

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Projekt

Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher –
Handlungsempfehlungen (Projektakürzung: KIJU-WE)

Abschlussbericht

Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention
seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und
Abstimmung von Handlungsempfehlungen

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	Seite 5
2. Einleitung	Seite 6
3. Struktur des Projektes inklusive Arbeits- und Zeitplan	Seite 7
4. Internetauftritt und Öffentlichkeitsarbeit	Seite 10
5. Vorbereitung und Durchführung des Workshops	Seite 10
5.1. Themenfeld und Workshop I: Herausforderung in der Versorgung	Seite 10
5.2. Themenfeld und Workshop II: Schnittstellen und Kooperation	Seite 11
5.3. Vorbereitungs- und Arbeitstreffen	Seite 12
5.4. Durchführung des ersten Workshops und Ergebnisse	Seite 13
5.5. Durchführung des zweiten Workshops und Ergebnisse	Seite 15
5.6. Inhaltliche Auswertung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen	Seite 16
5.6.1. Inhaltliche Auswertung	Seite 16
5.6.2. Abstimmung von Handlungsempfehlungen und Konsentierungsprozess	Seite 16
6. Ergebnisse	Seite 17
6.1. Katalog priorisierter Handlungsempfehlungen	Seite 17
6.1.1. Präambel	Seite 18
6.1.2. Priorisierte Handlungsempfehlungen vorrangig adressiert an das Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesgesetzgeber	Seite 19
6.1.2.1. Handlungsempfehlung 1 – Information sicherstellen und Partizipation stärken	Seite 20
6.1.2.2. Handlungsempfehlung 2 – Ambulante Komplexleistungen Ermöglichen	Seite 21
6.1.2.3. Handlungsempfehlung 3 – Vorstationäre Behandlung stärken	Seite 25
6.1.2.4. Handlungsempfehlung 4 – Partizipative, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Verbund	Seite 26

6.1.2.5.	Handlungsempfehlung 5 – Berücksichtigung Besonderer Behandlungsbedarfe	Seite 28
6.1.2.6.	Handlungsempfehlung 6 – Arzneimitteltherapie – Sicherheit Off-Label-Use stärken	Seite 30
6.1.2.7.	Handlungsempfehlung 7 – Ambulante, mobil-Aufsuchende Rehabilitation aufbauen	Seite 32
6.1.2.8.	Handlungsempfehlung 8 – Präventionsempfehlung erweitern	Seite 34
6.1.2.9.	Handlungsempfehlung 9 – Versorgungsforschung weiter ausbauen	Seite 35
6.1.3.	Priorisierte Handlungsempfehlung vorrangig adressiert an die Selbstverwaltung und den Gemeinsamen Bundesausschuss	Seite 37
6.1.3.1.	Handlungsempfehlung 10 – Personenzentrierung Statt Sektorübergreifende Leistungsabschlüsse	Seite 37
6.1.3.2.	Handlungsempfehlung 11 – Intensivierte und aufsuchende Behandlung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen	Seite 38
6.1.3.3.	Handlungsempfehlung 12 – Richtlinienpsychotherapie – ländliche Versorgung gleichstellen	Seite 39
6.1.3.4.	Handlungsempfehlung 13 – Angehörigengruppen ermöglichen und Bezugspersonen bedarfsgerecht einbeziehen	Seite 40
6.1.3.5.	Handlungsempfehlung 14 – Richtlinie Personalausstattung weiterentwickeln	Seite 42
6.1.3.6.	Handlungsempfehlung 15 – Flexibilisierung der stationsäquivalenten Behandlung	Seite 43
6.1.3.7.	Handlungsempfehlung 16 – Modellvorhaben nach Paragraf 64 b Sozialgesetzbuch V fortschreiben	Seite 45

6.1.3.8.	Handlungsempfehlung 17 – Sozialpädiatrische Zentren – Flexibilität in der Behandlung erhöhen	Seite 46
6.2.	Weitere angeführte Handlungsbedarfe und vorgeschlagene Handlungsoptionen aus den Stellungnahmen	Seite 47
6.3.	Bewertung der Ergebnisse	Seite 51
7.	Gender Mainstreaming Aspekte	Seite 52
8.	Verbreitung der Projektergebnisse	Seite 53
8.1.	Abschlussveranstaltung	Seite 53
8.2.	Publikationen und Medien	Seite 54

Anhang

1. Zusammenfassung

Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in einem beteiligungsorientierten Prozess war die Zielsetzung des Projektes. Grundlage bildeten die Ergebnisse des ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts "Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse". Zentrale Themenstellungen waren zum einen die Herausforderungen in der Versorgung in Bezug auf die Weiterentwicklung der Angebote im ambulanten und klinischen Sektor mit dem besonderen Fokus der Patienten- bzw. Personenzentrierung und der Partizipation. Zum anderen wurden die Schnittstellen und Kooperationsverpflichtungen in Bezug auf sektorübergreifende Versorgung und Einbindung der Selbsthilfe umfassend bearbeitet.

Durch Einholung von Stellungnahmen, die Durchführung von zwei Expertenworkshops, Arbeitstreffen und die Einrichtung eines Beirates konnte die Beteiligung von Expertinnen und Experten aus Selbsthilfe, Fach- und Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Leistungsträgern und Wissenschaft und Praxis durchgängig sichergestellt werden. Aus der Vielzahl von eingereichten und diskutierten Handlungsoptionen konnten insgesamt 17 Handlungsempfehlungen priorisiert und weitgehend mit den Verbänden, Fachgesellschaften und der Selbsthilfe konsentiert werden.

An das Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesgesetzgeber wurden Empfehlungen adressiert, die die gesetzliche und fachliche Weiterentwicklung in Bezug auf Gesetzgebung und Gestaltungsoptionen des Ministeriums im Fokus haben:

- Information sicherstellen und Partizipation stärken
- Ambulante Komplexleistung ermöglichen
- Vorstationäre Behandlung stärken
- Partizipative integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Verbund
- Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe
- Arzneimitteltherapie – Sicherheit Off-Label-Use stärken
- Ambulante und mobile medizinische Rehabilitation aufbauen
- Präventionsempfehlung erweitern
- Versorgungsforschung weiter ausbauen.

In Richtung der Selbstverwaltung und des gemeinsamen Bundesausschusses wurden Empfehlungen zu deren Wirkungskreis priorisiert:

- Personenzentrierung statt sektorübergreifende Leistungsausschlüsse
- Intensivierte und aufsuchende Behandlung in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen
- Richtlinienpsychotherapie – ländliche Versorgung gleichstellen

- Angehörigengruppen ermöglichen und Bezugspersonen bedarfsgerecht einbeziehen
- Richtlinie Personalausstattung weiterentwickeln
- Flexibilisierung der stationsäquivalenten Behandlung
- Modellvorhaben nach Paragraf 64 b Sozialgesetzbuch V fortschreiben
- Sozialpädiatrische Zentren – Flexibilität in der Behandlung erhöhen.

In einer Abschlussveranstaltung wurden die Ergebnisse des Projektes der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Das Erfahrungswissen der Selbsthilfe und professionelles Expertenwissen aus den Fach- und Berufsverbänden bzw. den Fachgesellschaften konnte partizipativ und fachlich umfassend in den Erarbeitungsprozess integriert werden. Dieses beteiligungsorientierte Format hat sich bewährt und es bestand weitgehender Konsens, dass eine Fortsetzung der Einbindung der Sicht von Expertinnen und Experten aus der Selbsthilfe, den Fach- und Berufsverbänden und den Fachgesellschaften in der nächsten Legislatur zu empfehlen ist.

2. Einleitung

Im Zentrum des Projektes stand die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen, die aufzeigen sollen, wie Weiterentwicklung und Verbesserung der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im Sozialgesetzbuch V und Schnittstellenbereichen erreicht werden kann. Zur Zielerreichung war die Einbeziehung der Verbände der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Selbsthilfe, der Fachverbände und -gesellschaften sowie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Planungsverantwortliche maßgeblich.

Das ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt "Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse" bildete die Grundlage für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen. In diesem Projekt wurde eine Analyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland geleistet. Demnach ist in Deutschland ein breites und in mehreren Sozialgesetzbüchern (z. B. Sozialgesetzbuch V, Sozialgesetzbuch VIII, Sozialgesetzbuch IX, Sozialgesetzbuch XII etc.) verortetes Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten aufgebaut worden. Insbesondere auf Grund der vielen Schnittstellen, teilweise institutionell orientierter und regional ungleicher Angebotsstrukturen sowie nicht ausreichender partizipativer Ausrichtung weist das Versorgungssystem für die Betroffenen jedoch partiell qualitative und strukturelle Probleme auf. Es sollte insgesamt im Sinne einer zielgerichteten und personenzentrierten Prävention, Diagnostik und Behandlung verbessert werden. Vergleiche Bericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse – **Download Projektbericht**.

Die Beteiligung der Fach- und Verbändeexpertise wurde durch Einholung von Stellungnahmen, Arbeitstreffen und zwei Expertenworkshops sichergestellt. Auf der Grundlage der Bestandsaufnahmen und der dort formulierten Handlungsbedarfe wurden folgende Themen für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen priorisiert:

Themenfeld 1: Herausforderung in der Versorgung

- kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Behandlung einschließlich ärztlicher und psychologischer Psychotherapie für Kinder und Jugendliche;
- rechtsgebietsübergreifendes Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe;
- Adoleszentenversorgung, Transition;
- Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen;
- Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance von Kinderrechten und Elternrechten;
- Schutzkonzepte in Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie Belastung von Mitarbeitenden und deren Schutz vor Übergriffen von Jugendlichen;
- Versorgung im ländlichen Raum, Fachkräftemangel.

Themenfeld 2: Schnittstellen und Kooperation

- Zukunftsorientierte Behandlungsformen jenseits bestehender Sektorgrenzen;
- Besondere Zielgruppen: Kinder und Jugendliche mit (weiteren) Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen; geflüchtete Kinder und Jugendliche; Kinder und Jugendliche mit besonderen Risikofaktoren, z. B. Kinder psychisch und/oder suchtkranker Eltern;
- Kooperationsverpflichtungen im Sinne der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen - Vernetzung, Schnittstellen;
- Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen;
- Familienselbsthilfe, Selbsthilfe erkrankter Jugendlicher;
- Versorgungsforschung.

3. Struktur des Projektes incl. Arbeits- und Zeitplan

Der Projektbeginn war planmäßig der 01.02.2020. In dem Projektzeitraum wurden zwei Expertenworkshops veranstaltet, in denen die identifizierten und priorisierten Handlungsbedarfe aufgriffen, themenspezifisch diskutiert und Empfehlungen abgeleitet wurden. Parallel wurde ein Projektbeirat eingerichtet, dessen Aufgabe es war, die

Komprimierung und Redaktionsarbeit der Handlungsempfehlungen gemeinsam mit der Projektleitung durchzuführen.

Die Expertenworkshops wurden von der Projektleitung, der wissenschaftlichen Mitarbeit und dem Projektmanagement, in Teilaspekten unter Einbezug der Aktion Psychisch Kranke-Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, vorbereitet.

Der Vorbereitung dienten Arbeitstreffen im Vorfeld und die Einholung von Stellungnahmen. Im Rahmen der Vorbereitung wurden jeweils erste Vorschläge für konkrete Handlungsoptionen entwickelt, die die Schwerpunktthemen der Workshops bestimmten.

Die Ergebnisse dieses Projektes wurden unter dem Dach des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in einem Abschlussworkshop am 01.06.2021 präsentiert.

Expertengruppe

Die Besetzung der Expertenworkshops wurde auf max. 40 Expertinnen und Experten einschließlich der Projektleitung und der ministeriellen Vertretungen begrenzt und orientierte sich an den Gremienstrukturen des Projektes „Bestandsaufnahme“ mit wenigen Erweiterungen. Die Begrenzung war notwendig, um eine effiziente Diskussions- und Arbeitsstruktur der Workshops zu ermöglichen. Die Auswahl von einzuladenden Expertinnen und Experten bzw. Verbändevertretungen wurde im Februar 2020 von der Projektleitung getroffen (siehe Liste im Anhang). Die Einladung erfolgte noch im gleichen Monat und musste auf Grund der pandemiebedingten Absage und Verschiebung in den August erneut erfolgen.

Beirat

Im Anschluss an die Durchführung des ersten Expertenworkshops wurde ein Beirat von 10 Personen bestimmt, der die Komprimierung und Redaktionsarbeit für die Empfehlungen gemeinsam mit der Projektleitung und der Aktion Psychisch Kranke nach dem ersten und zweiten Workshop durchgeführt hat und in der Abschlussphase die Empfehlungen beraten hat. Zuvor gab es noch für die Teilnehmenden des Expertenworkshops Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entwurf.

Als Beiratsmitglieder sind die folgenden Personen benannt worden: Dr. Myriam Bea (ADHS Deutschland), Peter Lehndorfer (Bundespsychotherapeutenkammer), Prof. Dr. Renate Schepker (Zentrum für Psychiatrie, Baden-Württemberg, Expertin Vorprojekt), Dr. Maik Herberhold (niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie), Prof. Dr. Jörg Fegert (Projektleitung), Prof. Dr. Michael Kölch (Projektleitung), Jörg Holke (Projektleitung/Koordination). Dr. Christina Schilling (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Janett Engel (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), Anja Röske (Deutsche Krankenhausgesellschaft). Insgesamt erfolgten vier Beiratstreffen im Projektzeitraum (01.10.2020 in Berlin; 25.11.2021, 03.03.2021, 04.05.2021 per Videokonferenz). In der letzten Beiratssitzung waren die Vertretungen der Selbstverwaltung auf eigenen Wunsch nicht beteiligt. Die weiteren Abstimmungen wurden überwiegend per Mailverfahren gewährleistet.

Zeitplanung – Meilensteine

Pandemiebedingt waren ein Teil der geplanten Arbeitstreffen und der erste Workshop im zweiten Quartal nicht durchführbar. Zudem war die Beteiligung der Expertinnen und Experten coronabedingt zwischenzeitlich nur eingeschränkter möglich als vorgesehen. In Absprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit wurde der Zeitplan des Projektes zweimal angepasst und Verlängerungsanträge gestellt. Die Gesamtlaufzeit des Projektes hat sich insgesamt um 6,5 Monate verlängert. Das Ende des Projektes wurde auf den 15.07.2021 terminiert.

Meilensteine Zeiträume:

Beginn des Projektes	01.02.2020
Vorbereitungsphase	Februar bis Mai 2020
Mitarbeitende eingestellt	01.02.2020
Teilnehmende Expertinnen und Experten für den ersten Workshop benannt	01.03.2020
Möglichkeit der Stellungnahme für ersten Expertenworkshop eröffnet	01.03.2020
Aufruf zur Stellungnahme erfolgt	01.03.2020
Internetpräsenz hergestellt	01.03.2020
Veränderung Projektzeitplanung Projekt KIJU WE (gegenüber Antrag)	01.06.2020
Vorbereitende Arbeitstreffen durchgeführt	30.06.2020
Auswertung von Stellungnahmen	10.07.2020
Organisation des ersten Expertenworkshops erfolgt	15.08.2020
Erster Expertenworkshop „Herausforderungen in der Versorgung“ durchgeführt	23.09.2020
Benennung der Mitglieder des Beirates erfolgt	23.09.2020
Auswertung des ersten Expertenworkshops erfolgt	30.09.2020
Möglichkeit der Stellungnahme für zweiten Expertenworkshop eröffnet	30.09.2020
Vorbereitende Arbeitstreffen durchgeführt; Auswertung von Stellungnahmen und Bericht an Bundesministerium für Gesundheit erfolgt	30.09.2020
Organisation des zweiten Expertenworkshops erfolgt	30.09.2020
Zwischenbericht durch Aktion Psychisch Kranke erstellt	30.09.2020
Zweiter Expertenworkshop „Schnittstelle und Kooperation“ durchgeführt und Bericht an Bundesministerium für Gesundheit erfolgt	15.11.2020
Auswertungen des zweiten Workshops erfolgt	01.12.2020
Abstimmung im Beirat und den Aktion Psychisch Kranke-Gremien erfolgt	15.02.2021
Erster Entwurf priorisierter und möglichst konsentierter Empfehlungen	

erarbeitet	28.02.2021
Entwurf des Empfehlungskatalog dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt	28.02.2021
Überarbeitete Entwurfsfassung den Teilnehmenden der Workshops für die letzte Rückmeldeschleife übermittelt	15.03.2021
Rückmeldungen der Expertinnen und Experten ausgewertet	30.04.2021
Vierte und letzte Beiratssitzung durchgeführt	15.05.2021
Entwurf des Empfehlungskataloges dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt	15.05.2021
Abschlussveranstaltung des Projektes unter dem Dach des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen	15.06.2021
Ergebnisse in den Psychiatriedialog übermittelt	15.07.2021
Abschlussbericht erstellt	15.07.2021
Ende des Projekts	15.07.2021

4. Internetauftritt und Öffentlichkeitsarbeit

Zur Bekanntmachung des Projektes wurde eine Internetpräsenz eingerichtet [Startseite KIJU Projekt Handlungsempfehlungen](#). Ähnlich wie im Projekt KIJU BB gestaltet sich diese aus einer Startseite, mehreren Seiten zu Inhalten und Zielen, Workshops, Stellungnahmen, Materialien, Projektteam, Projektträgern sowie Aktuelles und mehreren Seiten zur Bedeutung und zum Hintergrund, zu den psychischen Erkrankungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren. Die Homepage wurde fortlaufend aktualisiert und bildete das zentrale Informationsmedium, insbesondere wurden die schriftlichen Stellungnahmen zum ersten Workshop eingestellt. Auf die Informationsmöglichkeit in der Homepage wurde in allen Schreiben und auf allen Veranstaltungen hingewiesen. Zudem wurden in den psychiatrierelevanten Gremienstrukturen der Verbände (Kontaktgespräch Psychiatrie, Fachausschüsse Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Deutscher Verein, Fachgesellschaften) und auf diversen Fachtagungen über das Projekt berichtet.

5. Vorbereitung und Durchführung der Workshops

5.1 Themenfeld und Workshop I: Herausforderung in der Versorgung

Die gezielte Einladung zur Stellungnahme an alle relevanten Verbände zum ersten Themenfeld bzw. ersten Workshop erfolgte am 12.03.2020. Der priorisierte Verteiler umfasste ca. 100 Verbände (einschließlich Jugendhilfe und Wohlfahrtspflege). Insgesamt haben 25 Verbände eine Stellungnahme zum 1. Workshop eingereicht. Aus der Jugendhilfe und der Wohlfahrtspflege trafen nur wenige Stellungnahmen ein. Einige

Verbände haben bereits in ihrer Stellungnahme zum 1. Workshop Themen des 2. Workshops „Schnittstellen und Kooperation“ behandelt.

Die pandemiebedingte Umstellung des Zeitplans des Projektes hatte auch zur Folge, dass die Einreichungsfristen für die Stellungnahmen zum ersten Workshop verlängert wurden.

Alle 25 Stellungnahmen wurden auf der Internetseite des KIJU WE-Projektes eingestellt. Die Stellungnahmen wurden quantitativ und qualitativ in Bezug auf Entwicklungsbedarfe und Handlungsempfehlungen ausgewertet (Clusterung, Häufigkeitsverteilung – siehe Anlage).

Die Auswertung der Stellungnahmen sowie die Clusterung mit der Häufigkeitsverteilung wurden am 15.07.2020 dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelt.

Folgende Schwerpunktthemen konnten herausgefiltert und als Diskussionsgrundlage für den ersten Workshop genutzt werden:

1. Ambulante Komplexleistung, Sozialpsychiatrievereinbarung
2. Krankenhausbehandlung inklusive stationsäquivalente Behandlung
3. Ambulante Psychotherapie, Richtlinien, Bedarfsplanung, Struktur
4. Behandlungsplan, Einzelfallbezogene Koordination, Versorgungsmanagement
5. Selbstbestimmung, Partizipation, Selbsthilfe
6. Krisenhilfe
7. Arzneimitteltherapie
8. Telemedizin (Querschnittsthema)
9. Versorgung ländlicher Raum, Fachkräftemangel (Querschnittsthema)
10. Psychische Gesundheit, Primäre Prävention

5.2 Themenfeld und Workshop II: Schnittstellen und Kooperation

Die gezielte Einladung zur Stellungnahme an alle relevanten Verbände aus dem Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte am 10.09.2020. Der Verteiler umfasste ca. 120 Verbände (einschl. Jugendhilfe und Wohlfahrtspflege). Insgesamt haben 18 Verbände eine neue Stellungnahme zum 2. Workshop eingereicht. Acht Verbände haben bereits in ihrer Stellungnahme zum 1. Workshop Themen des 2. Workshops „Schnittstellen und Kooperation“ behandelt.

Alle 26 Stellungnahmen wurden auf der Internetseite des KIJU WE-Projektes eingestellt. Die Stellungnahmen wurden quantitativ und qualitativ in Bezug auf Entwicklungsbedarfe und Handlungsempfehlungen in gleicher Weise wie Workshop 1 ausgewertet (Clusterung, Häufigkeitsverteilung – siehe Anlage).

Die Auswertung der Stellungnahmen sowie die Clusterung mit der Häufigkeitsverteilung wurden fristgerecht am 22.10.2020 dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelt.

Folgende Schwerpunktthemen konnten herausgefiltert und als Diskussionsgrundlage für den zweiten Workshop genutzt werden:

1. Sektorübergreifende Behandlung nach Sozialgesetzbuch V
2. Kooperationsverpflichtungen, patientenbezogen
3. Adäquates, rechtsgebietsübergreifendes Entlass-Management in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
4. Kinder- und jugendpsychiatrische Verbände bzw. Kooperationsverbände
5. Besondere Zielgruppen wie z. B. Kinder und Jugendliche mit weiteren Beeinträchtigungen und geflüchtete Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen (auch mit der Familie geflüchtete Kinder und Jugendliche)
6. Medizinische Rehabilitation bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen
7. Versorgungsforschung

5.3 Vorbereitungs- und Arbeitstreffen

Zu Vorbereitung der Workshops und mit der Zielsetzung der Beteiligung und Einholung von Fachexpertise fanden diverse Arbeits- und Vorbereitungstreffen statt, zum Beispiel:

- 13.03.2020 Arbeitstreffen Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband), Berlin 12 Teilnehmende
- 17.03.2020 Verbändetreffen Psychiatrie 1, Köln, 14 Teilnehmende
- 28.03.2020 Fachausschuss Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Köln, 10 Teilnehmende
- 15.07.2020 Verbändetreffen Psychiatrie 2, Videokonferenz, 15 Teilnehmende
- 11.08.2020 Fachausschuss Deutscher Verein, Hybridveranstaltung Berlin, 20 Teilnehmende
- 14.08.2020 Arbeitstreffen Bundesministerium für Gesundheit-Dialog und Projekt KIJU-WE, München, 8 Teilnehmende
- 03.09.2020 Verbändetreffen gemeinsam mit Bundesministerium für Gesundheit-Dialog, Videokonferenz, 10 Teilnehmende Kinder- und Jugendverbände
- 12.10.2020 Arbeitsgruppe Ambulante Komplexeleistungen, 9 Teilnehmende
- 02.12.2020 Verbändetreffen Psychiatrie 3, Videokonferenz, 15 Teilnehmende
- 03.12.2020 Verbändetreffen gemeinsam mit Bundesministerium für Gesundheit-Dialog, Videokonferenz, 5 Teilnehmende Kinder- und Jugendverbände

Die Organisation der Vorbereitungstreffen und Ergebnisdokumentation wurden durch das Projektmanagement gewährleistet. Geplante Treffen im April, Mai und Juni und teilweise im November oder Dezember 2020 konnten pandemiebedingt nicht stattfinden.

Ersatzweise fanden Video- und Telefonkonferenzen und eine Vielzahl von Einzelgesprächen statt.

5.4 Durchführung des ersten Workshops und Ergebnisse

Auf der Grundlage der Auswertung der Stellungnahmen und der Arbeitstreffen wurde folgendes Programm entworfen:

Workshop "Herausforderungen in der Versorgung" am 23. September 2020 in Bonn

Programm

10.00 Begrüßung
Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit
Dr. Thomas Stracke
Einführung
Prof. Michael Kölch, Prof. Jörg Fegert, Jörg Holke

Schwerpunktthemen

10.20 Ambulante Komplexleistungen
Impuls: Dr. Gundolf Berg
Ambulante RL-Psychotherapie
Impuls: Wolfgang Schreck

11.35 Kaffeepause

11.50 Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung
Impuls: Prof. Renate Schepker

13.00 Mittagspause

13.45 Adolozenterversorgung
Impulse: Prof. Marcel Romanos, Prof. Martin Holtmann

14.30 Rechte von Kindern und Jugendlichen: Information und Partizipation
Impulse: Prof. Jörg Fegert, Prof. Michael Kölch, Dr. Myriam Bea

15.30 Kaffeepause

15.45 Weitere Themen (unter anderem Prävention, Telemedizin,
Arzneimitteltherapie)

16.45 Weiteres Vorgehen

17.00 Ende des Workshops

Der erste Expertenworkshop konnte mit einem den NRW-Vorgaben entsprechenden Sicherheitskonzept am 23.09.2020 in Bonn wie geplant durchgeführt werden. Insgesamt haben 30 Expertinnen und Experten aus den Reihen der Leistungserbringer und

Leistungsträger teilgenommen. Drei Expertinnen und Experten folgten auf Grund fehlender Dienstreisegenehmigungen virtuell via Videokonferenz der Veranstaltung: Herr Dr. Rusche (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg; Gesundheitsministerkonferenz), Frau Dr. Schilling (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und Frau Woyke (Referentin – Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs). Herr Prof. Holtmann wurde als externer Gast geladen und ergänzte die Runde durch themenspezifische Beiträge. Hinzukommend zu den 30 Teilnehmenden folgten insgesamt vier Vertretende aus Fachreferaten des Bundesministeriums für Gesundheit virtuell die Veranstaltung.

Nach der Begrüßung durch Michael Kölch, Thomas Stracke und Jörg Fegert konnten die vorgeschlagenen Tagesordnungspunkte eingeleitet durch Impulsbeiträge abgearbeitet werden. Die Anmeldung von Beiträgen auf Stichwortkarten erleichterte den strukturierten Ablauf.

Gundolf Berg legte als Vertreter des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. in einem Impulsvortrag die Bedeutung und die Grundlagen der ambulanten Komplexleistung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen dar.

Norbert Schreck stellte anschließend als Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer in seinem Impulsbeitrag die Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer zu Handlungsbedarfen zur Weiterentwicklung der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie dar und skizzierte mögliche Handlungsempfehlungen.

Das Thema der Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung wurde durch einen Vortrag von Renate Schepker als Expertin des KIJU Vorprojektes „Bestandsaufnahme“ eingeleitet und anschließend durch die Expertinnen und Experten diskutiert.

Martin Holtmann, Ärztlicher Direktor, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm, als Gast und Marcel Romanos als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. führten mit einem gemeinsamen Impulsbeitrag in die Thematik der Adolozentenversorgung ein.

Die Rechte von Kindern und Jugendlichen und die Bedeutsamkeit von Information und Partizipation wurde zunächst durch Jörg Fegert aufgegriffen und durch Myriam Bea als Vertreterin von ADHS Deutschland e.V. ergänzt. In dem abschließenden inhaltlichen Teil des Workshops wurden als weitere Themen Prävention, Arzneimitteltherapie und Telemedizin behandelt.

In der Diskussion und der Erörterung der Themenfelder konnte eine Einigung über die Schwerpunktsetzung bei den Empfehlungen und deren Ausrichtung erreicht werden. Zum ersten Themenbereich der ambulanten Komplexleistung wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, um den Konsentierungsprozess der Handlungsempfehlungen zu unterstützen. Zum Abschluss wurden Verabredungen zum weiteren Vorgehen getroffen.

5.5 Durchführung des zweiten Workshops und Ergebnisse

Auf der Grundlage der Auswertung der Stellungnahmen und der Arbeitstreffen wurde in Orientierung an den ersten Workshop ein Programm für den zweiten Workshop entworfen. Die Einladung an die Expertengruppe erfolgte mit dem Vorschlag zum Programm:

Workshop "Schnittstellen und Kooperation" am 27. Oktober 2020 als Videokonferenz

Programm

10.00	Begrüßung Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Jörg Fegert Bundesministerium für Gesundheit Simone Strecker
Schwerpunktthemen	
10.20	Setting- bzw. sektorübergreifende Behandlung nach Sozialgesetzbuch V: Vernetzung, Schnittstellen, Kooperationsverpflichtung Impulse: Prof. Dr. Renate Schepker, Dr. Gundolf Berg Rechtsgebietsübergreifendes Entlassmanagement Impuls: Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Jörg Fegert Psychosoziale Verbände/Kooperationsverbände Impuls: Antje Arnolds
12.00	Mittagspause
12.30	Besondere Zielgruppen (z. B. mit weiteren Beeinträchtigungen, geflüchtete Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen) Impulse: Prof. Dr. Klaus Hennicke, Thorsten Sukale
13.45	Medizinische Rehabilitation bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen Impuls: Prof. Dr. Martin Holtmann
14.15	Kaffeepause
14.30	Versorgungsforschung Impuls: Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Jörg Fegert
15.45	Weiteres Vorgehen
16.00	Ende des Workshops

Der zweite Expertenworkshop konnte am 28.10.2020 wegen der Pandemie nur als Videokonferenz durchgeführt werden. Insgesamt waren 36 Expertinnen und Experten aus den Reihen der Leistungserbringer und Leistungsträger der Einladung gefolgt.

Die vorgeschlagenen Tagesordnungspunkte konnten wie im Programm vorgesehen und eingeleitet durch Impulsbeiträge, bearbeitet werden.

Renate Schepker (Expertin aus Vorprojekt) und Gundolf Berg vom Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. legten in einem gemeinsamen Impulsvortrag die Bedeutung und die Grundlagen der sektorübergreifenden Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie dar.

Michael Kölch und Jörg Fegert skizzierten anschließend das rechtsgebietsübergreifende Entlass-Management.

Das Thema der psychosozialen Verbände / Kooperationsverbände wurde durch einen Vortrag von Antje Arnolds eingeleitet und anschließend durch die Expertinnen und Experten diskutiert.

Klaus Hennicke und Thorsten Sukale führten in ihren Impulsbeiträgen in die Thematik der besonderen Zielgruppen ein. Klaus Hennicke widmete sich hierbei den Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und Thorsten Sukale den geflüchteten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen.

Die medizinische Rehabilitation bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen wurde durch Martin Holtmann aufgegriffen und durch die Expertinnen und Experten anschließend in der Diskussion ergänzt.

Abschließend referierten Michael Kölch und Jörg Fegert zu dem Themenbereich der Versorgungsforschung.

In der Diskussion und der Erörterung der Themenfelder konnte auf der Grundlage der Impulse und eine Einigung über die Schwerpunktsetzung bei den Empfehlungen und deren Ausrichtung erreicht werden.

5.6 Inhaltliche Auswertung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen

5.6.1 Inhaltliche Auswertung

Die erste inhaltliche Auswertung erfolgte in der Projekt-Geschäftsstelle in Abstimmung mit der Projektleitung und diente als Vorlage für den Beirat. Die Stellungnahmen und Workshopbeiträge wurden qualitativ in Bezug auf die formulierten Hauptaussagen in Richtung Handlungsbedarfe und daraus resultierenden Handlungsempfehlungen ausgewertet. Quantitativ wurde die Häufigkeit von angesprochenen Handlungsfelder ermittelt, um so auch die Priorisierung zu erleichtern, Erste Priorisierungsvorlagen wurden diskutiert und entwickelt. Als inhaltliche Vorgabe für die Priorisierung wurde die Nachhaltigkeit, die Trag- und Reichweite und die Konsensoptionen definiert.

5.6.2 Abstimmung von Handlungsempfehlungen und Konsentierungsprozess

Die Fortschreibung und Zusammenfassung wurden prozessorientiert mit dem Beirat und den Aktion Psychisch Kranke-Gremien rückgekoppelt. In der zweiten und dritten Beiratssitzung wurden Priorisierung, Adressierung und Konsentierungsmöglichkeiten diskutiert. In Bezug auf die Adressierung war es notwendig zwei Adressatengruppen zu

unterscheiden. Die Handlungsempfehlungen waren in einem Teil auf gesetzliche Änderungen im Sozialgesetzbuch V und auf Verantwortungsbereiche des Bundesministeriums für Gesundheit ausgerichtet. In einem zweiten Bereich waren die Adressaten der Gemeinsame Bundesausschuss und dort zuzuordnende Richtlinien (Selbstverwaltung hier als tragende Säule) und die Krankenkassen insbesondere in Bezug auf die Vereinbarungs- und Vertragsebene.

Die Vertretungen der Selbstverwaltung nahmen in der Expertengruppe und im Beirat aus ihrem Selbstverständnis heraus, aber auch dadurch, dass sie bei der strukturellen und ökonomischen Umsetzung zu entwickelnder Handlungsempfehlungen vorrangig in der Verantwortung stehen, eine Sonderrolle im Sinne einer beratenden und begleitenden Funktion ein. Dies hatte sich bereits in der Phase der Einholung von Stellungnahmen gezeigt. Seitens des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist keine Stellungnahme zu den Workshops erfolgt.

Im Beirat haben sich die Vertreterinnen der Selbstverwaltung mit ihren Anregungen und Bedenken eingebracht, was äußerst hilfreich für den Abstimmungsprozess bezüglich der Handlungsempfehlungen war.

Im Laufe der Beiratsarbeit hat sich die Sonderrolle dadurch verstärkt, dass die Mehrzahl der priorisierten Handlungsempfehlungen entweder an die Selbstverwaltung mitadressiert sind oder aktuelle Abstimmungsverfahren innerhalb der Selbstverwaltung und dort auch möglicherweise heterogene Sichtweisen berühren (insbesondere das Richtlinienverfahren zu Paragraf 92 6 b Sozialgesetzbuch V).

Die Vertretungen der Selbstverwaltungen haben sich in der Phase der Letztabstimmung der Handlungsempfehlungen entsprechend nicht mehr positioniert. Gleichwohl sind die Anregungen und Bedenken und die erzielten Kongruenzen mit den Vertretungen der Selbstverwaltung in die Letztabstimmung eingeflossen.

Zur Letztbeteiligung der Expertengruppe wurde der mit den fachlichen Beiratsmitgliedern abgestimmte Entwurfskatalog der priorisierten Handlungsempfehlungen den Mitgliedern zur Bewertung übermittelt. Rückmeldungen sind von 20 Expertinnen und Experten in Bezug auf die priorisierten Handlungsempfehlungen erfolgt. Die Empfehlungen wurden überwiegend bis auf wenige Ausnahmen positiv bewertet. Zu einzelnen Empfehlungen wurden Ergänzungs- und Änderungsvorschläge eingereicht. Nach Einarbeitung der Rückmeldungen und letzter Abstimmung im Beirat konnte der Empfehlungskatalog endgültig fixiert werden.

6. Ergebnisse

6.1 Katalog priorisierter Handlungsempfehlungen

Priorisiert werden sollten laut Antrag maximal 20 Empfehlungen für alle Themenfelder. Insgesamt konnten 17 Empfehlungen priorisiert werden, die durch die Experten- und Verbändevoten mitgetragen sind. Nur in einer Empfehlung konnten Bedenken eines Verbandes nicht ausgeräumt werden, was entsprechend vermerkt ist. Weitere nicht priorisierte Empfehlungen sind zusammengefasst und im Ergebnisbericht mit aufgenommen. Vorangestellt ist den Handlungsempfehlungen eine Präambel, in der die

empfehlungsübergreifende Grundhaltung und -ausrichtung in Richtung Personenzentrierung/Patientenzentrierung, Partizipation, Vernetzung und Kooperation dargestellt ist.

6.1.1 Präambel

Gemäß des Projektziels der Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung und Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen, der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im Sozialgesetzbuch V, Schnittstellenbereichen und ausgehend von den Ergebnissen des vorbereitenden Projektes „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ wurden in den Expertenworkshops und den darauf fußenden intensiven Beratungen der Projektleitung mit dem berufenen Beirat Handlungsempfehlungen entwickelt.

Als zentraler Ausgangspunkt für alle vorgeschlagenen konkreten Handlungsempfehlungen wurde ein von den Perspektiven und Bedarfen der Patientinnen und Patienten und ihren Sorgeberechtigten / Familien ausgehender partizipatorischer Prozess aller Beteiligten identifiziert. Die Kooperation der Leistungserbringer muss sich darauf beziehen und ist konsensorientiert.

Deshalb stehen alle im Folgenden formulierten Handlungsempfehlungen unter der Prämisse, die unbedingt nötige Vernetzung bereits bestehender Versorgungsangebote zu fördern, im Sinne der in der Bestandsaufnahme analysierten Schnittstellenproblematik intersektorale Versorgung zu erleichtern und Anschlussmöglichkeiten an Hilfesysteme und Partizipationsstrukturen anderer Sozialgesetzbücher zu schaffen.

Über alle Handlungsempfehlungen hinweg zu berücksichtigenden zentralen Kriterien sind:

- Personenzentrierung bzw. Patienten- / Familienzentrierung incl. Geschwister
- Gleichberechtigter Zugang
- Partizipation der Patientinnen und Patienten
- Verbindliche Einbeziehung aller weiteren Beteiligten
- Kooperation (regional, intersektoral)
- Prävention

Von den Patienten und Patientinnen bzw. Familien ausgehende partizipatorische Elemente sind bei der Inanspruchnahme von Therapieleistungen bislang unzureichend realisiert. Die dargestellten Handlungsempfehlungen sollen somit die Voraussetzungen für ein übergreifendes Modell einer patientenzentrierten, kooperativen, koordinierten, intersektoralen Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen schaffen, dass sich möglichst problemlos zu anderen Hilfe- und Förderungsangeboten (z. B. im Kita-, Schul- und Jugendhilfebereich) öffnen kann. Dazu sind folgende Rahmenbedingungen zu erfüllen:

Die Patientinnen bzw. Patienten und ihre Familien stehen bei der Entscheidungsfindung und Organisation im Mittelpunkt. Für die Behandelnden muss die partizipatorische Beratung und die Kooperation jenseits von Wettbewerb im Interesse aller Beteiligten liegen.

Die Behandlungsprozesse der Patientin bzw. des Patienten, der Familie durch Expertinnen und Experten müssen eine Überforderung bei der Entscheidung, welche Behandlung zielführend ist, vermeiden und haben die zusätzliche Aufgabe, zu einem ausgehandelten und abgestimmten Ergebnis zu kommen. Ein konsensorientierter und kontinuierlicher Beratungsprozess (Case Management) wird durch die freie Wahl einer koordinierenden Bezugsperson durch die Patientin bzw. den Patienten und ihre Sorgeberechtigten ermöglicht, die prinzipiell aus jedem Versorgungssektor stammen kann. Patientin bzw. Patient, Sorgeberechtigte und koordinierende Bezugsperson bilden eine vertrauensvolle Triade, die eine kindes- und jugendgerechte Information umfassend gewährleistet und Kinder und Jugendrechte bzw. Kinderschutz- und Jugendschutzrechte in besonderem Maße beachtet.

Weitere Aufgaben des Case Managements sind, Transparenz für die Behandlungspfade und Kooperationsfelder herzustellen und die Behandlungsvorschläge an den individuellen Bedarfen und Zielen lebensweltbezogen und sozialraumorientiert auszurichten. Ausgehend von den regional bestehenden Leistungsangeboten wird deren verlässliche Kooperation und die Verbindlichkeit zwischen den Leistungserbringern gestärkt. Die notwendige Behandlungsintensität und der notwendige Umfang werden in diesem Modell versorgungsstrukturell sichergestellt und eine flexible Anpassung an den Behandlungsbedarf wird ermöglicht. Eine synergistisch verschränkte Therapieplanung vermeidet Doppelbehandlungen und erhöht die Adhärenz und Transparenz. Verantwortungsdiffusion und leistungsbezogene Fehlanreize werden effektiv verhindert.

Bei komplexem Behandlungsbedarf werden die Hilfen integriert, koordiniert, kooperativ und lebensfeldbezogen erbracht. Dazu werden Verbundstrukturen zur regionalen Steuerung und Qualitätssicherung aufgebaut. Intersektorale Versorgung darf nicht über Leistungsanreize innerhalb eines Sektors organisiert werden, vielmehr müssen Anreize zur kooperativen Versorgung an der Sektorengrenze gesetzt werden. Versorgungsbrüche an dieser Grenze sind zu vermeiden. Diese grundsätzlichen Anforderungen gelten auch in der Transition, d. h. beim Übergang vom Jugendalter zum Erwachsenenalter bzw. Übergang Schule und Beruf usw.

Dazu kompatibel werden die Schnittstellen zu Leistungen der Jugendhilfe, zur Schule, Kita bzw. Teilhabe an Bildung, zu Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Ausbildung und der Pflege ohne Brüche ausgestaltet und verbindliche Regelungen getroffen.

6.1.2 Priorisierte Handlungsempfehlungen vorrangig adressiert an das Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesgesetzgeber

Mit der Nummerierung der im folgenden angeführten Empfehlungen ist keine Hierarchisierung der Bewertung verbunden. Inhaltlich ist eine Sortierung eher nach der Reihenfolge der Themenbehandlung in den Workshops erfolgt.

6.1.2.1 Handlungsempfehlung 1 Information sicherstellen und Partizipation stärken

Ziel

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind ebenso wie ihre Sorgeberechtigten über die Behandlung zu informieren und die Informationen sind in adäquater Weise zu vermitteln. Auch nicht einsichts- bzw. einwilligungsfähige Kinder haben ein Recht auf angemessene Information.

Gründe

Grundvoraussetzung von Partizipation ist die Bereitstellung und kindgerechte Vermittlung notwendiger Informationen über die bestehenden Möglichkeiten und die jeweils daraus folgenden Konsequenzen, die das Kind erst in den Stand versetzen, sich zu Fragen der Behandlung und Rehabilitation zu äußern. Die Einbeziehung in die Behandlungsplanung und -entscheidung drückt auch die Anerkennung der Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen aus.

Bisher liegen keine entsprechenden Informationsmaterialien oder -quellen systematisch vor. Eine Delegation an die einzelnen Leistungserbringer ist nicht sachgerecht und nicht im Rahmen der Erstattung durch die Kostenträger möglich.

Die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten in die Behandlungsplanung ist unabhängig von der Fähigkeit der Kinder und Jugendlichen, die Tragweite der zu treffenden Entscheidungen zu überblicken, erforderlich. Sind Kinder und Jugendliche krankheitsbedingt oder aufgrund ihrer Entwicklung nicht einwilligungsfähig, ist ein „Assent“ nach ausführlicher, altersentsprechender Information über die Behandlung anzustreben. Können Kinder die komplette Tragweite von Entscheidungen überblicken, können sie selbst den „Informed Consent“ erreichen und der „Assent“ der Eltern sollte anschließend eingeholt werden.

Maßnahmen und Ausgestaltung

Neben den herkömmlichen Medien in Print-, Audio- und Videoformat sind auch neue Medien (APPs, YouTube, etc.) für eine adäquate, kindes- und jugendgerechte Information und eine Information in einfacher Sprache zu nutzen. Informationsmaterialien sollten für alle Altersgruppen (vom Vorschul- bis ins Jugendalter) sowie auch störungsspezifisch konzipiert werden und zur Verfügung stehen. Dabei ist vor allem darauf zu achten, dass je jünger Kinder sind, desto mehr auf eine altersgerechte Formulierung über direkte Folgen wie z. B. Nebenwirkungen von Medikamenten und wie man diese beobachtet, zu achten ist. Informationen sind regelhaft auch in 'leichter Sprache' zu erstellen. Zentral ist es, die Patienten und Patientinnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu mündigen Nutzern zu machen, die selbst Rückmeldungen zu ihrer Behandlung geben und damit an einer bestmöglichen Behandlung mitwirken können.

Notwendig ist eine Bestandsaufnahme bestehender Informationsmöglichkeiten in Bezug auf herkömmliche und neue Medien, die Formulierung von Qualitätskriterien und wie in den Mängelbereichen durch innovative Ansätze Abhilfe zu schaffen ist.

Denkbar ist hier auf Bundesebene eine Projektförderung zur Bestandsaufnahme und Erarbeitung von Qualitätskriterien durch das Bundesministerium für Gesundheit.

In Bezug auf innovative Ansätze in den digitalen Medien sind Projektförderungen durch die Krankenkassen auf der Grundlage des Paragraf 68 a Sozialgesetzbuch V anzustreben.

Zudem sollen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz prüfen, wie Minderjährige rechtlich in die Behandlungsplanung einzubeziehen sind und wie sie darüber informiert werden sollen (Behandlungsvertrag bei Minderjährigen). Notwendig sind niedrigschwellige Angebote zur Information über die Rechte von Minderjährigen und Angebote zur Information der Behandelnden. Das betrifft auch die informationelle Selbstbestimmung des Minderjährigen im Spannungsfeld von Schweigepflicht und Informationsverpflichtung gegenüber den Sorgeberechtigten, darüber hinaus bezogen auf Informationsverpflichtung versus Schweigepflicht gegenüber betroffenen Geschwistern.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Die UN-Kinderrechtskonvention sieht in Artikel 12 die Berücksichtigung des Kindeswillen vor. Im Patientenrechtegesetz wurden im Rahmen der Regelungen zum Behandlungsvertrag die Informations- und Aufklärungspflichten im Bürgerlichen Gesetzbuch gestärkt (Paragraf 630 d und e Bürgerlichen Gesetzbuch).

Reichweite

Information und Partizipation ist für alle Kinder und Jugendlichen, die einer Behandlung ihrer psychischen Störung bedürfen, sicherzustellen.

Finanzielle Folgen

Projektkosten im Rahmen der üblichen Förderung von Modellprojekten.

6.1.2.2 Handlungsempfehlung 2

Ambulante Komplexleistungen ermöglichen

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer ist in Bezug auf die Empfehlung zu einer ambulanten Komplexleistung bzw. ambulanten Intensivbehandlung die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Erbringung zusätzlich zu der bereits bestehenden gesetzlichen Regelung für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung gemäß Paragraf 92 Absatz 6 b Sozialgesetzbuch V nicht notwendig. Hier werden Parallelstrukturen befürchtet.

Ziel

Die Behandlung von psychisch erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Menschen muss prinzipiell von den Bedarfen der Patientinnen und Patienten, ihren Sorgeberechtigten und ihren Familien ausgehen. Behandlungsangebote und deren Umsetzung sind des Weiteren stets mit diesen im Sinne einer prozessorientierten partizipatorischen Beratung gemeinsam zu vereinbaren. In der ambulanten Behandlung insbesondere von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit schwereren Krankheitsverläufen sind Behandlungsleistungen interdisziplinär, multiprofessionell, partizipatorisch und integriert als koordinierte Komplexleistung zu realisieren. Die Verpflichtung zur Kooperation, gemeinsamer Abstimmung und Teilhabeorientierung ist geboten. Die Behandlungsleistungen sind in ihrer Intensität bedarfs- bzw.

personenbezogen, flexibel und im Behandlungsverlauf verbindlich koordiniert und teambasiert zu erbringen.

Auch die Option aufsuchender Behandlung muss gesichert sein.

Für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit schweren Beeinträchtigungen und Krankheitsverläufen ist die Option für eine integrierte und multiprofessionelle, teambasierte Intensivbehandlung als so zu benennende „ambulante Komplexleistung“ zu schaffen. Der Leistungsanspruch ist im Sozialgesetzbuch V explizit zu verankern.

Gründe

Aktuell sind abgestimmte multiprofessionelle und interdisziplinäre Leistungen

- im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen
- in den sozialpädiatrischen Zentren möglich.

Auf der Grundlage der bestehenden Vereinbarungen und Richtlinien ist eine phasenweise erforderliche, bedarfsangepasste flexible, hohe Behandlungsintensität und aufsuchende Arbeit kaum zu realisieren.

Die Rahmen- und Vergütungsbedingungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie-Praxen und der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) führen dazu, dass psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen vorwiegend entweder im diagnostischen Bereich oder nur niedrigfrequent erbracht werden können. Kinder mit vorrangig hochfrequentem Behandlungsbedarf müssten in dieser Logik eher im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie behandelt werden, was aber nicht selten eine in der Versorgung ungünstige Einengung auf eine sehr spezifische Behandlungsmethode (mit z. B. geringer und eigens zu begründender Flexibilität in der Frequenz) darstellt und dann nicht immer sachgerecht ist.

Das zu fordernde Prinzip einer von den Patientinnen und Patienten und ihren Familien ausgehenden partizipatorischen Ausrichtung ist nur ungenügend umgesetzt.

Notwendig ist die Möglichkeit einer intensiven Behandlung im Rahmen der vorrangig psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsangebote (Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie-Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatrie-Praxen, PIA und SPZ) und einer multimodalen und multiprofessionellen Behandlung neben einer vorrangig (richtlinien-)psychotherapeutischen Behandlung. Durch Weiterentwicklungen in diesen bisherigen Leistungsstrukturen sind Verbesserungen zu erzielen, insbesondere in der Vergütung von Kooperations- und Koordinationsleistungen im Sinne einer koordinierten und strukturierten Versorgung. Das ist eine Form der Realisierung des Anspruchs auf eine in diesem Sinne „ambulante Komplexleistung“. Ein tragendes Beziehungsnetzwerk kann kostspieligere stationäre Behandlungen vermeiden helfen, die überdies in der Regel einen Abbruch der bisherigen therapeutischen Beziehungen verursachen.

Sofern wöchentliche und tagesbezogene Zeitbedarfe im mehrstündigen Bereich für die einzelnen Berufsgruppen in einem Behandlungsteam notwendig sind und aufsuchende

Behandlungsanteile sowie Kooperation und Koordination im erhöhten Umfang zu leisten sind, reicht die bisherige koordinierte und strukturierte Versorgung in Bezug auf Intensität, Flexibilität und Umfang der Koordination nicht aus.

Hier ist eine "ambulante Komplexleistung" als abgestimmte multiprofessionelle und teambasierte Intensivbehandlung notwendig, die in einem partizipatorischen, personenzentrierten Prozess eine konsensorientierte Kooperation, integrierte Leistungserbringung, eine spezifische Behandlungsplanung und Intensität ermöglicht. Regionale Kooperation und Abstimmung sind von hoher Bedeutung in der Ausgestaltung der Leistung.

Maßnahmen

Im Bereich der fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung soll bei hochintensivem Behandlungsbedarf eine ambulante personenbezogene Komplexleistung ermöglicht werden, die multiprofessionell und teambasiert erbracht sowie fachärztlich bzw. psychotherapeutisch geleitet ist und die kinder- und jugendpsychiatrisch/ psychotherapeutische Behandlung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, sozialpädiatrische Behandlung, Krankenpflege, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und weitere nicht-ärztlich/-psychotherapeutische (z. B. sozial- bzw. heilpädagogische) Leistungen integriert anbietet.

Die ambulanten personenbezogenen Komplexleistungen sollten gleichermaßen in den Praxen der Vertragsärztinnen und -ärzte, der Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen und den sozialpädiatrischen Zentren erbracht werden können. Ein zentrales Element sollen dabei lokale oder regionale vertraglich verbundene Netzwerke von Vertragsärzte- und Psychotherapeuten mit kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen und je nach Fallkonstellation sozialpädiatrischen Zentren sein, die gemeinsam die Verantwortung übernehmen und den intensiven Behandlungsbedarf durch entsprechende Angebote zur Verfügung stellen.

Ein Anspruch auf ambulante Komplexleistung soll im Gesetz verankert werden.

Um eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, ist eine Regelung zur ambulanten Komplexleistung im Paragraf 43 d Sozialgesetzbuch V (alternativ c und bisher c zu d) sinnvoll. Zur Umsetzung einer ambulanten Intensivbehandlung als Komplexleistung ist eine gesetzliche Vorgabe, dass die Ausgestaltung in dreiseitigen Verträgen (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen) festzuschreiben ist, notwendig.

Derzeit wesentliches Hindernis einer auch sektorübergreifenden, koordinierten Versorgung mit ambulanten Komplexleistungen besteht in der Logik der vorhandenen Finanzierungssysteme. Hier ist eine Finanzierung erforderlich, die die bestehenden Sektorengrenzen überwindet und „extrabudgetär“ ausgestaltet wird. Als Finanzierungsmodus für ambulante Intensivbehandlungen sind zum Beispiel Wochenpauschalen in Abstufungen denkbar, die die wöchentlichen und tagesbezogenen Zeitbedarfe im mehrstündigen Bereich für die einzelnen Berufsgruppen abdecken. Es könnte sinnvoll sein, die Finanzierung im Rahmen eines gemeinsamen Cost Centers auszugestalten und es den regionalen Netzwerken zu überlassen, wie sie die Umsetzung des Versorgungsangebotes gemeinsam ausgestalten. Dadurch wäre eine größtmögliche Anpassung an die regional bestehenden Gegebenheiten möglich, sowie gleichzeitig ein

Anreiz für die Beteiligten geschaffen, die Angebote gemeinsam differenziert auszugestalten und weiterzuentwickeln.

Die Ausgestaltung ist untergesetzlich zu regeln bzw. zu vereinbaren.

Ausgestaltung der Leistungen

Eine ambulante Komplexleistung soll

- multiprofessionell und teambezogen aufgestellt sowie fachärztlich bzw. psychotherapeutisch geleitet sein.
- die im Einzelfall erforderliche Behandlung in der notwendigen Intensität, Personenzentrierung und zeitlichem Umfang anbieten können, die sich je nach Bedarf zusammensetzen kann aus folgenden Behandlungselementen: psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung, ambulante Richtlinien-Psychotherapie, somatische bzw. pädiatrische ärztliche Behandlung.
- psychiatrische und somatische Krankenpflege, Heilmittel insbesondere Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, psychologische, sozialpädagogische und heilpädagogische Leistungen und weitere Therapien.
- die Partizipation der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen/Familien in einer prozessorientierten gemeinsamen Behandlungsvereinbarung sicherstellen.
- in der Intensität und der Koordination auf den individuellen Bedarf abgestimmt werden und einzelfallbezogene Absprachen regeln.
- spezielle Behandlungsleistungen regeln.
- Gruppentherapieangebote anbieten können.
- eine verantwortlich koordinierende Bezugsperson (Case Manager) nach Wahl der Patientinnen und Patienten und ihren Sorgeberechtigten aus den beteiligten Leistungserbringern festlegen (die auf die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten bezogene Gesamtverantwortung muss definiert sein).
- regionale Kooperation zur Grundlage haben.
- auch mobile Behandlung insbesondere im spezifischen Lebensumfeld umfassen.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Zurzeit sind Komplexleistungen

- nach Paragraf 85 Abs. 2 Satz 4 Sozialgesetzbuch V für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche,
- im Bereich der Institutsambulanzen nach Paragraf 118 Sozialgesetzbuch V und
- im Bereich der Sozialpädiatrischen Zentren nach Paragraf 119 Sozialgesetzbuch V möglich.

Reichweite

Nach Schätzungen (Auswertung Expertengespräche) ist davon auszugehen, dass für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in einem Umfang von ca. 5 % des Klientels in der ambulanten Versorgung eine ambulante Komplexleistung notwendig ist.

Finanzielle Folgen

Für die finanziellen Folgen in Bezug auf ambulante Intensivbehandlungen sind nur Schätzungen (Auswertung Expertengespräche) möglich: Kosten (sechzigtausend mal fünftausend € = dreihundert Millionen €); Einsparung durch Wegfall anderweitiger Behandlungen sind zu berücksichtigen.

6.1.2.3 Handlungsempfehlung 3 Vorstationäre Behandlung stärken

Ziel

Patientinnen und Patienten und ihre Familien sollten, wenn möglich, ausreichend Zeit für die Vorbereitung der Krankenhausbehandlung zur Verfügung haben, dies ist Vorbedingung für eine gute intersektorale Verschränkung der Therapie, Erarbeitung gemeinsamer Therapieziele und insbesondere auch Sicherstellung eines Fokus auf Information und Partizipation. Die vorstationäre Krankenhausbehandlung im Rahmen des Paragraf 115 a Sozialgesetzbuch V soll deshalb auf einen maximalen Zeitraum von drei Wochen mit maximal neun Tagen Behandlung ausgeweitet werden.

So können insbesondere die Abklärung der stationären Behandlungsbedürftigkeit durch die niedergelassenen Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten oder das Krankenhaus erfolgen und vorbereitend die Teilnahme an vollstationären Gruppen oder Heilmittelerbringung ermöglicht werden. Eine besondere Bedeutung gewinnt die vorstationäre Behandlung bei den existenten Wartezeiten auf die stationäre Behandlung zur Verhinderung weiterer Chronifizierung.

Gründe

Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung auch durch in einem verbindlich geregelten Netzwerk mit dem Krankenhaus kooperierende Vertragsärzte und -ärztinnen oder Vertragspsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Bisher ist allerdings die vorstationäre Behandlung auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.

Dies reicht angesichts der Wartezeiten nicht aus und kann zu Abbrüchen führen. Außerdem helfen vorstationäre Termine Patientinnen und Patienten bei der Behandlungsentscheidung.

Empfehlungsleitend ist die Sicherstellung eines von den Patientinnen und Patienten und ihren Familien ausgehenden Behandlungspfades bei der Verbesserung der intersektoralen patientenzentrierten Versorgung und die Vermeidung von Brüchen an den Schnittstellen. Aus Patientensicht wird durch die Handlungsempfehlung die Kontinuität der Behandlung und die Begleitung von ambulanter zu stationärer Behandlung verlässlich sichergestellt.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Zur Klärung des stationären oder teilstationären Behandlungsbedarfes, zur Vorbereitung der Krankenhausbehandlung und zur wirksamen Nutzung von Wartezeiten auf die

stationäre Krankenhausbehandlung kann ein mehrwöchiger Zeitraum im Einzelfall sinnvoll sein. Eine Teilnahme an Gruppenangeboten oder fachtherapeutischen, z. B. ergotherapeutischen Angeboten des Krankenhauses, kann entsprechend parallel zur ärztlichen Diagnostik und Behandlung – auch durch im Netzwerk verbundene Niedergelassene – realisiert werden. In Paragraf 115 a Absatz 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V ist die kinder- und jugendpsychiatrische, vorstationäre Behandlung auf max. neun Tage innerhalb von drei Wochen auszuweiten.

Reichweite

Es ist anzustreben, die bestehenden Versorgungsstrukturen im Bereich der vorstationären Behandlung besser zu vernetzen, um hierdurch eine gute Vorbereitung oder möglicherweise auch Vermeidung der geplanten stationären Behandlung zu erreichen. Hiermit wird aus den bisherigen "Wartezeiten" eine wichtige Behandlungsphase, die dem Prinzip "ambulant vor stationär" Rechnung trägt und auch zu einer konsekutiven Verkürzung von stationären Verweildauern führen wird. Eine im beschriebenen Sinne vernetzte vorstationäre Behandlung sollte so bei einem relevanten Teil der krankenhausbehandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen umgesetzt werden.

Finanzielle Folgen

In der vorgeschlagenen vernetzten Struktur würden die ohnehin stattfindenden ambulanten Behandlungen gezielter als bislang und unter Nutzung von Synergieeffekten auf die Krankenhausbehandlung ausgerichtet. Insofern ergeben sich zusätzliche Kosten vor allem für die notwendigen Koordinationsleistungen. Gleichzeitig kann die vermutlich erzielte Verkürzung der Verweildauer oder die Vermeidung stationärer Behandlung hier auch zu einer völligen Kompensation führen.

6.1.2.4 Handlungsempfehlung 4

Partizipative, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Verbund

Ziel

Für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche insbesondere bei schwereren Verläufen ist eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung notwendig. Die Planung ist partizipativ und personenzentriert zu gestalten. Die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine integrierte Planung sind regional zu vereinbaren.

Gründe

Die partizipative Ausgestaltung der Behandlungs- und Rehabilitationsplanung unterliegt in der Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen besonderen Bedingungen. Hier gilt es die Kinder bzw. Jugendlichen und die Eltern einzubinden. Eine partizipative Ausgestaltung ist besonders komplex, da sie sich in einem Dreieck bewegt: Minderjährige, Sorgeberechtigte und Leistungserbringer sowie Leistungsträger. Dies verkompliziert ein partizipatives Vorgehen und macht es in der Ausbalancierung von rechtlichen Gegebenheiten und ethischen Aspekten weitaus aufwändiger als bei Erwachsenen.

Für eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung liegen nur wenige sektor- und leistungsträgerübergreifende und teilweise nicht ausreichend ausgereifte Instrumente und Verfahrensroutinen vor. In wenigen Regionen bestehen Erfahrungen zur Verpflichtung zum kooperativen Vorgehen nicht nur sektorübergreifend sondern auch

leistungsträgerübergreifend (Jugendhilfeplanung und Einbeziehung von Pflege- und sonstigen Leistungen, KITA, Schule und Berufsbildung oder berufliche Rehabilitation). Der im Paragraf 36 Sozialgesetzbuch VIII verankerte Hilfeplan ist vorrangig für die Hilfeplanung aus der Perspektive der Jugendhilfe gedacht.

In diesen Regionen sind teilweise bereits Verbundstrukturen entwickelt oder im Aufbau. Die Verbindlichkeit differiert stark. In Bezug auf die Zusammenarbeit von Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie liegen eine Vielzahl von Kooperationsvereinbarungen vor. Nur vereinzelt haben sich daraus Verbundstrukturen entwickelt, die die Verbindlichkeit in der Sicherstellung der Hilfen, der Kooperation und Verfahrenswege in einem angemessenen Zeitrahmen ohne zusätzliche lange Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Auch sind Konzepte in Bezug auf ein umfassendes regionales Beschwerdemanagement begrenzt und keinesfalls flächendeckend etabliert.

Maßnahmen und Ausgestaltung

Aufbauend auf wenige regionale Erfahrungen sollen in ausgewählten Regionen bundesweit entsprechende Verfahren und Strukturen erprobt und weiterentwickelt werden. Bestehende Strukturen der Hilfeplanung sind aufzugreifen und weiterzuentwickeln. Der Aufbau von Verbundstrukturen soll hier die Rahmenbedingungen verbessern. Ein regionales Beschwerdemanagement mit dem Fokus auf Partizipation und Kinder- und Jugendrechte ist in der Erprobung parallel zu implementieren. Eine Verknüpfung mit dem neu verankerten Beschwerdewesen in der Kinder- und Jugendhilfe ist herzustellen.

Projekthalte:

- Erprobung partizipativ ausgerichtete Langzeit-Behandlungsplanung (Ziele, Absprachen, multiprofessionell) mit der frühzeitigen Integration von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen (kein Primat der Kinder- und Jugendhilfe bei Teilhabeplanung) in ausgewählten Regionen.
- Nutzung und Weiterentwicklung bisher vorliegender Planungs- und Bedarfsermittlungsinstrumente in Richtung einer personen- bzw. patientenzentrierten Anwendung.
- Entwicklung von Verbundstrukturen mit dem Ziel der Vereinbarung gemeinsamer Koordinations- und Kooperationsroutinen zwischen ambulant und stationär Behandelnden und Leistungserbringenden in der Jugendhilfe, Teilhabe an Bildung und Arbeit.
- der Sicherstellung direkter jeweiliger Anschlussbehandlung in den Sektoren und der nahtlosen Erbringung von Teilhabeleistungen.
- Implementation eines regionalen Beschwerdemanagements (einrichtungsbezogen und einrichtungsunabhängig, Umsetzung Leitlinien Kinderschutz).
- Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch wissenschaftliche Begleitung, bundesweite Berichterstattung und Präsentation der Ergebnisse.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Rechtliche Bezüge bestehen zu:

- Paragraf 11 Sozialgesetzbuch V Versorgungsmanagement

- Paragraf 39 (1 a) Sozialgesetzbuch V Entlassmanagement
- Verpflichtung zu einem Behandlungsplan in Richtlinien zu spezifischen Leistungen (Psychotherapie, Medizinische Rehabilitation etc.)
- Paragraf 19 Sozialgesetzbuch IX Teilhabeplanung
- Paragraf 35 a und Paragraf 36 Sozialgesetzbuch VIII

Reichweite

Die zu entwickelnden Strukturen sind auf alle behandlungsbedürftigen, psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen mit Teilhabebeeinträchtigungen auszurichten. Bei Vorliegen eines komplexen Hilfebedarfs und Störungen mit abzusehendem Langzeitverlauf besteht ein höherer Bedarf an Abstimmung und Kooperation.

Finanzielle Folgen

Keine. Projektkosten im Rahmen der üblichen Förderung von Forschungsprojekten.

6.1.2.5 Handlungsempfehlung 5 Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe

Ziel

Erheblicher zusätzlicher Behandlungsbedarf (z. B. bei einer zusätzlichen Behinderung wie der Intelligenzminderung; Körper- oder Sinnesbehinderung und bei erheblicher somatischer Komorbidität, jüngere Kinder auch im Rahmen von Eltern-Kind-Behandlungen) sollte besondere Berücksichtigung bei den für die Behandlung notwendigen zeitlichen, personellen und sachlichen Ressourcen finden können. Ein gleichberechtigter Zugang dieser Patientengruppe und ein zielgruppenspezifisch qualifiziertes Behandlungsangebot ist (Inklusion, barrierefreier Zugang) sicher zu stellen.

Gründe

Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und einem besonderen bzw. erhöhten Behandlungsbedarf auf Grund erschwerender Begleitumstände benötigen auf ihre individuellen Bedarfe zugeschnittene Hilfe und Unterstützung, die über die übliche Behandlung hinausgehen. Eine im Sinne des partizipatorischen Prozesses gestaltete Behandlungsplanung ist ebenso wie die verstärkt notwendige intersektorale Zusammenarbeit und Kooperation mit besonderem Aufwand und Intensität verbunden. Dieser Mehraufwand bei der Leistungserbringung bezieht sich auf personelle, zeitliche und sachliche Ressourcen. Existierende Versorgungsstrukturen können die notwendigen Maßnahmen durchaus leisten, die bestehenden Vergütungssysteme berücksichtigen dies allerdings nicht und führen in der Praxis somit oft zu einer Benachteiligung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit erheblichen zusätzlichen Behandlungsbedarfen.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Die Einführung von personenbezogenen Vergütungszuschlägen soll für die entsprechenden Zielgruppen die partizipatorische Behandlungsplanung sicherstellen und die Behandlungsqualität deutlich erhöhen. Ein pauschalisierter Zuschlagsfaktor wird intersektorale Regelungen erleichtern.

Der personenbezogene Vergütungszuschlag

- findet Anwendung bei Krankenhausbehandlung, vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Behandlung, verordneten Behandlungsmaßnahmen und medizinischer Rehabilitation unter Berücksichtigung der spezifischen Vergütungsmodalitäten.
- kann gestuft werden (erhebliche bzw. außerordentliche zusätzliche Beeinträchtigung) und ist unabhängig vom Einsatzort.
- kann eingesetzt werden als Ausgleich für einen zeitlich/personellen Mehraufwand, eine Zuziehung externer Expertise oder durch therapiesichernde Maßnahmen. Letztere können personeller oder sachlicher Natur sein.
- greift sowohl in spezialisierten als in nicht spezialisierten Einrichtungen.
- gilt primär für nicht-leistungsbezogene Vergütungen.

Bei leistungsbezogenen Vergütungen ist zu prüfen, ob diese besondere Behandlungsbedarfe bereits beinhalten.

Spezialisierte Zentren werden als Kompetenzzentren bevorzugte Orte der Forschung sowie zur Entwicklung von Spezialwissen und zur Ausbildung auch zukünftig benötigt. Durch die Finanzierungsform „personenbezogener Zuschlagsvergütung bzw. Zuschlagsfaktor“ wird jedoch auch eine integrierte Behandlung von Menschen mit speziellem Behandlungsbedarf in Einrichtungen der Regelversorgung ermöglicht. Das kommt dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Teilhabe und Wohnortnähe entgegen.

Eine rechtliche Verankerung sollte im Sozialgesetzbuch V erfolgen. Zur Definition der anspruchsberechtigten Gruppen von Versicherten mit besonderen Behandlungsbedarfen und den dafür erforderlichen Leistungen sollte der Gemeinsame-Bundesausschuss zur Erstellung einer Richtlinie beauftragt werden. Die Festlegung der Höhe der Zuschlagsfaktoren erfolgt in den jeweilig zuständigen Organen und Entscheidungsgremien.

Rechtliche Bezüge

Im Bereich psychiatrische Krankenhausbehandlung können besondere Behandlungsangebote in den krankenhausindividuellen Budgets (Bundespflugesatzverordnung) berücksichtigt werden.

Für den Bereich der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung müssen in der Selbstverwaltung dem Ziel der Handlungsempfehlung entsprechende Lösungen gefunden werden.

Spezialisierte Behandlungsangebote sind gesetzlich teilweise (z. B. Paragraph 119 Sozialpädiatrische Zentren) oder in Leistungsvereinbarungen (z. B. DIMDI-OPS, PIA-Rahmenvereinbarungen je nach Bundesland) geregelt.

Besonderen Bedarfen von psychisch erkrankten Menschen ist nach Paragraph 27 Sozialgesetzbuch V und besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen nach Paragraph 2 a Sozialgesetzbuch V Rechnung zu tragen.

Reichweite (Anzahl betroffener Personen)

Die Anzahl der profitierenden Personen ergibt sich aus der Zielgruppendefinition, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgenommen wird. Die in Frage kommenden Menschen mit erheblichen zusätzlichen Behandlungsbedarfen erhalten in den meisten Fällen schon aktuell Behandlungsleistungen. Diese werden zum Teil spezialisiert und insbesondere stationär überregional angeboten, zum Teil aber in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Regelversorgung mit ausreichender zielgruppenspezifischer Fachkompetenz.

Finanzielle Folgen

Daraus folgt eine Budgeterhöhung (stationär und ambulant), jedoch nicht in voller Leistungshöhe, da ein Teil des zusätzlichen Behandlungsbedarfes bereits in die existierenden Vergütungen eingerechnet wurde, jedoch nicht in ausreichender Form. Demgegenüber ist eine geringere Inanspruchnahme überregionaler stationärer Angebote zu erwarten.

6.1.2.6 Handlungsempfehlung 6

Arzneimitteltherapie – Sicherheit Off-Label-Use stärken

Ziel

Die Praxis in der medikamentösen Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in Deutschland, nach der ein großer Teil der psychotropen Medikation off-label verordnet werden muss, soll dahingehend verändert werden, dass Sicherheitsdaten generiert werden und sich die Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten sowie Verordnende verbessert. Insgesamt soll die Sicherheit der medikamentösen Behandlung gestärkt werden. Damit wird ein jahrzehntelang bekannter und auch durch sowohl nationale wie europäische Gesetzgebung nicht veränderter Zustand fehlender Zulassungen mit dem Fokus auf Pharmakosafety verändert. Dies betrifft zum allergrößten Teil Off-Patent- Medikamente.

Für neue Arzneimittel oder On-Patent-Arzneimittel gelten die europäischen und nationalen Regelungen (z. B. Verpflichtung des pharmazeutischen Herstellers bei der Beantragung einer (Erwachsenen-)Zulassung einen Paediatric Investigation Plan vorzulegen, die Möglichkeit von Paediatric-Use Marketing Authorisation etc.). Diese sind nicht Ziel dieser Handlungsempfehlung.

Off-Label-Use wird präzisiert und mit mehr Rechtssicherheit gestaltet. Es bedarf vereinfachter Verfahren zur Anerkennung, um bestimmte Arzneimittel, bei denen hinreichende Daten zur Wirksamkeit vorliegen, abgesicherter anwenden zu können.

Gründe

Aktuell sind (bis auf Arzneimittel bei ADHS) kaum psychotrope Arzneimittel für Kinder- und Jugendliche in Deutschland zugelassen. Hintergrund ist, dass entsprechende Zulassungsstudien fehlen, bzw. die Zulassung nicht beantragt wurde. Die EU-Kinderarzneimittel-Verordnung (EG) Nr. 1901/2006 hat hier keine wesentliche Abhilfe geschaffen. Es gibt aber internationale Studien, die die Wirksamkeit belegen und eine Evidenz für den Einsatz in der Praxis liefern. Dies betrifft insbesondere Arzneimittel, die inzwischen Off-Patent sind, wie z. B. Es-Citalopram bei depressiven Störungen,

Aripiprazol bei Tic-Störungen oder Störungen der Impulskontrolle etc. Die Versorgungsdaten der Krankenkassen belegen, dass es sich in den allermeisten Fällen um Präparate handelt, die bereits langjährig auf dem Markt sind. Diese Arzneimittel finden sich auch in den internationalen Leitlinien.

- Die Möglichkeit der Beantragung eines Well-Established-Use nach der [Directive 2001/83/EC des Europäischen Parlaments und des Rates](#) besteht insofern nicht, da kein Hersteller Interesse an einer Zulassung eines Off-Patent-Medikaments hat, andererseits wissenschaftliche Einrichtungen diese nicht beantragen können.
- Die Möglichkeit im Rahmen der in Folge des Bundessozialgericht-Urteils eingerichteten Expertengruppen nach Paragraph 35 c Sozialgesetzbuch V beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Verordnungsfähigkeit im Off-Label-Use ist begrenzt. Vorschläge zur Beauftragung der Expertengruppen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sind durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Patientenvertretung möglich, damit z. B. nicht aus wissenschaftlichen Gesichtspunkten. Ein positives Gutachten wäre aber notwendig.
- Für andere Gruppen gefundene Lösungen (Compassionate-Use) sind für den Bereich der psychisch erkrankten Minderjährigen nach den Definitionen Paragraph 21, Abs. 2 Arzneimittelgesetz) nicht anwendbar.

Aus medizinischer Sicht sind für Arzneimittel, die in der gängigen Praxis off-label verordnet werden, Sicherheitsdaten, d. h. Daten zu möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen etc. sowie zu Dosierungen, entscheidend. Dies ist wissenschaftlich bei Off-Patent-Arzneimitteln generell möglich, während z. B. Efficacy-Studien im üblichen RCT-Design (randomisierte kontrollierte Studie) nicht machbar sind. Aufgrund der Änderungen im Arzneimittelgesetz ist für wissenschaftliche Einrichtungen machbar, die Anforderungen an solche Studien zu erfüllen, da die Definitionen zu klinischen Prüfungen verändert wurden (EU) 536/2014 und das 4. Gesetz zur Änderung des AMG. Gegebenenfalls müsste in Paragraph 4 Arzneimittelverordnung eine zusätzliche Definition eingefügt werden. Solche Studien könnten bei entsprechender Förderung, die z. B. öffentlich auszuschreiben und zu finanzieren wären, aus der Wissenschaft heraus durchgeführt werden, ohne dass es der Pharmazeutischen Hersteller bedürfte, gerade bei den meist mehr als zehn Jahren auf dem Markt befindlichen Präparaten.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Es muss ein Expertengespräch mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Vertretern der Kommission für Arzneimittel für Kinder und Jugendliche, und den Fachgesellschaften sowie dem Bundesministerium für Gesundheit erfolgen, um die Problemlage, bisherige gescheiterte Lösungsversuche etc. zu analysieren sowie den tatsächlichen Kreis der betroffenen Arzneimittel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu definieren.

Im Arzneimittelgesetz wird entsprechend für Off-Patent-Arzneimittel bei Kindern und Jugendlichen eine entsprechende Änderung vorgesehen, die Regelungen für die Vorlage von Sicherheitsdaten bei Off-Patent-Arzneimitteln festlegt.

Diese können bereits vorhanden sein (bestehende Studien, wie beim Well-Established-Use) oder müssen neu durchgeführt werden.

Aufgrund dieser Vorlage könnte im Gemeinsamen-Bundesausschuss ein entsprechendes Verfahren zum erstattungsfähigen Off-Label-Use durchgeführt werden, oder aber ein bei

der zuständigen Bundesoberbehörde zu führendem Register gebildet werden (Registrierung).

Im Arzneimittelgesetz sollten entsprechende Regelungen verankert werden.

Rechtliche Bezüge

Rechtliche Bezüge bestehen zu

- Paragraf 1, Paragraf 4, Paragraf 21, Paragraf 37 des Arzneimittelgesetzes
- der Verordnung EU 1901/2006 bzw. EU 536/2014

Reichweite

Laut Studienlage ist von einem Off-Label-Use von Antipsychotika und Antidepressiva bei 0,1 % bis 0,5 % der Kinder und Jugendlichen je nach Alterskohorte auszugehen, d. h. zwischen 10.000 und 50.000 Kinder und Jugendliche je Jahrgang ab sechs Jahre (Schröder und andere 2017). Entscheidender ist jedoch, dass bei den schwerst psychisch erkrankten Minderjährigen der Anteil viel höher ist. Am Beispiel der Depression und der schizophrenen Störung sei dies verdeutlicht: Unter neun Jahren erhalten nur 1 % der Kinder mit depressiven Störungen Antidepressiva, im späten Jugendalter, auch entsprechend der Leitlinienempfehlungen und Studienlage bis zu 20,4 % (Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Report 2019). Da nur ein einziges Antidepressivum in Deutschland für unter 18-jährige zugelassen ist, ist bei möglicher Nichtwirksamkeit oder Nebenwirkungen, jede Gabe einer anderen Substanz Off-Label.

Bei der schizophrenen Störung stehen nur zwei neuere (sogenannte SGA) Antipsychotika mit Zulassung zur Verfügung: Aripiprazol ab 15 Jahren und Sulpirid ab 6 Jahren.

Finanzielle Folgen

Kostenfolgen sind schwer abzuschätzen. Bei den Antidepressiva ist z. B. erkennbar, dass die Kosten für eine Psychopharmakotherapie verschwindend gering sind im Vergleich zu den anderen Therapien (D A K Report 2019). Insgesamt handelt es sich um Off-Patent-Arzneimittel, die kostengünstig im Handel sind.

6.1.2.7 Handlungsempfehlung 7

Ambulante, mobil-aufsuchende Rehabilitation aufbauen

Ziel

Die ambulante und mobil-aufsuchende medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist als notwendiger Baustein einer von den Bedarfen der Patientinnen und Patienten und ihren Familien ausgehenden umfassenden und intersektoral gestalteten Behandlungsstruktur aufzubauen. Durch Neuregelungen im Sozialgesetzbuch V sollte der Anspruch auf medizinische Rehabilitation für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche präzisiert und dadurch der Zugang zur medizinischen Rehabilitation für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit spezifischem Rehabilitationsbedarf erleichtert werden.

Zugangserleichterungen sollen geschaffen werden, indem

- im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Versorgung neu zu schaffende ambulante Angebotsstrukturen und Kliniken die Zulassung erhalten, mobile und ambulante medizinische Rehabilitationsangebote

vorzuhalten, die auf komplexe psychische Störungsbilder ausgerichtet sind und Komorbiditäten berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einer Vereinbarung die Gruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung sowie erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen (Schule, Ausbildung, soziale Teilhabe) der ambulanten, mobil-aufsuchenden Rehabilitation bedürfen.

- im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer/psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung eine Bedarfsprüfung in Bezug auf medizinische Rehabilitation vorgeschrieben wird.
- im Rahmen einer zukünftigen Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation-Empfehlungsvereinbarung zur Kinder- und Jugendrehabilitation die ambulanten und mobil-aufsuchenden Angebote gestärkt werden.

Gründe

Nach einer Behandlung in einem kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutischen Krankenhaus (stationär, teilstationär oder stationsäquivalent) reicht bei einem Teil der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen mit erheblichen funktionellen Störungen ambulante Behandlung nicht aus, um Krankheitsfolgen zu überwinden bzw. eine drohende Behinderung zu vermeiden oder zu vermindern. In diesen Fällen ist medizinische Rehabilitation angezeigt.

Aus der Perspektive der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien hat eine ambulante Rehabilitation durch Aufrechterhalten der sozialen Umgebung viele Vorzüge vor einer stationären. Je nach Fallkonstellation treffen Angebote aus anderen Sozialgesetzbüchern, wie dem Sozialgesetzbuch VIII, die Bedarfslage der Patientinnen und Patienten nicht gut genug.

Es fehlt bisher an mobil-aufsuchenden und ambulanten Angeboten zur medizinischen Rehabilitation für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Im Paragraph 40 Sozialgesetzbuch V sollten die „besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker“ (Paragraph 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V) konkretisiert werden. Dabei ist insbesondere auf den Bedarf an mobilen, multiprofessionellen, im Lebensumfeld des Rehabilitanden agierenden Teams hinzuweisen.

Der zeitliche Umfang wird auf 3-6 Monate mit der Möglichkeit einer begründeten Verlängerung festgelegt.

Eine Ermächtigung von Kliniken und geeigneten Vertragsärztinnen und -ärzten sollte gesetzlich ergänzt und geregelt werden.

Bei der Ausgestaltung dürfen keine Doppelstrukturen mit der Akutbehandlung entstehen. In der Erstellung einer Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation-Empfehlungsvereinbarung zur Rehabilitation psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sollten im Konzeptteil und in der Personalbemessung ambulante und mobil-aufsuchende Anteile explizit verankert werden.

Rechtliche Bezüge

Nach Paragraph 11 Sozialgesetzbuch V besteht bereits ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. In Paragraph 27 Abs.1 gibt der Gesetzgeber vor, die besonderen Bedarfe psychisch erkrankter Menschen bei der medizinischen Rehabilitation zu beachten. Diese Besonderheiten sind gesetzlich nicht konkretisiert.

Paragraph 111 Sozialgesetzbuch V ermöglicht stationäre medizinische Rehabilitation mit Versorgungsvertrag und Paragraph 111 c Sozialgesetzbuch V ermöglicht ambulante medizinische Rehabilitation mit und ohne Versorgungsvertrag.

Die Zuständigkeit für die medizinische Rehabilitation einschließlich der mobilen Rehabilitation liegt nach Paragraph 40 Sozialgesetzbuch V bei der Krankenversicherung und nach Paragraph 15 a Sozialgesetzbuch VI bei der Rentenversicherung über die Versichertenansprüche der Eltern, ohne dass hier Regelungen zur mobilen Rehabilitation getroffen worden sind.

Reichweite

Ein Rehabilitationsbedarf besteht nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten und steht im Zusammenhang mit einer entsprechenden Bedarfsermittlung.

Finanzielle Folgen

Erhöhung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung für medizinische Rehabilitation (ggf. Einsparungen in der Jugendhilfe und Vermeidung von Kosten von ambulanter und stationärer Behandlung).

6.1.2.8 Handlungsempfehlung 8 Präventionsempfehlungen erweitern

Ziel

Aus Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihren Familien ist es sinnvoll, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Präventionsempfehlungen für Kinder und Jugendliche bescheinigen können. Psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen mit einem dennoch vorliegenden Erkrankungsrisiko soll es ermöglicht werden, sich mit einer Präventionsempfehlung durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über für sie geeignete spezifische Präventionsangebote zu informieren und sie zu nutzen.

Gründe

Die derzeitige Beschränkung von Präventionsempfehlungen auf Vertragsärztinnen und -ärzte ist in Bezug auf die gewünschte Wirkung, Präventionsnotwendigkeiten frühzeitig zu erfassen und einen Anreiz für entsprechende Anträge bei den Krankenkassen zu setzen, nicht ausreichend. Kindern und Jugendlichen, deren Auffälligkeit sich in der psychotherapeutischen Abklärung zwar als noch nicht krankheitswertig und nicht unmittelbar behandlungsbedürftig erweist, die aber verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen aufweisen, sollten nicht mit dem zusätzlichen Schritt einer Überweisung an Pädiater bzw. Pädiaterin und/oder Kinder- und Jugendpsychiaterin bzw. -psychiater konfrontiert, sondern ihnen sollte möglichst direkt und mit wenig Aufwand weitergeholfen werden. Dadurch ist die Berücksichtigung der Lebenswelt und des

Sozialraumes der betroffenen Kinder und Jugendlichen besser gewährleistet, psychosoziale Hinderungsfaktoren angemessener Prävention würden direkter adressiert und insbesondere könnten Geschwister von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von solchen Angeboten profitieren.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

In der Psychotherapiesprechstunde soll die Abklärung erfolgen, ob andere Hilfsmöglichkeiten als Psychotherapie (z. B. Präventionsmaßnahmen) angezeigt sind. Die Einengung auf die bislang erforderliche „ärztliche Bescheinigung“ nach Paragraf 26 Absatz 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch V soll aufgehoben werden und dort die Möglichkeit einer entsprechenden psychotherapeutischen Bescheinigung über Präventionsempfehlungen aufgenommen werden.

Eine unabhängige Präventionsempfehlung wird damit auch durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Anpassung des Paragraf 26 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit Paragraf 20 Absatz 5 Sozialgesetzbuch V.

Reichweite

Die Empfehlungen wirken sich für Kinder und Jugendlichen aus, die die psychotherapeutische Sprechstunde nutzen oder als indirekt betroffene Geschwister bekannt werden.

Finanzielle Folgen

Die finanziellen Folgen sind gering, überdies Wegfall von vorher allein aus formalen Gründen erforderlichen Überweisungen.

6.1.2.9 Handlungsempfehlung 9

Versorgungsforschung weiter ausbauen

Ziel

Die Versorgungsforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollte weiterentwickelt und ausgebaut werden in den Forschungsbereichen

- Prävalenz psychischer Belastungen
- Behandlungsverläufe stationär/ambulant und übergreifende Inanspruchnahme von Sozialgesetzbuch VIII Leistungen und Teilhabeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX
- die Analyse der bestehenden regionalen Unter- und Überversorgung
- sowie der Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität insbesondere in Bezug auf Patientenzufriedenheit und Umsetzung von Patientenrechten
- besonders relevanten Gruppen (z. B. schwerste und chronifizierte psychische Störungen, psychische Störungen mit zusätzlichem erheblichem somatischen und/oder mentalen Handicap) hinsichtlich Risiken, Versorgung etc.

Die Zugänge zu versorgungsrelevanten Daten sind seitens der Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Gesundheitsverwaltung zu verbessern.

Zudem sollten Begleitevaluationen von Bundesinitiativen und Gesetzgebungsverfahren regelmäßig eingeführt werden.

Gründe

Die Datenlage und der Zugang zu versorgungsrelevanten Daten ist teilweise erschwert oder nur durch Zugriff auf Krankenkassendaten möglich, wobei nie ein Gesamtbild entsteht. Es liegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie z. B. Datenlücken bei Fragen zur Patientenzufriedenheit, Umsetzung von Patientenrechten und bei freiheitsentziehenden und Zwangsmaßnahmen vor. Um versorgungsrelevante Entscheidungen empirisch absichern zu können, ist der Zugriff auf entsprechende Daten erforderlich.

Begleitevaluationen haben sich bewährt (z. B. Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), werden aber nicht regelmäßig sichergestellt.

Maßnahmen und Ausgestaltung

Projekte der Versorgungsforschung sollten über den Innovationsfonds und die Deutsche Forschungsgemeinschaft-Förderung hinaus durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung gezielt in Bezug auf die seelische Gesundheit und die Behandlung und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen gefördert werden. Mit dem Robert-Koch-Institut sollte eine engere Zusammenarbeit mit versorgungsorientierter Forschung realisiert werden, um auch Routinedaten des ambulanten und stationären Sektors besser verfügbar zu machen. Hierbei spielen Daten der Krankenkassen eine wichtige Rolle. Zudem sollten „natürliche“ oder naturalistische Kohortenstudien und Beobachtungsstudien gefördert werden.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Es bestehen Regelungen zur Zusammenarbeit nach Paragraph 86 Sozialgesetzbuch 10, nach dem die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen verpflichtet sind, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten. Im Gesetz über Nachfolgeeinrichtungen des Bundesgesundheitsamtes (Bundesgesundheitsamt-Nachfolgegesetz) sind Vorschriften zum Gesundheitsmonitoring verankert, das auch für Zielgruppen wie psychisch kranke Kinder umgesetzt werden sollte.

Reichweite

Neben den Fördermöglichkeiten des Innovationsfonds und der Deutsche Forschungsgemeinschaft sind die Fördertitel zur Forschung beim Bundesministerium für Gesundheit und beim Bundesministerium für Bildung und Forschung berührt.

Finanzielle Folgen

Projektmittel im Rahmen der Forschungsförderung.

6.1.3 Priorisierte Handlungsempfehlungen vorrangig adressiert an die Selbstverwaltung und den Gemeinsamen Bundesausschuss

6.1.3.1 Handlungsempfehlung 10

Personenzentrierung statt sektorübergreifende Leistungsausschlüsse

Ziel

Leistungsausschlüsse, die einer gemeinsamen, ambulanten, abgestimmten und am individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlung hinderlich sind, sollten vermieden werden. So sollte kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung nach der Gemeinsamer-Bundesausschuss Richtlinie parallel zur Behandlung in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen möglich sein. Auch sollten abgestimmte parallele Behandlungen in den Übergängen und in der Kooperation zwischen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung-Praxen und Institutsambulanzen ermöglicht werden. Solche Formen psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung werden von den meisten Leitlinien empfohlen und haben breite wissenschaftliche Evidenz.

Gründe

Eine Behandlung im Rahmen der Institutsambulanz schließt eine gleichzeitige Behandlung durch Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten gemäß der Vereinbarung nach Paragraph 118 Abs 2 Sozialgesetzbuch V aus. Gleiches gilt für parallele Behandlungen in den Übergängen und in der Kooperation zwischen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung-Praxen und Institutsambulanzen.

In den Übergängen und zur Ergänzung sind gemeinsame Behandlungsoptionen individuell geboten und wurden in Modellprojekten erfolgreich erprobt.

Empfehlungsleitend ist (ebenso wie bei der vorstationären Behandlung und der noch folgenden Empfehlung zu einer Flexibilisierung des Behandlungsendes einer stationsäquivalenten Behandlung) eine Verbesserung der intersektoralen Versorgung und die Vermeidung von Brüchen an den Schnittstellen. Aus Patientensicht ist die Begleitung von Übergängen vom einen in ein anderes Behandlungssetting ein Baustein zu dessen Gelingen, und sowohl die Kontinuität der ärztlichen als auch der psychotherapeutischen Behandlung können über eine längere Zeitspanne sinnvoll sein. Zu berücksichtigen sind die unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Die Vereinbarungen nach Paragraph 118 Abs. 2 sollten entsprechend überarbeitet werden. Gleiches gilt für die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung in Bezug auf die Institutsambulanzen und die Psychotherapierichtlinie.

Rechtliche Bezüge

- Paragraph 43 a Sozialgesetzbuch V
- Vereinbarung gemäß Paragraph 85 Abs. 2 Satz 4 und Paragraph 43 a Sozialgesetzbuch V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen)
- Paragraph 118 Sozialgesetzbuch V sowie Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß Paragraph 118 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V

- Gemeinsamer Bundesausschuss Psychotherapie-Richtlinie

Reichweite

Die Empfehlung betrifft die Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung.

Finanzielle Folgen

Keine, da sonst Leistungen hintereinander erfolgen.

6.1.3.2 Handlungsempfehlung 11

Intensivierte und aufsuchende Behandlung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen

Je nach Abrechnungsmodell kann die Problematik auch bei Patientinnen und Patienten von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen bestehen. In den PIA ist die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung eng mit den Abrechnungsmodalitäten verbunden.

Ziel

Intensivierte und aufsuchende Behandlung in der Lebenswelt der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen ist ein wichtiger Baustein einer von den Patientinnen und Patienten sowie ihren Familien ausgehenden partizipatorisch organisierten Versorgungsstruktur und sollte in der Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden.

Zielgruppe sind in der Regel Patientinnen und Patienten mit erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen nach dem Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters, Achse 6.

Gründe

Derzeitige leistungsrechtliche und Finanzierungsregelungen stehen sowohl einer intensivierten Behandlung von Patienten mit schweren Störungsbildern wie auch einer aufsuchenden Behandlung im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten (einschließlich der Schule und KITA) entgegen.

Eine intensiverte Behandlung ist derzeit sowohl aufgrund von Leistungsbudgets als auch aufgrund von in diesen Fällen nicht ausreichend berücksichtigenden Pauschalvergütungen nur ungenügend möglich.

Die Finanzierung einer aufsuchenden Behandlung im Lebensumfeld bei Delegation an entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist bislang zu sehr an somatischen Erkrankungen orientiert und reicht nicht aus.

Empfehlungsleitend ist die personenzentrierte, lebensweltbezogene und sozialraumorientierte Verbesserung der Behandlung unter Berücksichtigung von Präventionsaspekten (Vermeidung von Chronifizierungsprozessen). Hierdurch können auch sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten erreicht werden, die und deren Familien sonst nicht in eine intensivere (z. B. stationäre oder teilstationäre) Behandlung eintreten würden.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Intensivierte Behandlung von Patienten mit schweren oder akuten Störungsbildern sollte durch besondere Vergütungsregelungen ermöglicht werden.

Aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld (einschließlich stationärer Jugendhilfe und ggf. auch in Schule und KITA) sollte im Einzelfall und abrechnungsfähig erfolgen. Bei Bedarf ist eine Intensivbehandlung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen ebenso wie telemedizinische Behandlungsformen.

Rechtliche Bezüge

Rechtliche Bezüge bestehen zu:

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab: Arztgruppen-Einheitlicher Bewertungsmaßstab Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Psychotherapievereinbarung

Reichweite

Die Empfehlung betrifft eine und über die Orientierung nach der Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters-Achse sechs definierte und umgrenzte Gruppe von Patientinnen und Patienten in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung.

Finanzielle Folgen

Die finanziellen Folgen sind begrenzt und überschaubar, da es sich um eine eng definierte Patientengruppe handelt und sich Leistungen zum größten Teil nur verschieben. Dem gegenüber steht die Vermeidung von stationärer Behandlung und von Chronifizierungsprozessen aufgrund insuffizienter Behandlungsintensität.

6.1.3.3 Handlungsempfehlung 12

Richtlinienpsychotherapie – ländliche Versorgung gleichstellen

Ziel

Die derzeitige Ausstattung der Regionen mit Sitzen niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Kinder und Jugendliche ist sehr heterogen. Vor allem ländliche Gebiete (Kreistyp 5) sollen besser versorgt werden, um eine gleichmäßige und gerechtere Verteilung zu erzielen. Die psychotherapeutische Behandlung ist in erreichbarer Nähe anzubieten.

Gründe

Bei der Umsetzung ambulanter psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß der Gemeinsamer Bundesausschuss Richtlinienpsychotherapie sollen die Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien und Bezugspersonen im Mittelpunkt stehen.

Bei der Reform der „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“, einschließlich ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapeuten, vom 05.12.2019 kam es zur Bewilligung von knapp 800 neuen Psychotherapeutesitzen. Diese

wirkte sich aber vor allem in der Umgebung von Großstädten (Kreistypen 2, 3 und 4) aus, nur sehr begrenzt in ländlichen Regionen (Kreistyp 5). Der Bedarf lag insgesamt laut Gutachten mit 2.400 Sitzen deutlich höher.

Der Anteil der Kinder- und Jugendpsychotherapie an der Gesamtversorgung in der RL-Psychotherapie darf 20 % nicht unterschreiten.

Von einer geringeren Morbidität bei Kindern und Jugendlichen in ländlicher Umgebung ist nicht auszugehen.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Eine Aufstockung an den fehlenden 1.600 Psychotherapeutenstellen (hier ca. 20 % Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) gemäß Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im Sinne des Paragraph 99 fortfolgend Sozialgesetzbuch V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Verfasser: Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management; Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig; Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn; GeoHealth Centre, Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München; 37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln) in den Regionen des Kreistyps 5 sollte in der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden. Die G-BA Bedarfsplanungs-Richtlinie ist entsprechend anzupassen. Die regionalen Steuerungsmöglichkeiten z. B. durch erweiterte Befugnisse des Gremiums in Paragraph 90 a Sozialgesetzbuch V sind auszubauen.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Die Vorgaben für die Bedarfsplanung sind in der Gemeinsamer Bundesausschuss Bedarfsplanungsrichtlinie nach Paragraph 92 Sozialgesetzbuch V verankert. Die Landesgremien nach Paragraph 90 a Sozialgesetzbuch V können, soweit es das Landesrecht vorsieht, zur Bedarfsplanung Stellung nehmen.

Reichweite

Die Empfehlung betrifft psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in unterversorgten ländlichen Regionen des Kreistyps 5.

Finanzielle Folgen

Die Ausgaben für die ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapie sind entsprechend höher zu veranschlagen.

6.1.3.4 Handlungsempfehlung 13

Angehörigengruppen ermöglichen und Bezugspersonen bedarfsgerecht einbeziehen

Ziel

Eine von den Patientinnen und Patienten und ihren Familien ausgehende Behandlungsstruktur erfordert den regelhaften Einbezug der Angehörigen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Gruppentherapeutische Konzepte bieten sich hier an. Reine Angehörigengruppen sollen deshalb ermöglicht und damit der bedarfsorientierte Einbezug der Bezugspersonen sichergestellt werden. Diese würden auch eine dringend notwendige Erweiterung des Angebots für Geschwister erkrankter Kinder und Jugendlicher darstellen.

Darüber hinaus ist die in der Psychotherapievereinbarung geregelte Begrenzung und Kontingentierung von 4:1 beim Einbezug von Bezugspersonen aufzugeben, um flexibel auf Behandlungsbedarfe reagieren zu können.

Gründe

Die Einbeziehung der Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen in die Behandlung wirkt sich (evidenzbasiert nachgewiesen) unmittelbar positiv auf die Bewältigung bzw. Heilung einer psychischen Erkrankung der Kinder aus. Neben den Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, dass bei Bedarf auch ihre Bezugspersonen bedarfsgerecht in die Behandlung einbezogen werden. Zu den grundsätzlichen Anforderungen gehört, die Behandlung lebensweltbezogen und sozialraumorientiert für diese Heranwachsenden auszurichten.

Spezifische Angebote, die einen therapiebegleitenden und intensiven Einbezug von Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen neben einem individualisierten Ansatz in einer eigenen Angehörigengruppe vorsehen, sind trotz wissenschaftlicher Evidenz ihrer spezifisch gruppentherapeutischen Wirksamkeit bislang nicht oder nur eingeschränkt möglich.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird derzeit im einheitlichen Bewertungsmaßstab nur der patientenindividuelle Einbezug der Bezugspersonen ermöglicht. Im Bereich der Richtlinienpsychotherapie besteht die patientenindividuelle Einbeziehung der Bezugspersonen in einem Umfang von maximal einem Fünftel der Therapiesitzungen.

Ebenso behindert die Regelung in der Psychotherapie-Vereinbarung, dass der Einbezug von Bezugspersonen im Verhältnis von 4:1 stattfinden soll und eine intensivere Einbindung von Bezugspersonen bereits beim Antrag an die Krankenkasse angemeldet werden soll, eine bedarfsgerechte Behandlung.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Erforderlich sind kurzfristige und fallabhängige Gestaltungsmöglichkeiten durch die Behandelnden bei der Entscheidung eines Einbezugs von Bezugspersonen durch reine Angehörigengruppen. Im einheitlichen Bewertungsmaßstab und in der Psychotherapie-Richtlinie ist die Durchführung von Angehörigengruppen zu ermöglichen. Gruppen mit Angehörigen sollen nicht auf das Kontingent der begleitenden Behandlung von Bezugspersonen in der Richtlinienpsychotherapie angerechnet werden.

Darüber hinaus ist in der Psychotherapie-Vereinbarung zu regeln, dass die Frequenz beim Einbezug von Bezugspersonen in die fachliche Entscheidungshoheit der Behandelnden übertragen wird. Die Regelung, dass der Einbezug von Bezugspersonen im Verhältnis von 4:1 stattfinden soll und eine intensivere Einbindung von Bezugspersonen bereits beim Antrag an die Krankenkasse angemeldet werden soll, ist aufzugeben und die Entscheidung muss durch die Behandelnden in Abstimmung mit den Bezugspersonen erfolgen.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Bezugsrahmen ist der EBM, und die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom

19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, insbesondere Paragraf 11 (3) und die Psychotherapie-Vereinbarung (Paragraf 11 Abs. 10).

Reichweite

Bei 20 bis 30 % der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ist eine stärkere Einbeziehung der Bezugspersonen auch in Form von Angehörigengruppen therapeutisch sinnvoll und notwendig.

Finanzielle Folgen

Damit wäre eine Budgeterhöhung verbunden, die sich aber aufgrund niedriger Frequenz von Gruppensitzungen und Koppelung an die laufende Behandlung in einem geringeren Rahmen bewegen würde. Denkbar wären Obergrenzen für maximal mögliche Gruppensitzungen pro Patientin bzw. Patient.

6.1.3.5 Handlungsempfehlung 14

Richtlinie Personalausstattung weiterentwickeln

Ziel

Für die Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ guten Personalausstattung der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser sollten die Personalvorgaben weiterentwickelt werden in Richtung einer entsprechenden quantitativen und qualitativen Personalbemessung. Zudem sollte der aktuell vorgegebene Stationsbezug aufgehoben werden. Personalvorgaben sollten sich vorrangig an den in einem partizipatorischen Prozess ermittelten Bedarfen der zu behandelnden Patientinnen und Patienten und ihren Familien orientieren und den daraus zu beschreibenden Aufgaben des Personals entwickeln. Dabei sind die Anforderungen an den Kriterien zu messen, die Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäusern auf der Basis von Kompetenz, Vertrauen, Empathie, Vermeidung von Zwang und unter den Bedingungen von definierter Versorgungsverpflichtung durchzuführen.

Gründe

Die Vorgaben des Gemeinsamer Bundesausschuss zur Mindestpersonalausstattung erfüllen die Zielsetzung einer quantitativen und qualitativ guten Personalausstattung, so wie in Paragraf 136 a Sozialgesetzbuch V verankert, nur ansatzweise. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik enthält Personalmindestvorgaben. Aktuell ist die Personalbesetzung stationsbezogen zu erfassen.

Stationsbezogene Dokumentationspflichten schränken die Gestaltungsmöglichkeiten des Krankenhauses erheblich ein und erschweren die Versorgung bzw. die Anpassung an die individuellen, von den Bedarfen der Patientinnen und Patienten und ihren Familien ausgehenden Behandlungsbedürfnisse und an regionale Besonderheiten (z. B. flexible Integration teilstationärer Behandlungen oder stationsäquivalenter Behandlung entsprechend der aktuellen Patientenbedarfen in Behandlungskontinuität).

Maßnahmen und Ausgestaltung

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung vorgesehen. Diese Weiterentwicklung sollte unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus der psychiatrischen und

psychotherapeutischen Versorgung regelhaft erfolgen. Dabei sind in zukünftigen Stufen innovative Modelle und die Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu berücksichtigen. So muss hier das Plattformmodell, welches mit Mitteln des Innovationsfonds derzeit empirisch geprüft und weiterentwickelt wird, einbezogen werden.

Bezugsgröße für die Dokumentation und Transparenz im Personaleinsatz sollte die jahresdurchschnittliche Besetzung der Personalstellen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sein. So wird die Berücksichtigung der Ergebnisse in den jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen auch in Richtung Mehrbedarf gesichert. Unterjährige Nachweise bergen die Gefahr, dass bei Überbelegung zwar Sanktionen ausgelöst werden, die notwendige Mehrausstattung dann aber auf spätere Pflegesatzverhandlungen vertagt wird.

Stationsbezogene Nachweise sind aufzugeben.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Rechtliche Bezüge bestehen zu

- der Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß Paragraf 136 a Absatz 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch V
- Paragraf 3 Bundespflegesatzverordnung
- Paragraf 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz

Reichweite

Die Regelungen betreffen psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit Krankenhausbehandlungsbedarf.

Finanzielle Folgen

Die Folgen sind auf Grund des bisher noch kurzem Umsetzungsreitraum aktuell nicht absehbar.

6.1.3.6 Handlungsempfehlung 15

Flexibilisierung der stationsäquivalenten Behandlung

Ziel

Krankenhausbehandlung muss ebenso wie prästationär auch bei Beendigung der Behandlung unter Partizipation der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien verstärkt in eine kooperative Versorgungsstruktur eingefügt werden. Stationsäquivalente Behandlung ist deshalb zu ihrem Behandlungsende hin abgestufter und flexibler im Umfang und Dauer zu ermöglichen. Damit sollen eine aus Patientenperspektive gestaltete kohärente Behandlungsplanung, -durchführung und eine flexible Überführung in die weitere ambulante Behandlung gewährleistet werden.

Gründe

Mit der Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment) oder am Aufenthaltsort der Kinder und Jugendlichen z. B. im Rahmen der Jugendhilfe, wurde ermöglicht, dass „Mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams“ zukünftig außerhalb des Krankenhauses aufsuchend tätig werden und Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld behandeln können. Der Paragraph 39 Sozialgesetzbuch V „Krankenhausbehandlung“, der bis dahin diese Möglichkeiten von Krankenhäusern einschränkte, wurde ergänzt und neben der voll- und teilstationären, eine „stationsäquivalente“ Behandlung eröffnet. Allerdings muss bislang ein der vollstationären Krankenhausbehandlung vollständig äquivalenter Behandlungsumfang im häuslichen Umfeld gewährleistet werden. Abstufungen der Behandlungsintensität sollen jedoch im Verlauf der stationsäquivalenten Behandlung zum Behandlungsende hin möglich sein, um dem übergeordneten Ziel einer an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten und ihren Familien orientierten Behandlungsstruktur gerecht werden zu können. So könnte eine Weiterbehandlung im häuslichen Umfeld strukturiert ohne als Bruch erlebter sektoraler Behandlungsübergang ermöglicht werden, die im Bedarfsfall auch entsprechend zeitlich länger ausfallen und intersektoral kooperativ gestaltet werden kann.

Maßnahmen und Ausgestaltung

Die Möglichkeit stationsäquivalente Behandlung zum Behandlungsende hin abgestufter und flexibler im Umfang und Dauer umsetzen zu können, sollte in die Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach Paragraph 115 d Abs. 2 Sozialgesetzbuch V aufgenommen werden.

Des Weiteren sollte in Bezug auf die kinder- und jugendpsychiatrische stationsäquivalente Behandlung die Möglichkeit, mehr als die Hälfte der Leistungen durch Sozialpsychiatrie-Vereinbarung-Praxen (in geeigneten Fällen auch Einzelpraxen) erbringen zu lassen, aufgenommen werden. Ebenso sollte gegen Ende einer stationsäquivalenten Behandlung der ambulante Leistungserbringer in Abstimmung mit Patientinnen und Patienten verbindlich mit in die Behandlung einbezogen werden.

Ein Hintergrunddienst inklusive kurzfristiger stationärer Aufnahmefähigkeit bleibt notwendig. Der Leistungsumfang muss mindestens dem einer stationsäquivalenten Behandlung an 3 Tagen in der Woche entsprechen.

Rechtlicher Bezugsrahmen

Bezug genommen wird auf den Paragraph 115 d Sozialgesetzbuch V und die dort verankerten Regelungen zur Umsetzung.

Reichweite

Erreicht die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten in der stationsäquivalenten Behandlung.

Finanzielle Folgen

Durch Umsteuerung sind die finanziellen Folgen gering.

6.1.3.7 Handlungsempfehlung 16 - Modellvorhaben nach Paragraf 64 b Sozialgesetzbuch V fortschreiben

Ziel

Modellvorhaben nach Paragraf 64 b Sozialgesetzbuch V ermöglichen eine Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung und personelle Kontinuität für alle Patientinnen und Patienten innerhalb des Krankenhaussettings (stationär, teilstationär und ambulant). Diese sind für Kinder und Jugendliche grundsätzlich krankenkassenübergreifend zu gestalten.

Gründe

Die bisherige Krankenhausbehandlung beinhaltet zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung ein Entlassungs- und Aufnahmeverfahren. Oft ist damit ein personeller Wechsel und Umgebungswechsel verbunden. Darauf bezogene Modellvorhaben können diese Brüche durch Steuerung aus einem settingübergreifenden Trägerbudget überwinden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nur wenige Modellvorhaben mit einer flexibilisierten und settingübergreifenden Krankenhausbehandlung entstanden. Auf Grund der geringen Patientenzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Beteiligung aller Krankenkassen in einem Modellvorhaben zwingend geboten.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Die gesetzlichen Vorgaben, dass mindestens in jedem Bundesland ein Modellvorhaben entstehen sollte, ist zu erreichen, wenn in jedem Modellvorhaben sich jeweils alle Krankenkassen beteiligen.

Mit der Etablierung wäre auch die Auswertung bisheriger Erfahrungen und die Weiterentwicklung der „Paragraf 64 b-Modell-Vorhaben“ parallel möglich. So könnten aus Trägerbudgets perspektivisch Patientenbudgets abgeleitet werden. Auch könnten Ansätze sektor- und sozialgesetzbuch-übergreifender Versorgung erprobt werden, einschließlich der medizinischen Rehabilitation.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Beteiligung aller Krankenkassen entscheidend und zwingend geboten. Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen sind für eine zahlenmäßig unterrepräsentierte und strukturell benachteiligte Versorgungsgruppe bei je Krankenkasse geringen Betten- bzw. Platzzahlen keine Basis für ein Modellvorhaben. Faktisch sind Modellvorhaben nicht durchführbar, wenn nur Selektivverträge geschlossen werden. Damit wird nur ein Bruchteil der psychisch kranken Minderjährigen erreicht, was statistisch leicht nachvollziehbar ist. Zudem spielen bekannte SES-Faktoren bei den Krankenkassen eine Rolle, wie auch im Morbi-RSA. Ohne die Krankenkassen, die den höchsten Anteil psychisch erkrankter Minderjähriger haben, sind Modellvorhaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht realisierbar bzw. nicht aussagekräftig.

Rechtliche Bezüge

Die Möglichkeit der Modellvorhaben ist im Paragraf 64 b Sozialgesetzbuch V verankert. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden.

Reichweite

Es betrifft krankenhausbearbeitungsbedürftige psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche.

Finanzielle Folgen

Da hier nur eine Umsteuerung erfolgt, ist mit keinen finanziellen Folgen zu rechnen.

6.1.3.8 Handlungsempfehlung 17

Sozialpädiatrische Zentren - Flexibilität in der Behandlung erhöhen

Ziel

Im Sinne einer von den Patientinnen und Patienten und ihren Familien ausgehenden Versorgungsstruktur ist die aufsuchende Arbeit durch die Sozialpädiatrischen Zentren in allen Verträgen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen. Zudem sollen flexible Übergangsregelungen für die Transitionsphase zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr getroffen werden und die gleichzeitige Behandlung mit der Sozialpsychiatrischen Vereinigung-Praxis oder der PIA ermöglicht werden.

Gründe

In der aufsuchenden Arbeit werden die Perspektiven und Bedarfe der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien in besonderem Masse berücksichtigt, insbesondere indem das Lebensumfeld stärker mit einbezogen werden kann. Die mobile bzw. aufsuchende Tätigkeit der Sozialpädiatrischen Zentren ist allerdings bisher nicht möglich. Mit dem 18. Lebensjahr endet für psychisch erkrankte Jugendliche mit weiteren Beeinträchtigungen häufig die Schulzeit und zugleich tritt die Volljährigkeit ein. Um nicht zu viele Umbrüche gleichzeitig zu erleben, ist eine Weiterbehandlung bei einem Teil der Patienten bis zum 21. Lebensjahr in Sozialpädiatrischen Zentren sinnvoll. Zudem sind Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen nicht ausreichend vorhanden und auf Patienten mit hohen Beeinträchtigungsgraden bzw. Grad der Behinderung beschränkt.

In Fällen mit komplexem Behandlungsbedarf kann im Sinne einer partizipatorisch und kooperativ ausgerichteten Versorgungsstruktur eine gemeinsame Behandlung mit PIAs oder Sozialpsychiatrische Vereinbarung-Praxen geboten sein.

Empfehlungsleitend ist die personenzentrierte, lebensweltbezogene und sozialraumorientierte sowie Kooperationen ermöglichende Verbesserung der Behandlung.

Maßnahmen und Ausgestaltung der Leistung

Eine Änderung der Verträge mit den Krankenkassen ist entsprechend notwendig. Bei gemeinsamer Behandlung ist ein kooperatives und arbeitsteiliges Vorgehen geboten.

Rechtliche Bezüge

- Verträge der Sozialpädiatrischen Zentren mit Krankenkassen
- Verträge der Sozialpädiatrischen Zentren mit Krankenkassen
- Paragraph 119 Sozialgesetzbuch V / Verträge mit Krankenkassen

Reichweite

In der Gesamtheit der Zielsetzungen ist eine größere Anzahl Patientinnen und Patienten in den Sozialpädiatrischen Zentren betroffen.

Finanzielle Folgen

Hier sind keine bzw. nur geringe finanzielle Folgen zu erwarten, da in der Regel abgestimmte und wirksame Leistungsverschiebungen stattfinden.

6.2 Weitere angeführte Handlungsbedarfe und vorgeschlagene Handlungsoptionen aus den Stellungnahmen

In den Stellungnahmen wurden eine Vielzahl von weiteren Handlungsbedarfen formuliert. Sie benennen teilweise Reformbedarfe, die über die Schwerpunktthemen des Projektes hinausgehen und sich über das Sozialgesetzbuch V hinausgehend auch auf das Sozialgesetzbuch VIII, IX oder XII oder den Bereich der Schule oder Ausbildung und Arbeit beziehen. Teilweise wurden weitere Handlungsbedarfe formuliert, die sich zwar auf das Sozialgesetzbuch V beziehen, die in der Filterung, Konsentierung und Komprimierung jedoch in den priorisierten Handlungsempfehlungen keine Berücksichtigung fanden. Gründe für die Nicht-Priorisierung waren insbesondere:

- Nicht vorrangig auf psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe ausgerichtet (Projektauftrag) ausgerichtet
- fehlende konkrete Handlungsempfehlung
- Spezialisierungsgrad und Reichweite
- Nicht ausreichender Konsens in der Bewertung und Abstimmung durch Beirat, Aktion Psychisch Kranke, Projektleitung und Expertengremium

Die hier angeführten weiteren Handlungsbedarfe und vorgeschlagenen Handlungsoptionen bilden eine Zusammenfassung der relevanten genannten Hinweise und Handlungsoptionen der Verbände sowie des Expertengremiums in Bezug auf den Sozialgesetzbuch V-Bereich und Schnittstellen ab. Teilweise sind einzelne Aspekte in die priorisierten Handlungsempfehlungen eingeflossen.

Die Reihenfolge in der folgenden Aufzählung beinhalten keine Wertung im Sinne einer besonderen Hervorhebung oder Repräsentativität. Zunächst sind die Handlungsoptionen mit struktureller und legislativer Ausrichtung aufgeführt. Ihnen folgen die Handlungsoptionen, in deren Fokus eher der Ausbau von bestehenden Angeboten steht.

- Handlungsbedarf: „Erbringung nichtärztlicher sozialpädiatrische Leistungen durch sozialpädiatrische Zentren als rechtlich verankerte Krankenkassenleistung“; Hintergrund: Teilrückzug Sozialhilfeträger aus Finanzierung
Handlungsoption „Aufnahme der Sozialpädiatrischen Zentren in den Paragraf 43 a Sozialgesetzbuch V“.

Bezug: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, e.V.
Stellungnahme Expertengremium zum Entwurf HE

- Handlungsbedarf: Auftrag, dass gemäß Paragraf 92 Absatz 6 b Sozialgesetzbuch V auch für die Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zeitnah und fachlich angemessen umgesetzt wird.

Handlungsoption: gesetzliche Frist für die Erarbeitung der Richtlinie für die Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen sowie einer gesetzlichen Regelung in Paragraf 43 a Sozialgesetzbuch V, sodass auch Psychotherapeuten und -therapeutinnen sozialpädiatrische und heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Komplexversorgung verordnen dürfen.

Bezug: Bundespsychotherapeutenkammer, Stellungnahme Expertengremium zum Entwurf HE

- Handlungsbedarf: „Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Sektorenübergreifende digitale Versorgungsnetze. Elektronische Patientenakte. Einsichtnahme durch ungeeignete Sorgeberechtigte. Datenschutz bei Verbundstruktur. Einsatz zertifizierter Apps zur Behandlung und bei Präventionsmaßnahmen.

Handlungsoption: „Anregung eines entsprechenden Implementationsprojektes z. B. im Rahmen des Innovationsfonds oder bei einem der Forschungszentren für Psychiatrie“.

Bezug: Bundespsychotherapeutenkammer, Stellungnahme Expertengremium zum Entwurf HE. Siehe auch Stellungnahme Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V, Kassenärztliche Bundesvereinigung u. a.

- Handlungsbedarf: „Folgen des Fachkräftemangels in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die Forderung einer 100-prozentigen Personalausstattung mit therapeutischem Personal durch die PPP-Richtlinie“.
Handlungsoption: „Abstimmung mit dem Spitzenverband der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. zu erwartbaren Sanktionen bei personeller Nichterfüllung der Mindestanforderungen“.

Bezug: Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz e.V. mit Hinweis auf den Fachkräftemangel im Behandlungsbereich.

- Handlungsbedarf: „Das Regelsystem soll auch Menschen ohne aktives Hilfesuchverhalten bzw. bei Minderjährigen ohne entsprechende Fähigkeiten die Erziehungsberechtigten erreichen“.

Handlungsoption: Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern als indizierte Prävention in Verbindung mit Maßnahmen zur Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern.

Bezug: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., Stellungnahme

- Handlungsbedarf: „Die Empfehlungen sollen ohne Einschränkungen auch für Geschwister und andere erstrangige Familienmitglieder von minderjährigen psychisch Erkrankten Geltung erhalten. Darüber hinaus haben sie ein explizites Beratungs- und Initiativrecht“.

Handlungsoption: „Wir empfehlen, dass Krankenkassen ihre Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an einer Familienorientierung ausrichten. Alle erstrangigen Familienmitglieder, die mit dem erkrankten Familienmitglied zusammenleben, sollen für einen ärztlichen Hausbesuch oder die Verordnung von Soziotherapie das explizite Beratungs- und Initiativrecht erhalten“.

Bezug: Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen e.V.,
Stellungnahme

- Handlungsbedarf: „Die Besonderheit und Stärke der Kinder- und Jugendrehabilitation, wie mit ‚ICF-Orientierung‘, ‚Familienorientierung‘, ‚schulische Rehabilitation‘ und ‚interdisziplinäre Konzepte‘, weiter verbessern“.

Handlungsoption: „Mehr Beachtung der Kinder- und Jugendrehabilitation, Verbesserung der Schnitt- und Nahtstellen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Kinder- und Jugendrehabilitation als „Anschlussheilbehandlung“ nach einem stationären Aufenthalt und eine Kinder- und Jugendrehabilitation zur Unterstützung bei einer Jugendhilfemaßnahme“.

Bezug: Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V., Stellungnahme

- Handlungsbedarf: Konsiliar-psychotherapeutische Tätigkeiten im stationären somatischen Bereich
Handlungsoption: Psychotherapeutenrichtlinie

Bezugspunkte: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Stellungnahme

- Handlungsbedarf: Indizierte und selektive Prävention insbesondere bei Kindern psychisch kranker Elternteile
Handlungsoption: Verankerung im Paragraf 20 Sozialgesetzbuch V

Bezugspunkte: Stellungnahmen Dachverband Gemeindepsychiatrie, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen u.a.

- Handlungsbedarf: Besondere Behandlungsbedarfe bei Zielgruppe geflüchtete Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen

Handlungsoption: Qualifizierung von Fachkräften, Finanzierung Sprachmittlung
Bezugspunkte: Stellungnahmen Bund deutscher Psychologen, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin u.a.

- Handlungsbedarf: Kooperationsvereinbarungen Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie

Handlungsoption: Kooperationsangebote an die Beteiligten, gemeinsame Hilfeplanung
Bezugspunkte: Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, Stellungnahme

- Handlungsbedarf: „Intensivierte Kooperation KJP und stationäre Jugendhilfe“.
Handlungsoption: „Erhöhung der Verbindlichkeit und Finanzierung der Kooperationsleistungen“.

Bezug: R. Glatzel, Kreisjugendamt Reutlingen. Stellungnahme Expertengremium zum Entwurf HE

Weitere Handlungsoptionen mit quantitativer Ausrichtung (Ausbau bestehender Angebote):

- Handlungsbedarf: „Psychosomatische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen reduzieren“.
Handlungsoption: „Evaluation bzw. Feststellung des ambulanten und stationären psychosomatischen Behandlungsbedarfs“.

Bezug: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.

- Handlungsbedarf: „Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf für Kinder und Jugendliche mit Substanzmissbrauch“.
Handlungsoption „Feststellung des Bedarfs an Rehabilitationsplätzen“.

Bezug: Diakonie Deutschland. Stellungnahme Expertengremium zum Entwurf HE

- Handlungsbedarf: „Psychosomatische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen reduzieren“.
Handlungsoption: „Evaluation bzw. Feststellung des ambulanten und stationären psychosomatischen Behandlungsbedarfs“.

Bezug: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.

- Handlungsbedarf: „Sicherstellung der Netzwerkstrukturen ‚Frühe Hilfen‘ durch Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende“
Handlungsoption: „Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen bundesweit durch eine gesicherte Finanzierung verstetigen“.

Bezug: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Stellungnahme zum Themenfeld: „Herausforderungen in der Versorgung“

- Handlungsbedarf: „Die Versorgungsrealität bildet nicht den realen Bedarf ab. Nur etwa jedes zweite Kind, welches eine psychotherapeutische Behandlung bedarf, erhält diese“.

Handlungsoption: „Ein Schwerpunkt muss in der Identifikation der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien liegen. Als Berufsverband fordern wir dazu auf, entwicklungspsychologisches, sowohl patho- als auch salutogenetisches Know-how an allen relevanten Schnittstellen „von der Geburtsvorbereitung bis zum Erwerb des Führerscheins“ zu platzieren“.

Bezug: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Sektion Klinische Psychologie e.V., Stellungnahme

- Handlungsbedarf: „Flächendeckende Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste analog Sozialpsychiatrischer Dienste“.

Handlungsoption: „Diese können niedrigschwellig und schnell Familien zu regionalen Hilfen beraten und diese anbahnen, hilft Zuspitzungen im häuslichen Umfeld zu vermeiden und Hilfen frühzeitig zu bahnen“.

Bezug: Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände e.V., Stellungnahme

Hinzuweisen ist auf eine Vielzahl von formulierten Handlungsbedarfen bzw. -optionen, die in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer fallen und damit nicht in den für das Projekt relevanten Bereich des Sozialgesetzbuch V. So wurde wiederholt in Stellungnahmen empfohlen, in der Krankenhausplanung Regelungen für einen flächendeckenden Ausbau von Transitionsstationen zu implementieren und die Einrichtung von unabhängigen Beschwerdestellen wurde in Richtung der Länder adressiert. Auch wurde die Einrichtung von länderfinanzierten Spezialambulanzen und der Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bezug auf psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche gefordert.

Zudem wurden – wenn auch wenige – Handlungsbedarfe ausschließlich ausgerichtet auf Angebotsstrukturen der Jugendhilfe, der Arbeits- und Ausbildungsförderung und der Hilfen im Bereich der schulischen Bildung (Ausbau schulpsychologischer Dienst) übermittelt.

6.3 Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse aus der Bestandsaufnahme im ersten Projektteil bildeten eine geeignete Grundlage für die Entwicklung der Handlungsempfehlung. In den eingereichten Stellungnahmen wurde vielfach darauf Bezug genommen, und die insbesondere im Workshop 2019 formulierten Handlungsbedarfe wurden umfassend in der Diskussion und Erarbeitung der Empfehlungen aufgegriffen.

In dem Projekt konnten Instrumente, gesetzliche Reformvorschläge und Handlungsansätze identifiziert und in den Empfehlungen deutlich gemacht werden, wo sich Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen weiterentwickeln kann und muss. Im Fokus der Empfehlungen steht nicht der Ausbau bestehender Angebote, sondern der Umbau bzw. Weiterentwicklung in Richtung Personen- bzw. Patientenzentrierung, gleichberechtigter Zugang, Partizipation, Kooperation und Vernetzung. Bei komplexem Behandlungsbedarf sollen die Hilfen integriert, koordiniert, kooperativ und lebensfeldbezogen erbracht werden. Anreize zur kooperativen Versorgung an der Sektorengrenze müssen gesetzt werden. Die Versorgung und

Versorgungsforschung gehören zusammen und müssen stärker vernetzt werden. Die hat nicht nur Ausdruck in der dazugehörigen Empfehlung gefunden, sondern wurde auch in der Abschlussveranstaltung von allen beteiligten Akteuren betont.

In dem Projekt hat sich das beteiligungsorientierte Vorgehen bewährt. So konnte Erfahrungswissen der Selbsthilfe partizipativ und professionelles Expertenwissen aus den Fach- und Berufsverbänden bzw. der Fachgesellschaften fachlich integriert werden. Es haben sich Begrenzungen in Bezug auf die Einbindung der Selbstverwaltung gezeigt. Die Selbstverwaltungspartner sind teilweise Adressat oder als Organe der Selbstverwaltung in der Ausführungsverantwortung, so dass manches was aus Expertensicht und auch aus Betroffenenansicht vorstellbar wäre oder als notwendige Weiterentwicklung angesehen wird, dann auf diesem Hintergrund nicht mitgetragen werden kann.

Aus der Perspektive der positiven Erfahrungen mit solchen dialogischen, beteiligungsorientierten Projekten wird befürwortet, dass in der nächsten Legislatur dieser Prozess fortgeführt wird, in dem die Bundespolitik kontinuierlich aus Sicht von Expertinnen und Experten aus der Selbsthilfe, den Fach- und Berufsverbänden und den Fachgesellschaften beraten wird. Es passt zeitlich gut, dass die Empfehlung jetzt vor einer Wahl und vor einer neuen Legislaturperiode vorgelegt werden können. Auf der einen Seite ist festzuhalten, was alles in Deutschland an guter Versorgung vorgehalten wird, zugleich ist anzuerkennen, dass noch Entwicklungsbedarf und Raum für Verbesserung besteht und deshalb wird eine Verstärkung solcher Beratungsprozesse in Expertenkommissionen gebraucht. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie ist ein Scharnierfach von der kindermedizinischen Versorgung hin zur psychischen Gesundheit und diese Bedeutung, was sich auch in diesem Projekt deutlich gezeigt hat.

7. Gender Mainstreaming Aspekte

Im gesamten Projekt wurde darauf geachtet, dass sowohl die Situation der Mädchen als auch die der Jungen bzw. der jungen Frauen und Männer betrachtet wird. Dies gilt insbesondere bei psychischen Störungen im Zusammenhang mit Frage der Geschlechtsidentität bzw. des Geschlechterwandels und sich daraus u.a. ergebenden unterschiedlichen Ansätzen in Prävention, Diagnostik und Therapie. Der Abschlussbericht zum Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ geht auf geschlechtsspezifische Aspekte ein. Diese wurden in die Entwicklung von Handlungsempfehlungen eingebracht. Bei den Sekundäranalysen und Literaturübersichten, die zur Vorbereitung der Expertenkommissions-Sitzungen und der beiden Workshops herangezogen werden, ist dieser Anspruch von der bestehenden Datenlage abhängig. In allen Projektunterlagen, Dokumenten und Einladungen wurde geschlechtergerechte Sprache angewendet. Zugleich war es eine Zielsetzung in der Entwicklung der Handlungsempfehlungen, die geschlechtliche Vielfalt und die Intergeschlechtlichkeit altersgerecht zu thematisieren und Besonderheiten in den Handlungsempfehlungen zu berücksichtigen.

8. Verbreitung der Projektergebnisse

8.1 Abschlussveranstaltung

Wie vorgesehen wurden in einer virtuellen Fachveranstaltung am 01. Juni 2021 von 10.00 Uhr bis 16.30 Uhr mit dem Titel:

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Erkennen – Bewerten – Handeln
Bestandsaufnahme und Herausforderungen in der Versorgung

Die Ergebnisse des Projektes gemeinsam mit den Projektergebnissen des ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts „Erkennen – Bewerten – Handeln“ des Robert Koch-Institutes in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vorgestellt.

Die Veranstaltung fand im Rahmen des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen (www.psychiatriedialog.de) des Bundesministeriums für Gesundheit statt. Die Organisation wurde durch die Geschäftsstelle des Dialogprojektes sichergestellt. Die inhaltliche Vorbereitung erfolgte durch die Projektleitung und die wissenschaftliche Mitarbeit des Projektes KIJU-WE in Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Es wurden die Verteiler der Aktion Psychisch Kranke, der beiden Projekte zur Bestandsaufnahme und des aktuellen Projektes genutzt.

Die Veranstaltung ist mit fast 600 Online-Anmeldungen auf eine hohe Resonanz gestoßen. Das Programm gestaltete sich wie folgt:

- | | |
|-------|--|
| 10.00 | Begrüßung
Dr. Thomas Stracke, Bundesministerium für Gesundheit
Peter Weiß, MdB, Aktion Psychisch Kranke
Heike Hölling, Robert Koch-Institut |
| | Einführung
Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Jörg Fegert, Dr. Robert Schlack
Robert-Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Projekt Erkennen – Bewerten – Handeln (Beiträge inkl. Fragerunde) |
| 10.30 | Psychische Auffälligkeiten/ADHS bei Kindern und Jugendlichen:
Erkennen und Bewerten
Dr. Ann-Kristin Beyer, Dr. Robert Schlack |
| 11.30 | Kaffeepause |
| 11.45 | Psychische Auffälligkeiten / ADHS bei Kindern und Jugendlichen:
Bewerten und Handeln durch Prävention
Prof. Dr. Freia de Bock, Dr. Mirja Otten |
| 12.30 | Schlaglicht: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in
der COVID-19-Pandemie
Dr. Robert Schlack |
| 12.45 | Mittagspause |

Aktion Psychisch Kranke Projekt Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung (Beiträge inkl. Fragerunde)

- 13.15 Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe – Versorgungssituation
Prof. Dr. Michael Kölch
- 13.45 Handlungsempfehlungen I: Information und Partizipation
Dr. Myriam Bea, Prof. Dr. Jörg Fegert
- 14.30 Kaffeepause
- 14.45 Handlungsempfehlungen II: Ambulante Behandlung und sektorübergreifende Versorgung
Dr. Maik Herberhold, Peter Lehndorfer
- 15.30 Handlungsempfehlungen III: Krankenhausbehandlung und sektorübergreifende Versorgung
Prof. Dr. Renate Schepker
- 16.00 Abschlussrunde: Gemeinsame Perspektiven

Ende der Veranstaltung gegen 16.30 Uhr

Im Verlauf des Nachmittages konnten über die Vorträge die entwickelten Handlungsempfehlungen in einer weit fortgeschrittenen Entwurfsfassung einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt werden.

In der Abschlussrunde wurde sowohl seitens des Robert-Koch-Institutes als auch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Bedeutung der Kooperation unterschiedlicher Akteure und Netzwerkpartner im Bereich der Gesundheits- und Versorgungsforschung hervorgehoben und dabei insbesondere auch translationale Aspekte in den Vordergrund zu rücken.

Für Frau Bea, Vertretende für ADHS Deutschland im Beirat, war die erlebte Zusammenarbeit im Projekt KIJU-WE auf Augenhöhe ein großer Gewinn.

Seitens der wissenschaftlichen Projektleiter Herr Kölch und Herr Fegert wurde die Ergebnisbewertung und die weiteren Umsetzungsschritte für die Handlungsempfehlungen für das Projekt KIJU-WE formuliert (siehe Bewertung der Ergebnisse).

Die Veranstaltung wurde in den Rückmeldeoptionen über den Chat und per Mail durchweg positiv bewertet. Die Fragerunden wurden rege genutzt. Die Präsentationen wurden auf der Projektwebsite direkt nach der Veranstaltung eingestellt.

8.2 Publikationen und Medien

Die Projektwebsite wird für die Projektnachlaufzeit bestehen bleiben und die Projektergebnisse werden dort zu finden sein. In den Zeitschriften „Psychosoziale Umschau“ und der „Kerbe“ sind bereits Zwischenberichte zum Projekt in Fachartikeln

veröffentlicht worden. Auch über die Abschlussveranstaltung wird dort berichtet werden. Die Gremienvertretung der Projektleiter und die Aktion Psychisch Kranke-Gremienvertretung wurden und werden für eine Verbreitung der Projektergebnisse intensiv genutzt.