

Kooperation zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen Ärzten im Rahmen des SPZ am Klinikum Nbg.-Süd sowie des KJÄD am Gesundheitsamt
 hier: Antrag der CSU - Stadtratsfraktion vom 23.06.03

- I. Nachdem bis Mitte des Jahres noch nicht klar war, ob Kh weiterhin die Fortführung des an der Kinderklinik angesiedelten Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) anstreben würde, steht nun fest, dass seitens des Klinikums Nürnberg ein entsprechender Antrag an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit dem Schwerpunkt Diagnostik aufrechterhalten wird.

Nach § 119, Abs. 1 (SGB V) können sozialpädiatrische Zentren " zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen". Abs.2 besagt: "Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder 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. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten." Die Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren hat im März 2002 einen Kriterienkatalog erarbeitet, der durch die Formulierung von Qualitätsstandards einen Beitrag zur Qualitätssicherung in Sozialpädiatrischen Zentren leisten soll ("Altöttinger Papier", siehe Anlage 1).

Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung steht noch aus; es ist zu hoffen, dass der Antrag des Klinikums positiv beschieden wird, damit eine umfassende sozialpädiatrische Versorgung in Nürnberg gewährleistet bleibt.

Schwerpunkte der Arbeit des KJÄD sind die sozialpädiatrische präventive Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Schulen und Kindergärten sowie die Beratung von Eltern und Einrichtungen in Gesundheitsfragen. Im Zuge des Sparpakets 2003 (Prüfaufträge KJÄD) steht eine Neukonzeptionierung der Arbeit des Sachgebietes an, die zwangsläufig Abstriche am Leistungsspektrum zur Folge haben wird. Da sich aber die Aufgaben mit dem Arbeitsauftrag eines SPZ nicht überschneiden, sind in diesem Bereich keine Angebotslücken zu befürchten.

Von der Aufgabenstellung her besteht eine Kooperationsnähe zwischen einem SPZ und der Zentralen Beratungsstelle für Kinder/Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen (ZEBBEK) des Gesundheitsamtes. Diese Zusammenarbeit hat sich als fruchtbar erwiesen und soll auch künftig weiterentwickelt werden.

II. Gh/ÄD 13. 11. 03 *Go*

III. Herrn SPD zur Vorlage im Gesundheitsausschuss am 10.12.03

Am 11.11.03

Gh/Gpl

i. A.

Beier
 Dr. Beier



„Altöttinger Papier“

Beitrag zur Qualitätssicherung in Sozialpädiatrischen Zentren

Vorwort des Vorstandes

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

Der vorliegende Text ersetzt im Kapitel 1 (Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren) die in der Zeitschrift „Kinderärztliche Praxis“, Heft 7/2000, publizierte frühere Version. Das Kapitel 2 (Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum) ist neu.

Das „Altöttinger Papier“ stellt einen Fortschritt für die Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in der Kinderheilkunde dar. Die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren wird durch nachvollziehbare Kriterien beschrieben, damit transparent gemacht und in ihrer hohen Qualität sichergestellt.

Das „Altöttinger Papier“ ist ein Positionspapier und keine abschließende, justiziable Kodifizierung der Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren. Es stellt die aktuelle Sicht der DGSPJ zu Grundlagen und Zielvorgaben für eine qualitätsgesicherte Arbeit der Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland dar.

Überwiegend sind die im „Altöttinger Papier“ niedergelegten Prinzipien bereits heute in den Sozialpädiatrischen Zentren Realität. Abweichungen in bestehenden Einrichtungen können aus örtlichen Gegebenheiten resultieren und für die Versorgung spezieller Patientengruppen sinnvoll oder sogar notwendig sein. Mit diesem Grundlagentext sollen Einrichtungen und Personen, die nur teilweise nach den hier formulierten Prinzipien arbeiten, nicht ausgegrenzt werden. Grundsätzlich ist aber die vollständige Erfüllung der Anforderungen anzustreben.

Weiterhin gilt es, offen zu bleiben für neue Entwicklungen in der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Diese beinhalten auch die sozialpädiatrische Behandlung von bisher nicht in Sozialpädiatrischen Zentren betreuten Patientengruppen mit ihren Familien.

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

Prof. Dr. med. Harald Bode
Präsident

Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) - Strukturqualität, Diagnostik und Therapie - „Altöttinger Papier“: Beitrag zur Qualitätssicherung

1. Struktur der Sozialpädiatrischen Zentren

Das Positionspapier zur Strukturqualität wurde von der Vollversammlung der BAG SPZ am 05.03.1999 in Hannover mehrheitlich verabschiedet und durch den Vorstand der DGSPJ anlässlich der jährlichen Klausurtagung in Kloster Seeon am 02.02.2000 einstimmig

angenommen. Modifikationen entsprechend geänderten Erfordernissen erfolgten zuletzt mit Mehrheitsbeschluß auf der Vollversammlung der BAG SPZ am 20. 9. 2001 in Freiburg.

Präambel

Die Sozialpädiatrischen Zentren sind nach § 119 SGB V eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung. Sie sind zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugend-

INFANRIXhexa®

Diphtherie-Tetanus-Pertussis(azellulär)-Hepatitis-B-Poliomyelitis(inaktiviert, mit gesteigerter Aktivität)-Haemophilus-influenzae-Typ-b-Kombinationsimpfstoff.

Zusammensetzung: 1 Impfdosis mit 0,5 ml rekonstituierter Suspension enthält: Diphtherietoxoid, adsorbiert 25 Lf (min. 30 IE); Tetanustoxoid, adsorbiert 10 Lf (min. 40 IE); Pertussis(azellulär)-Komponenten: Filamentöses Hämagglutinin (FHA) 25 µg, Pertussistoxoid (PT) 25 µg, Pertactin (PRN/69kD) 8 µg; rekombinantes Hepatitis-B-Oberflächenantigen (S-Protein) 10 µg; Poliomyelitis-Viren (inaktiviert), vermehrt in Affenrindern-Zellkulturen (VERO): Typ 1 (Mahoney) 40 D-Antigeneinheiten, Typ 2 (MEF 1) 8 D-Antigeneinheiten, Typ 3 (Saukett) 32 D-Antigeneinheiten; Ger. Polyrribosyl-Ribitolphosphat-Kapselpolysaccharid von Haemophilus influenzae Typ b, kovalent gebunden an Tetanustoxoid (PRP-T) 10 µg. Andere Bestandteile: Laktose, NaCl, 2-Phenoxyethanol (als Konservierungsmittel), Aluminiumhydroxid und Aluminiumphosphat (als Adjuvans), M 199 (als Stabilisator, der Aminosäuren, Mineralstoffe, Vitamine enthält), Neomycinsulfat und Polymyxinsulfat in Spuren, Mineral-salze, Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: aktive Immunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, Poliomyelitis und Haemophilus influenzae Typ b ab der vollendeten 6. Lebenswoche. **Infanrix hexa®** ist auch zur Auffrischung bei Kindern nach abgeschlossener Grundimmunisierung mit jedem der in **Infanrix hexa®** enthaltenen Antigene (unabhängig davon, ob diese mit monovalentem oder Kombinationsimpfstoff durchgeführt wurde) geeignet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeitsreaktionen nach früheren Verabreichungen von Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis-, Hepatitis-B-, (inaktivierten) Polio- oder Hib-Impfstoffen sowie bekannte Überempfindlichkeitsreaktionen auf Bestandteile des Impfstoffes. Nach Auftreten einer Enzephalopathie unbekannter Genese innerhalb einer Woche nach Impfung mit einem Pertussis-Impfstoff ist die Anwendung von **Infanrix hexa®** kontraindiziert. **Hinweis:** Zurückstellung bei akuten, behandlungsbedürftigen, schweren und mit Fieber einhergehenden Erkrankungen; weitere Hinweise siehe Fach- und Gebrauchsinformation. **Nebenwirkungen:** In kontrollierten klinischen Studien wurde über folgende NW in der Reihenfolge abnehmender Häufigkeit berichtet: sehr häufig: Lokalreaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung und Schwellung), Allgemeinreaktionen (Fieber, Appetitverlust, Abgeschlagenheit, Reizbarkeit). Alle Symptome waren vollständig reversibel. Häufig: Reaktionen an der Injektionsstelle, ungewöhnliches Schreien, Ruhelosigkeit, virale Infektionen der oberen Luftwege (inkl. Bronchitis, Husten und Schnupfen), Konjunktivitis. Gelegentlich: gastrointestinale Symptome (Erbrechen, Durchfall, (Gastro)Enteritis, Bauchschmerzen, Obstipation), Müdigkeit/Schlafträgheit, Infektionen, Mittelohrentzündung, Dermatitis/Ekzem. Sehr selten: Krampfanfälle und allerg. Reaktionen. Nach Boosterimpfung kam es zu folgenden unerwünschten Ereignissen: sehr häufig: Lokalreaktionen (Schmerzen, Rötung, Schwellung an der Injektionsstelle); Allgemeinreaktionen (Appetitverlust, Fieber $\geq 38^\circ\text{C}$, Abgeschlagenheit, Reizbarkeit). Häufig: Reaktionen an der Injektionsstelle, virale Infektionen, Infektionen der oberen Atemwege, Bronchitis, Husten, Schnupfen, Konjunktivitis, Durchfall, Enteritis, Gastroenteritis, Moniliase, Otitis media, Pharyngitis, Dermatitis, Hautausschlag. Gelegentlich: Schlaflosigkeit, Bronchospasmus, Husten, Laryngitis, Stridor. Extrem selten wurde über Paralyse, Neuropathie, Guillain-Barré-Syndrom, Enzephalopathie, Enzephalitis oder Meningitis berichtet, ohne dass ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung hergestellt werden konnte. Die folgenden NW sind 2 bis 3 Tage nach Impfung mit anderen Pertussis-Impfstoffen aufgetreten: Kollaps, Phasen der Bewusstlosigkeit/Bewusstseinsstörung. Weitere Details siehe Fach- und Gebrauchsinformation. **Verschreibungspflichtig.** GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München. Stand: Dezember 2001

SmithKline Beecham Pharma GmbH & Co. KG;
Ein Unternehmen der GlaxoSmithKline-Gruppe.

www.GlaxoSmithKline.de

Unser Service-Team steht Ihnen für weitere Informationen unter der Telefonnummer 0 800/1 22 33 55 zur Verfügung.

lichen im Kontext mit dem sozialen Umfeld einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen.

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

Zu den Aufgaben der Sozialpädiatrischen Zentren zählt auch die Untersuchung bei Verdacht auf die oben genannten Krankheiten.

Mitarbeiter und Träger der Sozialpädiatrischen Zentren sowie die Kostenträger sind aufgerufen, die Verwirklichung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren wie durch folgende Qualitätskriterien definiert anzustreben.

1.1 Anforderungen an die Struktur eines SPZ

1.1.1 Personeller und apparativer Bedarf eines SPZ

Die nachfolgenden Ausführungen gründen auf den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur personellen und apparativen Ausstattung Sozialpädiatrischer Zentren (Schlack HG [1998] Kinderärztliche Praxis: 278-287).

Aus dem Grundverständnis heraus, daß die Behandlung eines kranken

bzw. entwicklungsgestörten Kindes oder Jugendlichen vorrangig im familiären Kontext stattfinden sollte, sind Sozialpädiatrische Zentren in erster Linie als ambulant arbeitende Einrichtungen konzipiert. Um eine „leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung“ (Vorgabe des § 119 SGB V) zu gewährleisten, haben die SPZ besondere personelle und apparative Voraussetzungen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu erfüllen.

1.1.2 Personalausstattung

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

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

Der ergänzende Personalbedarf ist in Tabelle 2 dargestellt.

Um ein wirtschaftliches Arbeiten zu ermöglichen und die einzelnen Berufsgruppen von fachfremden Tätigkeiten zu entlasten, ist der Bedarf an Funktions- und Organisationspersonal entsprechend der In-

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

- Kinderarzt/-ärztin mit spezieller Qualifikation
- Diplom-Psychologe/-Psychologin mit spezieller Qualifikation
- 3 – 4 Therapeut(inn)en folgender Fachrichtungen:
 - Physiotherapie
 - Logopädie
 - Ergotherapie
 - Heilpädagogik
 - Sozialpädagogik/Sozialarbeit

Tab. 2: Ergänzender Personalbedarf

- Weitere Therapeut(inn)en (z. B. Motologie, Musiktherapie u. a.)
- Medizinisch-technische Assistenzkräfte
- Sekretariats- und Schreibkräfte
- Verwaltungskräfte

tionsgröße vorzuhalten. Dazu gehören:

- Funktionskräfte (Kinderkrankenschwestern, Arzthelferinnen, neuropsychologische Assistenten (EEG, EMG, evozierte Potentiale), Audiometristen, Orthoptisten usw.);
- Sachbearbeiter (Schreibdienst, Verwaltungsangestellte, andere Mitarbeiter der Verwaltung und zentrale Dienste, Qualitätssicherung). Pro Team sind in der Standardkonfiguration je nach Struktur 1-2 Sachbearbeiter erforderlich.
Die Personalverwaltung ist gesondert zu berechnen.

1.1.3 Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung muß für Diagnostik und Therapie einem zeitgemäßen Standard entsprechen. Besonders aufwendige medizinisch-technische Untersuchungen, die nur von speziell ausgebildetem Personal durchgeführt werden können, sollen in Kooperation mit Kliniken oder anderen Institutionen erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, 1990). Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist zu prüfen, welche apparativen bzw. medizinisch-technischen Untersuchungen delegiert werden sollen bzw. wegen des Umfangs ihrer Inanspruchnahme im SPZ selbst vorzuhalten sind. Die Größe eines SPZ, fachliche Arbeitsschwerpunkte im Sinne einer Spezialisierung und die institutionelle Einbindung eines SPZ sind wichtige Faktoren zur Ermittlung des Bedarfes an apparativer Ausstattung. Die medizinisch-technischen Untersuchungsmethoden, die für ein SPZ grundsätzlich zugänglich sein müssen, sind in Tabelle 3 aufgeführt.

1.1.4 Raumkonzept

Beim Raumkonzept ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.

Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung des SPZ muß die Umsetzung des sozialpädiatrischen Behandlungskonzeptes ermöglichen. Für die speziellen Gegebenheiten sind Räume mit ausrei-

Tab. 3: Medizinisch-technische Untersuchungsmethoden, die für ein SPZ zugänglich sein müssen

- Elektrophysiologische Diagnostik (insbesondere EEG, ferner Elektromyographie und Elektroneurographie, evozierte Potentiale)
- Audiologische Diagnostik (subjektive und objektive Audiometrie)
- Klinisch-chemisches Labor
- Bildgebende Verfahren (Röntgen, Ultraschall, MRT)
- Video-Recording

chender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

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

Die Räume sollen barrierefrei zugänglich sein.

1.2 Aufgaben und Ziele eines SPZ

- Ärztlich verantwortete interdisziplinäre Diagnostik, Behandlungsplanung und Therapie (sekundäre/tertiäre Prävention) zum frühestmöglichen Zeitpunkt unter Abstimmung auf die Krankheit und Entwicklung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen;
- Koordination ärztlicher, psychologischer, therapeutischer, sozialer und pädagogischer Tätigkeit;
- Verlaufsuntersuchungen und Begleitung des Patienten und seiner Familie bei Langzeitbehandlung;
- ambulante Rehabilitation als Schnittstelle zwischen klinischer Akutpädiatrie und pädiatrischer Reha-Klinik;

- umfassende Linderung der Folgen entwicklungsneurologisch bedingter Erkrankungen; Nutzung der Ressourcen des Patienten;
- Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstständigkeit der Kinder und Jugendlichen;
- Stärkung der familiären Ressourcen;
- Verbesserung des Krankheitsbewältigungsprozesses und der Lebensqualität für den Patienten wie für die Familie;
- Sicherung/Optimierung der sozialen Integration in Familie und Umfeld;
- Vernetzung mit anderen Institutionen und Behandlern.

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

Patient und Familie erwarten hinsichtlich:

1.3.1 Service-Strukturen

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



Patient und Familie erwarten hinsichtlich:

1.3.2 Beziehungs- und Vertrauensebene

- höflichen, freundlichen Umgang,
- vertrauensvolles Verhältnis: Empathie, Respekt, Verständnis,
- ernstgenommen zu werden, aktives Zuhören,
- Möglichkeit einer langfristigen Begleitung mit konstanten Ansprechpartnern,
- Akzeptieren von Grenzen der Person und der Problemsicht,
- Verschwiegenheit, Vertraulichkeit,
- Ehrlichkeit, Offenheit,
- Reduzieren des Leidensdruckes,
- Hoffnung lassen.

Patient und Familie erwarten hinsichtlich:

1.3.3 Professionalität

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

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

Überweisende Ärzte erwarten:

- Möglichkeit der absichernden und/oder ergänzenden Diagnostik,
- Transparenz der Diagnostik und des Therapieangebotes,
- vernetzte Angebote durch das Team,
- spezielle Angebote mit diagnostischen und therapeutischen Schwerpunkten,
- individuelle Abstimmung des Diagnostik- und Therapiekonzeptes,
- Therapieplan mit eindeutigen Absprachen für die Zuständigkeit,
- Zufriedenheit der Eltern,
- Informationen,
 - bedarfsorientierte und verständliche Berichte
 - Zwischenberichte als Kurzbrief
 - Epikrise / Zusammenfassung
 - Telefonkontakte
- Fortbildungsangebote,
- Qualitätszirkel.

1.5 Anforderungsprofil für den ärztlichen Leiter des SPZ

1.5.1 Voraussetzung

Qualifikationen in folgenden 3 Bereichen sind Bedingung:

1. Facharzt für Kinderheilkunde **und**
2. Vollzeitätigkeit in einem SPZ für die Dauer von mindestens 2 Jahren zum Erwerb der fachlichen Kompetenz **und**
3. Zusatzqualifikationen in:
 - I. Neuropädiatrie
 - II. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Zu 1.) *Neuropädiatrische Zusatzqualifikation:*

Hierzu sind folgende 3 Anforderungen zu erfüllen:

- Klinische Tätigkeit in einer neuropädiatrischen Station/Abteilung unter Anleitung eines qualifizierten Neuropädiaters (qualifiziert entsprechend den Anforderungen für die Weiterbildung der Gesellschaft für Neuropädiatrie) für die

Dauer von mindestens 1 Jahr. **und**

- Nachweis von Zusatzqualifikationen (z. B. EEG-Ausbildung oder EMG-/NLG-/EP-Ausbildung oder Zertifikat „Epileptologie – plus“). **und**
- Nachweis regelmäßiger zertifizierter neuropädiatrischer Fortbildung (Weiterbildungspunkt-System).

Als alleiniges Kriterium ausreichend:

- Qualifikation entsprechend den Weiterbildungs-Anforderungen der Gesellschaft für Neuropädiatrie.

Zu 2.) *Psychiatrische und psychotherapeutische Zusatzqualifikation:*

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie **oder**
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin **oder**
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **oder**
- Zusatzbezeichnung psychosomatische Grundversorgung **oder**
- abgeschlossener Grundkurs in Systemischer Therapie **oder**
- klinisch-praktische Vollzeitätigkeit für die Dauer von mindestens 1 Jahr an einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters **oder**
- zertifizierte Seminarweiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren über mindestens 120 Stunden

1.5.2 Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein

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



- zur Beurteilung der Indikationen der verschiedenen Diagnostikmaßnahmen,
- zu ganzheitlicher und systemischer Betrachtungsweise, um zu einer diagnostischen Hauptaussage (problembezogene, fokussierte Wertung aller organischen, psychischen und sozialen Befunde) zu kommen und eine adäquate und gezielte Durchführung oder Delegation der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu erreichen,
- zur Beurteilung der Indikationen der verschiedenen Therapiemaßnahmen, der unterschiedlichen Therapieformen, der Einschätzung der Therapieverläufe und der Ergebnisse,
- in der medikamentösen Therapie und/oder in der Therapie mit fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren im Einzel-, Gruppen- oder Familien-Setting,
- zur Beratung von Patienten, Eltern und anderen Bezugspersonen,
- in relevanten sozialrechtlichen Fragestellungen,
- zur Anfertigung fachbezogener ärztlicher Gutachten,
- zur Führung von Patienten- und Elterngruppen.

1.5.3 Leitungskompetenz

Fähigkeiten müssen vorhanden sein

- zur verantwortlichen Leitung und Integration des gesamten multi-professionellen Teams in interdisziplinärer Arbeit,
- zu Aus-/Weiter-/Fortbildung für Mitarbeiter und Externe,

- zum erforderlichen finanziellen und organisatorischen Management,
- zur Kooperation und Vertretung nach außen.

Zur Wahrnehmung der Leitungsfunktion gehört unabdingbar die Beteiligung an der Patientenbetreuung.

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

1.6 Anforderungsprofil für die Ärzte im SPZ

1.6.1 Voraussetzung

1. Facharzt für Kinderheilkunde **oder** Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie **oder** approbierter Arzt in fortgeschrittener Weiterbildung zum Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater
2. Nach Möglichkeit Zusatzqualifikationen in:
 - I. Neuropädiatrie
 - II. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Module zu I. und II.: vgl. 1.5.1)

1.6.2 Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein

- zu klinisch-neurologischer und entwicklungsneurologischer Untersuchung,

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

Wirkstoff: Miconazol 2 %

INFECTIOSOOR[®] Mundgel

20 g (N2) € 5,00	40 g (N3) € 8,50
---------------------	---------------------

Unsere "Hotline" zum Nulltarif: 0800 113 64 64. Sie sprechen direkt mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter.

Arzneimittel mit Consilium

INFECTOPHARM

Von-Humboldt-Str.1
64646 Heppenheim

Tel.: (06252) 964-0
Fax: (06252) 964-150

www.infectopharm.com
info@infectopharm.com

1.6.3 Leitungskompetenz

Vorhanden sein oder erworben werden müssen die

- Fähigkeit der Leitung und Koordination in Teilbereichen eines multiprofessionellen Teams in interdisziplinärer Arbeit,
- Fähigkeit zur Vertretung des ärztlichen Leiters,
- Fähigkeit zur Kooperation und Vertretung nach außen.

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

1.7 Anforderungsprofil für die Psychologen im SPZ

1.7.1 Voraussetzung

1. Diplom-Psychologe **und**
2. nach Möglichkeit Erfahrung in psychologischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen **und**
3. nach Möglichkeit Zusatzqualifikationen:
 - Psychologischer Psychotherapeut und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
 - Klinischer Psychologe
 - Ausbildung in fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren im Einzel-, Gruppen- oder Familien-Setting einschließlich systemischer Therapie

Mindestens ein Psychologe im SPZ soll die Zusatzqualifikation „psychologischer Psychotherapeut“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ besitzen, sich zumindest aber in Ausbildung dazu befinden

und

mindestens 2 Jahre Tätigkeit in einem SPZ oder in einer vergleichbaren Institution nachweisen können.

Ist diese Voraussetzung noch nicht gegeben, soll übergangsweise ein Arzt über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ verfügen oder ein anderer Mitarbeiter des SPZ approbierter Psychotherapeut sein.

1.7.2 Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten oder Fertigkeiten müssen vorhanden sein oder erworben werden

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

1.7.3 Leitungskompetenz

Fähigkeiten müssen vorhanden sein oder erworben werden

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

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

1.8 Anforderungsprofil für die therapeutischen Mitarbeiter im SPZ

Zu den in einem SPZ vertretenen therapeutischen Fachbereichen können gehören:

Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Motologie, Heilpädagogik, Kunst- und Gestaltungstherapie, Montessori-Pädagogik/-Therapie, Musiktherapie, Sonderpädagogik, Kinderkrankenpflege.

1.8.1 Voraussetzung

1. Abschluß eines anerkannten Ausbildungsganges. Soweit hierfür die staatliche Anerkennung geregelt ist, muß diese vorliegen. **und**
2. Nach Möglichkeit Erfahrung in der fachspezifischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. **und**
3. Nach Möglichkeit Zusatzqualifikation in fachlich anerkannten kindertherapeutischen Verfahren und Techniken.

1.8.2 Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein oder erworben werden

- in der Befunderhebung bei Kindern und Jugendlichen einschließlich standardisierter Verfahren,
- zur Beobachtung des Verhaltens in Einzel- und Gruppensituationen sowie von Beziehung und Interaktion,

- in der selbständigen, eigenverantwortlichen Behandlung der altersspezifischen Störungsbilder,
- in der Erkennung besonderer Probleme des Verhaltens und der Emotionen mit der Notwendigkeit, die interdisziplinären Möglichkeiten des SPZ zu nutzen,
- zur Beratung und Anleitung der Eltern sowie ggf. anderer Bezugspersonen.

1.8.3 Weitere Kompetenzen

- Bereitschaft zur Integration fachspezifischer Anteile in das multiprofessionelle Team in interdisziplinärer Arbeit,
- Bereitschaft zur eigenen Weiterbildung sowie Fortbildung für Mitarbeiter und Externe,
- Fähigkeit zur Kooperation und Vertretung nach außen.

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

1.9 Anforderungsprofil für den Dipl.-Sozialpädagogen / Sozialarbeiter im SPZ

1.9.1 Voraussetzung

1. Diplom-Sozialpädagoge / Sozialarbeiter
und
2. Nach Möglichkeit Erfahrung im Umgang mit entwicklungsstö-

ten, verhaltensauffälligen und behinderten Kindern und Jugendlichen, deren Familie und ihrem sozialem Umfeld

und

3. Nach Möglichkeit Zusatzqualifikationen:

- Fortbildung im Umgang mit sozialen Folgen spezifischer Krankheitsbilder (z. B. Epilepsie, chronische Krankheiten);
- Gesprächsführung;
- Ausbildung in fachlich anerkannten kindertherapeutischen Verfahren und Techniken.

1.9.2 Fachliche Kompetenz

Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein oder erworben werden

- in der Erhebung einer umfassenden Sozialanamnese unter Berücksichtigung des Umfeldes,
- zur sozialrechtlichen Beratung einschließlich der erforderlichen Behördenkontakte, Hilfestellung bei schriftlichen Anträgen und Hilfe bei der Durchsetzung berechtigter Ansprüche,
- in der Erziehungs- und Elternberatung für Familien behinderter Kinder, sozial schwacher Familien und Familien aus anderen Kulturkreisen,
- in der aufsuchenden Hilfe zu Hause, in Sondereinrichtungen und Institutionen speziell unter Berücksichtigung adäquater, medizinisch

geprägter Beratung,

- zur Organisation und Durchführung von Helferkonferenzen,
- zur systemischen Therapie, sofern dazu ausgebildet,
- zur Mitwirkung bei Fragen der institutionellen Weiterbetreuung (Kindertagesstätte, Schule, Heim, Pflegefamilie und andere),
- bei der Betreuung von Elterngruppen und/oder Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

1.9.3 Weitere Kompetenzen

- Bereitschaft zur Integration fachspezifischer Anteile in das multiprofessionelle Team in interdisziplinärer Arbeit;
- Bereitschaft zur eigenen Fortbildung, insbesondere in Hinblick auf den Umgang mit den sozialen Folgen spezifischer Krankheitsbilder;
- Bereitschaft zur Fortbildung für Mitarbeiter des SPZ und Externe, insbesondere im Bereich der Patienten- und Erzieher- bzw. Lehrerschulung;
- Fähigkeit zur Kooperation und Vertretung nach außen.
- Die dargestellten Qualitätsanforderungen aus der Sicht des Patienten und seiner Familie sowie des zuweisenden Arztes müssen dabei in allen Bereichen umgesetzt werden.

Wirkstoff: Prednisolon

INFECTIO CORTIKRUPP®

2 Stück (N) € 7,40	4 Stück (N) € 12,78
-----------------------	------------------------

Unsere "Hotline" zum Nulltarif: 0800 113 64 64. Sie sprechen direkt mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter.

Arzneimittel mit Consilium  **INFECTIO PHARM**

Von-Humboldt-Str. 1
64646 Heppenheim

Tel.: (06252) 964-0
Fax: (06252) 964-150

www.infectopharm.com
info@infectopharm.com



2. Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum

Das nachfolgende Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens wurde von der Vollversammlung der BAG SPZ am 10. 3. 2000 in Hannover mehrheitlich verabschiedet. Modifikationen entsprechend geänderten Erfordernissen erfolgten zuletzt mit Mehrheitsbeschluß auf der Vollversammlung der BAG SPZ am 8. 3. 2002 in Hannover.

Die Behandlung im SPZ besteht aus Diagnostik, Beratung und Therapie. Die Achtung, Bewahrung und Stärkung der natürlichen Autonomie des Kindes und seiner Familie bilden Grundvoraussetzungen diagnostischen und therapeutischen Handelns überhaupt. Das Bemühen, die Ressourcen des Kindes und seiner Familie systematisch zu erkennen, zu erschließen und zu erweitern, kennzeichnet wesentlich den sozialpädiatrischen Behandlungsprozeß. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird grundsätzlich beachtet.

2.1 Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens zur Erstellung des Behandlungsplanes

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

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

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

Der regelmäßige und unmittelbare patientenbezogene Austausch der verschiedenen Berufsgruppen be-

gründet die interdisziplinäre Kompetenz, die für ein Sozialpädiatrisches Zentrum charakteristisch ist.

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

Der interdisziplinäre diagnostische Prozeß hat immer spezifische Krankheiten und psychosoziale Aspekte einer Störung zu berücksichtigen. Er schließt eine biographische sozialpädiatrische Anamneseerhebung und fachgruppenübergreifende Untersuchungen ein. Im einzelnen werden folgende Schritte durchlaufen:

2.1.1 Anamnese

Biographische Anamnese und bisheriger Krankheitsverlauf.

2.1.2 Untersuchung

Multimodale Sozialpädiatrische Diagnostik unter Berücksichtigung der folgenden 5 Bereiche:

- Entwicklungsstand/Intelligenz;
- körperlicher – neurologischer Befund;
- psychischer Befund;
- psychosozialer Hintergrund;
- ätiologische Abklärung.

Diese Bereiche wurden in Anlehnung an das multiaxiale Klassifikationssystem MAS formuliert. Sie tragen den besonderen Schwerpunkten der Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum Rechnung.

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

- pädiatrische, neuropädiatrische und entwicklungsneurologische Untersuchungen;
- psychologische und neuropsycholo-

gische Diagnostik;

- sprachlich-kommunikative Diagnostik;
- Verhaltens-/Interaktionsbeobachtung;
- vertiefende Erhebung der psychosozialen Rahmenbedingungen;
- ggf. Veranlassung von medizinisch-technischer Diagnostik (neurophysiologische und bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen u.a.).

Zusätzliche Untersuchungen können in angrenzenden ärztlichen Fachbereichen erforderlich werden.

Vorausgehend erhobene Untersuchungsbefunde sind einzuholen und zu berücksichtigen.

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

2.1.3 Diagnose und Behandlungsplan

Die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages nach § 119 SGB V bei der Zusammenfassung der in Anamnese und Untersuchung erhobenen Daten erfolgt in 3 Schritten:

1. Schritt: Diagnose

Erhebung und Beschreibung einer differenzierten Diagnose unter sozialpädiatrischen Kriterien, die nach der internationalen Krankheitsklassifikation ICD 10 unter Berücksichtigung der 5 Bereiche Entwicklungsstand/Intelligenz, körperlicher und neurologischer Befund, psychischer Befund, psychosozialer Hintergrund und ätiologische Abklärung verschlüsselt wird.

2. Schritt: Ressourcenprofil

Analyse der Ressourcen in Bezug auf die Systeme Kind, Familie, Umwelt und Mitarbeiter im Sozialpädiatri-

schen, Zentrum. Einbezogen werden emotionale, neurologisch-somatische, interaktive und soziale Faktoren. Ziel ist es, unter besonderer Berücksichtigung der Stärken eine Gesamtanalyse der Möglichkeiten des Patienten zu entwickeln. Dabei lassen sich Ressourcen aus jedem System ableiten. Der besondere Wert der Ressourcenanalyse liegt in der Erkennung von Möglichkeiten, die sich aus dem Zusammenwirken dieser vier Systeme ergeben. Damit kommt das Sozialpädiatrische Zentrum auch seinem gesetzlichen Auftrag zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sowie Frühförderstellen nach, ebenso der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen, Ämtern und anderen Institutionen.

Anmerkung: Das Vorgehen beim 1. und 2. Schritt muß mit der ICDH-II (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) bzw. ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Health) der WHO abgeglichen werden, die Ergänzungen zur ICD-10 darstellen. Die ICF ist im Mai 2001 in Kraft getreten. Ferner soll das WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule) Berücksichtigung finden, das konzeptionell kompatibel ist zur ICDH II, sich aber noch in der Entwicklung befindet.

3. Schritt: Behandlungsplan
Ausarbeitung eines Behandlungsplanes unter Berücksichtigung der sozialpädi-

trischen Diagnose (1. Schritt) und des Ressourcenprofiles (2. Schritt). Zusätzlich fließen Erkenntnisse aus dem zu erwartenden Entwicklungsverlauf und andere prognostische Faktoren mit ein. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Verlaufsdiagnostik zur Fortschreibung des Behandlungsplanes.

2.2 Rahmenkonzept des therapeutischen Vorgehens

Das nachfolgende Rahmenkonzept des therapeutischen Vorgehens wurde von der Vollversammlung der BAG SPZ am 08.03.2002 in Hannover mehrheitlich verabschiedet.

2.2.1 Grundlagen und Therapieziele

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

Das Konzept der interdisziplinären Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team bietet besondere Möglichkeiten, diese Ziele zu erreichen und der Komplexität des Einzelfalles gerecht zu werden.

Neben der professionellen Kompetenz sind Empathie und das Vertrauen in die Fähigkeiten von Kind und Fami-

lie zentraler Bestandteil therapeutischer Interventionen und wesentlich für die Qualität von Beziehungsarbeit.

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

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

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

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

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

Wirkstoff: Penicillin V-Kalium
INFECTOCILIN[®]

Unsere "Hotline" zum Nulltarif: 0800 113 64 64. Sie sprechen direkt mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter.

 **INFECTOPHARM**



1. Somatisch-funktioneller Bereich:

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

2. Psycho-emotionaler Bereich:

- Motivation/Antrieb
- Emotion
- Kognition

3. Psychosozialer Bereich:

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

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

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

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

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

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

Unerwünschte Wirkungen müssen do-

kumentiert und Therapiemaßnahmen ggf. unter Risiko-Nutzen-Abwägung modifiziert werden.

2.2.2 Therapiebereiche und Therapieverfahren

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

- ärztliche Therapie,
- Ergotherapie,
- Heilpädagogik,
- Logopädie,
- Physiotherapie,
- Psychotherapie,
- Sozialpädagogik/-arbeit.

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

Bei der Auswahl der Verfahren müssen allgemeine Aspekte berücksichtigt werden:

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

2.2.3 Modalitäten des therapeutischen Prozesses

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

Der **therapeutische Prozeß** erfor-

dert eine regelmäßige Kontrolle der im Therapieplan festgelegten Zielsetzung sowie der therapeutischen Interaktion. Hierzu ist eine entsprechende Dokumentation unerlässlich. Aus den erhobenen Befunden ergeben sich Ansätze für die Fortführung, Modifikation oder Begrenzung der Therapie. Gegebenenfalls muß auch die Diagnose überprüft bzw. die Diagnostik erweitert werden.

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

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

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

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

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

Die **Therapiedauer** ist abhängig von

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

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

- Beobachtung der spontanen Weiterentwicklung des Patienten,
- Beurteilung des Transfers therape-

peutischer Inhalte in den Alltag,
 ● Überprüfung der weiteren Therapie-Notwendigkeit,
 ● zeitlichen Entlastung der Familie.
 Die Therapie soll dann wieder aufgenommen werden, wenn sie zur Erhaltung bzw. Verbesserung des bisherigen Therapieergebnisses, zur Krankheitsprävention bzw. zur sozialen Integration erforderlich ist und somit zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt.

Das **Therapieende** ist gegeben bei
 ● Erreichen des Therapiezieles,
 ● angemessener Eigenkompetenz,
 ● Therapieresistenz,
 ● mangelnder Therapiemotivation.

2.2.4 Evaluation des therapeutischen Prozesses

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

Die Evaluation erfolgt auf vier Stufen:

Stufe 1: Selbstevaluation des Patienten/der Bezugsperson

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

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

Stufe 2: Fremdevaluation durch den Therapeuten

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

- aktuelle Diagnose;
- aktueller Fachbefund;
- Therapieziel;
- durchgeführte Therapie;
- Compliance;
- Beschreibung des Verlaufes;
- Vorschlag für weitere Diagnostik;
- Vorschlag für weiteres Vorgehen.

Stufe 3: Fremdevaluation durch Verlaufsuntersuchungen

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

Bestandteile der Verlaufskontrollen können sein:

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

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

Stufe 4: Außenevaluation

Außenevaluation kann auf zwei Ebenen erfolgen:

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

2.2.5 Der therapeutische Prozeß im SPZ und bei Kooperationen

Nach der Erstellung des Behandlungsplanes sind folgende therapeutische Prozesse typisch:

Vor dem Pflaster Octenisept® Wund-Desinfektion



Neu: www.octenisept.de

Octenisept® News:

- **ÖKO-TEST 7/2000:** Von den 23 getesteten Mitteln zur Wundbehandlung und Desinfektion erhielt nur Octenisept® das Prädikat „empfehlenswert“. Lt. einer Umfrage erhielten 6 die Bewertung „eingeschränkt empfehlenswert“, 5 „weniger empfehlenswert“ und 11 „nicht empfehlenswert“.
- Octenisept® ist Präparat des Jahres 2001 in der Selbstmedikation Präparategruppe Wundversorgung. Lt. einer Umfrage bei Apothekern durch den Apotheken Spiegel Verlag in Zusammenarbeit mit dem BVDA – Bundesverband Deutscher Apotheker.

Octenisept®
 Lösung enthält: 100 ml
 Ethanol 20 g / 9 g
 Nioacetat-Natrium
 Natriumhydroxid
 Zur wiederholten
 täglichen Wund-
 pflicht gegen
 Bestandteile
 Bauchhöhlen-
 am Trimmteil
 subjektives Sym-
 ptomes: Ström-
 maßnahmen
 größeren Maß-
 gen, z. B. mit
 gelangen bei
 nur unter ärztlicher
 Schülke & Mayr

Zum Kennenlernen einfach
 50-ml-Muster abfordern!
 – Nur eine Anforderung pro Jahr möglich –
 Schülke & Mayr GmbH • 22840 Norderstedt
 Telefon 040-521 00 666 • www.schuelke-mayr.com
 Prexisstempel KP-C-11/02

COUPON

Unterschrift



„Altöttinger Papier“: Beitrag zur Qualitätssicherung in Sozialpädiatrischen Zentren

Teilnehmer des Arbeitskreises

Der „Altöttinger Arbeitskreis“ hat im Auftrag der Vollversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren (BAG SPZ) in seinen Klausurtagungen vom 26.-28.11.1997, 01.-04.12.1998, 07.-10.12.1999, 05.-08.12.2000 sowie 04.-07.12.2001 die vorstehend formulierte Vorlage zu den Themen „Strukturqualität im Sozialpädiatrischen Zentrum, Rahmenkonzept des diagnostischen und Rahmenkonzept des therapeutischen Vorgehens“ erstellt.

Der Arbeitskreis umfasste bei den Sitzungen folgende Mitglieder:

Herr Dipl.-Med. Peter Bernt	Frankfurt/Oder	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Priv. Doz. Dr. Roland Eulitz	Reifenstein / Eichsfeld	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dr. Christian Fricke	Hamburg	2001
Frau Dr. Birgit Fritzweiler	Ludwigshafen	1997/1998/2000/2001
Herr Dr. Michael Frosch	Münster	1997/1998/1999/2001
Herr Prof. Dr. Jürgen Gedtschold	Magdeburg	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dr. Peter Greven	Cottbus	1997/1998/1999
Herr Dr. Helmut Hollmann	Brühl / Berlin-Charlottenburg	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Priv. Doz. Dr. Wolf Ihle	Landshut	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dr. Saadi Jawad	Coburg	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Prof. Dr. Dieter Karch	Maulbronn	2000/2001
Herr Dr. Peter Keller	Berlin-Charlottenburg	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dr. Christoph Kretzschmar	Dresden	1999/2000/2001
Frau Dr. Brigitte Knecht	Berlin-Marzahn	1999/2000/2001
Frau Dr. Barbara Leucht	Berlin-Lichtenberg	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dr. Dipl. Psych. Horst Lison	Hannover	1997/1998/1999/2001
Herr Dr. Dirk Mundt	Landstuhl	1997/1998/2000
Herr Dr. Bernhart Ostertag	Regensburg	1997/1998/1999/2000/2001
Frau Dr. Margret Petermüller	Wiesbaden	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dr. Raymund Pothmann	Oberhausen	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dr. Hans-H. Richardt	Unna-Königsborn	1997/1998/1999/2000
Herr Prof. Dr. Ronald G. Schmid	Altötting	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dipl.-Psych. Wolfgang Seifert	Regensburg	1997/1998/1999/2000/2001
Herr Dipl.-Psych. Donald Vogel	Berlin	1997/1998

2.2.5.1 Therapie im SPZ:

Die Rahmenrichtlinien des Altöttinger Papiers sind in ihrer Gesamtheit anzuwenden.

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

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

die Rahmenbedingungen der Kooperationspartner.

Die Verantwortlichkeit ist zu klären und zu dokumentieren.

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

Die Erstellung des Behandlungsplanes ist auch in diesem Fall nach den Kriterien des Altöttinger Papiers vorzunehmen. Eine Prozeßbegleitung der Therapie durch das SPZ nach den Kriterien des Altöttinger Papiers in Zusammenarbeit mit den Kinder-/Hausärzten wird angeboten. Zur Fort-

schreibung des Behandlungsplanes erhalten in diesem Fall die Kriterien der Ressourcenanalyse eine besondere Bedeutung. Alternativ kann die Prozeßbegleitung durch die Hausärzte allein erfolgen. Die Verantwortlichkeit ist zu klären und zu dokumentieren.

2.2.6 Dokumentation von Diagnostik und Therapie durch den Arztbrief

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

Arztbriefe müssen relevante anamnestiche Daten und Befunde, die wesentlichen im SPZ erhobenen medizinischen, psychologischen und ggf. therapeutisch-pädagogischen Befunde, die Verschlüsselung nach ICD 10 in den 5 Bereichen der multimodalen sozialpädiatrischen Diagnostik und eine Beurteilung zum weiteren Vorgehen enthalten.

Dr. med. Helmut Hollmann
Sprecher
BAG SPZ

Berlin, im Juni 2002

Fundsache

Kinderlähmung in Europa besiegt - trotzdem unbedingt weiter impfen!

Nun ist es auch in Europa geschafft: Die Weltgesundheitsorganisation WHO erklärte Europa für „Polio-frei“. Nach Amerika und Australien gelang es damit dem dritten Erdteil, der Virusinfektion den Garaus zu machen, berichtet das *Deutsche Grüne Kreuz* (Marburg).

Das Polio-Virus, das zu schweren Lähmungen führen kann, grassiert hingegen heute noch in acht Ländern Afrikas und Asiens. Als besonders gefährdet gelten beispielsweise Ägypten, Angola, Nigeria, Indien, Pakistan und Afghanistan. Oft erst Jahrzehnte nach der ursprünglichen Erkrankung treten bei den Patienten häufig Muskel- und Gelenkschmerzen, Atemnot, Erschöpfung und Schlafstörungen auf. Vielfach ist auch Ärzten diese als Post-Polio-Syndrom bezeichnete Spätfolge gar nicht bekannt.

Erst wenn eine weltweite Ausrottung des Polio-Virus erreicht ist, können die Impfungen eingestellt werden, so das *Deutsche Grüne Kreuz*. Im Moment aber können die Erreger jederzeit wieder eingeschleppt werden, und so ist es unerlässlich, Kinder gegen Polio zu impfen und fehlende Impfungen bei Jugendlichen und Erwachsenen nachzuholen.

PRIORIX®

Priorix® – zweimal sanft geimpft, dauerhaft geschützt.

Priorix®; Wirkstoff: Masern-Mumps-Röteln-Lebendimpfstoff. **Zusammensetzung:** 1 Impfdosis (0,5 ml gelöster Impfstoff) enthält: abgeschwächte Masern-Viren (Stamm Schwarz), mindestens 10^{6,5} ZKID₅₀; Mumps-Viren (Stamm RIT 4385, Herkunft: Jeryl Lynn), mindestens 10^{6,7} ZKID₅₀; Röteln-Viren (Stamm Wistar RA-27/3), mindestens 10^{6,5} ZKID₅₀, einzeln gezüchtet in Kulturen embryonaler Hühnerzellen (Masern und Mumps) oder in Kulturen humaner diploider MRC-5-Zellen (Röteln). **Sonstige Bestandteile:** Aminosäuren, Humanalbumin, Laktose, Mannitol, Neomycinsulfat, Sorbitol, Phenolrot, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** zur aktiven Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln. **Gegenanzeigen:** bekannte allergische Reaktionen auf Hühnerweiß, Neomycin oder die Bestandteile des Impfstoffes, angeborene oder erworbene Immundefekte, Schwangerschaft. **Zurückstellung bei akuten und mit hohem Fieber einhergehenden Erkrankungen** (weitere Hinweise siehe Fach- und Gebrauchsinformation). **Nebenwirkungen:** In klinischen Studien mit 5.404 Impfungen wurden die folgenden unerwünschten Ereignisse berichtet: lokale Rötung (7,2 %), Hautausschlag (7,1 %), Fieber (6,4 %), lokaler Schmerz (3,1 %), lokale Schwellung (2,6 %), Parotisschwellung (0,7 %), Fieber-



MMR: 2. Impfung vor dem 2. Geburtstag!



krämpfe (0,1 %). Folgende, möglicherweise der Impfung zuzuordnende Ereignisse, wurden selten beobachtet: Unruhe, Pharyngitis, Infektionen der oberen Atemwege, Rhinitis, Durchfall, Bronchitis, Erbrechen, Husten, andere virale Infekte oder Otitis media. In seltenen Fällen wurden eine mumpsähnliche Erkrankung mit verkürzter Inkubationszeit sowie Einzelfälle, einer vorübergehenden schmerzhaften Hodenschwellung berichtet. Ähnlich wie bei natürlichen Röteln kann es 2 bis 4 Wochen nach der Impfung zu Arthralgien, Arthritiden, Myalgien, Exanthenen und Lymphknotenschwellungen kommen. In Einzelfällen wurde über Thrombozytopenien, Purpura, Erythema exsudativum multiforme, allergische Reaktionen, Pankreatitis, Kawasaki-Syndrom, Meningo-Enzephalitis, Myelitis, Neuritis, aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung (Guillain-Barré-Syndrom) und äußerst selten über anaphylaktische Reaktionen berichtet. **Dosierung:** siehe Fach- und Gebrauchsinformation sowie die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Juli 2001
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München www.gsk-med.de