



Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
(DGKJP)

Prof. Dr. Renate Schepker, ZfP Südwürttemberg, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg

Vorsitzende des Gesundheitsausschusses
des Deutschen Bundestages
Frau Dr. Carola Reimann

Per email an Katharina.Lauer@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14(0249(8)
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.
12_PsychEntgelt
13.04.2012

Ravensburg/München, den 13.04.2012

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der
Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychi-
atrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters Weissenau
ZfP Südwürttemberg, Weingartshofer Str. 2,
88214 Ravensburg
Tel.: 0751/7601-2789, Fax: 0751/7601-2121
E-Mail: Renate.Schepker@zfp-zentrum.de
Internet: www.kinderpsychiater.org

Psych-EntgGE, Kabinettsentwurf vom 14.3.2012

Sehr geehrte Frau Reimann,
sehr geehrte Abgeordnete und Mitglieder des Gesundheitsausschusses,

haben Sie herzlichen Dank für die Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellung-
nahme und für die Einladung zur Anhörung am 23.4.2012.

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder-
und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik u. Psycho-
therapie e. V.
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie,
Klinikum der Universität München
Pettenkoferstr. 8 a, 80336 München
Tel.: 089 / 5160-5900
Fax: 089 / 5160-5902
E-Mail:
Gerd.Schulte-Koerne@med.uni-muenchen.de
Internet: www.dgkjp.de

Wenige Punkte möchten wir für die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen
in unserer Stellungnahme vorab hervorheben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass anders als vor der DRG-
Einführung in der Somatik, in unserem Fach bereits eine starke Leistungsverdichtung stattgefunden hat, mit ei-
nem Bettenabbau von 34 % (1991-2010) und einer Verweildauersenkung um 70 %.

1. Für die schwer kranken auch unter den heutigen Bedingungen stationär behandlungsbedürftigen Kinder
muss eine Personalausstattung gewährleistet sein, die den Aufsichtsbedarf abdeckt, Übergriffe verhin-
dert, kindgerechte Zuwendung ermöglicht und die therapeutische und Elternarbeit sicherstellt. Der Per-
sonalbedarf ist mit den geplant nicht gegenfinanzierten Tarifsteigerungen (§ 10 (4) BPfIV-Änd) und mit
Wegfall der Psych-PV (Art. 7, 8 PsychEntgGE) nicht mehr gesichert. Der notwendigerweise besonders
hohe Personalansatz für Kinder führt dazu, dass die „Tarifschere“ hier stärkere Effekte als im Erwach-
senenbereich zeigt, wie die Erhebung der APK im Auftrag des BMG (2007) belegt hat. Vor dem Wegfall
der Psych-PV (Art. 8) sollte der Erfüllungsgrad zwingend mit 100 % kontrollierbar vorgeschrieben wer-
den. „Empfehlungen durch den GBA“ (§ 137 (1d) SGB V) sind hierfür nicht ausreichend.
2. Im neuen PsychEntgG sollte der Widerspruch ausgeräumt werden, dass Krankenhausbehandlung als
Behandlung zuhause in der Familie zwar als Leistung im OPS 9-65, 9-66 vorgesehen ist und „als Be-
handlung im und im Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten“ erwähnt wird, jedoch bisher vollstatio-
näre Behandlung daran gebunden ist, dass ein Kind um Mitternacht im Krankenhausbett liegt (§ 39 SGB
V). Für die Einführung der Möglichkeit, Kinder und Jugendliche mit der Intensität der stationären Leis-

tungen zuhause zu behandeln, spricht wissenschaftliche Evidenz bezüglich gleicher Erfolge und größerer Nachhaltigkeit, und es wäre kind- familien- und behindertengerecht. (Ausführlich in der Anlage: das Papier wird neben unseren beiden Fachgesellschaften Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Deutscher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie auch von der der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/innen der Pflege- und Erziehungsdienste kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen explizit unterstützt). Erforderlich hierzu ist eine Veränderung des § 39 SGB V.

3. Modellprojekte für sektorübergreifende Versorgung für Kinder und Jugendliche sind sehr wünschenswert und bieten sich wegen der stark heterogenen Versorgungssituation (um den Faktor 8 schwankende Bettenmessen für <18J in den Ländern) als ideal an. Ein flächendeckendes Angebot in den 3mal größeren Versorgungsgebieten für Kinder und Jugendliche gegenüber Erwachsenen ist nur unter Einbezug des Vertragsarztsystems realisierbar. Daher begrüßen wir diese Möglichkeit im § 65. Da Modellprojekte in kleinen Einrichtungen nur für alle Versicherten umsetzbar und evaluierbar sind, sollte für die Partner der Vereinbarung n. § 18 (2) KHG ein Kontrahierungsgebot bestehen. Eigene Modellprojekte für Kinder und Jugendliche benötigen aus unserer Sicht politische Unterstützung. Um auf eine repräsentative Abbildung der Versorgungsheterogenität zu kommen, sollte je ein Modell pro Bundesland für Kinder und Jugendliche ausgelegt sein und die Begleitforschung spezifisch und vergleichend ausgestaltet werden.
4. „Zu- oder Abschläge bei Über- oder Unterschreitung erkrankungstypischer Behandlungszeiten“ (§ 9 (1)1. BpflV-Änd) sind für psychisch kranke Kinder und Jugendliche keine validen Kriterien. Behandlungszeiten sind sicher nicht an Diagnosen, sondern möglicherweise an andere Faktoren gebunden, etwa den Störungsschweregrad und die Auswirkung auf verschiedene Lebensbereiche, oder psychosoziale Umgebungsfaktoren und den entsprechenden Interventionsbedarf. Im Rahmen der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Jahren etablierten multiaxialen Diagnostik wird regelmäßig das sog. Globale Funktionsniveau erfasst, welches das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung beschreibt und sich auch international als guter Prädiktor für Maßnahmeintensität etc. bewährt hat. Zudem dient die Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung der inhaltlichen Verständigung bei der Hilfeplanung mit subsidiären sozialrechtlichen Systemen wie der Jugendhilfe SGB VIII bei der Planung von Hilfen für Kinder und Jugendliche, denen eine seelische Behinderung droht. Diese essentiellen Faktoren werden im jetzigen OPS-System nicht einmal erfasst. § 9 (1)1. BpflV-Änd sollte gestrichen werden.
5. Ein Schweregradinstrumentarium, wie etwa diese gut eingeführte Achse VI im Multiaxialen Klassifikationssystem für Kinder, wäre z.B. besser als Leistungszählung im 25-min-Takt wie im jetzigen OPS-System. Diese und andere Fragen der „kostentrennenden Patientenmerkmale“ sind im OPS-System noch nicht gelöst. Eine, selbst optionale, Einführung des Entgeltsystems schon im Jahr 2013 ist daher empirisch nicht hinreichend abgesichert und wirkt je nach Betrachtungsweise wagemutig bzw. trotzig beharrlich trotz Wegfall der ursprünglichen Vorbedingungen - in der Sache ist sie verfrüht.
6. Fallzahl-Steigerungen sind in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die nur 50 % der Patienten behandelt die es nötig hätten (s. KIGGS-Survey), erwiesenermaßen epidemiologisch erforderlich. Daher dürfen Fallzahlsteigerungen auch nicht indirekt, auch nicht durch Senken des Landesbasisentgeltwertes, sanktioniert werden (§ 10 (2) BpflV-Änd). Hier liegt auch ein Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers im KHRG vom 17.3.2009, in dem Fallzahlsteigerungen verhandlungs- und schiedsstellenfähig gemacht worden sind. Der Passus sollte daher gestrichen werden

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Renate Schepker
Vorsitzende der BAG KJPP



Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Vizepräsident der DGKJP

Anlage zur Stellungnahme der BAG KJPP zum PsychEntgGE, Anhörung Gesundheitsausschuss am 23.4.2012

Stationäre Behandlung „mit der Familie zuhause“

Intensive, aufsuchende Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Familie soll im Rahmen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems Anerkennung als Form der Krankenhausbehandlung erhalten

Jörg M. Fegert und Renate Schepker

1. Empirische Basis

Seit vielen Jahren ist Krankenhaus-Behandlung im häuslichen Umfeld als effiziente Form kinder- und Jugendpsychiatrischer Behandlung für verschiedene Indikationen auch in Deutschland, zum Teil in großen Modellversuchen, empirisch überprüft worden, vom ersten Pilotprojekt in den 70er Jahren (vgl. Heil M, Kunze-Turmann M, Fegert JM, Meitinger H 1978) und störungsspezifischen Anwendungen (Göpel et al. 1996), über Überprüfung der Effizienz von „Hometreatment“ versus stationärer Aufnahme (Mattejat F, Hirt BR, Wilkin J, Schmidt MH, Remschmidt H, 2001; Schmidt, MH.; Lay, B.; Göpel, C.; Naab, S.; Blanz, B. 2006) bis hin zu einem aktuellen Versorgungsforschungsprojekt in Baden-Württemberg (Dr. Isabel Böge, Projekt Behandelt zu Hause Gesund Werden, ZfP Südwürttemberg), welches einen neu entwickelten (aufbauend auf Erfahrungen im Erwachsenenbereich in USA und England; Ahrens C, Frey J, Knoedler WH, Senn-Burke SC, 2007, McCrone P, Killaspy H, Bebbington P, 2009) kinder- und jugendpsychiatrischen Ansatz aus England (SDS, Supported discharge service) parallelisiert im deutschen Kontext umsetzt und dabei auf Machbarkeit, Effizienz und ökonomische Konsequenzen überprüft.

Eine breite Evidenzbasierung können die multisystemischen Projekte aus den USA, auch für akute jugendpsychiatrische Störungsbilder aufweisen (Ronan et al 2004, Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., et al, 2003, Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., et al, 1999). Diese zeigten sich ökonomisch verglichen mit der vollstationären Behandlung inklusive nachfolgender Jugendhilfemaßnahmen als gleich teuer, d.h. ausschließlich auf den Bereich des SGB V bezogen erwies sich für die US-Projekte ein Einspareffekt (Sheidow et al. 2004). Eine Übertragbarkeit dieses Ansatzes in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Schweiz wurde von Rhiner et al (Rhiner B, Graf T, Dammann G, et al., 2011) nachgewiesen. Bereits eine deutlich niedriger angesetzte Intervention mit aufsuchender ärztlicher Sprechstunde und Teamberatung in Institutionen der Jugendhilfe (Ulmer Heimkinderinterventionsstudie, gefördert von BMBF und Krankenkassen) konnte zeigen, dass durch aufsuchende Arztbesuche die Zahl der notwendigen stationären Behandlungstage im Vergleich zur Kontrollgruppe auf die Hälfte reduziert werden kann (vgl. Besier, Fegert JM & Goldbeck L 2009).

2. Konformität mit der UN-Kinderrechtskonvention und der Behindertenrechtskonvention

Intensive psychiatrische Behandlungsansätze im natürlichen Milieu von Kindern und Jugendlichen, z.B. in Familie, Heim, Pflegefamilie, spezifischen Beschulungseinrichtungen, helfen **Trennungen zu vermeiden, Bindungen aufrecht zu erhalten, Beziehungsabbrüche zu verhindern, Familienkompetenzen zu entwickeln und Inklusion zu fördern**. Behandlung im natürlichen Umfeld ist die ideale Form der inklusiven Behandlung und kann viele Akzeptanzprobleme intensiver psychiatrischer Hilfe bei der Inanspruchnahme durch Familien reduzieren, es verringert Abbruchquoten von Behandlungen nachweislich (Huey et al 2000, Ronan et al 2004). Somit entsprechen diese Ansätze sowohl der UN Kinderrechtskonvention wie auch den Forderungen der UN Behindertenrechtskonvention am besten.

3. Dringlichkeit der sozialrechtlichen Umsetzung

Der KIGGS-Survey des Robert-Koch-Instituts hat auch in seinen neuen Datenerhebungen einen steigenden Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen nachgewiesen. Diesem muss trotz der bekannten demographischen Entwicklung mit rückgängigen Kinderzahlen Rechnung getragen werden. Die durchschnittliche Bettenauslastung im Fachgebiet KJP ist mit

92 % (2010) außerordentlich hoch. Es ist sowohl aus inhaltlichen Gründen (siehe 1. und 2.) als auch aus ökonomischen Gründen jedoch nicht sinnvoll, den wachsenden Bedarf an intensiven Kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen allein durch den Ausbau von Bettenkapazitäten im Krankenhaus zu decken. Vielmehr wäre es empfehlenswert, den Ansatz der Behandlung im häuslichen Milieu nunmehr breit zu nutzen. Das ist nur möglich, wenn eine alle anderen Kriterien (z.B. in Hinsicht auf Multiprofessionalität, Behandlungsplanung) der Krankenhausbehandlung erfüllende Behandlungsleistung nicht an das um Mitternacht belegte Krankenhausbett gekoppelt werden. Die neuen OPS-Codes für Kinder und Jugendliche (9-65 und 9-66) benennen die „Behandlung mit Bezug **auf das und im Lebensumfeld** des Patienten“ und beschreiben als Leistung der Pflege- und Erziehungsdienste u.a. „Übende Verfahren und prospektive Hilfskoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld, inklusive Behandlung als hometreatment“ für die voll- und teilstationäre Behandlung. Derzeit ist diese Form der Behandlung durch das Krankenhaus nur dann abrechenbar, wenn es sich um eine stundenweise aufsuchende Verlagerung des Behandlungsortes ins häusliche Milieu handelt, aber die Merkmale von „Unterbringung und Verpflegung“ des § 39 SGB V für die Patienten weiterhin aufrechterhalten sind. Dabei wird zudem die nötige Intensität einer aufsuchenden Behandlung für deren Effizienz nicht abgebildet.

Das sozialrechtliche Merkmal des „stets rufbereiten Arztes“ ist in allen Modellen über eine mobile Erreichbarkeit des zuständigen -Krankenhaus-Mitarbeiters und über die ärztlichen Bereitschaftsdienstregelungen der behandelnden Kliniken gegeben.

Deshalb sollte im Kontext mit der Entgeltreform der **§ 39 SGB V dahingehend abgeändert werden, dass eine mit den Mitteln der vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführte Behandlung im natürlichen Milieu für die Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Form der Krankenhausbehandlung vorgesehen wird.**

4. Wirtschaftlichkeit

Stationäre Behandlungen mit der Familie zuhause sind ökonomisch. Teile des institutionellen „Hotelfaktors“ entfallen und stehen Mehrkosten durch die Mobilität der aufsuchenden Teams entgegen. Bauliche Investitionen könnten fast völlig vermieden werden. Tagesgleiche Pflegesätze für diese Form der intensiven Behandlung würden voraussichtlich höher als tagesklinische Sätze, aber niedriger als vollstationäre Sätze ausfallen. Integrative Verzahnung von regelhaft vorgehaltenen Krankenhausstrukturen mit zusätzlich angebotenen Behandlungsangeboten zu Hause sind realisierbar. Verweildauern können reduziert werden, so kann z.B. eine stationären Krisenintervention sehr kurz bleiben wenn sie mit einem nachgehenden und aufsuchenden therapeutischen Angebot kombiniert wird, was zu längeren, relativ teuren stationären Aufenthalten eine ökonomische Alternative darstellt.

Wegen der Intensität und des vergleichbaren Leistungsspektrums wie bei der stationären Behandlung mit einem multiprofessionellen Team, mehrfach wöchentlichen Kontakten, intensiver, wöchentlicher ärztlicher oder psychologischer Therapie und jederzeitiger Erreichbarkeit eines Diensthabenden stellt die Einführung von stationären Behandlungen mit der Familie zuhause in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine nachhaltige Form der Krankenhausbehandlung dar. Sie kann aufgrund der geringeren Kosten länger durchgeführt werden als eine vergleichbare vollstationäre Behandlung, etwa über 3 Monate. Eine rechtzeitige Überleitung und wenn möglich Einbezug der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und – psychotherapeuten, spätestens für die erforderlichen Schritte zur Sicherung der Weiterbehandlung, ergeben sich organisch aus der Wohnortnähe der Intervention.

In einem zweiten Schritt sollten in den im PsychEntGE vorgesehenen Modellprojekten nach § 64 b SGB V sektorübergreifende Lösungen in der Erbringung der Behandlungsleistungen gefunden werden. Doppelstrukturen zu sozialpsychiatrischen Praxen sind weder sinnvoll noch erforderlich, und sektorübergreifend könnten stationäre Behandlungen mit der Familie zuhause sowohl von Klinikmitarbeitern als auch Mitarbeitern einer SPV-Praxis erbracht werden und dann nahtlos in eine sozialpsychiatrische Weiterbehandlung münden. Diese Lösung hät-

te den sinnvollen Nebeneffekt der besseren Erreichbarkeit von Klinikangeboten für Familien in den eher großen Versorgungsgebieten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Fazit

In den bisherigen Auseinandersetzungen um das PsychEntgG droht das innovative Element, welches mit der Reform intendiert war, in den Hintergrund zu rücken. Einzelverträge mit Krankenkassen und Regionalversorgungsmodelle (nur ein einziges deutschlandweit) sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bislang kaum zustande gekommen. Modelle, wie sie nach § 64b SGB V im Gesetzentwurf vorgesehen sind, sind unbedingt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gesondert zu unterstützen, können aber wohl nicht flächendeckend und nicht mit hinreichendem Innovationsimpuls umgesetzt werden. Der Einführung des bereits in den OPS -Codes für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehenen „Hometreatments“ ganztägig außerhalb der Krankenhausmauern, mit ihren familienfreundlichen, innerfamiliären ressourcenfördernden, beziehungswahrenden und inklusionsfördernden Charakteristika steht der § 39 SGB V entgegen. **Aus diesem Grund ist es geboten, jetzt, im Rahmen des Reformprozesses, im SGB V die Voraussetzung für eine psychiatrische Behandlung im natürlichen Milieu als Krankenhausleistung zu ermöglichen. Im Vergleich zu einem zu erwartenden Kostenanstieg auf Grund des sonst notwendigen Ausbaus der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und Inanspruchnahme wäre eine solche Einführung zumindest kostenneutral, wahrscheinlich aber auf längere Sicht kostensparend.**

Literatur

Besier T, Fegert JM, Goldbeck L. Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes. *European Psychiatry*, vol. 24, pp. 483-489, 2009

Göpel C, Schmidt MH, Blanz B, Rettig B. Behandlung hyperkinetischer Kinder im häuslichen Milieu. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 24, 145 – 163, 1996

Heil M, Kunze-Turmann M, Fegert JM, Meitinger H, Behandlung im natürlichen Milieu Home Treatment. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, vol. 6, no. 2, pp. 163-176, 1978

Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J. & Prickel, S. G. Curtis, N. M.. Mechanisms of change in Multisystemic Therapy : Reducing delinquent behaviour through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 451-467, 2000

Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., *et al*, One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 543-551, 2003

Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., *et al*, Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339, 1999

McCrone P, Killaspy H, Bebbington P, et al., , The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London, *Psychiatr Serv (United States)*, Jul 2009, 60(7) p908-13, 2009

Ronan KR, Borduin CM. Multisystemic Treatment : A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 411-419, 2004

Rhiner B, Graf T, Dammann G, et al., , Multisystemic Therapy (MST) for adolescents with severe conduct disorders in German-speaking Switzerland - implementation and first results], *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother (Switzerland)*, Jan 2011, 39(1) p33-9, 2011

Schmidt MH, Lay B, Göpel C, Naab, S, Blanz B, Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders., *European child & adolescent psychiatry* ;15(5):265-76, 2006

Sheidow AJ, Bradford WD, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C, Schoenwald SK, Ward DM. Treatment costs for youths receiving Multisystemic Therapy or hospitalisation after a psychiatric crisis. *Psychiatric Services*, 55, 548-554, 2004