



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

DGSPJ, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.
Geschäftsstelle
Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen
für psychisch erkrankte Menschen
Oppelner Straße 130
53119 Bonn

Prof. Dr. med. Ute Thyen
Präsidentin

Geschäftsstelle:
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin

Telefon 030.40005886
Fax 030.40005887
E-Mail geschaeftsstelle@dgspj.de
www.dgspj.de

Berlin, den 18. März 2019

BMG-APK / Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen
Dialogforum 1: Versorgungsbereiche ambulante / stationäre Behandlung und medizinische Reha

Sehr geehrter Herr Krüger,
sehr geehrter Herr Holke,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) danke ich für die Einladung zum 1. Dialogforum und die Möglichkeit, prioritäre Punkte zu benennen.

Ich habe mich dabei eng abgestimmt mit den beiden Beauftragten der DGSPJ für den Prozess „Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - Standortbestimmung und Dialog“ Frau Dr. Ute Mendes und Herr Dr. Ulrich Raupp, die auch im vorangegangenen Projekt und an der Auftaktveranstaltung im vergangenen November teilgenommen hatten. Leider waren wir nicht im aktuellen Verteiler, sodass die Einladung uns jetzt sehr kurzfristig erreicht.

Bezüglich des gesamten Prozesses freuen wir uns natürlich, wenn wir rechtzeitig über die Fortsetzung der Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche informiert werden, beide oben genannten Beauftragten haben Bereitschaft signalisiert, weiter mitzuwirken. Wir möchten an dieser Stelle auch nochmals an die besprochene Änderung der auf der Seite des BMG veröffentlichten Bestandsaufnahme bitten (KIJU BB-Projektberichts), die Sie in unserem letzten Telefonat am 6.3.2019 zugesagt hatten. Wir möchten jedoch auch betonen, dass uns die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ sehr am Herzen liegt, sodass dieses Thema nicht nur im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe unter Federführung des BMFSFJ diskutiert werden sollte, sondern auch in dem von Ihnen geleiteten Projekt unter Führung des BMG. Wir sind der Überzeugung, dass nicht nur die Kinder von psychisch erkrankten Eltern Unterstützung benötigen (gleich, ob sie selbst auch psychisch erkrankt oder gesund sind), sondern dass auch erkrankte Erwachsene, die Kinder haben, unterstützt werden müssen. Nicht selten kommt es vor, dass Erkrankungen tabuisiert werden, um Kinder nicht zu belasten oder zu stigmatisieren

Vorstand
Prof. Dr. med. Ute Thyen (Präsidentin)
Dr. med. Andreas Oberle (Vizepräsident)
Dr. med. Christoph Kretschmar (Schatzmeister)

Bankverbindung
Postbank
IBAN DE95 5001 0060 0009 7556 04
BIC PBNKDEFF

Eingetragen unter VR 6380
Amtsgericht Frankfurt/Main

bzw. Behandlungen unterlassen werden, um eine Trennung von den Kindern zu vermeiden. Psychisch kranke Eltern sind häufig in großer Sorge um ihre Kinder! Sie brauchen häufig auch Unterstützung im Verständnis von Verhaltensänderungen oder Auffälligkeiten ihrer Kinder. Andererseits muss auch das Risiko von Vernachlässigung oder Misshandlung in den Familien mit psychisch oder suchtkranken Eltern eingeschätzt werden. Dies gelingt nach unserer Einschätzung regelhaft nur in interdisziplinären Settings wie sozialpädiatrischen oder sozialpsychiatrischen Angeboten.

Medizinische Diagnosen, die zum regelhaften Repertoire des Kinder- und Jugendarztes oder Kinder- und Jugendpsychiaters gehören (z.B.: Hyperkinetische Störung / Störung des Sozialverhaltens, Autismus-Spektrum-Störung) können auf der Symptomebene einer Anpassungsstörung aufgrund der psychischen Belastung / Erkrankung eines Elternteils sein, treten aber auch als Folge von Misshandlungen und Vernachlässigung auf. Es besteht die Gefahr (und dem entspricht vielfach die Realität im aktuellen System), dass Therapieansätze bereits in der Behandlungsplanung eindimensional oder nicht zielgenau ausgerichtet sind.

Die benannten erheblichen Risikofaktoren in den Familien sind zumeist mit hoher Scham besetzt und tabuisiert, besonders, wenn dadurch wesentlich mitbedingt die Kinder entwicklungsauffällig sind. Folge ist die oft verspätete Anfrage bei Fachstellen. Das Bitten um Hilfe an diversen Stellen, das immer wieder Erzählen der risikobeladenen Vorgeschichte, das mehrfache Durchlaufen von Hilfestationen mit jeweiligen Wartezeiten, der häufige Verweis an die nächste Fachstelle, das Warten auf die Ergebnisse und die entsprechende Dokumentation, die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten oder Nicht-Verantwortlichkeiten behindern sehr oft zügige und angemessene Behandlung und Hilfestellung.

Die genannten Anforderungen an ambulante und teil/stationäre Einrichtungen sind daher wesentliche Voraussetzung dafür, dass Kinder (und Jugendliche) mit Entwicklungsstörungen und ihre durch ein hohes Risiko gekennzeichneten Familien niederschwellige, kompetente mehrdimensionale Diagnostik und umgehende, angemessene Therapiemaßnahmen, notwendige soziale Unterstützung und Förderung erhalten können.

Wir möchten daher einige Themen vorschlagen, die mit in den Dialogprozess eingebracht werden sollen (siehe Anlage).

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ute Thyen

1. Familienorientierung

Die **Versorgung muss familienorientiert** sein, d.h. alle Settings müssen neben der Behandlung der akut oder chronisch erkrankten Familienmitglieder eine systemische Perspektive einnehmen. Dazu gehören ambulante Versorgungsstrukturen, in der alle notwendigen Berufsgruppen vorgehalten werden können, die sowohl betroffenen Kinder als auch Eltern (Sorgeberechtigten/wesentlichen Angehörigen) von der Gesundheitsförderung bis zur psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung passgerechte Hilfen anbieten können. Die Fragmentierung durch verschiedene Sozialgesetzbereiche muss aufgehoben werden. Eine familienorientierte Behandlung setzt eine auskömmliche und verbindliche Finanzierung aller notwendigen Berufsgruppen aus einer Hand voraus.

Eine besonders vulnerable Gruppe sind Säuglinge und Kleinkinder < 6 Jahren. In der Bevölkerung sind psychische Erkrankungen häufig: Bei Frauen im reproduktiven Lebensabschnitt ist die 12-Monatsprävalenz für Angststörungen 22% und Depressionen 11%, Alkoholabhängigkeit, psychosomatische Störungen, Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen jeweils 4%. Das sind epidemiologische Daten des Robert-Koch-Instituts, die zustande kommen, wenn man die Betroffenen selbst nach Symptomen fragt; nur ein Teil dieser Personen muss behandelt werden, ein Teil erhält jedoch keine Behandlung, weil es Zugangsbarrieren gibt. Die Chance, dass eine psychische Störung während der Schwangerschaft oder postpartal manifest wird und bemerkt wird, ist also relativ groß. Depressionen können im Sinne einer postpartalen Depression auch erstmals auftreten und müssen im Wochenbett oder anschließend erkannt werden. Überzufällig häufig sind die Väter ebenfalls betroffen, insbesondere in Familien mit suchtkranken Eltern. In aller Regel braucht das dazugehörige Kind eine umfassende Begleitung und Förderung, da die Mutter, ggf. der Vater in ihren/seinen Kompetenzen, die sozial-emotionale Entwicklung optimal zu unterstützen, beeinträchtigt ist. Der/die Kinder- und Jugendarzt/-ärztin beobachtet das Kind engmaschig im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen. Wenn dort Regulationsstörungen / Interaktionsstörungen (Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen) auffallen, muss eine sehr gute Vernetzung der Frühen Hilfen mit dem/der Kinderarzt/-ärztin und den niedergelassenen Psychiater*innen ggf. auch Ambulanzen für Säuglings- und Kleinkind-Psychotherapie und / oder sozialpädiatrischen Zentren und / oder sozialpsychiatrisch tätigen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie einsetzen.

Ein solches **Casemanagement** ist aufwendig und muss honoriert werden. Vergütung von freiberuflich tätigen Ärzt*innen, Therapeut*innen und Hebammen für **Teilnahme an Netzwerktreffen** oder auch Vergütung von Pauschalen für Koordinierungsarbeit muss gesichert werden.

Ambulante Angebote sollten sowohl **örtlich gebundene als auch aufsuchende Hilfen** bereitstellen. Der Zugang muss durch praktische Maßnahmen niedrigschwellig erreichbar sein.

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen Vorbereitung Dialogforum Versorgungsbereiche. Handlungsbedarfe und -optionen aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), 15.03.2019

2. Komplexe somato-psychische Erkrankungen und besondere Kontexte

Besonders zu beachtende und häufig nicht ausreichend versorgte Gruppen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen sind solche mit zusätzlich bestehenden **chronischen somatischen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen, körperlichen Behinderungen, Intelligenzminderungen und Kinder, die in institutionellen Kontexten aufwachsen**. Hier sind die Interdisziplinarität der Versorgung, die gut vernetzte Abstimmung zwischen Behandlern und eine spezielle fachliche Expertise notwendige Voraussetzungen für eine fachgerechte Versorgung. Eine enge und kompetente Kooperation zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Jugend- und Eingliederungshilfe ist hier von zentraler Bedeutung. Sehr häufig findet die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren oder in sozialpsychiatrischen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie statt.

Die **Transition betroffener Jugendlicher** (sowohl als Angehörige als auch als Patienten) von der kinder- und jugendmedizinischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin muss sichergestellt werden.

3. Stationäre Behandlungen

Bei einer stationären Behandlung einer **Eltern-Kind-Interaktionsstörung** in einer psychosomatischen Station einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin oder einer Fachklinik, die schwerpunktmäßig sozialpädiatrische Komplexleistungen anbietet, sowie in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann eine während des stationären Aufenthaltes begleitend stattfindende psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgen, selbst wenn eine entsprechende Kooperation mit einer Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für Erwachsene am Ort hergestellt werden kann. Die/der zu behandelnde Mutter/Vater kann bei vollstationärem Aufenthalt nicht zum abrechnungsfähigen Behandlungsfall werden.

Stationäre und teilstationäre Strukturen sollen die regelhafte **Möglichkeit der Mitaufnahme der Eltern als Angehörige aber ggf. auch als zusätzliche Patienten** bei Kindern aller Altersgruppen ermöglichen. Weiterhin ist eine engmaschige Nachsorge durch die teil/-stationären Einrichtungen zu organisieren, insbesondere dann, wenn entsprechende ambulante Möglichkeiten zeitlich oder örtlich nicht gegeben sind.

Andererseits ist die **Mitnahme eines Säuglings oder Kleinkindes** in einer Klinik für Erwachsenenpsychiatrie oft erforderlich, wenn die Mutter so schwer erkrankt ist, dass sie stationär behandelt werden muss. Sie soll in aller Regel nicht vom Kind getrennt werden, da diese Trennung zu schwerwiegenden Störungen der Mutter-Kind-Bindung führen kann. Allerdings besteht aufgrund der Erkrankung wie auch des nicht-kindgerechten Settings ein hohes Risiko, dass es zu quantitativ und qualitativ unzureichender sozial-emotionaler Förderung des Kindes kommt. Es muss sichergestellt werden, dass auch das Kind ein abrechnungsfähiger Behandlungsfall im Sinne einer psychosozialen Vorsorgeleistung wird und entsprechende Fachkräfte vorgehalten werden.