

**Rede von Dr. Klaus Theo Schröder
Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit**

"Rahmenbedingungen des Bundes für die psychiatrisch-psychotherapeutische
Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland"

anlässlich Symposium "Perspektiven kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung in
Deutschland"

Ulm, 13. März 2009

Sehr geehrter Herr Professor Marre,
sehr geehrte Frau Ministerin Dr. Stolz,
sehr geehrter Herr Oberbürgermeister Gönner, sehr geehrter Herr Professor
Fegert,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich danke der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für die
Einladung zur dieser Veranstaltung. Ich bin sehr gern nach Ulm gekommen, denn
ich glaube, dass die Entwicklungen hier in der Region beispielhaft zeigen, wie die
gegenwärtigen Herausforderungen in der psychiatrischen und
psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgreich
angegangen werden können.

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind häufig. Das Robert-
Koch-Institut hat in den Jahren 2004 – 2006 im Auftrag des Bundesgesundheits-
ministeriums eine große Erhebung zur gesundheitlichen Situation von Kindern und
Jugendlichen (KiGGS) durchgeführt. Ziel war es, eine valide Datenbasis für
gesundheitpolitische Planungen und Entscheidungen zu schaffen. Eine erste
wichtige Erkenntnis aus dem KiGGS war, dass es den Kindern und Jugendlichen
in Deutschland im Großen und Ganzen gut geht. Auffällig war aber, dass
psychische Störungen immer mehr in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken.
Sie wurden in der Vergangenheit vielleicht unterschätzt.

So fanden sich im KiGGS bei rund 22 Prozent der untersuchten Kinder und
Jugendlichen psychische Auffälligkeiten, die zumindest in einem Drittel der Fälle
behandlungsbedürftig sind. Am häufigsten fanden sich Angststörungen, Störungen
des Sozialverhaltens, depressive oder hyperkinetische Störungen.

Gegen diesen Trend können wir in Deutschland ein leistungsfähiges
Gesundheitssystem in die Waagschale werfen. Es hat auch im internationalen
Vergleich ein sehr hohes Niveau. Die Mitarbeit in internationalen Gremien, etwa
bei der Europäischen Union oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigt
uns regelmäßig, dass dies auch für den Bereich der psychiatrisch-

psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gilt. So existiert in Deutschland bereits seit über 40 Jahren das eigenständige Fachgebiet der "Kinder- und Jugendpsychiatrie". Dessen Abgrenzung von der "Erwachsenenpsychiatrie" in Wissenschaft, Weiterbildung und Versorgungsstrukturen ist eine international anerkannte Errungenschaft und sie ist ein "Qualitätsmerkmal" der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Denn Kinder sind eben keine kleinen Erwachsenen! Ihre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung erfordert eine multiprofessionelle fachliche Kompetenz und besondere versorgungsstrukturelle Bedingungen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich aus den Daten des KiGGS zwei prioritäre Handlungsbereiche. Zum einen die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Zum anderen die Weiterentwicklung der Versorgungspraxis und ihrer Strukturen.

Angesichts des erschreckenden Trends gibt es keine Alternative zu einer Stärkung der Prävention und deren Ausbau zu einer eigenen Säule im Gesundheitswesen. Wir müssen die Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen unserer Kinder verbessern und ihre gesundheitlichen Ressourcen stärken.

Die Politik hat den Krankenkassen bereits den gesetzlichen Auftrag erteilt, Gesundheit und gesunde Lebensbedingungen zu fördern. Dabei sollen sie auch sozial bedingte Ungleichheiten abbauen. Inzwischen haben sich die Kassen auf Präventionsziele verständigt, die auch die psychische Gesundheit maßgeblich berücksichtigen. Entsprechende Maßnahmen der Gesundheitsförderung, z.B. in Kitas und Schulen leisten bereits jetzt einen Beitrag zur individuellen Förderung körperlicher und psychischer Gesundheit von Kindern.

Aber immer noch legen die Krankenkassen den Schwerpunkt ihrer Bemühungen in individuelle Angebote der Prävention. Damit wird viel Geld ausgegeben, um Gesundheitsbewusste noch gesundheitsbewusster zu machen. Das ist der falsche Weg.

Wir müssen gerade die erreichen, die individuelle Präventionsangebote der Krankenkassen wenig oder gar nicht nutzen. Sie können in ihrem direkten Lebensumfeld am besten angesprochen werden.

Deshalb bleiben wir dabei: Wir brauchen dringend das Präventionsgesetz, das weitere Sozialleistungsträger einbindet, die Ressourcen bündelt und Gesundheitsförderung im direkten Lebensumfeld der Menschen nachhaltig stärkt.

Eine wichtige Initiative ist in diesem Zusammenhang auch die "Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit". Die Strategie verfolgt einen Politikfelder übergreifenden Ansatz. Maßnahmen sollen über den Bereich der Gesundheitspolitik hinaus initiiert werden. Sie beinhaltet auch Handlungsansätze zur Förderung einer gesunden psychischen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

Die zweite Herausforderung vor der wir stehen ist die Optimierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Sie betrifft alle relevanten Akteure aus Medizin und Wissenschaft, die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung und natürlich auch die Politik auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene.

Bei der konkreten Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen tragen die Länder und die Kommunen eine besondere Verantwortung. Ein wesentlicher Teil der Umsetzung kann nur sinnvoll auf dieser Ebene realisiert werden.

Aber: Wir brauchen auch einheitliche Rahmenbedingungen. Denn es darf nicht sein, dass die besonderen Ansprüche psychisch kranker Kinder und Jugendlicher auf Gesundheits- und Sozialleistungen abhängig vom Wohnort des Hilfesuchenden sind. Und dafür trägt der Bund Verantwortung.

Eine der vorrangigen Aufgaben unserer Gesundheitspolitik ist die Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung und eine gesicherte solidarische Finanzierung der notwendigen Leistungen.

Zur Stabilisierung und Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens war eine Neuregelung der Krankenkassenfinanzierung erforderlich. Dafür haben wir die Verantwortung übernommen, den notwendigen Strukturellen Veränderungen den Weg gebahnt und den Gesundheitsfonds eingeführt.

Seit dem 1. Januar 2009 gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung ein einheitlicher Beitragssatz. Neben den Beiträgen der Mitglieder und Arbeitgeber wird sich auch der Bund langfristig an der Finanzierung der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen. Darüber hinaus werden die Kosten des tatsächlichen Krankheits-geschehens gerechter zwischen den Krankenkassen verteilt.

Wir haben die Neuregelungen so gestaltet, dass Kinder und Jugendliche in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin beitragsfrei mitversichert sind.

Meine Damen und Herren,
ich habe eingangs bereits erwähnt: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind angesichts der Komplexität der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation besonders personalintensiv. Der hohe personelle Aufwand besteht gleichermaßen im stationären wie im ambulanten Bereich der Versorgung.

Dem besonderen Personalbedarf in stationären Einrichtungen trägt die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Rechnung. Denn darin werden für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen weit höhere Personalansätze veranschlagt als für die Erwachsenen-Psychiatrie.

Anfang 2007 lagen die Ergebnisse einer im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführten Erhebung zum Umsetzungsgrad der PsychPV vor. Seither ist quasi "offiziell": Viele stationäre psychiatrische Einrichtungen setzen die Personalbesetzung nach der PsychPV nicht mehr vollständig um oder haben Personal in Folge der Budgetbegrenzungen abgebaut. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab sich ein durchschnittlicher Umsetzungsgrad von nur noch

88 Prozent der Vorgaben.

Das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung, das nach seiner Verabschiedung durch den Deutschen Bundestag nun auch im vergangenen Monat vom Bundesrat gebilligt wurde, wird die wirtschaftliche Situation der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie verbessern.

Das Gesetz wird die Finanzierung im Bereich der stationären Psychiatrie deutlich verbessern:

Erstens: Tarifvertraglich vereinbarte Lohn- und Gehaltssteigerungen werden zu 50 Prozent durch die Krankenkassen refinanziert, soweit Erhöhungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen überschreiten. Konkret wird dem im § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung Rechnung getragen, indem die heute festgeschriebene anteilige Finanzierung von 33 auf 40 Prozent angehoben wird. Während die anteilige Refinanzierung von Tarifsteigerungen bei den allgemeinen Krankenhäusern begrenzt auf die Jahre 2008 und 2009 Anwendung findet, ist die Regelung für die psychiatrischen Krankenhäuser zudem unbefristet.

Zweitens können die psychiatrischen Kliniken in Zukunft mehr Personal einstellen.

Den psychiatrischen Krankenhäusern wird eine gesetzliche Nachverhandlungsmöglichkeit eingeräumt, wenn der Personalbestand in der Vergangenheit unter die Psych-PV-Vorgaben abgesunken ist. Bei einer Umsetzung unterhalb von 90 Prozent ist ab 2009 eine entsprechende Aufstockung zu vereinbaren, bei einem Umsetzungsgrad zwischen 90 und 100 Prozent und bei Nachweis entsprechenden Personalbedarfs ist eine Erhöhung der Stellenzahl bis zur vollständigen Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV vorzunehmen.

Ich möchte an dieser Stelle aber betonen, dass diese Änderung ausschließlich dazu dient, die Personalausstattung in der psychiatrischen Versorgung zu

verbessern. Durch die eröffnete Nachverhandlung wird der sich bei Leistungsausweitungen ergebende Anspruch auf zusätzliche Stellen nach der Psych-PV und deren umfassende Finanzierung im Rahmen der jährlich prospektiv zu führenden Pflegesatzverhandlungen nicht auf Werte unter 100 Prozent abgesenkt. Ziel ist und bleibt eine vollständige Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben.

Und **drittens** werden zusätzlich zu erbringende Leistungen in der Psychiatrie ab dem nächsten Jahr wieder schiedsstellenfähig sein, so dass entsprechende Budgetanpassungen möglich sind.

Außerdem werden viertens mit dem Gesetz die Grundlagen für die Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrische Krankenhäuser gelegt. Bei dem neuen Vergütungssystem sollen die pauschalierten Entgelte weiterhin tagesbezogen sein und auf dieser Grundlage weiterentwickelt werden. Neben anderen Kriterien soll dabei insbesondere von den Leistungskomplexen ausgegangen werden, die der erfolgreichen Psychiatrie-Personalverordnung zu Grunde liegen.

In Fachkreisen wird in diesem Zusammenhang die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen diskutiert, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z. B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser.

Voraussetzung dafür ist jedoch zunächst, die notwendigen Datengrundlagen zu schaffen, mit denen die Transparenz über erbrachte Leistungen erhöht sowie Kalkulationen für Entgelte durchgeführt werden können.

Mit dem neuen § 17d wird in einem ersten Schritt nur der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung und Einführung eines solchen pauschalierenden Entgeltsystems erteilt. Nähere Festlegungen, zum Beispiel zur Dauer einer budgetneutralen Einführung und zu einer schrittweisen Angleichung der heute vereinbarten

Krankenhausbudgets an ein einheitliches Preisniveau, sollen ein bis zwei Jahre später mit einem weiteren Gesetz vorgenommen werden.

Ich würde es sehr begrüßen, wenn sich die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm als "Kalkulationskrankenhaus" an den entsprechenden Vorarbeiten des DRG-Instituts beteiligt.

Mit verschiedenen gesetzlichen Neuregelungen haben wir auch die Instrumente zur Sicherstellung und Finanzierung des ambulanten Versorgungssektors verbessert.

Eine wichtige Funktion in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung haben natürlich die Vertragsärztinnen und -ärzte und Psychotherapeuten. Insgesamt verzeichnen wir - auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie - steigende Zahlen von Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Vom Jahr 2005 auf das Jahr 2006 stieg zum Beispiel die Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) um 3,1 % und die der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie um 5,2 %. Seit 1999 hat sich die Zahl der KJP sogar fast verdoppelt.

Die Anzahl der Leistungserbringer schwankt dabei jedoch regional stark. Während z.B. in Baden-Württemberg 558 KJP zugelassen sind, sind es in Sachsen-Anhalt nur sechs. Dementsprechend gingen auch im BMG wiederholt Hinweise auf Versorgungsengpässe - z.B. lange Wartezeiten für Therapieplätze - insbesondere in den Flächenländern und den neuen Ländern ein.

Außerdem wurde aus einigen ländlichen Regionen von Problemen bei der Nachbesetzung von Praxen berichtet. Auch hier sahen wir Anlass zum Handeln und haben neue Anreizsysteme geschaffen:

Wir haben mit den vergangenen Reformgesetzen nicht nur die bestehenden Sicherstellungsinstrumente ergänzt. Künftig wird die Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Preisanreize erfolgen.

Die Politik hat auch auf den gestiegenen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen reagiert. Wir wollen, dass psychisch erkrankte Kinder rechtzeitig einen Therapieplatz finden. Aus diesem Grunde hat der Deutsche Bundestag bereits im vergangenen Jahr mit dem Gesetz zur Verbesserung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Einführung einer bedarfsplanungsrechtlichen Mindestquote von 20 Prozent für ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandelnde psychotherapeutische Leistungserbringer beschlossen.

Im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung möchte ich noch auf die gegenwärtige Problematik mit der "Sozialpsychiatrie-Vereinbarung" (SPV) zu sprechen kommen. Die Kündigung der SPV seitens der Krankenkassen zum 01.01. dieses Jahres hat verständlicherweise bei vielen an der SPV teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, aber auch bei betroffenen Familien und in der Presse für großes Aufsehen gesorgt. Die SPV ist ein leistungsfähiges Instrument für die Realisierung multiprofessioneller Behandlungskonzepte in sozialpsychiatrischen Praxen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher eine gesetzliche Klarstellung auf den Weg gebracht, nach der die Krankenkassen für diese Leistungen eine angemessene Vergütung vereinbaren müssen. Eine entsprechende Klarstellung ist im Gesetzentwurf zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften enthalten, der am 18. Februar 2009 von der Bundesregierung beschlossen wurde. Aufgrund dieser Klarstellung ist davon auszugehen, dass die bisherigen Regelungen der Sozialpsychiatrievereinbarungen zunächst weitergeführt und nach Abschluss der bundesmantelvertraglichen Regelungen vereinheitlicht werden. Das Ministerium wird in dieser Sache auch weiterhin auf die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in geeigneter Weise einwirken.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
ich bin der festen Überzeugung, dass die Bundespolitik damit insgesamt gute Rahmenbedingungen für die kinder- und jugendpsychiatrische und – psychotherapeutische Versorgung geschaffen hat und sich bei der Lösung von Umsetzungsproblemen engagiert.

Wo liegen die Herausforderungen für die Zukunft? Lassen Sie mich noch einmal auf die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys zurückkommen.

Der KIGGS zeigt uns noch mehr als reine Prävalenzraten. Die Auswertungen haben nämlich auch bestätigt, dass der Sozialstatus einen erheblichen Einfluss auf die individuelle Gesundheit der Kinder und Jugendlichen hat. Während im Durchschnitt bei 22 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten gefunden wurden, betrug der Anteil bei hohem sozial-ökonomischen Status 16 Prozent, bei niedrigem Status aber über 31 Prozent. Und die verschiedenen Risiken des Sozialstatus wirken kumulativ.

Insgesamt gilt: Armut und soziale Ausgrenzung gehen mit schlechteren Chancen auf eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung einher.

Die medizinischen Hilfesysteme müssen diesen Zusammenhängen künftig noch stärker Rechnung tragen, um die gesundheitliche und soziale Chancengleichheit in Deutschland zu fördern.

Für die Versorgungspraxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie heißt das:

Die ganzheitliche Diagnostik von Kind und Familie sowie die umfassende Behandlung und Rehabilitation der betroffenen jungen Menschen bedarf – noch mehr als bei anderen Fachgebieten - der intensiven Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Hilfsangeboten.

Und die Hilfesysteme müssen so flexibel sein, dass sie auf den individuellen Bedarf des einzelnen Kindes oder Jugendlichen reagieren können.

Dazu ist die Zusammenarbeit der kinderpsychiatrischen Kliniken und Praxen mit Einrichtungen und Hilfen außerhalb des Gesundheitssystems erforderlich. Denn häufig kann die Diagnostik und Behandlungsplanung optimal nur durch die enge Zusammenarbeit zum Beispiel mit der Kita, der Schule oder etwa dem Jugendamt gelingen. Auf diesen Zusammenhang wird auch der 13. Kinder- und Jugendbericht deutlich hinweisen. Ich begrüße es sehr, dass die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits einschlägige Projekte in Kooperation mit der Jugendhilfe

durchgeführt hat.

Wir müssen zukünftig gerade in der Behandlung psychisch kranker Kinder verstärkt sektorenübergreifende innovative Versorgungsmodelle erproben und umsetzen. Die Praxis hier in Ulm zeigt, dass dabei die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) eine wichtige Rolle spielen kann. Denn sie trägt wesentlich zur Vernetzung der Sektoren bei. Aufgrund des überregionalen Angebots der hiesigen PIA für schwergradige und komplexe Störungsbilder wird insbesondere solchen Familien geholfen, die ansonsten Schwierigkeiten hätten, geeignete Hilfen aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen. Denn diese Kinder und deren Familien benötigen in besonderem Maße ein kooperierendes, flexibles und bei Bedarf auch mobiles Gesundheitssystem.

Und gerade ein solches System sorgt für die Kontinuität der Behandlung und die Einbeziehung aller sozialen Problembereiche der Betroffenen.

Hier in Ulm ist es gelungen, nach Abschluss eines entsprechenden Modell-Projekts mit den Krankenkassen Vereinbarungen zu treffen, die auch aufsuchende Hilfen der Institutsambulanz ermöglichen. Denn so kann die Versorgung vor Ort im Lebensumfeld des jungen Menschen und dessen Familie ansetzen. Stationäre Aufnahmen können in vielen Fällen vermieden werden und der rehabilitative Ansatz in der Behandlung wird von vornherein gestärkt.

Meine Damen und Herren,

die Erweiterung der Klinik, aber auch die Anstrengungen der letzten Jahre beim Aufbau eines tragfähigen Versorgungsnetzes in der Region zeigen, dass sich die Akteure auf Landes- und kommunaler Ebene, die Universitätsklinik und alle Beteiligten entschieden und mit Tatkraft für die Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einsetzen.

Meinen Dank und meine Anerkennung möchte ich aber auch all denen aussprechen, die tagtäglich in ihrer Klinik oder Praxis die jungen Patientinnen und Patienten behandeln, Weiterbildungskandidaten ausbilden oder

Forschungsprojekte durchführen. Sie alle tragen mit ihrer Arbeit zu einem hohen Niveau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland bei.

Ich wünsche Ihnen allen eine interessante Veranstaltung hier in Ulm, gute Gespräche und fruchtbare Diskussionen.