



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

Projekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention von seelischen Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen“

Stellungnahme zum 2. Expertenworkshop: Schnittstellen und Kooperation

Setting- bzw. sektorübergreifende Behandlung nach SGB V

1. **Grundsatz:** *Psychisch kranke Kinder- und Jugendliche brauchen regelmäßig eine multimodale, zeitnahe und wohnortnahe Versorgung, die eng mit den weiteren familiären und institutionellen Betreuungspersonen vernetzt und in der Zusammenarbeit verpflichtend sein muss.*
2. Eine patientenorientierte Behandlung und Hilfe müssen flexibel bezüglich des spezialisierten Bedarfes auch über Träger-, Regional- und Landesgrenzen hinweg organisiert sein. (Ggf. Länderausgleich bei unterschiedlicher Vorhaltung von notwendigen Einrichtungen)
3. Patientenorientierung bedeutet, den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien/Bezugspersonen Leistungen anbieten zu können, die für sie bedarfsgerecht sind und eine umfassende Teilhabe ins Zentrum der Behandlung stellen – dabei soll ressourcenorientiert vorgegangen werden, nicht defizitorientiert.
4. Bei Inanspruchnahmen unterschiedlich finanzierter Behandlungs- und Hilfemaßnahmen soll ein definierter Kostenträger leistungsverpflichtet sein (z.B. GKV) und sich im Rahmen der ggf. Mischfinanzierung die Kosten der anderen Träger erstatten lassen.
5. Ausgewiesene spezialisierte psychosomatische Versorgung flächendeckend sowohl im stationären/teilstationären Krankenhausbereich, als auch im Rehabereich. (s.: Peters, K. et al.: Die stationäre und teilstationäre psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland; PDP 2019; 18:220-225)
6. Einrichtung länderfinanzierter, überregional zuständiger Spezialambulanzen mit angeschlossenen Aufnahme-/Versorgungs-/Behandlungsstellen mit den Möglichkeiten der langfristigen Versorgung/Behandlung mit sektorenübergreifender Finanzierung durch Jugendhilfe, Sozialhilfe und GKV. Diese Einrichtungen stehen für Kinder- und Jugendliche zur Verfügung, die mit psychischen Störungen schwerer Ausprägung oder in Kombination auffallen und in den Regeleinrichtungen der Jugendhilfe nicht ausreichend versorgt werden können.

Kooperationsverpflichtungen im Sinne der Patientin bzw. des Patienten – Vernetzung, Schnittstellen, Kooperationen unter Berücksichtigung neuer Behandlungsformen

7. *Vernetzung und regelmäßige Zusammenarbeit muss in der Versorgung für die o.g. Klientel verpflichtend sein und regelmäßig vergütet werden.*

- 7.1. Schnittstellen und Kooperation ambulant-stationär, aber auch zwischen SGB V, SGB VIII, SGB IX neu (BTHG) und SGB XII, für die es bisher keine Pflicht und keine bzw. keine ausreichende Vergütung gibt.
- 7.2. Die Versorgungsrealität besteht aktuell zu oft nur in einer ‚formalisierten Vernetzung‘ als Institutionsabsprache mit entsprechenden Absichtserklärungen für die Handlungsebene, die jedoch im täglichen Tun aus vielen Gründen (Zeitmangel, keine ausreichende Vergütung, mangelndes interinstitutionelles Vertrauen, ...) nicht angewendet werden. Insbesondere bestehen auch aus diesen Gründen Schwierigkeiten in der regelhaften Zusammenarbeit mit und zwischen Vertragspraxen (KJPP, Kinder- und Jugendmedizin, amb. Psychotherapie, Heilmittelpraxen). Hinzu kommen zum Teil erhebliche Hindernisse dadurch, dass aufgrund regionaler und überregionaler Vorschriften eine notwendige gleichzeitige Behandlung ausgeschlossen wird (z.B. betreffend KJPP-PIA, SPZ, KJPP-SPV-Praxis, stationäre klinische Behandlung – siehe o.a. Projektbericht Kap. 5.5.4., S. 127 ff).
8. Regelmäßiger strukturierter Dialog/Multilog bezüglich des spezifischen Wissens der Behandlungs- und Hilfesysteme (Kliniken, Jugend- und Eingliederungshilfe und Subsysteme, Kindergarten/Schule, Vertragsärzte und -therapeuten) und Aufbau von flächendeckenden Hilfesystem-übergreifenden Kooperationsstrukturen mit Evaluation/Qualitätssicherung; z.B.
 - 8.1 Jährliche Kooperationskonferenzen auf Landesebene; halbjährliche Kooperationskonferenzen auf regionaler Ebene (Reg. Bezirk o.ä.) gemeinsame Landesfachtagung alle 2 Jahre
 - 8.2 Regelmäßige regionale institutionsübergreifende und interdisziplinäre Qualitätszirkel zwischen Kinder-Jugendmedizin, Kinder-Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Vertragspsychotherapie mit ‚best-practice‘- und Problembeispielen (als Arbeitszeit vergütet).
9. Strukturierte Vorgaben und Finanzierung der regelmäßigen Beschulungssituation aller stationär und teilstationär behandelten Kinder und Jugendlichen

Adäquates, rechtsgebietsübergreifendes Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in sozialpädiatrischen und psychosomatischen Abteilungen und Fachkliniken

10. Vor Entlassung aus der stationären-/teilstationären Behandlung verpflichtende Planung der ambulanten Weiterbetreuung mit den zuständigen Behandlungs- und Hilfesystemen (nicht nur Empfehlung im Arztbrief).
11. Arztbrief mit Diagnosen, Medikation und Ergebnissen der Behandlungsplanung muss bei Entlassung mitgegeben/ vorab versandt werden.
12. Institutionalisierung datensicherer digitaler Patientenakten und Datenwege in die Hilfssysteme

Kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Verbünde

13. Landesweiter Unterstützung und ggf. Finanzierung sozialraumorientierter Verbünde zur Initiierung von Hilfe und Präventionsstrukturen für betroffene Kinder, Jugendliche, Familien
14. Unterstützung von Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit für sozialraumorientierte Aktionen zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Besondere Zielgruppen wie z. B. Kinder und Jugendliche mit weiteren Beeinträchtigungen und geflüchtete Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen (auch mit der Familie geflüchtete Kinder und Jugendliche)

15. In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Ausbildung muss die Versorgung von Menschen mit zusätzlicher körperlicher Behinderung und/ oder Intelligenzminderung stärker verankert sein.
16. Das psychiatrische und psychotherapeutische Angebot für die Versorgung von Menschen mit zusätzlicher körperlicher Behinderung und/oder Intelligenzminderung ist derzeit völlig unzureichend. Es bedarf der Erweiterung und Ergänzung und einer Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsbedingungen – inhaltlich und finanziell.
Zur Begründung siehe auch o.a. Projektbericht, Kap. 5.4.1., S. 94 ff
17. Die besondere psychosoziale Bedarfssituation von Kindern, Jugendlichen und Familien mit Migrationshintergrund und unterschiedlichen Ethnien ist in den Ausbildungsgängen der an den Behandlungs- und Hilfesystemen beteiligten Berufe regelhaft zu verankern.

Medizinische Rehabilitation bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

18. Ausbau der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene insbesondere mit psychischen und chronisch somatischen Erkrankungen.
19. Das o.a. Entlassmanagement muss auch für diese Einrichtungen verpflichtend sein.

Versorgungsforschung

20. Länderregierungen:
 - 20.1 Verpflichtung zur Erstellung einer landesweiten Versorgungsdokumentation alle 5 Jahre
 - 20.2 Bundesweite Absprachen der Länder bzgl. Implementierung und Finanzierung innovativer Projekte, sowie bzgl. der Erfahrungen aus evaluierten Behandlungsprogrammen (Modellprojekte)

Dr. Ute Mendes, Dr. Ullrich Raupp

Korrespondenzadresse:

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.

Geschäftsstelle

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

Tel. 030.4000588-6

Fax 030.4000588-7

geschaeftsstelle@dgsjpj.de