

Stationäre sozialpädiatrische Behandlung

Beitrag zur Qualitätssicherung in sozialpädiatrischen Kliniken

Vorwort des Vorstands	1
Positionspapier	3
Indikation zur stationären sozialpädiatrischen Behandlung	8
Strukturqualität bei stationärer sozialpädiatrischer Behandlung	13
Prozessqualität bei stationärer sozialpädiatrischer Behandlung	18
Teilnehmer des Arbeitskreises „Stationäre Sozialpädiatrische Behandlung“	23

Vorwort des Vorstands

In der Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen hat sich in Deutschland vor über 30 Jahren der sozialpädiatrische Ansatz etabliert. Dieser Ansatz ist dadurch gekennzeichnet, dass das relevante familiäre und soziale Umfeld eng in die Diagnostik und Behandlung miteinbezogen werden. Dazu sind einerseits die interdisziplinäre Kompetenz unterschiedlicher Berufsgruppen und andererseits der intensive Informationsaustausch mit dem sozialen Umfeld nötig. Während in den Anfängen der klinischen Sozialpädiatrie diese Aufgabe wegen der geringen Dichte der Einrichtungen zunächst fast ausschließlich stationär erfolgte, kann dank der inzwischen vorhandenen ambulanten Angebote in Form sozialpädiatrischer Zentren ein großer Teil der sozialpädiatrischen Behandlungen ambulant erfolgen. Dennoch ist es auch in der heutigen Zeit bei bestimmten Konstellationen notwendig, stationäre Behandlungsangebote vorzuhalten. Dies geschieht derzeit schwerpunktmäßig in 11 sozialpädiatrischen Kliniken oder Abteilungen in Deutschland. Der dort angebotene sozialpädiatrische Behandlungsansatz ist durch die Erweiterung und Vertiefung der Diagnostik und Intensivierung der Therapie unter Berücksichtigung vor allem der Familie aber auch des Lebensumfeldes wie auch im ambulanten Rahmen durch eine familienzentrierte Sichtweise gekennzeichnet. Häufig erfordert dies auch eine therapeutische Mitaufnahme mindestens eines Elternteils, die über die reine Begleitung eines Kindes hinausgeht. Ein enger Austausch mit der ambulanten kinderärztlichen Behandlung oder dem sozialpädiatrischen Zentrum, z.T. in der gleichen Institution, und dem ambulanten nichtärztlichen therapeutischen Bereich sind für die Umsetzung dieses Konzepts erforderlich. Über die klinische Vernetzung hinaus sind enge Kontakte mit den Fachkräften aus dem pädagogischen Bereich, die das Kind im vorschulischen und schulischen Bereich begleiten und fördern, sowie den Jugendämtern und Sozialämtern notwendig. Eine Abgrenzung von der stationären Rehabilitation ergibt sich daher aus der engen Verbindung zum ambulanten Umfeld, formal charakterisiert durch die „Einweisung“ zur stationären sozialpädiatrischen Behandlung, der therapeutischen Einbindung der Familie und dem hohen Anteil an medizinisch-therapeutischer Maßnahmen. Letztere werden durch die OPS-Ziffern „sozialpädiatrische Behandlung“ DRG-konform für die stationäre Behandlung abgebildet.

Der Arbeitskreis „Stationäre sozialpädiatrische Behandlung“ der BAG-SPZ hat nach mehrjährigen Diskussionen, die unter anderem zur Entwicklung der o.g. OPS-Ziffern geführt haben, diese Arbeitsprinzipien in dem vorliegenden Qualitätspapier niedergelegt und ohne Gegenstimme angenommen. Es stellt die aktuelle Sicht der DGSPJ zu Grundlagen und Zielvorgaben für eine qualitätsgesicherte Arbeit in sozialpädiatrischen Kliniken dar, so dass sich der Vorstand der DGSPJ am 10.12.2007 diesem Votum ebenfalls ohne Gegenstimme anschloss.

Dieses Qualitätspapier ist nicht als statische Festschreibung eines status quo sondern als Grundlage für einen kontinuierlichen Entwicklungsprozess zu verstehen. Alle an der Weiterentwicklung in der Qualitätssicherung der stationären sozialpädiatrischen Behandlung Interessierten werden zu einem fachlich-konstruktiven, zukunftsweisenden Dialog auf der Basis dieses Qualitätspapiers in den entsprechenden Gremien, insbesondere der BAG SPZ, aufgerufen.

Prof.Dr.med Harald Bode

Präsident DGSPJ

STATIONÄRE SOZIALPÄDIATRISCHE BEHANDLUNG

POSITIONSPAPIER

Sozialpädiatrie

Die Sozialpädiatrie ist damit befasst, fachübergreifend die gesundheitliche und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen und Familien zu verbessern. Hierzu gehören Prävention, Gesundheitsförderung und Erarbeitung epidemiologischer Grundlagen, insbesondere aber die Erkennung, Behandlung und langfristige Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterschiedlicher Ätiologie. Im Gesundheitsreformgesetz 1988 (SGB V) wurde erstmals der Anspruch auf eine spezielle sozialpädiatrische Behandlung im § 119 festgestellt und formuliert, dass die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren auf die Kinder ausgerichtet werden soll, die wegen der Art, Schwere oder Dauer einer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.

Es wurde zusätzlich festgelegt, dass die sozialpädiatrische Leistung ärztliche und nichtärztliche Leistungen umfasst, insbesondere auch psychologische Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43), die erforderlich sind, „um...eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.“ Später wurde dieser Passus in den Paragraphen 43 (§ 43a) mit geringer Modifikation eingebracht. Damit wurden die Leistungen als Krankenkassenleistungen denen der Rehabilitation gleichgestellt. Die Ziele sind vergleichbar mit denen, die für die Rehabilitation vom Gesetzgeber erneut formuliert worden sind. Siehe Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (DÄ 101:B986-992, 2004) über Leistungen zur Rehabilitation nach § 92 Abs. 1 Satz Nr. 8 des SGBV in § 1, § 4 und § 8.- Der Geltungsbereich wird aber in § 3, Abs. 1 der Richtlinie eingeschränkt und die Leistungen nach § 43a in Verbindung mit § 30 SGB IX herausgenommen. Damit wird den Leistungen der Frühförderung nach § 23 und § 24 SGB V, die sich im Wesentlichen auf angeborene oder früh erworbene Entwicklungsstörungen beziehen, eine besondere Bedeutung zuerkannt.

Im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) ist die gemeinsame Verantwortung der verschiedenen Kostenträger für die ambulante Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen gesetzlich festgeschrieben. Die Finanzierung der vernetzten medizinischen, psychosozialen und heilpädagogischen Leistungen im Sinne von Komplexleistungen (einschließlich der sozialpädiatrischen Behandlung) soll sichergestellt werden.

Bisher waren alle gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung der ambulanten Leistungen in den Sozialpädiatrischen Zentren begleitet von Auseinandersetzungen zwischen Gesetzgeber, Kostenträgern und Leistungserbringern. Die gesetzlichen Formulierungen stellen zum Teil Kompromisse dar, die erforderlich waren, um die sozialpädiatrischen Leistungen in das bestehende Gesetzeswerk nicht nur inhaltlich, sondern auch logisch zu implementieren. Es dauerte z. B. Jahre, bis regional unterschiedliche Lösungen zur Vergütung (Quartalspauschalen) der erbrachten Leistungen zwischen den Kostenträgern und den Trägern der Sozialpädiatrischen Zentren gefunden wurden. Die Anerkennung zur ambulanten Behandlung (Ermächtigung) wird zwar von dem Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt, die Vergütung wird aber mit den Kostenträgern direkt abgerechnet. Auch der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation ist es nicht gelungen, verbindliche

Regelungen für die Finanzierung der interdisziplinären Frühförderung entsprechend der Vorgaben des SGB IX - auch im Hinblick auf die Behandlung in den Sozialpädiatrischen Zentren - zu finden (Stähler, Stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Kinderärztliche Praxis 77:50 – 58, 2006).

Auf dem Ärztetag 2003 wurde der Antrag auf eine Zusatzweiterbildung „Sozialpädiatrie“ gestellt und folgendermaßen begründet: „Die Zusatz - Weiterbildung Sozialpädiatrie umfasst im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin die nicht organspezifische, alters- und entwicklungsspezifische Behandlung und Bewertung von Art und Umfang der Krankheiten, die zu Entwicklungs- und Verhaltensstörungen oder Behinderungen führen, und ihren Auswirkungen im familiären, vorschulischen, schulischen und beruflichen Umfeld sowie die Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.“

Damit wird der seit Jahren von der WHO geforderten Sichtweise zur Beurteilung von Gesundheit und Krankheit, insbesondere auch im Hinblick auf chronische Erkrankungen und Behinderung, Rechnung getragen. Das Konzept der Sozialpädiatrie entsprach schon immer dem Anspruch der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Die besondere Aufgabe und Arbeitsweise der Sozialpädiatrischen Zentren wurden in einem „Qualitätspapier“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin inzwischen schriftlich dokumentiert (Kinderärztliche Praxis 73: 498-516, 2002). Die dort festgeschriebenen strukturellen und prozessualen Voraussetzungen gelten in analoger Weise auch für die stationäre Behandlung.

Stationäre sozialpädiatrische Behandlung

Die Notwendigkeit zur stationären Behandlung ergibt sich dann, wenn die Erfolge der ambulanten Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen weit hinter den begründeten Erwartungen der behandelnden Fachkräfte zurückbleiben, der adäquate Behandlungsbedarf nicht eindeutig festgelegt werden kann und/oder die diagnostische Einordnung der Symptomatik sowohl im Hinblick auf die Klassifikation nach ICD 10 als auch bezüglich der Ätiologie nicht ausreichend gelingt. Auch eine rasche Aufnahme zur Krisenintervention bei rascher Verschlechterung der klinischen Symptomatik oder Dekompensation der psychosozialen Situation gehört zu den Aufgaben der stationären Sozialpädiatrie.

In den letzten 10 Jahren haben sich die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten verbessert (insbesondere als Folge der zunehmenden Zahl von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderzentren) und daher der Anteil besonders komplizierter Fälle zugenommen.

Bei den meisten Patienten besteht eine Kombination von organischen, meist chronischen, Erkrankungen unterschiedlicher Art, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen/Mehrfachbehinderungen mit psychischen Störungen bzw. Verhaltensstörungen, wobei oft zusätzlich eine psychosoziale Belastung besteht (Siehe: Bode H. Welche Kinder brauchen ein SPZ? Kinderärztliche Praxis 2004 Nr. 8: 46 – 51). Auch Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen aufgrund sog. frühkindlicher Hirnschädigungen bedürfen nicht selten einer intensiven medizinischen Behandlung im Rahmen eines langfristigen Konzepts, ebenso wie z. B. Kinder mit therapieresistenten Epilepsien. Dadurch sind die Anforderungen an die Behandlungsqualität und Intensität in den letzten Jahren

gestiegen. Nur durch erfahrene Fachkräfte, deren Kenntnisstand ständig weiterentwickelt werden muss, kann die notwendige Qualität der Patientenversorgung gewährleistet werden.

Die Vergütung der stationären Behandlung ist bisher nicht gelöst, da viele Hauptdiagnosen und längerfristige Behandlungsprozesse bei den bisherigen DRG-Kalkulationsprozessen nicht eingehen, sondern systematisch ausgegliedert werden (müssen). Insofern greift hier nicht die Systematik des lernenden, deutschen DRG-Systems. Seit 2005 wurden spezielle DRGs zur Verfügung gestellt (B46Z, B74A, U41Z und U43Z), deren Vergütung mit den Kostenträgern ausgehandelt werden müssen. Zur Leistungsdokumentation werden die sozialpädiatrischen/neuropädiatrischen/psychosomatischen Komplexleistungsziffern (OPS Ziffern 9-403.x) genutzt. Dennoch werden vom MDK die Ziele und Inhalte der stationären sozialpädiatrischen Behandlung immer wieder in Frage gestellt.

Behandlungskonzept

Die Kombination von mehrdimensionaler Diagnostik und multiprofessioneller Therapie ist die herausragende Besonderheit der sozialpädiatrischen Behandlung unter stationären Bedingungen. Oft geschieht dies zeitgleich in einem sich wechselseitig beeinflussenden Behandlungsprozess. - Für die Folgen von frühkindlichen Hirnschäden wurde der Begriff der sog. Entwicklungsrehabilitation geprägt (siehe Anhang). - Die enge Zusammenarbeit mit den Eltern und nächsten Bezugspersonen und ihre Einbindung in den therapeutischen Prozess, die Berücksichtigung des Lebensumfeldes sowie die Kontaktaufnahme mit den sonstigen Einrichtungen, die in die Behandlung und Versorgung von Kind und Familie eingebunden sind oder werden müssen, sind ein weiteres Kennzeichen der stationären sozialpädiatrischen Behandlung. Dieser umfassende Behandlungsansatz stellt hohe Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, die in eigenen Dokumenten und Konsensuspapieren der Fachgesellschaft (DGSPJ – Deutsche Gesellschaft für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin e. V.) definiert werden.

Eine mehrdimensionale Erfassung der bestehenden Symptomatik (Funktionsstörungen, Fähigkeitsstörungen) und Probleme (psychische, psychosoziale und pädagogische) ist erforderlich, um insbesondere die Wechselwirkungen von organisch bedingten Funktionsstörungen und psychischer sowie mentaler Entwicklung, unter Berücksichtigung der eigenständigen Persönlichkeit des Kindes und Jugendlichen, aufzudecken.

In der Regel sind viele Faktoren, die sich gegenseitig negativ beeinflussen, für die Komplexität der Problematik verantwortlich. Die Einbindung der nächsten Bezugspersonen, insbesondere der Familie, in den therapeutischen Prozess erfordert nicht selten die Mitaufnahme eines Elternteils oder Angehörigen. Nur so kann eine individuelle Beurteilung und Behandlung erfolgen, die in den meisten Fällen der Schlüssel zur langfristigen Verbesserung der Lebensqualität ist. Die Diagnostik erfolgt begleitend und oft zeitgleich zu den therapeutischen Interventionen (physikalische Therapie, Sprachtherapie, Heilpädagogik, Psychotherapie, medikamentöse Therapie u. a.) und führt zur Formulierung kurzfristiger Behandlungsziele während der stationären Behandlung und einem mittel- oder langfristigen Plan für die weitere ambulante Behandlung. Oft ist die stationäre Behandlung nur ein Modul im Rahmen einer langfristigen notwendigen ambulanten Behandlung.

Die folgenden beruflichen Bereiche sind erforderlich: Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Kinderkrankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Logopädie, Sozialpädagogik. Von allen wird die Beherrschung spezieller diagnostischer und therapeutischer Techniken und Konzepte verlangt. Darüber hinaus ist zur Planung der weiteren Behandlung eine enge Zusammenarbeit mit den

bisherigen und späteren Behandlungs-, Förderungs- und Beratungs- und Betreuungseinrichtungen oder -personen einschließlich Jugend- und Sozialamt, Kindergarten und Schule usw. erforderlich im Hinblick auf Integrationshilfe, Pflegebedürftigkeit, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Erziehungshilfe, Fremdunterbringung, Berufsförderung, Rehabilitation und des Versorgungsrechts. Vielfach ist es auch notwendig, die Angehörigen von geeigneten längerfristigen Hilfen für sich selbst zu überzeugen wie z. B. psychologische Beratung oder Psychotherapie, durch die ein tragfähiges ambulantes Therapiekonzept möglich wird.

Anforderungen an das Personal

Die Ärzte benötigen differenzierte Kenntnisse in der Kinder- und Jugendmedizin, Entwicklungsneurologie und Entwicklungspsychologie, Neuropädiatrie, Psychotherapie sowie grundlegende Kenntnisse in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, medizinische Genetik, metabolische Erkrankungen, bildgebende Diagnostik, Augen- und HNO-Heilkunde, Orthopädie u.a. Ein Netzwerk für diagnostische und therapeutische Konsile mit anderen Fachbereichen soll zur Verfügung stehen. Die klinischen Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten müssen über besondere Erfahrung im Bereich Entwicklungspsychologie, Neuropsychologie, Verhaltenstherapie und Familientherapie etc. verfügen. Weitere nichtärztliche Therapeuten wie z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen/-arbeiter, Logopäden, Heilpädagogen mit großer Erfahrung und spezieller Weiterbildung sind erforderlich, um der unterschiedlichen Symptomatik und Problematik gerecht werden zu können.

Das Pflegepersonal benötigt besondere Kenntnisse nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch im Umgang mit den Verhaltensstörungen der Kinder und den oft erheblich belasteten und nicht selten auch psychisch kranken Angehörigen. Sozialpädagogen müssen u. a. über umfassende sozialrechtliche Kenntnisse verfügen, um differenziert beraten zu können. Erfahrene Erzieher und Lehrer einer Krankenhausschule ergänzen das Team der Mitarbeiter einer stationären sozialpädiatrischen Behandlungseinheit.

Behandlungsdauer

Die Verweildauer liegt weit über der mittleren Verweildauer von Kinderkliniken. Es handelt sich in der Regel nicht um akute Erkrankungen, sondern um Probleme der Chronizität, die schon lange Zeit bestanden haben und oft auch schon längere Zeit erfolglos ambulant behandelt worden sind oder sich zunehmend verschlimmert haben. Die Verweildauer ist auch abhängig von der Eingewöhnung und Anpassung bei z. T. erheblichen psychischen Störungen, so dass die therapeutischen Voraussetzungen erst erarbeitet werden müssen. Selbst bei einer intensiven, interdisziplinären Behandlung und dem Einsatz neuer therapeutischer Interventionen ist in der Regel nicht mit einer raschen Besserung oder gar Heilung zu rechnen.

Anhang

Entwicklungsrehabilitation

Ein besonderes Problem besteht bei der Abgrenzung von Rehabilitation und Entwicklungsrehabilitation bzw. Habilitation bei der sozialpädiatrischer Behandlung in Kinderkliniken, da die Behandlungskonzepte bei der sozialpädiatrischen Behandlung, der Entwicklungsrehabilitation und der Rehabilitation zwar die gleichen Ziele verfolgen (in Anlehnung an ICF), aber dennoch unterschiedliche Voraussetzungen in vielen Bereichen vorliegen. In der Vergangenheit wurden diese Unterschiede zwar implizit erkannt und führten zur Herausnahme der Frühförderung bzw. sozialpädiatrischer Komplexleistungen bis zum Schulalter aus den gesetzlichen Regelungen zur Rehabilitation (s.o.), aber die eigentliche Bedeutung für die Behandlung wurde nicht explizit definiert:

- 1) Sich entwickelnde Kinder können nicht auf Vorerfahrungen zurückgreifen. Es handelt sich daher nicht um Rehabilitation im eigentlichen Sinne, sondern um Habilitation. Das gilt für alle Kinder, die sehr früh durch eine Erkrankung in ihrer Entwicklung beeinträchtigt wurden, insbesondere für Kinder mit sog. frühkindlichen Hirnschädigungen, wie z. B. bei infantilen Zerebralpareesen, oder mit angeborenen Entwicklungsstörungen.
- 2) Die Therapien gehen daher auch unterschiedliche Wege, was sich am Beispiel der Sprachtherapie am eindrucklichsten erkennen lässt.
- 3) Die gesamte Prognose richtet sich nach anderen Kriterien als in der Rehabilitation und damit auch die Erwartung der Angehörigen und der Betroffenen selbst. Das gilt insbesondere auch für den neuropsychologischen Bereich, wo die Folgen durch das Schädigungsalter schon in nicht geringem Umfang vorbestimmt werden. Beispielhaft soll auf die Schädigung des räumlichen Sehvermögens hingewiesen werden, das bereits im Laufe des ersten Lebensjahrs für immer verloren gehen kann, wenn sich eine Amblyopie infolge zu spät behandelten Strabismus entwickelt. Analoges gilt für nicht erkannte Hörstörungen mit Auswirkungen auf die Sprachentwicklung (z. B. bei extrem unreifen ehemaligen Frühgeborenen).
- 4) Früher wurde angenommen, dass frühkindliche Schädigungen besonders effektiv gebessert oder kompensiert werden könnten. Inzwischen weiß man, dass selbst bei Erwachsenen erstaunliches Rehabilitationspotential besteht und dass bei Kindern insbesondere bei einer fokalen ZNS-Schädigung neuroanatomisch und neurophysiologisch sekundäre Veränderungen resultieren, deren Folgen sich lebenslang negativ auswirken können. Der Erklärungsansatz hierzu ist, dass die Habilitation bzw. Lernprozesse durch die ständigen Störeinflüsse aus unterschiedlichen Hirnregionen beeinträchtigt werden. Auch hier soll ein Beispiel genannt werden. So zeigt sich beispielsweise nach epilepsiechirurgischen Eingriffen nicht selten, wie stark die generalisierenden Auswirkungen bei herdförmigen Schädigungen waren. Der Behandlung der Folgen früher ZNS-Läsionen kommt eine besondere Bedeutung zu, da auch bei relativ leichter oder nur fokaler Ausprägung lebenslange und generelle Auswirkungen zu erwarten sind.
- 5) Die psychische Entwicklung von Kindern, die schon früh mit chronischen oder aktuellen schweren Erkrankungen belastet sind (z. B. Zustand nach Schädelhirntraumen, Tumoren, Diabetes mellitus), ist einem hohen Risiko für die Entwicklung von Interaktions- oder Bindungsstörungen ausgesetzt. Dies ist ebenfalls ein besonderer Bereich, der nur in der interdisziplinären Zusammenarbeit von Kinderärzten, Kinderpsychologen und nichtärztlichen Therapeuten adäquat bewältigt werden kann. Viele Studien belegen die langfristige oder gar irreversible Gefährdung der kindlichen Entwicklung durch Bindungsstörungen.

INDIKATION ZUR STATIONÄREN SOZIALPÄDIATRISCHEN BEHANDLUNG

Rechtliche Voraussetzungen zur stationären Behandlung

Wird eine Krankenhausbehandlung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt veranlasst, muss dieser die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhauspflege („Krankenhauspflege-Richtlinien“ vom 14.7.1982) beachten. Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung kann dann nachvollzogen werden, wenn eine Behandlung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses, d. h. eine apparative Mindestausstattung, geschultem Pflegepersonal und einem jederzeit rufbereiten Arzt möglich ist (Rechtsprechung BSG).

Krankenhausleistungen bestehen aus allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Versorgung mit medizinischem Bedarf sowie die Unterkunft. Diese Leistungen richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses.

Die Voraussetzung für eine Kostenerstattung der Krankenhäuser bei ambulanter und stationärer Behandlung gesetzlich versicherter Patienten ist ein Versorgungsvertrag gemäß § 109 SGB V.

Die vollstationäre Krankenhausbehandlung stellt in der Hierarchie der Versorgungsformen die höchste Stufe dar. Eine Durchführung einer medizinischen Maßnahme unter vollstationären Krankenhausbedingungen, obwohl das Behandlungsergebnis auch in einer niedrigeren Versorgungsstufe, z. B. ambulant, zu erzielen wäre, würde „das Maß des Notwendigen“ (§ 12 SGB V) übersteigen und stünde im Widerspruch zum § 39 SGB V: Das Krankenhausbett wäre vor dem Hintergrund eines hierarchischen Versorgungsstufenkonzeptes „fehlbelegt“.

Der wesentliche Unterschied des DRG-Systems zu dem bisher verwendeten Fallpauschalensystem besteht darin, dass verschiedene ökonomische Schweregrade für die Vergütung der stationären Behandlung ein und desselben Krankheitsbildes gebildet werden sollen. Die Bestimmung des Schweregrades stützt sich auf dokumentierte Nebendiagnosen, evtl. auch auf das Alter.

Besonderheiten einer sozialpädiatrischen Behandlung

Die Sozialpädiatrie ist damit befasst, fachübergreifend die gesundheitliche und psychosoziale Lage von Kindern und Jugendlichen und Familien zu verbessern. Hierzu gehört insbesondere die Erkennung, Behandlung und langfristige Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sowie psychischen Störungen unterschiedlicher Ätiologie. Eine ganzheitliche Sichtweise führt zur umfassenden Einbeziehung und Würdigung der Persönlichkeit des Kindes bzw. Jugendlichen, seiner Familie und des sozialen Umfeldes.

Ambulante sozialpädiatrische Behandlung

Im Gesundheitsreformgesetz 1988 (SGB V) wurde erstmals der Anspruch auf eine ambulante spezielle sozialpädiatrische Behandlung im § 119 festgestellt und formuliert, dass die Behandlung durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) auf die Kinder ausgerichtet werden soll, die wegen der Art, Schwere oder Dauer einer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.

Die sozialpädiatrische Behandlung erfolgt interdisziplinär in einem multiprofessionellen Team und unter Einsatz geeigneter technischer Mittel. Eine umfassende Diagnostik ist essentieller Teil der Behandlung. Die Untersuchung erfolgt in mehreren Bereichen mehrdimensional, damit interdisziplinär und fachübergreifend: pädiatrisch internistischer Befund, klinisch-neurologischer Befund, Psychodiagnostik (Entwicklungsstand und Intelligenz) und psychosozialer Hintergrund. Für Diagnostik und erstellen eines individuellen Therapieplanes bedarf es ärztlicher, psychologischer, pflegerischer, heilpädagogischer Kompetenz und damit den Einsatz umfassender diagnostischer und therapeutischer Verfahren, die bestimmt werden von der Versorgungsstufe und Ausstattung des Krankenhauses und der Erkrankung bzw. Behinderung oder Mehrfachbehinderung des Kindes bzw. Jugendlichen und damit angemessen sind.

Indikation zur stationären Behandlung

Die Notwendigkeit zur stationären Behandlung ergibt sich dann, wenn wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, insbesondere dann, wenn eine diagnostische Einordnung der Symptomatik im Hinblick auf die Klassifikation nach ICD 10, bezüglich der Ätiologie oder Pathogenese im Rahmen der ambulanten Untersuchung nicht gelingt, wenn der adäquate Behandlungsbedarf z.B. hinsichtlich des Umfangs oder der Art therapeutischer Interventionen nicht eindeutig festgelegt werden kann, wenn die Erfolge der ambulanten Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen weit hinter den begründeten Erwartungen der behandelnden Fachkräfte bzw. des einweisenden Arztes zurückbleiben oder wenn aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung/Behinderung eine ambulante Diagnostik und Therapie nicht ausreichen, um eine zeitnahe Heilung/Linderung der Erkrankung/Behinderung zu bewirken.

Auch eine rasche Aufnahme zur Krisenintervention bei rascher Verschlechterung der klinischen Symptomatik oder Dekompensation der psychosozialen Situation gehört zu den Aufgaben der stationären Sozialpädiatrie.

Kriterienlisten zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung (Appropriateness Evaluation Protocol) benennen u. a. ein den Gesundheitszustand des Kindes gefährdenden Zustand (mit drohender Störung von Vitalfunktionen) und die Beobachtung unter kontrollierten Umweltbedingungen. Diese Kriterienlisten dienen allerdings vorwiegend der Beurteilung der Notwendigkeit zur stationären Behandlung bei akuten Krankheiten (Dougerthy 1998, Anez 2000). Für Kinder und Jugendliche mit chronischen (z.B. sozialpädiatrischen, neuropädiatrischen, psychiatrischen, psychosomatischen, psychosozialen) Erkrankungen sind sie nicht geeignet. Eine Anpassung ist dringend notwendig. Diese Anpassung ist erforderlich, da Kinder beispielsweise wegen einer Behinderung nicht benachteiligt werden dürfen (Art 3 Satz 3 GG) und damit die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche den besonderen Bedürfnissen angepasst werden (Art 23 Abs. 1-4 und Art 24 Abs 1 und 2 der UNO – Konvention über die Rechte des Kindes).

Die stationäre Behandlung erfolgt oft unabhängig vom Zeitpunkt des auslösenden Ereignisses. Sie ist abhängig vom individuellen Entwicklungsverlauf, der z.B. bei einer syndromal bedingten Erkrankung mit Mehrfachbehinderung oder neurologischen Erkrankung eine krankheitsspezifische Dynamik und Komplikationspotential hat.

Ein wichtiges Kriterium ist beispielsweise eine Klärung der Diagnose bzw. die Abklärung der Ursache im weitesten Sinne, wie z.B. erhebliche Überforderung, mangelnde Bindung, unwirksame Therapien, erhebliche psychosoziale und/oder familiäre Belastungen, deren Ausmaß bei der ambulanten Behandlung nicht erkennbar war. Um das festzustellen, sind

nicht nur Tests bzw. Laboruntersuchungen, sondern auch intensive Beobachtung des Verhaltens im Umgang mit verschiedenen Bezugspersonen (Pflegepersonal, Erzieher, Ärzte, andere Kinder, Lehrer usw.) tagsüber und in der Nacht nötig. Bei diesem Behandlungskonzept stehen Diagnostik und Therapie in wechselseitiger Beziehung. Dies gilt u. a. auch für die Effektivität von psychotherapeutischen/verhaltenstherapeutischen Maßnahmen.

Komplexe sozialpädiatrische Behandlungskonzepte bei Kindern und Jugendlichen sind beispielsweise erforderlich bei:

- Kindern und Jugendlichen mit Bewegungsstörungen (z.B. infantile Zerebralparese) mit Einschränkung der geistigen Entwicklung und Störung des Schlaf-Wachrhythmus oder Störung der Nahrungsaufnahme (Ess- und Fütterstörungen). Dadurch wird die körperliche und psychische Entwicklung der Kinder zusätzlich beeinträchtigt und die Familie extrem belastet, da nicht nur am Tag eine weit über das normale Maß hinausgehende Versorgung und Pflege nötig ist, sondern auch in der Nacht niemand zur Ruhe kommt. Schlafstörungen können beispielsweise ausgelöst werden durch interkurrente Erkrankungen (z.B. Pneumonie) oder infolge von epileptischen Anfällen in der Nacht, die eine besondere Aufsicht benötigen.
- Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderung und/oder erheblicher Beeinträchtigung der Hör- und Sehfähigkeit mit Verhaltensstörungen über Tag und Schlafstörungen in der Nacht. Die Schlafstörung ist, durch die Grunderkrankung bzw. Sehbehinderung (mit-)bedingt (gestörter Biorhythmus), eine schwierig zu behandelnde Erkrankung.
- Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-expansiven oder/und autoaggressiven Verhaltensweisen bei mentaler Entwicklungsstörung. Hier besteht Fremd- und Selbstgefährdung, es drohen Ausschluss aus Kindergarten oder Schule und Isolation der gesamten Familie.
- Kindern und Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Syndromen (von tief greifenden Entwicklungsstörungen bis hin zu Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörungen mit Störung des Sozialverhaltens), die in psychosozial belasteten Umständen aufwachsen, oder bei denen eine adäquate schulische Förderung oder/ und der Verbleib in der Familie nicht mehr möglich erscheint.
- Säuglinge und Kleinkinder mit schweren Regulationsstörungen (Fütterstörungen, Erbrechen, Schreien und Schlafstörungen).
- Kinder und Jugendliche mit komplexen oder sehr ausgeprägten Entwicklungsstörungen oder auch emotionalen Störungsbildern, deren exakte Diagnose, Einordnung und Therapieeinleitung mit ambulanten Mitteln nicht ausreichend gelingt. Die stationäre Behandlung dient hier der zusammenfassenden und zusammenführenden multiprofessionellen Evaluation der Entwicklungsstörung mit dem Ziel der entscheidenden Weichenstellung, der Erarbeitung eines einheitlichen Therapiekonzeptes und Einleitung einer adäquaten, ggf. intensiven, Therapie.
- Kindern und Jugendlichen mit Anomalien und Funktionsstörungen mehrerer Organsysteme (z.B. bei angeborenen, häufig genetisch bedingten Fehlbildungssyndromen) oder nach schweren Vorerkrankungen zur Intensivierung der Behandlung im somatischen und psychischen Bereich im Sinne einer Entwicklungsrehabilitation, insbesondere bei schwierigen psychosozialen Lebensumständen sowie die Beratung der Eltern bei fortbestehendem Kinderwunsch bezüglich der Einschätzung eines Wiederholungsrisikos für genetisch bedingte Krankheiten bei weiteren Kindern

- Kindern und Jugendlichen mit Bewegungsstörungen wie z.B. infantiler Zerebralparese, bei denen trotz ausreichender und wirtschaftlicher ambulanter Therapie eine Verschlechterung von Funktionen und Strukturen (Kontrakturen, Subluxation usw.) eingetreten ist und durch eine Intensivierung der physikalischen Therapie evtl. in Kombination mit medikamentöser Therapie, manualmedizinischer Therapie, Anpassung von und Üben mit Hilfsmitteln oder Änderung der Pflege (Lagerung, Fütterung u. a.) sowie ggf. Behandlung von Schmerzen zumindest eine weitere Regression verhindert werden soll.
- motorisch oder entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen, bei denen orthopädische oder andere Operationen durchgeführt wurden und eine mehrwöchige Nachbehandlung erforderlich ist.
- Kindern und Jugendlichen mit spezieller diätetischer Behandlung bei Stoffwechselstörungen, bei denen z.B. Essstörungen aufgetreten sind, die oft bedingt sind durch ein Geflecht von organischen, psychischen und sozialen Faktoren, welche nur durch einen längeren, komplexen diagnostischen Prozess analysiert und dann effizient behandelt werden können.
- Kindern und Jugendlichen mit therapieschwieriger Epilepsie zur Anfallsbeobachtung und/oder speziellen bzw. erweiterten Diagnostik (z.B. auch zum Schlafentzugs-EEG bei Epilepsieformen, bei denen Provokationsmethoden mit einem erhöhten Anfalls-Rezidivrisiko einhergehen, und bei denen diese Untersuchungen jedoch zur zuverlässigen Beurteilung des Verlaufs erforderlich sind), zum mobilen Langzeit-EEG mit Anfallsüberwachung, zur Umstellung der medikamentösen Therapie, zur multimodalen Komplexbehandlung bei schwer behandelbarer Epilepsie, bei mit der Epilepsie einhergehenden psychischen oder kognitiven Störungen, zur multimodalen Komplexbehandlung insbesondere auch bei schwer mehrfach behinderten Patienten mit Epilepsie.
- Kindern und Jugendlichen mit erheblichen Einschränkungen nach Traumen oder Operationen des zentralnervösen Systems .
- Aufnahme zur Krisenintervention bei akuter Eskalation und Dekompensation mit Ursprungsort innerhalb der Familie oder außerfamiliär, die durch mannigfaltige Belastungen bei chronischen Erkrankungen und/oder Behinderung ihrer Kinder oder mitverursacht durch eine elterliche Erkrankung entstehen, sowie bei eingetretener oder vermuteter Vernachlässigung, Mißhandlung oder sexueller Gewalt.

Vorgehen bei der stationären Aufnahme

Der stationären Behandlung geht in der Regel eine ambulante Voruntersuchung und Vorbehandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. der Neuropädiatrischen Ambulanz der eigenen oder einer anderen Klinik oder bei einem niedergelassenen Kinderarzt bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder eine stationäre Behandlung in einer Kinderklinik voraus. Die Sammlung und Sichtung relevanter Vorinformationen, einschließlich der Behandlungsmaßnahmen, bilden die Voraussetzung zur Indikationsstellung für eine stationäre Aufnahme. Am besten ist hierfür ein schriftlicher Bericht geeignet. Unbedingte Voraussetzung für eine stationäre Aufnahme zum Aufnahmezeitpunkt ist die stationäre Einweisung des Haus- oder Kinderarztes. Bei Vorliegen eines Befundberichtes mit adäquater Information über Diagnosen, Befunde und Ziele einer stationären Behandlung ist auch eine direkte Einweisung möglich. In akuten Krisensituationen kann auch die ausführliche telefonische Information genügen.

Literatur und Quellenhinweise

Aneez E (2000) Development of the Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol for use in the United Kingdom. J Public Health Medicine 22:224-230

Dougerthy G (1998) When should a child be in the hospital? A. Frederick North, Jr, MD, revisited. Pediatrics 101:19-24

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) Bundesanzeiger 2003 Nr. 188:22577 (März 2003)

Sozialhilfegesetzbuch V : www.sozialgesetzbuch.de...

Anhang:

Relevante Rechtsprechung

Die aktuelle Rechtsprechung des BSG betont den Vorrang ambulanter vor stationärer Krankenhausbehandlung. Auch bei fehlender vertraglicher Grundlage für die ordnungsgemäße Abrechnung ambulanter Krankenhausleistungen gemäß § 115b bzw. § 116b SGB V erscheint eine Vergütung dieser Leistungen durch die GKV möglich (Bereicherungsanspruch gem. § 812 Abs. 1 Satz 1, 1. Alternative BGB; vgl. BSG Az. **B 3 KR 4/03 R**). Andererseits fordert das BSG bei der Entscheidung über die Notwendigkeit der stationären Behandlung von allen Beteiligten eine „konkrete Betrachtungsweise“. Dies bedeutet, dass es nicht ausreicht, „von theoretisch vorstellbaren, besonders günstigen Sachverhaltskonstellationen auszugehen, ..., sondern dass konkret zu prüfen ist, welche ambulanten Behandlungsalternativen im Einzelfall konkret zur Verfügung stehen ...“ (BSG Az. **B 3 KR 18/03 R**). Die Krankenkasse habe im Streitfall über die Notwendigkeit der stationären Behandlung als Ausfluss ihrer Sachleistungs- und Beratungspflicht den Versicherten darüber zu unterrichten, welche konkrete ambulante Behandlungsalternative zur Verfügung stehe.

Am 13. Mai 2004 hat das BSG in einem weiteren Urteil (zur psychiatrischen Behandlung im Krankenhaus; **Aktenzeichen B 3 KR 18/03 R**) festgestellt, dass stationäre Bedingungen dann notwendig sind, wenn ambulante Behandlungsalternativen nicht vorhanden sind oder nicht ausreichen. Die Krankenkasse, die einem Versicherten die notwendige Behandlung als Sachleistung schulde, könne sich nicht allein damit entlasten, dass sie auf denkbare ambulante Alternativen verweist, solange sie diese nicht in konkreter und nachprüfbarer Weise aufzeige. Auch gegenüber dem behandelnden Krankenhausarzt müsse diese Behandlungsalternative dargestellt werden, damit dieser entscheiden kann, ob eine Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus zu verantworten ist.

STRUKTURQUALITÄT BEI STATIONÄRER SOZIALPÄDIATRISCHER BEHANDLUNG

Vorwort

Die sozialpädiatrische Behandlung erfolgt interdisziplinär und multiprofessionell unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes und einschließlich Beratung und Anleitung der Bezugspersonen. Sie orientiert sich an inhaltlichen Grundlagen auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF, Deutsches Ärzteblatt Jg 101, Heft 17, 23. April, B990- 992, 2004). Zum Behandlungsspektrum gehören insbesondere Entwicklungsstörungen und Krankheiten, die zu Entwicklungsstörungen oder manifesten Behinderungen führen, sowie Verhaltens- und psychische Störungen. Die Behandlung umfasst Diagnostik, Beratung und Therapie. Die stationäre Behandlung ist indiziert, wenn ambulante Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen nicht ausreichend erfolgreich waren, der adäquate Behandlungsbedarf nicht eindeutig festgelegt werden kann und/oder die diagnostische Einordnung der Symptomatik nicht ausreichend gelungen ist, sowohl im Hinblick auf die Klassifikation nach ICD 10 als auch bezüglich der Ätiologie (siehe hierzu: Indikation zur stationären sozialpädiatrischen Behandlung). Die stationäre sozialpädiatrische Behandlung setzt voraus, dass Mitarbeiter (im eigenen SPZ oder einer vergleichbaren Ambulanz) mit ausreichender Erfahrung und Qualifikation vorgehalten werden, wie von der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren im Namen der DGSPJ beschrieben („Altöttinger Papier“, Kinderärztliche Praxis 7: 498-515, 2002).

Struktur

Die Anforderungen an Strukturen zur sozialpädiatrischen Behandlung orientieren sich an dem speziellen Auftrag und Ziel der Behandlung sowie der besonderen Behandlungsweise und sind abhängig von der Integration in dem jeweiligen Krankenhaus. Wünschenswert ist es, ein oder mehrere Behandlungseinheiten und/oder Behandlungsteams zu bilden.

Personalbedarf

Zur Behandlung ist qualifiziertes Personal von mindestens fünf Berufsgruppen erforderlich: Kinder- und Jugendärzte mit spezieller Erfahrung in Kinderneurologie und Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeuten mit spezieller Erfahrung in der Kinderheilkunde und Sozialpädiatrie, Psychologen (mindestens ein Psychologischer Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut), Pflegekräfte, Erzieher und/oder Heilpädagogen, nichtärztliches Therapiepersonal (Physio- und/oder Ergotherapie, Logopädie/ Sprachtherapie mit entsprechender Erfahrung u.a.) sowie Sozialpädagoge/Sozialarbeiter.

Die Berufsgruppen arbeiten interdisziplinär, in gegenseitiger Absprache; die Behandlungsziele können von unterschiedlichen Berufsgruppen auch mit vergleichbaren Techniken verfolgt werden.

Die Personaldichte regelt sich nach den Zielen der stationären Behandlung und dem Schweregrad der Erkrankung bzw. der Komplexität der Problematik, auch unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation. Die Leistungsdichte der individuellen Behandlung wird repräsentiert durch die Dokumentation der OPS-Ziffern, insbesondere den sozialpädiatrisch-neuropädiatrischen-psychosomatischen Komplexziffern (9-403.x) nach dem aktuellen OPS- Katalog. Der therapeutische Prozess wird nach Art und Intensität dadurch definiert, die notwendigen personellen und sachlichen Voraussetzungen lassen sich daraus ableiten. Häufig kann die Ausprägung und die Komplexität des Krankheitsbildes weder durch die Diagnoseklassifikation noch durch Leistungs-Kodierung im Rahmen der aktuellen

gesetzlichen Vorgaben dokumentiert werden. Der Umfang der notwendigerweise zu erbringenden Leistungen geht weit über die dokumentierten Leistungen hinaus.

Apparative Ausstattung

Zur adäquaten Diagnostik muss ein Mindeststandard an apparativen Mitteln vorgehalten werden oder rasch zugänglich sein. Hierzu zählen u. a. Videodokumentationssysteme sowie die Möglichkeit, klinisch-chemische Standarduntersuchungen veranlassen, neurophysiologische Untersuchungen (EEG u.a.) durchführen und bildgebende Verfahren (vor allem NMR, CT, PET etc.) in Anspruch nehmen zu können sowie Hören und Sehen selbst durch detaillierte Verfahren zu prüfen oder durch erfahrene Fachärzte prüfen zu lassen.

In Abhängigkeit von den unterschiedlichen Schwerpunkten der sozialpädiatrischen Behandlung kann es erforderlich sein, auch eine spezielle apparative Ausstattung zur Therapie vorzuhalten, wie z.B. orthopädische Hilfsmittel, Bewegungsbad, Laufband o. ä. bei Bewegungsstörungen, klinisch-chemisches Labor bei Stoffwechselstörungen oder Epilepsiebehandlung. Bei Kindern mit Mehrfachbehinderungen und vitalen Gefährdungen muss eine Monitorisierung der Vitalfunktionen mit der Möglichkeit einer allfälligen notwendigen Reanimation und ggf. kurzfristigen Intensivbehandlung vorhanden sein.

Räumliche Ausstattung

Der Raumbedarf ist erheblich und muss den therapeutischen und diagnostischen Interventionen, die personalintensiv sind, entsprechen. Raum und Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung sind darüber hinaus in einem adäquaten Umfang vorzuhalten. Zur Übernachtung sollen Ein- bis maximal Dreibettzimmer zur Verfügung stehen. Die sanitären Einrichtungen müssen den Bedürfnissen der Kinder angemessen sein.

Der Zugang zu den Räumen muss behindertengerecht, die Ausstattung einem vernünftigen Anspruch an Komfort entsprechen und die Möglichkeit zu längeren Kontakten mit

Familienangehörigen oder anderen Bezugspersonen muss gegeben sein. Bei weit entfernt wohnenden Patienten sollen Unterkunftsmöglichkeiten für die Angehörigen in der Nähe zur Verfügung stehen; ggf. muss auch die Mitaufnahme von Angehörigen unter angemessenen Bedingungen ermöglicht werden.

Qualitätsanforderung (Patienten und einweisende Ärzte)

Service Strukturen

- Angemessene Wartezeiten
- Kontinuität der Bezugspersonen, z. B. wenn Kinder vorher und oder nachher auch ambulant in der Klinik behandelt werden
- Verständliche Information über Sinn und Ziele der stationären Behandlung, die bestehenden Diagnosen und die zusätzlichen Probleme
- Übersehbare Organisationsstrukturen

Beziehungsebene

- Vertrauensvoller und freundlicher Umgang mit Respekt, Empathie und Verständnis gegenüber dem Patienten und den Angehörigen
- Ehrlichkeit und Offenheit
- Akzeptanz von Grenzen im persönlichen Kontakt und in der Problemeinsicht

Professionalität

- Diagnosestellung und Beratung hinsichtlich Ursache, Behandlung und Prognose
- Intensivierung oder Modifizierung der Behandlung oder Einleitung neuer Behandlungskonzepte
- Verbesserung der Symptomatik und Transfer des Erfolges in das häusliche Umfeld, den Kindergarten, die Schule usw.
- Mittel- oder langfristige Planung weiterer ambulanter Behandlungsmaßnahmen
- Kontaktaufnahme mit Erzieher, Lehrer, Jugend- und Sozialämtern mit und ohne Rundtischgespräche und ggf. Absprache weitergehender Interventionen.

Anforderung aus Sicht des einweisenden Arztes

- Interdisziplinäre diagnostische Abklärung von Symptomatik, Entwicklungsstand und Ursache
- Spezielle Therapie, Beratung der Angehörigen und Bezugspersonen sowie Planung der weiteren Behandlung nach der Entlassung
- Zufriedenheit der Eltern
- Zeitnahe und verständliche Information in schriftlicher Form über die Behandlung und empfohlene Therapie respektive Interventionen
- Qualifizierte Fortbildungsangebote

Anforderung an die Qualifikation des Personals

Ärzte

Leitung durch einen erfahrenen Arzt mit Gebietsanerkennung in Kinder- und Jugendmedizin, wünschenswert spezielle Qualifikation in Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie, Sozialpädiatrie, Psychologie/Psychotherapie und Entwicklungspsychologie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Leitungskompetenz und Fähigkeit zur Vermittlung der medizinischen Belange gegenüber der kaufmännischen Leitung / dem Träger und den Kostenträgern ist eine weitere Voraussetzung. Fähigkeit zur Führung eines multiprofessionellen Teams und zum Kontakt mit einweisenden Ärzten oder Kliniken. Bereitschaft und Fähigkeit zur ständigen Überprüfung und Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte.

Vertretung durch erfahrenen Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Nachweis der Aus- und Weiterbildung durch Zertifikate oder Bescheinigung von spezieller praktischer Berufserfahrung.

Die übrigen Ärzte sollen die Fähigkeit besitzen, sich in die besonderen Probleme der Kinder hineinzusetzen und das Behandlungskonzept der Sozialpädiatrie zu verstehen bzw. bereit sein, sich in diesem Bereich weiter zu bilden. Sie sollten bereits Erfahrung in der Kinder- und Jugendmedizin besitzen.

Pflegebereich

Behandlung durch examinierte Kinderkrankenschwestern oder -pfleger mit zusätzlicher Erfahrung oder Weiterbildung im Bereich Heilpädagogik und Erziehung. In Analogie zu den Vorgaben der Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) ist wegen der prinzipiellen

Verknüpfung von Therapie und Erziehung in der stationären Behandlung von Kindern mit psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen eine sich wechselseitig ergänzende

pflegerische, heilpädagogische, sozialdienstliche und verhaltenstherapeutische Versorgung erforderlich. Regelmäßige Supervisions- und Weiterbildungsmaßnahmen sind notwendig.

Psychologie

Mindestens ein examinierter Diplompsychologe muss besondere Erfahrung bei Kindern und Jugendlichen besitzen (Qualifikation: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeut) und mindestens zwei Jahre Erfahrung bei der sozialpädiatrischen Behandlung.

Übrige Psychologen sollen über besondere Kenntnisse in Psychodiagnostik im Kindesalter, Entwicklungspsychologie, Neuropsychologie, Verhaltenstherapie und systemischen Therapiekonzepten verfügen.

Heilmittelbereich

Mitarbeiter aus mindestens drei Berufsgruppen sollen die Heilmittel (medizinischen Therapien) erbringen: Physiotherapie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Logopädie, Motopädie/Psychomotorik oder Musiktherapie, Montessori – Therapie etc.

Die Mitarbeiter sollen einen examinierten Abschluss besitzen und nach Möglichkeit über Erfahrung bei der Behandlung von Kindern verfügen. Mindestens ein Mitarbeiter von jeder Berufsgruppe muss eine spezielle Weiterbildung oder mehrjährige Erfahrung bei der Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen und/oder Verhaltensstörungen oder psychischen Störungen besitzen, die ihn befähigt zur fachspezifischen Befunderhebung, Behandlungsplanung und zur Behandlung mit Techniken und Konzepten, die für die bestehende Symptomatik anerkannt und effektiv sind.

Sozialarbeit

Mitarbeit durch einen Sozialpädagogen, der befähigt ist, eine umfassende Sozialanamnese zu erheben, sozialrechtlich zu beraten, und mit Einrichtungen der Jugendhilfe Kontakte zu knüpfen, um die familiären, sozialen und finanziellen Ressourcen der Familie zu erkennen und die weitere Betreuung nach der Entlassung zu organisieren.

Eine Ergänzung und Unterstützung durch examinierte Sozialpädagogen mit entsprechender Weiterbildung oder Erfahrung in systemischer Therapie oder Erziehungs- und Elternberatung ist möglich.

Kindergarten/ Schule

Der regelmäßige Besuch von Kindergarten und Schule muss ermöglicht und die Beurteilung der Pädagogen in den diagnostischen und therapeutischen Prozess muss eingebunden werden.

Besondere Erfahrung der Pädagogen im Umgang mit chronisch kranken, entwicklungsgestörten, behinderten Kindern sowie mit Kindern, die Verhaltens- oder psychische Störungen aufweisen, ist erforderlich. Erzieher sollten daher zusätzliche heilpädagogische und Lehrer zusätzliche sonderpädagogische Erfahrung, Weiterbildung oder Ausbildung besitzen.

Technische Assistenten

EEG-Ableitungen und Neurophysiologische Untersuchungen bei Kindern mit komplexen, insbesondere auch psychischen Störungen erfordern eine besondere Erfahrung und sehr viel Geduld, ebenso wie Blutuntersuchungen u. a. Auch spezielle Ableite- und Untersuchungstechniken müssen daher routiniert beherrscht werden.

Verbindungen und Netzwerke

Zur Behandlung gehören regelmäßige Kontakte zu speziellen diagnostischen Einrichtungen (z.B. Biochemisches Labor einschließlich Stoffwechselfdiagnostik, Radiologie) und eine patientenbezogene interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachgebieten, z.B. Humangenetik, HNO (Pädaudiologie), Augenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Kinder-Orthopädie, Kinderurologie u.a.

Qualitätsbericht

Im Rahmen des Qualitätsberichtes der Klinik soll auf die besonderen Aufgaben der stationären sozialpädiatrischen Behandlung hingewiesen, die dafür vorgesehenen Strukturen einschließlich Leitungsfunktionen beschrieben und der Umfang der Leistungen dokumentiert werden.

PROZESSQUALITÄT BEI STATIONÄRER SOZIALPÄDIATRISCHER BEHANDLUNG

Die Behandlung besteht aus Diagnostik, Beratung und Therapie. Grundvoraussetzung für die Behandlung sind die Achtung der Persönlichkeit des Kindes mit seinen Schwächen und Stärken sowie die Berücksichtigung der familiären und sozialen Eingliederung. Die Erarbeitung von angemessenen und alltagsrelevanten Behandlungszielen in Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen im häuslichen Umfeld ist eine weitere Prämisse bei der sozialpädiatrischen Behandlung. Diese ganzheitliche Sichtweise erfordert eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Seiten der Klinik mit dem Ziel, die Kompetenz zu steigern, die vorhandenen Ressourcen zu erkennen und sinnvoll zu nutzen, die Schwächen auszugleichen, die Symptomatik und die Behinderung zu mildern sowie die weitere ambulante Behandlung und die längerfristige Versorgung zu planen.

Daher ist es erforderlich, vor Beginn der stationären Behandlung die Aufnahmediagnose und die Berechtigung einer stationären Behandlung und ihrer Ziele zu prüfen und ggf. zu modifizieren. Zur stationären sozialpädiatrischen Behandlung sind in der Regel wesentlich längere Zeiträume notwendig, als bei der pädiatrischen Behandlung mit ihrer zunehmend kürzer werdenden Verweildauer. Ziel der stationären Behandlung kann aber auch sein, die bestehende Symptomatik differentialdiagnostisch oder ätiologisch zu klären (siehe „Indikation zur stationären sozialpädiatrischen Behandlung“). Die Beschreibung der Prozessqualität orientiert sich dem Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) über Grundlagen und Zielvorgaben für die ambulante Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren („Altöttinger Papier“, Kinderärztliche Praxis 7: 498 - 515, 2002).

Diagnostik

Zur mehrdimensionalen Diagnostik gehören:

- die biographische Anamnese einschließlich dem bisherigen Verlauf der Entwicklung, respektive Erkrankung, dem familiären und sozialen Umfeld und dem Anlass zur stationären Behandlung,
- die Dokumentation der bisherigen Behandlung und ihrer Ergebnisse,
- der aktuelle Entwicklungsstand,
- der somatisch-neurologische Befund,
- der psychische Befund,
- die Erfassung der psychosozialen Situation und
- die Abklärung der Ätiologie.

Hierzu werden neben den ärztlichen Untersuchungstechniken die psychologische Untersuchung und Tests, fachspezifische Befunde von Therapeuten wie z. B. sprachlich-kommunikative oder perzeptive Fähigkeiten, genutzt, um ein umfassendes Bild zu erlangen.

Zur ätiologischen Diagnostik sind neurophysiologische und labormedizinische Untersuchungen und bildgebende Verfahren sowie konsiliarische Untersuchungen durch andere fachärztliche Bereiche, wie z. B. HNO, Orthopädie, Augen und Humangenetik, erforderlich. Art und Umfang der Diagnostik sollen im Einzelfall festgelegt werden. Ziel der Abklärung ist in der Regel, nicht nur möglicherweise eine heilbare Erkrankung zu finden, sondern die Prognose der Erkrankung besser beschreiben und die Familie genetisch beraten

zu können. Eine zu differenzierte und eingreifende ätiologische Abklärung als Selbstzweck sollte vermieden werden, wenn es aufgrund der vorliegenden Befunde sehr unwahrscheinlich erscheint, dass eine behandelbare Erkrankung als Ursache für die Symptomatik in Frage kommt. Die Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sollten beachtet werden.

Bei der multimodalen Diagnostik ist besonders zu achten auf die individuellen, familiären, sozialen und finanziellen Ressourcen, die für die längerfristige Planung von Maßnahmen und Therapien wichtig sind.

Die diagnostischen Maßnahmen dienen der Festlegung der Diagnoseklassifikation und von Behandlungszielen, die während der stationären Behandlungsphase erreichbar erscheinen oder für die Zeit danach wichtig sind. Dabei können Diagnosen und Ziele, die zu Beginn der Behandlung im Vordergrund standen oder als hauptsächlich Grund für die Veranlassung zur stationären Behandlung anzusehen waren, im Laufe der Behandlung geändert oder als unwesentlich erkannt werden.

Behandlung

Behandlungsziele

Ziel der stationären Behandlung ist es, die Ursache des bestehenden Störungsbildes zu erkennen, die Symptomatik zu beseitigen, zu mildern, zu kompensieren oder ihrer Progredienz entgegen zu wirken. Diagnostik und Therapie sind integrale Bestandteile des Behandlungsprozesses, die sich wechselseitig beeinflussen und oft zeitgleich ablaufen müssen. Die Festlegung der kurzfristigen Behandlungsziele während der stationären Behandlungsphase soll mit den Angehörigen des Kindes oder sonstigen relevanten Bezugspersonen unter Berücksichtigung der Anamnese, der erhobenen Befunde, der Ätiologie, der psychischen und psychosozialen Situation zu Beginn erarbeitet werden. Kontakte zu den bisher behandelnden Kräften bzw. Einrichtungen oder dem Jugendamt helfen oft, ein umfassendes Bild von der bestehenden Problematik zu erhalten, und geeignete mittel- und langfristige Ziele zu entwickeln. Die Ziele sollen alltagsrelevant und realistisch, d.h. aller Voraussicht nach auch erreichbar sein. Hierzu gehören die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, die soziale Eingliederung in Familie, Schule oder Kindergarten, die Förderung der größtmöglichen Selbständigkeit und die Unterstützung der Teilhabe an den Aktivitäten von Altersgleichen. Zur Behandlung gehören auch kurze Beobachtungsphasen im Elternhaus, um Transfereffekte beurteilen zu können.

Die Wege zur Erreichung der Behandlungsziele müssen im Team erarbeitet werden. Nicht selten kann erst im Verlauf einer mehrwöchigen stationären Behandlung ein realisierbares Konzept erarbeitet werden, in Abhängigkeit von der weitergeführten Diagnostik oder der Akzeptanz bzw. dem Erfolg von therapeutischen Maßnahmen. Während der Behandlung müssen diese Ziele und Interventionen wöchentlich angepasst werden, entsprechend dem Verlauf, der im Rahmen der interdisziplinären Zusammenschau beurteilt wird.

Die Beurteilung der Pädagogen in Kindergarten oder Schule über Entwicklungsstand, Lernfortschritte und Verhalten stellen einen weiteren Eckpunkt bei der stationären Behandlung dar, da sich vielfach die bestehende Symptomatik besonders akzentuiert oder unterschiedlich im heimischen Kindergarten oder im Bereich der Schule zeigt, und die Integration in die altersgleiche Gruppe eine wichtiges Behandlungsziel ist.

Bei der Entlassung liegt ein Konzept zur Weiterbehandlung vor, das in Absprache mit den Angehörigen bzw. Bezugspersonen, den weiterbehandelnden Personen und mit Schule, Kindergarten oder anderen Einrichtungen erstellt worden ist. Die im Positionspapier (DGSPJ, 2002, s.o.) der Sozialpädiatrischen Zentren formulierte Anleitung zum ambulanten therapeutischen Vorgehen ist zu beachten. Das Gleiche gilt für die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43a SGBV.

Behandlungsmodalitäten

Die Behandlungsmodalitäten werden bestimmt von dem Schweregrad, der Komplexität, der Ätiologie und dem bisherigen Verlauf.

Funktionell orientierte Therapien

Physiotherapie, Ergotherapie aber auch Übungsbehandlungen bei der Heilpädagogik und der Logopädie verfolgen vorwiegend das Ziel, bestehende Funktionsstörungen zu verbessern wie z.B. Körperhaltung und -koordination, Wahrnehmungsstörungen, Ausdauer, Aufmerksamkeit oder Konzentration. Die Therapie kann im Einzel- oder Gruppensetting erfolgen. Ziele sind Verbesserung der Selbstständigkeit, der Mobilität, der Kommunikationsfähigkeit, der Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit und damit der Integration bzw. Teilhabe.

Die Therapieverfahren und -techniken sollten sich nach den Grundsätzen der Evidenzbasierten Medizin (Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 1 / 2, S.1, 1998), den eigenen Erfahrungen und der Effizienz richten.

Heilpädagogisch orientierte Behandlung

Sie kann im Einzel- oder Gruppensetting erfolgen, wobei bis zu 6 Kinder in einer Gruppe aufgenommen werden können. Entsprechend den Vorgaben der sozialpädiatrischen Komplexbehandlung (OPS-Ziffer 9-403.7) kann die Gruppentherapie auch unter ärztlich-psychologischer Anleitung von examinierten Pflegekräften oder Erziehern übernommen werden; sie stellt dann die Basisbehandlung dar, die unabhängig von sonstigen therapeutischen Interventionen erfolgt.

Medikamentöse Therapie

Neben der speziellen Therapie, z.B. mit Antikonvulsiva oder Psychopharmaka, ist die Behandlung mit Medikamenten bei bestehenden Grunderkrankungen wie z. B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz oder bei gastroenterologischen Erkrankungen als Dauertherapie erforderlich und muss während der stationären Behandlung evtl. angepasst werden. Psychopharmaka werden zur Behandlung von Verhaltens- oder psychischen Störungen, wie z. B. Erregtheit, Aggressivität oder Tic-Erkrankungen ggf. nur probatorisch eingesetzt; die Kombination von psychotherapeutischen oder/und heilpädagogischen Interventionen mit einer psychopharmakologischen Therapie stellt sich meist als der beste Weg heraus. Die Möglichkeit einer phasenweisen Placebobehandlung sollte genutzt werden. Eine medikamentöse Behandlung kann nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Sorgeberechtigten eingeleitet werden. Dies gilt insbesondere für Medikamente, die „off label“ oder „off licence“ verabreicht werden, das heißt die für die Altersgruppe oder die Indikation nicht zugelassen sind. Probebehandlungen können gerade unter stationären Bedingungen sehr sinnvoll erfolgen.

Psychotherapie

Bei der Psychotherapie werden vor allem verhaltenstherapeutische und systemische Verfahren eingesetzt. Sie entsprechen am besten den speziellen Anforderungen einer sozialpädiatrischen Behandlung. Neben der Einzeltherapie steht im Vordergrund die Anleitung der Pflegekräfte, Erzieher, Pädagogen und nichtärztlichen Therapeuten zur Förderung, Erziehung und Unterstützung der Kinder im Klinikalltag und im Behandlungsprozess, die sich aus einer ausführlichen Diagnostik (s. o.) und der Verhaltensbeobachtung (auch bei Videoaufzeichnungen) ergibt. Psychotherapeutische Interventionen erfolgen nicht nur mit den Kindern, sondern auch bei der Beratung der Familie bzw. den Bezugspersonen. Die Mitaufnahme eines Elternteils ist daher vielfach aus psychotherapeutischen Gründen notwendig und nicht nur als Begleitung des Kindes aus psychischen Gründen erforderlich.

Therapieintensität

Art und Intensität der therapeutischen Interventionen richtet sich nach den Zielen der stationären Behandlung, der Ausprägung der Symptomatik, der Motivation und Belastbarkeit der Kinder. Es stehen OPS-Ziffern zur differenzierten Kodierung der sozialpädiatrischen Komplexbehandlung in Abhängigkeit von Dauer und Intensität zur Verfügung (9-403.x) sowie Ziffern für einzelne zusätzliche Leistungen, die ggf. zusätzlich kodiert werden können.

Die Therapie- oder Leistungsdichte sollte möglichst früh geplant werden, im Zusammenhang mit der voraussichtlichen Dauer der Behandlung.

Sozialarbeit

Die Beratung der Bezugspersonen bezieht sich auf die sozialrechtliche Beratung sowie auf das psychosoziale Umfeld, die familiären, sozialen und finanziellen Ressourcen der Familie auch mit dem Ziel, ggf. Kontakt mit Einrichtungen der Jugendhilfe aufzunehmen und insbesondere die weitere Betreuung nach der Entlassung zu organisieren.

Pädagogik

Der regelmäßige Besuch von Kindergarten und Schule muss ermöglicht und die Beurteilung der Pädagogen in den diagnostischen und therapeutischen Prozess muss eingebunden werden.

Das Verhalten der Kinder in diesem Umfeld kann wertvolle Informationen über das Störungsbild oder über den therapeutischen Effekt bringen.

Behandlungsdauer

Ebenso wie zur Behandlungsintensität gibt es keine allgemeinverbindlichen Richtlinien zur Dauer der stationären Behandlung. Selbst wenn aus organisatorischen Gründen ein bestimmter Behandlungsrhythmus vorgegeben wird, sollte immer die Möglichkeit einer flexiblen Lösung im Einzelfall offen bleiben, um z. B. den erreichten Behandlungserfolg zu konsolidieren oder eine mühsam gewonnene Mitarbeit des Kindes nicht zu konterkarieren. Bei Mitaufnahme eines Elternteils sind familiäre oder berufliche Verpflichtungen oft ein limitierender Faktor, der im Interesse des „Gesamtsystems“ berücksichtigt werden muss.

Evaluation

Im Rahmen der Qualitätssicherung werden in den ersten Tagen die Ziele der Behandlung schriftlich festgelegt; sie orientieren sich an den Aufnahmediagnosen und der psychosozialen Problematik. Zusätzlich fixiert jeder einzelne Therapiebereich die kurz- und mittelfristigen Ziele. Wöchentlich wird in Gruppen- oder Fallbesprechungen über den Verlauf berichtet und ggf. eine Änderung der Ziele oder der Therapieverfahren beschlossen. Im Abschlussgespräch werden die erreichten Effekte mit den Angehörigen und ggf. den wichtigsten Bezugspersonen besprochen, das weitere Vorgehen vorgeschlagen und begründet. Auf alle Hinweise oder Einwände der Bezugspersonen, insbesondere auch kritische Anmerkungen, soll eingegangen und ihre Relevanz bewertet werden.

Eine schriftliche Nachbefragung der Angehörigen über den Verlauf und die Zufriedenheit etwa drei Monate nach der Entlassung ist zu empfehlen. Die Ergebnisse der Nachbefragung werden im Team diskutiert und sollen zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen; sie sind ein Teil des Qualitätsmanagements der Klinik.

Berichte

Bei der Entlassung soll ein kurzer Bericht vorliegen, in dem die Entlassungsdiagnosen, die wichtigsten Behandlungsmaßnahmen oder Ergebnisse der Untersuchungen und das weitere Vorgehen beschrieben sind. Der Kurzbericht kann den Eltern zur Weitergabe an den überweisenden Arzt ausgehändigt oder ihm direkt zugeschickt werden. Der ausführliche Bericht soll innerhalb von 4 Wochen nach der Entlassung geschrieben sein. Er soll die Aufnahmegründe, die abschließenden Diagnosen sowie die Inhalte und Effekte der Interventionen kurz beschreiben, auf die psychosoziale Situation eingehen und die Diagnosen begründen und das weitere Vorgehen empfehlen. Auf die Anleitung zur Berichterstattung der Qualitätskommission der DGSPJ wird verwiesen.

Teilnehmer des Arbeitskreises „Stationäre Sozialpädiatrische Behandlung“

Dr. C. Fricke, Werner-Otto-Institut der Ev. Stiftung Alsterdorf , Bodelschwinghstr. 23, 22337 Hamburg; Tel. 040-507702 oder 50773146

Dr. K. Hameister, Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie im Sozialpädiatrischen Zentrum Königsborn, Zimmerplatz 1, 59425 Unna; Tel. 02303-9670261

Dr. R. Hasmann, Sozialpädiatrische Abteilung der Kinderklinik Kohlhof, Klinikweg 1-5, 66539 Neunkirchen; Tel. 06821 - 363200

Dr. H. Hollmann, Kinderneurologisches Zentrum, Rheinische Landesklinik, Waldenburger Ring 46, 53119 Bonn; Tel. 0228-6683130/2

Prof. Dr. Dieter Karch, Kinderzentrum Maulbronn, Knittlinger Steige 21, 75433 Maulbronn 07043-16-170

Dr. M.A. Marton, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, 81377 München; Tel. 089-710090

Dr. Martin Rossa, Kinderzentrum Pelzerhaken, Wiesenstr. 30 23730 Neustadt/Holstein; Tel. 04561-71090

Dr. H. Peters, Kinderneurologisches Zentrum des Landes Rheinland-Pfalz, Hartmühlenweg 2-4 55122 Mainz; Tel. 06131-3780

Dr. Richardt, Kinderklinik Ev. KH Bethanien Hugo-Fuchs-Alle 3, 58634 Iserlohn; Tel. 02371-212303

Dr. Sabine Weise, Kinderneurologisches Zentrum am Krankenhaus Gerresheim, Kliniken der Stadt Düsseldorf gGmbH, Gräulingerstr. 120, 40625 Düsseldorf; Tel. 0211-2800 356/7

Prof. Dr. H. von Voss, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, 81377 München; Tel. 089-710090