



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

Stellungnahme der DGSPJ zum 1. Expertenworkshop „Herausforderungen in der Versorgung“

a. Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ambulant, teilstationär, stationär

Das **ambulante psychotherapeutische Setting**, Kinder und Jugendliche überwiegend im Einzelkontakt zu behandeln, bedarf wesentlicher und flächendeckender Ergänzung.

- 1) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie muss mit den verschiedenen Indikationen (Verhaltens PT, systemische PT, tiefenpsychologische PT) für alle Altersstufen flächendeckend und ausreichend zur Verfügung stehen. Wartezeiten auf eine Regel-PT dürfen 2 Monate nicht überschreiten. Ambulante Krisenintervention muss innerhalb von 2-6 Tagen möglich sein.
- 2) Ambulante Sprechstunden, Akut- und Regelpsychotherapie müssen auch für besondere Indikationsgruppen (Säuglinge, Kleinkinder, Mutter/Vater-Kind-Behandlung, Intelligenzminderung und Traumabehandlung) regelmäßig und erreichbar (30km-Umkreis) zur Verfügung stehen.
- 3) Die Spezifika der psychotherapeutischen Behandlung dieser Indikationsgruppen sind in den jeweiligen Ausbildungsgängen besonders zu berücksichtigen.
- 4) Es muss regelmäßig möglich sein, sowohl im Bereich der Sprechstunden, als auch im Bereich der Regel- und Akutbehandlung die Frequenz der Termine mit wichtigen Bezugspersonen ohne besonderen Antrag zu erweitern.
- 5) Aufsuchende Behandlung (z.B. zu Hause, in KiTas, in Schulen, in Heimeinrichtungen) ist ausdrücklich zu fördern und ausreichend zu finanzieren.
- 6) Aufsuchende ambulante Behandlung und Regelbehandlung muss, der Indikation entsprechend auch mit interdisziplinärem Team (z.B. Sozialarbeiter*in, Heilpädagoge*in, Ergotherapeut*in, Fachpflege, (Sozial-) Pädiater*in, KiJu-Psychiater*in, KiJu-Psychotherapeut*in, Psycholog*in) möglich sein und entsprechend finanziert werden.
- 7) Kinder und Jugendliche aus Heimen, Ein-Eltern-Familien, aus Familien mit ‚prekärer Status‘ und ihre Bezugspersonen, sowie sehr kleine Kinder und ihre Bezugspersonen benötigen besondere Unterstützung, um Therapiestunden wahrzunehmen. Nach großzügiger Indikation muss die Finanzierung eines Fahrdienstes ermöglicht werden.
- 8) Telefonische und Video-telefonische Therapieeinheiten müssen (bei entsprechender Begründung) möglich sein. Eine digitale Applikation mit ausreichender Datensicherheit muss für die ambulante Behandlung zur Verfügung stehen.
- 9) Regelmäßige, indikationsbezogene interdisziplinäre Fallkonferenzen, die für alle Beteiligten (auch für Lehrer*in, KiTa-Erzieher*in, (Sozial-) Pädiater*in) auskömmlich finanziert werden, sind vorzusehen.
- 10) Therapeuten, die an Psychotherapie oder psychotherapeutischer Beratung beteiligt sind, sollen – auskömmlich finanziert – verpflichtet sein, mindestens jährlich, aber immer nach Abschluss einer PT / Beratung, zeitnah einen internen Bericht (Epikrise) anzulegen, der über Folgendes Auskunft gibt: Diagnosen, Therapieindikation, Dauer und Frequenz, Wesentliches zur Anamnese, Motivation, Ressourcen, Beteiligung von Bezugspersonen, erreichte und nicht

erreichte Therapieziele sowie Empfehlungen. Dieser Bericht soll nach Anforderung, Indikation und Absprache mit dem ‚einsichtsfähigen‘ Kind/Jugendlichen und ggf. Sorgeberechtigten an die weiterbehandelnde Stelle abgegeben werden können. Ein hochverschlüsselter digitaler Datenweg soll ermöglicht werden.

- 11) Ambulante Therapeuten(teams) und ambulant arbeitende Institutionen sind zur Supervision und Qualitätszirkel-Arbeit verpflichtet, möglichst im interdisziplinären Rahmen. Dies gehört zur Dienstzeit und ist über den Kostenträger zu finanzieren.

Im **(teil-) stationären Setting** fehlen regelmäßig Angebote für bestimmte Patientengruppen. Wartezeiten für indizierte Aufnahmen außerhalb einer Krise sind zu lang. Interdisziplinarität ist ethische Versorgungs-Verpflichtung

- 12) Flächendeckend und ausreichend müssen Behandlungsplätze auch für Kinder und Jugendliche mit 12.1 Intelligenzminderung, auch Eltern-Kind-Einrichtungen, 12.2 körperlicher Behinderung, 12.3 psychosomatischen Erkrankungen 12.4 akut und chronisch traumatisierte Kinder und Jugendliche (ggf. mit Fluchtanamnese) und 12.5 für Säuglinge Klein- und Vorschulkinder im Rahmen von ‚Mutter/Vater-Kind-Einheiten‘ vorgehalten werden.
- 13) Entsprechende Einrichtungen 12.1-12.5 müssen in erreichbarer Entfernung (30 bis max. 50km Umkreis) flächendeckend etabliert werden, tagesklinische Einheiten im Umkreis von 20-30km.
- 14) Stationen/Abteilungen mit Behandlungsplätzen nach 12.2 und 12.3, aber ggf. auch nach 12.5 sollen kinder- und jugendärztlich und kinder- und jugendpsychiatrisch interdisziplinär ‚auf Augenhöhe‘ gemeinsam gestaltet und geführt werden – sowohl an pädiatrischen, wie auch an kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken.
- 15) Aufgrund des besonderen Mangels an Behandlungsplätzen werden komplex-traumatisierte Kinder und Jugendliche zu oft zu ‚System-Opfern‘. Einrichtungen unter 12.4 benötigen ein besonders personalintensives Setting und eine Basis-Behandlungsdauer (ohne fortlaufende MDK-Nachfrage), die die Regelbehandlungsdauer im stationären therapeutischen Bereich wesentlich übersteigt (z.B. > 8 Monate) Bei der Behandlung nicht oder unzureichend deutsch sprechender Patienten und Familien bedarf es einer extrabudgetären Vergütung der unbedingt erforderlichen Dolmetscherkosten. Die Übersetzung darf nicht von Laien, sondern nur von geschulten Fachkräften erfolgen.
- 16) Einrichtungen unter 12.1 und 12.5 sind mit mindestens dem 1,6 -fachen der Regelbehandlungskosten pro Kind auszustatten. Die Eltern-Mitaufnahme bedeutet für das Behandlungsteam einen zusätzlichen und intensiven Anteil psychoedukativer, beraterischer und therapeutischer Leistungen.
- 17) Aufsuchende Behandlung am Ende der (teil-) stationären Behandlung und interdisziplinäre Fallkonferenzen sind notwendig und auskömmlich für alle Beteiligten zu finanzieren, um den Transfer in den Alltag/die ambulante Behandlung sicherzustellen.

b. Versorgung im ländlichen Raum, Fachkräftemangel

- 18) Unter den Punkten 5-8 und 12-13 sind bereits wesentliche Vorschläge gebündelt.
- 19) Tageweise besetzte Zweig- Außenstellen von Institutionen (SPZ, PIA, KJPP/PT-Praxen, MZEBs...) sind in ländlichen Regionen großzügig zuzulassen und zu unterstützen.
- 20) Besonders hierfür qualifizierte Berufsgruppen, z.B.: Psychiatrische Fachpflege, klinisch-therapeutisch qualifizierter Sozialdienst sollen – engmaschig psychotherapeutisch supervidiert – ‚Erst-Screening-Termine‘, psychotherapeutische Beratung und Nachsorge wahrnehmen, nach Vorbild anderer europäischer Länder.

c. Adoleszenten-Versorgung und Transition

- 21) Flexible Transitionsfenster zwischen dem 17. Und 23. Lebensjahr sind zur angemessenen Berücksichtigung der Entwicklungs- und Beziehungsbesonderheiten erforderlich. Dies muss für alle an der psychotherapeutischen Versorgung Beteiligte gelten.
- 22) Für Jugendliche und Heranwachsende der Indikationsgruppen unter 12.1, 12.2 und 12.4 ist eine besonders finanzierte Transitionsphase von mindestens 6 Monaten erforderlich, in der Therapeuten aus dem KiJu-Bereich gemeinsam und zeitgleich mit Therapeuten aus dem Erwachsenenbereich behandeln dürfen und sollen.
- 23) Für vernetzte multiprofessionelle Versorgung der Indikationsgruppen unter 12.1 und 12.2 ist die Zulassung von gut ausgestatteten und angemessen erreichbaren (30-50km Umkreis) MZEBs erforderlich, auch mit ‚Zweigstellen‘.

d. Arzneimitteltherapie und Therapiestudien bei psychisch kranken Minderjährigen

- 24) Arzneimittelhersteller sind zu verpflichten, Studien auch für die Zulassung der Präparate zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen durchzuführen.
- 25) ... und kind-/altersgerechtes (werbeneutrales!) Aufklärungsmaterial zur medikamentösen Behandlung kostenfrei zur Verfügung zu stellen.
- 26) Gründung und Bereitstellung eines ‚Fonds zur Durchführung und Unterstützung firmenunabhängiger Therapiestudien‘ z.B. unter Moderation des BuMi und mit Beteiligung des Bundes, von firmenneutralen Stiftungen, sowie Krankenkassen und aller im KiJu-Indikationsbereich tätigen Firmen (mit einem x-Prozentanteil ihres Umsatzes). Die Gelder sollen Wissenschaftler*innen ohne Interessenskonflikt zur Verfügung gestellt werden.
- 27) Studien zur Indikation und Wirkung psychotherapeutischer Verfahren bei Kindern und Jugendlichen sind im Vergleich zu Medikamentenstudien besonders aufwändig, teuer und selten. Diese sollen bevorzugt firmenneutral, z.B. aus dem Fonds 26) finanziert werden.

e. Balance von Elternrechten und Kinderrechten

- 28) Kinder und Jugendliche sind immer über die geplanten Behandlungsmaßnahmen aufzuklären. Die Aufklärung muss altersgerecht und vom Behandelnden selbst erfolgen und ist zu dokumentieren.
- 29) Kinder und Jugendliche sind in den meisten Fällen in der Lage, bei angemessener Aufklärung die Tragweite der Behandlung zu erkennen. Bei durchschnittlicher Intelligenz sind sie – auch bei komplizierteren Behandlungswegen – regelhaft ab dem 12.-14. Geburtstag ‚einsichtsfähig‘. Spätestens ab dem 14. Geburtstag müssen daher Therapeut*innen zum schriftlichen Einverständnis auffordern und dies dokumentieren.
- 30) Das Votum ‚einsichtsfähiger‘ Kinder und Jugendlicher muss – insoweit keine besondere Gefährdung besteht – in Bezug auf Behandlung, Schweigepflicht und Datenherausgabe für Therapeuten bindend sein – auch ggf. gegen das Votum eines*r Sorgeberechtigten.

f. Prävention seelischer Störungen

- 31) Monitoring von Hochrisikogruppen: 31.1 Kinder psychisch kranker/Sucht belasteter Eltern; 31.2 Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung und/oder körperlichem Handicap.
- 32) Stärkung und Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie Übertragung wesentlicher Präventionsleistungen, z.B. 31.
- 33) Stärkung und Ausbau der regionalen schulpsychologischen Dienste.

- 34) Flächendeckende Etablierung und Stärkung früher Hilfen
- 35) Regelmäßige verpflichtende (curriculäre) Fortbildung der KiTa-Erzieher*innen und der Lehrer*innen aller Klassenstufen bezüglich Auffälligkeiten, Frühsymptomen und entwicklungs-dynamischen Zusammenhängen.
- 36) Regelmäßige Fortbildung der ärztlichen Kolleg*innen, die in der primärärztlichen Versorgung Erwachsener tätig sind, bezüglich der problematischen Dynamik der psychischen Erkrankung von Eltern/teil in auf die im Haushalt lebenden Kinder. Etablierung von diesbezüglichen Melde- und Hilfestrukturen.

i.A.

Dr. Ute Mendes und Dr. Ullrich Raupp, Beauftragte der DGSPJ



Prof. Dr. Ute Thyen
Präsidentin DGSPJ



Dr. Andreas Oberle
Vizepräsident DGSPJ

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Geschäftsstelle

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

Tel. 030.4000588-6

Fax 030.4000588-7

geschaeftsstelle@dgspj.de

www.dgspj.de