



www.kinderpsychiater.org



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

www.dgkjp.de

KJPP - Anhörung zum PEPP am 07.05.2014
J. M. Fegert, M. Kölch, R. Schepker

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0023(2)
gel. ESV zur öAnhörung am 07.05.
14_PEPP
28.04.2014

Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung im Gesundheitsausschuss konsentiert mit den drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbänden

Einleitung:

Gesundheitsminister Gröhe hat zum Schluss seiner Rede in der Haushaltsdebatte, eine bevorstehende Bestandsaufnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland angekündigt. Die Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie begrüßen ausdrücklich diese Intention der Bundesregierung, die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in ihrer Spezifität näher unter die Lupe zu nehmen.

Im Koalitionsvertrag ist zu lesen: *„Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein.“* Es stellt sich dabei die Frage, welche strukturellen Besonderheiten der Krankenhausversorgung im Rahmen eines Entgeltsystems **zusätzlich** zu den in der Erwachsenenpsychiatrie relevanten Aspekten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beachten sind.

Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen sind insbesondere - neben genetischen Risiken – durch soziale Risiken bedingt, was durch internationale wie nationale Forschungsergebnisse gut belegt ist. Insofern gehört zu den Fachspezifika die über das Individuum hinausgehende Behandlung des Umfelds (Familie, Bezugspersonen, etc.) aber auch die hochintensive Kooperation mit Strukturen des **Alltagsumfelds der Patienten, wie Schule, Jugendhilfe** (SGB VIII) etc.

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung wird in den Vorstellungen der Öffentlichkeit häufig auf die Gabe von Psychopharmaka reduziert. De facto handelt es sich um komplexe integrierte Behandlungsansätze, welche mit und ohne Einsatz von Psychopharmaka personalintensiv sind.

Die drei im Koalitionsvertrag genannten Punkte: **Qualität, Erreichbarkeit, Sicherheit** können durch ein Entgeltsystem gefördert, oder aber auch gefährdet werden. Insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständigem Fachgebiet für Kinder und Jugendliche mit besonderer Benachteiligung und drohender langfristiger Behinderung muss das Augenmerk bei der Weiterentwicklung des PEPP auf diesen Punkten liegen.



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

Dr. med. Ingo Spitzczok von
Brisinski

Vorsitzender

LVR-Kliniken Viersen
Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des

Kindes- und Jugendalters
Horionstr. 14

41749 Viersen

Tel.: 0 21 62 - 96-5000 oder -31

Fax: 0 21 62 - 96-5647

E-Mail: [ingo.spitzczokvon](mailto:ingo.spitzczokvonbrisinski@lvr.de)

brisinski@lvr.de



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

Dr. med. Maik Herberhold,

Vorsitzender

Hauptstr. 207

44892 Bochum

Tel.: 02 34 - 2 98 96 20

Fax: 02 34 - 2 98 96 21

E-Mail: herberhold@bkjpp.de



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Prof. Dr. med. Jörg Fegert

Präsident

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm

☎ 0731 / 5006-1600; 📠 0731 /

5006-1602

E-Mail: [joerg.fegert@uniklinik-](mailto:joerg.fegert@uniklinik-ulm.de)

[ulm.de](mailto:joerg.fegert@uniklinik-ulm.de)

Qualität, Erreichbarkeit, Sicherheit:

1.) **Qualität und Sicherheit: gute und sichere Krankenhausbehandlung in Kliniken und Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Strukturqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet nicht nur ausreichendes, sondern auch ausreichend qualifiziertes Personal, sowohl ärztlich, psychologisch als auch im Pflege- und Erziehungsdienst. Qualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie heißt multimodale Behandlung und bedarf der **Beziehung** zwischen therapeutisch-pflegerischem Personal und Patienten und seiner Familie. Insofern wird Kinder- und Jugendpsychiatrie immer einen hohen Personalbedarf haben, der auch nicht ohne weiteres durch neue Dienstmodelle oder weniger qualifizierte Kräfte verringert werden kann. Kinder haben laut UN-Kinderrechtskonvention ein Anrecht auf Schutz.

Deshalb ist eine altersangemessene Gewährleistung der Aufsichtspflicht in den Stationsgruppen grundsätzlich zu sichern und damit der Personalbedarf auch immer deutlich höher als bei entsprechenden Kliniken für Erwachsene. Zusätzlich ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die erforderliche Differenzierung (unterschiedliche Förderbedürfnisse, die Angebote verschiedener Professionen benötigen) zu berücksichtigen. Zur möglichst weitgehenden Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen und Isolierungen ist eine adäquate Personalausstattung unabdingbar.

Patientinnen und Patienten sowie deren sorgeberechtigte Eltern müssen über Sinn und Zweck sowie Stand der Behandlung engmaschig und transparent informiert werden. Die Qualitätsstandards für Einrichtungen, welche der Runde Tisch Sexueller Kindesmissbrauch erarbeitet hat: „Risikoanalyse, Beschwerdemanagement etc.“ müssen auch in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie flächendeckend umgesetzt werden. Insgesamt sind weitere Qualitätsvorgaben, wie im Koalitionsvertrag an zentraler Stelle vermerkt, unabdingbar. Derzeit entsteht durch die bisherige Version des PEPP-Systems und die höchstrichterliche Rechtsprechung des BGH bei Kindern und Jugendlichen sogar eine besondere Gefährdungslage. Zwangsmaßnahmen wie Fixierung etc. werden im Rahmen des PEPP-Systems als besonderer Aufwand (das ist inhaltlich prinzipiell richtig) honoriert. Gleichzeitig reduziert die Rechtsprechung des BGH in Familiensachen aber die gerichtliche Kontrolle über Zwangsmaßnahmen und stellt Zwangsmaßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, abgesehen von der Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung nach §1631b BGB, allein in das Ermessen der sorgeberechtigten Eltern. Hier ergibt sich zwingend Regelungsbedarf de lege ferenda. Gleichzeitig ist ein statistisches Monitoring der Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator unbedingt erforderlich. Initiativen auf Länderebene, wie im Entwurf des Psych-KG Baden-Württemberg vorgesehen, sollten Kinder und Jugendliche keinesfalls außen vor lassen.

Die derzeitige **Psych-PV** bietet quasi als **Platzhalter** wenigstens minimale Personalgarantien zum Erhalt einer adäquaten Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der bislang im Gesetz vorgesehene Wegfall der Psych-PV für 2017 ist ohne eine entsprechende Ersatzregelung durch den GBA oder noch besser durch eine moderne **Ersatzverordnung** mit ebenso bindendem Charakter nicht verantwortbar. Wenn der Minister und die Koalitionsfraktionen ebenso wie die Opposition auf Grund der generellen Schwierigkeiten bei der Einführung des PEPP-Systems nun über eine mehrjährige Verlängerung des Prozesses nachdenken, muss die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie absolut essentielle Mindestgarantie für Strukturqualität durch die Psych-PV mind. zwei Jahre länger erhalten werden (Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das personalintensivste Fach nach den bisherigen Vorgaben der Psych-PV). Natürlich ist uns bewusst, dass die mittlerweile über 20-jährige Psychiatriepersonalverordnung an einigen Stellen der Überarbeitung bedarf und dass es durch die Behandlungsverdichtung, mit durchschnittlicher Liegezeitreduzierung auf weniger als 1/3, durch intensivere störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze etc. mittlerweile zu einer sehr viel stärkeren Belastung des Personals gekommen ist. Dennoch hat damals eine für die Kinder- und Jugendpsychiatrie spezifische Arbeitsgruppe darauf geachtet, dass wenigstens die pflegerischen, medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bedürfnisse von Kindern altersadäquat berücksichtigt werden. Dieses Qualitätskriterium für eine anforderungsgerechte Patientenversorgung darf erst aufgegeben werden, wenn neue spezifische Maßstäbe für die Strukturqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie definiert sind und im Konsens angewendet werden. Ob der GBA im vorgegebenen Zeitrahmen zur Bewältigung dieser Aufgabe in der Lage ist, sei dahin gestellt. Die bisherige „Erfolgsgeschichte“ der Psych-PV zeigt, dass eine Regelung der Strukturqualität im Sinne einer Verordnung des Gesetzgebers eine segensreiche Entwicklung befördert hat, die es ermöglicht hat, die soeben in den Medien noch einmal drastisch dargestellte Nachkriegssituation einer Verwahr-Kinder- und Jugendpsychiatrie mit entsprechend niedrigen Personalschlüsseln zu überwinden (vgl. Erklärung der DGKJP zur Monitor-Sendung und zu den Berichten des WDR).

Forderungen:

- a) **Da derzeit keine Klinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr als 100% Psych-PV erfüllt, ist nachzeitigem Stand in der Konvergenz automatisch ein Absinken der Personalkennziffern unter das Niveau der Psych-PV absehbar. Hier geht es um reine Statistik und es braucht keine weiteren prognostischen Fähigkeiten, denn die Idee der Konvergenz geht davon aus, dass es Krankenhäuser gibt, in denen es zu viel Geld, das heißt in der betreuungsintensiven Kinder- und Jugendpsychiatrie zu viel Personal, gibt und andere, die zu schlecht ausgestattet sind und dass durch die Konvergenz dann quasi eine Normalausstattung (entsprechend 100 % Psych-PV) erreicht wird. Die Grundannahme war und ist eine Täuschung. Deshalb ist es völlig unangemessen, wie im bisherigen Gesetz vorgesehen, den Wegfall der Struktur-**

qualitätsgarantien (Wegfall der Psych-PV) mit dem Scharfstellen der Konvergenz zu verbinden. Dies entspräche in der, wegen ihres besonders hohen Personalanteils, besonders früh reagierenden Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Einstieg in den freien Fall ab 2017.

Insofern sind die Vorschläge einer mehrjährigen Verlängerung des Einführungsprozesses und der Schaffung einer Ersatzverordnung unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht zu begrüßen, wenn tatsächlich mehr Geld für den notwendigen Personalaufwand (voller Ausgleich der Lohnsteigerungen) ins System kommt.

Nur mit einer zeitgemäßen neuen Strukturqualitäts- oder Personalverordnung kann verhindert werden, dass die Qualität und Weiterentwicklung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie massiv gefährdet wird und dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Gefahr gerät, nicht mehr hinreichend gut in ihren Angeboten und für Patienten sicher zu sein.

- b) Aus der mangelhaften Umsetzung der Psych-PV muss gelernt werden. Die neu zu entwickelnden Qualitätsvorgaben des GBA, am besten in einer Ersatzverordnung, sind einzuhalten und deren Einhaltung ist in der Praxis zu überprüfen. Hier käme den Medizinischen Diensten der Krankenkassen eine für die Qualität der Patientenversorgung positive Rolle zu.
- c) Inhaltliche Weiterentwicklungen hinsichtlich evidenzbasierter Therapien, wohnortnaher Versorgungsmodelle wie Home Treatment, familienpsychiatrische Interventionen müssen entwickelt und im Entgeltsystem abbildbar sein. Bei durchgängig in Deutschland voll ausgelasteten Kinder- und Jugendpsychiatrien mit einer Verweildauerverkürzung von ehemals ca. 120 Tagen auf unter 40 Tage (2012 waren es im Durchschnitt 37 Tage) bedarf es für eine qualitative Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie einer fachspezifischen Aufmerksamkeit.

2.) Erreichbarkeit: für alle gleichermaßen erreichbare und verfügbare Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Kinder- und Jugendpsychiatrien sind nicht immer gut erreichbar, da sie je nach Bevölkerungsdichte noch immer zu dünn gesät sind. – Das jetzige PEPP bietet keine Möglichkeit, Strukturbesonderheiten abzubilden. Diese liegen für die KJPP aber darin, 1.) dass kleinere Einheiten bevölkerungsnäher, dann aber unwirtschaftlich sind 2.) dass die Vorhaltekosten für Notfälle und Krisen in den kleinen Abteilungen relativ besonders hoch ausfallen 3.) dass aufsuchende Krankenhausbehandlung bisher nicht möglich ist, obwohl sie sich im Rahmen der KJPP ganz besonders anbietet.

Des Weiteren sind die strukturellen Ungleichheiten in der KJPP bundesweit noch nicht überwunden. Die Bettenmessziffern für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren schwanken vollstationär bundesweit noch um

den Faktor 4. Die ambulante Versorgung durch Niedergelassene ist noch nicht flächendeckend ausreichend. Notaufnahmerquoten schwanken daher zwischen 30% und 90 %, was große Unterschiede in der Qualität der Behandlung und der Kooperation mit dem wichtigsten komplementären Rehaträger und Unterstützungssystem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe (SGB VIII), generiert. Hohe Notfallquoten verhindern eine qualitative Behandlungsplanung und –Durchführung.

Forderungen:

- a) **Ausgleich der Versorgungsungleichheiten und Steuerung der Budgets durch Einflussnahme auf die Bettenmessziffern – (ein besseres Instrument als über die PEPPs).**
- b) **Ausgleich der Versorgungsungleichheiten durch Ermöglichung von sektorübergreifenden Versorgungsformen. Dazu ist eine gesetzgeberische Reform des Modellparagraphen 64 b (SGB V) mindestens für den KJPP Bereich unabdingbar. Ohne Kontrahierungszwang und weitere Anreize auf Landesebene, entstehen, wie wir 2013 gesehen haben, keine Modellvorhaben in der KJPP.**
- c) **adäquate Finanzierung der Vorhaltekosten für Notfall- und Pflichtversorgung für Kinder und Jugendliche, d.h. auch für Bereitschaftsdienste.**

3.) Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen und ihre Familien haben Anspruch auf Berücksichtigung Ihrer Interessen im Reformprozess

Es war voraus zu sehen, dass die Konstruktion des Modellparagraphen 64 b (SGB V) als Bestandwahrungsklausel außerhalb des kalkulatorischen Systems gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie moderne Entwicklungen eher verhindern als befördern wird. Insofern hatte der Gesetzgeber der Norm auch den Zusatz „in jedem Land unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ hinzugefügt. Hier muss heute eindeutig festgestellt werden, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Aktivitäten des Gesetzgebers keinerlei Reformimpulse entstanden oder gefördert wurden. Vielmehr lähmt die permanente Debatte, um einen rechnerischen Umstieg im Entgeltsystem, um nicht enden wollende Dokumentation und patientenferne Leistungen, **familiennahe Reformimpulse**. Vorgeschlagene und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in mehreren Modellprojekten als effektiv nachgewiesene Behandlungsformen, wie z.B. **Home Treatment**, scheiterten im Gesetzgebungsverfahren noch in letzter Minute, weil sich z.B. niedergelassene Nervenärzte, also Spezialisten für Erwachsene und nicht für Kinder und Jugendliche, prinzipiell gegen solche sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle gewandt hatten. Der Vorschlag war damals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgestimmt von allen drei Verbänden (also auch von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen) unterstützt worden. Dies illustriert sehr deutlich, dass es einer gesonderten Betrachtung und Bestandsaufnahme der Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedarf.

Das von Minister Gröhe angekündigte Vorhaben stellt einen Baustein dazu dar. Es ist dabei sicherzustellen, dass eine **Expertenkommission**, die jetzt mehrfach, u.a. von der APK, angeregt wurde und die von den meisten Verbänden unterstützt wird, über spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Expertise verfügt. Insofern gilt es zu bedenken, ob man, falls eine Expertenkommission eingerichtet wird, die Formulierung des Gesetzgebers „unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in ihrem Auftrag wieder aufgreift oder ob man gleich gezielt eine **Unterkommission für das Kinder- und Jugendalter** einrichtet, die dann ihre Ergebnisse und auch die notwendigen Abweichungen mit der Gesamtkommission abstimmt. Es darf nicht sein, dass die Weiterentwicklung und innovative Ansätze eines Fachgebiets durch die schiere Größe eines anderen Fachgebiets im großen Ganzen unterzugehen drohen. Kinder- und jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Versorgung muss wie die erwachsenenpsychiatrische Versorgung auch von den jeweiligen Experten geplant werden.

Fazit:

Die Entgeltreform und PEPP sind festgefahren und bedürfen, gerade auch zum Wohl der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten, einer Neuorientierung. Kinder- und Jugendpsychiater haben, nach Aussagen von Herrn Dr. Heimig (InEK), überdurchschnittlich gut dokumentiert und kalkuliert und sich an der Entwicklung beteiligt. Die statistischen „Unzulänglichkeiten“ resultieren derzeit einfach aus den sehr viel geringeren Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jetzt angekündigte „kosmetische“ Korrekturen, zum Beispiel in Bezug auf die Degression, sind wichtig, aber stellen keine Lösung der grundsätzlichen Irrtümer im Gesetzgebungsverfahren dar.

- Deshalb begrüßen die Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie die vorgeschlagene **Einsetzung einer Expertenkommission** und fordern dabei die **besondere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie**, z.B. durch eine für diese Gruppe spezifische Unterkommission, da sektorenübergreifende Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit anderen komplementären Systemen, hier insbesondere mit der Jugendhilfe, zusammen arbeitet.
- Die Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie begrüßen den Vorschlag einer **Verlängerung des Prozesses**, um die notwendigen Korrekturen u.a. auf der Basis der Vorschläge einer Expertenkommission vorzunehmen.
- Zentral für die Strukturqualität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist, dass die **Bestandsgarantie der Psychatriepersonalverordnung nicht ohne neue, ebenfalls verbindliche und in der Zukunft besser kontrollierte Strukturvorgaben auf dem Verordnungswege** aufgegeben werden darf.
- In Bezug auf die dringend benötigte Reformentwicklung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit neuen Behandlungsformen, wie Intervallbehandlung, **Home Treatment** etc., muss wenigstens für die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Modellparagraph abgeändert werden bzw. neu

formuliert werden, da offensichtlich mit dieser als Bestandwahrungsklausel formulierten Norm Krankenkassen keine gemeinsamen und einheitlichen Verträge mit den Krankenhäusern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abschließen (die Ausnahme der AOK Sachsen als Verhandlungsführerin in einer spezifischen Region bestätigt hier leider die Regel).

Angesichts der multiplen Probleme im Reformprozess dürfen die scheinbar nachrangigen Probleme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angesichts der relativ guten Kooperation der kinder- und jugendpsychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken im PEPP-System, nicht immer weiter hinten angestellt werden. Vielmehr geht es darum, hochmotivierte Behandlungsteams zur Speerspitze eines wirklichen Reformprozesses zu machen. Insofern begrüßen wir die an mehreren Stellen des Antrags der Bundestagsfraktion der Grünen geäußerten Forderungen nach einer gesonderten Betrachtung und besonderen Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausdrücklich.

Fegert – Kölch – Schepker

25.04.2014

Für die DGKJP



Prof. Dr. med. J.M. Fegert
Präsident der DGKJP

Für die BAG kjpp



Dr. med. I. Spitzcok von Brisinski
Vorsitzender der BAG kjpp

Für den BKJPP



Dr. med. M. Herberhold
Vorsitzender der BKJPP