



Psychische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen - bekannte Herausforderungen, die mit den Krisen wachsen

Positionen der Aktion Psychisch Kranke

In dem vom BMG geförderten Projekt zur „Weiterentwicklung der Versorgung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche“ wurden durch die Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) beteiligungsorientiert in der letzten Legislaturperiode des Deutschen Bundestags **Handlungsempfehlungen** für eine notwendige Weiterentwicklung des Versorgungssystems erarbeitet, die die Patienten- bzw. Personenzentrierung und Partizipation besonders im Fokus hatten. Die zuvor durchgeführte **Bestandsaufnahme** hat die vorhandenen Ressourcen in der Versorgung beschrieben und zugleich notwendige Weiterentwicklungsbedarfe aufgezeigt.

Pandemieauswirkungen

Das Pandemiegeschehen der letzten zwei Jahre wird länger andauernde Auswirkungen und Belastungen für die Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen zur Folge haben. Wie durch ein Brennglas wurde sichtbar, welche Defizite im Versorgungssystem und insbesondere für welche Gruppen bestehen. Dabei sind Weiterentwicklungsbedarfe zwischen den Systemen noch deutlicher sichtbar geworden. Dies betrifft sozialgesetzbuchübergreifend alle Versorgungsbereiche. Damit die Schere der Benachteiligung bestimmter erkannter Problembereiche (z.B. Transitionsphase) nicht weiter auseinander geht, geht es darum den längerfristig gestiegenen Bedarf differenziert zu betrachten und verschärfte Problemlagen adäquat zu adressieren.

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen war bereits vor der Pandemie eines der „public health issues“ in Deutschland. Dieses durch die Projekte in der letzten Legislaturperiode identifizierte Gesundheitsproblem sollte in dieser Legislatur systematisch angegangen werden. Nachhaltige interdisziplinäre Gesundheits- und Versorgungspolitik in diesem Bereich muss Ressortgrenzen überwinden und auf der Basis einer fundierten Analyse adäquate Antworten auf die nicht nur kurzfristigen besonderen Herausforderungen im Kontext psychische Gesundheit junger Menschen in Deutschland finden.

Auf der Grundlage des bestehenden Systems sollten z.B. Kapazitäten sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor besser koordiniert, flexibilisiert und dadurch Patientinnen und Patienten effektiver versorgt werden können. Durch kurzzeitige Interventionen und gestufte Versorgungsmodelle (Stepped Care) kann besser und kurzfristiger erhöhten Versorgungsbedarfen entsprochen werden, ohne dass dadurch generell durch Unter- und Fehlversorgung entstandene Versorgungsprobleme gelöst wären.

Auswirkungen des Ukrainekrieges

Aktuell hat sich mit den Auswirkungen des Ukrainekrieges ein weiterer Krisenherd entwickelt. Eine große Anzahl von Frauen und Kindern ist aus der Ukraine geflohen. Diese Kinder waren und sind massiven psychischen Belastungen auf Grund der Erlebnisse und der Sorgen um ihre Familienangehörigen ausgesetzt. Wichtig sind jetzt psychosoziale Maßnahmen zur Stabilisierung, Psychoedukation (z.B. für Mütter und Betreuungspersonen) und ein systematisches Belastungsscreening. Zu gewährleisten ist bei akuten psychischen Krisen eine entsprechende

Akutversorgung. Darüber hinaus sollten Versorgungsangebote geschaffen bzw. in die Lage versetzt werden, häufig in der Gruppe geflüchteten Kindern und Jugendlichen, die bereits in ihrem Heimatland unter psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen litten und zusätzlich aufgrund der Kriegserlebnisse psychisch stark belastet sind, zeitnah eine leitliniengerechte Diagnostik und Versorgung und vor allem ein stabiles Lebensumfeld zu gewähren.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Bestandsaufnahme und erarbeiteten Handlungsempfehlungen mit einem besonderen Fokus auf ihre Bedeutung für die aktuelle Krisenbewältigung ist aus Sicht der APK gesundheits- und fachpolitisch vorrangig:

- Die Umsetzung der die Versorgung Kinder und Jugendlicher betreffenden Inhalte des Koalitionsvertrages.
- Inhaltliche Schwerpunktsetzungen auf Kinder und Jugendliche in einer notwendigen Fortsetzung des Psychiatriedialogs (mit Perspektive eines Psychiatriebeirates).
- Modellprojekte, um die Machbarkeit der Umsetzung von Empfehlungen aufzuzeigen.

Handlungsbedarfe und notwendige Umsetzungsschritte:

Information sicherstellen - Partizipation stärken

- Als Grundvoraussetzung von Partizipation sollten Kindern und Jugendlichen **Informationsmaterialien** über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten in allen Formaten und mehrsprachlich zur Verfügung stehen. Eine Bestandsaufnahme, die Erarbeitung von Qualitätskriterien, die modellhafte, dialogische und partizipative Erarbeitung und Erstellung von Materialien zu Störungsbildern mit Alltagsbezug ist unter Nutzung innovativer Ansätze in den digitalen Medien durch Bundes-/ Krankenkassenmittel zu fördern.
- Ein **regionales Beschwerdemanagement** mit dem Fokus auf Partizipation und Kinder- und Jugendrechte ist dabei zugleich auf regionaler Ebene zu implementieren.

Behandlung zukunftsgerecht gestalten

- In der **ambulanten Behandlung** insbesondere von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit schwereren Krankheitsverläufen sind Behandlungsleistungen **multiprofessionell und integriert als koordinierte Komplexleistung** zu realisieren. Die Behandlungsleistungen sind in ihrer Intensität bedarfs- bzw. personenbezogen und flexibel zu erbringen. Auch die Option aufsuchender Behandlung muss gesichert sein. Eine gesetzliche Verankerung ist notwendig.
- Patientinnen und Patienten und ihre Familien sollten ausreichend Zeit für die Vorbereitung der Krankenhausbehandlung zur Verfügung haben. Die **vorstationäre Krankenhausbehandlung im Rahmen des § 115 a SGB V** soll deshalb auf einen maximalen Zeitraum von drei Wochen mit maximal neun Tagen Behandlung ausgeweitet werden.
- Die **stationsäquivalente psychiatrische Krankenhausbehandlung (StäB)** im häuslichen Umfeld gilt es weiter zu stärken. Übergänge zum Ende hin und in den ambulanten Sektor müssen frühzeitig gestaltet werden. Stationsäquivalente Behandlung ist zu ihrem Behandlungsende abgestuft und flexibler im Umfang und Dauer zu ermöglichen. Stationsäquivalente psychiatrische Krankenhausbehandlung bei Kindern und Jugendlichen ist,

angesichts der nach der Pandemielage vielerorts bestehenden erheblich gestiegenen Versorgungsbedarfs und Wartezeiten, eine zügig ausbaubare Versorgungsart.

- Im Rahmen des **Weiterentwicklungsprozesses der PPP-Richtlinie** sind durch den G-BA Anreize für die Entwicklung einer leitliniengerechten, patientenorientierten, gemeindenahen und flexiblen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu setzen. Den zu hohen Dokumentationsaufwand in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken gilt es dringend auf ein notwendiges Mindestmaß zu reduzieren.
- Die **Finanzierungsregelungen in der Bundespflegesatzverordnung und dem Psych-VVG** sind unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den § 64 b Modellvorhaben und den Modellen aus dem Innovationsfond auf den Prüfstand zu stellen.
- Zur Stärkung der ambulanten Versorgung sollte in ländlichen und strukturschwachen Regionen die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, z.B. durch **mobile und aufsuchende Versorgungsmodelle** (z.B. Sprechstunde im Bus), verbessert werden. Fehlende Kapazitäten in der Richtlinienpsychotherapie (Gutachten) sollten in ländlichen und strukturschwachen Gebieten in der Bedarfsplanung aufgestockt werden. Die regionalen Steuerungsmöglichkeiten, z.B. durch erweiterte Befugnisse des Gremiums in § 90 a SGB V, sind auszubauen.
- Die **ambulante und mobil-aufsuchende medizinische Rehabilitation** für Kinder und Jugendliche ist als notwendiger Baustein einer bedarfsorientierten und intersektoral gestalteten Behandlungsstruktur aufzubauen.

Sektorübergreifende Versorgung gewährleisten

- Für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche insbesondere bei schwereren Verläufen ist eine **integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung** notwendig. Aufbauend auf wenige regionale Erfahrungen sollen in ausgewählten Regionen bundesweit entsprechende Verfahren und Strukturen modellhaft erprobt und weiterentwickelt werden. Der Aufbau von Verbundstrukturen soll die Rahmenbedingungen verbessern.
- In der **Adoleszentenversorgung** sind integrierte Hilfen, Transitionsbegleiter, entwicklungsabhängige Flexibilität und Übergaberoutinen notwendig. Sektor- und disziplinübergreifenden Standards sowie Fortbildungsangebote müssen installiert werden und eine bedarfsdeckende Finanzierung sichergestellt werden (Mischfinanzierung).
- **Leistungsausschlüsse**, die einer gemeinsamen, ambulanten, abgestimmten und am individuellen Bedarf orientierten Behandlung hinderlich sind, sollten vermieden werden. So sollte kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung nach der GBA-Richtlinie parallel zur Behandlung in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen möglich sein. Auch sollten abgestimmte parallele Behandlungen in den Übergängen und Kooperation zwischen SPV-Praxen und Institutsambulanzen ermöglicht werden.

Prävention ausbauen

- 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.

- Die gesetzlichen Regelungen zur **primären Prävention** sollen dahingehend ergänzt werden, dass Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention auch auf Versicherte mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und komplexem Interventionsbedarf ausgerichtet werden können. Versorgungsforschung sollte Aufschluss darüber geben, wie Prävention hier wirksam werden kann.

Pandemiebedingten erhöhten Versorgungsbedarfen kurzzeitig begegnen

Ergänzend zu den Empfehlungen und kurzfristig kann durch **Flexibilisierung von Regularien** wie

- Videosprechstunden auch in psychiatrischen Institutsambulanzen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungsambulanzen,
- der kurzzeitigen Entdeckung von Beratungsleistungen in der ambulanten Versorgung,
- der Möglichkeit für Kriseninterventionen über verhandelte Betten in Kinderpsychiatrien hinaus zu belegen, ohne daraus Regelbetten abzuleiten,

den erhöhten pandemiebedingten Versorgungsbedarfen begegnet werden. Auf Grund der regionalen Disparitäten in Deutschland bzgl. der Versorgung sind auch Versorgungsanpassungen regional notwendig. Eine zeitliche Befristung ist hier legitim.

Höchst bedeutsam ist aber auch hier ein Zusammenwirken mit der Jugendhilfe, der Jugendberufshilfe, den Schulen und der Ausbau von selektiven Präventionsleistungen. Die **stationsäquivalente psychiatrische Krankenhausbehandlung (StäB)** im kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich kann den teilweise massiv gestiegenen Bedarf, verbunden mit erheblichen Wartezeiten auf eine indizierte stationäre Behandlung, ohne weitreichende bauliche Veränderungen entgegenwirken.

Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Zu beachten ist aktuell in Bezug auf die Versorgung der Geflüchteten, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Notfall- und Akutversorgung sowie die ambulante kinder- und jugendpsychotherapeutische und kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch die Corona-Folgen bereits stark belastet sind. Gleichwohl sind Vorhaltekapazitäten für geflüchtete Kinder und Jugendliche unabdingbar.

- Die **medizinischen Leistungsansprüche** nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind für Kinder, die mit ihren Familien geflüchtet sind, der **Regelversorgung gleichzustellen**.
- **Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal** sowie Psychoedukation von Eltern und Betreuungspersonen und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern in Bezug auf Traumawissen, kultursensiblen Umgang, Genderaspekte und Schutz in Einrichtungen sind unabdingbar. E-Learning Angebote bieten hier nachweislich gute Lösungen.
- Niedrigschwellig zugängliche Diagnostik, Indikationsstellung und, sofern erforderlich, eine möglichst nahtlos anschließende Intervention bis hin zur Traumafolgebehandlung bedarf einer **regionalen Koordination** und der **Arbeit in regionalen Netzwerken**.

- **Zugang zu kompetenter Sprachmittlung** ist für kultursensible Versorgung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher unerlässlich. Eine Kontinuität der/des jeweiligen Sprachmittlerin/Sprachmittlers und deren Finanzierung nach dem SGB V - wie im Koalitionsvertrag verankert – ist mehr denn je dringend geboten.
- Ein **Monitoring der entstehenden Interventionsbedarfe** ist erforderlich, gegebenenfalls muss in der Folge die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor und die Krankenhausplanung v.a. für Formen der Eltern-Kind-Behandlung oder für stationsäquivalente Angebote an den veränderten Bedarf angepasst werden.

Soziale und berufliche Teilhabe sicherstellen – Kinder- und Jugendhilfe stärken

- **Kooperationsvereinbarungen** zwischen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind in einer Vielzahl von Regionen und teilweise auf Landesebene bereits etabliert, sollten jedoch flächendeckend und mit vergleichbaren Qualitätsstandards gewährleistet werden.
- In dem geplanten **Beteiligungsdialog des BMFSFJ** zur Umsetzung der inklusiven Lösung ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit ihren Kooperations-Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendhilfe umfassend zu beteiligen. **Modellprojekte** sollten Gelingensbedingungen und Barrieren bei der Umsetzung der inklusiven Lösung zeitnah erkunden und die Praxis auf die anstehenden großen Veränderungen vorbereiten.
- Die Stärkung der **Schulsozialarbeit** ist im Koalitionsvertrag verankert, gleiches sollte für den **Schulpsychologischen Dienst** gelten.
- Der **Übergang von der Schule in den Beruf** sollte bei bestehenden Teilhabebeeinträchtigungen im Rahmen der Berufsberatung, aber auch durch die Integrationsfachdienste intensiv begleitet werden. Insgesamt ist das Zusammenwirken von Arbeits- und Ausbildungsförderung, der Jugendhilfe und der Behandlung nach SGB V entscheidend.
- **Zugänge zu den Budgets für Arbeit und Ausbildung** sollten erleichtert und die Umsetzung durch personenbezogene Anreize (z.B. Förderdeckel, Rentenansprüche) forciert werden. Die Verankerung im Koalitionsvertrag ist hier hilfreich. Gleiches gilt für die **Stärkung des § 16i SGB II**, der die Hilfen zur Förderung schwer zu erreichender junger Menschen beinhaltet.

Bonn, den 17.05.2022

Anhang

Erläuterungen zu den Entwicklungs- und Handlungsbedarfen

A Bestandsaufnahme zeigt Entwicklungsbedarfe auf

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ („KiJu BB“) hat eine umfassende Analyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland geleistet.

Mit der Darstellung der Bestandsaufnahme durch das Projekt konnten die quantitative Versorgungssituation sowie Aspekte der Verzahnung der Leistungen, der Zugänglichkeit, der Zielgruppenerreichung, der Behandlungsergebnisse sowie weiterer qualitativer Aspekte aufgezeigt werden.

Die Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse zeigt, dass in Deutschland ein umfassendes und differenziertes und in mehreren Sozialgesetzbüchern verortetes Versorgungssystem für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche besteht.

Diese Interdisziplinarität und Angebotsdifferenzierung bedeutet auch, dass mehrere Berufsgruppen, wie z.B. Fachärztinnen und -ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen und Psychotherapeutinnen und -therapeuten beteiligt sind, ambulanter und stationärer Sektor im Bereich des SGB V involviert sind und zum Teil unterschiedliche Sozialsysteme an der Versorgung mitwirken. Neben den positiven Aspekten dieser großen Bandbreite an Versorgungsmöglichkeiten entsteht für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Familien jedoch auch automatisch die Problematik von Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern und die Notwendigkeit von intersektoraler bzw. leistungsträgerübergreifender Kooperation und Zusammenarbeit. Zugangswege zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen können z. B. aufgrund von Schnittstellenproblemen erschwert werden.

Die Bestandsaufnahme weist auf Versorgungsdefizite bei spezifischen Angeboten zum Beispiel für Kleinkinder, suchterkrankte Jugendliche und Kindern psychisch und suchtkranker Eltern sowie bei Angeboten für besonders schwer belastete Kinder und Jugendliche mit hoher Verwahrlosungsgefahr, die zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe hin und her wechseln, hin. Zudem ist eine regional sehr unterschiedliche Dichte an Versorgungsangeboten deutlich geworden. Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigt sich im Vergleich zu Ballungsräumen eine zu geringe Versorgungsdichte in ländlichen Regionen. Die Zunahme an tagesklinischen Plätzen hat zu einer wohnortnäheren Versorgung beigetragen, jedoch bleiben die Versorgungsgebiete im stationären Bereich verglichen zu den Erwachsenen sehr groß, was die familienbezogene Arbeit und die Kooperationen mit Partnern wie Schulen, Jugendhilfe etc. erschwert bzw. aufwändiger macht.

Auch besteht das Problem, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen, die ein besonders hohes Risiko haben, nicht oder zu spät in Behandlung kommen bzw. diesen eine indizierte Behandlung nur zu Teilen zur Verfügung steht.

Dringend notwendig ist die Umsetzung innovativer Versorgungsformen - vornehmlich im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten -, um eine angemessene, zielführende und evidenzbasierte Versorgung im notwendigen Maß anbieten zu können. Versorgungsforschung und Implementationsprojekte sind hier zu fördern.

Die Bestandsaufnahme hat weiterhin frühere Forschungsbefunde bestätigt, nach denen Kinder und Jugendliche weder ausreichend über den Sinn und Zweck ihrer Behandlung informiert noch in wichtige und ihre Person betreffende Entscheidungen einbezogen werden. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen bilden eine Personengruppe, die im Rahmen der Behandlung ein höheres Risiko hat, Zwangsmaßnahmen zu erfahren. Die „Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ hat gezeigt, dass sich die Praxis in den Ländern bezüglich der Erfassung von Zwangsmaßnahmen äußerst heterogen gestaltet und dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Behandlung, insbesondere bei Zwangsbehandlung, nach der zu diesem Zeitpunkt geltenden Gesetzgebung und der Rechtsauslegung nicht ausreichend verankert sind.

Die wachsende Rolle der Selbsthilfe kann im vielfältigen Geflecht der Versorgung nicht als bedeutsam genug eingeschätzt werden, doch während die Familienselbsthilfe auf langjährige Erfahrung aus der Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen zurückblicken kann, mangelt es noch an strukturierter Selbsthilfe für Kinder und Jugendliche.

B Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen weisen notwendige Wege der Weiterentwicklung und Umsetzung

Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme wurden in dem zweijährigen beteiligungsorientierten Dialog- und Diskursprozess des KiJu-Projektes Entwicklungs- und Umsetzungswege aufgezeigt, die für die identifizierten Versorgungsprobleme Lösungen herbeiführen können und sollen. Die aktuellen Entwicklungen erfordern zudem Ergänzungen.

Als zentraler Ausgangspunkt für alle vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen wurde ein von den Perspektiven und Bedarfen der Patientinnen und Patienten und ihren Sorgeberechtigten bzw. Familien ausgehender partizipatorischer Prozess aller Beteiligten und die darauf bezogene konsensorientierte Kooperation der Leistungserbringer identifiziert.

Strukturelle Empfehlungen als Präambel

Deshalb stehen die 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.

Von allen Handlungsempfehlungen zu berücksichtigende zentrale Kriterien sind

- Personenzentrierung bzw. Patienten- oder Patientin- /Familienzentrierung inkl. Geschwister,
- gleichberechtigter und niedrighwelliger Zugang,
- Partizipation der Patientinnen und Patienten,
- verbindliche Einbeziehung aller weiteren Beteiligten,

- Kooperation (regional, intersektoral),
- Prävention.

Von den Patientinnen bzw. Patienten und Familien ausgehende partizipatorische Elemente sind bei der Inanspruchnahme von Therapieleistungen bislang unzureichend realisiert.

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 Beratungsprozesse der Patientin bzw. des Patienten und der Familie durch Expertinnen und Experten müssen eine Überforderung bei der Entscheidung, welche Behandlung zielführend ist, vermeiden und haben die zusätzliche Aufgabe, zu einem konsentierten Ergebnis zu kommen. Ein konsensorientierter Beratungsprozess (Case Management) bei komplexeren Hilfebedarfen 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 kind- und jugendgerechte Information umfassend gewährleistet und Kinder(schutz)- und Jugendrechte 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. Eine entsprechende 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.

Leistungen der Jugendhilfe bzw. Teilhabeleistungen sind auf die besonderen Bedarfe von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen bzw. von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Bedarfen ausgerichtet und erfolgen in enger und koordinierter Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Die priorisierten Empfehlungen stellen sich zugeordnet zu Handlungsfeldern in der Essenz wie folgt dar. Die aktuellen Entwicklungen sind durch Ergänzungen der Projektergebnissen einbezogen. Zudem werden Anknüpfungspunkte zum Koalitionsvertrag aufgezeigt.

a) Information sicherstellen und Partizipation stärken

Grundvoraussetzung von Partizipation ist die Bereitstellung und kind- bzw. jugendgerechte Vermittlung notwendiger Informationen über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten. 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.

Informationsmaterialien in allen Formaten und barrierefrei sollten Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen. 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.

Eine Bestandsaufnahme, die Erarbeitung von Qualitätskriterien und innovative Ansätze in den digitalen Medien ist durch Bundesmittel und Krankenkassenmittel zu fördern. Ein regionales unabhängiges Beschwerdemanagement mit dem Fokus auf Partizipation und Kinder- und Jugendrechte ist modellhaft zu erproben und zu implementieren. Die wenigen bereits vorhandene Erfahrungen mit Beschwerdestellen werden einbezogen.

Die Selbsthilfe von Jugendlichen gilt es zu stärken. Von besonderer Wichtigkeit ist die Bereitstellung der Infrastruktur und niedrigschwelliger Zugang zur Partizipation und Selbstvertretung in Gremien und Gestaltung der Versorgung.

Die Aufnahme von Kinderrechten ins Grundgesetz mit Orientierung an den Vorgaben der UN-Kinderechtskonvention ist überfällig und die Verankerung im Koalitionsvertrag bedarf jetzt der konkreten Umsetzung.

b) Behandlung zukunftsgerecht gestalten und patientenzentriert ausrichten

- Partizipative integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Verbund

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. Für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche insbesondere bei schwereren Verläufen ist eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung notwendig. Aufbauend auf wenige regionale Erfahrungen sollen in ausgewählten Regionen bundesweit entsprechende Verfahren und Strukturen erprobt und weiterentwickelt werden. Der Aufbau von Verbundstrukturen soll hier die Rahmenbedingungen verbessern. 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

- Ambulante Komplexleistungen ermöglichen

In der ambulanten Behandlung insbesondere von psychisch erkrankten Kindern und Jugend-

lichen mit schwereren Krankheitsverläufen sind Behandlungsleistungen interdisziplinär, multiprofessionell, partizipatorisch und integriert als koordinierte Komplexleistung zu realisieren. Die ambulanten Leistungskomplexe sind in ihrer Intensität bedarfs- bzw. personenbezogen und flexibel zu erbringen. Eine gesetzliche Verankerung ist notwendig. Eine GBA-Richtlinie zur koordinierten und strukturierten Versorgung nach § 92 Abs. 6 b SGB V ist für eine bestimmte Gruppe schwerer erkrankter Kinder und Jugendlicher notwendig, aber wird nicht ausreichend, da diese nur bestehende, additiv erbrachte Leistungen koordinieren kann. Ambulante Leistungen müssen auch multiprofessionell und flexibel in höherer Intensität und so weit wie möglich aus einer Hand erbracht werden können.

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 eine koordinierte und strukturierte Versorgung in Bezug auf Intensität, Flexibilität und Umfang der Leistungen nicht aus.

Eine Abgrenzung zu den Zielgruppen und den Leistungen und im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung ist geboten. Der Leistungsanspruch ist im Leistungsrecht des SGB V explizit zu verankern.

Förderlich sind hier die Aussagen im Koalitionsvertrag, den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicherzustellen und dass die Kapazitäten bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert ausgebaut werden sollen.

- *Personenzentrierung statt sektorübergreifende Leistungsausschlüsse*

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

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 GBA-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 SPV-Praxen und Institutsambulanzen ermöglicht werden. Solche Formen psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung werden von den meisten Leitlinien empfohlen und haben breite wissenschaftliche Evidenz.

- *Vorstationäre Behandlung stärken*

Patientinnen und Patienten und ihre Familien sollten ausreichend Zeit für die Vorbereitung der Krankenhausbehandlung zur Verfügung haben. Die vorstationäre Krankenhausbehandlung im Rahmen des § 115 a SGB 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 Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten oder das Krankenhaus erfolgen und vorbereitend die Teilnahme an vollstationären Gruppen oder Heilmittelerbringung er-

möglichst werden. 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

- *Flexibilisierung der stationsäquivalenten Behandlung*

Mit der Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld wurde ermöglicht, dass „Mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams“ außerhalb des Krankenhauses aufsuchend tätig werden. Übergänge zum Ende hin und in den ambulanten Sektor müssen frühzeitig gestaltet werden. Stationsäquivalente Behandlung ist deshalb zu ihrem Behandlungsende hin abgestufter und flexibler in Umfang und Dauer zu ermöglichen. So kann 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. Die Möglichkeit stationsäquivalente Behandlung zum Behandlungsende hin abgestufter und flexibler in Umfang und Dauer umsetzen zu können, sollte in die Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115 d Abs. 2 SGB V aufgenommen werden

- *PPP-RL: Qualitative Weiterentwicklung und Reduktion des Dokumentationsaufwandes*

In der Richtlinie des G-BA ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung vorgesehen. Diese Weiterentwicklung sollte unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung regelhaft erfolgen. Derzeit definiert die PPP-RL Untergrenzen; die Weiterentwicklung hin zu einer adäquaten Personalbemessung jenseits von Untergrenzen, die gleichsam eine „Gefährdung“ von Patientinnen und Patienten definieren, ist notwendig. Dabei sind in zukünftigen Stufen innovative Modelle und die Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu berücksichtigen.

Im Rahmen des Weiterentwicklungsprozesses der PPP-RL sind durch den G-BA Anreize für die Entwicklung einer leitliniengerechten, patientenorientierten, gemeindenahen und flexiblen psychiatrischen Versorgung zu setzen.

Der Dokumentationsaufwand in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken ist zu hoch und ist in den letzten Jahren noch gestiegen. Auf der Grundlage des § 136a SGB V ist der GBA-Auftrag zur Weiterentwicklung der PPP-RL um die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes auf ein für eine patientenzentrierte Versorgung notwendiges Mindestmaß zu erweitern. 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. Stationsbezogene Nachweise sind aufzugeben.

- *Erfahrungen der Modellvorhaben nach § 64 b SGB V nutzen*

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 Patientinnen- und Patientenzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Beteiligung aller Krankenkassen in einem Modellvorhaben zwingend geboten.

Mit der Etablierung wäre auch die Auswertung bisheriger Erfahrungen und die Weiterentwicklung der „§ 64 b-Modell-Vorhaben“ parallel möglich. So könnten aus Trägerbudgets Patientebudgets abgeleitet werden. Auch könnten Ansätze sektor- und sozialgesetzbuchübergreifender Versorgung erprobt werden, einschließlich der medizinischen Rehabilitation. Die Finanzierungsregelungen in der Bundespflegesatzverordnung und dem PsychVVG sind perspektivisch unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den § 64 b Modellvorhaben und den Modellen aus dem Innovationsfonds weiterzuentwickeln.

Die im Koalitionsvertrag formulierte Absicht, die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) zu erhöhen und den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auszuweiten, um innovative Versorgungsformen zu stärken, bietet hier Ankerpunkte.

- *Richtlinienpsychotherapie – ländliche Versorgung verbessern*

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

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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten, vom 5.12.2019, kam es zur Bewilligung von knapp 800 neuen Psychotherapeutinnen und -therapeutesitzen. 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. Eine Aufstockung an den fehlenden 1.600 Psychotherapeutinnen und -therapeutesitzen (hier ca. 20 % Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) gemäß Gutachten 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 § 90 a SGB V sind auszubauen.

Im Koalitionsvertrag wurde der Handlungsbedarf aufgegriffen.

- *Angehörigengruppen ermöglichen und Bezugspersonen bedarfsgerecht einbeziehen*

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. Erforderlich sind kurzfristige und fallabhängige Gestaltungsmöglichkeiten durch die Behandelnden bei der Entscheidung eines Einbezugs von Bezugspersonen durch reine Angehörigengruppen. Im EBM 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.

- *Ambulante medizinische Rehabilitation aufbauen*

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 SGB VIII, die Bedarfslage der Patientinnen und Patienten nicht gut genug.

Die ambulante und mobil-aufsuchende medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist als notwendiger Baustein einer bedarfsorientierten und intersektoral gestalteten Behandlungsstruktur aufzubauen.

Durch Neuregelungen im SGB 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.

- *Versorgungsforschung weiter ausbauen*

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 SGB VIII Leistungen und Teilhabeleistungen nach dem SGB 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 psych. Störungen, psych. Störungen mit zusätzlichem erheblichem somatischen und/oder mentalen Handicap) hinsichtlich Risiken, Versorgung etc.
- Präventionsgap überwinden: wie können Präventionsangebote diejenigen mit Bedarfen erreichen und Prävention wirksam werden für schwer erreichbare Gruppen, die aber nachgewiesen ein hohes Risiko für psychische Störungen haben?

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.

c.) Adoleszentenversorgung weiterentwickeln

Die Adoleszenzphase ist mit vielfältigen Herausforderungen verknüpft, die sich mit der Ausdehnung der Jugendphase noch verstärkt haben. Für Jugendliche mit psychischen Störungen sind Umbrüche in der Biografie (Auszug, Übergang Schule in Ausbildung, Beziehungen) und Brüche in der Therapie und Hilfeplanung oft nur schwer zu bewältigen. Bei emotionalen, sozialen und kognitiven Reifungsverzögerungen und frühen schweren chronifizierenden psychischen Störungen besteht in der Regel in der Altersspanne von 18 – 25 Jahre fortgesetzter Bedarf für das therapeutisch-pädagogische Milieu und Angebot der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung (Beschulung, Familientherapie, Jugendhilfe etc.).

Notwendig sind

- integrierte Hilfen, Transitionsbegleiter, entwicklungsabhängige Flexibilität und Übergaberoutinen
- Definition von sektor- und disziplinübergreifenden Standards sowie Fortbildungsangeboten
- Klärung der bedarfsdeckenden Finanzierung (als Orientierung: Vergütung bis zum 21. LJ nach KJPP-Finanzierung , ab 21. LJ KJPP+PP-RL/2)
- Definitionen von organisatorischen und Strukturmerkmalen (in KJPP, Modelle gemeinsamer „Transitionsstationen“, sektorübergreifende Versorgung)
- Konzepte für gestaltete Übergänge von der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Erwachsenenpsychotherapie im Rahmen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie

Zugleich sind die Hilfen zu Arbeit und Bildung umfassend sicherzustellen (siehe unten).

d) Primärprävention stärken - Zielgruppenspezifische Prävention bei besonderen Risiken

Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention sollen dahingehend ergänzt werden, dass Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention auch auf Versicherte mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und komplexem Interventionsbedarf ausgerichtet werden können. Es werden verstärkt Präventionsleistungen für psychisch besonders belastete Kinder und Jugendliche geleistet. In diesem Zusammenhang werden auch Präventionsleistungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern gefördert.

Psychische Belastung äußert sich subjektiv und in objektivierbaren Erscheinungen vielfach lange vor dem Eintritt einer psychischen Erkrankung. In solchen Phasen können Präventionsleistungen besonders wirksam sein.

Dies ist z.B. wichtig für Präventionsleistungen zur Bewältigung von Folgen der Corona-Pandemie und bei minderjährigen Kindern psychisch erkrankter Eltern. Dies betrifft neben den

Krankenkassen auch sozialpädagogische Maßnahmen der Jugendhilfe bzw. kommunaler Hilfen.

Aus Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihren Familien ist es zudem sinnvoll, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Präventionsempfehlungen für Kinder und Jugendliche bescheinigen können.

e) Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendliche – aktueller Fokus Ukraine-Krieg

Im Rahmen der angeführten Bestandsaufnahme wurden in der damaligen Flüchtlingskrise (2015) die Hilfestrukturen zu Unterstützung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen insbesondere unbegleitete Minderjährige analysiert und Entwicklungsbedarfe aufgezeigt.

Der Bedarf an intensiveren Interventionen fiel geringer aus als befürchtet. Bei den wenigen vorbelasteten und psychisch deutlich symptomatischen Kindern wurde deutlich, dass niedrigschwellige Zugänge zur kurzfristigen diagnostischen Abklärung und therapeutischen Intervention geschaffen werden müssen. Diskutiert wurden geeignete und niedrigschwellig zugängliche Screeningverfahren in der Erstsprache; solche liegen bereits vor.

Zu beachten ist aktuell in Bezug auf die Versorgung der Geflüchteten, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Notfall- und Akutversorgung sowie die ambulante kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische und kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch die Corona-Folgen bereits stark belastet sind. Gleichwohl sind Vorhaltekapazitäten für geflüchtete Kinder und Jugendliche unabdingbar. Traumaambulanzen nach dem SGB XIV könnten hier einen Versorgungsbeitrag leisten, sofern die Zugangsvoraussetzungen und die Finanzierung geklärt wären.

Die medizinischen Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind auch für Kinder, die mit ihren Familien geflüchtet sind, denen der Regelversorgung gleichzustellen.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildungssituation der sozialen und medizinischen Berufe hat sich in Folge der Flüchtlingskrise 2015 verbessert. Nach wie vor besteht jedoch ein hoher Bedarf in Bezug auf Traumawissen, kultursensiblen Umgang, Genderaspekten und auf den Schutz in Einrichtungen. E-Learning-Angebote bieten hier gute Lösungen für eine überregionale Sicherstellung.

Die Sicherstellung von Sprachmittlung ist zentral für Teilhabe und adäquate Versorgung. Bisher waren Ausbildung und Finanzierung im Rahmen des Sozialrechts nicht geklärt. Sprachmittlung ist nunmehr als Aufgabe der Krankenkasse im Koalitionsvertrag definiert.

Diagnostik, Indikationsstellung und, sofern erforderlich, eine möglichst nahtlos anschließend Intervention bis hin zur Traumafolgebehandlung bedarf einer regionalen Koordination und der Arbeit in regionalen Netzwerken, möglichst mit einer Kontinuität der jeweiligen Sprachmittlerin bzw. des jeweiligen Sprachmittlers. Das Zusammenwirken von Traumapädagogik und Traumatherapie ist für die Sicherstellung von Hilfeangeboten von hoher Bedeutung. Ebenso ist eine Vernetzung zwischen der Versorgung von Eltern und der von Kindern essenziell.

Ein Monitoring der entstehenden Interventionsbedarfe ist erforderlich, gegebenenfalls muss in der Folge die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor und die Krankenhausplanung v.a. für

Formen der Eltern-Kind-Behandlung oder für stationsäquivalente Angebote an den veränderten Bedarf angepasst werden.

f) Soziale Teilhabe und Kinder- und Jugendhilfe

Bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen leistet die Jugendhilfe seit Jahrzehnten bewährte Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen bei Teilhabebeeinträchtigungen. Kooperationsvereinbarungen zwischen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind in einer Vielzahl von Regionen und teilweise auf Landesebene bereits etabliert, sollten jedoch flächendeckend und mit vergleichbaren Qualitätsstandards gewährleistet werden.

Auch Kinder und Jugendliche mit Lernbeeinträchtigungen und Intelligenzminderung (nach der ICD-10) leiden deutlich häufiger an psychischen Störungen. Kinder und Jugendliche mit schweren körperlichen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen haben ebenfalls ein höheres Risiko schwerer psychischer Belastungen. Deren Teilhabebeeinträchtigung resultiert häufig gerade aus der Kombination von Belastungen.

Eine gemeinsame Hilfeplanung muss für teilhabebeeinträchtigte Kinder und Jugendliche mit seelischen und anderen Behinderungen partizipativ und rechtskreisübergreifend sichergestellt werden. Hier sei auf die Empfehlung zur integrierten Behandlungs- und Teilhabeplanung verwiesen, zu der eine Adaption für Kinder und Jugendliche größtenteils noch aussteht. Wichtig wird hierbei sein, die Beiträge aller Systeme (Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Pflege, Schule, Ausbildung) kooperativ in eine Gesamtstrategie umzusetzen. Die Umsetzung der im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz verankerten inklusiven Lösung gilt es entsprechend weiter zu stärken, und eine vorgezogene Realisierung ist sehr zu begrüßen.

Die auch im Koalitionsvertrag angeführte forcierte Einführung der Verfahrenslotsen ist dringend notwendig, wird allein aber nicht ausreichen.

In dem geplanten Beteiligungsdialog zur Umsetzung der inklusiven Lösung ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit ihren Kooperations-Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendhilfe umfassend zu beteiligen.

Die Hilfeplanungsverfahren sowie die Hilfeplanungs- und Bedarfsfeststellungsinstrumente der Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII sollten kompatibel zu den Instrumenten der Eingliederungshilfe und der Teilhabeplanung nach dem SGB IX ausgestaltet werden, um den gesetzlichen Auftrag der individuellen und funktionsbezogenen Bedarfsermittlung zu erfüllen. Hier kann auf bestehende Instrumente zurückgegriffen werden, ggfs. bereits im Vorgriff auf die ICD-11. Die jeweiligen Qualitätsstandards sollten entsprechend zusammengeführt werden (transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, partizipativ, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert). Ausgangspunkt sind die Feststellung der Teilhabeziele und deren Erreichung entgegen stehender Beeinträchtigungen.

Ein weiteres Ziel sollte das Erkennen und das Beheben allgemeiner regionaler Inklusionshindernisse durch Eingang der Erkenntnisse in die regionale Sozialplanung sein. Letztlich würde für schwer psychisch beeinträchtigte Jugendliche damit auch der Übergang in die Versorgungssysteme Erwachsener im Sinne der Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie sehr erleichtert.

g) Teilhabe an Arbeit und Bildung

Die Stärkung der Schulsozialarbeit ist im Koalitionsvertrag verankert, gleiches sollte für den Schulpsychologischen Dienst gelten.

Der Übergang von der Schule in den Beruf sollte bei bestehenden Teilhabebeeinträchtigungen im Rahmen der Berufsberatung, aber auch durch die Integrationsfachdienste intensiv begleitet werden. Die unterstützte Klärung von Interessen und Fähigkeiten bei der Berufswahl bzw. Arbeitsplatzsuche von Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen ist personenzentriert sicherzustellen.

Die Werkstättenverordnung sollte in Bezug auf Partizipation und Personenzentrierung überprüft und insbesondere in Bezug auf Flexibilität in den Anforderungen neu ausgestaltet werden.

Zugänge zu den Budgets für Arbeit und Ausbildung sollten erleichtert und die Umsetzung durch personenbezogene Anreize (z.B. Förderdeckel, Rentenansprüche) forciert werden. Die Verankerung im Koalitionsvertrag ist hier hilfreich. Gleiches gilt für die Stärkung des § 16i SGB II, der die Hilfen zur Förderung schwer zu erreichender junger Menschen beinhaltet.

Gerade die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen war aufgrund der Pandemie an der sehr wichtigen Entwicklungsschwelle Schulabschluss und Berufseinstieg besonders betroffen. Aus der Forschung ist bekannt, dass solche Schwellen das größte Risiko für die (Erst)Manifestation psychischer Störungen bilden, und gerade an dieser Schwelle zu einer langfristigen Beeinträchtigung führen können, die aus einer Wechselwirkung von psychischer Störung, sozialer Exklusion und langfristiger Behinderung bestehen kann. Hier ist das Zusammenwirken

- von Arbeits- und Ausbildungsförderung nach den SGB II und III,
- von Jugendhilfe (insbesondere Hilfen nach § 35a SGB VIII und Jugendberufshilfe),
- und Behandlung nach dem SGB V (insbesondere Ergotherapie, Belastungserprobung, psychiatrische und psychotherapeutische Stützung)

von entscheidender Bedeutung.

Links zu den Projekt-Berichten:

Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ (2014 – 2017)

https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf

Projekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen (2020 – 2021)“

https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Abschlussbericht_APK-Projekt_KiJu-WE_.pdf