



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e. V.

Stationäre sozialpädiatrische Behandlung

Grundsätze der Strukturqualität, Prozessqualität, Behandlungsindikation und Evaluation

Arbeitsgemeinschaft der stationären sozialpädiatrischen Abteilungen und Fachkliniken in der DGSPJ

Koordination: Rainer Blank, Maulbronn

Unter Mitwirkung von Stephanie Boßerhoff, Wesel; Wolfgang Broxtermann, Pelzerhaken; Christian Fricke, Hamburg; Karin Hameister, Unna; Reiner Hasmann, Neunkirchen/Saar; Christoph Hertzberg, Berlin; Helmut Hollmann, Bonn; Volker Mall, München; Helmut Peters, Mainz; Sabine Weise, Düsseldorf

Das nachfolgende Papier ersetzt die Ausführungen des Positionspapiers aus 2007, erstellt unter Koordination von Dieter Karch, Maulbronn.

Einleitung

Störungen der kindlichen Entwicklung und des Verhaltens, auch im Kontext chronischer somatischer Erkrankungen sind häufig. Laut KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Hölling et al. 2014, Neuhauser et al. 2014) werden bei ca. 20% psychische Probleme und bei ca. 16% der Altersgruppe chronische Gesundheitsprobleme beschrieben. Kinder und Jugendliche mit kombinierten Störungen aus diesen Bereichen haben eine deutlich schlechtere langfristige psychosoziale Prognose (z. B. Rasmussen und Gillberg 2000) und sind daher die Zielgruppe für eine stationäre sozialpädiatrische Behandlung, wenn die ambulante Versorgung, z.B. in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) nicht ausreichend ist.

Die stationäre sozialpädiatrische Behandlung ist integraler Bestandteil der sozialpädiatrischen Behandlungskette und wahrt die Versorgungskontinuität zur ambulanten Behandlung in den Sozialpädiatrischen Zentren. Stationäre Sozialpädiatrie ist integrierend und sektorenübergreifend. Sie verbindet pädiatrische, insbesondere sozial- und neuropädiatrische Kompetenz mit kinder- und

jugendpsychologischer und psychotherapeutischer sowie oft auch kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz unter einem Dach und in einer Hand. Damit leistet die stationäre Sozialpädiatrie einen wesentlichen Beitrag zur psychischen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit und ohne zusätzliche somatische und neurologische Grunderkrankungen. Mit dem Fokus auf die Re-Integration in den psychosozialen Kontext ist sie darüber hinaus präventiv tätig.

I Strukturqualität

Die stationäre sozialpädiatrische Behandlung erfolgt in Fachkliniken und in ausgewiesenen Abteilungen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin auf Behandlungsplätzen, die im Krankenhausbedarfsplan des jeweiligen Bundeslandes festgestellt sind.

In der stationären Sozialpädiatrie werden schwerpunktmäßig sozialpädiatrische Komplexbehandlungen erbracht, die die geforderten Leistungskriterien der im DRG-System vorgegebenen OPS 9-403 mit Untergruppen erfüllen.

Darüber hinaus können im Rahmen der stationären Sozialpädiatrie entsprechend vorhandener Qualifikationen und Schwerpunkte andere Komplexleistungen wie z. B. Behandlung von neuropädiatrischen, somato-psychischen und pädiatrisch-psychosomatischen Krankheitsbildern erbracht werden. Diese werden im vorliegenden Papier nicht beschrieben.

Personal

Die sozialpädiatrische stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ist personalintensiv. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung, in die die medizinischen und funktionellen Therapien einbezogen sind, setzt eine ausreichende Ausstattung mit ärztlichem, psychologischem, therapeutischem und pflegerischem Personal voraus. Diese Grundvoraussetzung ist notwendig, um die Behandlungsstandards, die in den konzertierten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften gefordert sind, umzusetzen. Die Anforderungen an die Qualifikation des sozialpädiatrischen Behandlungsteams zur Erbringung von sog. Komplexleistungen ambulant im SPZ sind im „Altöttinger Papier“ (2003; Version 2.0: 2014) definiert. Die Personalvorgaben für den stationären Bereich ergeben sich im ärztlich-therapeutischen Dienst aus den Leistungsdefinitionen im DRG-System für die sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Behandlung nach OPS 9-403. Die sozialpädiatrischen Fachkliniken und die sozialpädiatrischen Abteilungen in Kinderkliniken müssen die Vorgaben für die Leistungserbringung der Komplexbehandlung der OPS erfüllen. Dabei orientieren sich die sozialpädiatrisch-psychosomatischen Abteilungen von Kinderkliniken in der Regel an den OPS 9-403.0 bis 9-403.2, während die sozialpädiatrischen Fachkliniken das gesamte Spektrum der OPS 9-403, also auch sehr personalintensive Leistungen erbringen. Der Personalstamm umfasst neben dem ärztlich-therapeutischen Dienst den Pflege- und Erziehungsdienst zur Sicherung der medizinisch-sozialpädiatrischen Grundversorgung. Für den Betrieb einer stationären sozialpädiatrischen Abteilung sollte auf ein SPZ in Kooperation zur Überprüfung der stationären Aufnahmeindikation und zur Nachsorge zurückgegriffen werden können, um die sozialpädiatrische Behandlungskette zu gewährleisten.

Die Fachärzte¹ für Kinder- und Jugendmedizin benötigen differenzierte Kenntnisse auf den Gebieten der Entwicklungsneurologie, Entwicklungspsychologie, Neuropädiatrie und bei zusätzlicher psychosomatischer Orientierung auch in psychotherapeutischen Verfahren. Grundlegende Kenntnisse in medizinischer Genetik, metabolischen Erkrankungen, bildgebender Diagnostik, Augen- und HNO-Heilkunde, Orthopädie u.a. angrenzenden Fachgebieten müssen im Team vorhanden sein oder in Rahmen von diagnostischen und therapeutischen Konsilen zur Verfügung stehen.

Ebenfalls sollte kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz im Team bzw. in Kooperation vorhanden sein und integriert mit der neuropädiatrischen Kompetenz zum Einsatz kommen. Zur Weiterbildung können in der stationären Sozialpädiatrie Assistenzärzte in Weiterbildung für Kinder- und Jugendmedizin sowie in Kinder- und Jugendpsychiatrie unter entsprechender fachärztlicher Supervision eingesetzt werden. Die Teilnahme an der Ruf- bzw. Präsenzbereitschaft erfolgt mit fachärztlichem Hintergrund.

Die klinischen Psychologen bzw. die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten müssen über Kenntnisse in den Bereichen z. B. Entwicklungspsychologie, Neuropsychologie, Verhaltenstherapie, Familientherapie oder anderen psychotherapeutischen Verfahren verfügen.

Nichtärztliche Therapeuten, z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen/-arbeiter, Sprachtherapeuten, Logopäden, Heilpädagogen mit möglichst spezieller Weiterbildung, sind eine Voraussetzung, um der unterschiedlichen Symptomatik und Problematik gerecht werden zu können.

Essenziell für die erfolgreiche Gestaltung der stationären sozialpädiatrischen Behandlung ist die Besetzung des Pflege- und Erziehungsdienstes. Das Pflegepersonal benötigt besondere Kenntnisse nicht nur im kinder- und jugendmedizinischen Bereich, sondern auch im heilpädagogischen Umgang mit den Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen und den oft belasteten und nicht selten auch psychisch kranken Angehörigen. Sozialpädagogen müssen in die Versorgung integriert sein und neben Versorgungsaufgaben auch u. a. über umfassende sozialrechtliche Kenntnisse verfügen, um differenziert beraten zu können.

Ergänzend zum stationären Behandlungsteam kommen Erzieher und Lehrer der zuständigen Schule für Kranke (Krankenhauschule) hinzu, die eigenständig arbeiten, aber über Fallkonferenzen in die fallbezogene Arbeit der stationären sozialpädiatrischen Behandlungseinheit einbezogen sein können.

Hinsichtlich der personellen Ausstattung und Qualifikation sollen insbesondere folgende Merkmale, die nur teilweise in den OPS-Vorgaben Niederschlag finden, erfüllt sein:

- Neben der ärztlichen Kompetenz müssen parallel vergleichbare zahlenmäßige psychologische Valenzen vorhanden sein.
- In der ärztlichen Leitung bzw. fachärztlichen Versorgung der Einrichtung müssen analog zur SPZ-Leitung nach Altöttinger Papier Qualifikationen in der Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie sowie Psychotherapie vorhanden sein; wünschenswert sind zusätzlich auch

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Berufsbezeichnungen in dieser Stellungnahme gelten gleichwohl für Personen beiderlei Geschlechts.

Qualifikationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die fachärztliche Versorgung durch qualifizierte Kinder- und Jugendärzte muss kontinuierlich sichergestellt sein.

- Alle funktionstherapeutischen Disziplinen müssen in ausreichend hoher Dichte vorhanden sein (Fachpersonal im Bereich Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Logopädie).
- Darüber hinaus sollten jeweils in Abhängigkeit von fachlich-inhaltlichen Erfordernissen weitere therapeutisch-pädagogische Fachkräfte vorhanden sein, die das Team der Funktionstherapeuten sowie das ärztlich-psychologische Personal ergänzen, z. B.:
 - Heilpädagogen, Sprachheilpädagogen
 - Sozialpädagogen
 - Motopäden
 - Musiktherapeuten u.a.
- Zur vollstationären Behandlung komplexer Entwicklungsstörungen bei multimorbiden Patienten sowie der gleichzeitigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit körperlichen, geistigen und seelischen Störungen muss eine ausreichende Zahl von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern sowie Erziehern in der Stationsbesetzung gewährleistet sein. Darüber hinaus ist die Alters- und Entwicklungsspanne der Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren beim Personalbedarf zu berücksichtigen. Für komplex entwicklungs- und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche mit komorbiden Störungen und Komplikationen als „komplizierende Konstellation“ muss eine 1:1-Betreuung über den Tag möglich sein.
- Das Management der vielfältigen therapeutischen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen incl. Eltern-Kind-Abteilungen mit einer großen Vielfalt von Entwicklungsstörungen und Behinderungen erfordert ein leistungsfähiges Stationsmanagement und Sekretariat.

Berechnungsgrundlage

Die personelle Besetzung für Fachmitarbeitende orientiert sich grundsätzlich an den Vorgaben der Komplexbehandlung OPS 9.403 und den sich hieraus ableitenden Berechnungsgrößen in Bezug auf Ärzte, Psychologen und Fachtherapeuten. Für die Besetzung im Pflege- und Erziehungsdienst (PED) ist als Grundlage die Besetzungsvorgabe nach Psych-PV (Schlüssel KJ1) heran zu ziehen; zu berücksichtigen sind regelmäßig auch Merkmale sehr intensiver Versorgung mit 1:1-Betreuung (analog Schlüssel KJ3).

Der PED insbesondere in einer sozialpädiatrischen Fachklinik muss besondere Anforderungen bewältigen. Da die stationär sozialpädiatrisch behandelten Kinder und Jugendlichen nicht nur Störungen im Bereich der sozio-emotionalen Entwicklung, sondern auch kombinierte oder/und schwere Entwicklungsstörungen im körperlichen und geistigen Bereich haben können, ist die Pflege- und Behandlungsintensität der Patientengruppe mit schweren psychischen Krankheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit geistigen Behinderungen vergleichbar.

Ferner müssen Patienten bis hin zum Pflegegrad V, d.h. mit schwerster Pflegebedürftigkeit, versorgt werden können. Insgesamt ergibt sich aus diesen multiplen Anforderungen ein Betreuungsschlüssel im PED von 1,0 bis 1,3 Pflegepersonen/Betreuer auf 1 Patient. Die Berechnung für das Fachteam der Ärzte, Psychologen und Therapeuten ist in gleicher Weise auf diese spezielle Patientengruppe auszurichten. Dabei müssen die inhaltlichen Erfordernisse mit den zeitlichen Vorgaben in der OPS 9-403 korreliert werden. Ein Stationsteam für 12 Patienten muss somit je 1,0 bis 1,2 Ärzte und 1,0 bis 1,3 Psychologen sowie 3,0 bis 3,6 Therapeuten im Tagdienst vorhalten.

Je nach Alter, Schwere- und Komplexitätsgrad der somatischen und psychosozialen Probleme und der Intensität der Behandlung sind zusätzlich ärztliche, psychologische und therapeutische Kapazitäten zu berücksichtigen.

Hinzu kommen 1,0 bis 1,2 Stations- und Organisationsassistenten (inkl. Schreib- und Dokumentationsarbeiten) sowie 1,0 bis 1,2 Sozialpädagogen/-arbeiter für das Entlassmanagement und zur Vernetzung nach außen mit medizinischen und nichtmedizinischen Diensten, Jugendhilfe- und Sozialhilfeträgern. Die ärztlichen und pflegerischen Leitungsfunktionen sind zusätzlich zu berechnen.

Für alle Mitarbeitenden addieren sich die Ausfallzeiten sowie je nach Vor-Ort-Gegebenheiten die 24-Stunden-Präsenz hinzu. Die ärztliche Versorgung muss jederzeit gesichert sein, d.h. ein Arzt muss über 24 Stunden erreichbar sein (Rufbereitschaft als Mindeststandard). Die Rufbereitschaft muss fachärztlich abgesichert sein. Die Pflege muss über 24 Stunden präsent, d.h. kontinuierlich vor Ort sein. In der institutionsspezifischen Festlegung müssen inhaltlich-aufgabentechnische und räumlich-lokale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Räumlichkeiten

Die Räumlichkeiten sind entsprechend dem breiten Versorgungsspektrum der Kinder und Jugendlichen möglichst variabel zu gestalten. Eine stationär-sozialpädiatrische Abteilung soll mit ihren Räumlichkeiten als eigenständige Organisationseinheit bestehen.

Barrierefreiheit muss in erforderlichem Umfang gegeben sein. Ferner müssen Möglichkeiten bestehen, Alltagskompetenzen im pflegerisch-therapeutischen Gruppen-Setting zu erarbeiten.

Wünschenswert für eine Kinder- und Jugendlichen-Station (ohne Elternaufnahme) sind:

- Einzelzimmer sowie 2-Bett-Zimmer
- Überwachungszimmer
optimal: Video-Langzeit-EEG, Video-Verhaltensanalyse
- Gruppenraum, Spielzimmer, Freizeitraum
optimal: 2 dieser Räume pro 12 Patienten
- Aufenthaltsräume
2 pro 12 Patienten, entsprechend 2 Gruppen mit 6 Kindern gemäß OPS 9-403.7
- Therapiezimmer
- Behandlungsräume für Stations-Arzt und Stations-Psychologen
- Teamzimmer
- Küche
- Lagerraum (Hilfsmittel etc.)
- Medizinisches Untersuchungszimmer
- Mal-Werk-Bastelraum
- Putzraum, Pflegearbeitsräume (rein/unrein)
- ggf. Time-out-Raum
- Sekretariat und Stations-Management mit Archiv und Kopierraum
- Sozialraum

- Freizeitgelände mit Betätigungsmöglichkeiten (barrierefrei)
- „Schule für Kranke“ erreichbar/angeschlossen

Im Falle einer separaten Eltern-Kind-Station bzw. einer Station mit Elternaufnahme sind wünschenswert:

- eine Einheit für mind. eine Bezugsperson mit Patientenkind;
optimal: einige Familienzimmer, wenn Begleitkinder mit aufgenommen werden bzw. die gesamte Familie aufgrund medizinischer Indikation aufgenommen werden kann.

Ferner gelten analoge räumliche Vorgaben wie bei einer Kinder- und Jugendlichen-Station. Wünschenswert ist auch ein Schulkindergarten.

Bei der Raumgröße sind Krankenhausbedarfsvorgaben analog der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Intensivmedizin zu berücksichtigen. Im Falle einer Eltern-Kind-Station gelten je nach Zielsetzung andere Raumvorgaben.

Aspekte der Erreichbarkeit müssen beachtet werden.

Apparative Ausstattung

Je nach Diagnosestruktur ist ein Notfalllabor (Blutgase, Elektrolyte) über 24 Stunden wünschenswert.

Alle folgenden medizinisch notwendigen Geräte müssen tagsüber erreichbar sein. Hierzu zählen insbesondere:

- EEG mit Video-Doppelbildaufzeichnung, Langzeit-EEG-Ableitung
- Ultraschallgerät
- Audiometrie, OAE-Untersuchungseinheit

Diese Geräte sollten möglichst vor Ort vorgehalten werden.

Ferner sollte in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ein Zugang zu folgenden Untersuchungsmethoden gewährleistet sein:

- Magnetresonanztomographie, inkl. Möglichkeit zur Sedierung bzw. Narkose
- Chemisches Labor, Stoffwechsellabor, Genetik-Labor
- Neurophysiologische Spezialdiagnostik (24h-Video-EEG-Monitoring, Nervenleitgeschwindigkeit, Evozierte Potentiale, EMG)

Bei Sozialpädiatrischen Fachkliniken sollte eine intensiv- bzw. akutpädiatrische Versorgungsmöglichkeit durch eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in der Nähe gegeben sein.

II Prozessqualität

Behandlungskonzept

Die Kombination von mehrdimensionaler Diagnostik und multiprofessioneller Therapie ist die spezifische Besonderheit der sozialpädiatrischen Behandlung unter stationären Bedingungen. Oft

geschieht dies zeitgleich in einem sich wechselseitig beeinflussenden Behandlungsprozess (sog. diagnostisch-therapeutischen Prozess; vgl. IVAN-Papier „Interdisziplinäre verbändeübergreifende Arbeitsgruppe Entwicklungsdiagnostik“ des BVKJ, der DGAAP und der DGSPJ: Stufenkonzept der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Versorgung, 2014).

Wenn die ambulante Behandlung im SPZ bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen Störungsbildern ohne Eintreten eines Behandlungserfolgs ausgeschöpft wurde, ist eine darauf abgestimmte stationäre sozialpädiatrische Versorgung von elementarer Bedeutung (sozialpädiatrische Behandlungskette). Dadurch wird die sozialpädiatrische Behandlungskontinuität sichergestellt.

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist die Verbesserung der Alltagsfertigkeiten zur Verbesserung der sozialen Teilhabe.

Die stationäre sozialpädiatrische Versorgung muss somit Alltagsstrukturen wirksam abbilden und eine alltagsähnliche Struktur besitzen. Dies bedeutet, dass ein milieu- und soziotherapeutischer Ansatz in den Gruppen auf Kinder- und Jugendlichen-Stationen wie auch im Eltern-Kind-Setting auf Eltern-Kind-Stationen unabdingbar ist.

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 und unverzichtbar für den Transfer in den Alltag bzw. die weitere ambulante Behandlung.

Eine mehrdimensionale Erfassung

- der individuell bestehenden Symptomatik (Funktionsstörungen, Fähigkeitsstörungen im somatischen und psychischen Bereich),
- der Probleme im Bereich der Familie sowie
- der Schwierigkeiten in pädagogischen Einrichtungen (Schule, Kindergarten) und im sonstigen sozialen Umfeld

ist erforderlich.

Damit sollen insbesondere die Wechselwirkungen von organisch bedingten Funktionsstörungen sowie psychischer und mentaler Entwicklung unter Berücksichtigung der eigenständigen Persönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen aufgedeckt werden.

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 mit therapeutischen und/oder medikamentösen Interventionen. Dieser Prozess führt zur Formulierung von Behandlungszielen während der stationären Behandlung sowie zu einem mittel- oder langfristigen Plan für die weitere ambulante Behandlung.

Das Behandlungskonzept umfasst demnach:

- Individuelle Maßnahmen wie funktionstherapeutische Interventionen, psychotherapeutische, insbesondere verhaltenstherapeutische, und psychoedukative Maßnahmen oder Medikation

- Gruppenorientierte Maßnahmen wie gruppentherapeutische Interventionen, milieutherapeutische Maßnahmen (Gruppenpflegesystem), soziotherapeutische Maßnahmen (z.B. social skills-Gruppe), erlebnispädagogische Gruppenmaßnahmen
- Eltern-Kind-Maßnahmen wie Interaktionsdiagnostik und –therapie bzw. systemische Therapie, Elterninstruktion

Angesichts der Methodenvielfalt ist die koordinierte Umsetzung der stationären sozialpädiatrischen Komplexbehandlung erforderlich. Es ist ein zielgerichtetes, abgestimmtes Miteinander von Patient, Familie und multiprofessionellem Team notwendig, welches in regelmäßigen interdisziplinären Team-Besprechungen abgestimmt und koordiniert wird. Im Gegensatz zu Therapiekonzepten in anderen Behandlungssettings ist die Intensität der Behandlung durch verstärkte Anwendung von spezifischen Einzeltherapien höher.

Verweildauer

Aufgrund der Multimorbidität der behandelten Patienten und der damit häufig einhergehenden ungünstigen Prognose ist eine stationäre sozialpädiatrische Behandlung aus langfristiger gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll und nachhaltig; so können häufig selbst nach jahrelanger erfolgloser ambulanter Behandlung günstige Entwicklungen durch das intensive, komplexe und auf das familiäre Umfeld ausgerichtete Behandlungskonzept eingeleitet werden.

Die Verweildauer ist durch die Komplexität der klinischen Symptomatik begründet und liegt deutlich über der mittleren Verweildauer in der rein somatischen Pädiatrie. Die behandelten Kinder und Jugendlichen haben in der Regel Erkrankungen, die schon lange Zeit bestehen und bestanden haben und oft auch schon längere Zeit erfolglos ambulant behandelt worden sind oder sich zunehmend verschlimmert haben. Durch die fast regelmäßig vorhandene psychische Problematik ist eine Eingewöhnungszeit bzw. Beobachtungszeit erforderlich; ferner ist die Effektivität von Interventionen häufig nicht so schnell erzielbar bzw. beurteilbar wie bei rein somatischen Störungen. Oft müssen die therapeutischen Voraussetzungen erst erarbeitet werden. Die Verweildauer ist deshalb vergleichbar mit der Verweildauer bei der Regelbehandlung von schweren psychischen Störungen in kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Kliniken. Zusätzlich ist die Multimorbidität mit körperlich-somatischen und kognitiven Entwicklungsstörungen bei der Verweildauer zu berücksichtigen. Das spiegelt sich in der Diagnosenvielfalt in den verschiedenen Achsen der Mehrbereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS) wider.

Entlassmanagement

Im interdisziplinären Team werden gemeinsam die verschiedenen Maßnahmen für den poststationären Rahmen besprochen und nachfolgend gemeinsam mit den Eltern erörtert und festgelegt. Bei Bedarf wird oft auch unter Einbeziehung externer Fachleute ein Runder Tisch bei komplexen Fällen notwendig sein (interdisziplinäres Fach-Austausch-Gespräch IFA). Hier werden dann die weitere psychosoziale und medizinische Nachsorge besprochen und entsprechende Schritte festgelegt.

Im Sinne der Umsetzung der sozialpädiatrischen Behandlungskette wird von ärztlicher Seite entweder der nachsorgende niedergelassene / überweisende Arzt bzw. das betreuende SPZ kontaktiert bzw. ein vorläufiger Entlassbrief verfasst, der auch die Informationen bzw. zusammenfassenden Befunde bzw. Verlaufsberichte des interdisziplinären Teams enthält. Seitens der Schule für Kranke wird die externe Schule kontaktiert bzw. eine neue Beschulung den Eltern

vorgeschlagen, eine externe Probebeschulung kann bzw. soll bei spezifischer Schulproblematik noch während des stationären Aufenthaltes erfolgen. Die Therapeuten verfassen einen Verlaufsbericht einschl. Zielplanung für die Nachsorge und leiten die Eltern und ggf. niedergelassene Therapeuten an. Der Sozialarbeiter klärt bei Bedarf die Beantragung von sozialen Hilfen, Integrationshilfe, Pflegegrad etc. und leitet die Eltern bei der Antragstellung an. Ggf. kontaktiert der Sozialpädagoge die entsprechenden Ämter (Jugendamt, Sozialamt) und leitet die Besichtigung bzw. Probewohnen in einer externen heilpädagogischen Einrichtung an, wenn die ambulanten Jugendhilfemaßnahmen aufgrund des stationären Störungsverlaufes in der Klinik nicht ausreichen.

III Indikationsstellung

Für die Indikationsstellung eines stationären Aufenthaltes werden im somatischen Bereich Kriterienlisten zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung (Appropriateness Evaluation Protocol AEP) benannt. Diese Kriterienlisten dienen allerdings vorwiegend der Beurteilung der Notwendigkeit zur stationären Behandlung bei akut-pädiatrischen Krankheiten (Dougerthy 1998, Aneez 2000). Für Kinder und Jugendliche mit sozialpädiatrischen, neuropädiatrischen, psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie aggravierenden psychosozialen Kontextfaktoren ist eine Anpassung erforderlich. So dürfen Kinder und Jugendliche wegen einer Behinderung bzw. chronischen Erkrankung nicht benachteiligt werden (Art 3 Satz 3 GG). Damit muss die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche den besonderen Bedürfnissen angepasst werden (Art 23 Abs. 1-4 und Art. 24 Abs. 1 und 2 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes). Dies sieht auch der aktuelle GBA-Beschluss zu den Krankenhauseinweisungs-Richtlinien 2015 vor. Eine ICF-basierte Modifikation der AEP-Kriterien für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird anbei vorgelegt (s. Anhang).

Die Notwendigkeit zur stationären sozialpädiatrischen Behandlung ergibt sich, 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,
- wenn eine Krisenintervention bei rascher Verschlechterung der klinischen Symptomatik oder eine Dekompensation der psychosozialen Situation besteht.

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 einer neurologischen Erkrankung eine krankheitsspezifische Dynamik und Komplikationspotentiale 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.

Die Kernzielgruppen der stationären sozialpädiatrischen Behandlung sind Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahre, die Entwicklungsstörungen, chronische Erkrankungen, Behinderungen und/oder psychische Störungen haben. Gerade Kinder mit Mehrfachstörungen profitieren ganz besonders von der sozialpädiatrischen Behandlungskette. Beispielhaft seien hier Kinder und Jugendliche mit Zerebralpareesen mit ihren komplexen somatischen wie psychosozialen Bedarfen.

Die Indikation für eine stationäre sozialpädiatrische Behandlung ist bei jungen Kindern mit bestimmter Befundkonstellation frühzeitig zu stellen: Im Unterschied zum Erwachsenenalter vollzieht sich im frühen Kindesalter eine dramatische Entwicklung mit entsprechend rasch sich begrenzenden therapeutischen Fenstern und „Grundsteinlegung“ für chronische Störungen. Eine in der Regel langwierige „Ausreizung“ von ambulanten Maßnahmen ist daher mit hohem Risiko verbunden. So kann eine langwierige ambulante Behandlung (meist mit unklaren Diagnosen) massive langfristige Konsequenzen und somit Kosten auslösen.

Von der amerikanischen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin wird die mangelhafte „Etablierung der Bindung“ in der Neugeborenenzeit eigens als Aufnahmegrund (vgl. B-Kriterienliste im Anhang unter B8) genannt. Dies hat eine zunehmende Bedeutung für die Indikation zur stationären Behandlung im Mutter-Kind-Setting, um die enormen Konsequenzen für die individuelle Entwicklung ebenso wie für das Gemeinwesen durch die entstehenden Folgeerkrankungen und -kosten zu dämpfen. Die Effizienz dieses Behandlungsansatzes ist gut belegt.

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

- Kinder und Jugendliche 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. Für die Entwicklung einer somato-psychischen Störung besteht ein hohes Risiko.
- Kinder und Jugendliche mit geistiger 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.
- Kinder und Jugendliche mit aggressiv-expansiven oder/und autoaggressiven Verhaltensweisen ohne und mit mentaler Entwicklungsstörung. Hier besteht Fremd- und

Selbstgefährdung, es drohen Ausschluss aus Kindergarten oder Schule und Isolation der gesamten Familie.

- Kinder und Jugendliche 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) oder mit frühen kindlichen Beziehungsstörungen zur Behandlungsanbahnung im stationären Mutter/Eltern- Kind-Setting.
- Kinder und Jugendliche mit komplexen Entwicklungsstörungen oder sozio-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.
- Kinder und Jugendliche 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.
- Kinder und Jugendliche 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 z.B. 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.
- Kinder und Jugendliche mit motorischen oder komplexen Entwicklungsstörungen, bei denen orthopädische oder andere Operationen durchgeführt wurden und eine mehrwöchige intensivierete Nachbehandlung bei gleichzeitiger sozialpädiatrischer Behandlungskontinuität erforderlich ist.
- Kinder und Jugendliche 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.
- Kinder und Jugendliche 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 Anfallsrezidivrisiko 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.
- Kinder und Jugendliche 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.

IV Evaluation und Ergebnisqualität

Die stationäre sozialpädiatrische Versorgung wird im Hinblick auf folgende 3 Aspekte dokumentiert und evaluiert:

1. die mehrdimensionalen diagnostischen Ergebnisse gemäß Mehrdimensionaler Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS),
2. das systemisch-interaktive, multimethodale Vorgehen und der Verlauf von Diagnostik und Therapien,
3. die nicht nur an der Verbesserung von Körperfunktionen und psychischen Funktionen, sondern vor allem am Lebensalltag und der sozialen Teilhabe orientierte Zielsetzung und der jeweilige Zielerreichungsgrad.

Der Zielerreichungsgrad wird möglichst nach den Kriterien der

- Objektivität (quantitative Verfahren),
- Subjektivität (Fragebogenverfahren, Interview),
- „Milieuzufriedenheit“ (Zufriedenheit von Patienten, Eltern, Institutionen, Zuweiser)

dargestellt.

Der Transfer in den Alltag sowie in die Integration der erarbeiteten Ziele in das soziale Umfeld wird durch das Entlassmanagement und eine entsprechende ambulante sozialpädiatrische Nachsorge sichergestellt. Das flächendeckende Netz von Sozialpädiatrischen Zentren bietet für die Nachhaltigkeit der stationären sozialpädiatrischen Versorgung eine ausgezeichnete Voraussetzung.

V Perspektiven der stationären sozialpädiatrischen Behandlung

Das bestehende Netz sozialpädiatrischer Fachkliniken und Abteilungen hat sich historisch regional v.a. in den alten Bundesländern entwickelt und ist bisher nicht flächendeckend. Bestimmte

Spezialisierungen, wie sie insbesondere an sozialpädiatrischen Fachkliniken anzutreffen sind, rechtfertigen einen überregionalen Versorgungsbezug. In diesem Fall sind zur Sicherung der Versorgungsqualität Zentrumsbildung und damit längere Fahrtwege akzeptabel und wirtschaftlich vertretbar. In bestimmten Regionen, v.a. im Osten Deutschlands, besteht jedoch ein erhebliches Versorgungsdefizit.

Die DGSPJ als zuständige Fachgesellschaft fordert deshalb die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit angeschlossenem SPZ in den Regionen auf, in denen keine stationäre sozialpädiatrische Versorgung besteht, sich auf der Basis des vorhandenen interdisziplinären Teams und der gegebenen Leistungsdefinition im DRG-System (OPS 9-403) zu beteiligen. Die in vielen Regionen hilfswise anders gestaltete und damit unzureichende sozialpädiatrische Versorgung muss weiterentwickelt werden.

Aufgrund des Schwerpunktes der stationären sozialpädiatrischen Versorgung jüngerer Kinder bzw. Kinder und Jugendlicher mit komplexen Störungsbildern und besonderem Versorgungsbedarf muss die Finanzierung der Mitaufnahme von Eltern gesetzlich verankert werden. Bei Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie chronischen Krankheiten und Behinderungen ist gelingende Intervention nur unter systematischer Einbeziehung der Eltern sinnvoll möglich. Dies gilt besonders bei Eigenproblematik der Eltern.

Bei der Vielfalt oft kombinierter Störungen unter enger Einbeziehung bis hin zur Mitbehandlung der Familie bzw. anderer Bezugspersonen ist sowohl eine Zusammenarbeit verschiedener Fachgruppen innerhalb als auch eine gute externe Vernetzung mit anderen Fachdisziplinen und Bereichen, insbesondere mit den psychiatrischen Fächern, der Orthopädie, der Genetik usw. unabdingbar.

Bei der stationären sozialpädiatrischen Behandlung bestehen besondere Chancen, weil unter einem Dach interdisziplinär sowohl medizinisch-neurologische als auch intensive psychosoziale Versorgung unter Einbeziehung der Eltern möglich ist. Stationäre Sozialpädiatrie stellt somit für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und besonderem Versorgungsbedarf eine gute Behandlungsoption dar.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
www.dgspj.de, geschaeftsstelle@dgspj.de

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 (Krankenhaus-Einweisungs-Richtlinien KE-RL) vom 22.01.2015
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2171/2015-01-22_KE-RL_Neufassung_BAnz.pdf

Psychiatrie-Personalverordnung PsychPV; <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/>
Fünftes Sozialgesetzbuch, SGB V: www.sozialgesetzbuch.de

Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 57(7) · DOI 10.1007/s00103-014-1979-3

Neuhauser H, Poethko-Müller C, KiGGS Study Group (2014) Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 57(7) · DOI 10.1007/s00103-014-1976-6

Rasmussen P, Gillberg C (2000) Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39(11):1424-31

ANHANG**Kriterien für die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme**

(ICF-basierte Adaptation der AEP-Kriterien der Amerikanischen Akademie für Pädiatrie)

	Kriterium	Verknüpfung Mit B-Kriterium	Liegt vor
A1	Für das Leben des Kindes unmittelbar bedrohlicher Zustand mit Störungen auf der Ebene der Körperstrukturen und -funktionen (Vitalfunktionen)	Nicht erforderlich	
A2	Die Gesundheit des Kindes gefährdender Zustand mit drohender Störung auf der Ebene der körperlichen oder/und seelisch-geistigen Entwicklung und/oder auf der Ebene der Aktivitäten und der Partizipation *	Erforderlich	
A3	Für das Leben des Kindes oder anderer Individuen bedrohlicher oder gefährdender Zustand mit Störungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Partizipation (z.B. Suizidversuch / Suizidgefahr, Fremdgefährdung)	Nicht erforderlich	
A4	Die Gesundheit des Kindes gefährdender Zustand durch Umgebungsfaktoren (Familie, Schule etc.), z.B. drohende oder manifeste Kindesmisshandlung/ -vernachlässigung	Erforderlich	

*(z. B. nicht ausreichender Erfolg oder Verschlechterung im ambulanten Rahmen, drohende schulische Ausgliederung, Dekompensation im familiären Rahmen, fehlende Teilhabe als Folge von körperlichen und psychischen Störungen)

	B-Kriterien	Liegt vor
B1	Allgemeinanästhesie	
B2	Intensive Beobachtung und Dokumentation von Körperstrukturen und Körperfunktionen (Vital- und psychische Funktionen) oder/und Aktivitäten und Partizipation (Monitoring), auch im Behandlungsprozess	
B3	Intravenöse und andere parenterale Behandlungen oder pharmakologische Behandlungen, die stationäre Bedingungen erfordern	
B4	Behandlung von Erkrankungen der Atemwege mit Sauerstoff, Sauerstoffzelten, Beatmungsgeräten oder ähnlichen Hilfsmitteln	
B5	Spezielle Behandlungsmaßnahmen, die den häufigen Einsatz besonderer pflegerischer oder technischer oder therapeutischen Fertigkeiten erfordern	
B6	Verbringen des Kindes in sichere Lebensumstände (Herauslösen aus gefährdenden Situationen in Familie und Haushalt)	
B7	Beobachtung, Diagnostik und intensive Therapie unter kontrollierten Umweltbedingungen	
B8	Etablierung einer Eltern-Kind-Bindung in der Kindheit	

Relevante Rechtsprechung

Die aktuelle Rechtsprechung des BSG betont den Vorrang ambulanter vor stationärer Krankenhausbehandlung. 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 diesem 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.