

Helmut Hollmann

Christoph Kretzschmar

Ronald G. Schmid

Qualität in der Sozialpädiatrie Band 1

Das Altöttinger Papier

Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit in
Sozialpädiatrischen Zentren
- Strukturqualität, Diagnostik und Therapie -

Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren

Stand November 2014

Koordinatoren:

Dr. med. Helmut Hollmann
Kinderneurologisches Zentrum
Waldenburger Ring 46
53119 Bonn

Dr. med. Christoph Kretzschmar
Sozialpädiatrisches Zentrum
Industriestraße 40
01129 Dresden

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Zentrum für Kinder/Jugendliche
Vinzenz-von-Paul-Straße 10–14
84503 Altötting

Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit im SPZ – Das Altöttinger Papier

Vorwort	5
Präambel	8
1	Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren
1.1	Anforderungen an die Struktur eines SPZ 13
1.2	Aufgaben und Ziele eines SPZ 17
1.3	Qualitätsanforderungen an ein Sozialpädiatrisches Zentrum aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern 18
1.4	Qualitätsanforderungen an ein Sozialpädiatrisches Zentrum aus der Sicht des zuweisenden Arztes. 20
1.5	Anforderungsprofil für den Ärztlichen Leiter des SPZ .. 21
1.6	Anforderungsprofil für die Ärzte im SPZ 25
1.7	Anforderungsprofil für Diplom-/Master-Psychologen im SPZ. 28
1.8	Anforderungsprofil für die therapeutischen und pädagogischen Mitarbeiter im SPZ. 31
1.9	Anforderungsprofil für den Dipl.-Sozialpädagogen, Sozial- arbeiter/-pädagogin B.A., Sozialarbeiter/-pädagogin M.A., Master of Social Work 33

2	Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum	
2.1	Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens zur Erstellung des Behandlungsplanes	36
2.2	Rahmenkonzept des therapeutischen Vorgehens.	43
2.3	Dokumentation von Diagnostik und Therapie durch den Arztbrief	51

Vorwort zur Novellierung des Altöttinger Papiers von 2014

Das „Altöttinger Papier“ hat sich mit seiner Erstfassung von 2002 bei der Etablierung eines qualitativ hochwertigen sozialpädiatrischen Versorgungssystems in Deutschland als unverzichtbar dargestellt. Auf Grund der detaillierten Beschreibung der Strukturqualität wird das „Altöttinger Papier“ aber häufig zu Rate gezogen und hat somit Einfluss auf Entscheidungen verschiedener Fachgremien bis hin zur höchstrichterlichen Rechtsprechung. Da sich die Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in den letzten Jahren verändert, die Zahl der überwiesenen Kinder zugenommen und sich deren Krankheitsspektrum erweitert hat, musste das vorliegende Qualitätspapier den neuen Gegebenheiten angepasst werden.

Die Kernkompetenz des Sozialpädiatrischen Zentrums liegt weiterhin in der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die auf Grund ihrer Krankheit Störungen in ihrer geistigen, körperlichen und/oder seelischen Entwicklung aufweisen und somit in der gesellschaftlichen Teilhabe drohend oder manifest behindert werden. Hierzu können auch Kinder und Jugendliche mit seltenen oder auch chronischen Erkrankungen gehören, die einen zusätzlichen sozialpädiatrischen Behandlungsbedarf haben und deswegen durch ein multiprofessionelles Team mitbehandelt werden müssen. Auf Grund dieser Herausforderungen muss sich auch die personelle Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams im SPZ individuell den sozialpädiatrischen Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie anpassen.

Die Sozialpädiatrischen Zentren sind fester Bestandteil der abgestuften, ambulanten pädiatrischen Versorgung und zählen in diesem

Sinne zur spezifischen Schwerpunktversorgung. Dementsprechend muss der Ärztliche Leiter eines SPZ über vielfältige Kompetenzen verfügen, um die Versorgung in einem multiprofessionellen Team auch interdisziplinär zu leiten und zu entwickeln. Die Ärzte im SPZ sollen in ihrer Spezialisierung fachlich breit aufgestellt sein und sich gegenseitig ergänzen, um den Ansprüchen der medizinischen Herausforderungen zu genügen. Desgleichen sollten aber auch die anderen Professionen über höchstmögliche Qualifikationsmerkmale verfügen, um den inhaltlichen Ansprüchen einer Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung zu entsprechen.

Neben der ICD-10 als Behandlungsbasis spiegelt die ICF-CY immer mehr auch die Behandlungsbedürfnisse der Patienten und seiner Angehörigen wieder, sodass im Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens zur Erstellung des Behandlungsplanes (Kapitel 2.1) neben dem auf der ICD-10 basierten Störungsprofil (EKPSA-Schema) auch das Funktionsprofil inklusive Umwelt- und Kontextfaktoren deutlich herausgearbeitet wurde und somit einen festen Bestandteil der Mehrbereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) darstellt.

Ab Kapitel 2.2 – Rahmenkonzept des therapeutischen Handelns – bleibt das Qualitätspapier vorerst unverändert.

Die im vorliegenden Papier beschriebenen personellen und sächlichen Qualitätsmerkmale sind Voraussetzung für eine an medizinischen Standards orientierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Da für die Umsetzung entsprechende wirtschaftliche Voraussetzungen gegeben sein müssen, sind die Kostenträger aufgerufen, diese wirtschaftlichen Voraussetzungen entsprechend § 120 SGB V zu schaffen. Ein entsprechender Qualitätsarbeitskreis der BAG-SPZ wurde beauftragt, die im „Altöttinger Papier“

beschriebenen qualitativen Anforderungen mit ökonomischen Kennziffern zu untersetzen.

Die jetzt im „Altöttinger Papier“ vorgenommenen Veränderungen entsprechen den Bedürfnissen der in die SPZ überwiesenen Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien und sind somit richtungweisend. Gegenwärtig bestehende Versorgungsstrukturen sollten damit aber nicht gefährdet werden.



Dr. med. Christian Fricke
Hamburg
Präsident der DGSPJ



Dr. med. Christoph Kretzschmar
Dresden
amtierender Sprecher der BAG-
SPZ

Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) – Strukturqualität, Diagnostik und Therapie –

„Altöttinger Papier“ Nachdruck der Fassung von 2014 Beitrag zur Qualitätssicherung

Präambel

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren (BAG-SPZ) hat nach intensiven mehrjährigen Diskussionen am 08.03.2002 das „Altöttinger Papier“ ohne Gegenstimme angenommen. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) hat sich diesem Votum in seiner Sitzung vom 21.06.2002 angeschlossen.

Das „Altöttinger Papier“ stellt einen Fortschritt für die Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in der Kinderheilkunde dar. Die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren wird durch nachvollziehbare Kriterien beschrieben, damit transparent gemacht und in ihrer hohen Qualität sichergestellt. Es ist ein Positionspapier und keine abschließende, justiziable Kodifizierung der Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren. Es stellt die Sicht der DGSPJ zu Grundlagen und Zielvorgaben für eine qualitätsgesicherte Arbeit der Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland dar.

Das „Altöttinger Papier“ hat sich bei der Etablierung eines qualitativ hochwertigen sozialpädiatrischen Versorgungssystems in Deutschland bewährt und als unverzichtbar dargestellt. Auf Grund der detail-

lierten Beschreibung der Strukturqualität wird es häufig zu Rate gezogen und hat somit Einfluss auf Entscheidungen verschiedener Fachgremien bis hin zu höchstrichterlicher Rechtsprechung gefunden. Da sich die Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren in den letzten Jahren weiter entwickelt hat, die Zahl der überwiesenen Patienten zugenommen und sich das Krankheitsspektrum erweitert hat, bedurfte es 2014 einer Novellierung, um sich den neuen Gegebenheiten anzupassen.

Die Kernkompetenz des Sozialpädiatrischen Zentrums liegt weiterhin in der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die auf Grund ihrer Krankheit Störungen in ihrer geistigen, körperlichen und/oder seelischen Entwicklung aufweisen und somit in der gesellschaftlichen Teilhabe drohend oder manifest behindert werden. Hierzu können auch Kinder und Jugendliche mit seltenen oder auch chronischen Erkrankungen gehören, die einen zusätzlichen sozialpädiatrischen Behandlungsbedarf haben und deswegen durch ein multiprofessionelles Team mitbehandelt werden müssen.

Die Sozialpädiatrischen Zentren sind fester Bestandteil der abgestuften, ambulanten pädiatrischen Versorgung. Die Inanspruchnahme erfolgt nach Überweisung durch den Vertragsarzt.

Da für die Umsetzung des „Altöttinger Papiers“ entsprechende wirtschaftliche Voraussetzungen gegeben sein müssen, sind die Kostenträger aufgerufen, diese wirtschaftlichen Voraussetzungen entsprechend § 120 SGB V zu schaffen. Ein entsprechender Qualitätsarbeitskreis der BAG-SPZ wurde beauftragt, die im „Altöttinger Papier“ beschriebenen qualitativen Anforderungen mit ökonomischen Kennziffern zu untersetzen.

Die in der Neuauflage vorgenommenen Veränderungen entsprechen den Bedürfnissen der in die Sozialpädiatrischen Zentren überwiesenen Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien und sind somit richtungweisend. Gegenwärtig bestehende Versorgungsstrukturen sollten damit aber nicht gefährdet werden.

Weiterhin gilt es, offen zu bleiben für neue Entwicklungen in der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Diese beinhalten auch die sozialpädiatrische Behandlung von bisher nicht in Sozialpädiatrie-

schen Zentren betreuten Patientengruppen mit ihren Familien. Alle an der Weiterentwicklung in der Qualitätssicherung Interessierten werden zu einem fachlich-konstruktiven, zukunftsweisenden Dialog auf der Basis des „Altöttinger Papiers“ in den entsprechenden Gremien, insbesondere der BAG SPZ, aufgerufen.

Dr. med. Christian Fricke
Präsident
Deutsche Gesellschaft für
Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

1. Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren

Grundlagen

Die Sozialpädiatrischen Zentren sind nach § 119 SGB V eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung unter ärztlicher Leitung. Sie sind zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kontext mit dem sozialen Umfeld einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen.

Zum Behandlungsspektrum gehören insbesondere Krankheiten, die Entwicklungsstörungen, drohende und manifeste Behinderungen sowie Verhaltens- oder seelische Störungen jeglicher Ätiologie bedingen.

Zu den Aufgaben der Sozialpädiatrischen Zentren zählt auch die Untersuchung bei Verdacht auf die oben genannten Krankheiten. Mitarbeiter und Träger der Sozialpädiatrischen Zentren sowie die Kostenträger sind aufgerufen, die Verwirklichung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren anzustreben. In den folgenden Kapiteln werden Kriterien definiert, die die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung bilden.

Mit Inkrafttreten des SGB IX (2001) stellt die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder von der Geburt bis zu dem Zeitpunkt ihrer Einschulung als Komplexleistung eine neue Herausforderung für die SPZ dar. Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach §26, Abs.2, Nr.2 SGB IX und Leistungen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft nach § 55,56 SGB IX werden inhaltlich und organisatorisch zusammengeführt. Es ergibt sich die Notwendigkeit einer regional spezifischen, ressourcenorientierten Vernetzung, da die auf Grundlage des Bundesgesetzes abgeleiteten Landesrahmenvereinbarungen sehr heterogen sind. Dabei ist insbesondere die interdisziplinäre, multiprofessionelle Kompetenz der Sozialpädiatrischen Zentren bezüglich Diagnostik einschließlich der Erstellung des Behandlungsplanes

und dessen therapeutische Umsetzung, ggf. in Kooperation mit Heilmittelerbringern außerhalb des SPZ und Frühförderstellen gefragt.

1.1 Anforderungen an die Struktur eines SPZ

1.1.1 Personeller und apparativer Bedarf eines SPZ

Die nachfolgenden Ausführungen gründen auf den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur personellen und apparativen Ausstattung Sozialpädiatrischer Zentren (Schlack HG (1998), Kinderärztliche Praxis: 278 – 287). Aus dem Grundverständnis heraus, dass die Behandlung eines kranken bzw. entwicklungsgestörten Kindes oder Jugendlichen vorrangig im familiären Kontext stattfinden sollte, sind Sozialpädiatrische Zentren in erster Linie als ambulant arbeitende Einrichtungen konzipiert. Um eine „leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung“ (Vorgabe des § 119 SGB V) zu gewährleisten, haben die SPZ besondere personelle und apparative Voraussetzungen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu erfüllen.

1.1.1.1 Personalausstattung

Zu den personellen Voraussetzungen zählt insbesondere die Gewährleistung der interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste. Die erforderliche Personalausstattung ist in Tabelle 1 aufgeführt.

**Tab. 1: Essentieller Personalbedarf:
das „Sozialpädiatrische Team“**

- Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit spezieller Qualifikation
- Diplom-Psychologe/-Psychologin bzw. Master in Psychologie (M.A./M.Sc) mit spezieller Qualifikation

- Therapeutinnen und Mitarbeiterinnen aus mindestens 3 der folgenden Fachrichtungen:
Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik/Sozialarbeit

Es ist hervorzuheben, dass ein SPZ über wenigstens 2 solcher Teams verfügen muss, damit die erforderliche fachliche Differenzierung und eine kontinuierliche Repräsentanz der Berufsgruppen gewährleistet werden können.

Der ergänzende Personalbedarf ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2: Ergänzender Personalbedarf

- Funktionskräfte (Kinderkrankenschwestern, Arzthelferinnen),
- Medizinisch-technische Assistenzkräfte
- Sekretariats- und Schreibkräfte
- Verwaltungskräfte

In Abhängigkeit von inhaltlichen Schwerpunkten und regionalen Gegebenheiten ist der Bedarf an weiterem Funktions- und Organisationspersonal entsprechend der Institutionsgröße vorzuhalten. Dazu gehören:

Tab. 3: Sonstiges Personal

- Andere Fachärzte, Ärzte in Weiterbildung
- Therapeuten bzw. Mitarbeiter anderer Fachrichtungen, z. B. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Musiktherapie, Motologie/Motopädie, Heilerziehungspflege, Diätberatung u. a.

Mögliche Kooperationen und Honorar-Mitarbeit müssen vertraglich verbindlich geregelt sein. Die regionale Netzwerk-Bildung in Diagnostik und Therapie ist zum optimalen fachlichen Ressourcen-Einsatz im Interesse des Patienten ausdrücklich gewünscht.

1.1.1.2 Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muss für Diagnostik und Therapie einem zeitgemäßen Standard entsprechen. Besonders aufwendige medizinisch-technische Untersuchungen, die nur von speziell ausgebildetem Personal durchgeführt werden können, sollen in Kooperation mit Kliniken oder anderen Institutionen erfolgen. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist zu prüfen, welche apparativen bzw. medizinisch-technischen Untersuchungen delegiert werden sollen bzw. wegen des Umfangs ihrer Inanspruchnahme im SPZ selbst vorzuhalten sind. Die Größe eines SPZ, fachliche Arbeitsschwerpunkte im Sinne einer Spezialisierung und die institutionelle Einbindung eines SPZ sind wichtige Faktoren zur Ermittlung des Bedarfes an apparativer Ausstattung. Die medizinisch-technischen Untersuchungsmethoden, die für ein SPZ grundsätzlich zugänglich sein müssen, sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Tab. 4: Medizinisch-technische Untersuchungsmethoden, die für ein SPZ zugänglich sein müssen

- Neurophysiologische Diagnostik (insbesondere EEG, Elektroneurografie, evozierte Potentiale)
- Audiologische und auditive Diagnostik (Ophtalmologische und visuelle Diagnostik)
- Klinisch-chemisches Labor
- Bildgebende Verfahren
- Humangenetische Untersuchung
- Videoanalyse

1.1.2 Raumkonzept

Beim Raumkonzept ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.

Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung des SPZ muss die Umsetzung des sozialpädiatrischen Behandlungskonzeptes ermöglichen. Dementsprechend müssen sie im unmittelbaren Verbund vorgehalten werden. Für die speziellen Gegebenheiten sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Raum für ärztliche Untersuchung und fachärztliche spezifische Funktionsdiagnostik
- Raum für psychologische Untersuchung und Beratung auch im Familienverband
- Einzeltherapieräume
- Gruppentherapieräume, auch geeignet für Schulungen und Seminare
- Rezeption und Anmeldung
- Raum für Patientenaufnahme, Dokumentation/Archiv, Verwaltung und sonstige Infrastruktur
- Wartebereich mit ausreichender Sitzgelegenheit, Sanitäreinrichtung einschließlich Behinderten-WC
- Abstellraum, Geräteraum
- Personalaufenthaltsraum
- Personalumkleide mit WC

Die Räume sollen barrierefrei zugänglich sein.

1.2 Aufgaben und Ziele eines SPZ

- Ärztlich verantwortete interdisziplinäre Diagnostik, Behandlungsplanung und Therapie zum frühestmöglichen Zeitpunkt unter Abstimmung auf die Krankheit und Entwicklung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen
- Koordination ärztlicher, psychologischer, therapeutischer, sozialer und pädagogischer Tätigkeit
- Verlaufsuntersuchungen und Begleitung des Patienten und seiner Familie bei Langzeitbehandlung
- Erbringung der Komplexleistung Frühförderung entsprechend der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung
- ambulante Rehabilitation als Schnittstelle zwischen klinischer Akutpädiatrie und (neuro-) pädiatrischer Reha-Klinik
- umfassende Linderung der Folgen entwicklungsneurologisch bedingter Erkrankungen; Nutzung der Ressourcen des Patienten
- Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstständigkeit der Kinder und Jugendlichen
- Stärkung der familiären Ressourcen
- Verbesserung des Krankheitsbewältigungsprozesses und der Lebensqualität für den Patienten wie für die Familie
- Sicherung/Optimierung der sozialen Integration in Familie und Umfeld
- Vernetzung mit anderen Institutionen und Behandlern

1.3 Qualitätsanforderungen an ein Sozialpädiatrisches Zentrum aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern

Patient und Familie bzw. andere Bezugspersonen erwarten hinsichtlich:

1.3.1 Service-Strukturen

- angemessen kurze Wartezeiten:
 - von der Anmeldung bis zum Ersttermin,
 - bis zum Beginn einer indizierten Therapie,
 - bei jedem Einzeltermin
- feste Ansprechpartner
- ausreichend Zeit eingeräumt bekommen
- verständliche Vermittlung der Diagnose und der Therapieinhalte
- gute Organisation: für den Patienten transparente und seine
- Bedürfnisse berücksichtigende Abläufe
- gute interne und externe Informationsweitergabe

1.3.2 Beziehungs- und Vertrauensebene

- höflicher, freundlicher Umgang
- vertrauensvolles Verhältnis: Empathie, Respekt, Verständnis
- altersangemessene Kommunikation mit den Patienten
- ernst genommen werden, aktives Zuhören
- Gesprächsmöglichkeit ohne Anwesenheit des Kindes
- Möglichkeit einer langfristigen Begleitung mit konstanten
- Ansprechpartnern
- Akzeptieren von Grenzen der Person und der Problemsicht
- Verschwiegenheit, Vertraulichkeit
- Ehrlichkeit, Offenheit
- Respekt des Leidens, Reduzieren des Leidensdruckes
- Hoffnung lassen, sensible Gesprächsführung

1.3.3 Professionalität

- Fachspezifische Diagnosestellung, Beratung und Therapie unter Einbeziehung der individuellen Besonderheiten, Berücksichtigung der Erfahrung der Familie/Eltern
- Orientierungshilfe für Entscheidungen
- Stellungnahme zu unterschiedlichen und neuen Diagnose- und Therapieangeboten
- Beurteilung von alternativen Verfahren
- Wirkungsvolle Therapie in überschaubarer Zeit
- Kooperation mit anderen Fachgebieten und Institutionen
- Einholen einer zweiten Meinung zulassen
- Kompetente Gesprächsführung mit Koordination und Transfer verschiedener medizinischer und therapeutischer Ergebnisse in verständlicher Sprache (SPZ-Mitarbeiter als fachliche Dolmetscher)
- diagnostische und therapeutische Schwerpunkte
- Prognostische Einschätzung und Unterstützung bei der Lebensplanung; Entwicklung und Verwirklichung von Perspektiven
- Aufklärung über Risiken
- Hilfe im sozialen Netz
- Kooperation mit Selbsthilfegruppen

1.4. Qualitätsanforderungen an ein Sozialpädiatrisches Zentrum aus der Sicht des zuweisenden Arztes

Überweisende Ärzte erwarten:

- Zeitnahe, indikationsbezogene Vorstellungstermine
- Erreichbarkeit der fallbetreuenden Ärzte und Psychologen
- mehrdimensionale Bereichs-Diagnostik und Behandlung bei komplexen und/oder schweren Krankheits- und Störungsbildern
- vertiefende Diagnostik, wenn bereits vor der SPZ-Überweisung eine Therapie ohne Aufholentwicklung erfolgte
- Möglichkeit eines therapeutisch-diagnostischen Prozesses (Prozessdiagnostik)
- Transparenz der Diagnostik und des Therapieangebotes
- spezielle diagnostische und therapeutische Schwerpunkte
- individuelle Abstimmung des Diagnostik- und Therapiekonzeptes
- Behandlungsplan mit eindeutigen Absprachen für die Zuständigkeit
- Zufriedenheit der Eltern
- Informationen
 - zeitnahe, bedarfsorientierte und verständliche Berichte
 - Telefonkontakte
- Fortbildungsangebote
- Qualitätszirkel
- Netzwerkarbeit

1.5 Anforderungsprofil für den Ärztlichen Leiter des SPZ

Der Ärztliche Leiter eines SPZ muss die Fähigkeit zur Leitung und Integration des interdisziplinär arbeitenden multiprofessionellen SPZ sowie fachliche Kompetenzen in sich vereinigen. Dazu sind formale Voraussetzungen essentiell.

1.5.1 Leitungskompetenzen

Fähigkeiten müssen vorhanden sein

- zur verantwortlichen Leitung und Integration des gesamten multiprofessionellen Teams in interdisziplinärer Arbeit
- zu Aus-/Weiter-/Fortbildung für Mitarbeiter und Externe
- zum erforderlichen finanziellen und organisatorischen Management
- zur Kooperation und Vertretung nach außen

Zur Wahrnehmung der Leitungsfunktion gehört unabdingbar die Beteiligung an der Patientenbetreuung im SPZ. Die dargestellten Qualitätsanforderungen aus der Sicht des Patienten und seiner Familie sowie des zuweisenden Arztes müssen dabei in allen Bereichen umgesetzt werden.

1.5.2 Fachliche Kompetenzen

Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein

- zu klinisch-neurologischer und entwicklungsneurologischer Untersuchung
- zur Einschätzung der verschiedenen Entwicklungsbereiche, insbesondere der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung
- zur Beurteilung der Indikationen der verschiedenen Diagnostikmaßnahmen
- zu ganzheitlicher und systemischer Betrachtungsweise, um zu

einer diagnostischen Hauptaussage (problembezogene, fokussierte Wertung aller organischen, psychischen und sozialen Befunde) zu kommen und eine adäquate und gezielte Durchführung oder Delegation der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu erreichen

- zur Beurteilung der Indikation der verschiedenen Therapiemaßnahmen, der unterschiedlichen Therapieformen, der Einschätzung der Therapieverläufe und der Ergebnisse
- in der medikamentösen Therapie und/oder in der Therapie mit fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren im Einzel-, Gruppen- oder Familien-Setting
- zur Beratung von Patienten, Eltern und anderen Bezugspersonen
- in relevanten sozialrechtlichen Fragestellungen
- zur Anfertigung fachbezogener ärztlicher Gutachten
- zur Führung von Patienten- und Elterngruppen

1.5.3 Formale Voraussetzungen

Qualifikationen in folgenden 3 Bereichen sind obligat:

1. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (*)

und

2. **Vollzeittätigkeit in einem SPZ für die Dauer von mindestens 2 Jahren oder entsprechende Zeit in Teilzeittätigkeit** zum Erwerb der fachlichen Kompetenz.

Ein Jahr dieser Zeit kann aus einer Tätigkeit mit der Versorgung körperlich, geistig und/oder seelisch kranker Kinder und Jugendlicher anerkannt werden, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team benötigen.

Dies betrifft insbesondere Patienten, die in den spezialisierten Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin wie z. B.:

Neuropädiatrie, Neonatologie, Hämatologie / Onkologie, Kinderkardiologie, Pulmologie / Allergologie, Endokrinologie/Diabetologie, Nephrologie, Rheumatologie/Infektiologie, Gastroenterologie, oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Behandlung stehen.

und

3. Zusatzweiterbildung Spezielle Sozialpädiatrie

Solange die Zusatzbezeichnung „Spezielle Sozialpädiatrie“ noch nicht von der BÄK in der WBO verankert ist, sind bis zum Ende der Übergangsregelung Zusatzqualifikationen erforderlich in:

- I Neuropädiatrie
- II Psychiatrie und -Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Zu I –

Optimal:

Schwerpunkt Neuropädiatrie

Mindestens erforderlich :

Kompetenzen in der Beurteilung von entwicklungsbezogenen neuropädiatrischen Fragestellungen (mindestens 6 Monate neuropädiatrische Tätigkeit) *und nach Möglichkeit*

Nachweis von Zusatzqualifikationen (u. a. EEG- oder EP Ausbildung oder Zertifikat Epilepsie)

Zu II –

Optimal:

Facharzt für Kinder – und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

oder

Zusatzbezeichnung fachgebundene Psychotherapie

oder

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

oder

Klinisch praktische Vollzeittätigkeit für ein Jahr in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

Mindestens erforderlich:

Zertifizierte Weiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren .

oder

Zertifikat Psychosomatische Grundversorgung

jeweils über mindestens 80 Stunden

(*):

Wenn das SPZ aus einer Position als Oberarzt geleitet wird, kann der Ärztliche Leiter eines SPZ auch Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie sein. Er muss mindestens eine 3jährige Tätigkeit an einer Einrichtung mit Ermächtigung zur Weiterbildung im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin absolviert haben. Der für das SPZ zuständige Chefarzt muss Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein. Der stellvertretende ärztlicher Leiter des SPZ muss ebenfalls Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein.

1.6 Anforderungsprofil für die Ärzte im SPZ

Das in den SPZ zu behandelnde Patientenspektrum hat sich in den letzten Jahren verändert. Neben den Kindern und Jugendlichen mit komplexen Entwicklungsstörungen werden zunehmend Patienten mit umschriebenen und/oder kombinierten Entwicklungsstörungen sowie auch Patienten mit chronischen Erkrankungen aus den verschiedenen Subdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin, die ebenfalls einen interdisziplinären und multiprofessionellen Versorgungsbedarf benötigen, in das SPZ überwiesen. Diese Entwicklung muss sich auch im Spektrum der ärztlichen Kompetenz widerspiegeln.

1.6.1 Voraussetzung

1. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
oder
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
oder
approbierter Arzt in fortgeschrittener Weiterbildung zum FA für Kinder- und Jugendmedizin oder zum FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.
oder
nicht-pädiatrischer Facharzt mit Zusatzqualifikation, die im SPZ eine hohe Relevanz hat

2. Nach Möglichkeit Zusatzqualifikation in:
 - I. Neuropädiatrie**
 - II. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters**
 - III. Spezialgebiet mit sozialpädiatrischer Relevanz: z.B. Neonatologie, Hämatologie / Onkologie, Kinderkardiologie, Pulmologie / Allergologie, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Rheumatologie/ Infektiologie, Gastroenterologie**

(Module zu I. und II.: vgl. 1.5.3)

1.6.2 Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen vorhanden sein oder erworben werden

- zu klinisch-neurologischer und entwicklungsneurologischer Untersuchung
- zur Einschätzung der verschiedenen Entwicklungsbereiche, insbesondere der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung
- zur Beurteilung der Indikationen der verschiedenen Diagnostikmaßnahmen

- zu ganzheitlicher und systemischer Betrachtungsweise, um zu einer diagnostischen Hauptaussage (problembezogene, fokussierte Wertung aller organischen, psychischen und sozialen Befunde) zu kommen und eine adäquate und gezielte Durchführung oder Delegation der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu erreichen
- zur Beurteilung der Indikationen der verschiedenen Therapiemaßnahmen, der unterschiedlichen Therapieformen, der Einschätzung der Therapieverläufe und –ergebnisse
- in der medikamentösen Therapie zur Beratung von Patienten, Eltern und anderen Bezugspersonen
- durch Grundkenntnisse in fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren
- in relevanten sozialrechtlichen Fragestellungen zur Anfertigung fachbezogener ärztlicher Gutachten
- ggf. zur Übernahme von komplementären Funktionen zum ärztlichen Leiter des SPZ im Rahmen bestimmter fachlicher Schwerpunkte
- zur Führung von Patienten- und Elterngruppen

1.6.3 Leitungskompetenz für Behandlungsteams

Vorhanden sein oder erworben werden müssen die

- Fähigkeit der Leitung und Koordination in Teilbereichen eines multiprofessionellen Teams im Rahmen der interdisziplinärer SPZ-Arbeit
- Fähigkeit zur Kooperation und Vertretung nach außen

Die dargestellten Qualitätsanforderungen aus der Sicht des Patienten und seiner Familie sowie des zuweisenden Arztes müssen dabei in allen Bereichen umgesetzt werden.

1.7 Anforderungsprofil für Diplom-/Master-Psychologen im SPZ

1.7.1. Voraussetzung

1. Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie (M.A. / M.Sc.)* **mit** Kenntnissen in Entwicklungspsychologie, Entwicklungspsychopathologie, methodischen Grundlagen der Diagnostik und Testtheorie, Gesprächsführung mit Kindern, Jugendlichen und Eltern, klinischer Psychologie **und**
2. Bereitschaft zur Ausbildung in einem fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren oder zur zertifizierten Fortbildung in „Klinischer Neuropsychologie“

Optimal:

Approbation als Psychologischer Psychotherapeut *oder* Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Wünschenswert:

1. begonnene oder abgeschlossene Ausbildung in einem fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren *oder*
2. begonnene oder abgeschlossene Weiterbildung zum Erwerb des Zertifikates „Klinische Neuropsychologie“ *und*
3. Erfahrungen im Umgang mit entwicklungsgestörten, chronisch kranken oder behinderten Kinder und ihren Familien,
4. berufliche Erfahrungen in einem SPZ oder in einer vergleichbaren Institution für entwicklungsgestörte, chronisch kranke oder behinderte Kinder und Jugendliche

* Ein Bachelor-Abschluss in Psychologie qualifiziert nicht dazu, eine selbstständige und selbstverantwortliche psychologische und psychotherapeutische Funktion in der Patientenversorgung innerhalb des SPZ auszufüllen. In ausgewählten, eingeschränkten Praxisbereichen des SPZ können Mitarbeiter mit Bachelor-Abschluss in Psychologie nichtselbstständige psychologische Tätigkeiten im Rahmen einer Delegation übernehmen. Näheres ist unter 1.8. ausgeführt.
Stand November 2014

Für die fachliche Leitung der Psychologen innerhalb eines SPZ ist Voraussetzung:

1. Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie (M.A. / M.Sc.)
und
2. mindestens 2 Jahre Tätigkeit in einem SPZ oder in einer vergleichbaren Institution für entwicklungsgestörte, chronisch kranke oder behinderte Kinder und Jugendliche

1.7.2. Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten oder Fertigkeiten müssen vorhanden sein oder erworben werden

- zur Beurteilung der Indikation der psychologischen Diagnostik-Maßnahmen
- zur Durchführung der erforderlichen differenzierten Diagnostik (Anamnese, Exploration, Entwicklungs- und Leistungstests, projektive und psychometrische Verfahren, Verhaltensbeobachtung) unter Berücksichtigung systemischer und ganzheitlicher Betrachtungsweisen
- zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Erstellung von mehrdimensionalen psychologischen Diagnosen
- zur Beurteilung der Indikation der psychologischen Therapie-maßnahmen, der unterschiedlichen Therapieformen, der Einschätzung der Therapieverläufe und der Ergebnisse
- in der Neuropsychologie
- zur Einschätzung der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung
- zur Einschätzung des Verhaltens sowie der Interaktions-, Beziehungs- und Gruppendynamik
- zur Beurteilung von Kindern und Jugendlichen mit Krankheiten auf neurologischem und psychiatrischem Gebiet im Kontext mit dem sozialen Umfeld
- zur Anfertigung fachbezogener psychologischer Gutachten
- zur Beratung der Patienten, Eltern und anderer Bezugspersonen

- in der selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung fachlich anerkannter Psychotherapieverfahren im Einzel-, Gruppen- und/oder Familien-Setting
- zur Führung von Patienten- und Elterngruppen

1.7.3. Leitungskompetenz

Fähigkeiten müssen vorhanden sein oder erworben werden

- zur Leitung und Koordination in Teilbereichen eines multiprofessionellen Teams in interdisziplinärer Arbeit
- zu Aus-/Weiter-/Fortbildung für Mitarbeiter und Externe
- zur Integration fachspezifischer Anteile in das multiprofessionelle Team in interdisziplinärer Arbeit
- zur Kooperation und Vertretung nach außen

Die dargestellten Qualitätsanforderungen aus der Sicht des Patienten und seiner Familie sowie des zuweisenden Arztes müssen dabei in allen Bereichen umgesetzt werden.

1.8 Anforderungsprofil für die therapeutischen und pädagogischen Mitarbeiter im SPZ

Zu den in einem SPZ vertretenen therapeutischen und pädagogischen Fachbereichen können u.a. gehören:

Physiotherapie, Logopädie, Sprachheiltherapie, Ergotherapie, Motologie, Motopädie, Heilpädagogik, Kunst- und Gestaltungstherapie, Montessori-Pädagogik/ -therapie, Musiktherapie, Sozialpädagogik, Sonderpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Kinder- und Gesundheitspflege, Psychologie-Bachelor

1.8.1 Voraussetzungen

1. Abschluss eines staatlich anerkannten Studien- oder Ausbildungsganges **und**
2. nach Möglichkeit Erfahrung in der fachspezifischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen **und**
3. nach Möglichkeit Zusatzqualifikation in fachlich anerkannten kindertherapeutischen Verfahren und Techniken **und**
4. Bereitschaft zu fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen

1.8.2 Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein oder erworben werden

- zur Befunderhebung bei Kindern und Jugendlichen durch standardisierte Verfahren, differenzierte Beobachtung und Interviews
- zur Beteiligung an der Indikationsstellung von Therapiemaßnahmen

- zur Beobachtung des Verhaltens in Einzel- und Gruppensituationen sowie Beziehung und Interaktion auch innerhalb des Familiensystems
- in der selbständigen, eigenverantwortlichen Behandlung der altersspezifischen Störungsbilder
- zur Netzwerkarbeit
- zur Anleitung von Erziehern und Eltern zu förderlichem Verhalten in Bezug auf die kognitive, sprachliche, motorische und sozio-emotionale Entwicklung

1.8.3 Weitere Anforderungen

- Fähigkeit zur Integration fachspezifischer Anteile in das multiprofessionelle Team in interdisziplinärer Arbeit
- Kenntnis von spezifischen Methoden der Beratung und Gesprächsführung

Die dargestellten Qualitätsanforderungen aus der Sicht des Patienten und seiner Familie sowie des zuweisenden Arztes müssen dabei in allen Bereichen umgesetzt werden.

1.8.4 Mitarbeiter mit Bachelor-Abschluss in Psychologie

Psychologie-Bachelor können Assistenz Tätigkeiten mit pädagogisch-educativen und sozio-therapeutischen Aufgaben, numerische Auswertung von Test- oder Fragebögen und Selbst- oder Fremdeinschätzungsverfahren (ohne deren Interpretation), Anfertigung und Protokollierung von Verhaltensbeobachtungen, Durchführung ausgewählter Aspekte übender Verfahren, Beratung von Angehörigen zu eng umschriebenen Themen sowie Verwaltung und Betreuung von Literatur- und Testdateien und andere psychologische Routinetätigkeiten im SPZ übernehmen. Sie bedürfen hierzu immer einer konkreten Einweisung.

1.9. Anforderungsprofil für den Diplom- Sozialpädagogen, Sozialarbeiter/-pädagogin B.A., Sozialarbeiter/-pädagogin M.A, Master of Social Work

1.9.1 Voraussetzung

1. Abschluss eines staatlich anerkannten Studiengangs

und

2. Nach Möglichkeit Erfahrungen im Umgang mit entwicklungsge-
störten, verhaltensauffälligen, chronisch kranken und behinderten
Kindern und Jugendlichen, deren Familien und ihrem sozialen
Umfeld

und

3. erwünschte Zusatzqualifikation:

- im Umgang mit sozialen Folgen spezifischer Störungs- und Krankheitsbilder
- in Beratung und Gesprächsführung
- Zusatzbezeichnung: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

1.9.2 Fachliche Kompetenzen

müssen vorhanden sein oder erworben werden:

- in der Erhebung einer umfassenden Sozialanamnese unter Berücksichtigung des Umfeldes
- zur sozialrechtlichen Beratung einschließlich der erforderlichen Behördenkontakte, Hilfestellung und Ausführung bei schriftlichen Anträgen und Hilfe bei der Durchsetzung berechtigter Ansprüche
- in der Eltern-, Familien- und Krisenberatung für Familien behinderter, chronisch kranker bzw. sozial benachteiligter oder/ und gefährdeter Kinder
- zur Thematik Frühe Hilfen, Kindeswohlgefährdung, Prävention und unterstützenden Maßnahmen in Fragen des Kinderschutz
- In der aufsuchenden Hilfe zu Hause, in Sondereinrichtungen und Institutionen, speziell unter Berücksichtigung adäquater, medizinisch geprägter Beratung
- In der Organisation und Vermittlung von Hilfen, z.B. Teilnahme an Helferkonferenzen
- zur systemischen Beratung, sofern dazu ausgebildet
- zur Netzwerkarbeit: z.B.
- Führung von Elterngruppen und /oder Teilnahme an Selbsthilfegruppen; Mitwirkung bei Fragen der institutionellen Weiterbetreuung (Kindertagesstätte, Schule, Heim, Pflegefamilie und andere)

1.9.3 Weitere Anforderungen

Bereitschaft zur

- Integration fachspezifischer Anteile in das multiprofessionelle Team in interdisziplinärer Arbeit
- eigenen Fortbildung, insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit den sozialen Folgen spezifischer Krankheitsbilder
- zur Fortbildung für Mitarbeiter des SPZ und Externe, insbesondere im Bereich der Patienten-Erzieher- bzw. Lehrerschulung
- Kooperation intern und extern
- Öffentlichkeitsarbeit (Projekte etc.)
- Gremienarbeit Teilnahme an Supervision

Die dargestellten Qualitätsanforderungen sollten in Abstimmung mit den Bedürfnissen des Patienten und seiner Familie, sowie des zuweisenden Arztes, in allen Bereichen umgesetzt werden.

2. Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum

Die Behandlung im SPZ besteht aus Diagnostik, Beratung und Therapie.

Die Achtung, Bewahrung und Stärkung der natürlichen Autonomie des Kindes und seiner Familie bilden Grundvoraussetzungen diagnostischen und therapeutischen Handelns überhaupt. Das Bemühen, die Ressourcen des Kindes und seiner Familie systematisch zu erkennen, zu erschließen und zu erweitern, kennzeichnet wesentlich den sozialpädiatrischen Behandlungsprozess.

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird grundsätzlich beachtet.

2.1 Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens zur Erstellung des Behandlungsplanes

Sozialpädiatrische Zentren sind zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen insbesondere mit Krankheiten, die Entwicklungsstörungen, drohende und manifeste Behinderungen sowie Verhaltensstörungen oder seelische Störungen jeglicher Ätiologie bedingen; zu den Aufgaben zählt auch die diagnostische Abklärung bei Verdacht auf die genannten Krankheits- und Störungsbilder.

Die ganzheitliche Sichtweise führt zu einer umfassenden Einbeziehung und Würdigung des Kindes bzw. Jugendlichen, seiner Familie und des sozialen Umfeldes.

Das Sozialpädiatrische Zentrum nutzt dabei seine spezielle Konzeption der interdisziplinären Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team.

Der regelmäßige und unmittelbare patientenbezogene Austausch der verschiedenen Berufsgruppen begründet die interdisziplinäre Kompetenz, die für ein Sozialpädiatrisches Zentrum charakteristisch ist.

Die Arbeit des Teams mit dem Kind bzw. Jugendlichen und seiner Familie wird geprägt durch eine Grundhaltung, die deren Kompetenzen würdigt und ihre Autonomie stärkt.

Die Sozialpädiatrische Diagnose ergibt sich aus dem diagnostischen Prozess, dem eine ausführliche biographische Anamnese und eine multimodale Ressourcen/Barrieren-Analyse unter Einbeziehung des Patienten, seiner Familie und seines Lebensumfeldes zu Grunde liegt. Die Diagnose ist in aller Regel mehrdimensional zusammengesetzt und wird nach Möglichkeit in folgenden 5 Bereichen definiert:

- Bereich **E** Entwicklungsstand/Intelligenz
- Bereich **K** Körperlich-neurologischer Bereich
- Bereich **P** Psychischer Bereich
- Bereich **S** Sozialer Kontext
- Bereich **A** Abklärung der Ätiologie

Somit ergibt sich die:

„Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS)“.

Der interdisziplinäre diagnostische Prozess hat immer spezifische Krankheiten und psychosoziale Aspekte einer Störung zu berücksichtigen. Er schließt fachgruppenübergreifende Untersuchungen ein. **Für problematische Komplexfälle kann ein therapeutisch-diagnostischer Prozess (Prozessdiagnostik) erforderlich werden.**

Im Einzelnen werden folgende Schritte durchlaufen:

2.1.1 Anamnese

Die biographische Anamnese umfasst:

- Aktuelle Anamnese
- Eigenanamnese
- Medizinische Anamnese
- Soziale Anamnese
- Familienanamnese
- Fremdanamnese
- Spezifische weitere Anamnesen

Die Anamnese erlaubt Rückschlüsse auf Risikofaktoren und kausale Zusammenhänge. Sie dient der Einschränkung möglicher Differentialdiagnosen und der Festlegung weiterer diagnostischer Schritte.

Vorausgehend erhobene Untersuchungsbefunde sind einzuholen und zu berücksichtigen.

2.1.2 Beobachtung und Untersuchung

An der Durchführung einzelner Untersuchungsschritte können alle Berufsgruppen des Sozialpädiatrischen Zentrums beteiligt sein. Dies beinhaltet je nach Fragestellung:

- pädiatrische, neuropädiatrische und entwicklungsneurologische Untersuchung
- psychologische und neuropsychologische Diagnostik
- sprachlich-kommunikative Diagnostik
- Verhaltens- / Interaktionsbeobachtung
- vertiefende Erhebung der psychosozialen Rahmenbedingungen
- Veranlassung von medizinisch-technischer Diagnostik (neurophysiologische und bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen u. a.)

Weiterführende spezielle Untersuchungen können in anderen ärztlichen Fachbereichen erforderlich werden.

Bei allen diagnostischen Maßnahmen finden die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften Berücksichtigung.

2.1.3 Zuordnung zu den Bereichen der MBS

Die Mehrbereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (**MBS**) erhebt **Befunde in folgenden 5 Bereichen (EKPSA):**

- **Entwicklungsstand / Intelligenz**
- **Körperlicher – neurologischer Bereich**
- **Psychischer Bereich**
- **Sozialer Kontext**
- **Aetiologische Abklärung**

Die Zuordnung der ICD-10 Diagnosen zu den EKPSA- Bereichen ist im MBS-Glossar detailliert erläutert und festgelegt.

2.1.4 Diagnose und Behandlungsplan

Die Zusammenfassung der in Anamnese, Beobachtung und Untersuchung erhobenen Daten erfolgt in 3 Schritten und bildet somit die Grundlage bei der Erfüllung des gesetzlichen Auftrages nach § 119 SGB V in Verbindung mit § 43a SGB V.

1. Schritt: Störungsprofil: Diagnose

Erhebung und Beschreibung einer differenzierten Diagnose unter sozialpädiatrischen Kriterien, die nach der internationalen Krankheitsklassifikation ICD 10 unter Berücksichtigung der 5 Bereiche **EKPSA** verschlüsselt wird.

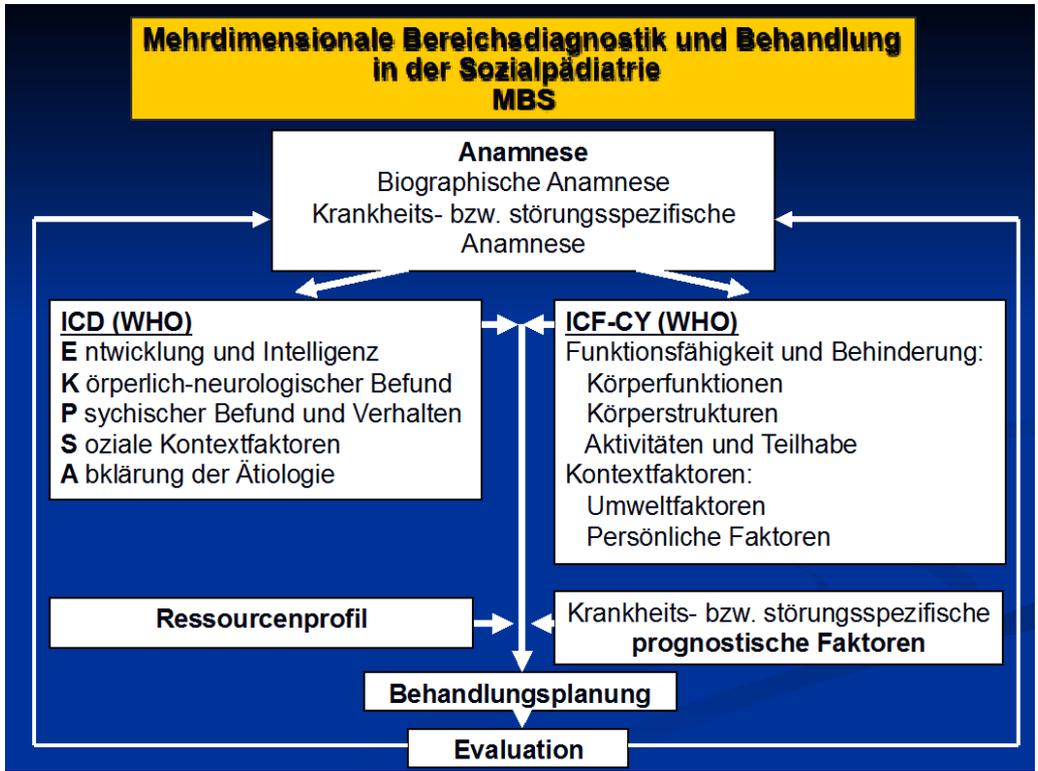
2. Schritt: Funktionsprofil: Ressourcen und Barrieren

Neben der Analyse der Barrieren ist insbesondere die Analyse der Ressourcen in Bezug auf die Systeme Kind, Familie, Umwelt und Mitarbeiter im Sozialpädiatrischen Zentrum essentiell. Einbezogen werden biologische, psychische und soziale Faktoren. Ziel ist es, unter besonderer Berücksichtigung der Ressourcen und Barrieren eine Gesamtanalyse der Möglichkeiten des Patienten (Aktivitäten) zu seiner sozialen Teilhabe zu entwickeln.

Damit kommt das Sozialpädiatrische Zentrum auch seinem gesetzlichen Auftrag zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sowie Frühförderstellen nach, ebenso der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen, Ämtern und anderen Institutionen.

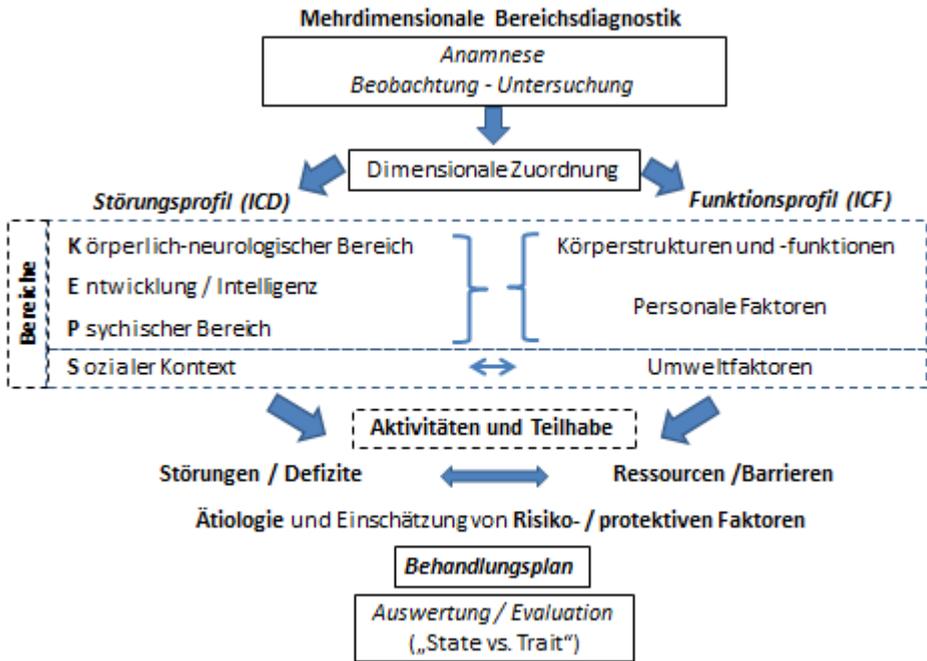
Anamnese, Beobachtung und Untersuchung haben die Aufgabe, die Bereiche der ICD 10 und der ICF schrittweise zu erfassen, zu bewerten und zusammenzuführen (s. Abb. 1)..

Abbildung 1



Der dafür zugrunde liegende Prozess ist in Abbildung 2 dargestellt. In diesem Prozess werden alle Bereiche unter dem Entwicklungsaspekt betrachtet. Dies erfolgt in den Dimensionen Störung (nach ICD 10) und Funktionsfähigkeit (nach ICF- CY).

Abbildung 2



3. Schritt: Behandlungsplan

Erstellung eines Behandlungsplanes unter Berücksichtigung der sozialpädiatrischen Diagnose (1. Schritt) und des Ressourcen/Barrieren-Profiles (2. Schritt). Zusätzlich fließen Erkenntnisse aus dem zu erwartenden Entwicklungsverlauf und andere prognostische Faktoren mit ein. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Verlaufsdiagnostik zur Fortschreibung des Behandlungsplanes.

2.2 Rahmenkonzept des therapeutischen Vorgehens

2.2.1 Grundlagen und Therapieziele

Ziele der Behandlungsmaßnahmen in einem SPZ sind Heilung, Linderung und Vorbeugung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen, Behinderungen und deren Komplikationen sowie Verbesserung der Lebensqualität und Stärkung des Selbstwertgefühles, der Selbstbestimmung und der psychischen Adaptation von Kind / Jugendlichen und Familie.

Das Konzept der interdisziplinären Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team bietet besondere Möglichkeiten, diese Ziele zu erreichen und der Komplexität des Einzelfalles gerecht zu werden. Neben der professionellen Kompetenz sind Empathie und das Vertrauen in die Fähigkeiten von Kind und Familie zentraler Bestandteil therapeutischer Interventionen und wesentlich für die Qualität von Beziehungsarbeit.

Die Therapieindikation ergibt sich aus dem Störungsprofil des einzelnen Kindes oder Jugendlichen. Die Therapiemaßnahmen des Behandlungsplanes richten sich nach dem Ausgangsbefund, der das Ergebnis der Untersuchung in den 5 Bereichen der Mehrbereichsdiagnostik (MBS) ist. Die vorhandenen Ressourcen und die prognostische Einschätzung des zu erwartenden Verlaufes werden berücksichtigt.

Patient und Familie werden aktiv und lösungsorientiert in den Behandlungsprozess einbezogen und bestimmen den Ablauf soweit wie möglich verantwortlich mit. Hierdurch werden Eigenaktivität und eigene Problemlösungsstrategien gefördert.

Zu Beginn und im Verlaufe des therapeutischen Prozesses wird innerhalb des SPZ-Teams die Verantwortlichkeit zwischen denjenigen Mitarbeitern/innen abgestimmt, die aufgrund ihrer fachlichen Qualifikationen die Behandlung durchführen.

Die Behandlungsmöglichkeiten im SPZ sollen insbesondere dann eingesetzt werden, wenn das Angebot anderer Institutionen nicht ausreicht, um dem Störungsprofil gerecht zu werden.

Um Therapieziele festzulegen und den Behandlungsplan umzusetzen, müssen folgende Bereiche berücksichtigt werden:

1. Somatisch-funktioneller Bereich:

- Alter des Kindes oder Jugendlichen
- Art der Krankheit, Entwicklungsstörung oder Behinderung
- Kompensation der Störung
- Auswirkung der Störung

2. Psycho-emotionaler Bereich:

- Motivation / Antrieb
- Emotion
- Kognition

3. Psycho-sozialer Bereich:

- Beziehungsebene (Patient-Eltern-Therapeut)
- soziales Umfeld
- sozio-kulturelle Faktoren
- prozessbegleitende Maßnahmen (Kontakte zu behandelnden Ärzten und Therapeuten, Institutionen, Ämtern u. a.)
- Möglichkeiten der Teilhabe

Therapieziele im engeren Sinne sind Ursachen von Erkrankungen, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen zu beseitigen, die Symptomatik zu vermindern, Komplikationen und progredienten Verläufen entgegenzuwirken.

Darin eingeschlossen sind die Verbesserung der Bewegungskompetenz, Handlungs- und Wahrnehmungskompetenz, Kommunikationskompetenz und der sozialen und emotionalen Kompetenz.

Diese Faktoren sollen dazu dienen, als **übergeordnete Ziele** die bestmögliche soziale Integration und Bewältigung der Situation für den Patienten zu erreichen und die elterliche Kompetenz zu stärken.

Jede Behandlung birgt die **Möglichkeit unerwünschter Wirkungen** in sich. Neben verfahrensspezifischen unerwünschten Wirkungen sind **Risiken** zu beachten, insbesondere:

- Zeitliche Überlastung
- Fortschreibung von Störungsmustern
- Verschwendung von emotionalen, interaktiven, sozialen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen
- Einschränkung der eigenen Beziehungs- und Handlungskompetenz des Patienten bei Übertherapie

Unerwünschte Wirkungen müssen dokumentiert und Therapiemaßnahmen ggf. unter Risiko-Nutzen-Abwägung modifiziert werden.

2.2.2 Therapiebereiche und Therapieverfahren

Im Folgenden werden die nach dem derzeitigen Erkenntnisstand in einem SPZ vorzuhaltenden **Therapiebereiche** alphabetisch aufgeführt, wobei Modifikationen unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten möglich sind:

Ärztliche Therapie

Ergotherapie

Heilpädagogik

Logopädie

Physiotherapie

Psychotherapie

Sozialpädagogik / -arbeit

Ausgehend von der individuellen therapeutischen Zielsetzung sollen die verfügbaren **Verfahren** eingesetzt werden.

Bei der Auswahl der Verfahren müssen allgemeine Aspekte berücksichtigt werden:

- Fachlich-wissenschaftliche Kriterien
 - Grundsätze der „Evidenz-basierten Medizin (EBM)“ [DÄ 95, Heft 1 / 2, S. 1, 1998]
 - Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- Curriculäre Ausbildung und qualifizierte Weiterentwicklung (z. B. Qualitätszirkel, Supervision)
- Effizienz (Verknüpfung von klinischer Wirksamkeit mit ökonomischen Gesichtspunkten)

2.2.3 Modalitäten des therapeutischen Prozesses

Zu **Beginn der Therapie** steht die Aufklärung über deren Ziel, Umfang und Dauer. Ein wesentlicher Aspekt ist außerdem, realistische Möglichkeiten und Grenzen der Therapie zu vermitteln. Weiterhin ist es notwendig, Bezugspersonen zur Mitarbeit im therapeutischen Prozess zu gewinnen. Eine geeignete Begleitung der Familie muss als Teil der therapeutischen Tätigkeiten angeboten werden. Dabei ist es wichtig, ein Verständnis für den Entwicklungsstand und das Verhalten des Kindes / Jugendlichen zu vermitteln.

Der **therapeutische Prozess** erfordert eine regelmäßige Kontrolle der im Behandlungsplan festgelegten Zielsetzung sowie der therapeutischen Interaktion. Hierzu ist eine entsprechende Dokumentation unerlässlich. Aus den erhobenen Befunden ergeben sich Ansätze für die Fortführung, Modifikation oder Begrenzung der Therapie. Gegebenenfalls muss auch die Diagnose überprüft bzw. die Diagnostik erweitert werden.

Die **Therapiemodalitäten** müssen dem Störungsbild, Alter und Entwicklungsstand entsprechend angepasst werden. Zur Steuerung dieses therapeutischen Prozesses sind interdisziplinäre Fallbesprechungen unerlässlich.

Die **Therapieintensität** ist individuell abhängig u. a. von:

- Stadium und Komplexität der Krankheit, Entwicklungsstörung oder Behinderung
- sensiblen Phasen der Entwicklung
- Bewältigungsprozessen
- Belastbarkeit (u. a. Erholung, Spiel, räumliche Entfernung)
- Zeitressourcen (Ganztagseinrichtung, berufliche Belastung der Eltern)

Von diesen Überlegungen wird das **therapeutische Vorgehen** bestimmt, wie z. B.:

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Kombinationstherapie
- Phase intensivierter Therapie
- Intervalltherapie
- Therapie- bzw. Therapeutenwechsel
- Therapie mittels Anleitung einer Bezugsperson

Die **Therapiedauer** ist abhängig von

- Art und Schweregrad der Störung
- Motivation
- Prognose
- Therapieeffekten
- Therapieziel
- Therapieform

Therapiepausen sind sinnvoller Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Unter Verlaufskontrollen dienen sie der

- Beobachtung der spontanen Weiterentwicklung des Patienten
- Beurteilung des Transfers therapeutischer Inhalte in den Alltag
- Überprüfung der weiteren Therapie-Notwendigkeit
- zeitlichen Entlastung der Familie

Die Therapie soll dann wieder aufgenommen werden, wenn sie zur Erhaltung bzw. Verbesserung des bisherigen Therapieergebnisses, zur Krankheitsprävention bzw. zur sozialen Integration erforderlich ist und somit zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt.

Das **Therapieende** ist gegeben bei

- Erreichen des Therapiezieles
- angemessener Eigenkompetenz
- Therapieresistenz
- mangelnder Therapiemotivation

2.2.4 Evaluation des therapeutischen Prozesses

Im SPZ wird der Verlauf in ausreichender Dichte und dem Krankheitsbild angemessen kontrolliert.

Die Evaluation erfolgt auf vier Stufen.

Stufe 1: Selbstevaluation des Patienten / der Bezugsperson

Zahlreiche Evaluationsinstrumente können dabei eingesetzt werden. Empfohlen werden z. B. folgende Verfahren:

- Selbstaussage des Patienten / der Bezugsperson
- Fragebogen zur Lebensqualität
- Fragebogen zur Symptomdefinition (u. a. Schmerz-, Befindlichkeits-Fragebögen)

Stufe 2: Fremdevaluation durch den Therapeuten

Regelmäßige Verlaufsberichte werden durch den Therapeuten erstellt, in der Regel in dreimonatigen Abständen. Folgende Fragestellungen sollen dabei beantwortet werden:

- Aktuelle Diagnose
- Aktueller Fachbefund
- Therapieziel
- Durchgeführte Therapie
- Compliance
- Beschreibung des Verlaufes
- Vorschlag für weitere Diagnostik
- Vorschlag für weiteres Vorgehen

Stufe 3: Fremdevaluation durch Verlaufsuntersuchungen

In drei- bis sechsmonatigen Abständen sollen Verlaufskontrollen erfolgen. Diese werden für die Funktionstherapien vom verantwortlichen Arzt des SPZ vorgenommen. Bei psychotherapeutischen oder (sozial- und/oder heil-) pädagogischen Behandlungsmaßnahmen können Verlaufsuntersuchungen auch vom behandelnden Psychologen des SPZ unter denselben zeitlichen Vorgaben durchgeführt werden; die ärztliche Gesamtverantwortung bleibt hiervon unberührt und ist durch Information schriftlich oder im Teamgespräch sicherzustellen.

Bestandteile der Verlaufskontrollen können sein:

- Information über den Therapieverlauf durch die Evaluation der/s Therapeuten und ergänzende Informationen aus einer möglichst wiederholten Selbstevaluation des Patienten / der Bezugsperson/en
- Ärztliche / Psychologische Untersuchung und Stellungnahme zu bestimmten Fragestellungen
- Kontrolle der Zieldefinition und zukünftigen Ziele
- Überprüfung und Modifikation der Therapieziele im Rahmen der interdisziplinären Fallbesprechung (Team)

Bei jedem Patienten, der sich im SPZ in Therapie befindet, ist mindestens einmal jährlich die Wiedervorstellung zur Verlaufsuntersuchung beim behandelnden Arzt des SPZ erforderlich.

Stufe 4: Außenevaluation

Außenevaluation kann auf zwei Ebenen erfolgen:

- Einzel- und Teamgespräche mit Therapeuten, Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeitern u. a. aus anderen Institutionen zum Therapieverlauf bzw. -ergebnis
- Anwendung von Evaluationsbögen zur Befragung der Patienten, Eltern, Ärzte, Institutionen und anderen

2.2.5 Der therapeutische Prozess im SPZ und bei Kooperationen

Nach der Erstellung des Behandlungsplanes sind folgende therapeutische Prozesse typisch:

2.2.5.1 Therapie im SPZ:

Die Rahmenrichtlinien des Altöttinger Papiers sind in ihrer Gesamtheit anzuwenden.

2.2.5.2 Therapie durch die Mitarbeiter des SPZ außerhalb der SPZ-Räumlichkeiten in Kooperation mit anderen Ärzten oder Institutionen:

Die Rahmenrichtlinien des Altöttinger Papiers sind, bezogen auf die eigene Tätigkeit des SPZ, in ihrer Gesamtheit anzuwenden. Zu berücksichtigen sind die Rahmenbedingungen der Kooperationspartner.

Die Verantwortlichkeit ist zu klären und zu dokumentieren.

2.2.5.3 Therapie bei niedergelassenen Ärzten, Therapeuten bzw. geeigneten Institutionen:

Die Erstellung des Behandlungsplanes ist auch in diesem Fall nach den Kriterien des Altöttinger Papiers vorzunehmen. Eine Prozessbegleitung der Therapie durch das SPZ nach den Kriterien des Altöttinger Papiers in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugend- bzw. Hausärzten wird angeboten. Zur Fortschreibung des Behandlungsplanes erhalten in diesem Fall die Kriterien der Ressourcenanalyse eine besondere Bedeutung. Alternativ kann die Prozessbegleitung durch die verordnenden Vertragsärzte allein erfolgen. Die Verantwortlichkeit ist zu klären und zu dokumentieren.

2.3 Dokumentation von Diagnostik und Therapie durch den Arztbrief

Nach Beendigung der diagnostischen Phase sowie bei den Kontrollterminen entsprechend den Vorgaben des Evaluationsprogramms sind Berichte in Form von Arztbriefen zu erstellen.

Die Arztbriefe haben relevante anamnestische Daten und Befunde, die wesentlich im SPZ erhobenen medizinischen, psychologischen und ggf. therapeutisch-pädagogischen Befunde, die Verschlüsselung nach ICD 10 in den 5 Bereichen der multi-modalen sozialpädiatrischen Diagnostik und eine Beurteilung zum weiteren Vorgehen zu enthalten.