

Chancen und Desiderate in der interdisziplinären Unterstützung und Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern mit psychisch kranken Eltern

Harald J. Freyberger und Susan Kluth



Inhalte des Vortrages

- A. Eine typische Beispiel ...
- B. Problem Nr. 1: Die Diagnose
- C. Problem Nr. 2: Die Stigmatisierung im System
- D. Problem Nr. 3: Städtische Regionen vs. Flächenland
- E. Problem Nr. 4: Die Finanzierung der Versorgung
- F. Problem Nr. 5: Die Einrichtungen und der Lobbyismus oder ... und wenn alles funktioniert, scheitern wir spätestens an der Schnittstelle
- G. Lösungen

Ein typisches Beispiel ...

27jährige Sozialpädagogin,

Opfer multipler sexueller und gewalttätiger Übergriffe durch den alkoholabhängigen Vater bei einer eher in der abhängig-passiven Beziehungskonstellation verharrenden Mutter

1. Schizophrene Episode mit 20 Jahren und 3-monatiger stationärer Behandlung und Vollremission

Ein typisches Beispiel ...

2. Schizophrene Episode mit 22 Jahren,
ambulantes Management mit Teilremission

Eheschließung mit dem langjährigen Freund
25jährig, danach Geburt eines Sohnes

1 Woche danach 3. schizophrene Episode mit 3-
monatiger stationärer Behandlung. Das Kind
verbleibt bei der inzwischen geschiedenen Mutter.

Ein typisches Beispiel ...

Nach der Rückkehr nach Hause: Persistenz der schizophrenen Symptomatik, der Sohn wird im wesentlichen durch die Mutter versorgt

Vorstellung in der Institutsambulanz mit der Frage der Einleitung einer gesetzlichen Betreuung und Adoption:

Diagnose: paranoide Schizophrenie,
posttraumatische Belastungsstörung

Vorgehen: Stationäre Intervallbehandlung mit
rooming-in-Ansatz

Ein typisches Beispiel ...

In einem gestuften Programm wird die Betreuung des Sohnes zunächst vom Stationsteam übernommen und soziale Umgangskompetenz trainiert.

Entlassung nach 12 Wochen, 6-Monatskatamnese stabil, ebenso 1- und 2-Jahreskatamnese

PTSD-Triggerung der schizophrenen Symptomatik
Reaktualisierung der Geburt des Bruders, die die Gewaltexzesse des Vater auslöste

Problem Nr. 1: Die Diagnose

- A. Vom behandelnden Frauenarzt wurde Frau A. nicht als Risikopatientin identifiziert (Literatur: 40-80% aller Fälle; Behandlungsrate bei schweren peri- oder postpartalen Depressionen: 20%)
- B. Dementsprechend nahm er auch keinen Kontakt mit dem behandelnden Facharzt für Psychiatrie auf. Dieser informierte den Frauenarzt auch nicht (Literatur: 60-80% aller Fälle). Von Rooming-in-Ansätzen in der Psychiatrie hatten beide noch nichts gehört.
- C. Die Hebamme war überrascht über die Entwicklung und informierte sofort die Jugendhilfe (Literatur: 60-80% aller Fälle).
- D. Die Sozialarbeiterin der Jugendhilfe beantragte eine gesetzliche Betreuung und diskutierte die Aufnahme in eine Pflegefamilie bzw. eine Adoption.

Problem Nr. 2: Drei Ebenen der Stigmatisierung

Öffentliche Stigmatisierung

„...Die Geburt eines Kindes ist immer ein positives Ereignis, über das man sich freuen muß. Die ersten Lebensjahre sind am schönsten...“. „... Eine schizophrene Mutter kann ihr Kind nicht behalten ...“.

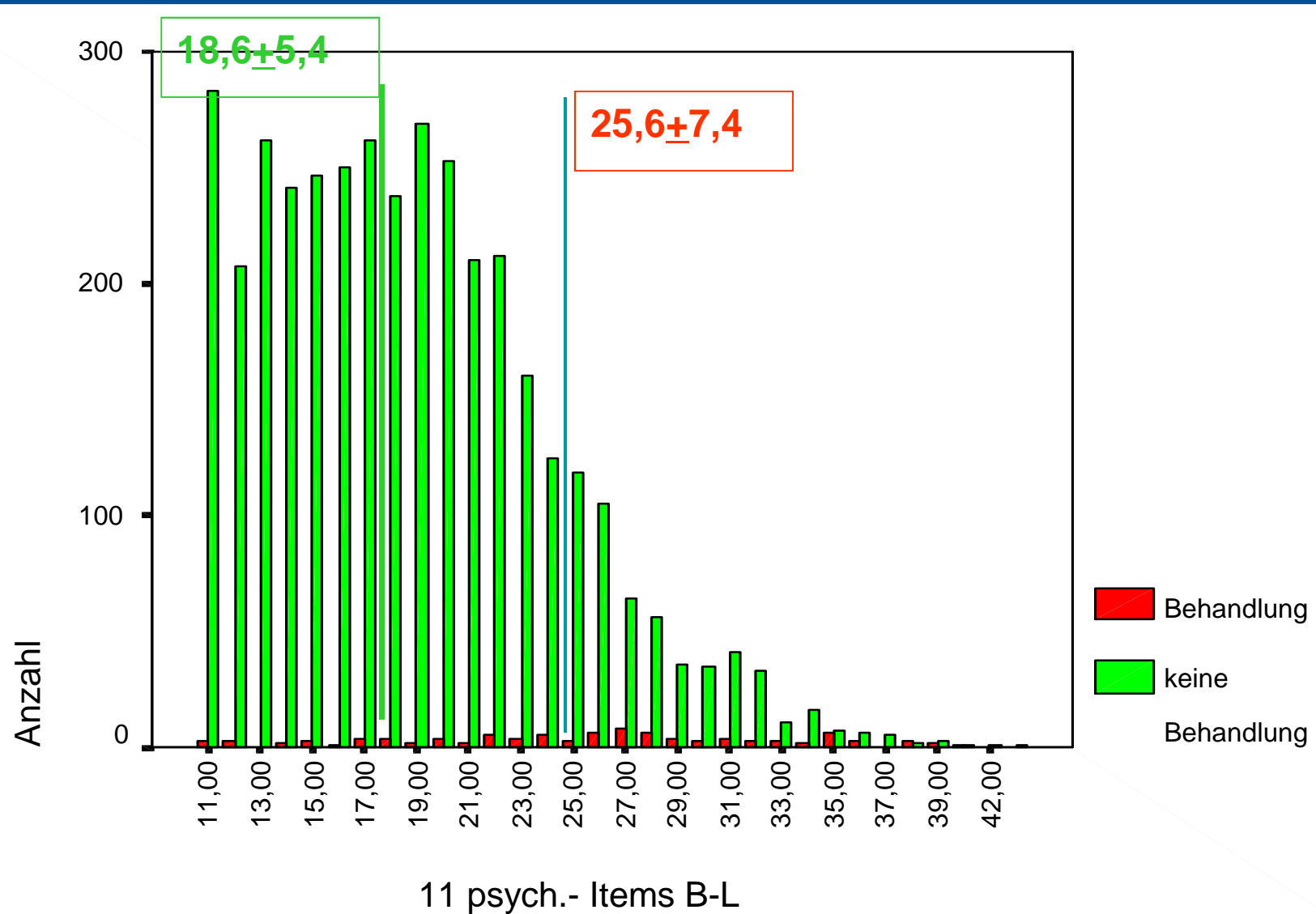
Selbststigma

„...Ich schäme mich und fühle mich schuldig...“.

Strukturelle Diskriminierung

„...Stellen Sie sich nicht so an...“. „...Die Hilfsangebote, die Sie sich vorstellen gibt es nicht....“. „... Rooming in in der Psychiatrie, das ist doch Unsinn...“.

Inanspruchnahmeverhalten CM-Basisstudie (n = 4372)



Problem Nr. 4: Die Finanzierung der Versorgung

1. Die Klinik erhält pro Behandlungstag Euro 15.00 für die Mitaufnahme des Kindes im Rooming-in-Ansatz. Vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden die so belegten Betten als Fehlbelegung klassifiziert.
2. Der niedergelassene Psychiater und Frauenarzt erhalten für wechselseitige Konsultationen oder gar Fallkonferenzen kein oder kein angemessenes Honorar.
3. Die Hebamme ebenfalls nicht. Ihr ist auch unklar, wie sie eine psychiatrische Weiterbildung finanzieren soll. Ganz abgesehen davon: Wo findet man derartiges ?

Problem Nr. 4: Die beteiligten Einrichtungen und der Lobbyismus

NZFH-Projekt zu den frühen Hilfen: 137 psychisch kranke Teenie-Mütter vs. 137 erwachsene Mütter vs. Kontrollgruppe:

- Ansatz: niederschwelliges Case-Management in einer Beratungsstelle: 8.3 Kontakte pro Fall

1. Mittlere Anzahl der an der Betreuung beteiligten Einrichtung: 4.8

2. Kompetenzprofil in der Aquiris von Hilfe: 4.3 (1-6) mit Wunsch nach einem Navigationssystem

3. Widersprüchliche Angaben betreuender Einrichtungen pro Fall: 8.3

Zusammenhang von Nutzerzufriedenheit und ... bei psychisch kranken



Teenie-Müttern in der Beratungsstelle Rückenwind

Nutzungsintensität

Je mehr Einrichtungen kontaktiert worden sind, je unzufriedener sind die Teilnehmerinnen ($r = 0.857$, $p = 0.000$)

Sozialer Unterstützung

Je mehr soziale Unterstützung berichtet wird, je höher ist die Zufriedenheit mit den verschiedenen Hilfsangeboten ($r = 0.188$, $p = 0.043$) und je weniger Einrichtungen werden genutzt ($r = -0.215$ bis $r = -0.160$; $p = 0.021$ bis $p = 0.087$)

Einfacher Case-Managementansatz mit 8-12 Interventionen zur Modulation des Versorgungssystems

Effektstärken der Veränderungen

(Umrechnung nach Cohen, 1988 / Rosenthal, 1994)

	JM		EM		IG gesamt	
	η^2	d	η^2	d	η^2	d
Klein: 0.01/0.2 Mittel: 0.06/0.5 Groß: 0.14/0.8						
Psychopathologie						
GSI	0.731	3.297	0.475	1.902	0.535	2.145
GAF	0.309	1.337	0.346	1.455	0.332	1.41
TAS-Skalensummenwert	0.263	1.195	0.083	0.602	0.141	0.810
Psychosoziale Variablen						
Soz. Unterstützung	0.379	1.562	0.088	0.621	0.172	0.912
Elterliche Belastung/Familienfunktionalität						
PSS	0.251	1.158	0.052	0.463	0.027	0.333
FB-Summenwert	0.096	0.652	0.432	1.744	0.231	1.096
Kindliches Verhalten						
CBCL-Gesamtwert	0.403	1.643	0.003	0.109	0.148	0.834

Problem Nr. 4: Die beteiligten Einrichtungen und der Lobbyismus

... Nach 5 Jahren Förderung, Versuch einer Verstetigung
des Projekts

“... Von solchen Angeboten haben wir schon genug...”

Lösungen

1. Die primären Hilfesysteme (z.B. Hausärzte, Frauenärzte, Hebammen) müssen in die Lage versetzt werden, kritische Situationen und Fälle zu identifizieren.
2. Notwendige Informations- sowie Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen Anti-Stigma-Interventionen miteinbeziehen.
2. Während in städtischen Regionen ein Überangebot besteht, müssen in ländlichen Regionen originelle Versorgungsmodelle (mobile aufsuchende und telemedizinische Interventionen) geschaffen werden.

Lösungen

4. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Hebammen sollten finanziell bessere Möglichkeiten erhalten, die die Versorgung attraktiver machen.
4. Individuelle Case-Management-Ansätze, die die Navigation durch das Hilfesystem ermöglichen sollten etabliert werden.