BDP Bundesgeschäftsstelle · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin

per E-Mail:

kiju@apk-ev.de

Dipl.-Psych. Ralph Schliewenz

Beauftragter des Präsidiums für Kinderrechte und Kindeswohl

Anschrift: Schoppmannweg 5
59494 Soest

Telefon: + 49 170 5210960
E-Mail: r.schliewenz@bdp-klinische-psychologie.de

28. September 2020

KiJu-WE; Ihre Nachricht vom 10.09.2020

Sehr geehrter Herr Holke,
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Fegert,
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Kölch,

nochmals herzlichen Dank für Ihre Einladung zur aktiven Teilnahme am Projekt „*Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (KiJu WE)*“ als Vertreter des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP).

Wie bereits zum ersten Themenfeld geschehen, komme ich Ihrem freundlichen Aufruf zur Stellungnahme auch zum zweiten Themenfeld ebenfalls gern nach.

Zum Themenkomplex II – „*Schnittstellen und Kooperation*“:

Dieses Themenfeld stellt sich nachweislich als überaus komplex dar. Es gilt, die verschiedenen Aspekte in Bezug auf Behandlungsformen, Bedarfe sowie die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen der Versorgung zu verstehen. Erfahrungsgemäß fiel dies immer dann leichter, sobald bei allen am Prozess Beteiligten ein gemeinsames Verständnis für die zu versorgenden Bedürfnisse entwickelt werden konnte. Der BDP unterstützt daher jedes Bemühen, sich auf Augenhöhe zu begegnen. Nun wird es darum gehen, gesetzlich verankert Reibungsverluste zu minimieren. Wir sind an Lösungen interessiert.

BDP, gegründet 1946

Präsidentin Dr. Meltem Avci-Werning
Vizepräsidentin Dipl.-Psych. Annette Schlipphak
Vizepräsident Dipl.-Psych. Gunter Nittel
Hauptgeschäftsführerin Dipl.-Psych. Gita Tripathi-Neubart

Registergericht Amtsgericht Charlottenburg

• Sektorenübergreifende Behandlung nach SGB V:

Ein solch kooperativer Behandlungsansatz darf sich nicht nur auf die Settings (ambulant, teil-, stationär) beziehen, sondern muss auch über Fachbereiche hinweg gedacht und umgesetzt werden. Die Pädiatrie – ob in Praxis oder Klinik – erkennt meist als erste Fachrichtung mit ihren engagierten Beschäftigten wo sich in familiären Systemen ggf. ein kinder- und jugendpsychiatrischer oder -psychotherapeutischer Behandlungsbedarf ergeben könnte. Aber auch in der Schule als dem Ort, den die meisten Kinder und Jugendlichen besuchen sollen, fallen Normabweichungen auf. Der für den Kinderschutz sinnvolle Ansatz der Kooperation und des Informationsaustauschs (vgl. KKG) soll mit Hinweis auf den Geheimnisschutz ein legales, transparentes und v.a. im Alltag realisierbares (praktikables) Pendant im SGB V erhalten. Kooperation meint dann definitionsgemäß: „… das zweckgerichtete Zusammenwirken verschiedener Parteien mit gemeinschaftlichen Zielen.“! Unabhängig davon, welche Partei im Behandlungsprozess den Aufschlag macht, soll ein Mitdenken über den eigenen Fachbereich (u.a. Psychiatrie, Psychotherapie etc.) hinaus für alle wechselseitig möglich und selbstverständlich sein.

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

Im Sinne der „kleinen“ Patientinnen und Patienten – also der Kinder und Jugendlichen – sind in erster Linie die sorgeberechtigten Personen in der verantwortlichen Pflicht. Dieser können sie umso besser nachkommen, je selbstverständlicher ihnen die Notwendigkeit zur Kooperation unter den helfenden Behandelnden vermittelt wird. Kaum jemand ist in der Lage, neue Fähigkeiten zu entwickeln, ohne dabei Unterstützung anzunehmen. Der Aufbau von Netzwerken und das Überwinden von Grenzen an Schnittstellen können allerdings nur gelingen, wenn es ein geteiltes Wissen voneinander gibt. Gerade neue Behandlungsformen, bspw. internetbasierte Applikationen, werben mit Autonomie, was zwar Schutz suggeriert, aber auch jede Kooperation unmöglich macht. Ein transparenter, gesetzlich geregelter und damit auch vergüteter Anspruch auf zielgerichteten Austausch schutzbedürftiger Daten im „Behandlungsteam“ ist unabdinglich. Er soll jedoch unter eindeutiger Fallführung der betroffenen einsichtsfähigen zu behandelnden Personen liegen. Dies bedarf unbedingt eines „informed consent“ (informierte Einwilligung).

• Adäquates, rechtsgebietsübergreifendes Entlassungsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP):

Das Management der (stationären) Behandlung im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext muss immer auch das Ende derselben (Entlassung) beinhalten und beginnt mit der Aufnahme (Erstvorstellung – i.d.R. ambulant). Adäquat kann dies nur sein, wenn auch innerhalb des KJP-Systems alle Sektoren zahnradmäßig aber am Einzelfall orientiert ineinandergreifen können. Eine erhöhte Durchlässigkeit sollte zur Regel werden und einzig vom Verlauf des

individuellen Behandlungsprozesses bestimmt sein. Der Beginn oder das Ende von Hilfen auf der Grundlage eines Gesetzbuches, bspw. Heilbehandlung nach SGB V, darf zudem nie der Ausschluss anderer Maßnahmen, bspw. Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII oder Behindertenhilfe nach SGB IX oder XII i.S.v. Teilhabe oder Eingliederung, sein. Am Beispiel von Lerntherapie bei drohender seelischer Behinderung wird die inhaltliche Nähe bei gleichzeitiger Distanz der Rechtsgebiete deutlich. Ähnlich verhält es sich noch zumeist bei schulbegleitenden Maßnahmen trotz entsprechender gesetzlich geregelter Nachrangigkeit (Schulgesetz - Ausbildungsordnung - vor Jugendhilfe). Es gilt demnach, jeden Rechtsbereich so zu stärken, dass niemand gezwungen wäre, für einen anderen einzuspringen. Aus der eigenen Stärke heraus dürfte es wiederum jedem Rechtsbereich leichter fallen, am Einzelfall orientierte und aus einem gemeinsamen Fallverständnis heraus entwickelte, Hilfen anzubieten. Auch die Sozialgesetzbücher sollen auf die Möglichkeiten der befristeten Leistungsgewährung zur Überbrückung von Versorgungslücken hin überprüft und entsprechend geändert werden. Es soll mit den relevanten Akteur*innen (niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, psychologische Lerntherapeut*innen, Fachpsycholog*innen etc.) die Entwicklung von Konzepten zur strukturellen Kooperation mit angrenzenden Gebieten, bspw. der Schulpsychologie oder der Wiedereingliederung, aufgegriffen und weiterentwickelt werden.

• Kinder- und jugendpsychiatrische Verbünde:

Das Bündeln von Ressourcen soll Synergien wecken. Schwerpunktbehandlungen, i.S.v. Spezialisierungen, können sich entwickeln. Ein Gewinn für die Betroffenen wäre zu erwarten. Die eigentliche Versorgung inklusive Routinebehandlungen darf dem jedoch nicht zum Opfer fallen. Wohnortnah – gerade im Akutfall – und allumfassend soll weiterhin gelten. Eine Flächendeckende Verfügbarkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Institutsambulanzen muss sich lohnen. Ausreichend fachtherapeutische Planstellen müssen zur Verfügung stehen.

• 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):

Besondere Zielgruppen bedürfen besonderer Behandlung – auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext. Jede Behandlungseinheit soll Mitarbeitende vorhalten, die über entsprechende Weiterbildungen ihre spezifischen Kompetenzen ausgebaut haben. Dies muss auch arbeitsvertraglich gefördert und geregelt werden. Der BDP verfolgt dieses Ziel bspw. mit der Entwicklung spezifischer Curricula zur Weiterbildung zur/m Fachpsycholog*in. Es darf niemals aufgrund der formaljuristischen Unterscheidung einer möglicherweise vorrangigen Behinderungsform (seelisch, geistig, körperlich) zum Ausschluss einer, die Prognose begünstigenden Behandlung kommen. Behandlungsansätze müssen multimodal (einschließlich funktioneller Therapie und sozialpädagogischer Förderung) gedacht und flächendeckend umgesetzt werden. Auch die Versorgung von Menschen mit noch unsicherem

Aufenthaltsstatus (bspw. Duldung) muss muttersprachlich ermöglicht und, über akute Bedürfnisse hinausgehend, sichergestellt sein. Dabei darf kein Unterschied zwischen unbegleiteten minderjährigen und denen gemacht werden, die sich in der Obhut ihrer Familien befinden.

• Medizinische Rehabilitation bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen:

Diese erfolgt bekanntermaßen vorwiegend im Spezialbereich „Sucht"; und sie erzählt eine Erfolgsgeschichte, insbesondere unter fachlicher Leitung von Psychologinnen und Psychologen. Inwieweit weitere Spezialbereiche, bspw. „Schizophrenie", „Trauma" „Essstörungen", „Persönlichkeitsentwicklungsstörungen (u.a. BPS)" oder „Intelligenzminderung" davon profitieren könnten und sich ein Aufbau derselben lohnt, sollte überprüft werden. Der BDP geht davon aus.

• Versorgungsforschung:

Das Wissen um die aktuellen und jeweiligen Bedarfe sowie darum, wie diese real versorgt werden, ist und bleibt für die Planung und Regulierung der (gesetzlichen) Rahmenbedingungen unerlässlich. Veränderungen finden ständig und überall statt, worauf es angemessen zu reagieren gilt. Gleichermaßen sollen auch evidenzbasierte Prognosen in zukünftige Prozesse einfließen. Das Verankern regelmäßiger Überprüfungen von SOLL- und IST-Zuständen ist daher geboten.

Ich hoffe, Ihnen hiermit die wichtigsten und zentralen Handlungsempfehlungen auch zum zweiten Themenbereich skizziert zu haben, und freue mich auf eine weitere konstruktive Diskussion im Workshop am 27.10.2020.

Im Auftrag des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP),

mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Ralph Schliewenz
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut