

## **Gemeinsame Stellungnahme**

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

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

**und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)**

### **Nach der Cannabislegalisierung: Was steht an aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie?**

Jugendliche werden, so unsere Prognose aus allen Stellungnahmen, die Legalisierung als „Aufforderung zum Tanz“ erleben. Es wird sich nicht verhindern lassen, dass sie sich vom Privatanbau etwas abzweigen. Dealer können mit mittelgroßen Mengen ungehinderter unterwegs sein und Jugendliche werden sich weiterhin auf dem preiswerteren Schwarzmarkt bedienen. Auf Grund der etwa siebenfach erhöhten Suchtgefahr bei Jugendlichen gegenüber Erwachsenen werden mehr Abhängigkeiten entstehen als bisher.

Entgegen ihrer Ankündigungen und der vehementen Aufforderung der Fachverbände hat die Bundesregierung versäumt, vor Inkrafttreten des Gesetzes verlässliche Basisdaten festzustellen und ein Monitoring-Design aufzugleisen, das den Namen verdient hat. Zur Ausgestaltung der angekündigten Evaluation nach 18 Monaten und vier Jahren existieren für Jugendliche nur die routinemäßigen, auf EU-Ebene erhobenen Daten. Im Gesetz wurden dafür ursprünglich vorgesehene Mittel gestrichen. Das bedeutet, dass eine ernsthafte, wissenschaftliche Evaluierung der Gesetzesauswirkung kaum noch möglich sein wird.

Letztlich wird es nur die Inanspruchnahme der Beratungsstellen und der Kliniken sein, die Aufschluss über einen gestiegenen Behandlungsbedarf geben kann. Aber die Akutbehandlungsplätze in Deutschland sind sehr unterschiedlich auf die Bundesländer verteilt. Aktuell stehen in Deutschland für Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen für die qualifizierte Entzugsbehandlung und die sich anschließende Behandlung der komorbiden psychischen Störungen etwa 220 Betten in 20 Schwerpunktabteilungen an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung (siehe im Internet unter: [www.dgkjp.de/die-dgkjp/klinikfinder/](http://www.dgkjp.de/die-dgkjp/klinikfinder/)). Demgegenüber werden für Erwachsene etwa 6.000 Plätze für die qualifizierte Entzugsbehandlung in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen vorgehalten (DHS, 2019). Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz für Kinder und Jugendliche betragen derzeit 4-6 Monate.

Bereits durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie verzeichnen die Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie einen Anstieg an suchtkranken Jugendlichen mit Konsummustern, die mit Cannabiskonsum beginnen und sich zu einem gefährlichen Konsum mehrerer Substanzen ausweiten. Fachlich bedürfen diese Jugendlichen eines gesonderten suchtspezifischen Settings. Qualifizierte Entzugsbehandlungsangebote, die den Kriterien des OPS ([www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme](http://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme)) entsprechen, sind teuer. Sie werden angesichts des bevorstehenden Entzugs der Subventionierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Bundesgesundheitsministerium infolge der Kürzungen kaum ohne politischen Druck allein durch die „Selbstverwaltungspartner“ der Krankenhausversorgung ausgebaut werden. Die langfristigen Kosten, die unbehandelte Suchterkrankungen durch Herausfallen aus Schule und Arbeit oder gar drogeninduzierte Psychosen auslösen und die gesamtgesellschaftlichen Einnahmeverluste sind dabei noch gar nicht in den Blick genommen. Die noch in der Entwicklung befindliche Krankenhausreform wird hier entgegen der sonstigen Verdichtungsbemühungen die Bundesländer verpflichten müssen, die diesbezügliche Versorgung sicherzustellen.

Bereits heute ist überdies der Anteil an Jugendlichen, die nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung einer Langzeittherapie bedürfen, um 50 % gestiegen. Er liegt jetzt bei rund 30 % der in stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung befindlichen Jugendlichen, wie eine Blitzumfrage der DGKJP ergab. Dem gegenüber steht, dass 2023 die bundesweit erste auf Jugendliche spezialisierte Rehabilitationseinrichtung der LWL-Klinik in Hamm aus Gründen der Unterfinanzierung schließen musste, und dass eine weitere Einrichtung, die Dietrich Bonhoeffer Klinik in Ahlhorn, Anfang 2024 Insolvenz angemeldet hat<sup>1</sup>. Festzustellen ist: suchtkranke Jugendliche sehen unsere Sozialsysteme nicht vor. Die Rentenversicherung kennt keine adäquate Finanzierung, denn Leistungsansprüche wurden von Jugendlichen zumeist noch nicht erworben. Mit den Sätzen der sogenannten „Kinderrehabilitation“ (die inzwischen seitens der Deutschen Rentenversicherung für suchtkranke Kinder und Jugendliche vorgesehen wird<sup>2</sup>) ist eine suffiziente Suchtbehandlung nicht leistbar. Die Krankenkassen sehen sich nur bedingt für Langzeittherapien in der Verantwortung. Die Jugendhilfe, nach SGB IX originärer Rehabilitationsträger, sieht sich für medizinische Probleme nicht verantwortlich. Mischmodelle scheiterten bisher an unterschiedlichen Bewilligungs- und Qualitätssicherungsvorgaben. Hier ist eine gesetzliche Regelung zum Ausbau der Kapazitäten und zur Klärung der Finanzierung und vorab der sozialrechtlichen Zuständigkeiten dringend erforderlich - unter Berücksichtigung jugendspezifischer Anforderungen, d.h. von Bildung, Pädagogik mit Entwicklungsanreizen aber auch notwendiger Begrenzung und Aufsicht.

Mit der Vorbereitung des Gesetzes hat die Bundesregierung gesteigerte Präventionsmaßnahmen versprochen. Allerdings gehen die derzeitigen Maßnahmen nicht

---

<sup>1</sup> Für die medizinische Rehabilitation suchtkranker Jugendlicher existieren damit aktuell etwa 60 Betten in 2 Abteilungen an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; für Erwachsene gibt es in 180 Einrichtungen ca. 13.000 Plätze für die stationäre medizinische Rehabilitation (DHS, 2019).

<sup>2</sup> für Kinder und Jugendliche ohne eigene Versicherungszeiten gem. SGB VI § 15a; Fachabteilungsschlüssel (FAS) 1030; bisher ohne einheitliche Strukturanforderungen und Qualitätsanforderungen – diese existieren auch nicht für den FAS 1040 für die jugendpsychiatrische Rehabilitation; in der Praxis findet Rehabilitation von Kindern oft gemeinsam mit Erwachsenen statt.

über Aufklärungsmaterialien heraus, die bekanntlich wenig Wirkung in Hinsicht auf eine Reduzierung oder sogar Verhinderung des Einstiegs in Konsum zeigen. Die klassische Verhältnis-Prävention (d.h. eine Erschwernis des Zugangs) wird mit der Legalisierung faktisch aufgegeben. Eine Verhaltens-Prävention ist allein durch Aufklärung nicht zu erreichen. Sie sollte der gesamtgesellschaftlichen Verharmlosung des Cannabiskonsums durch die künftige Allgegenwärtigkeit des Cannabis hochwirksame Strategien entgegensetzen können, besonders für die Gruppen der hochgradig Gefährdeten: Schulabbrecher, psychisch labile Jugendliche, Jugendliche in familiären oder sozialen Konfliktsituationen. Solche Strategien, auch selektive oder indizierte Prävention genannt, sind vorhanden und müssten vor dem Hintergrund der Legalisierung neu evaluiert werden. Das alles würde jedoch einen zusätzlichen Personal- und Mitteleinsatz erfordern, der mit den eingestellten Mitteln im Etat des BMG nicht realisierbar ist. Jugendschutz im eigentlichen Sinne würde aber genau diese weiteren Schritte erfordern.

Daraus leiten wir folgende konkrete Forderungen ab:

- Eine Bedarfsanpassung der Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen in Deutschland muss erfolgen; die Versorgung ist gesetzlich verpflichtend zu machen, mit ressourcensparenden
  - o effektiven ambulanten Vorbereitungen von stationärer Behandlung und nahtlosen prä- und poststationären Übergängen
  - o ausreichenden suchtspezifischen Nachsorgeangeboten für Jugendliche mit schwer beeinträchtigter psychosozialer Entwicklung
- Medizinische Rehabilitation für suchtkranke Jugendliche
  - o muss für Minderjährige ausgebaut werden; sie darf nicht in Konkurrenz zur qualifizierten Entzugsbehandlung bzw. der Akutbehandlung der Grundstörung stehen
  - o sollte sich an Qualitätsstandards z.B. der Jugendhilfe orientieren
  - o benötigt eine eindeutige Regelung der Kostenzuständigkeit
  - o ist ausdrücklich nicht empfehlenswert in Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene durchzuführen.
- Prävention von Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
  - o muss über Aufklärung hinausgehend wirksame und evaluierte Strategien umfassen
  - o muss sich insbesondere an gefährdete Zielgruppen richten
  - o braucht jetzt einen maximalen, auch finanziellen Anschub

**Berlin/Mainz/Schleswig, 07.03.2024**

#### **Kontakt**

DGKJP Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27B

10117 Berlin

E [geschaefsstelle@dgkjp.de](mailto:geschaefsstelle@dgkjp.de)