

Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke (APK)

zum Themenfeld „Versorgungsbereiche“

im Rahmen des Projektes "Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher - Handlungsempfehlungen"

Die APK hat im Zeitraum 2014 – 2018 das Projekt "Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse" durchgeführt. Ziel des Projekts war, eine Bestandsaufnahme der quantitativen als auch der qualitativen Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu erarbeiten. In diesem Projekt wurde eine umfassende Analyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland vollzogen.

In der Folge wurde das o.a. Projekt beantragt und vorbereitet, welches durch die APK im Jahr 2020 durchgeführt wird.

Die Stellungnahme der APK zum o.a. Themenfeld beruht auf den Ergebnissen der Bestandsaufnahme bzw. Bedarfsanalyse und den bisherigen Erfahrungen aus der Vorbereitung und Durchführung des aktuellen Projektes.

Zentrale Handlungsoptionen in Bezug auf die Versorgungsbereiche wurden in den Handlungsfeldern

- Ambulante Komplexeleistungen
- Ambulante RL-Psychotherapie
- Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung
- Transitionsphase
- Rechte der Kinder und Jugendlichen: Selbstbestimmung und Partizipation
- Prävention
- Telemedizin
- Arzneimitteltherapie

identifiziert, die sich wie folgt darstellen.

1. Handlungsoption „ambulante Komplexeleistung“

1.1 Handlungsbedarf

In der ambulanten Behandlung insbesondere von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit schwereren Krankheitsverläufen sind Behandlungsleistungen oft interdisziplinär, multiprofessionell und integriert als Komplexeleistung zu realisieren. Die Behandlungsleistungen sind in ihrer Intensität bedarfs- bzw. personenbezogen und im Verlauf verbindlich koordiniert zu erbringen. Bestandteile sind psychiatrisch/ psychotherapeutische (fachärztliche) Behandlung, ambulante Psychotherapie, somatische ärztliche Behandlung, psychiatrische und somatische Krankenpflege, Heilmittel insbesondere Ergotherapie, Physiotherapie und weitere Therapien. Die auf die Patientinnen und Patienten bezogene Gesamtverantwortung muss definiert sein.

Komplexere Leistungserbringung im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung hat sich laut Evaluation bewährt. Einschränkungen sind hier in Bezug auf den Leistungsumfang zu sehen. Der aufwändige Umgang mit der Mischung von Pauschalfinanzierung und Verordnungs- und Antragsleistungen wirft zusätzliche Probleme auf. Die psychiatrischen Institutsambulanzen erbringen begrenzt komplexere Leistungen auf Grund der Einschränkung auf eine bestimmte Patientengruppe und des Leistungsumfangs. Der Umfang variiert zudem je nach Landesregelung bezüglich der Finanzierung.

1.2 Rechtliche Ausgangssituation

Zurzeit sind Komplexeleistungen möglich

- im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung auf der Grundlage von § 43 a und § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V für psychisch erkrankte Kinder- und Jugendliche
- im Bereich der Institutsambulanzen nach § 119 SGB V
- in Selektivverträgen nach § 140 a SGB V, als „Besondere Versorgungsverträge“ in der Regelversorgung im ambulanten Bereich und im Rahmen von Projekten im Innovationsfonds

1.3 Handlungsoptionen

Zur Erbringung ambulanter Komplexeleistungen sollten über die Sozialpsychiatrievereinbarung hinaus im Bereich der fachärztlichen bzw. ambulanten Versorgung bei hochintensivem Behandlungsbedarf ambulante personenbezogene Komplexeleistungen ermöglicht werden, die multiprofessionell und teambezogen erbracht sowie ärztlich geleitet sind und die Psychotherapie, Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie, ggf. Physiotherapie integriert anbieten können.

Auch den Institutsambulanzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte in allen psychiatrischen Behandlungsbereichen die Möglichkeit der ambulanten Komplexeleistung eröffnet werden, d.h. dass hier Einschränkungen der Behandlungsbefugnis für diesen Bereich entfallen müssen.

Eine rechtliche Verankerung ist denkbar durch eine Einfügung eines § 43 d SGB V in Ergänzung und Erweiterung zu § 43 a.

Eine extrabudgetäre Leistungsvergütung sollte zur Optimierung der personenzentrierten Zugangssteuerung ermöglicht werden. Als Finanzierungsmodus sind gestufte,

bedarfsbezogene Pauschalen vorzusehen.

1.4 Finanzielle Folgen

Ca. 2 % der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen mit einer F-Diagnose benötigen eine intensive ambulante Komplexleistung über die Sozialpsychiatrievereinbarung hinaus. Es ist mit einem Finanzierungsaufwand von bis zu 90 Millionen Euro (bei geschätzten ca. 2,5 Milliarden Euro Budgetvolumen im Bereich der Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen) zu rechnen. Diese Kosten werden weitgehend durch Kostenreduzierungen kompensiert, die durch Vermeidung von Krankenhausbehandlung und verändertem Ressourceneinsatz entstehen.

2. Handlungsoption „Ambulante RL-Psychotherapie“

2.1 Versorgungsrealität und Handlungsbedarf

Durch die Reform der Psychotherapierichtlinie haben sich Verbesserungen in der Zugänglichkeit zur ambulanten Psychotherapie für psychisch erkrankte Kinder- und Jugendliche ergeben. Die Einführung der Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung zeigen hier positive Effekte.

Um die Zugänglichkeit weiter zu erleichtern, sind mehr mobile und in den Lebenswelten aufsuchende Leistungen der ambulanten Psychotherapie notwendig.

2.2 Rechtliche Ausgangssituation

Die Umsetzungsvorgaben zur Richtlinienpsychotherapie sind auf der Grundlage des § 92 SGB V in der

- G-BA-Richtlinie zur Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapierichtlinie)
- und der G-BA-Richtlinie zur Bedarfsplanung

verankert. Den Ländern und der Selbstverwaltung sind regionale Umsetzungskompetenzen zugeordnet.

2.3 Handlungsoptionen

In der G-BA-Psychotherapierichtlinie sollte die Möglichkeit der lebensweltorientierten und mobilen Leistungserbringung explizit benannt werden. In den Bedarfsplanungsrichtlinien ist die Erreichbarkeit sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch bei aufsuchender Psychotherapie ein wesentlicher Faktor. Fahrtkosten sind je nach Therapieort (zur Sitzung für den/die Patienten/in bei Bedarf, oder bei aufsuchender Behandlung für die Fachkräfte) zu berücksichtigen.

2.4 Finanzielle Folgen

Die stärkere Nutzung von aufsuchender und mobiler Behandlung hätte die Geltendmachung von Fahrtkosten und des Zeitaufwandes zur Folge. Umgekehrt sind Einsparungen bei den Praxiskosten möglich. Hier ist mit nur sehr geringen Mehrkosten zu rechnen. Geringe

Mehrkosten sind mit Fahrtkosten für Patientinnen und Patienten verbunden.

3. Handlungsoption „Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung“

3.1 Versorgungsrealität und Handlungsbedarf

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein Trend zur Verdichtung entwickelt, d.h. es ist eine Abnahme der vollstationären Plätze bei gleichzeitigem Anstieg stationärer Behandlungen zu verzeichnen gewesen. Die durchschnittliche Verweildauer ist erheblich gesunken. Bundesweit sind hohe Notfallquoten in der Krankenhausaufnahme zu verzeichnen. Zudem zeigen sich Selektionseffekte: Stationär behandelte Patient/-innen weisen einen deutlich höheren Schweregrad und Komplexität der psychosozialen Problemlagen auf. Die Behandlung sollte gleichwohl möglichst nah an ihrer Lebenswirklichkeit stattfinden: Viele Symptome treten im Alltag der Patientinnen und Patienten auf. Entsprechend sollte die Krankenhausplanung regional und lebensfeldbezogen ausgerichtet sein. Zudem sollte die settingübergreifende Behandlung entsprechend forciert werden, d.h. eine hohe Durchlässigkeit und Flexibilität stationärer, teilstationärer und ambulanter sowie stationssäquivalenter Krankenhausbehandlung ist geboten. Der Ausbau ambulanter und lebensweltorientierter Krankenhausbehandlung ist zu forcieren. Gleichzeitig ist die Schnittstelle zum ambulanten Sektor immer bedeutsamer.

3.2 Rechtliche Ausgangssituation

Eine Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung ist rechtlich nur auf der Ebene von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V oder über besondere Versorgungsverträge nach § 140 SGB V verankert. Die Modellvorhaben und die besonderen Versorgungsverträge werden in der Regel als Selektivverträge umgesetzt und es besteht kein Kontrahierungszwang. Die Krankenhausplanung ist Ländersache. Einflussnahme auf Bundesebene ist nur durch Festlegung von Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung im Bereich KJP gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136 c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V gegeben. Diese sind bisher nicht in Richtung der psychiatrischen Versorgung formuliert worden. Im § 64 b SGB V ist im Jahr 2020 eine Verlängerung der Laufzeit auf 15 Jahre verankert worden.

Eine stärkere Lebensfeldorientierung ist durch die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung im § 115d SGB V ermöglicht worden. Allerdings sind die Umsetzungsvorgaben zu starr bzw. sind die Finanzierungs- und Personalbemessungsregelungen noch nicht ausgereift. Der Einbezug von teilstationär-äquivalenten Elementen ist bisher nicht möglich. In Bezug auf die Personalbemessung ist zum 01.01.2020 die entsprechende G-BA-Richtlinie, die zurzeit in Teilbereichen (insbesondere Kontrollmaßnahmen) überarbeitet wird, in Kraft getreten.

3.3 Handlungsoptionen

In § 115 d SGB V sollte nicht nur das häusliche Umfeld, sondern die Lebenswelt insgesamt als Ort der Behandlung verankert werden. Dazu gehören insbesondere auch Schule bzw. Ausbildung. Der Einbezug des ambulanten Sektors sollte forciert werden. Übergänge in

ambulante Komplexleistungsangebote sollten flexibel gestaltet werden.

In Bezug auf den § 64 b SGB V sind für bestehende und zukünftige Modellvorhaben folgende Aspekte in Bezug auf eine zukünftige Übertragbarkeit in die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung von Relevanz:

- Selektivverträge sollten vermieden bzw. überwunden werden
- Neue Formen einer patientenbezogenen Budgetsteuerung innerhalb eines Trägerbudgets
- Verknüpfung mit ambulanten Komplexleistungen in einem Budget.

Bezüglich der Festlegung der Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung sollten zukünftig auch Vorgaben für die psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Hier sollten insbesondere die Aspekte Lebensweltorientierung und das Versorgungsmanagement aufgegriffen werden.

In der Personalbemessung sind in der Weiterentwicklung der G-BA-Richtlinie folgende Aspekte zu berücksichtigen.

- Neue Berufsgruppen sind unzureichend berücksichtigt. Sie könnten auf unterschiedliche „alte“ Berufsgruppen angerechnet werden.
- Eine hohe, an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Flexibilität ist ein modernes Prinzip bei der individuellen Behandlung auch ohne Wechsel der Einrichtung. Auf „Einheiten“ bezogene Personalmindestvorgaben erschweren diese Flexibilität.
- Eine Zuständigkeits-Flexibilität im multiprofessionellen Team, die insbesondere den Bezug zum einzelnen Patienten bzw. zur einzelnen Patientin berücksichtigt, idealerweise über die gesamte Behandlungsdauer und sektorenübergreifend, ist vor allem im Behandlungsverlauf bedeutsam und kann verweildauerverkürzend wirken.
- Sektor-, einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifende einzelfallbezogener Kooperationsaufwand ist zu berücksichtigen.
- Die Weiterentwicklung sollte unter Einbeziehung einer trialogischen Expertenkommission erfolgen.

3.4 Finanzielle Folgen

Die Weiterentwicklung des § 115 d SGB V und der Modellvorhaben sind mit keinen Mehrkosten verbunden, sondern würden Umsteuerungen von Finanzmitteln bedingen.

4. Handlungsoption „Adoleszentenversorgung“

4.1 Versorgungsrealität und Handlungsbedarf

In Bezug auf entwicklungspsychologische und klinisch entwicklungspsychopathologische Veränderungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist eine Neubewertung des

Übergangs ins Erwachsenenalter und der Versorgungsbedürfnisse notwendig geworden. So hat sich das durchschnittliche Auszugsalter verschoben (23,9 w, 25,1 m). und es sind bildungsbiographische Verschiebungen und neuartige Herausforderungen (virtuelle Medien) zu erkennen. Der Transitionsphase muss in der Versorgung altersgerecht und bedarfsgerecht begegnet werden. Die Altersgrenze von 18 Jahren sollte in Bezug auf transitionsspezifische besondere Behandlungsbedarfe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zukünftig nicht nur in Ausnahmefällen flexibel handhabbar sein. Ein gesicherter Verbleib in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit entsprechender Vergütung ist eine Option. Andere Optionen sind durch auf die Transitionsphase bezogene Versorgungsmodelle (z.B. Transitionsstationen) gegeben. Sofern ein Übergang in die Erwachsenenpsychiatrie erfolgt oder die Behandlungsaufnahme erst mit 18 Jahren durch die Erwachsenenpsychiatrie erfolgt, sind der Entwicklungsstand und die Feststellung von besonderen Behandlungsbedarfen entscheidend für das Behandlungssetting. Eine enge Kooperation und entsprechende Behandlungsplanung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist von hoher Bedeutung.

4.2 Rechtliche Ausgangssituation

Eine explizite Altersregelung für die Zuständigkeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist im SGB V nicht verankert. Differenzierungen, wie sie im SGB VIII zu finden sind, gelten für das SGB V nicht. Grundsätzlich dienen hier die BGB-Regelungen zur Volljährigkeit als Orientierung.

Für die ambulante Versorgung sind teilweise in untergesetzlichen Regelungen Vorgaben verankert. So enthält die Psychotherapierichtlinie Regelungen zur Behandlung durch die Kinder- und Jugendpsychotherapie über die 18-Jahre-Schwelle hinaus.

In Bezug auf die Krankenhausbehandlung bestehen Regelungen zwischen den Vertragspartnern, welche begründete Ausnahmefälle zulassen.

4.3 Handlungsoptionen

Um den besonderen Behandlungsbedarfen gerecht zu werden, ist grundsätzlich sicherzustellen, dass diese Behandlungsbedarfe in der Finanzierung Berücksichtigung finden.

Die besonderen Behandlungsbedarfe sind jeweils personenbezogen darzulegen und entsprechende Transitionspläne (Behandlungsplanung, Schnittstellenlösungen etc.) aufzustellen bzw. ein Transitionsmanagement (im Sinne des Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V) sicherzustellen.

In Bezug auf die Umsetzung in der Versorgung sind folgende Handlungsoptionen denkbar.

- Die bisher auf Ausnahmen bezogene Weiterbehandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlung wird bei Feststellung der besonderen weiteren Behandlungsbedarfe und Vorlage der entsprechenden Behandlungsplanung regelhaft ermöglicht und finanziert. Eine entsprechende Regelung wird in einer Empfehlungsvereinbarung zwischen den Vertragspartnern festgelegt.
- In der Krankenhausbehandlung wären für den stationären Bereich Transitionsstationen (15- 25 Jahre) eine Option. Hier sind Regelungen auf der

Landesebene zur Krankenhausplanung notwendig und eine Zusage der Finanzierung der besonderen Bedarfe die Voraussetzung. Zugleich sollten in den Qualitätsindikatoren nach § 136 c SGB V für die Krankenhausplanung die Berücksichtigung der besonderen Bedarfe in der Transitionsphase aufgenommen werden.

- Alternativ und insbesondere bei Behandlungsaufnahme nach Vollendung des 18. Lebensjahres in der Erwachsenenpsychiatrie werden dort die spezifischen Bedarfe durch enge Kooperation und konsiliarische Unterstützung mit der/durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und spezifische (gemeinsame) Behandlungsangebote gedeckt. Entsprechende Finanzierungsbedarfe werden durch personenbezogenen Zuschläge abgedeckt.

4.4 Finanzielle Folgen

Mit der Finanzierung der besonderen Behandlungsbedarfe sind Mehrkosten verbunden. Ein Teil wird bereits geltend gemacht (so beim Verbleib in der KJP). Darüber hinaus liegen keine belastbaren Daten vor. Geht man jedoch davon aus, dass bei der Altersgruppe 18 – 25 Jahre eine Prävalenz bei ca. 20 % liegt, und bei ca. 10 % der Betroffenen besondere Behandlungsbedarfe in der Transition vorliegen, wird der zusätzliche Finanzierungsaufwand im hohen zweistelligen Millionenbereich liegen.

5. Handlungsoption “Rechte von Kindern und Jugendlichen: Information und Partizipation“

5.1 Versorgungsrealität und Handlungsbedarf

Laut Bestandsaufnahme geben frühere Forschungsbefunde Anlass zu der Annahme, dass Kinder und Jugendliche weder ausreichend über den Sinn und Zweck ihrer Behandlung informiert werden / wurden, noch eine Einbeziehung in wichtige und ihre Person betreffende Entscheidungen regelmäßig stattfindet.

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 eine eigene Meinung zu bilden. Je mehr Kinder und Jugendliche über die Behandlung erfahren und auch als aktive Partner einbezogen werden, desto mehr Anstrengung werden sie in die Therapie investieren. Die Einbeziehung in die Zielsetzung und Behandlungsplanung drückt darüber hinaus die Anerkennung der Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen aus. In der Umsetzung von Information und Partizipation ist zu prüfen, inwieweit sich die Beteiligung an der Behandlungsplanung auch in der Erstellung und Verfügungstellung eines schriftlichen Behandlungsplans widerspiegeln kann. Dies schafft Vertrauen, Sicherheit und Transparenz für beide Seiten und kann zudem den kontinuierlichen Fortschritt der Behandlung darstellen. Die individuelle Behandlungsplanung soll prägnant sein und sich auf die Bestimmung der Behandlungsziele und die Vorgehensweise beziehen. Der Zeitaufwand muss in einem adäquaten Verhältnis zum Behandlungsbedarf stehen. Der Behandlungsplan

soll jeweils fortgeschrieben und nicht von jedem Behandelnden neu geschrieben werden. Sofern über die medizinische Behandlung hinaus Hilfen zur Teilhabe nach SGB IX, Leistungen nach SGB VIII/Jugendhilfe oder Leistungen nach SGB XI/Pflege erforderlich sind, ist für eine integrierte Hilfeplanung Sorge zu tragen.

5.2 Rechtliche Ausgangssituation

Artikel 12 der Kinderschutzkonvention garantiert jedem Kind, das fähig ist, sich eine Meinung zu bilden, das Recht, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten zu äußern. Er fordert ferner, dass die Meinung des Kindes bei der Entscheidungsfindung entsprechend Alter und Reife des Kindes berücksichtigt wird. Durch das Patientenrechtegesetz sind die Informationspflichten und der Anspruch auf einen Behandlungsvertrag im BGB verankert worden.

Ein Anspruch auf einen schriftlichen Behandlungsplan ist bisher nicht im SGB V allgemein verankert. Teilweise sind in untergesetzlichen Regelungen im Bereich der G-BA-Richtlinien zur ambulanten Psychotherapie Verpflichtungen zur Erstellung eines Behandlungsplans verankert. Zu berücksichtigen ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer die Rolle der erziehungsberechtigten Eltern und deren Einbindung in die Behandlungsplanung.

5.3. Handlungsoptionen

Eine modellhafte Erprobung des Einsatzes von Behandlungsplänen in schriftlicher Form im Sinne von Partizipation und Transparenz sollte ermöglicht werden (z.B. Innovationsfonds). So könnte herausgearbeitet werden, wie solch ein Einsatz im klinischen und ambulanten Versorgungsalltag umsetzbar ist - insbesondere wie kinder- und jugendlichengerechte Instrumente und Verfahrensweisen ausgestaltet werden können. Zugleich sollte geprüft werden, wie ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand minimiert werden kann.

Über die Ergebnisse könnte dann Sicherheit in der Frage hergestellt werden, ob mögliche Ansprüche auf einen Behandlungsplan auch auf Kinder und Jugendliche ausgeweitet werden sollten.

Sofern sich hier Praktikabilität, der Transparenzaspekt und eine Stärkung der Partizipation bestätigen sollten, wäre eine gesetzliche Verankerung in § 11 Abs. 4

Versorgungsmanagement denkbar:

„Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf einen vom Behandelnden mit ihnen abgestimmten, individuellen Behandlungsplan in schriftlicher Form. Im Bedarfsfall sind Hilfen zur Teilhabe, insbesondere die medizinische Rehabilitation, und Pflegeleistungen zu berücksichtigen.“

Damit wäre grundsätzlich ein gesetzlicher Anknüpfungspunkt für den Einsatz eines schriftlichen Behandlungsplans gegeben.

5.4. Finanzielle Folgen

Mit einer Modellerprobung sind finanzielle Aufwendungen verbunden, die über Modellförderungen abgedeckt werden könnten. Zusätzliche zeitliche Aufwendungen sollten sich in der Personalbemessung widerspiegeln.

6. Handlungsoption „Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit“

6.1. Versorgungsrealität und Behandlungsbedarf

Im Bereich der primären Prävention und der Förderung der seelischen Gesundheit haben sich weitgehende Entwicklungen über die Fortschreibung des § 20 SGB V und die Verabschiedung des Präventionsgesetzes ergeben. So sind Nationale Präventionsziele und eine nationale Präventionsstrategie definiert, ist mehr Lebensweltorientierung verankert, die Verhältnisprävention ist gestärkt und Vernetzungsstrukturen sind stärker in den Fokus gerückt.

Gleichwohl bestehen in der primären Prävention von psychischen Erkrankungen und der Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Entwicklungsbedarfe. So finden Kinder und Jugendlichen noch nicht ausreichend Berücksichtigung in den Förderprogrammen der Krankenkassen insbesondere in Bezug auf die seelische Gesundheit und die indizierte primäre Prävention (z.B. bei Kinder aus suchtbelasteten Familien oder mit psychisch erkrankten Eltern). Insgesamt sollte die personenbezogene, auf individuelle

Belastungssituationen orientierte Gesundheitsförderung und Prävention wieder mehr gestärkt werden. Hier sollte zukünftig eine stärkere Fokussierung bezüglich des Einsatzes der Präventionsmittel erfolgen. Auch sollte der Vernetzungsaspekt noch stärkere Berücksichtigung finden.

6.2. Rechtliche Ausgangssituation

In § 20 und § 20 a des SGB V sind Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie in Lebenswelten verankert. § 20 b ergänzt die Leistungen zur betrieblichen Prävention. In § 20 sind die nationalen Gesundheitsziele benannt, die auch die depressiven Erkrankungen und die Reduktion des Alkoholkonsums in der Priorisierung enthalten. Neben der verhaltensbezogenen Prävention wird die Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention in den Lebenswelten explizit angeführt. Auch die Finanzaufwendungen der Krankenkassen sind mit 7,52 Euro festgelegt. Eine Präzisierung der Leistungen erfolgt nach § 20 Abs. 2 SGBV über den Leitfaden der Krankenkassen zu Handlungsfeldern und Kriterien zur Förderung. Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden Umsetzungsaufgaben zugewiesen. Vereinbarungen zur Kooperation und Vernetzung mit den Präventionsaufgaben der anderen Sozialleistungsträger sind nach § 20 d in gemeinsamen Rahmenempfehlungen zu treffen.

6.3. Handlungsoptionen

Um der Situation von Kindern und Jugendlichen und deren Familien in Bezug auf Prävention von psychischen Überlastungen und Förderung der seelischen Gesundheit gerecht zu werden, ist in § 20 a Abs. 1 Satz 1 SGB V das soziale System der Familie bzw. das familiäre Umfeld zu ergänzen. Dies muss in der Folge auch Auswirkungen auf den Leitfaden zur Prävention haben.

Insgesamt ist die Prävention und Gesundheitsförderung vom Individuum und dessen spezifischen Belastungen und von dessen Lebenswelt aus zu denken. Dies heißt, neben den Kurs- und Gruppenangeboten individuelle Beratung und Unterstützung anzubieten.

Dies sollte in der Bundesrahmenempfehlungsvereinbarung und in dem Präventionsleitfaden der Krankenkassen stärker aufgegriffen werden.

6.4. Finanzielle Folgen

Die finanziellen Aufwendungen sind im Rahmen des bisher vorgesehenen Budgets für Prävention zu tragen. Mittelfristig ist zu prüfen, ob bei einer stärkeren Beachtung der seelischen Gesundheit der Ausgangsbetrag plus Steigerungsraten den Bedarf abdeckt.

7. Handlungsoption „Arzneimitteltherapie“

7.1. Versorgungsrealität und Behandlungsbedarf

Pharmakotherapeutische Interventionen haben zugenommen, jedoch lassen die bisherigen Daten keine Überversorgung generell erkennen. Problematisch bleibt, dass eine Vielzahl der eingesetzten Arzneimittel (außer bei AHDS) über keine Zulassung für Kinder und Jugendliche verfügt. Auch die EU-Kinderarzneimittelverordnung (EG) Nr. 1901/2006 konnte bislang keine wesentliche Abhilfe schaffen. So bleibt Off-label-Use im Kindes- und Jugendalter ein verbreitetes Problem, welches auch im Übergang der Versorgungssektoren (stationär nach ambulant) teilweise wegen befürchteter Regresse zu Medikamentenumstellungen und Verunsicherungen der Patientinnen und Patienten führt. Zusätzlich werden wichtige Sicherheitsdaten, die gerade bei Kindern und Jugendlichen relevant sind, so nicht generiert, und da es auch kaum oder keine Zulassungsstudien gibt, ebenfalls in der Nachzulassungsphase nicht generiert.

7.2. Rechtliche Ausgangssituation

Arzneimittel dürfen in der Bundesrepublik Deutschland nur in den Verkehr gebracht werden, nachdem sie die zuständige Bundesoberbehörde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM) gem. § 21 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) zugelassen oder gemäß § 38 Abs.1 AMG bzw. § 39a AMG registriert hat. Die Wirksamkeit ist durch klinische Studien zu belegen. Die Zulassung eines Arzneimittels wird befristet auf fünf Jahre erteilt. Nach fünf Jahren erfolgt eine Neubewertung des Nutzens und der Risiken des Arzneimittels.

In zwei Grundsatzurteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19.03. 2002 (B 1 KR 37/00 R) vom 04.04 2006 (B 1 KR 7/05 R) wurden Kriterien für eine Erstattung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use) durch die gesetzlichen Krankenversicherungen festgelegt: Es muss sich um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung handeln, für die keine andere Behandlung verfügbar ist und auf Grund der Datenlage die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.

7.3. Handlungsoptionen

Die pharmazeutische Industrie wird Zulassungen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Grund der aufwändigen Studien bei geringeren Patientenzahlen nicht vorrangig betreiben.

Generell bestehen aus internationalen Studien durchaus Daten zur Wirksamkeit einzelner Pharmaka im Kindes- und Jugendalter, auch wenn diese ggfs. nicht den Zulassungsstudien

entsprechen. Die Wirksamkeit ist zumindest extrapolierbar. Entscheidender wäre es, dass ggfs. Zulassungen aufgrund von Sicherheitsstudien in eng begrenztem Umfang möglich wären, da diese z. B. auch aus rein wissenschaftlichen Studien möglich wären und nicht unbedingt nur aus industriegeförderten Studien. Entweder könnte dazu dann ein vereinfachtes Verfahren im off-label Ausschuss erfolgen, oder aber man müsste im AMG bezüglich auf diese wenigen Arzneimittel Ausnahmeregelungen ermöglichen.

7.4. Finanzielle Folgen

Da durch Zulassungen der Off-Label-Use gemindert würde, und der Medikamenteneinsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weitaus geringer als in der Erwachsenenpsychiatrie einzustufen ist, ist mit nur geringen Mehrkosten zu rechnen

8. Handlungsoption „Telemedizin“

8.1. Versorgungsrealität und Behandlungsbedarf

Auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie unterliegt dem Wandel des „digitalen Zeitalters“. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die Telemedizin bzw. das Internet im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie neue Möglichkeiten und Chancen zur Prävention, Diagnostik und Therapie bietet.

Videobehandlung ist im EBM und in der Psychotherapievereinbarung aufgenommen. Nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde und probatorischen Sitzungen im unmittelbaren Kontakt können in der ambulanten RL-Psychotherapie eine Kurz- oder Langzeitbehandlung sowie Rezidivprophylaxen per Video angeboten werden. Akutbehandlung ist per Video nicht möglich. Im Rahmen der pandemiebedingten Sonderregelungen können auch Sprechstunden und probatorische Sitzungen angeboten werden. Qualitätskriterien sind durch Fachgesellschaften formuliert.

Digitale Gesundheitsanwendungen bzw. „Gesundheitsapps“ werden durch die Krankenkassen angeboten und in ihrer Wirkung auch durch eine Vielzahl von Studien belegt. Die Bewertung durch das BfArM muss sich noch bewähren.

8.2. Rechtliche Ausgangssituation

Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes sind die Videobehandlung im EBM gestärkt worden. So wurde in § 85 Abs. 2a ein Auftrag an den Bewertungsausschuss, eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Dies ist zwischenzeitlich geschehen. Das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) hat digitale Gesundheitsanwendungen aufgewertet. In § 68 und § 68 a SGB V ist die Förderung der Entwicklung und Versorgungsinnovationen durch Krankenkasse verankert.

8.3. Handlungsoptionen

Für die Videobehandlung sollten verbindliche Qualitätsvorgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 1 verankert werden.

Im Rahmen der Umsetzung von den digitalen Gesundheitsanwendungen sind in der Umsetzung von § 68 und § 68 a SGB V in Verbindung mit § 27 SGB V die besonderen

Bedarfe bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen, um altersgerechte Angebote zu ermöglichen. Dem Bundesinstitut sollte eine beratende Gruppe von Expertinnen und Experten an die Seite gestellt werden.

8.4. Finanzielle Folgen

Die festgelegten Krankenkassenmittel sind entsprechend einzusetzen.