fachpersonen der psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgungskette im Kinder- und Jugendbereich	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beurteilung der IPZ aus schulpsychologischer Sicht	19
Abbildung 2: Dauer bis zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung	20
Abbildung 3: Beurteilungen zu Erkennungsschwierigkeiten.....	20
Abbildung 4: Beurteilungen bezüglich Schwierigkeiten im Bereich der Elternzusammenarbeit.....	21
Abbildung 5: Beurteilungen zu Schwierigkeiten in der IPZ	22
Abbildung 6: Beurteilungen zu Verzögerungen im Versorgungspfad	23

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Ausschreibung
Abkl.	Abklärung
ADHS	Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ASS	Autismusspektrumstörung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
Begl.	Begleitung
DTK	Diagnostisch-Therapeutische Tagesklinik
Fabe	Familien- und Erziehungsberatung
Eidg.	Eidgenössisch
FP	Fremdplatzierung
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
JPA	Jugendpsychiatrische Abteilung
Kiga	Kindergarten
KE	Kindeselter
KM	Kindesmutter
KV	Kindesvater
KESB	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde
Ki.A	Kinderärztin /Kinderarzt
KIS	Kriseninterventionsstelle
KJD	Kinder- und Jugenddienst
KPA	Kinderpsychiatrische Abteilung
LP	Lehrperson
MST	Multisystemische Therapie
Neur	Neuropädiaterin/Neuropädiater
PS	Privatschule
PT	Psychotherapie
RT	Runder Tisch
Sek	Sekundarstufe
SHP	Schulische Heilpädagoginnen/Heilpädagogen
SL	Schulleitung
SPD	Schulpsychologischer Dienst
SPD Begl.	Schulpsychologische Begleitung
SSA	Schulische Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter
SpA	Spezialangebot
SKJP	Schweizerische Vereinigung für Kinder und Jugendpsychologie
UPKKJ	Klinik für Kinder und Jugendliche der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

1. Ausgangslage

Bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen wurde in der Schweiz in den vergangenen Jahren eine deutliche Fehl- und Unterversorgung festgestellt (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015; Guggenbühl, Ettlín & Ruffin, 2012; Stettler et al., 2013; Stocker et al., 2016; Von Wyl, Howard, Bohleber, Haemmerle, 2017). Eine allgemeine Bestandsaufnahme im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit Schweiz (BAG) zeigte, dass die grössten Versorgungslücken im stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen. Zudem wurde festgestellt, dass erhebliche Versorgungslücken in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie vorliegen und dass ein Fachkräftemangel besteht (Guggenbühl et al., 2012). Die Ergebnisse einer weiteren Studie im Auftrag des BAG im Jahr 2016 von Stocker und Kollegen wiesen auf grundlegende Versorgungsschwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf hin. Es wurde ein Mangel an Fachkräften und Angeboten in allen Regionen (Stadt, Agglomeration, Land) sowie in den verschiedenen Settings (ambulant, intermediär, stationär) aufgezeigt. Der Kanton Basel-Stadt weist im interkantonalen Vergleich die grösste Psychiatriedichte (10.2 Psychiaterinnen und Psychiater/Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner) in der Schweiz auf und verzeichnet gleichzeitig die höchste Nachfrage von Leistungsbezüglerinnen und -bezügern (Rüesch, Bänziger & Juvalta 2013). Insbesondere im Kinder- und Jugendbereich führt die hohe Nachfrage an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zu Überlastungen des Versorgungssystems. So berichtete beispielsweise die grosse Mehrheit (90%) der von Stocker und Kollegen (2016) befragten Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Psychiater, dass sie zu einem höheren Pensum als angestrebt arbeiten oder die Patienten und Patientinnen warten müssen. Im schweizweiten Durchschnitt betrug die berichtete Wartezeit bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern acht Wochen (Stocker et al., 2016). Eine zeitnahe Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ist jedoch von grosser Wichtigkeit, da unbehandelte psychische Störungen die Entwicklung der Kinder erheblich beeinträchtigen können (WHO, 2019). Bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen handelt es sich nicht um ein Randphänomen. Globale epidemiologische Daten zeigen, dass bis zu 20% der Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Erkrankung leiden (Steinhausen & Winkler Metzke, 1998; Von Wyl et al., 2017). Dabei weisen Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status deutlich häufiger psychische Auffälligkeiten auf als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status (Lampert & Kurth, 2007). In Deutschland zeigte eine repräsentative Studie, dass von den psychisch auffällig eingestuften Kindern und Jugendlichen weniger als ein Drittel in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist (Hintzpeter et al, 2014). Zugangshürden wie Stigmatisierung, Scham, fehlende Krankheitswahrnehmung/ Krankheitseinsicht der Familien oder der zeitliche Aufwand für die Behandlung führen zu Unterbeanspruchungen bestehender Angebote (Stocker et al., 2016). Durch eine gute Früherkennung und eine funktionierende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungskette im Kinder- und Jugendbereich bietet sich die Chance, Chronifizierungen vorzubeugen. Bis zu 50% aller psychischen Störungen von Erwachsenen treten bereits im Jugendalter auf, werden aber erst später diagnostiziert (Belfer, 2008; Patel et al., 2007). Psychische Krankheiten verursachen im Erwachsenenalter hohe indirekte Kosten, da die Betroffenen oft in Ihrer Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sind (Bachmann, Buhler & Kohler, 2015).

Viele Kinder und Jugendliche sind nicht in der Lage, sich therapeutische Hilfe zu suchen. Sie sind darauf angewiesen, dass ihre Bezugspersonen ihr psychisches Leiden erkennen, die Schnittstellen in der Versorgungskette reibungslos funktionieren und die nötigen Schritte zur Behandlung eingeleitet

werden. Unter einer ungenügenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung leiden in erster Linie die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst. Die Defizite in der Versorgungskette führen aber auch zu nicht zu unterschätzenden zusätzlichen Belastungen im familiären und schulischen Kontext. Bei der Entstehung und der Erkennung von psychischen Problemen spielen das Schulsetting und die Sensibilität der Lehrpersonen eine zentrale Rolle. Einerseits birgt das schulische Setting viele Risiken, wie beispielsweise schlechte Leistungen, Prüfungsangst und Mobbing-Situationen, die sich ungünstig auf das psychische Wohl eines Kindes oder eines Jugendlichen auswirken können (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Andererseits kommt den schulischen Fachpersonen eine Schlüsselfunktion zu bei der Erkennung von psychischen Problemen der betroffenen Schülerinnen und Schüler. Häufig werden psychische Probleme erst im schulischen Kontext sichtbar, da die Kinder und Jugendlichen mit Leistungs- und Verhaltensanforderungen sowie mit altersentsprechenden Normen konfrontiert werden (Seifried, 2019). So kommen die Autoren Rickwood und Kollegen (2007) zum Schluss, dass schulische Fachpersonen vollständig in die Überweisungspfade an lokale Einrichtungen eingebunden werden sollten.

Die schulischen Fachpersonen des Kanton Basel-Stadt wenden sich normalerweise bei Verdacht auf psychische Störungen und bei bestehender Einwilligung der Eltern an die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, die ihrerseits in engem Austausch mit den Kinderärzten und Kinderärztinnen stehen und bei Bedarf eine vertiefte psychiatrische oder (neuro-) pädiatrische Abklärung und/oder eine Psychotherapie einleiten. Obwohl die Bedeutung einer guten und zeitnahen Gesundheitsversorgung hinsichtlich psychischer Störungen bei allen involvierten Fachpersonen unbestritten ist, zeigen sich in der Praxis häufig kooperative Herausforderungen in der Versorgungskette. Von Stocker und Kollegen (2016) wurden die Finanzierungsmodalitäten kritisiert, da die im Kinder- und Jugendbereich nötige Koordinations- und Vernetzungsarbeit nicht ausreichend finanziert wird. Zudem kommt es immer wieder zu Hilfeabbrüchen und Misserfolgen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad, die hauptsächlich auf mangelnde Kooperation zwischen den Fachpersonen und den Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen zurückzuführen sind. (Baierl, 2011). Hinzu kommt, dass die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung auch von der Einstellung und der Wahrnehmung der Eltern abhängt (Lampert & Kurth, 2007). Des Weiteren können im Versorgungspfad Mängel bei der Prozessqualität und Unklarheiten bei Abläufen auftreten (Baierl, 2011). Interprofessionelle Zusammenarbeit stellt einen Ansatz dar, mit dem den Herausforderungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung begegnet werden kann. Die Studie von Sottas & Kissmann (2015) zeigte, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit die Qualität der Gesundheitsversorgung optimiert und sogar die wirtschaftliche Effizienz steigern kann. Vor diesem Hintergrund wurde die vorliegende, qualitative Studie im Rahmen des Förderprogramms „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“ des Bundesamts für Gesundheit (BAG) lanciert.

2. Ziele der Studie

Die vorliegende Studie untersucht mit Blick auf den schulischen Kontext den gesamten Versorgungspfad von der Erkennung der ersten Symptome bis hin zur Umsetzung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahme. Da sich psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen häufig auch im schulischen Kontext zeigen und das Lernen beeinträchtigen, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass der psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungspfad über die Schule und die Schulpsychologie führt. Im Kanton Basel-Stadt verfügt der schulpsychologische Dienst über die Möglichkeit, die ganze Versorgungskette zu überblicken, da die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen interdisziplinär mit den schulischen Fachpersonen sowie mit den Fachpersonen aus der Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie zusammenarbeiten.

Basierend auf der Projektausschreibung des Bundesamtes für Gesundheit (Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen, März 2019) sind die folgenden vier Ziele Gegenstand der Untersuchung:

Ziel 1:

Erstens soll anhand konkreter Fallverläufe aus der Praxis untersucht werden, wo und warum es bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu Engpässen kommt.

Ziel 2:

Zweitens soll eruiert werden, ob und falls ja, wie eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) dazu beitragen könnte, die Situation in den heutigen Rahmenbedingungen zu verbessern.

Ziel 3:

Drittens soll aufgezeigt werden, wie diese Potenziale der IPZ in den bestehenden Rahmenbedingungen umgesetzt werden könnten und wo möglicherweise weitere, in den aktuellen Rahmenbedingungen nicht realisierbare Massnahmen angedacht werden müssten.

Ziel 4:

Auf der Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Studie sollen Empfehlungen abgegeben werden, welche Aspekte der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in einer repräsentativen Versorgungsforschungsstudie systematisch erhoben werden müssten.

Das übergeordnete Ziel der Studie ist es, Schwachstellen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erkennen und Empfehlungen zu erarbeiten, wie diese optimiert werden könnten. Zudem sollten Grenzen und Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit bei den aktuellen Rahmenbedingungen aufgezeigt und Optimierungsvorschläge entwickelt werden.

3. Definitionen und Überblick

3.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Wir orientieren uns an der Definition des BAG (2010) und haben die Wortwahl an die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung angepasst. Interprofessionelle Zusammenarbeit findet statt, wenn mehrere Fachpersonen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund untereinander wie auch mit den Klientinnen und Klienten, deren Angehörigen, Betreuenden sowie der Gemeinschaft zusammenarbeiten, um die bestmögliche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsqualität zu erreichen.

3.2 Schulische Fachpersonen und Schulangebote

Um einen Überblick über das Schulwesen und über die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Kanton Basel-Stadt zu erhalten, werden im Folgenden die Schulangebote und die Tätigkeiten der involvierten Fachpersonen kurz vorgestellt.

3.2.1 Regelklassen/Integrationsklassen

Der Kanton Basel-Stadt weist ein integratives Bildungssystem auf, das heisst es wird eine möglichst weitgehend gemeinsame und wohnortnahe Schulung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne besonderen Bildungsbedarf in der Regelschule angestrebt. Kinder einer Klasse unterscheiden sich stark bezüglich Begabung, Leistungsvermögen und Motivation. Die einen lernen mit Leichtigkeit, andere langsamer oder haben Lernschwierigkeiten. Um diesen individuellen Unterschieden gerecht zu werden, findet in den Regelklassen ein binnendifferenzierter, integrativer Unterricht statt. Auch Kinder mit sehr grossem Unterstützungsbedarf werden wenn möglich in Regelklassen mit individuellen Lernzielen unterrichtet. Je mehr Kinder mit zusätzlichem Förderbedarf eine Klasse besuchen, umso anspruchsvoller gestaltet sich das Unterrichten für die Lehrpersonen. Heilpädagoginnen und Heilpädagogen unterstützen die Lehrpersonen vor allem (aber nicht ausschliesslich) in der Förderung von Kindern mit besonderem Bedarf. Kinder, welche Leistungsschwächen und/oder Behinderungen aufweisen, werden beim Schulpsychologischen Dienst abgeklärt und je nach Funktions- und Leistungsniveau erhält das Kind verstärkte Massnahmen, das heisst, der Schule bzw. der Klasse werden vom Kanton Gelder zur Verfügung gestellt, um den besonderen Förderbedarf des Kindes decken zu können. Je mehr Kinder mit zusätzlichem Förderbedarf (meistens handelt es sich dabei um Kinder mit einer Intelligenzminderung oder Mehrfachbehinderung) in eine Klasse integriert sind, desto mehr Unterstützung erhält die Klassenlehrperson und die Klasse. Eine Regelklasse, in der mindestens vier Schülerinnen und Schüler mit zusätzlichem Förderbedarf integriert sind, heisst Integrationsklasse. In diesen Klassen ist meist, nebst der Regellehrperson, zusätzlich eine Heilpädagogin oder ein Heilpädagoge vollzeitlich vor Ort. Damit wird sichergestellt, dass alle Kinder bedarfsgerecht gefördert werden können. In jedem Schulhaus arbeiten auch Fachpersonen der Schulsozialarbeit (SSA), der Logopädie und der Psychomotorik. Die Audiopädagoginnen/Audiopädagogen und Fachpersonen für Sehbehinderte stehen den Lehrpersonen beratend zur Seite und leisten Unterstützung, wenn ein Kind eine Hör- oder Sehbeeinträchtigung aufweist.

3.2.2 Spezialangebote (SpA)

Wenn Kinder und Jugendliche durch ihre speziellen Bedürfnisse oder ihr Verhalten nicht oder nicht mehr in der Regelschule unterrichtet werden können, werden sie in einem Spezialangebot (SpA) beschult. Die Zuweisung der Schülerinnen und Schüler in ein Spezialangebot setzt eine kantonale Verfügung voraus, das heisst die Kinder werden auf Antrag der Schulleitung beim Schulpsychologischen Dienst abgeklärt und von der Volksschulleitung wird bei Bedarf die Beschulung in einem SpA verfügt. Der spezielle Förderbedarf der Schülerinnen und Schüler ist sehr unterschiedlich. Das heilpädagogische Schulangebot umfasst die Beschulung und Förderung von Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Einschränkungen, erheblichen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und geringen Sozial- und Selbstkompetenzen, die es nicht schaffen, den Unterricht regelmässig oder regelkonform zu besuchen. Die Spezialangebote der Primarschule sind als Ganztageschulen an drei Standorten konzipiert und bieten Unterricht, Verpflegung und Betreuung vor Ort. Auf der Sekundarstufe werden die Jugendlichen an einem Standort integrativ beschult und individuell von einem Coach unterstützt. Die Lehrpersonen des SpA verfügen alle über eine heil- oder sozialpädagogische Ausbildung.

3.2.3 Kriseninterventionsstelle

Die Kriseninterventionsstelle (KIS) ist eine Fachstelle der Volksschulen. Im Schulalltag können Situationen entstehen, die zu Krisen führen. In solchen ausserordentlichen Situationen, die von den Lehrpersonen und Fachpersonen nicht mehr alleine gemeistert werden können, bietet die Kriseninterventionsstelle pädagogische Unterstützung an. Dabei erhalten einzelne Schülerinnen und Schüler respektive die Lehr- und Fachpersonen einen zeitlich beschränkten Support. Dieser kann innerhalb der Klasse, der Gruppe oder auch schulextern geschehen. Die Lehr- und Fachpersonen können eine Anfrage an die KIS richten, um in der Klasse interne Unterstützung durch eine Fachperson zu erhalten. Mittels gezielter und gemeinsam vereinbarter Massnahmen wird die Einzel- und/oder Klassensituation stabilisiert, die sich anbahnende oder manifeste Krise entschärft und nach nachhaltigen Lösungen gesucht. Die schulexterne Beschulung (KIS-extern) einer Schülerin oder eines Schülers erfolgt in einem heilpädagogischen Setting an einem dafür vorgesehenen Schulstandort und dauert zwei bis zwölf Wochen. Bei dieser Intervention geht es zunächst darum, Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Ziele sind in der Regel das Verbessern des Lern- und Sozialverhaltens. Diese vorübergehende, separate Beschulung kann von der Schulleitung verordnet werden, falls erforderlich auch ohne Einwilligung der Eltern (Erziehungsdepartement Basel-Stadt, 2020).

3.2.4 Schulische Heilpädagogik

Die schulischen Heilpädagogen und Heilpädagoginnen besitzen ein Lehrdiplom und einen Master in schulischer Heil-/Sonderpädagogik oder adäquate Abschlüsse mit EDK Anerkennung. Sie sind mitverantwortlich für die Umsetzung des Bildungsauftrags der Volksschule, indem sie Schülerinnen und Schüler mit besonderem Bildungsbedarf fördern und Lehrpersonen sowie Erziehungsberechtigte bei heilpädagogischen Fragestellungen beraten. Die heilpädagogische Tätigkeit im schulischen Setting beinhaltet die Diagnostik des kollektiven und individuellen Förderbedarfs innerhalb der Klasse, die daraus abgeleitete Förderplanung und die Erstellung von differenzierten Lernangeboten. Bei Verdacht auf eine Lernstörung wird mit dem Einverständnis der Eltern eine schulpsychologische Abklärung eingeleitet. Falls der Förderbedarf eines Kindes oder eines Jugendlichen nicht durch kollektive Ressourcen des Schulstandorts gedeckt werden kann, stellen die Schulleitungen einen Antrag für verstärkte Massnahmen bei der Volksschulleitung und leiten damit die entsprechende Abklärung beim Schulpsychologischen Dienst ein. Diese Abklärung erfolgt in engem Austausch mit den Klassen-

Lehrpersonen, der Schulleitung, den Eltern und anderen Fachpersonen.

Im Kanton Basel-Stadt verteilen sich die Stellenprozente der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen unter der Berücksichtigung des Sozialindex unterschiedlich je nach Schulstandort. Der Sozialindex setzt sich unter anderem aus den Parametern Sesshaftigkeit, Ausländeranteil und Arbeitslosenquote zusammen. Die Kindergärten erhalten je nach Sozialindex 13,3 bis 30 Lektionen pro 100 Schülerinnen und Schüler, in der Primarschule sind es durchschnittlich 23 Lektionen (zwischen 16 und 27 Lektionen) und auf der Sekundarstufe sind es festgelegte 9 Lektionen pro 100 Schülerinnen und Schüler. Die schulischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen der Volksschulen haben jährlich eine Fachkonferenz mit zwei Delegierten pro Standort (eingeholte Informationen des Erziehungsdepartements und der Fachstelle Förderung und Integration Kanton Basel-Stadt, 2020).

3.3 Schulische Sozialarbeit

An allen Schulstandorten der Sekundar- und Primarschulen der Stadt Basel und an drei von sechs Standorten der Gemeindeschule Bettingen und Riehen ist die Schulische Sozialarbeit (SSA) vertreten. Die Schülerinnen und Schüler können an ihrer Schule ohne Anmeldung Beratung der Schulsozialarbeit in Anspruch nehmen. Fachleute der Schulsozialarbeit unterstützen Kinder und Jugendliche, deren Eltern und Erziehungsberechtigte, Lehr- und Fachpersonen sowie Schulleitungen durch niederschwellige, professionelle Beratung bei sozialen Fragen und Problemen. Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen informieren bei Bedarf auch über weitere Unterstützungsangebote und leiten Ratsuchende nötigenfalls weiter an eine für ihre Anliegen geeignete Stelle. Die Beratung ist unentgeltlich und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schulsozialarbeit unterstehen einer beruflichen Schweigepflicht. Insgesamt handelt es sich im Kanton Basel-Stadt um 40 Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen, die organisatorisch der Fachstelle Schulsozialarbeit angehören und an den jeweiligen Schulstandorten arbeiten (Erziehungsdepartement Basel-Stadt, 2020).

3.4 Schulpsychologischer Dienst Kanton Basel-Stadt

Der schulpsychologische Dienst (SPD) der Volksschulen Basel-Stadt ist eine öffentliche Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, die in Basel-Stadt wohnen und/oder zur Schule gehen sowie für deren Erziehungsberechtigte. Die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen sind spezialisiert in Kinder- und Jugendpsychologie und/oder Psychotherapie und unterstehen der beruflichen Schweigepflicht. Die schulpsychologischen Angebote sind für Ratsuchende freiwillig, kostenlos und neutral. Die Tätigkeit dient der Unterstützung der Schule und Eltern in ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag mit dem Ziel des Erhalts oder der Wiederherstellung psychosozialer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Leistungen des schulpsychologischen Dienstes umfassen Beratungen, diagnostische Abklärungen, Präventionsarbeit, psychologische Begleitungen von Kindern und Jugendlichen, psychologische Nothilfe von Schülern und Schülerinnen sowie Projektarbeiten. Bei einem Antrag auf verstärkte Massnahmen klären die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen den individuellen Bildungsbedarf einer Schülerin/eines Schülers ab und reichen eine Stellungnahme bezüglich der weiteren Beschulungsform der Schülerin/des Schülers bei der Volksschulleitung ein. Der SPD pflegt die Zusammenarbeit mit Schulangehörigen, Behörden, Institutionen, sowie mit anderen an der Entwicklung und Förderung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Fachpersonen. Jede zweite Woche besteht an jedem schulischen Standort des Kantons Basel-Stadt für schulischen Lehr- und Fachpersonen die Möglichkeit sich mit der zuständigen Schulpsychologin oder mit dem zuständigen Schulpsychologen vor Ort auszutauschen (Erziehungsdepartement Basel-Stadt, 2020).

3.5 Kinder- und Jugenddienst

Der Kinder- und Jugenddienst (KJD) informiert, berät und unterstützt Kinder, Jugendliche und an ihrer Erziehung beteiligte Personen. Die Leistungen des Kinder- und Jugenddienstes sind auf das Kindeswohl ausgerichtet. Das wichtigste Ziel dabei ist es, gute Entwicklungsbedingungen für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten oder wiederherzustellen. Dazu arbeiten die Sozialarbeitenden sowie die Psychologinnen und Psychologen des KJD mit Familien und Fachpersonen zusammen. Insbesondere wird mit den Schulen und mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) eine enge Zusammenarbeit gepflegt. Die Leistungen können entweder vereinbart bezogen oder aufgrund einer Verfügung von der KESB verordnet werden. Bei einer vermuteten oder erwiesenen Gefährdung des Kindeswohls besteht die Möglichkeit, dass die Eltern mit einer Kindeswohlklärung einverstanden sind. In diesem Fall können die betreffende Schule oder die kantonalen Fachstellen den KJD zur Beratung und Abklärung beiziehen. Wenn zur Behebung der Probleme behördliche Anordnungen erforderlich erscheinen oder Eltern nicht einverstanden sind mit einem Beizug des KJD, richten Private oder Fachpersonen eine Gefährdungsmeldung an die KESB. Bei einer vorliegenden Verfügung der KESB wird die Gefährdung des Kindeswohls abgeklärt und gegebenenfalls eine Familienbegleitung organisiert oder es wird eine Fremdplatzierung des Kindes eingeleitet (Erziehungsdepartement Basel-Stadt, 2020).

3.6 Unterscheidung der psychiatrischen- und psychotherapeutischen Fachpersonen

Offizielle Berufsbezeichnung	Bezeichnung in dieser Studie	Studium	Weiterbildung / Fachausbildung	Abrechnung/ Finanzierung
Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie FMH	Psychiaterin/ Psychiater oder ärztliche Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten	Mind. 6 Jahre Medizin	Facharztausbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	Grundversicherung (=Obligatorische Krankenpflegeversicherung) via Tarmed
Eidg. anerkannte/r psychologische/r Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in delegiert arbeitend	Psychotherapeut / Psychotherapeutin (delegiert arbeitend)	Mind. 5 Jahre Psychologie	Psychotherapeutische Weiterbildung eidg. anerkannt	Über den delegierenden Arzt, Grundversicherung via Tarmed
Eidg. anerkannte/r psychologische/r Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in selbstständig arbeitend	Psychotherapeut / Psychotherapeutin (selbstständig arbeitend/freischaffend)	Mind. 5 Jahre Psychologie	Psychotherapeutische Weiterbildung eidg. anerkannt	Zusatzversicherung/Zahlung mit Eigenmittel
Eidg. anerkannte/r Kinder- und Jugendpsychologin/-Psychologe	Kinder- und Jugendpsychologe /- Psychologin	Mind. 5 Jahre Psychologie	Eidg. anerkannte Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychologie	Arbeiten häufig für Institutionen, nicht über die Grund- oder Zusatzversicherung abrechenbar/ Querfinanzierung über z.B. kantonale Gelder (SPD)/Zahlung mit Eigenmittel
Psychologe/Psychologin	Psychologe/ Psychologin	Mind. 5 Jahre Psychologie	Keine eidg. anerkannte psychotherapeutische Weiterbildung/anderer Fachtitel	Nicht über die Grund- oder Zusatzversicherung abrechenbar/Zahlung mit Eigenmittel

Tabelle 1: Unterscheidung der psychiatrischen- und psychotherapeutischen Fachpersonen.

3.6.1 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater

Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH haben nach dem Medizinstudium eine 6-jährige Facharztausbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolviert. Sie diagnostizieren und behandeln psychische, psychosomatische, psychosoziale und entwicklungsbedingte Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zudem befassen Sie sich mit der Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Schwesterdisziplin der medizinischen Fachrichtungen, die sich mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien befassen wie beispielsweise der Pädiatrie, der Neuropädiatrie oder der Sozial-/Entwicklungs pädiatrie. Nebst der psychotherapeutischen Tätigkeit, führen die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH auch medizinische Diagnostik (z.B. Blutabnahme) und Behandlungen durch – medikamentös, interventionell oder sozialtherapeutisch. Zudem können sie Psychotherapien an psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten delegieren, die in einem Angestelltenverhältnis in der gleichen Praxis arbeiten. Die fachärztliche und die delegierte psychotherapeutische Leistung wird von der Grundversicherung übernommen. Das Abrechnungssystem Tarmed umfasst die ärztlichen ambulanten Tarife. Die Psychiaterinnen und Psychiater sind über die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) organisiert. Die SGKJPP hat rund 600 Mitglieder und engagiert sich für qualitativ hochstehende Weiter- und Fortbildung, gesellschaftliche und politische Anerkennung des Berufsstandes sowie für die Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten. Über die Webseite www.doc24.ch sind mit Filterkriterien die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater eines Kantons abrufbar. Im Kanton Basel-Stadt konnten zum Erhebungszeitpunkt 40 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater gefunden werden. Mit einem Ampelsystem wird angezeigt, in welchem Zeitraum Termine verfügbar sind. Nur bei einem Kinder- und Jugendpsychiater war die Ampel auf Grün gestellt, was bedeutet, dass er innerhalb einer Woche einen Termin anbieten könnte. Bei sieben weiteren Kinder- und Jugendpsychiaterinnen- und Psychiatern war die Ampel auf orange gestellt, somit hatten diese innerhalb der nächsten zwei bis drei Wochen wieder Kapazitäten für Neuanmeldungen.

3.6.2 Kinder- und Jugendpsychotherapie

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen diagnostizieren und behandeln psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Es sind psychotherapeutisch tätige Psychologinnen/Psychologen und Ärztinnen/Ärzte mit einer auf dem Studium aufbauenden fachkundlichen Weiterbildung in Psychotherapie mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend. In einem professionellen Setting wird eine Therapiebeziehung zu den Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern aufgebaut und gepflegt, Gespräche geführt und entsprechend der psychotherapeutischen Richtung unterschiedliche Methoden und Massnahmen auf die jeweiligen Fragestellungen angepasst. Alle Psychotherapien unterliegen der Schweigepflicht, und nur bei gegebener Schweigepflichtentbindung wird mit anderen Fachpersonen zusammengearbeitet. Ärztliche Psychotherapie wird von der Grundversicherung der Krankenkassen bezahlt (abzüglich Franchise und Selbstbehalt). Psychologische Psychotherapie wird von der Grundversicherung übernommen, falls es sich um eine delegierte Psychotherapie handelt und eine ärztliche Diagnose vorliegt. Bei der delegierten Psychotherapie steht der Therapeut im Angestelltenverhältnis zum delegierenden Arzt und aufgrund dessen können die psychotherapeutischen Leistungen über die Grundversicherung abgerechnet werden. Auch hier gelten Franchise und Selbstbehalt der jeweiligen Krankenversicherung. Die IV bezahlt Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, wenn ein Geburtsgebrechen vorliegt oder die Schulbildung nur bei begleitender Therapie möglich ist. Selbständig arbeitende psychologische Psychotherapeuten können nur über allfällige Zusatz-

versicherungen abrechnen. Die Beteiligungen und Selbstbehalte variieren stark unter den verschiedenen Zusatzversicherungen. Häufig kann nur eine gewisse Anzahl von Therapiestunden über die Zusatzversicherung abgerechnet werden.

Der Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beider Basel (VBP) zählt zurzeit 107 Mitglieder, die sich in Arbeitsgruppen treffen, um fachliche, ethische und wirtschaftliche Interessen ihres Berufsstandes zu fördern. Auf der Webseite www.doc24.ch kann mit den folgenden Filterkriterien ein passender Psychotherapeut gesucht werden: Kanton, Stadt, Schwerpunkt, Sprache und Geschlecht des Therapeuten. Zum Erhebungszeitpunkt konnten auf dieser Webseite unter der Rubrik Kinder- und Jugendpsychotherapie 21 Fachpersonen im Kanton Basel-Stadt gefunden werden.

3.7 UPKKJ (DTK, KPA, JPA und Liaison)

Die Klinik für Kinder und Jugendliche der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPKKJ) diagnostiziert und behandelt psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen unter Einbezug ihres familiären und sozialen Umfelds. Nebst der ambulanten Behandlung kann bei Bedarf das Kind unter Einwilligung der Eltern stationär aufgenommen werden und die Klinikschule besuchen.

Kinder im vorschulischen Alter (4-7 Jahre) werden in der Diagnostisch-Therapeutischen Tagesklinik (DTK) behandelt. Die DTK verfügt über 8 Behandlungsplätze. Die Therapie umfasst unter anderem sozial- und heilpädagogische Förderung, Home-Treatment durch Begleitbesuche, Stärkung der Beziehung zu den Eltern, gegebenenfalls medikamentöse Behandlung und der Aufbau von sozialen und emotionalen Kompetenzen.

Die Kinderpsychiatrische Abteilung (KPA) behandelt Kinder im Alter von 5-12 Jahren und die Jugendpsychiatrische Abteilung (JPA) Jugendliche im Alter von 13-18 Jahren, die von psychischen Krisen oder Erkrankungen betroffen sind. Die KPA verfügt über acht stationäre und zwei teilstationäre Behandlungsplätze und die JPA hat eine Kapazität von 12 Behandlungsplätzen. Die Klinik verfolgt ein interdisziplinäres, milieutherapeutisches Behandlungskonzept und verfügt über ein internes Schulangebot. Die Kinder und Jugendlichen besuchen Einzel- und Gruppenpsychotherapien (soziales Kompetenztraining) sowie Zusatztherapien (Körper-, Ergo-, Physio-, Psychomotorik und Musiktherapie).

Die Liaisondienste der Klinik für Kinder und Jugendliche beabsichtigen und erleichtern eine interdisziplinär ausgerichtete Zusammenarbeit mit pädagogischen Institutionen. Sie ermöglicht vielen Kindern und Jugendlichen, ergänzend zu den Angeboten der jeweiligen Wohngruppen und Heimen, eine angemessene psychiatrische Versorgung und psychiatrisch-psychologische Diagnostik.

4. Methodisches Vorgehen

Zur Erreichung der in der Ausschreibung definierten Studienschritte des BAG (vgl. Kapitel 2) wurden vier unterschiedliche, aufeinander aufbauende methodische Zugänge gewählt:

1. Verlaufsdokumentation (vgl. Ziel 1)
2. Berufsgruppeninterviews (vgl. Ziele 1, 2 und 3)
3. Präsentation und Diskussion an der interkantonalen Leitungskonferenz der Schulpsychologie (vgl. Ziele 2, 3 und 4)
4. Präsentation und Diskussion am Austauschtreffen der Interviewpartner (vgl. Ziel 4)

Die Untersuchung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Versorgungspfade wurde über Verlaufsdokumentationen und Berufsgruppeninterviews bewerkstelligt. In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob die in Basel-Stadt festgestellten Lücken und Schwierigkeiten in der Versorgungskette in ähnlicher Weise auch in anderen Kantonen bestehen oder andere Themen im Vordergrund stehen. Basierend auf den gewonnenen Informationen wurden Empfehlungen für eine repräsentative Erhebung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen formuliert.

4.1 Verlaufsdokumentation

In einem ersten Schritt wurden im Rahmen einer Gruppenarbeit alle Schulpsychologinnen und Schulpsychologen des Kantons Basel-Stadt von der Projektleitung aufgefordert, die alltäglichen Kernschwierigkeiten in der Versorgungskette von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu sammeln. Ausserdem wurden die Gruppen instruiert, den häufigsten beobachteten Verlauf abzubilden und die kritischen Schnittstellen in der Versorgungskette zu markieren. Die verschiedenen Darstellungen der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen zeigten, dass Versorgungspfade sich deutlich voneinander unterscheiden und nicht immer gradlinig oder vorhersehbar verlaufen. Basierend auf der Analyse der Kernschwierigkeiten innerhalb der Gruppenarbeit, wurden 20 Aussagen festgehalten. Aus der Erkenntnis, dass die Verlaufspfade sehr unterschiedlich sein können und aus den gesammelten Aussagen zu den Kernschwierigkeiten wurde der Verlaufsdokumentationsbogen erstellt. Von zwei Schulpsychologinnen wurde je ein Pretest des Verlaufsdokumentationsbogens durchgeführt, indem sie je einen Fall dokumentierten und Änderungsvorschläge anbrachten. Daraus resultierend wurden Anpassungen zur besseren Verständlichkeit vorgenommen. Danach wurden alle Schulpsychologinnen und Schulpsychologen des SPD Basel-Stadt aufgefordert, einen oder zwei ihrer bearbeiteten Fälle anhand des entwickelten Verlaufsdokumentationsbogens (vgl. *Anhang 1*) zu dokumentieren. Dabei sollte sich die Auswahl der Fälle auf Klientinnen und Klienten zwischen 5 und 18 Jahre beschränken und es sollte im Zeitraum der letzten 12 Monate eine Triage zu einer psychiatrischen-/psychotherapeutischen Fachperson beabsichtigt worden sein. Insgesamt wurde der reale Verlauf von 30 Klientinnen und Klienten festgehalten. Die Verlaufsdokumentation wurde vom jeweils für den Fall zuständigen Schulpsychologen auf der Grundlage der bereits vorliegenden schulpsychologischen Akteneinträge erstellt und gegebenenfalls mit nachträglich eingeholten Informationen ergänzt.

Die Verlaufsdocumentationen enthalten Informationen zu folgenden Punkten, welche ausschliesslich von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen im Zeitraum zwischen September und November 2019 beurteilt wurden:

- Soziodemographische Daten wie Alter, Nationalität und Berufe der Kindeseltern.
- Schullaufbahn des Klienten.
- Anmeldegrund oder Auffälligkeit des Klienten.
- Wie sieht der Gesamtpfad von der Erstvorstellung bis zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung aus? Über welche Fachpersonen und Institutionen führte der Pfad? Welche Empfehlungen wurden gemacht? Welche Abklärungen wurden unternommen und welche Schritte wurden eingeleitet?
- Dauer zwischen Indikation für psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung und Therapiestart.
- Welche Professionen und Institutionen waren im Verlaufspfad involviert?
- Beurteilung der Zusammenarbeit mit den wichtigsten drei Akteuren in der Versorgungskette aus schulpsychologischer Sicht auf einer vierstufigen Likert-Skala.
- Beurteilung des Informationsflusses zurück in die Schule.
- Beurteilung von 20 Aussagen zu möglichen Schwierigkeiten in der Versorgungskette auf einer vierstufigen Likert-Skala zu folgenden Rubriken:
 - Mögliche Schwierigkeiten bei der Erkennung von psychischen Schwierigkeiten.
 - Mögliche Schwierigkeiten in der Versorgungskette bedingt durch Elternzusammenarbeit.
 - Mögliche Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit.
 - Mögliche Verzögerungen in der Versorgungskette.
- Zufriedenheit der Eltern/Klienten mit dem Versorgungspfad.
- Welche Gegebenheiten erleichterten den Verlaufspfad möglicherweise? (*vgl. Anhang 4*)
- Rückmeldungen der Eltern, wie sie die Versorgungskette erlebt haben (*vgl. Anhang 5*)

Die durch die Verlaufsdocumentationen gewonnenen Informationen wurden in einer zentralen Datentabelle zusammengetragen und nach den obigen Punkten systematisiert. Die involvierten Berufsgruppen eines Falles wurden aus dem dokumentierten Versorgungspfad herausgelesen und chronologisch in einer Tabelle aufgelistet, damit allfällig bestehende Muster hinsichtlich des Verlaufs der Akteure erkannt werden können (*vgl. Tabelle 3*). Ferner wurden vom Projektteam die auffälligsten Schwierigkeiten im Versorgungspfad des jeweiligen Falles ermittelt.

Über alle Fälle hinweg wurde die durchschnittliche Zufriedenheit der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den sechs wichtigsten Akteuren aus schulpsychologischer Sicht berechnet.

Bei der Beurteilung der 20 Aussagen zu möglichen Schwierigkeiten wurden die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen instruiert, das entsprechende Feld der Likert-Skala (mit den Ausprägungen: „zutreffend“, „eher zutreffend“, „eher nicht zutreffend“, „nicht zutreffend“, „weiss nicht“) anzukreuzen oder die Aussage durchzustreichen, falls sie für den Fall nicht relevant war. Bei den als relevant befundenen Aussagen wurden die vorgenommenen Beurteilungen ermittelt und diese differenziert in vier Balkendiagrammen dargestellt (*vgl. Abbildungen 3-6*). So konnten die Kernschwierigkeiten in den Versorgungspfaden nach Versorgungspfad-Abschnitten bzw. den Übergängen zwischen den Schnittstellen herausgearbeitet werden.

4.2 Berufsgruppeninterviews

Die Entwicklung des Interviewleitfadens stützt sich auf den ersten Erkenntnissen der Verlaufsdokumentationen ab. Der Interviewleitfaden (vgl. Anhang 2) wurde von Prof. Dr. Alexander Grob (Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Universität Basel) und lic. phil. Philipp Ramming (Präsident Schweizerische Vereinigung der Kinder- und Jugendpsychologie (SKJP)) eingesehen und überarbeitet.

Ausgehend von einer Analyse der Versorgungspfade und die darin involvierten Institutionen und Berufsgruppen, wurden die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen über verschiedene Berufsverbände, über die Volksschulleitung des Kantons Basel-Stadt und über persönliche Kontaktaufnahmen rekrutiert. Bei den schulischen Fachpersonen wurde darauf geachtet, dass Lehrpersonen und Heilpädagogen in verschiedenen Schulsettings (KIS, SpA, Regelschule und Gymnasium) arbeiten. Durchgeführt wurden die Interviews entweder per Telefon oder in einem persönlichen Gespräch. Der Interviewleitfaden wurde den Fachpersonen vorab zur Durchsicht und allfälligen Vorbereitung zugesandt. Die Leitfadenfragen dienten als Orientierung, das Interview wurde jedoch offen gestaltet, damit die Fachpersonen ihre eigenen Themen einbringen konnten. Der Interviewleitfaden umfasste 16 Fragen und war in drei Fokuse unterteilt: (1) Fokus Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, (2) Fokus gefährdete Klientengruppen, (3) Fokus interprofessionelle Zusammenarbeit. Insgesamt wurden 34 Fachpersonen (vgl. Tabelle 2) interviewt.

Berufsbezeichnung/Institution	Persönlich	Telefonisch	Interviews gesamt
Schulpsychologischer Dienst	3		3
Kinderärztinnen/Kinderärzte	2	1	3
Psychiaterinnen/Psychiater ambulant	2		2
Delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten		5	5
Selbstständig arbeitende Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	2	1	3
UPKKJ (Psychiater, Psychotherapeutin, Schulleitung)	3		3
Kinder- und Jugenddienst	2		2
Schulische Sozialarbeit	4		4
Schulische Fachpersonen der Regelschule (SHP & Lehrpersonen)	3	2	5
KIS	1		1
SpA	1	2	3
Gesamt	23	11	34

Tabelle 2: Auflistung der Anzahl durchgeführten Interviews pro Berufsgruppe/Institution

Die Dauer eines Interviews variierte zwischen 30 und 90 Minuten. Jedes Interview wurde handschriftlich dokumentiert und mittels eines Audiogeräts aufgezeichnet. Bei der Datenanalyse wurde bei Unklarheiten die Handnotizen des Interviews mit der entsprechenden Tonaufzeichnung ergänzt, um Vollständigkeit zu gewährleisten. Anschliessend wurden die Interviews inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2010) ausgewertet. Zuerst wurden Paraphrasen der einzelnen Interviews gebildet. Danach wurden die Paraphrasen der einzelnen Interviews pro Berufsgruppe zusammengefasst. Schliesslich wurden die synthetisierten Informationen schrittweise auf ihre Kernaussagen reduziert. Auf diese Weise entstand eine Zusammenfassung der wesentlichen Feststellungen pro Berufsgruppe. Die komprimierten Informationen der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen wurden mit-

einander verglichen. Bei den Fragestellungen bezüglich gefährdeten Klientengruppen und der Wahrnehmung der Versorgungssituation im Kanton Basel-Stadt wurden häufige Überschneidungen zwischen den Berufsgruppen und Institutionen festgestellt, welche zusammengefasst wurden. Nur die Informationen, welche relevant waren für die Ziele 1 und 2, werden im Ergebnisteil verzeichnet, alle weiteren zentralen Informationen flossen in den Diskussionsteil ein.

4.3 Präsentation und Diskussion erster Resultate an der interkantonalen Leitungskonferenz der Schulpsychologie (SPILK)

Die Vereinigung Schulpsychologie Schweiz – interkantonale Leitungskonferenz (SPILK) setzt sich aus 33 Leitungspersonen der schulpsychologischen Dienste aus den verschiedenen Kantonen zusammen. Die Zusammenkunft bezweckt die gegenseitige Information und Zusammenarbeit betreffend die Organisation der Dienste, die fachliche Qualität der Leistungen, das Berufsverständnis und die Anstellungsbedingungen der Kinder- und Jugendpsychologinnen / -psychologen. Zudem dient die SPILK zur kritischen Analyse der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Die Konferenz fand am 14. November 2019 statt und die Vertreter der Kantone AG, BL, BS, BE, GR, LU, OW, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VS, ZH, ZG (und Liechtenstein) waren anwesend. Während zwei Stunden konnte das Projektteam das Projekt vorstellen und erste Resultate präsentieren. Durch die darauf aufbauende Diskussion konnten Vergleiche gezogen werden zu anderen Kantonen und deren Schwierigkeiten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette. Unter anderem wurden die folgenden Fragen unter der Moderation von Dr. phil. Karin Keller (Leiterin Schulpsychologischer Dienst Kanton Basel-Stadt) diskutiert:

- Wie erleben Sie die Versorgungskette von Kindern- und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Ihren Kantonen?
- Welche Schwierigkeiten sehen Sie in Ihrem Kanton hinsichtlich der Finanzierung der psychischen Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen?
- Welche Schwierigkeiten erleben Sie in Ihren Kantonen in der Zusammenarbeit mit den Eltern? Gibt es Unterschiede/Ergänzungen zum Kanton BS?
- Wie erleben Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit in Ihren Kantonen?
- Wie beurteilen Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgungslandschaft Ihres Kantons von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten?
- Wie wird in Ihren Kantonen üblicherweise die Fallführung organisiert?
- Was würden Sie in Ihren Kantonen bei uneingeschränkten Handlungsmöglichkeiten (keine finanziellen/politische Hemmnisse) verändern an der momentanen Versorgung?

Die Diskussion wurde von drei teilnehmenden Personen protokollarisch festgehalten. Die gewonnenen Informationen aus der schulpsychologischen Fokusgruppe wurden anschliessend aggregiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die Analyse orientierte sich an den Studienzielen 2, 3 und 4 (siehe Kapitel 2). Unklarheiten wurden im Autorinnenteam besprochen und entsprechende Präzisierungen vorgenommen.

4.4 Präsentation und Diskussion erster Resultate am Fachaustauschfenster der befragten Interviewpartner und Interviewpartnerinnen

Nachdem alle Interviews durchgeführt wurden, die Verlaufsdocumentation ausgewertet waren sowie die Informationen der SPILK-Diskussion bereits vorlagen, wurden die befragten Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zu einem Fachaustauschfenster am SPD des Kantons Basel-Stadt

eingeladen. Das Treffen hat am 20. Februar 2020 stattgefunden. Insgesamt waren zwölf Teilnehmende am Austauschtreffen anwesend, darunter waren Vertreter der UPKKJ, des SpA, der SSA, des SPD, des KJD sowie zwei psychotherapeutische Fachpersonen und ein Kinderarzt. Zudem nahm Herr Prof. Dr. Alexander Grob als Projektbeteiligter an der Diskussion teil. Innerhalb einer offen gestalteten Präsentation wurden das Projekt und erste Resultate vorgestellt. Ausserdem wurden die verschiedenen Perspektiven auf den Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten diskutiert. Des Weiteren wurden die Teilnehmenden nach möglichen Verbesserungsvorschlägen und Ausblicken auf eine nachfolgende repräsentative Studie gefragt. Die durch die Diskussion gewonnen Erkenntnisse werden im Kapitel der Ergebnisse nicht aufgelistet, sondern fliessen direkt in den Diskussionsteil ein. Unter anderem wurden die folgenden Fragen unter der Moderation der Leiterin des Schulpsychologischen Dienstes Basel-Stadt diskutiert:

- Gibt es bereits bewährte Formen/Optimierungsvorschläge bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit?
- Welche Themen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit sollten in einer nachfolgenden repräsentativen Studie untersucht werden?
- Wie können sensible, gefährdete Klientengruppen am besten unterstützt werden auf dem Versorgungspfad?
- Wie können die Informationen bezüglich Finanzierungsmöglichkeiten für die Eltern und für die Fachpersonen transparenter aufbereitet werden?
- Welchen Fragestellungen bezüglich gefährdeter Klientengruppen, Elternzusammenarbeit und Finanzierungsschwierigkeiten müsste eine nachfolgende, repräsentative Studie nachgehen?

5. Ergebnisse

5.1 Verlaufsdokumentationen

5.1.1 Gruppenarbeit

Zur Entwicklung des Verlaufsdokumentationsbogens wurde innerhalb einer Gruppenarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Basel-Stadt der Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und dessen Kernschwierigkeiten analysiert. Auf der Basis der Analyse wurden die zu bewertenden Aussagen auf dem Verlaufsdokumentationsbogen erstellt (*siehe Abbildungen 3-6*). Die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen stellten die Versorgungspfade sehr unterschiedlich dar. Hierbei zeigte sich die Individualität der Abläufe, abhängig von der Fragestellung und den involvierten Akteuren. Einigkeit bestand darin, dass die pädagogischen Fachpersonen ganz zu Beginn des Versorgungspfades stehen, dass danach entweder an die Schulsozialarbeit oder an den SPD tragiert wird und dass die Psychiatrie oder Psychotherapie den letzten Teil der Versorgungskette bilden.

5.1.2 Stichprobe

Untersucht wurden 30 Verlaufspfade von Klientinnen und Klienten des Schulpsychologischen Dienstes Kanton Basel-Stadt zwischen 5 und 14 Jahren ($M=9.95$; $SD=2.9$; 18 männlich/12 weiblich). Die Klientinnen und Klienten litten unter verschiedenen Symptomen und Störungsbildern, unter anderem Angst, Mutismus, Lernstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeitsdefiziten, Konzentrationsschwierigkeiten, Schulabsentismus und psychosomatische Auffälligkeiten. Bei 73% [22] der ausgewählten Fälle hatte mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund. Bei über einem Viertel der dokumentierten Fälle üben die Eltern keinen Beruf aus. Gemäss den erfragten Informationen verfügt rund ein Drittel der Elternteile über eine höhere Berufsausbildung (weiterführende Schulen nach der Berufslehre oder Studium) und zwei Drittel verfügen über eine Grundberufsausbildung oder haben keine Berufsausbildung. Von den 30 dokumentierten Fällen besuchte die Hälfte während ihrer Schullaufbahn zumindest für eine gewisse Zeit nicht die Regelschule (KIS-extern: 16% [6] Einzelintegration: 10% [3], SpA: 10% [3], Privatschule 13% [4], Klinikschule UPKKJ: 10% [3]).

5.1.3 Versorgungspfade der dokumentierten Verläufe

Die *Tabelle 3* zeigt die von den Schulpsychologinnen und Schulpsychologen dokumentierten Verläufe. Bei jedem Fall werden die Symptome oder die Diagnose beschrieben und in einen Schweregrad eingestuft. Zudem werden die involvierten Fachstellen in der entsprechenden Reihenfolge dargestellt und Gegebenheiten, welche den Versorgungspfad beeinflussten, zusammengefasst sowie die Dauer zwischen Indikation des SPD und der ersten psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsultation angegeben.

Legende										
Schule (Lehrpersonen, SHP, Schulleitung)									KJD	
Schulische Sozialarbeit (SSA)									KESB	
Spezialangebot (SpA)								Fremdplatzierung (FB)		
Kriseninterventionsstelle (KIS)								Kinderarzt/Kinderärztin (KiA)		
Privatschule (PS)								Universitäres Kinderspital (UkBB)		
Schulpsychologischer Dienst								Psychiater/-in (Psy)		
Familien- & Erziehungsberatung (Fabe)								Psychotherapeut/-in (PT)		
Präventionspolizei (PP)								UPKKJ (Abklärungen, DTK, KPA, JPA, MST)		

Einstufung Schweregrad (leicht, mittel, schwer) Symptome/Diagnose	Kontaktpersonen, Reihenfolge gemäss individuellem Versorgungspfad								Gegebenheiten, welche den Versorgungspfad beeinflus- sen	Dauer*
Fall 1: (leicht) Lese-/Rechtschreibstörung, familiäre Probleme	LP	SPD	Fabe	SPD*	SSA KiA	UPKKJ			Beratung durch Fabe wurde nicht als hilfreich wahrgenommen, finanzieller Aufwand zu hoch	7 Monate
Fall 2: (leicht) Sprachliche und emotionale Auffälligkeiten, Depressivität	LP Kiga	LP PS	SPD*	LP Sek	SPD/ Begl.				KM bricht Therapie nach einer Therapiesitzung ab	6 Jahre
Fall 3: (schwer) Grosse Verhaltensauffälligkeiten, Schwierigkeiten in Emotionsregulation, Schulabsentismus	LP	SPD*	LP	KESB	KJD KIS	SPD	SpA	UPKKJ	Verweigerung einer Therapie durch Eltern und Kind	> 2 Jahre
Fall 4: (schwer) Soziale Schwierigkeiten, Ängste, körperliche Beschwerden, schulische Leistungsschwierigkeiten	KJD FP	SPD*	LP	SPD PT	SSA	SPD	Psy	UPKKJ JPA	Fehlende Therapiemotivation des Kindes	6 Monate
Fall 5: (schwer) Schulische Leistungsschwierigkeiten, soziale Konflikte, Schulunlust, Einkoten	LP	SPD	SSA	KiA	SPD	PP	Psy	PT	Überforderung der KM, Ablehnung einer Psychotherapie	15 Monate
Fall 6: (schwer) Verhaltensauffälligkeiten, Erziehungsschwierigkeiten	SPD	SPD	Fabe	SSA	KLP	SPD	UPKKJ Abkl.	PT	Wartefristen UPKKJ, KE sehen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf lange nicht	2,5 Jahre
Fall 7: (mittel) Sprachentwicklungsstörung, ADS, Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme, Lern- und Leistungsschwierigkeiten	LP Kiga	SPD	LP	SSA	Fabe	KiA / Neur.	SPD/ Begl.		Kein Therapieplatz gefunden, unklare Fallführung	

Fall 8 (<i>schwer</i>) Konzentrations- und Lernschwierigkeiten, Unselbstständigkeit, übergriffiges Verhalten, familiäre Schwierigkeiten	LP	SPD	LP	SPD	SpA	SPD	PT		Fehlende Initiative zur Therapie von KE, Fremdsprachigkeit	10 Monate
Fall 9 (<i>schwer</i>) Sprachliche Schwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Verwahrlosung	LP Kiga	SPD*	LP	SPD	KESB	KJD	UPKKJ Abkl.	UPKKJ KPA	Höchst belastetes Familiensystem, gewalttätiger KV, KPA wird lange abgelehnt	2.5 Jahre
Fall 10 (<i>leicht</i>) Eidechsenphobie, geringes Selbstvertrauen, soziale Schwierigkeiten	LP	SPD	SSA	SPD*	SSA PT				Kooperative KE, verzögerte Triage von Schule an SPD	1 Monat
Fall 11 (<i>schwer</i>) Entwicklungsverzögerung, Rastlosigkeit, Verwahrlosung, Suizidalität	LP Kiga	SPD	KJD	LP	SPD*	SL, LP, SHP	Psy/PT	UPKKJ KPA	Ungünstige IPZ, höchst belastetes Familiensystem, KV sah Bedarf an PT nicht	1 Monat
Fall 12 (<i>mittel</i>) Selektiver Mutismus	Psy/PT	SPD*	LP	UPKKJ PT	SSA	SPD	SL, LP, SHP	KIS	Wartefristen bei PT, fehlende Initiative der KE bei Therapieplatzsuche	29 Monate
Fall 13 (<i>mittel</i>) ADHS, mangelnde Selbstregulation, nicht altersentsprechende Selbstständigkeit	LP	SPD	PM T	SPD	KiA/Neur	SPD*	Ki.A Psy	PT	Mangelnde Initiative der KM, keine Nachsorge des Neuropädiaters	10 Monate
Fall 14 (<i>leicht</i>) Selektiver Mutismus, schulische Schwierigkeiten, Schulunlust, Aufmerksamkeitschwierigkeiten	LP	SPD	LP, SH P, Logo, SPD *	Ki.A	PT	LP	SPD		Wenig Informationsrückfluss von PT in Schule	5 Monate
Fall 15 (<i>mittel</i>) Dissoziales Verhalten, Schulunlust, suizidale Äußerungen, Hochbegabung	SPD	LP	SPD *	PT	SHP, SL				Gute IPZ, gute Kooperation der KE, freischaffende PT	2 Monate
Fall 16 (<i>schwer</i>) Dyskalkulie, Angststörung, familiäre Schwierigkeiten	SPD	LP	SPD *	KJD	KESB	SPD	KJD	UPKKJ PT	Belastetes Familiensystem, Schwierigkeiten in der IPZ	> 1 Jahr
Fall 17 (<i>mittel</i>) Trauma, Konzentrationschwierigkeiten, soziale Probleme	LP	SPD	SH P	PT	Fabe				Finanzielle Probleme	2 Monate
Fall 18 (<i>mittel</i>) Lernschwierigkeiten, emotionale Probleme, depressive Symptome, motorische Unsicherheit	LP	SPD	KiA	LP	SSA				Konflikt zwischen Schule und KE, Ablehnung von PT	-
Fall 19 (<i>schwer</i>) Gewalterfahrungen von KE, Konzentrationsschwierigkeiten, soziale Probleme	KJD	LP, SHP	SPD *	LP, SHP, SL	KJD	UPKKJ MST			Psychisch kranke KM, ungünstige IPZ mit KJD	6 Monate

Fall 20 (<i>schwer</i>) Soziale Probleme, Depression, Hörbeeinträchtigung Suizidale Äusserungen	LP	SPD*	LP	SHP	SPD	PT			Gute IPZ, finanzielle Schwierigkeiten der KE, KE zögern lange mit PT Anmeldung	13 Monate
Fall 21 (<i>leicht</i>) Extreme Schüchternheit, Mobbing, psychosomatische Symptome, Schlafprobleme	PS	SPD	PS	SPD*	PT				Leid des Kindes wurde von LP nicht erkannt, KE kannten eine PT	Unter 1 Monat
Fall 22 (<i>schwer</i>) Konzentrationsprobleme, emotionale Probleme, Ängste, psychosomatische Symptome, Schulabsentismus	LP Kiga	SPD	LP SSA	UKBB	LP Sek SSA	SPD*	PT KJD	UKBB	Verzögerte Triage von Schule an SPD, gute Kooperation der KE, wenig Erfolg durch PT	2 Monate
Fall 23 (<i>leicht</i>) Konzentrationsprobleme, Stimmungsschwankungen	SPD	LP	PT						Jugendliche lernte diverse PT kennen, es habe aber nie gepasst	Ca. 1 Monat
Fall 24 (<i>schwer</i>) Schlägereien, Verhaltensauffälligkeiten	LP Kiga	SPD	LP	SPD	SSA	KESB KJD	SPD*	PT	Unklare Fallführung zwischen SSA, Schule & SPD	6 Monate
Fall 25 (<i>mittel</i>) Verhaltensauffälligkeiten	LP	KIS	KJD	SpA					Freiwillige Beratung KJD anstatt PT angenommen	
Fall 26 (<i>mittel</i>) Schüchternheit, soziale Probleme, ASS, ADHS, Kommunikationsschwierigkeiten	LP	SPD	UKB- BAbk I.	SPD*	UPKKJ	SPD RT	Psy		Finanzielle Probleme der KE, Hemmung der KE aufgrund Fremdsprachigkeit	15 Monate
Fall 27 (<i>mittel</i>) Verzögerter Entwicklungsstand, Sexualisiertes Verhalten, Probleme mit Nähe-Distanz	LP Kiga	KIS	SSA	SPD	Psy				KE sehen Auffälligkeiten des Kindes nicht, Therapieabbruch	9 Tage
Fall 28 (<i>mittel</i>) Psychische Probleme bei KE, Unkonzentriertheit, Erziehungsschwierigkeiten	FP	LP	SSA	SPD					Höchst belastetes Familiensystem, Therapie erfolgt nicht	-
Fall 29 (<i>mittel</i>) Schwierige familiäre Verhältnisse, schulische Leistungsschwierigkeiten	Fabe	LP	SPD*	SSA	SPD Begl.	RT: SL, LP, SHP, SSA			Konflikt zwischen Schule und Eltern, Kind möchte keine PT	3 Monate
Fall 30 (<i>leicht</i>) Elektiver Mutismus, emotionale Probleme, soziale Angst	LP Kiga	KIS	SPD	KiA	LP				KE bagatellisieren, KV lehnt PT ab	-
* Dauer: Zwischen Indikation des SPD und erster psychiatrisch-psychotherapeutischer Konsultation										

Tabelle 3: Versorgungspfade der dokumentierten Verläufe.

5.1.4 Analyse der Verlaufsdokumentationen

Die abgebildeten Versorgungspfade in *Tabelle 3* sind sehr unterschiedlich, da es verschiedene Zugangswege zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gibt. Die Symptome der dokumentierten Fälle wurden in schwer, mittel und leicht eingeteilt. Im Durchschnitt war die Anzahl involvierter Akteure bei den schweren Fällen höher als bei den mittelschweren und den leichten Fällen. Wie in der *Tabelle 3* ersichtlich, wurde bei der Mehrheit der dokumentierten Fälle (70%, 21 von 30 Fällen) eine schulpsychologische Abklärung durch die Schule initiiert. Nebst den Anmeldungen durch die Schule wurden die Klientinnen und Klienten entweder durch die Eltern, die SSA, die KIS, oder durch eine Psychiaterin/einen Psychiater im Einverständnis der Eltern am SPD angemeldet. Bei 83% (25 von 30 Fällen) der erhobenen Versorgungspfade erfolgte im Verlauf eine Wiederanmeldung beim SPD. Teilweise sind die Wiederanmeldungen durch eine Reevaluation der Fortführung der sonderpädagogischen Schulung zu begründen, teilweise durch den Bedarf einer erneuten Beratung oder erneuten Thematisierung der Aufnahme einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung.

Die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen kreuzten auf dem Verlaufsdokumentationsbogen auch an, welche Institutionen und Akteure pro Fall involviert waren. Am häufigsten wurden dabei (in absteigender Reihenfolge) Lehrpersonen, Schulsozialarbeitende, schulischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Fachpersonen des UPKKJ, Fachpersonen des KJD oder der KESB, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte genannt. Ausserdem wurden die Beurteilenden aufgefordert die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den drei wichtigsten, pro Fall involvierten Akteuren zu bewerten. Insgesamt beurteilten die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen als sehr positiv. Die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugenddienst wurde am häufigsten kritisiert.

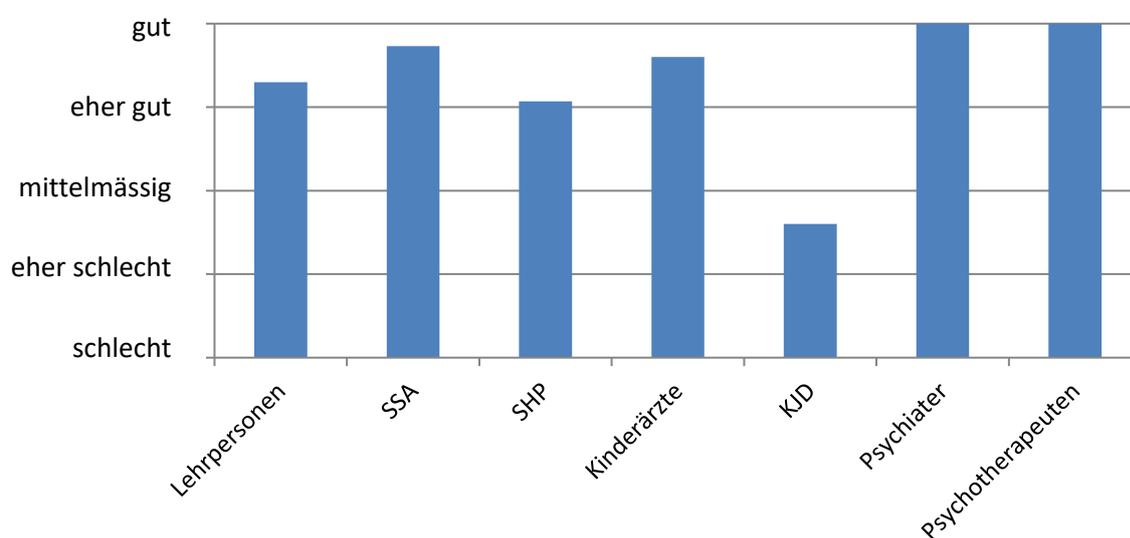


Abbildung 1: Beurteilung der IPZ aus schulpsychologischer Sicht bei Lehrpersonen [21], SSA [15], SHP [13], Kinderärzte [5], KJD [9], Psychiater[4], Psychotherapeuten[5]. Die Berufsbezeichnungen beziehen sich auf Personen beiderlei Geschlechts

Die Dauer zwischen Indikation der Therapie durch den SPD und dem Start der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung liegt bei den dokumentierten Verläufen zwischen einem Monat und sechs Jahren (*Mdn*=6.5 Monate) (siehe *Abbildung 2*). Basierend auf der Analyse der Verlaufsdokumentationen wird die Dauer, bis eine Klientin oder ein Klient die benötigte Therapie erhält, mitunter von der Belastung eines Familiensystems beeinflusst. Zudem verstreicht häufig viel Zeit zwischen der erstmaligen Indikation seitens SPD und der Bereitschaft der Eltern eine Therapie zu beginnen. Gemäss den Rückmeldungen der Eltern verkürzt die Unterstützung des SPD bei der Therapeutensuche und der Anmeldung den Versorgungspfad.

Dauer zwischen Indikation des SPD und psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

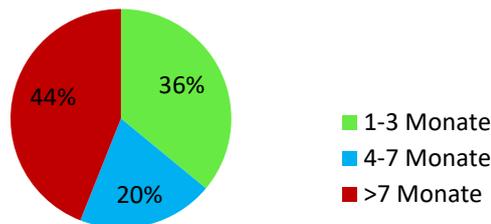


Abbildung 2: Bei 36% [9] der dokumentierten Verläufe liegt die Dauer zwischen 1-3 Monaten, bei 20% [5] zwischen 4 und 7 Monaten und bei 44% [11] über 7 Monaten.

5.1.5 Beurteilung von möglichen Schwierigkeiten

In den *Abbildungen 3-6* werden die von den Schulpsychologinnen und Schulpsychologen beurteilten Aussagen zu vier verschiedenen Bereichen von möglichen Schwierigkeiten aufgelistet. Dabei wurden nur die für den jeweiligen Fall relevant befundenen Aussagen beurteilt, die für den Fall irrelevanten Aussagen wurden auf dem Verlaufsdokumentationsbogen durchgestrichen und werden nicht im Balkendiagramm aufgezeigt (*vgl. Anhang 1*).

Mögliche Schwierigkeiten im Bereich der Erkennung von psychischen Auffälligkeiten

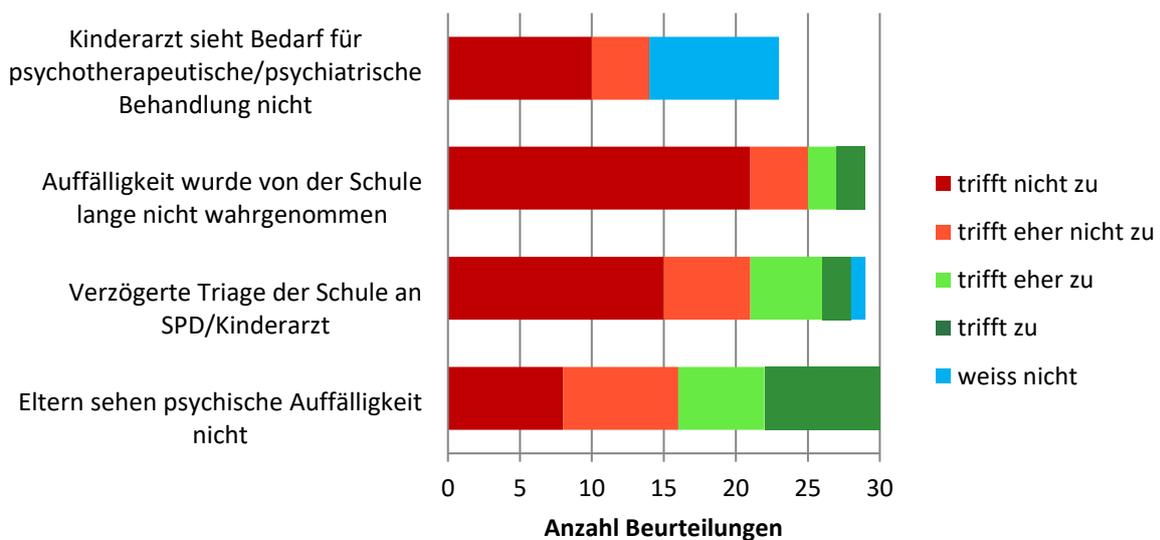


Abbildung 3: Auflistung von Beurteilungen zu Erkennungsschwierigkeiten mit zunehmender Zustimmung. Die Berufsbezeichnungen beziehen sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

Wie der *Abbildung 3* entnommen werden kann, wurde bei den dokumentierten Fällen die Schwierigkeit, dass die Kinderärztin/der Kinderarzt den Bedarf für die psychotherapeutische-psychiatrische Behandlung nicht wahrgenommen hat, nie beobachtet. Jedoch konnte diese Aussage von den Beurteilenden auch des Öfteren nicht eingeschätzt werden. Die Erkennung von den psychischen Auffälligkeiten durch die Schule scheint aus Sicht der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen gut zu funktionieren, zumal die Aussage „Auffälligkeit wurde von der Schule lange nicht wahrgenommen“ sehr selten als zutreffend oder eher zutreffend bewertet wurde. Eine verzögerte Triage der Schule an den SPD oder an die Kinderärztin/den Kinderarzt, wurde ebenfalls sehr selten festgestellt. Hingegen hielten die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen bei der Hälfte der Beurteilungen fest, dass die Eltern die psychische Auffälligkeit nicht sehen. Somit wurde im Vergleich mit der Erkennungskompetenz der Schule, die Sensibilität der Eltern bezüglich Erkennung psychischer Auffälligkeiten stärker in Frage gestellt.

Mögliche Schwierigkeiten in der Versorgungskette im Bereich der Elternzusammenarbeit

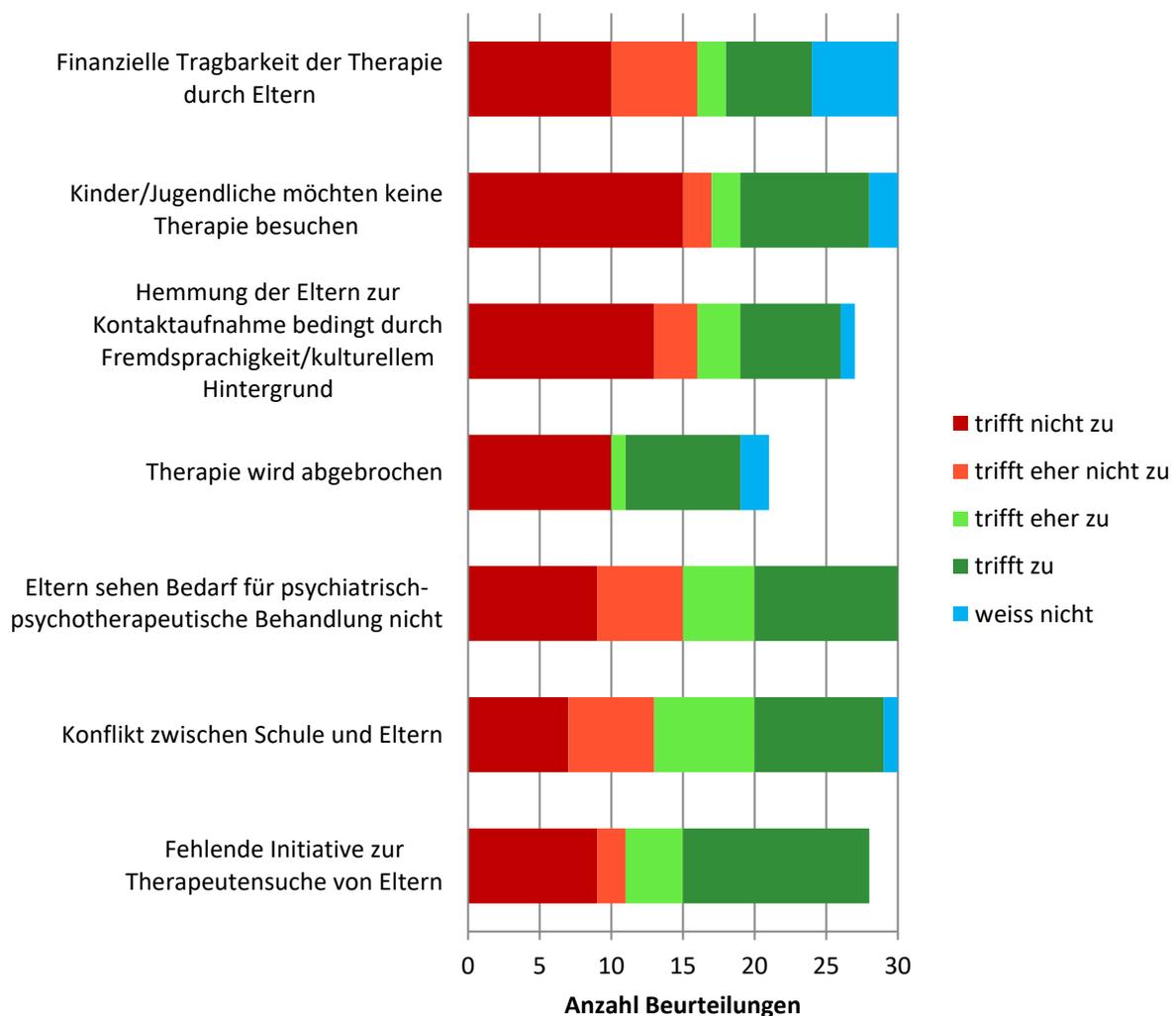


Abbildung 4: Auflistung der Beurteilungen bezüglich Schwierigkeiten im Bereich der Elternzusammenarbeit mit zunehmender Zustimmung. Die Berufsbezeichnungen beziehen sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

Die Aussagen zu den Schwierigkeiten im Bereich der Elternzusammenarbeit wurden im Vergleich zu den Schwierigkeiten in den anderen Bereichen (Erkennung von psychischen Auffälligkeiten, interprofessionelle Zusammenarbeit und Verzögerungen im Versorgungspfad) öfter als zutreffend oder eher

zutreffend beurteilt. Insgesamt konnten Schulpsychologinnen und Schulpsychologen die für die jeweiligen Fälle relevanten Aussagen im Bereich Elternzusammenarbeit gut einschätzen und die Aussage wurde wenig mit „weiss nicht“ beurteilt. Jedoch zeigte sich, dass die finanzielle Tragbarkeit der Therapie durch die Eltern aus schulpsychologischer Perspektive schwieriger einzuschätzen ist. Zudem fällt auf, dass die Therapien relativ häufig abgebrochen wurden. Bei der Hälfte der dokumentierten Fälle wurde die Aussage „Therapie wird abgebrochen“ als zutreffend oder eher zutreffend beurteilt. Die Aussage „Fehlende Initiative zur Therapeutensuche von Eltern“ wurde, in Bezug zur Anzahl Beantwortungen, von allen 20 Aussagen am stärksten als zutreffend beurteilt.

Mögliche Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit

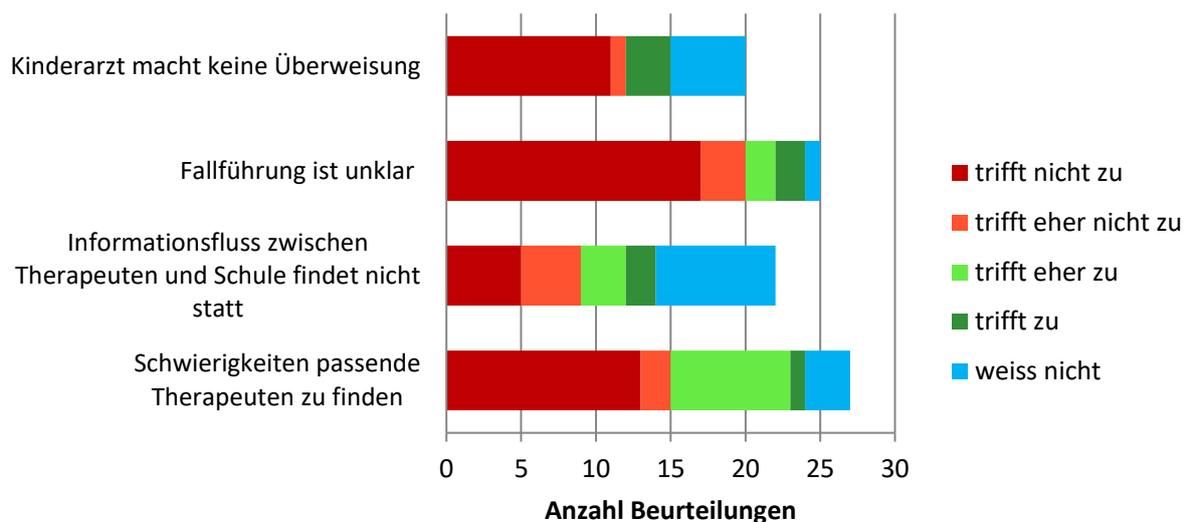


Abbildung 5: Auflistung der Beurteilungen zu Schwierigkeiten in der IPZ mit zunehmender Zustimmung. Die Berufsbezeichnungen beziehen sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

Die Aussagen im Bereich interprofessionelle Zusammenarbeit wurden im Vergleich zu den anderen Bereichen (Erkennungsschwierigkeiten, Schwierigkeiten in der Elternzusammenarbeit, Verzögerungen im Versorgungspfad) weniger eindeutig beurteilt, zumal öfter die Antwortoption „weiss nicht“ gewählt wurde. Ob der Kinderarzt eine Überweisung zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson macht und ob die Informationen aus der Therapie in die Schule fließen, scheint aus schulpsychologischer Sicht nicht immer klar ersichtlich zu sein. Die Aussage, dass eine unklare Fallführung eine mögliche Schwierigkeit des jeweiligen Versorgungspfades war, wurde von den meisten Beurteilenden abgelehnt. Ausserdem kann der *Abbildung 5* entnommen werden, dass die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen bei mehr als einem Drittel der Fälle [9] Schwierigkeiten hatten, einen für die Klienten Bedürfnisse passenden Therapeuten oder passende Therapeutin zu finden.

Mögliche Verzögerungen im Versorgungspfad

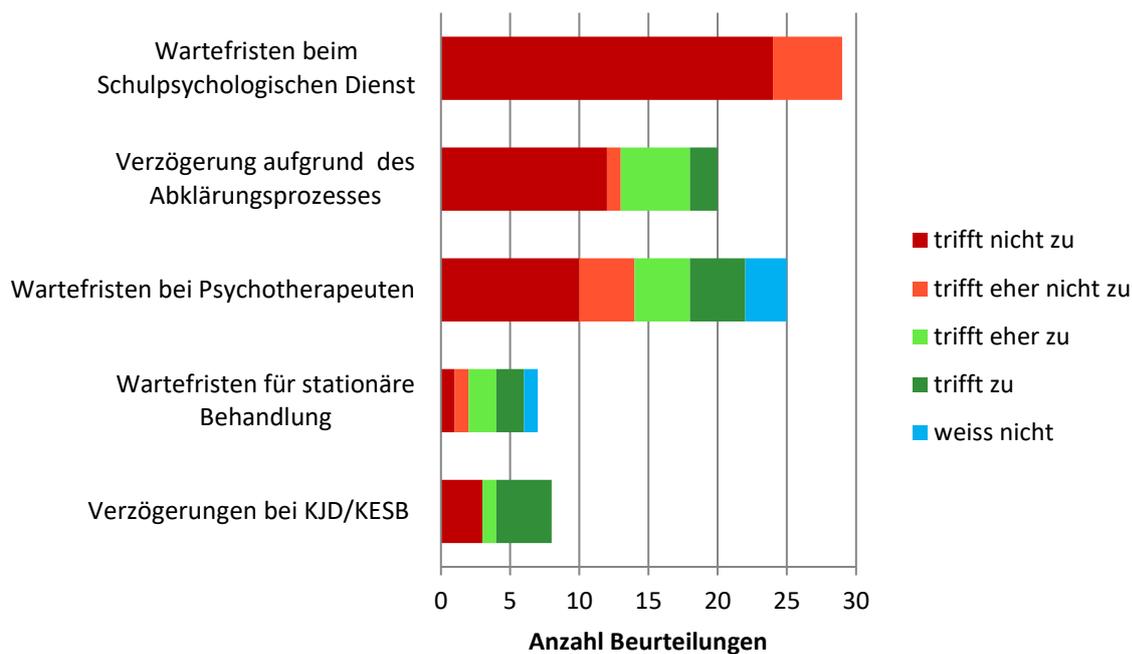


Abbildung 6: Auflistung der Beurteilungen zu Verzögerungen im Versorgungspfad mit zunehmender Zustimmung. Die Berufsbezeichnungen beziehen sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

Die Wartefristen beim Schulpsychologischen Dienst wurden von den Schulpsychologinnen und Schulpsychologen bei keinem dokumentierten Fall als Schwierigkeit in der Versorgungskette erkannt. Die schulpsychologische Tätigkeit unterliegt jahreszeitlichen Schwankungen in der Intensität. Im Winter können im Vergleich zum Sommer und Herbst normalerweise weniger schnell Termine angeboten werden. Die Erhebung fand im Herbst statt, was die Validität der Beurteilung der Wartefristen beim Schulpsychologischen Dienst möglicherweise beeinflusst. Eine weitere Erklärung könnte der „above average effect“ (Wirtz, 2020) sein, der besagt, dass man sich selbst besser beziehungsweise systematisch höher einschätzt. Bei rund einem Drittel der dokumentierten Fälle wurde der Abklärungsprozess als mögliche Verzögerung im Versorgungspfad festgestellt. Der KJD oder die KESB waren nur bei acht der dokumentierten Fälle in irgendeiner Form involviert. Bei über der Hälfte dieser Dokumentationen wurde die Involvierung der KESB und des KJD als Verzögerung im Versorgungspfad wahrgenommen. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass die KESB und der KJD meistens bei höchstbelasteten Familien involviert sind, die häufig nicht die Ressourcen haben, eine Therapie selbstständig zu organisieren. Hinzu kommt, dass die KESB und der KJD zusätzliche Akteure sind im Versorgungspfad und die Gefährdungsmeldungsabklärungen naturgemäss komplex sind.

Bei den wenigen Fällen, die eine stationäre Behandlung benötigten, wurde bei über der Hälfte die Wartefrist als Verzögerung im Versorgungspfad wahrgenommen.

5.2 Berufsgruppeninterviews

Um ein möglichst breites Bild auf den Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu erhalten, wurden leitfadengestützte Interviews mit Vertretern verschiedener Berufsgruppen und Institutionen durchgeführt (vgl. Tabelle 2). Bevor die Sichtweisen der einzelnen Berufsgruppen dargestellt werden, erfolgt eine Zusammenfassung von deckungsgleichen Informationen der befragten Fachpersonen. Zudem gilt es zu erwähnen, dass basierend auf wenigen Interviews

die Sichtweise einer Berufsgruppe formuliert wurde. Grösstenteils wurde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation des Kinder- und Jugendbereichs von den Interviewten ähnlich wahrgenommen, doch kam es auch vor, dass innerhalb von Berufsgruppen ein sehr unterschiedliches Bild skizziert wurde.

Die interviewten Fachpersonen der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen waren sich grösstenteils einig, dass einige Faktoren die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation in Basel begünstigen würden. Im Vergleich zu anderen Regionen und Kantonen herrschen in Basel eine hohe Psychiatriedichte und aufgrund der geografischen Struktur kurze Wege. Diese würden sich positiv auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachpersonen und Institutionen auswirken. Gleichzeitig wurde von den interviewten Fachpersonen ein sehr hoher Bedarf in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen festgestellt. Die Versorgungspfade seien stark abhängig vom Alter, der Diagnose des Klienten, der Kooperation zwischen den Fachpersonen und den Eltern und von der Dringlichkeit des Falles. Die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen wurde von allen Befragten als gut organisiert und effizient erlebt. Zudem scheint der Versorgungspfad bei guter Kooperation der Eltern viel störungsfreier zu verlaufen. Auf die Frage hin, ob es gewisse Klientengruppen gibt, welche besonders gefährdet sind, nicht eine optimale psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung zu erhalten, wurden verschiedene Gruppen genannt (vgl. *Tabelle 4*). Viele Psychotherapeuten würden beispielsweise keine Klienten unter sechs Jahren aufnehmen. Im Frühbereich findet somit eine klare Unterversorgung statt. Die Zuständigkeiten für die Erkennung von psychischen Schwierigkeiten seien im Frühbereich zu wenig gut geklärt. Der Frühbereich wurde auch als „Blackbox“ beschrieben, da der Einblick von Fachpersonen in ein Familiensystem kaum erfolgen kann. Oftmals werden die schwierigen Verhältnisse einer Familie oder die psychischen Schwierigkeiten eines Kindes erst nach dem Kindergarteneintritt bemerkt. Auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung werden psychische Probleme häufig nicht behandelt. Aufgrund der speziellen Bedürfnisse und der individuellen Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen ist der Vergleich zu einer Normgruppe kaum möglich, was die Diagnostik erschwert. Ausserdem sei es in diesem Bereich extrem schwierig, einen geeigneten Psychotherapeuten oder eine geeignete Psychotherapeutin zu finden beziehungsweise die meisten psychotherapeutischen Fachpersonen nähmen keine Kinder mit einer geistigen Behinderung auf. Eine weitere Klientengruppe, die oftmals zu kurz komme, seien Kinder und Jugendliche, die in der Schule nicht offensichtlich auffallen, wie beispielsweise hochsensible, ängstliche oder depressive Schülerinnen und Schüler. Die befragten Fachpersonen betonten übereinstimmend die stets starke Stigmatisierung von psychischen Schwierigkeiten. Je nach kulturellem Hintergrund und Bildungshintergrund bestünden völlig andere Konzepte und Vorstellungen bezüglich der Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen. Zudem fordere der Migrationsprozess grosse Anpassungsleistungen von einer Familie. Hinzu komme, dass fremdsprachige Eltern in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette oft auf sprachliche und kulturelle Hindernisse stiessen. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund wurden deshalb generell als gefährdete Klientengruppe eingeschätzt. Ausserdem wurde darauf hingewiesen, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von den Kindern und Jugendlichen auch immer mit einem grossen Organisationsaufwand verbunden ist. Für erschöpfte Familiensysteme oder für Familien mit knappen zeitlichen und/oder finanziellen Ressourcen sei dieser Organisationsaufwand kaum leistbar. Es herrscht somit eine allgemeine Bewusstheit unter den interviewten Fachpersonen, dass Kinder aus sozial-benachteiligten Familien wie beispielsweise Kinder von psychisch kranken Eltern, bildungsfernen Eltern oder von gewalttätigen Eltern nicht nur gefährdet sind, eine psychische Störung zu entwickeln, sondern auch in der ganzen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette benachteiligt sind, weil sie wenig bis keine Unterstützung von den Eltern erhalten.

Die fehlende Finanzierung von Dolmetschern wurde ebenfalls mehrmals als Kritikpunkt der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen genannt. Das heisst, dass bestimmte Sprachgruppen kaum bis keinen Zugang haben zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Gerade für besonders gefährdete Klientengruppen wie unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMAS), sollte der Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden.

Gefährdete Klientengruppen
Frühbereich: Kinder im Alter von 0-6 Jahren
Psychosozial belastete Familien: Emotional belastete, erschöpfte Familiensysteme oder Familien mit knappen zeitlichen und/oder finanziellen Ressourcen
Sozioökonomisch niedrige Schicht : Familien mit knappen finanziellen Ressourcen
Unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMAS)
Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung
Kinder und Jugendliche mit einer internalisierenden Störung/Symptomatik: Kinder und Jugendliche, die nicht offensichtlich auffallen, mit beispielsweise ängstlichen, hochsensiblen oder depressiven Symptomen
Familien mit anderem kulturellen Hintergrund: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, aus Familien mit anderem kulturellen Hintergrund
Bildungsferne Familien /Eltern: Kinder und Jugendliche mit Eltern, welche über eine geringe Bildung verfügen
Fremdsprachige Familien: Kinder und Jugendliche mit Eltern, die sich in der Schweiz kaum verständigen können

Tabelle 4: Auflistung von Beschreibungen gefährdeter Klientengruppen und deren Bezeichnungen.

5.2.1 Sichtweise der Schule (Heilpädagoginnen/Heilpädagogen und Lehrpersonen)

Die schulischen Heilpädagogen und Heilpädagoginnen sowie die Lehrpersonen erwähnten einige Schwierigkeiten, welche von der Schulhauskultur, dem Schulsetting und organisatorischen Gegebenheiten der Schule abhängen. An einigen Schulstandorten müssen die beobachteten Auffälligkeiten eines Schülers oder einer Schülerin mit der Schulleitung besprochen werden, bevor eine Abklärung beim schulpsychologischen Dienst oder bei der Kinderärztin/dem Kinderarzt eingeleitet werden kann. Dieses Vorgehen hemmt laut den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen die Effizienz des Versorgungspfades. Die Sensibilisierung und der Umgang mit den Themen psychische Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern und Gefährdung des Kindeswohls kann sehr unterschiedlich sein je nach Schulhauskultur und auch stark vom Engagement und der Ausbildung der pädagogischen Fachpersonen abhängen. Die Erkennungskompetenz von psychischen Auffälligkeiten im Schulsetting wurde deshalb von den Interviewpartnern sehr unterschiedlich beurteilt. Auch die Auftragswahrnehmung der Lehrpersonen kann durch die gelebte Kultur eines Schulhauses geprägt sein. Gemäss einigen Aussagen von heilpädagogischen Fachpersonen würden gewisse Lehrpersonen ihren Auftrag vor allem im schulischen Unterrichten sehen und psychische Probleme von Schülerinnen und Schülern als Angelegenheit der Eltern betrachten. Andererseits haben Lehrpersonen auch von Bestrebungen berichtet, welche darauf ausgerichtet sind, die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zu fördern. Ferner wurde von Heilpädagoginnen und Heilpädagogen eine grosse Hemmschwelle der Lehrpersonen beobachtet, welche teilweise lange zögern, bevor sie ein Elterngespräch suchen, um

die beobachteten Auffälligkeiten mit den Eltern zu besprechen. Die Pädagoginnen und Pädagogen sind auf dem Versorgungspfad oftmals die erste Instanz im Kontakt mit den Eltern. Wenn die Eltern jedoch das Leiden des Kindes nicht wahrnehmen oder die Behandlung ablehnen, dann besteht das Risiko, dass der Versorgungspfad bereits kurz nach der Erkennung stoppt und dass das Kind die benötigte Therapie nicht erhält. In solchen Situationen muss die Gefährdung des Kindeswohls durch die vernachlässigten Pflichten der Eltern vorsichtig beurteilt werden. Dies stellt die Schulleitung und die Lehrkräfte immer wieder vor das Dilemma zwischen intensiver und zeitaufwendiger Elternarbeit mit dem Ziel, die Eltern für die entsprechende Abklärung oder Therapie zu gewinnen oder der Einleitung einer Gefährdungsmeldung bei der KESB.

Die heilpädagogischen und pädagogischen Fachpersonen der Volksschule Basel berichteten, dass der Ablauf klar sei und sie wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie bei Schülerinnen und Schülern psychische Auffälligkeiten beobachten. Dabei wird das zweiwöchentlich stattfindende SPD-Austauschfenster im Schulhaus mit der zuständigen Schulpsychologin/dem Schulpsychologen sehr geschätzt und rege genutzt. Bei der Aufgleisung von weiteren Schritten würde jedoch oftmals Unklarheit bezüglich der Fallführung bestehen. Mehrmals wurde der Wunsch nach einer besseren Nachsorge und Begleitung der Klienten bis hin zur Therapieinstallation durch den SPD geäußert. Eine weitere oft genannte Schwierigkeit in der Versorgungskette ist der mangelnde Informationsfluss zwischen den verschiedenen Instanzen. Bei allen Übergängen, sei es beim Übertritt vom Kindergarten in die Schule, bei einem Wohnortwechsel oder bei einer Reintegration aus einem Spezialsetting zurück in die Regelschule, würden viele Informationen verloren gehen und es komme zu Verzögerungen im Versorgungspfad. Zudem wurde festgehalten, dass wenig Informationsrückfluss von den Psychotherapien in die Schule stattfindet. Hierbei wurde auch auf die organisatorischen Hürden hingewiesen. Günstige Zeitfenster für Besprechungen würden bei den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu den typischen Unterrichtszeiten stattfinden und bei den Lehrpersonen eher zu Randzeiten. Der interdisziplinäre Austausch bei Standortgesprächen wird von den Lehrpersonen und Heilpädagoginnen/Heilpädagogen sehr geschätzt.

Von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern der Spezialangebote wurde von den geringen personellen Ressourcen und der damit verbundenen Überbelastung der Fachpersonen berichtet. Es wurde kritisiert, dass die Schulstandorte über zu wenig Platz verfügen und es schwierig sei, den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen unter diesen Umständen nachzukommen. Die meisten Schülerinnen und Schüler des SpA hätten einen Therapiebedarf. Jedoch brauche es viel Überzeugungsarbeit von Seiten der Schule, bis die Eltern für eine Therapie einwilligen. Diese Überzeugungsarbeit und die Therapieplatzorganisation seien zeitintensiv und emotional belastend. Es wäre wünschenswert, wenn der SPD mehr zur Installation eines therapeutischen Settings beitragen könnte. Die Therapien sollten früher eingeleitet werden und nicht erst bei vorhandener Krise. Ebenfalls von Seiten der SpA Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wurde die geringe Verankerung des integrativen Gedankens bei Verhaltensauffälligkeiten kritisiert. Bei der Reintegration von Schülerinnen und Schülern aus einem SpA zurück in die Regelschule würden sie oft auf Widerstände der Schulleitungen und Lehrkräfte stossen. Die Übergangsphase bei einer Reintegration wurde von den Interviewpartner und Interviewpartnerinnen aus der Regelschule und der Spezialangebote als zu wenig unterstützt und begleitet erlebt, da die benötigten Ressourcen für eine Begleitung fehlen würden.

5.2.2 Sichtweise der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen

Insgesamt nehmen die schulischen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Versorgungskette von Schülerinnen und Schüler mit psychischen Auffälligkeiten je nach Schulstandort sehr unterschiedlich wahr. Ihren eigenen Auftrag in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette sehen die SSA in der Beratung von Schülerinnen und Schülern und deren Eltern sowie in der Sensibilisierung

von Lehrpersonen. Bei Verdacht auf psychische Störungen würden sie die Familie an den SPD verweisen. Sobald es um die Diagnosestellung, Beratung oder Therapierung von psychischen Symptomen gehe, seien sie nicht mehr die richtigen Ansprechpersonen. Alle befragten SSA waren sich einig, dass die Zuständigkeiten der involvierten Fachpersonen auf dem Versorgungspfad nicht immer eindeutig abgrenzbar sind und dass bei jedem Fall die Fallführung wieder neu definiert werden muss. Oftmals sei auch der Stand der Dinge unklar, unter anderem aufgrund der Schweigepflicht der beteiligten Fachpersonen. Es komme dann teilweise zu Doppelspurigkeiten, Verzögerungen oder unklaren Folgeverläufen. Auch die diversen Präventionsprojekte im Bereich psychischer Gesundheit von schul-externen Anbietern würden wenig koordiniert nebeneinander stattfinden und zu Verwirrung führen. Als eine weitere Schwierigkeit im Versorgungspfad wurde die Intransparenz bezüglich der Therapiekosten beschrieben. Den Eltern und auch den Fachpersonen falle es oftmals schwer, das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem zu durchblicken und es bestünden grosse Unsicherheiten, ob und zu welchem Ausmass die Grund- oder Zusatzversicherung die Therapiekosten übernehme. Die Kostenfolgen der Therapie kann somit von den Kindeseltern oft schlecht eingeschätzt werden, was zu Hemmnissen bei der Therapieinstallation führt. Hierbei lohnt es sich die Familien gut aufzuklären und die Kostenberechnungen gemeinsam vorzunehmen. Zudem können sich viele Familien nur Therapien leisten, welche über die Grundversicherung abgerechnet werden. Somit ist die Wahl der Therapien stark eingeschränkt, sodass die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten teilweise nicht spezialisiert sind auf die entsprechenden Fragestellungen. Bei Familien in prekären finanziellen Lagen sei auch ein niedriger Selbstbehalt schwierig zu stemmen.

Die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen beurteilten die interprofessionelle Zusammenarbeit je nach Institution und Berufsgruppe unterschiedlich. Der Informationsrückfluss von der abklärenden Stelle oder der Therapie zur schulischen Sozialarbeit sei sehr gering. Die Vernetzung zwischen der Schule, den Eltern und den Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sei lose und könnte für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen besser genutzt werden. Für den Informationsfluss wurde der SPD als ein erleichterndes Bindeglied zwischen Schule und psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung beschrieben. Zudem sei der regelmässige Austausch sowie anonyme Fallbesprechungen mit dem SPD wertvoll für die Erkennung von psychischen Schwierigkeiten. Jedoch wurde auch seitens der schulischen Sozialarbeit mehr Nachsorge des SPD gefordert. Konkret solle die Empfehlungskultur reduziert und mehr in die Begleitung bei der Therapieinstallation investiert werden. Insbesondere Kinder von bildungsfernen Eltern oder von Eltern mit geringen Ressourcen können enorm profitieren, wenn die telefonische Anmeldung an die behandelnde Stelle gemeinsam mit den Eltern in der Beratung vorgenommen werde. Die schulischen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen arbeiten eng mit der Familien- und Erziehungsberatung (Fabe) zusammen und können ihre Klientinnen und Klienten mit einer höheren Priorität anmelden. Generell seien aber die Wartezeiten bei psychiatrischen Abklärungen und bei der Einleitung einer stationären Behandlung zu lange und auch bei ambulanten Therapien komme es immer wieder zu langen Wartezeiten.

5.2.3 Sichtweise der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf wird je nach Fall und Schulpsychologin/Schulpsychologe sehr unterschiedlich wahrgenommen. Langjährigen und gut vernetzten Schulpsychologinnen und Schulpsychologen gelingt es einfacher, sich über die psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote einen Überblick zu verschaffen und zeitnah einen passenden Therapieplatz zu finden. Jedoch gestalte sich die Therapieplatzsuche selbst bei guter Vernetzung als zeitaufwendig, da die Therapeuten und Therapeutinnen schlecht erreichbar seien. Insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater seien sehr ausgelastet und es dauere viel zu lange, bis eine Anmeldung vorgenommen und schliesslich eine

Abklärung durchgeführt werde. Obwohl die befragten Schulpsychologinnen und Schulpsychologen die Zusammenarbeit mit den meisten Kinderärztinnen und Kinderärzten positiv beurteilten, wurde die schlechte Erreichbarkeit beanstandet. Deshalb wurde ein Formular für die Weiterverweisung von Klienten des SPD an die Pädiatrie entwickelt. Dieses Formular erleichtere aus schulpsychologischer Sicht den Arbeitsaufwand für eine Triage erheblich. Gleichzeitig wurde die Abhängigkeit vom Kinderarzt oder von der Kinderärztin in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eines Kindes oder eines Jugendlichen angemerkt. Wenn der Kinderarzt den Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung anders eingeschätzt, wird keine psychiatrische Abklärung eingeleitet und ohne eine ärztliche Diagnose wird die Psychotherapie von der Grundversicherung nicht bezahlt. Grundsätzlich werden privat finanzierte Psychotherapien für ein durchschnittliches Familieneinkommen als zu teuer eingeschätzt. Familien, die keine Zusatzversicherung haben und aus finanziellen Gründen auf die Beteiligung der Grundversicherung angewiesen sind, können nur Leistungen von Fachpersonen beziehen, die sie via Tarmed abrechnen können (ärztliche Psychotherapien und delegierte Psychotherapien, siehe Kapitel 3.5). Im Kanton Basel-Stadt gäbe es viele gute Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, aber nur wenige, welche delegiert arbeiten. Dies hat zur Folge, dass Familien mit geringeren finanziellen Möglichkeiten eingeschränkt sind in der Therapeutenwahl und längere Wartefristen in Kauf nehmen müssen. Aufgrund des vorherrschenden Systems und den erkannten Versorgungsungleichheiten sind die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen gefordert, alternative Finanzierungsmöglichkeiten wie Fonds und Spendengelder zu suchen. In einzelnen Fällen gelingt es so, die Therapiekosten durch den gewährten finanziellen Beitrag zu reduzieren.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den Schulpsychologen und Schulpsychologinnen grundsätzlich sehr positiv bewertet. Die regelmässigen Austauschfenster mit der Schule und der SSA werden als wertvoll eingestuft. Jedoch wurde der geringe Informationsrückfluss von nachfolgenden Institutionen beanstandet. Wenn eine Fachstelle überlastet ist, entstehen Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit aufgrund des vorliegenden Zeitmangels. Insbesondere staatliche Institutionen (UPKKJ, UKBB, KJD und SPD) seien oftmals stark ausgelastet, es komme zu langen Wartezeiten und zu Schwierigkeiten im interprofessionellen Austausch. Ein Ausbau dieser staatlichen Institutionen scheint für eine gute und chancengerechte Versorgung zentral. Die Versorgung durch staatliche Institutionen sei gerade bei vielschichtigen Schwierigkeiten der Klientinnen und Klienten und hoch belasteten Familiensystemen wichtig.

5.2.4 Sichtweise der Kinderärzte und Kinderärztinnen

In der Versorgungskette von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf ist eine umfassende Anamnese beim Kinderarzt, welche die Erhebung der psychischen Gesundheit beinhaltet, von zentraler Bedeutung.

Die befragten Kinderärzte nehmen die Organisation eines passenden Therapieplatzes als sehr zeitaufwendig wahr. Zuerst gelte es, die hohe Hemmschwelle der Eltern zu überwinden. Wenn die Kinderärzte und Kinderärztinnen den Eltern vermitteln können, dass der Körper und die Psyche von Kindern eng zusammenspielen und es normal ist, über psychische Beschwerden zu sprechen, erleichtert dies den Eltern möglicherweise den Schritt zur Therapieinstallation. Sobald die Eltern von einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung überzeugt werden konnten, stelle die Erreichbarkeit der Psychiaterinnen und Psychiater die nächste Hürde in der Versorgungskette dar. Die telefonische Erreichbarkeit der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater wurde von den pädiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten stark kritisiert und wurde gar als Schwachstelle im Versorgungspfad beschrieben. Gewisse Psychiaterinnen und Psychiater würden auch verlangen, dass sich die Eltern selbst anmelden, da dann von ausreichender Therapiemotivation ausgegangen werden

kann. Häufig kommt es auch zu Verzögerungen aufgrund institutioneller Kapazitäten und Ressourcen. So muss laut den befragten Kinderärzten und Kinderärztinnen bei der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik mit langen Wartelisten gerechnet werden. Auch sei es schwierig, kurzfristig einen Therapieplatz bei einer delegiert arbeitenden Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten zu finden. Das momentane Finanzierungssystem schränke die Auswahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten massiv ein, was zu Verzögerungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen führe. Gemäss den Aussagen der befragten Kinderärzte und Kinderärztinnen funktioniert die Schnittstelle zwischen der Pädiatrie und der Psychiatrie/Psychotherapie nicht optimal. Den Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu finden, sei für viele Eltern nicht einfach, weshalb die Wichtigkeit verschiedener Pfade und niederschwelliger Zugänge hervorgehoben wurde. Die Kinderärzte aus dem Kanton Basel-Land berichteten, dass sie auf dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad oftmals übergegangen werden. Die pädiatrische Involvierung im Versorgungspfad kann jedoch ein grosser Gewinn sein, da die Pädiater und Pädiaterinnen oftmals die ganze Entwicklungsspanne des Kindes/Jugendlichen überblicken und die Informationen dieser Perspektive dienlich sein können für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Die Kinderärzte und Kinderärztinnen berichteten, dass das geringe Kontingent, welches sie gemäss dem Tarmed-Abrechnungssystem für den interprofessionellen Austausch verwenden dürfen, die interprofessionelle Zusammenarbeit hemme. Sie wünschen sich mehr Zeit für den direkten und analogen Austausch mit anderen Fachpersonen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Beispielsweise wurde bemängelt, dass es keine bestehenden Austauschfenster mit anderen Berufsgruppen gebe. Ausserdem hätten sie mit den Lehrkräften und Heilpädagogen kaum Kontakt. Die mangelnde Kommunikation und der mangelnde Austausch seien zurückzuführen auf den allgemeinen Zeitmangel, welchem die Pädiatrie unterliegt. Zudem sei der Zeitaufwand für eine aktivere, interprofessionelle Zusammenarbeit finanziell nicht attraktiv.

5.2.5 Sichtweise der Psychiaterinnen und Psychiater

Die Psychiaterinnen und Psychiater nehmen, unter anderem bedingt durch die gute Ausbildung der involvierten Fachpersonen, eine qualitativ gute Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im Kanton Basel-Stadt wahr. Die Lehrpersonen seien gut auf psychische Auffälligkeiten sensibilisiert und können diese erkennen. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht sei die Zusammenarbeit mit den öffentlichen Schulen wichtig, aber nicht immer optimal. Die Fallführung müsse bei mehreren involvierten Personen immer besprochen werden, da es jemand brauche, der alles koordiniere. Wenn die Fallverantwortung einmal geklärt sei, dann funktioniere der Versorgungspfad relativ gut. Ausserdem wurde die Wichtigkeit der niederschweligen Beratungstätigkeit der SSA für einen gelingenden Versorgungspfad hervorgehoben. Auch die Zusammenarbeit zwischen der Schule und des SPD im Kanton Basel-Stadt und Kanton Basel-Land wurde positiv bewertet. Der schulpsychologische Dienst könne die Schwierigkeiten des Kindes/des Jugendlichen gut erfassen, gut eingrenzen und sei qualifiziert im Abwägen, was die richtigen Schritte sind. Jedoch sei die Schwelle vom schulpsychologischen Dienst in die ambulante Therapie für die Eltern grösser als die Überweisung der Schule an den SPD. Von den Eltern und auch von verschiedenen Fachpersonen erfahren die Psychiaterinnen und Psychiater, dass sie an mehreren Orten versucht haben eine Anmeldung vorzunehmen und mehrere Absagen oder gar keine Reaktionen erhalten hätten. Die befragten psychiatrischen Fachpersonen berichteten über einen schweizweiten Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Es würden Nachwuchsschwierigkeiten bei den Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater bestehen, mitunter weil die Entlohnung in der Psychiatrie geringer sei als in anderen medizinischen Disziplinen und der Kinder- und Jugendbereich

zusätzlich tiefer entlohnt werde im Vergleich zum Erwachsenenbereich. Zudem werde die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu wenig propagiert im Medizinstudium. Aufgrund des Personalmangels kommt es in der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ambulanten und stationären Settings immer wieder zu langen Wartezeiten. Dadurch gehen wertvolle Monate verloren, in welchen sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen ohne Behandlung weiter entwickeln. Auf dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad komme es insbesondere bei Schnittstellen und Übergängen zu Schwierigkeiten. Die Schnittstelle von der Klinik ins ambulante Setting wurde gar als sehr kritisch erachtet. Oftmals sei die ambulante Anschlusslösung noch nicht aufgegleist. Zudem wurde bei der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Setting ein Finanzierungsproblem wahrgenommen. Die Grundversicherung würde nur in wenigen Ausnahmen die Leistungen des ambulanten Settings und des stationären Settings gleichzeitig bezahlen.

Das Tarmed-System wurde auch von allen befragten Psychiaterinnen und Psychiatern kritisiert und es wurde festgehalten, dass die abrechenbaren Leistungen für die Vernetzungstätigkeiten nicht ausreichen. In der interprofessionellen Zusammenarbeit kommt es deshalb oft zu Verzögerungen, da die Ressourcen fehlen für den Austausch. Jedoch wäre gerade im kinder- und jugendpsychiatrisch/psychologischen Bereich die systemische und interprofessionelle Zusammenarbeit von hoher Relevanz für den Therapieerfolg.

Komplexere Fälle, bei welchen durch spezielle Lebensumstände oder Bedürfnisse ein Mehraufwand an interprofessioneller Zusammenarbeit entsteht, können häufig aus Kapazitätsgründen nicht von ambulanten Psychiaterinnen und Psychiatern betreut werden und werden an staatliche Institutionen wie die UPKKJ weiterverwiesen. Für kompliziertere Fälle sei es auch sehr schwierig, einen Therapieplatz bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zu finden, da diese über keine Versorgungspflicht verfügen und solche Fälle unter anderem aus finanziellen Gründen ablehnen können.

Ferner ist die Verzahnung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie optimierungsfähig. Wenn die Eltern in einer psychiatrischen Klinik sind, werde wenig an die Kinder gedacht. Zudem sei der Übergang ins Erwachsenenalter mit 18 Jahren und der damit verbundene Eintritt in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem von Erwachsenen teilweise schwierig, da das emotionale Erwachsensein oftmals noch längst nicht abgeschlossen ist.

5.2.6 Sichtweise der psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen

Die Wahrnehmung, ob die Kinder und Jugendlichen die entsprechende therapeutische Behandlung in einem angemessenen Zeitraum erhalten, differiert extrem zwischen den befragten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Es sei abhängig vom Alter, der Diagnose des Kindes und natürlich vom Engagement und den finanziellen Möglichkeiten der Eltern, wie schnell ein Therapieplatz gefunden werden kann. Von der Mehrheit der befragten psychotherapeutischen Fachpersonen wurde ein Mangel an Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/therapeuten die delegiert arbeiten, festgestellt. Häufig wurde von den delegiert arbeitenden und freischaffenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Delegationsmodell kritisiert, da Eltern, die auf eine Kostenbeteiligung der Grundversicherung angewiesen sind, eine geringere Auswahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben. Diese Einschränkung führe zu einer Chancenungleichheit von Eltern mit einem niedrigeren Einkommen. Mit dem aktuellen Finanzierungsmodell herrsche deshalb eine psychiatrisch-psychotherapeutische Zweiklassenversorgung.

Häufig würde im Allgemeinen zu lange gewartet, bis eine Psychotherapie initiiert wird und die Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten müssten «Feuerwehrarbeit» leisten. Ausserdem wurde von Erkennungs- und Diagnoseschwierigkeiten bei Verhaltens- und Online Süchten berichtet. Oftmals

würden diese Schwierigkeiten lange nicht erkannt und es sei eine Zufallsfrage, ob die involvierten Fachpersonen in diesem Bereich genügend geschult sind. In der psychotherapeutischen Arbeit sei die Konfrontation der Eltern mit den beobachteten Erziehungsproblemen wichtig, aber gleichzeitig auch sehr heikel für den Therapieverlauf. Die Aufrechterhaltung der Dreiecksbeziehung zwischen Kind, Eltern und Therapeut/Therapeutin sei eine sehr herausfordernde und auch belastende Tätigkeit, weshalb es viele Abgänge aus der Kinder- und Jugendpsychotherapie gebe. Allgemein sei die Compliance der Eltern zentral für eine gelungene Versorgung. Die Wahrnehmung bezüglich elterlicher Kooperation und gefährdeter Klientengruppen unterschied sich leicht zwischen den befragten selbstständig und delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Selbstständig arbeitende Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten behandeln eher Kinder und Jugendliche von Familien aus einer sozioökonomisch höheren Schicht, welche die psychotherapeutischen Leistungen entweder selber zahlen oder mit Kostenbeteiligung der Zusatzversicherung finanzieren können. In ihrer Arbeit begegnen sie im Vergleich zu den delegiert arbeitenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen teilweise anderen Risikofaktoren, wie beispielsweise materielle Überversorgung bei gleichzeitiger emotionaler Unterversorgung oder Hochbegabung. Von den selbstständig arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde angenommen, dass sie eine bessere elterliche Kooperation erleben, als delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die befragten psychotherapeutischen Fachpersonen waren sich alle einig, dass die Tarmed Formulierungen und Konditionen kaum auf den kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich zugeschnitten sind. Beispielsweise sei es schwierig Gruppentherapien abzurechnen, obwohl diese ökonomischer und praktikabler wären. Ausserdem würde das Kontingent für die Leistungen, welche in Abwesenheit des Klienten erbracht werden, wie Berichte schreiben, Vernetzungsarbeit oder Standortgespräche, nur sehr selten ausreichen. Aufgrund dessen würden viele Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten komplizierte Fälle ablehnen, da diese viel systemische Arbeit beinhalten würden, welche nicht abgerechnet werden kann. Zudem würden die mangelnden Abrechnungsmöglichkeiten von Vernetzungsarbeit sich ungünstig auf die interprofessionelle Zusammenarbeit auswirken. Gelegentlich würden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die geleistete Vernetzungsarbeit auch nicht verrechnen, was zu Gehaltseinbussen führe. Weitere Einkommensschwierigkeiten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entstehen, wenn Eltern nicht zuverlässig sind und die vereinbarten Termine nicht wahrnehmen oder wenn die Eltern die Therapiesitzungen nicht zahlen.

5.2.7 Sichtweise der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPKKJ)

Die psychiatrische- psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist gemäss den befragten Fachpersonen der UPKKJ von verschiedenen Faktoren wie Vernetzung und Expertise der involvierten Personen, Alter und Selbstständigkeit der Klientin/des Klienten Wohnkanton, Fremdsprachigkeit und Kooperation der Eltern abhängig. Im Allgemeinen würde im Kanton Basel-Stadt im Vergleich zu anderen Kantonen eine sehr gute Kultur bezüglich Interdisziplinarität gepflegt. Es würde auch eine relativ gute Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Institutionen bestehen. Einzig die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde kritisiert, da mit dieser Berufsgruppe wenig Austausch stattfinden würde. Die Zusammenarbeit mit der Volksschule wurde positiv wahrgenommen, die Erkennung von psychischen Auffälligkeiten funktioniere relativ gut. Bei den weiterführenden Schulen ist im Gegensatz zur obligatorischen Schule das Versorgungsnetz jedoch weniger dicht ausgebaut. Die Angebote der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung seien wenig präsent bei den jugendlichen Schülerinnen und Schülern. Die vorwiegend stark belasteten Familien sind oft nicht in der Lage, die Fallführung selbst

zu übernehmen. Meistens initiiere eine im Fall involvierte Fachperson die Anmeldung für einen stationären Aufenthalt in der Klinik. Von den schulischen Fachpersonen bestünden jedoch oftmals hohe bis unrealistische Erwartungen an den stationären Aufenthalt in der Klinik, welche im Vorhinein geklärt werden müssten. Die Reintegration in die Regelschule aus der Klinikschule sei anspruchsvoll und müsse gut begleitet werden. Häufig würden jedoch die Kapazitäten für eine sorgfältige Begleitung fehlen. Der Übergang vom stationären Setting ins ambulante Setting sei ebenfalls häufig mit Schwierigkeiten verbunden. Oftmals werde zu spät an den Austritt gedacht und die Anschlusslösungen seien beim Austritt noch nicht aufgegleist. Ausserdem sei es sehr schwierig, geeignete Therapieplätze bei ärztlichen oder delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu finden. Die Tagesstrukturen und Kitas würden oftmals in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette und bei der Reintegration vergessen gehen. Es sei wichtig, diese stärker miteinzubeziehen. Zudem bräuchte es mehr Expertise bezüglich psychischer Gesundheit bei den Betreuungspersonen.

Bei den meisten Familiensystemen der Klientinnen und Klienten der UPKKJ liegen weitere psychische Erkrankungen vor, die nur begrenzt mitbehandelt werden können. Die Kinder- und die Erwachsenenpsychiatrie sollten besser miteinander verzahnt sein. Deshalb wurde die aufsuchende, multisystemische Therapie (MST) entwickelt, welche belasteten Familien in Notlagen Zuhause familienfokussierte Unterstützung bietet. Das Ziel von MST ist es, höchstbelastete Familien zu erreichen, welche den Organisationsaufwand für eine ambulante Therapie des Kindes/Jugendlichen nicht aufbringen könnten. Dabei sei es zentral, die Intervention frühzeitig zu starten, genügend Zeit dafür einzuplanen und erfahrene Psychologinnen und Psychologen für die Tätigkeit einzusetzen. Generell begegnen die befragten Fachpersonen der UPKKJ wenigen Schwierigkeiten bezüglich Finanzierung. Die Krankenkassen würden ausnahmslos alle verursachten Kosten eines stationären Aufenthalts in der Klinik übernehmen. Die Liaisondienste (siehe Kapitel 3.7) werden durch feste Kooperationsverträge organisiert, was zu einer vereinfachten Finanzierung und verkürzten Wartefristen führe.

5.2.8 Sichtweise KJD

Die befragten Fachpersonen des KJD stellten einen grossen Therapiebedarf im Kinder- und Jugendbereich fest, welcher, trotz breitem Angebot im Kanton Basel-Stadt, nicht abgedeckt werden kann. Ohne ärztliche Diagnostik sei es sehr schwer einen Therapieplatz zu finden, da dann die Therapiefinanzierung über die Krankenkasse weg falle. Generell sei die Thematik Therapiefinanzierung eine alltägliche Schwierigkeit. Oftmals bräuchte es spezialisierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten für die spezifische Fragestellung, welche aber teilweise nicht über die Krankenkassen abrechnen können, da sie nicht delegiert arbeiten. Es bestehe kein Budgetposten des KJD für die Finanzierung von Therapien. Für Kinder und Jugendliche, welche häusliche Gewalt erfahren haben, wurde ein Netzwerk von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingerichtet. Dieses Netzwerk bietet die Möglichkeit Kinder und Jugendliche einfach und effizient bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anzumelden, welche sich mit der Thematik häusliche Gewalt auskennen und über die Opferhilfe oder die Jugendhilfe finanziert werden. Bei komplexeren Fallgeschichten von Kindern und Jugendlichen erleben die befragten Fachpersonen des KJD eine grössere Zurückhaltung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die befragten Fachpersonen des KJD hielten fest, dass die Interdisziplinarität wichtig sei für die optimale Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Jedoch bestünden im Kanton Basel-Stadt wenig gemeinsame Strategien zwischen den Institutionen und wenig Austausch unter den verschiedenen Berufsgruppen. Die Vernetzung auf funktionaler Ebene sei wichtig, damit man wisse, welche Aufgabenfelder/Verantwortlichkeiten die Fachpersonen hätten und keine falschen Erwartungshaltungen entstünden. Beispielsweise sei vielen schulischen Fachpersonen nicht

bewusst, dass der KJD ohne Gefährdungsmeldungsabklärung im vereinbarten Auftrag der Eltern agiere. Die Übergänge bei der Reintegration von einem Sondersetting zurück in die Schule wurden allgemein als kritischer Moment erfasst. Oftmals werde viel zu spät an die Reintegration gedacht und die nötigen Begleitungen der Kinder und Jugendlichen in dieser heiklen Phase zu spät organisiert.

5.3 Diskussion an der SPILK

Die Vergleichbarkeit der Schulpsychologie in den verschiedenen Kantonen ist eingeschränkt, da die verschiedenen Dienste unterschiedliche Angebote und Aufträge haben und weil das Schulangebot nicht homogen ist. Gewisse schulpsychologischen Dienste haben einen Therapieauftrag (ZH), andere Dienste führen Erziehungsberatungen durch (BE) oder können Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten begleiten, bis eine Anschlusslösung gefunden wird (BS, VS), bei wiederum anderen Kantonen können nur die Abklärungen und Beratungen finanziert werden (OW). Auch die personellen Ressourcen für die Schulpsychologie, aber auch für andere Berufsgruppen, wie für die schulischen Sozialarbeitenden, unterscheiden sich enorm. Je nach Ressourcen des jeweiligen Kantons entstehen unterschiedliche Schwierigkeiten und Bedürfnisse in der Versorgungskette von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Allgemein wurde beim Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein Mangel an Psychiaterinnen und Psychiater sowie an delegierten Psychotherapieplätzen festgestellt. Dieser Mangel an Behandlungsangeboten, welche über die Grundversicherung finanziert werden, führt zu einer Versorgungslücke, da die meisten Familien sich die Psychotherapie nicht selber finanzieren können. Im Vergleich zum Kanton Basel-Stadt haben andere Kantone (wie beispielsweise SG, NW, SH) eine geringere Therapeutendichte und längere Wege. In ländlichen Regionen stellt alleine die räumliche Distanz zu den psychotherapeutischen/psychiatrischen Praxen ein Koordinationsproblem für die Eltern dar. Auch für die schulpsychologische Tätigkeit bedeuten längere Wege organisatorische Schwierigkeiten, Unterrichtsbesuche und Schulhaussprechstunden sind aus zeitlichen Gründen schwieriger umsetzbar.

Die verschiedenen Vertreter der Schulpsychologischen Dienste waren sich einig, dass Kinder aus sozial-benachteiligten Familien nicht nur stärker gefährdet sind, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, sondern häufig auch eine qualitativ schlechtere Versorgung erhalten, da sie zu wenig Unterstützung der Eltern erhalten. Insbesondere Kinder von psychisch kranken Eltern würden die benötigte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung nicht erhalten, da die Eltern die nötige Energie für den Organisationsaufwand einer Therapieinstallation nicht aufbringen können. Zudem bestätigten die meisten Kantone die im Kanton Basel-Stadt festgestellte Unterversorgung im Frühbereich und im Bereich von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung. Von den Vertretern der Innerschweiz wurde ausserdem von einem Mangel an Therapeutinnen und Therapeuten, die sich auf Posttraumatische Belastungsstörungen spezialisierten, berichtet.

5.3.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit (Ziele 2 und 3)

Die Diskussionsbeteiligten waren der Auffassung, dass niederschwellige Angebote zentral seien für eine funktionierende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. So wurde die Tätigkeit von den schulischen Sozialarbeitenden in den Schulhäusern, als sehr wertvolles und präventives Angebot in der Versorgungskette erachtet. Konzepte zur Multifamilienarbeit wurden ebenfalls gelobt, da die Eltern mit in die Behandlung der psychischen Auffälligkeiten ihrer Kinder miteinbezogen werden. Aus den verschiedenen Stimmen der Diskussionsbeteiligten lässt sich ausserdem ableiten, dass Therapieangebote am schulpsychologischen Dienst eine gute Möglichkeit wäre, die elterliche Hemmschwelle der Therapieinstallation zu reduzieren und den Zugang zur psychiat-

risch-psychotherapeutischen Versorgung zu erleichtern. Allerdings würden die immens steigenden SPD-Fallzahlen zu zeitlichem Druck führen, weshalb die Umsetzung von Therapien oder psychologischen Begleitungen aus zeitökonomischen Gründen nicht einfach sei. In gewissen Kantonen ist die Schulpsychologie aufgrund von kantonalen Auflagen strikte getrennt von der psychotherapeutischen Versorgung. Auch der ökonomische Aspekt beziehungsweise der finanzielle Druck würde in der interprofessionellen Zusammenarbeit immer wieder zu tragen kommen. So wurde beispielsweise die Verantwortungsübernahme von den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten kritisiert. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sei an vielen Orten völlig unterdotiert und zurzeit würden die schulpsychologischen Dienste vielerorts diese Lücke als Vorfosten der medizinischen Versorgung füllen. Zudem bestehe in einigen Kantonen der Eindruck, dass die Kliniken oftmals zu ökonomisch denken würden und aufwendige Therapien nicht übernehmen wollen. Aus schulpsychologischer Perspektive sei auch der Austausch mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht optimal.

Die finanzielle Abdeckung von Vernetzungstätigkeiten muss in allen Berufsgruppen gewährleistet sein, um flexible und fruchtbare Handlungsmöglichkeiten zu schaffen. Es wurde über Stellen diskutiert, welche die Dringlichkeit und die Sicherstellung der Finanzierung der Psychotherapie abklären könnten. Die mehrheitliche Vernehmlassung erachtet bei ausreichenden Ressourcen eine aktive Fallführung durch den SPD und eine gute Nachsorge als wünschenswerte Verfahrenspraxis. Wichtig für die Früherfassung sei die Befähigung der Schule. Wenn Lehrpersonen sensibilisiert werden und Beratung oder psychoedukative Unterstützung beziehen können, wirke sich dies präventiv auf die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler aus.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Weiterverweisungspraktik. An gewissen Diensten wird eher eine Empfehlungskultur gepflegt und an anderen Diensten (z.B. VS) werden die Familien eng begleitet bis eine passende Anschlusslösung aufgegleist ist. Gemäss der Leiterin des SPD VS könne man nicht das Risiko eingehen, dass die Eltern von Kindern und Jugendlichen mit einem Verdacht auf eine psychiatrische Diagnose keinen Therapieplatz organisieren können. Der Therapiestart werde mit einem Übergabegespräch in Anwesenheit der Kindeseltern und der schulpsychologischen Fachperson initiiert.

5.3.2 Ausblick auf eine repräsentative Studie (Ziel 4)

Die Idee einer interkantonalen Erhebung von den verschiedenen Vorgehensweisen der schulpsychologischen Dienste bei der Therapieinstallation und die Untersuchung, ob die Therapiewahrnehmung geglückt ist, wurden diskutiert. Die Frage, „Wie gehen die verschiedenen schulpsychologischen Dienste bei der Triage zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung vor und wie werden die Eltern auf dem Weg begleitet?“, soll geklärt werden. Interessant wäre dabei die Kultur bezüglich der Weiterverweisung zu studieren und den Vergleich von schulpsychologischen Ressourcen pro Schülerzahl vorzunehmen. Von verschiedenen Seiten wurde der Wunsch nach Erfassung der tatsächlich investierten Stunden für eine Triage geäussert, damit ersichtlich wird, wie viel Zeit sich für die Weiterleitung an die psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen aufsummiert. Auch die Untersuchung von verschiedenen Modellen bezüglich pädagogischer Notfallplätze von Kindern und Jugendlichen, welche im Schulsystem durch ihr auffälliges Verhalten nicht getragen werden können, wurde vorgeschlagen.

6. Diskussion/Kontextualisierung

6.1 Engpässe in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Ziel 1) und Handlungsempfehlungen (Ziel 3)

Im internationalen und nationalen Vergleich ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsdichte des Kantons Basel-Stadt sehr hoch (Bundesrat, 2015; Moran & Jacobs, 2013; Rüesch et al., 2013). Im Vergleich zu anderen Kantonen profitiert die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt von kurzen Wegen und einer vergleichsweise hohen Präsenz des schulpsychologischen Dienstes in den Schulen. Zugleich wurden mittels Verlaufsdocumentationen und Berufsgruppeninterviews kritische Schnittstellen und Engpässe im Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten festgestellt. Die Ergebnisse werden in die folgenden fünf Bereiche unterteilt und diskutiert (1) Erkennung (2) Elternzusammenarbeit, (3) gefährdete Klientengruppen, (4) Finanzierung und Zugang, sowie (5) kritische Übergänge. Die für das Ziel 3 relevanten Handlungsempfehlungen werden jeweils farbig hinterlegt und bei der entsprechenden Textstelle integriert.

6.1.1 Erkennung

Die Analyse der Verlaufsdocumentationen weist auf eine gute Erkennungskompetenz der schulischen Fachpersonen von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen hin. Sie scheinen die psychischen Auffälligkeiten richtig einordnen zu können oder nutzen die Reflexionsgefässe der schulunterstützenden Dienste und kennen die Abläufe für die Einleitung einer psychologischen Abklärung. Möglicherweise liegt bei der Erkennungskompetenz der schulischen Fachpersonen aber auch ein positiver Bias vor, da aus schulpsychologischer Sicht nur die Schülerinnen und Schüler gesehen werden, bei denen bereits eine Erkennung stattgefunden hat und die unentdeckten psychischen Schwierigkeiten gar nicht in die Bewertung einfließen. Jedoch wurde der Eindruck, dass pädagogische Fachpersonen psychische Auffälligkeiten gut erfassen können, durch verschiedene Interviewpartner/-innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen bestätigt. Es ist anzunehmen, dass die enge Zusammenarbeit und die regelmässigen Austauschfenster der schulischen Unterstützungsdienste (wie SPD, SSA, etc.) mit der Volksschule Basel-Stadt einen wichtigen Beitrag für die Erkennung von psychischen Auffälligkeiten leisten. Die zweiwöchentlich stattfindenden Schulhauspräsenzzeiten des SPD Basel-Stadt werden von den pädagogischen Fachpersonen und der schulischen Sozialarbeit sehr geschätzt.

Fokus auf Schulhauspräsenz legen: Durch die Nähe zur Schule können schulunterstützenden Fachpersonen (SSA/SPD) kritische Entwicklungspfade oder Risikokonstellationen erkennen und frühzeitig intervenieren. Daraus lässt sich ein Modell guter Praxis ableiten.

Oftmals reichen die personellen Ressourcen jedoch nicht für eine enge Verzahnung zwischen der Schule, der Schulsozialarbeit und der Schulpsychologie. Insbesondere in ländlichen Regionen müssen intermediäre Angebote angedacht werden.

Handlungsempfehlung 1

Die Erkennung von psychischen Auffälligkeiten durch die Eltern wies in unserer Stichprobe der Verlaufsdocumentationen mehr Schwierigkeiten auf. Bei rund der Hälfte der dokumentierten Fälle beurteilten die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen die Aussage „Eltern sehen die psychische Auffälligkeit nicht“ als zutreffend oder eher zutreffend. Dies deutet auf eine unterschiedliche Beurteilung des Verhaltens und der Symptome eines Kindes oder Jugendlichen zwischen den schulpsychologischen Fachpersonen und den Eltern hin. Aus der beurteilten Aussage kann jedoch nicht abgeleitet

werden, ob die Eltern die psychischen Auffälligkeiten öfters nicht wahrnehmen, da die Kinder die entsprechenden Verhaltensweise zu Hause weniger zeigen als in der Schule, oder ob die Eltern die Auffälligkeiten nicht wahrnehmen, da sie keine anderen Beobachtungsreferenzen haben, oder ob sie die psychischen Schwierigkeiten ihrer Kinder eigentlich sehen, aber aufgrund einer Abwehrhaltung gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung es nicht so kommunizieren wollen. Unsere Ergebnisse decken sich im Allgemeinen mit den erkannten Zugangshürden von Stocker und Kollegen (2016) wie Stigmatisierung, Scham, fehlende Krankheitswahrnehmung und Krankheitseinsicht der Familien. Von diversen Studien wurde belegt, dass die Beurteilungsübereinstimmung von Eltern und Lehrpersonen bezüglich psychischen Auffälligkeiten in verschiedenen Settings nur moderat ist (Jungmann, Koch & Böhm, 2017; Narad et al., 2015; Rescorla et al., 2014). Kinder und Jugendliche zeigen situationsspezifische Verhaltensweisen Zuhause und in der Schule, was aufgrund der ungleichen Informationsbasis zu unterschiedlichen Wahrnehmungen führt. Auch beurteilen die Eltern und Lehrpersonen dieselben Verhaltensweisen möglicherweise anders. Aufgrund der differierenden Wahrnehmungen kann sich auch ein Konfliktpotenzial zwischen Eltern und Fachkräften bezüglich des Umgangs mit den auffälligen Verhaltensweisen entwickeln (Jungmann et al., 2017). Aus den Ergebnissen vorliegender Studie geht hervor, dass zwischen dem klassischen Erkennen einer psychischen Auffälligkeit (z.B. durch schulische Fachpersonen oder Psychologen) und dem Erkennen und Akzeptieren einer psychischen Auffälligkeit durch das Individuum selbst beziehungsweise dessen Erziehungsberechtigte unterschieden werden muss. Insbesondere der letztgenannten Form der Erkennung von Schwierigkeiten sollte Beachtung geschenkt werden. Zugleich muss hierbei darauf hingewiesen werden, dass die Stichprobe unserer Studie durch die Anmeldung am SPD einer Selektion unterlag. Familien, welche die psychischen Auffälligkeiten ihrer Kinder früh erkennen, wenden sich teilweise direkt an die Kinderärztin/den Kinderarzt oder suchen sich therapeutische Unterstützung ohne Involvierung des SPD.

Sensibilisierung der Bevölkerung: Lancierung von Kampagnen, welche über psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen informieren, Eltern sensibilisieren und Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Handlungsempfehlung 2

6.1.2 Elternzusammenarbeit

Als erleichternd für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad wurde wiederholt eine gute Kooperation der Eltern mit den beteiligten Fachpersonen erwähnt. Fest steht, dass den Eltern eine grosse Verantwortung zukommt im Versorgungspfad von der Erkennung und der Akzeptanz der psychischen Schwierigkeiten ihrer Kinder bis hin zur Installation einer optimalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Wenn es darum geht, professionelle Hilfe anzunehmen, begegnen die befragten Fachpersonen oftmals grossen Schamgefühlen und Hemmungen der Eltern. Die befragten Eltern einer grossangelegten epidemiologischen Kohortenstudie zur psychischen Gesundheit in Deutschland (BELLA Studie) begründeten die fehlende Inanspruchnahme von therapeutischer Unterstützung mit Unsicherheit, ob das Problem ernsthaft genug sei (55,1%), Sorge darüber, was andere denken könnten (27,7%) und kein Wissen, an wen sie sich wenden könnten (28,6%) (Klassen, Meyrose, Otto, Reiss & Ravens-Sieberer, 2017). Gemäss den befragten Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen ist das Thema psychische Schwierigkeiten oder Erkrankungen immer noch sehr stark stigmatisiert. Gerade bei bildungsfernen Eltern oder bei Eltern mit anderen Konzepten bezüglich psychischen Erkrankungen, teilweise geprägt durch ihren kulturellen Hintergrund, bestehe das Risiko, dass die Eltern der Empfehlung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behand-

lung nicht nachkommen. Basierend auf den Erkenntnissen verschiedener Studien, wird die Einstellung bezüglich Inanspruchnahme von medizinischen und psychotherapeutischer Leistung von soziodemografischen, sprachlichen, störungsspezifischen und insbesondere kulturbezogenen Faktoren beeinflusst (Baschin, Ülsmann, Jacobi, 2012; Bretz, Sahin, Brandl & Schouler-Ocak, 2019; Walter, Salman, Krauth & Machleidt, 2007). Bei Hemmungen gegenüber psychosozialen Unterstützungsangeboten spielen, gemäss den triagierenden Fachpersonen, kulturspezifischen Normen, Ursachenattributionen und die Schuldfrage eine wichtige Rolle in der Aufklärung und Beratung. Dass die Aussage „Fehlende Initiative zur Therapeutensuche von Eltern“ von allen Aussagen des Verlaufsdokumentationsbogens am häufigsten als zutreffend oder eher zutreffend beurteilt wurde, betont ebenfalls die hohe Hemmschwelle der Eltern bei der Initiierung einer Therapie. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Stichprobe unserer Verlaufsdokumentationen eine eher sozioökonomisch niedrige Schicht abbildet. Abgeleitet aus den Resultaten einer repräsentativen Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS, Deutschland) haben Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten aus sozial benachteiligten Familien nicht nur einen höheren und teilweise auch einen spezifischeren Versorgungsbedarf, sondern die Eltern sind auch häufig nicht über vorhandene Präventions- und Behandlungsangebote informiert (Lampert & Kurth, 2007).

Niederschwelliger Zugang zu Schulsozialarbeit und Schulpsychologie: Die Hemmschwelle professionelle Beratung aufzusuchen könnte reduziert werden, indem die Eltern bereits bei Elternanläsen in der Schule in Kontakt kommen mit schulunterstützenden Fachpersonen, wie Schulsozialarbeitende oder Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, die sich und ihre Tätigkeit vorstellen.

Elterninformationen zu Beratungs- und Therapiemöglichkeiten: Die Eltern sollten in einfacher, verständlicher Sprache über Beratungs- und Therapiemöglichkeiten informiert werden. Flyer der entsprechenden Angebote sollten in verschiedenen Sprachen ausgehändigt werden.

Niederschwellige Angebote schaffen: Offene Sprechstunden oder „Walk-in“ Möglichkeiten der institutionellen Beratungs- und Therapieangebote schaffen, um den Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu erleichtern.

Handlungsempfehlungen 3

Von den in den Verlaufsdokumentationen beurteilten Kernschwierigkeiten kristallisierte sich die Dimension Elternzusammenarbeit als vulnerables Glied im Versorgungspfad heraus. Die Pflege einer sorgfältigen Elternzusammenarbeit und die adäquate Informierung der Eltern nimmt im gesamten Pfad eine hohe Wichtigkeit ein. In vielen Fällen sei es schwierig, Eltern mit auf den Weg zu nehmen, ihnen gegebenenfalls das Störungsbild näher zu bringen, ihre Ängste und Bedenken gegenüber psychischen Behandlungen auszuräumen und/oder sie für eine allfällige weitere psychologische Abklärung oder therapeutische Begleitung zu motivieren. Diese Aufgaben scheinen eine grosse Herausforderung für die im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad tätigen Akteure darzustellen und auch mit verfügbaren zeitlichen und finanziellen Ressourcen zusammenzuhängen. Zudem gilt es zu bedenken, dass die Beziehungen zwischen Eltern und der einzelnen Fachpersonen im Versorgungspfad voneinander abhängen und einander beeinflussen. Umso wichtiger ist die sorgsame Pflege der Elternbeziehung, denn sie spürt im Positiven wie im Negativen die Beziehung zur gegebenenfalls nächsten Person auf dem Versorgungspfad vor. Die Eltern- und Systemarbeit stellt den Bereich der beratenden und psychotherapeutischen Arbeit dar, der sich wohl am stärksten von jener der Arbeit im Erwachsenenbereich unterscheidet. Die Arbeit im Kinder- und Jugendbereich bedeutet automatisch auch die Zusammenarbeit mit den Eltern und anderen an der Entwicklung beteiligter Fachpersonen.

Anerkennung und Vergütung der Systemarbeit: Die Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ist auf personeller, finanzieller wie auch auf organisatorischer Ebene nur bedingt vergleichbar mit dem Erwachsenenbereich. Die oftmals sehr zeitaufwendige Systemarbeit der involvierten Fachpersonen im Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten sollte ausreichend anerkannt und vergütet werden.

Handlungsempfehlung 4

6.1.3 Gefährdete Klientengruppen im Versorgungspfad

Gemäss der Beschreibung des Versorgungspfades aus einer pädiatrischen Sicht wenden sich Eltern eines höheren Bildungsniveaus viel schneller an die Kinderärztin oder den Kinderarzt, wenn psychische Auffälligkeiten beobachtet werden, im Vergleich zu sozioökonomisch belasteten, fremdsprachigen oder bildungsfernen Eltern. Von allen befragten Berufsgruppen wurden Kinder aus psychosozial belasteten Familien, wie beispielsweise Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern, oder Kinder, welche häusliche Gewalt erfahren, als besonders gefährdete Klientengruppe im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad beschrieben. Diese erwähnten Risikofaktoren decken sich mit den von der Literatur erkannten psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten. So zeigten die Ergebnisse der BELLA Studie, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Vergleich zu Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status mehr als doppelt so häufig psychische Auffälligkeiten entwickeln. Zudem zählen psychische und chronische Erkrankungen der Eltern zu den deutlichen Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten deren Kinder (Klasen et al., 2017). Darüber hinaus können psychosozial belastete Eltern ihre Kinder oftmals nicht in ausreichendem Ausmass auf dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad unterstützen. Von diversen Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen wurde darauf hingewiesen, dass die Therapieinstallation und das regelmässige Wahrnehmen einer Therapie auch immer mit einem grossen Organisationsaufwand verbunden sind. Für erschöpfte Familiensysteme oder für Familien mit knappen zeitlichen Ressourcen ist der Organisationsaufwand häufig nicht leistbar. Gemäss den interviewten Fachpersonen sei die Zusammenarbeit mit Eltern oft erschwert, wenn sich psychosoziale Risiken kumulieren würden. Es komme zu zeitlichen Verzögerungen und zu qualitativ schlechterer Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Es herrscht somit eine allgemeine Bewusstheit, dass Kinder aus sozioökonomisch und/oder psychosozial benachteiligten Familien nicht nur gefährdet sind, eine psychische Störung zu entwickeln, sondern auch in der ganzen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette benachteiligt sind, weil sie wenig bis keine Unterstützung von den Eltern erhalten.

Konzepte und Massnahmen zur Verringerung der bestehenden Chancenungleichheit: Sämtliche am Versorgungspfad beteiligten Personen und Fachstellen sollten Konzepte erarbeiten und Massnahmen umsetzen um die bestehende Chancenungleichheit der genannten Personengruppen zu reduzieren. Insbesondere bei erschöpften Familiensystemen ist die frühzeitige Vermittlung von Unterstützungsangeboten zentral für die Prävention der Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten.

Umverteilung der bestehenden psychologisch-therapeutischen Ressourcen zugunsten psychosozial und/oder ökonomisch belasteten Familien

Jede im Versorgungspfad involvierte Berufsgruppe und Institution sollte sich mit der besonderen Versorgungsverantwortung bei Familien mit sozioökonomischen und/oder psychosozialen Belastungen auseinandersetzen und nötige Anpassungen für eine bessere Unterstützung und Begleitung der gefährdeten Kinder vornehmen. Beispielsweise könnte bei der anamnestischen Erfassung gewisser

Faktoren (wie psychische Erkrankung der Eltern, geringe zeitliche oder finanzielle Ressourcen) einen angepassten Usus gepflegt werden. Für den SPD könnte dies bedeuten, dass solche Fälle intensiver bei der Therapieinstallation begleitet werden und dabei eine stärkere Nachsorge gepflegt wird.

Ausbildungsfokus auf vulnerable Gruppen legen: Alle im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad beteiligten Fachpersonen sollten dank einer entsprechend ausgerichteten Ausbildung imstande sein, die Bedürfnisse von psychosozial belasteten Familien ins Zentrum zu stellen und sich als Teil eines multidisziplinären Teams zu verstehen.

Ressourcierung an Sozialindex anpassen: Die personellen und zeitlichen Ressourcen von schulpsychologischen Fachpersonen und von Schulsozialarbeitenden sollten dem Sozialindex einer Region angepasst werden.

Handlungsempfehlungen 5

Ferner wurde von den interviewten Fachpersonen festgestellt, dass das stille Leiden von unauffälligen Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden Symptomen (ängstlich, hochsensibel, depressiv etc.) oftmals lange nicht erkannt wird. Solche Kinder und Jugendliche fallen häufig sowohl familiären als auch im schulischen Setting weniger stark auf im Vergleich zu ihren Peers mit externalisierendem Verhalten. Auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung wurden Erkennungsschwierigkeiten von psychischen Auffälligkeiten festgehalten. Ausserdem sei die Versorgungssituation in diesem Bereich extrem schwierig, da es kaum Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebe, die sich auf geistige Behinderungen spezialisiert haben.

Eine weitere Versorgungsschwachstelle scheint im Frühbereich bei Kindern unter sechs Jahren zu bestehen. Von den Fachpersonen der UPKKJ wurde berichtet, wie schwierig es ist, einen passenden Therapieplatz zu finden für Kinder, welche eine ambulante Anschlusslösung nach der diagnostischen Tagesklinik (DTK) brauchen. Viele psychotherapeutische Fachpersonen nehmen keine Klientinnen oder Klienten unter sechs Jahren auf. Zudem werden die schwierigen Verhältnisse einer Familie oder die psychischen Schwierigkeiten eines Kindes oftmals erst nach dem Kindergarteneintritt bemerkt, da zuvor noch wenig Einblick in ein Familiensystem möglich ist. Eine aktuelle Studie aus Deutschland bestätigt, dass Kinder zwischen 3-6 Jahren mit psychischen Auffälligkeiten nur selten professionelle Hilfe erhalten. Die Ergebnisse weisen auf eine dringliche und notwendige Vernetzung von Kindertagesstätten mit Institutionen wie beispielsweise pädiatrischen Fachzentren hin, damit blinde Flecken in der Erkennung von psychischen Auffälligkeiten reduziert werden können (Hoffer & Bengel, 2020). Eine schweizerisch-österreichische Studie zur frühen Förderung von Kindern wies auf eine deutliche Ungleichheit im Aufsuchen nachgeburtlicher Kurs- und Beratungsangebote zwischen Familien aus der Mittelschicht und Familien in Sozialhilfe auf. Solche Angebote werden von sozioökonomisch schwächeren Familien entweder gar nicht erkannt oder sie sind an einen zu hohen finanziellen oder organisatorischen Aufwand gekoppelt (Meier Magistretti, Walter-Laager, Schraner & Schwarz, 2019).

Ausweitung der therapeutischen Angebote im Frühbereich: Verantwortungsklä rung und Ausweitung der Versorgungssituation von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten im frühen Kindesalter (d.h. zwischen Geburt und Kindergarteneintritt), angepasst auf die Bedürfnisse von Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status.

Handlungsempfehlung 6

Ausbildung im Bereich internalisierende Störungen und geistige Behinderung intensivieren: Sensibilisierung der im Versorgungspfad involvierten Fachpersonen gegenüber psychischen Auffälligkeiten, welche nicht offensichtlich auffallen. Ausserdem soll in der Ausbildung von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten einen Fokus auf die Behandlung von Kindern mit einer geistigen Behinderung gelegt werden.

Handlungsempfehlung 7

6.1.4 Finanzierung und Zugang zu qualitativ guter Versorgung

Die aktuellen Zugangsmöglichkeiten zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten wurden von den befragten Fachpersonen insgesamt sehr unterschiedlich eingeschätzt. Wie schnell eine passende Therapie gestartet werden kann hänge unter anderem vom Alter, der Diagnose, der Komplexität, von der Dringlichkeit des Falles und von den finanziellen Ressourcen sowie der Einstellung der Eltern gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ab. Von den Kinderärztinnen und Kinderärzten wird die Therapieplatzsuche als extrem aufwendig erachtet und die telefonische Erreichbarkeit von den psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen stark kritisiert. Die Schwierigkeiten, welche die befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte bei der Überweisung an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen erleben, wurde auch in der Studie von Stocker und Kollegen (2016) festgehalten. 80 Prozent der befragten Haus- und Kinderärzte/Kinderärztinnen berichteten damals, dass sie mehrere Stellen anfragen müssen für die Überweisung an ein geeignetes Behandlungsangebot (Stocker et al., 2016). Laut den befragten Fachpersonen des KJD übersteigt der aktuelle Bedarf das Angebot nach wie vor, obwohl die Psychotherapie und Psychiatriedichte relativ gross ist im Kanton Basel-Stadt, im Vergleich zu anderen Kantonen. Es sei immer eine Zitterpartie, ob in einer nützlichen Frist einen Therapieplatz gefunden werden kann. Die wahrgenommenen Versorgungslücken der befragten Fachpersonen basieren zu einem grossen Teil auf einem Personal- und oder Ressourcenproblem. Insbesondere wurde wiederholt ein Mangel an Therapieplätzen, welche über die Grundversicherung finanziert werden, festgestellt. Daraus ergeben sich oftmals lange Wartefristen. Insbesondere Familien mit geringen finanziellen Mitteln können sich nur ärztliche oder delegierte Psychotherapien leisten, welche über die Grundversicherung abrechenbar sind. Das heisst, Familien, welche auf die Kostenbeteiligung der Grundversicherung angewiesen sind, müssen längere Wartefristen in Kauf nehmen und sind in der Therapeutenwahl eingeschränkt. Sie können teilweise nicht eine auf die entsprechende Fragestellung spezialisierte Psychotherapie beziehen. Ausserdem ist durch die eingeschränkte Therapeutenwahl, möglicherweise die Passung zwischen den Klientinnen/Klienten und den Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oft nicht optimal, was eine Erklärung der hohen Therapieabbruchquote der dokumentierten Verläufe sein könnte. Hinzu kommt, dass Familien mit geringen finanziellen Ressourcen möglicherweise auch eher eine hohe Franchise haben, um Kosten zu sparen. Gemäss den befragten SSA sei für solche Familien auch der Selbstbehalt schwierig zu stemmen. Basierend auf den Beobachtungen der befragten Schulpsychologinnen und Schulpsychologen erleben Familien mit genügend finanziellen Ressourcen einen völlig anderen Versorgungspfad, da sie sich die entsprechende Psychotherapie aktiv auswählen können und dadurch eine spezialisierte Behandlung erfahren und auch weniger langen Wartefristen begegnen. Diese Beobachtungen führen zur Schlussfolgerung, dass unser psychotherapeutisches System in der Schweiz wenig auf ressourcenarme Familien zugeschnitten ist und jene Familien einer Chancenungleichheit in der Versorgungskette begegnen. Folglich sind die ohnehin bereits gefährdeten Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status von einer Mehrfachbenachteiligung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung betroffen.

Von der klaren Mehrheit der befragten Fachpersonen wurde eine freiere Therapeutenwahl, beziehungsweise ein System mit weniger Einschränkungen gefordert. In den vom BAG entworfenen Neuregelungen der psychologischen Psychotherapie wird ein Wechsel auf das Anordnungsmodell vorgeschlagen (Eidgenössisches Department des Inneren, Bundesamt für Gesundheit, 2019). Im Anordnungsmodell sollen psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, auf ärztliche Anordnung hin, selbstständig ihre Leistungen auf eigene Rechnung über die Grundversicherung abrechnen können. Somit könnten sich Familien mit vorhandener ärztlicher Anordnung an die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten ihrer Wahl wenden, sofern jene/jener auf der Liste der eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten/innen aufgeführt ist. Vom Anordnungsmodell erhoffen sich die befragten pädiatrischen, schulpsychologischen und psychotherapeutischen Fachpersonen, dass gewisse Schwellen abgebaut werden und somit der Zugang zur Psychotherapie erleichtert würde. Eine freiere Therapeutenwahl hätte zur Folge, dass sich der Termindruck nicht nur auf delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verteilen würde, was idealerweise die Wartezeiten reduzieren würde. Auch der Bundesrat erwartet eine Reduktion der Versorgungsengpässe bei Kindern und Jugendlichen durch die Umstellung auf das Anordnungsmodell (Bundesrat, 2019). Vereinzelt wurde von den befragten psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen auch gegen einen Systemwechsel argumentiert und beispielsweise die Wichtigkeit der psychiatrischen Diagnostik betont oder Befürchtungen von Einschränkungen bezüglich der Anzahl Konsultationen geäußert.

Zur **Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Bedarfsabdeckung** wären Geldflüsse für einen Ausbau institutioneller Therapieangebote nötig und/oder eine Ausweitung des Therapieangebotes, welches über die Grundversicherung abgerechnet werden kann.

Der **Paradigmenwechsel zum Anordnungsmodell** könnte die psychotherapeutischen Versorgungsengpässe reduzieren.

Handlungsempfehlung 8

Bei fast allen Interviews mit den behandelnden Fachpersonen wurde das Tarmed-Abrechnungssystem kritisiert. Die Formulierungen des Tarmed-Systems seien nicht auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugeschnitten. Die Therapeutinnen und Therapeuten haben nur eine geringe Anzahl Stunden, die sie in Abwesenheit der Klientin/ des Klienten der Krankenkasse verrechnen dürfen. Darunter summieren sich Tätigkeiten wie beispielsweise Berichte schreiben, Austausch mit anderen Fachpersonen oder Informationsbeschaffung bei Institutionen. Die vorgesehenen Stunden für Vernetzungsarbeiten reichen laut den therapierenden Fachpersonen nicht aus. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie wäre die interdisziplinäre Behandlung von hoher Relevanz, da es noch in stärkerem Masse gilt, zusätzliche Versorgungsaspekte wie das Familiensystem sowie soziale und pädagogische Fachpersonen einzubinden. Unter anderem ist das Schulklima ein wichtiger Faktor, welcher das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler beeinflusst (Achermann, Pecorari, Metzke & Steinhausen, 2006). Mangelnde Zeit für die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den pädagogischen weiteren an der Entwicklung beteiligten Fachpersonen kann sich auf den Therapieprozess auswirken. So trägt beispielsweise eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Therapeuten, Eltern sowie Lehrpersonen und Erziehenden wesentlich zum Therapieerfolg von selektiv mutistischen Kindern bei (Melfsen & Walitza, 2017). Von den pädagogischen Fachpersonen und den SSA wurde wiederholt bemängelt, dass sie wenige Informationen aus den jeweiligen Therapien erhalten.

Anpassung des Tarmed Abrechnungssystems an den Kinder und Jugendbereich: Im Vergleich zum Erwachsenenbereich beansprucht die psychiatrisch-psychotherapeutische Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen mehr Zeit, da man nicht mit einem Individuum, sondern mit einem ganzen System arbeitet. Die Vernetzungstätigkeiten müssen ausreichend finanziert werden, damit eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit überhaupt umgesetzt werden kann.

Handlungsempfehlung 9

Insbesondere komplexe Fälle fordern viel interprofessionelle Zusammenarbeit. Häufig können niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diesen Mehraufwand eines komplexen Falles nicht alleine tragen, da sie nicht dafür entschädigt werden. Von verschiedenen Berufsgruppen wurde die nicht vorhandene Versorgungspflicht von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kritisiert. Bedingt durch den zusätzlichen Aufwand der systemischen Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen, werden komplexe Fälle von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufig weiterverwiesen. Sofern die Komplexität eines Falles bereits bei der Anmeldung erkennbar ist, erschwert dies die Therapieplatzsuche enorm. Falls sich die Komplexität erst während der bereits begonnen Therapie zeigt, müssen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den entsprechenden Fall an eine staatliche Institution überweisen, was wiederum zu zeitlichen Verzögerungen im Versorgungspfad führt. Gerade staatliche Fachstellen (UPKKJ, UKKB, KJD und SPD) sind gemäss den befragten Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen oftmals stark ausgelastet und es komme zu langen Wartezeiten. Die Resultate von Stocker und Kollegen (2016) zeigten, dass bei institutionellen, ambulanten Angeboten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit fünf Wochen und beim Eintritt in eine Klinik mit sechs Wochen zu rechnen ist und dass Anfragen aus Kapazitätsgründen auch abgewiesen werden müssen. Laut den befragten psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen muss die betroffene Klientin/der betroffene Klient das Vertrauen nach einem Therapiewechsel erneut aufbauen, was in qualitativen Einbussen im Therapieprozess resultieren kann. Um dies zu umgehen, wurde von den pädagogischen und schulpyschologischen Fachpersonen der Wunsch genügender Ressourcen am SPD für die Durchführung von therapeutischen Begleitungen von komplexen Fällen geäussert. Gerade wenn viel Energie von einer schulpyschologischen Fachperson in den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses investiert wurde, wäre es erstrebenswert, das therapeutische Setting fortführen zu können. Damit Kinder und Jugendliche mit komplexer Symptomatik oder mit komplexen Familiensystemen nicht durchs Raster fallen, müssen genügend Therapieplätze bei kantonalen und staatlichen Instituten geschaffen oder andere Abrechnungsmodalitäten entwickelt werden. Ein Psychiater schlug vor, die Verrechnungslimite der Kategorie „in Abwesenheit des Patienten“ erheblich auszuweiten oder eine neue Kategorie „Leistung in Abwesenheit bei komplexen Fällen“ zu installieren. Die bessere Vergütung der Vernetzungstätigkeit der psychotherapeutischen Fachpersonen, würde die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützen und einen ganzheitlicheren Ansatz fördern.

Ausweitung des Therapieangebotes von institutionellen Anbietern für komplexe Fälle:

Für niedergelassene psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpersonen stellt die Behandlung von komplexen Fällen eine grosse Herausforderung dar, wegen Kapazitätsengpässe und aus finanziellen Gründen. Gemäss den Aussagen von den befragten Fachpersonen ist das institutionelle Therapieangebot gering. Folglich sollte das Therapieangebot von institutionellen Anbietern (z.B. UPKKJ, SPD & KJD) ausgeweitet werden.

Änderung in der Abrechnung von komplexen Fällen: Da die delegierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten keiner Versorgungspflicht unterliegen, werden komplexe Fälle häufig abgelehnt. Die Zuweisung zu Psychotherapien sollte zentral geregelt werden oder es sollten Anreize zur Aufnahme von komplexen Fällen für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschaffen werden mit speziellen Abrechnungszusätzen, die den Mehraufwand decken. Hierzu braucht es Diskussionen zwischen den Tarifpartnern, beziehungsweise zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern.

Handlungsempfehlungen 10

Eine weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsschwierigkeit bestehe gemäss den befragten Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen bei Kindern und Jugendlichen aus fremdsprachigen Familien. Unter anderem weil keine Dolmetscher/-innen für Psychotherapien finanziert werden. Das bedeutet, dass bestimmte Sprachgruppen kaum bis keinen Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung haben. Gerade für besonders vulnerable Klientengruppen wie unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMAS), sollte der Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden.

Finanzierung von Dolmetscher/-innen für fremdsprachige Familien: Für alle Kinder und Jugendliche aus fremdsprachigen Familien soll der Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ermöglicht werden. Da am SPD die entsprechenden Mittel für Dolmetscherleistungen vorhanden sind, könnte bei der psychologischen Begleitung durch Schulpsychologinnen und Schulpsychologen ein Fokus auf fremdsprachige Kinder und Jugendliche gelegt werden.

Handlungsempfehlung 11

Von den schulischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen des SpA wurde wiederholt betont, dass die meisten ihrer Schülerinnen und Schüler eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung benötigen. Obwohl die Schülerinnen und Schüler vor der Verfügung schulpsychologisch abgeklärt worden sind, besuchen beim Eintritt ins SpA die wenigsten die dringend benötigte Therapie. Die Eltern von den entsprechenden Schülerinnen und Schüler seien oftmals psychosozial stark belastet und können den Organisationaufwand der Therapieinstallation und -fortführung nicht selber stemmen. Ein psychotherapeutisches Therapieangebot am Schulhausstandort würde nicht nur die Schwierigkeiten der Eltern bei der Termineinhaltung sondern auch der Lehrpersonen bei der Therapieplatzsuche enorm verringern. Somit würde ein niederschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung geschaffen werden. Eine weitere Möglichkeit wäre die Kopplung der Verfügung einer separativen Beschulung mit der Einrichtung eines Therapieangebotes. Ähnlich wie bei Liaisondiensten der UPKKJ könnte die Therapie für die Schülerinnen und Schüler des SpA von verschiedenen Finanzposten getragen werden (z.B. Kostenbeteiligung von Gesundheits- und Erziehungsdepartment).

Abkommen für schulische Sondersettings: Bei Kindern und Jugendlichen, die aufgrund Verhaltensauffälligkeiten separativ beschult werden müssen, sollte der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung erleichtert werden, wie beispielsweise durch schulhausinterne Psychotherapien, durch schulpsychologische Therapien oder durch spezielle Abkommen mit externen Behandlungsangeboten.

Handlungsempfehlung 12

6.1.5 Übergänge

Jegliche Übergänge wurden von den befragten Berufsgruppen als kritischen Moment im Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen erfasst. Die pädagogischen Fachpersonen berichteten, dass bei Schulstandortwechseln oder beim Übergang vom Kindergarten in die Schule oftmals Informationen verloren gehen, die relevant gewesen wären für die Aufgleisung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Zudem werden die Reintegrationen von Schülerinnen und Schülern, die aufgrund Verhaltensauffälligkeiten oder anderweitigen psychischen Schwierigkeiten in einem separativen Schulsetting beschult wurden, teilweise zu wenig begleitet, sodass ein Rückfall in alte Verhaltensmuster riskiert wird. Ebenfalls von den schulischen Fachpersonen und den SSA wurde der Übergang vom SPD ins therapeutische Setting kritisiert. Die dokumentierten Verläufe zeigen auch auf, dass es oftmals mehrere Anmeldungen beim SPD brauchte, bis die Familien bereit waren die nötigen Schritte für den psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsstart vorzunehmen. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte betonten die Schwierigkeiten bei der Übergabe von Klientinnen und Klienten an Psychiaterinnen und Psychiater sowie an delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Eine zeitnahe Überweisung erfordere viel Zeitaufwand, da die Erreichbarkeit der Psychiaterinnen und Psychiater äusserst schlecht sei und es in Basel trotz grosser psychologischer Psychotherapeuten/-innendichte zu wenige delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebe (vgl. *Handlungsempfehlungen 8 und 15*).

Ein weiterer kritischer Übergang zeigte sich zwischen dem ambulanten und stationären Setting. Die durch eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bedingte Trennung von Eltern und Kinder führt, gemäss der Analyse einiger Verlaufsdocumentationen, oftmals zu Hemmnissen gegenüber der Einleitung eines Klinikaufenthaltes. Auch die ambulanten Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik sei eine heikle Schnittstelle. Die Fachpersonen der UPKKJ erwähnten selbstkritisch, dass die ambulante Therapie beim Austritt der Klientin/des Klienten teilweise nicht anschliessend erfolgen kann aufgrund der langen Wartefristen und aufgrund von zeitlichen Verzögerungen bei der Therapieplatzsuche. Zudem wurde bei der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Setting auf ein Finanzierungsproblem hingewiesen. Die Grundversicherung würde nur in wenigen Ausnahmen die Leistungen des ambulanten Settings und des stationären Settings gleichzeitig bezahlen. Auch der Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie wurde als kritische Schnittstelle erkannt. Der Aufbau von kontinuierlichen Behandlungsprozessen und die Gewährleistung der Versorgungskomplexität scheitern oftmals an der entwicklungspsychologisch arbiträren, aber systemrelevanten Schwelle ins Erwachsenenalter bei der Erreichung des 18. Lebensjahres (Andreae, 2016). Gemäss einer aktuellen Bestandesaufnahme im Auftrag des BAG (Von Wyl et al., 2020) gibt es wenige tagesklinische und stationäre Angebote, die sich auf diesen transpsychiatrischen Bereich fokussieren. Jedoch richten Institutionen in den letzten Jahren zunehmend ihre Angebote auf die Sonderbedingungen der Adoleszenz aus.

Qualitative Verbesserung von Übergängen: Es braucht längere Übergangsphasen, bewusste Überlappungen von Zuständigkeiten, Nachfrage und Nachsorge der beteiligten Fachpersonen.

Konzepte bei Übergängen: Übergänge jeglicher Art sollten frühzeitig geplant und konzeptionell unterstützt werden. Bei der Reintegration von Schülerinnen und Schülern aus einem Spezialsetting in die Regelschule müssen flankierende Massnahmen finanziert werden. Dazu braucht es klare Abmachungen zwischen den verschiedenen Settings, welche konzeptionell festgehalten werden sollten.

6.2 Potenziale einer verstärkten interprofessionellen Zusammenarbeit (Ziel 2 und 3)

Eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit braucht nebst dem gegenseitigen fachlichen Verständnis und verlässlichen Organisationsbedingungen auch die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und den nötigen Respekt voreinander (Groen & Jörns-Presentati, 2014). Auf einer intrapersonellen Ebene waren die befragten Fachpersonen mehrheitlich zufrieden mit der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen. Kollegialität und gute persönliche Beziehungen zu den involvierten Akteuren würden den Versorgungspfad erleichtern. Hinzu kommt, dass die kurzen Wege im Kanton Basel-Stadt eine gute und enge interprofessionelle Zusammenarbeit begünstigen. Von den verschiedenen Institutionen im Kanton Basel-Stadt wurden Bestrebungen geäussert, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern oder erleichtern. So werden beispielsweise von der Klinikschule der UPKKJ und dem KIS Austrittsgespräche mit möglichst allen im Fall involvierten Fachpersonen organisiert. Auch der Schulpsychologische Dienst des Kantons Basel-Stadt pflegt mit Austauschtreffen auf Gesamtteamebene die Vernetzung mit anderen Fachstellen. Von den pädagogischen Fachpersonen wurden die regelmässig stattfindenden Schulhaussprechstunden des SPD sehr geschätzt und als niederschwellig erachtet. Auch die Ergebnisse der Verlaufsdokumentationen weisen aus schulpsychologischer Perspektive auf eine gute Zusammenarbeit mit schulischen Fachpersonen, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hin. Nur die Zusammenarbeit mit dem KJD und der KESB wurde bei den Verlaufsdokumentationen weniger positiv wahrgenommen. Hierbei muss beachtet werden, dass der KJD oder die KESB nur bei neun der dokumentierten Fälle involviert waren.

Die gewonnenen Informationen aus den Berufsgruppeninterviews, den Verlaufsdokumentationen sowie des Austauschfensters aller befragten Fachpersonen (siehe 4.4) weisen auf die Wichtigkeit guter Vernetzung auf drei unterschiedlichen Ebenen hin: (1) auf einer strukturellen, organisatorischen Ebene, (2) auf einer funktionellen Ebene und (3) auf einer persönlichen Ebene.

6.2.1 Vernetzung auf einer strukturellen, organisatorischen Ebene

Im Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten sind fast immer mehrere Berufsgruppen und Institutionen involviert, ausser die Eltern wenden sich direkt an die psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen. Oft fehlt den involvierten Berufsgruppen jedoch ein gemeinsamer Bezugsrahmen, da sie in stark spezialisierten Feldern arbeiten. Abgeleitet aus den durchgeführten Interviews mit Fachpersonen unterschiedlicher Institutionen scheint die Pflege und der Ausbau von institutionsübergreifendem, gemeinsamem Denken wichtig zu sein. Auf Leitungsebene müssten gemeinsame Konzepte, wie beispielsweise ein institutionsübergreifendes Konzept zur Reintegration von Schülerinnen und Schülern aus einem Spezialsetting, erarbeitet und Synergien geschaffen werden. Die interdisziplinäre Vernetzung ist für alle Akteure der Versorgungskette wichtig. Um Ressourcen optimal einzusetzen und Redundanzen zu vermeiden, gilt es bei der Bedarfsanalyse von neuen Angeboten oder Interventionen andere Berufsgruppen oder Institutionen einzubeziehen. In Basel existiert ein alljährliches Austauschtreffen auf Leitungsebene mit Vertretern aller Institutionen im Kinder- und Jugendgesundheitsbereich. Ziel dieses Treffens ist der Informationsaustausch über Angebote und Neuerungen in jeder Institution sowie der Austausch über allfällig neue beziehungsweise verstärkt auftretende Themen und Fragestellungen. Von den teilnehmenden Fachpersonen des Austauschtreffens wurde die Möglichkeit des interprofessionellen Austauschs geschätzt. Basierend auf den Aussagen verschiedener Interviewpartner/-innen scheint es nicht einfach zu sein, den Überblick über die Vielzahl von vorhandenen Unterstützungsangeboten zu behalten. Ausserdem bestehe gerade auch bei neuen Angeboten sowie in komplexen Situationen ein Bedarf, Abläufe zu besprechen und Unklarheiten bezüglich Zuständigkeiten zu klären.

Durch die **Organisation von Vernetzungsanlässen oder Fachaustauschsitzungen** zwischen Behörden und den involvierten Fachpersonen aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette, können die Akteure auf dem aktuellen Stand der Unterstützungsangebote bleiben, Abläufe genauer definieren und allfällige Lücken und Optimierungsmöglichkeiten in der Versorgung besprechen.

Vernetzung auf institutioneller Leitungsebene: Entwicklung von gemeinsamen Stossrichtungen und Präventionsideen, Vermeidung von Redundanzen.

Handlungsempfehlungen 14

Die Nutzung von bestehenden Austauschfenstern und die Schaffung von formalen Abläufen werden von den befragten Fachpersonen sehr geschätzt. Beispielsweise erleichtere aus schulpsychologischer Sicht das Überweisungsformular des SPD BS an die Kinderärztinnen und Kinderärzte den Versorgungspfad von Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten enorm. Auch von den Kinderärztinnen und Kinderärzten werden die Vereinbarungen und die in den letzten Jahren gewachsene Zusammenarbeit mit den schulischen und schulpsychologischen Fachpersonen des Kantons Basel-Stadt geschätzt. Im Gegensatz dazu wurde von pädiatrischen Fachpersonen anderer Kantone geäußert, dass sie sich im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad öfters übergangen fühlten. Anhand dieses Beispiels wird ersichtlich, wie sich augenscheinlich kleine interdisziplinäre Abmachungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit auswirken. Der Schwierigkeiten bezüglich der Erreichbarkeit von Psychiaterinnen und Psychiatern könnte möglicherweise ebenfalls mit Überweisungsformularen begegnet werden. Eine neuere psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis im Kanton Basel-Stadt nimmt alle Anmeldungen per Onlineformular entgegen und informiert den überweisenden Akteur per Mail über die Wartefrist und den offerierten Ersttermin der Therapie. Für Eltern können so auch Anmeldungen ausserhalb der gängigen Geschäftszeiten ermöglicht werden. Jedoch wurde von anderen Fachpersonen kritisiert, dass diese Anmeldemethode für fremdsprachige oder bildungsferne Eltern eine Überforderung darstelle. Bedingt durch die unterschiedlichen Bedürfnisse der Leistungsbeziehenden sind starre und eingeschränkte Zugangswege im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad zu vermeiden.

Administrative Erleichterungen: Die Überweisungsformulare des SPD BS an die pädiatrischen Fachpersonen wurden von beiden befragten Berufsgruppen als erleichternd für die IPZ wahrgenommen. Dies kann als Modell guter Praxis dienen. Auch online Anmeldeformulare von psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxen können die Überweisung erleichtern.

Handlungsempfehlung 15

6.2.2 Vernetzung auf einer funktionellen Ebene

Die interprofessionelle Zusammenarbeit unterliegt verschiedenen Organisationsmodi, die sich differenzieren durch die Art und Weise wie Handlungen koordiniert werden. Einerseits ergibt sich durch ein strukturiertes Mit- und Nacheinander eine Abfolge von unterschiedlichen Kompetenzen und Zuständigkeiten. Andererseits können verschiedene Kompetenzen organisiert werden durch eine zentralisierte Schaltstelle, welche innerhalb eines Netzes das benötigte Fachwissen flexibel hinzuzieht (Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017). Der Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten unterliegt eher dem erstgenannten Organisationsmodus. Jedoch zeigte die Analyse der Verlaufsdocumentationen, dass die Versorgungspfade sehr unterschiedlich sind und die Abfolgen der Akteure wenig stringent sind. Folglich ist eine gute Koordination der Akteure im Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zentral. Obwohl dies

vielen befragten Fachpersonen bewusst war, wurde die Verantwortungsdiffusion häufig als Schwierigkeit genannt. Von den pädagogischen Fachpersonen, von den Schulsozialarbeitenden sowie den schulpsychologischen Fachkräften wurde immer wieder das Bedürfnis nach einem fallführenden und verantwortlichen „Case Manager“ oder einem Kompetenzzentrum mit ganzheitlicher Herangehensweise im Versorgungspfad ausgesprochen. Auch an der SPILK wurden Koordinationsschwierigkeiten thematisiert und über eine Koordinationsstelle diskutiert, welche die Dringlichkeit und die Sicherstellung der Finanzierung der Psychotherapie abklären könnte. Ausserdem könnte, abgeleitet aus der Diskussion an der SPILK, dem Schulpsychologischen Dienst bei genügend Ressourcen eine tragende Rolle im Case Management zukommen, da die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen die Bezugssysteme der Kinder wie das Familiensystem, das Schulsetting und die Therapieart kennen und als Brückenbauer fungieren können. Im Kanton Basel-Stadt wurde aus schulpsychologischer Sicht gute Erfahrungen damit gemacht, wenn die Schulpsychologen als Bindeglied zwischen den Psychotherapeuten und der Schule fungieren und Informationen der Psychotherapie an die schulischen Fachpersonen weitergeben und sie unterstützen, die in der Therapie erreichten Ziele im Schulkontext zu etablieren.

Case Management: Zu einer sorgfältigen Zusammenarbeit mit den Eltern gehört auch die Vorbereitung der Eltern für die nächsten Schritte, die Psychoedukation bezüglich der Therapiemöglichkeiten, sowie die Nachsorge durch die beteiligten Fachpersonen. Als brückenbauende Instanz kommt dem SPD eine wichtige Rolle bei der Therapieinstallation und dem Transfer von Informationen zu. Der Ausbau von personellen Ressourcen des SPD könnte die Übernahme des Case Managements ermöglichen.

Prüfung einer Koordinationsstelle: Es sollte überprüft werden, ob der Bedarf einer zentralen Stelle zur Einschätzung der Dringlichkeit, Abklärung der Therapiefinanzierung und Unterstützung bei der Therapieplatzsuche besteht.

Handlungsempfehlungen 16

Um die Potenziale der interprofessionellen Zusammenarbeit ausschöpfen zu können ist es wichtig, die Funktionen und Tätigkeitsbereiche der anderen Berufsgruppen und die Unterstützungssysteme von Institutionen genau zu kennen. Die Kritik an den KJD bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit wurde von den Fachpersonen des KJDs unter anderem begründet durch die hohen, nicht ausgesprochenen Erwartungen der Akteure. Als wesentlich für eine gelungene systemübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit nennen die Autoren Groen und Jörns-Presentati (2014) mitunter wissensbezogene Voraussetzungen wie das gegenseitige, fachliche Verständnis sowie einen organisatorisch verlässlichen Rahmen. Jede Profession ordnet anderen Professionen und Institutionen professionelle Selbstverständnisse und Kompetenzen zu, die jedoch oftmals nicht geprüft werden. Beispielsweise sei den im Versorgungspfad involvierten Fachpersonen oft nicht bewusst, dass der KJD (ohne Gefährdungsmeldungsabklärung der KESB) im Auftrag der Eltern agiere.

Wie auch auf institutioneller oder struktureller Ebene braucht es Vernetzungsmöglichkeiten auf funktioneller Ebene, damit die Fachpersonen die Tätigkeitsfelder und Verantwortlichkeiten untereinander besser kennen lernen. Beispielsweise führte der Fachaustausch von den im Rahmen dieser Studie befragten Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern am 19. Februar 2020 bezüglich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu produktiven Diskussionen. Unter anderem wurde das Wissen bezüglich Finanzierung von Therapieplätzen für Familien mit geringen finanziellen Ressourcen besprochen und darauf aufbauend wird eine Übersicht mit Querfinanzierungsmöglichkeiten ausgearbeitet.

Vernetzung von unterschiedlichen Berufsgruppen: Ein verbessertes Verständnis von Berufsgruppen und Konzeptionen der beteiligten Fachpersonen ist für die Orientierung in der Versorgungslandschaft wegweisend für effizientere Versorgungspfade. Dies kann beispielsweise ermöglicht werden durch die Organisation von interprofessionellen Informations- und Austauschveranstaltungen zu Tätigkeitsfeldern, Arbeitsweisen, Funktionen sowie Grenzen der einzelnen Institutionen und Berufsgruppen.

Handlungsempfehlung 17

Ein weiteres Potenzial in der interprofessionellen Zusammenarbeit, welches basierend auf den Stimmen der befragten Fachpersonen noch zu wenig genutzt wird, ist die Verzahnung von der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit den Behandlungsmodalitäten deren Eltern. Häufig gehen die Kinder von psychisch kranken Eltern im Therapieprozess vergessen, obwohl das erhöhte Risiko für die kindliche Entwicklung schon lange bekannt ist (Fischer & Gester, 2005). Die Fachpersonen der UPKKJ berichteten, dass die deutliche Mehrheit der Eltern von den Klientinnen und Klienten psychische Erkrankungen aufweisen. Zum sozialpsychiatrischen Versorgungsstandard von Eltern mit psychischen Störungen sollten präventive Massnahmen für deren Kinder zu einem frühen Zeitpunkt selbstverständlich sein. Laut den Fachpersonen der UPKKJ bieten aufsuchende Hilfsangebote wie Familienbegleitung oder multisystemische Therapie (MST) eine mögliche Herangehensweise familiensystemische Verbesserungen herbeizuführen. Auch von den Diskussionsbeteiligten der SPILK wurden die Konzepte der Multifamilienarbeit hervorgehoben und gelobt, da die Eltern und ihre Schwierigkeiten in den Therapieprozess miteinbezogen werden können.

Zusammenarbeit zwischen dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Kinder-/Jugendbereich und dem Erwachsenenbereich stärken: Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern sind besonders vulnerabel ebenfalls eine psychische Störung zu entwickeln. Deshalb sollte bei der psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Eltern das Wohlergehen der Kinder in den Behandlungsplan inkludiert werden.

Ausweitung der Multifamilienarbeit: Für psychosozial belastete Familien sind aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote sehr wertvoll, da die Familien den Organisationsaufwand der Therapiewahrnehmung nicht auf sich nehmen müssen. Zudem kann ganzheitlich und anwendungsnah an den jeweiligen familiären Problemen gearbeitet werden.

Dabei sollte beachtet werden, dass die Intervention frühzeitig in die Wege geleitet wird und die herausfordernde Tätigkeit durch qualifizierte und erfahrene Fachpersonen ausgeführt wird.

Handlungsempfehlungen 18

6.2.3 Vernetzung auf einer persönlichen Ebene

Die Ergebnisse der Verlaufsdocumentationen zeigten die individuelle Komplexität der Fälle und die daraus resultierenden, unterschiedlichen Versorgungspfade auf. Eine starre Abfolge der involvierten Fachpersonen ist aus der Verlaufspfadmusteranalyse nicht zu erkennen. Folglich ist für die Koordination und zum Schutz einer Fallverantwortungsdiffusion der persönliche Austausch zentral. Gemäss den interviewten Fachpersonen müsse bei jedem Fall die Fallverantwortung neu geklärt werden, um den Versorgungspfad für die Eltern zu vereinfachen. Es wurde immer wieder betont, dass die Zusammenarbeit erleichtert wird, wenn sich die beteiligten Fachpersonen kennen. Deshalb spielt die persönliche Vernetzung zwischen den involvierten Fachpersonen eine wichtige Rolle in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Möglicherweise gelingt der

Abgleich der Tätigkeitsbereiche und der Verantwortungsübernahme besser, wenn sich die Akteure kennen. Jedoch sollten in der interprofessionellen Zusammenarbeit die Bedürfnisse der Klientin oder des Klienten im Vordergrund stehen und nicht die Beziehung zwischen den Akteuren. Eine gute Zusammenarbeit ist nicht gleichbedeutend mit harmonischer Zusammenarbeit, vielmehr zeichnet die Konfliktfähigkeit und der Mut zur Auseinandersetzung in einem konstruktiven Rahmen eine gelungene IPZ aus (Atzeni et al., 2017). Die Tätigkeitsbereiche und Verantwortlichkeiten im Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten sollten bei jedem Fall geklärt werden. Insofern sind Zeitgefässe, wie die von den befragten Fachpersonen geschätzten runden Tische, zur interdisziplinären Fallbesprechung wertvoll für die Planung des weiteren Vorgehens und für die Auftragsklärung. Von den interviewten Fachpersonen wurde der direkte Kontakt „face-to-face“ als effektivste, aber auch als die zeitaufwendigste Art von Zusammenarbeit beschrieben.

Technologische Hilfsmittel: Interprofessionelle Fallbesprechungen wurden als hilfreich, aber zeitaufwendig beschrieben. Oftmals fehlen die Zeit und die nötigen Ressourcen für interprofessionelle Sitzungen. Die Organisation von Konferenzen per Videotelefonie wäre eine mögliche Option um Wegzeiten einzusparen und somit auch die Terminfindung zu vereinfachen.

Handlungsempfehlung 19

Gemäss den Rückmeldungen der Eltern in den Verlaufsdokumentationen begünstigt eine aktive Involvierung des SPD den Versorgungspfad, da er die Versorgungslandschaft und idealerweise die handelnden Fachpersonen kennt. Von den interviewten Schulpsychologinnen und Schulpsychologen wurde festgehalten, dass die persönliche Vernetzung zu den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Therapieplatzsuche enorm erleichtert. Von den befragten schulischen Sozialarbeitenden und den Heilpädagoginnen/Heilpädagogen wurde der Wunsch nach mehr Nachsorge des SPD im Kanton Basel-Stadt geäussert, was im Kanton Basel-Stadt aufgrund des hohen Falldrucks nicht immer gewährleistet werden kann. In welcher Intensität auf persönlicher Ebene die interprofessionelle Zusammenarbeit ausgeübt wird, hängt stark von der Kultur und den Ressourcen einer Institution ab. Im interkantonalen Vergleich an der SPILK zeigte sich, dass sich die Weiterverweiskulturen der verschiedenen Dienste unterscheiden. Gewisse Dienste pflegen eher eine Empfehlungskultur und andere begleiten ihre Klientinnen und Klienten aktiv bei der Therapieinstallation und sind sogar bei Übergabegesprächen anwesend. Generell waren sich die interviewten triagierenden Fachpersonen (SPD, SSA, Kinderärzte und Kinderärztinnen) einig, dass die Vorbereitung der Familien auf die geplante Psychotherapie wichtig ist für den Therapieerfolg.

Gezielte Vorbereitung der Familien auf Psychotherapie: Die Klientinnen und Klienten sollen gezielt auf die Psychotherapie vorbereitet werden durch Widerstandsüberprüfungen, Förderung der inneren Bereitschaft, Motivationsklärung und Aufklärung bezüglich der Möglichkeiten der Psychotherapie. Dadurch werden Hemmschwellen beim Übergang in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung reduziert und für den Start der Therapie gute Voraussetzungen geschaffen.

Die **Begleitung des SPD bei der Therapieinstallation** sollte zumindest bei allen gefährdeten Klientengruppen (Fremdsprachigkeit, niedriger SES, belastete Familiensysteme etc.) gewährleistet werden. Eine aktive Fallführung durch den SPD und eine gute Nachsorge gilt generell als wünschenswerte Verfahrenspraxis. Hierfür müssten entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden.

Handlungsempfehlungen 20

Ein Kritikpunkt der interprofessionellen Zusammenarbeit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad, der immer wieder thematisiert wurde, ist der Informationsrückfluss von den behandelnden Fachpersonen zu den schulischen Fachpersonen oder vorgeschalteten Institutionen wie der SPD. In der Diskussion am Austauschtreffen zwischen den verschiedenen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wurde der geringe Informationsrückfluss begründet durch die Aufrechterhaltung einer vertrauensvollen Beziehung. Einige Therapeutinnen und Therapeuten wären sehr zurückhaltend gegenüber der Zusammenarbeit mit beispielsweise der Schule um nicht das enge Band zur Klientin oder zum Klienten zu gefährden. Jedoch könne der Informationsfluss aus der Therapie zur Klärung der Situation oder zur Verständnisförderung der Lehrpersonen gegenüber gewissen Verhaltensweisen beitragen. Zudem können die Inputs oder Handlungsempfehlungen von den therapierenden an die pädagogischen Fachpersonen einen besseren Umgang mit den psychischen Auffälligkeiten der betroffenen Schülerinnen und Schüler fördern.

Informationsrückfluss aus therapeutischem Setting pflegen: Um eine möglichst gute psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen und nachhaltige Therapieeffekte zu erzielen, scheint es wichtig, mit der Klientin oder dem Klienten den Informationsrückfluss in die verschiedenen Kontexte zu besprechen und aufzugleisen.

Handlungsempfehlung 21

6.4 Ausblick auf eine nachfolgende, repräsentative Studie (Ziel 4)

Die vorliegende qualitative Studie beabsichtigt als Vorläuferstudie Fokuse für eine nachfolgende, repräsentative Studie zu setzen. Eine umfassende Sicht der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen auf den Versorgungspfad von Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten kann hierbei nicht abgebildet werden. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Studie scheint die Untersuchung von Chancenungleichheiten im Versorgungspfad von Kindern und Jugendlichen aus psychosozial und ökonomisch benachteiligten Familien zentral zu sein. Angehörige vulnerabler Gruppen wie beispielsweise Kinder aus fremdsprachigen, bildungsfernen, armutsbetroffenen Familien oder mit psychisch kranken Eltern seien besonders gefährdet, keine adäquate Betreuung und Behandlung zu erhalten. Im Hinblick auf eine Nachfolgestudie scheint es wichtig bei der Stichprobenziehung auf ausreichend grosse Gruppen von Kindern der verschiedenen Benachteiligungstypen (Familien mit Migrationshintergrund, psychisch kranke Eltern, Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, etc.) zu achten, denn es ist zu vermuten, dass die verschiedenen Benachteiligungsgruppen unterschiedliche Schwierigkeiten im Versorgungspfad erfahren oder sich die Versorgungspfade möglicherweise gänzlich unterscheiden.

Im Rahmen dieser Studie wurde untersucht, ob und in welcher Frist es gelungen ist, ein psychiatrisches oder therapeutisches Angebot zu installieren. In einer repräsentativen Nachfolgestudie sollte zusätzlich die Qualität der erfahrenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistung erhoben werden, so wie die Frage, ob eine auf das Themengebiet spezialisierte Fachperson eingesetzt werden konnte. Da der Frühbereich von den befragten Fachpersonen oftmals als unterversorgt betitelt wurde, wäre eine Analyse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssituation von Kindern zwischen null und sechs Jahren erstrebenswert. Ausserdem sollte die Sicht der Familien auf die psychiatrisch-psychosoziale Versorgung in einer zukünftigen Studie erfasst werden. Die Gelingensbedingungen könnten erfragt werden, um eruieren zu können, welche Faktoren zu einem gut funktionierenden Versorgungspfad beitragen. Da Betreuer und Betreuerinnen aus Tagesstrukturen und Kindertagesstätten ebenfalls wichtige Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auf-

fälligkeiten sein können, sollten deren Perspektive in einer repräsentativen Studie ebenfalls berücksichtigt werden.

Weiter zeigte die vorliegende Studie, dass der schulpsychologische Dienst im Versorgungspfad als wichtiger Wegbegleiter geschätzt wird und dass dem SPD eine tragende Rolle bei der Therapieinstallation zukommen kann. Eine interkantonale Studie könnte unter der Berücksichtigung der jeweiligen Ressourcen und des Sozialindex der Klientinnen und Klienten die Weiterverweiskultur der jeweiligen SPD untersuchen und Modelle guter Praxis daraus ableiten. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf den aufgewendeten Zeitaufwand für die Triage gelegt werden.

Alle befragten Berufsgruppen und Institutionen erhoffen sich eine Verbesserung von niederschweligen Zugängen zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem von Kindern und Jugendlichen. Eine sorgfältige Bestandsaufnahme der derzeitigen Bemühungen für niederschwellige Angebote und Unterstützungsmassnahmen könnte idealerweise Versorgungslücken oder Zugangshürden aufzeigen. Aus der qualitativen Evaluation dieser Angebote auf Nutzung und Wirksamkeit könnten Implikationen abgeleitet werden, inwiefern neue niederschwellige Angebote und Unterstützungsmassnahmen benötigt werden. Zudem sollte aus der Elternperspektive auch überprüft werden, wie gut die Orientierung in der Versorgungslandschaft gelingt oder ob der Bedarf an Koordinationsstellen besteht.

Von den schulischen Fachpersonen und den schulischen Sozialarbeitenden wurden die zweiwöchentlich stattfindenden Schulhaussprechstunden des SPDs und die allgemein kurzen Wege im Kanton Basel-Stadt sehr geschätzt. Der rege Austausch zwischen den schulischen und den schulpsychologischen Fachpersonen fördert eine adäquate Sensibilität gegenüber psychischen Auffälligkeiten. Basierend auf der Diskussion an der SPILK zeigt sich in ländlichen Regionen, aufgrund der längeren Wege, generell eine schlechtere Versorgungssituation. Zudem können Schulhaussprechstunden des SPD längst nicht in allen Kantonen angeboten werden. In einer repräsentativen Studie soll überprüft werden, welche Regionen von intermediären Angeboten, wie beispielsweise schulpsychologische oder psychotherapeutische Sprechstunden im Schulhaus, profitieren könnten.

7. Empfehlungen für das BAG

Nachfolgend werden die wichtigsten Befunde unserer Studie zusammengefasst und die daraus entwickelten Handlungsempfehlungen zu übergeordneten Empfehlungen gebündelt (*vgl. Tabelle 5*).

Im Vergleich zu anderen Kantonen profitiert die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt von kurzen Wegen und einer vergleichsweise hohen Präsenz des schulpsychologischen Dienstes in den Schulen durch die zweiwöchentlichen Schulhaus-sprechstunden. Ableitend aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie funktioniert die Erkennung von psychischen Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schüler durch die schulischen Fachpersonen im Kanton Basel-Stadt relativ gut. Eine stärkere Verzahnung von Schulpsychologie und Schule oder schulnahen Therapieangeboten und Schule, wäre jedoch für spezielle Schulangebote, welche Kinder mit starken psychischen Auffälligkeiten beschulen oder auch für gewisse ländliche Regionen sehr wünschenswert (*vgl. Empfehlung 1*).

Gemäss der Mehrzahl der befragten Fachpersonen übersteigt der Bedarf an Therapieplätzen das Therapieangebot, welches über die Grundversicherung abgerechnet werden kann, trotz einer relativ hohen Dichte von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten im Kanton Basel-Stadt (*vgl. Empfehlung 2*). Die Versorgung hängt stark vom Alter der Klientinnen und Klienten, den Ressourcen der jeweiligen Familien, der Komplexität des Falles und der Dringlichkeit der Fragestellung ab. Von den befragten Fachpersonen wurden verschiedene vulnerable Klientengruppen erkannt, bei welchen ein grösseres Risiko besteht, dass sie nicht die optimale Behandlung erhalten. Beispielsweise wurde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Kleinkindern oder Kindern mit einer geistigen Behinderung kritisiert (*vgl. Empfehlung 3*). Zudem nehmen die Eltern der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten als Entscheidungsträger eine machtvolle Schlüsselfunktion ein im Versorgungspfad. Das Feld der Psychiatrie und Psychotherapie ist stets mit viel Scham, Angst und Stigmatisierung behaftet, weshalb es vielen Eltern schwerfällt, die nötigen Schritte für die Einleitung einer Therapie vorzunehmen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen von bildungsfernen Eltern oder von Eltern mit anderen Konzepten bezüglich psychischen Erkrankungen, teilweise geprägt durch ihren kulturellen Hintergrund, bestehe das Risiko, dass die Eltern der Empfehlung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht nachkommen (*vgl. Empfehlung 4*). Ausserdem wurden von allen befragten Berufsgruppen Kinder aus psychosozial belasteten Familien, wie beispielsweise Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern, oder Kinder welche häusliche Gewalt erfahren, als besonders gefährdet eingestuft. Für solche erschöpfte Familiensysteme ist der Organisationsaufwand, welche die Therapieinstallation und das regelmässige Wahrnehmen einer Therapie mit sich bringt, oftmals nicht leistbar. Zudem sei gemäss den befragten Fachpersonen die Zusammenarbeit mit den Eltern oft erschwert, wenn sich psychosoziale Risiken kumulieren. Es komme zu zeitlichen Verzögerungen und zu qualitativ schlechterer Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Der derzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungspfad sei gemäss den Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zu wenig auf Kinder und Jugendliche aus ressourcenarmen Familien mit psychosozialen Risiken zugeschnitten. In einem optimierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem sollten die verschiedenen Risikofaktoren für eine inadäquate Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erkannt werden und zusammen mit den Leistungserbringern eine möglichst massgeschneiderte Lösung mit viel institutioneller Unterstützung auf dem Versorgungspfad ausgearbeitet werden. Das heisst eine adäquate Behandlung und Betreuung ist an die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Familien und deren zeitlichen, finanziellen und bildungsbedingten Ressourcen angepasst. Die Bemühungen aller im Versorgungspfad involvierten Fachpersonen sollten darauf ausgerichtet sein, die Entscheidungsträger eines Familiensystems im

Versorgungspfad zu begleiten und zu halten, damit deren Kinder die benötigte Behandlung erhalten (vgl. *Empfehlung 5*). Hinzu kommt, dass Familien aus sozioökonomisch niedrigeren Schichten eingeschränkter sind in der Therapeutenwahl, da sie sich nur die Therapien, welche über die Grundversicherungen abrechenbar sind, leisten können. Da ein Mangel an ärztlichen und delegierten Psychotherapieplätzen herrscht, müssen Familien, die auf die Finanzierungsbeteiligung der Grundversicherung angewiesen sind, mit längeren Wartezeiten rechnen. Eine freiere Therapeutenwahl würde nicht nur eine bessere Passung zwischen Patientin oder Patient und der Art der Psychotherapie ermöglichen, sondern das Angebot würde sich vergrössern und eine Verringerung der Wartezeiten könnte somit erfolgen. Von einem Paradigmenwechsel zu einem Anordnungsmodell wird sich deshalb von verschiedenen Seiten eine Reduktion der Versorgungsengpässe bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erhofft (vgl. *Empfehlung 2*). Basierend auf den Resultaten der Verlaufsdokumentationen sind die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen mehrheitlich zufrieden mit der interprofessionellen Zusammenarbeit. Auch die interviewten Fachpersonen äusserten diesbezüglich eine grosse Zufriedenheit. Dennoch wurden bei jeglichen Übergängen von verschiedenen Settings Schwierigkeiten festgestellt. In einem optimierten Versorgungspfad würden Übergänge aller Art vorsichtiger vorbereitet und begleitet werden (vgl. *Empfehlung 6*). Dabei können auch administrative Massnahmen oder technologische Mittel zu Prozessverbesserungen führen. Ferner wurde die Wichtigkeit von Vernetzungsmöglichkeiten auf institutioneller, organisatorischer, funktioneller und persönlicher Ebene betont (vgl. *Empfehlung 7*). Die Elternzusammenarbeit und Systemarbeit stellt den Bereich der psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit dar, der sich wohl am stärksten von jener der Arbeit im Erwachsenenbereich unterscheidet. Die Therapieinstallation an sich sowie die damit verbundene Elternzusammenarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit wurden von den meisten befragten Fachpersonen als sehr zeitaufwendig wahrgenommen. Die zeitintensive Systemarbeit wird allgemein für den Versorgungspfad und insbesondere die Sicherstellung reibungsloser Übergänge als sehr wichtig eingestuft, jedoch steht gemäss Angaben der Fachpersonen hierfür häufig nicht ausreichend Zeit zur Verfügung. Bei den behandelnden Fachpersonen zeigte sich zudem die Schwierigkeit, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit sehr schlecht abgerechnet werden kann. Gerade im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbereich von Kindern und Jugendlichen ist die systemische Sichtweise zentral und bedingt die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen und dem ganzen Familiengefüge. Das Abrechnungssystem Tarmed sollte besser auf die Behandlung von Kinder- und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ausgerichtet werden (vgl. *Empfehlung 8*). Insbesondere bei komplexen Fällen wird das Tarmed-System als einschränkend erlebt. Die Vernetzungstätigkeiten und der Mehraufwand von komplexen Fällen sind gemäss den befragten niedergelassenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen schwierig über das Tarmed-System abzurechnen. Folglich werden komplexe Fälle aus finanziellen Gründen oftmals im Vorherein abgelehnt, unter anderem auch weil die psychotherapeutischen Fachpersonen keiner Versorgungspflicht nachkommen müssen. Da die institutionellen Therapieplätze eher rar sind, erfahren Klientinnen und Klienten mit komplexen Fragestellungen eine Benachteiligung im Versorgungspfad (vgl. *Empfehlung 9*).

Nummer	Handlungsbereich	Handlungsempfehlungen (Nummer der Handlungsempfehlung)
<i>Empfehlung 1</i>	Verzahnung zwischen Schulpsychologie, schulnahen Therapieangeboten und Schule	Fokus auf Schulhauspräsenz legen (1) Abkommen für schulische Sondersettings (12)
<i>Empfehlung 2</i>	Ausweitung von Psychothera-	Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Be-

	pieangeboten, welche über die Grundversicherung abgerechnet werden können.	darfsabdeckung (8) Paradigmenwechsel zum Anordnungsmodell (8)
<i>Empfehlung 3</i>	Rücksicht auf gefährdete Klientengruppen	Ausweitung der therapeutischen Angebote im Frühbereich (6) Ausbildung im Bereich internalisierende Störungen und geistige Behinderung intensivieren (7) Finanzierung von Dolmetscher-/innen für fremdsprachige Familien (11)
<i>Empfehlung 4</i>	Stigma und Hemmschwelle abbauen gegenüber psychischen Auffälligkeiten und deren Behandlungsmethoden	Sensibilisierung der Bevölkerung (2) Elterninformationen zu Beratungs- /Therapiemöglichkeiten (3) Niederschwelliger Zugang zu Schulsozialarbeit und Schulpsychologie (3) Niederschwellige Angebote schaffen (3)
<i>Empfehlung 5</i>	Sicherstellung, dass Kinder von psychosozial und ökonomisch belasteten Familien keinen Nachteil in der Versorgung erfahren.	Konzepte und Massnahmen zur Verringerung der Chancengleichheit (5) Ausbildungsfokus auf vulnerable Gruppen legen (5) Umverteilung der psychologisch-therapeutischen Ressourcen zugunsten psychosozial/ökonomisch belasteten Familien (5) Ressourcierung an Sozialindex anpassen Ausweitung der Multifamilienarbeit (19)
<i>Empfehlung 6</i>	Vernetzung auf verschiedenen Ebenen	Organisation von Vernetzungsanlässen oder Fachaustauschsitzungen (14) Vernetzung auf institutioneller Leitungsebene (14) Vernetzung von unterschiedlichen Berufsgruppen (17) Zusammenarbeit zwischen dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Kinder-/Jugendbereich und dem Erwachsenenbereich stärken (18) Informationsrückfluss aus therapeutischem Setting pflegen (21)
<i>Empfehlung 7</i>	Verbesserung von Übergängen und interprofessioneller Zusammenarbeit	Qualitative Verbesserung von Übergängen (13) Konzepte bei Übergängen (13) Administrative Erleichterungen (15) Technologische Hilfsmittel (19) Case Management/ Prüfung einer Koordinationsstelle (16) Gezielte Vorbereitung der Familien auf Psychotherapie (20) Begleitung des SPD bei der Therapieinstallation (20)
<i>Empfehlung 8</i>	Vergütung der interprofessionellen Zusammenarbeit	Anerkennung und Vergütung der Systemarbeit (4) Anpassung des Tarmed Abrechnungssystems (9)
<i>Empfehlung 9</i>	Komplexe Fälle	Ausweitung des Therapieangebotes von institutionellen Anbietern für komplexe Fälle (10) Änderung in der Abrechnung von komplexen Fällen (10)

Tabelle 5: Empfehlungen für das BAG und für beteiligte Fachpersonen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskette im Kinder- und Jugendbereich

8. Fazit

Werden die in dieser Studie identifizierten Schwachstellen und Lücken einer Gesamtbetrachtung unterzogen, kann festgestellt werden, dass der grösste Verbesserungsbedarf bei der Versorgung der psychosozial und/oder ökonomisch benachteiligten und ressourcenarmen Familien besteht. Kinder dieser Familien weisen gänzlich andere Verlaufspfade auf. Sie zeigen nicht nur höhere Wahrscheinlichkeiten für die Entwicklung einer psychischen Störung und erfahren eine geringere Unterstützung durch die Eltern. Sie sind auch auf dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad von längeren Wartezeiten, häufigeren Therapieabbrüchen und ungünstigeren Kooperationen zwischen Eltern und Fachpersonen betroffen.

Um die allgemeine Versorgungsqualität in der Schweiz anzuheben, erscheint es folglich unentbehrlich die Versorgung stärker auf Familien mit geringen Ressourcen auszurichten und Angebote bereitzustellen, die den bestehenden Nachteilen entgegen wirken.

Literatur

Achermann, N., Pecorari, C., Metzke, C. W., & Steinhausen, H. C. (2006). Schulklima und Schulumwelt in ihrer Bedeutung für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen—Einführung in die Thematik. In H.C. Steinhausen (Hg.) *Schule und psychische Störungen*. (S. 15-37). Stuttgart: Kohlhammer

Andreae, A. (2016) Integrierte psychiatrische Versorgung in der Adoleszenz. *Fmc Impulse, integrierte Versorgung*, (4) 2-5.

Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Report*, 12 (2), 1- 59.

Baierl, M. (2011). *Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

BAG Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie*. Abgerufen von https://sbap.ch/wp-content/uploads/2017/06/Bericht_Zukunft_Psychiatrie_DE.pdf (Zugriff am 18.05.20).

Baschin, K., Ülsmann, D., Jacobi, F., & Fydrich, T. (2012). Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen. *Psychotherapeut*, 57(1), 7-14.

Bretz, J., Sahin, D., Brandl, E. J., & Schouler-Ocak, M. (2019). Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung bei Türkeistämmigen und Personen ohne Migrationshintergrund. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 69(05), 176-181.

Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). Gesundheit in der Schweiz: Fokus chronische Erkrankungen – Nationaler Gesundheitsbericht 2015. *Hogrefe*, 3–268.

Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3(49), 226–236.

Bundesrat, Bundesamt für Gesundheit (2019). *Der Bundesrat will den Zugang zur Psychotherapie verbessern*. Abgerufen von https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medien_mitteilungen.msg-id-75583.html (Zugriff am 09.06.20).

Bundesrat, Departement des Innern (2015). *Stellungnahme des Bundesrates zur Interpellation „Psychiater-Schwemme in der Schweiz“*. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20144178> (Zugriff am 11.06.20).

Eichenberger, Y., & Delgrande Jordan, M. (2017). *Unterstützung durch Familie und Freundeskreis sowie Personen im schulischen Umfeld. Wahrnehmung der 11- bis 15-Jährigen und Zusammenhang zum psychischen Wohlbefinden und zum Konsum psychoaktiver Substanzen* (Kurzbericht Nr. 87B). Lausanne: Sucht Schweiz.

Eidgenössisches Department des Inneren, Bundesamt für Gesundheit (2019). *Vernehmlassungsentwurf Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in der OKP*. Abgerufen von <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/57504.pdf> (Zugriff am 10.06.20).

Fischer, M., & Gerster, S. (2005). Vergessen und überfordert: Kinder von psychisch Erkrankten. *Neuropsychiatrie*, 19(4), 162-167.

- Groen, G., & Jörns-Presentati, A. (2014). An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 151-160.
- Guggenbühl, L., Ettl, R., & Ruflin, R. (2012). *Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung. Eine Bestandsaufnahme*. Bern: Socialdesign AG, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- Hintzpete, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 229-238.
- Hoffer, R., & Bengel, J. (2020). Übereinstimmung von Eltern und Fachkräften in der Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten, psychosozialen Ressourcen und Handlungsbedarf im Kindergartenalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(1), 3-21.
- Jungmann, T., Koch, K., & Böhm, J. (2017). Verhaltensauffälligkeiten in Kindertagesstätten aus Eltern- und Fachkraftperspektive im KOMPASS-Projekt. *Frühe Bildung*, 6(1), 25-32.
- Klasen, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Reiss, F., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402-407.
- Lampert, T., & Kurth, B. M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt*, 104(4), 2944-2949.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Meier Magistretti, C., Walter-Laager, C., Schraner, M., & Schwarz, J. (2019). *Angebote der Frühen Förderung in Schweizer Städten (AFFiS). Kohortenstudie zur Nutzung und zum Nutzen von Angeboten aus Elternsicht*. Hochschule Luzern, Soziale Arbeit und Karl-Franzens-Universität Graz.
- Melfsen, S., & Walitza, S. (2017). Behandlungsmethoden des selektiven Mutismus. *Sprache · Stimme · Gehör*, 41(02), 91-97.
- Moran, V., & Jacobs, R. (2013). An international comparison of efficiency of inpatient mental health care systems. *Health Policy*, 112(1-2), 88-99.
- Narad, M. E., Garner, A. A., Peugh, J. L., Tamm, L., Antonini, T. N., Kingery, K. M., ... & Epstein, J. N. (2015). Parent-teacher agreement on ADHD symptoms across development. *Psychological assessment*, 27(1), 239-248.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., McGorry, P., Cross, R., & Memorial, W. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369, 1302-1313.
- Rescorla, L. A., Bochicchio, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., ... & Fombonne, E. (2014). Parent-teacher agreement on children's problems in 21 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 627-642.
- Rickwood, D. J., Deane, F.P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39.

Rüesch, P., Bänziger, A. & Juvalta, S. (2013). *Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie* (Obsan Dossier 23). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Seifried, K. (2019, November). *Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe der inklusiven Schule und der Schulpsychologie*. Beitrag präsentiert am 1. Alumni und Dozierenden Treffen der Weiterbildung Kinder und Jugendpsychologie.

Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). *Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP)*. Freiburg: Sottas formative works.

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (1998). Frequency and correlates of substance use among preadolescents and adolescents in a Swiss epidemiological study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 387-397.

Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S., & Künzi, K. (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012: Angebot, Inanspruchnahme und Kosten*. Bern: Büro Bass. Verfügbar unter www.buerobass.ch (Zugriff am 23.05.2017)

Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Walter, U., Salman, R., Krauth, C., & Machleidt, W. (2007). Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 34(7), 349-353.

WHO, World Health Organisation (2019). *Child and adolescent mental health*. Abgerufen von https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/ (Zugriff am 26.04.19).

Wirtz, M. (2020). In *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Abgerufen von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/above-average-effect> (Zugriff am 30.06.20).

Von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L. & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016* (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Von Wyl, A., Howard, E. C., Wade-Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeil, L., Haemmerle, P., & Andrae, A. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz. Eine Bestandaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie.

Anhang

Anhang 1

Verlaufsdokumentationsbogen

Deckblatt Verlaufsdokumentation:

Bedingung: Der Klient/ die Klientin sollte zwischen 5 und 18 Jahre alt sein. Im Zeitraum der letzten 12 Monate wurde eine Triage zu einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten oder einer Psychiaterin/einem Psychiater vorgenommen.

Das Deckblatt wird nur für allfällige Rückfragen verwendet. Die Verlaufsdokumentationen werden anschliessend anonym ausgewertet. (Bitte einseitig ausdrucken).

Zuständige Schulpsychologin / Zuständiger Schulpsychologe:

Vorname: _____ Nachname: _____

Klient/ Klientin:

Vorname: _____ Nachname: _____

Schulhaus: _____ Geburtsdatum: _____

Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit _____ war aus schulpсихологischer Sicht:

gut eher gut mittelmässig eher schlecht schlecht weiss nicht

————— ————— ————— —————

Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit _____ war aus schulpсихологischer Sicht:

gut eher gut mittelmässig eher schlecht schlecht weiss nicht

————— ————— ————— —————

Wie ist/war der Informationsfluss von der Therapie zurück in die Schule?

gut eher gut mittelmässig eher schlecht schlecht weiss nicht Therapiestart ist erst geplant

————— ————— ————— —————

Sind seit der Therapie Fortschritte in der Schule oder im Alltag sichtbar?

gut eher gut mittelmässig eher schlecht schlecht weiss nicht Therapiestart ist erst geplant

————— ————— ————— —————

Kreuze das entsprechende Feld an oder streiche die Aussage durch, falls sie nicht relevant ist für deinen Klienten.

Mögliche Schwierigkeiten bei der Erkennung von psychischen Schwierigkeiten	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	weiss nicht
Auffälligkeit wurde von der Schule lange nicht wahrgenommen	<input type="checkbox"/>				
Verzögerte Triage der Schule an SPD/Kinderarzt	<input type="checkbox"/>				
Konflikt zwischen Schule und Eltern	<input type="checkbox"/>				
Kindes Eltern sehen psychische Auffälligkeit nicht	<input type="checkbox"/>				
Kinderarzt sieht Bedarf für psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung nicht	<input type="checkbox"/>				

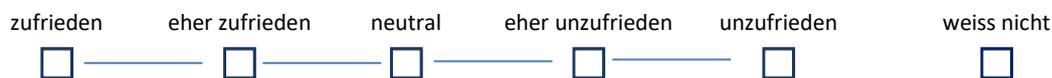
Mögliche Schwierigkeiten in der Versorgungskette bedingt durch Elternzusammenarbeit	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	weiss nicht
Hemmung der Eltern zur Kontaktaufnahme bedingt durch Fremdsprachigkeit/kulturellem Hintergrund	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Tragbarkeit der Therapie durch Kindes Eltern	<input type="checkbox"/>				
Fehlende Initiative zur Therapeutensuche von Eltern	<input type="checkbox"/>				
Kinder/Jugendliche möchten keine Therapie besuchen	<input type="checkbox"/>				
Kindes Eltern sehen Bedarf für psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung nicht	<input type="checkbox"/>				
Therapie wird abgebrochen	<input type="checkbox"/>				

Mögliche Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	weiss nicht
Kinderarzt macht keine Überweisung	<input type="checkbox"/>				
Fallführung ist unklar zwischen: _____	<input type="checkbox"/>				
Informationsfluss zwischen Therapeuten und Schule findet nicht statt	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten passende Therapeuten zu finden Bitte präzisieren:	<input type="checkbox"/>				

Mögliche Verzögerungen in der Versorgungskette	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	weiss nicht
Wartefristen bei Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>				
Wartefristen für stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>				
Verzögerung aufgrund des Abklärungsprozesses	<input type="checkbox"/>				
Verzögerungen bei KJD/KESB	<input type="checkbox"/>				
Wartefristen beim Schulpsychologischen Dienst	<input type="checkbox"/>				

Weitere mögliche Schwierigkeiten in der Versorgungskette (Bitte ergänze bei Bedarf)	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	weiss nicht
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Wie zufrieden waren die Eltern/Klienten insgesamt mit dem Versorgungspfad?



Allfällige Rückmeldungen der Eltern, wie sie die Versorgungskette erlebt haben und wie sie damit umgegangen sind:

Welche Gegebenheiten haben den Verlaufspfad möglicherweise erleichtert?

Anhang 2:

Leitfaden Interview

Fokus Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten:

- Wie erleben Sie die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf?
- Erhalten die Kinder und Jugendlichen die benötigte Therapie/Behandlung in einem angemessenen Zeitraum? Wie zeitaufwendig ist die Einleitung diesbezüglicher Schritte für Sie? (Anmeldung, Triage, Berichterstattung, etc.)
- Wo sehen Sie aus Sicht Ihrer Berufsgruppe besondere Schwierigkeiten in der Versorgungskette? (Von der Erkennung bis hin zur Therapie und dem Transfer zurück in die Schule)
 - Verzögerungen aufgrund von institutionellen Kapazitäten/Ressourcen?
 - Schwierigkeiten aufgrund von Wartezeiten? Schwierigkeiten bei der Therapeutensuche?
 - Unklarheiten bei der Fallführung?
- Welche Schwierigkeiten sehen Sie hinsichtlich der Finanzierung der psychischen Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen?
- Können Sie uns Ihre Vorstellung von einem Modell/Good-Practice Versorgungspfad schildern?
- Wenn Sie uneingeschränkte Handlungsmöglichkeiten hätten (keine finanziellen oder politischen Hemmnisse), was würden Sie verändern an der momentanen Versorgung?

Fokus Klienten:

- Gibt es gewisse Beispiele/Klientengruppen bei denen die Gefahr besonders hoch ist, dass sie nicht eine optimale psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung erhalten?
- In welchen Fällen gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Eltern als erschwert?
 - Hemmnisse aufgrund kulturellen Hintergrundes/Fremdsprachigkeit?
- Wie können Kinder und Jugendliche aus finanziell schwächeren /benachteiligten Familien so unterstützt werden, dass Ihnen der Zugang zur psychiatrischen /psychotherapeutischen Versorgung nicht verwehrt bleibt?
- Worauf muss aus Ihrer beruflichen Sicht besonders geachtet werden, damit die Elternzusammenarbeit gut funktioniert?
- Wie kann die Hemmschwelle psychiatrische oder psychologische Behandlung aufzusuchen, reduziert werden? Was kann Ihre Berufsgruppe dazu beitragen?

Fokus interprofessionelle Zusammenarbeit:

- Mit welchen Berufsgruppen/Institutionen arbeiten Sie am häufigsten zusammen?
- Bei welchen Schnittstellen der psychischen Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen zeigen sich aus Ihrer Sicht spezielle Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit?
- Wie erleben Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Reintegration von Schülerinnen und Schüler aus einem Spezialsetting? (KIS, KPA, SpA etc.)
- Wie wird der Informationsfluss in der Versorgungskette von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten organisiert?
 - Gibt es bestehende Austauschfenster?
 - Welche Kommunikationsformen sind besonders effizient?
- Welche Technologien unterstützen die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Anhang 3:

Weitere Schwierigkeiten in der Versorgungskette:

- *Kindeselterne sehen Schwierigkeit lange Zeit nicht und handeln erst, wenn es gar nicht mehr geht*
- *Die Mutter benötigte Unterstützung bei der Therapieplatzsuche*
- *Bei mehreren Playern erachtet sich niemand als richtig zuständig*
- *Kinderarzt ist mit seiner Einschätzung zur Therapieindikation zentral*
- *Kulturelle Bedeutung von Therapie in Kolumbien ist anders und fremd, es scheint mehr Hemmung zu machen*
- *Mangelnde Sprachkenntnisse und Einbezug Dolmetscher wirkten verzögernd.*
- *Die Mutter verweigert die Psychotherapie*
- *Psychotherapie wird von Klient als nicht indiziert erachtet.*
- *Kommunikation Schule-SPD schwierig*
- *Keine anschließende Verlaufskontrolle bei Neuropädiaterin.*
- *Kindesmutter vergisst häufig Termine.*
- *Kindesmutter ist wahrscheinlich Analphabetin und braucht Hilfe bei eigenständiger Therapieplatzsuche*
- *Mangelnde elterliche Kontrolle*
- *Trotz hohem Leidensdruck des Kindes scheint eine Gefährdungsmeldung nicht indiziert.*
- *Kindeselterne haben anfänglich den eigenen Beitrag zur Symptomatik nicht erkannt – Erziehungsproblematik.*
- *Drohungen der Kindesmutter, dass sie sich was antun werde, wenn KESB/KJD involviert wird.*
- *Unauffälliger Junge*
- *Erste Erfahrung der Kindeselterne mit SPD eher negativ, Hemmung sich wieder anzumelden.*

Anhang 4:

Gegebenheiten, welche den Versorgungspfad erleichtert haben:

- *SPD Beobachtung in der Schule → Empfehlung ADHS Diagnose. KLP informiert Mutter direkt, Anmeldung bei Ki. Arzt. Wenig Zwischenschritte. Einfache, Effiziente Anmeldung per Onlineformular.*
- *Grosses Engagement der Schulleiterin, gute Kooperation der Eltern, Beratung durch FFI, intensive interprofessionelle Zusammenarbeit. Fachrunde und runder Tisch mit Kindeseltern.*
- *Begleitung durch SPD – Ansprechpartner in Krisensituation, Verantwortungsübernahme, als es der Mutter sehr schlecht ging*
- *Die grundsätzliche Offenheit und das Problembewusstsein für die Situation des Klienten. Die offene Zusammenarbeit zwischen Schule, Therapeutin und Kindesmutter.*
- *Die grundsätzliche Offenheit und das Problembewusstsein für die Situation von XY war seitens der Kindeseltern gegeben.*
- *Arbeit und Initiative der KIS-Mitarbeitenden*
- *Dass SPD persönlich einen möglichen Psychotherapeuten kannte und so rasch einen potentiellen Platz finden konnte*
- *Therapeut im Haus, SPD hat Therapeutensuche übernommen. Kooperation der KE (Schweigepflichtentbindung), guter Austausch zwischen SPD, Youkidoc, SSA und SL*
- *SPD suchte Psychotherapieplatz, SPD sass mit KJD zusammen und empfahl stationären Aufenthalt. SPD nahm Kontakt zu KPA auf. KJD ging danach mit dem KV zum Indikationsgespräch.*
- *Ich habe selbst aktiv Kontakt mit MST (Multisystemische Therapie) aufgenommen und Voranmeldung gemacht, mehrmaliges Nachfragen und dranbleiben bei KJD und Kindesmutter*
- *Weitergabe von Adressen durch SPD, Drohung der Schule den KJD einzuschalten*

Anhang 5

Rückmeldungen der Eltern

- *Die Kindesmutter war sehr dankbar für die Unterstützung bei der Suche nach einem Therapieplatz*
- *Bei KJPK notfallmässig angerufen, Enttäuschung, dass nicht gleich ein Termin angeboten werden konnte, gleich bei SPD gemeldet (aktiv nach Hilfe gesucht), auch Wartefrist in psych. Praxis)*
- *Die Mutter war sehr zufrieden, dass ich sie bei der (erfolglosen!) Suche unterstützt habe. Noch zufriedener war sie, dass ich die Begleitung schliesslich selbst übernahm.*
- *Kindesmutter und auch XY haben sich von Schule, SPD gut betreut gefühlt, wollten Probleme nicht so wahrhaben. Hatten aber das Gefühl, dass man helfen will und dass man es gut meint.*
- *Der Kindesvater sah den Bedarf an Psychotherapie nicht. Er musste für jeden Schritt motiviert werden bzw. konnte nichts selbst in die Hand nehmen. Auch die Suizidgedanken seines Sohnes liessen ihn kalt. SPD suchte eine Psychiaterin*
- *Die Kindeseltern verweigerten lange die Psychotherapie. XY ist heute noch mutistisch in der Gruppe, besucht regelmässig ihre Psychotherapie. Die Kindeseltern scheinen kein Problem mit der Versorgungskette erlebt zu haben.*
- *Rückmeldung der Kindesmutter: Sie habe den ganzen Tag telefoniert und keinen Psychiater für Jugendliche gefunden.*
- *Dankbar für die gute Vernetzung und Empfehlung. Grosses Vertrauen zu Psychotherapeutin.*
- *Mutter wünschte sich eine Klinik, wo sie ihr Kind mitnehmen könnte.*
- *Die Kindesmutter war sehr besorgt. Trotz Therapeutin und stationärem Aufenthalt waren die Erfolge kaum bis gar nicht sichtbar. XY hielt sich nicht an Regeln und wurde deswegen vom stationären Aufenthalt ausgeschlossen*
- *Die Kindeseltern waren froh um die Kontakte. XY hat aber schlussendlich eine Therapie verweigert.*
- *Allgemeine Unzufriedenheit mit Schule und System. Externe Schuldzuweisungen vor allem des Vaters.*