

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP)

Forderungen zur notwendigen Weiterentwicklung

Berlin / Mainz / Schleswig, 13. März 2025

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. – DGKJP
Reinhardtstraße 27B | 10117 Berlin
Registernummer VR 27791 B (Amtsgericht Berlin-Charlottenburg)
Vertretungsberechtigter Vorstand: Prof. Dr. Michael Kölch (Präsident), Prof. Dr. Marcel Romanos (Stellvertreter),
Prof. Dr. Tobias Renner (Stellvertreter)

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. – BKJPP
Umbach 4 | 55116 Mainz
Registernummer VR 5727 (Amtsgericht Düsseldorf)
Vertretungsberechtigter Vorstand: Dr. Gundolf Berg (Vorsitzender), Dr. Annegret Brauer (Stellvertreterin),
Dr. Arnfried Heine (Stellvertreter), Dr. Jörg Lüthy (Schatzmeister)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e. V. – BAG KJPP
Helios Klinikum Schleswig – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Hesterberg | Friedrich-
Ebert-Str. 5a | 24837 Schleswig
Registernummer VR 3546 FL (Amtsgericht Flensburg)
Vertretungsberechtigter Vorstand: Dr. Marianne Klein (Vorsitzende), Dr. Martin Jung (Stellvertreter)

Das Wichtigste auf einen Blick

Mentale Gesundheit ist das zentrale Kinder- und Jugendgesundheitsthema in Deutschland: Ein Fünftel aller jungen Menschen zeigt Belastungen. Hier besteht Reformstau. Angesichts des Fachkräftemangels und knapper finanzieller Ressourcen geht es nicht um ein einfaches „Mehr“ in der Versorgung, sondern um verbesserte Kooperation zwischen den Systemen und Sektoren, damit ein „Besser“ in der Zukunft entsteht.

Der Bedarf an KJPP steigt weiter – nötig sind Reformen in der Versorgung

- **Ambulante psychiatrische Versorgung als Teil der Grundversorgung stärken**
In der ambulanten fachärztlichen Versorgung gibt es mit der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Kinder und Jugendliche bereits ein probates Versorgungskonzept. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) gemäß § 118 SGB V stellen ebenfalls die Grundversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sicher. Beides muss weiterentwickelt werden, wobei regionale Ungleichheiten zu überwinden sind.
- **Globalbudgets endlich umsetzen**
Bundeseinheitliche Regelungen zu Globalbudgets im Bereich der KJPP mit Kontrahierungszwang bei den Kostenträgern sind dringend notwendig: §64b SGB V greift für die KJPP bisher nicht.
- **Rahmenbedingungen für flexibleren Personaleinsatz anpassen**
Prüfungen und Absprachen zu haus-spezifischen Lösungen im Qualitätsdialog mit den Kostenträgern müssen zu kleinteilige Vorgaben der PPP-RL ersetzen.
- **Behandlung weiterdenken – Leistungsrecht anpassen**
Erfolgreiche KJPP gelingt nur gemeinsam mit anderen Systemen – auch über den SGB V-Bereich hinaus (z.B. SGB VIII). Netzwerkarbeit und Kooperation muss daher vergütet werden. Bedarfe und Angebote müssen systemübergreifend geplant werden.

Prävention muss die Gefährdeten erreichen

- **Prävention in die Lebenswelten der Kinder bringen**
Psychische Erkrankungen können maximale Auswirkungen auf die Teilhabe im späteren Leben haben. Frühe und evidenzbasierte Prävention kann viel Leid und Kosten verhindern. Da Kindheit und Jugend zunehmend in institutionalisierten Räumen wie Kitas und (Ganztags-)Schulen stattfinden, muss Prävention vorrangig hier angesiedelt werden.
- **Suchtgefährdete Kinder und Jugendliche systematisch unterstützen**
Plätze für Entzugsbehandlungen müssen erheblich ausgebaut und der Zugang zu Suchtmitteln für Kinder und Jugendliche weitestmöglich erschwert werden.
(Detaillierte Forderungen s. gemeinsames Papier von DGKJP, BAG-KJPP und BKJPP)
- **Monitoring zur Kindergesundheit wieder aufnehmen**
Basisdaten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen müssen deutschlandweit kontinuierlich erhoben werden, um Bedarfe aufzuzeigen und Maßnahmen anzupassen.

Inklusive Kinder- und Jugendhilfe als Eingliederungshilfeträger für alle

Das Inklusive Kinder- und Jugendhilfegesetz (IKJHG) muss schnellstmöglich auf den Weg gebracht werden.

KJPP in den BMBF-Förderlinien ausreichend berücksichtigen

Zur evidenzbasierten Weiterentwicklung von Prävention und Schutzkonzepten sowie Begleitung Betroffener ist Forschung unabdingbar.

KJPP als Pflichtfach in der Approbationsordnung

Als wachsendes Fach hat die KJPP die höchste Notwendigkeit, junge Ärzt:innen für die Weiterbildung zu gewinnen, und muss Bestandteil der Pflichtlehre sein.

Im Einzelnen

Forderungen zur notwendigen Weiterentwicklung der KJPP

Die mentale Gesundheit ist das zentrale Kinder- und Jugendgesundheitsthema in Deutschland. Seit der Covid-Pandemie sind die Zahlen für psychisch belastete Kinder und Jugendliche erschreckend hoch. Ein Fünftel aller jungen Menschen zeigt Belastungen. Auch wenn der weit überwiegende Teil der Patient:innen in ambulanter Behandlung ist, gehören psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten Gründen stationärer Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen. Für die Gesundheitsversorgung im somatischen Bereich für Kinder und Jugendliche wurden in der letzten Legislatur wichtige Verbesserungen erreicht; nun muss auch die kinder- und jugendpsychiatrische und – psychotherapeutische Versorgung wesentlich mehr im Zentrum stehen – verbunden mit der Verbesserung der Prävention und frühen Interventionen.

Die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf kein Markt sein: Konkurrenz von Kassen bei Versorgungsmodellen und in der Prävention funktioniert bei Kindern nicht: Bisherige Möglichkeiten über Modellvorhaben (§ 64b SGB V) haben keinen nennenswerten Effekt im Bereich der KJPP. Es bedarf des Kontrahierungszwangs bzw. kollektivvertraglicher Regelungen, bei Versorgungsmodellen wie auch in der Prävention, damit es eine systematische Verbesserung sowohl im Bereich der Prävention als auch der Versorgung gibt.

1. Der Bedarf an KJPP steigt weiter – nötig sind Reformen in der Versorgung

Die auf die somatischen Fachgebiete ausgerichtete Krankenhausreform droht dazu zu führen, dass der Weiterentwicklungsbedarf im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung aus dem Blick gerät. Dringend notwendige Schritte zur Weiterentwicklung im KJPP-Bereich stehen nach wie vor aus. Die Verbesserung und innovative Weiterentwicklung der Versorgung darf nicht erst erfolgen, wenn für Erwachsene Veränderungen erfolgt sein werden. Die Spezifika in der Versorgungssituation von jungen Menschen müssen gesondert und eigenständig berücksichtigt werden. Die bestehenden Strukturen und die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen unterscheiden sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor sehr von denen Erwachsener.

- **Ambulante psychiatrische Versorgung als Teil der Grundversorgung stärken**

Zwei ambulante Bereiche müssen gestärkt werden:

Die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen hat einen immens hohen Stellenwert. Es gibt mit der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Kinder und Jugendliche bereits ein probates Versorgungskonzept in der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Die dahinterstehende Grundidee ist bei der Weiterentwicklung der Versorgung insgesamt von zentraler Bedeutung. Sie muss und kann in den bestehenden Strukturen sektorübergreifend weiterentwickelt werden.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) gemäß § 118 SGB V stellen neben dem stationären Bereich der Krankenhäuser und nach dem großen Bereich der vertragsärztlichen Versorgungsebene auch die Grundversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sicher. Sie müssen im Sinne dieser Aufgabenstellung weiterentwickelt werden.

Die hohe Bedeutung der PIA wird durch die im SGB V herausgehobene Stellung gegenüber den Ambulanzen im somatischen Bereich sehr deutlich adressiert. Durch die Planungen zur Einführung pädiatrischer Institutsambulanzen nach § 118b SGB V wurde diese Besonderheit in der Versorgung jüngst auch in der somatischen Pädiatrie noch einmal bestätigt.

Die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben sich in den letzten Jahren sehr stark ausdifferenziert und wandeln sich weiter, wobei es deutschlandweit große regionale Unterschiede gibt. Das gilt sowohl für die Art und Anzahl der Angebote als auch für die je nach Bundesland unterschiedlichen Vergütungssysteme im PIA-Bereich. Eine Modifikation des § 120 (3) SGB V könnte dieses Problem lösen und insgesamt zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Auch und gerade um stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden, ist eine Weiterentwicklung und Stärkung der PIA unabdingbar. Behandlungskonzepte müssen die Patient:innen in den Mittelpunkt stellen und nicht primär von finanziellen Überlegungen ausgehen; Fehlanreize müssen vermieden werden. Insofern muss auch der bisherige Grundsatz der Finanzierung von Betten durch die Länder hin zu einem „weg vom Bett“ reformiert werden.

- **Bettenmessziffer weiterentwickeln – Globalbudgets mithilfe von Bundesrichtlinien verstetigen**

Ambulante und vernetzte Versorgungsformen müssen vorrangig ausgebaut und gefördert werden, auch um innovative Behandlungskonzepte endlich zu den Patient:innen zu bringen. Das kann an anderer Stelle zu weniger Aufwuchs oder sogar Bettenabbau führen, wobei regionale Unterschiede zu beachten sind.

Stationäre Behandlung in der KJPP ist inzwischen häufig eine Notfallbehandlung. Sie dient maßgeblich der Vorbereitung auf eine ambulante Weiterbehandlung. Diese erfolgt möglichst wohnortnah unter Einbeziehung von Familie und Umfeld. Es gilt, die Versorgungsketten flexibler auszugestalten unter Einbezug auch des ambulanten Sektors. Die heterogene Versorgung mit stationären Kapazitäten in Deutschland zeigt den Weiterentwicklungsbedarf an: Angesichts des Fachkräftemangels und der finanziellen Situation (GKV, Länder) ist ein flächendeckender Aufbau weiterer stationärer Kapazitäten unrealistisch. Deshalb braucht es eine neue Bedarfsberechnung, die neben regionalen Faktoren und Versorgungsdichte auch soziale Faktoren einbezieht. Davon abgeleitet müssen regionale Versorgungsmodelle etabliert werden. Wegweisend sind hier Modellprojekte nach § 64b SGB V, wo Globalbudgets auch für sektorübergreifende Versorgung genutzt werden können. Allerdings sind die Kliniken für KJPP für Träger meist eine kleine Größe, weshalb Modellvorhaben meist zuerst für die Erwachsenenpsychiatrie etabliert werden. Um dieser Schlechterstellung der Versorgung von Kindern und

Jugendlichen entgegenzuwirken, muss es eine bundeseinheitliche Regelung zu Globalbudgets im Bereich der KJPP geben, die auch einen Kontrahierungszwang bei den Kostenträgern enthält.

Die Vergütungsbedingungen zwischen dem Krankenhaussektor und der ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsebene sind, vor allem historisch bedingt, sehr unterschiedlich ausgestaltet. Sie sind an vielen Stellen kaum anschlussfähig und eben dies behindert die notwendige Verzahnung zwischen Kliniken und der vertragsärztlichen Versorgungsebene. Eine von allen Beteiligten gewollte Ambulantisierung wird dadurch gerade in krisenhaften Situationen massiv erschwert. Gleichzeitig ist gerade in der Krise diese Verzahnung für die Patient:innen von immenser Bedeutung.

Da aufgrund der unterschiedlichen PIA-Regelungen und des Fachkräftemangels die regionale Ausgangsbasis bisher sehr divers ist, muss die Regelung eine Entwicklungsmöglichkeit für die bedarfsgerechte Versorgung beinhalten. Auch hier gehört die weitere Ausgestaltung der PIA ins Zentrum der Überlegungen, weil die Bedarfe nur im Zusammenspiel aller Angebote gedeckt werden können.

Eine verstärkte Nutzung der Versorgungsangebote wie PIA und Stationsäquivalente Behandlung (StÄB) kann den Bedarf an stationären Kapazitäten reduzieren.

Globalbudgets, d.h. Budgets, die die gesamten Behandlungsangebote eines Klinikstandorts in den Blick nehmen, stärken innerhalb des Krankenhauses die Möglichkeiten, verstärkt ambulante Angebote machen zu können und setzen Anreize in Richtung der ambulanten Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Aktuell erscheinen die Finanzierungssysteme noch so unterschiedlich zwischen dem Kliniksektor und dem Sektor der vertragsärztlichen Versorgung, dass durch die Einführung von auf die Kliniken bezogenen Globalbudgets zwar zunächst eine weitere Zementierung der Sektorengrenze entstehen kann. Im Sinne eines nächsten Schrittes zur Überwindung der Sektorengrenzen erscheint dies jedoch wichtig, auch um auch zukünftig den nach wie vor hohen Bedarf an (teil)-stationären Behandlungsplätzen im Gesamtkonzept im darauffolgenden Schritt zu einer gemeinsamen, dann wirklich die Sektorengrenze überwindenden Übernahme der Versorgung zu entwickeln.

- **Defizite in der Grundversorgung beseitigen – Telemedizin nutzen – Kinder nicht schlechter stellen als Erwachsene**

Telemedizin reduziert Aufwände sowohl für Patient:innen als auch Behandelnde und sollte nach Möglichkeit ergänzend zu persönlichen Kontakten genutzt werden.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gegenüber der Allgemeinpsychiatrie in beiden Sektoren weitaus größeren Versorgungsgebiete. Wegezeiten für Patient:innen sind wesentlich länger, und da es sich bei den Patient:innen in aller Regel um Minderjährige handelt, sind weitere Personen in den Behandlungen unabdingbar und binden damit zusätzlich Ressourcen, die oftmals in den Familien nicht vorhanden sind. Videosprechstunden wie auch Videokonsile und -fallbesprechungen sollten weiter ausgebaut werden.

Bislang gibt es keine einzige digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für psychisch kranke Minderjährige, obwohl gerade diese in der digitalen Lebenswelt zu Hause sind und auf diese Weise gut für Therapieangebote im Alltag erreichbar wären. Das zeigt überdeutlich den Entwicklungsbedarf geeigneter und wissenschaftlich gut abgesicherter Angebote.

- **Kinderrechte und Kinderschutz bei Digitalisierungsprozessen im Gesundheitswesen mitdenken – Datenschutz und Schweigepflicht angemessen regeln**

Die Schweigepflicht gehört zu den zentralen Berufspflichten von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen und muss – gemeinsam mit dem Datenschutz – als Grundlage für eine Vertrauensbeziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen geschützt werden.

Diese Vertrauensbeziehung wiederum ist eine notwendige Voraussetzung für eine Behandlung – insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Die mit der elektronischen Patientenakte intendierten und von uns ausdrücklich begrüßten vereinfachten Zugriffsmöglichkeiten auf Behandlungsinformationen bringen für Kinder- und Jugendliche jedoch gerade wegen des vereinfachten Zugriffs auch wesentliche Schwierigkeiten mit sich. Der Interessenskonflikt zwischen Schutzrechten, die durch die Sorgeberechtigten zu sichern sind, und den Rechten, die sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ergeben und die für eine Behandlung unabdingbar sind, ist in der bislang vorliegenden Konzeption der elektronischen Patientenakte nicht ausreichend adressiert. Hier bedarf es dringender Nachbesserungen.

- **Rahmenbedingungen für flexibleren Personaleinsatz anpassen**

Prüfungen und Absprachen zu haus-spezifischen Lösungen im Qualitätsdialog mit den Kostenträgern müssen allgemeine Vorgaben ergänzen.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) legt die Personalgrenze fest, unterhalb derer eine qualitätvolle Behandlung in der KJPP nicht mehr gewährleistet ist. Leider droht sie zu einem Bürokratiemonster zu werden. Sie sollte zumindest in Teilen neu gedacht werden: Auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels braucht es flexiblere Möglichkeiten, die Vorgaben zu erfüllen, und darüber hinaus mit den Kräften vor Ort – beispielsweise über Qualitätsdialoge mit den Kostenträgern – eine richtlinien-treue multiprofessionelle Versorgung zu gestalten.

- **Behandlung weiterdenken – Leistungsrecht anpassen**

Netzwerkarbeit und Kooperation mit anderen Leistungserbringern muss vergütet werden.

Erfolgreiche KJPP muss gemeinsam mit anderen Leistungserbringern gedacht werden, darunter dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Krankenkassen, Kinder- und Jugendhilfe, KITAS und Schulen. Dadurch wird der Anschluss an die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen sichergestellt. Es geht in der Zukunft nicht um ein „Mehr von Allen und Allem“, sondern um eine zielgerichtete verbesserte Kooperation zwischen den

Systemen, die personelle wie finanzielle Ressourcen sinnvoll nutzt. Das patientenbezogene Leistungsrecht bietet bislang wenig Spielraum für Kooperationen, da diese nicht abrechenbar sind. Es ist dringend erforderlich, Behandlung weiter zu denken als nur auf die einzelne Klinik oder Praxis bezogen, weiter auch als nur bezogen auf den SGB V-Bereich. Dazu gehört, dass auch Vernetzungsarbeit Zeit kostet und abrechenbar sein muss. Die KJ-KSVPsych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche muss in der Fläche jetzt eingeführt und im Weiteren zu einer lebensfähigen, wirklich sektorenübergreifenden und möglichst auch SGB-übergreifenden Komplexrichtlinie weiterentwickelt werden, damit die Akteure in der gesamten Versorgungskette für psychisch kranke Kinder und Jugendliche gerade auch für schwerst Erkrankte kooperieren können.

2. Arzneimittelversorgung verbessern – in Anwendung und Verfügbarkeit

• Endlich Lösungen zum Problem des Off-Label-Use arzneimittelrechtlich schaffen

Die Zulassungssituation im Bereich der KJPP hat sich seit Jahrzehnten kaum geändert. Europäische oder nationale Initiativen – auch des Bundes – haben daran nichts geändert. Die meisten Arzneimittel sind off-patent. Hier könnten durch entsprechende Register sowohl die Arzneimittelsicherheit verbessert und bedingte Zulassungen ermöglicht werden¹. So könnten Sicherheitsstandards erhöht, aber auch die Rechtssicherheit für Verordnende und Sorgeberechtigte erhöht werden.

3. Prävention muss die Gefährdeten erreichen

• Prävention in die Lebenswelten der Kinder bringen

Da Kindheit und Jugend zunehmend in institutionalisierten Räumen wie Kitas und (Ganztags-)Schulen stattfinden, muss Prävention vorrangig hier angesiedelt werden, wo sie die Kinder und Jugendlichen erreicht.

Das anhaltend hohe Niveau von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist während der COVID-Pandemie weiter gestiegen. Psychische Erkrankungen können maximale Auswirkungen auf die Teilhabe im späteren Leben haben. Auf Probleme in der Schule und beim Schulabschluss folgen Schwierigkeiten in Ausbildung und Beruf und schließlich nicht selten die Abhängigkeit von Sozialleistungen. Frühe und evidenzbasierte Prävention kann viel Leid und Kosten verhindern. Steigende Zahlen der Inanspruchnahme von KJPP zeigen, dass die Prävention dringend verbessert werden muss: Dies bedeutet

¹ vgl. APK Abschlussbericht Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen – Handlungsempfehlung Nr. 6: „Arzneimitteltherapie – Sicherheit Off-Label-Use stärken“ https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Abschlussbericht_APK-Projekt_KiJu-WE_.pdf, zugegriffen 10.02.2025

neben universellen Angeboten auch zielgruppenspezifische Angebote, die evidenzbasiert sind und auch systematisch etabliert werden.

Insofern ist auch hier der Wettbewerbsgedanke, wie er prinzipiell im § 20 SGB V niedergelegt ist, bei Kindern und Jugendlichen kritisch zu sehen. Es geht nicht um einzelne Projekte, sondern um eine systematische Verankerung evidenzbasierter Präventionsangebote. Insofern ist auch zu prüfen, ob eine Modifikation des § 20g SGB V notwendig ist und auch hier ggfs. Kontrahierungsvorgaben bei Kindern und Jugendlichen sinnvoll sind.

- **Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken – alle Leistungserbringer einbeziehen**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) muss gemeinsam mit Krankenkassen, Jugendhilfe, Kitas und Schulen besonders auf die Kinder und Jugendlichen zugehen, die Risiken für psychische Erkrankungen ausgesetzt sind, und übergreifende Aktionen anbieten, die diese Kinder und Jugendlichen stärken.

Die Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wird durch verschiedene Faktoren begünstigt, darunter schlechte Ernährung, schlechte Wohnbedingungen, Bildungsferne sowie Eltern, die selbst psychisch krank sind. Während die Teilnahmequoten an den Untersuchungen U1 – U9 bis zum 6. Lebensjahr über 90 Prozent liegen, sind es laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, seit dem 13.2.2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)) bei der J1 nur noch ca. 30 – 50 Prozent. Dabei werden über die Hälfte anhaltender psychischer Erkrankungen bereits im Jugendalter sichtbar. Je früher eine Behandlung ansetzt, desto größer sind die Chancen auf Heilung.

Damit er seiner Aufgabe gerecht werden kann, müssen die Kompetenzen innerhalb des ÖGD im Bereich KJPP erweitert und ausgebaut werden. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sowohl in der KJPP als auch im ÖGD böten E-Learning Programme für bereits im ÖGD tätiges Personal eine Möglichkeit dazu. Hierzu müssten Konzepte entwickelt werden. Der Bund sollte gemeinsam mit den Ländern darauf hinwirken, dass dem ÖGD auch Vernetzung und Qualifizierung mit Expert:innen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit ermöglicht wird. Gemeinsame vernetzte Arbeit bestehender Systeme kann nur durch einen Abbau der Versäulung und verbesserte Kooperationen gelingen. Dabei geht es explizit nicht um den Aufbau von Parallelstrukturen, sondern um den Nutzen von Miteinander statt Nebeneinander, Schnittstellenarbeit und Ressourcenallokation. Auch hier gilt es, Kooperationsmöglichkeiten sowie die Vernetzung des bereits Bestehenden zu fokussieren und massiv zu stärken, um diese machbare, verbesserte Ressourcenallokation zu erreichen.

- **Suchtgefährdete Kinder und Jugendliche systematisch unterstützen**

Um Entzugsbehandlungen und die medizinische Suchtrehabilitation von Kindern und Jugendlichen bundesweit wohnortnah sicherstellen zu können, braucht es angesichts steigender Bedarfe eine aktuelle Bedarfsplanung und einen erheblichen Ausbau der Plätze. Parallel dazu muss die Prävention im Zusammenhang mit suchtfördernden Risikofaktoren systematisch vorgebracht werden.

Der Zugang zu Suchtmitteln sollte für Kinder und Jugendliche weitestmöglich erschwert werden. Das gilt für Cannabis und illegale Substanzen ebenso wie für (E-)Zigaretten, Alkohol und neue psychoaktive Substanzen. In diesem Sinne muss auch die zukünftige Gesetzgebung zu Cannabis sämtliche Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention stärken. Im Rahmen des Jugendmedienschutzes ist eine wirksame Altersüberprüfung erforderlich. Für die Therapie medienbezogener Störungen müssen ambulante wie stationäre Behandlungsangebote ausgebaut und die Kosten von den Leistungsträgern verbindlich übernommen werden. Um Prävention evidenzbasiert weiterentwickeln und umsetzen zu können, muss eine wissenschaftlich fundierte, interdisziplinäre Strategie im Bereich Jugendschutz und Sucht aufgebaut werden.

Zu detaillierten Forderungen zur Unterstützung suchtgefährdeter und -kranker Kinder und Jugendlicher siehe Forderungspapier der gemeinsamen Suchtkommission von DGKJP, BAG-KJPP und BKJPP.

- **Monitoring zur Kindergesundheit wieder aufnehmen**

Basisdaten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland müssen kontinuierlich erhoben werden, um Bedarfe aufzuzeigen und Maßnahmen anzupassen.

Nachdem mit KiGGS die einzige umfassende Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2018 ausgelaufen ist, fehlen aktuelle Daten zu Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren sowie der gesundheitlichen Versorgung der heute hier lebenden Kinder und Jugendlichen. Gleichzeitig nehmen Segregation und regionale Ungleichheit weiter zu. Gesundheitsfördernde Angebote für Kinder und Jugendliche müssen deutschlandweit in gleichwertiger Qualität verfügbar sein. Dafür braucht es eine Planungsgrundlage. Am 13.02.2025 wurde die BZgA in „Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)“ umbenannt und eine Kooperationsvereinbarung mit dem RKI zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit geschlossen. Unbedingt erforderlich bleibt die Wiederaufnahme einer repräsentativen Datenerhebung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Grundlage weiterer politischer Maßnahmen.

4. Inklusive Kinder- und Jugendhilfe als Eingliederungshilfeträger für alle jungen Menschen

Das Inklusive Kinder- und Jugendhilfegesetz (IKJHG) muss schnellstmöglich auf den Weg gebracht werden. Die KJPP-Verbände haben sich intensiv in den Weiterentwicklungsprozess eingebracht. Gerade die Problematik der mehrfachbehinderten Kinder und Jugendlichen muss gelöst und unnötige „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Systemen beendet werden.

Die KJPP kooperiert in vielen Bereichen mit der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und ist auf ein funktionierende KJH-System angewiesen. In Anbetracht der Probleme der KJH (Fachkräftemangel, Finanzierung etc.) muss der Bund Anstöße geben, damit §§ 79 – 80 SGB VIII eine neue, verbindlichere Bedeutung auf kommunaler und Landesebene erhalten. Nur so ist zu verhindern, dass Kliniken für KJPP zum Ausfallbürgen für eine nicht funktionierende KJH bis hinein in den Kinderschutz werden, oder dass mehrfachbehinderte Kinder psychiatrisch systematisch unterversorgt bleiben, obwohl sie eine Hochrisikogruppe darstellen.

5. Psychische Störungen als Schwerpunktthema in Forschung und Ausbildung setzen

• DZPG und DZKJ dauerhaft institutionalisieren

Forschung im Bereich der KJPP muss strukturell und nicht nur projektbezogen gefördert werden.

Die Einrichtung des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) im Jahr 2023 und des Deutschen Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ) im Jahr 2024 sind zu begrüßen. Forschung im Bereich KJPP und Public Health muss in beiden Zentren konsequent im Blick behalten werden. Für eine konstante Fortentwicklung der Forschung zu innovativen Versorgungsformen ist die Verstetigung der Institute unerlässlich.

• KJPP in den BMBF-Förderlinien ausreichend berücksichtigen

Die Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland muss sich als Ziel des BMBF in den Förderlinien abbilden.

Die essentielle Bedeutung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss sich auch in den von der Bundesregierung geförderten Forschungsvorhaben widerspiegeln. Aktuelle Themen sind beispielsweise Evidenzbasierung von E-Health Angeboten, die Entwicklung von DiGAs auch für den Bereich Kinder und Jugendliche sowie zielgruppenspezifische evidenzbasierte Evaluation zur Weiterentwicklung von Prävention. Das Themenfeld der sexuellen Gewalt zeigt exemplarisch die Notwendigkeit interdisziplinärer Forschung im analogen wie im digitalen Raum, zu partizipatorischer Forschung mit Betroffenen und Angehörigen sowie zum Zusammenhang von Recht und Verhalten an der Schnittstelle von Gesundheits-, Sozial- und Rechtswissenschaften. Immer geht es darum, einerseits Präventionskonzepte und andererseits Schutz und Begleitung Betroffener evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Umgekehrt ist es ohne solche Forschung kaum möglich, den Schutz von Kindern und Jugendlichen effektiv voranzutreiben.

• Für die KJPP als Pflichtfach in der Approbationsordnung werben

KJPP muss als Pflichtfach in die Approbationsordnung aufgenommen werden.

Die KJPP ist ein wachsendes Fach mit der höchsten Notwendigkeit, junge Ärzt:innen für die Weiterbildung zu gewinnen. Daher der Appell an das BMG, in seinen Gesprächen mit Ländern und Fakultäten auf die Bedeutung der KJPP im Rahmen der Lehre hinzuweisen, und darauf hinzuwirken, erneut über die Reform der Approbationsordnung nachzudenken.

6. Kinderrechte ins Grundgesetz aufnehmen

- **Alle Gesetzes- und Forschungsvorhaben systematisch auf ihre Auswirkungen auf Kinder überprüfen**

Die Bedürfnisse von Kindern müssen ressortübergreifend mitgedacht werden.

Es muss sichergestellt sein, dass die Rechte von Kindern systematisch bei gesetzlichen Regelungen beachtet werden. Das gilt sowohl für Gesetze und Verordnungen als auch für die Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung von Forschungsvorhaben. Darauf gründet die bereits seit Jahren anhaltende Forderung nach einer entsprechenden Regelung im Grundgesetz und einer entsprechenden Allokation einer Stelle zur Begleitung von Gesetzesvorhaben im Bundeskanzleramt

Berlin / Mainz / Schleswig, 13. März 2025

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. – DGKJP
Reinhardtstraße 27B | 10117 Berlin
Registernummer VR 27791 B (Amtsgericht Berlin-Charlottenburg)
Vertretungsberechtigter Vorstand: Prof. Dr. Michael Kölch (Präsident), Prof. Dr. Marcel Romanos (Stellvertreter),
Prof. Dr. Tobias Renner (Stellvertreter)

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. – BKJPP
Umbach 4 | 55116 Mainz
Registernummer VR 5727 (Amtsgericht Düsseldorf)
Vertretungsberechtigter Vorstand: Dr. Gundolf Berg (Vorsitzender), Dr. Annegret Brauer (Stellvertreterin),
Dr. Arnfried Heine (Stellvertreter), Dr. Jörg Lüthy (Schatzmeister)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e. V. – BAG KJPP
Helios Klinikum Schleswig – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Hesterberg | Friedrich-
Ebert-Str. 5a | 24837 Schleswig
Registernummer VR 3546 FL (Amtsgericht Flensburg)
Vertretungsberechtigter Vorstand: Dr. Marianne Klein (Vorsitzende), Dr. Martin Jung (Stellvertreter)

Kommission Sucht

Forderungen für die 21. Legislaturperiode

1. Stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) von Kindern und Jugendlichen

- **Forderung:** Wir fordern eine bundesweite Bedarfsplanung für regional erreichbare stationäre Angebote zur qualifizierten Entzugsbehandlung (QE) für Kinder und Jugendliche.
- **Begründung:** Die Beplanung der stationären Behandlungsangebote für qualifizierte Entzugsbehandlungen (QE) ist bundesweit nicht an den regionalen Versorgungsbedarf ausgerichtet. Dies führt dazu, dass in vielen Regionen keine wohnortnahen stationären Entzugsangebote für Kinder und Jugendliche existieren. Eine regionale Beplanung und der Ausbau solcher Angebote sind daher dringend erforderlich, um die Versorgungslücke zu schließen.

2. Aufbau und Finanzierung der medizinischen Suchtrehabilitation für Kinder und Jugendliche

- **Forderung:** Wir fordern den Aufbau und die Gegenfinanzierung bundesweiter Behandlungsplätze in der medizinischen Suchtrehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen.
- **Begründung:** Es besteht in Deutschland eine eklatante Versorgungslücke bei der medizinischen Suchtrehabilitation für Kinder und Jugendliche. Die Zahl der bestehenden stationären Rehabilitationsplätze ist nicht ausreichend, um den steigenden Bedarf zu decken. Eine nachhaltige Gegenfinanzierung dieser Behandlungsplätze durch die Sozialversicherungsträger ist notwendig, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

3. Korrektur des Cannabisgesetzes (CanG)

- **Forderung:** Wir fordern die Korrektur des Cannabisgesetzes (CanG) und Stärkung sämtlicher Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention.
- **Begründung:** Das neue CanG gefährdet die Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche. Studien zeigen, dass die Einschränkung der Verfügbarkeit die effektivste Maßnahme zur Prävention von Cannabiskonsum bei Jugendlichen ist. Mit dem CanG wird die Verfügbarkeit erweitert. Daher fordern wir eine Korrektur des CanG, um den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu stärken und die Krankheitslast durch Cannabis-bezogene Gesundheitsschäden zu senken.

4. Umfassendes Werbeverbot für Zigaretten, nikotinhaltige Produkte und E-Zigaretten

- **Forderung:** Wir fordern ein umfassendes Werbeverbot für Zigaretten, nikotinhaltige Produkte (z. B. Einmal-E-Zigaretten, Vapes) und verwandte Produkte.

- **Begründung:** Kinder und Jugendliche sind besonders empfänglich für Werbung, insbesondere in sozialen Medien. Ein Werbeverbot, wie es bereits in anderen europäischen Ländern umgesetzt wurde, ist eine wirksame Maßnahme, um den Einstieg in den Konsum von Nikotinprodukten zu verhindern. Da insbesondere Einmal-E-Zigaretten und Vapes aufgrund ihrer jugendaffinen Designs und Aromen attraktiv wirken, muss die Werbeeinschränkung auf diese Produkte ausgeweitet werden.

5. Nationale Strategie zur Reduktion von Binge-Drinking bei Jugendlichen

- **Forderung:** Wir fordern eine nationale Präventionsstrategie zur Reduktion von Binge-Drinking bei Jugendlichen, basierend auf Maßnahmen der Verhältnisprävention (z. B. Beschränkung von Verkaufszeiten, Preisregulierung, Werbeverbot).
- **Begründung:** Deutschland weist europaweit die höchste Prävalenz von Binge-Drinking bei jugendlichen Schüler*innen im Alter von 15-16 Jahren auf. Der Alkoholkonsum junger Menschen hat erhebliche gesundheitliche und soziale Folgen. Die Präventionsstrategie sollte eine Kombination aus Marktregulierung, Bildung und Maßnahmen zur Verhaltensprävention umfassen. Internationale Studien belegen, dass eine Erhöhung der Alkoholpreise (z. B. durch Mindestpreise) den Konsum von Jugendlichen nachweislich reduziert. Insbesondere der Zugang zu preiswerten, hochprozentigen Alkoholprodukten sollte durch eine wirksame Preisregulierung erschwert werden.

6. Frühwarnsystem für neue Trends im Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen

- **Forderung:** Wir fordern den Aufbau eines Frühwarnsystems zur Identifikation neuer Konsumtrends bei Kindern und Jugendlichen sowie die Einführung eines bundesweiten Monitorings mit der Möglichkeit zur schnellen Intervention.
- **Begründung:** Die Konsumgewohnheiten von Jugendlichen ändern sich rasch, wie der Trend zu Lachgas und synthetischen Substanzen zeigt. Ein Frühwarnsystem, das auf Meldungen von Behandlungsfällen (z. B. erstmalige Heroin-Konsument:innen unter 18 Jahren) basiert, ermöglicht eine schnelle Reaktion durch gezielte Präventionsmaßnahmen. Dieses Frühwarnsystem sollte in bestehende Überwachungsstrukturen wie das DBDD (Deutsches Beobachtungszentrum für Drogen und Drogensucht) integriert werden.

7. Wirksamer Kinder- und Jugendmedienschutz auf digitalen Plattformen

- **Forderung:** Wir fordern den Aufbau und die Implementierung einer plattformübergreifenden, wirksamen Altersüberprüfung für Kinder- und Jugendmedienschutz.
- **Begründung:** Kinder und Jugendliche sind in digitalen Medien zunehmend Suchtrisiken ausgesetzt (z. B. exzessive Nutzung, Kaufanreize durch Lootboxen). Um diese Risiken zu minimieren, ist eine plattformübergreifende Altersüberprüfung erforderlich. Technische Lösungen wie Altersverifikationssysteme müssen gesetzlich verpflichtend vorgeschrieben werden, um Kinder vor ungeeigneten Inhalten und manipulativen Spielmechanismen zu schützen.

8. Verfügbarkeit von spezifischen Therapieangeboten für medienbezogene Störungen

- **Forderung:** Wir fordern den Aufbau flächendeckender ambulanter und stationärer Therapieangebote für Kinder und Jugendliche mit medienbezogenen Störungen.
- **Begründung:** Medienbezogene Störungen (z. B. Gaming Disorder) nehmen bei Kindern und Jugendlichen deutlich zu, während die spezialisierten Behandlungsangebote noch unzureichend ausgebaut sind. Notwendig ist der Ausbau ambulanter und stationärer Therapieplätze sowie eine verbindliche Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

9. Werbeverbot und Regulierung von Lachgas und neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)

- **Forderung:** Wir fordern ein umfassendes Werbeverbot für Lachgas sowie eine strengere Regulierung neuer psychoaktiver Substanzen (NPS).
- **Begründung:** Lachgas und NPS sind aufgrund ihrer Verfügbarkeit und geringen Preise zunehmend attraktiv für Jugendliche. Werbung, insbesondere über soziale Medien, verstärkt diesen Trend. Um den Zugang zu Lachgas und NPS zu erschweren, fordern wir eine umfassende Regulierung, die neben dem Werbeverbot auch den Zugang über den Einzelhandel einschränkt.

10. Aufbau einer wissenschaftlich fundierten und interdisziplinären Präventionsstrategie im Bereich Jugendschutz und Sucht

- **Forderung:** Wir fordern die Einrichtung einer bundesweiten interdisziplinären Kommission „Jugendschutz und Suchtprävention“, die eine wissenschaftlich fundierte und datenbasierte Präventionsstrategie entwickelt, begleitet und evaluiert. Diese Kommission soll präventive Maßnahmen entlang der Präventionsarten (universell, selektiv, indiziert) sowie der Handlungsebenen (kommunal, Landes- und Bundesebene) konzipieren. Wir fordern eine langfristige, systematische und zentral koordinierte Evaluation der Maßnahmen.
- **Begründung:** Die bisherige Drogenpolitik in Deutschland erfolgt ohne eine tragfähige und langfristig ausgerichtete Präventionsstrategie. Jugendschutz und Prävention können jedoch nur dann wirksam sein, wenn sie durch wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt und regelmäßig evaluiert werden. Deshalb muss eine interdisziplinäre Kommission eingerichtet werden, die die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen systematisch begleitet. Neben Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Suchthilfe müssen auch Epidemiologie, Ökonomie (Kosten-Nutzen-Analyse) und Vertretungen der Exekutive, Legislative und Judikative sowie von Jugendhilfe, Schule und Elternvertretungen einbezogen werden. Es sollten repräsentative Panel-Studien mit langjährigen Katamnese-Zeiträumen durchgeführt werden, um nachhaltige Effekte zu überprüfen. Zur Gewährleistung einer systematischen Rückkopplung zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik sollten regelmäßige Berichte der Kommission an die Bundesregierung und die Fachministerien erteilt werden, um datenbasierte politische Entscheidungen zu ermöglichen. Diese Maßnahmen stellen sicher, dass Präventionsstrategien wissenschaftlich fundiert, evidenzbasiert und langfristig angelegt sind. Dies schützt Kinder und Jugendliche vor den schädlichen Folgen des Substanzkonsums und schafft eine Grundlage für eine nachhaltige Präventionspolitik.