

HINWEISE

des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht eV (DIJuF)

vom 24. April 2020

**Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen-
psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Stö-
rungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Teil 1: Her-
ausforderung in der Versorgung**

I. Vorbemerkung

Mit diesen Hinweisen beteiligt sich das DIJuF – auf Initiative und Einladung der Aktion Psychisch Kranker (Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V., APK) - an der Vorbereitung einer breit angelegten Reformdiskussion zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen.

Neben der eigentlichen Versorgung soll die Weiterentwicklung „präventiver“ Maßnahmen sowie der sog. Schnittstellenproblematik fokussiert und als Grundlage anschließender Experten-Workshops aufbereitet werden. Wesentlicher Ausgangspunkt der nachfolgenden Überlegungen ist der Projektbericht zur bundesweiten quantitativ-qualitativen Untersuchung des gegenwärtigen Versorgungsstandes und des tatsächlichen Bedarfs, die unter maßgeblicher Beteiligung der APK über eine Laufzeit von drei Jahren durchgeführt worden war (im Folgenden: KiJuBB). Der Schwerpunkt der folgenden Erörterungen liegt – der fachlichen Ausrichtung des Instituts entsprechend – in juristischen Fragestellungen.

I. (Allgemeines) zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung

Der status quo der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist von einer Mangelsituation gekennzeichnet. Dieser Mangel betrifft, so-

weit erkennbar, nicht das diversifizierte Angebot (und deren Normierung durch Richtlinien des Gem. Bundesausschusses, G-BA, bspw. der Psychotherapie-RL) an Therapieformen, Ausstattung und deren Qualität an sich. Ausweislich der vorliegenden Bedarfsanalyse bzw. der zugrundeliegenden Erhebungen (KiJuBB, 57) ist zu konstatieren, dass insb. der ambulante Sektor trotz ausgebauter Kapazitäten aufgrund verschiedener Faktoren nicht überall ausreichend aufgestellt ist und die Inanspruchnahme nicht mit dem tatsächlichen Behandlungsbedarf übereinstimmt (KiJuBB, 159 ff.). Im (teil-)stationären Sektor bestehen abgesehen von Tageskliniken keine flächendeckend wohnortnahen Einrichtungen. Die Analyse verweist insgesamt auf Unterversorgung (Wartezeiten), die zum Teil zu Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation und nachfolgend zu stärkerem Behandlungsbedarf – im stationären Sektor – führen. Dieser Unterversorgung dürfte nur punktuell, dh in einzelnen Versorgungsregionen eine Überversorgung in Spezialbereichen gegenüberstehen.

Fachkräfte der Kinder- und jugendpsychiatrie und –psychotherapie stehen zudem vielfach in einem System interdisziplinärer Zusammenarbeit neben einer Reihe anderer (z.B. medizinischer, psychosozialer u.a.) Akteure. Zentrale „Lotsenfunktion“ übernehmen in diesem System ganz regelmäßig allgemeinärztliche Kinder- und Jugendmediziner. Wie auch die Bedarfsanalyse feststellt, ist mit dieser Lotsenfunktion der allgemeinärztlichen Kinderärzt*innen nicht zuletzt aufgrund der stärkeren Verankerung des sog. Bio-psycho-sozialen Gesundheits-Modells sowie „Präventionsgedankens“ eine Ausweitung der kinder- und jugendärztlichen Kompetenz verbunden gewesen. Unter Maßgabe einer ganzheitlichen Versorgung stellt sich eine komplementäre Versorgung durch Fachärzt*innen der Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärzt*innen und Therapeut*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw -psychotherapie als wesentliche Bedingung für einen gelingenden Genesungsprozess dar.

Als erste Anlaufstelle sind allgemeinärztliche Kinder- und Jugendärzt*innen in der Lage, die psychische Entwicklung ihrer Patient*innen zu beobachten und alterstypisch unbedenkliche von pathologischen Erscheinungen zu unterscheiden. Dazu braucht es allerdings zum einen hinreichender Ressourcen, zum anderen mehr Konturierung des Aufgabenspektrums von Kinder- und Jugendärzt*innen. Im Hinblick auf die psychologische, psychosoziale Betreuung der Patient*innen entstandene Unschärfen im Leistungsrepertoire und in der (vorrangigen) Zuständigkeit betreffen nicht nur das Verhältnis und Abgrenzung dieser Berufsgruppen, sondern auch anderer Fachkräfte, etwa des Jugendamts oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).

Neben der Diskussion um das „Ob“ der prioritären Stellung der Kinder- und Jugendmediziner sollte deshalb auch eine klarere leistungsrechtliche Aufgabenzuordnung und deren Finanzierung („Wie“) treten. Als Beispiel sei die Anfertigung von Stellungnahmen und ärztlicher Gutachten genannt, die zum einen oftmals mangels Kapazitäten nicht in der vorgegebenen Frist angefertigt werden können, und die zum anderen in Bezug auf ihre Abrechnungsfähigkeit Schwierigkeiten bereiten.

Gesetzliche Klarstellungen zur Abgrenzung der Verantwortungs- und Leistungsbereiche von GKV und anderen Leistungssystemen (z.B. Eingliederungshilfe) könnten Barrieren abbauen und Leistungsberechtigten die Inanspruchnahme von Hilfen erleichtern.

II. Zur Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen

Der Einsatz von Psychopharmaka sollte aus Sicht des Instituts auch bei zugelassenen Medikamenten (weiterhin) eng beschränkt bleiben. Zwar sind zur medikamentösen Behandlung ohnehin wie bei anderen Therapieformen sowohl Einwilligung des/der (einsichtsfähigen) Minderjährigen als auch der Eltern notwendig. Für diese als Laien steht aber regelmäßig der Behandlungserfolg im Vordergrund, sodass der Medikamenteneinsatz als Alternative zur zeitaufwändigeren Therapie mitunter weniger kritisch hinterfragt werden dürfte.

Das muss umgekehrt bedeuten, in Übereinstimmung mit den fachlichen Leitlinien, eine restriktive, therapiebegleitende Anwendung (mit Beschränkung auf schwere Fälle) zu ermöglichen. Zugleich bedarf es im Hinblick auf die besondere Konstitution von Kindern- und Jugendlichen regelmäßiger Prüfungen zum tatsächlichen Umfang und zur gesundheitlichen Folgenabwägung (im Vergleich zu konventioneller Therapie). Dies gilt umso mehr, als auf Seiten des Kostenträgers, insb. der gesetzlichen Krankenversicherung unter dem Aspekt ressourcenschonender Mittelverwendung („Wirtschaftlichkeitsgebot“) Abwägungsentscheidungen zugunsten bestimmter Therapieformen unter Druck geraten könnten.

III. Zur Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance zwischen Elternrechten und Kinderrecht

Wie bei anderen medizinischen Behandlungen sind im Falle psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfassungsrechtlich verbürgte Rechte und Pflichten der Eltern (Elternverantwortung, Art. 6 GG) und eigenständige, ebenfalls grundgesetzlich verankerte Rechte (etwa Persönlichkeitsrecht, Art. 2 Abs. 1 GG) Heranwachsender in Einklang zu bringen.

Rechtliche Unsicherheiten ergeben sich im gegebenen Kontext zum einen im Hinblick auf die Frage von Einsichtsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger, zum anderen hinsichtlich sozial- und zivilrechtlicher Fragestellungen zum Abschluss von Behandlungsverträgen und der Abrechnung mit der Krankenkasse (zu diesem Themenkomplex vgl. *Lohse ua, Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern*, 2018, abrufbar unter www.dijuf.de). Dabei können verschiedene rechtliche Ebenen betroffen sein, deren Normierung unterschiedlichen Grundsätzen folgt. Die gerade auch im Kontext psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung wichtige Beachtung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit spielt vor allem bei älteren Jugendlichen eine wichtige Rolle.

Für Behandelnde kann sich zudem die Einhaltung der Regelungen zum Sozialdatenschutz als problematisch erweisen. Insgesamt sind eine Reihe schwer überschaubarer Spezialmaterien (Zivil-, öffentliches Recht, insb. Sozial- aber auch Strafrecht), außerdem berufsständischer Regelungen betroffen, die für den Einzelnen (Behandler, Behandelte und Dritte) bei Normverstößen erhebliche Konsequenzen bedeuten können (vgl. etwa *Ludyga NZFam* 2017, 1121).

Dabei ist zu unterscheiden: Im Hinblick auf die Partizipation minderjähriger Patienten erweist sich die Rechtslage als weniger problematisch. Mit dem sog. Patientenrechtegesetz (2013) hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit der Einbeziehung einwilligungsunfähiger Patienten in das Behandlungsgeschehen bereits deutlich gestärkt, sodass grundsätzlich alle Minderjährigen – unabhängig von ihrer Einwilligungsfähigkeit – jedenfalls ihrem Alter entsprechend an der Entscheidung zu beteiligen sind.

In Bezug auf die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts Minderjähriger bleiben die vorhandenen Regelungen oft im Ungefähren. Soweit ersichtlich (vgl. KiJuBB-Bestandsanalyse) wird bei psychotherapeutischer Behandlung Minderjähriger jedenfalls in fachlicher Hinsicht unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten regelmäßig eine notwendige Einbeziehung von Eltern, Familie und sonstiger Systeme fokussiert (KiJuBB, S. 25). Die behandlungsbezogene Involvierung des jeweiligen Umfelds der anvertrauten Patient*innen erscheint demnach als Regelfall.

Konflikte zwischen Eltern- und Kinderrechten entstehen etwa dann, wenn Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ohne Einbeziehung der Eltern in Anspruch genommen werden. Zu denken ist hier bspw. an den eigenständig von Jugendlichen initiierte probatorische Sitzung im Vorfeld einer Psychotherapie oder Regelversorgung ohne Wissen oder sogar gegen den Willen der Eltern. Die Bestandsanalyse zeigt hierzu u.a. (neben mangelnder Kapazität an ambulanter Therapieversorgung), dass indizierte Behandlungen auf familiären Widerstand stoßen können und letztlich unterbleiben oder aufgeschoben werden. In der Folge kann sich der gesundheitliche Zustand verschlechtern.

Auch fehlen bspw. für die im Ausnahmefall zulässige Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, etwa bei Suizidgefahr o.ä., hinreichende Handlungsleitlinien.

Aus Sicht des Instituts lassen sich mehr Transparenz und Rechtssicherheit in diesem Kontext indes nur bedingt durch gesetzliche Klarstellungen herstellen. Zwar könnte an eine Stärkung der Position minderjähriger Patienten über die schon geregelte Einbeziehung durch das Patientenrechtegesetz hinaus gedacht werden. Eine für alle rechtlichen Ebenen verbindliche feste Altersgrenze wie in § 36 SGB I (Sozialmündigkeit) wird der von Fall zu Fall sehr unterschiedlichen Entwicklungsreife sowie störungsbedingter Heterogenität aber nicht gerecht.

Mit einer abschließenden Regelung von Minderjährigen-Patientenrechten müssten schließlich auch etwaige Haftungsfälle bei Behandlungsfehlern bedacht werden. Ein weiteres Problem ist die Wahrung des Sozialgeheimnisses/ der ärztlichen Schweigepflicht nach Ende der Behandlung. Übergangsweise könnten einheitliche standardisierte Verfahrensabläufe für Klarheit sorgen. Um die verfassungsrechtlich geschützten Positionen von Kind und Eltern zu wahren bzw. aufeinander abzustimmen, wird es auch zukünftig einer Prüfung und Abwägung im Einzelfall bedürfen.

Eine gesetzliche Regelung könnte aus Sicht des Instituts in einem ersten Schritt den Aspekt der Selbstbestimmung unter Annahme der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger stärker konturieren, um sodann Regelungen für Sachverhalte zu treffen, bei denen zwingend die Einwilligung (bzw. Co-Konsens) der Eltern zu fordern ist. Denkbar erschiene hier bspw. eine Stufenregelung mit Berücksichtigung der möglichen lang-

fristigen Auswirkungen einer bestimmten Behandlung. Dabei sollten zur Beurteilung der Notwendigkeit der elterlichen Zustimmung grundsätzlich wie bei anderen medizinischen Behandlungen Risiken und Chancen der jeweiligen Therapieformen im Blick stehen. Ein Vetorecht der Eltern könnte auf irreversible Behandlungen mit potentiell gravierenden Folgen für das Kindeswohl beschränkt werden (vgl. etwa Hinweise des DIJuF zum Gesetzentwurf zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen, 2020, abrufbar unter www.dijuf.de).

Die Verknüpfung der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit mit einer strikten Altersgrenze würde der Lebenswirklichkeit widersprechen und ist daher aus Sicht des Instituts im Wesentlichen abzulehnen. Wegen des mit einer Einzelfallregelung verbundenen Verfahrensaufwandes und zur Herstellung von mehr Rechtssicherheit könnte jedoch an die Einführung einer sog. Vermutungsregel gedacht werden (Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen darf ab einem bestimmten Alter vermutet werden).

IV. Zur Prävention seelischer Störungen

Spätestens mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahre 2015 und den damit eingeführten Vorschriften zur Primärprävention und Gesundheitsförderung (§§ 20 bis 20g SGB V) sind Sozialleistungsträger und andere Akteure aufgefordert, regionale, lokale, insb. milieubezogene Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und entsprechende Strukturen auf- und auszubauen. Ziel der sog. Präventionsstrategien (§ 20d SGB V) ist es, insb. auch diejenigen Bevölkerungsgruppen (rechtzeitig) zu erreichen, die aufgrund bestimmter Merkmale als gefährdet angesehen werden. Inzwischen bestehen vielerorts Kooperationsvereinbarungen sowie kassenübergreifende Förderstrukturen (IdR auf kommunaler oder Landes-Ebene initiiert und koordiniert). Die mittels abgestimmter präventiver Projekte und gesundheitsfördernder Angebote zu verbessernde Allokation v.a. öffentlicher Mittel findet jedoch weiterhin nicht flächendeckend und in Abhängigkeit vom Engagement und Ressourcen beteiligter Akteure statt (zur Evidenzanalyse s. Präventionsbericht 2019 des GKV-Spitzenverbands, abrufbar unter gkv-spitzenverband.de).

In Bezug auf die Zielgruppe junge Menschen ganzheitliche, von Krankenkassen unterstützte Präventionsprojekte (einschl. sozial-emotionaler Kompetenz, Resilienz) finden im Wesentlichen in der Lebenswelt Schule oder KiTa statt (Präventionsbericht 2019). In diesen Settings spielt die Stärkung psychisch-seelischer Ressourcen eine zunehmende Rolle (z.B. hinsichtlich adäquater Pausengestaltung, vgl. Präventionsbericht, 52).

Gerade auch die vorliegende Bedarfsanalyse macht deutlich, dass somatische Erkrankungsbilder und psychische bzw. psychosomatische Erkrankungsformen nicht getrennt betrachtet und therapiert werden können. Unter Maßgabe des modernen Gesundheitsverständnisses (Bio-psycho-soziales Modell) ist daher auch eine enge Verzahnung von kinder- und jugendärztlicher Versorgung mit entsprechender Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie notwendig.

Namentlich für die von Krankenkassen (etwa mit Blick auf die bevorzugte Klientel) ausgestalteten Satzungsleistungen ist jedoch zu konstatieren: Krankenkassen sind lediglich verpflichtet, Präventionsmaßnahmen überhaupt anzubieten, die jeweilige Auswahl oder Schwerpunktsetzung ist höchst individuell (vgl. Akteursübergreifende Prävention, Rechtsgutachten des DIJuF im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung 2016; kritisch zur Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot bereits R. Geene, Schneckenpfad oder Krebsgang? Eine Zwischenbilanz zur Umsetzung des Präventionsgesetzes, abrufbar unter www.DGVT-BV.de/news-details, Stand: 24.4.20). Das hat zur Folge, dass sofern Angebote zur Primärprävention hinsichtlich geistig-seelischer Gesundheit in der Satzung aufgenommen sind, die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme bestimmter Förderungen je nach Region und Krankenkasse sehr variieren.

Bundesweit koordinierte (Modell-) Programme zur Gesundheitsförderung zielen derzeit größtenteils entweder auf bestimmte vulnerable Gruppen Erwachsener oder eher auf Erhaltung der psychischen als der physischer Gesundheit (vgl. gkv-buendnis.de). Die Inanspruchnahme von Angeboten der Verhaltensprävention durch Kinder- und Jugendliche spielt ohnehin bislang eine untergeordnete Rolle (Präventionsbericht, 127).

Ein grundlegendes Dilemma tritt weiterhin hinzu oder verstärkt sich – teils auch in Wechselwirkung mit den als Satzungs- bzw. Ermessensleistung ausgestalteten Krankenkassenmaßnahmen: Die mit dem sog. Settingansatz (lebensweltbezogene und Präventionsmaßnahmen bzw. -ketten) ressourcenabhängig initiierten Angebote, aber auch solche der individuellen Verhaltensprävention, werden bevorzugt von denjenigen, weniger risikoaffinen Personengruppen wahrgenommen und akzeptiert, die einer solchen Unterstützung eher offen gegenüberstehen, nicht jedoch von risikogefährdeten (vulnerableren) Gruppen.

Hier gilt es folglich, über andere Ansätze Zugangswege zu Anregungen und Unterstützung bei der Prävention seelischer Störungen und Vermeidung schädigender Umweltfaktoren zu ebnen (G. Morasch, Geistige Entwicklung und seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, 40, in: Neuroscience – Beiträge der Neurowissenschaften für Prävention und Gesundheitsforschung, Ergebnisse des Werkstattgesprächs am 9.7.2013 in Köln, BZgA, abrufbar unter fruehe-hilfen.de, Stand: 24.4.20).

V. Fazit

Das Institut sieht den Ausbau der Kapazitäten ambulanter Versorgungsstrukturen als wesentliche Bedingung für ein frühzeitiges und erfolgsversprechendes Einsetzen kinder- und jugendpsychiatrischer sowie therapeutischer Maßnahmen. Dabei sind ebenso wie für präventive bzw. ganzheitliche Hilfeansätze leistungsrechtlich verbindlichere Regelungen zu schaffen. Die Zugänglichkeit und Akzeptanz durch vulnerable Gruppen muss überprüft und ggf. besser gesteuert werden.

Ausgangspunkt sollte die zentrale Rolle der o.g. ganzheitlich verstandenen kinder- und jugendärztlichen Betreuung und deren auch leistungsrechtlich abgedeckte Lotsenfunktion sein. Ein konkreter Ansatz wäre aus Sicht des Instituts, eine verbindlichere Normierung von primärpräventiven Maßnahmen in Anlehnung an – die Ausgestal-

tung von auch die Gefährdung durch geistig-seelische Erkrankungen reduzierenden – medizinischen Vorsorgeleistungen („Tertiärprävention“) nach §§ 23, 24 SGB V.

Es braucht eine klarere gesetzliche Regelung, ob und unter welchen Voraussetzungen ein/e Jugendliche alleine über die Inanspruchnahme einer bestimmten Behandlung entscheiden darf. Grundsätzlich kann die Einwilligungsfähigkeit von Jugendlichen nur im Einzelfall entschieden werden. Zur Herstellung von mehr Rechtssicherheit könnte jedoch an die Einführung einer gesetzlichen Regelung gedacht werden, die die Einwilligungsfähigkeit der/des Minderjährigen ab einem bestimmten Alter vermutet. Die Mitentscheidungsbefugnis der Eltern könnte auf medizinisch riskante, irreversible bzw. mit gravierenden Folgen behaftete Therapie- und Behandlungsformen beschränkt werden.