

BAG KJPP Tagung
Mitgliederversammlung
25.04.2024

Berlin

Vivantes Klinikum Friedrichshain

TOP 1 Verabschiedung Tagesordnung

- TOP 1 Festsetzung der Tagesordnung
- TOP 2 Genehmigung Protokoll MV 09.11.2023
Nachträge
- TOP 3 Begrüßung neuer Mitglieder, ausgeschiedene Mitglieder
- TOP 4 Bericht des Vorstands
- TOP 5 Wahl Ombudspersonen**
- TOP 6 Berichte aus den AGs
- TOP 7 Berichte aus den anderen Fachverbänden:
DGKJP, BKJPP, BAG PED
- TOP 8 BAG-Tagungen/Termine
- TOP 9 Verschiedenes

TOP 2 Genehmigung Protokoll Mitgliederversammlung 09.11.2023



Das Protokoll der MV vom 09.11.23 wird ohne
Nachträge einstimmig genehmigt.

TOP 3 Austritte seit MV Herbst 2023

- Dr. Peter Melchers
- Dr. Edelhard Thoms
- Dr. Miriam Ventocilla
- Dr. Gertraud Fridgen

TOP 3 Eintritte seit Herbst-MV 2023

- Dr. Sabine Müller, ZfP Weissenau
- Prof. Yulia Golub, Oldenburg
- Prof. Undine Zellin, Herdecke
- Dr. Manuel Föcker, Gütersloh
- Prof. Veit Roessner, Dresden
- Ottmar Hummel, DRK-Berlin
- Thorsten Roland, Bad Salzschlirf

TOP 3 Mitgliederzahl

Ordentliche Mitglieder	außerordentliche Mitglieder	Gesamtzahl der Mitglieder
182	21	203

TOP 4 Bericht des Vorstands

Kassenbericht



Einnahmen	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Beiträge	25.130,00	19.110,00	26.464,16	24.150,00	25.970,00	25.480,00	23.940,00	23.410,00	22.820,00	27.096,92
Zinsen										
sonstiges	1.215,96	2537,62	1.200,00	7.350,00	8.725,76	4.270,00	3.155,00	12.370,00	350,00	2.890,00
Broschüren/ ZOP	75,00									
Gesamt	26.420,96	21.647,62	27.664,16	31.500,00	34.695,76	29.750,00	27.095,00	35.780,00	23.170,00	29.986,92
Rechnungsabgrenzung										7.101,36
Ausgaben	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Reisekosten	7.092,46	6.181,09	10.265,84	7.943,73	10.634,47	9.959,44	6.996,40	1.088,44	2.842,59	7.571,12
Beiträge Verbände	80,00	787,00	657,16	227,90	630,70	578,98	678,91	241,52	80,00	3.261,50
Kontoführung	63,30	72,00	62,70	63,55	63,55	63,55	63,85	243,58	312,76	331,41
Tagungskosten	813,06	3.444,35	4.466,10	5.901,30	608,80	2.568,55	1.389,92		20.901,76	2.660,59
Spenden	3.000,00	3.000,00	7.000,00	3.000,00	8.000,00	9.000,00	5.500,00	8.000,00	3.000,00	3.000,00
Leitlinien		141,90							5.000,00	10.256,52
sonstiges			957,21	2412,13	103,55	40,82	0,00		1.635,81	35,10
Sekretariat	142,80	5.185,91	6.480,96	6.815,52	7.672,02	7.133,26	7.967,90	7.094,00	7.041,04	7.592,15
Literatur									4.796,00	
Telekom	568,84	467,38	505,50	373,28	340,45	356,93	566,77	609,81	1.950,19	2.051,37
Gesamt	11.760,46	19.279,63	30.395,47	26.737,41	28.053,54	29.701,53	23.163,75	17.277,35	47.560,15	36.759,76
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ergebnis	14.660,50	2367,99	-2.731,31	4.762,59	6.642,22	48,47	3.931,25	18.502,65	-24.390,15	-6.772,84
Kontostand per 31.12.	42.760,60	45.128,59	42.397,28	47.159,87	53.802,09	53.850,56	57.781,81	76.284,46	51.894,31	52.502,83

Einnahmen	2019	2020	2021	2022	2023
Beiträge	25.480,00	23.940,00	23.410,00	22.820,00	27.096,92
Zinsen					
sonstiges	4.270,00	3.155,00	12.370,00	350,00	2.890,00
Broschüren/ ZOP					
Gesamt	29.750,00	27.095,00	35.780,00	23.170,00	29.986,92
Rechnungsabgrenzung					7.101,36
Ausgaben	2019	2020	2021	2022	2023
	9.959,44	6.996,40	1.088,44	2.842,59	7.571,12
Reisekosten	578,98	678,91	241,52	80,00	3.261,50
Beiträge Verbände	63,55	63,85	243,58	312,76	331,41
Kontoführung	2.568,55	1.389,92		20.901,76	2.660,59
Tagungskosten	9.000,00	5.500,00	8.000,00	3.000,00	3.000,00
Spenden				5.000,00	10.256,52
Leitlinien	40,82	0,00		1.635,81	35,10
sonstiges	7.133,26	7.967,90	7.094,00	7.041,04	7.592,15
Sekretariat				4.796,00	
Literatur	356,93	566,77	609,81	1.950,19	2.051,37
Telekom	29.701,53	23.163,75	17.277,35	47.560,15	36.759,76
Gesamt					
	48,47	3.931,25	18.502,65	-24.390,15	-6.772,84
Ergebnis	53.850,56	57.781,81	76.284,46	51.894,31	52.502,83
Kontostand per 31.12.					

Ausgewählte Umsätze 2022



➤ Tagungskosten Winnenden (Hybrid)	20.901,76 €	➤ Mitgliedsbeitrag	22.820,00 €
➤ Rechtsberatungskosten (Satzung)	1.561,88 €	➤ Tagung	420,00 €
➤ Literaturkosten (Plattform)	5.185,00 €		
➤ Leitlinie Sucht	5.000,00 €		
➤ Personalkosten	7.041,04 €		
➤ Reisekosten	2.842,49 €		
➤ Spende	3.000,00 €		
		➤ Minus:	-24.390,15 €

Ausgewählte Umsätze 2023

➤ Homepage	1.870,00 €	➤ Mitgliedsbeiträge	27.096,92 €
➤ Mitgliedschaft (UEMS)	3.181,50 €	➤ Tagungsgebühren	2.890,00 €
➤ Leitlinie feM	10.256,52 €		
➤ Personalkosten	7.592,15 €		
➤ Reisekosten	7.571,12 €		
➤ Tagungskosten	2.660,59 €		
		➤ Minus:	-6.772,84 €

TOP 4 Bericht des Vorstandes

Homepage



- Die Homepage ist seit Oktober am Netz
- Wechsel des Anbieters vorgesehen, Zusammenarbeit schleppend
- Bislang geringe Nutzung
- Selbst administrierbar, work in progress
- Schulung eigener Administratoren (P-K., MJ u.a.)

TOP 4 Bericht des Vorstandes Aus der Geschäftsstelle



- Herzliche Grüße aus Schleswig
- Hier gibt's nicht viel Neues außer einer neuen Telefonnummer:

04621/83-1605

Ulrike Petersen-Kluge

TOP 4 Bericht des Vorstandes

Aktivitäten



- Monatliche Vorstandssitzung online
- Monatliche ViKo Vorsitzende 3V
- Austausch mit Ombudsfrau
- 3-Verbände-Tag 21.02.2024
- Kommissionstag 22.02.2024
- VS-Sitzung mit BAG PED 22.02.2024
- OÄ-Fortbildung 23.02.2024
 - WE Versorgungsstrukturen KJPP
 - Transgender im Stationsalltag
 - Fachpsychotherapeuten-Weiterbildung

TOP 4 Bericht des Vorstandes

Stellungnahmen/Paper

- Zukunft Versorgung KJPP (3V-Publikation zur Weiterentwicklung KJPP: Bundesgesundheitsblatt <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03858-w>)
- Aktivitäten bzgl. Stopp der Cannabislegalisierung
- Handreichung Timeout
- Aus den Kommissionen:
 - Paper zu Kooperation KJPP – Jugendhilfe (Publikation in Vorbereitung)
 - Paper zu ADHS bei komorbider Suchtproblematik (Publikation in ZfKJP in Planung)
 - Sektorübergreifende WB-Verbünde: Modelle aus der Praxis (Publ. In ZfKJP i. Planung)
 - Umsetzung der WBO auf Bundesländerebene (Publ. In ZfKJP in Planung)

Cannabislegalisierung



- „Cannabislegalisierung Stoppen“ - Schreiben der BÄK und Verbände an Abgeordnete des Bundestags (08.12.2023)
- SN 3V „Was steht aus Sicht der KJP nach der Cannabislegalisierung an?“
 - Keine Mittel für Evaluation der Auswirkungen des Gesetzes auf Ki/Ju
 - Keine Mittel für Prävention
 - Forderung nach mehr QE + Reha-Behandlungsplätzen
 - Forderung nach Finanzierung Reha nach K-J-Qualitätsstandards



An die Abgeordneten des Deutschen Bundestages

Berlin, 08. Dezember 2023

Aus Verantwortung für unser Land – die geplante Cannabislegalisierung stoppen

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

der Deutsche Bundestag wird nach aktuellem Planungsstand Anfang des nächsten Jahres über ein Gesetz zur Legalisierung von Cannabis in Deutschland abstimmen. Dabei geht es nicht um ein gewöhnliches gesundheits- oder parteipolitisches Fachthema. Es geht um eine grundlegende Weichenstellung, die gravierende gesellschaftliche Auswirkungen entfalten wird, insbesondere mit Blick auf die Entwicklungs- und Lebensperspektiven junger Menschen in unserem Land.



Gemeinsame Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG kipp)

des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)

und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Nach der Cannabislegalisierung: Was steht an aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Jugendliche werden, so unsere Prognose aus allen Stellungnahmen, die Legalisierung als „Aufforderung zum Tanz“ erleben. Es wird sich nicht verhindern lassen, dass sie sich vom Privatanbau etwas abzweigen. Dealer können mit mittelgroßen Mengen ungehinderter unterwegs sein und Jugendliche werden sich weiterhin auf dem preiswerteren Schwarzmarkt bedienen. Auf Grund der etwa siebenfach erhöhten Suchtgefahr bei Jugendlichen gegenüber Erwachsenen werden mehr Abhängigkeiten entstehen als bisher.

Empfehlung BAG/BKJPP/DGKJP zu sektorübergreifende WB-Verbänden (Kliniken – Praxen)

- Kooperationsvertrag
- Curriculum über 4 J. m. für alle theoretisch zu vermittelnden psychiatr./psychotherapeut. Inhalten
- Seminarort rotierend bei Verbundpartnern u. online, ggf. hybrid
- Kostenfrei für Weiterzubildende der Verbundpartner, sonst kostenpflichtig
- Supervision PT-Fälle im Verbund durch die Befugten, zusätzlich durch nicht-befugte FÄ; SV auch online
- Wenn regional geringes SE-Angebot, stellt der Verbund 2 FÄ, die zu SE-Leitern ausgebildet werden

Handreichung Time-out

- Rückblick
- Ziel
- Therapiedefinitionen
- Haltung
- Krisenräume
- Umgang mit Krisen
- Haltung
- Isolierung
- Ausblick

Rückblick

- Diskussionen seit Jahren über den Begriff
- Auftrag an die Psychotherapiekommission
- Entscheidung, aus dem Ergebnis der Kommission eine Handreichung zu erstellen
- Abfragen bei einigen Kliniken nach deren Umgang mit Time-out
- Konsensbildung im Vorstand
- Abgleich im 3-Verbände-Workshop 2024
- Abgleich mit BAG PED 2024

Ziel

- Einheitlicher Umgang mit dem Begriff und dem therapeutischen Instrument
- Wann wird es wie eingesetzt?
- Verstehen alle Berufsgruppen das Gleiche darunter?
- Welche Haltung haben wir auf den Stationen und in den Tageskliniken?
- Wann wird es zur Bestrafung?
- Wie erleben die Patient:innen die Maßnahmen?
- Wie grenzt man es zu den feM ab?

Therapiedefinitionen

Behaviouraler Ansatz

Als Time-out-Maßnahme ist in der Literatur eine verhaltenstherapeutische Interventionstechnik definiert, die ausgeht von den Konzepten der Konditionierung und des Entzugs eines verhaltens-verstärkenden sozialen Stimulus. Somit sind sie den behaviouralen Techniken zuzuordnen.

Ansatz der Emotionsregulation

Die Patient:innen werden befähigt, selbständig innere Spannungszustände zu regulieren über Distanzierung durch Time-out. Sie werden dabei positiv unterstützt und es wird kein Stimulus entzogen.

Bindungs- und beziehungsbasierter Ansatz

Auf der Basis von primär bindungstheoretischen Therapieansätzen bedeutet das Time-out die aktive Begleitung der Patient:innen in hoch belasteten Situationen mit inneren Spannungszuständen. Es wird Sicherheit vermittelt sowie Zuverlässigkeit in der Beziehung hergestellt.

Haltung

Es handelt sich beim Time-out um eine **definierte therapeutische Maßnahme** mit einem überprüfbar Ziel. Sie ist Bestandteil des Therapieplans, der **mit den Patient:innen und den Bezugspersonen abgesprochen ist, einvernehmlich erfolgt** und Teil eines gesamten und oft gestuften **Behandlungskonzeptes** ist.

Die **therapeutische Beziehung** ist ein wichtiges Instrument für Verhaltensänderung und Behandlungserfolg. Es gibt aber große Unterschiede, wie die Beziehung genutzt wird und wie intensiv sie ausgestaltet wird. Das Stationsmilieu und das therapeutische Konzept sind hierbei entscheidend. **Konsequenzen werden von den Patient:innen häufig bestrafend erlebt.** Es ist die therapeutische Kunst, das Milieu so zu gestalten, dass die **Patient:innen es als respektvoll und unterstützend erleben.** Dabei ist die **Ausgestaltung der Milieuthherapie auf den Stationen** bestimmt durch das Alter der Patient:innen und die zu behandelnde Zielgruppe.

Krisenräume

Time-out kann grundsätzlich **überall** erfolgen. Wichtig ist, dass die Patient:innen aus dem Kontakt und aus der Situation herausgehen. Dazu empfiehlt sich eine **äußere Abschirmung**. Time-out kann also im eigenen unabgeschlossenen Zimmer erfolgen, in Toberäumen, Entspannungszimmern oder in besonderen multifunktionellen Räumen, die viele Kliniken vorhalten.

Spezielle multifunktionelle Räume, die für Time-out genutzt werden, sollten **nicht aversiv** besetzt, sondern zumindest neutral ausgestattet sein. Sie können auch der Möglichkeit der **Selbstregulation dienen und dürfen keine Angst auslösen**.

Kriseninterventionsräume (**KIR**), in denen Isolierungen durchgeführt werden, sollten **nicht als Time-out-Räume (TOR) bezeichnet werden**.

Umgang mit Krisen

Krisen sind im (teil-) stationären Alltag gerade im Kinderbereich oder bei einem hohen Patient:innenanteil mit externalisierenden Störungen **häufig**.

Besteht eine therapeutische Beziehung und sind Absprachen und therapeutische Interventionen im Sinne eines abgesprochenen **Therapieplanes** möglich, so befinden wir uns im Bereich des wie oben definierten **Time-out**.

Wenn es in der Folge aber fortwährend und ausschließlich um **Trennung der Patient:innen von der Gruppe** der Mitpatient:innen im Rahmen von Krisenbewältigung geht, **ohne Mitwirkung der Patient:innen** und ohne Integration in einen gemeinsamen Therapieplan, handelt es sich **nicht um eine Time-out-Maßnahme**.

Haltung

Die Patient:innen brauchen eine **Vorhersehbarkeit** der Handelnden. Das Handeln muss zumindest im Nachhinein für sie nachvollziehbar sein. Sie müssen sich **würdevoll** behandelt fühlen.

Besonders während des therapeutischen Umgangs mit Krisen ist es wichtig, eine Haltung zu entwickeln, die den Patient:innen das Gefühl gibt, dass die **Maßnahmen zu ihrem Wohle** geschehen.

Isolierung

Sobald die Patient:innen, körperlich, durch Verschließen einer Tür oder mittels verbalen Androhungen daran **gehindert werden, den Raum zu verlassen** oder z. B. vom Stuhl/von der Treppe aufzustehen, wird die persönliche Freiheit des Einzelnen eingeschränkt. Dann spricht man von einer **Isolierung**.

Isolierung dient primär der Gefahrenabwehr (Eigen- und Fremdgefährdung) und gehört zu den letzten Mitteln im Umgang mit den Patient:innen. Sie muss ärztlich angeordnet und sollte zumindest klinikintern statistisch erfasst werden.

Ausblick

- Evtl. Veröffentlichung im politischen Teil in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Multiprofessioneller LWL-Standard feM 2024
- S 2k-Leitlinie feM (Holtmann) zusammen mit Psychiatrieerfahrenen
- Handreichung Milieutherapie zusammen mit der BAG PED
- Version Handreichung Time-out 2.0 (202X)

TOP 4 Bericht des Vorstandes

Leitlinien

Aktuelle Leitlinien in Arbeit, Beteiligung BAG

- ADHS (S3, Revision): Englert, Jung
- **Depression** (S3, Revision): Jung
- Geschlechtsinkongruenz/-dysphorie (S2k): Jung → aktuell in Konsentierungsphase
- **LRS** (S3): Haas
- **Prävention FEM/Zwangmaßnahmen**(S2k): Haas
- **Psych. St. Säuglings-/Kleinkindalter** (S2k): Haas
- SSV Living Guideline (S3, Revision): Adam, Klein
- **Cannabisbezogene Störungen** (S3): Klein
- **Schizophrenie** Living Guideline (S3): Haas
- **Suizidalität** (S3, Revision): Adam, Jung

Leitlinie Frühe Kindheit

S2K der AWMF

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT e.V.

Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung VIFF e.V.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BAG e.V.

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung – DPtV e.V.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie – DGST e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin – DGKJ e.V.

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland – BKJPP e.V.

Deutscher Verband Ergotherapie – DVE e.V.

Gesellschaft für Neuropsychologie – GNP e.V.

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft – DGHWi e.V.

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte – bvkj e.V.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin – DGSPJ e.V.

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland – VAKJP e.V.

Gesellschaft für Neuropädiatrie – GNP e.V.

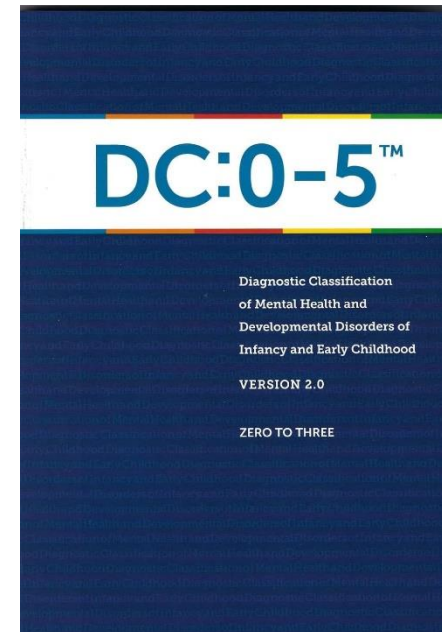
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik – DGPPS e.V.

Bundespsychotherapeutenkammer – BPtK

German-speaking Association for Infant Mental Health – GAIMH e.V.

Bundesverband "Das frühgeborene Kind" e.V.

1. **Psychische Störungen im Vorschulalter allgemein**
2. **Beziehungsstörungen**
3. Exzessive Schreistörung
4. Schlafstörungen
5. Fütter- und Essstörungen
6. **Frühkindliche Regulationsstörungen**
7. **Sensorische Verarbeitungsstörungen**
8. Ausscheidungsstörungen
9. **Depressive Störungen**
10. **Angststörungen**
11. Anpassungsstörungen
12. Posttraumatische Belastungsstörungen
13. **Bindungsstörungen**
14. **Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen**
15. Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten
16. Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung
17. Weitere Störungen



Diagnostik

Die Diagnose einer psychischen Störung bei Kindern im Alter von 0 – 5;11 Jahren soll unter Berücksichtigung der **Interaktion** und nur auf der Basis der jeweiligen **Diagnosekriterien** gestellt werden.

Psychische Störungen sollen nach der 1. Achse des Klassifikationssystems **DC: 0-5** **zusätzlich oder alternativ zur ICD-10**-Diagnose erfasst werden.

Die Basisdiagnostik soll auf **klinischer Anamnese, körperlicher Diagnostik, psychopathologischem Befund, Interaktions- bzw. Beziehungsdiagnostik und Entwicklungsdiagnostik** beruhen.

Diagnoseachsen

Die DC:0-5 (2016, 2019) unterscheidet fünf Achsen:

I. Achse: Klinische Störungen

II. Achse: Beziehungskontext

III. Achse: Körperliche Gesundheit und Krankheiten

IV. Achse: Psychosoziale Stressoren

V. Achse: Entwicklungskompetenzen

„Dabei bietet die **beobachtbare Eltern-Kind-Interaktion** vielfältige Anregungen für alle Sinne, fördert die motorische, geistige und sprachliche Entwicklung, bahnt die Fähigkeit zur affektiven Selbstregulation und die emotionale Reifung des Kindes an. Sie ist gleichzeitig grundlegend für die Bindungsentwicklung, deren Qualität als eine der **Schlüsseldeterminanten seelischer Entfaltung** gilt.“

Störungen der Eltern-Kind-Interaktion und –Beziehungs-entwicklung können sich über den Verlauf der ersten Lebensjahre symptomatisch in unterschiedlichen Bereichen des kindlichen Befindens und Verhaltens widerspiegeln, **kindliche Entwicklungspotentiale einschränken und das Auftreten manifester psychischer Störungen begünstigen.** Ein gelingender Übergang in die Elternschaft ist folglich Basis und Entwicklungsraum für die Eltern-Kind-Triade und wesentlich auch für die kindliche psychische Gesundheit.“

„In jedem Fall soll parallel zu der psychischen
Hauptdiagnose des Kindes eine **Beziehungsstörung**
nach der ersten Achse der DC: 0-5 erfasst oder
ausgeschlossen werden.“



Eine **kategoriale Diagnose** des Kindes ist wichtig, darf
aber nicht alleine vergeben werden. Bei kleinen Kindern
muss es immer einen **Kontextbezug der Störung** geben

Beziehungsstörungen

Werden üblicherweise in **Achse-II** codiert:

...Prävalenz von Beziehungsstörungen **8,5 %** nach den Kriterien der DC: 0-3. Die häufigste Form war die **unterinvolvierte Beziehungsstörung mit 5,2 %**. Das Risiko für eine kindliche Störung nach ICD-10 ist bei dem Vorliegen einer Beziehungsstörung um das 10,6-fache erhöht (Skovgaard et al., 2007).

Im DC 0-5 können Beziehungsstörungen als **Achse-I (Haupt-)Diagnose** codiert werden:

Zur Diagnose einer Beziehungsstörung ist der Nachweis einer kindlichen Symptomatik erforderlich, ...Diese Symptome zeigen sich in **einer spezifischen Beziehung mit einer speziellen Bezugsperson** – und können in anderen Beziehungen fehlen.

Drei Aspekte zur Beurteilung der Beziehung:

- die emotionale Verfügbarkeit
- die Wertschätzung des Kindes als Individuum und
- die Erziehungskompetenzen der Bezugsperson

Dreistufige Skala:

- Stärke
- kein Grund zur Besorgnis
- Sorge

Vier Stufen beurteilt:

1. Eine gut adaptierte bis genügende Beziehung
2. Eine belastete und besorgniserregende Beziehung
3. Eine eingeschränkte und gestörte Beziehung
4. Eine desorganisierte und gefährdende Beziehung

Sehr frühe Kindheit

3. Exzessive Schreistörung
4. Schlafstörungen
5. Fütter- und Essstörungen
- 6. Frühkindliche Regulationsstörungen**
- 7. Sensorische Verarbeitungsstörungen**

Wobei die frühkindliche Regulationsstörung nicht im DC:0-5 aufgeführt wird und die Leitlinie in diesem Punkt von dem Manual abweicht.

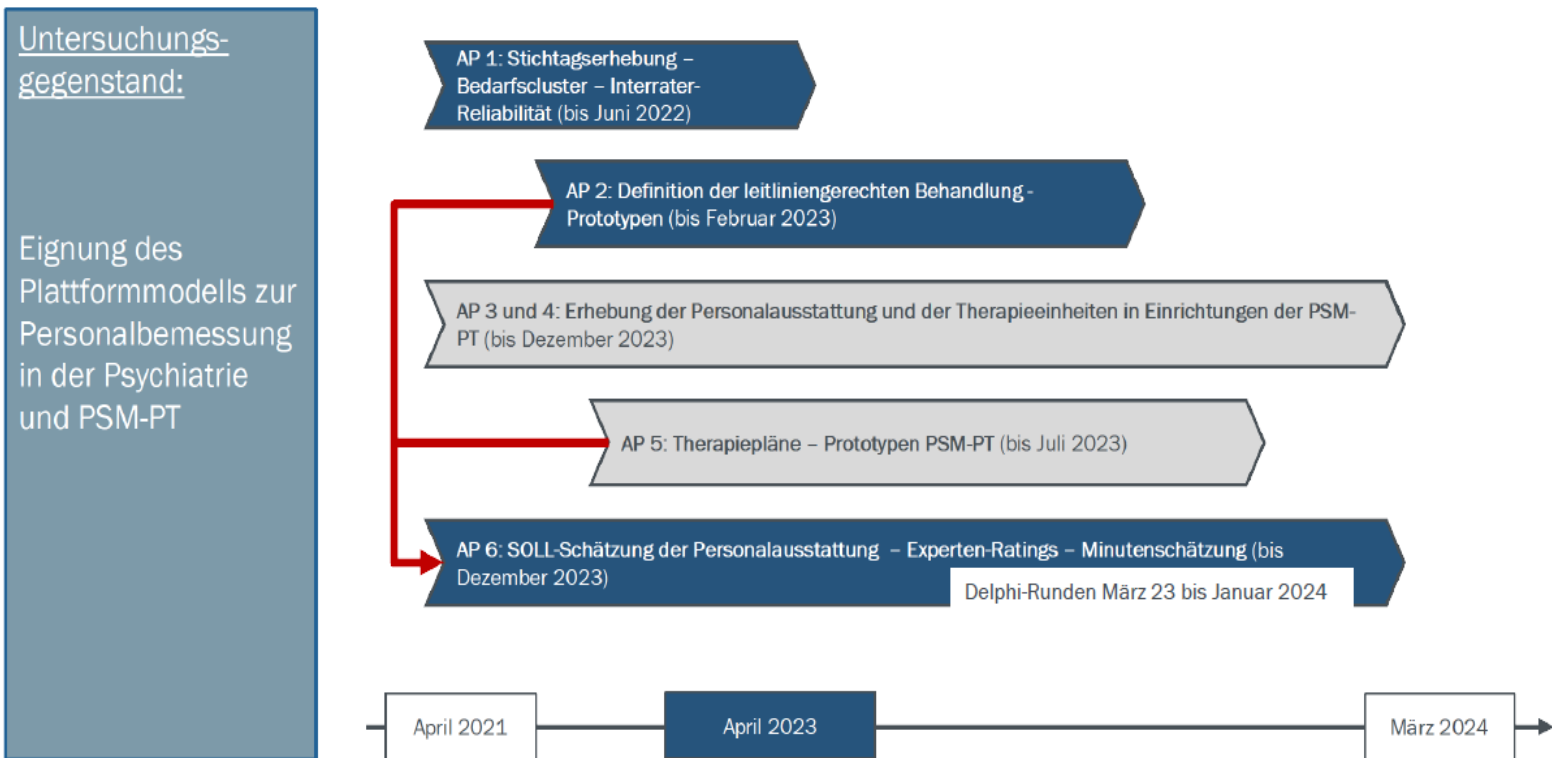
Therapien (allgemein)

- Elterntrainings
- Eltern-Säuglings-Psychotherapien
- Eltern-Kind-Psychotherapien
- Einzelpsychotherapien des Kindes
- Therapie mit Fokus auf die Paar- und Familiendynamik
- Psychotherapie und psychiatrische Behandlung der Eltern
- Familientherapie
- Gruppenpsychotherapien
- Tagesklinische und stationäre Behandlungen, incl. Hometreatment (stationsäquivalente Behandlung)

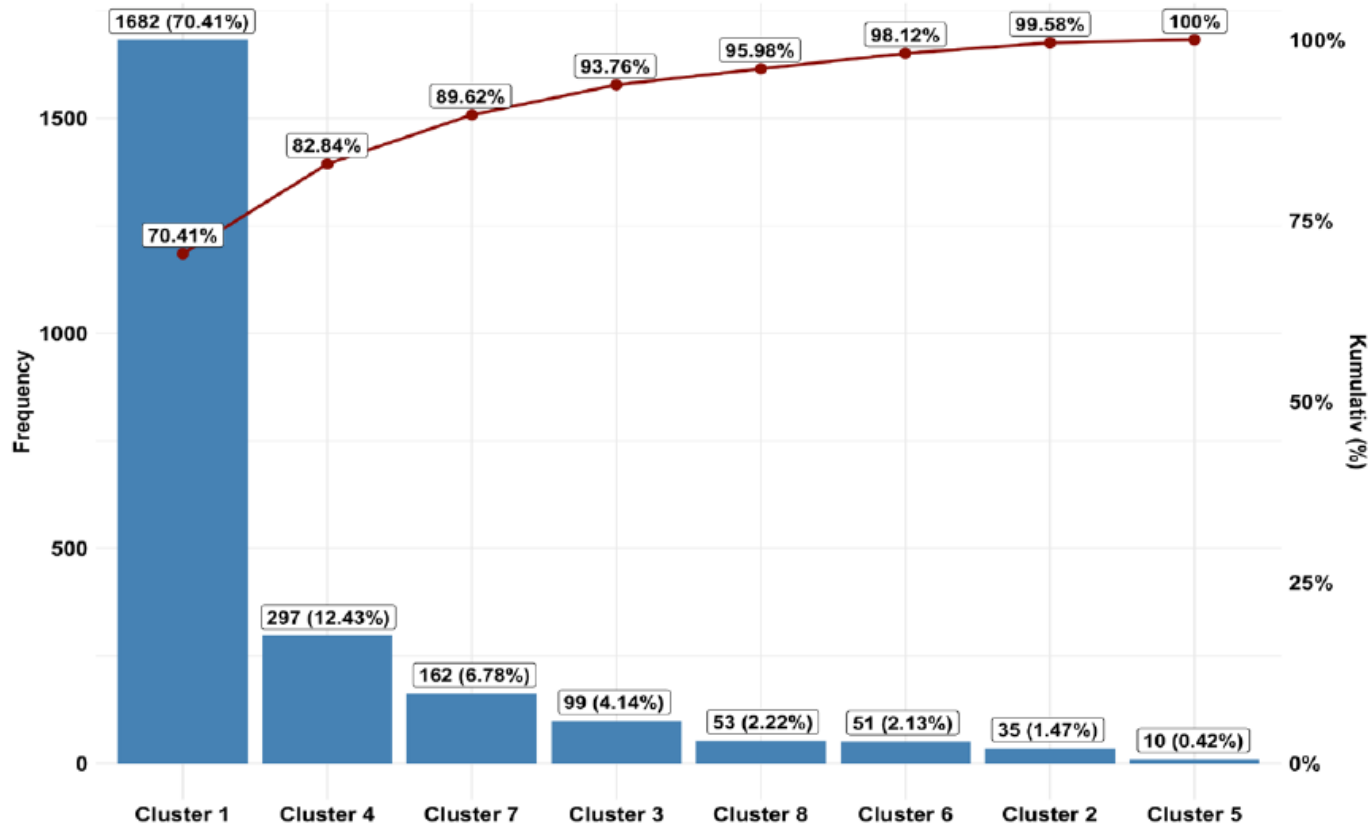
Medikamentöse Behandlung ist immer nachrangig

EPPIK

Die Struktur des EPPIK-Projektes: Vom Patientenbedarf zum Personalbedarf... und Zusammenführung der Ergebnisse von EP, KJP, PSM-PT



Clusterverteilung KJP



- Die Verteilung ist real: kein „upcoding“
- Der Bedarf zeigt sich angepasst an Cluster

VK-Werte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Berufsgruppen im Überblick...: 22,1 Vollkräfte werden gewichtet über alle Berufsgruppen benötigt.

Cluster	Berufsgruppen										SUM
	PSY	SOZ	SOM	Ä	PT	Pflege	ERGO	Bewegung	Kreativ	SOZ	
1				2,3	2,0	11,4	0,9	0,6	1,1	1,3	19,5
2				2,8	1,9	16,7	1,0	0,7	1,1	1,3	25,7
3				2,5	2,1	11,3	1,3	0,6	1,2	1,9	21,0
4				2,7	2,1	19,3	1,7	0,7	1,2	1,3	29,2
5				2,8	2,1	14,4	1,6	0,8	1,3	1,9	25,0
6				3,0	2,2	22,1	1,6	0,9	1,2	1,4	32,5
7				2,8	2,3	18,7	1,6	0,9	1,4	2,1	30,0
8				3,2	2,5	23,2	1,6	0,9	1,3	2,2	34,9
gew. 1-8				2,4	2,0	13,4	1,1	0,6	1,1	1,4	22,1

	=	Regelbedarf
	=	erhöhter Bedarf

- In Cluster 1 – das 70 Prozent des Leistungsgeschehens ausmacht – sind es 19,5 VK.
- Gewichtet ergeben sich 22,1 VK.
- Deutlich wird die Relevanz des somatischen Bedarfs in Cluster 2, wo insbesondere der Aufwand der Pflege besonders hoch ist. Analog in den Clustern 6 und 8.
- Die Rolle der Sozialarbeiter wird insbesondere in den Clustern bedeutsam, in den erhöhter psychosozialer Bedarf besteht (in den Clustern 3, 5, 7 und 8).
- 40h-Woche für die Berufsgruppe der Ärzt:innen und 38,5h für die übrigen Berufsgruppen

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Vergleich der EPPIK-Vollzeitäquivalente mit den PPP-RL-Werten

Cluster	Ärzte			Psychotherapeuten			Pflege			Bewegungs-therapeuten			Sozialarbeiter			Gesamt			Ergo EPPIK	Kreativ EPPIK	Spezial PPP-RL
	EPPIK	PPP-RL	Delta	EPPIK	PPP-RL	Delta	EPPIK	PPP-RL	Delta	EPPIK	PPP-RL	Delta	EPPIK	PPP-RL	Delta	EPPIK	PPP-RL	Delta			
1	2,26	1,27	0,99	1,97	0,93	1,03	11,39	7,23	4,16	0,56	0,35	0,22	1,29	0,67	0,62	17,47	10,45	7,02	0,90	1,05	0,81
2	2,78	1,31	1,47	1,89	0,92	0,96	16,73	8,14	8,59	0,73	0,32	0,41	1,28	0,62	0,66	23,40	11,31	12,09	1,02	1,13	0,75
3	2,50	1,27	1,23	2,07	0,94	1,13	11,35	7,25	4,09	0,63	0,36	0,27	1,87	0,69	1,18	18,42	10,51	7,91	1,27	1,21	0,81
4	2,69	1,35	1,34	2,07	0,92	1,14	19,35	7,87	11,47	0,71	0,30	0,41	1,31	0,63	0,68	26,12	11,07	15,05	1,70	1,23	0,68
5	2,79	1,28	1,51	2,10	0,95	1,15	14,39	7,75	6,64	0,83	0,39	0,44	1,92	0,74	1,17	22,03	11,12	10,92	1,60	1,25	0,83
6	2,97	1,43	1,54	2,23	0,89	1,34	22,07	10,65	11,42	0,94	0,27	0,68	1,44	0,58	0,86	29,65	13,82	15,83	1,56	1,22	0,60
7	2,85	1,37	1,48	2,27	0,91	1,36	18,72	9,54	9,18	0,89	0,32	0,57	2,14	0,64	1,50	26,87	12,78	14,10	1,62	1,37	0,70
8	3,17	1,47	1,70	2,51	0,88	1,63	23,17	10,67	12,50	0,88	0,23	0,65	2,22	0,53	1,69	31,95	13,78	18,17	1,59	1,26	0,53
Gew.	2,40	1,29	1,11	2,02	0,93	1,09	13,43	7,62	5,81	0,62	0,34	0,29	1,40	0,66	0,74	19,88	10,83	9,05	1,10	1,11	0,78

- PPP-RL = Mindestbedarf
- Die EPPIK-Werte spiegeln nicht den Mindestbedarf wider.
- Berufsgruppe der Ergo- und Kreativtherapeut:innen (EPPIK) kann nicht direkt mit den Spezialtherapeut:innen (PPP-RL) verglichen werden

Der Vorteil von EPPIK ist:

- Konsensualler interdisziplinärer Prozess der Bestimmung von Tätigkeiten in der Behandlung
- Es geht nicht um absolute Minutenwerte, sondern die Prozesse in der Behandlung und daraus ableitbare Personalbedarfe
- Die genauen Minutenbedarfe sind auch von regionalen Gegebenheiten der Versorgung abhängig

PPP-RL

Aktuell zwei Schwerpunkte in der unterjährigen
Novellierung:

- Sanktionsregelungen
- Einführung der Einstufung der Patienten aufgrund
OPS

Krankenhausversorgungs- verbesserungsgesetz KHVVG

- Bisher 9 Stellungnahmen der Regierungskommission zur Krankenhausreform (SN 8 Psych, 10. SN in Arbeit: ambulante Versorgung + Schnittstellen zur stat. Versorgung)
- 24.04.24 Verabschiedung Gesetzentwurf zur KH-Reform im Bundeskabinett → parlamentarisches Verfahren → Zustimmung der Gesundheitsministerkonferenz nicht erforderlich → ab 01.01.25 in Kraft!
- Inhalte der 1. Entwurffassung:
 - Keine Level, sondern 65 Leistungsgruppen, ähnlich wie in NRW; mind. 3 FÄ pro LG
 - Finanzierung durch 60% Vorhaltevergütung pro LG (wenn Quali-Krit. + Mindestfallzahl erfüllt), 40% über DRGs; 5 Fächer (u. a. Pädiatrie) + Uniklinika zusätzl. Förderbeträge
 - Transformationsfond (50 Mrd. bis 2035) für Umwandlung in sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (ehemals Level-1i)
 - 2025/26 Zuordnung der Krankenhäuser zu Leistungsgruppen durch die Bundesländer
 - Ab 2027 Konvergenzphase → 2029 Finanzierungsreform abgeschlossen
- Psych-Fächer:
 - Leistungsgruppen: Psychiatrie (EP + PSM), KJPP
 - PEPP + PPP-RL werden fortgeführt

TOP 5 Wahl der Ombudsperson

Zur Wahl stellen sich auf Vorschlag des Vorstandes:

Manuela Elz

Dr. Sylke Ilg

Wahl

Frau Elz und Frau Dr. Ilg (in Abwesenheit)
wurden jeweils ohne Gegenstimme gewählt und
nahmen die Wahl an.

TOP 6 Berichte aus den AGs

- Frühe Kindheit (Herr Haas)
- Forensische Fragestellungen in der KJPP (Frau Wenzel berichtet für Herrn Weissbeck)
- Rehakliniken (Frau Volmer-Berthele)
- StäB (Frau Schlüter/Herr Joas)
- Tageskliniken (Frau Pünt)
- Tiefenpsychologische Therapie (Herr Flechtner)

AG Frühe Kindheit der BAG

Psychische Erkrankungen beginnen
nicht erst mit 6 Jahren

+

Kleine Kinder sind im besonderen
Maße abhängig von ihren
Bezugspersonen

Eltern-Kind-Behandlung muss in
Kinder- und Jugendpsychiatrien
angeboten werden

Aktivitäten

- Tagung zu „Seelischen Erkrankungen in der frühen Kindheit“ am 07.11.2023 in Marl
- Erstmals mit einem parallelen Programm für PED und ÄTD
- Regelmäßige Vikos der Steuerungsgruppe aus Aachen, Magdeburg, Marl, Schleswig
- Beteiligung an der S2-K-Leitlinie Frühe Kindheit

Themen

- Finanzierung
- Kooperation mit Erwachsenenpsychiatrie
- Personalausstattung
- Time out /Isolierung
- Umgang mit „schwierigen“ Eltern
- Entlastung der Eltern auf Station
- PED: Videointervention

Finanzierung

- **Psych-PV** Personalausstattung nach KJ1 und nicht KJ6.
 - **OPS-Code** (9-68) Eltern-Kind-Behandlung hat extrem hohe Anforderungen. Diese werden in Strukturprüfungen überprüft
 - Es gibt aber keine **PEPP**, die diese Kosten abbildet
 - Deutlich komplexere Behandlung:
3 „Patienten“: Kind, Elternteil, Interaktion
 - Diskussion: „eigene“ PEPP vs. erwachsenen-psychiatrische Behandlung und Abrechnung der Eltern
- aber: auch bei Abrechnung der Eltern ist Behandlung nicht wirtschaftlicher (Beispiel Mühlhausen)
- wissenschaftliche Beweise der Effektivität auch bzgl. der elterlichen Symptomatik mit langfristiger Wirkung notwendig
 - **Fazit:** Eltern-Kind-Behandlung ist derzeit **Zuschussgeschäft!**

Kooperation mit Erwachsenenpsychiatrie

- Oft schwierig, u. a. wegen unterschiedlicher Foci, Sprache u. a.
- Sehr unterschiedliche Modelle in verschiedenen Kliniken:
 - EW-Psychiater im Stationsteam (Alsterdorf)
 - gegenseitige Mitbetreuung der Kinder/Eltern bei KJP Eltern-Kind/Psych Mutter-Kind-Stationen (Magdeburg)
 - ambulante Mitbetreuung der Eltern (Schleswig, Marl)
- Grenzen und Möglichkeiten psychisch kranker Eltern!
Aufsichtspflicht!
- Anregungen: Beginn mit einem EW-Psychiater der „Lust“ hat,
Angebot: „Kinder als Angehörige“ – Sprechstunde (Stralsund)
- Klinik- Insellösungen! Kreativität gefragt!

Personalausstattung ärztl.- therapeutisch

- 1VK für 3 Patienten (und nicht 1VK/6), wenn Eltern Begleitpersonen
- Wenn Eltern gleichzeitig suffizient psychiatrisch behandelt werden können (Kitzberg-Klinik), ist Versorgung von 6 Patienten/VK möglich
- „spezielles“ Personal auf EKS?
- In einigen Kliniken schwierig, Interessent:innen für Station zu gewinnen

Personalausstattung PED

- Mehr PED als auf einer Regel-Kinderstation notwendig, im Gegensatz zu KJ1 oder gar KJ6
- jüngeres Alter und höheres Aggressionspotential der jungen Kinder
- Mehr Personen auf der Station mit entsprechend höherem Gesprächsbedarf
- Gute Ausbildung (Marte Meo, Krisenintervention) notwendig

Time out – verschiedene Ansätze

- Behavioural (Löschung), wird nicht mehr genutzt
- DBT-Ansatz (Skill), Regulationsmöglichkeit (häufig)
- Bindungsorientierung (Begleitung nötig durch PED/Eltern!)
- Krisenkonzept

- Einbettung in therapeutisches Konzept, wenn möglich!
- Cave: Kränkung der Eltern in Krisenintervention, wenn PED eingreift

- Eltern-Auszeit!?

Time out - Diskussion

- Unterschiedliche räumliche Situation (Kriseninterventionsraum, Multifunktionsraum, eigenes Zimmer, andere Station, Tagesklinik)
- Halten vs. Kriseninterventionsraum
- Herausnahme der anderen Eltern aus der Situation oft schwierig!
- Aus“halten“ oft wichtig, um Kind und Elternteil durch die Krise zu helfen, wann ist Grenze der EKS-Behandlung?
- Unterschiedliche Methoden für unterschiedliche Familien hilfreich
- Gute Personalausstattung mit adäquater Ausbildung unerlässlich für adäquate Krisenintervention
- „Spielregeln“ wichtig, möglichst vorher festlegen!

Umgang mit schwierigen/übergriffigen Eltern

- „gelbe“/“rote“ Karte
- Kriseninterventionsprotokoll (entwickelt vom PED Aachen)

Entlastung der Eltern auf Station

- Unterschiedliche Konzepte
- Zumeist haben Eltern komplette Aufsichtspflicht, Entlastung nur in Ausnahmefällen bei hoher Belastung der Eltern
- Betreuung der Kinder in Elterngruppen durch PED
- Teilweise Betreuungsangebot auch für Vorschulkinder, wenn Eltern Patienten sind (Mühlhausen)
- Trotzdem in allen Kliniken deutlich mehr Zeit, die Eltern mit Kindern verbringen

Ausblick

- Sammlung der in den Kliniken durchgeführten Diagnostik und Intervention mit Erfahrungswerten
- Verfahren/Durchführung/Vorteile/Nachteile
- Fragebogen wird entworfen, ggf. Auswertung als Forschungsprojekte über Magdeburg oder Aachen
- AG-Tagung 2024 in Mühlhausen am 07.11. - 08.11.2024

Bericht Dr. med. A. Wenzel

Bsp. Diskussion um Herabsetzung des Alters
der Strafmündigkeit

Haltung: macht keinen Sinn, weil es keine
adäquaten Einrichtungen gibt

Curriculum wird neu starten

Beiträge DGKJP

A. Wenzelberichtet aus AG Forensische Fragestellungen KJPP der DGKJP

Mitglieder

- **Marc Allroggen** (Sprecher), Angela Wenzel (stv. Sprecherin), Olaf Reiss, Steffen Weirich, Katja Wunsch, Frank Häßler, Wolfgang Weissbeck, Aglaja Stöver, Mona Mähler, Steffen Barra, Patricia Proske, Yulia Golub, Gerti Gradl-Ditsch, Petra Schwitzgebel
- **Email: forensik@dgkjp.de**
 - Weitere Mitgliederanfragen werden erst nach Erarbeitung der abschließenden Agenda (voraussichtlich Sommer 2024) bearbeitet

Regelmäßige Sitzungen

- Seit/in 2024
 - 15.01. und 4.3. Online
 - 24.06 Präsenz
 - Weitere in Planung

Ziel = Stärkung des Bereichs der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie u.a.

- Netzwerkarbeit und Sammlung bestehender Behandlungskonzepte
- Versorgungs- sowie Fortbildungsangebote und wissenschaftliche Initiativen.
- Qualitätssicherung von Gutachten (div. Rechtsbereiche)
- Verbesserung der Versorgungssituation bei Delinquenz + F Diagnose von Kindern und Jugendlichen
- Untersuchung und Identifikation von Prädiktoren für problematische Entwicklungsverläufe (Prävention von Jugend-MRV/Inhaftierung)

TOP ? : AG Forensik BAG-KJPP

Deutschlandweite Befragung zur Bestandsaufnahme zur klinischen Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit delinquentem Verhalten sowie Begutachtungspraxis

- Ergebnis: Trotz einer berichteten hohen Prävalenz von delinquenten Verhaltensweisen in der klinischen Versorgung ergaben sich deutliche Hinweise auf einen Mangel an qualifizierten Behandlungsangeboten. In Bezug auf die Begutachtungssituation zeigte sich zudem eine deutliche Heterogenität in der Qualität und Methodik.
- Vorstellung und Publikationen der Ergebnisse in Planung

Entwicklung eines standardisierten Instrumentes zur Auswertung von Gutachten in Bezug auf mögliche Prädiktoren für Tötungsdelikte

- Systematische GA Auswertung
- aktuell in Arbeit

Fortlaufende Aktivitäten:

- Beteiligung und Ausbau von Fort- und Weiterbildungsangeboten für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Juristinnen und Juristen (Curriculum for. KJP, Qualifikation gem § 37 JGG n.F.)
- Vernetzung relevanter Berufsgruppen
- Presseanfragen
- Diskussion um Herabsetzung des Strafmündigkeitsalters (§ 19 StGB)

AG Reha

WHO Januar 2023

- Rehabilitation is an essential part of universal health coverage along with promotion of good health, prevention of disease, treatment and palliative care.
- Rehabilitation helps a child, adult or older person to be as independent as possible in everyday activities and enables participation in education, work, recreation and meaningful life roles such as taking care of family.
- Globally, an estimated 2.4 billion people are currently living with a health condition that may benefit from rehabilitation.
- Currently, the need for rehabilitation is largely unmet. In some low- and middle-income countries, more than 50% of people do not receive the rehabilitation services they require. Emergencies including conflicts, disasters and outbreaks create enormous surges in rehabilitation needs while also disrupting rehabilitation services.
- Rehabilitation is an important part of universal health coverage and is a key strategy for achieving Sustainable Development Goal 3 – “Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages”.

AG Reha

Videotreffen im Rahmen CÄ-Reha 2/Jahr und persönliche Treffen der AG-Reha 2/Jahr

Themenfelder

- Zuweisungsumstellung 7/2023 seitens der RV mit Fokussierung auf die Wartezeit verhindert eine Orientierung an den Empfehlungen der Zuweisenden und der Qualität
- Begleitpersonenkonzepte in der Umsetzung sehr unterschiedlich genehmigt
- Umsetzung Personalvorgaben Psychosomatik weiterhin nicht erfolgt
- Keine Rehatherapiestandards für KJPP seitens der Rentenversicherung geplant
- Neue Standards der Reha-Anforderungen der GKV in der Ausarbeitung – Schiedsstellenverfahren aufgrund Berufsgruppenfestlegung

Forschungsarbeiten unter Mitgliederbeteiligung

- Ergebnisse KJPP Reha Follow-Up nach 2 Jahren (Rehawissenschaftl. Kolloquium 3/24)
- Beforschung Begleitpersonenkonzepte

Kongressbeteiligung

- ESCAP 2023 Symposium - Reha
- IACAPAP 2024 Symposium - Reha

AG StäB



- Mündlicher Bericht Frau Schlüter ist verhindert, Herr Joas berichtet
- Uneinheitliche Finanzierung
- Bilaterale Verhandlungen
- Austausch zwischen den KH wichtig (Bsp. BaWü)
- Austausch mit MDK
- Stark EP getrieben (was, wenn Kinder in der Schule sind etc.)
- Wie viele Gruppenangebote können gemacht werden?
- 2 meistens durchgewunken (ab 4 dann kein StäB mehr?)
- Abrupter Beginn und Ende Nachteil
- Wenn bayrisches Modell etabliert, spannende Entwicklung
- 21.08.2024 bundesweite StäB-Tagung geplant
- Beitrag auf DGKJP geplant (Best Practice-Modell)

AG tiefenpsychologische Psychotherapie



- Herr Flechtner und Herr Dupont berichten kurz von der letzten Tagung und weisen darauf hin, dass sie sich über die Teilnahme aller Kolleg*innen freuen, die in ihrer Funktion als Ausbildende Interesse an tiefenpsychologischen Fragen haben.
- 15.11.2024 Treffen in Tiefenbrunn
- Qualitätszirkelcharakter
- WB PT nach neuer WB-O PT Thema

TOP 7 Berichte aus den Nachbarverbänden



BKJPP (Gundolf Berg)

Grüße an BAG KJPP und herzliche Einladung zum BKJPP-Kongress in Weimar
14. - 16.11.2024

DGKJP (Michael Kölch)

Themen u. a.:

Nachwuchsgewinnung mit z. B. Imagefilmen

Medizinstudium-Reform weiter offen

Ausbau Geschäftsstelle/Professionalisierung

Leitlinien-Arbeit

DGKJP-Kongress Rostock 18. - 21.9.2024, Samstag Selbsthilfetag, Novum: BAG PED
integriert in Kongress, offene Tagung Suchtkommission, Beteiligung Careleaver u. a.

BAG PED (Marianne Klein berichtet für Thomas Linnemann)

Neuer Vorstand wurde gewählt; neuer Webauftritt [BAG PED Bundesarbeitsgemeinschaft \(bag-ped.de\)](https://www.bag-ped.de)

TOP 8: Tagungen/Termine

BAG-Tagungen

- Herbst 2024: 20. – 22.11.2024: Frau Pöchmüller, Ganderkesee
Persönliche Vorstellung, Schwerpunktthema Schule
- Frühjahr 2025: 02. – 04.04.2025: Herr Adam, Eberswalde
- Herbst 2025: 19. – 21.11.2025, Frau Donchin, Lübben
- Frühjahr 2026: 06. – 08.05.2026 Herr Florack, St. Joseph KH
Berlin Tempelhof (gem. m. BAG PED)
- Herbst 2026: 11. – 13.11.2026 Herr Staats, Flensburg
- Bewerbungen für Tagungen 2027 sind willkommen,
insbesondere auch aus der Mitte/dem Süden Deutschlands

TOP 8 – Tagungen/Termine



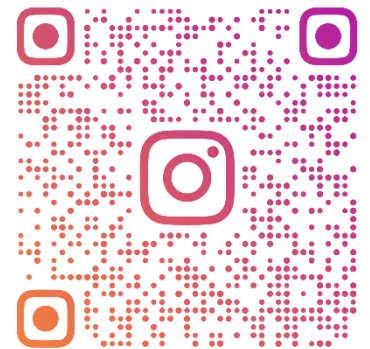
- 18. - 21.09.2024 DGKJP-Kongress in Rostock
- 14. - 16.11.2024 BKJPP-Tagung in Weimar
- 19./20.02.2025 Kommissionstag und 3-Verbände-Tag
- 20.02.2025 gem. VS-Sitzung BAG KJPP und BAG PED
- OÄ-FB 21.02.2025 Berlin, Vivantes Klinikum Friedrichshain
- 28.03.2025 Tagesklinikforum in Münster

TOP 9 Verschiedenes



- Info zu Jugendsuchtreha Dietrich-Bonhoeffer-Klinik Großkneten (A. Wenzel)

TOP 9: Existenzsicherung suchtmed. Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche



ALLTAG.SUCHTKLINIK

DEIN WEG

Suchtberatungsstelle

↓

Kennenlernen der Klinik

↓

Suchtberatung
Sozialbericht
Klinikbewerbung

↓

Entgiftung finden

↓

Entgiften

↓

6 Monate in der



ANSPRECHPARTNER*INNEN

Dr. Angela Wenzel
Chefärztin

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie (BAG, BKJPP, DGKJP)

Verwaltung

Telefon: 04435 9314-0
E-Mail: dbk@diakonie-ol.de

Stephanie Lawson-Niemann
Sozialdienst

Telefon: 04435 9314-10
E-Mail: stephanie.lawson@diakonie-ol.de



DIETRICH BONHOEFFER KLINIK

Träger:
Diakonisches Werk
Oldenburg

Federführender
Leistungsträger:
Deutsche Rentenversicherung
Oldenburg-Bremen

Dr.-Eckener-Str. 1-5
26197 Großenkneten/Ahlhorn

Telefon: 0 44 35 93 14 - 0
Fax: 0 44 35 93 14 - 14
E-Mail: dbk@diakonie-ol.de



www.dietrich-bonhoeffer-klinik.de



DIETRICH BONHOEFFER KLINIK



Fachklinik für junge Menschen mit Suchterkrankungen



EINE EINRICHTUNG DER
Diakonisches Werk
Im Oldenburger Land

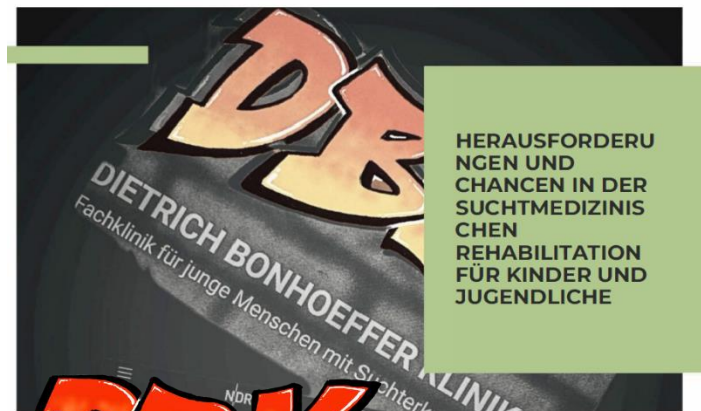
Stand: 06/2023 | Grafiken: Christian Marnett

Existenzsicherung suchtmed. Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche

A. Wenzel berichtet über Insolvenzlage der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik und bittet um Unterstützung

EIN ENTSCHEIDENDER MOMENT FÜR DIE SUCHTMEDIZINISCHE REHABILITATION JUNGER MENSCHEN

Unsere Herausforderungen gemeinsam meistern



DIETRICH
BONHOEFFER
KLINIK



FOLLOW US ON INSTAGRAM



ALLTAG.SUCHTKLINIK

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

als Mitglied der BAG möchte ich die prekäre Lage in der Versorgung abhängigkeiterkrankter junger Menschen aus Sicht der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik beleuchten.

Trotz anerkannter Standards und OPS Zusatz-Codes im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung nach SGB V, mangelt es in den Versorgungsstrukturen im Bereich SGB VI/IX an Anerkennung altersentsprechender evidenzbasierter Behandlungsstandards. Dies betrifft in der suchtmmedizinischen Reha insbesondere Kinderschutzaspekte und die Berücksichtigung von Komorbiditäten, was zu einer kritischen Unterfinanzierung und Schließungen von spezialisierten renommierten Abteilungen unter jugendpsychiatrischer Leitung in renommierten Häusern geführt hat.

TOP ? : Existenzsicherung suchtmed. Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche

UNSERE AKTUELLE SITUATION UND DER BLICK NACH VORNE

Die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik befindet sich seit dem 1. April in einem Insolvenzverfahren. Trotz dieser Herausforderungen konnte dank einer Einigung mit unseren Kostenträgern eine Basis für die Fortführung des evidenzbasierten suchtmedizinischen Rehabilitationsangebotes geschaffen werden. Diese Insolvenzlage sehe ich als eine Chance für eine zukunftsfähige Sanierung und als Startpunkt für die Anerkennung gesonderter Reha-Standards.



DANKE

Ich möchte an dieser Stelle meiner tiefen Dankbarkeit für die Unterstützung und Anteilnahme, die mir durch viele von Ihnen im Rahmen der BAG zuteilwurde, Ausdruck verleihen. Ohne Ihre Unterstützung und die vielen Gespräche mit Ihnen und sowie auch ehemaligen Mitgliedern der BAG hätte ich die Klinikleitung in diesen schwierigen Zeiten nicht aufrechterhalten können.

AUFRUF ZUR UNTERSTÜTZUNG



Ihre fortwährende Unterstützung und das Vertrauen in die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik sind weiterhin entscheidend. Ich möchte Sie daher bitten, geeignete Patientinnen und Patienten auch weiterhin an uns zu verweisen und uns bei der Überwindung dieser Krise zu unterstützen. Falls bei Ihnen im Hause die Aufnahme von überregionalen Patienten zur Durchführung eines qualifizierten Entzuges und Herstellung einer Rehabilitationsfähigkeit vor Beginn der Entwöhnungstherapie besteht, freue ich mich über entsprechende Hinweise.