



Umfassende sozialpädiatrische Behandlung für Kinder mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen durch Wegfall nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen in Gefahr

Durch den Wegfall der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen, die ein wichtiger Bestandteil für ein inklusives Gesundheitswesen vor allem in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sind, ist die umfassende medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in Deutschland in Gefahr. Es entsteht eine Versorgungslücke für eine vulnerable Patientengruppe.

Versorgungsstruktur Sozialpädiatrische Zentren

In Deutschland gibt es Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) als die medizinische Einrichtung und institutionell etablierte Versorgungsstruktur für eine interdisziplinäre medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, drohenden und manifesten Behinderungen sowie chronischen Erkrankungen. Die Behandlung dort ist nach §119 SGB V auf diejenigen Patienten auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Damit werden die SPZ tätig, wenn die Behandlungsmöglichkeiten im gestuften ambulanten System der Kinder- und Hausärzte, ambulanter Therapien sowie der Frühförderstellen ausgeschöpft sind.

Das Konzept der Sozialpädiatrischen Zentren als Medizinische Einrichtung

Das SPZ-Konzept beinhaltet zunächst die Diagnostik und die Aufstellung eines Behandlungsplanes als ärztliche Aufgabe unter Beteiligung physiotherapeutischer, ergotherapeutischer, logopädischer u.a. Expertise sowie integriert psychologischer, pädagogischer und sozialer Leistungen. Bei Bedarf folgt eine sozialpädiatrisch umfängliche interdisziplinäre Behandlung und Beratung, die neben ärztlichen Maßnahmen insbesondere psychosoziale Leistungen beinhaltet, die als sog. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (näspL) bezeichnet werden. Zu den näspL gehören u. a.:

- Psychologische Leistungen: Diese bestehen in Beratung und Behandlung im Hinblick auf die Verminderung und Bewältigung spezifischer Krankheitssymptome bzw. der Krankheit und Behinderung bei Kind und den Auswirkungen auf die Eltern. Eine Verhaltensmodifikation ist dabei das Ziel, oft unter Nutzung eines sog. systemischen Zugangs.

- Pädagogische Leistungen: Diese beinhalten z.B. eine heilpädagogische Herangehensweise, die bei krankheitsassoziierten Verhaltens- oder Lernstörungen zum Tragen kommt und eine psychosoziale Unterstützung bietet.
- Soziale Leistungen: Soziale Arbeit beinhaltet die Beeinflussung von Verhalten und Interaktion in verschiedenen sozialen Kontexten mit Konfliktbewältigung und Umfeldbearbeitung. So kann die Akzeptanz für die Verhaltensstörungen im sozialen Umfeld eine Zielstellung sein. Auch die Beratung und Hinführung zu Behandlungsoptionen sowie die Leistungsanspruchnahme und ggf. Bearbeitung sozialrechtlicher Fragen, die für die Therapie von Bedeutung sind, gehören dazu.

Die Notwendigkeit dieser Leistungen ergibt sich meist akut im Behandlungsprozess des SPZ, insbesondere in Krisensituationen, ist regelhaft zeitlich begrenzt und tritt stets in engem Zusammenhang mit den Folgen der Erkrankung und Problemen bei deren Bewältigung auf.

Gefährdung der umfassenden medizinischen Behandlung

Die umfassende medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in Deutschland ist aktuell akut gefährdet, da die Finanzierung der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen (näspL), nach Abschluss der Diagnostik und Erstellen des Behandlungsplanes, in den SPZ weitgehend ausgesetzt werden musste bzw. entfallen ist und deshalb diese Leistungen durch Psychologen, Heilpädagogen und Sozialpädagogen nicht mehr erbracht werden können. Zum Komplex der näspL gehört auch die Vernetzung innerhalb des interdisziplinären Teams des SPZ sowie mit externen Institutionen. Durch eine entsprechende Abstimmung im Therapeutenteam und ggf. mit externen Behandlern wird eine gemeinsame Erarbeitung und Durchführung von optimierten sozialpädiatrischen Behandlungskonzepten und –abläufen, stets unter ärztlicher Verantwortung, ermöglicht.

Aktuelle Situation der Versorgungsstruktur

Die Strukturdatenumfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) SPZ für das Jahr 2022 zeigte, dass in 56 % aller SPZ die näspL mittlerweile überhaupt nicht finanziert werden. In den anderen SPZ ist dieser Anteil nur unzureichend berücksichtigt, zumal der Bedarf in den letzten Jahren stetig gestiegen ist. Dies führt aktuell zu Versorgungslücken insbesondere bei Kindern im Schulalter, da Frühförderung mit dem Schuleintritt endet und kein adäquates Behandlungssystem weiter zur Verfügung steht. Aber auch für Kinder im Vorschulalter ohne Frühförderbedarf sind psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen des SPZ nach Erstellung eines Behandlungsplans nicht finanziert. Somit wird

Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern z. B. psychologische Beratung zur Krankheitsverarbeitung bei schwerwiegenden Diagnosen oder soziale Unterstützung bei der Gewährung von psychosozialen Hilfen verwehrt. Dabei fordern gerade die Eltern die Leistung aus einer Hand ein und möchten keine weitere Beratungsstelle aufsuchen, insbesondere wenn diese ihrer Kompetenz in Bezug auf Krankheiten nicht hinreichend ausgewiesen sind.

In Nordrhein-Westfalen mit über 40 SPZ ziehen sich aktuell die Träger der Eingliederungs- und Jugendhilfe flächendeckend aus der Finanzierung der nÄspL zurück mit Verweis auf das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg (LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 55.; LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72.; LSG BRB, Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL). Das LSG hatte mit seinem Urteil die vollständige Finanzierung aller Leistungen eines SPZ der GKV zugewiesen. Das Gericht begründete dies mit einem „Umfassungsgrundsatz“ für die Behandlung in SPZ und wies der GKV die vollumfängliche Leistungspflicht für alle im SPZ erbrachten Leistungen zu. Schon 2011 hatte das Bundessozialgericht (BSG) festgestellt, dass „für die ärztlichen und nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen der SPZ bei Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie die Regelungen des § 120 Abs. 2 ff. SGB V maßgebend sind“. Diese vier Leistungsbestandteile begründen die umfassende Vergütungspflicht der GKV für alle im SPZ erbrachten Leistungen. Eine Zuweisung nÄspL zu anderen Leistungsträgern erfolgte hier nicht. Somit hat das LSG BB den sinnvollen Gestaltungsspielraum ausgenutzt und seine Entscheidung insbesondere auch an der täglichen Praxis für die Leistungserbringung in SPZ festgemacht. Eine Revision des Urteils war nicht zugelassen und wurde von der GKV auch nicht angestrebt.

Ursache der Gefährdung in der Versorgung durch Wegfall der nÄspL

Bezüglich der Vergütung der in SPZ erbrachten Leistungen existiert eine rechtliche Lücke im Hinblick auf die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen (nÄspL) in SPZ nach Erstellung eines Behandlungsplans (§43a, Abs. 1, SGB V). Dies sind insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, die immer unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Allerdings besteht diesbezüglich ein Auslegungsspielraum, den das LSG genutzt und damit bestätigt hat.

Während der Gesetzgeber den SPZ den Leistungsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur bis zur Erstellung eines Behandlungsplans, also der Diagnostikphase, zubilligt, wird im Abs. 2 des §43a SGBV der vollumfängliche Leistungsanspruch im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung gegenüber der GKV gewährt.

SPZ und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mittlerweile behandeln über 160 SPZ in Deutschland jährlich ca. 466.000 Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren. Dabei werden auch kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder behandelt, sei es durch Kinder- und Jugendpsychiater innerhalb der SPZ oder durch spezialisierte Neuro- und Sozialpädiater mit ihren Teams, wenn die psychiatrischen Krankheiten in engem Zusammenhang mit einer organischen Krankheit oder ihren Symptomen stehen. Dies kann z.B. im Rahmen der Behandlung eines Kindes mit therapieschwieriger Epilepsie notwendig sein, wenn es durch die Medikation zu Verhaltensänderungen oder kognitiven Beeinträchtigungen kommt, die die soziale Integration des Kindes in der Schule gefährden. Auch neuropsychologischen Beeinträchtigungen nach Schädel-Hirntrauma können z.B. psychologische oder sozialpädagogische Interventionen zur Sicherung der Teilhabe erfordern.

SPZ und Frühförderstellen

Die GKV vertritt die Auffassung, dass entsprechend der aktuellen gesetzlichen Regelung die Träger der Eingliederungshilfe (EGH) für die nÄspL zuständig sein. Dabei wird immer wieder auf die Frühförderverordnung (FrühV) verwiesen, (§4 ff FrühV) und SPZ und Frühförderstellen (FFS) gleichgesetzt. SPZ und FFS weisen jedoch deutliche Unterschiede in ihrer personellen Struktur und fachlichen Ausrichtung auf. Sie sind komplementäre, aber keine identischen Einrichtungen. SPZ sind medizinische Einrichtungen, die immer ärztlich geleitet sind und Kinder von 0 bis 18 Jahren behandeln. FFS sind überwiegend pädagogisch geleitet und fördern Kinder lediglich von 0 Jahren bis zum Schuleintrittsalter. FFS fördern Kinder ambulant oder mobil mit hoher Frequenz (wöchentliche Fördereinheiten), SPZ behandeln ihre Patienten ambulant in wechselnden Intensitäten, durchaus auch wöchentlich bei Krisensituationen oder speziellen Problemlagen, häufig aber auch nur in größeren zeitlichen Abständen. FFS fördern sehr wohnortnah, SPZ haben einen überregionalen Behandlungsauftrag. SPZ werden durch die Zulassungsausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zur Behandlung ermächtigt, FFS erhalten ihre Zulassung durch die Träger der EGH, interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF), die die Komplexleistung Frühförderung erbringen, erhalten auch einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen. Der Zugang zum SPZ erfolgt nach Überweisung von Vertragsärzten, der Zugang zur (interdisziplinären) Frühförderung kann über eine offene Erstberatung erfolgen, über die Leistung entscheiden die Rehabilitationsträger (Krankenkasse und Träger der Eingliederungshilfe) auf der Grundlage eines Förder- und Behandlungsplans. Dies macht den unterschiedlichen Ansatz deutlich. Sachlich haben die nÄspL einen anderen Charakter als die Leistungen der Frühförderung. Leistungen der Frühförderung sind in der Regel auf kontinuierliche

und langfristige Hilfemaßnahmen ausgelegt. In den SPZ ergibt sich der Bedarf für nÄsPL akut und kurzfristig aus der Krankenbehandlung mit überschaubarem Zeitrahmen. Daraus wird deutlich: Es gibt nichtärztliche sozialpädiatrische Behandlungsanteile in den SPZ, die nicht den üblichen Maßnahmen der Eingliederungshilfe entsprechen, auch nicht der interdisziplinären Frühförderung, die Teilhabeleistungen verknüpft, sondern genuin der medizinischen Behandlung zuzurechnen sind. Deshalb ist die Auffassung, es bestehe quasi automatisch eine Zuständigkeit der Eingliederungshilfe, nicht nachvollziehbar. Vielmehr gilt der Umfassungsgrundsatz nach dem Urteil des LSG BB. Kein Organzentrum in einem Krankenhaus erhält heute mehr seine Anerkennung, wenn es keine psychologischen und sozialarbeiterischen Unterstützungsangebote innerhalb des Zentrums nachweisen kann, die der Krankheitsbewältigung dienen.

Kostenbetrachtung

Die Belastung bei einem Leistungsträger (GKV) ergibt aus folgenden Gründen Sinn: Der Anteil der nÄsPL an der Gesamtleistung eines SPZ macht nur ca. 10-15 % aus. Die Kosten der Behandlungen in den SPZ in Deutschland für die GKV betragen ca. 290 Mio. € im Jahr. Der Anteil der nÄsPL würde die GKV demnach mittelfristig mit ca. 30-35 Mio. € jährlich belasten. Die Zahl basiert sowohl auf dem o.g. prozentualen Anteil der nÄsPL an der Gesamtvergütung als auch auf dem notwendigen Bedarf. Durchschnittlich (bezogen auf mittelgroße SPZ, große haben Fallzahl-bezogen einen höheren, kleine einen niedrigeren Bedarf) würde diese Summe ausreichen, die Bruttopersonalkosten für jeweils 1,5 Stellen Sozialarbeit/Therapie und 1 Stelle Psychologie zu finanzieren. Aktuell ist nur eine geringe Mehrbelastung der GKV zu erwarten, da dieser Leistungsbaustein aufgrund der ausbleibenden Finanzierung in den meisten SPZ nur rudimentär vorhanden ist, und erst schrittweise aufgebaut werden müsste.

Der Verweis der GKV auf die Kostenpflicht der Träger EGH würde bedeuten, die SPZ müssten mit über 1000 Trägern der Eingliederungs- bzw. Kinder- und Jugendhilfe Leistungsvereinbarungen abschließen, da diese Leistungen weitgehend kommunalisiert sind.

Außerdem würde es für die Eltern ein langwieriges und umfassendes Antragsverfahren und für die Träger der Eingliederungshilfe bzw. Krankenkassen eine hohe personelle Belastung bedeuten, was zudem zu erheblichen Bürokratiekosten führen würde. Der Bereich der Frühförderung beklagt schon heute die langen Bearbeitungszeiten der zuständigen Ämter, was weitere Verzögerungen bei medizinisch dringlichen Behandlungen zur Folge hätte. Somit ist schon aus rein praktikablen Gründen die Kostenübernahme durch die GKV notwendig. Mit der Einführung von Absatz 2 in den §43a SGB V im Jahr 2009 hat der Gesetzgeber bewiesen, dass nÄsPL im gesamten Umfang in die Kostenpflicht der GKV gehören.

Es ist an der Zeit, diese klare Regelung nun auch auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, drohenden und manifesten Behinderungen sowie chronischen Erkrankungen zu übertragen. Eine Aufteilung der Leistungsträgerschaft in diesem Falle ist nicht sachgerecht und nicht sinnvoll. Daraus darf kein „Grundsatzkonflikt“ gemacht werden.

Die DGSPJ fordert daher, die Finanzierung „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen“ für SPZ gesetzlich einheitlich und nachhaltig zu regeln.

Gez.

Prof. Dr. Volker Mall
Präsident der DGSPJ

Prof. Dr. Heidrun Thaiss
Präsidentin der DGSPJ

Prof. Dr. Juliane Spiegler
Sprecherin BAG SPZ

Dr. Carsten Wurst
Beauftragter der DGSPJ