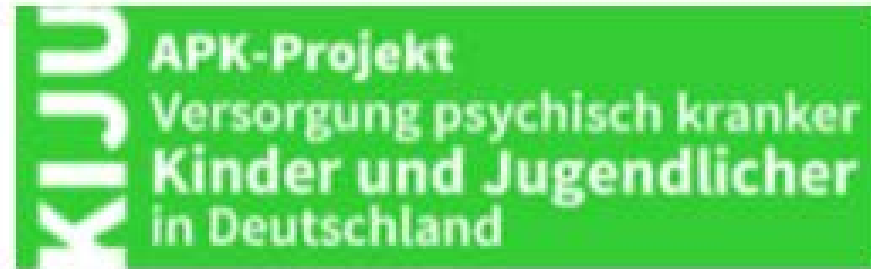




Aktion
Psychisch
Kranke e.V.



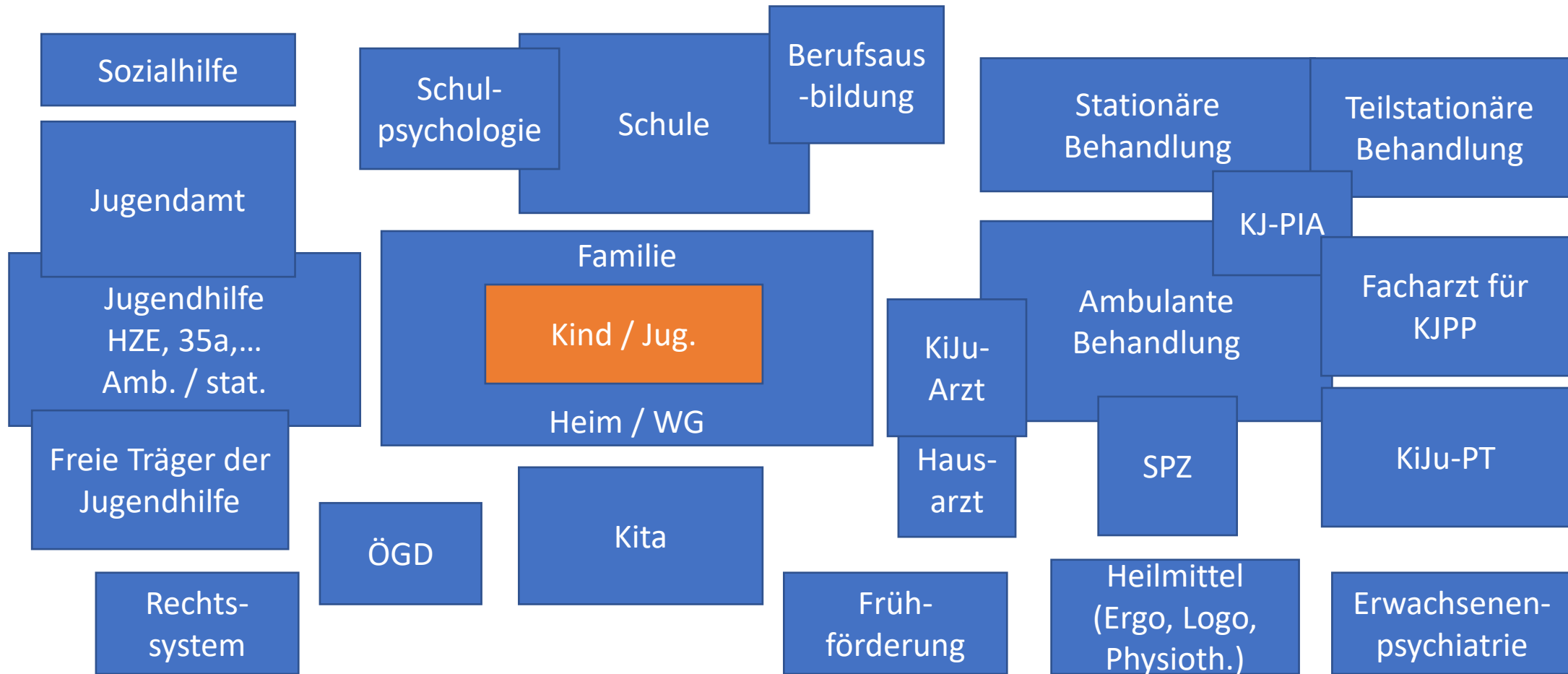
Psychisch kranke Kinder und Jugendliche zwischen den Sektoren und Systemen

Bonn, 11.4.2018 / Prof. Dr. Renate Schepker, Dr. Gundolf Berg

Mögliche Interessenskonflikte

- Prof. Schepker ist Mitglied der APK, im Vorstand der DGKJP und im Vorstand der BAG KJPP sowie Geschäftsleitungsmitglied im ZfP Südwürttemberg, einem großen „Psychiatrie-Verbund“.
- Dr. Berg ist Vorsitzender des BKJPP, Vizepräsident des Spitzenverbands ZNS und der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände. Mitglied der Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz, Inhaber einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Schnittstellen im Überblick



Behandlungsansätze

- Bio-psycho-soziale Krankheitskonzepte unbestritten
 - Erfordernis: Interdisziplinäre und Sozialpsychiatrische Konzepte

- Standard muss sein:
 - Multimodalität
 - Multiprofessionalität
 - Störungsspezifität

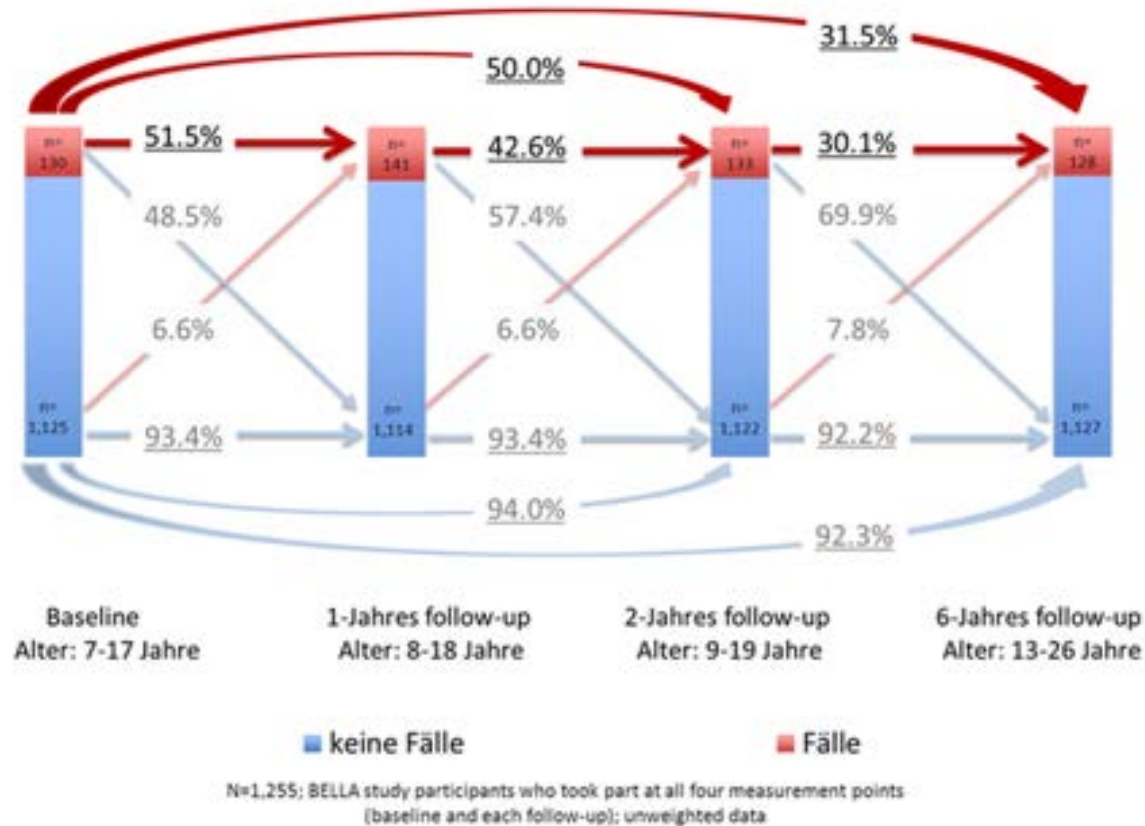
Risikofaktoren für psych. Störungen

- Niedriger sozioökonomischer Status der Familie
- Alleinerziehendes Elternteil
- Psychische Erkrankung eines Elternteils
- Niedriger Bildungsabschluss der Eltern
 - (Meltzer et al. 2000, Hölling et al. 2014)

Erfordernis sozialpsychiatrischer Behandlungskonzepte!

Bella Studie

Oben: Persistenzraten Störungen
unten: Persistenzraten Gesunder



Auffallend: Niedrige Behandlungsquoten

BELLA-Studie, 4 MZP, 1.255 Kinder/Jugendliche 7-17J

- 74,3 % blieben 6 J symptomfrei (9,2 % behandelt)
- 2,9 % persistierende psych.Störungen (zu 3-4 MZP)
→ davon NUR 63,9 % behandelt

Anliegen der Betroffenen:

- Transparenz bezüglich der Hilfen und Behandlungsmaßnahmen
- Anliegen hinsichtlich klarer Zuständigkeiten, keine „Verschiebebahnhöfe“, Versorgung auch in der Krise
- Kurze Wartezeiten und/oder: sinnvoll gefüllte Wartezeiten
- Hohe Wertschätzung für die Kooperation der Professionellen zwischen den einzelnen Institutionen, Sektoren und Systemen
- Erfordernis:
Transparente Behandlungspfade
 - orientiert am Bedarf der Betroffenen
 - orientiert an den lokalen Voraussetzungen
 - gemeinsame Versorgungsvision: passende Hilfe für jeden in der Region?
 - Transparente Hilfeansprüche mit klar geregelten Zuständigkeiten (Auch: Wohin im Notfall?)

Beschreibung der Patienten lt. APK-Bericht

A: Ambulanter Versorgungssektor: KJPP und KJP

ICD-Code	Beschreibung	% Anteil an allen Patienten bei KJPP/KJP
F90	Hyperkinetische Störungen	43,0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23,1%
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	22,5%
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	19,3%
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	18,3%
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	16,0%
F91	Störungen des Sozialverhaltens	10,9%
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	10,3%
F32	Depressive Episode	9,4%
F45	Somatoforme Störungen	8,0%

Quelle: Vortrag von Frau D. Kurch-Bek am 4. Februar 2016

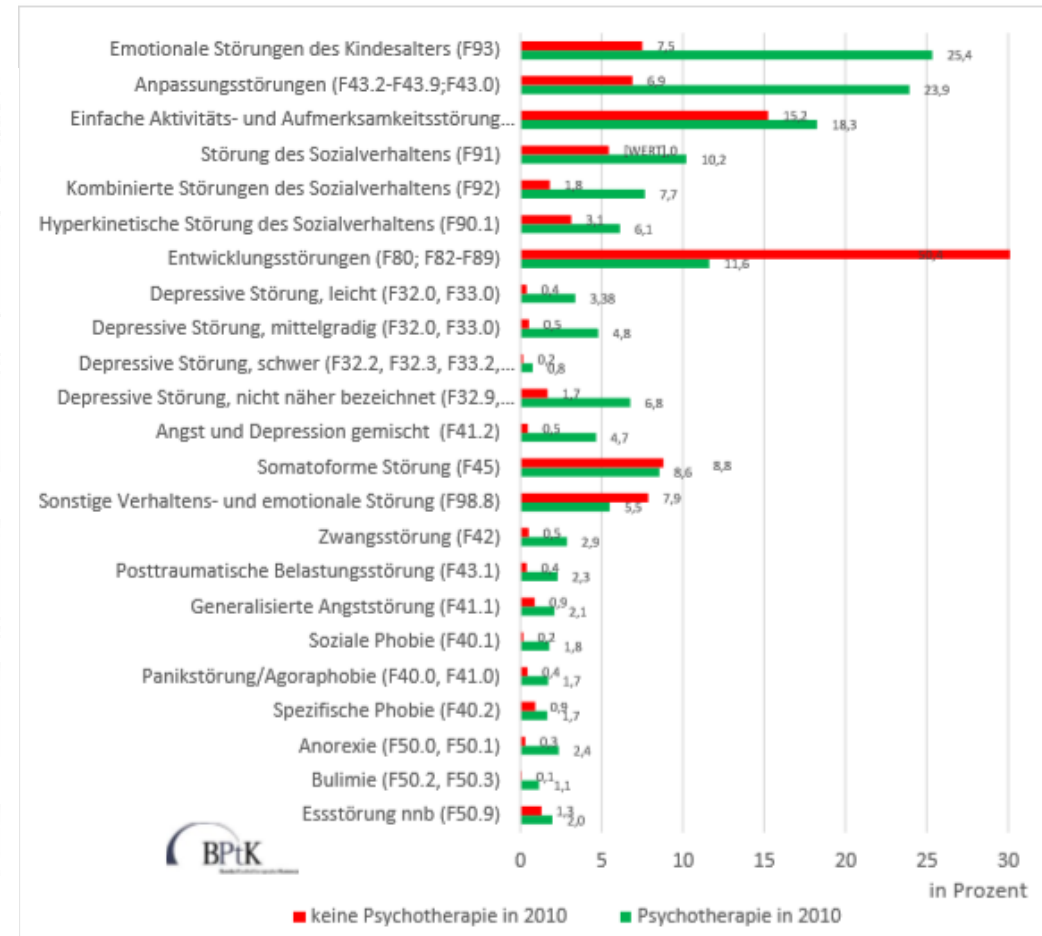
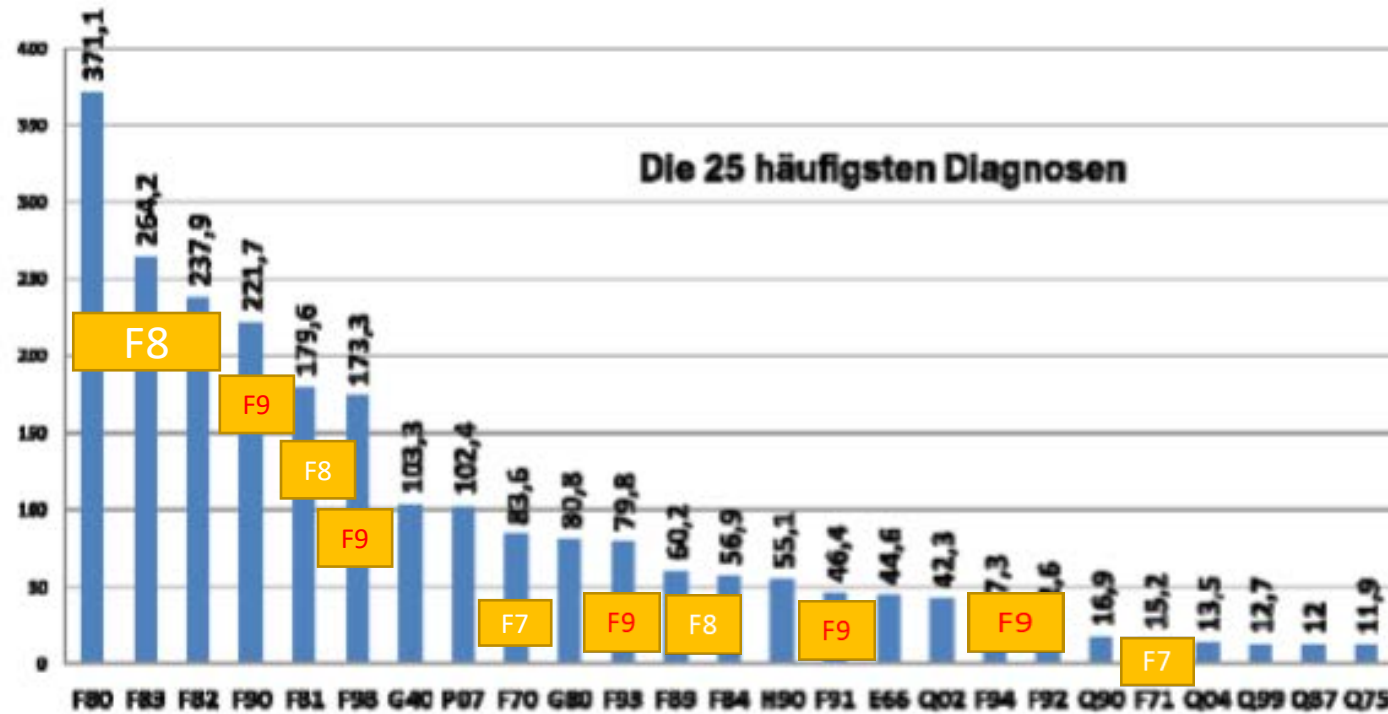


Abbildung 2: Diagnosespektrum von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie
 Quelle: BPTK-Studie "Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen" (in Vorbereitung)

Beschreibung der Patienten

B: Sozialpädiatrisische Zentren



Top-25-Diagnosen; Quelle: Strukturdatenerhebung der BAG-SPZ

Beschreibung der Patienten

C: Stationäre Behandlung

	Diagnose- gruppe	Anzahl Patientin bzw. Pati- ent/Fall	Geschlecht w/m
Anzahl der Fälle pro Jahr insgesamt:			
0,1%	F0	47/56	15/41
3,3%	F1	1.181/1.755	589/1.186
1,9%	F2	669/1.056	467/587
16,4%	F3	5.871/7.866	5.653/2.213
20,2%	F4	7.261/9.050	5.646/3.402

	Diagnose- gruppe	Anzahl Patientin bzw. Pati- ent/Fall	Geschlecht w/m
Anzahl der Fälle pro Jahr insgesamt:			
3,3%	F5	1.194/1.736	1.613/123
2,1%	F6	750/1.060	859/201
1,1%	F7	403/529	158/371
2,4%	F8	888/1.201	193/1.008
49,1%	F9	17.626/ 23.473	8.150/15.323

Quelle: InEK „Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik“ (VIPP)

Beschreibung der Patienten

- Rel. ähnliche Diagnosegruppen zwischen ambulanten KJPP / KJP und stationärer KJPP
- Zur weiteren Unterscheidung zwischen ambulant und stationär wären multiaxiale Betrachtungen hilfreich, insbesondere die Achsen 5 und 6 (assoziierte psychosoziale Umstände und psychosoziales Funktionsniveau)
- Unterschiede scheinen deutlicher zu den Sozialpädiatrischen Zentren

Schnittstellen ambulant im SGB-V

Innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung:

- **KJPP - KJP - Kinder- und Jugendarzt**
 - Schriftliche Befundübermittlung
 - Telefonische Fallabsprachen
- **SPV – Richtlinienpsychotherapie**
 - KBV-Daten 2012: nur 0,9% der neu inzidenten Patienten erhalten RL-PT und SPV parallel.
 - Differenziert eingesetzte Behandlungsinstrumente
- **SPZ – SPV**
 - Ausschluss einer Parallelbehandlung durch die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Schnittstellen ambulant im SGB-V

- EBM-Logik: Zusammenarbeit v.a. an der Übermittlung von Befunden orientiert, Aufwandseinschätzung orientiert an somatischen Befunden,
nicht geeignet für ausführliche Fallabsprachen bei komplexen psychischen Störungen
- Regelungen in der amb. ärztl. Versorgung vereinzelt über Selektivverträge vorhanden, z.B. ADHS-Vertrag
- Kollektivvertraglösungen erforderlich, sonst keine Verstetigung, keine Strukturbildung an der Schnittstelle

Schnittstellenmanagement im SGB-V-Bereich

- Lösung durch elektronische Versichertenkarte (e-GK)?
 - Aktuelle PM d. AOK-Bundesverbands: e-GK gescheitert
 - TI-Anbindung der Praxen aktuell sehr schwierig
 - Besondere Datenschutzanforderungen im Bereich psychischer Erkrankungen?
 - Sensibilität der Betroffenen
 - Subjektivität der Einschätzungen
- In komplexen Fällen: Persönlicher Austausch erforderlich!

Schnittstellen ambulant im SGB-V

Sektorübergreifende Schnittstellen:

- KJ-PIA – SPV
 - EP-PIA – SPV (bei über 18jährigen)
 - KJ-PIA – RL-PT
 - KJ-PIA – SPZ
-
- Abrechnungsausschlüsse machen sinnvolle gleichzeitige Behandlungen unmöglich
 - Interesse der Kostenträger, keine Doppelabrechnung zu haben, gut nachvollziehbar, aber es braucht Lösungen, um Brüche zu verhindern
 - Interesse der Leistungserbringer an unzulässiger Parallelbehandlung niedrig, alle haben mehr zu tun, als sie bewältigen können

Schnittstellen im SGB-V

Sektorübergreifende Schnittstellen:

- KJPP-Praxen – stationäre / teilstationäre Behandlung
 - Kooperationspapier zwischen BAG-KJPP und BKJPP
 - Gemeinsame Webseite als Ausdruck guter Kooperation auf Verbändeebene
 - „Dreiverbände“-Kooperation mit Kooptierung in den Vorständen
- Wartezeiten im stat. / teilstat. Bereich machen Übergänge bei planbaren Aufnahmen oft schwierig
- Erfordernis intensiver Zusammenarbeit prästationär (aber: Ausschluss PIA-SPV)
- Notfallaufnahmen klappen in aller Regel gut
- Rel. wenige stationäre Einweisungen aus KJPP-Praxis (Ndgl. würden sich durchaus mehr wünschen!)
- Kliniken weisen poststationär dann KJPP / KJP zu, wenn spezif. Behandlung erforderlich
- Hauptzuweiser zu (teil-)stationär: Haus- und Kinderärzte
- Einweisungen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

Schnittstellen im SGB-V, Entwicklungen

- „Home Treatment“ – via SPV oder PIA BY oder § 64b SGB-5 - Einzelprojekte
- StaeB n. § 115 d SGB: für alle, intensiv (7d /Woche, multiprofessionell+ Erreichbarkeit)
- Wirksam und beliebt bei Patienten und Eltern

- < 50 % der StaeB Leistungen dürfen von ambulanten Leistungserbringern geleistet werden
- Gut geeignet wären SPV-Teams (flächendeckende Versorgung nur dann möglich!)
- Ungelöst: ärztliche Letztverantwortung, „Unterstellungs-“Verhältnisse, Datentransfer, Ausstattung, vorgeschriebene Teamsitzungen, MdK-Prüfungen, ANÜ-Gesetz.... bisher kein funktionierendes Modell am Netz

- Neue vertragliche Strukturen zwischen Kliniken und Niedergelassenen erforderlich.
Z.B. „PIA in der Praxis“ ggfs. incl. Weiterbildungs-Rotation

Schnittstellen zur Jugendhilfe

- **Ambulante Jugendhilfe:**
 - Stellungnahmen zu §35a SGB-VIII
 - Umsetzung der gesetzlichen Regelungen sehr inhomogen
 - Finanzierung?
 - Teilnahme an Jugendhilfeplanung nach § 36a SGB VIII bei Patienten: Kriterien für den Einbezug durch das Jugendamt?
- **Stationäre Jugendhilfe:**
 - Individuelle und institutionelle Krisenpläne für Schnittstelle zu vollstationärer Behandlung nicht flächendeckend vorhanden; Qualitätssicherung der Medikamentenversorgung und Zuständigkeiten (u.a. wegen Sorgeberechtigten-Einbezug!) teils unklar, Ferienproblematik
 - Amb. KJPP-Behandlung in der KJ-PIA und RiLi-PT nicht simultan möglich, für Patienten, die kliniknah behandelt werden müssen problematisch
 - In KJPP-Praxis parallel zu RiLi-PT unproblematisch, aber dann weitere Schnittstelle (Klinik - ngdl. KJPP - ndgl. RiLi-Therapeut)

Schnittstellen zur Schule

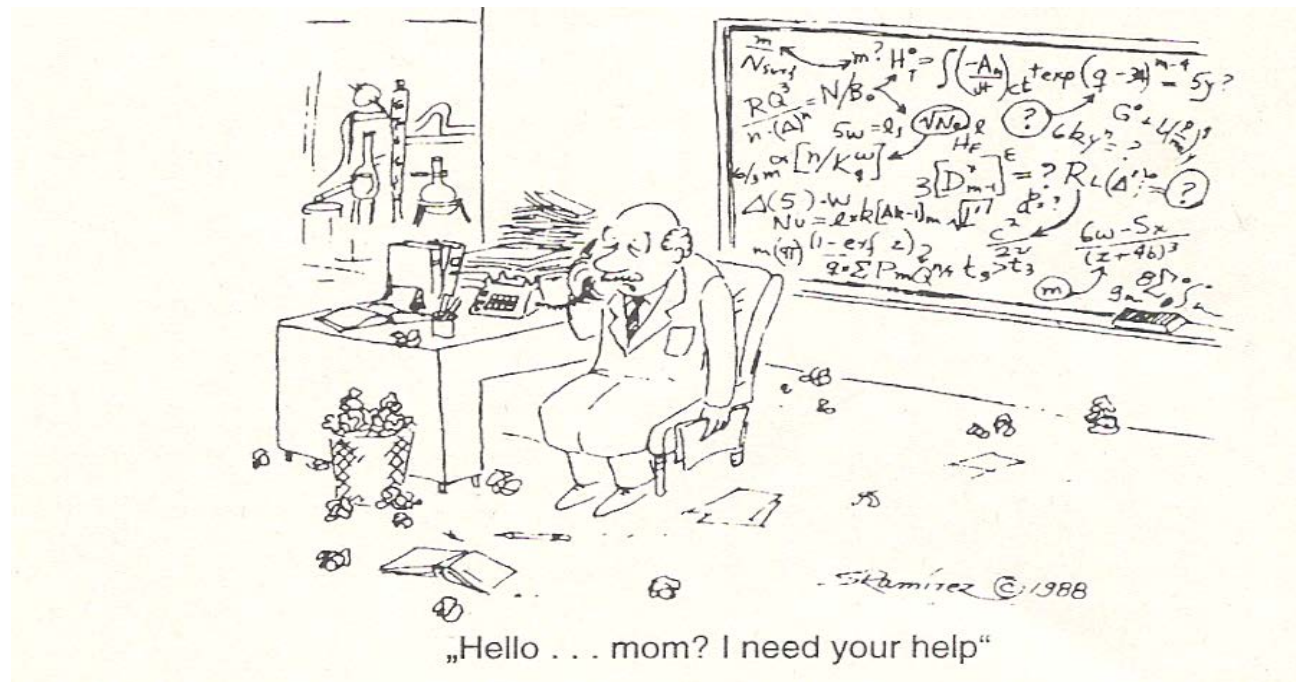
„Kein Kind ohne Schule“ – wäre so schön...

- Schulvermeider oft viel zu spät einem KJPP vorgestellt
- Bedarfe psychisch kranker Schüler in Bezug auf Schule könnten mehr beachtet werden
- Schulsozialarbeiter mit Schnittstellenfunktion seitens der Schulen nicht flächendeckend (Finanzierung durch Jugendhilfe?)
- Schulpsychologische Beratung sehr inhomogen in der Ausgestaltung
- „Schulpsychiater“ mit ggfs. aufsuchenden Sprechstunden sinnvoll, – v.a. in Inklusionskontexten und E-Schulen

Weitere Schnittstellen

- Kinderpsychosomatik
- Kinder-Rehabilitation
- Suchtbehandlung

- SGB-VIII und SGB-XII – Zuständigkeiten bei seelischen resp. körperlichen und intellektuellen Behinderungen
- Arbeitsagenturen / berufliche Rehabilitation
- OEG und Trauma-Sofortambulanzen nach Traumatisierung



Manches muss noch
ausgetüftelt werden....

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

R. Schepker, G. Berg