

Sachbericht zum Projekt:

Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse

Laufzeit: 01.11.2014 bis 28.02.2017

Projektleitung:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Prof. Dr. Michael Kölch

Ulrich Krüger

Projektmitarbeitende:

Silke Rabe (wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Yvonne Hein (Projektorganisation)

Stephanie Karmann (Projektorganisation)

Der Sachbericht wurde von den Projektleitern unter Mitwirkung von Dr. Anja E. Baumann erstellt. Das Kapitel 5.2.1 wurde von Dr. Maik Herberhold und Dr. Tina Wessels verfasst, der Abschnitt „Sozialpädiatrische Zentren“ von Dr. Ute Mendes und Dr. Ullrich Raupp.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
2	Projektbeschreibung	5
2.1	Projektziele	5
2.2	Projektstruktur	5
2.3	Projektverlauf	8
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	18
4	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	18
5	Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	19
5.1	Psychisch kranke Kinder und Jugendliche	19
5.1.1	Definition und Prävalenz	19
5.1.2	Besonderheiten des Bedarfs.....	24
5.1.3	Besonderheiten in der Versorgung	26
5.2	Ambulante Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.....	29
5.2.1	Ambulante Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Rahmen des SGB V.....	29
5.2.1.1	An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer	29
5.2.1.2	Inzidenzkohorten-Analyse der KBV	30
5.2.1.3	Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	34
5.2.1.3.1	Patientinnen- und Patientendaten	34
5.2.1.3.2	Versorgungsstruktur	38
5.2.1.4	Niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten	53
5.2.1.5	Die Rolle von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten bei der Prävention und Versorgung in Bezug auf seelische sowie psychosoziale Probleme bei Kindern und Jugendlichen	60
5.2.1.6	Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen.....	65
5.2.2	Ambulante Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche außerhalb des SGB V	72
5.2.2.1	Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste (KJPD).....	72
5.2.2.2	Frühförderung	73
5.3	Stationäre und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	73
5.3.1	Stationäre und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Rahmen des SGB V	73
5.3.1.1	Daten zu Kliniken	75
5.3.1.1.1	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	75

5.3.1.1.2	GMK-Berichte	75
5.3.1.1.3	Eigene Berechnungen mit Daten des Statistischen Bundesamtes	77
5.3.1.1.4	Kliniken mit Lehrstuhl (universitäre Abteilungen), Datengrundlage, Abfrage der DGKJP	78
5.3.1.1.5	Eigene Berechnungen aus dem VIPP-Datensatz	79
5.3.1.1.6	Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter	85
5.3.1.1.7	Heranwachsende	87
5.3.1.2	Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden.....	88
5.4	Kinder und Jugendliche mit besonderen Risikofaktoren.....	90
5.4.1	Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung	90
5.4.2	Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen	92
5.4.3	Kinder psychisch kranker Eltern – Behandlung von Eltern und Kind	95
5.5	Spezielle Themen in der Behandlung	97
5.5.1	Psychopharmakotherapie	97
5.5.2	Zwangmaßnahmen	112
5.5.3	Partizipation und Informationspraxis	119
5.5.4	Analyse genereller Schnittstellenprobleme	120
5.6	Wichtige Versorgungsstrukturen außerhalb des SGB V	131
5.6.1	Schulpsychologie	131
5.6.2	Kinder- und Jugendhilfe (öffentliche und freie).....	137
6	Forschung und Lehre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	145
7	Bedarfsanalyse	155
8	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	158
9	Gender Mainstreaming Aspekte	169
10	Verbreitung und Verwertung der Projektergebnisse (Öffentlichkeitsarbeit, Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)	169
11	Literaturverzeichnis	171

1 Zusammenfassung

Im Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ wurde über Sekundäranalysen, eigene quantitative und qualitative Erhebungen, Gespräche mit Expertinnen und Experten und Treffen einer themenübergreifenden Kommission der Expertinnen und Experten eine Bestandsaufnahme der bestehenden Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland vorgenommen und diese vor dem Hintergrund der epidemiologischen und gesellschaftlichen Entwicklungen und dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse analysiert. Die Analyse hat insgesamt bestätigt, dass ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland besteht. Die Interdisziplinarität und Angebotsdifferenzierung bedeutet auch, dass zum Teil unterschiedliche Sozialsysteme an der Versorgung mitwirken, verschiedene fachärztliche Gruppen beteiligt sind und ambulanter und stationärer Sektor im Bereich des SGB V involviert sind. Neben den positiven Aspekten der großen Bandbreite an Versorgungsmöglichkeiten entsteht für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Familien jedoch auch die Problematik von Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern; Zugangswege zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen können z. B. aufgrund von Schnittstellenproblemen erschwert werden. Auch gibt es sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten. Bei dem niedergelassenen ärztlichen Personal und den Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigt sich eine hohe Dichte in Ballungsräumen, während auf dem Land die Versorgung eher gering ist. Schnittstellenprobleme und ein Mangel an Verfügbarkeit evidenzbasierter Behandlungsangebote zeigen sich auch bei besonders vulnerablen Gruppen, wie zum Beispiel traumatisierten Kindern und Jugendlichen, geflüchteten Kindern, Kindern mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Vorgeschichte und Kindern aus Hochrisikokonstellationen, wie Kinder psychisch kranker Eltern. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sind außerdem eine Personengruppe, die im Rahmen der Behandlung ein höheres Risiko hat, Zwangsmaßnahmen zu erfahren. Die Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass sich die Praxis in den Bundesländern bezüglich der Erfassung von Zwangsmaßnahmen sehr heterogen gestaltet und dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Behandlung, insbesondere bei Zwangsbehandlung, nach der zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtsauslegung nicht ausreichend verankert sind. Diese und weitere Aspekte wie Medikamentenverschreibung und Forschung zu Wirkung und Wirksamkeit verschiedener Versorgungsformen wurden im Projekt beleuchtet und neben der quantitativen Versorgungssituation auch die Verzahnung der

Leistungen, der Zugänglichkeit, der Zielgruppenerreichung und der Behandlungsergebnisse aufgezeigt.

2 Projektbeschreibung

Im Rahmen des Projekts wurde eine Bestandsaufnahme der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland sowie eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Beides bildet die Grundlage für ein Nachfolgeprojekt, in dem Empfehlungen zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung erarbeitet werden sollen.

2.1 Projektziele

Ziel des Projekts war die Durchführung einer Bestands- und Bedarfsanalyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland. Im Rahmen des Vorhabens sollten primär die ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation sowie sonstige Leistungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach SGB V beschrieben werden. Ein Schwerpunkt der Bestandsanalyse lag in der Untersuchung der Verzahnung zu weiteren Leistungsbereichen wie z. B. der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Weiterhin sollten im Bereich der Jugendlichen und jungen Erwachsenen Aspekte der Transitionsproblematik in die Erwachsenensysteme und die Übergänge in Arbeit untersucht werden. Darüber hinaus wurden Unterschiede des regionalen Versorgungsangebots untersucht und mit Besonderheiten des Bedarfs abgeglichen.

2.2 Projektstruktur

Zu Beginn des Projektes wurde folgende Grundstruktur erarbeitet, die Gültigkeit für die gesamte Projektlaufzeit besaß:

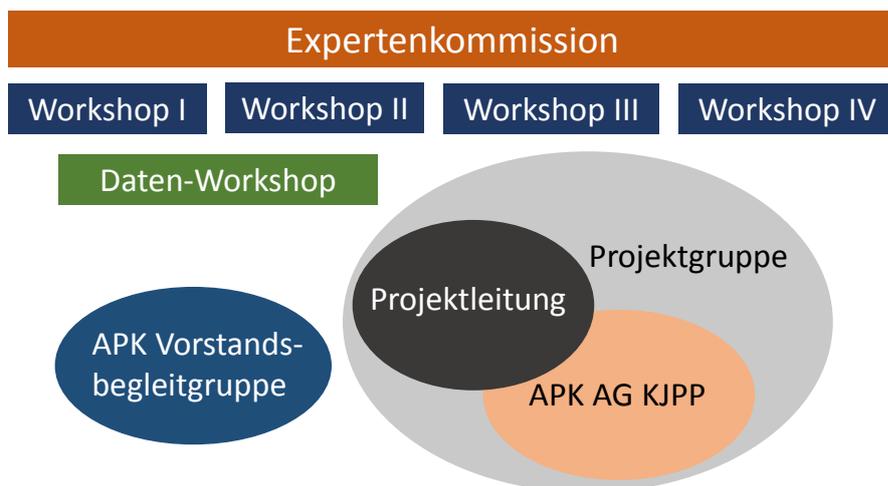


Abbildung 1: Grundstruktur des Projekts (eigene Darstellung)

Der Projektablauf stellte sich wie folgt dar:



Abbildung 2: Projektablauf (eigene Darstellung)

Die Projektgruppe bestand aus der Projektleitung und der APK AG KJPP (Aktion Psychisch Kranke Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und weiteren Expertinnen und Experten. Sie war wie folgt besetzt:

Projektleitung:

- Prof. Dr. Jörg M. Fegert
- Prof. Dr. Michael Kölch
- Ulrich Krüger

APK AG KJPP:

- *Prof. Dr. Hubertus Adam*, leitender Chefarzt, Martin Gropius Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Eberswalde
- *Dr. Gundolf Berg*, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- *Patrick Boerner*, Geschäftsführer, ADHS Deutschland e.V.
- *Dr. Michael Brünger*, FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Kinderklinik des Pfalzkrankums, Klingenmünster
- *Dr. Tobias Hellenschmidt*, leitender Oberarzt, Vivantes, Berlin
- *Dr. Maik Herberhold*, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- *Maria Kaminski*, Vorsitzende von Autismus Deutschland e.V.
- *Ute Meybohm*, Geschäftsführerin AGJ – GmbH, Gemeinnützige Gesellschaft für Jugendberatung und psychosoziale Rehabilitation, Berlin
- *Dr. Alexander Naumann*, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- *Friedrich Nolte*, Autismus Deutschland
- *Prof. Dr. Reinhard Peukert*, Wiesbaden
- *Prof. Dr. Renate Schepker*, Chefärztin, Südwestdeutsche Zentren für Psychiatrie, Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ravensburg
- *Regina Schmidt-Zadel*, Köln

Vertreterinnen und Vertreter der APK Vorstands-Begleitgruppe sind:

- *Prof. Dr. Andreas Heinz*, Stellv. Vorsitzender, Berlin
- *Maria Klein-Schmeink*, MdB
- *Helga Kühn-Mengel*, MdB
- *Prof. Dr. Heinrich Kunze*, Kassel
- *Prof. Dr. Reinhard Peukert*, Schatzmeister, Wiesbaden
- *Matthias Rosemann*, Berlin
- *Regina Schmidt-Zadel*, Stellv. Vorsitzende, Köln
- *Birgit Wöllert*, MdB

Die APK Vorstands-Begleitgruppe wurde regelmäßig über den Stand des Projekts und die folgenden Schritte und Entscheidungen informiert. Ein aktiver Informationsaustausch wurde gepflegt. Damit war auch die Einbeziehung des Vorstands der Aktion Psychisch Kranke gewährleistet, der sich in mehreren Sitzungen mit dem Projekt befasste.

2.3 Projektverlauf

Konstituierende Sitzung der Kommission der Expertinnen und Experten

Am 10. Juni 2015 fand die erste Sitzung der Kommission mit 29 Teilnehmenden in den Räumlichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit in Berlin statt. In dieser Sitzung wurde das Projekt detailliert vorgestellt und dazu die Ziele und die geplante Umsetzung und Erreichung der Ziele erläutert.

Die Kommission war wie folgt besetzt:

- Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, DGKJP Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
- Dr. Gundolf Berg, BKJPP Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., APK AG
- Dr. Claudia Eberhard, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
- Dr. Karl-Josef Eßer, DGKJ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
- Gerhard Förster, Geschäftsführer BAG PED KJPP Leitende MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V.
- Dr. Isabell Götz, Deutscher Familiengerichtstag e. V.
- Tobias Hellenschmidt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum im Friedrichshain, APK AG
- Prof. Dr. Klaus Hennische, DGSGB Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V., BV Lebenshilfe
- Dr. Maik Herberhold, BKJPP Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., APK AG
- Jörg Holke, Leiter des Referats Psychiatrie im MGEPA Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- Heike Hölling, Robert-Koch-Institut
- Peter Lehndorfer, Bundespsychotherapeutenkammer

- Dr. Ute Mendes, Sozialpädiatrisches Zentrum im Vivantes Klinikum im Friedrichshain, DGSPJ Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.
- Ute Meybohm, im Ruhestand, APK AG
- Dr. Thomas Meysen, DIJuF Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.
- Dr. Alexander Naumann, BAG KJPP Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinik-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
- Dr. Ullrich Raupp, DGSPJ Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.
- Prof. Dr. Renate Schepker, ZfP Südwürttemberg, APK AG
- Christoph Schmidt, bke Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V.
- Klaus Seifried, Schulpsychologiedirektor a. D., Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
- Hanne Stürtz, DIJuF Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.
- Heike Völger, UBSKM Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
- Prof. Dr. Sabine Wagenblass, Hochschule Bremen
- Dr. Tina Wessels, Bundespsychotherapeutenkammer

Die Mitglieder der Kommission wurden im Rahmen des Projektauftrags gebeten, das Projekt inhaltlich zu begleiten und zu diesem Zeitpunkt auch für den Projektverlauf Ideen, Wünsche und notwendige Inhalte in das Projekt einzubringen. Als Themen von besonderer Bedeutung für das Projekt wurden die folgenden genannt:

Versorgung

- Ambulante Versorgung – Betrachtung der regionalen Versorgungsunterschiede
- Überprüfung und Sicherstellung von Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Besonderer Fokus auf bestimmte Gruppen von Kindern und Jugendlichen:
 - mit schweren psychischen Auffälligkeiten
 - mit Intelligenzminderung
 - mit Suchtstörungen
 - mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern
 - mit Migrationshintergrund.

Schnittstellen

- Zusammenarbeit relevanter Akteurinnen und Akteure (z. B. Psychiatrie, Psychotherapie, Jugendhilfe, Schule, Ausbildung, Eltern) und Betrachtung von Lebensphasenübergängen
- Gestufte Versorgungsmodelle (inkl. Basisversorgung) – Schaffung von Behandlungspfaden durch klare Abgrenzung von Zuständigkeiten
- Prävention durch frühe Hilfen – vereinfachte Zusammenarbeit an den Schnittstellen
- Einbindung neuer Versorgungsmodelle (z. B. Home Treatment)
- Inklusion – effizientere Nutzung von Ressourcen durch bessere Vernetzung und aufsuchende Behandlungsansätze.

Rechtliche Fragen

- Problematik Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung (§ 35 a SGB VIII) vs. Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung (SGB XII)
- Erörterung der rechtlichen Situation bei Entscheidungsfragen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen.

Forschung

- Kritische Auseinandersetzung mit vorhandenen Daten und Erarbeitung neuer Forschungsfragen für künftige Studien.

Aus dem Ergebnis der Kommission wurden folgende Schwerpunkte für die Workshops und Sitzungen der Expertinnen und Experten im Rahmen des Projekts entwickelt:

- Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie – Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse, transparente, überprüfbare Leistungserbringung
- Partizipation, Zwang, elterliche Sorge und Selbstbestimmung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung
- Psychische Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen
- Versorgungsdaten der KBV; Versorgungspartnerschaft und Versorgungsstrukturen
- Qualität, Qualitätsanforderungen
- Ambulante Versorgung/Elternvertretung
- Bedarfsplanungssystematik

- Fallbeispiele zur Vernetzung; Vernetzung aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer; Best-Practice-Modelle
- Projektberichterstellung und -distribution .

1. Workshop

Am 2. Juli 2015 fand der 1. Workshop zum Themenbereich „*Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie – Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse und transparente, überprüfbare Leistungserbringung*“ statt. Am Vormittag wurden folgende Themen behandelt (gesamtes Programm siehe Anlage):

- Krankenhaushäufigkeiten und demografische Entwicklung;
- Leistungstransparenz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie;
- Beschreibung von Kosten einer hinreichenden Strukturqualität;
- Anforderungen an die Strukturqualität;
- Notwendigkeit verbindlicher Anforderungen an die Personalausstattung.

Am Nachmittag hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, in den vier Foren die folgenden Themen vertieft zu diskutieren:

Forum I: Die Sicht der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Kinder und Jugendlichen sowie betroffener Eltern und Partnerinnen und Partner aus der Jugendhilfe

Forum II: Arbeitsbedingungen in der stationären und teilstationären Behandlung (einschließlich Umgang mit Gewalt- und Risikosituationen)

Forum III: „Gute Kooperation“ – Bedingungen und Anforderungen an Kooperationen bei veränderten Rahmenbedingungen (niedergelassene KJP, Schulen, Jugendhilfe)

Forum IV: Strukturqualität in der stationären bzw. teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen / psychotherapeutischen Behandlung

An dem Workshop nahmen über 100 Personen (inkl. Referentinnen und Referenten sowie Moderatorinnen und Moderatoren) teil, darunter Mitarbeitende des Bundesministeriums für Gesundheit, des Deutschen Bundestages sowie der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen.

Es hat sich gezeigt, dass sich die Behandlungsdauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verkürzt hat und insbesondere für Kinder im Vorschulalter eine Versorgungslücke besteht. Von den Expertinnen und Experten wurde der Wunsch geäußert, insbesondere die Innensicht der Patientinnen und Patienten auf die Versorgungssituation zu eruieren. Überdies sollten die speziellen Gruppen (Kleinkinder, Suchtpatientinnen und -patienten) näher analysiert werden.

Vorbereitungstreffen für den 2. Workshop

Am 20. August 2015 fand das Treffen der Unterarbeitsgruppe zur Vorbereitung des 2. Workshops in Berlin mit 16 Teilnehmenden statt.

2. Workshop

Am 5. November 2015 fand der 2. Workshop mit dem Thema „*Wer bestimmt? Partizipation, Zwang, elterliche Sorge und Selbstbestimmung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung*“ in dem Veranstaltungszentrum Urania in Berlin statt. Neben 150 Teilnehmenden aus Kliniken, Fachgesellschaften, Selbsthilfe- und Praxisverbänden waren auch Vertreterinnen und Vertreter der Bundesministerien für Gesundheit sowie Justiz und Verbraucherschutz anwesend. Am Vormittag wurden folgende Themen behandelt (gesamtes Programm siehe Anlage):

- Partizipation, Zwang und die Rolle der Eltern in der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung;
- Bestehende rechtliche Regelung der geschlossenen Unterbringung, Fixierung und Zwangsbehandlung Minderjähriger;
- Ergebnisse der BAG KJPP-Befragung;
- Ethische Betrachtung der Freiheitsbeschränkung.

Im Anschluss an die Redebeiträge folgte ein moderiertes Gespräch zur Problematik aus Sicht eines jugendlichen Betroffenen sowie eines Elternteils. Am Nachmittag konnten die Teilnehmenden im Rahmen von fünf verschiedenen Foren die folgenden Inhalte vertieft bearbeiten:

Forum I: Fallbeispiele aus der Praxis – Veränderungsbedarf?

Forum II: Rechtliche Aspekte

Forum III: Kontrollinstrumente, Schutzkonzepte und Beschwerdemanagement

Forum IV: Gefährdungsaspekte als Grund für Zwangsmaßnahmen – was ist eine Gefährdung?

Es zeigte sich, dass sich die Praxis in den Ländern bezüglich der Erfassung von Zwangsmaßnahmen sehr heterogen gestaltet, so dass eine bundesweite Darstellung aufgrund vorhandener Daten derzeit nicht möglich ist. Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Behandlung, insbesondere bei Zwangsbehandlung, nach der zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtsauslegung nicht ausreichend verankert sind. Daraus ergab sich die Empfehlung § 1631 b BGB zu novellieren. Das BMJV hat dies aufgegriffen.

Problematisch ist auch die Situation hinsichtlich der Informations- und Beteiligungsrechte von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Behandlung. So fehlten zum Zeitpunkt des Workshops Monitoringsysteme für die Beteiligung etc. Hinsichtlich der Implementation von Partizipations- und Beschwerdemanagements in Kliniken, wie sie das Bundeskinderschutzgesetz fordert, war festzuhalten, dass Kliniken außerhalb des Geltungsbereichs des SGB VIII liegen und damit vom Bundeskinderschutzgesetz nur mittelbar betroffen waren. Seitens der Vertreterinnen und Vertreter der AG Psychiatrie der AOLG (Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden) wurde in Aussicht gestellt, im Rahmen einer Länderrumfrage der Fragestellung, wie Zwangsmaßnahmen erhoben werden, nachzugehen. Weitere Anregungen waren, die ebenfalls sehr heterogene Lage bezüglich forensischer Behandlungsplätze genauer darzustellen und die Thematik der Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung aufzugreifen.

2. Sitzung der Kommission der Expertinnen und Experten

Am 18. November 2015 fand die 2. Sitzung der Kommission im Paul-Löbe-Haus in Berlin mit 25 Teilnehmenden statt. Nach der Begrüßung und kurzen Einführung in das Projekt wurden den Expertinnen und Experten zunächst die Kernthemen und erzielten Ergebnisse der ersten beiden Workshops berichtet und Vorschläge für weitere Workshopthemen besprochen.

Vorbereitungstreffen für weitere Workshops

Am 7. Januar 2016 fanden in den Räumlichkeiten des Bundestages in Berlin zwei Vorbereitungstreffen für die Workshops zur psychischen Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen sowie zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im ambulanten Setting statt. Am Vormittag diskutierten 16 Teilnehmende über mögliche Redebeiträge und Themen für den geplanten Workshop zur psychischen Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Am Nachmittag wurde mit 15 Teilnehmenden die Grobstruktur des 3. Workshops zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen erarbeitet.

Datenworkshop

Am 4. Februar 2016 wurde mit 25 Expertinnen und Experten (u. a. RKI, KBV, Leibniz-Institut Bremen etc.) ein Datenworkshop durchgeführt. Neben Vertreterinnen und Vertretern des RKI, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundespsychotherapeutenkammer sowie des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie Bremen waren auch das Deutsche Jugendinstitut und das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters vertreten.

Die Veranstaltung fand in einem Konferenzraum der KBV in Berlin statt. Ziel war es, relevante Ergebnisse zur Versorgungsforschung zu sammeln, eigene geplante Datenerhebungen des Projekts vorzustellen sowie gemeinsam mit den Expertinnen und Experten zu diskutieren. Vorträge folgten zu den verschiedenen Themen (gesamtes Programm siehe Anlage):

- Auswertung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf Grundlage des VIPP-Datensatzes;
- KV-Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen;
- Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen;
- Routinedatenbasierte Untersuchung des Psychopharmakagebrauchs bei Kindern und Jugendlichen;
- Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in der Kinder- und Jugendhilfe;
- Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher;
- Freiheitsentziehende und unterbringungsähnliche Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie;

- Suchtspezifische Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Mit Blick auf die im Rahmen des Projekts durchzuführenden Datenerhebungen ist festzuhalten, dass für den Bereich der ambulanten Versorgung solides Datenmaterial seitens der BPhK (Bundespsychotherapeutenkammer) sowie der KBV (Kassenärztlichen Bundesvereinigung) zur Verfügung steht. Es wurde vereinbart, dass die Auswertung spezifischer Fragestellungen, die für das Projekt von Relevanz sind, seitens der Projektleitung gegen entsprechende Kostenbeteiligung beauftragt werden können. Eigene Datenerhebungen in diesem Bereich werden somit verzichtbar. Für den Bereich der Suchtkliniken wurde vereinbart, dass eine Fragebogenerhebung zur suchtspezifischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bei den 20 Schwerpunktkliniken durchgeführt wird. Ein erster Entwurf der Fragebögen wurde während des Datenworkshops mit den Expertinnen und Experten diskutiert. Am 18. März 2016 erfolgte eine weitere Diskussion des Erhebungsinstruments innerhalb der Suchtkommission in Hamburg. Als Zeitpunkt für die Erhebung wurde der Zeitraum April bis Juni 2016 vorgesehen. Für den Bereich der Psychopharmakaepidemiologie wurde eine Kooperation mit dem BIPS Bremen (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie) sowie eine eigene Datenerhebung in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie geplant.

Zusätzlicher Workshop

Aus aktuellem Anlass wurde geplant, am 30. Mai 2016 einen zusätzlichen Workshop mit dem Thema „*Psychische Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen*“ durchzuführen. Dieser Workshop wurde mit Unterstützung des KiJu BB-Projekts vorbereitet. Nach Übereinkunft mit dem BMG wurde er jedoch im Rahmen eines gesondert vom BMG geförderten Projekts der APK durchgeführt. Neben 190 Teilnehmenden aus Kliniken, Fachgesellschaften, Selbsthilfe- und Praxisverbänden waren auch Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit anwesend.

Ziel des Workshops war die Zusammenführung von Fachleuten unterschiedlicher Profession zur Förderung des Austausches über bestehende und geplante Aktivitäten zur Stärkung seelischer Gesundheit geflüchteter Kinder und Jugendlicher sowie die Diskussion über den Einsatz von Instrumenten zur frühen Erkennung psychischer Belastungen.

Der Workshop wurde von der Aktion Psychisch Kranke in Kooperation mit UNICEF-Deutschland, der DGKJP, der DGPPN, der Bundestherapeutenkammer und der Deutschen Traumastiftung im Tagungszentrum Urania Berlin durchgeführt.

Es haben 180 Fachleute aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Flüchtlingshilfe, Jugendhilfe, Krankenkassen, Fachverbände und Selbsthilfe teilgenommen. In zwei Panels wurden im Plenum über Kurzbeiträge Positionen zur Problemlage und Zuständigkeiten sowie Ansätze für Interventionen in der Praxis aus verschiedenen Perspektiven skizziert. Am Nachmittag wurde in drei Parallelforen weiter diskutiert:

Forum I: Erstbehandlung und Behandlung

Forum II: Prävention, Resilienzförderung, Stärkung der Helferinnen und Helfer

Forum III: Erstaufnahme-Einrichtungen

Die Vorträge bzw. Präsentationen wurden auf der APK-Internetseite eingestellt. Die vom APK-Vorstand ausgewerteten Ergebnisse sind in das Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ eingeflossen und wurden auch in den Fachgremien der beteiligten Gesellschaften verwertet.

3. Sitzung der Kommission der Expertinnen und Experten

Die 3. Sitzung der Kommission fand am 31. Mai 2016 mit 27 Teilnehmenden im Reichstagsgelände in Berlin statt. Nach der Begrüßung wurde zunächst der bisherige Projektverlauf dargestellt und die bisher erreichten Zwischenergebnisse (z. B. Erstellung der Projektwebsite) präsentiert. Die drei bisher im Rahmen des Projekts entstandenen Veröffentlichungen zu den Themen Psychopharmakaepidemiologie, stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland sowie zu Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden dargestellt. Im Weiteren wurde von den Expertinnen und Experten die Gliederung des Abschlussberichtes diskutiert und festgelegt, dass im Rahmen der 4. Sitzung der Kommission über die Themenpriorisierung gesprochen werden soll. Außerdem erfolgten die Auswertung des Workshops „*Psychische Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen*“ sowie die Abschlussbesprechung des 3. Workshops. Schließlich wurde der 4. Workshop zur Thematik „*Inklusion, Vernetzung und Teilhabe*“ inhaltlich umrissen und erste Themenvorschläge hinsichtlich möglicher Referentinnen und Referenten sowie Vertreterinnen und Vertreter unterbreitet.

3. Workshop

Der 3. Workshop fand am 14. Juni 2016 in dem Veranstaltungszentrum Urania in Berlin statt. Neben 74 Teilnehmenden nahmen auch Vertreterinnen und Vertreter des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie des Ministeriums für Gesundheit teil. Vorträge folgten zu den Themen (gesamtes Programm siehe Anlage):

- Versorgungsdaten der KBV;
- Versorgungsstrukturen, Qualität, Qualitätsanforderungen;
- Versorgungspartnerschaft;
- Ambulante Versorgung/Elternvertretung;
- Bedarfsplanungssystematik.

Am Nachmittag wurden die Inhalte in fünf verschiedenen Foren diskutiert und vertieft. Im Rahmen des Abschlusspodiums erfolgte eine Diskussion im Plenum.

Forum I: Ambulante Kooperationsmöglichkeiten am Beispiel von Modellen und Verträgen

Forum II: Versorgung von Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter - Weiterentwicklung und Desiderate

Forum III: Versorgung von Kindern mit Intelligenzminderung

Forum IV: Transition(salter)

Forum V: Zugangsprobleme in die ambulante Versorgung

Vorbereitungstreffen für den 4. Workshop

Am 13. Juli 2016 fand mit 15 Teilnehmenden die Vorbereitung für den 4. Workshop statt.

4. Workshop

Der 4. Workshop im Rahmen des Projektes fand am 17. November 2016 in der Veranstaltungsstätte AVZ Logenhaus in Berlin statt. Neben 83 Teilnehmenden aus Kliniken und Fachgesellschaften waren auch Vertreterinnen und Vertreter des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft und des Landesjugendamtes anwesend.

Vorträge erfolgten zu den verschiedenen Themen (gesamtes Programm siehe Anlage):

- Vernetzung in Sachsen;

- Fallbeispiele zur Vernetzung;
- Vernetzung aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer;
- Best-Practice-Modelle.

Am Nachmittag wurden die Themen in den drei Foren „Was brauchen Jugendhilfe und Schule von der Heilkunde?“, „Transitionsphasen“ sowie „Rechtliche Aspekte“ diskutiert. Nach Durchführung der Foren erfolgte die Diskussion der Ergebnisse im Plenum.

4. Sitzung der Kommission der Expertinnen und Experten

Die 4. Sitzung der Kommission fand am 21. November 2016 mit 21 Teilnehmenden im Reichstagsgelände in Berlin statt. Zunächst erfolgte die Auswertung des 4. Workshops. Die Anwesenden gaben die Rückmeldungen, dass es sich um ein sehr praxisorientiertes Workshop-Programm gehandelt habe und die Best-Practice-Modelle besonders interessant gewesen seien. Als weiteren Tagesordnungspunkt wurde die aktuelle sozialpolitische Entwicklung diskutiert, wobei hier ein Vortrag eines Vertreters der Bundespsychotherapeutenkammer erfolgte. Im Weiteren wurde die Struktur des Abschlussberichtes diskutiert und um die Zusendung von Textbausteinen aus den jeweiligen Fachbereichen bis zum Jahresende gebeten.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Im Rahmen des Projekts wurden systematische und selektive Literatur- und Datenrecherchen zur Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durchgeführt. Systematische Literaturrecherchen fanden zum Thema Psychopharmakoepidemiologie bezogen auf Minderjährige in Deutschland sowie Zwangsmaßnahmen in der KJP statt. Gesonderte Datenerhebungen und Auswertungen erfolgten zur stationären Behandlung Minderjähriger in der KJP. Zusätzlich wurden Daten zur Psychopharmakoepidemiologie im stationären Bereich und zu Behandlungsverläufen von Kindern mit ADHS erhoben bzw. ausgewertet.

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Zu Beginn des Projektes wurde ein Arbeits- und Zeitplan aufgestellt. Die einzelnen Arbeitspakete wurden im 1. Zwischenbericht erläutert. Im Verlauf des Projekts wurde der Arbeitsplan fortlaufend aktualisiert, indem neue Arbeitsschritte aufgenommen und bestehende angepasst wurden. Wie im 2. Zwischenbericht ausgeführt, betrafen die Änderungen das Arbeitspaket 4 (Quantitative Datenerhebungen). So wurden zwei weitere Studien konzipiert

und dazu ein Ethikvotum bei der Ethikkommission der Universität Ulm sowie der Landesärztekammer Brandenburg eingeholt.

5 Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

5.1 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

5.1.1 Definition und Prävalenz

Psychische Erkrankungen treten über die gesamte Lebensspanne auf, so auch im Kindes- und Jugendalter. Fast die Hälfte aller psychischen Störungen beginnt bereits in der Pubertät, $\frac{3}{4}$ in den Mittzwanzigern (KESSLER, AMMINGER, AGUILAR-GAXIOLA et al. 2007).

Störung	Erstaufretensalter
	<i>Median and inter -quartile range (IQR; 25th-75th percentiles)</i>
Phobien	(7-14, IQR: 4-20)
Andere Angststörungen	(25-53, IQR: 15-75)
Impulskontrollstörung	(7-15, IQR: 4-35)
Affektive Störungen	(25-45, IQR: 17-65)
Substanzabusus/Sucht	(18-29, IQR: 16-43)

aus: KESSLER et al. 2007

Zusätzlich zu den psychischen Störungen im Erwachsenenalter treten im Kindes- und Jugendalter besondere Störungen auf, die alters- und entwicklungspezifisch sind. Dies spiegelt sich auch in den Klassifikationssystemen wieder, wie der ICD-10, die ein eigenes Kapitel für Störungen enthält, die im Kindes- und Jugendalter auftreten (F9), sowie ein Kapitel, das Entwicklungsstörungen klassifiziert (F8).

Risikofaktoren

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter manifestieren sich insbesondere an sogenannten Entwicklungsschwellen, also in Phasen, in denen besondere Entwicklungsaufgaben zu absolvieren sind, wie zur Zeit der Einschulung, des Wechsels auf die weiterführende Schule, mit dem Beginn der Pubertät etc.

Das Risiko, als Kind oder Jugendlicher eine psychische Störung zu entwickeln, wird neben genetischen Faktoren vor allem durch verschiedene Faktoren, z. B. soziale, beeinflusst. International, aber auch für Deutschland replizierte Risikofaktoren sind:

- Niedriger sozio-ökonomischer Status der Familie
- Alleinerziehender Elternteil
- Psychische Erkrankung eines Elternteils
- Niedriger Bildungsabschluss der Eltern

(MELTZER et al. 2000, HÖLLING et al. 2014).

Erkennbar ist, dass diese Faktoren wiederum in engem Zusammenhang zueinander stehen; so haben psychisch kranke Eltern ein höheres Risiko für Armut und auch für Trennung. Eine typische Risikopopulation für psychische Störungen sind Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), insbesondere in stationären Jugendhilfemaßnahmen (DÖLITZSCH et al. 2014). Auch Kinder in Schulen für Erziehungshilfe zeigen weitaus höhere Raten für psychische Auffälligkeit als Kinder in Regelschulen (SCHMID et al. 2007). Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen hat damit immer auch eine sozialpsychiatrische Komponente, da gerade unter komplexen Bedingungen Interventionen (und auch Prävention) durchgeführt werden müssen, die sowohl individuumszentriert (also beim Kind ansetzen) als auch auf Systeme (Familie, Schule, Einrichtung etc.) wirken.

Prävalenz

Die Frage, ob psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zunehmen, ist epidemiologisch aufgrund unterschiedlicher Faktoren schwer zu beantworten. Zum einen haben sich die Kriterien für die Klassifikation von psychischen Störungen über die Jahrzehnte verändert. Zum anderen sind klassische epidemiologische Erhebungen dahingehend begrenzt, als dass sie keine Diagnosen erheben, sondern mittels Screenings nur Raten an Wahrscheinlichkeit für eine psychische Störung anzeigen. Zum Dritten fehlen Verlaufsuntersuchungen für Deutschland. Die repräsentative Untersuchung in Deutschland, die nunmehr auch die Lücke hinsichtlich der fehlenden Verlaufsdaten zumindest teilweise schließt, ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts.

Mit der ersten KiGGS-Studie (Basiserhebung) von 2003 bis 2006, die damals noch als Kinder- und Jugendgesundheitsurvey bezeichnet wurde, lagen für Deutschland erstmals umfas-

sende und bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche vor. Die Studie liefert wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit der unter 18-Jährigen. Nach den KiGGS-Ergebnissen sind 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen von psychischen und/oder Verhaltensproblemen betroffen. Jedoch sind nicht alle diese Kinder entsprechend den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation aufgrund diagnostischer Kriterien erkrankt und bedürfen einer ambulanten oder stationären Behandlung. Ca. 6 % aller Kinder unter 18 Jahren sind behandlungsbedürftig psychisch krank und erfüllen die Diagnosekriterien.

Ätiologie

Die Forschung zu Ursachen, Verlauf und Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter hat ein breites Spektrum an Ergebnissen in den vergangenen Jahrzehnten zutage gefördert. In Bezug auf viele Störungsbilder ist inzwischen gut erklärbar, dass oftmals ein multifaktorielles Geschehen, bestehend aus einer genetischen Vulnerabilität, psychischen und sozialen Faktoren, zur Entstehung von psychischen Störungen beiträgt. In einer Übersicht haben TEICHER und SAMSON (2013) zeigen können, dass gerade frühes Erleben von Misshandlung und Vernachlässigung, sogenannte adverse childhood experiences (ACE), dazu führen, dass psychische Störungen früher auftreten, einen stärkeren Schweregrad sowie eine höhere Komorbidität aufweisen und schlechter auf Therapie ansprechen. Gleichzeitig kommt es zu Gen-Umwelt-Interaktionen, so dass genetische Risiken aufgrund von Umfeldbedingungen gemindert oder verschlechtert werden können (KIM-COHEN et al. 2006). Es besteht eine breite Forschung zu neurobiologischen Grundlagen kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen.

Die Umfeldfaktoren, wie familiäre Situation oder Kommunikation, Schule etc., können oft auch die Schwere und Chronizität von Störungen modulieren. Insofern ist die durch die Störung bedingte Teilhabebeeinträchtigung individuell unterschiedlich und meist von den Umfeldfaktoren beeinflusst (KÖLCH et al. 2007a+b). Die Teilhabebeeinträchtigung spielt auch eine wichtige Rolle an der Schnittstelle zu einer wichtigen Partnerschaft in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, dem SGB VIII, der Kinder- und Jugendhilfe. Im § 35 a SGBVIII werden Hilfen für seelisch Behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche definiert. Bei diesen handelt es sich zumeist um psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Diesbezüglich geht dieser Bericht auch auf die entsprechenden Schnittstellen und Angebote ein.

Leitlinien und Evidenz

Inzwischen liegen zu einigen Störungsbildern, wie depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter oder Diagnostik autistischer Störungen, Leitlinien auf dem höchsten Leitlinienniveau (S3) vor. Zusätzlich sind einige Leitlinien derzeit in der Finalisierung, wie die Leitlinien zu ADHS und zu Störungen des Sozialverhaltens. Gleichzeitig fällt auf, dass bei vielen Leitlinien entsprechende Schlüsselfragen nicht mit hinreichendem Evidenzniveau beantwortet werden können, weil Studien fehlen. Gerade für komplexe Fragestellungen oder bei komorbidem Auftreten mehrerer Störungen (eher die Regel z. B. im stationären Kontext) fehlen entsprechende Studien. Auch für Kombinationsbehandlungen, etwa Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, zeigt sich die Studienlage sehr begrenzt.

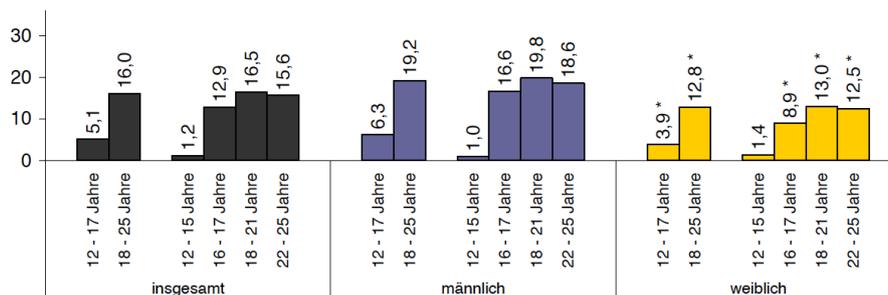
Entwicklungen

Das Auftreten von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist auch ein Seismograph für gesellschaftliche Entwicklungen. Der Zusammenhang mit Faktoren wie SES (sozioökonomischer Status) und Bildung wurde oben beschrieben. Gesellschaftliche Wahrnehmung von Problemen sowie Veränderungen in der Sozialisation von Familien und jungen Menschen führen dazu, dass auch die Versorgung darauf reagieren muss. So können Entwicklungen im Bereich des Substanzabusus, Medienkonsums etc. zu einer Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens in der Versorgung führen. Folgend werden exemplarisch einige Entwicklungen aufgezeigt, die für die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen von Relevanz sind. Ausführlicher wird auf Entwicklungen im Bereich der Versorgung dann im Schlusskapitel eingegangen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) analysiert seit Jahrzehnten die Konsummuster bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Betrachtungsraum von 1979 bis 2014 zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang sowohl beim Rauchen und beim regelmäßigen Alkoholkonsum als auch beim Cannabiskonsum. Weitere relevante Drogen sind Amphetamine, Kokain sowie psychoaktive Pflanzen. Hinsichtlich der riskanten Konsummuster zeigt sich indes ein Anstieg der Prävalenzraten. Riskante Alkoholmengen finden sich häufiger bei den Jungen als bei den Mädchen. Daten des Kerndatensatzes der Deutschen Suchthilfestatistik sowie der EBDD weisen darauf hin, dass die Gruppe der Personen mit cannabisbezogenen Störungen infolge sinkenden Einstiegsalters in riskante Gebrauchsformen stetig größer und jünger wird. Einer Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zufolge lag der Anteil der 14- bis 17-Jährigen mit einem riskanten Cannabiskonsum bei 2 %, bei den

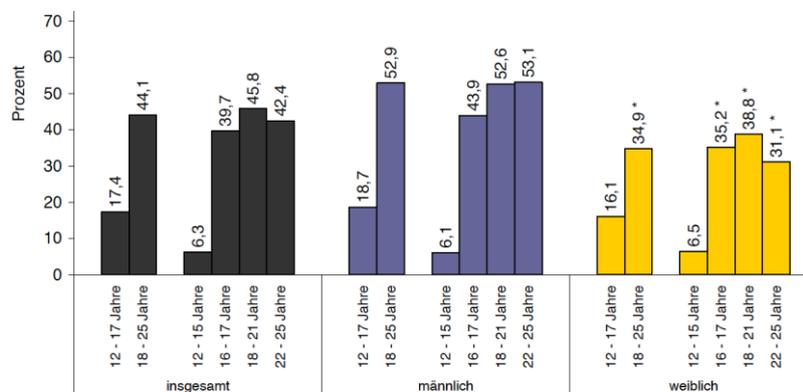
18- bis 19-Jährigen bei 4 %. Über riskanten Alkoholkonsum berichteten 20 % der 12- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen. Das Rauschtrinken („binge drinking“) ist hoch prävalent mit 39,7 % der 16- bis 17-Jährigen, wobei auch hier der Anteil der männlichen Jugendlichen höher ausfällt. Eine Besonderheit ist der häufige Mischkonsum von Jugendlichen mit Substanzabusus.

Konsum gesundheitlich riskanter Alkoholmengen nach Altersgruppen



Quelle: Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht.

Rauschtrinken, 30-Tage-Prävalenz nach Altersgruppen



Quelle: Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht.

War in der Vergangenheit Trauma und Folgen von Traumatisierung eher wenig im Fokus, hat sich dies im letzten Jahrzehnt geändert. Aufgrund mehrerer Vorfälle in institutioneller Erziehung wurde sowohl das Thema sexueller Missbrauch von Kindern als auch das Problem der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern verstärkt von der Öffentlichkeit, aber auch im Fach wahrgenommen.

Im SGB VIII erfolgten Änderungen zur Verbesserung des Kinderschutzes (Bundeskinderschutzgesetz), die auch Auswirkungen auf den Bereich des SGB V hatten. Gleichzeitig wurde die Forschung zu Folgen von ACE verstärkt (auch durch entsprechende Förderlinien des

BMBF) und die Prävention sowohl im Rahmen früher Hilfen, an denen auch Leistungserbringer aus dem SGB V Bereich beteiligt sind, als auch im Rahmen des Schutzes vor Misshandlung und Missbrauch in Institutionen, auch Krankenhäusern, verstärkt (sogenannte Schutzkonzepte).

Entwicklungspsychologisch zeigen internationale Datenerhebungen (vgl. SEIFFGE-KRENKE 2015) eine zunehmende Verlängerung der Übergangsphase zwischen Jugendlichen- und Erwachsenenalter („emerging adulthood“). Adoleszente ziehen in ganz Europa immer später von zu Hause aus. Im Durchschnitt ziehen in Deutschland junge Frauen mit 23,9 (59 % der unter 25-jährigen noch zu Hause) und junge Männer mit 25,1 Jahren (73 %) aus ihrem Elternhaus aus. Diesbezüglich ist die Transitionszeit auch für die Versorgung von psychisch Erkrankten eine Herausforderung. Es bestehen noch keine ausreichenden Strukturen und Konzepte zur Behandlung in dieser Übergangszeit, die zwischen dem Kinder- und Jugendlichenbereich und dem Erwachsenenbereich stattfindet.

5.1.2 Besonderheiten des Bedarfs

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind nie ohne ihr Familiensystem oder das sie betreuende Umfeld behandelbar. Der Einbezug dieses Umfelds, das neben der Familie auch Peers und z. B. die Kindertagesstätten, die Schule oder die Ausbildung umfasst, ist eine dringende Notwendigkeit in der Behandlung. Aufgrund der geringeren absoluten Zahl an Kindern im Vergleich zu Erwachsenen, und damit auch der im Vergleich absolut geringeren Zahl psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, ist es ein Grundproblem in der Versorgung, in der Fläche alle Angebote für alle Bedarfe sicherzustellen. Beispielsweise haben Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Durchschnitt dreimal größere Versorgungsgebiete als entsprechende Kliniken für Psychiatrie (was auch Auswirkungen auf gemeinsame Angebote hat). Spezialangebote, die lokal verankert sind, stehen oftmals kleine Fallzahlen an Patientinnen und Patienten gegenüber. Gleichzeitig ist der Weg zur Versorgung, ambulant wie stationär, gerade in der Fläche für Familien oftmals weit.

Da sich sowohl die Störungsbilder über das Aufwachsen hinweg verändern als auch die Zeit von Kindheit, Jugend und Adoleszenz insgesamt äußerst inhomogen ist, sind schon rein altersbezogen differenzierte Angebote für die Bedarfe einzelner Altersgruppen erforderlich. Kleinkinder können z. B. nur schwer auf normalen Kinderstationen behandelt werden. Zusätz-

lich ist – auch in der ambulanten Behandlung – bei Kleinkindern besondere Expertise notwendig. Spezielle Störungsbilder benötigen spezifische Settings der Behandlung und besondere Versorgungsketten. Hier ist exemplarisch der Bereich des Substanzabusus zu nennen. Im Bereich der Behandlung im Übergang bedarf es auch bei schizophrenen Erkrankungen, die oftmals mit starker Teilhabebeeinträchtigung einhergehen, Settings, die sowohl den medizinischen Bereich abdecken als auch Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen zur Ausbildung.

Viele Störungen bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sind eher chronisch; zudem bestehen in den Familien oftmals auch Risikofaktoren eher längerfristig. Von daher sind bei psychisch kranken Kindern Behandlungsansätze auch eher langfristig angelegt. Diese Langfristigkeit bedingt auch den hohen Grad der Notwendigkeit einer kooperativen Behandlung sowohl innerhalb des SGB V (z. B. zwischen ambulant und stationär, zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie oder Psychiatrie, zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) als auch zwischen den Sozialsystemen (hier insbesondere SGB VIII und SGB IX/XII) und zwischen Bereichen wie Schule, Ausbildung etc. Da viele Symptome im Alltag der Patientinnen und Patienten auftreten, bedarf es auch einer Behandlung nah der Lebenswirklichkeit der Patientinnen und Patienten.

Besondere Risikogruppen haben besondere Bedarfe an Behandlung und Diagnostik. Kinder und Jugendliche, die mit dem System der Kinder- und Jugendhilfe im Kontakt stehen, sind eine dieser high-risk-Gruppen für psychische Störungen. Bei ihnen kulminieren oftmals mehrere Risikofaktoren und auch biographisch finden sich bei ihnen gehäuft ACE in der Vorgeschichte. Kinder psychisch kranker Eltern haben sehr entwicklungspezifische Bedarfe für eine eigene Behandlung aufgrund psychischer Probleme und Störungen. Im Bereich der Hochrisikogruppen sind auch Präventionsmaßnahmen notwendig und sinnvoll.

Die Behandlung der meisten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter besteht aus vielen Bausteinen, es handelt sich um eine sogenannte multimodale Behandlung. Dazu gehören neben psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik und Intervention auch Interventionen aus dem Bereich der Sozialpädagogik, der funktionellen Therapien (wie Ergo-/Physiotherapie, Logopädie, Musiktherapie etc.), aber auch die Pharmakotherapie.

Im Bereich der Pharmakotherapie besteht aufgrund des sich entwickelnden Organismus, auch des sich entwickelnden Gehirns, eine besondere Notwendigkeit für sichere Pharmakotherapie und eine gute – und damit sehr aufwändige – Therapiesurveillance. Gleichzeitig stellt sich die Zulassungslage für einige wichtige Substanzgruppen so dar, dass sie keine oder nur eine beschränkte Zulassung für das Kindes- und Jugendalter besitzen.

5.1.3 Besonderheiten in der Versorgung

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen findet in Deutschland in einem hochdifferenzierten System statt, das nicht allein aus einem Angebot im Bereich des SGB V besteht, sondern auch die Bereiche Schule, Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe etc. miteinschließt. Entsprechend der Altersspezifität von möglichen Störungen sind die Angebote bei unterschiedlichen Institutionen angesiedelt, von pädiatrischen Praxen bis hin zu adoleszenzspezifischen Angeboten in Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie.

Die Versorgung wie auch die Forschung im Bereich der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zeichnet ein hohes Maß an Interdisziplinarität aus: Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist eine explizit multimodale und -professionelle Behandlung, die neben Methoden der Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie auch Pädagogik und Maßnahmen der Koordinierung und Begleitung von Maßnahmen im Bereich anderer Rechtskreise (z. B. SGB VIII) einschließt, wie auch Heil- und Hilfsmittelverordnungen. Diese Interdisziplinarität zeigt sich z. B. auch in der inzwischen zwar hinsichtlich der Bedürfnisse etwas veralteten Psychiatrie-Personalverordnung, die die Personalausstattung für den stationären und teilstationären Bereich festlegt: Neben ärztlichem Personal sind hier psychologische, physio- und ergotherapeutische sowie logopädische Fachkräfte und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter obligat und neben Pflegekräften sind auch Erzieherinnen und Erzieher vorgesehen. In der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist in festem Rhythmus die Einbeziehung der Eltern/Sorgeberechtigten vorgesehen. Im Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bei Niedergelassenen international einmalig die Sozialpsychiatrievereinbarung zu nennen (vgl. Kapitel ambulante Versorgung), die die umfassende interdisziplinäre Versorgung vorsieht, ebenso wie in den Institutsambulanzen der Kliniken ein komplexes Management der Probleme von Patientinnen und Patienten. Die Komplexität der Interventionen schließt in den meisten Fällen auch die Schule mit ein, als entscheidender Le-

bensraum von Kindern und Jugendlichen. Generell sind multimodale Behandlungsansätze die Regel, d. h. es wird z. B. bei depressiven Störungen im Kindesalter die Pharmakotherapie in eine psychosoziale Begleitbehandlung und/oder Psychotherapie eingebettet. Analog bedeutet dies z. B. bei der sehr häufig auftretenden kinder- und jugendpsychiatrischen Störung ADHS, dass eine Pharmakotherapie auch in eine kinder- und jugendpsychiatrische Begleitung, Elternarbeit und gegebenenfalls in weitergehende Maßnahmen auch der Kinder- und Jugendhilfe etc. eingebettet ist.

Beteiligte Berufsgruppen

Entsprechend den vorherigen Ausführungen sind folgende **Berufsgruppen** an der Diagnostik und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen beteiligt:

- Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie¹
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
- Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Schulpsychologinnen und -psychologen
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- Logopädinnen und Logopäden
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- (Kinder-)Krankenpflegerinnen und -pfleger
- (Heil-)Erzieherinnen und Erzieher
- Pädagoginnen und Pädagogen
- Lehrerinnen und Lehrer.

Berufsfelder

Ambulanter Sektor:

- Niedergelassenes ärztliches Personal in Praxen, Institutsambulanzen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

¹ Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

- und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Niederlassung
- Öffentlicher Gesundheitsdienst.

Stationärer Sektor:

- Krankenhäuser z. B. Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für pädiatrische Psychosomatik
- Kinder- und Jugendhilfe (öffentliche Jugendhilfe, freie Jugendhilfe)
- Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Jugendhilfeeinrichtungen und -trägerschaften, Erziehungs- und Familienberatungsstellen.

Schulischer Bereich:

- Schulpsychologische Dienste
- Schulen für Erziehungshilfen, u. ä.

Weiter oben wurden Besonderheiten der ungleichen Risiken für psychische Störungen in dieser Altersgruppe aufgrund des SES skizziert. Daraus ergibt sich, dass die Versorgung auch zu einem großen Teil sozialpsychiatrisch ausgerichtet ist und begrenzte Ressourcen von Familien, die oftmals eine hohe Belastung mit verschiedenen Problemen aufweisen, berücksichtigen muss. Zum anderen ist eine Besonderheit, dass psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter oftmals lange Verläufe aufweisen; viele der Patientinnen und Patienten benötigen langfristige und/oder wiederholte Behandlungen über den Verlauf des Aufwachsens hinweg, die dann entwicklungspezifische Fragestellungen beinhalten. Das heißt z. B., dass es bei kleineren Kindern oft um die Verbesserung der Interaktion innerhalb der Familie geht, während z. B. bei chronischen Verläufen im Jugendalter der Fokus mehr auf der Autonomiegewinnung und Entwicklung einer Teilhabeperspektive für das eigene Leben liegt.

Die klassische Partnerschaft in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen ist die mit der Kinder- und Jugendhilfe. Exemplarisch wird dies auch durch den § 35 a des SGB VIII ausgedrückt, der die Leistungen zur Förderung der Teilhabe bei seelisch erkrankten oder von seelischer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen dem SGB VIII zuordnet und die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe zumindest bei der Einleitung der Maßnahmen regelt. Im Unterschied zum Bereich der Erwachsenen geht es bei diesen Maßnahmen weniger um Rehabilitation, sondern entwicklungsgemäß eher um Habilitation, also die Ermöglichung von altersspe-

zifischen Entwicklungsschritten. Die Überschneidung der Klientel ist hoch (wenngleich sich natürlich in der Kinder- und Jugendhilfe eine weitaus höhere Zahl von Minderjährigen befindet): Ein hoher Anteil (38 %) der Kinder, die in kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kommen, ist bereits in der Kinder- und Jugendhilfe bekannt, umgekehrt erhalten viele Kinder (33 %) neu nach einer oder parallel zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung Leistungen aus dem Bereich des SGB VIII (BECK 2015).

Besonderheiten in der Versorgung von psychisch kranken Minderjährigen etwa im Vergleich zu Erwachsenen sind im SGB V-Kontext, dass viele Therapieformen bisher nicht ausreichend beforscht sind und von daher nach klassischen Evidenzparadigmen die Evidenz nicht ausreichend belegt ist. Für viele Psychopharmaka fehlt eine Zulassung, so dass sie off-label eingesetzt werden müssen. Die Aufklärungs- und Einwilligungproblematik stellt sich in einer höheren Komplexität dar: Eltern müssen einwilligen, aber auch der oder die Jugendliche; in bestimmten Konstellationen können Jugendliche selbständig über die Behandlung entscheiden (nicht jedoch bei Forschung). Minderjährige sind aber stets an der Aufklärung und Entscheidung zu beteiligen. Zwangsmaßnahmen haben eine andere Grundlage (zurzeit mit der gestärkten Position von Eltern durch den BGH): Sie werden größtenteils auf Grundlage des § 1631 b BGB durchgeführt; aktuell wird vertreten, dass bei elterlich genehmigten Zwangsmaßnahmen im Sinne der Freiheitsbeschränkung keine richterliche Genehmigung erforderlich ist und diese nur für freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig sei. Die Positionierung seitens der Fachverbände ist hier eindeutig, nämlich die Erforderlichkeit einer richterlichen Erlaubnis bei allen Formen als notwendig zu erachten.

5.2 Ambulante Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

5.2.1 Ambulante Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Rahmen des SGB V

5.2.1.1 An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer

An der ambulanten Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind vorderhand folgende Berufsgruppen beteiligt:

- Fachärztliches Personal für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte.

Im Rahmen ärztlich verordneter ambulanter Behandlung werden weitere Berufsgruppen tätig, z. B. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen/Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden.

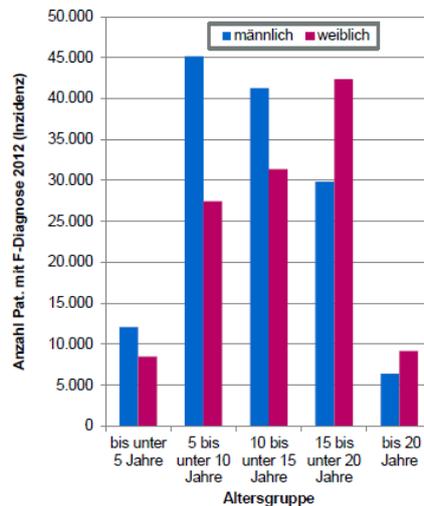
Die ambulante Versorgung erfolgt zum einen in der sogenannten „vertragsärztlichen Versorgung“. Darunter versteht man die ärztliche Versorgung der in den gesetzlichen Krankenkassen sowie bei den sonstigen Kostenträgern Versicherten durch zugelassenes ärztliches Personal und Medizinische Versorgungszentren, die auch Ärztinnen und Ärzte anstellen können (§ 73 SGB V).

Des Weiteren sind medizinische Einrichtungen wie kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V) und Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ambulant tätig. Im Rahmen einer Ermächtigung können diese an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, außerdem auch Hochschulambulanzen bzw. staatlich anerkannte psychotherapeutische Ausbildungsstätten (§ 117 SGB V), psychiatrische Krankenhäuser (§ 118 Abs. 1 SGB V), Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen (§ 119 a SGBV), stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 119 b SGB V) sowie bei Unterversorgung zugelassene Krankenhäuser (§ 116 a SGB V).

5.2.1.2 Inzidenzkohorten-Analyse der KBV

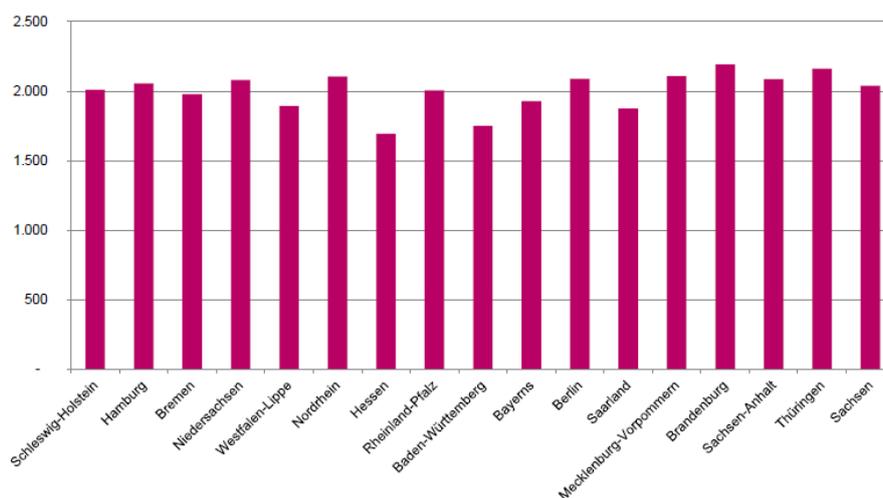
Im Rahmen des am 14. Juni 2016 durchgeführten Workshops zur ambulanten Versorgung wurde seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Inzidenz-Kohortenanalyse vorgestellt. Datengrundlage stellten deutschlandweite Abrechnungsdaten der ambulant tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten im Zeitraum 2010 bis 2014 dar. Eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten von 1 bis 20 Jahren, bei denen 2012 erstmals die Diagnose einer psychischen Erkrankung in mindestens zwei Quartalen gestellt wurde. Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer F-Diagnose in den vorherigen Jahren 2010 und 2011 (Ausnahme F70-79 oder F80-89).

Im Jahr 2012 erhielten 253.539 Kinder und Jugendliche erstmals eine F-Diagnose im vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Bereich; davon waren 53,1 % männlich und 46,9 % weiblich. Dies entspricht etwa 2 % der gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen bis 20 Jahre.



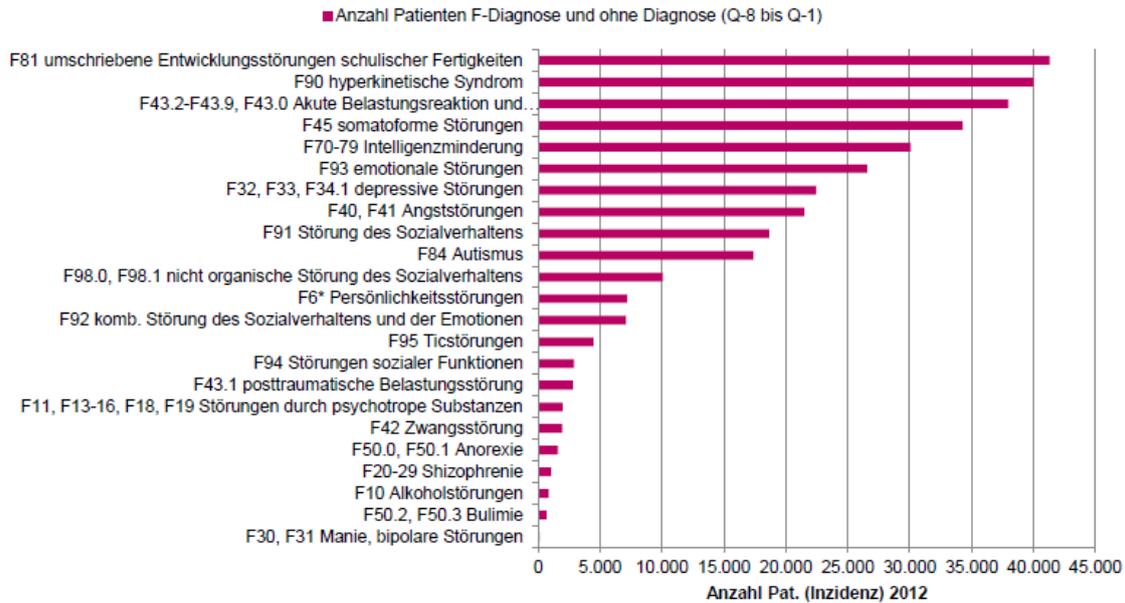
Quelle: Vortrag von Herrn Dr. Tenckhoff am 14. Juni 2016

Über die verschiedenen Bundesländer hinweg zeigte sich eine ähnliche Inzidenz. Eine Fokussierung auf Stadtstaaten, wie es bei den Erwachsenen bekannt ist, existiert im Bereich der Kinder und Jugendlichen nicht.



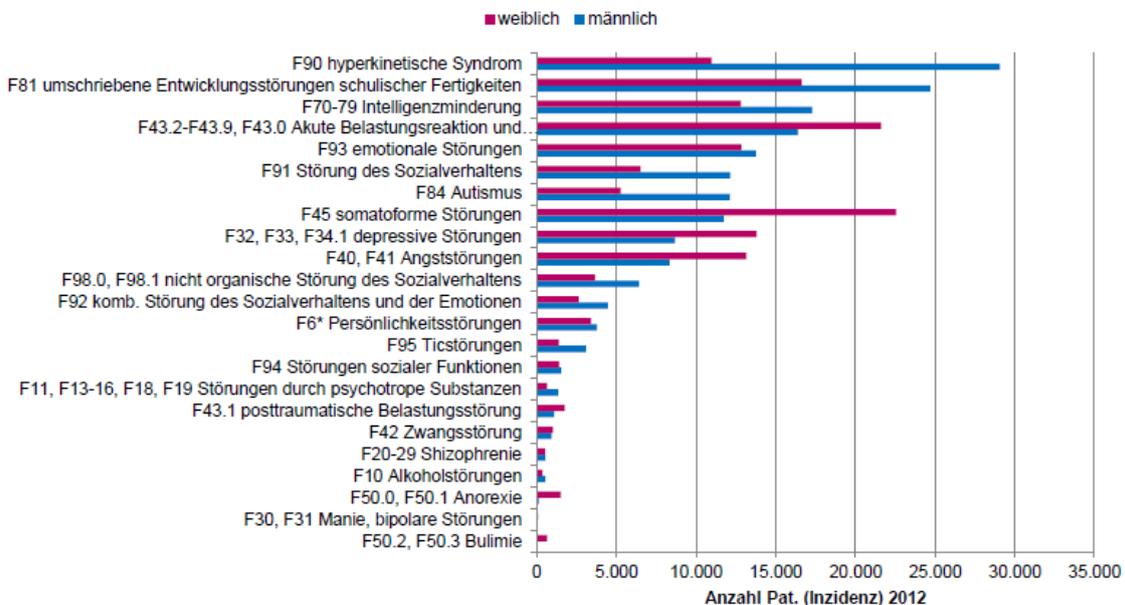
Quelle: Vortrag von Herrn Dr. Tenckhoff am 14. Juni 2016

Hinsichtlich der Diagnosen innerhalb der Inzidenzkoorte ist erkennbar, dass insbesondere das hyperkinetische Syndrom (F90) und Entwicklungsstörungen (F81) eine große Rolle spielen (absolute Zahlen, Aufsummierung über vier Quartale, daher mehr als eine Diagnose pro Patientin oder Patient möglich).



Quelle: Vortrag von Herrn Dr. Tenckhoff am 14. Juni 2016

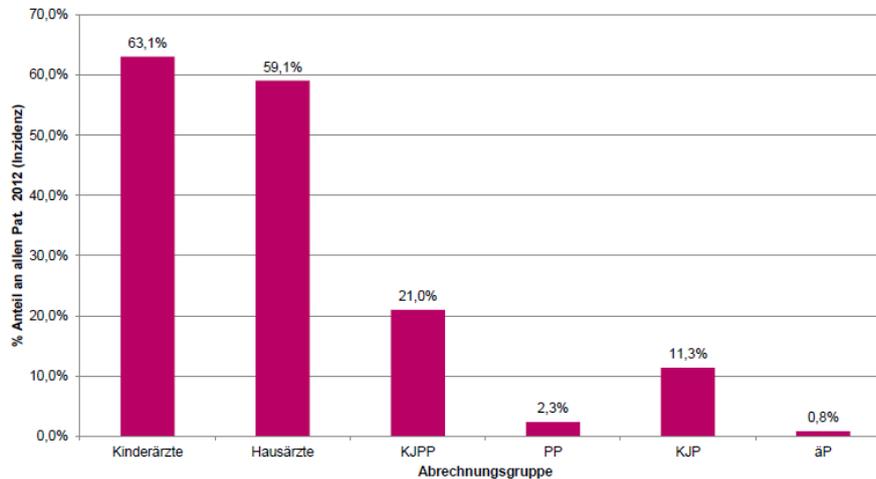
Bei Differenzierung nach Geschlecht zeigte sich in den Diagnosegruppen der hyperkinetischen Störungen (F90) und umschriebenen Entwicklungsstörungen (F81) ein starker Überhang bei den Jungen, bei den Diagnosegruppen der Angststörungen (F40-41), der unipolaren Depressionen (F32; F33; F34.1) und der somatoformen Störungen (F45) hingegen bei den Mädchen.



Quelle: Vortrag von Herrn Dr. Tenckhoff am 14. Juni 2016

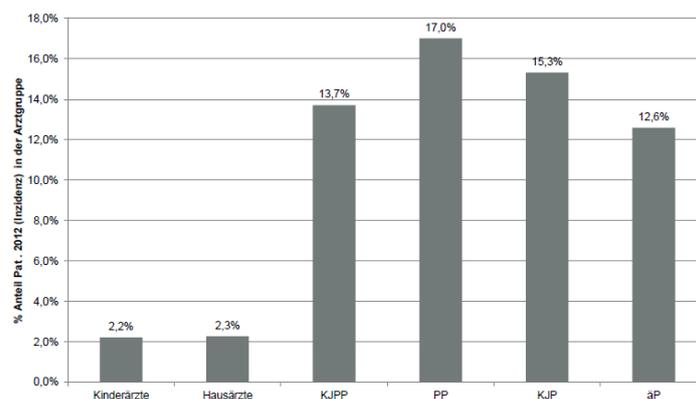
Hinsichtlich der ärztlichen Gruppen ist erkennbar, dass von der Gruppe der im Jahr 2012 erstmalig mit einer F-Diagnose diagnostizierten Patientinnen und Patienten die Mehrheit Kinderärztinnen und -ärzte (63,1 %) und Hausärztinnen und -ärzte (59,1 %) aufgesucht haben.

Wesentlich seltener wurden Leistungen von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern (21,0 %), Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten (11,3 %) sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (2,3 %) in Anspruch genommen (Bedingung: mindestens eine Vorstellung in einem der vier Quartale).



Quelle: Vortrag von Herrn Dr. Tenckhoff am 14. Juni 2016

Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit erstmaliger F-Diagnose im Jahr 2012 an allen in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten lag erwartungsgemäß bei den Kinder- und Hausärztinnen und -ärzten am niedrigsten (2,3 % bzw. 2,2 %). Bei den spezialisierten Berufsgruppen (Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten) betrug der Anteil der neu inzidenten Patientinnen und Patienten zwischen 12,6 % und 17,0 %. Den höchsten Anteil (17 %) hatten neu inzidente Fälle an allen Behandlungsfällen bei den Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten



Quelle: Vortrag von Herrn Dr. Tenckhoff am 14. Juni 2016

Von der Gruppe der im Jahr 2012 neu inzidenten 253.539 Kindern und Jugendlichen erhielten 57.610 eine SPV-Behandlung und 26.303 eine genehmigungspflichtige Psychotherapie; nur 674 (0,26 %) erhielten innerhalb des Jahres sowohl eine SPV-Behandlung als auch eine genehmigungspflichtige Psychotherapie.

Jahr	Anzahl Patienten 2012 (Inzidenz)			Anteil an genehmigungspfl. PT	Anteil an SPV
	SPV	genehmigungspfl. PT	genehmigungspfl. PT + SPV		
2012	57.610	26.303	674	2,56%	1,17%

Quelle: Vortrag von Herrn Dr. Tenckhoff am 14. Juni 2016

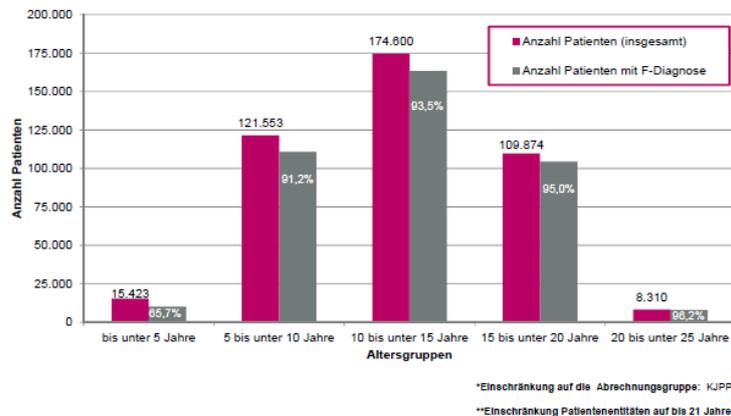
5.2.1.3 Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

5.2.1.3.1 Patientinnen- und Patientendaten

Anlässlich des am 04.02.2016 durchgeführten Datenworkshops wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bundesweite Abrechnungsdaten präsentiert, die patientenbezogene Behandlungsdaten von ca. 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten (entspricht ca. 90 % der Bevölkerung) beinhalten. Der Zeitraum der Auswertung umfasst das 1. bis 4. Quartal 2014. Die Ergebnisse beschränkten sich auf die Abrechnungsgruppe Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) und Patientinnen und Patienten bis zu einem Alter von 18 bzw. ausnahmsweise von 21 Jahren.

Im Jahre 2014 wurden demnach 429.760 Kinder und Jugendliche (bis 21 Jahre) bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren im Jahr 2014 entspricht dies einem Anteil von 0,3 % (N = 12,96 Millionen). Bei 92,2 % der Patientinnen und Patienten wurde eine gesicherte F-Diagnose gestellt (bezieht sich auf die Angabe zur Diagnosesicherheit). Der Großteil (61 %) war männlich, nur 39 % weiblich. Dies stimmt mit weltweiten Inanspruchnahmedaten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie überein (COSTELLO et al., 2003; HÖLLING et al., 2014). Wie der unten stehenden Abbildung zu entnehmen ist, wurde am häufigsten die Altersgruppe zwischen 10 und 15 Jahren behandelt (N = 174.600). Zudem steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer gesicherten F-Diagnose an.

Patienten insgesamt und mit gesicherten F-Diagnosen bei KJPP** nach Altersgruppen



Quelle: Vortrag von Frau D. Kurch-Bek am 4. Februar 2016

Patientinnen und Patienten insgesamt mit gesicherten F-Diagnosen nach Alter und Geschlecht

	Altersgruppen														
	0 bis < 5 Jahre			5 bis < 10 Jahre			10 bis < 15 Jahre			15 bis < 20 Jahre			20 bis < 25 Jahre		
	♀	♂	0	♀	♂	0	♀	♂	0	♀	♂	0	♀	♂	0
Patientinnen und Patienten gesamt	6.413	8.850	160	41.399	78.957	1.197	59.141	113.573	1.886	53.643	55.436	795	4.063	4.211	36
Patientinnen und Patienten mit F-Diagnose	3.944	6.096	94	36.659	73.072	1.075	54.320	107.157	1.755	50.774	52.842	742	3.901	4.059	35

Quelle: Differenzierung nach Alter und Geschlecht. Auswertung der KBV, zur Verfügung gestellt von Frau D. Kurch-Bek

Die häufigsten (gesicherten) F-Diagnosen umfassten mit 43,0 % die hyperkinetischen Störungen (F90), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie emotionale Störungen des Kindesalters (22,5 %) (Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten von N = 429.760; diese können mehrere Diagnosen tragen).

ICD-Code	Beschreibung	% Anteil an allen Patienten bei KJPP ^{*/**/***}
F90	Hyperkinetische Störungen	43,0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23,1%
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	22,5%
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	19,3%
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	18,3%
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	16,0%
F91	Störungen des Sozialverhaltens	10,9%
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	10,3%
F32	Depressive Episode	9,4%
F45	Somatoforme Störungen	8,0%

Quelle: Vortrag von Frau D. Kurch-Bek am 4. Februar 2016

Kategorie (ICD-3-Steller)	ICD-Text	% Anteil männliche Patienten an allen männlichen Patienten bei KJPP
F90	Hyperkinetische Störungen	47,7 %
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	17,1 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	15,5 %
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	15,4 %
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10,5 %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	7,9 %
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	7,5 %
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	6,0 %
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	6,0 %
F91	Störungen des Sozialverhaltens	5,3 %

Quelle: Differenzierung nach F-Diagnose und Geschlecht. Auswertung der KBV, zur Verfügung gestellt von Frau D. Kurch-Bek

Kategorie (ICD-3-Steller)	ICD-Text	% Anteil weibliche Patientinnen an allen weiblichen Patientinnen bei KJPP
F90	Hyperkinetische Störungen	23,3 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	22,7 %
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	20,4 %
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	13,4 %
F32	Depressive Episode	9,8 %
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8,5 %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	4,8 %
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	4,4 %
F41	Andere Angststörungen	4,0 %
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	3,8 %

Quelle: Differenzierung nach F-Diagnose und Geschlecht. Auswertung der KBV, zur Verfügung gestellt von Frau D. Kurch-Bek

%-Anteil Patientinnen und Patienten externalisierende Störungen an allen Patientinnen und Patienten bei KJPP	51,7 %
%-Anteil männliche Patienten externalisierende Störungen an allen männlichen Patienten bei KJPP	61,5 %
%-Anteil weibliche Patientinnen externalisierende Störungen an allen weiblichen Patientinnen bei KJPP	36,1 %

%-Anteil Patientinnen und Patienten internalisierende Störungen an allen Patientinnen und Patienten bei KJPP	54,0 %
%-Anteil männliche Patienten internalisierende Störungen an allen männlichen Patienten bei KJPP	46,8 %
%-Anteil weibliche Patientinnen internalisierende Störungen an allen weiblichen Patientinnen bei KJPP	65,5 %

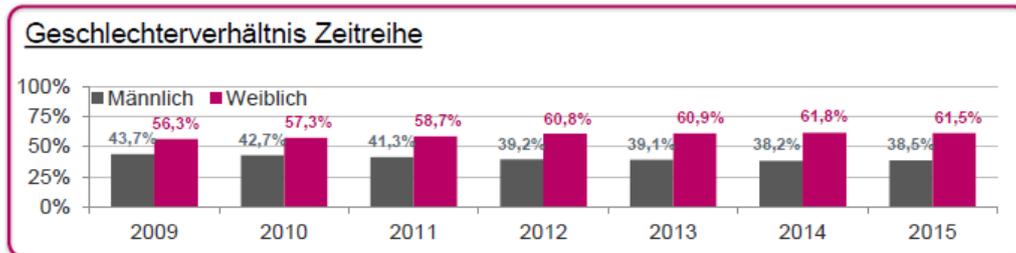
Quelle: Differenzierung nach internalisierenden und externalisierenden Störungen². Auswertung der KBV, zur Verfügung gestellt von Frau D. Kurch-Bek

Mit Blick auf die Verteilung der F-Diagnosen bei Jugendlichen unter 21 Jahren und den Anteil der KJPP-Betreuung in Prozent zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede.

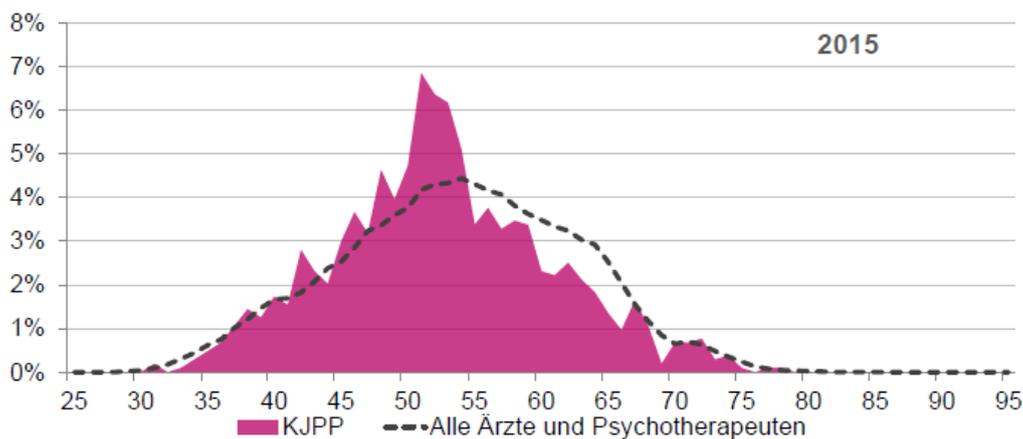
² Internalisierende Störungen: F32.- bis F51.- (außer F44), F54.-, F63.3, F93.-, F94.0, Externalisierende Störungen: F63.1, F63.2, F90.- bis F92.-

5.2.1.3.2 Versorgungsstruktur

Im Jahr 2014 waren 1.018 KJPP deutschlandweit tätig. Im Zeitraum von 2009 bis 2014 ist ein Zuwachs in der fachärztlichen Gruppe um 31 % (von 776 in 2009 auf 1.018 in 2014) feststellbar. Mit Blick auf das Geschlechterverhältnis zeigt sich, dass der Frauenanteil deutlich angestiegen ist. Das Durchschnittsalter betrug 52,6 Jahre (Daten aus dem Bundesarztregister).



Quelle: Vortrag von Dr. Gibis am 14. Juni 2016



Quelle: Vortrag von Hr. Gibis am 14. Juni 2016

Eine Besonderheit in der vertragsärztlichen Versorgung ist die bundesmantelvertragliche „Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43 a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, im Folgenden SPV abgekürzt). Teilnehmen können Ärztinnen und Ärzte, die berechtigt sind, die Fachgebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiaterin bzw. Kinder- und Jugendpsychiater (und -psychotherapeutin und -psychotherapeut) zu führen, aber auch Kinderärztinnen und -ärzte, Nervenärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Verpflichtend bei Teilnahme ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Praxis ("intra-" und "extramural"), wobei das Praxisteam neben der Ärztin oder dem Arzt mindestens eine Heilpädagogin oder einen Heilpädagogen und eine Sozialarbeiterin oder einen Sozialarbeiter bzw. eine entsprechende Anzahl von Mit-

arbeitenden aufweisen muss, die über vergleichbare Qualifikationen (Fach-, Fachhoch-, Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer/-therapeutischer Zusatzqualifikation) verfügen. Außerdem muss sichergestellt werden, dass umfassende diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden und eine Mindestanzahl von Patientinnen- und Patientenkontakten stattfinden. Falls keine Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Sprach-, Ergo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Praxis mitarbeiten, ist im Bedarfsfall eine Kooperation mit diesen Berufen nachzuweisen. Zusätzlich ist der Nachweis regelmäßiger Fallbesprechungen und gegebenenfalls der Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens mit anderen beteiligten Ärztinnen und Ärzten zu erbringen. Hierbei werden verschiedene Heilberufe einbezogen und ein Gesamtbehandlungskonzept für die Patientin oder den Patienten, die Eltern und das soziale Umfeld entwickelt (LEHMKUHL & BREUER, 2013).

Im Laufe der Jahre hat sich die sozialpsychiatrische Praxis zu dem vorherrschenden Behandlungssetting ambulanter Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entwickelt: In einem Vortrag im Februar 2016 im Rahmen des APK-Datenworkshops wurden hierzu Zahlen aus dem Jahre 2014 vorgelegt.

Etwa Zweidrittel der ambulant tätigen KJPP (N = 703) nehmen demnach inzwischen an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil und erbrachten im Auswertungszeitraum in diesem Rahmen Leistungen, 379 KJPP nicht (Angaben nicht summentreu, da eine Ärztin oder ein Arzt im Verlauf eines Jahres an der SPV teilweise teilnehmen kann und teilweise nicht). Bei Differenzierung des Ärztinnen- und Ärztezuwachses zeigt sich, dass der Zuwachs bei KJPP mit SPV 42 % betrug und bei KJPP ohne SPV mit 17 % etwas niedriger lag.

Anzahl der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie (KJPP)*



Quelle: Vortrag von Fr. D. Kurch-Bek (KBV) am 04. Februar 2016

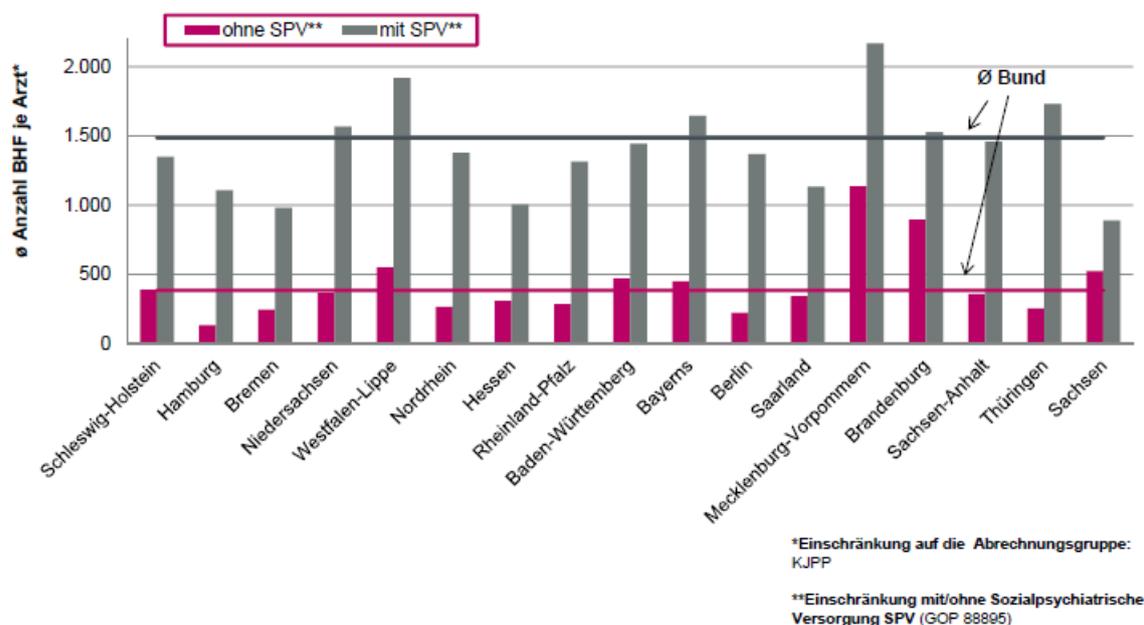
Hinsichtlich der Teilnahme an der SPV sind regionale Unterschiede zum Bundesdurchschnitt (65,8 % vs. 34,2 %) erkennbar. Während vor allem in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ein Anteil von 70,0 % bzw. 80,0 % erreicht wird, liegt die Anzahl in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bremen nur annähernd halb so hoch (35,3 % bis 44,4 %). Bei der Interpretation der Daten bleibt zu berücksichtigen, dass die Grundgesamtheit zwischen den KVEn schwankt (Beispiel Bremen: N = 5 Praxen).

KV	Anteil KJPP* mit SPV**	Anteil KJPP* ohne SPV**
Schleswig-Holstein	66,0%	34,0%
Hamburg	70,9%	29,1%
Bremen	44,4%	55,6%
Niedersachsen	83,5%	16,5%
Westfalen-Lippe	63,4%	36,6%
Nordrhein	77,8%	22,2%
Hessen	62,5%	37,5%
Rheinland-Pfalz	66,7%	33,3%
Baden-Württemberg	50,4%	49,6%
Bayerns	66,9%	33,1%
Berlin	61,8%	38,2%
Saarland	42,9%	57,1%
Mecklenburg-Vorpommern	70,0%	30,0%
Brandenburg	80,0%	20,0%
Sachsen-Anhalt	35,3%	64,7%
Thüringen	46,7%	53,3%
Sachsen	60,0%	40,0%
Bund	65,8%	34,2%

Quelle: Vortrag von Frau D. Kurch-Bek (KBV) am 4. Februar 2016

Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle³ pro Ärztin oder Arzt betrug mit SPV durchschnittlich 1.500, ohne SPV knapp 400 Fälle. Im Bundeslandvergleich zeigen sich überdurchschnittliche Fallzahlen z. B. für Mecklenburg-Vorpommern (inkl. MVZ).

³ Ein Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1, Bundemantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) definiert als die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr (Quartal) zulasten derselben Krankenkasse.



Quelle: Vortrag von Frau D. Kurch-Bek (KBV) am 4. Februar 2016

KV (Leistungs-Region)	Metriken	Praxis-Art				
		Jahr	Einzelpraxis 2014	Gemeinschaftspraxis 2014	MVZ/§ 311- Einrichtung 2014	Krankenhaus 2014
01 Schleswig-Holstein	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		296,54	655,53	51,00	
02 Hamburg	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		194,18	25,98	17,57	240,00
03 Bremen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		215,31	346,00		
17 Niedersachsen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		416,46	163,68	281,51	
20 Westfalen-Lippe	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		503,85	434,29	1.249,00	
38 Nordrhein	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		295,72	155,77		147,80
46 Hessen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		323,91	26,88	289,00	228,68
51 Rheinland-Pfalz	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		389,78	95,76		288,83
52 Baden-Württemberg	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		481,31	303,76	244,57	295,55
71 Bayerns	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		501,24	325,39	313,96	
72 Berlin	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		272,19	84,26	218,00	
73 Saarland	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		548,13	42,52		
78 Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		470,40	1.277,21		
83 Brandenburg	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		860,05			
88 Sachsen-Anhalt	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		86,86		428,67	309,00
93 Thüringen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		786,91	66,64		
98 Sachsen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		575,55		224,78	

Quelle: Differenzierung nach Praxisart ohne SPV. Auswertung der KBV, zur Verfügung gestellt von Frau D. Kurch-Bek

KV (Leistungs-Region)	Metriken	Praxis-Art					
		Jahr	Einzelpraxis 2014	Gemeinschaftspraxis 2014	MVZ/§ 311- Einrichtung 2014	Krankenhaus 2014	Sonstige 2014
01 Schleswig-Holstein	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.382,05	1.237,54	1.360,96		
02 Hamburg	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		894,53	1.209,73	959,31		
03 Bremen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		972,12	983,25			
17 Niedersachsen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.514,79	1.550,32	831,91		1.204,12
20 Westfalen-Lippe	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		2.003,20	1.632,77			
38 Nordrhein	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.326,09	1.512,71	624,97	258,00	
46 Hessen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		982,31	1.040,40			
51 Rheinland-Pfalz	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.331,51	655,50			
52 Baden-Württemberg	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.475,05	1.305,92	152,00		
71 Bayerns	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.536,73	1.686,64	2.088,00		
72 Berlin	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.299,74	1.051,60	779,36		
73 Saarland	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.179,64		760,65		
78 Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		2.307,35		1.976,80		
83 Brandenburg	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.638,50	821,48			
88 Sachsen-Anhalt	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.467,70	2.150,00	890,00		190,00
93 Thüringen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.887,39		887,12		
98 Sachsen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt		1.022,35	800,52	549,16		

In den Jahren 2013 und 2014 wurde durch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland eine wissenschaftliche Evaluation der sozialpsychiatrischen Versorgung durchgeführt (HAGEN 2015). Darin wurden die Praxis- und Kooperationsstrukturen der an der SPV teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, das Spektrum der psychiatrischen Diagnosen und psychischen Störungen sowie der Erfolg der Behandlung sowohl aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie der Eltern dargestellt. An der SPV-Evaluation haben sich bei der ersten Erhebung insgesamt 487 Praxen und 605 Ärztinnen und Ärzte beteiligt. Pro Praxis wurden durchschnittlich 34 Patientinnen und Patienten dokumentiert. Durchschnittlich 17 Patientinnen und Patienten einer Ärztin oder eines Arztes haben einen Patientenfragebogen ausgefüllt. An der zweiten Erhebungswelle beteiligten sich 412 Praxen und 505 Ärztinnen und Ärzte. In einem Workshop im September 2016 wurden außerdem seitens des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (bkjpp) Charakteristika aktueller SPV-Behandlung gesammelt und beschrieben (HERBERHOLD).

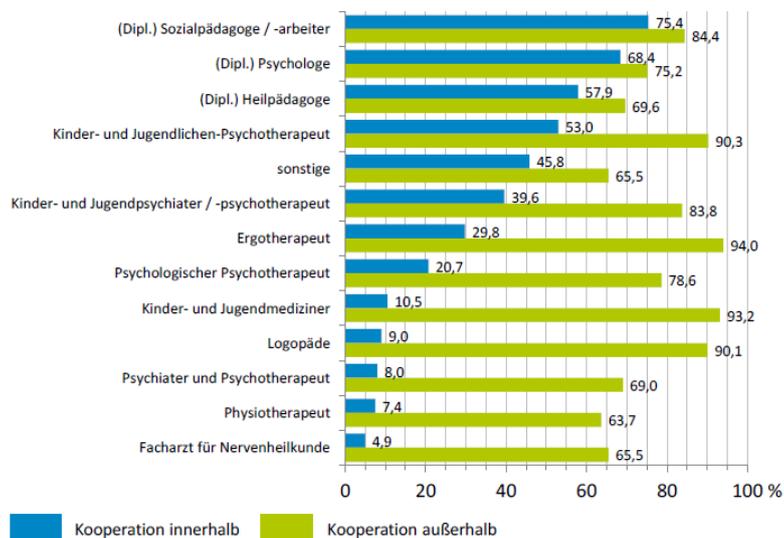
Zentral für die Sozialpsychiatrie ist demnach die Teambehandlung der Patientin oder des Patienten. Die sozialpsychiatrischen Therapeutinnen und Therapeuten werden in einem therapeutischen Setting eingesetzt, in dem die Ärztin oder der Arzt als teamleitend und koordinierend fungiert. Teamsitzungen (Fallvorstellungen) dienen als Reflexionsraum für diagnostische und differentialdiagnostische Erwägungen, Indikationsstellung, Therapiegestaltung und -planung. Es erfolgt eine prozessorientierte Anpassung der Diagnostik und resultierender Diagnosen im gesamten Behandlungsverlauf. Dadurch wird eine indikationsbezogene Variabilität durchgeführter Behandlungen, auch aufgrund der dem Behandlungsteam vorbehaltenen vielfältigen Behandlungsressourcen, sichergestellt. Sowohl intra- als auch extramural erfolgen während der spezifisch durchgeführten Behandlung Feedbackschleifen zur Optimierung und Validierung der Behandlung.

„Am Patienten“ bzw. „an der Patientin“ bilden Ärztin bzw. Arzt und SPV-Therapeutin bzw. SPV-Therapeut ein "Tandem der Behandlung". In dieser Struktur wird methodenintegrativ gearbeitet. Wichtiges Charakteristikum sind Besprechungen vor und mit der Patientin oder dem Patienten und der Familie und die Einbeziehung in die weiteren Behandlungsschritte. Ziel ist das flexible Reagieren auf regionale, soziale und aktuelle Bedürfnisse und Notwendigkeiten im Therapieverlauf. Das Behandlungsziel kann dabei mehrdimensional als entwick-

lungsmmedizinisch, entwicklungspsychologisch und entwicklungspädagogisch beschrieben werden.

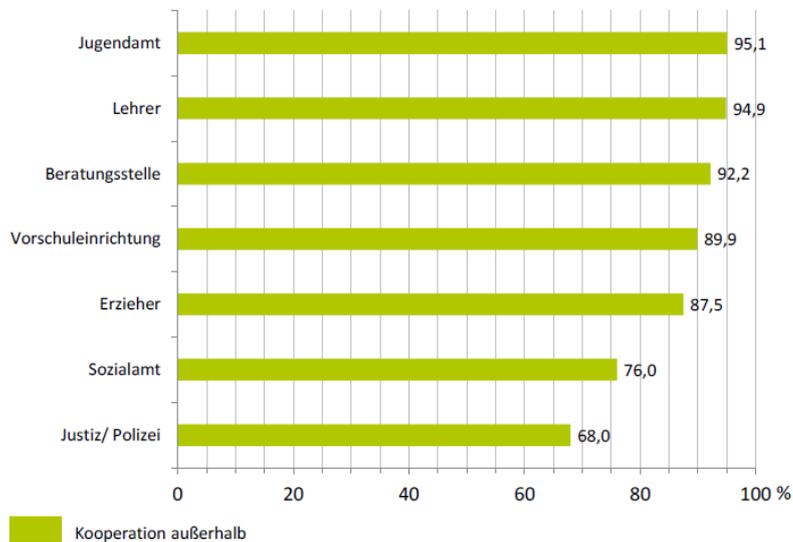
Das multiprofessionelle Arbeiten wird auch in Netzwerken mit enger interner und externer Kooperation verwirklicht. Durch den strukturell vorgegebenen systemorientierten Blick auf die Patientinnen und Patienten und ihr Störungsbild ist die Arbeit mit "extramuralen" Strukturen (Personen, Institutionen) für die sozialpsychiatrische Behandlung konstitutionell. Nach Absprache mit der Patientin oder dem Patienten und der Familie erfolgen spezifische Behandlungsmaßnahmen entweder in der sozialpsychiatrischen Praxis selbst durch die Ärztin bzw. den Arzt oder die SPV-Therapeutin bzw. den SPV-Therapeuten oder mit extramuralen Behandlungspartnern des Gesundheitssystems (z. B. Ergo- oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten) oder sozialen Hilfsinstitutionen (z. B. Jugendamt/Jugendhilfe).

Abbildung 2: Kooperation mit Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Praxis



Berufsgruppen, mit denen sowohl innerhalb wie außerhalb der Praxis kooperiert werden kann; sortiert nach Rate der Kooperation innerhalb; in % der teilnehmenden Praxen, n: 487; Mehrfachangaben möglich

Abbildung 3: Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb der Praxis



Berufsgruppen, mit denen nur außerhalb der Praxis kooperiert werden kann; in % der teilnehmenden Praxen, n: 487; Mehrfachangaben möglich

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

Die Analyse der erbrachten Leistungen in der Gesamtheit kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen ergab für das Jahr 2014, dass 95,9 % der Patientinnen und Patienten eine sogenannte "klassische" psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erhielten (ärztliche Gesprächs- und Betreuungsleistung sowie Grundpauschalen). Richtlinienpsychotherapie erhielten 5,3 % aller ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen und Patienten. Koordinationsleistungen und die Betreuung chronisch Kranker ("komplexe Verordnungen") wurden bei 60,9 % aller ambulanten KJPP-Patientinnen und -Patienten abgerechnet.

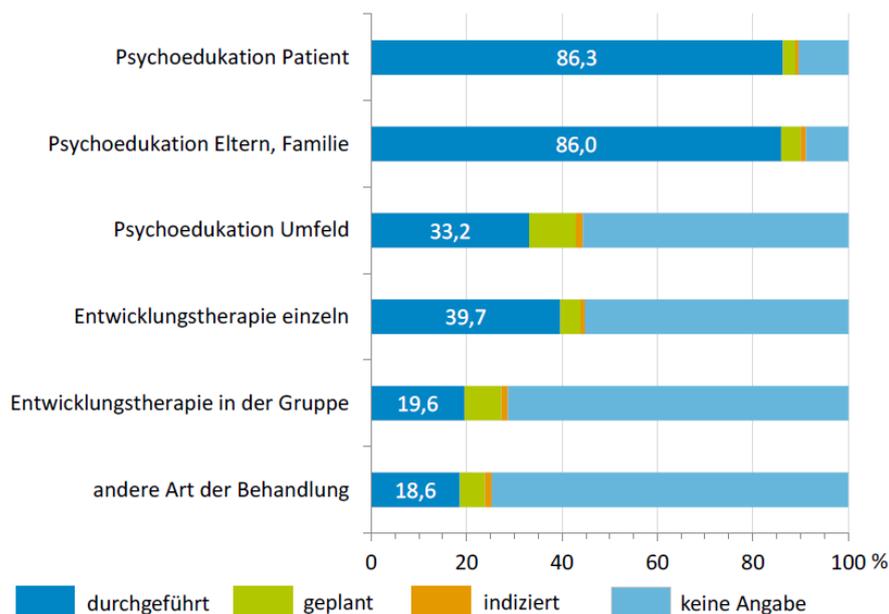
Die SPV-Pauschale wurde – in etwa dem Anteil der Praxen, die an der SPV teilnehmen, entsprechend – bei 69,6 % der Patientinnen und Patienten in Anschlag gebracht. Die von den SPV-Therapeutinnen und SPV-Therapeuten erbrachten konkreten Leistungen wurden über die in der Analyse als "funktionelle Entwicklungstherapien" (dazu gehören Einzel- und Gruppentherapien) zusammengefassten Einzelleistungen bei 43,5 % der Patientinnen und Patienten abgerechnet. Die durch sozialpsychiatrische Therapeutinnen und Therapeuten angewandten Therapieverfahren sind inhaltlich nicht festgelegt und umfassen neben Psychoedukation und Beratung der Patientinnen und Patienten und deren Familie sowie Entwicklungstherapien im engeren Sinne (motorisch, sensorisch-integrativ, sprachlich, heilpädagogisch, ergotherapeutisch,...) inzwischen eine Vielzahl von einzel-, gruppen- und familienpsychotherapeutischen Methoden verschiedener Therapieschulen.

Kategorie	%Anteil an allen Patienten bei KJPP * / ** / ***
klassische KJPP-Behandlung (GOPen: 14220-14222, 14210, 14211)	95,9%
Psychodiagnostik (GOPen: 35300-35302)	51,8%
SPV (GOP 88895)	69,6%
komplexe Verordnungen (GOPen: 14313,14314,14240)	60,9%
funktionelle Entwicklungstherapien (GOPen: 14310,14311,30300, 30301)	43,5%
RLPT (Kapitel 35.2 , GOP 3510)	5,3%

Quelle: Vortrag von Frau D. Kurch-Bek am 4. Februar 2016

Die SPV-Evaluation konnte zeigen, dass dabei in 67,5 % der Fälle ein Einbezug der Eltern oder der gesamten Familie in die Behandlung erfolgte. Die besondere Funktion der sozialpsychiatrischen Behandlungsweise im Rahmen der Akutversorgung wird dadurch deutlich, dass knapp 30 % der von den sozialpsychiatrischen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführten Behandlungen Kriseninterventionen waren.

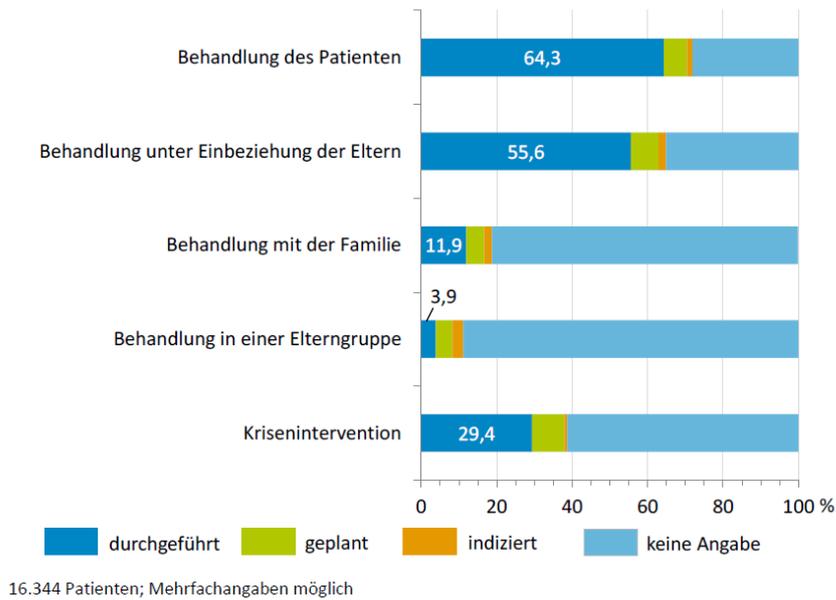
Abbildung 23: Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis (1) – Psychoedukation, Entwicklungstherapie und andere



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

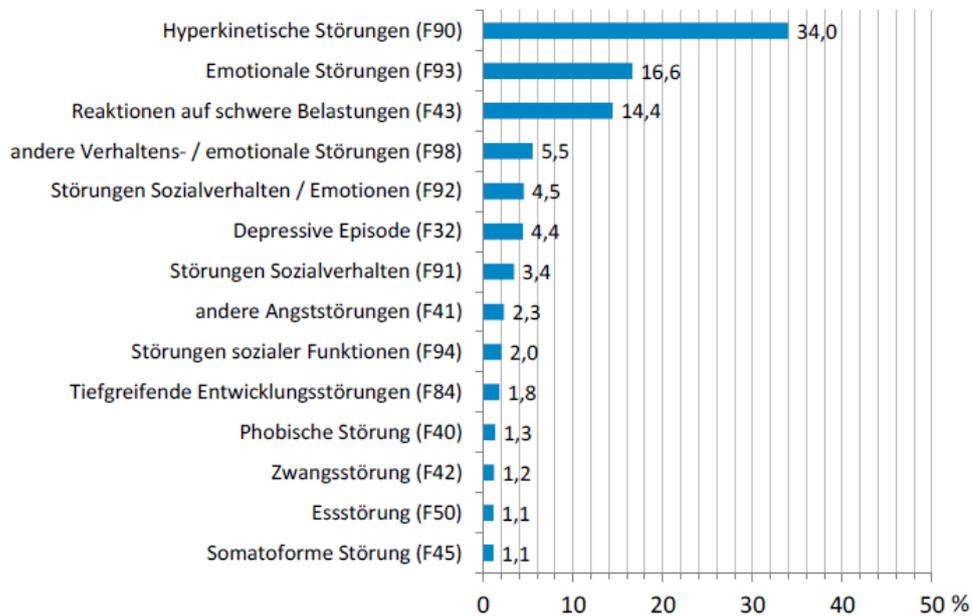
Abbildung 24: Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis (2) – störungsspezifische therapeutische Maßnahmen und Krisenintervention



Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

Die häufigsten Hauptdiagnosen sind die hyperkinetischen Störungen (F90), die emotionalen Störungen (F95) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen (F43).

Abbildung 7: Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen

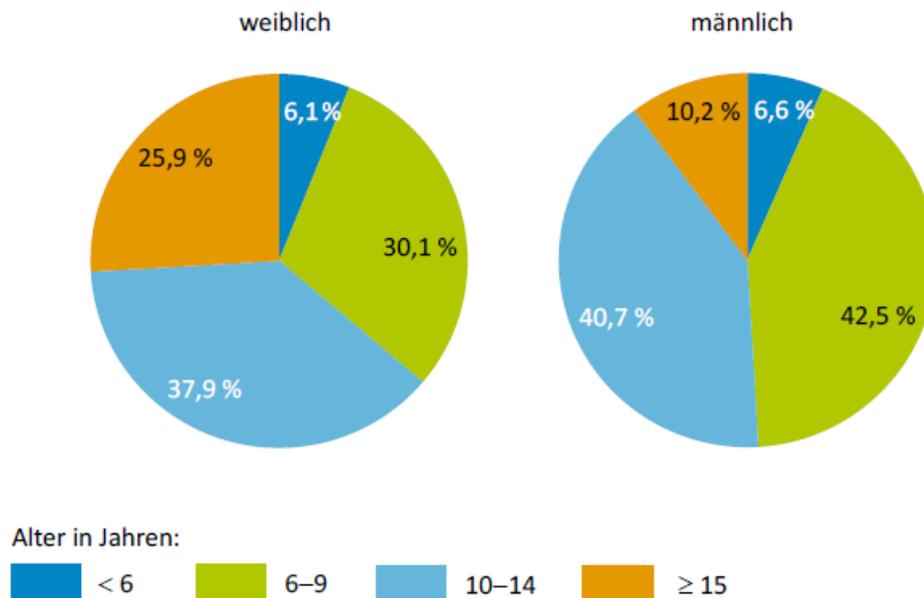


16.344 Patienten

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

Hinsichtlich der Geschlechts- und Altersverteilung zeigte die Studie den bereits bekannten Trend, dass die höchste Inanspruchnahme bei den Mädchen in der Altersgruppe von 10 bis 14 Jahren (37,9 %), bei den Jungen in der Altersgruppe zwischen 6 und 9 Jahren (42,5 %) lag.

Abbildung 4: Altersgruppen

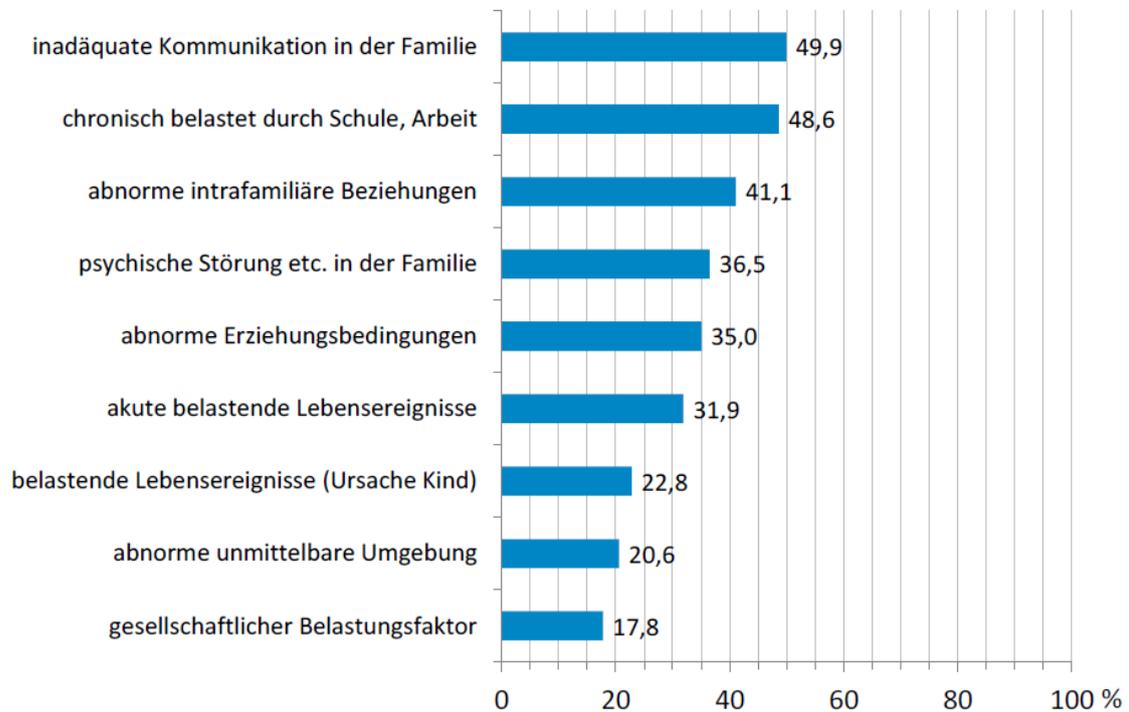


16.153 Patienten mit gültiger Angabe zu Alter und Geschlecht (davon männl.: 9.569)

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

Betrachtet man die begleitenden psychosozialen Umstände, die zum Aufsuchen einer kinder- und jugendpsychiatrischen- und -psychotherapeutischen Praxis führen, zeigt sich die Komplexität psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Nicht überraschend ist, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sehr stark durch familiäre Störfaktoren (inadäquate Kommunikation, abnorme Beziehungen oder psychische Störungen der Eltern) begleitet, möglicherweise auch verursacht, werden. In immerhin 48,6 % werden aber zusätzlich Belastungen durch Schule und Arbeit kodiert; in 20,6 % ("abnorme unmittelbare Umgebung") bzw. 17,8 % ("gesellschaftlicher Belastungsfaktor") der Fälle spielen soziale Einflussfaktoren eine gewichtige Rolle.

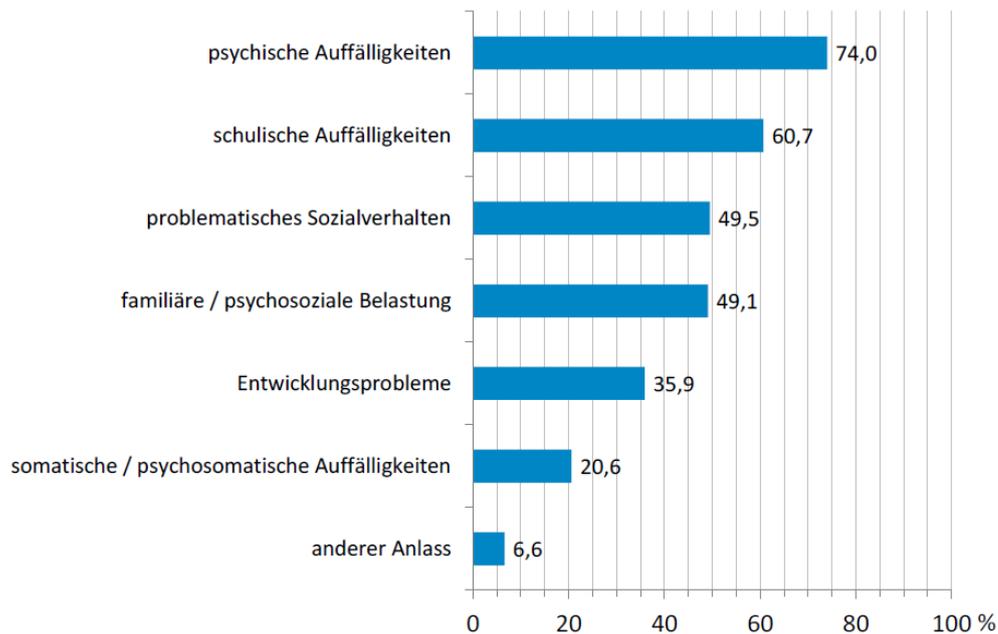
Abbildung 13: Häufigkeit assoziierter abnormer psychosozialer Umstände



Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

Dies zeigt sich auch, wenn man die Behandlungsanlässe, die schließlich zum Aufsuchen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis führen, betrachtet. Nach der als solche beschriebenen "psychischen Auffälligkeit" werden an zweit- und dritthäufigster Stelle "schulische Auffälligkeiten" und "problematisches Sozialverhalten" genannt.

Abbildung 5: Behandlungsanlässe



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

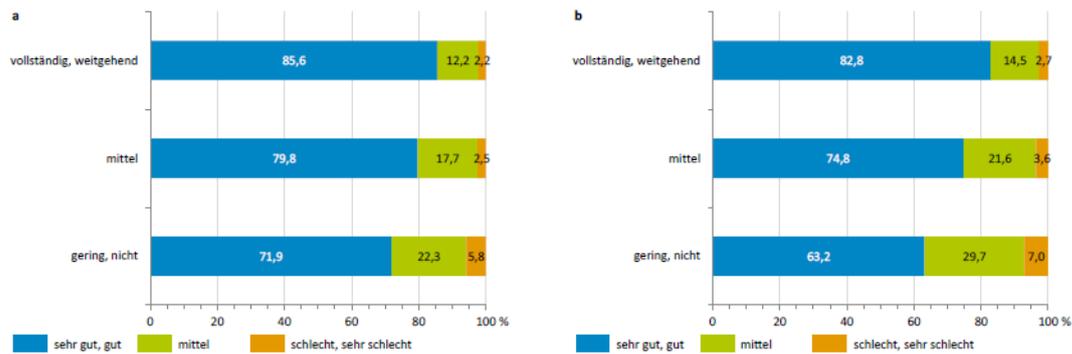
Eine Besonderheit der Evaluationsstudie liegt darin, dass in erster Annäherung auch eine Einschätzung der Qualität der erfolgten Behandlung versucht wurde.

Die Patientinnen und Patienten bzw. ihre Eltern wurden gebeten, einen aus 16 Fragen bestehenden Fragebogen auszufüllen. Dieser Bitte folgten im zweiten Erhebungszeitraum 5.886 Patientinnen und Patienten und bewerteten ärztliche Aufklärung, Praxisstruktur und -personal sowie Behandlungsangebot und -erfolg über eine Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht).

Die Bewertungen von Behandlungserfolg und Symptomverbesserung aus Sicht der Patientinnen und Patienten wurde anschließend mit der Bewertung der Ärztinnen und Ärzte bei der gleichen Patientin oder beim gleichen Patienten verglichen. Hierbei ergaben sich bemerkenswerte Übereinstimmungen zwischen der Sicht der Ärztin oder des Arztes und der Patientin oder dem Patienten bzw. der Eltern. Erfreulich ist dabei die häufige Übereinstimmung der Behandeltenperspektive mit der ärztlichen Einschätzung: So bewerten im zweiten Erhebungszeitraum 2014 83 % der Patientinnen und Patienten eine Behandlung als gut oder sehr gut, wenn die Ärztin oder der Arzt sie als vollständig oder weitgehend erfolgreich einstuft. Dabei

ist zu beachten, dass nur ein Anteil von 19 % als abgeschlossen dokumentiert wurde. Bemerkenswert ist, dass auch bei von den Ärztinnen und Ärzten als nur gering oder nicht erfolgreich bewerteten Behandlungen Patientinnen und Patienten und/oder Eltern positive Veränderungen wahrnahmen.

Abbildung 41: Bewertung des Behandlungserfolgs aus Sicht der Ärzte und der Patienten

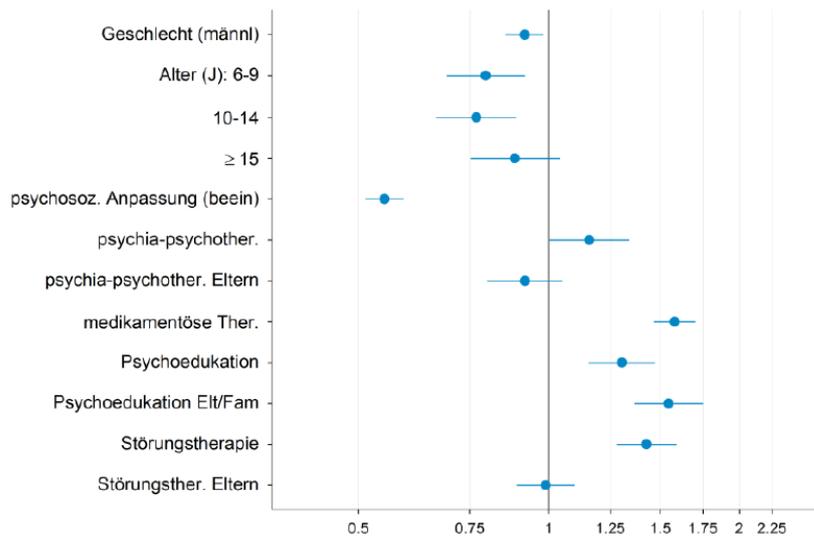


verknüpfbare Patientenfragebögen 2013 (a): 4.055, 2014 (b): 3.188; Items „Erfolg der Intervention“ (Arzt) und „Erfolg der Behandlung“ (Patient); Lesebeispiel: 2013 bewerteten 85,6 % der Patienten/Eltern in jenen Fällen den Behandlungserfolg als sehr gut oder gut, 12,2 % als mittel und 2,2 % als schlecht oder sehr schlecht, in denen der Arzt die Behandlung als vollständig oder weitgehend erfolgreich bewertet

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

Als negative Prädiktoren eines entweder von den Behandelten/Eltern oder der ärztlichen Seite bewerteten Behandlungserfolgs zeigte sich insbesondere eine beeinträchtigte psychosoziale Anpassung, als positiver Prädiktor eines Behandlungserfolgs konnten medikamentöse Therapie, Psychoedukation und eine störungsspezifische Therapie identifiziert werden.

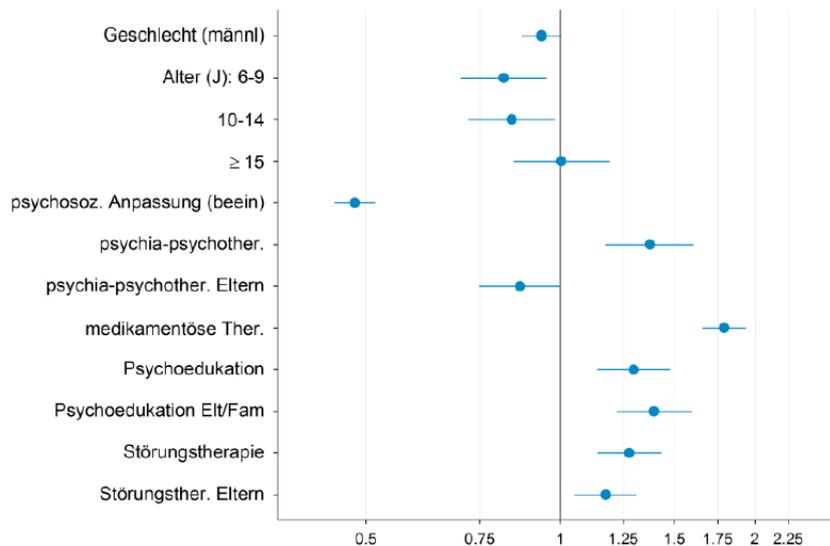
Abbildung 33: Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Behandlungserfolgs



Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle; abhängige Variable: Erfolg der Intervention, Kategorien „vollständig“ oder „weitgehend“ vs. Kategorien „mittel“, „gering“, „nicht eingetreten“ oder „nicht beurteilbar“; Referenzgruppen Geschlecht: weiblich, Alter: < 6 Jahre, psychosoziale Anpassung: gut bis mäßig beeinträchtigt, alle übrigen: nicht durchgeführt; Fälle im Modell: 16.066

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

Abbildung 34: Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Symptomverbesserung



Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle; abhängige Variable: Besserung der Symptomatik, Kategorien „vollständig“ oder „weitgehend“ vs. Kategorien „mittel“, „gering“, „nicht eingetreten“ oder „nicht beurteilbar“; Referenzgruppen Geschlecht: weiblich, Alter: < 6 Jahre, psychosoziale Anpassung: gut bis mäßig beeinträchtigt, alle übrigen: nicht durchgeführt; Fälle im Modell: 16.066

Quelle: Hagen B : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln, 2015

5.2.1.4 Niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird in Deutschland insbesondere von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geleistet. Mit Stand vom 31.12.2015 waren von diesen Berufsgruppen zur vertragspsychotherapeutischen bzw. vertragsärztlichen Versorgung zugelassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf, Zugriff am 13.12.2016):

- 4.942 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- 17.605 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, von denen in den verschiedenen kassenärztlichen Vereinigungen 17-25 % im Umfang von mindestens 25 % auch Kinder und Jugendliche behandelt haben
- 1.038 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie.

Eine neuere Studie der Bundespsychotherapeutenkammer in Kooperation mit Elsevier Health Risk Analytics hat die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen untersucht (BPtK-Studie “Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen” in Vorbereitung).

Ausgangsbasis für die Analyse bildete dabei die Forschungsdatenbank (FDB) des Health Risk Institute (HRI), die sich aus den anonymisierten Daten von rund sieben Millionen Versicherten aus rund 80 gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Bereich der BKKen und IKKen zusammensetzt. Hieraus wurde eine in Bezug auf Alter und Geschlecht für die deutsche Gesamtbevölkerung repräsentative Stichprobe gebildet (stratifiziert nach Alters- und Geschlechtsangaben von DeStatis für das Jahr 2011). Auf Basis der Forschungsdatenbank des Health Risk Institute wurden die Daten von rund sieben Millionen Versicherten aus rund 80 Betriebs- und Innungskrankenkassen analysiert. Diese Datenbank umfasst Abrechnungsdaten zu Diagnosen, Arzneimittelverordnungen sowie ambulanten und stationären Leistungen. Die Studie war zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht veröffentlicht. Vorab wurden anlässlich des am 14.06.2016 durchgeführten Workshops zur ambulanten Versorgung im Rahmen des Projekts einzelne Ergebnisse vorgestellt, die im Folgenden dargestellt werden.

Bezogen auf die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen mit einer F-Diagnose in 2010 zeigte sich in dieser Studie, dass 3,2 % der Betroffenen im selben Zeitraum eine genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistung erhalten hatten. Unter Berücksichtigung auch der probatorischen Sitzungen erhöhte sich der Anteil der psychotherapeutisch versorgten Patientinnen und Patienten auf 4,8 %. Mit zunehmendem Alter erhöhte sich der Anteil in ambulanter Psychotherapie behandelten von 0,5 % in der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen auf 4,6 % in der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen und 5,8 % in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen. Während in den jüngeren Altersgruppen hierbei keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede bestehen, zeigte sich für die Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen eine höhere psychotherapeutische Behandlungsrate in Höhe von 7 % bei den weiblichen Jugendlichen im Vergleich zu 4,7 % bei den männlichen Jugendlichen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung. Etwas abgeschwächt zeigte sich dieser Geschlechtseffekt auch bei der Inanspruchnahme von niederschweligen, nicht-genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Interventionen und Gesprächsleistungen. Insgesamt nahmen 28,6 % der Kinder und Jugendlichen mit der Diagnose einer psychischen Störung im selben Jahr diese niederschweligen Leistungen in Anspruch. In der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen waren dies rund 14 % und in der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen ein knappes Drittel, ohne dass sich hier bedeutende Geschlechtsunterschiede zeigten. Dagegen nahmen mit 43,4 % der weiblichen Jugendlichen mit einer psychischen Störung im Vergleich zu 36,4 % der 14- bis 17-jährigen Jungen mindestens niederschwellige Leistungen in Anspruch.

Für die weiteren Auswertungen wurde insbesondere auf die Gruppe „therapie-naiver“ Kinder und Jugendlicher zwischen 0 und 17 Jahren fokussiert, die im Aufgreifjahr 2010 erstmalig eine psychotherapeutische Behandlung begonnen hatten. Therapie-naiv bedeutete dabei, dass diese Kinder zwar im Jahr 2010, aber nicht in den vier Quartalen vor der erstmaligen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (genehmigungspflichtige Psychotherapie sowie probatorische Sitzungen) solche Leistungen in Anspruch genommen hatten. Die Stichprobe umfasste N = 3.616 Kinder und Jugendliche.

Berufsgruppen in der ambulanten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Nahezu drei Viertel der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen, die 2010 eine genehmigungspflichtige Psychotherapie begonnen hatten, wurden von Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapeutinnen und -therapeuten behandelt. Von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurden weitere 14,5 % der Kinder und Jugendlichen behandelt, während die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 4,3 % der Behandlungen durchführte. Bei den verbleibenden 8 % der Fälle wurde die psychotherapeutische Behandlung durch andere fachärztliche Gruppen durchgeführt bzw. in dem Datensatz fehlten die Angaben zur Berufsgruppe der Behandelnden.

Geschlechter- und Altersverteilung in der Psychotherapie

Etwa ein Drittel der psychotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen war unter 10 Jahre alt. Während in den jüngeren Altersgruppen entsprechend der höheren Prävalenzrate noch mehr Jungen als Mädchen psychotherapeutisch behandelt wurden, stieg der Anteil der Mädchen an den behandelten Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren auf knapp 70 % (Abbildung 1).

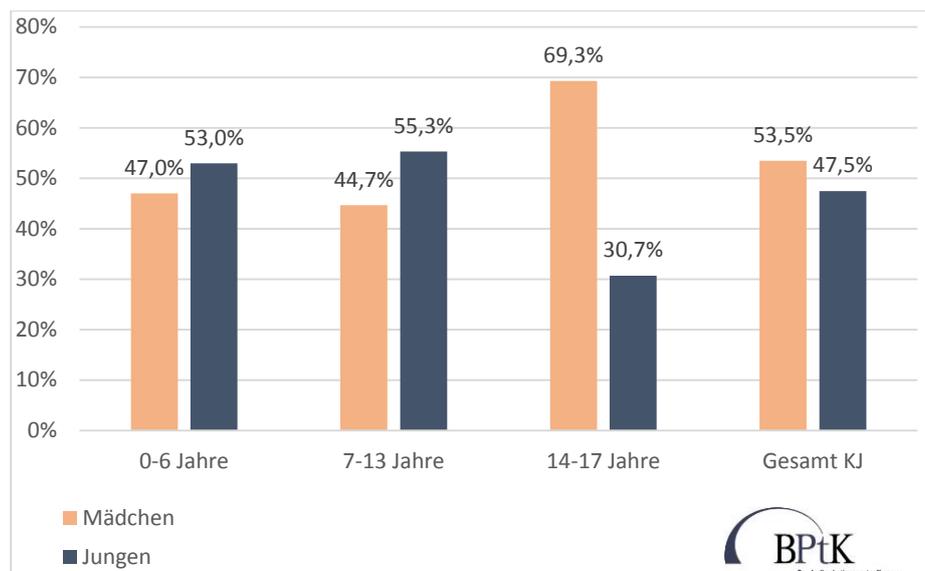


Abbildung 1: Geschlechterverteilung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie nach Altersgruppen
Quelle: BPtK-Studie “Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen” (in prep.⁴)

Bei vielen Kindern und Jugendlichen, die eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten aufsuchen, scheint eine psychotherapeutische Behandlung als Richtlinien-Psychotherapie nicht erforderlich zu sein oder wird von den Patientinnen und Patienten nicht in Anspruch genommen, denn bei fast 50 % von ihnen schloss sich an die Probatorik keine Richtlinien-Psychotherapie an. Ursachen können sein, dass nur eine diagnostische Abklärung erforderlich war, Patientinnen und Patienten auf Beratungsangebote oder andere Hilfeangebote verwiesen

⁴ BPtK-Studie “Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen” (in Vorbereitung)

werden konnten oder eine kurze Beratung der Eltern gegebenenfalls bereits ausreichend war, oder aber seitens der Familien kein Therapiewunsch mehr bestand. Dabei lässt sich mit zunehmendem Alter ein spezifischer Geschlechtereffekt zeigen.

Während in der jüngeren Altersgruppe der Anteil der Mädchen, die nach den probatorischen Sitzungen eine ambulante Psychotherapie beginnen, mit 54 % im Vergleich zu 52 % bei den Jungen nur geringfügig höher ausfällt, geht die Schere in der Gruppe der Jugendlichen deutlicher auseinander: Bei den 14- bis 17-Jährigen beginnen 60 % der weiblichen Jugendlichen nach den probatorischen Sitzungen eine ambulante Psychotherapie, während dies nur noch für 50 % der Jungen der Fall ist.

Häufigste psychische Diagnosen von Kindern und Jugendlichen

Emotionale Störungen des Kindesalters, Anpassungsstörungen und die Gruppe der Hyperkinetischen Störungen und der Störungen des Sozialverhaltens zählen zu den häufigsten Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie (siehe Abbildung 2).

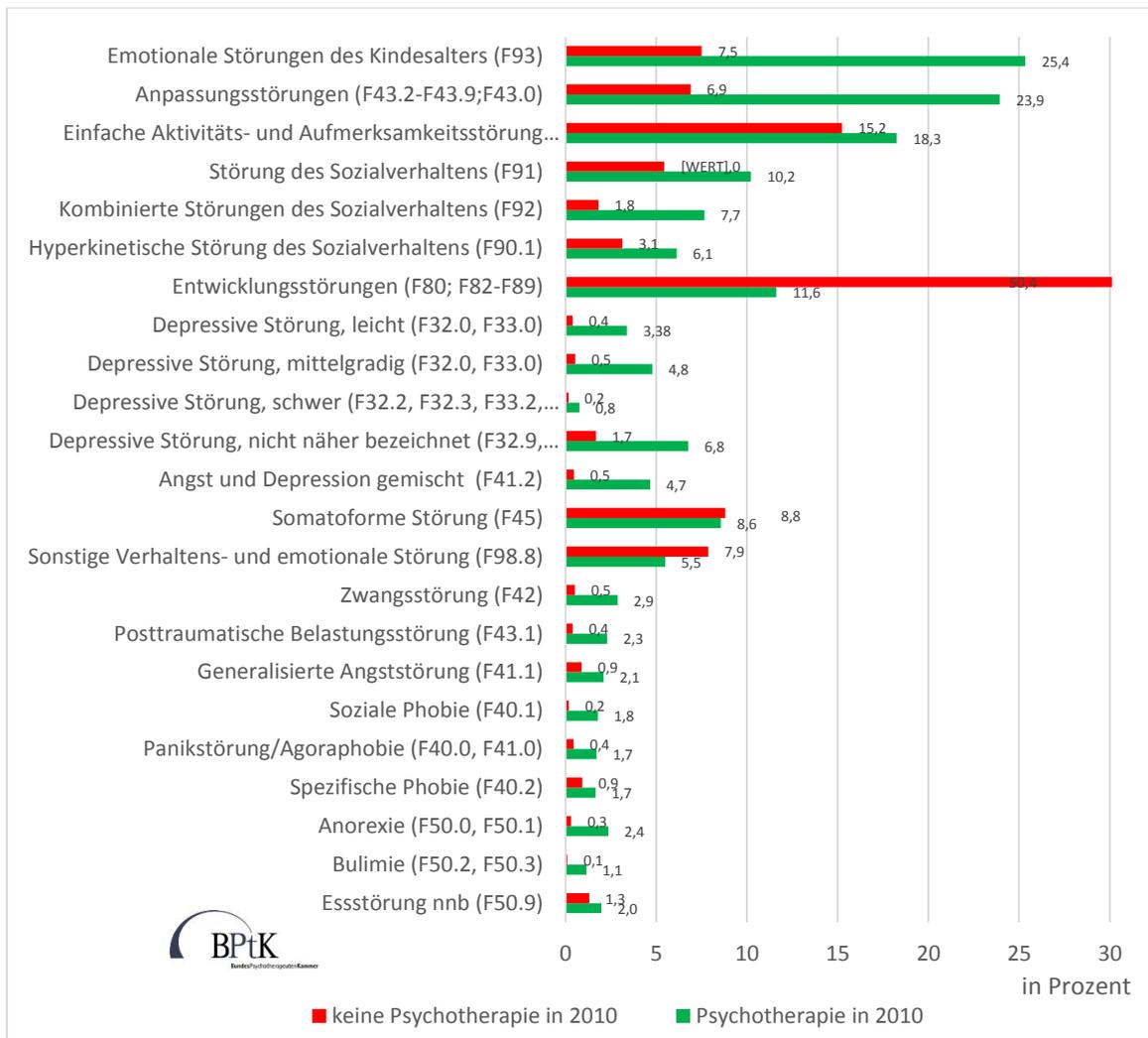


Abbildung 2: Diagnosespektrum von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie
 Quelle: BPTK-Studie “Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen” (in Vorbereitung)

Im Vergleich zu der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit der Diagnose einer psychischen Störung, aber ohne psychotherapeutische Leistungen in 2010 zeigt sich, dass emotionale Störungen des Kindesalters, Anpassungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, aber auch depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen in psychotherapeutischer Behandlung deutlich häufiger diagnostiziert werden und Anlass für eine psychotherapeutische Behandlung sind.

Weniger prägnante Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten in Psychotherapie und jenen mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung, aber ohne psychotherapeutische Leistungen im Jahr 2010 finden sich insbesondere bei der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, den somatoformen Störungen und den sonstigen Verhaltens- und emotionalen Störungen.

Dauer der psychotherapeutischen Behandlungen

Mehr als die Hälfte (53,3 %) der Therapien, die bei Kindern und Jugendlichen nach einer probatorischen Sitzung in Anspruch genommen wurden, sind Kurzzeit-Therapien (bis 25 Sitzungen). Die Analysen zeigen, dass die meisten Kinder und Jugendlichen innerhalb einer Kurzzeit-Therapie behandelt werden können und behandelt werden. Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen benötigt sogar weniger als zehn psychotherapeutische Sitzungen. Insgesamt benötigt nur knapp ein Viertel der Kinder und Jugendlichen längere psychotherapeutische Behandlungen von mehr als 50 Therapiestunden. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass sich die Dauer der Behandlung nicht an den Kontingenten orientiert, sondern dem individuellen Bedarf angepasst werden. So wird bei der Mehrzahl der Kurzzeit-Therapien das Behandlungskontingent von 25 Sitzungen nicht ausgeschöpft.

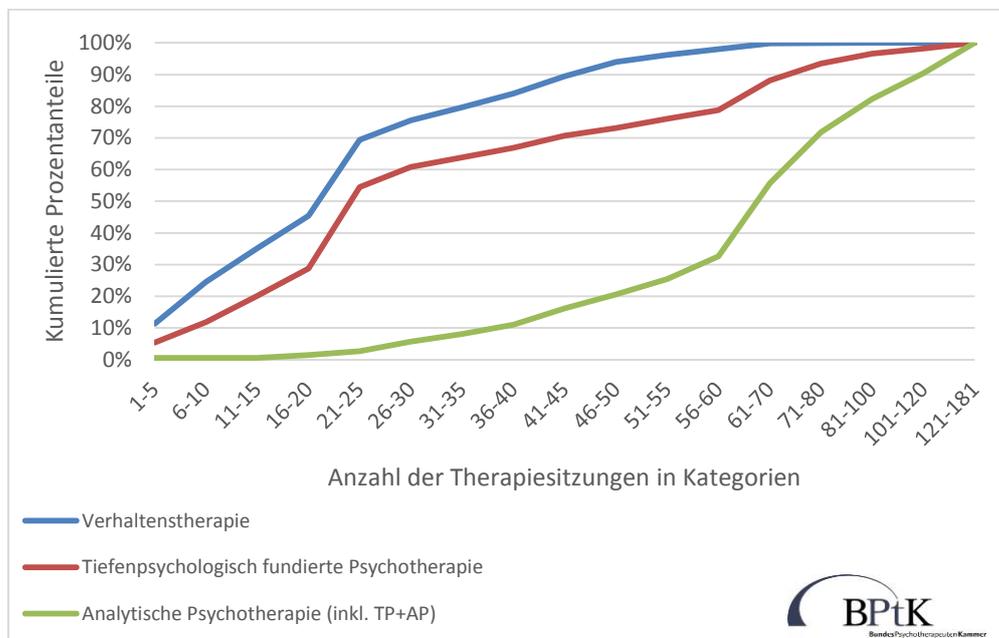


Abbildung 3: Kumulierte Häufigkeit der Behandlungsdauer von Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie nach Psychotherapieverfahren

Quelle: BPtK-Studie "Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen" (in Vorbereitung)

Vorbehandlungen

Darüber hinaus wurden auch die Vorbehandlungen mit Psychopharmaka als ein möglicher Indikator für den Schweregrad der Erkrankung bei den Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie im Vergleich mit jenen mit einer psychischen Störung, aber ohne ambulante Psychotherapie analysiert. In der nachfolgenden Abbildung ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Psychopharmakoverordnung im Zwei-Jahres-Vorzeitraum für diejenigen Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie in 2010 (N=1.566) im Vergleich zu denjenigen mit dokumentierter F-Diagnose in 2010, die in 2010 jedoch we-

der probatorische noch eine genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen haben (N=96.730), dargestellt.

Bezüglich der Pharmakotherapie zeigen sich Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen, die 2010 eine Psychotherapie erhielten und denjenigen, die keine Psychotherapie in Anspruch nahmen. 17,6 % der Kinder und Jugendlichen mit Psychotherapie in 2010 hatten in den acht Quartalen zuvor bereits zumindest eine Psychopharmakoverordnung erhalten, während dies bei 12,6 % der Kinder und Jugendlichen, die 2010 keine Psychotherapie erhielten, der Fall war. Die prägnantesten Unterschiede zeigen sich dabei für die Gruppe der Psychostimulanzien und die Gruppe der Antidepressiva, welche die zwei am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen verordneten Substanzgruppen waren.

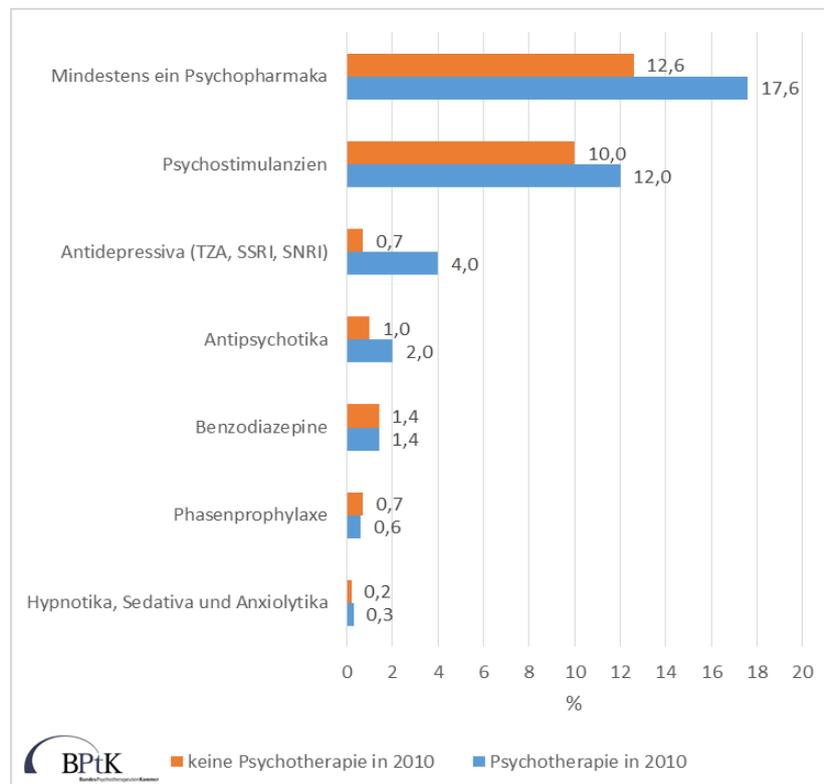


Abbildung 4: Psychopharmakologische Vorbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie
Quelle: BPtK-Studie "Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen" (in prep.)

Auch bei den stationären Vorbehandlungen wegen psychischer Erkrankungen ergeben sich Hinweise auf die Schwere der Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie. Insgesamt werden psychisch kranke Kinder und Jugendliche nur sehr selten stationär behandelt (1,2 %). Die psychisch kranken Kinder und Jugendlichen, die sich im Jahr 2010 in Psychotherapie befanden, waren jedoch im Vergleich dazu in den zwei Jahren zuvor mehr als viermal so oft bereits stationär behandelt worden.

5.2.1.5 Die Rolle von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten bei der Prävention und Versorgung in Bezug auf seelische sowie psychosoziale Probleme bei Kindern und Jugendlichen

Im Sinne der Grundversorgung übernehmen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte eine wichtige Rolle bei der Erkennung von psychischen Auffälligkeiten und der differenzierten Zuweisung zu fachärztlicher Behandlung. Wie oben in den Daten gezeigt, stellen sie einen großen Anteil der Arztgruppe, die F-Diagnosen vergibt. Bei genauerer Betrachtung werden von ihnen insbesondere Diagnosen aus dem Bereich F8, also der motorischen und sprachlichen Entwicklungsstörungen gestellt. Sie nehmen auch eine wichtige Rolle im Bereich der Versorgung von Kindern mit ADHS ein (vgl. Anhang BIPS: Versorgungsanalyse der pharmako- und psychotherapeutischen Behandlung von Kindern mit ADHS im Langzeitverlauf: Untersuchung der Machbarkeit mit GKV-Routinedaten).

Nach FISCHBACH (2016), Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), sind oftmals die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erste Ansprechpartner für Eltern wegen Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder. Kontakt zu Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten wird einerseits direkt über die Eltern oder Sorgeberechtigten gesucht oder von Kita bzw. Schule veranlasst. Hinzu kommen Vorstellungen aus Wohlfahrtseinrichtungen und über die Jugendhilfe. Aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte besteht eine große Schnittmenge zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin im Bereich der Psychosomatik. Insgesamt sei eine gute Zusammenarbeit in interdisziplinären Netzwerken für eine effiziente Versorgung erforderlich. Verstärkt seit 2010 ist festzustellen, dass ambulante Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte neue Präventions-, Diagnostik- und Interventionsaufgaben im Bereich psychosozialer Probleme von Kindern und Jugendlichen für sich wahrnehmen, während früher solche Grenzbereiche insbesondere in Bezug auf die Versorgungsbedarfe chronisch kranker Kinder mit psychischen Belastungen vor allem von sozialpädiatrischen Zentren mit einer großen Schnittmenge zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung übernommen wurden. Im ambulanten wie stationären Bereich ist die kinder- und jugendpsychosomatische Versorgung in der ambulanten und stationären Akutmedizin und in Reha-Kliniken eine wesentliche Schnittmenge zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapie und Kinder- und Jugendheilkunde. Deshalb haben Fachverbände aus der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie im November 2016 ein gemeinsames Papier zur entwicklungsadäquaten psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland verabschiedet. Die medizinischen Fächer, die Kinder und Jugendliche

versorgen, betonen in diesem Papier die Bedeutung der Tatsache, dass Kinder und Jugendliche durch Expertinnen und Experten für Kinder und Jugendliche versorgt werden ebenso wie die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung von körperlichen und seelischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen: „Daher benötigen Kinder und Jugendliche und ihre Familien nicht nur eine somatisch ausgerichtete medizinische Versorgung, sondern auch eine, die der komplexen Interaktion von Entwicklungsverläufen und deren Störung in Bezug auf die Organsysteme und Motorik, die Kognition und Emotion, die schulischen Fertigkeiten sowie die psychosoziale Entwicklung gerecht wird. Kinder- und Jugendmedizin als zuständiges Fachgebiet der Primärversorgung muss daher im Gegensatz zur häufig geübten Praxis der sogenannten „Organfächer“ in der Erwachsenenmedizin der Einheit, Zusammengehörigkeit und den Wechselbeziehungen von Leib und Seele im Entwicklungsalter unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, Rechnung tragen.“ Weiter ist zum Verhältnis der Fächer Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu lesen: „Die kinder- und jugendspezifischen Fachgebiete der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ergänzen sich. Gemeinsam vermögen sie das gesamte Spektrum von Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter komplementär von klassischen organischen Krankheiten über psychosomatischen Störungen bis hin zu genuinen psychiatrischen Erkrankungen zu diagnostizieren und therapeutisch zu versorgen. Sie unterstützen sich dabei gegenseitig und kooperativ in der flächendeckenden ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung. Regional ist die Versorgung durch diese beiden Fachgebiete sehr unterschiedlich und zum Teil nicht ausreichend.“ Organisatorisch erfolgt diese Zusammenarbeit im ambulanten Bereich durch verschiedene teilweise regional aufeinander abgestimmte Angebote der auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisierten Heilberufe. (Zitat aus der gemeinsamen Stellungnahme: „Die bio-psychosoziale Grundversorgung und Familienbetreuung findet in kinder- und jugendärztlichen Praxen statt. Bei psychosomatischen Erkrankungen sind die Praxen für Kinder- und Jugendmedizin, pädiatrische Zentren und die neu entstehenden Facharztverbände für die Diagnostik und Klärung der Behandlungsindikation ansprechbar. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie realisiert diese Angebote in erster Linie über spezialisierte fachärztliche Praxen, Praxen mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche. Letztere befinden sich in der Regel auf einer stationären oder teilstationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.“).

Nach der Facharzt-Statistik des Statistischen Bundesamts, verbreitet durch die Bundesärztekammer (Stand: 31.12.2016), waren im Jahr 2016 5.821 Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland niedergelassen (leichter Rückgang von -0,3 % im Vergleich zum Vorjahr). Demgegenüber waren 963 Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Jahr 2016 niedergelassen (leichter Zuwachs um 3 %). Im stationären Bereich zeigen die vergleichbaren Statistiken des Statistischen Bundesamts und der Bundesärztekammer ähnliche Größenverhältnisse. In der Kinder- und Jugendmedizin waren 5.984 Ärztinnen und Ärzte im stationären Bereich tätig (leichter Zuwachs von 2,2 % im Vergleich zum Vorjahr); in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie waren dies 1.400 Ärztinnen und Ärzte (ebenfalls leichter Zuwachs von 3,8 %). Zur stationären Versorgung von Kindern an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie, also im Bereich der stationären Kinderpsychosomatik, ist in der gemeinsamen Stellungnahme zu lesen: „In der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgt die stationäre Behandlung in spezialisierten Stationen, in denen ein entsprechend zusammengesetztes therapeutisches Team vorgehalten werden muss.“ Zu den von den Verbänden notwendigen Fachkompetenzen in der interdisziplinären Behandlung psychosomatischer Erkrankungen gehören die Kompetenzen der Berufsgruppen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, (Sozial-)Pädagoginnen und Pädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Erzieherinnen und Erzieher sowie Gesundheits-, Kinderkranken- und Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger und andere therapeutische Berufe wie z. B. Ergo-, Physio-, Musik- und Arbeitstherapeutinnen und -therapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten etc. Zentral für die Konsensfindung der beiden auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisierten Heilberufe war der Grundsatz, dass das Spezifikum der Qualifikation den Umgang mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien sowie die korrespondierenden Sozialsysteme betreffen muss. „Bei allen Beteiligten muss (übereinstimmend mit den Vorgaben der UN-KRK) eine fachliche Qualifikation für die Behandlung von Kindern vorliegen, d. h. Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit den für Kinder und Jugendlichen elementaren Systemen Jugendhilfe und Schule. Grundsätzlich sind Kenntnisse und Fähigkeiten in der Versorgung behinderter Kinder sowie in der Einbeziehung der Eltern erforderlich.“ FISCHBACH (2016 a. a. O.) betont, dass beide Fachgebiete in einem ganzheitlichen Verständnis der Entwicklung junger Menschen und deren körperlichen und seelischen Störungen tätig seien. Eine Abgrenzung an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder-

und Jugendheilkunde sei nur akzentuierend möglich. Zentral sei eine gute Abstimmung in interdisziplinären Netzwerken, die neben Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die öffentliche und freie Jugendhilfe, Schule und andere (ARGE, Krankenkassen, Selbsthilfe etc.) einschließen. Gute Netzwerke werden zwischen den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren regional abgestimmt. Nach FISCHBACH richten sie sich nach personellen und institutionellen Ressourcen vor Ort, regionalen bzw. lokalen Zuständigkeiten und Absprachen, kommunikativen Strukturen (z. B. gemeinsamen Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen wie z. B. ADHS-Arbeitskreis). Allerdings ist die Schnittmenge zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nur eine der vielen fachlichen Schnittstellen innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) versammelt 39 pädiatrische Spezialgesellschaften, von der Diabetologie über die Sportmedizin bis zur pädiatrischen Tropenmedizin, unter ihrem Dach.

Obwohl zahlreiche epidemiologische Untersuchungen zu Verhaltensauffälligkeiten die hohe zeitliche Konstanz der Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen dokumentieren (z. B. VERHULST & Tiemeier 2015 a +b und für Deutschland zuletzt die Wiederholungsbefragung des KiGGS Surveys), spricht man in der Pädiatrie gerne von sogenannten „neuen Morbiditäten“ (vgl. Editorial REINHARDT & PETERMANN 2010). Im gleichen Heft beschreiben F. Petermann und D. Reinhardt als klinische und Reha-Psychologen vom Dr. von Haunerschen Kinderspital in München aus ihrer Sicht die Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie ohne Einbezug einer Kinder- und Jugendpsychiaterin oder eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Sie postulieren, dass der psychosoziale Versorgungsbedarf von Kindern und Familien aufgrund von sensorischer und emotionaler Überstimulation, verlängerten Überlebenschancen bei chronischen Erkrankungen und wegen der von ihnen sogenannten „neuen Morbiditäten“, in der Regel „Verhaltensstörungen“, ständig zunehme. Deutlich wird, dass in der Pädiatrie das Interesse an der Wahrnehmung und Versorgung psychosozialer Probleme gestiegen ist (vgl. Jahrestemenhefte des BVKJ mit zahlreichen Beiträgen kinder- und jugendpsychiatrischer Arbeitsgruppen). Nach wie vor scheinen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Bezug auf diese Thematik etwas zu „fremdeln“. In einem Bericht über das Forum Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen titelt MICKA (2017): „Der Kinderarzt als Psychologe? Neue Präventionsaufgaben für Pädiater“. Prof. Dr. Eva Quandt-Brandt, derzeitige Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, zitierte Ergebnisse der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children),

nach denen 17 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland über Einschlafprobleme klagen, 13 % über Kopfschmerzen, 11 % über Rückenschmerzen und 8 % über Bauchschmerzen. Die Ausweitung der U-Untersuchungen in die Pubertät, die in der zurückliegenden Legislaturperiode mit der Einführung einer Jugenduntersuchung (J1 zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr als Kassenleistung) erfolgte, hat psychosoziale Risiken stärker in den Blick genommen und beinhaltet deshalb konsequenterweise auch eine Risikoanalyse im Hinblick auf gesundheitsgefährdende Faktoren. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollen durch Verhaltensratschläge – quasi Verschreibungen von besserem Gesundheitsverhalten – einen gesundheitsbewussten Lebensstil anstoßen. Allerdings ist im Gegensatz zur hohen Akzeptanz der U-Untersuchungen im Kindesalter derzeit die Jugenduntersuchung noch nicht flächendeckend akzeptiert. Derzeit nimmt nur etwa die Hälfte der Jugendlichen an diesem Untersuchungsangebot teil. Ebenfalls auf dem Forum Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen betonte Prof. Fred Zepp von der Mainzer Universitätskinderklinik, dass Übergewicht mit einer Häufigkeit von 4,8 % bei 11- bis 17-Jährigen ($BMI > 30$), bei 6,1 % Rauchen inklusive Passivrauchen, bei einem knappen Drittel regelmäßiger Alkoholkonsum bei 15,8 % und Rauschtrinken bei 11,5 % der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen zu den risikobehafteten Verhaltensmustern gehören, auf die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte reagieren müssen. Den Anteil dieser sogenannten „neuen Morbiditäten“ beschrieben FEGELER et al. 2014 auf 7 % der Vorstellungsanlässe in Praxen der allgemeinpädiatrischen Versorgung. Wichtig ist dabei, dass sogenannte „neue Morbiditäten“ in der Altersgruppe 0 bis 1 nach Ansicht der Autoren 10,4 % ausmachen, in der Altersgruppe 1 bis 3 3,6 % und in der Altersgruppe 3 bis 6 6,4 %. Hier scheinen die pädiatrischen Kolleginnen und Kollegen einen erheblichen Anteil kindlicher Verhaltensprobleme beratend und behandelnd zu begleiten, da Spezialambulanzen der Infant Psychiatry nur an wenigen Orten, z. B. in sozialpädiatrischen Zentren, mit langer Tradition bestehen (Schreisprechstunde etc.). Im gleichen Papier berichten die Autoren über unterschiedliche Vorstellungsanlässe bzgl. der von ihnen so bezeichneten „neuen Morbidität“. Im Kleinkindalter betreffen diese Anlässe vor allem Schreien, Probleme beim Schlafen, Trinken, Essen, Schwierigkeiten bzw. Auffälligkeiten beim Stuhlgang und Entwicklungsprobleme. Bei den Schulkindern und Jugendlichen stehen Entwicklungsprobleme (motorisch, sprachlich, kognitiv), Verhaltensprobleme, Konzentrationsstörungen, Schulleistungsprobleme und rezidivierende chronische Schmerzen im Vordergrund. Zu beachten ist, dass aus pädiatrischer Sicht auch Störungen des Appetits, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Blässe zu den von ihnen so bezeichneten „neuen Morbiditäten“ zählen. Erstaunlich ist die geringe Zahl tatsächlicher psychischer Störungen: So sind Angst, Depression und Tics mit ins-

gesamt nur 23 diagnostizierten Fällen in einer Stichprobe von 96.036 Patientinnen und Patienten, die pädiatrisch vorgestellt wurden, vertreten. Wenn Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte also eine stärkere Rolle bei der Prävention psychischer Störungen und bei ihrer Früherkennung spielen wollen, scheint hier angesichts der tatsächlichen Häufigkeit dieser Störungen im Kindes- und Jugendalter noch deutlicher Weiterentwicklungsbedarf gegeben. Zurecht betonen FEGELER et al. (2014), dass bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen (17.400 Diagnosen von insgesamt 96.036 Diagnosen in ihrer Stichprobe, also 18,1 %) der durchschnittliche Anteil psychischer Belastungen deutlich höher ist. Hier betrafen mit 31,5 % der Diagnosen fast 1/3 sogenannte „neue Morbiditäten“ sowie psychologische/psychiatrische Störungen und Erkrankungen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer guten gemeinsamen Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Auch vor diesem Hintergrund betonen die Fachgesellschaften, dass in der letzten Legislatur Versuche der Regierung zu einer Neuregelung gescheitert sind. Sie fordern eine sogenannte „große Lösung“, d. h. die Zuständigkeit der Jugendhilfe auch für Eingliederungshilfe für alle Kinder mit allen Behinderungsformen. Die derzeitige gesetzliche Regelung mit einer Zuständigkeit für Kinder mit körperlicher Behinderung und Kinder mit geistiger Behinderung in der Sozialhilfe und Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung in der Jugendhilfe wird mit der Begründung kritisiert, dass gerade Kinder mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung häufiger auch von seelischen Störungen befallen seien.

In der Prävention sollen nach Einführung des Präventionsgesetzes Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte aktiv beratend eine Rolle spielen. Wichtige Themen sind dabei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Kindes- und Jugendalter (vgl. POGARELL et al. 2010) und Nikotin- und Drogenkonsum. In den letzten Jahren haben kinderärztliche Verbände vor Belastungen des Medienkonsums in Bezug auf den Konsum einzelner Fernsehserien gewarnt. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sehen sich als privilegierte Ratgeberinnen und Ratgeber für Kinder und Eltern in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten.

5.2.1.6 Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen

Die gesetzlichen Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bildet § 118 SGB V. Darüber hinaus besteht eine bundesweite PIA-Rahmenvereinbarung sowie eine PIA-Dokumentationsvereinbarung. Demnach ist die Behandlung auf diejenigen Versicherten auszurichten, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärztinnen und Ärzten auf

die Behandlung durch diese Häuser angewiesen sind (§ 118 I SGB V). Der Auftrag der PIAs umfasst die Diagnostik und Behandlung komplex erkrankter Patientinnen und Patienten sowie die Vermeidung und/oder Verkürzung stationärer Behandlungen. PIAs waren bisher an Krankenhausstandorte gebunden. Nach Änderungen im § 118 können PIAs nach § 118 (4) inzwischen auch örtlich getrennt von Krankenhausstandorten betrieben werden, wenn dies für die Sicherstellung ihres Auftrags notwendig ist.

Innerhalb der PIA wird eine fachärztlich geleitete interdisziplinäre Versorgung angeboten, mit ähnlichen oder gleichen Berufsgruppen wie auch in den sozialpsychiatrischen Praxen (Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeit, Fachtherapien etc.).

Vereinbarungen zu den Vergütungsregelungen werden auf Landesebene getroffen. Dies führt zu einer sehr heterogenen Landschaft, was die Vergütung und entsprechende Regelungen angeht, und indirekt auch das mögliche Leistungsspektrum der PIAs.

Während einige Länder nach dem sogenannten Bayerischen Modell mit Einzelleistungen abrechnen und dokumentieren, sind in anderen Ländern höchst unterschiedlich gestaltete Pauschalen für sämtliche Leistungen in einem Quartal üblich. Diese können sich nach beteiligten Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte vs. Psychologinnen und Psychologen) oder nach der Frequenz der Kontakte im Quartal richten. Insgesamt zeigt sich eine sehr große Spreizung bezüglich der Vergütung, was natürlicherweise Auswirkungen auf die Leistungsangebote, insbesondere auch auf deren Intensität hat. Nachdem im eigentlichen Wortlaut die PIA-Behandlung auch psychotherapeutische Leistungen enthalten sollte, andererseits aber intensive hochfrequente Kontakte aufgrund der Pauschalen gar nicht möglich sind, zeigt sich auch der Reformbedarf in diesem Bereich.

Nach dem Bayerischen Modell dokumentieren und rechnen derzeit PIAs in folgenden Ländern ab: Bayern, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern.

Anhand der PIA-Auswertung aufgrund der Dokumentationsvereinbarung müsste eine Übersicht möglich sein, jedoch werden diese von InEK aktuell nicht zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der AG PIA der BAG kjpp konnte im Rahmen einer nicht repräsentativen Umfrage erhoben werden, dass sich die Pauschalen zwischen knapp unter 200 Euro und bis zu 600 Euro

ro / Quartal (bei entsprechender Kontaktzahl) bewegen und im Schnitt über drei Kontakte pro Patientin oder Patient und Quartal stattfinden.

Aufgrund der hohen Auslastung des stationären Bereichs kommt den PIAs eine wichtige Aufgabe während der Wartezeit sowie bei der Nachsorge stationärer Patientinnen und Patienten zu. Die Größe der PIAs schwankt stark (auch abhängig davon, ob eine an einer Tagesklinik angesiedelte PIA gesondert gezählt wird), insgesamt sind die Scheinzahlen aber geringer als in den SPZ.

Vorhandene Daten: GMK-Berichte

Aus den GMK-Berichten aus 2003, 2007 und 2012 geht die Anzahl der Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche hervor. Im Jahr 2000 ergab sich eine Anzahl von 63 Institutsambulanzen, die sich im Jahr 2005 auf 155 und im Jahr 2012 auf 186 erhöhte.

Bundesland	Anzahl/ GMK-Bericht 2003	Anzahl/ GMK-Bericht 2007	Anzahl/ GMK-Bericht 2012
Baden-Württemberg		14	14
Bayern	11	24	27
Berlin	6	5	6
Brandenburg	3	5	7
Bremen	1	3	2
Hamburg	3	4	4
Hessen	14	22	22
Mecklenburg-Vorpommern	2	5	7
Niedersachsen	9	14	14
Nordrhein-Westfalen		29	32
Rheinland-Pfalz	1	6	11
Saarland	2	4	3
Sachsen		11	15
Sachsen-Anhalt		1	9
Schleswig-Holstein	3	3	6
Thüringen	8	5	7
Gesamt:	63	155	186

Bei Betrachtung der insgesamt abgerechneten Fälle zeigt sich ein Anstieg von 104.398 (2007) auf 230.309 (2012). Für das Jahr 2005 ergibt sich die höchste Anzahl abgerechneter Fälle für

die Bundesländer Bayern (25.988) und Niedersachsen (23.241), für das Jahr 2010 für Bayern mit 44.892, wohingegen in Niedersachsen ein geringer Zuwachs zu verzeichnen war (28.734). Die höchste Anzahl abgerechneter Fälle ergab sich für Nordrhein-Westfalen mit N = 64.698.

Fazit

Die regionale Verteilung von niedergelassenen Leistungsanbietern der vertragsärztlichen Versorgung ist unterschiedlich. Laut dem Bericht der AG Psychiatrie sind zudem bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf im Vergütungssystem für Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung keine Abrechnungsmöglichkeiten für die Teilnahme an Hilfeplangesprächen und aufsuchenden Tätigkeiten vorgesehen. Die PIAs haben eine wichtige Funktion für die Sicherstellung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, was durch die Zunahme (s. o.) verdeutlicht wird.

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Vorhandene Daten: Online-Strukturdatenerhebung der BAG-SPZ

Sozialpädiatrische Zentren sind nach § 119 SGB V zugelassen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit nicht von geeigneten Ärztinnen und Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Sozialpädiatrischen Zentren sind fester Bestandteil der ambulanten pädiatrischen Versorgung. Die Inanspruchnahme erfolgt nach Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt.

Aktuell gibt es 153 SPZ in Deutschland, die sich hinsichtlich ihrer Größe und inhaltlichen Ausrichtung unterscheiden. Auch die Entfernung, die eine Familie bis zum nächstgelegenen SPZ zurücklegen muss, variiert in den verschiedenen Regionen stark.

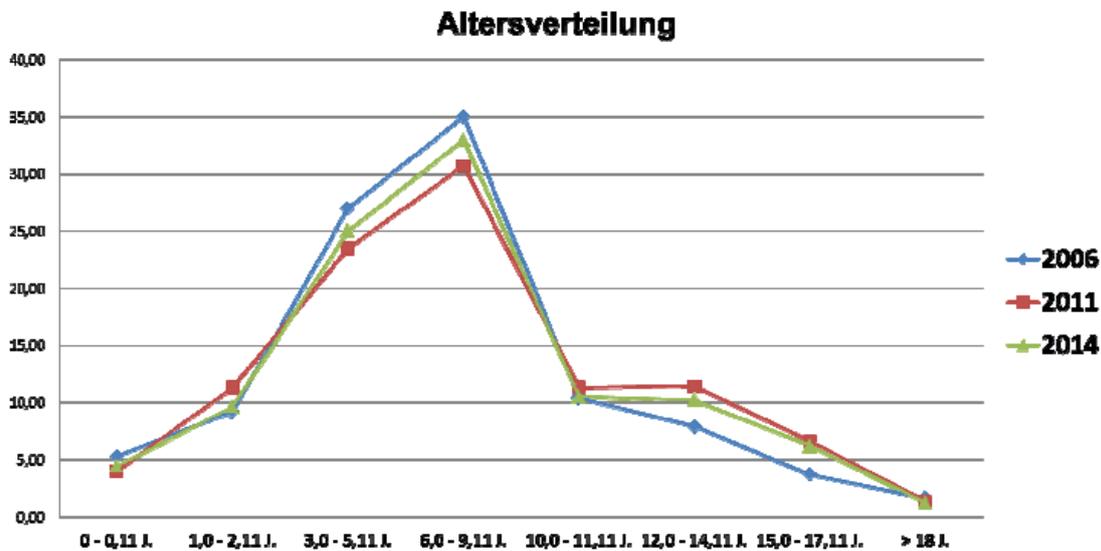
SPZ verfügen über eine interdisziplinäre Personalausstattung. Laut Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (Altöttinger Papier, 2014) gehören zum essentiellen Personalbedarf Sozialpädiatrischer Zentren Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Psychologinnen und Psychologen und Mitarbeitende aus mindestens drei der folgenden Berufsgruppen: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik und Sozialpädagogik/Sozialarbeit. Häufig wird dieses Team durch weitere Berufsgruppen ergänzt.

SPZ werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Versorgung zugelassen. Diese Zulassung erfolgt in aller Regel befristet. Die mittlere Befristungsdauer lag 2014 bei vier Jahren, in vielen SPZ jedoch noch deutlich darunter. Kurze Zulassungszeiträume erschweren die Personalausstattung und Investitionen in Gebäude oder Geräte.

Wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch erfolgt die Diagnostik im SPZ mehrdimensional in den Bereichen: Entwicklung/Intelligenz, körperliche Befunde, psychische Befunde, Einordnung der Ätiologie, Erfassung der sozialen Begleitumstände und einer Einschätzung zur Teilhabe(-beeinträchtigung). Grundlage dieser Mehrbereichsdiagnostik ist die umfassende und ganzheitliche Sichtweise auf die Patientin oder den Patienten mit ihren oder seinen Einschränkungen, aber auch Ressourcen.

2014 wurden (hochgerechnet nach den Ergebnissen der Strukturdatenerhebung der BAG-SPZ) ca. 600.000 Quartalsfälle in den SPZ behandelt. Dies entspricht einer Patientinnen- und Patientenzahl/Jahr von ca. 345.000.

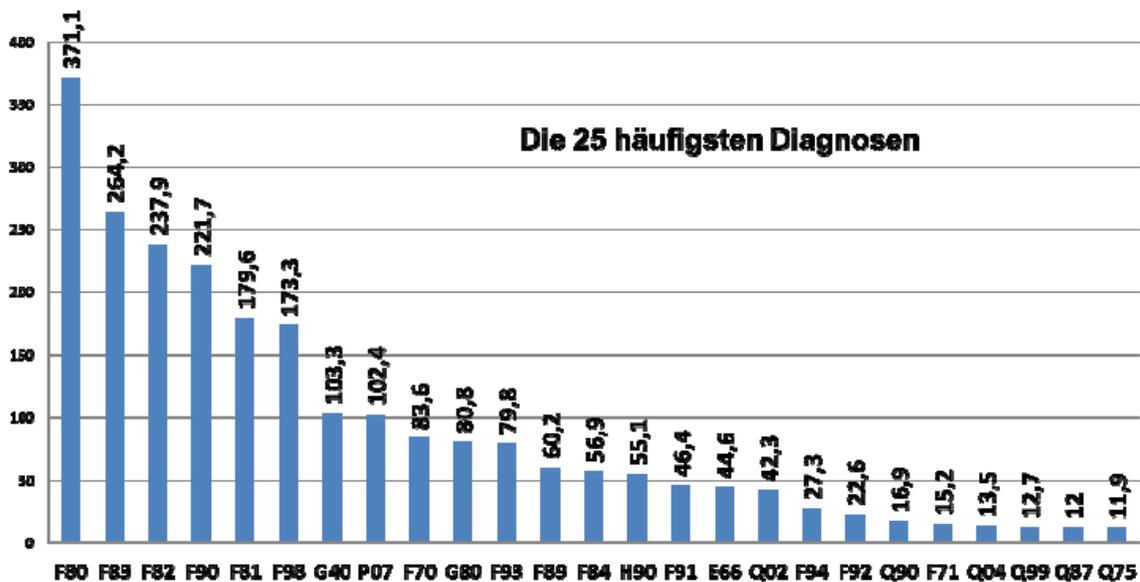
Die regelmäßig von der Bundesarbeitsgemeinschaft der SPZ durchgeführten Online-Strukturdatenerhebungen, zuletzt vom vierten Quartal 2014, zeigten hinsichtlich der Altersverteilung der behandelten Patientinnen und Patienten in den letzten zehn Jahren ein stabiles Bild:



Quelle: Strukturdatenerhebung der BAG-SPZ

Der größte Teil der vorgestellten Kinder befindet sich im Grundschulalter; etwa 15 % sind Säuglinge und Kleinkinder. SPZ sind daher insbesondere für die Gruppe der Kinder bis Schuleintritt eine wesentliche Säule der abgestuften ambulanten Behandlung.

Kinder und Jugendliche werden im SPZ insbesondere mit Entwicklungsstörungen vorgestellt. Diagnosen von Entwicklungsstörungen werden nach ICD-10 als umschriebene Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80, F81, F82, F83) und als Intelligenzminderung (ICD-10: F7) unterschieden und betreffen mehr als die Hälfte der im SPZ behandelten Patientinnen und Patienten. Als ätiologisch entscheidender Faktor findet sich sehr häufig eine Frühgeburt (ICD-10: P07). Diese Patientinnen und Patienten befinden sich in der Regel schon sehr früh, oft unmittelbar nach Entlassung aus der postnatalen pädiatrisch-stationären Behandlung, in sozialpädiatrischer Betreuung.



Top-25-Diagnosen; Quelle: Strukturdatenerhebung der BAG-SPZ

Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung sind häufig komorbid erkrankt. Unter den Top-10-Diagnosen finden sich als häufige körperliche Komorbiditäten epileptische Erkrankungen (ICD-10: G40) und infantile Zerebralpareesen, ICP, (ICD-10: G80). Auch psychische Störungen sind häufig und finden sich unter den Top-10- und Top-25-Diagnosen (ICD-10: F9; F84). Die emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend (ICD-10: F9) stellen sogar einen Anteil von 26 % der Gesamtdiagnosen in SPZ. Dem trägt die Personalausstattung der SPZ Rechnung. Neben den zahlenmäßig am stärksten vertretenen Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin (ca. 1.100 - Hochrechnung nach Strukturdatenerhebung) arbeiten in den SPZ als zweitgrößte Berufsgruppe etwa 550 Psychologinnen und Psychologen (mit Abschluss Diplom oder Master), von denen durchschnittlich jede oder jeder zweite über eine psychotherapeutische Ausbildung mit Approbation verfügt. Die für die Behandlung der Patientinnen und Patienten notwendige Vernetzung mit Kindergärten, Schulen, Jugendämtern, Fachdiensten u. a. wird durch ca. 130 Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen/Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter unterstützt. Sozialpädagogische Leistungen gehören bisher nicht zum Leistungskatalog der GKV. Der Gesetzgeber empfiehlt hier eine Beteiligung der Sozialhilfeträger an der Finanzierung der SPZ-Leistungen. Diese ist jedoch nicht in allen Regionen gegeben und entspricht häufig in ihrer Höhe nicht dem tatsächlichen Bedarf.

Fazit

SPZ leisten in Deutschland einen erheblichen Beitrag zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Sie sind in den meisten Regionen in ausreichender Anzahl vorhanden und verfügen über die notwendigen personellen Voraussetzungen für eine mehrdimensionale fachgerechte und spezialisierte Diagnostik und Behandlung insbesondere psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher mit komorbiden Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen und körperlichen Erkrankungen. Durch die Überweisung von Vertragsfachärztinnen und -ärzten wird der Zugang zu SPZ ärztlich gesteuert. SPZ arbeiten vielfältig vernetzt und tragen so dem komplexen Behandlungsbedarf Rechnung. Begrenzungen ergeben sich aus häufig zu kurzen Zulassungszeiträumen, die die Planungssicherheit beeinträchtigen, regional sehr unterschiedlicher und oft zu geringer Finanzierung über die GKV-Kassen und die ungenügende Mitfinanzierung durch die örtlichen Sozialhilfeträger.

5.2.2 Ambulante Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche außerhalb des SGB V

5.2.2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste (KJPD)

Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste bestehen nicht überall in Deutschland; sie sind eher eine Ausnahme. In einigen Bundesländern wie in Berlin sind sie vorhanden, in anderen Ländern wie z. B. Baden-Württemberg nicht. Die BAG Kinder- und Jugendpsychiatrie im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) hat 2012 eine Erhebung zur Organisation, Gliederung, Finanzierung und der Versorgungsstruktur in den Kommunen durchgeführt und auch die personelle Ausstattung, die Aufgaben und Rechtsgrundlagen der Tätigkeit erfragt. Im Ergebnis zeigte sich, dass es auch eigenständige KJPD gibt, die im Jugendamt oder im Gesundheitsamt angesiedelt sein können. Auch der KJGD oder SpDi kann die Aufgaben des KJPD übernehmen.

Als gesetzliche Grundlagen fungieren z. T. das ÖGDG, die PsychKG, die Schulgesetze oder z. T. Landesgesetze.

Aufgaben des KJPD sind die Beratung der Familien, Hausbesuche und z. T. Kriseninterventionen. Sie können an Fallkonferenzen, Hilfeplanungen und Clearingverfahren teilnehmen. Im Sinne der amtsärztlichen Tätigkeit erstellen die KJPD Gutachten (auch zur Unterbringung) und Stellungnahmen im Rahmen des § 35 a SGB VIII.

5.2.2.2 Frühförderung

Die Frühförderung stellt im eigentlichen eine wichtige Institution bei der Früherkennung und frühen Behandlung von Kindern mit drohender oder bestehender Behinderung dar. In Deutschland zeigt sich, dass die Organisation und Verortung der Frühförderung länderspezifisch organisiert ist. Die Zuständigkeiten und Aufgaben werden je nach Bundesland unterschiedlich zugeordnet. Die Aufgaben können Frühförderstellen oder SPZ erbringen.

5.3 Stationäre und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Die stationäre und teilstationäre Behandlung stellt einen wichtigen Baustein in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher dar. Den Hauptanteil in diesem Sektor haben Angebote im Rahmen des SGB V durch Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Zusätzlich bestehen Angebote im Rahmen von Rehabilitationseinrichtungen.

5.3.1 Stationäre und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Rahmen des SGB V

Über die letzten Dekaden lassen sich im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen drei Entwicklungen aufzeigen: Einmal fand eine Regionalisierung der Behandlung statt, d. h. es wurden kleinere Fachabteilungen eröffnet, es fand ein deutlicher Abbau stationärer Plätze statt und teilstationäre Plätze wurden neu geschaffen – letzteres jedoch deutlich weniger, als vollstationäre Plätze abgebaut wurden.

Grundsätzlich ergeben sich bei der differenzierten Beschreibung der voll- und teilstationären Versorgung bekannte Schwierigkeiten bezüglich der vorhandenen Daten und Definitionen: Eine einheitliche Definition, was eine Notfallaufnahme/Krisenaufnahme auszeichnet, ist nicht vorhanden, Verweildauern hängen von Wiederaufnahmeraten ab und Fallzahlen entsprechen nicht der Zahl an Patientinnen und Patienten. Ebenso ist die Bedeutung der Versorgungsverpflichtung nicht einheitlich in Deutschland definiert. Versorgungsgebiete werden in den Bundesländern unterschiedlich definiert (z. B. bestehen in Berlin von der Senatsverwaltung fest zugewiesene Versorgungsregionen verbunden mit der Pflicht für das zuständige Krankenhaus, innerhalb dieser Region die Patientinnen und Patienten vollstationär zu versorgen, während in

Baden-Württemberg die Abgrenzung der Versorgungsgebiete im Rahmen der LAG KJP erfolgt). Die im Krankenhausplan der Länder vorgesehenen Abteilungen sind in der Regel in die Notfallversorgung einbezogen, inzwischen auch die meisten universitären Abteilungen. Inwieweit Kliniken, die nicht unmittelbar als Plankrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorgesehen sind, an der Regel- und Notfallversorgung teilnehmen, ist ungeklärt. Beispiele für solche Kliniken sind etwa Kliniken für Psychosomatik (z. B. Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik der TU München), private Kliniken (z. B. die Klinik Walstedde, die Hemera Klinik in Bad Kissingen, die Somnia Kliniken in Nordrhein-Westfalen) oder aber auch Rehabilitationskliniken (vgl. hierzu weiter unten).

Zusätzlich bilden einzelne Kliniken Schwerpunkte aus, die teilweise in der Krankenhausplanung vorgesehen sind: Beispiele hierfür sind die Behandlung von Substanzabusus in Berlin, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein, oder die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Zum Teil haben sich Schwerpunkte aus anderen Gesichtspunkten ergeben, z. B. die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen oder familientherapeutische Angebote. Inwieweit diese Differenzierungen den tatsächlichen regionalen Bedarfen entsprechen, inwieweit sie überregional von Bedeutung sind, muss offen bleiben und würde einer genaueren Untersuchung bedürfen. Die Behandlung sehr junger Kinder ist ebenfalls ein Gebiet, das sowohl besonderer Expertise als auch besonderer Ausstattung bedarf. Auch hier haben sich Angebote im Bundesgebiet herausgebildet, auf die weiter unten eingegangen wird.

Zur Differenzierung der Versorgungslage im stationären Sektor wurden neben den Daten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes und der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) weitere vorhandene Daten hinzugezogen, wie auch eigene Auswertungen zur Vertiefung durchgeführt. Dabei wurde untersucht,

- wie sich die Behandlungsfälle über die Zeit verändern und welche Diagnosen behandelt werden
- welche speziellen Angebote für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bestehen
- welche speziellen Angebote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen bestehen

- welche Angebote im Bereich Kleinkindpsychiatrie und Eltern-Kind-Behandlung bestehen
- welche Angebote im Bereich der Lehre und Forschung im stationären/teilstationären Bereich bestehen.

5.3.1.1 Daten zu Kliniken

5.3.1.1.1 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes⁵ gab es in 2014 143 Fachabteilungen für KJP mit 6.065 Betten (teilstationäre Plätze sind in der Berichterstattung nicht enthalten), die zu 92,8 % genutzt wurden (zum Vergleich Nutzungsgrad Pädiatrie 66,3 %). 57.049 Fälle wurden zur vollstationären Behandlung aufgenommen und an 2.054.907 Behandlungstagen behandelt. Die durchschnittliche vollstationäre Verweildauer lag bei 35,8 Tagen.

An 149 Krankenhäusern bestanden 2014 3.319 teilstationäre Behandlungsplätze. In 2014 wurden 22 883 Fälle in 786.012 Behandlungstagen behandelt.

Personal

In 181 Einrichtungen waren 2014 848 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie beschäftigt, davon an 110 Allgemeinkrankenhäusern 457 Fachärztinnen und Fachärzte und an 64 reinen Fachkrankenhäusern 371 Fachärztinnen und Fachärzte. Zu den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung finden sich keine Angaben.

5.3.1.1.2 GMK-Berichte

Nach der Erhebung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zeigt sich, dass es von 1991 bis 2013 eine Reduktion der Plätze von 8.316 auf 5.941 Plätze (bis 1995 sogar auf 4.858 Plätze) gab. Seit 1995 findet ein sehr moderater Aufbau von Bettenkapazitäten statt, der hinsichtlich der Bundesländer sehr unterschiedlich ausfällt. Weiterhin unterschiedlich ist auch die Bettenmessziffer zwischen den Ländern. Der moderate Platzaufbau von 4.858 Plätzen auf 5.941 Plätze in 2013 fand vornehmlich durch die Eröffnung von tagesklinischen Plätzen statt.

⁵

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser/2120611147004?__blob=publicationFile#search=%22Bettenzahlen%20Krankenhaus%22

Regionale Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der aufgestellten Betten bezogen auf die Bevölkerungszahl. Die BMZ 2013 (Betten/10.000 EW < 18) war in Bayern mit 2,99 am niedrigsten, in Thüringen mit 9,95 am höchsten. Der Bundesdurchschnitt betrug 2013 4,55.

Eine neuere eigene Auswertung durch Prof. Dr. Renate Schepker ergab eine leichte Veränderung (siehe Abbildung BMZ KJPP)

Abbildung: BMZ KJPP: Schwankungen um Faktor 3,4

Land	Betten KJPP 2015 ¹⁾	Veränderung gegenüber 2010	Einwohnerinnen und Einwohner T < 18 J ²⁾	Zu-oder Abnahme seit Vorjahr	BMZ 2015 (Betten/10.000 EW < 18)	BMZ 2005 (GMK-Bericht 2007) ³⁾
Baden-Württemberg	630	+63	1.843,2	+	3,41	2,62
Bayern	667	+178	2.110,7	+	3,16	1,74
Berlin**	197	+32	556,6	-	3,53	2,85
Brandenburg	245	+ 34	373,0	=	6,57	5,61
Bremen	50	=	108,8	=	4,60	4,51
Hamburg	159	+32	288,8	+	5,51	3,57
Hessen	549	+89	1.022,2	+	5,37	3,63
Mecklenburg-Vorpommern	184	+10	236,3	+	7,79	6,89
Niedersachsen	690	+69	1.322,3	+	5,22	3,92
Nordrhein-Westfalen	1.171	+43	2.963,4	+	4,35	3,06
Rheinland-Pfalz	264	+64	651,3	+	4,05	2,27
Saarland	51	+5	143,4	+	3,56	2,50
Sachsen	405	+44	612,2	=	6,62	5,88
Sachsen-Anhalt	333	=	313,9	=	10,61	8,74
Schleswig-Holstein	256	+7	465,9	=	5,49	4,31
Thüringen	297	+28	316,7	+	9,38	7,07
Bund	6.148		13.325,7	+	4,61	4,32

** Berlin hat zusätzlich ein tagesklinisches Angebot i.V. 1:1

- 1) Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1 für 2015
- 2) Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsstatistik zum 31.12.2015; Vorausschätzung nach Mikrozensus 2011
- 3) Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012 sowie eigene Berechnungen Prof. Dr. Renate Schepker

Festzustellen ist über die Jahre eine immer mehr verdichtete Behandlung in den Kliniken; so sank die Zahl der Belegungstage von 2.539.894 Tagen in 1991 auf 1.480.760 in 1995 und nimmt seitdem wieder zu auf 2.011.564 Tage. Dennoch ist dies verglichen zu 1991 ein Minus von 21 % an Behandlungstagen. Gleichzeitig nahm die Verweildauer von ca. 126 Tagen auf 36 Tage ab, was bei Zusammenschau aller dieser Kennzahlen einen Anstieg der Fallzahl von 20.108 auf 55.633 Fälle und damit eine Steigerung um 27 % ausmacht. Daraus wird ersichtlich, dass sich die Behandlungsform, -dauer, -intensität, aber auch das Spektrum der Störungen über die letzten Jahrzehnte deutlich verändert hat. Die Kliniken behandeln mehr Patientinnen und Patienten in deutlich kürzerer Zeit. Dazu kommt es zu einem ansteigenden Anteil von sogenannten „Krisenpatientinnen“ bzw. „Krisenpatienten“, also solchen, die notfallmäßig vorgestellt werden und akut behandlungsbedürftig sind. .

Die Verkürzung der Verweildauer zeigt einmal mehr die Notwendigkeit für stationäre Behandlungseinrichtungen von Kooperationspartnerschaften zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität innerhalb des SGB V (wie z. B. niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für KJPP und KJPP sowie die Institutsambulanzen) als auch von Kooperationspartnerschaften außerhalb des SGB V, wie der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) als klassischem Reha-Träger für psychisch kranke Kinder und Jugendliche (insbesondere § 35 a SGB VIII).

5.3.1.1.3 Eigene Berechnungen mit Daten des Statistischen Bundesamtes

PLENER et al. (2015 a + b) haben im Rahmen einer Analyse der Daten der Jahre 2003 bis 2012 des Statistischen Bundesamtes zu Krankenhausdiagnosen aus dem Kapitel F bei 0- bis 25-jährigen Patientinnen und Patienten Folgendes festgestellt:

In 2012 fanden bei 0- bis 15-Jährigen 50.303 Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer Störungen statt; dies machte ca. 2,60 % aller Krankenhausbehandlungen in der entsprechenden Altersgruppe aus.

Im Beobachtungszeitraum wurden im Altersbereich der 15- bis unter 20-Jährigen 68.322 (Mittelwert; SD 7.192,95) Fälle behandelt, im Altersbereich der 20- bis unter 25-Jährigen 76.961 Fälle (Mittelwert; SD 5.658,52).

Insgesamt sind mehr Jungen (57,50 %) als Mädchen (42,50 %) in Krankenhausbehandlung, was vor allem daran liegt, dass bis zur Pubertät eine Jungenwendigkeit bei ihnen festgestellt werden kann. Insgesamt stieg die Zahl der F-Diagnosen über den Beobachtungszeitraum deutlich an.

Steigerungen gab es in den Klassifikationsbereichen F1, F3, F4, und F9 des ICD-10. Im Bereich der schizophrenen Störungen (F2) zeigte sich kein Anstieg, zudem zeigte sich, dass in der Gruppe F8 (tiefgreifende Entwicklungsstörungen inkl. Autismus) nach dem 20. Lebensjahr ein signifikantes Absinken der Krankenhausbehandlungen festzustellen ist, während im Bereich F7 (Intelligenzminderung) ein deutlicher Anstieg bei älteren Patientinnen und Patienten feststellbar war.

5.3.1.1.4 Kliniken mit Lehrstuhl (universitäre Abteilungen), Datengrundlage, Abfrage der DGKJP

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) erstellte im April 2016 eine Abfrage zur Bettenausstattung an 26 staatlichen deutschen Universitätskliniken. Insgesamt wurde eine Anzahl von 1.534 Betten/Plätzen ermittelt, wobei auf den stationären Bereich N = 1.026 Betten und auf den teilstationären Bereich N = 508 Plätze entfielen. Eine detaillierte Übersicht gibt die untenstehende Tabelle.

Ort	Betten stationär	Plätze teilstationär	Betten/Plätze gesamt
Aachen	38	15	53
Berlin	25	13	38
Dresden	35	20	55
Erlangen	37	32	69
Essen	50	31	81
Frankfurt a. Main	37	30	67
Freiburg	28	12	40
Göttingen	28	10	38
Hamburg	42	20	62
Hamm	110	60	170
Heidelberg	17	7	24
Homburg/Saar	25	15	40

Ort	Betten stationär	Plätze teilstationär	Betten/Plätze gesamt
Jena	41	20	61
Kiel	40	15	55
Köln	40	20	60
Leipzig	36	10	46
Magdeburg	42	40	82
Mainz	20	20	40
Mannheim	51	10	61
Marburg	60	19	79
München	20	10	30
Münster	50	22	72
Rostock	35	3	38
Tübingen	27	22	49
Ulm	31	18	49
Würzburg	61	14	75

Quelle: DGKJP, 2016. Zur Verfügung gestellt von Fr. K. Wiebels

Zusätzlich bestehen zwei Lehrstühle mit Kliniken an privaten staatlich anerkannten Universitäten, in Witten-Herdecke und an der Medizinischen Hochschule Brandenburg in Neuruppin.

5.3.1.1.5 Eigene Berechnungen aus dem VIPP-Datensatz

Die Analysen beruhen auf Daten des Projekts „Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik“ (VIPP). Mit Stand vom 28.11.2016 stehen innerhalb des Projektes die im Rahmen des § 21 übermittelten Daten von 83 psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und 912.208 Behandlungsfällen (530.664 Patientinnen und Patienten) aus ganz Deutschland zur Verfügung. Bei den §-21-Daten handelt es sich um einen einheitlich strukturierten Datensatz, der anonymisierte auf die Patientinnen und Patienten bezogene und leistungsbezogene Informationen, Prozeduren (sogenannte Operationen und Prozedurenschlüssel, OPS), Diagnosen nach ICD- (International Classification of Diseases) und administrative Daten enthält. Dieser Datensatz muss verpflichtend dem InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) durch die Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Das VIPP-Projekt nutzt diese Routinedaten, um versorgungsrelevante Analysen durchzuführen. Der Datensatz wird innerhalb des VIPP-Projekts durch zusätzliche Angaben der Kliniken (z. B. Status des Krankenhauses, Abteilung am Allgemeinkrankenhaus vs. Fachkrankenhaus) ergänzt.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (inkl. Tageskliniken) liegen für den Zeitraum 2011 bis 2014 Daten von 26 Einrichtungen vor.

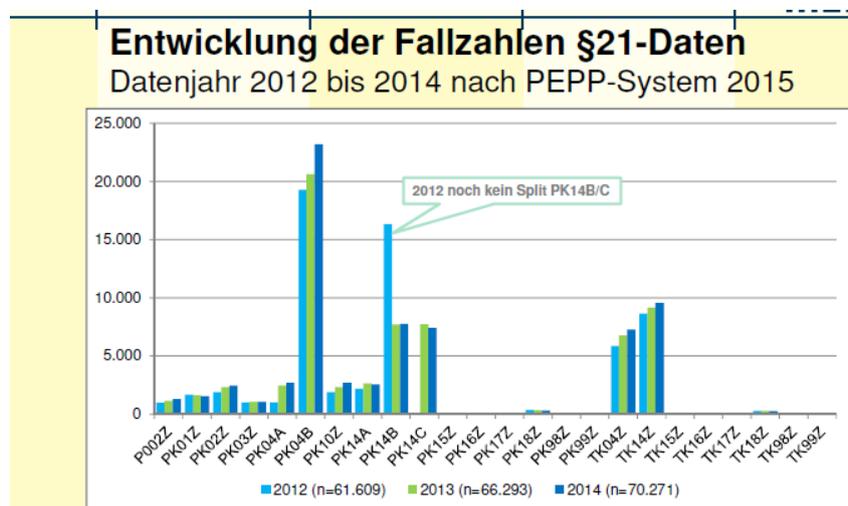
Wie der unten aufgeführten Übersicht zu entnehmen ist, verteilen sich die Einrichtungen auf neun Bundesländer: Baden-Württemberg (4 Einrichtungen), Hessen (4 Einrichtungen), Brandenburg (3 Einrichtungen), Niedersachsen (3 Einrichtungen), Thüringen (3 Einrichtungen), Bayern (2 Einrichtungen), Nordrhein-Westfalen (2 Einrichtungen), Rheinland-Pfalz (2 Einrichtungen), Sachsen (2 Einrichtungen) und Hamburg (1 Einrichtung). Mit Blick auf die Gesamtzahl aller kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland (siehe Abschnitt 5.3.1, N = 174 in allen Bundesländern) handelt es sich somit um eine nicht-repräsentative Auswahl, welches bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

Bundesland	Anzahl Einrichtungen	Fallzahl
	26	47.944
Baden-Württemberg	4	6.535
Bayern	2	1.928
Brandenburg	3	5.640
Hamburg	1	2.106
Hessen	4	7.551
Niedersachsen	3	3.315
Nordrhein-Westfalen	2	7.360
Rheinland-Pfalz	2	6.436
Sachsen	2	3.158
Thüringen	3	3.915

Verteilung der Einrichtungen nach Bundesländern. Quelle: VIPP-Datensatz

Die Größe der beteiligten Einrichtungen (Psychiatrie und KJP zusammen) ist unterschiedlich: 11 von 26 Einrichtungen haben mehr als 200 Betten/Plätze, 7 von 26 Einrichtungen zwischen 101 bis 200 Betten/Plätze sowie 4 Einrichtungen weniger als 100 Betten/Plätze. Detaillierte Angaben zur Größe der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nicht vorhanden. Über alle KJPP-Kliniken hinweg wurden in dem genannten Zeitraum 33.390 Patientinnen und Patienten behandelt, welches einer Anzahl von 47.944 Fällen entspricht (weiblich = 23.415, männlich = 24.524, Geschlecht unbestimmt = 5). 4.885 Patientinnen und Patienten

wurden in Tageskliniken (6.039 Fälle) behandelt. Bezogen auf die Daten des InEK (s. untenstehende Abbildung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus), das die Daten deutschlandweit erfasst, repräsentiert der VIPP-Datensatz für die Jahre 2012 bis 2014 etwa 18,6 % bis 19,7 % der Fälle (z. B. für 2012: 12.142 Fälle von 61.609).



Entwicklung der Fallzahlen §-21-Daten. Quelle: Vortrag von Hr. Schaffert am 2. Juli 2015

Hinsichtlich der fallbezogenen Verweildauer zeigte sich im Vergleich der Jahre 2011 und 2014 bei allen Kindern und Jugendlichen über alle Diagnosen generell eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer. Fallbezogen zeigte sich dies am stärksten für die Diagnosegruppen F6 (minus 20 Tage), F8 (minus 12 Tage) sowie F3 (minus 10 Tage).

Diagnosegruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit, SD)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Anzahl der Fälle pro Jahr insgesamt:			7.899/9.810	9.564/12.142	9.676/12.346	9.890/13.646
F0	47/56	15/41	28,39/24,33 (32,3)	44,41/37,75 (29,6)	31,38/31,38 (23,6)	18,14/18,14 (19,2)
F1	1.181/1.755	589/1.186	31,36/26,10 (33,2)	31,94/26,22 (25,9)	32,03/26,53 (26,6)	44,23/25,69 (24,7)
F2	669/1.056	467/587	75,86/54,71 (57,2)	72,59/52,03 (54,9)	75,86/53,16 (54,1)	74,89/50,97 (51,4)
F3	5.871/7.866	5.653/2.213	54,29/44,60 (42,4)	50,32/41,17 (44,6)	47,04/38,87 (42,1)	46,30/34,66 (40,1)
F4	7.261/9.050	5.646/3.402	49,62/43,29 (44,3)	46,01/39,91 (42,8)	44,36/37,62 (42,3)	45,83/36,49 (44,9)

Diagnosegruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit, SD)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Anzahl der Fälle pro Jahr insgesamt:			7.899/9.810	9.564/12.142	9.676/12.346	9.890/13.646
F5	1.194/1.736	1.613/123	102,01/75,83 (65,4)	95,31/67,86 (61,8)	88,17/70,33 (61,1)	89,75/68,25 (60,6)
F6	750/1.060	859/201	62,44/50,19 (61,7)	44,79/38,42 (46,9)	43,47/32,90 (41,6)	47,01/30,46 (37,1)
F7	403/529	158/371	48,88/40,40 (39,3)	44,33/36,63 (34,8)	40,38/35,11 (39,6)	41,20/38,11 (36,7)
F8	888/1.201	193/1.008	66,81/56,15 (46,8)	64,87/48,36 (42,3)	57,73/46,58 (45,0)	57,40/44,63 (40,9)
F9	17.626/23.473	8.150/15.323	58,70/49,62 (40,7)	58,98/48,76 (42,1)	58,94/48,15 (43,0)	57,69/45,58 (43,7)
Gesamt:	33.390/47.944	23.415/24.524	59,94/48,26 (44,3)	57,95/45,64 (43,9)	56,24/44,07 (44,0)	56,57/41,00 (43,8)

Diagnosen und Verweildauer. Quelle: VIPP-Datensatz

Bei Betrachtung der jahresspezifischen Standardabweichungen zeigen sich große Schwankungen, wie der u. a. Abbildung zu entnehmen ist (SD 44,3 bis 43,8 Tage).

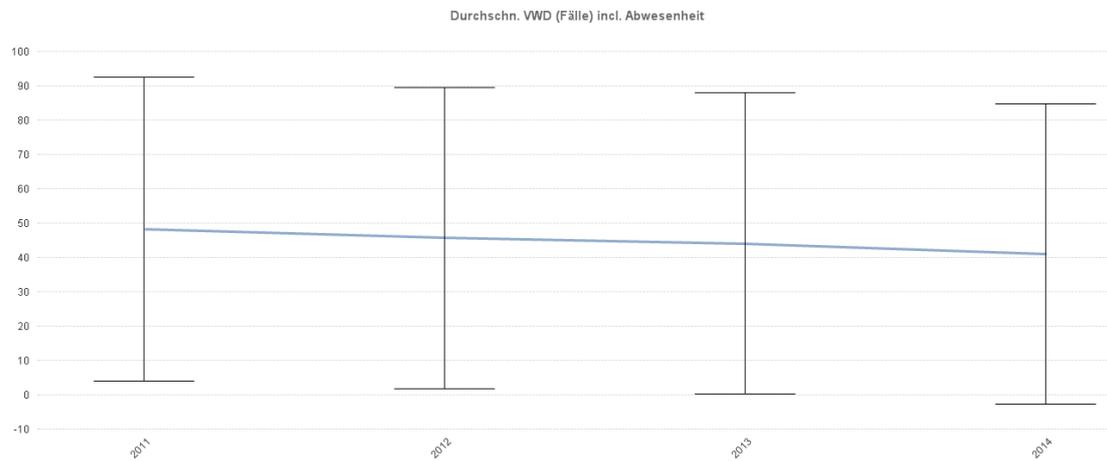


Abbildung. Darstellung der Standardabweichung über alle Diagnosen. Quelle: VIPP-Datensatz.

Bei Kindern (6 bis 13 Jahre) und bei Jugendlichen (14 bis 19 Jahre) wurden am häufigsten die Gruppen F9, F4 sowie F3 kodiert. Die fallbezogene Verweildauer ist bei den Kindern mit der Diagnosegruppe F9 im Vergleich der Jahre 2011 und 2014 um durchschnittlich 5 Tage gesunken. Bei den Jugendlichen zeigte sich eine starke Verkürzung der Verweildauer bei der Diagnosegruppe F3 (minus durchschnittlich 9 Tage).

Diagnosegruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Gesamt:	15.215/20.427	6.958/13.467				
F3	1.042/1.274	791/483	69,70/57,85 (43,7)	60,77/52,41 (44,9)	57,01/51,19 (46,6)	55,08/44,27 (44,0)
F4	2.486/2.994	1.599/1.394	59,23/52,78 (44,2)	57,47/50,45 (41,8)	57,18/50,14 (45,8)	56,45/45,93 (45,0)
F9	11.074/14.416	3.885/10.531	69,15/58,88 (40,8)	69,36/58,38 (41,9)	70,20/58,11 (43,9)	67,00/53,29 (44,5)

Quelle: VIPP-Datensatz. Abgebildete Gruppe: Kinder zwischen 6 und 13 Jahren, Top-3-Diagnosen

Diagnosegruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Gesamt:	18.026/26.526	16.133/10.390				
F3	4.886/6.587	4.860/1.727	50,30/41,46 (41,5)	47,95/39,04 (44,3)	44,64/36,63 (40,9)	44,26/32,90 (39,1)
F4	4.708/5.891	3.977/1.913	44,56/38,48 (43,8)	40,16/34,83 (42,7)	37,46/31,32 (39,4)	39,49/31,30 (43,8)
F9	6.230/8.309	4.029/4.280	41,04/34,56 (36,6)	39,83/32,26 (36,7)	39,64/31,82 (36,5)	38,77/30,25 (37,6)

Quelle: VIPP-Datensatz. Abgebildete Gruppe: Jugendliche zwischen 14 und 19 Jahren, Top-3-Diagnosen

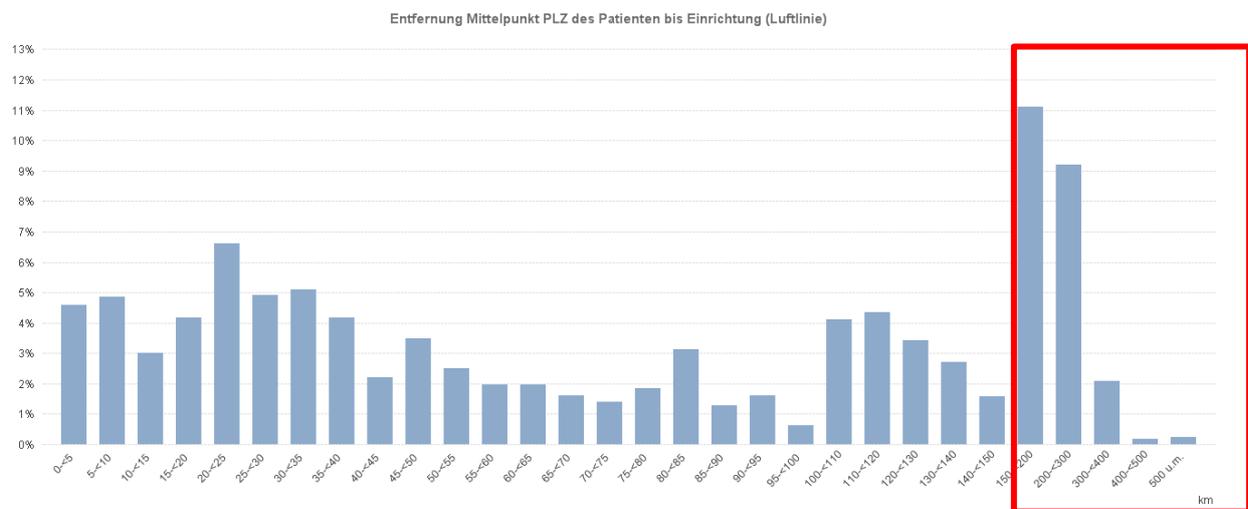
Wohnortnahe Versorgung

Die Versorgungsgebiete von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sind in der Regel bis zu dreimal größer als die von erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen. Andererseits ist die Erreichbarkeit, also die Wohnortnähe von kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten von Bedeutung für die Inanspruchnahme und Kontinuität in der Behandlung, aber auch für die Belastung von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien im Rahmen der Behandlung hinsichtlich Zeitaufwand und Kosten für den Fahrtweg.

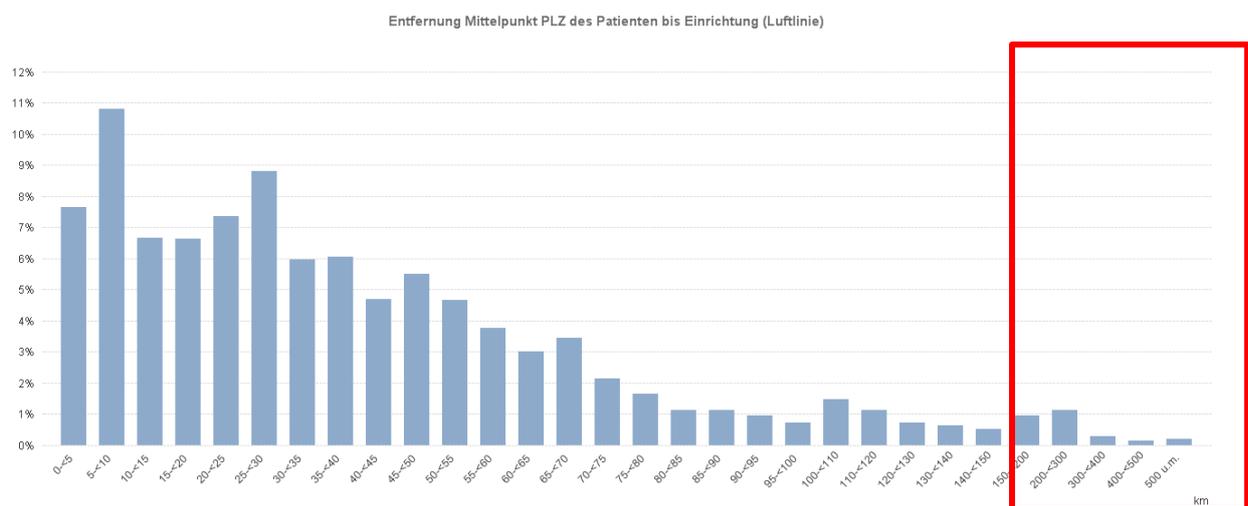
Die Abbildung „Wohnortnahe Versorgung“ zeigt den Anteil der Diagnosen bezogen auf die Entfernung der Klinik zum Wohnort (Mittelpunkt PLZ der Patientin bzw. des Patienten bis

Einrichtung). Mehr als $\frac{1}{3}$ aller behandelten Patientinnen und Patienten über alle Diagnosen hinweg lebten in einem Radius von bis zu 25 km von der Klinik entfernt. Bei genauerer Betrachtung gibt es insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen/Substanzabusus (F1x) eine größere Gruppe (22,5 %), bei der Entfernungen zwischen Klinik und Wohnort mehr als 150 km betragen (entspricht N = 394 von 1.755). Demgegenüber lebten bei den anderen Diagnosen (F0 bis F9 ohne F1) lediglich 2,7 % (entspricht N = 1.254 von 46.027) der Patientinnen und Patienten weiter als 150 km von der Klinik entfernt.

Abbildung: Wohnortnahe Versorgung



Entfernungsanalyse Diagnosegruppe F1. Eigene Darstellung auf Grundlage des VIPP-Datensatzes



Entfernungsanalyse Diagnosegruppe F0 - F9, exkl. F1. Eigene Darstellung auf Grundlage des VIPP-Datensatzes

Notfallquote

Aufnahmen in die stationäre Behandlung jenseits einer ambulanten Vorplanung und entsprechenden Vorbereitung kann man als Notfallaufnahmen bezeichnen. Diese Aufnahmen sind aufgrund einer psychischen Exazerbation mit Eigen- oder Fremdgefährdung dann unmittelbar

zum Vorstellungszeitpunkt notwendig und die Patientinnen und Patienten sind nicht abweisbar. Eine notfallmäßige Aufnahme kann auch aufgrund einer Notfalleinweisung einer ambulanten Fachärztin oder eines ambulanten Facharztes erfolgen oder aufgrund einer Vorstellung in der PIA. Notfallpatientinnen und -patienten kommen oftmals auch aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (hier oft als „Krise“ bezeichnet, vgl. FEGERT et al. 2001, 2004, 2013, 2016). Diese ungeplanten Aufnahmen stellen einen hohen Aufwand für die Kliniken dar, da entsprechende Personal- und Raumressourcen vorgehalten werden müssen. Bei der weiter oben genannten Auslastung von Kliniken für KJP mit ca. 93 % erschließt sich, dass diese Patientinnen und Patienten zusätzliche Ressourcen innerhalb der Kliniken benötigen.

VIPP-Datenbank: 16 Einrichtungen mit 25.000 Fällen und 19.000 Patientinnen und Patienten, 2011-13

Ausgangspunkt: Bestellte Patientinnen und Patienten kommen nur zwischen 9:00 Uhr und 15:00 Uhr

E-Jahr	Aufnahme als Notfall	Aufnahme ohne Notfall
2011	29,22 %	70,78 %
2012	35,15 %	64,85 %
2013	37,82 %	62,18 %

(Bekannter Maximalwert in D: 61 % in einer 25-B-Abteilung für KJPP)

5.3.1.1.6 Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter

Früh auftretende psychische Störungen, die auch zu einer Behandlung führen, sind oftmals besonders schwer ausgeprägt. Neben Bindungsstörungen, Fütter- und Regulationsstörungen gehören auch Störungen aus dem Spektrum Autismus, aber auch Vernachlässigungs- und Misshandlungsfolgen dazu. Insgesamt werden Kinder im Vorschulalter selten im Vergleich zu anderen Altersgruppen stationär oder teilstationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Ein Grund dafür ist, dass nur wenige spezialisierte Einrichtungen in Deutschland existieren. Um diese Gruppe in der (teil-)stationären Behandlung besser beschreiben zu können, wurde der VIPP-Datensatz dazu ausgewertet.

Vorhandene Datenquellen: VIPP-Datensatz

Für den Zeitraum 2011 bis 2014 liegen, wie in Abschnitt 5.3.1 beschrieben, Daten von insgesamt 26 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (inkl. Tageskliniken) vor (Patientinnen und Patienten insgesamt N = 33.390, Fälle insgesamt N = 47.944). Für die Altersgrup-

pe 0 bis 5 Jahre reduziert sich die Anzahl der Einrichtungen auf 21 und 853 Patientinnen und Patienten (Fälle = 978, weiblich = 320, männlich = 658).

Hinsichtlich der Diagnoseverteilung für Kinder zwischen 0 und 5 Jahren zeigt sich, dass diese am häufigsten eine Diagnose aus den Gruppen F9 (mit deutlich mehr Jungen), F4 sowie F8 aufwiesen. Die durchschnittliche Verweildauer schwankt – vermutlich auch aufgrund des kleinen N der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten – stark zwischen den Jahren. Insofern ist ein Vergleich zur allgemeinen Verweildauer schwierig, auch bezogen auf die einzelnen Diagnosegruppen. Vorsichtig interpretiert könnte man z. B. bei Patientinnen und Patienten mit einer F8-Diagnose annehmen, dass diese im Kleinkindalter noch etwas länger als die Gruppe älterer Patientinnen und Patienten behandelt wird, und insgesamt bei dieser Diagnosegruppe die Behandlungsdauern etwas länger als allgemein sind (mit Ausnahme des Jahres 2013, das aber ein „Ausreißer“ vermutlich aufgrund des kleinen N ist). Unter F8 werden tiefgreifende Entwicklungsstörungen kodiert, darunter auch Störungen aus dem Kreis des Autismus. Insofern erklärt sich auch eine längere Verweildauer aufgrund der Komplexität der Diagnostik und des Aufwands der Behandlung.

Diagnosegruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Gesamt:	853/978	320/658				
F4	149/161	69/92	37,15/ 33,11 (37,0)	40,18/39,38 (36,7)	41,64/41,64 (30,9)	60,40/ 58,08 (51,3)
F7	10/10	2/8	42,00/42,00 (11,3)	22,33/22,33 (24,6)	57,60/57,60 (56,1)	NA
F8	44/48	8/40	51,56/42,18 (35,4)	68,22/55,82 (58,1)	25,50/25,50 (17,5)	62,28/62,28 (49,2)
F9	656/748	236/512	45,66/41,51 (29,8)	59,36/53,42 (43,4)	50,01/43,86 (36,7)	57,40/53,68 (46,2)

Top-Diagnosen und Verweildauern bei Kleinkindern (0 bis 5 Jahre). Quelle: VIPP-Datensatz

5.3.1.1.7 Heranwachsende

Verschiedene Studien zeigen, dass ein großer Teil aller psychischen Störungen bereits im Jugendalter zumindest erste Symptome zeigt, bzw. in diesem Alter ein großer Teil sich erstmals manifestiert (JONES 2013, KESSLER et al. 2007). Auf Basis der Krankenhaus-Entlassdiagnosen des Statistischen Bundesamts im Vergleich der Jahre 2003 bis 2012 analysierten PLENER, GROSCHWITZ, FRANKE, FEGERT und FREYBERGER (2015) die stationäre psychiatrische Behandlung der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen in Deutschland. Trotz stagnierenden Bevölkerungszahlen in dieser Altersgruppe zeigte sich eine deutliche Zunahme der Behandlungen über die gesamte Altersgruppe und in allen Bundesländern. Beim Vergleich der Altersgruppen der 15- bis unter 20-Jährigen und der 20- bis unter 25-Jährigen waren deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Behandlungen von Störungsbildern der Kategorien F8 und F9 erkennbar. Letztere werden nach dem 20. Lebensjahr kaum mehr kodiert.

Vorhandene Daten: VIPP-Datensatz

Mithilfe des bereits erläuterten VIPP-Datensatzes können für den Zeitraum 2011 bis 2014 die Daten von insgesamt 26 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Patientinnen und Patienten, N = 33.390) sowie von 80 Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie (Patientinnen und Patienten, N = 441.770) analysiert werden. Mit Blick auf die Altersverteilung zeigte sich, dass in der Allgemeinpsychiatrie Kinder ab 14 Jahren⁶ behandelt wurden. In den Einrichtungen der Kinder und Jugendpsychiatrie sinkt der Anteil der Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren erkennbar ab. Die Analyse der häufigsten Diagnosen bei den 14- bis unter 17-Jährigen, die in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurden, zeigt, dass es sich hauptsächlich um Abhängigkeitserkrankungen (F10-F19) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) handelt. Die wenigen 18- bis unter 21-Jährigen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, weisen ebenfalls hauptsächlich eine Diagnose aus den Kategorien F1 oder F4 auf. Diagnosen aus dem Bereich F2 (schizophrene Psychosen) gehören in beiden Fachbereichen nicht zu den Top-3-Diagnosen. Unter dem Aspekt, dass bei der Thematik Transition oftmals hauptsächlich eine verbesserte Früherkennung für schizophrene Störungen diskutiert wird und auch entsprechende Einheiten aufgebaut oder eingerichtet werden, ist die tatsächliche Diagnoseverteilung dahingehend wahrzunehmen, dass Transitionsangebote zumindest auch auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich F1, F3 und F4 ausgerichtet werden sollten.

⁶ Wenn die Anzahl der Krankenhäuser < 4 ist, können keine Ergebnisse mehr ermittelt werden.

Diagnosenverteilung KJP vs. Erwachsenenpsychiatrie VIPP Datensatz

Alter: ↓	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Anzahl Fälle (insgesamt):	Häufigste Diagnosen:	Allgemeine Psychiatrie, Anzahl Fälle (insgesamt):	Häufigste Diagnosen:
13 Jahre	4.738	F9 (52,8 %) F4 (21,5 %) F3 (14,3 %)	(-) ⁷	(-)
14 Jahre	6.104	F9 (43,7 %) F4 (21,5 %) F3 (20,4 %)	17	F4 (23,5 %) G4 (23,5 %) F1 (17,7 %)
15 Jahre	6.927	F9 (36,8 %) F3 (24,4 %) F4 (21,7 %)	31	F4 (35,5 %) F1 (29 %) F2 (9,7 %)
16 Jahre	6.727	F9 (27,2 %) F3 (26,7 %) F4 (22,6 %)	174	F1 (58,1 %) F4 (14,4 %) F9 (8,6 %)
17 Jahre	6.239	F3 (28,0 %) F4 (23,2 %) F9 (19,5 %)	713	F1 (42,2 %) F4 (18,5 %) F3 (13,6 %)
18 Jahre	437	F1 (27,0 %) F3 (23,3 %) F4 (21,7 %)	8.569	F3 (25,9 %) F4 (24,8 %) F1 (18,1 %)
19 Jahre	92	F1 (44,6 %) F4 (17,4 %) F3 (14,1 %)	9.571	F3 (24,3 %) F1 (22,3 %) F4 (21,1 %)
20 Jahre	9	F4 (33,3 %) F3 (22,2 %) F6 (22,2 %)	9.896	F3 (25,0 %) F1 (23,4 %) F4 (19,3 %)
21 Jahre	(-)	(-)	10.630	F3 (25,5 %) F1 (24,7 %) F4 (17,8 %)

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des VIPP-Datensatzes

5.3.1.2 Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden

Als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts können gemäß § 7 I JGG die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB), die Führungsaufsicht (§ 68 StGB) oder die Entziehung der Fahrerlaubnis (§ 69 StGB) angeordnet werden. Lediglich die Sicherungsverwahrung sowie das Berufsverbot waren WEISSBECK und GÜNTER (2010) zufolge lange Zeit für Minderjährige ausgeschlossen. Inzwischen erlaubt der Gesetzgeber gem. §§ 106 III und 7 II JGG die Anordnung einer nachträglichen Sicherungsverwahrung für Jugendliche (14 bis 18 Jahre) und

⁷ Wenn die Anzahl der Krankenhäuser < 4 ist, können keine Ergebnisse mehr ermittelt werden.

Heranwachsende (18 bis 21 Jahre). Wie bei den Erwachsenen besteht die Bedingung für eine Unterbringung im Jugendmaßregelvollzug in einer Einschränkung oder Aufhebung der Schuldfähigkeit, die anhand der im § 20 StGB festgelegten Kriterien (krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn, schwere andere seelische Abartigkeit) überprüft werden muss.

Vorhandene Daten: Arbeitskreis für den Jugendmaßregelvollzug

Der Arbeitskreis für den Jugendmaßregelvollzug besteht seit dem Jahr 2003. Ihm angeschlossen sind alle Kliniken mit einem speziellen Behandlungsangebot im deutschsprachigen Raum. Dabei sind lediglich die beiden Einrichtungen in Moringen und Rostock forensische Kliniken für Erwachsene, die eine Jugendabteilung besitzen. Inzwischen ist auch die Abteilung in Berlin Teil des Maßregelvollzugs für Erwachsene. Die ehemals bestehende Klinik in Rodewisch besteht nicht mehr als Maßregelvollzugsklinik für Jugendliche. Alle anderen Einrichtungen haben sich aus den kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Kliniken aufgrund ihres Versorgungsauftrags entwickelt. Ziele des Arbeitskreises bestehen u. a. in der jährlichen Erhebung und Auswertung von Basisdaten, die im Folgenden für das Jahr 2015 dargestellt werden (WEISSBECK, unveröffentlicht). Es handelt sich dabei nicht um eine bundesweite Kompletterhebung, da die Jugendlichen und Heranwachsenden, die im Maßregelvollzug für Erwachsene untergebracht sind, nicht erfasst werden.

Die Stichprobe setzt sich aus 197 Patientinnen und Patienten zusammen, wobei es sich mit 95 % hauptsächlich um männliche Patienten handelt. Weiter zeigt sich, dass es sich bei 86,3 % der Patientinnen und Patienten um deutsche und bei 13,7 % um ausländische Personen handelt. Die meisten Patientinnen und Patienten (N = 73) lebten vor der Aufnahme in den Maßregelvollzug bei ihren Eltern; immerhin 42 Patientinnen und Patienten befanden sich vorher in Haft. Die Verteilung der Rechtsgrundlagen, nach denen die Unterbringung erfolgte, zeigt, dass es sich nahezu gleichhäufig um die §§ 63 und 64 handelte (95 und 94 Personen). Die Anlassstraftaten der Maßregelpatientinnen und -patienten bestehen hauptsächlich in Körperverletzungs- und Eigentumsdelikten (29 % sowie 24 %). Am seltensten stellten Tötungsdelikte (N = 8) sowie Brandstiftungen (N = 15) den Ausgangspunkt für die Unterbringung dar. Bei dem Großteil der Patientinnen und Patienten kam es im Rahmen von Lockerungen nicht zu Missbräuchen (101 von 217). Hierbei bleibt zu beachten, dass zum Zeitpunkt der Erhebung allerdings auch ein Großteil der Stichprobe (60 %) keine Lockerung oder nur eine Ausführung (begleiteter Ausgang) erhalten hatte. Die zur Einweisung geführten Diagnosen wurden

nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters gemäß ICD-10 gestellt. Es zeigte sich, dass der Anteil an Erkrankungen aus dem Diagnosebereich psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1) mit 101 von 217 Fällen (77 %) am höchsten ausfiel. Seltener wurden die Diagnosen aus den Kategorien F2 (N = 21), F6 (N = 50), F7 (N = 14), F8 (N = 2) und F9 (N = 38) genannt. Das durchschnittliche Intelligenzniveau der Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten lag bei 86,94 IQ-Punkten. Der Großteil bewegte sich somit im Bereich der Normalintelligenz (N = 89 im Bereich 115 – 85). Im überdurchschnittlichen Intelligenzbereich lagen 5 Personen (2,5 %), im Bereich der leichten Intelligenzminderung 41 Personen (20,8 %). Entsprechend handelte es sich bei der vor der Maßregel besuchten Ausbildungsstätte in den meisten Fällen um eine Förder- (35 %) oder Hauptschule (43,7 %). Ein Großteil verfügte zum Zeitpunkt der Aufnahme über keinen Schulabschluss (N = 115). Von den 197 Patientinnen und Patienten wurden 51 während des Erhebungszeitraums entlassen. Nur in 2 Fällen wurde als Art der Entlassung die Erledigung der Maßregel genannt. In jeweils 16 Fällen handelte es sich um eine bedingte Entlassung sowie einen Abbruch der Maßregel (nur bei Unterbringungen nach § 64 StGB). Die meisten Patientinnen und Patienten (30 von 51) wechselten nach ihrer Entlassung aus dem Jugendmaßregelvollzug in die JVA oder eine Forensische Klinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro entlassene Person lag bei 1,57 Jahren.

5.4 Kinder und Jugendliche mit besonderen Risikofaktoren

5.4.1 Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung

Vorhandene Daten: Aufstellung voll- und teilstationäre Behandlungsangebote

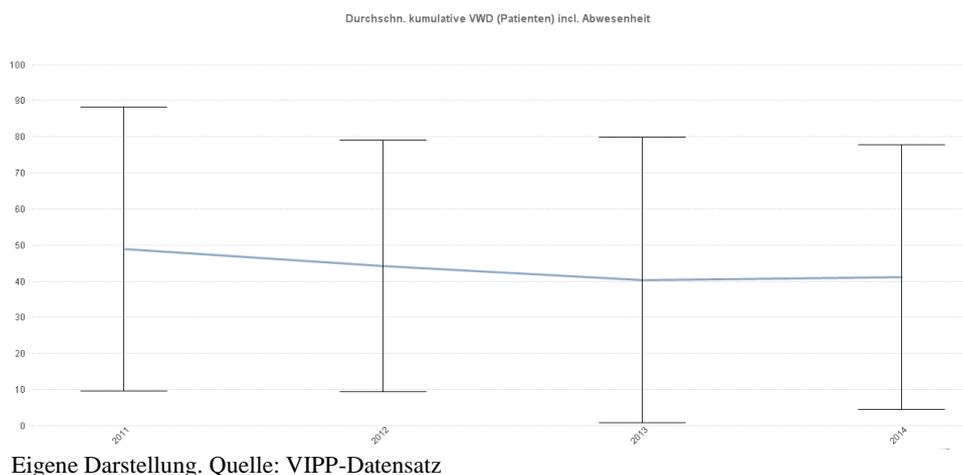
Kinder und Jugendliche mit einer Intelligenzminderung haben besondere Behandlungsbedürfnisse, was die Toleranz von Gruppengrößen, Geschwindigkeit und Art der Therapieschritte etc. angeht, die im Rahmen einer normalen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung oft nicht ausreichend abgedeckt werden können. Die Diagnostik und Therapie erfordert spezielle Methoden und Verfahren. Spezialisierte Einrichtungen können die notwendigen Settings und die entsprechende Expertise für die Diagnostik und Behandlung vorhalten. Im Vergleich zu anderen Bundesländern scheint in Baden-Württemberg das Angebot am stärksten ausgebaut zu sein. Die vorläufigen Ergebnisse der Fragebogenstudie von HENNICKE & KLAUTH (2014) weisen darauf hin, dass sich die Anzahl der Schwerpunktkliniken in den letzten 13 Jahren kaum verändert hat. Der parallel stattgefundene Ausbau der SPZ und die berichtete Diagnosedistribution lassen vermuten, dass ein großer Teil der Behandlung intelligenzgeminderter

Kinder und Jugendlicher mit psychischer Störung inzwischen ambulant auch in Sozialpädiatrischen Zentren stattfindet. Gleichwohl besteht stationärer Behandlungsbedarf bei komplizierten und schweren Störungsbildern, der von Kliniken mit dem Regelversorgungskonzept aufgrund oben genannter Milieuaspekte eher unzureichend abgedeckt wird. Einige Bundesländer halten keine spezialisierten Einrichtungen vor (z. B. Berlin, Brandenburg); in einigen wird im Rahmen der Landeskrankenhausplanung inzwischen der Aufbau entsprechender Kapazitäten vorgesehen (z. B. Berlin). In einigen Ländern war im Rahmen der Debatte um Inklusion diskutiert worden, spezialisierte Angebote abzubauen (z. B. Nordrhein-Westfalen).

Vorhandene Daten: VIPP-Datensatz

Für den Zeitraum 2011 bis 2014 liegen, wie in Abschnitt 5.3.1 beschrieben, Daten von insgesamt 26 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (inkl. Tageskliniken) vor (Patientinnen und Patienten insgesamt $N = 33.390$, Fälle insgesamt $N = 47.944$). Auf die Diagnosegruppe F7 entfallen dabei 403 Patientinnen und Patienten bzw. 529 Fälle (weiblich = 158, männlich = 371), wobei es sich hauptsächlich um die Untergruppen leichte Intelligenzmindering (F70, $N = 418$, 79 %) und mittelgradige Intelligenzmindering (F71, $N = 69$, 13 %) handelt. Die häufigsten Nebendiagnosen stellen die Gruppen F9 ($N = 171$, 33,1 %) sowie F8 ($N = 68$, 13,2 %) dar.

Die Verweildauer liegt über die Jahre über der durchschnittlichen Verweildauer aller Diagnosen. Im Jahresvergleich 2011 bis 2014 zeigt sich eine Verkürzung der auf die Patientinnen und Patienten bezogenen Verweildauer um durchschnittlich sieben Tage (siehe untenstehende Abbildung), der fallbezogenen Verweildauer um zwei Tage.



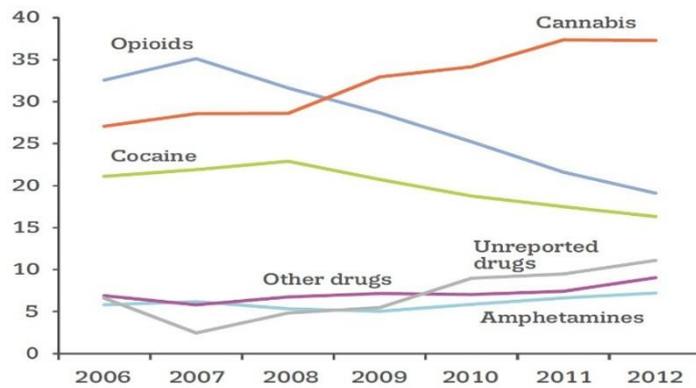
Diagnosegruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Gesamt:	33.390/47.944	23.415/24.524				
F7	403/529	158/371	48,88/40,40 (39,3)	44,33/36,63 (34,8)	40,38/35,11 (39,6)	41,20/38,11 (36,7)

Verweildauer bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Quelle: VIPP-Datensatz

5.4.2 Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen

Eine Besonderheit bei Minderjährigen mit Substanzabusus ist der häufige Mischkonsum. Generell unterscheiden sich sowohl das Konsummuster und der Behandlungsansatz als auch das Versorgungssystem elementar vom Erwachsenenbereich. Die Übertragbarkeit von Befunden aus dem Erwachsenenbereich ist kritisch zu bewerten, da die Konsummuster sowie die Lebensumstände von Adoleszenten und Erwachsenen unterschiedlich sind (FEGERT & SCHEPKER, 2009). Für das gesamte Suchtbehandlungssystem in Deutschland gilt, dass die Klientinnen und Klienten immer jünger werden (55 % der Erstbehandelten sind unter 25 Jahren alt). Der Anteil der männlichen Klienten liegt dabei höher als bei den Frauen (80 % zu 20 %). Hinsichtlich der Suchtbehandlung von Kindern und Jugendlichen ist erkennbar, dass die Behandlungsraten sowohl bei den unter 15-Jährigen als auch bei 15- bis 19-Jährigen deutlich ansteigen.

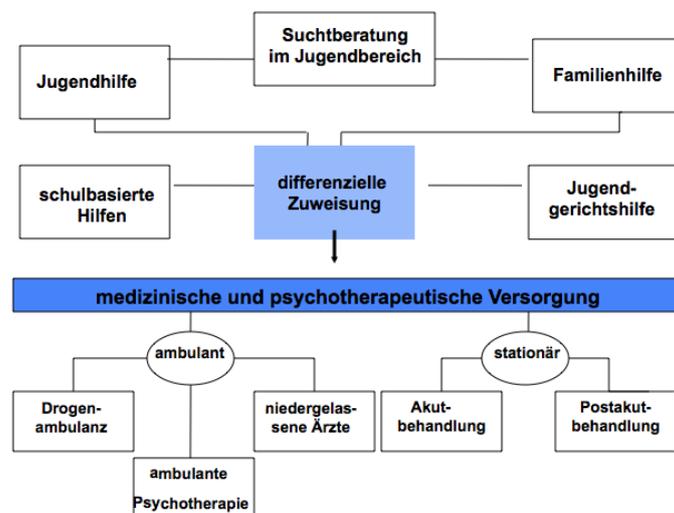
Daten aus dem Versorgungsreport 2015/2016 weisen die alkoholbezogenen Störungen als häufigsten Anlass für eine Krankenhausbehandlung bei Kindern und Jugendlichen aus (N = 15.928). US-amerikanischen Studien zufolge zählen Substanzgebrauchsstörungen aktuell zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters, Lebenszeitprävalenz 11,4 % bei 13- bis 18-Jährigen (FUCHS et al., 2013). Für Gesamteuropa zeigt sich, dass die Anzahl der Cannabis-Konsumentinnen und -Konsumenten ansteigt während der Anteil der Opiat-Konsumentinnen und -Konsumenten abnimmt. Für Deutschland zeigt sich dieser Anstieg auch in den Krankenhausdiagnosestatistiken.



Quelle: EMCDDA (2014)

Aktuell stehen 300 Behandlungsplätze in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit dem Schwerpunkt Sucht an 20 Kliniken bundesweit zur Verfügung, die sehr unterschiedlich auf die Bundesländer verteilt sind (MELCHERS, unveröffentlicht). Vor allem in Ostdeutschland und dem ländlichen Bereich zeigen sich hier Defizite, und die Behandlungsstrukturen sind insgesamt für Kinder und Jugendliche nicht ausreichend (FEGERT & SCHEPKER, 2009).

THOMASIIUS hat das notwendige System der Hilfen bei suchtasoziierten Störungen im Kindes- und Jugendalter skizziert:



Quelle: Vortrag von Prof. R. Thomasius am 04.02.2016

Auch in der Forschung besteht ein Ungleichgewicht zwischen relativ vielen Behandlungsstudien bei erwachsenen und wenigen bei jugendlichen Konsumentinnen und Konsumenten (CORNELIUS 2005). So liegt zu den Behandlungserfolgen nur eine Outcome-Studie von WARTBERG et al. (2014) und ARNAUD et al. (2017) vor.

Abfrage der gemeinsamen Kommission Sucht der kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände und der Fachgesellschaft

Vorhandene Daten: KJPP-Kliniken mit (stationärem) Suchtschwerpunkt

Nr.	Ort	Stationäres Angebot	Medizinische Reha	Ambulante Nachsorge
1.	KJP Arnsdorf	ja	nein	nein
2.	Helios Parkklinik Leipzig	ja	nein	ja
3.	SKH Rodewisch	ja	nein	ja
4.	Vivantes Friedrichshain Berlin	ja	nein	ja
5.	Ameos Klinikum Ueckermünde	ja	nein	ja
6.	Helios Stralsund	ja	nein	ja
7.	Helios Schleswig	ja	nein	ja
8.	UKE Hamburg Jugendstation des DZSKJ	ja	nein	ja
9.	Agaplesion-Diakoniekrankenhaus	ja	nein	ja
10.	Fachklinik Uchtspringe	ja	nein	ja
11.	LWL Marsberg	ja	nein	ja
12.	Kinderklinik Auf der Bult Hannover	ja	nein	ja
13.	LVR Viersen	ja	ja	ja
14.	LVR Essen	ja	nein	ja
15.	LWL Hamm	ja	ja	ja
16.	KJP Köln Holweide	ja	nein	ja
17.	Klinik Marienheide	ja	nein	ja
18.	KJP Weinsberg	ja	nein	ja
19.	KJP Uni Freiburg	ja	nein	ja
20.	ZfP Südwürttemberg Ravensburg	ja	nein	ja

Quelle: Zur Verfügung gestellt von Herrn Dr. Melchers

Vorhandene Daten: VIPP-Datensatz

Für den Zeitraum 2011 bis 2014 liegen, wie in Abschnitt 5.3.1 beschrieben, Daten von insgesamt 26 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (inkl. Tageskliniken) vor (Patientinnen und Patienten insgesamt N = 33.390, Fälle insgesamt N = 47.944). Auf die Diagnosegruppe F1 entfallen dabei 1.181 Patientinnen und Patienten bzw. 1.755 Fälle (weiblich = 569, männlich = 1.186), wobei es sich hauptsächlich um die Untergruppen Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12), durch Alkohol (F10) sowie multiplen Substanzmissbrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) handelt. Mit Blick auf die letztgenannte Diagnosegruppe zeigt sich im Vergleich mit Patientinnen und Patienten der Er-

wachsenenpsychiatrie (> 18 Jahre), dass der Anteil mit 16,4 % niedriger liegt als bei Kindern und Jugendlichen (22,34 %).

Die relativ kurze Verweildauer, auch bezogen auf den Fall, dürfte den aus der Literatur bekannten höheren Abbruchquoten und der oftmals notwendigen iterativen Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen auch im Jugendalter entsprechen.

Diagnosegruppe	Fallzahl	Anteil
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	786	44,79 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	430	24,50 %
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzmissbrauch	392	22,34 %
F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien	104	5,93 %
F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	13	0,74 %
F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	10	0,57 %
F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	10	0,57 %
F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	6	0,34 %
F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	2	0,11 %
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	2	0,11 %
F1	1.755	100 %

Häufigste Hauptdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen. Quelle: VIPP-Datensatz

5.4.3 Kinder psychisch kranker Eltern – Behandlung von Eltern und Kind

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein hohes Risiko, eine eigene psychische Störung zu entwickeln. Sie gelten als Hochrisikopopulation und es gibt hinreichende Befunde zur Prävalenz der Problematik. So ist etwa das Risiko für eine eigene Störung zwei- bis zehnfach erhöht (BEARDSLEE et al. 1998), 20 bis 25 % aller (stationären) Psychiatricpatientinnen und -patienten haben minderjährige Kinder und ca. 3 Millionen Kinder haben einen Elternteil, der unter einer psychischen Störung leidet (SCHONE & WAGENBLASS 2002, LENZ 2005). Ebenfalls aus der Forschung zu dieser Thematik ist identifiziert, dass es vielfältige Barrieren für entsprechende komplexe und altersspezifische Behandlungsangebote innerhalb des SGB V aber auch für systemübergreifende Hilfen gibt. So zeichnen sich die Angebote durch eine geringe Systematik mit starken regionalen Besonderheiten aus (SCHMID et al. 2007, KÖLCH et al. 2007, HEFTI et al. 2016, STADELMANN et al. 2010, KÖLCH & SCHMID 2008). In der Forschung fehlen derzeit ausreichende Befunde zu notwendigen altersspezifischen Bedarfen, spezifi-

schen Teilhabedefiziten und ein Abgleich derselben mit den systematischen Versorgungsangeboten (SGB V, VIII, XII) (KÖLCH, FEGERT, ZIEGENHAIN 2014, NATIONAL. ZENTRUM FRÜHE HILFEN 2016).

Für den SGB-V-Bereich zeigt sich als generelles Problem in der Behandlung von Eltern und Kindern die mangelnde systematisierte Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie.

In der generellen Behandlung innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Angebote gehört die Einbeziehung von Eltern in die Behandlung der Kinder und Jugendlichen zum Standard. Dies zeigt sich im ambulanten Bereich im Rahmen der Psychotherapie auch z. B. durch die Regelung, in festen Abständen Sitzungen mit den Eltern zu haben. Auch im teil(stationären) Setting ist der Einbezug der Eltern unerlässlich und fester Bestandteil der Klinik- und Behandlungskonzepte. Eine systematisierte Einbeziehung erwachsenenpsychiatrischer Expertise für die Eltern im Fall der KJP und umgekehrt von kinder- und jugendpsychiatrischen Expertise bei erwachsenenpsychiatrischen Patientinnen und Patienten mit Kindern fehlt dagegen.

Über die übliche Einbeziehung von Eltern in die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Therapie hinaus ergibt sich für bestimmte Gruppen die Notwendigkeit einer gemeinsamen teil(stationären) Behandlung von Eltern und Kindern. Dies kann z. B. bei psychisch kranken Eltern notwendig sein, insbesondere, wenn die Kinder neu geboren sind, aber auch bei frühen Interaktionsstörungen. Entsprechend dieser Ausgangslage finden sich Behandlungsangebote ausgehend von der Erwachsenenpsychiatrie und von der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Zugangswege sind damit sehr unterschiedlich. Während bei den erwachsenenpsychiatrischen Angeboten die Eltern als Symptomträger benannt sind, sind bei kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten primär die Kinder als Symptomträger identifiziert und die elterliche psychische Störung muss teilweise erst noch der Diagnostik und Behandlung zugeführt werden.

Eine systematische Erhebung über kooperative Behandlungsangebote, die den alters- und entwicklungsspezifischen Bedürfnissen von Kindern psychisch kranker Eltern Rechnung tragen (etwa kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsangebote in Zusammenarbeit mit erwachsenenpsychiatrischen Kliniken) ist für Deutschland nicht verfügbar.

Die Angebote der Erwachsenenpsychiatrie (vgl. Eltern-Kind-Einrichtungen, Übersicht der Marcé-Gesellschaft) sind zum großen Teil auf die ersten Lebensjahre beschränkt. Nach der Übersicht der Marcé-Gesellschaft (siehe Anhang) bestehen derzeit 77 Eltern-Kind-Einrichtungen in Deutschland, die stationär zwischen einem und 140 Plätzen sowie teilstationär zwischen zwei und acht Plätzen vorhalten. Die Vollständigkeit der Angaben kann nicht überprüft werden. Kinder- und jugendpsychiatrische Angebote sind nicht enthalten.

5.5 Spezielle Themen in der Behandlung

5.5.1 Psychopharmakotherapie

Psychopharmakotherapeutische Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der multimodalen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen. WARNKE und LEHMKUHL (2011) zufolge werden im stationären Setting 25 bis 40 %, im ambulanten Setting etwa 15 % der Patientinnen und Patienten medikamentös behandelt. In der Vergangenheit zeigte sich ein Anstieg psychopharmakotherapeutischer Verordnungen an Minderjährige in Deutschland. Gerade unter dem Aspekt des sich entwickelnden Gehirns stehen pharmakotherapeutische Interventionen oft unter besonderem Vorbehalt. Andererseits ist die Datenlage zur Evidenz der Wirksamkeit inzwischen bei vielen Psychopharmaka auch im Kindes- und Jugendalter gut. Insofern war im Projekt

- die vorhandene Datenlage zur Pharmakoepidemiologie zu sichten und zu bewerten und
- daraus folgend Datenlücken zu identifizieren.

Ausgangslage

Die für psychisch kranke Kinder und Jugendliche am häufigsten verordnete Substanzgruppe sind die Stimulantien. In den letzten 20 Jahren ist ein stetiger Anstieg der Stimulanzien-Verordnungen zu verzeichnen gewesen, der in den vergangenen Jahren ein Plateau zu erreichen scheint. Wichtige weitere Substanzgruppen sind Antidepressiva, die neben der Indikation Depressive Störungen auch Wirkhinweise bei Angsterkrankungen und Zwangsstörungen haben. Antipsychotika werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vornehmlich im „behavioural use“, also zur Verhaltenssteuerung bei überstarker Impulsivität eingesetzt, entweder im Akutzustand oder aber auch bei chronisch erhöhter Aggressivität/Impulsivität. Daneben werden sie wie in der Erwachsenenpsychiatrie zur Behandlung von schizophrenen Psychosen und zur Stimmungsstabilisierung (bei bipolaren Störungen und bei Persönlichkeitsstörungen)

eingesetzt. Antikonvulsiva finden auch bei letztgenannter Indikation ihren Einsatz. Zusätzlich finden – begrenzt – Anxiolytika und Sedativa Anwendung.

Ein großes Problem in der Behandlung mit Psychopharmaka bei Minderjährigen (wie generell bei der Medikation von Kindern) ist der Umstand, dass nur ein begrenzter – und im Verhältnis zu Erwachsenen – deutlich geringerer Anteil der Arzneimittel eine Zulassung hat. Dies ist oft darin begründet, dass entsprechende Zulassungsstudien (auch historisch) fehlen. Eine fehlende Zulassung muss nicht heißen, dass es keine Wirksamkeits- oder Sicherheitsdaten gibt.

Aus diesem Grund wird ein Anteil der Psychopharmaka off-label verordnet. Eine Übersicht über die Zulassungen findet sich z. B. bei KÖLCH und PLENER (2016). Die Verordnung außerhalb der Zulassung im Rahmen des sogenannten individuellen Heilversuchs stellt erhöhte Anforderungen an die Aufklärung, kann aber auch sozialrechtlich die Folge der fehlenden Kostenerstattung oder aber auch des Regress‘ nach sich ziehen. Inhaltlich ist es bedauerlich, dass durch den Off-Label-Use keine Daten zur Pharmakovigilanz gewonnen werden.

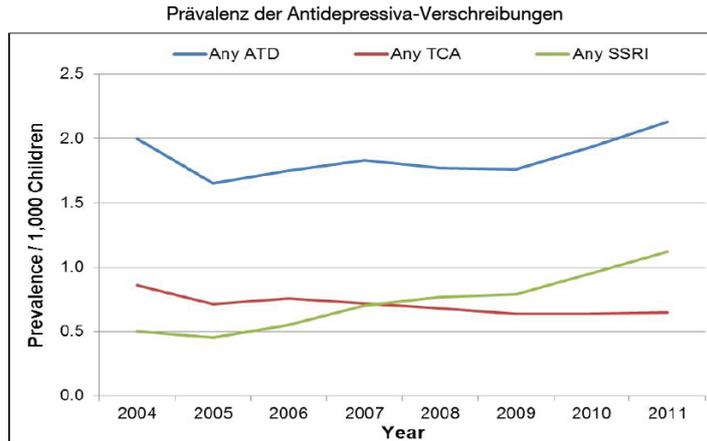
Mittels einer systematischen Analyse publizierter Studien zur Psychopharmakoepidemiologie in Deutschland wurde die Entwicklung der Verordnungen von Psychostimulanzien, Antidepressiva und Antipsychotika an Kinder und Jugendliche im Zeitraum 2000 bis 2012 analysiert (zu den detaillierten Ergebnissen vgl. FRANKE, FEGERT, KRÜGER & KÖLCH, 2016). Es zeigte sich eine Zunahme der Verordnungen insbesondere bei Psychostimulanzien und Antipsychotika, wobei der Anstieg im internationalen Vergleich unter dem Niveau anderer vergleichbarer Länder zurückblieb. Polypharmazie zeigte sich selten und wenn eher im stationären Setting. Alle Verordnungen der ATC-Klassen Antipsychotika, Anxiolytika, Anti-depressiva und Stimulanzien in einem Krankenkassendatensatz zusammen haben diagnosenunabhängig nur ZITO et al. (2008) untersucht. Demnach lag die Ein-Jahres-Prävalenz für Verordnungen psychotroper Medikamente bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2000 bei 2 % (95 % CI: 2,00-2,00) (ZITO et al., 2008). Die Studie von FEGERT et al. (2009 a) bezog die Psychostimulanzien nicht mit ein: Die 7-Tage-Pävalenz der anderen psychotropen Arzneimittel auf Basis der von 2003 bis 2006 Eltern- und Kinder-berichteten Daten der KiGGS-Studie betrug 0,48 % (95 % CI: 0,37-0,63).

Hinsichtlich der Prävalenz bleibt festzuhalten, dass sich bei allen Substanzgruppen die 7-Tage-Prävalenz als niedriger erwies als die Ein-Jahres-Prävalenz. Zum Anstieg der Verordnungen trugen die Psychostimulanzien hauptsächlich bei. Bei den Antipsychotika zeigte sich

absolut in der Zahl zwar nur ein geringer Anstieg, jedoch bezogen auf die Indikation des behavioural use war der Anstieg eher hoch. Die systematische Analyse der publizierten Literatur zeigte auch, dass sobald komorbide Störungen auftraten und ein intensiveres Behandlungsetting wie eine vollstationäre Behandlung zutrafen, die Wahrscheinlichkeit für eine Medikation aufgrund der Komplexität des Störungsbilds ansteigt und diese Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Symptomatik (z. B. Autismus, Persönlichkeitsstörungen) eher polypharmazeutisch behandelt werden. Zu den hauptsächlichen Verordnern zählten neben Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern Kinderärztinnen und -ärzte.

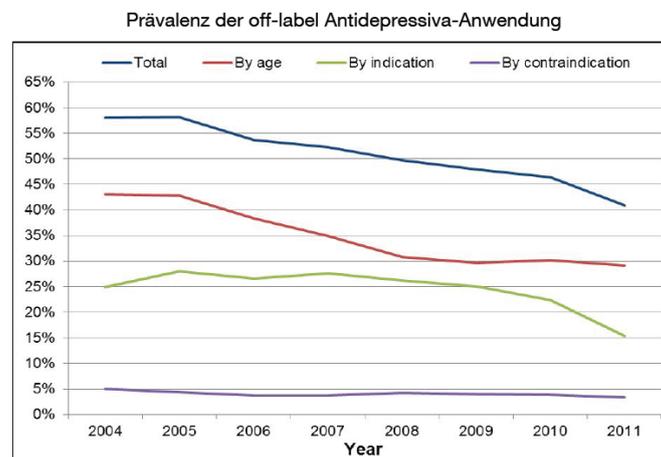
Auf dem Datenworkshop am 4. Februar 2016 präsentierte das Leibniz-Institut Daten, die im Rahmen der GePaRD-Studie (*German Pharmacoepidemiological Research Database*) des Leibniz Institute for Prevention analysiert wurden. Der Datensatz enthält Daten von ca. 20 Millionen GKV-Versicherten. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 24 %.

Es wurden die Ergebnisse der OLUNAR-Studie (*Off-label Use of Neuroleptic and Antidepressant Drugs and Risks of Stimulant Use in Children and Adolescents with ADHD*) vorgestellt. Es wurde sowohl die Prävalenz als auch die Inzidenz der Verschreibungen bei Kindern und Jugendlichen im Studienzeitraum sowie Ausmaß und Risiko von Off-Label-Anwendung untersucht. Im zweiten Teil der Studie wurden kardio- und vaskuläre Risiken von Stimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS analysiert. Pro Studienjahr konnten die Daten von knapp zwei Millionen Kindern und Jugendlichen analysiert werden. Es handelte sich jeweils etwas häufiger um männliche als um weibliche Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren, wobei die größte Gruppe im schulpflichtigen Alter war. Die Prävalenz der Antidepressiva-Verschreibungen generell erwies sich für den Studienzeitraum 2004 bis 2011 als relativ konstant. Differenziert nach Wirkstoffgruppen zeigte sich für die trizyklischen Antidepressiva (TCA) ein leichter Rückgang. Im selben Zeitraum stiegen die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) deutlich an.



Quelle: Vortrag von Hr. Scholle am 04.02.2016

Die Prävalenz für einen Off-Label-Use wurde für sowohl insgesamt als auch für jede Art (Alter, Indikation) getrennt betrachtet. Es zeigte sich, dass dieser im Zeitverlauf deutlich gesunken war (von 58 % auf 41 %). Aufgeschlüsselt nach der Art zeigte sich, dass sich die meisten Off-Label-Verschreibungen auf das Alter der Patientinnen und Patienten bezogen. Etwas weniger zeigte sich der Anteil wegen der Indikation. Ein geringer Anteil von 5 % bezog sich auf Off-Label-Use, weil gleichzeitig eine Kontraindikation (kontraindizierte Erkrankung oder kontraindiziertes Medikament) vorlag und mithin die gefährlichste Form.



Quelle: Vortrag von Hr. Scholle am 04.02.2016

Es wurden die vier Parameter kardiovaskuläre Ereignisse, suizidale Ereignisse (keine vollendeten Suizide), Vergiftungen und Gesamtsterblichkeit für die Gruppe der Off-Label- und On-Label-User von Antidepressiva-Verschreibungen betrachtet (N = 21.779). Über die gesamte Kohorte von 2004 bis 2011 ergab sich eine Anzahl von 121 suizidalen Events, 86 Vergiftungen und 66 Todesfälle. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen On- und Off-Label-Usern.

	Total N=21,779	On-label User N=8,759	Off-label User N=13,020
Cardio-/ cerebrovascular events (N=30 total, 20 on-label, 10 off-label)	7.0 (4.7-10.0)	9.8 (6.0-15.1)	4.5 (2.1-8.2)
Suicidal events (N=121 total, 72 on-label, 49 off-label)	28.1 (23.3-33.5)	35.2 (27.5-44.3)	21.7 (16.0-28.6)
Poisoning by ATD drugs (N=86 total, 54 on-label, 32 off-label)	19.7 (15.8-24.3)	26.0 (19.5-33.9)	14.0 (9.6-19.7)
All-cause mortality (N=66 total, 21 on-label, 45 off-label)	15.1 (11.7-19.2)	10.1 (6.2-15.4)	19.6 (14.3-26.3)

Datenlücken

Während für den ambulanten Bereich aufgrund diverser pharmakoepidemiologischer Untersuchungen in vielen Bereichen eine hinreichende Datenlage besteht, bleiben dennoch Lücken: Oftmals wird nicht erkenntlich, wer Erstverordnerin oder Erstverordner war, ob eine Medikation im Krankenhaus begonnen oder umgestellt wurde etc. Gleichzeitig stehen aus dem Krankenhaus kaum Daten in vergleichbarer Form zur Verfügung, da die Abgabe von Arzneimitteln über die BpFVer abgegolten ist, und damit nicht extra zu Lasten der GKV abgerechnet wird (und damit auswertbar wäre). Weiterhin ungeklärt bleiben also die Gründe für die Verordnung, Beginn und Veränderung von Psychopharmaka im stationären Setting sowie welche ärztliche Gruppe die Verordnung erstmalig initiiert. Eine weitere Lücke ist, dass nur wenige Daten über Versorgungsketten existieren, also darüber, ob es im Verlauf einer Diagnosestellung nach anderen Therapien gestuft zu Psychopharmakaverordnungen kommt, wie die Behandlungskontinuität ist etc. Im Rahmen des Projekts wurden hierzu Untersuchungen angestellt: Einmal wurde eine große Klinik hinsichtlich aller während eines Jahres eingesetzten Psychopharmaka untersucht, zum anderen untersuchte das Leibniz Institute for Prevention, wie Kinder mit einer ADHS-Erstdiagnose in den folgenden Jahren behandelt werden.

Psychopharmaka in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie

Neben der Prävalenz von Psychopharmaka im stationären Setting wurden Alter, Geschlecht und Diagnosegruppen der Patientinnen und Patienten differenziert betrachtet. Weitere Fragestellungen waren die Häufigkeit von Substanzwechsel, die Gabe von und der Einsatz im Off-Label-Use.

Method

Anhand eines Basisdokumentationssystems wurden die Ergebnisse durch eine Patientinnen- und Patientenaktenanalyse ermittelt. Die Berechnungen erfolgten mit dem Auswertungsprogramm SPSS 23.

Stichprobe

Die Daten wurden in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH erhoben. Es wurden anhand des Basisdokumentationssystems systematisch alle im Jahr 2015 verordneten psychotropen Substanzen aufgenommen. In die Analyse miteinbezogen wurden demnach alle Kinder und Jugendliche, die zwischen dem 01.01.2015 und dem 31.12.2015 (einschließlich) stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen oder teilstationär behandelt wurden.

Ergebnisse

Alter und Geschlecht

In dem Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015 konnten 861 Behandlungsfälle ermittelt werden. Das entspricht 626 Patientinnen und Patienten. Das Geschlechterverhältnis ist mit 52,4 % weiblichen und 47,6 % männlichen Behandlungsfällen relativ ausgewogen (absolute Zahlen s. Tab. 1). Das Alter der Patientinnen und Patienten zum Behandlungszeitpunkt innerhalb der Stichprobe lag zwischen 1 und 20 Jahren, mit einem Altersdurchschnitt von 13,7 Jahren ($SD = 3,8$). Hierbei ist erkennbar, dass die Jugendlichen (13-20 Jahre) mit 77,7 % die weitaus größere Gruppe ausmachen als die Kinder (0-12 Jahre), die einen Anteil von 22,3 % der Patientinnen und Patienten ausmachen (s. Tab 1; Abb.1). Von den im Kindesalter Behandelten machen die Jungen mit 15,09 % einen höheren Anteil aus, während in dem Alter nur knapp halb so viele Mädchen behandelt werden (7,2 %). Die im Alter zwischen 13 und 20 Jahren behandelten Mädchen hingegen machen mit 45,18 % fast die Hälfte der Behandlungsfälle aus, während die männlichen Jugendlichen 35,19 % der Behandlungsfälle ausmachen (s. Abb. 2).

Alter in Jahren	Anzahl Fälle gesamt	Geschlecht	
		männlich	weiblich
0-5	50	30	20
6-12	142	100	42
13-16	320	117	203
17-20	349	163	186
	861	410	451

Tab. 1 Anzahl der Fälle nach Alter und Geschlecht

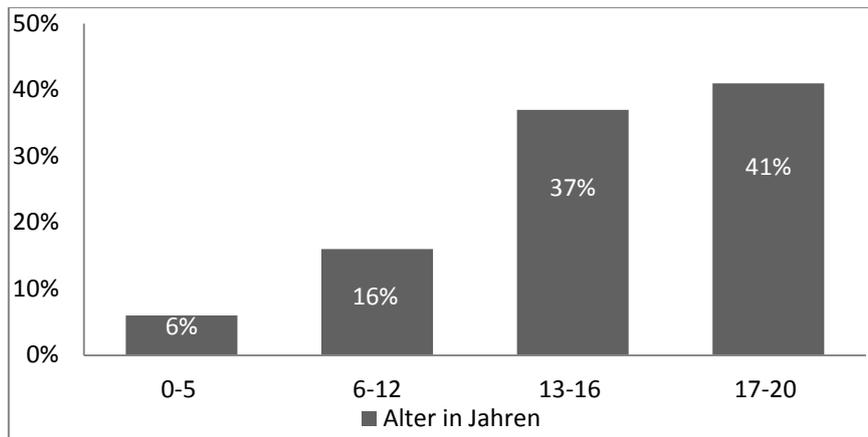


Abb. 1 Anzahl der Fälle gruppiert nach Alter⁸

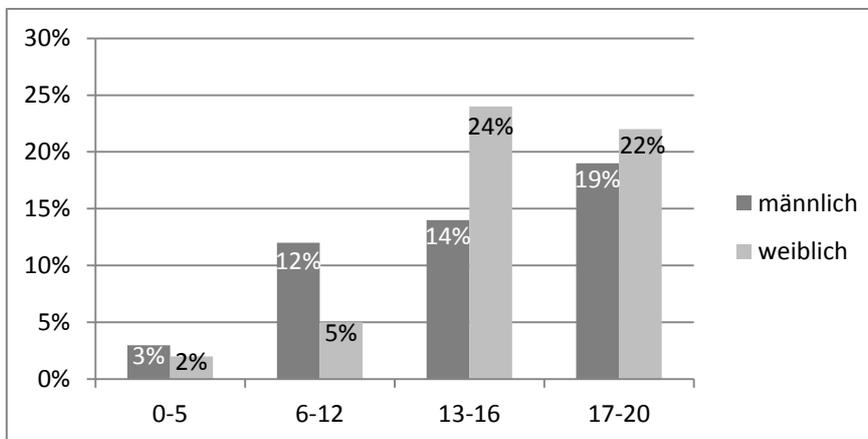


Abb. 2 Anzahl der Fälle gruppiert nach Alter und Geschlecht

Diagnosen

Die im Jahr 2015 stationär in der Berliner Klinik behandelten Patientinnen und Patienten waren am häufigsten (21,28 % der Fälle) an einer Depression erkrankt. 13,6 % der erfassten Fälle wurden aufgrund einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens behandelt und jeweils 10,7 % wegen einer Substanzgebrauchsstörung oder einer Persönlichkeitsstörung (s. Abb. 3). Ein Drittel bekam keine Nebendiagnose. Die drei am häufigsten vorkommenden komorbiden Störungen waren Substanzabusus (16,7 %), Persönlichkeitsstörungen (12,1 %) und depressive Störungen (8,5 %).

Diagnosegruppe	Anzahl Fälle	Geschlecht
----------------	--------------	------------

⁸ Die Gruppierung nach Alter erfolgte orientiert an den Kriterien 1. Schuleintritt (6 J.) sowie 2. Übergang in die weiterführende Schule und Anfang der Pubertät und 3. Ende der Pflichtschulzeit und Übergang ins Erwachsenenleben, da es Hinweise auf ein gehäuftes Auftreten psychischer Störungen in Zusammenhang mit Schuleintritt, Schulwechsel sowie Übergangsphasen in die Pubertät bzw. Erwachsenenleben gibt.

	gesamt	männlich	weiblich
F1 Substanzgebrauch	92	53	39
F2 Schizophrenie	12	9	3
F7 Intelligenzminderung	5	5	0
F31 bipolare Störung	14	7	7
F32 Depression	183	48	135
F41 Angststörung	40	23	17
F42 Zwangsstörung	11	8	3
F43 Belastungsstörung	53	26	27
F44 Dissoziation	5	2	3
F45 Somatisierung	3	2	1
F50 Essstörung	24	2	22
F60 Persönlichkeitsstörung	92	4	88
F64/65 Sexualität u. Geschlechtsidentität	5	3	2
F84 tiefgreifende Entwicklungsstörung	26	24	2
F90 Hyperkinese	21	10	11
F90.1 Hyperkinetische Störung d. Sozialverhaltens	117	91	26
F91 Störung des Sozialverhaltens	42	22	20
F92 Störung d. Sozialverhaltens u. Depression	38	23	15
F93 emotionale Störung	37	23	14
F94 Mutismus u. Bindungsstörung	33	19	14
F98 Ausscheidungs- u. Fütterstörung	7	5	2
Gesamt:	860⁹	451	409

Tab. 2 Anzahl der Fälle nach Diagnosen und innerhalb der Diagnose nach Geschlecht

⁹ Missing = 1; in Tabelle nicht extra aufgeführt

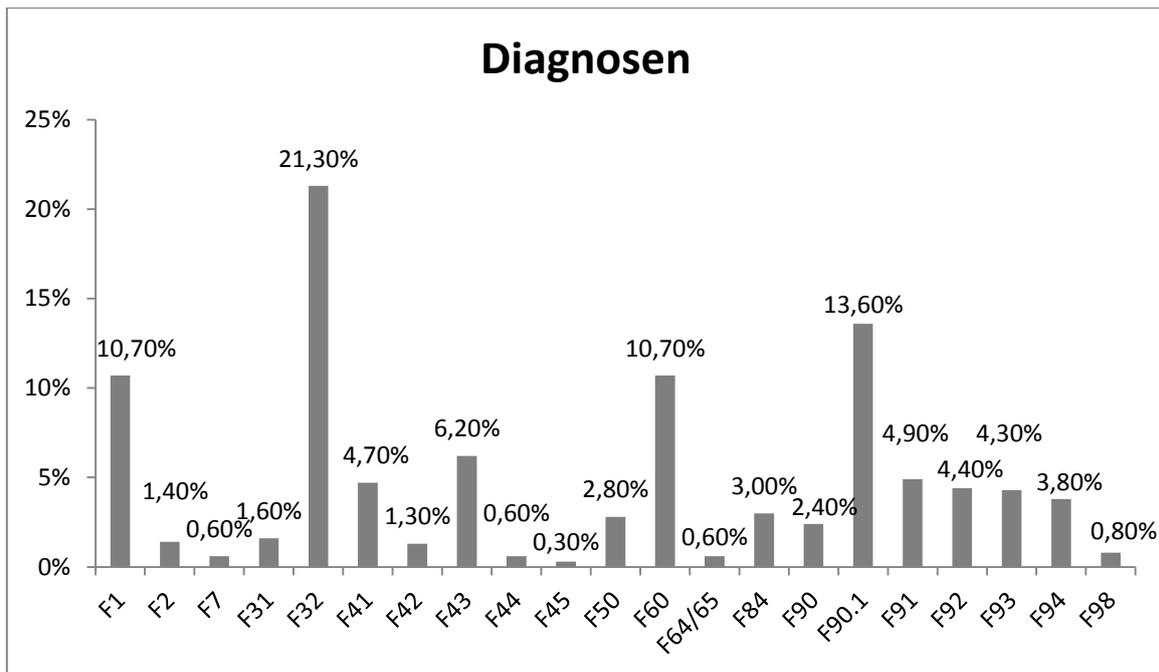


Abb. 3 Anzahl der Fälle nach Diagnosen¹⁰

Eine nach Alter differenzierte Analyse der Diagnosen ergibt eine hohe Prävalenz der Bindungsstörungen und des Mutismus im Alter von 0 bis 5 Jahren. Diese Kategorie macht 46 % der Hauptdiagnosen in dieser Altersgruppe aus. 20 % der 0- bis 5-Jährigen haben die Diagnose der Störung des Sozialverhaltens. In der Altersklasse der 6- bis 12-Jährigen ist die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens mit 30,28 % am häufigsten diagnostiziert worden. Es folgen die emotionalen Störungen und die Störungen des Sozialverhaltens mit Depression gemischt mit jeweils 19,72 % bzw. 14,79 %. Eine Störung des Sozialverhaltens macht in dieser Altersklasse als alleinige Hauptdiagnose 8,45 % aus, so dass die Störung des Sozialverhaltens ungeachtet einer gleichsam vorhandenen Depression oder der Hyperkinese bei über der Hälfte (53,52 %) der 6- bis 12-jährigen Patientinnen und Patienten diagnostiziert wird. Bei den 13- bis 16-jährigen Jugendlichen werden depressive Störungen mit 27,81 % am häufigsten als Hauptdiagnose diagnostiziert. Es folgen Persönlichkeitsstörungen und Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens mit jeweils 12,81 % bzw. 12,50 % und die Störungen aus dem Bereich des Substanzabusus mit 10,31 %. Bei den Jugendlichen im Alter von 17 bis 20 Jahren werden ebenfalls depressive Störungen mit 24,14 % am häufigsten diagnostiziert. 16,95 % der Jugendlichen in der Altersklasse leiden an einer Substanzgebrauchs- und 14,66 % an einer Persönlichkeitsstörung. Bei 9,48 % der Jugendlichen wird eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert.

¹⁰ Die Gruppierung der Diagnosen erfolgt orientiert an der ICD-10. Einzelne Diagnosen z. B. die F90.0, F90.1, F91; F31, F32 usw. sind jedoch differenziert erfasst, um eine genaue Analyse der Psychopharmakovergabe realisieren zu können.

Medikation während des Aufenthalts

Von den 2015 stationär in der Berliner Klinik aufgenommenen Patientinnen und Patienten wurden über die Hälfte medikamentös behandelt (446 von 855¹¹ Behandlungsfällen). Dabei wurde in 42,8 % der Fälle eine vom Vorbehandelnden angesetzte Medikation weitergeführt. In 55,9 % der Fälle wurden die Patientinnen und Patienten neu eingestellt. Die am häufigsten vergebenen Substanzen waren Antidepressiva (18,25 %), Psychostimulanzien bzw. Mittel gegen ADHS und Antipsychotika (10,18 %) (s. Abb. 4).

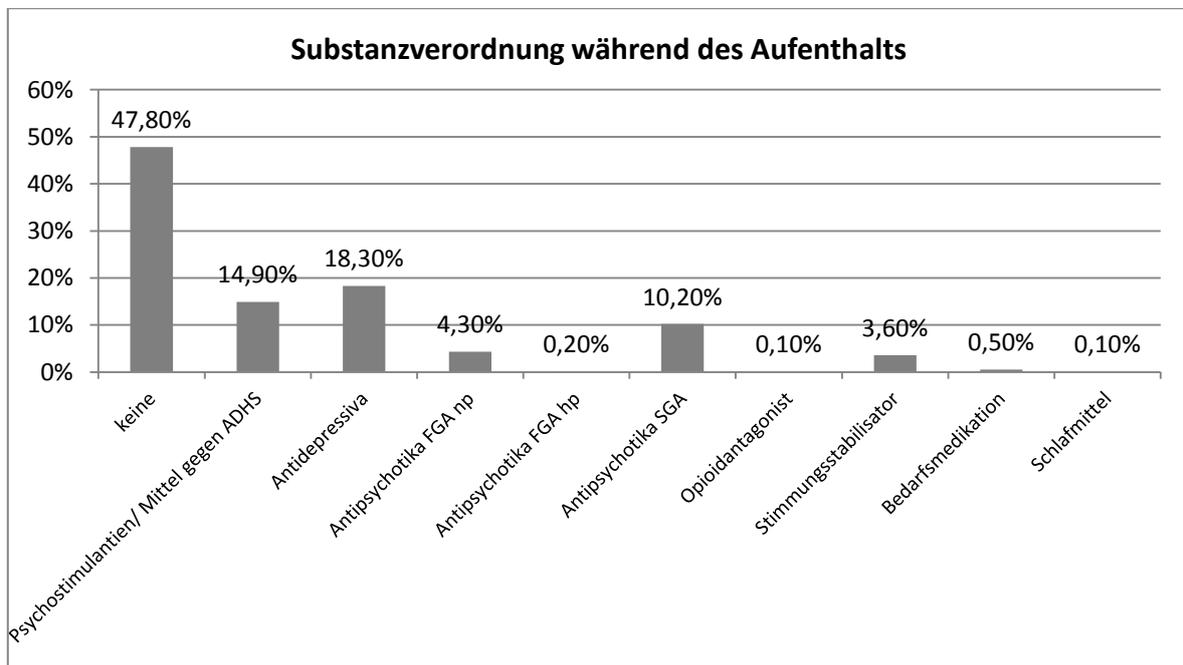


Abb. 4 Substanzverordnung

Bei der Betrachtung der Geschlechterverhältnisse fällt auf, dass mehr Mädchen als Jungen eine Behandlung mit Antidepressiva bekamen, während Jungen häufiger insgesamt psychopharmakotherapeutisch behandelt wurden und häufiger auf Psychostimulanzien oder Antipsychotika eingestellt wurden (s. Tab. 3).

Hinsichtlich der Substanzgruppen und des Alters zeigt sich ein typisches Altersmuster: So erhalten Kinder eher Psychostimulanzien und Antidepressiva und nur 6,4 % der 6- bis 12-Jährigen bekamen SGA. Bei den 13- bis 16-Jährigen finden sich zu 18,6 % Antidepressiva, zu 14,8 % Psychostimulanzien und zu 13,9 % Antipsychotika (10,1 % SGA, 3,8 % FGA). Die 17- bis 20-Jährigen wurden hauptsächlich mit Antidepressiva (22,8 %) und Antipsychotika (13,0 % SGA, 7,2 % FGA) mediziert.

¹¹ Missing = 6

Medikation während des Aufenthalts		Geschlecht		Alter			
Auswahl Substanzen	N	männlich	weiblich	0-5	6-12	13-16	17-20
keine	409 47,8 %	174 42,9 %	235 52,3 %	48 96 %	57 40,4 %	153 48,3 %	151 43,5 %
Psychostimulanzien	127 14,9 %	98 24,1 %	29 6,5 %	1 2 %	55 39 %	47 14,8 %	24 6,9 %
Antidepressiva	156 18,2 %	52 12,8 %	104 23,2 %	0 0 %	18 12,8 %	59 18,6 %	79 22,8 %
Antipsychotika FGA niedrigpotent	37 4,3 %	22 5,4 %	15 3,3 %	0 0 %	1 0,7 %	12 3,8 %	24 6,9 %
Antipsychotika FGA hochpotent	2 0,2 %	0 0 %	2 0,4 %	0 0 %	1 0,7 %	0 0 %	1 0,3 %
Antipsychotika SGA	87 10,2 %	50 12,3 %	37 8,2 %	1 2 %	9 6,4 %	32 10,1 %	45 13,0 %
Opioidantagonist	1 0,1 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,1 %
Stimmungs- stabilisatoren	31 3,6 %	6 1,5 %	25 5,6 %	0 0 %	0 0 %	13 4,1 %	18 5,2 %
Bedarfsmedikation	4 0,5 %	2 0,5 %	2 0,4 %	0 0 %	0 0 %	1 0,3 %	3 0,9 %
Schlafmittel	1 0,1 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,3 %
Insgesamt:	855 100 %	406 100 %	449 100 %	50 100 %	141 100 %	317 100 %	347 100 %

Tab. 3 Medikation während des Aufenthalts nach Geschlecht und Alter

Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose¹² aus dem Bereich Substanzabusus wurden zum Großteil (41,8 %) nicht medikamentös behandelt. Wurden Substanzen verordnet, waren dies hauptsächlich Antipsychotika (20,9 % FGA, 14,3 % SGA) oder Psychostimulanzien (13,2 %). Bei jenen mit Depression wurden 43,1 % mit Antidepressiva behandelt. Patientinnen und Patienten mit Belastungsstörungen wurden zu 88,7 % nicht medikamentös behandelt. Ebenso wurden jene mit Persönlichkeitsstörungen in 37 % der Fälle nicht medikamentös behandelt; in 19,6 % der Fälle wurden stimmungsstabilisierende Medikamente eingesetzt. In 18,5 % der Fälle erfolgte eine Behandlung mit Antidepressiva, zu 16,9 % eine Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation und in 7,6 % der Fälle mit Psychostimulanzien. Patientinnen und Patienten mit Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens wurden zu einem großen Teil medikamentös behandelt. Dabei wurden in der Mehrheit der Fälle (52,6 %)

¹² Es wird nur auf Diagnosen mit einem N>50 eingegangen.

Psychostimulanzien eingesetzt, in 14,3 % Antidepressiva, in 9,4 % Antipsychotika der zweiten Generation und 23,1 % wurden nicht medikamentös behandelt.

	Keine	Psycho- stimulanzien	Anti- depressiva	Antipsychotika			Stim- mungs- stab.	Opioid- antag.	Schlaf- mittel	Ben- zos	Gesamt
				FGA np	FGA hp	SGA					
F1	38 41,8 %	12 13,2 %	5 5,5 %	19 20,9 %	0	13 14,3 %	1 1,1 %	0	0	3 3,3 %	91 100 %
F32	86 47,5 %	2 1,1 %	78 43,1 %	4 2,2 %	0	9 5 %	2 1,1 %	0	0	0	181 100 %
F43	47 88,7 %	4 7,5 %	1 1,9 %	1 1,9 %	0	0	0	0	0	0	53 100 %
F60	34 37 %	7 7,6 %	17 18,5 %	1 1,1 %	0	15 16,3 %	18 19,6 %	0	0	0	92 100 %
F90.1	27 23,1 %	66 56,4 %	3 2,6 %	7 6 %	1 0,9 %	11 9,4 %	2 1,7 %	0	0	0	117 100 %

Tab. 4 Medikation während des Aufenthalts nach Diagnose

Substanzwechsel

Insgesamt wurde bei 278 Kindern und Jugendlichen die erste verabreichte Substanz oder deren Dosis im Laufe der Behandlung verändert. Dabei wurde in 23 % der Fälle eine Aufdosierung vorgenommen und in 7 % der Fälle wurde das Medikament wieder abgesetzt. In 2 % der Fälle wurde die Dosis des Medikamentes reduziert und in 0,2 % der Fälle auf ein anderes Medikament umgestellt (s. Tab. 5). Bei der zweiten Substanz findet sich nur in 15 % der Fälle eine Veränderung (Dosisänderung oder Absetzen). Bei weiteren zusätzlich verabreichten Substanzen fand ebenfalls zu über 90 % keine Veränderung (Absetzung oder Aufdosierung) statt. Zur Indikation der Veränderung wurden überwiegend (> = 97,5 %) keine Angaben gemacht.

	Anzahl	%
Umstellung	2	0,2
Absetzung	60	7,0
Reduzierung	19	2,2
Aufdosierung	197	23,1
Keine	574	67,4
Gesamt	852	100

Tab. 5 Substanzwechsel

Bedarfsmedikation

Die Analyse der Zeile „Bedarfsmedikation“ der Pflegedokumentation ergab, dass in 372 Behandlungsfällen Bedarfsmedikation verabreicht wurde. Dabei wurde in 120 Fällen (14,5 %) Pipamperon und in 88 (10,6 %) Fällen Chlorprothixen gegeben. Beide Medikamente gehören zur Klasse der niedrigpotenten Antipsychotika erster Generation. Es erfolgte 79 Mal (9,5 %) die Vergabe von Ibuprofen, ein Schmerzmittel, und 41 Mal (4,9 %) die Vergabe von Tavor, ein Benzodiazepin. Diazepam und Lorazepam, als weitere Benzodiazepine, sind 9 bzw. 1 Mal (also 1,1 % bzw. 0,1 % der Fälle) verabreicht worden (s. Tab. 6).

	Anzahl	%
Keine	458	55,2
Pipamperon	120	14,5
Truxal	88	10,6
Ibuprofen	79	9,5
Tavor	41	4,9
Diazepam	9	1,1
Lorazepam	1	0,1
Weitere	34	4,1
Gesamt	830	100

Tab. 6 Bedarfsmedikation

Bedarfsmedikation wurde in 36 % (127) der Fälle einmal im Laufe des Behandlungsaufenthaltes verabreicht; in 17 % (60) der Fälle wurde Bedarfsmedikation zwei Mal eingesetzt und in 47 % der Fälle mehr als zwei Mal. In knapp 20 % der Fälle, in denen Bedarfsmedikation verabreicht wurde, geschah dies mehr als 10 Mal. Die häufigste Vergabe von Bedarfsmedikation während des Aufenthaltes geschah 98 Mal in einem Behandlungsfall.

Off-Label-Use

Substanzen

Das am häufigsten für Diagnose und Alter der betroffenen Patientinnen und Patienten zugelassene eingesetzte Medikament ist das Antidepressivum Fluoxetin. Es wurde in 55 Fällen (13 %) vergeben und ist zur Behandlung von Depressionen ab einem Alter von 8 Jahren zugelassen. In 26 Fällen (6 %) wurde Chlorprothixen vergeben, davon in 16 Fällen an Patientinnen und Patienten mit einer Substanzgebrauchsstörung. Das niedrigpotente Neuroleptikum ist in

der Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen zugelassen und wird häufig als Bedarfsmedikation vergeben (s. o.). Am dritthäufigsten (6 %) wurde Methylphenidat zugelassen vergeben, 4 Mal für eine Hyperkinetische Störung und 21 Mal bei Patientinnen und Patienten mit einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. Das Medikament mit dem Wirkstoff Methylphenidat ist bei hyperkinetischen Störungen ab einem Alter von 6 Jahren zugelassen.

In 224 von 413 Fällen sind Psychopharmaka off-label vergeben worden. Das heißt, dass in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (54 %) Medikamente bei Personen angesetzt worden sind, die für deren Alter und/oder Diagnose nicht zugelassen sind. Am häufigsten wurde Aripiprazol (in 42 Fällen) für die Diagnosen F1, F32, F60, F64/65, F84, F90, F90.1, F91 und F92 off-label eingesetzt. Das macht 10 % der Gesamtfälle aus. In 8 % (35 Fälle) wurde Es-Citalopram off-label gegeben (Diagnosen F1, F31, F32, F41, F50 und F60). Quetiapin wurde in 6 % der Fälle (23 Fälle) für die Diagnosen F1, F2, F32, F42, F60 und F94 off-label eingesetzt. Es-Citalopram und Seroquel sind für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren nicht zugelassen. Aripiprazol ist zugelassen für die Behandlung bipolarer Störungen ab dem Alter von 13 Jahren und für die Behandlung der Schizophrenie ab 15 Jahren (vgl. GRAU, FEGERT & PLENER 2015).

In Bezug auf die Substanzgruppen zeigt sich, dass Psychostimulanzien überwiegend on-label eingesetzt wurden (60 % aller Behandlungsfälle). Antipsychotika und Antidepressiva wurden zum überwiegenden Teil (jeweils 61 %) off-label eingesetzt.

Lediglich in einem der 224 Fälle war das Alter des Patienten Grund für die Vergabe einer für Kinder zugelassenen Medikation off-label (Vergabe von Fluoxetin an ein 7-jähriges Kind).

Fazit

Entsprechend epidemiologischer Daten verteilen sich auch die Diagnosen im (teil-)stationären Setting nach dem Alter: Behandlungsdiagnosen von Jungen im jüngeren Alter sind vor allem Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens, bei Mädchen im Jugendalter sind es depressive Störungen (PLENER et al. 2015 a + b). Diese beiden Diagnosen werden auch am häufigsten mit Psychopharmaka behandelt (ADHS in 77 % der Fälle und Depression in 59 % der Fälle). Bei ADHS-Patientinnen und -Patienten erfolgte kaum, bei der Depression nur vereinzelt ein Off-Label-Use. Insgesamt wurde in über der Hälfte der Behandlungsfälle Medikation

als Off-Label-Use verabreicht. Aripiprazol, Es-Citalopram und Quetiapin machten zusammen knapp ein Viertel der gesamten Medikamentenvergabe aus. Stationäre Patientinnen und Patienten erhalten während der Behandlung Bedarfsmedikation, was an der komplexen Symptomatik liegen dürfte. Knapp einem Fünftel der Behandelten wurde eine Bedarfsmedikation mehr als 10 Mal im Laufe ihres Aufenthalts gegeben.

Limitationen

Der Zeitpunkt der Vergabe der Bedarfsmedikation ist nicht erfasst worden, so dass ein Verlauf der Prävalenz der Sedativa-Vergabe nicht nachvollzogen werden kann. Es ist auch nicht möglich, die Indikation für Substanzwechsel nachzuvollziehen, da diese in den Dokumentationen nicht vermerkt wurde. Die in den Akten vorhandenen Informationen sind nicht ausreichend vollständig. Weiterhin ist zu bedenken, dass die Untersuchung die Daten lediglich einer Klinik beinhaltet. Psychopharmakologische Behandlungsstrategien können von Haus zu Haus unterschiedlich sein. Eine Erhebung in (mindestens) einer anderen Klinik ist daher sinnvoll, um die in der Diskussion angesprochenen Aspekte generalisieren zu können.

Fazit Psychopharmakotherapie bei Minderjährigen in Deutschland

Von einer generellen Überversorgung mit Psychopharmaka bei Minderjährigen kann in Deutschland verglichen zur Prävalenz nicht ausgegangen werden. Gleichwohl zeigt sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine Pharmakotherapie erhalten, auf die Diagnosen bezogen sehr unterschiedlich. Kinder mit einer ADHS sind eher mit Stimulanzien versorgt als Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung. Der "behavioural use" zeigt ebenfalls eine Zunahme. Im stationären Sektor zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine komplexe Medikation eher zunimmt, was sich auf die eine stationäre Aufnahme begründende komplexere und schwerere Symptomatik, aber auch auf eine stärkere Funktionseinschränkung der Patientinnen und Patienten zurückführen lässt.

Der Einsatz von Psychopharmaka bei Minderjährigen erfolgt nach epidemiologischen Studien in Deutschland eher an den vorhandenen Leitlinien und dem Wissen aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz ausgerichtet.

Weiterhin besteht das Problem des Off-Label-Use. Ein großer Anteil der Psychopharmaka ist nicht für Minderjährige zugelassen. Damit fehlen vor allem auch Sicherheitsdaten. Projekte wie das Projekt TDM vigil vollzogen hier erste Ansätze zu einer systematischeren Daten-

sammlung auch zu Nebenwirkungen bei Off-Label-Use. Die gesetzlichen Initiativen zur Verbesserung der Zulassungslage von Arzneimitteln haben für den Bereich der Psychopharmakotherapie bisher keine tiefgreifenderen Verbesserungen erbracht. Monitoring und Studien sind in diesem Bereich weiterhin notwendig. Eine Psychopharmakotherapie ist deshalb im Bereich von Minderjährigen auch aufwändiger als z. B. im Erwachsenenalter, da sowohl die Aufklärung komplizierter ist (Off-Label-Use, getrennte Eltern) als auch die Sicherheitsüberwachung und die Wirkungseinschätzung bei sich entwickelnden Individuen komplexer ist (Drittinformationen z. B. aus der Schule etc.).

Da es regionale Unterschiede hinsichtlich der Verordnungspraxis gibt, müssen in Zukunft Daten auch unter regionalen Aspekten ausgewertet werden. Was gänzlich fehlt, sind Studien, die unter Realitätsbedingungen Behandlungsverläufe und -effekte untersucht haben (z. B. stepped care, Behandlungsverläufe und Kontinuität von psychopharmakologischen Behandlungen, Medikation bei komorbiden Störungen, Effekte von Psychotherapie und psychosozialen Interventionen kombiniert mit Medikation etc.). Solche Studien wären aber dringend notwendig, um der Realität des deutschen Gesundheitssystems Rechnung zu tragen, da insbesondere US-amerikanische Studien in ihrer Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse eben wegen der unterschiedlichen Versorgungsangebote limitiert sind.

5.5.2 Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen sind ethisch sensible Maßnahmen, die entsprechend dem Grundgesetz einer besonderen Legitimation bedürfen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sind eine Personengruppe, die im Rahmen der Behandlung ein höheres Risiko hat, Zwangsmaßnahmen zu erfahren. Ebenso sind Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendhilfe gegebenenfalls von Zwangsmaßnahmen betroffen. Zu unterscheiden sind inhaltlich medizinisch indizierte Zwangsmaßnahmen im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe (FEGERT, SPÄTH & SALGO 2001). Nicht allein die Zeitdauer (in der KJP meist kurzdauernd) unterscheiden diese. Auch die Mittel und der Hintergrund sind verschieden: Geht es bei medizinisch veranlassten Zwangsmaßnahmen um die Einleitung einer therapeutischen Maßnahme zur Behandlung einer psychischen Erkrankung, geht es in der Jugendhilfe um die Verhinderung von Verwahrlosung, Gewalt etc. Die Notwendigkeit letzterer Maßnahmen ist innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe umstritten (MENK et al. 2013, HOOPS & PERMIEN 2006, dies. 2008).

Im Projekt wurden die Zwangsmaßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe nicht näher untersucht, wenngleich davon ausgegangen werden kann, dass ein Großteil dieser Maßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe auch Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen betrifft (DÖLITZSCH et al. 2014). Der Hauptfokus lag auf Zwangsmaßnahmen im medizinischen Kontext. Dazu gab es vor mehr als zehn Jahren ein Themenheft, das diese Thematik ausführlicher unter verschiedenen Perspektiven rechtlich und praktisch beleuchtete (LIBAL et al. 2006, FETZER et al. 2006, SCHNOOR et al. 2006). Seitdem allerdings war die Thematik weniger stark im Fokus, wenngleich seitens des Fachgebiets der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Leitlinien im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen veröffentlicht wurden. Aufgrund eines BGH-Beschlusses wurde der Thematik von Zwangsmaßnahmen bei Minderjährigen wieder verstärkte Aufmerksamkeit zugewendet.

Definitionen

Grundsätzlich ergibt sich medizinisch-terminologisch eine Schwierigkeit der Abgrenzung einzelner Maßnahmen:

Als ärztliche Zwangsmaßnahmen werden z. B. Sondierung und Medikation gegen den Willen verstanden. Als freiheitsbeschränkende (unterbringungsähnliche) Maßnahmen werden im medizinischen Kontext Maßnahmen wie Fixierung, Isolierung, medikamentöse Sedierung etc. verstanden. Diese letztgenannten Maßnahmen sollen nach dem Gesetzesentwurf zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen.

Freiheitsentziehende Unterbringung im engeren Sinn meint den Aufenthalt auf einer Station, bei der die Tür verschlossen ist, oder in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe, bei der das Verlassen der Institution nicht möglich ist. Als Zwang werden Behandlungsinterventionen verstanden, die sich gegen den expliziten Willen der Patientin oder des Patienten richten (OLSZEWSKI & JÄGER 2015).

Es gibt jedoch eine Vielzahl an Maßnahmen im Grenzbereich wie beispielsweise „time-out“-Maßnahmen, kurzfristiges Festhalten etc., bei denen Kriterien wie eine kürzere Zeitdauer nicht immer zur Abgrenzung greifen. Die definitorische Herausforderung stellt sich in der Festlegung, ab welcher Zeitdauer und Frequenz eine solche Maßnahme zur Freiheitsentziehung übergeht (BRÜNGER, NAUMANN & SCHEPKER 2010).

Die Indikation unter der Maßgabe des § 1631 b BGB schließt anders als bei den entsprechenden Regelungen der Psychisch-Kranken-Gesetze nicht allein die akute Eigen- oder Fremdgefährdung ein, sondern nimmt auch Bezug auf die Entwicklung des Kindes, also entwicklungsbezogene Gefährdungsaspekte. Obwohl verschiedene Bedingungen im § 1631 b BGB niedergelegt sind (Gefährdung des Kindeswohls, Geeignetheit der Mittel, andere Mittel nicht aussichtsreich, freiheitsentziehende Mittel geeignet etc.), bleibt gleichwohl im Einzelfall die Rechtfertigung einer solchen Maßnahme bisweilen zu diskutieren (LUDYGA 2009). Bei Kindern und Jugendlichen sind Zwangsmaßnahmen altersbezogen mit dem elterlichen Recht auf Erziehung und der Einsichtsfähigkeit von Kindern in Bezug zu setzen. Das bedeutet auch, dass die Grenzen für die Erlaubtheit bestimmter Maßnahmen individuell sehr verschieden sein können: Ein kleines Kind wird in seiner Freiheit anders beschränkt werden als ein Jugendlicher. Generell gibt es aber Maßnahmen, die gemeinhin nie altersentsprechend sind, wie z. B. eine Fixierung. Insofern setzt die Thematik von Zwangsmaßnahmen eine differenzierte Betrachtungsweise voraus und verlangt eine individuelle Abwägung einzelner Rechte der Beteiligten.

Der BGH hat in seinem Beschluss vom 7. August 2013 zu einer rechtlichen Unsicherheit in der Praxis beigetragen. Er stellte fest, dass es keiner richterlichen Genehmigung bedarf, wenn die Sorgeberechtigten einer unterbringungsähnlichen Maßnahme zustimmen (in dem betreffenden Fall ging es um ein autistisches Kind in einer Einrichtung, das temporär fixiert wurde; SALGO 2013). Die Vorschrift des § 1906 IV BGB gelte nur für volljährige Betreute und sei nicht analog auf Kinder und Jugendliche übertragbar.

Während es bis zu diesem Zeitpunkt in der klinischen Praxis die Regel war, Zwangsmaßnahmen und freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur nach Genehmigung durch das Familiengericht nach § 1631 b BGB durchzuführen, hat sich danach die Praxis ergeben, dass Zwangsmaßnahmen und freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei „offener Tür“ nicht mehr genehmigungspflichtig sind und Familiengerichte auf entsprechende Anträge hin auf den Entscheid des BGH verweisen. Damit hat sich im Vergleich zur zuvor üblichen Praxis aus kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Sicht die Möglichkeit verschlechtert, dass Minderjährige im Verfahren Gehör erhalten und auch die Möglichkeit, dass eine Kontrolle über diese Maßnahmen stattfindet. Zudem hat es in den Kliniken zu Rechtsunsicherheit geführt. Eine Fixierung bei „offener Tür“, die zum Teil als schwerer Eingriff erlebt

wird, ist allein mit elterlicher Zustimmung möglich, auch wenn diese z. B. über Stunden dauert, und bedarf nicht mehr einer richterlichen Genehmigung.

Dies widerspricht der bisher gehandhabten Logik in medizinischen Einrichtungen, dass solche freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (vgl. zu Definitionen weiter oben) als ebenso die Freiheit entziehend wahrgenommen werden und der richterlichen Genehmigung bedürfen.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist festzuhalten, dass für die Praxis und zur Wahrung der Partizipationsrechte Minderjähriger eine Änderung des § 1631 b BGB unablässig erscheint. In der Änderung muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass unterbringungsähnliche Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Sondierung und Medikation ebenfalls einer Genehmigung bedürfen, und zwar im offenen und im geschlossenen Setting. § 1631 b BGB muss die Genehmigung der Zwangsbehandlung umfassen. Eine Neufassung muss auch die altersentsprechende Mitwirkungsmöglichkeit von Kindern und Jugendlichen gewährleisten; nur so kann der Begriff „Kindeswohl“ in § 1631 b BGB ausgefüllt werden. Dabei darf natürlich das in Art. 6 GG normierte Elterngrundrecht nicht vernachlässigt werden, § 1631 b BGB muss aber auch die Rechte des Kindes (Kind als aktiver Sachwalter eigener Belange, entsprechend der jeweiligen Einsichtsfähigkeit) berücksichtigen. Die kinder- und jugendpsychiatrische Fachgesellschaft (DGKJP) und die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände (BAG und BKJPP) haben in gemeinsamen Erklärungen und in Erklärungen der gemeinsamen Kommission Jugendhilfe, Soziales, Arbeit und Inklusion zu diesem Thema ausführlich Stellung genommen und diesbezügliche Argumente vorgetragen (vgl. Literatur im Anhang). Ebenfalls wurde zur Thematik der nicht-medizinischen Möglichkeit, freiheitsentziehende Maßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe nach § 1631 b BGB durchzuführen, Stellung genommen.

Im Workshop wurden verschiedene Aspekte von Zwangsmaßnahmen, rechtlichen Gesichtspunkten und praktischen Problemen dargestellt und diskutiert.

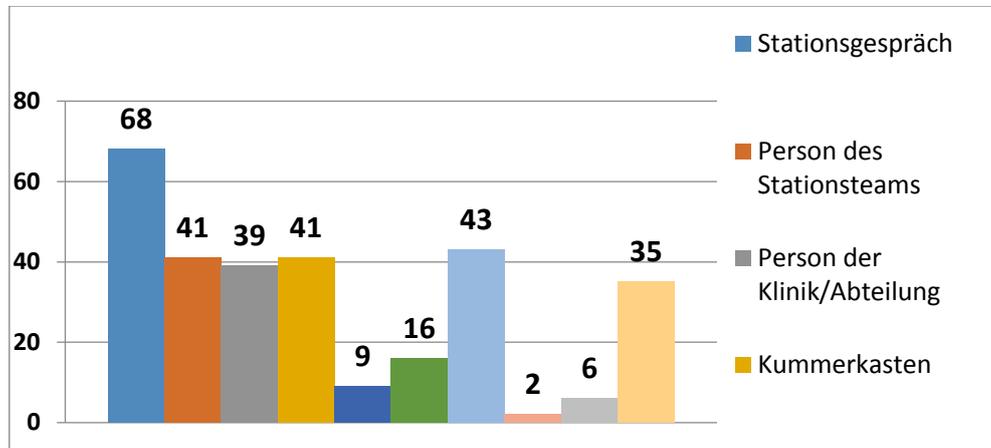
Zusätzlich wurde hinsichtlich vorhandener Studien und Literatur zu Zwangsmaßnahmen im Bereich psychisch kranker Kinder und Jugendlicher eine systematische Literaturanalyse vorgenommen, um

- zu Art,
- Häufigkeit und
- Dauer sowie
- Risikofaktoren

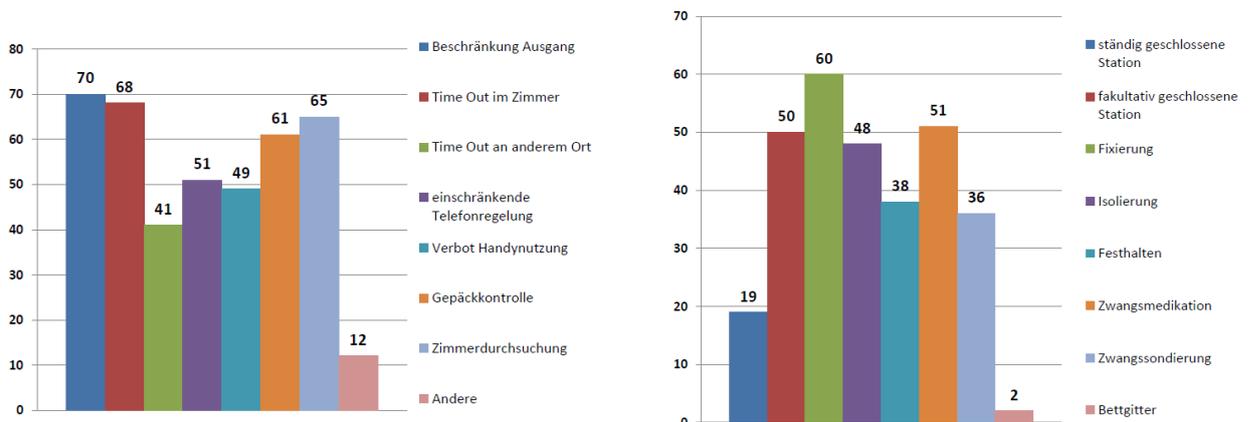
für Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine fundierte Datenbasis international zu erhalten. Dazu wurden publizierte Studien aus dem europäischen sowie außereuropäischen Raum eingeschlossen (vgl. RABE, FEGERT, KRÜGER & KÖLCH, 2017 im Anhang). Einbezogen wurden dabei alle Studien, die im Zeitraum 2005 bis 2015 publiziert wurden. Hinsichtlich der ICD-10-Diagnose ließ sich kein eindeutiger Trend erkennen. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, der im Rahmen des stationären Aufenthaltes Zwangsmaßnahmen erlebte, lag zwischen 8,4 % und 29 %. Es zeigte sich, dass in den europäischen Studien häufiger Mädchen im späteren Jugendalter Zwangsmaßnahmen erlebten. Als häufigster Grund wurde eine drohende Selbstbeschädigung angegeben. In den außereuropäischen Studien waren hingegen vermehrt Jungen im jüngeren Kindesalter von Zwangsmaßnahmen betroffen, wobei hier am häufigsten fremdaggressives Verhalten genannt wurde. Es wurde eine Reihe an weiteren Einflussfaktoren auf die Durchführung von Zwangsmaßnahmen bzw. auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen hin untersucht. Als bedeutsam erwiesen sich u. a. ein unfreiwilliger Aufnahmemodus hinsichtlich des Zeitpunktes der Behandlung, die erste Woche des Aufenthalts, ein Migrationshintergrund, Abendstunden, Gewalterfahrungen in der Anamnese, eine stärkere psychopathologische Beeinträchtigung sowie eine längere Behandlungsdauer.

Im Rahmen einer Umfrage zum Thema Zwangsmaßnahmen und Freiheitsentziehung bei Kindern und Jugendlichen wurden 178 Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG) angeschrieben (BRÜNGER et al., unveröffentlicht). Die Rücklaufquote lag bei 39 %. Als zentrales Ergebnis der Umfrage ist zu nennen, dass hinsichtlich der Unterscheidung von Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen eine große Verunsicherung sowie ein heterogenes Vorgehen von Kliniken und Familiengerichten berichtet wurde.

Als Beschwerdemöglichkeiten wurden seitens der Klinikleiterinnen und -leiter am häufigsten das Stationsgespräch sowie die Patientinnen- und Patientenfürsorgesprecher genannt.



Hinsichtlich der Freiheitsbeschränkungen wurde am häufigsten der beschränkte Ausgang, hinsichtlich der freiheitsentziehenden Maßnahmen die Fixierung genannt.



VOGEL und KÖLCH (2016) haben in einer Studie die gerichtliche Praxis bezüglich Maßnahmen nach § 1631 b BGB untersucht. Der überwiegende Teil der freiheitsentziehenden Unterbringungen nach § 1631 b BGB ist auf medizinische Maßnahmen aufgrund psychiatrischer Diagnosen zurückzuführen, die in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden (vgl. KÖLCH & VOGEL 2016). Diese Maßnahmen sind in den allermeisten Fällen von sehr begrenzter Dauer (meist nicht länger als sechs Wochen). Im Rahmen der Behandlung stellt sich die Freiwilligkeit oft innerhalb von Tagen her, so dass freiheitsentziehende Maßnahmen nicht mehr notwendig sind. Typische Störungsbilder bzw. Symptome sind Substanzabusus/Suchtstörungen bei Minderjährigen, Schuldistanz aufgrund von Trennungsangst oder Störung des Sozialverhaltens und akute Suizidalität. Auch im Fall von akuten Psychosen werden

bisweilen freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig, allerdings sind dies bezogen auf alle behandelten Fälle in der KJP seltene Fälle, ebenso wie die Essstörungen.

Deutlich wurde aber auch in der Analyse der vorhandenen Daten, dass es in Deutschland regional sehr unterschiedliche Erfassungssysteme bezüglich Zwangsmaßnahmen und freiheitsentziehende Maßnahmen bei Minderjährigen gibt. Bundeseinheitliche Statistiken zu Anzahl, Dauer, Art und Indikation fehlen weitgehend. Besuchskommissionen, die Kliniken hinsichtlich der eingesetzten Maßnahmen monitorieren und auch die Partizipationsrechte der Minderjährigen verbessern können, sind in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder sehr unterschiedlich niedergelegt und keinesfalls bundesweit vorhanden (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Die Anwendung von Zwang bei Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Heimen. Drucksache 18/11487).

Im Rahmen des Projekts wurde auch seitens der Projektleitung eine Initiative gestartet, die gesetzlichen Grundlagen zu § 1631 b zu novellieren, um auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen unter den Genehmigungsvorbehalt zu stellen. Dies würde der Praxis vor dem BGH-Beschluss entsprechen. Das BMJV hat diesbezüglich einen Entwurf erarbeitet. Zum Ende des Projekts war das Gesetzgebungsverfahren nicht abgeschlossen.

Fazit

Hinsichtlich Zwangsmaßnahmen bei Minderjährigen besteht zum Projektzeitpunkt eine nicht kohärente Lage in Deutschland. Während die freiheitsentziehende Unterbringung unter richterlichem Genehmigungsvorbehalt steht (§ 1631 b BGB), gilt dies nicht für freiheitsbeschränkende oder Zwangsmaßnahmen.

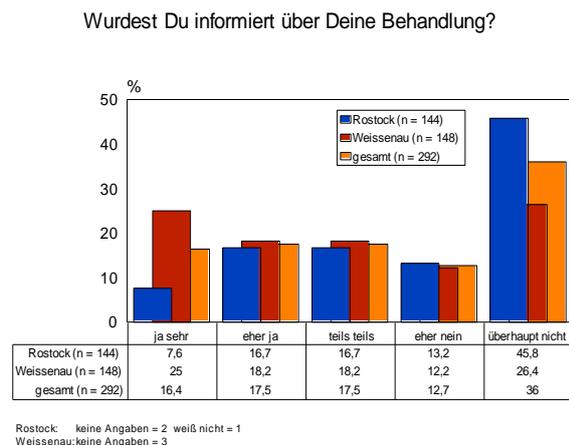
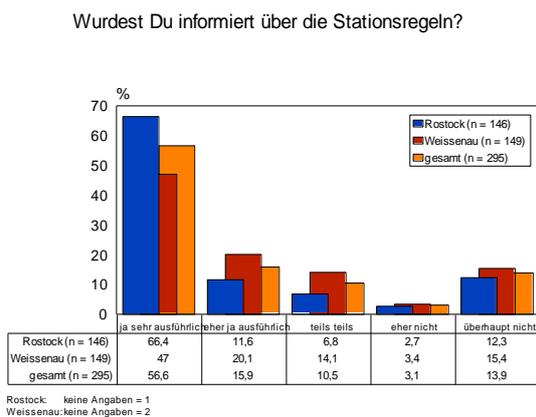
Eine Datenbasis oder Erhebungen, die bundeseinheitlich sowohl freiheitsentziehende als auch unterbringungsähnliche Maßnahmen erfassen, fehlen.

Die Partizipationsrechte Minderjähriger im Verfahren sind sehr unterschiedlich: Während in Verfahren nach § 1631 b BGB der Verfahrensbeistand die Regel sein sollte, entfällt diese Möglichkeit nach dem BGH-Beschluss für Maßnahmen, die nicht mehr genehmigungspflichtig sind.

Besuchskommissionen in Kliniken sind je nach Bundesland unterschiedlich vorhanden und gesetzlich verankert. Eine Einheitlichkeit besteht deutschlandweit bisher nicht.

5.5.3 Partizipation und Informationspraxis

Frühere Forschungsbefunde geben Anlass zu der Annahme, dass Kinder und Jugendliche weder ausreichend über den Sinn und Zweck ihrer Behandlung informiert werden, noch eine Einbeziehung in wichtige und ihre Person betreffende Entscheidungen regelmäßig stattfindet (ROTHÄRMEL, DIPPOLD, WIETHOFF, WOLFSLAST & FEGERT, 2006; RÜCKER, BÜTTNER, FEGERT & PETERMANN, 2015). So gaben zwar beispielsweise in der erstgenannten Untersuchung 73 % der Befragten an, über die Stationsregeln informiert worden zu sein, es äußerten jedoch nur 50 % der Patientinnen und Patienten, dass Gespräche über ihre Störung stattgefunden hatten, und nur 34 % gaben an, über die bevorstehende Behandlung aufgeklärt worden zu sein.



Auch in der Studie von RÜCKER et al. (2015), in der die Partizipationsmöglichkeiten traumatisierter Kinder und Jugendlicher im Setting der Inobhutnahme untersucht wurden, berichteten die Befragten in mehr als jedem zweiten Fall, nicht an wichtigen Entscheidungen beteiligt gewesen zu sein (52 %). Vielfach wurden die Betroffenen gegen ihren Wunsch in das Elternhaus zurückgeführt (11 von 26 Kindern und Jugendlichen). Dies steht im Gegensatz zu Ergebnissen verschiedener Studien, dass sowohl die Mitsprachemöglichkeit, die Informiertheit als auch das Ausmaß der wahrgenommenen Selbstbestimmung mit positiven Auswirkungen auf die Compliance und den Behandlungserfolg assoziiert sind (KÜHNAPFEL & SCHEPKER 2006).

5.5.4 Analyse genereller Schnittstellenprobleme

Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und Störungen stehen einerseits vielfältige Unterstützungs-, Therapie- und Fördermöglichkeiten in Deutschland zur Verfügung, andererseits aber ergeben sich dadurch vielfältige Schnittstellenprobleme. Der Zugangsweg zu den einzelnen Systemen scheint eher zufällig sein (d. h. bei wem wird ein Kind oder eine Familie als erstes vorgestellt und welchen Versorgungsweg geht es). So zeigt sich z. B., dass ob ein Kind mit psychischen Störungen Maßnahmen nach § 35 a SGBVIII erhält, oder die Eltern nach § 27 ff. SGBVIII keinerlei Systematik in Deutschland folgt. D.h. Kinder, die Anspruch auf Hilfen nach § 35 a SGB VIII haben, erhalten zwar Hilfen, aber nicht unter den für sie entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen. Dies trifft insbesondere für Heimkinder zu, die übereinstimmend nach mehreren internationalen Studien und Studien im deutschsprachigen Raum mit einer durchschnittlichen Häufigkeit zwischen 60 % und 80 % an mindestens einer nach standardisierten Kriterien feststellbarer psychiatrischer Diagnose leiden (FEGERT & BESIER 2009). Deshalb hatte die Kommission der Expertinnen und Experten des 13. Kinder- und Jugendberichts (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2009) und auch die damalige Bundesregierung in ihrer Antwort auf diesen Bericht, der sich primär mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befasste, gefordert, dass die Jugendhilfe „traumasensibler“ werden müsse und diese Belastung der in unterschiedlichen Formen der Fremdunterbringung betreuten Kinder und Jugendlichen besser adressieren müsse. Die erheblichen Schnittstellenprobleme und das Verschwinden der Fälle an den Zuständigkeitsgrenzen führte die Berichtskommission sogar dahin, von „schwarzen Löchern“ im Versorgungssystem zu sprechen. Im Folgenden werden die im Rahmen des Projektes erfassten typischen Schnittstellen innerhalb des Geltungsbereichs des SGB V als auch über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg genauer ausgeführt.

Ambulante und stationäre Versorgung

Zwischen der ambulanten und stationären Versorgung hat sich über die entsprechenden Vereinbarungen etwa zwischen BKJPP und BAG ein Prozedere der Kooperation entwickelt. Regelmäßige Treffen zwischen niedergelassenem fachärztlichem Personal und Kliniken sowie das Aufnahme-prozedere sind darin niedergelegt. Der Austausch an dieser Schnittstelle scheint zu funktionieren.

Einen Sonderfall stellen die ambulanten Strukturen der Kliniken, die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), dar. Hier ergeben sich aufgrund der starren Quartalsstrukturen im Abrechnungswesen oftmals Probleme, da z. B. eine Parallelbehandlung in einer PIA und einer

SPV Praxis nicht möglich ist. Das kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten sinnvolle Termine unmittelbar nach einem stationären Aufenthalt oder in der Wartezeit vor dem stationären Aufenthalt im gleichen Quartal eigentlich nicht wahrnehmen können.

Während in der PIA die Verordnung auch von Off-label-Medikation (zur Notwendigkeit siehe Kap. 5.5.1) möglich ist, haben wiederum niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte hier das Risiko des Regress zu befürchten, was eine angemessene und differenzierte Medikation, die während eines stationären Aufenthalts eingestellt wurde, in der Fortführung in der Praxis erschwert.

Die Rechtsgrundlagen der PIA sind inzwischen 20 Jahre alt. Zum damaligen Zeitpunkt war eine psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Sektor noch nicht in dem Maße vorhanden wie heute (das Psychotherapeuten-Gesetz ist ungefähr genauso alt). Die Regelungen zu psychotherapeutischen Angeboten in der PIA sollten sicherstellen, dass chronisch psychisch kranke Patientinnen und Patienten z. B. nach einer Krankenhausbehandlung auch ein gewisses Mindestmaß an psychosozialer Betreuung und Psychotherapie erhalten, da ihnen der Zugang zu ambulanter Psychotherapie besonders schwer möglich war. Diese Regelungen, dass die PIA auch exklusiv die gesamte psychotherapeutische Versorgung bei dieser Klientel abdecken soll, waren historisch aus einer Notsituation gewachsen und entsprachen nicht den Anforderungen an eine zeitgemäße leitlinienkonforme Psychotherapie. Betrachtet man die Forschungsergebnisse in den letzten 20 Jahren und die daraus resultierenden Leitlinienempfehlungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist bei vielen – insbesondere bei schwerer erkrankten Patientinnen und Patienten – die Kombination von differenzierter Medikation und psychosozialer Begleitung mit gezielten psychotherapeutischen Maßnahmen notwendig. Dies spiegelt sich auch in den entsprechenden Leitlinien wieder. Eine solche Versorgung, z. B. durch eine PIA, für komplexe psychiatrische Versorgung und Richtlinien-Psychotherapie, ist derzeit nicht möglich. Bei den durchschnittlichen Sätzen für PIA-Behandlung in Deutschland kann von einer PIA keine hochfrequente (d. h. wöchentliche) Psychotherapie angeboten werden. Gleichzeitig ist eine PIA-Behandlung bei parallel laufender Psychotherapie durch niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten ausgeschlossen. (vgl. Kap. Institutsambulanzen). Dies führt zu einer Benachteiligung schwer erkrankter Patientinnen und Patienten, die entweder auf eine bedarfsgerechte Psychotherapie oder auf die PIA-Behandlung verzichten müssen.

PIA und SPZ

Auch im Bereich der kooperativen Versorgung der SPZ und z. B. der Institutsambulanzen ergibt sich das Problem, dass eine Doppelbehandlung im eigentlichen Sinn aufgrund der gesetzlichen Regelungen ausgeschlossen ist. Gerade aber bei multipel behinderten Kindern und Jugendlichen, die der spezifischen Expertise der PIAs bedürfen aufgrund Sekundärerkrankungen auf Basis der Behinderungen oder Erkrankungen, die zur SPZ Behandlung geführt haben, zeigt sich ein Schnittstellenproblem. Der an einem Diabetes erkrankte Jugendliche mit konsekutiver depressiver Störung kann primär nicht in beiden Disziplinen gleichzeitig behandelt werden, sondern es muss nachgewiesen werden, dass die Erkrankung eine eigenständige ist. Das an einer Epilepsie erkrankte Kind mit einer psychischen Folgeerkrankung kann primär nicht in einer PIA behandelt werden. Hier zeigen sich gerade bei komplex behinderten und erkrankten Kindern und Jugendlichen Grenzen in der sinnvollen Versorgung innerhalb des SGB V Systems.

Besonderheit: Privatkliniken und Kliniken für Psychosomatik

In letzter Zeit haben sich in Deutschland – wenige – Kliniken in privater Trägerschaft etabliert, die keinen Versorgungsauftrag wahrnehmen. Solche Angebote gibt es z. B. in Nordrhein-Westfalen und Bayern. Ein Problem dieser Angebote kann sein, dass in Notfällen oder bei Verschlechterung, die eine intensivere Versorgung notwendig machen, dann auf die zuständige Versorgungskliniken zurückgegriffen werden muss. Da diese Kliniken oft überregional aufnehmen, ergeben sich hochgradige Schnittstellenprobleme für die Patientinnen und Patienten, was die Kontinuität in der Behandlung angeht. Insofern sind solche Angebote im Sinne einer flächendeckenden Versorgung problematisch zu sehen. Im Rahmen des PsychVVG wird zudem zu prüfen sein, inwieweit tatsächlich Personalvorgaben eingehalten werden und das Modell nicht eher darauf aufbaut, dass Patientinnen und Patienten, die andernorts eventuell sogar ambulant behandelt werden, im Rahmen störungsspezifischer Konzepte (wie z. B. im Falle von Essstörungen) stationär aufgenommen werden. Zu hinterfragen ist auch, ob das für eine stationäre Therapie erforderliche komplexe Setting, das die häufigen komorbiden Phänomene wie Aggression, Suizidalität, Selbstverletzung oder Substanzabusus benötigen, tatsächlich vorgehalten wird. Im Rahmen des bewährten milieuthérapeutischen Ansatzes in der stationären Therapie, das nicht auf einzelne Diagnosen im Entwicklungsalter abzielt (im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie), sind zudem Stationen, die eine Mischung an Störungsbildern ermöglichen, beizubehalten, was nicht bedeutet, dass damit ein Verzicht auf evidenzbasierte störungsspezifische Angebote verbunden wäre.

SGB V und SGB VIII

Der §35a SGB VIII stellt die rechtliche Grundlage der Kooperation zwischen den Systemen dar. Die Zusammenarbeit in Deutschland zwischen KJP und Kinder- und Jugendhilfe ist lokal sehr unterschiedlich ausgeprägt. So gibt es Kooperationsverträge zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie dem Jugendamt (öffentliche Jugendhilfe) und auch Kooperationen mit Jugendhilfeeinrichtungen (sogenannte Heimsprechstunden), jedoch ist dies keineswegs flächendeckend der Fall. Allerdings haben sich immer mehr zumindest Kooperationsgespräche zwischen dem SGB V Bereich und den Jugendämtern durchgesetzt.

Als besondere Schnittstellenprobleme haben sich seit Jahren die Bereiche von Krisenpatientinnen und -patienten aus der Jugendhilfe gezeigt. Nicht selten besteht Uneinigkeit über die Ziele und Art von Hilfen für die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien, bzw. es fehlt ein Angebot an entsprechend qualifizierte Einrichtungen, die mit kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen kooperieren bei schwersterkrankten Jugendlichen.

Die unterschiedlichen Geschwindigkeiten der Systeme (z. B. Verweildauer KJP bei 35-40 Tagen vs. Dauer der Hilfeplanung nach SGB VIII) führen zudem zu Problemen in der Kooperation (vgl. Stellungnahme Kommission Jugendhilfe zur Zusammenarbeit). Von 2007 bis 2014 hat die Zahl der stationären Behandlungsfälle in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie um 38 % zugenommen (von 41.482 auf 57.343 Fälle, allein im Zeitraum 2010 bis 2014 lag die Zunahme bei 22 %) – und dies bei einem sinkenden Bevölkerungsumfang im Kindes- und Jugendalter. Im gleichen Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer nur um etwa 14 %, so dass insgesamt ein Aufwuchs der Belegungstage von knapp 19 Prozent resultierte. Ermöglicht wurde dieses Wachstum durch eine Zunahme der Fachabteilungen von 133 in 2007 auf 143 in 2014, verbunden mit 882 zusätzlichen Betten (plus 17 %)¹³.

Es gab mehrere Projekte, die Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt haben (Ulmer Heimkinderstudie, MAZ Studie, Dresdner Jugendhilfekooperationsstudie). Die Verbesserung der Kooperation ist ressourcenaufwändig und scheint sich derzeit im SGB V System nicht mehr abzubilden in der Intensität, die zu einer strukturellen Verbesserung der Schnittstelle zwischen den Bereichen notwendig wäre, sowohl ambulant wie stationär.

¹³ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Schule, KJP und Kinder- und Jugendhilfe

Im Bereich der Schule treffen drei Bereiche aufeinander, die jeweils Expertise besitzen für die Bedürfnisse und Notwendigkeiten von Kindern und Jugendlichen in diesem Bereich, die auch leistungsmäßig Zuständigkeit haben für die einzelnen Bereiche, die aber in keiner Weise formal in diesem Bereich in Kooperation stehen (WRASE 2015).

Schule ist der Ort, an dem psychische Störungen auffallen, zur Teilhabebeeinträchtigung führen, die Störungen verursachen kann etc. Da die Schule weder in eine verbindliche Kooperation mit dem System des SGB V noch mit dem des SGB VIII gesetzlich gebunden ist, erschließt sich die Problematik der Schnittstelle schon aus formalen Gründen. Einerseits bietet das System der Schule – deutschlandweit heterogen ausgeprägt (vgl. Kapitel Schule) – Schulpsychologinnen und -psychologen als Möglichkeit der Identifizierung von psychischen Problemen bei Schülerinnen und Schülern und bei Lernstörungen, andererseits ist die strukturierte Vernetzung dieser Angebote mit Angeboten aus dem Bereich des SGBV keineswegs systematisch vorhanden (HIRSCH-HERZOGENRATH & SCHLEIDER 2014). In Bezug auf die Störungen im Bereich Lese/Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen zeigt sich bundesweit ein hoch heterogenes Bild, was die Voraussetzungen für Förderung, Nachteilsausgleich etc. angeht. Die Regelungen obliegen den Ländern. Andererseits stellt sich die Situation gerade im Bereich der inklusiven Beschulung so dar, dass das SGB VIII hier oft als Ausfallbürge für fehlende schulische Angebote fungiert und wiederum der Bereich des SGB V im Rahmen etwaiger Feststellungen von Eingangsvoraussetzungen des §35a SGB VIII ebenfalls involviert ist.

Hier hat insbesondere die Thematik der Schulbegleitung an Bedeutung gewonnen (KIßGEN et al. 2016). Untersuchungen hierzu haben gezeigt, dass das sinnvolle Instrument inhaltlich weder präzise definiert wird, die Qualifikation der Schärfung bedarf und es auf lokaler Ebene struktureller Überlegungen zur Ausgestaltung bedarf (HENN et al. 2014, HENN et al. 2017). Im Rahmen der versuchten Reform des SGB VIII sind hier Überlegungen angestellt worden, wie zu dieser Thematik strukturelle Veränderungen möglich wären, was aber heftige Reaktionen hervorrief, da damit z. T. auch verbunden wäre, den individuellen Rechtsanspruch auf Leistungen aus dem SGB VIII zugunsten einer strukturellen Gestaltung im Sozialraum zurücktreten zu lassen. Konkret bedeutete dies, ob in einem Sozialraum einem Träger z. B. der freien Jugendhilfe mittels Budget die Gestaltung der Schulbegleitung übertragen wird, und damit individuelle Ansprüche auf eine personenbezogene Schulbegleitung entfielen. Diese einerseits formal-juristische Frage, die aber durchaus hohe inhaltliche Relevanz auch für den SGB V Bereich besitzt, nämlich welche therapeutischen Möglichkeiten sind sinnvoll um eine

Teilhabebeeinträchtigung aufgrund einer psychischen Störung zu minimieren oder zu beseitigen, stellt ein klassisches Schnittstellenproblem im Dreieck Schule, KJP und Kinder- und Jugendhilfe dar.

Gerade unter dem Aspekt, dass psychisch kranke Jugendliche oftmals eine verzögerte Reifung aufweisen, stellen zudem schulgesetzliche Regelungen, die die Regelschulzeit betreffen, ein Hindernis im Transitionsalter dar, um Resilienzfaktoren, wie den Schulabschluss und damit eine Eingangsvoraussetzung für eine gelingende Ausbildungsintegration zu ermöglichen und den formal-juristischen Aspekten der Schulpflicht, die oftmals ohne Abschluss erfüllt ist, dar^[ss1]. Die Suche nach einer Schule erschwert die Behandlung, bzw. macht Therapieziele oft unmöglich, da Schule formal nicht mehr zuständig ist, die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen aber aufgrund der Behandlung erstmalig fähig wären, einen formalen und inhaltlichen Schulabschluss zu absolvieren. Die formale Erfüllung der Schulpflicht bei diesen entwicklungsverzögerten Jugendlichen mit den Zuständigkeitsproblemen ist ebenfalls als Schnittstellenproblem identifizierbar. Die Klinikschulen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Schulen für Kranke meist in kommunaler Trägerschaft nach unterschiedlichen landesrechtlichen Vorgaben leisten eine wichtige Aufgabe an der Schnittstelle zwischen der stationären und teilstationären Versorgung und dem Schulsystem. Nicht wenige Patientinnen und Patienten, die stationär oder teilstationär behandelt werden, haben schon längere Zeit vor ihrer stationären Aufnahme erhebliche schulische Probleme gehabt und es bedarf nicht nur einer Aufrechterhaltung des Lernstoffs und Lernniveaus während der Krankenbehandlung wie bei somatisch chronisch erkrankten Kindern in Krankenhausbehandlung, sondern häufig geht es um eine komplette Diagnostik der Lern- und Leistungsdefizite und die Entwicklung eines Wiedereingliederungsplans in eine geeignete Schulform oder Klassenstufe. Angesichts der Diskussion um Inklusion im Bereich Schule gilt es zunächst festzuhalten, dass die Klinikschulen keine exklusive Form der Sonderbeschulung sind, sondern während der Krankenbehandlung eine Brücke zum Schulsystem darstellen. Kinder- und Jugendliche werden hier nicht auf Dauer ausgegliedert, sondern ihre Teilhabe an der normalen Beschulung wird durch die Arbeit der Klinikschule häufig erst ermöglicht. In vielen anderen Staaten der Welt haben sich intensivere Behandlungsansätze in der Schule mit aufsuchenden Behandlungsmodellen bewährt. In Deutschland ist dies derzeit im Rahmen des SGB V nicht möglich, allerdings sollen im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfond neue Behandlungsformen gerade für Kinder mit (drohender) seelischer Behinderung auch in der Schule erprobt werden.

Frühförderung und Übergang in die Schule

Die Frühförderung identifiziert und therapiert Kinder mit hohen Risikofaktoren im weiteren Aufwachsen im Kleinkindalter. Mit dem Beginn der Schule ist die Zuständigkeit (über deren heterogene Ausgestaltung in Deutschland vgl. Kapitel Frühförderung) jedoch beendet. Dies führt zu Schnittstellenproblemen im Übergang zur Schule und zu Diskontinuitäten. Die Effektivität von Maßnahmen im Rahmen der Frühförderung aufgrund der Diskontinuität mit dem Schuleintritt ist zu problematisieren und stellt eine nicht-förderliche Rahmenbedingung im Übergang dar.

SGB VIII und SGB IX bzw. SGB XII

Die formaljuristische Schnittstelle zwischen den verschiedenen Behinderungsformen – seelisch, geistig, körperlich – ist verschiedentlich als Problem erkannt worden. Die Schnittstellenproblematik besteht aber weiterhin unverändert. Der Gesetzgeber hat in der laufenden Legislatur einen Anlauf unternommen, diese Schnittstelle zu entschärfen, gelungen ist es nicht. Die „große Lösung“, also die Zuständigkeit für alle Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen und daraus folgenden Teilhabedefiziten, ist bereits seit langem in Deutschland gefordert (vgl. Stellungnahmen DGKJP). Die Trennung der Behinderungsformen führt zu irrationalen „Verschiebebahnhöfen“, die den Lebensrealitäten der Minderjährigen und ihrer Familien nicht entspricht. Im Jahr 2013 war von rund 180.000 Kindern und Jugendlichen mit körperlicher und geistiger Behinderung auszugehen, die aufgrund ihrer Behinderung sozialrechtliche Eingliederungshilfen erhalten.¹⁴ Entsprechend der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil dieser Kinder mit dem allgemeinen Rückgang der Kinderzahlen tendenziell leicht ab. Umgekehrt ist der Anteil der Kinder, die aufgrund einer psychischen Erkrankung von einer seelischen Behinderung bedroht oder behindert sind, in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass derzeit bei sehr konservativer Schätzung ca. 1,4 % aller Kinder und Jugendlichen die Kriterien für eine Behinderung erfüllen (180.000/13 Mio. Menschen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland). Die Notwendigkeit einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Minderjährigen mit Behinderung wird unterstrichen durch den bereits angelaufenen Prozess der Einführung einer inklusiven Beschulung im Gefolge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesrepublik Deutschland. Derzeit und in den nächsten Jahren wird es erhebliche Verände-

¹⁴ Diese Zahl errechnet sich, wenn man die Zahl der Empfänger von Hilfen nach § 35a SGB VIII (ca. 54.000 gem. Dortmunder Jugendhilfestatistik) und von Einzelfallhilfen für behinderte Kinder und Jugendliche nach SGB XII (ca. 125.000) addiert.

rungen in der Schulgesetzgebung und in der Vielfalt der Beschulungsangebote für Minderjährige mit (drohender) Behinderung geben. Der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen des SGB V fällt in diesem Kontext eine Schlüsselrolle zu, weil sie für diese Zielgruppe eine Doppelfunktion erfüllt: Zum einen geht es um die möglichst flächendeckende und sektorenübergreifende Gewährleistung einer fachlich qualifizierten, koordinierten und evidenzbasierten gesundheitlichen Versorgung, die es den Betroffenen ermöglicht, ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kompensieren. Zum anderen muss das System der medizinischen Versorgung seine sozialrechtlich vorgeschriebene Steuerungsfunktion für den Zugang zu den Hilfesystemen des SGB VIII bzw. SGB XII in möglichst effektiver Weise erfüllen. Die Probleme in diesem Zusammenhang wurden bereits in einer Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht dargestellt (FEGERT & BESIERS 2009) und sehr dezidiert von der Jugendberichtskommission artikuliert. Auch die Stellungnahme der Bundesregierung zum 13. Kinder- und Jugendbericht ist sehr eindeutig in der Forderung, behindernde Schnittstellengrenzen zu überwinden. Diese Forderung gilt unverändert, nachdem die Reform des Teilhaberechts im Kindes- und Jugendalter in dieser Legislatur gescheitert ist, weiter. Seit über 25 Jahren fordern alle Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie und sehr viele Fachverbände der Jugendhilfe die sogenannte große Lösung, unabhängig von der Art der Behinderung. Die bisherige Regelung verlegt die Schnittstelle in die betroffene Person, indem sie versucht, zwischen den Anteilen der körperlichen und geistigen Behinderung und den Anteilen der seelischen Behinderung zu unterscheiden und unterschiedliche Sozialleistungsträger für Hilfen zuständig macht. Dieser extrem problematische Zustand muss durch eine einheitliche Zuständigkeitsklärung, welche auch zum in dieser Legislatur errungenen Bundesteilhabegesetz mit seinen die Rahmenbedingungen, vor allem im Erwachsenenalter, regelnden Vorgaben passt. Gerade der Ausrichtung auf die Teilhabebeeinträchtigung (Definition, Erfassung) unabhängig von der Art der Behinderung wird hier in der Zukunft eine tragende Rolle innewohnen.

Analyse der Versorgungswege von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen – eine qualitative Elternbefragung

An dieser Fragestellung ansetzend wurde im Rahmen des Projektes eine qualitative Interviewstudie mit Eltern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher initiiert. Ziel war es, zu untersuchen, welche subjektiven Erfahrungen die Eltern mit dem Hilfesystem gemacht hatten und in welcher Form Schnittstellenprobleme aufgetreten sind. Auf die Festlegung von Ausschlusskriterien wurde verzichtet, um im Sinne qualitativer Forschung eine maximal kontrastierende Gruppe zu gewinnen. Daher wurden sowohl Eltern in die Analyse einbezogen, deren

Kind sich erstmalig in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung befand, als auch Eltern, deren Kind bereits über stationäre Erfahrungen verfügte. Der für die Studie notwendige Ethikantrag wurde am 06.06.2016 in der Sitzung der Ethikkommission der Universität Ulm diskutiert und mit einer zustimmenden Stellungnahme abgeschlossen.

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte zum einen über das Vivantes Klinikum Neukölln (Tagesklinik) und zum anderen über Aufrufe bei Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Selbsthilfegruppen (ADHS Deutschland, Autismus Deutschland, Autismus Hamburg, Autismus Thüringen, Autismus Ostthüringen, Autismus Brandenburg, Autismus Ostwestfalen-Lippe, Deutsche Tourette Gesellschaft e. V.). Die Aufrufe fanden von Juli bis Oktober 2016 statt und wurden einmal wiederholt. Die Aufrufe über die Tourette-Gesellschaft sowie ADHS Deutschland erfolgten deutschlandweit, bei den anderen Verbänden über die regionalen Verteiler. Es erfolgten Rückmeldungen von insgesamt N = 9 Eltern(-paaren). In einem Fall wurde das schriftliche Einverständnis vor dem Zeitpunkt des Interviews zurückgezogen, in einem weiteren Fall erfolgte keine Rückmeldung auf die schriftliche Kontaktaufnahme der Interviewerin.

Stichprobe

Insgesamt wurde mit N = 7 Eltern(-paaren) Interviews mit einer Dauer von 1,5 bis 2,0 Stunden geführt. Die Interviews fanden in der Zeit vom 12.09.2016 bis 01.11.2016 statt. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um eine Mutter aus Berlin, ein Elternpaar aus Hamburg, ein Elternpaar aus Prisdorf (Schleswig-Holstein), eine Mutter aus Elmshorn (Schleswig-Holstein), eine Mutter aus Kisdorf (Schleswig-Holstein), eine Mutter aus Ingolstadt (Bayern) sowie eine Mutter aus Buxtehude (Niedersachsen). Hinsichtlich der Diagnosen der Kinder handelte es sich in einem Fall um das Tourette-Syndrom, in drei Fällen um Autismus sowie dreimal um ADHS. Der Bildungsstand in der Stichprobe der Interviewteilerinnen und -teilnehmer lässt sich als gehoben klassifizieren, das Familiensystem war bis auf eine Ausnahme intakt und in der Regel waren beide Elternteile berufstätig. Relativ häufig war mindestens ein Elternteil in einer leitenden Position tätig (Management, Automobilindustrie, Diakonie).

Teilnehmende	Bundesland	Diagnose des Kindes
Mutter	Berlin	Tourette-Syndrom
Elternpaar	Hamburg	Autismus
Elternpaar	Schleswig-Holstein	Autismus
Mutter	Schleswig-Holstein	Autismus
Mutter	Schleswig-Holstein	ADHS
Mutter	Bayern	ADHS
Mutter	Niedersachsen	ADHS

Tabelle 1. Teilnehmer, Bundesland, Diagnose des Kindes

Ergebnisse

Von allen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde geschildert, dass sich die psychischen Auffälligkeiten ihres Kindes bereits relativ früh, in der Kindergartenzeit, gezeigt hätten. Im Vergleich mit Kindern der gleichen Altersklasse sei entweder den Eltern selbst oder den Erziehern eine Abweichung von der Norm aufgefallen. Die Psychoedukation der Fachleute gegenüber den Eltern wurde in den Integrationskindergärten positiver bewertet als in Regelkindergärten.

In der Regel erfolgte im Anschluss eine Vorstellung bei einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt und im nächsten Schritt eine Überweisung zu einer Kinderneurologin oder einem Kinderneurologen oder aber einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP). In einem Fall war zuerst die Erziehungs- und Familienberatungsstelle und anschließend der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst aufgesucht worden. Eine Mutter gab an, dass sie lange Zeit mit der Konsultation eines KJPP gezögert habe und dies im Rückblick bereuen würde. Als Grund nannte sie, dass sie eine Stigmatisierung ihres Kindes befürchtet habe.

Die Wartezeiten wurden von den beiden befragten Müttern, die in einem Stadtstaat leben (Berlin und Hamburg), als verhältnismäßig kurz beschrieben. Die Eltern(-teile), die ihren Wohnsitz eher in ländlichen Regionen hatten, beschrieben, dass sie längere Zeit auf einen Behandlungstermin warten mussten und diese Zeit der Ungewissheit für die ganze Familie zermürbend gewesen sei. Die Diagnosestellung durch einen KJPP wurde von allen befragten Eltern als entlastend beschrieben. Ein Elternpaar gab an, dass sich ihr Kind zur Abklärung der Diagnose stationär in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

aufgehalten hatte. Negativ sei gewesen, dass kaum Gespräche mit Fachärztinnen und Fachärzten stattgefunden hätten und kaum Informationen gegeben worden seien.

Hinsichtlich der Kooperationen wurde übereinstimmend genannt, dass beispielsweise die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr gut und schnell mit den KJPP in Niederlassung kooperierten und der Austausch schnell und gut abgestimmt verlaufen sei. Probleme habe es systemübergreifend hauptsächlich zwischen dem Schulsystem und den medizinischen Fachkräften gegeben. Von über der Hälfte der befragten Eltern wurde angegeben, dass der Wissensstand der Lehrkräfte hinsichtlich der psychischen Erkrankungen der Kinder gering ausgeprägt sei. Dies habe sich auf die Toleranz gegenüber den Kindern ausgewirkt und habe teilweise zu Mobbing geführt. Eine Mutter berichtete, dass ihr Kind wegen seiner Tics wiederholt aus dem Unterricht entlassen worden sei, da sich der Pädagoge gestört gefühlt habe. Mangelndes Verständnis für die Störungen der Kinder wurde auch von Eltern von Kindern mit Autismus und ADHS beschrieben und darauf zurückgeführt, dass die Schulen nicht über genug Personal verfügen würden, das vorhandene Personal überfordert sei und dass in der Ausbildung der Lehrkräfte die Thematik der psychischen Erkrankungen offenbar nicht berücksichtigt werde.

Außerdem wurde die Zusammenarbeit mit Jugendämtern als sehr langwierig und kräftezehrend beschrieben. Vor allem mit Blick auf den Erhalt eines Förderstatus‘ wurde von den Befragten beschrieben, dass die Bürokratie häufig auf Kosten der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen erfolgt sei. Man habe viele Anträge stellen müssen und sei bei der Antragsstellung oft wenig empathisch behandelt worden. Hier sei es als Familie wichtig, zusammenzuhalten und sich nicht abspeisen zu lassen. Es wurde auch angeführt, dass sich die Institutionen stark auf ihren eigenen Arbeitsbereich fokussieren würden und den Blick selten darüber hinaus richten würden. Hier sei es als Eltern(-teil) wichtig, vehement aufzutreten.

Hemmungen oder Befürchtungen, Hilfe für ihr Kind in Anspruch zu nehmen, wurde von allen befragten Eltern verneint. Hemmungen beschrieben die befragten Eltern(-teile) hingegen hinsichtlich der Entscheidung, einer psychopharmakologischen Behandlung für ihr Kind zuzustimmen. Von den Eltern, deren Kind eine ADHS-Diagnose aufwies, wurde jedoch beschrieben, dass sich die Medikation positiv auf das Leben des Kindes ausgewirkt habe und sie die Entscheidung nachträglich nicht bereuen würden. Als sinnvolle Hilfen wurden der Einsatz einer Schulbegleitung sowie die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege genannt.

Als wichtige Unterstützung für Eltern psychisch kranker Kinder wurden übereinstimmend die Internetseiten der Selbsthilfegruppen für die Informationsgewinnung angegeben. Zwei der befragten Mütter waren selbst als Leiterin einer Selbsthilfegruppe für Eltern betroffener Kinder oder Erwachsener aktiv. Von zwei Teilnehmenden wurde jedoch auch als problematisch eingeschätzt, dass es zwar viele Selbsthilfegruppen für psychisch kranke Menschen gebe, jedoch wenige für Eltern psychisch kranker Kinder. In Selbsthilfegruppen von anderen Betroffenen sei man als Elternteil nicht gut aufgehoben.

Als Wunsch an das Versorgungssystem wurde genannt, dass es mehr Transparenz und Unterstützung für Eltern geben sollte. Informationen sollten leichter verfügbar und die Stellung von Anträgen unkomplizierter sein. Es sollte eine Anlaufstelle geben, an die man sich wenden könnte und an der Informationen beschafft werden könnten.

Als wichtig wurde von den Eltern beschrieben, dass man vor den Ämtern/Behörden geschlossen als Familie auftreten sollte. Bezogen auf die Frage, was sie sich von dem Versorgungssystem gewünscht hätten, gaben die Eltern mehr Verständnis gegenüber Kindern an. Als problematisch wurde die Situation eingeschätzt, wenn weder familiärer Rückhalt, finanzielle Möglichkeiten noch Bildungsressourcen zur Verfügung stünden.

5.6 Wichtige Versorgungsstrukturen außerhalb des SGB V

5.6.1 Schulpsychologie

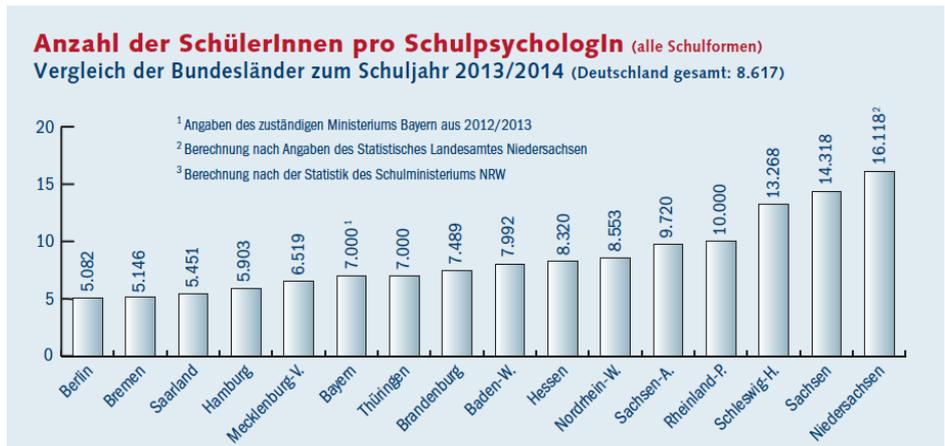
Die Schulpsychologie stellt einen Teil des öffentlichen Bildungswesens dar und nutzt psychologisches Wissen, um einerseits die Schüler in ihrer Lernentwicklung und ihrer Schullaufbahn sowie andererseits die Schulen im Rahmen ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags zu unterstützen. Schulpsychologische Beratung ist ein eigenständiger Teil der psychosozialen Versorgung und richtet sich neben den Schülerinnen und Schülern und deren Eltern auch an Lehrerinnen und Lehrer, Schulleitung, Schulaufsicht, Schulverwaltung sowie die gesetzgebenden Gremien. Die Anfänge der Schulpsychologie liegen im Jahr 1922 in Mannheim, erste Schulpsychologische Beratungsstellen wurden in den 1950er Jahren in Hamburg, Heidelberg, Fürth, Stuttgart, München, Berlin, Köln und Düsseldorf gegründet. Im Zuge der Bildungsreform wurden Schulpsychologische Beratungsstellen in den 1970er Jahren deutschlandweit flächendeckend ausgebaut; allerdings stellen sich die personellen, gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern sehr heterogen dar.

Vorhandene Daten: Sektion Schulpsychologie

Die Sektion Schulpsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) führt jährliche Statistiken hinsichtlich der Anzahl von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen pro Bundesland, der Anzahl von Schülerinnen und Schüler pro Schulpsychologin bzw. Schulpsychologen sowie der Anzahl von Lehrerinnen und Lehrer pro Schulpsychologin bzw. Schulpsychologen. Zudem fertigen die Schulpsychologischen Dienste in der Regel Jahresberichte hinsichtlich ihrer Arbeit an. Die Anzahl der Schulpsychologinnen und -psychologen im Vergleich zwischen den verschiedenen Bundesländern zeigt, dass mit 302 Vollzeitstellen in Nordrhein-Westfalen die größte Kapazität besteht. Die Bundesländer Bayern (N = 246) und Baden-Württemberg (N = 194) schließen sich an. Die meisten Schülerinnen und Schüler pro Schulpsychologin bzw. Schulpsychologen kommen in Niedersachsen vor (16.118 pro Schulpsychologin bzw. Schulpsychologe). Die meisten Lehrerinnen und Lehrer pro Schulpsychologin bzw. Schulpsychologe finden sich ebenfalls in Niedersachsen (N = 1.124) und Schleswig-Holstein (N = 1.125). Landesverbände für Schulpsychologie sind in den Bundesländern Baden-Württemberg, Brandenburg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Bayern vorhanden.

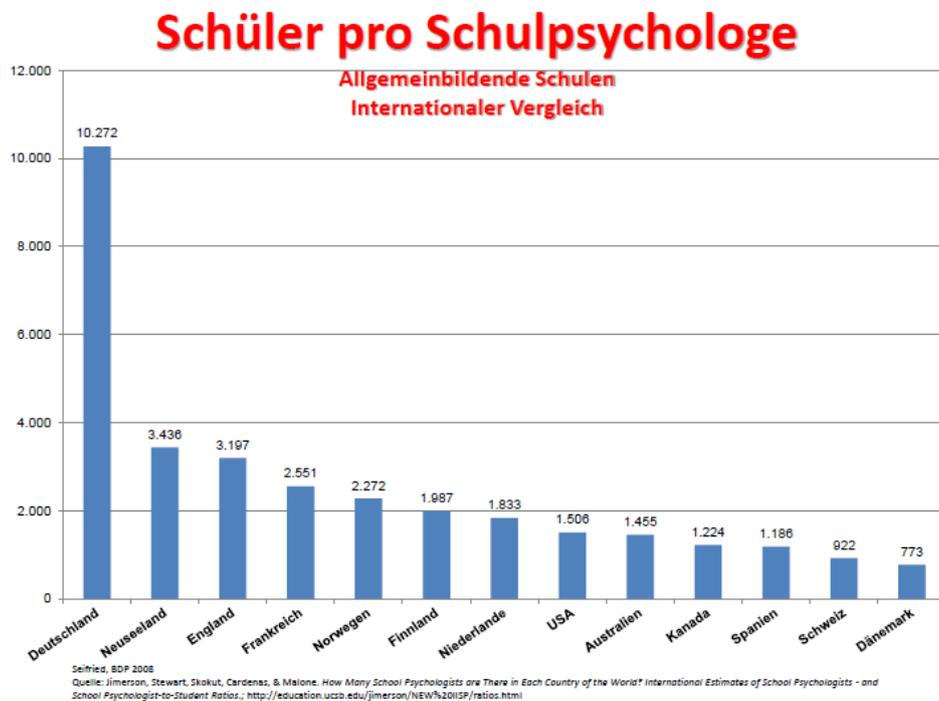


Quelle: http://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2016/160927_praxis_schulpsychologie.pdf



Quelle: http://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2016/160927_praxis_schulpsychologie.p

Der unten dargestellten Abbildung ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Schülerinnen und Schüler pro Schulpsychologin bzw. Schulpsychologen in Deutschland im internationalen Vergleich mit Abstand am höchsten ist. Deutschland bildet demnach das Schlusslicht. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit psychischen Störungen, die eine schulpsychologische Beratung in Anspruch nehmen, wird laut Auskunft der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Schulpsychologischer Dienst des Landes Berlin, nicht gesondert erfasst (Mitteilung Frau R. Uhle, 21.09.2016).



Quelle: Vortrag von Herrn Seifried am 14. Juni 2016

Schulpsychologische Beratungszentren Berlin im Schuljahr 2013/2014

Die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft veröffentlicht jährlich einen Bericht über den Schulpsychologischen Dienst, der die Inanspruchnahme des Beratungs- und Unterstützungsangebots der 13 Schulpsychologischen Beratungszentren und seit März 2014 eines Schulpsychologischen Beratungszentrums für berufliche Schulen dokumentiert. Insgesamt nahmen 10.355 Schülerinnen und Schüler (3,2 % aller Berliner Schülerinnen und Schüler) das Unterstützungsangebot der Berliner Schulpsychologinnen und -psychologen in Form der Schulpsychologischen Einzelfallberatung in Anspruch. Die Inanspruchnahme Schulpsychologischer Systemberatung, also Angebote, die sich an Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher sowie weiteres pädagogisches Personal richtete, wurde in 2.128 Fällen dokumentiert. Hinsichtlich der Schulart zeigte sich, dass sich die meisten schulpsychologischen Einzelfallberatungen an Kinder aus der Grundschule richteten (46 %). Schülerinnen und Schüler aus der Integrierten Sekundarschule stellten 20,5 % der bearbeiteten Einzelfälle dar. Seltener nahmen Schülerinnen und Schüler aus beruflichen Schulen (9,2 %), Gymnasien (7,5 %), Sonderpädagogischen Förderzentren (3 %) sowie Kinder vor dem Schuleintritt (5,7 %) eine Beratung in Anspruch. Mit Blick auf die Geschlechtsverteilung zeigte sich, dass es sich bei 60 % der beratenen Schülerinnen und Schüler um Jungen handelte, bei den übrigen 40 % um Mädchen. Über die verschiedenen Jahrgangsstufen betrachtet zeigen sich Höhepunkte in der 3., 4., 5. und 7. Klassenstufe. Ab der 8. Klasse nimmt der Anteil der Beratungen kontinuierlich ab. Größtenteils handelte es sich um Kinder und Jugendliche deutscher Herkunft (70,4 %). Bei 21,4 % der beratenen Kinder und Jugendlichen wiesen ein oder beide Elternteile einen anderen kulturellen oder sprachlichen Hintergrund auf. Bei 7,4 % der Schüler wiesen beide Elternteile einen anderen kulturellen Hintergrund auf. Die häufigsten Gründe, die im Zentrum der Schulpsychologischen Einzelfallberatung standen, waren mit 36,1 % emotionale und soziale Schwierigkeiten (z. B. depressive Tendenzen oder Suizidalität), bei 29 % der Schülerinnen und Schüler stellte der Beratungsgegenstand die Fragestellung einer Lese-Rechtschreib-Schwierigkeit dar. Rechenschwierigkeiten stellten in 15,3 % der Fälle den Grund der Beratung dar. Bei 25,8 % der Beratungen standen allgemeine Lernschwierigkeiten (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten) im Vordergrund. Seltener Gründe stellten Entwicklungsverzögerungen (9 %), Schulangst und Prüfungsangst (6,1 %), psychosomatische Beschwerden (6 %), Verdacht auf psychische Erkrankungen (4,7 %), besondere Begabungen (3,8 %), vermutete Traumatisierung (2,6 %) sowie Suchtproblematiken (0,9 %) dar.

Schulpsychologische Einzelfallberatung	N = 10.355
Grundschule	46 %
Jungen	60 %
Klassen 3, 4, 5 und 7	43,7 %
Deutsche Herkunft	70,4 %
Emotionale und soziale Schwierigkeiten	36,1 %
Lese- und Rechtschreib-Schwierigkeit	29 %
Rechenschwierigkeit	15,3 %

Tabelle 1. Charakteristika der Schulpsychologischen Einzelfallberatung

Der größte Anteil der 2.128 Systemberatungen entfiel ebenfalls auf den Bereich der Grundschulen (39,6 %). Seltener wurden die Unterstützungsangebote durch Integrierte Sekundarschulen (25,7 %), Sonderpädagogische Förderzentren (5,9 %), Gymnasien (10,2 %) sowie Berufsschulen (20 %) in Anspruch genommen. Adressaten der Systemberatung stellten hauptsächlich Lehrkräfte (64,5 %), Schulleitungen (39,4 %), Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter (27,4 %), Erzieherinnen und Erzieher (21 %), Eltern (19,6 %), Schülerinnen und Schüler (18,7 %) sowie die Schulaufsicht (3,2 %) dar. Inhalt der Systemberatungen stellten hauptsächlich ein oder mehrere Beratungsgespräch(e) dar (55,9 %). Seltener handelte es sich um Coaching und Supervision (16,1 %), themenbezogene Projekte (15,7 %), Fortbildungen (14,3 %), Schulsprechstunden (12,8 %), Moderation (5,5 %) sowie Mediation (3,9 %).

Schulpsychologische Systemberatung	N = 2.128
Grundschule	39,6 %
Lehrkräfte	64,5 %
Beratungsgespräche	55,9 %

Tabelle 2. Charakteristika der Schulpsychologischen Systemberatung

Bei 73,4 % der Einzelfallberatungen sowie bei 46,5 % der Systemberatungen fand eine Kooperation mit einer oder mehreren Institution(en) statt, wobei es sich hauptsächlich um Mitarbeitende des schulinternen Netzwerkes (z. B. Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen) und des Jugendamtes (38,4 %) handelte. Als weitere Kooperationspartner wurden freie Träger, Gesundheitsdienste und medizinische Institutionen sowie die Polizei genannt.

Kooperationspartner	Einzelfallberatung	Systemberatung
Schulinternes Netzwerk	40,4 %	27,8 %
Jugendamt	38,4 %	14,9 %
Freie Träger	21,5 %	11,2 %
Gesundheitsdienste und medizinische Institutionen	21,9 %	9,1 %
Polizei	1,1 %	7,7 %

Tabelle 3. Kooperationspartner

In jedem Schulpsychologischen Beratungszentrum ist mindestens eine Schulpsychologin oder ein Schulpsychologe speziell für den Bereich der Gewaltprävention und Krisenintervention zuständig. Ihre Aufgabe ist es, die Schulen bei der Bewältigung und Aufarbeitung von Gewaltvorfällen, Notfällen und Krisen psychologisch zu unterstützen. Im Schuljahr 2013/2014 wurden insgesamt 2.159 Vorfälle gemeldet. Die meisten Meldungen kamen aus dem Grundschulbereich (54,1 %). Seltener wurden Vorfälle durch die Integrierten Sekundarschulen (30,1 %), Schulen mit Förderschwerpunkt (7,2 %), Gymnasien (3,8 %) sowie Berufsschulen (3,5 %) gemeldet. Inhaltlich handelte es sich hauptsächlich um Beleidigungen/Drohungen/Tätlichkeiten (44 %), schwere körperliche Gewalt (16 %) und Bedrohungen (10 %). In 20,1 % der Vorfälle waren Lehrkräfte die Opfer der Gewalt. Im Vergleich zum vorherigen Schuljahr ist somit ein Anstieg der gemeldeten Vorfälle zu verzeichnen.

Fazit

In der Kultusministerkonferenz „Beratung in Schule und Hochschule“ von 1973 wurde als sinnvolle Versorgung mit schulpsychologischer Beratung eine Anzahl von 5.000 Schülerinnen und Schülern pro Schulpsychologin bzw. Schulpsychologen festgelegt. Diese Empfehlung wurde bis heute in den meisten Bundesländern nicht annähernd umgesetzt. Konträr dazu wurden in den letzten 15 Jahren hingegen Stellen nicht wiederbesetzt und aus Kostengründen das schulpsychologische Unterstützungssystem zurückgefahren. Die empfohlene Mindestversorgung von einer Schulpsychologin bzw. einem Schulpsychologen auf 5.000 Schüler erreichten einer Erhebung des BDP von 2014 zufolge nur drei von sechzehn Bundesländern. Im Durchschnitt steht in Deutschland eine Schulpsychologin bzw. ein Schulpsychologe für 8.617 Schülerinnen und Schüler sowie 635 Lehrkräfte zur Verfügung (BDP-Pressemitteilung 2015). Schlusslichter bildeten die Länder Schleswig-Holstein mit 13.268, Sachsen mit 14.318 und Niedersachsen mit 16.118 Schülerinnen und Schülern.

Daten zum Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die eine schulpsychologische Beratung in Anspruch nehmen, werden nicht erfasst (Mitteilung von Frau Uhle, Schulpsychologischer Dienst des Landes Berlin, Leitung der Fachgruppe Schulpsychologie).

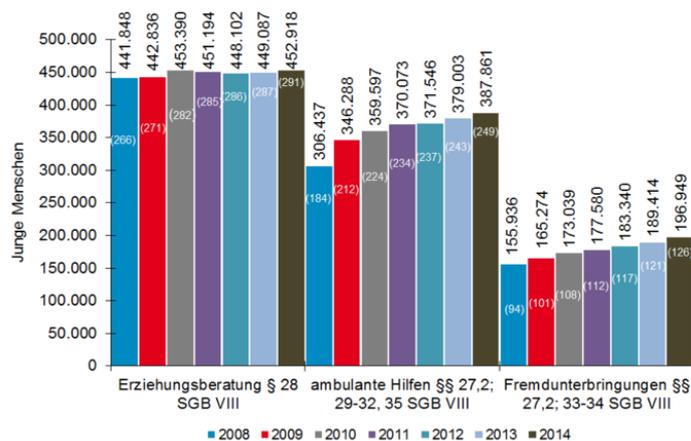
5.6.2 Kinder- und Jugendhilfe (öffentliche und freie)

Im Unterschied zum Kindschaftsrecht oder Jugendschutzrecht sind im Kinder- und Jugendhilferecht die familienergänzenden, -unterstützenden und -ersetzenden Maßnahmen des Staates und staatlich anerkannter gesellschaftlicher Gruppen zur Erziehung und Förderung von Kindern und Jugendlichen festgelegt (DÖLLING 2009). Die gesetzliche Grundlage stellt das Achte Buch des Sozialgesetzbuches dar, in dem das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe geregelt ist. Es umfasst die Bereiche der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes (§§ 11 bis 14 SGB VIII), Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16 bis 21 SGB VIII), Angebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege (§§ 22 bis 25 SGB VIII) sowie Hilfen zur Erziehung und ergänzende Leistungen, Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und ergänzende Leistungen sowie Hilfen für junge Volljährige und Nachbetreuung (§§ 27 ff. SGB VIII). Die Hilfen zur Erziehung (HzE) sind in den §§ 28 bis 35 a SGB VIII geregelt und umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote von ambulanten, teil- und vollstationären Erziehungshilfen (z. B. Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe, Heimerziehung). Adressaten sind die Personensorgeberechtigten. Andere Aufgaben der Jugendhilfe beinhalten die Ausübung des staatlichen Wächteramtes nach Art. 6 II GG wie beispielsweise die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen nach § 42 SGB VIII. Die Leistungsangebote richten sich an Kinder, Jugendliche sowie Eltern und werden sowohl von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe als auch von Trägern der freien Jugendhilfe wahrgenommen. Als Träger der freien Jugendhilfe kommen Dölling (2009) zufolge insbesondere Wohlfahrtsverbände, Jugendverbände und Jugendgruppen in Betracht. Träger der öffentlichen Jugendhilfe lassen sich differenzieren in örtliche Träger (z. B. Jugendamt) und überörtliche Träger (z. B. Landesjugendamt). Ziele der Jugendhilfe bestehen laut § 1 SGB VIII darin, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen. Weitere Ziele bestehen in der Beratung und Unterstützung von Eltern und anderen Erziehungsberechtigten sowie darin, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen.

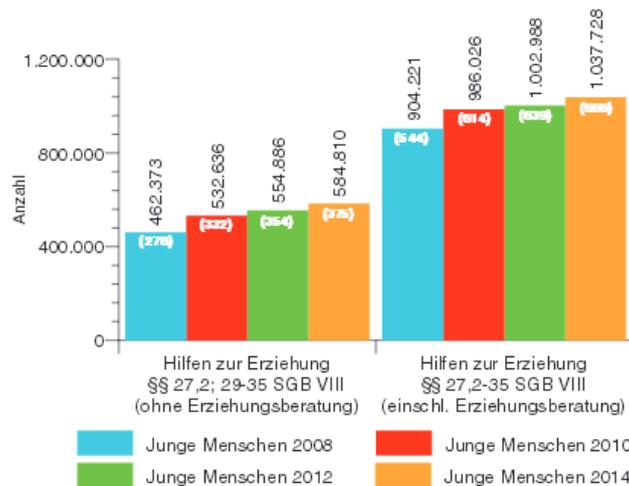
Vorhandene Daten:

Die Internetseite „Monitor Hilfen zur Erziehung“ nutzt die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik (KJH-Statistik) des Statistischen Bundesamtes, um Analysen zur aktuellen Situation sowie zu Veränderungen im Bereich der Hilfen zur Erziehung durchzuführen. Sie enthält u. a. Angaben zur Anzahl der Inanspruchnahmen von Hilfen zur Erziehung und in diesem Bereich angefallenen Ausgaben. Erstmals seit 2012 enthält sie auch Angaben zu den Gefährdungseinschätzungen der Jugendämter nach § 8 a I SGB VIII. Die Statistik wird seit dem Jahr 2007 durch eine jährliche Abfrage bei Erziehungsberatungsstellen und Jugendämtern erhoben (Stichtag 31.12.). Differenziert wird zudem nach der Art des Trägers (frei, öffentlich).

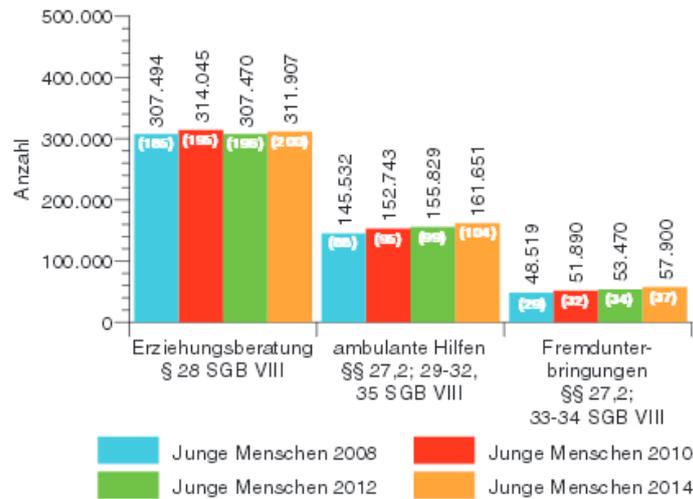
Im Jahr 2014 erhielten in Deutschland 1.037.728 Kinder, Jugendliche und junge Volljährige Hilfen zur Erziehung. Die Fallzahl beträgt 913.566. Statistisch betrachtet haben damit 7 % der unter 21-jährigen Bevölkerung eine HzE-Leistung erhalten (KOMDAT, 2015). Das Durchschnittsalter der jungen Menschen bei Hilfebeginn liegt bei 10,3 Jahren. Von allen Hilfen werden 70 % beendet, wobei die Dauer dieser Hilfen durchschnittlich zehn Monate betrug. Der Anteil der alleinerziehenden Familien bei Hilfebeginn liegt bei 41,5 %. Das Gros dieser Familien bezog zudem Transferleistungen (32,3 %). Familien, in denen vorrangig nicht Deutsch gesprochen wird, nahmen in 12,3 % der Fälle eine Hilfe zur Erziehung in Anspruch. Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Anstieg der Fallzahlen zu beobachten, welches auch für die finanziellen Aufwendungen gilt. Dies zeigt einerseits den größer werdenden Bedarf und die steigende Nachfrage an, zum anderen auch die höhere Inanspruchnahme und Reichweite der Hilfen. Hinsichtlich der Art der Hilfe zeigt sich seit dem Jahr 2000 der Trend, dass ambulante Leistungen im Gegensatz zu der Unterbringung in Heimen oder Pflegestellen zunehmen. Dies gilt für alle Altersgruppen und kann als Indikator für eine „Ambulantisierung“ des Arbeitsfeldes gewertet werden. Je nach Art der Hilfe zeigen sich große Altersunterschiede, was in den letzten Jahren konstant blieb. So wiesen Adressatinnen und Adressaten von Fremdunterbringungen ein höheres Alter, Adressatinnen und Adressaten von ambulanten Leistungen eher ein jüngeres Lebensalter auf. Die Geschlechterverteilung veränderte sich im Vergleich zu den Vorjahren kaum. Über alle Hilfen hinweg, mit Ausnahme der Erziehungsberatung und der Vollzeitpflege, waren Jungen oder junge Männer überrepräsentiert. Regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme lassen sich ebenfalls verzeichnen. Dabei ist die Heterogenität der Gewährungspraxis bei den stationären Hilfen geringer ausgeprägt als bei den ambulanten und deutet auf ein lokal unterschiedliches konzeptionelles Verständnis der Hilfearten hin.



Bei Betrachtung der einzelnen Leistungssegmente zeigt sich, dass die Fallzahlen für die Erziehungsberatung im Vergleich zum Vorjahr bundesweit lediglich um 1 % gestiegen sind (nur neu begonnene Leistungen). Die Daten sprechen hier für eine stabile Inanspruchnahme und eine konstant hohe Anzahl an Neuhilfen.

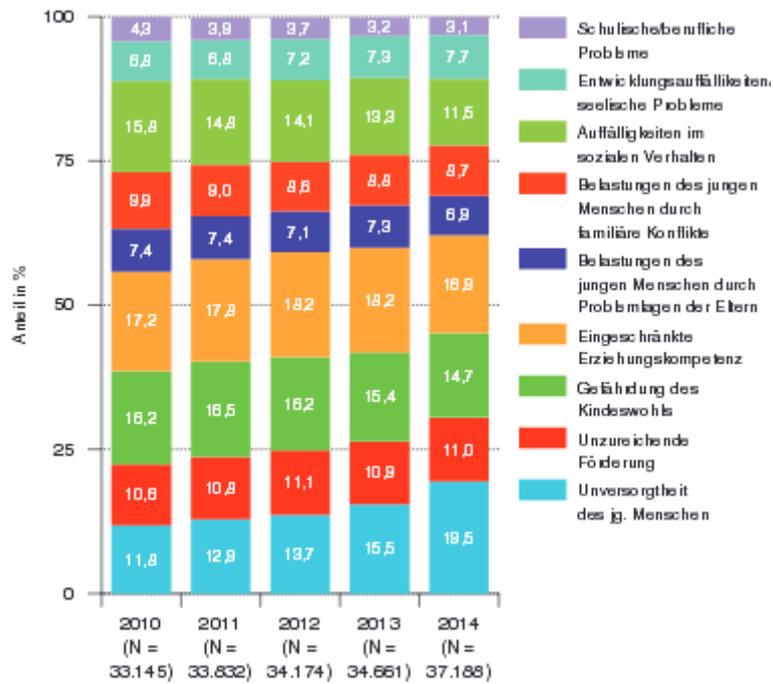


Ein deutlicherer Anstieg lässt sich für den Bereich der ambulanten Hilfen konstatieren. Den KomDat (2015) zufolge geht dies auf den Anstieg der familienorientierten Hilfen zurück (u. a. sozialpädagogische Familienhilfe), die insgesamt über 6 % zugenommen haben.

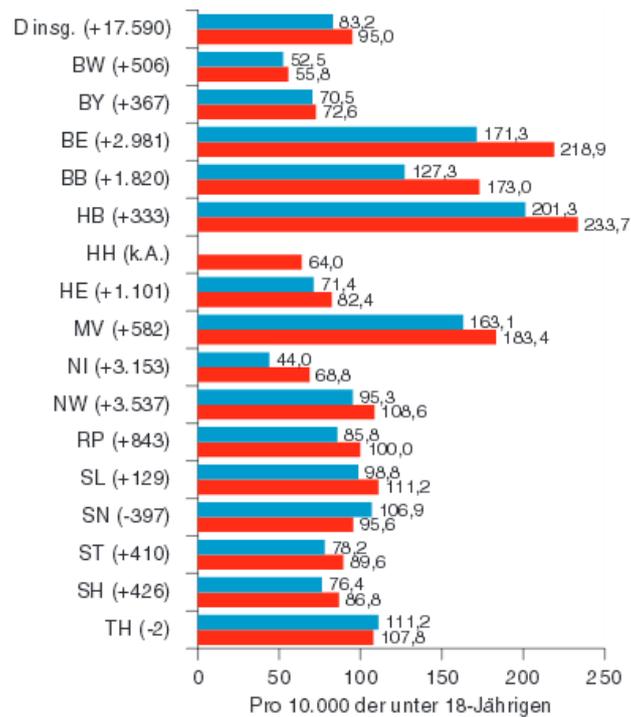


Eine weitere deutliche Zunahme zeigt sich im Bereich der Fremdunterbringungen (Unterbringung in Heimen, Pflegefamilien oder betreuten Wohnformen) mit über 7 %. Der Anstieg erklärt sich durch gestiegene Fallzahlen im Bereich der Heimerziehung mit einem Plus von 8 % (Vollzeitpflege nur 4 % Anstieg). Bei genauerer Betrachtung der Variablen Alter und Geschlecht zeigt sich zunächst, dass zwischen 2013 und 2014 der Anteil der männlichen Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren stark zugenommen hat. Die weitere Analyse dieser Gruppe zeigt, dass es sich hauptsächlich um junge Männer mit Migrationshintergrund handelt, deren Anteil sich seit 2010 fast verdoppelt hat. Damit einher geht eine Veränderung der Gründe für eine Fremdunterbringung. Während in den Jahren 2010 bis 2013 hauptsächlich eine eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern genannt wurde, war 2014 als Hauptgrund die Unversorgtheit der jungen Menschen angeführt worden.

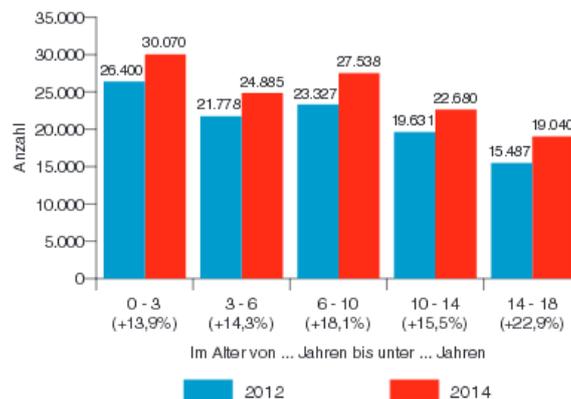
Jahr	Männlich		Weiblich	
	Begonnene Hilfen (absolut)	dar. nicht-deutsche Familiensprache (in %)	Begonnene Hilfen (absolut)	dar. nicht-deutsche Familiensprache (in %)
2010	18.559	15,5	16.163	12,1
2011	19.107	17,6	16.388	12,6
2012	19.199	18,6	16.849	13,2
2013	19.891	21,8	16.787	13,8
2014	22.483	28,9	17.236	14,7



Daten zu den Gefährdungseinschätzungen nach § 8 a I SGB VIII liegen derzeit für den Zeitraum 2012 bis 2014 vor. Im Jahresvergleich zeigt sich für den Gesamtzeitraum eine deutliche Fallzahlzunahme um 17 %, wobei sich starke regionale Differenzen und altersspezifische Unterschiede erkennen lassen. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 124.213 Verfahren erfasst, was einen Anstieg gegenüber dem Vorjahr von 7 % bedeutet. Dieser Anstieg geht zurück auf die Länder Nordrhein-Westfalen (+ 13 %), Niedersachsen (+ 54 %), Berlin (+ 34 %) und Brandenburg (+ 41 %). Der höchste Anstieg (bevölkerungsbezogen) ist für Berlin und Brandenburg zu verzeichnen.



Mit Blick auf das Alter der Minderjährigen zeigt sich, dass Kinder unter 3 Jahren zu den häufigsten, Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren zu den seltensten Adressatinnen und Adressaten zählen. Bei Betrachtung des Zuwachses im Jahresvergleich deuten die Daten darauf hin, dass die höchste Fallzahlentwicklung bei Jugendlichen festzustellen ist.



Mit Blick auf das Verfahrensende zeigt sich, dass 34 % der Verfahren mit der Feststellung endeten, dass das betroffene Kind nicht gefährdet ist. In jeweils 33 % der Fälle wurde eine latente oder akute Kindeswohlgefährdung konstatiert. Bei der Verteilung der Arten der Kindeswohlgefährdung handelte es sich hauptsächlich um Vernachlässigung (64 %) sowie psychische (26 %) und körperliche (23 %) Misshandlung. Sexueller Missbrauch wurde in 5 % der Fälle angegeben. Bei Betrachtung der einzelnen Arten zeigt sich, dass der Anstieg der

Verfahren hauptsächlich auf die Zunahme bei Verfahren mit psychisch misshandelten Kindern zurückzuführen ist (+ 1.342 Fälle, Anstieg um 14 %).

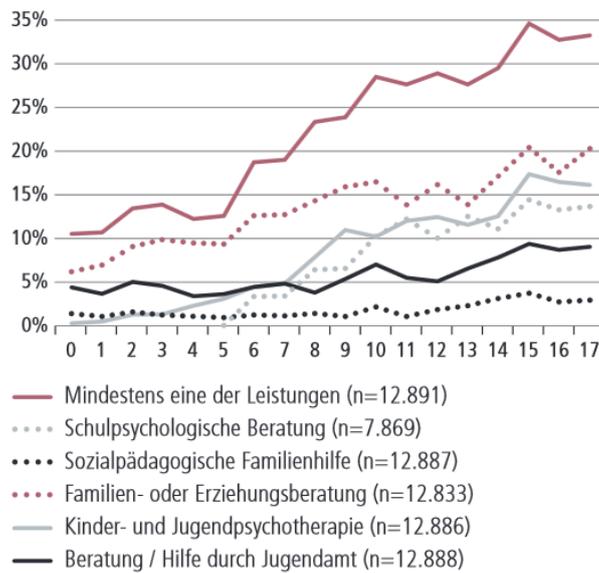
Die Anzahl der Inobhutnahmen nach § 42 SGB VIII hat im Jahr 2014 seit Erfassung der Maßnahmen in der KJH-Statistik mit 48.100 Fällen einen Höchststand erreicht. In rund 11.600 dieser Fälle (24 %) handelte es sich um unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Die Anzahl der Eingliederungshilfen bei einer (drohenden) seelischen Behinderung nach § 35 a SGB VIII belief sich im Jahr 2014 auf 27.124 begonnene Leistungen, was im Vergleich zum ersten erfassten Jahr 2008 ein Anstieg von 73 % bedeutet.

Vorhandene Daten: DJI-Survey AID:A II (Aufwachsen in Deutschland)

Im Rahmen einer bundesweiten Telefonbefragung des Deutschen Jugendinstituts (DJI) wurden Daten zu rund 32.941 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Alter: 0 bis 32 Jahre) und den Familien der Minderjährigen erhoben. Die Befragung erfolgte im Multi-Actor-Design, d. h. dass verschiedene Personen (das Kind selbst oder die Eltern) befragt wurden. Dabei handelte es sich um 9.542 Interviews mit volljährigen Zielpersonen und 12.903 Interviews mit erziehungsberechtigten Antwortpersonen minderjähriger Zielpersonen. Die Anzahl der Interviews mit minderjährigen Zielpersonen belief sich auf 4.791, die Anzahl der Interviews mit der Partnerin oder dem Partner von Ziel- oder Antwortpersonen auf 5.705. Das Alter der Stichprobe lag zwischen 0 und 32 Jahren, wobei der Großteil (39,6 %) auf die Altersspanne 18 bis 32 Jahre entfiel. Die Altersstufe der 9- bis 17-Jährigen belief sich auf 28,9 % und der Anteil der 3- bis 8-Jährigen auf 21,1 %. Die 0- bis 2-Jährigen bildeten 10,4 % der Gesamtstichprobe.

Bezüglich der Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen nach dem Alter zeigte sich, dass 12.891 Kinder und Jugendliche mindestens eine der Leistungen erhalten hatten (siehe Abbildung).

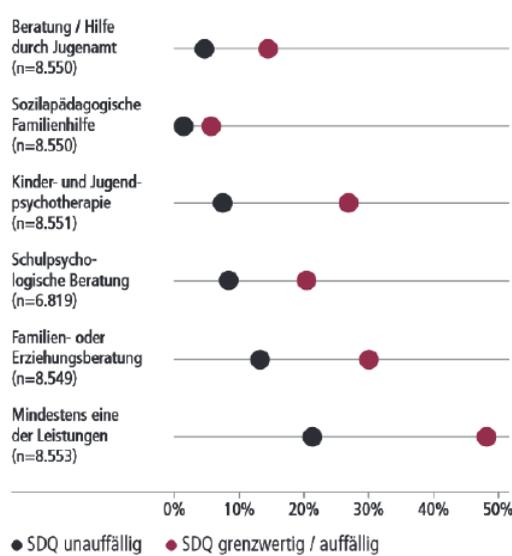
Abbildung 1 / Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen nach Alter



Quelle: PREIN & VAN SANTEN, 2015, S. 60

Weiterhin zeigte sich, dass insgesamt nur für 50 % der als grenzwertig oder auffällig eingestuften Kinder und Jugendlichen Beratungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch genommen wurden. Hierbei kamen mit je 30 % am häufigsten die Kinder- und Jugendpsychotherapie (N = 8.551) sowie die Familien- oder Erziehungsberatung (N = 8.549) vor.

Abbildung 2 / Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen nach Problembelastung



Quelle: AID:A II, eigene Berechnungen, Alter 3 bis 17 Jahre, ungewichtete Daten

6 Forschung und Lehre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Historisch ist das Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein relativ junges medizinisches Fachgebiet. Die Geschichte der akademischen Etablierung beginnt am Ende des 19. Jahrhundert mit ersten Lehrtexten wie z. B. Emminghaus, H., Psychische Störung des Kindesalters aus dem Jahre 1887. Die Gründung erster Abteilungen und Beobachtungsstationen erfolgte in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts (1921: Kinder-, Kranken- und Beobachtungsstationen in der Charité, dort arbeiteten ärztliches und heilpädagogisches Personal gemeinsam; 1922: Gründung klinisches Jugendheim, Tübingen). Mit der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten markierte das sogenannte Erbgesundheitsgesetz vom 14. Juli 1933 (GzVeN) eine veränderte Einstellung in Bezug auf die Möglichkeiten der Heilpädagogik und ein Primat der Erbbiologie. 1937 wurde der erste internationale Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Paris durchgeführt. Am 05.09.1940 fand die Gründungstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik in Wien statt. Diese fand massive Unterstützung durch das Reichsgesundheitsamt, aber auch durch das Reichsinnenministerium, das Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda (vgl. Schröder, 1940).

Eine Übersicht zur Gründungsgeschichte und zur Konsolidierung in der Nachkriegszeit findet sich in Fangerau et al. (2017), einer historischen Ausarbeitung auf Grundlage eines unabhängigen Forschungsprojektes im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die offizielle Gründung der Fachgesellschaft geschah also ein Jahr nachdem Adolf Hitler am 01.09.1939 die namentliche Bestimmung von Ärztinnen und Ärzten angeordnet hatte, die erweiterte Befugnisse zur Entscheidung über Patientinnen- und Patiententötung erhalten sollten (bei „nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken, bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“). Die erste Gründung einer kinderpsychiatrischen Fachgesellschaft stand also in zeitlichem und ideologischem Zusammenhang mit der Krankentötung, dem sogenannten Ausmerzen lebensunwerten Lebens und der Förderung von jenen Kinder und Jugendlichen, von denen man glaubte, dass sie für die Gesellschaft und die Wirtschaft nutzbar gemacht werden könnten.

In der Nachkriegszeit erfolgte im Jahr 1950 die Neugründung als „Verein für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie“ (1952 eingetragen im Amtsregister Marburg als „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“), später dann ohne Beteiligung der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen als reiner ärztlicher Fachverband (vgl. Fangerau et al. 2017).

Erste Lehrstühle im Fach wurden 1954 im Westen Deutschlands in Marburg (Fillinger) und 1958 im Osten Deutschlands in Rostock (Göllnitz) besetzt. Das erste Ordinariat wurde 1963 in Marburg eingerichtet (Stutte). 1962 wurde die Sektion Kinderneuropsychiatrie unter dem Dach der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR gegründet. Auf Antrag von Haarbauer und Albrecht (1964) wurde im Jahr 1968 der eigenständige Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt.

Im Jahr 1973 nannte sich die Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie um in Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ebenfalls Mitte der 1970er Jahre beschrieb die Psychiatrie-Enquete erstmals die mangelhafte Versorgung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. 1976 nahm die wissenschaftliche Fachgesellschaft den Namen „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (DGKJP) an. 1994 kam der Zusatz „und Psychotherapie“ hinzu und seit dem Jahr 2003 nennt sich die Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“.

In der Psychiatrie Personalverordnung von 1990 wurde den Spezifika des neuen Fachs mit einem eigenständigen Kapitel „KiJu in der PsychPV“ Rechnung getragen, welches die notwendige, höhere Personalausstattung im Pflege- und Erziehungsdienst dokumentiert, da Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen nicht nur einen Anspruch auf Krankenbehandlung und Pflege, sondern auch auf Erziehung haben.

Mit der Jahrtausendwende war die akademische Etablierung des Fachs in Deutschland weitgehend abgeschlossen, mittlerweile gibt es in Deutschland an fast allen medizinführenden Universitäten Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Weitgehend wird das Fachgebiet der Kinderpsychosomatik auch von diesen Lehrstühlen mitvertreten. Die meisten Lehrstühle mit Klinikleitung sind als W3-Professuren ausgestaltet. Allerdings ist das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht in der Pflichtlehre (Fegert JM, Eggers, C., Resch, F. 2011) verbindlich etabliert, obwohl nach den regelmäßigen Surveys des Robert-Koch-Instituts ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten aufweisen. Die DGKJP hat wiederholt darauf hingewiesen, dass diese mangelnde Verankerung in der Pflichtlehre unter anderem dazu führt, dass Studierende der Humanmedizin erst relativ spät und eher zufällig in Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kommen. In diversen Modellstudiengängen ist Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie inzwischen stärker verankert. Wichtige Initiativen zur Innovation in der

Lehre und zu neuen Lehrmethoden wie E-Learning sind in den letzten Jahren gerade auch aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie -psychotherapie hervorgegangen (Fegert et al. 2011). Anlässlich der Äußerungen der Bundeskanzlerin im Vorfeld des G20-Gipfels zur Bedeutung der Kindergesundheit und zur Bedeutung psychischer Störungen hat die DGKJP auf die nach wie vor ausstehende Verankerung des Fachs Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der medizinischen Ausbildung hingewiesen. Aufgrund der Häufigkeit psychischer Belastungen im Kindes- und Jugendalter und der Häufigkeit belastender Kindheitsereignisse (Adverse Childhood Experiences, ACE), ist es dringend erforderlich, dass zukünftigen Medizinerinnen und Medizinern ebenso wie anderen Angehörigen der Heilberufe hinreichendes Basiswissen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und im Kinderschutz vermittelt wird (vgl. Abschlussbericht Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“, 2011). In ihrem Regionalreport europäischer Regionen (Sethi et al., 2013) betont die WHO die Häufigkeit von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch auch in der europäischen Region und fordert eine bessere Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Heilberufen. Derzeit werden laut WHO ca. 90 % der Fälle in Praxen, Kliniken und anderen zuständigen Institutionen nicht wahrgenommen und diagnostiziert. Darüber hinaus nehmen mindestens 50% der psychischen Erkrankungen des Erwachsenenalters ihren Beginn im Kindes- und Jugendalter. Im Sinne einer Früherkennung, Sekundärprävention und effektiven frühen therapeutischen Intervention ist es unerlässlich, die medizinische und interdisziplinäre Kompetenz für Kinder- und Jugendgesundheit auch im Bereich Psyche entscheidend zu stärken.

Der gestiegene Bedarf an medizinischem Nachwuchs im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann derzeit nicht hinreichend gedeckt werden (vgl. Fachkräfte-Index des Deutschen Ärzteblatts). Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gehören zu den am meisten gesuchten Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland. In manchen Regionen Deutschlands stellt der Mangel an geeigneten Führungskräften zur fachärztlichen Leitung von Einrichtungen eine tatsächliche Bedrohung der Versorgung dar, weshalb allein schon aus diesen versorgungspolitischen Aspekten stärker dafür gesorgt werden muss, dass zukünftige Medizinerinnen und Mediziner rechtzeitig mit den zentralen Themen und den Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bekannt gemacht werden.

In der Forschung nimmt die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland zusammen mit dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden eine Spitzenposition ein. Hebebrand (2009) hat die Forschungsleistungen der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Themenheft der *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* dokumentiert, die zur Erkennung von Nebenwirkungen beitragen können (vgl. auch Kapitel zu Psychopharmakoepidemiologie in diesem Bericht). Seit dieser Gesamtübersicht hat sich in den letzten zehn Jahren die Vielfalt der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschungsaktivitäten noch verbreitert. Die alle zwei Jahre stattfindenden Kongresse der DGKJP mit durchschnittlich über 1.500 Fachteilnehmenden (zuletzt 2017 in Ulm mit über 2.000 Teilnehmenden) dokumentieren die wissenschaftliche Entwicklung im Fachgebiet und die vielfältige Forschungslandschaft des Faches (vgl. Fegert et al., 2017).

Forschungsförderung

Grundsätzlich ist es von besonderer Bedeutung, dass sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie als zentrales entwicklungspsychiatrisches Fach hinreichend Zugang zu Förderprogrammen und zu Einzelförderungen verschafft. Nur so kann sie zur Profilbildung in den Universitäten beitragen und unterliegt nicht dem Risiko, im vielstimmigen Konzert der neuropsychiatrischen Grundlagenforschung unterzugehen. Der fakultätsübergreifende Bezug der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie zur Psychologie, Pädagogik und Soziologie einerseits, zu biologischen Grundlagenfächern wie Molekulargenetik und Tiermodellen andererseits, macht das Fach sicherlich zu einem attraktiven Baustein von Profilbildungen in der universitären Hochschulmedizin.

1. Bund und Länder

In der letzten Dekade ist die Forschungsförderung sowohl im Rahmen der Ressortforschung einzelner Bundes- und Länderressorts als auch durch das BMBF für Antragstellende aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich angestiegen. Zusätzlich zu den regelmäßig ausgeschriebenen Schwerpunkten beispielsweise in der Versorgungsforschung bei klinischen Studien (gemeinsam mit DFG) haben die Debatten am Runden Tisch Sexueller Kindesmissbrauch ab 2010 zu zwei Förderlinien in der Gesundheitsforschung¹⁵ und in der Bildungsforschung¹⁶ geführt. Beide Förderlinien sind 2016 um weitere vier Jahre verlängert

¹⁵ Förderung von Forschungsverbänden zu Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend

¹⁶ Forschung zu sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten

worden. Mehrere Netzwerke, die erfolgreiche Anträge bei den beiden Ausschreibungen stellten, sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwurzelt bzw. beziehen Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ein.

Zentrale Bedeutung auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Forschung hat die Förderung des „Netzwerk psychischer Erkrankungen“ durch das BMBF mit zwei Kinder- und Jugendpsychiatrisch geleiteten Netzwerken zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS und Autismus-Spektrums-Störung) sowie der Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in drei weiteren Netzwerken zu Angststörungen, Depressionen und Bipolarer Störung. Die Förderinitiative „Health within the Lifespan“ des BMBF bot der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls wichtige Fördermöglichkeiten, unter anderem zur Erforschung von Behandlungsansätzen bei disruptivem Verhalten. Auch bei den anderen Themen, Gendermedizin und Übergänge in Arbeit, gibt es Bezüge zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, so beispielweise beim Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen. Der gemeinsame Förderschwerpunkt von DFG und BMBF zu klinischen Studien führte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter anderem zu einer multizentrischen klinischen Studie zu Neurofeedback bei ADHS, zu einer Studie zu teilstationärer versus stationärer Therapie bei Anorexia Nervosa sowie zu Autismus-Spektrum-Störungen.

Auswirkungen der Exzellenzinitiative des Bundes und der Länder auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind bisher nicht bekannt.

In § 93 a SGB V (Innovationsfonds) wird festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Versorgungsforschung fördert, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. In den Jahren 2016 bis 2019 stehen für das gesamte Gesundheitswesen jeweils 300 Millionen Euro zur Verfügung. Auch Projekte aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung werden aus diesem Fonds finanziert. Ergebnisse liegen noch nicht vor.

2. DFG

In Bezug auf erfolgreiche Einzelanträge im Normalverfahren bei der DFG ist die Forschungsförderung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchaus noch ausbaubar. Seit der Amtsperiode 2016 (bis 2019) ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder im Fachkollegium „206 Neurowissenschaft“ in der Fächergruppe 206-C, klinische Neurowissenschaften II Psychiatrie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Frau Professorin Dr. Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen, vertreten (eine von 32 Kollegiatinnen und Kollegiaten). Allerdings gibt

es nur vereinzelt kinder- und jugendpsychiatrische Beteiligung an Sonderforschungsbereichen oder an klinischen Forschergruppen oder Graduiertenkollegs.

Einzelne Forschungsverbände, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wurden, dokumentieren durch kinder- und jugendpsychiatrische Beteiligung auch die Dynamik der neurobiologischen Ätiologie-Forschung in Deutschland (z. B. KFO 125 ADHS, SFBTRR 58 Angst, dann SOSTA-NET, und SFB 940 Volition und Kognition, IRTG 1328 zu Schizophrenie und Autismus und IRTG 2150 zu Aggression).

3. Stiftungen

Stiftungen spielen als Impulsgeber und mutige Förderer von Innovationen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung neuer Arbeitsgruppen und bei der Bearbeitung aktueller gesellschaftlich relevanter Themen. Forschungsgruppen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie können teilweise erheblich von der Förderung durch große nationale Stiftungen, wie auch durch regionale Stiftungstätigkeit profitieren. Besonders erwähnenswert ist das Engagement der Baden-Württemberg-Stiftung im Bereich Teilhabe und psychische Gesundheit. Erstmals 2017 war die Baden-Württemberg-Stiftung auch Mitveranstalter des Kongresses der DGKJP und trug zur interdisziplinären Vernetzung mit der Darstellung ihrer zahlreichen Programme im offiziellen Kongressprogramm bei.

4. Europäische Förderung

Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Forschungsgruppen aus Deutschland sind an zahlreichen nationalen und europäischen Forschungsprojekten beteiligt. Diese Projekte betrafen sowohl die Pharmakovigilanz, gefördert durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, sowie europäisch finanzierte psychopharmakologische Studien zur Verminderung der Off-Label-Problematik bei Medikamenten, welche off patent sind und zu denen die Pharmaindustrie nicht mehr hinreichend forscht, als auch Studien zu Suizidprävention oder zur Transition, dem Übergang von Jugendpsychiatrie in Erwachsenenpsychiatrie (Emerging Adulthood). Des Weiteren gab es mehrere EU-geförderte Projekte zum Kinderschutz und zu anderen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie relevanten Themen. Insgesamt zeigt sich eine sehr gute internationale Vernetzung sowohl durch das Netzwerk, welches der European Council of Neuro Psychiatry (ECNP) im Kinder- und Jugendbereich aufgebaut hat, als auch durch zahlreiche EU-Projekte im Rahmen des FP7-Programms wie auch im Rahmen des neuen Programms Horizon2020 (H2020) unter anderem zu Krankheitsbildern wie Tick-Störungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens sowie Autismus-Spektrumsstörungen.

Forschungsinfrastruktur

Es gibt kein eigenständiges nationales Forschungsinstitut der Max-Planck-Gesellschaft, der Helmholtz-Gesellschaft oder der Leibniz Gemeinschaft mit kinder- und jugendpsychiatrischem entwicklungspsychopathologischem Schwerpunkt bzw. unter fachlicher kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Leitung. Der befasst sich seit längerer Zeit mit der Planung neuer Zentren. Von diversen Fachgesellschaften wird ein Deutsches Zentrum zu psychischen Erkrankungen bzw. zur seelischen Gesundheit gefordert. Im Fall der Gründung eines solchen Zentrums sollte die Kinder- und Jugendpsychiatrie unbedingt beteiligt werden, da beide Schwerpunkte in ihrem jeweils umfassenden Anspruch ohne kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz nicht gelingen können. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie war wie oben beschrieben vielfach in wesentlichen vorausgehenden interdisziplinären Netzwerkbildungen zentral beteiligt und hat ihr Entwicklungspotenzial damit deutlich unterstrichen.

Wissenstransfer und Dissemination

Ein grundsätzliches Problem, nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, ist die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die medizinische Versorgungspraxis. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft und die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände beteiligen sich aktiv an der Erstellung von AWMF-Leitlinien und haben federführend die Verantwortung für mehrere Leitlinien des Fachgebietes übernommen (eine jeweils aktuelle Auflistung findet sich sowohl auf der AWMF- wie auf der DGKJP-Homepage). Doch auch diese Leitlinien führen nicht automatisch zu einer Dissemination von Erkenntnissen und einer Umsetzung in der Praxis. Insofern muss auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, entsprechend der Empfehlungen des Wissenschaftsrats zum Wissens- und Technologietransfer¹⁷, stärker darauf geachtet werden, dass neue wissenschaftliche Ergebnisse kommuniziert werden, dass die Praxis informiert und beraten wird und dass tatsächlich evidenzbasierte Ergebnisse disseminiert und angewendet werden. Im Gegensatz zur Förderlandschaft beispielsweise in den USA, wo am National Institute of Mental Health (NIMH) und National Institutes of Health (NIH) eigene Abteilungen zur Disseminationsforschung entstanden sind, sind die Förderung von Transferstrategien und der Erforschung von Disseminationmöglichkeiten in Deutschland noch weniger entwickelt. Das Dreiländerinstitut, Jugend-Familie-Gesellschaft-Recht GmbH, hat in Zusammenarbeit mit der DGKJP in den letzten Jah-

¹⁷ <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5665-16.pdf>

ren regelmäßig ein Curriculum Entwicklungspsychopharmakologie angeboten, um Praktikerinnen und Praktikern aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie neueste Erkenntnisse qualitätsgesichert zu vermitteln. An einzelnen Kliniken haben sich Schwerpunkte des Wissenstransfers mit E-Learning etabliert, so hat z. B. die Arbeitsgruppe an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm mit zahlreichen, wechselnden Verbundpartnerschaften und mit unterschiedlicher Förderung von Ländern, Ministerien, BMBF-Stiftungen, mehr als zehn Online-Kurs-Angebote entwickelt. Die Kurse werden sowohl in der studentischen Lehre als auch in der Weiterbildung und Fortbildung eingesetzt.

Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Die Nachwuchsorganisation **Young Investigators in Child and Adolescent Psychiatry (YICAP)** der DGKJP organisiert junge Nachwuchsforscherinnen und Nachwuchsforscher. Bei den regelmäßigen Tagungen der DGKJP und im Rahmen der Tagung Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie führt YICAP eigenständige Veranstaltungen durch. In Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft wurden Paper und Garant-Writing-Seminare unter anderem mit internationalen Gästen wie Prof. Benedetto Vitiello (NIMH Bethesda und Universität Turin) oder Prof. Andres Martin (Yale University) mit großem Erfolg durchgeführt. Ebenfalls als Service für den Nachwuchs wird für Facharztkandidatinnen und -kandidaten regelmäßig ein Facharztrepetitorium angeboten.

Das offizielle Organ der wissenschaftlichen Fachgesellschaft ist die *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Ebenfalls für die wissenschaftliche Kommunikation im Fach relevant sind die *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* und die Zeitschrift *Kindheit und Entwicklung*. Das offizielle Organ der Europäischen Fachgesellschaft, die Zeitschrift *ECAP (European Journal of Child and Adolescent Psychiatry)*, wird ebenfalls von einem deutschen Lehrstuhlinhaber herausgegeben (Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Essen). Auch das offizielle Organ der internationalen Fachgesellschaft IACAPAP, die Zeitschrift *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health (CAPMH)*, hat einen deutschen Herausgeber (Prof. Jörg M. Fegert, Ulm). Über die internationale Publikationstätigkeit und Vernetzung mit den internationalen Fachgesellschaften ESCAP (Europäische Fachgesellschaft) und IACAPAP (Weltfachgesellschaft) wird auch die Bedeutung globaler Public-Mental-Health-Strategien deutlich. Das Organ der Weltgesellschaft konnte in den ersten Jahren mit DFG-Förderung als Online Journal neu etabliert werden und entspricht den Open Ex-

zess Vorgaben vieler Staaten, die darauf Wert legen, dass öffentlich geförderte Forschung auch öffentlich zugänglich sein muss. Gerade weil die globale Verantwortung im Gesundheitsbereich nicht zuletzt auch im Kontext der weltweiten Fluchtbewegung besonders deutlich werde, fordern die deutschen Fachgesellschaften, dass in Zukunft ein stärkerer Schwerpunkt in der Förderung internationaler Zusammenarbeit auf die Förderung von wissenschaftlichen Ausbildungs- und Transferprojekten weltweit gelegt wird.

Ausblick

Der Wissenschaftsrat hat in seinem „Perspektiven der Universitätsmedizin 2016“ Vorschläge für die Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Rahmenbedingungen, genauso wie Vorschläge für den Aufbau von Profilbereichen abgegeben. Viele Gliederungspunkte dieses Kapitels zur Forschung wie beispielsweise Qualitätssicherung der Forschung, Translation, Aufgaben in Lehre- und Krankenversorgung, werden in diesem Papier grundsätzlich behandelt. Unter dem Stichwort „Big Data“ wird auch der Aufbau größerer forschungs- und informationstechnologischer Infrastrukturen gefördert. Da Informationstechnologie gerade von jungen Menschen massiv genutzt wird, zeigen jüngste Forschungsergebnisse zur Verbreitung selbstverletzenden Verhaltens über Plattformen wie Instagram (gefördert von der Volkswagen-Stiftung) die Bedeutung zielgerichteter Datenanalysen in großen Nutzerinnen- und Nutzerdatensätzen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Auch die Nachwuchsförderung ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine besondere Herausforderung. Hier müssen Karrierewege in der grundlagenorientierten Forschung sowie in der Klinik ermöglicht werden, welche durch entsprechende Vereinbarungen mit den zuständigen Ärztekammern nicht zu einer erheblichen Verlängerung der Facharztweiterbildungszeit führen (Clinical Scientists). Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten spielen im Fach eine zentrale Rolle, gerade auch in der Forschung. Insofern ist diese Gruppe der Medical Scientists ebenso wie in der Grundlagenforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie engagierte Biologinnen und Biologen, Molekularbiologinnen und -biologen beim weiteren Ausbau von Karrierechancen im Fach zu berücksichtigen.

Durchaus ambivalent wird der Vorschlag des Wissenschaftsrats zur Profilbildung an Universitäten bewertet, da hier einem zentralen Thema viele Aktivitäten untergeordnet werden sollen. Zwar könne es gelingen, dass Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psy-

chotherapie in einem solchen Profil eine wesentliche Rolle spielen, wie z. B. das von der Landesregierung Baden-Württemberg geförderte Zentrum für Traumaforschung an der Universität Ulm zeigt, welches neben anderen Strukturbildenden Maßnahmen auch durch eine explizite W3-Professur in der Kinder- Jugendpsychiatrie gefördert wurde. Auch an Standorten mit Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an Sonderforschungsbereichen, wie z. B. in Würzburg zum fakultätsübergreifenden Thema Angst, kann eine Einbettung des Faches gelingen. Doch wird es an vielen Orten nicht möglich sein, kleinere akademische Fächer auf zentrale Fragestellungen z. B. in der Onkologie etc. hin auszurichten, um Teil des universitären Profils zu sein. Angesichts der Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für die Kindergesundheit scheint es deshalb wichtig, neben der zukunftsichernden Profilbildung an den Universitäten auch die Notwendigkeit des Vorhaltens einer „Humboldt’schen Vielfalt“ zu betonen. Eine gute Universität zeichnet sich durch Forschungsaktivität in allen Fächern des medizinischen Fächerkanons aus. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Fach mit einer hohen Entwicklungsdynamik in der bestimmte Themen auch in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Entwicklungen rasch entstehen und beforscht werden müssen. Ein zu sehr festlegendes Korsett einer Profilstruktur kann hier notwendige Innovation und schnelle Reaktion auf akute Herausforderungen wie zuletzt im Rahmen der sogenannten „Flüchtlingskrise“ eher behindern.

In der Forschung nimmt die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland zusammen mit dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden eine Spitzenposition ein. Abgesehen von Medikamenten, deren Gabe bei ADHS indiziert ist, muss aber festgestellt werden, dass die psychopharmakologische Forschung zum Wohle von Kindern und Jugendlichen in Deutschland trotz verschiedener Bemühungen nicht hinreichend ausgeprägt ist. Noch immer gilt der Satz, dass Kinder und Jugendliche angesichts der zahlreichen Off-Label-Verschreibungen wegen nicht vorhandener Studien im Kindes- und Jugendalter zu den therapeutischen Waisenkindern („Therapeutic orphans“) gehören. Auch europäische Auflagen der Zulassungsbehörde haben hier nur geringfügige Verbesserungen gebracht, zumal im Sinne eines gewissen „Research Colonialism“ bestimmte Studien für europäische Zulassungen, welche von der Europäischen Zulassungsbehörde EMA beauftragt wurden, überwiegend in osteuropäischen Ländern oder Ländern außerhalb der Europäischen Union durchgeführt werden (z. B. Ukraine oder Weißrussland). Dort ist die Güterabwägung bei Eltern, die ansonsten keinen Zugang zu einer adäquaten Versorgung ihrer Kinder hätten, natürlich eine völlig andere in Bezug auf die Teilnahme an einem Forschungsprojekt als in Deutschland, wo grundlegend eine generelle Versorgung innerhalb der Versicherungsgemeinschaft gewährleistet ist. Wegen der häufigen

Off-Label-Gabe hat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Drug Surveillance, die fachliche Begleitung der Medikamentengabe z. B. durch therapeutisches Drug Monitoring, eine besondere Bedeutung. Das BfArM fördert entsprechende Projekte, die zur Erhöhung der Sicherheitsstandards in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und zur besseren Erkennung von Nebenwirkungen beitragen können.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und die Konferenz der Lehrstuhlinhaberinnen und -inhaber der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie haben zuletzt im Sommer 2016 eine Diskussion zu den Charakteristika kinder- und jugendpsychiatrischer Forschung geführt. In dem bislang nicht veröffentlichten Ergebnispapier heißt es: „wesentliches Spezifikum der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschungs- und Versorgungsperspektive ist die Frage nach den trajektorialen Zusammenhängen in Bezug auf Ätiologie, Pathomechanismen und Therapie.“ Es geht folglich darum, Entwicklungsverläufe auch hinsichtlich der Ursachen von Krankheitsbildern und therapeutischen Möglichkeiten ganzheitlich zu betrachten.

7 Bedarfsanalyse

Generell zeigte sich aus den Ergebnissen der Workshops und der Analysen, dass ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland besteht. Dieses beinhaltet Versorgungsstrukturen im Bereich des SGB V, wie die ambulanten Angebote durch Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, aber auch die Grundversorgung durch Kinderärztinnen und Kinderärzte. Zusätzliche Angebote wie sozialpädiatrische Zentren ergänzen dieses Angebot, ebenso wie kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen. Im stationären Bereich zeigt sich eine deutliche Abnahme der vollstationären Plätze über die vergangenen Jahrzehnte, die nur zum Teil durch teilstationäre Kapazitäten kompensiert wurden. In der Folge ist auch die durchschnittliche Verweildauer dramatisch gesunken und die Notfallquoten sind bundesweit hoch. Andererseits ist festzuhalten dass durch die Zunahme niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie -psychotherapeutinnen und -therapeuten ein Teil der früher stationär behandelten Patientinnen und Patienten inzwischen ambulant versorgt wird. Dies führt jedoch auch dazu, dass die stationär behandelten Patientinnen und Patienten inzwischen einen deutlich höheren Schweregrad aufweisen und eine höhere Komplexität der psychosozialen Problemlagen.

Problematisch erweist sich, dass es sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit gibt. Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigt sich das für Deutschland typische Bild einer hohen Dichte in Ballungsräumen, während auf dem Land die Versorgung eher gering ist. Die Zunahme an tagesklinischen Plätzen hat zu einer wohnortnäheren Versorgung durchaus beigetragen, jedoch bleiben die Versorgungsgebiete im stationären Bereich verglichen zu den Erwachsenen sehr groß, was die familienbezogene Arbeit und die Kooperationen mit Partnern wie Schulen, Jugendhilfe etc. erschwert bzw. aufwändiger macht.

In verschiedenen Kontexten wurden in den vergangenen Jahren für besondere Gruppen besondere Versorgungsangebote als notwendig diskutiert. Dazu gehören besonders schwer psychisch belastete Kinder und Jugendliche mit hoher Verwahrlosungsgefahr, die auch als „Systemsprenger“ bezeichnet werden und die zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe hin und her wechseln, oft mit vielen Beziehungsabbrüchen und Diskontinuität in der Versorgung. Diese haben oft einen schlechten Outcome und bei ihnen werden oft freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt. Hier wären vernetztere Angebote zwischen KJP und Kinder- und Jugendhilfe, möglichst regional, sinnvoll und notwendig, die gegebenenfalls fakultativ freiheitsentziehend behandeln und betreuen können, aber nicht zu Delegationsketten und gegebenenfalls Unterbringungen fernab der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen führen, mit dem Problem der späteren Reintegration in den ursprünglichen Sozialraum.

Für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung bestehen in Deutschland zu wenige Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch im Bereich der Psychotherapie. Die Wartezeiten der Kliniken, die Angebote machen, sind lang, was oft zur Chronifizierung der Probleme beiträgt, bzw. zu Eskalation mit Krisen und Aufnahmen im Bereich der Regelversorgung, die aber den speziellen Bedürfnissen dieser Kinder nicht genügen kann. Im Bereich der Behandlung von Substanzabusus besteht in Deutschland ein Angebot, das jedoch insgesamt den Bedarf noch nicht deckt. In diesem Bereich sind enge Kooperationen mit Trägern der Jugendhilfe für die Etablierung längerfristiger Versorgungsketten und niedrigschwelliger Einstiegsangebote für die Behandlung unerlässlich (vgl. Beispiel Berlin: Kooperation Vivantes und Karuna e. V.). Im Bereich der Kleinkinder zeigt sich, dass es regional einzelne Angebote gibt, bei weitem aber keine flächendeckende Versorgung. Hier stehen der

hohe Personalbedarf und Aufwand bei der Behandlung meist komplex belasteter Familien mit vielen Risikofaktoren (und oft auch im Rahmen des Kinderschutzes in die Behandlung kommend) der Finanzierung, die keine besondere Lösung für diese Gruppe vorsieht, gegenüber. Die Angebote der Erwachsenenpsychiatrie („Mutter-Kind-Einheiten“) können zwar zu Teilen ein komplementäres Angebot machen, jedoch deckt dies auch inhaltlich nicht die Thematik und Behandlungsnotwendigkeiten im Rahmen der Kleinkindpsychiatrie ab.

Weiterhin besteht - dies zeigen die Ergebnisse der Versorgungsforschung in diesem Bereich - das Problem, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen, die ein besonders hohes Risiko haben, nicht oder zu spät in Behandlung kommen bzw. diesen eine evidenzbasierte Behandlung nur zu Teilen zur Verfügung steht. Beispiele sind traumatisierte Kinder und Jugendliche, Kinder mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Vorgeschichte und Kinder aus Hochrisikokonstellationen wie Kinder psychisch kranker Eltern (inkl. Suchterkrankungen der Eltern).

Hier spielen zu Teilen die fehlenden Angebote eine Rolle (z. B. ausreichende Angebote für eine evidenzbasierte Traumatherapie), aber auch Identifikations- und Schnittstellenprobleme (z. B. Kinder psychisch kranker Eltern, deren Eltern in Behandlung sind, aber die Kinder nicht oder umgekehrt).

Insofern muss hinsichtlich der Kriterienbildung für eine mögliche Unter- oder Überversorgung neben allgemeinen üblichen Parametern wie Versorgungsdichte (z. B. Anzahl und Verteilung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten/Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Klinikbetten etc.) auch operationalisiert werden, ob besondere Gruppen mit hohem Risiko rechtzeitig Diagnostik und Behandlung erhalten. Hierzu kommen Aspekte wie vernetzte Versorgung zwischen Anbietern im Bereich des SGB V, Kooperation mit Komplementärsystemen wie dem SGB VIII oder XII, aber auch der Schule. Jenseits bestehender Indikatoren müssen Forschungsergebnisse – auch international – zu innovativen Versorgungsformen, die im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten Angebote machen, einbezogen werden, um eine angemessene, zielführende und evidenzbasierte Versorgung im notwendigen Maß beschreiben und anbieten zu können.

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Das Projekt „Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und emotionalen und Verhaltensproblemen“ hat folgende Kernergebnisse aufgezeigt:

- Deutschland hat ein breites und in mehreren Sozialgesetzbüchern (z. B. SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII etc.) verortetes Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und Kinder und Jugendliche mit emotionalen und Verhaltensproblemen, das jedoch aufgrund der vielen Schnittstellen (u. a. zum für Kinder und Jugendliche wichtigen Lebensweltbereich Schule) auch für die Betroffenen Probleme aufweist und insgesamt im Sinne einer zielgerichteten Prävention, Diagnostik und Behandlung verbessert werden könnte.
- Die heilberuflichen und gesundheitsbezogenen Versorgungsangebote sind vielfältig und differenziert und werden in verschiedenen Sektoren des SGB V erbracht, wobei sektorübergreifende Angebote eher die Ausnahme sind.
- Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher findet inzwischen vermehrt ambulant statt. Stationäre Behandlungen sind zahlenmäßig zwar angestiegen (insbesondere der Anteil der Notfallaufnahmen), über die Jahre aber immer kürzer geworden.
- Im Bereich der SGB V Versorgung sind inzwischen viele Leitlinien zur evidenzbasierten Behandlung von Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter verfügbar, die aber auch auf den Mangel an Forschung gerade bei komplexeren Erkrankungen und der im Kindesalter typischen hohen Rate an Komorbidität aufmerksam machen, da in solchen Fällen oft keine hinreichend wissenschaftliche Datenlage besteht.
- Pharmakotherapeutische Interventionen haben zugenommen, jedoch lassen die bisherigen Daten keine Überversorgung generell erkennen; problematisch bleibt, dass eine Vielzahl der eingesetzten Arzneimittel (außer bei AHDS) über keine Zulassung für Kinder- und Jugendliche verfügt. Auch die EU-Kinderarzneimittelverordnung (EG) Nr. 1901/2006 konnte bislang keine wesentliche Abhilfe schaffen. So bleibt Off-label

use im Kindes- und Jugendalter ein verbreitetes Problem, welches auch im Übergang der Versorgungssektoren (stationär nach ambulant) teilweise wegen befürchteter Regression zu Medikamentenumstellungen und Verunsicherungen der Patientinnen und Patienten führt.

- Behandlung mit Zwang. Durch die Rechtsprechung des BGH in Zivilsachen, der sich explizit gegen eine analoge Anwendung der Bestimmungen aus dem Erwachsenenbereich ausgesprochen hat, war eine Schutzlücke und besondere Belastung der Sorgeberechtigten entstanden. Besonders in speziellen Bereichen mit chronischer Fremd- und vor allem Selbstgefährdung betroffener Kinder- und Jugendlicher mit gleichzeitiger geistiger Behinderung (z. B. in Heimeinrichtungen, die sich auf die Betreuung von Kinder- und Jugendlichen mit Autismus spezialisiert haben) sind „rechtsfreie Räume“ kritisch diskutiert worden. Nicht zuletzt durch die im vorliegenden Projekt organisierte Fachdebatte und Bestandsaufnahme konnte die Reform des § 1631b BGB in dieser Legislaturperiode zu einem positiven Ergebnis, welches Rechtssicherheit und richterliche Kontrolle bringt, geführt werden.
- Spezifische Angebote, z. B. für Kleinkinder (infant psychiatry) oder suchterkrankte Jugendliche, sind bei einem insgesamt guten Versorgungsangebot in Deutschland keineswegs flächendeckend vorhanden. Innovative Therapie- und Versorgungsangebote, die etwa die Leistungen verschiedener Sozialsysteme kombinieren (wie z. B. die multisystemische Therapie, MST, eine empirisch gut abgesicherte Behandlungsmethode z. B. bei Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern aus belasteten Familien oder bei Kindesmisshandlung – MST –CAN) o. ä. sind in Deutschland bisher kaum vorhanden.
- Entwicklungsübergänge (z. B. Kindergarten zur Schule, Schule zur Ausbildung) stellen in allen beteiligten Systemen oft Sollbruchstellen in der Versorgung dar, die zu Abbrüchen führen; gerade auch im Bereich der Adoleszenz kann dies langfristige Chronifizierung zur Folge haben. Eine fachlich fundierte Transitionspsychiatrie des beginnenden Erwachsenenalters (emerging adulthood) ist deshalb eine zunehmend diskutierte erforderliche Weiterentwicklung an den Alters- und Zuständigkeitsgrenzen. Gerade bei institutionell in der Jugendhilfe betreuten Kindern- und Jugendlichen (care leaver) lassen sich multiple Übergangbelastungen beschreiben.

- Die Kenntnisse in Diagnostik und Behandlung werden nur unzureichend derzeit im Medizinstudium abgebildet, da die KJP (Kinder- und Jugendpsychiatrie) kein AO-Fach (Fach gemäß Approbationsordnung) ist. Verschiedentlich (z. B. auch von den Expertinnen und Experten am runden Tisch sexueller Missbrauch) ist beklagt worden, dass angesichts der Häufigkeit früher Kindheitsbelastungen und der nachgewiesenen massiven langzeitlichen Gesundheitsfolgen zukünftige Medizinerinnen und Mediziner nicht systematisch und verpflichtend mit entsprechenden Lehrangeboten zu psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter konfrontiert werden. Bei der geplanten Reform der Psychotherapieausbildung muss die Berücksichtigung von Kinderspezifika in der Zukunft sowohl im Grundstudium als auch in einer eigenständigen Weiterbildung hinreichend abgebildet werden.

Die Bedeutung des Kindes- und Jugendalters für die psychische Gesundheit über die Lebensspanne hinweg zeigt sich auch daran, dass fast die Hälfte aller psychischen Störungen bereits in der Pubertät beginnt und etwa 75 % in den Mittzwanzigern (Kessler et al. 2007). Zusätzlich zu den psychischen Störungen im Erwachsenenalter treten im Kindes- und Jugendalter besondere Störungen auf, die alters- und entwicklungspezifisch sind. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter manifestieren sich insbesondere an sogenannten Entwicklungsschwellen, also zu Phasen, in denen besondere Entwicklungsaufgaben zu absolvieren sind, wie zur Zeit der Einschulung, des Wechsels auf die weiterführende Schule, mit dem Beginn der Pubertät etc. Das Risiko, als Kind oder Jugendlicher eine psychische Störung zu entwickeln, wird neben genetischen Faktoren vor allem auch durch soziale Faktoren beeinflusst. Dieser Umstand, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen immer auch eine sozialpsychiatrische Komponente besitzen muss, zeigte sich deutlich im Projekt. Die verschiedenen Versorgungsangebote müssen sich gerade unter komplexen Bedingungen mit ihren Interventionen (und auch Präventionsangeboten) sowohl individuumszentriert (also beim Kind ansetzend) als auch auf die Systeme der Lebenswelt wie Familie und Schule ausrichten.

Auch der Europäische Aktionsplan für Seelische Gesundheit 2013-2020 der Weltgesundheitsorganisation (WHO Regional Office for Europe, 2015) betont schon im ersten seiner vier Kernziele der Chancengleichheit für alle Menschen, psychische Gesundheit über die Lebensspanne zu erreichen und zu erhalten, dass die Grundlegung der seelischen Gesundheit von Bevölkerungen mit der Stärkung von Kindern und Jugendlichen als besonders vulnerable

Gruppen beginnt. Der Aktionsplan appelliert an die Mitgliedsstaaten, geeignete Maßnahmen zur Förderung der seelischen Gesundheit, zur Prävention und Früherkennung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen bereitzustellen und eine evidenzbasierte, die Menschenrechte respektierende psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale, integrierte, sektorenübergreifende Versorgung bereitzustellen. Dies bezieht neben einem niedrigschwelligen Zugang zu personenzentrierten Diensten der Versorgung auch Maßnahmen zur Förderung des Bewusstseins für Faktoren, die psychische Gesundheit fördern, in der Allgemeinbevölkerung wie auch in Gemeinden, Familien, in Schulen und Kindergärten ebenso mit ein wie vor- und postnatalen Schutz und Unterstützung von Familien durch Stärkung von Elternkompetenz. Ein besonderes Augenmerk ist auch zu legen auf Maßnahmen zur Verhütung und Reduzierung von negativen Kindheitserfahrungen (adverse childhood experiences) wie Vernachlässigung, Missbrauch und Exposition gegenüber Drogen- und Alkoholabusus durch Screening und Frühintervention.

Das Versorgungssystem beinhaltet Versorgungsstrukturen im Bereich des SGB V, wie die ambulanten Angebote durch Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch die Grundversorgung durch Kinderärztinnen und Kinderärzte. Zusätzliche Angebote wie sozialpädiatrische Zentren ergänzen dieses Angebot, ebenso wie kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen. Im stationären Bereich zeigt sich eine deutliche Abnahme der vollstationären Plätze über die vergangenen Jahrzehnte, die nur zum Teil durch teilstationäre Kapazitäten kompensiert wurden. In der Folge ist auch die durchschnittliche Verweildauer dramatisch gesunken und die Notfallquoten sind bundesweit sehr hoch. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass durch die Zunahme niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie -psychotherapeutinnen und -therapeuten ein Teil der früher stationär behandelten Patientinnen und Patienten inzwischen ambulant versorgt wird. Dies führt jedoch auch dazu, dass die stationär behandelten Patientinnen und Patienten inzwischen einen deutlich höheren Schweregrad aufweisen und eine höhere Komplexität der psychosozialen Problemlagen (Selektionseffekt).

Oft bestimmt weniger die Symptomatik an sich die Schwere der Erkrankung oder die Dauer, sondern die begleitenden Umfeldfaktoren: Insofern ist auch die durch die Störung bedingte Teilhabebeeinträchtigung individuell unterschiedlich und zumeist von Umfeldfaktoren beeinflusst (Kölch et al. 2007 a + b). Das Auftreten von veränderten (sub-)kulturabhängigen Morbiditätsmustern bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen ist oft auch ein

Seismograph für spätere Entwicklungen in der Erwachsenenpsychiatrie und für gesamtgesellschaftliche Entwicklungen. Gesellschaftliche Einstellungen sowie die Wahrnehmung und Bewertung gesellschaftlicher Probleme führt ebenso wie Veränderungen in der Sozialisation von Familien und jungen Menschen dazu, dass sich das Hilfesuchverhalten und die Inanspruchnahme von Diensten der Versorgung verändern und Ziele und Strukturen der Versorgung angepasst werden müssen. Die hohe Zahl an stationären Aufnahmen, die zudem recht kurz dauern, zeigte bei genauerer Differenzierung der Diagnosen im Rahmen der Arbeiten von Plener et al. im Projekt, dass es die für das Kindes- und Jugendalter typischen Diagnosen des Kapitels F9 des ICD-10 sind, sowie depressive Störungen und Angststörungen, die vermehrt stationär behandelt werden. Die seit Jahren absinkende durchschnittliche Verweildauer bei stationären Aufenthalten lässt zwei Schlüsse zu: Einmal wird im stationären Kontext eher eine Weichenstellung vorgenommen und die Patientinnen und Patienten soweit behandelt, dass eine ambulante Weiter-Behandlung möglich ist, zum anderen sind die Zahlen der krisenhaft aufgenommenen Patientinnen und Patienten angestiegen, was wiederum Möglichkeiten eröffnen sollte, hier eine verbesserte Versorgung im Vorfeld von Krisen zu gestalten. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter weisen oftmals lange bestehende Verläufe auf; viele der Patientinnen und Patienten benötigen langfristige und/oder wiederholte Behandlungen über den Verlauf des Aufwachsens hinweg, die dann entwicklungspezifische Fragestellungen beinhalteten. Das heißt z. B., dass es bei kleineren Kindern oft um die Verbesserung der Interaktion innerhalb der Familie geht, während z. B. bei chronischen Verläufen im Jugendalter der Fokus mehr auf der Autonomiegewinnung und Entwicklung einer Teilhabeperspektive für das eigene Leben liegt. Dies muss auch im Rahmen des Entlassmanagements beachtet werden.

Die Langfristigkeit der Behandlungsansätze bei psychisch kranken Kindern bedingt auch den hohen Grad der Notwendigkeit einer kooperativen Behandlung sowohl innerhalb des SGB V (z. B. zwischen ambulant und stationär, zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie oder Psychiatrie, zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), aber auch zwischen den Sozialsystemen (hier insbesondere SGB VIII und SGB IX/XII) und zwischen relevanten Alltagsbereichen wie Schule, Ausbildung etc. Die Versorgung muss auch die Begrenztheit der Ressourcen von Familien, die oftmals eine hohe Belastung mit verschiedenen Problemen aufweisen, berücksichtigen. Da viele Symptome im Alltag der Patientinnen und Patienten auftreten, bedarf es auch einer Behandlung möglichst nah an ihrer Lebenswirklichkeit.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen findet in Deutschland in einem hochdifferenzierten System statt, das nicht allein aus Anbietern im Bereich des SGB V besteht, sondern auch die Bereiche Schule, Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe etc. miteinschließt. Entsprechend der Altersspezifität von möglichen Störungen sind die Angebote bei unterschiedlichen Institutionen angesiedelt, von pädiatrischen Praxen bis hin zu transitionsspezifischen Angeboten (emerging adulthood) in Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie. Die Versorgung wie auch die Forschung im Bereich der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zeichnet sich auch durch ein hohes Maß an Interdisziplinarität aus: Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist eine explizit multimodale und multiprofessionelle Behandlung, die neben Methoden der Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie auch Pädagogik und Maßnahmen der Koordinierung und Begleitung von Maßnahmen im Bereich anderer Rechtskreise (z. B. SGB VIII) einschließt, wie auch Heil- und Hilfsmittelverordnungen.

Besondere Risikogruppen haben besondere Bedarfe an Behandlung und Diagnostik. Kinder und Jugendliche, die stationäre Jugendhilfemaßnahmen erhalten und andere fremduntergebrachte Kinder wie Pflegekinder, sind eine dieser High-Risk-Gruppen für psychische Störungen. Auch Kinder psychisch kranker Eltern haben sehr entwicklungspezifische Bedarfe für eine eigene Behandlung aufgrund psychischer Probleme und Störungen. Im Bereich der Hochrisikogruppen sind auch Präventionsmaßnahmen (selektive Prävention und indizierte Prävention im Übergang zur Frühbehandlung) notwendig und sinnvoll.

Nach der Unterzeichnung der UN-Kinderrechtskonvention und der Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention waren die letzten Jahre durch eine verstärkte Debatte um Inklusion in Deutschland gekennzeichnet. Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung werden in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich in der seelischen Gesundheit gefördert und in ihrer Teilhabe unterstützt. Die Lebenslage der betroffenen Kinder und Jugendlichen erfordert eine adäquate sektorübergreifende Versorgung und die Koordination von Hilfen über Schnittstellen hinweg, die spezifische Lösungen und individualisierte Konzepte ermöglicht und umsetzt. Die in Deutschland in der Versorgung bestehende Interdisziplinarität und Angebotsdifferenzierung bedeutet auch, dass zum Teil unterschiedliche Sozialsysteme an der Versorgung mitwirken, verschiedene fachärztliche Gruppen beteiligt sind, ambulanter und stationärer Sektor im Bereich des SGB V involviert sind etc. Neben den posi-

tiven Aspekten dieser großen Bandbreite an Versorgungsmöglichkeiten entsteht für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Familien jedoch auch automatisch die Problematik von Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern. Zugangswege zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen können z. B. aufgrund von Schnittstellenproblemen erheblich erschwert werden. Dies trifft insbesondere auf Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe zu, die insgesamt einen deutlich geringeren Zugang zu notwendiger Diagnostik und Behandlung im Rahmen des SGB V haben, als notwendig. Weitere besondere Gruppen, bei denen solche Probleme aufgrund Zuständigkeit verschiedener Sozialgesetzbücher auftreten können, sind z. B. Kinder mit Intelligenzminderung und körperlicher Behinderung. Im Sinne einer bedarfsgerechten und optimierten Versorgung von Kindern mit psychischen Problemen und ihren Familien spielen Schnittstellenprobleme insofern eine besonders wichtige Rolle. Sie spielen aber auch eine Rolle im Sinne von optimierten und gezielten Versorgungsangeboten etwa unter Allokationsfragen, dem Aspekt eines effektiven und zielgerichteten Einsatzes von Mitteln und dem Aspekt der indizierten Prävention. Intensive Behandlungsformen im natürlichen Milieu (Home treatment und school based treatment) für die es international und zum Teil auch national zahlreiche Wirksamkeitsbelege gibt, konnten sich trotz der eindeutigen Postulate der UN-KRK und der UN Behindertenrechtskonvention nicht flächendeckend etablieren. Derzeit bestehen nur wenige Modelle, die aber ebenfalls Belege für die allgemeine Wirksamkeit des Home treatment-Ansatzes beisteuern.

Als problematisch erweist sich auch, dass es sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit gibt. Bei dem niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Personal zeigt sich das für Deutschland typische Bild einer hohen Dichte in Ballungsräumen, während auf dem Land die Versorgung eher gering ist. Die Zunahme an tagesklinischen Plätzen hat zu einer wohnortnäheren Versorgung durchaus beigetragen, jedoch bleiben die Versorgungsgebiete im stationären Bereich verglichen zu den Erwachsenen sehr groß, was die familienbezogene Arbeit und die Kooperationen mit Partnern wie Schulen, Jugendhilfe etc. erschwert bzw. aufwändiger macht.

In verschiedenen Kontexten wurden in den vergangenen Jahren für besondere Gruppen besondere Versorgungsangebote als notwendig diskutiert. Dazu gehören besonders schwer psychisch belastete Kinder und Jugendliche mit hoher Verwahrlosungsgefahr, die auch als „Systemsprenger“ bezeichnet werden und die zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe hin und her wechseln, oft mit vielen Beziehungsabbrüchen und Dis-

kontinuität in der Versorgung. Diese haben oft eine schlechte Langzeitperspektive und bei ihnen werden oft freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt.

Weiterhin hat sich gezeigt, dass für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung in Deutschland zu wenige Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch im Bereich der Psychotherapie bestehen. Die Wartezeiten der Kliniken, die Angebote machen, sind lang, was oft zur Chronifizierung der Probleme beiträgt, bzw. zur Eskalation mit Krisen und Aufnahmen im Bereich der Regelversorgung, die aber den speziellen Bedürfnissen dieser Kinder nicht genügen kann. Im Bereich der Behandlung von Substanzabusus besteht in Deutschland ein Angebot, das jedoch insgesamt den Bedarf noch nicht deckt.

Im Bereich der Versorgung belasteter Kleinkinder (infant psychiatry) und insbesondere bei der Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern zeigt sich, dass es regional einzelne Angebote gibt, bei weitem aber keine flächendeckende Versorgung. Hier stehen der hohe Personalbedarf und Aufwand bei der Behandlung meist komplex belasteter Familien mit vielen Risikofaktoren (und oft auch im Rahmen des Kinderschutzes in die Behandlung kommend) der Finanzierung, die keine besondere Lösung für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten vorsieht, gegenüber. Die Angebote der Erwachsenenpsychiatrie („Mutter-Kind-Einheiten“) können zwar zu Teilen ein komplementäres Angebot machen, jedoch deckt dies auch inhaltlich nicht die Thematik und Behandlungsnotwendigkeiten im Rahmen der Kleinkindpsychiatrie ab. Die Notwendigkeit sowohl altersspezifischer Angebote und systemübergreifender Behandlungen wird hier besonders evident und auch die Schwachstellen im bestehenden System, das dies nur unzureichend ermöglicht. Auch das Faktum, dass Suchterkrankungen häufig getrennt und in eigenen Versorgungssystemen verortet sind, dabei aber oft mit Komorbidität anderer psychischer Störungen behaftet sind, zeigt auch hier wieder die Problematik der Versäulung der Systeme.

Ein großes Problem in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher besteht darin, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen, die ein besonders hohes Risiko für psychische Störungen und daraus resultierenden langfristigen Teilhabebeeinträchtigungen haben, nicht oder zu spät in Behandlung kommen bzw. diesen eine evidenzbasierte Behandlung nur zu Teilen zur Verfügung steht. Beispiele sind traumatisierte Kinder und Jugendliche, geflüchtete Kinder, Kinder mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Vorgeschichte sowie Kinder aus Hochrisikokonstellationen wie Kinder psychisch kranker Eltern (inkl. Suchterkrankungen der Eltern). Hier spielen zu Teilen die fehlenden Angebote eine Rolle

(z. B. ausreichende Angebote für eine evidenzbasierte Traumatherapie), aber auch Identifikations- und Schnittstellenprobleme (z. B. Kinder psychisch kranker Eltern, deren Eltern in Behandlung sind, aber die Kinder nicht oder umgekehrt).

Hinsichtlich der Medikamentenversorgung bzw. Psychopharmakaverschreibung hat die Untersuchung gezeigt, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine Pharmakotherapie erhalten, auf die Diagnosen bezogen sehr unterschiedlich ist. Generell kann eine Überversorgung oder „Pharmakologisierung“ psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen anhand epidemiologischer Daten im Gesamtrahmen in Deutschland nicht hergeleitet werden. Andererseits bestehen regional starke Unterschiede, was eine individuelle Fehlversorgung in beide Richtungen (d.h. regionale Unterversorgung wie Überversorgung) nicht ausschließt. Hinsichtlich der pharmakologischen Versorgung von Kindern sind Kinder mit ADHS eher mit Stimulanzien versorgt als es Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung mit Antidepressiva sind. Allerdings ist die Evidenz der Wirkung einer pharmakologischen Behandlung mit Stimulanzien auch höher als bei Antidepressiva, wo gerade bei leichten und mittelgradigen Formen andere Therapieverfahren den pharmakologischen zumindest gleichwertig sind. Der "behavioural use“ von Antipsychotika zeigt ebenfalls eine Zunahme. Im stationären Sektor zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine komplexe Medikation eher zunimmt, was sich auf die eine stationäre Aufnahme begründende komplexere und schwerere Symptomatik, aber auch auf eine stärkere Funktionseinschränkung der Patientinnen und Patienten zurückführen lässt. Weiterhin besteht das Problem des Off-Label-Use. Ein großer Anteil der Psychopharmaka ist nicht für Minderjährige zugelassen. Damit fehlen vor allem auch Sicherheitsdaten und vergleichbare Rahmenbedingungen für die Verordnung wie im Erwachsenenalter, was durch das Schlagwort von Kindern und Jugendlichen als „therapeutic orphans“ also Waisenkindern der Therapie gut beschrieben wird.

Die Bestandsaufnahme hat weiterhin frühere Forschungsbefunde bestätigt, nach denen Kinder und Jugendliche weder ausreichend über den Sinn und Zweck ihrer Behandlung informiert werden noch eine Einbeziehung in wichtige und ihre Person betreffende Entscheidungen regelmäßig stattfindet (Rothärmel et al. 2006). Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sind eine Personengruppe, die im Rahmen der Behandlung ein höheres Risiko hat, Zwangsmaßnahmen zu erfahren. Ebenso sind Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendhilfe gegebenenfalls von Zwangsmaßnahmen betroffen. Die „Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ hat gezeigt, dass sich die Praxis in den Ländern bezüglich der Erfassung von

Zwangsmaßnahmen äußerst heterogen gestaltet und dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Behandlung, insbesondere bei Zwangsbehandlung, nach der zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtsauslegung nicht ausreichend verankert sind. Problematisch ist auch die Situation hinsichtlich der Informations- und Beteiligungsrechte von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Behandlung. Der im Rahmen von KiJu BB durchgeführte Workshop „Wer bestimmt? Partizipation, Zwang, elterliche Sorge und Selbstbestimmung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung“, bei dem neben dem BMG auch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz mitgewirkt hat, die Fachdiskussionen in den anschließenden Foren und das Engagement der Aktion Psychisch Kranke und der wissenschaftlichen Projektleitung, insbesondere auch bei der Kommentierung und Diskussion des von der Bundesregierung vorgelegten „Entwurfs eines Gesetzes zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern“, hat mit zu einer Änderung des Gesetzes beigetragen, das in der neuen Form am 1. Oktober 2017 in Kraft tritt. Das Gesetz soll den Schutz von Kindern verbessern, die sich in psychiatrischen Kliniken oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Behindertenhilfe aufhalten. Es führt nun mit § 1631 b Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ein familiengerichtliches Genehmigungserfordernis für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern ein, die sich in o. g. Kliniken oder Einrichtungen befinden.

In erheblichem Umfang ist auch Forschung zu Wirkung und Wirksamkeit innovativer Versorgungsformen – vornehmlich im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten – notwendig, um eine angemessene, zielführende und evidenzbasierte Versorgung im notwendigen Maß beschreiben und anbieten zu können. In der Forschung nimmt die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland zusammen mit dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden eine Spitzenposition ein. Zwar gibt es mittlerweile in Deutschland an fast allen Universitäten mit medizinischer Fakultät Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, von denen das Fachgebiet der Kinderpsychosomatik weitgehend mitvertreten wird, allerdings ist das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht in der Pflichtlehre (Fegert JM, Eggers, C., Resch, F. 2011) verbindlich etabliert. Diese mangelnde Verankerung in der Pflichtlehre führt unter anderem dazu, dass Studierende der Humanmedizin erst relativ spät und eher zufällig in Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kommen. Dabei sind wichtige Initiativen zur Innovation in der Lehre und zu neuen Lehrmethoden wie E-Learning in den letzten Jahren gerade auch aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie hervorgegangen. Anlässlich der Äußerungen der Bundeskanzlerin im Vorfeld des G20-

Gipfels zur Bedeutung der Kindergesundheit und zur Bedeutung psychischer Störungen hat die DGKJP auf die nach wie vor ausstehende Verankerung des Fachs Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der medizinischen Ausbildung hingewiesen (obwohl die eigenständige Facharztspezialisierung in der Weiterbildung 2018 50 Jahre bestehen wird). Im Sinne einer Früherkennung, Sekundärprävention und effektiven frühen therapeutischen Intervention ist es unerlässlich, die medizinische und interdisziplinäre Kompetenz für Kinder- und Jugendgesundheit auch im Bereich Psyche entscheidend zu stärken. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie müssen auch kinderspezifische Inhalte entsprechend ausgebildet, gelehrt und erworben werden. Die gesetzgeberischen Änderungsvorschläge waren zum Projektende noch nicht ausreichend finalisiert, als dass sie im Projekt ausführlich diskutiert hätten werden können.

Auch im Sinne der in Deutschland aufgrund des demografischen Wandels in der Zukunft sehr heterogenen Ausgestaltung von regionalen Versorgungskonzepten wird die Vermittlung von Kompetenzen der Früherkennung und Lotsenfunktionen von Allgemein- und Kinderärztinnen und -ärzten bei psychischen Auffälligkeiten in schlechter mit Spezialistinnen und Spezialisten versorgten Regionen noch zu verstärken sein. Der Ärztinnen- und Ärztemangel wird zu einer Begrenzung der konventionellen regionalisierten Versorgungsangebote führen, so dass einerseits Kompetenzen in der Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen gerade im Studium bereits vermehrt vermittelt werden müssen, zum anderen aber auch die Versorgungskonzepte für die Zukunft innovativ ausgestaltet werden müssen, um Versorgungsgerechtigkeit in Deutschland in allen Regionen zu sichern.

Abschließend ist positiv festzustellen, dass die Veranstaltungen des Projekts durchweg auf ein sehr positives Echo bei allen Beteiligten geführt haben. Unsere Anfragen nach Daten und inhaltlicher Unterstützung sind von den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen generell wohlwollend behandelt worden. Insgesamt entsteht so der Eindruck, dass trotz aller beschriebenen Probleme gerade in Bezug auf psychisch belastete Kinder und Jugendliche eine hohe Bereitschaft besteht, um bessere Lösungen zu ringen und auch wie z. B. von den beteiligten Elternorganisationen gefordert ungewöhnliche Wege einzuschlagen.

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Im gesamten Projekt wurde darauf geachtet, dass sowohl die Situation der Jungen als auch die der Mädchen bzw. der jungen Männer und Frauen betrachtet werden. Bei den Sekundäranalysen und Literaturübersichten ist dieser Anspruch von der bestehenden Datenlage abhängig. Damit Gender-Unterschiede aufgedeckt werden konnten, wurden Gender Mainstreaming Aspekte bei der Durchführung eigener Datenerhebung umso gründlicher berücksichtigt und deren Ergebnisse in den entsprechenden Kapiteln im Text dargestellt.

10 Verbreitung und Verwertung der Projektergebnisse (Öffentlichkeitsarbeit, Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)

Als Ergebnis wird dem Bundesministerium für Gesundheit ein Projektbericht mit den Ergebnissen der Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse vorgelegt, anschließend publiziert und distribuiert. Bei einer Jubiläumsveranstaltung der DGKJP zum 50-jährigen Bestehen der Facharztbezeichnung im Frühjahr 2018 wird der publizierte Bericht einem politischen, fachlichen und öffentlichen Publikum vorgestellt und diskutiert.

Über die im Rahmen des Projekts eingerichtete Projektwebseite auf der APK-Website wurde fortlaufend über das Projekt und projektrelevante aktuelle Themen informiert; ein projektinternes Forum diente außerdem der Kommunikation der Mitglieder der Kommission aus Expertinnen und Experten sowie dem Austausch mit der interessierten Öffentlichkeit. Zentrale Projektergebnisse, insbesondere Ergebnisse mit direktem Nutzen für Patientinnen und Patienten sowie ihre Eltern, wurden auf dieser Website einem breiteren Publikum zugänglich gemacht.

Mit der Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse konnten die quantitative Versorgungssituation sowie Aspekte der Verzahnung der Leistungen, der Zugänglichkeit, der Zielgruppenerreichung, der Behandlungsergebnisse sowie weiterer qualitativer Aspekte aufgezeigt werden. Hiermit wurde die Grundlage geschaffen für in einem Folgeprojekt zu entwickelnde Empfehlungen einer Kommission aus Expertinnen und Experten zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher für Entscheidungsträgerinnen und -träger in allen relevanten Bereichen auf verschiedenen Ebenen.

Folgende Publikationen sind aus dem Projekt hervorgegangen:

Franke, C., Fegert, J.M., Krüger, U. & Kölch, M. (2016). Übersichtsarbeit: Prävalenzen zur Verordnung von Psychoanaleptika und Psycholeptika bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie*, 44, 1-16.

Plener PL, Groschwitz RC, Franke C, Fegert JM, Freyberger HJ (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adolezenter in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 63 (3):181-186.

11 Literaturverzeichnis

- Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack PM, Daubmann A, Thomasius R (2017). Short-to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med.* 24 (2):186-200.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2015). „Schulpsychologische Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung verbessern!“ Pressemitteilung (18/15). Veröffentlicht am 15.12.2015. URL (aufgerufen am 14.08.2017): http://www.bdp-verband.org/bdp/presse/2015/18_schulpsych.html.
- Beardslee WR, Versage EM, Gladstone T (1998). Children of Affectively ill Parents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 37(11):1134-1141.
- Beck N (2015). Jugendhilfebedarf nach (teil-) stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 43 (6):443-453.
- Brünger M, Naumann A, Schepker R (2010). Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Das Jugendamt.* 83 (9):345-351.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland.
- Cornelius JR (2005). Treatment Studies Involving Adolescents With Drug and Alcohol Disorders. *Addict Behav.* 30 (9):1627-1629.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 60(8):837-844.
- Dölling D (2009). Kinder- und Jugendhilferecht. In Kräber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd. 5: Forensische Psychiatrie im Privatrecht und Öffentliches Recht (S. 267-277).* Steinkopff.
- Dölitzsch C, Fegert JM, Künster A, Kölch M, Schmeck K, Schmid M (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung.* 23 (3):140-150.
- Emminghaus, H., *Psychische Störung des Kindesalters,* Laupp, Tübingen S. 1-294, 1887.
- Fangerau H, Topp S, Schepker K (Hrsg.) (2017). *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung.* Springer.
- Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich HJ (2014). Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. *Monatsschr Kinderheilkd.* 162:1.117-1.130.
- Fegert JM, Späth K, Salgo L (Hrsg.) (2001). *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Münster: Votum Verlag.
- Fegert JM, Schrappner C (Hrsg.) (2004). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie.* Weinheim: Juventa.
- Fegert JM, Schepker R (2009). Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. *Das Jugendamt.* 82:60-67.
- Fegert JM, Kölch M, Lippert HD, Oehler K, Mitglieder der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie (2009a). *Stellungnahme der Kommission Entwicklungspsychopharma-*

- kologie zum Off-label use. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2: 99-109.
- Fegert JM, Besier T (2009). Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform, in: Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder - und Jugendbericht (Hrsg.), Materialien zum Dreizehnten Kinder -und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen.
- Fegert JM, Eggers, C., Resch, F. (Hrsg.) 2011 Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2. Auflage edn, Springer Verlag, Heidelberg.
- Fegert JM, Besier T, Kölch M, Schmid M (2013). Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: Lehmkuhl G, Poustka F, Steiner H (Hrsg.). Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fegert JM, Ziegenhain U, Kölch M, Plener PL (2016). Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. in Schröder/Struck/Wolff (Hrsg.). Handbuch Kinder- und Jugendhilfe, Beltz Verlag, 2. Aufl., Weinheim Basel, 1197-1220.
- Fetzer AE, Steinert T, Metzger W, Fegert JM (2006). Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. (55) :754-766.
- Fischbach (2016). Unveröffentlichter Vortrag beim APK-Hearing vom 14.06.2016 zur ambulanten Versorgung.
- Franke C, Fegert JM, Krüger U, Kölch M (2016). Übersichtsarbeit: Prävalenzen zur Verordnung von Psychoanaleptika und Psycholeptika bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie. 44:1-16.
- Fuchs M, Hayward CH, Steiner H (2013). Epidemiologie. In Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.). Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Band 1: Grundlagen (S. 196 – 215). Göttingen: Hogrefe.
- Grau K, Fegert JM, Plener PL (2015). Psychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland: off-label-use und Zulassungen verfügbarer Fertigarzneimittel. Psychopharmakotherapie. 22:240-250.
- Hagen B (2015). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln.
- Hebebrand J (2009). Forschungsleistung der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003 - 2008. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 37 (4) 2009. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Hefti S, Kölch M, Di Gallo A, Stierli R, Roth B, Schmid M (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? Kindheit und Entwicklung. 25 (2): 89-99.
- Henn K, Thurn L, Besier T, Künster AK, Fegert JM, Ziegenhain U (2014). Schulbegleiter als Unterstützung von Inklusion im Schulwesen. Erhebung zur gegenwärtigen Situation von Schulbegleitern in Baden-Württemberg. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 42 (6):397-403.
- Henn K, Himmel R, Fegert JM, Ziegenhain U (2017). Umsetzung des Teilhabeanspruchs auf inklusive Beschulung am Beispiel der Schulbegleitung. Nervenheilkunde. 36:119-126.
- Hennicke, K. & Klauth. (2014) (Hrsg.): Problemverhalten von Schülern mit geistiger Behinderung - Umgang, Förderung, Therapie – Lebenshilfeverlag, Marburg.

- Herberhold M (im Druck). Perspektiven sozialpsychiatrischer Behandlung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
- Hirsch-Herzogenrath S, Schleider K (2014). Schulische Reintegration psychisch kranker Kinder und Jugendliche – ausgewählte empirische Befunde. In E. Flitner, F. Ostkämper, C. Scheid, A. Wertgen (Hrsg.), Chronisch kranke Kinder in der Schule (S. 177-190). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 57 (7):807-19.
- Hoops S, Permien H (2006). „Mildere Maßnahmen sind nicht möglich!“ Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631 b BGB in der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Deutsches Jugendinstitut e. V., München.
- Hoops S, Permien H (2008). „Wir werden dir schon helfen!“ Zwangskontexte im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfe, unsere Jugend (3), 98-99.
- Ihle W, Esser G (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Psychologische Rundschau 53 (4).
- Jones PB(2013). Adult mental health disorders and their age at onset. British Journal of Psychiatry. 202:5-10.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Curr Opin Psychiatry. 20 (4):359-64.
- KiGGS Survey (Wiederholungsbefragung) (2014). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 57 (7):807-19.
- Kikum-Böckmann J (2015). Übergangsprobleme auf dem Weg in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, Williams B, Newcombe R, Craig IW, Moffitt TE (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: New evidence and a meta-analysis. Mol Psychiatry. Oct; 11(10):903-13.
- Kißgen R, Carlitschek J, Fehrmann S, Limburg D, Franke S (2016). Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter an Förderschulen Geistige Entwicklung in Nordrhein-Westfalen: Soziodemografie, Tätigkeitsspektrum und Qualifikation. Zeitschrift für Heilpädagogik (67):252-263.
- Kölch M, Keller F, Kleinrahm R, Fegert JM (2007). Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. Prävention und Rehabilitation Zeitschrift für umfassende Vorbeugung und Behandlung chronischer Krankheiten 19 (1):8-18.
- Kölch M, Wolff M, Fegert JM (2007). Teilhabebeeinträchtigung – Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach § 35 a SGB VIII. Das Jugendamt. 1:1-8.
- Kölch M, Schmid M (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 57 (10):774–788.

- Kölch M, Fegert JM, Ziegenhain U (2014). Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Kölch M, Plener PL (2016). Pharmacotherapy in Psychiatric Disorders of Children: Current Evidence and Trends. *Pharmacopsychiatry*. 49 (6):219-225.
- Kölch M, Vogel H (2016). Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Eine rechtstatsächliche Untersuchung zur familiengerichtlichen Genehmigung der Unterbringung bei Minderjährigen in der Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Justiz nach § 1631 b BGB. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 44:39-50.
- Kommentierte Daten der Kinder & Jugendhilfe (KomDat) (3/2015). URL (aufgerufen am 14.08.2017):
http://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/Komdat/2015_Heft3_KomDat.pdf.
- Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion (2014). Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfeeinrichtungen – Empfehlungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Verfahren nach § 1631b BGB und die Gestaltung der Maßnahmen, online unter:
http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2014/gemeinsame%20Stellungnahme%20Freiheitsentziehende%20Manahmen%20in%20Jugendhilfeeinrichtungen_final%20mit%20Unterschriften2014-10-23.pdf
- Kühnapfel B, Schepker R (2006). Katamnestiche Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 55 (10):767-782.
- Lehmkuhl G, Breuer U (2013). Behandlungssettings. In Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.). *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Bd. 2: Störungsbilder (S. 1357-1365). Göttingen: Hogrefe.
- Lenz A (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Libal G, Plener PL, Fegert JM, Kölch M (2006). Chemical restraint: „Pharmakologische Fixierung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (55):783-801.
- Ludyga H (2009). Die Unterbringung minderjähriger Drogenabhängiger gemäß § 1631 b BGB – Grenzen der Suchtbehandlung. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 201-203.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain: Report*. London: The Stationery Office.
- Menk S, Schnorr V, Chrappner C (2013). Woher die Freiheit bei all dem Zwange? Langzeitstudie zu (Aus-)Wirkungen geschlossener Unterbringung in der Jugendhilfe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Micka B (2017). Der Kinderarzt als Psychologe? Neue Präventionsaufgaben für Pädiater. *Medscape* 03.04.2017.
- Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (Hg.) (2013). Hoffmann, M., Adam, H., Hansen, H., Paulat, M., Scharnweber, I., Thimm, K. (2013). Bericht und Empfehlungen der unabhängigen Kommission zur Untersuchung der Einrichtungen der Haasenburg GmbH, online:
http://www.basisundwege.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschuere_Endbericht_Haasenburg.pdf

- National. Zentrum Frühe Hilfen (2016). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. URL (aufgerufen am 14.08.2017): <https://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/Eckpunktepapier%20Kinder%20psychisch%20kranker%20Eltern/>.
- Olszewski K, Jäger M (2015). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. InFo Neurologie & Psychiatrie. 17 (7-8):56-63.
- Quelle: Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Plener PL, Groschwitz RC, Franke C, Fegert JM, Freyberger HJ (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 63 (3):181-186.
- Plener PL, Straub J, Fegert JM, Keller F (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern – Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. Nervenheilkunde. 34 (1-2):18-23.
- Pogarell U, Karamatskos E, Koller G. (2010). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd. 158:35-41.
- Prein G, van Santen E (2015). Ist die Inanspruchnahme institutionalisierter Hilfen sozial selektiv? Zu den Effekten des Bildungsniveaus der Eltern auf die Inanspruchnahme je nach Problembelastung der Kinder und Jugendlichen. In Walper S, Bien W, Rauschenbach T (Hrsg.): Aufwachsen in Deutschland heute. Erste Befunde aus dem DJI-Survey AID:A 2015. München: Deutsches Jugendinstitut, S. 59-62 [online unter: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/news/2015/news_20151109_aida_broschue.pdf].
- Rabe SC, Fegert JM, Krüger U, Kölch M (2017). Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine systematische Literaturanalyse hinsichtlich Art, Häufigkeit und Dauer sowie der Risikofaktoren im internationalen Vergleich. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 66 (1):26-46.
- Rothärmel S, Dippold I, Wiethoff K, Wolfslast G, Fegert JM (2006). Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rücker S, Büttner P, Fegert JM, Petermann F (2015). Partizipation traumatisierter Kinder und Jugendlicher bei vorläufigen Schutzmaßnahmen (Inobhutnahme, § 42, SGB VIII). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 43 (5):357-364.
- Salgo L (2013). "§ 1631b BGB: Fixierung mdj. Kinder ist keine Unterbringung". FamRZ. 21:1719-1720.
- Schmid M, Nützel J, Fegert JM, Goldbeck L (2006). Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 55 (7):544-558.
- Schmid M, Fegert JM, Schmeck K, Kölch M (2007). Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe, Zeitschrift für Heilpädagogik. 58 (8):282-290.
- Schmid RG (Hrsg.) (2014): Qualität in der Sozialpädiatrie, Band 1: Das Altöttinger Papier; Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie.

- Schnoor K, Schepker R, Fegert JM (2006). Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (55):814-837.
- Schone R, Wagenblass S (2002). Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum Verlag.
- Seiffge-Krenke I (2015). «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63:165-173.
- Sethi D et al. (Hrsg.): European report on preventing child maltreatment. WHO Regional Office for Europe, 2013. Kopenhagen.
- Stadelmann S, Perren S, Kölch M, Groeben M, Schmid M (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern: Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder, Kindheit und Entwicklung. *19* (2):72-81.
- Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1.
- Teicher MH, Samson JA (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. Oct; 170 (10):1114-33.
- Unabhängige Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) (Hrsg.) 2011, Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, Berlin.
- Verhulst FC, Tiemeier H (2015). Child psychiatric epidemiology: stars and hypes. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 24: 603-6.
- Verhulst FC, Tiemeier H (2015). Epidemiology of child psychopathology: major milestones. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 24: 607-17.
- Warnke A, Lehmkuhl G (2011). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Wartberg L, Thomsen M, Moll B, Thomasius R (2014).[Pilot study on the effectiveness of a cognitive behavioural group programme for adolescents with pathological internet use]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 63 (1):21-35.
- Weissbeck W, Günter M (2010). Maßregelvollzug bei Jugendlichen und Heranwachsenden. *Recht und Psychiatrie*. 28 (1):10-18.
- Weissbeck W, unveröffentlicht.
- WHO Regional Office for Europe (2015): European Mental Health Action Plan. Copenhagen.
- Wrase M (2015). Die Implementation des Rechts auf inklusive Schulbildung nach der UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Evaluation aus rechtlicher Perspektive. In P. Kuhl (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen* (S. 41-74). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2009, Themenheft: Lehre, Verlag Hans Huber, Bern.
- Zito JM, Safer DJ, de Jong-van den Berg LT, Janhsen K, Fegert JM, Gardner JF, Glaeske G, Valluri SC (2008). A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2 (1):26.

Anhang

Übersicht der Marcé-Gesellschaft (Stand 11/2015)

Klinik	Plätze stationär	Plätze teilstationär	Alter des Kindes
Aschaffenburg Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoma- tische Medizin des Bezirks Unterfranken Lohr am Main	1	keine	< 3 Jahre
München Kbo-Isar-Amper-Klinikum	keine	6	< 3 Jahre
Simbach am Inn AMEOS Klinikum Inntal	30	keine	0 bis 18 Jahre
Simbach am Inn AMEOS Reha-Klinikum Inntal	90	keine	0 bis 18 Jahre
Wasserburg a. Inn Kbo-Inn-Salzach-Klinikum Mutter-Kind-Einheit	8	keine	< 6 Jahre
Taufkirchen/Vils Kbo-Isar-Amper-Klinikum	1-2	keine	variabel
Haar (bei München) Kbo-Isar-Amper-Klinikum Klinikum München Ost	6	keine	< 4 Jahre
Klinikum Ingolstadt Zentrum für psychische Gesundheit	4	keine	< 1 Jahr
Augsburg Bezirkskrankenhaus Augsburg	k. A.	keine	vorwiegend Säuglinge (bis Schulalter möglich)
Nürnberg Klinikum Nürnberg Nord	keine	8	< 3 Jahre
Erlangen Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik	keine	keine (ambulante Gruppe)	k. A.
Neustadt/Waldnaab Bezirkskrankenhaus Wöllersdorf	1 bis 2	keine	< 1 Jahr
Regensburg Bezirksklinikum Regensburg	7 bis 9	ca. 2	0 bis 6 Jahre
Bayreuth Bezirkskrankenhaus Bayreuth	1 bis 2	keine	Säuglinge
Bamberg Klinikum am Michelsberg	1 bis 2	keine	Säuglinge

Klinik	Plätze stationär	Plätze teilstationär	Alter des Kindes
Ebensfeld Bezirksklinikum Obermain	2 Zimmer	ja	k. A.
Würzburg Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	1	im Bedarfsfall im Anschluss an die stationäre Behandlung	bis maximal Krabbelalter
Lohr am Main Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin	k. A.	k. A.	< 3 Jahre
Bad Mergentheim Psychotherapeutisches Zentrum Kitzberg	18	keine	0 bis 12 Jahre
Simbach am Inn AMEOS Klinikum Inntal	2 Eltern-Kind-Stationen	keine	> 3 Monate
Bad Saulgau Klinik am schönen Moos 7	k. A.	k. A.	> 6 Monate
Waldmünchen Klinik Waldmünchen	k. A.	k. A.	k. A.
Bad Kissingen Hermera Klinik	k. A.	k. A.	k. A.
Heidelberg Universitätsklinikum Heidelberg	6	keine	< 2 Jahre
Neckargemünd Familientherapeutisches Zentrum	keine	8	< 14 Jahre
Wiesloch Psychiatrisches Zentrum Nordbaden	6	keine	< 2 Jahre
Klinikum Stuttgart Zentrum für Seelische Gesundheit	3	keine	< 1 Jahre
Malsberg-Marzell Rehaklinik Kandertal Familienrehabilitation	140	keine	< 16 Jahre
Berlin DYADE Mutter-Kind-Kriseneinrichtung	8 bis 9	keine	0 bis 6 Jahre
Berlin Vivantes Klinikum Neukölln	1	3	< 6 Monate
Berlin St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	4	keine	bis 6 Monate

Klinik	Plätze stationär	Plätze teilstationär	Alter des Kindes
Berlin Charité - Universitätsmedizin Berlin	8 bis 9	keine	bis Laufalter
Cottbus Carl-Thiem-Klinikum Cottbus	1 bis 2	keine	< 1 Jahr
Hamburg Mutter-Baby-Tagesklinik, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	keine	4	< 3 Jahre
Hamburg Kleinkind-Sprechstunde, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie	keine	keine	< 3 Jahre
Hamburg Bethesda Krankenhaus Bergedorf	2	im Anschluss an vollstationäre Behandlung	< 1 Jahr
Hamburg Altonaer Kinderkrankenhaus Hamburg	k. A.	k. A.	k. A.
Kassel Klinikum Kassel, Ludwig-Noll- Krankenhaus	nach Bedarf (nur regional)	keine	< 1 Jahr
Marburg Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	in Einzelfällen	keine	< 1 Jahr
Marburg Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	keine	ja	2 bis 6 Jahre
Gießen Vitos-Gießen-Marburg gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie	4	keine	< 6 Jahre
Weilmünster Vitos Klinik Weilmünster, Klinik für Psychiatrie und Psychothera- pie	2	optional (wenn vorher stationär)	< 3 Jahre
Heppenheim Vitos Klinikum Heppenheim	12	keine	< 6 Jahre
Frankfurt am Main Städtische Kliniken Ffm-Höchst, Klinik für Psychiatrie, Psychothe- rapie und Psychosomatik	6	nach Bedarf	< 6 Jahre
Frankfurt	keine	5	< 2 Jahre

Klinik	Plätze stationär	Plätze teilstationär	Alter des Kindes
Vitos Klinik Bamberger Hof			
Frankfurt am Main Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt am Main	keine	keine	k. A.
Bad Zwischenahn Karl-Jaspers-Klinik, Klinik für Allgemeinpsychiatrie	4	keine	k. A.
Langenhagen KRH Psychiatrie Langenhagen	je nach Bedarf	keine	< 7 Monate
Wunstorf KRH Psychiatrie Wunstorf	1	keine	< 1 Jahr
Bad Münder Deister Weser Kliniken, Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik	k. A.	keine	mind. 3 Jahre
Göttingen Universität Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	im Einzelfall	keine	k. A.
Bad Essen Paracelsus-Wittekindklinik	100	keine	0 bis 6 Jahre
Düsseldorf Rheinische Kliniken Düsseldorf	1	keine	> 1 Jahr
Viersen LVR-Klinik Viersen, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	2	keine	< 1 Jahr
Herne St. Marien-Hospital Eickel, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	3	keine	bis Eintritt Schulalter
Herten LWL-Klinik Herten	8	2	< 12 Monate
Münster Westfälische-Wilhelms-Universität Münster, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	1	keine	bis 6 Monate
Münster Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	50 (10 davon für Vorschulkinder)	keine	0 bis 18 Jahre
Lengerich LWL-Klinik Lengerich	im Einzelfall möglich	keine	1 bis 6 Jahre

Klinik	Plätze stationär	Plätze teilstationär	Alter des Kindes
Köln Tagesklinik Altenburger Straße GmbH	3	keine	0 bis 3 Jahre
Bonn Rheinische Kliniken Bonn	20	2	< 2 Jahre
Herdecke Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	im Einzelfall	keine	< 1 Jahr
Andernach Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach	4	keine	18 Monate bis 5 Jahre
Diez an der Lahn Helios Klinik, Fachklinik für Mutter, Vater und Kind	100	keine	0 bis 18 Jahre
Homburg/ Saar Universitätsklinikum des Saarlandes	7	keine	< 5 Jahre und Ge- schwisterkinder
Alzey Rheinhessen Fachklinik Alzey	2	0	< 5 Jahre
Dresden Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	keine	6	bis 12 Monate
Kreischa Klinik Bavaria Kreischa	max. 20	keine	keine Einschränkung
Großschweidnitz Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz	6	keine	9 Monate bis 12 Jahre
Leipzig Park-Krankenhaus, Klinik für Kin- der- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	2-3	6-8	tagesklinisch: 0 bis 3 Jahre, vollstationär: bis 6 Jahre, ambulant: 0 bis 3 Jahre
Schkeuditz Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz	5	1	bis Laufalter
Colditz Diakoniewerk Zschadraß GmbH	k. A.	keine	< 3 Jahre
Chemnitz Klinikum Chemnitz	keine	3	bis 12 Monate
Chemnitz Celenus Klinik Carolabad	15	2	bis 24 Monate
Halle Martin-Luther-Universität Halle- Wittenberg, Klinik und Poliklinik	2	keine	< 1 Jahr

Klinik	Plätze stationär	Plätze teilstationär	Alter des Kindes
für Psychiatrie			
Magdeburg Klinikum Magdeburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	4	4	0 bis 4 Jahre
Lübeck Universitätsklinikum Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	im Einzelfall	keine	< 4 Jahre
Neustadt in Holstein AMEOS Klinikum Neustadt	4	keine	1 bis 6 Jahre
Heiligenhafen AMEOS Klinikum Heiligenhafen	4	keine	< 1 Jahr
Kiel Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	2	k. A.	k. A.
Elmshorn Regio Klinikum Elmshorn	im Einzelfall	keine	< 1 Jahr
Heide Westküstenklinikum Heide	nach Bedarf	ja	wird im Klinikum beraten
Riddorf Fachklinik Nordfriesland	im Einzelfall	keine	keine genauen Angaben
Gera Wald-Klinikum Gera GmbH	1-2	1-2	keine Begrenzung
Jena Universitätsklinikum Jena	3	keine	< 3 Jahre
Erfurt Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk	1-2	1	< 1 Jahr
Mühlhausen Landesfachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	7 bis 8	möglich	< 10 Monate

Quelle: http://marce-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2015/11/MuKi_U%CC%88bersicht-Stand-Nov2015.pdf



Studienbericht (Version 1.0)

Versorgungsanalyse der pharmako- und psychotherapeutischen Behandlung von Kindern mit ADHS im Langzeitverlauf: Unter- suchung der Machbarkeit mit GKV-Routinedaten

Gefördert durch die Aktion Psychisch Kranke e.V.

Verantwortlicher Projektleiter:	Oliver Scholle, M.Sc., Dipl.-Pharm. scholle@leibniz-bips.de, Tel: +49-421-218-56878
Senior- Wissenschaftler:	PD Dr. Oliver Riedel, Dipl.-Psych. riedel@leibniz-bips.de, Tel: +49-421-218-56883
Abteilung:	Klinische Epidemiologie
Fachgruppe:	Epidemiologie neuropsychiatrischer Erkrankungen
Adresse:	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH Achterstraße 30, 28359 Bremen http://www.bips-institut.de

Zusammenfassung

Fragestellung

Untersuchung der Machbarkeit von längsschnittlichen Untersuchungen zur Versorgungssituation von ADHS bei Kindern auf Basis von Sekundärdaten; Charakterisierung der multidisziplinären Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Verlauf von drei Jahren ab erstmaliger ADHS-Diagnose unter Berücksichtigung des ambulanten und stationären Sektors mit den Interventionen "ADHS-Pharmakotherapie", "Richtlinien-Psychotherapie" sowie "psychiatrische Hospitalisierungen"; Erfassung der Therapie der ersten Wahl in der Routineversorgung von Kindern mit ADHS.

Methoden

Sekundärdatenanalyse mit der pharmakoepidemiologischen Forschungsdatenbank (GePaRD) basierend auf Daten von drei gesetzlichen Krankenversicherungen mit etwa 20 Millionen Versicherten. Studienzeitraum waren die Jahre 2009 bis 2013. Das Jahr 2009 diente zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie für die Erfassung der Baseline. Die Kohorte umfasste Kinder, die im Jahr 2010 im Alter von 5-12 Jahren erstmalig (1-Jahres-inzident) mit ADHS diagnostiziert wurden und mindestens drei Jahre nachverfolgt werden konnten. Kohorteneintritt war das Quartal der erstmaligen ADHS-Diagnose.

Verschreibungen von bei ADHS zugelassenen Arzneimitteln wurden anhand von ATC-Codes und dem Abgabedatum in der Apotheke identifiziert. Antragspflichtige Richtlinien-Psychotherapie wurde anhand von EBM-Ziffern und psychiatrischen Hospitalisierungen über das stationäre Aufnahmedatum bei mindestens einer Haupt- oder Nebendiagnose ICD-10 F00-F99 ermittelt. Eine Subgruppe von Kindern mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens wurde über die Anwesenheit mindestens einer ICD-10 F90.1, F91 oder F92 in den drei Jahren Follow-up gebildet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 11.376 Kinder mit einer erstmaligen ADHS-Diagnose in die Studienpopulation eingeschlossen. Hiervon konnten über 80% bis zu drei Jahre vor Kohorteneintritt rückverfolgt werden.

Der Anteil von Kindern mit ADHS und der zusätzlichen Diagnose "Störung des Sozialverhaltens" lag bei etwa einem Drittel. Keine der untersuchten Interventionen trat in der Gesamtpopulation häufiger als in 5% der Fälle im Jahr vor der erstmaligen ADHS-Diagnose auf. Nach der Diagnose stieg vor allem der Anteil derjenigen mit Richtlinien-Psychotherapie und psychiatrischer Hospitalisierung deutlich an und erreichte in der Gesamtpopulation eine Behandlungsprävalenz innerhalb von drei Jahren von 14% und 9%. Die Subgruppe mit zusätzlich gestörtem Sozialverhalten zeigte höhere Raten irgendeiner der Interventionen, die vor allem auf höhere Anteile an psychiatrischer Hospitalisierung sowie Psychotherapie zurückzuführen waren.

Von allen eingeschlossenen Kindern mit der Diagnose ADHS erhielt über die Hälfte in den ersten drei Jahren nach der Diagnose eine Pharmako- und/oder Richtlinien-Psychotherapie. Die Therapie der ersten Wahl war am häufigsten Pharmakotherapie ohne zusätzliche Richtlinien-Psychotherapie im weiteren Verlauf. Etwa 11% aller Kinder mit ADHS und 19% derjenigen mit zusätzlicher Diagnose "Störung des Sozialverhaltens" bekamen jemals beide Therapieformen innerhalb der ersten drei Jahre nach ADHS-Diagnose.

Schlussfolgerung

Diese Studie zeigt die Machbarkeit für längsschnittliche Untersuchungen zur Versorgungssituation von Kindern mit ADHS auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen unter Berücksichtigung einer längeren Baseline-Periode von mindestens drei Jahren im Vergleich zu einem Jahr vor der erstmaligen ADHS-Diagnose.

Richtlinien-Psychotherapie findet als zusätzliche Intervention zur Pharmakotherapie selten statt. Bei Kindern mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens werden psychotherapeutische Interventionen häufiger angewendet. Eine weniger konservative Schätzung der Anwendung von Psychotherapie könnte die Hinzuziehung vor allem ärztlicher Gesprächsziffern in weiteren Studien ermöglichen.

Schlagworte

ADHS; Kinder; Pharmakotherapie; Psychotherapie; GKV-Routinedaten

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	1874
Verantwortlichkeiten	1885
1 Einleitung	1896
1.1 Hintergrund und Rationale.....	1896
1.2 Zielsetzungen	1907
2 Methoden.....	1919
2.1 Studiendesign.....	1919
2.2 Datenquelle	1919
2.3 Studienpopulation	1919
2.4 Analyseeinheit	200
2.5 Variablen.....	200
2.6 Statistische Methoden	1932
2.7 Rechtsgrundlage und Datenschutz.....	1942
3 Ergebnisse.....	1943
3.1 Selektion der Studienpopulation	1943
3.2 Charakterisierung der Studienpopulation.....	1955
3.3 Periodenprävalenz von Interventionen.....	1999
3.4 Therapie der ersten Wahl	20010
3.5 Fachgebiet der erstverordnenden Ärztinnen und Ärzte der ADHS-Medikation.....	20111
4 Diskussion	2023
5 Schlussfolgerungen.....	2079
6 Interessenkonflikte.....	20820
6.1 Finanzierung	20820
6.2 Rolle der Dateneigner	20820
6.3 sonstige Interessenkonflikte.....	20820
Referenzen.....	20821
Appendix 1: ICD-10 Kodierung für verwendete psychiatrische Komorbiditäten.....	2114

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch (Klassifikationssystem)
BIPS	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS
DDD	<i>Defined Daily Dose</i>
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EUNETHYDIS	<i>European Network for Hyperkinetic Disorders</i>
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GePaRD	<i>German Pharmacoepidemiological Research Database</i>
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
ICD-10	<i>International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision</i>
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MTA	<i>Multimodal Treatment Study of Children with ADHD</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
RL-PT	Richtlinien-Psychotherapie
SGB	Sozialgesetzbuch

Verantwortlichkeiten

Oliver Scholle	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Epidemiologe, Verantwortlicher Projektleiter, Statistischer Programmierer
PD Dr. Oliver Riedel	Senior-Epidemiologe
Prof. Dr. Michael Kölch	Klinischer Experte

• **Einleitung**

○ **Hintergrund und Rationale**

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine häufige psychische Störung im Kindes- und Jugendalter. Weltweit wird ihre Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen auf 5,3 % geschätzt [1]. Psychische Komorbiditäten treten häufig auf und umfassen u. a. depressive Erkrankungen, sowie Substanzmissbrauch und Probleme in sozialen Beziehungen im späteren Lebenslauf [2-4]. Darüber hinaus ist die Erkrankung häufig mit einer Störung des Sozialverhaltens, welches sich durch ein anhaltend dissoziales, aggressives und aufsässiges Verhalten äußert, charakterisiert [5]. Diese Symptomatik kann eine Folge der ADHS sein [6].

Die Behandlungsoptionen für Kinder und Jugendliche mit ADHS sind vielfältig. Während in US-amerikanischen Leitlinien typischerweise pharmakotherapeutische Behandlungsstrategien im Vordergrund stehen, sind diese in Europa nur für schwerere Fälle als Erst- bzw. für mildere Fälle als Zweitlinientherapie vorgesehen [7]. Dabei zählen Stimulantien, allen voran Methylphenidat, zu den Mitteln der Wahl [8]. Hinsichtlich spezifischer, nicht-pharmakotherapeutischer Behandlungsstrategien bei ADHS sind die internationalen Leitlinien heterogen, die meisten empfehlen jedoch irgendeine Form von psychosozialen Interventionen [8]. Diese umfassen unter anderem psychotherapeutische Maßnahmen und hier insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, welche von den wichtigsten deutsch-europäischen ADHS-Leitlinien empfohlen wird [6, 9, 10]. Nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP) kann Einzel- oder Gruppenpsychotherapie zur Behandlung komorbider Störungen sowie bei impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen bei Kindern mit ADHS ab dem Schulalter zur Anwendung kommen [9]. Je jünger die betroffenen Kinder sind, desto mehr stehen Interventionen im Umfeld des Kindes im Vordergrund und im Allgemeinen sind bei der Behandlung des Kindes/Jugendlichen familientherapeutische Interventionen, bei denen die Erziehungsberechtigten mit einbezogen werden, gegenüber einer alleinigen Behandlung des Kindes zu bevorzugen. Dabei wird vorausgesetzt, dass das Kind dazu in der Lage ist, Selbstinstruktionstrainings umzusetzen – in der Regel ab einem Alter von sieben Jahren [6]. Die ADHS-Leitlinie des britischen *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) unterscheidet bei Kindern im Schulalter in ihren Empfehlungen zwischen Patientinnen und Patienten mit mäßigen und starken funktionellen Beeinträchtigungen. Bei mäßiger Symptomatik ist Elternt raining in der Gruppe sowie gegebenenfalls zusätzlich Verhaltenstherapie für das Kind die Behandlung der Wahl, wobei bei starker Beeinträchtigung die medikamentöse Therapie als Erstlinienbehandlung indiziert ist [10].

Laut Lutz und Rubel schafft u. a. die Aufnahme von Psychotherapie in den Leistungskatalog der GKV gute Voraussetzungen für die Versorgungsforschung über psychotherapeutische Behandlungen [11]. Trotzdem gibt es hierzulande grundsätzlich, nicht nur auf das Thema ADHS bezogen, wenige Unter-

suchungen zur psychotherapeutischen Versorgungssituation [12]. Dabei zeigten Gaebel et al., dass sich Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) grundsätzlich zur Erfassung psychotherapeutischer Leistungen eignen [12]. Lehmkuhl et al. werteten die Inanspruchnahme ambulanter nicht-medikamentöser Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen für das Jahr 2006 aus [13]. Von den psychiatrischen Behandlungsanlässen waren Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98 nach der *International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, ICD-10*) nach den Entwicklungsstörungen (ICD-10 F80-F89) am zweithäufigsten vertreten [13]. Die hyperkinetische Störung bzw. ADHS sowie Störungen des Sozialverhaltens fallen in diese Gruppe. Die Untersuchungen von Lehmkuhl et al. bieten einen guten Überblick über die Versorgungssituation kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen, lassen jedoch wenig Rückschlüsse sowohl auf einzelne Störungsbilder wie ADHS zu. Zudem wurden einzelne psychotherapeutische Verfahren wie Verhaltenstherapie nicht aufgeschlüsselt dargestellt. Außerdem handelte es sich um eine Querschnittsanalyse aus dem Jahr 2006. In der Zwischenzeit könnten gesundheitspolitische Maßnahmen zu einer veränderten Behandlungspraxis der Ärztinnen und Ärzte geführt haben, die wiederum Auswirkungen auf die nicht-medikamentöse Versorgung von ADHS-Patientinnen und -Patienten haben könnte. Im Jahre 2010 beispielsweise kam es zu einer Änderung der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hin zu noch strengeren Vorgaben zur Verordnungsfähigkeit von Stimulantien. Eine entsprechende Evidenz fehlt jedoch bislang.

Von wissenschaftlichem Interesse sind neben der Analyse der Behandlungssituation nach der Diagnosestellung auch die Versorgungspfade, die eine betroffene Person in den Jahren *vor* der Diagnosestellung durchläuft. Daher ist die kontinuierliche, lückenlose Abbildbarkeit von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose über einen längeren Zeitraum in GKV-Daten von hoher methodischer Relevanz. Bisherige Studien zur Versorgungssituation von inzidenten ADHS-Patientinnen und -Patienten haben bisher kurze Zeiträume von maximal einem Jahr vor der Diagnosestellung berücksichtigt. Es bleibt unklar, welche Untersuchungspopulationen zur Verfügung stehen, wenn man diese Zeiträume verlängert.

○ **Zielsetzungen**

Das Ziel dieses Forschungsprojekts war es, die Machbarkeit von längsschnittlichen Untersuchungen zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit ADHS auf Basis von Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen zu überprüfen. Exemplarisch sollte dabei die pharmako- und psychotherapeutische Versorgung von betroffenen Kindern/Jugendlichen über einen Zeitraum von drei Jahren charakterisiert werden. Neben der Gesamtheit aller Kinder mit ADHS wurde zudem diejenige Subgruppe mit komorbider Störung des Sozialverhaltens betrachtet. Im Sinne einer Pilotstudie sollte die Studie die Grundlage für künftig weitergehende, umfänglichere Fragestellungen bereitstellen.

• **Methoden**

○ **Studiendesign**

Bei dieser Studie handelte es sich um eine Kohortenstudie. Sie basiert auf Abrechnungsdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen, die in der pharmakoepidemiologischen Forschungsdatenbank „GePaRD“ (vgl. auch nächster Abschnitt) zusammengeführt sind.

○ **Datenquelle**

Die Pharmakoepidemiologische Datenbank (GePaRD, German Pharmacoepidemiological Research Database) enthält pseudonymisierte, personenbezogene GKV-Abrechnungsdaten von insgesamt vier GKVen (AOK Bremen/Bremerhaven, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse, hkk) seit 2004. Sie wird vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS gepflegt. Mehr als 20 Millionen Versicherte aus allen Regionen Deutschlands sind derzeit in der Datenbank abgebildet [14]. Die Repräsentativität der Daten in GePaRD für die deutsche Bevölkerung konnte bezüglich Geschlecht, Alter, Krankenhauseinweisungen und Verschreibungen gezeigt werden [15-17].

GePaRD enthält demographische Informationen wie Alter und Geschlecht sowie Informationen zu Krankenhausaufenthalten und zur ärztlichen und psychotherapeutischen ambulanten Versorgung. Die verwendeten Hospitaldaten umfassten Haupt- und Nebentlassungsdiagnosen sowie Aufnahme- und Entlassungstag. Ambulante Daten beinhalteten gesicherte Quartals-Diagnosen sowie abgerechnete Ziffern aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Alle Diagnosen lagen kodiert nach der *German Modification* des ICD-10 vor.

Verschreibungsdaten erstattungsfähiger Arzneimittel enthielten u.a. das Abgabedatum in der Apotheke, die Fachrichtung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes sowie die Pharmazentralnummer (PZN) der abgegebenen Arzneimittel. Über eine hausinterne Arzneimittel-Referenzdatenbank lagen detaillierte Informationen über die Arzneimittel vor, wie die Kodierung der Wirkstoffe nach dem Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifizierungssystem, die Stärke und Anzahl der enthaltenen Darreichungsformen sowie die definierten Tagesdosen (DDD, *Defined Daily Dose*).

○ **Studienpopulation**

Grundlage dieser Analyse bilden Leistungsdaten von drei GKVen der Pharmakoepidemiologischen Forschungsdatenbank (AOK Bremen/Bremerhaven, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse). Es wurden die Datenjahre 2007 bis 2013 berücksichtigt.

In die Kohorte wurden alle Kinder eingeschlossen, die vom 01.01.2009 bis 31.12.2013 durchgängig in einer der drei GKVen versichert waren und im Jahr 2010 im Alter von 5-12 Jahren erstmalig mit ADHS diagnostiziert wurden. Die Datenjahre 2007 und 2008 dienten in dieser Studie im Rahmen der Machbarkeitsuntersuchung zur Überprüfung, welchen Einfluss die Erweiterung des Beobachtungszeit-

raums vor der Diagnose von einem Jahr auf drei Jahren hat. Für weitere Auswertungen wurden diese Datenjahre nicht berücksichtigt.

Die Identifizierung von ADHS erfolgte anhand einer der folgenden Falldefinitionen: (a) eine Krankenhausdiagnose F90.0 (Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung) oder F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) oder (b) zwei ambulante Diagnosen F90.0, F90.1 oder F90.9 (Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet) innerhalb eines Jahres oder (c) eine der eben genannten ambulanten Diagnosen sowie eine Verschreibung von Methylphenidat (ATC-Code N06BA04), Atomoxetin (N06BA09), Dexamfetamin (N06BA02), oder Lisdexamfetamin (N06BA12) innerhalb eines Jahres. Dieses Vorgehen ist restriktiver als in der Methodik von Grobe et al. zur Schätzung von ADHS-Diagnoseraten auf Basis von GKV-Daten [18]. Es sollte der von der DGKJP diskutierten Überdiagnostizierung entgegenwirken [19] und die Verlässlichkeit für die Identifizierung klinisch relevanter ADHS-Fälle in den Sekundärdaten erhöhen.

Ausgeschlossen wurden Versicherte mit fehlenden Informationen über Alter oder Geschlecht sowie diejenigen, bei denen die ADHS-Diagnose nach einer der oben genannten Falldefinitionen bereits vor dem Jahr 2010 gestellt wurde.

Kohorteneintritt war das Quartal bzw. das Datum der erstmaligen ADHS-Diagnose. Kohortenaustritt war drei Jahre (bzw. 12 Quartale) nach dem Kohorteneintritt. Durch die oben beschriebenen Einschlusskriterien war für alle Kohortenmitglieder unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit eine Beobachtungsdauer von drei Jahren gewährleistet.

○ **Analyseeinheit**

Die Daten wurden auf Personenebene ausgewertet. Als Fälle wurden Kinder mit einer erstmaligen ADHS-Diagnose im Alter von 5-12 Jahren definiert. Eine Subgruppe bildeten diejenigen Fälle, die ab dem Quartal der erstmaligen ADHS-Diagnose bis zum Ende des dreijährigen Follow-up jemals eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10-Codes F90.1, F91 oder F92) aufwiesen.

○ **Variablen**

Ausgewertete Zielgrößen basierten auf Interventionen in Form von (a) Verschreibungen von bei ADHS zugelassenen Arzneimitteln, (b) ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen nach Psychotherapie-Richtlinie sowie (c) psychiatrischen Hospitalisierungen.

Pharmakotherapeutische Behandlung mit ADHS-Medikamenten umfasste Präparate mit den Wirkstoffe Methylphenidat, Atomoxetin, Dexamfetamin und Lisdexamfetamin, die anhand von ATC-Codes (siehe oben) identifiziert wurden. Das Abgabedatum in der Apotheke wurde als Beginn der Exposition festgelegt. Ambulante psychotherapeutische Interventionen nach Psychotherapie-Richtlinie wurden anhand von tagesgenauen Leistungsziffern gemäß EBM identifiziert. Dabei wurden probatorische Sitzungen (EBM-Ziffer 35150) und bei der GKV antragspflichtige psychotherapeutische Behandlungen

(EBM-Kapitel 35.2) erfasst und gemeinsam sowie separat ausgewertet. Von Versicherten mit antragspflichtiger Psychotherapie wurde der Anteil derjenigen mit Verhaltenstherapie (EBM 35220-35225) zusätzlich bestimmt. Psychiatrische Hospitalisierungen wurden über das stationäre Aufnahmedatum und den Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 F00-F99) des entsprechenden Krankenhausaufenthaltes erfasst. Zur Bestimmung der Anzahl an psychiatrischen Hospitalisierungen sowie der Summe der hospitalisierten Tage wurden überlappende Einweisung- und Entlassungstage zunächst kombiniert, um Stationsverlegungen nicht als zusätzliche Einweisung zu zählen.

Für die Bestimmung der Therapie der ersten Wahl wurden ab dem Quartal der erstmaligen ADHS-Diagnose die erste Verschreibung eines ADHS-Medikamentes und die erste Leistungsziffer aus probatorischer Sitzung und/oder Richtlinien-Psychotherapie identifiziert. Falls die Differenz zwischen diesen Behandlungsformen (Medikation und Psychotherapie) weniger als drei Monate war, wurde die oder der Versicherte zur Kombinationsbehandlung zugeordnet. Die Ergebnisse wurden sowohl für die Gesamtheit der Studienpopulation sowie für die Subgruppe derjenigen mit Störung des Sozialverhaltens dargestellt.

Zu den Kovariablen zählten die demographische Kennzahlen Geschlecht und Alter, psychiatrische Komorbiditäten und Komedikation mit Psychopharmaka zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose sowie das Fachgebiet der erstdiagnostizierenden/erstverordnenden Ärztinnen und Ärzte. Psychiatrische Komorbiditäten wurden anhand gesicherter ambulanter und stationärer Haupt- und Nebendiagnosen (anhand von ICD-10-GM-Codes, Kodierung siehe Appendix 1) erfasst. Verschreibungen mit Psychopharmaka umfassten Antidepressiva (ATC-Code N06A) und Antipsychotika (N05A ohne Lithium, N05AN01), die anhand des Abgabedatums in der Apotheke erfasst wurden. Das Fachgebiet des erstdiagnostizierenden Therapeutinnen und Therapeuten wurde anhand der über die Arztnummer abgerechneten EBM-Ziffern ermittelt. Dazu wurden zunächst alle ambulanten Diagnosen einer Hyperkinetischen Störung (ICD-10 F90) aus dem Quartal des Kohorteneintritts identifiziert. Über die dazugehörige Identifikationsnummer des Abrechnungsdatensatzes wurde anschließend die früheste ambulante Behandlung (über die EBM-Ziffer) mit der gleichen Identifikationsnummer aus dem diesem Quartal ermittelt. Dieser Behandlung ist die lebenslange Arztnummer der abrechnenden Ärztin oder des abrechnenden Arztes zugeordnet, welche den von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vergebenen zweistelligen Arztgruppenschlüssel beinhaltet. Über diesen Arztgruppenschlüssel erfolgte die Zuweisung zum entsprechenden Fachgebiet [20]. Analog wurde das Fachgebiet der Verordnerin oder des Verordners der initialen ADHS-Medikation bestimmt, wobei hier die direkt in den Verschreibungsdaten vorhandene lebenslange Arztnummer herangezogen wurde.

○ **Statistische Methoden**

Die Analyse erfolgte mit Methoden der deskriptiven Statistik. Zielgröße war der prozentuale Anteil an Versicherten, der die jeweilige Intervention in einem bestimmten Zeitraum erhalten hat.

Die Charakterisierung anhand der Kovariablen wurde für die Gesamtpopulation sowie stratifiziert nach Vorliegen von Störung des Sozialverhaltens während des Follow-up dargestellt. Zudem wurde der Anteil derjenigen Kinder mit den untersuchten Interventionen im Zeitraum von einem Jahr vor der erstmaligen ADHS-Diagnose erfasst. Psychiatrische Komorbiditäten und Komedikation mit Psychopharmaka wurden in den vier Quartalen vor sowie im Quartal der erstmaligen ADHS-Diagnose identifiziert.

Die Periodenprävalenz der untersuchten Interventionen bis zu drei Jahren ab der erstmaligen ADHS-Diagnose wurde für die Gesamtpopulation und für die Subgruppe mit Störung des Sozialverhaltens erfasst.

Die Therapie der ersten Wahl in den ersten drei Jahren nach der inzidenten ADHS-Diagnose wurde nach Alter stratifiziert separat einmal für die Gesamtpopulation sowie für die Subgruppe mit Störung des Sozialverhaltens identifiziert.

○ **Rechtsgrundlage und Datenschutz**

Die Rechtsgrundlage für die Verwendung der Sozialdaten in dieser Studie basierte auf § 75 Sozialgesetzbuch (SGB) X. Dieser erlaubt die Übermittlung der Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung auch ohne Einwilligung der oder des Einzelnen, sofern das öffentliche Interesse an der Forschung das Geheimhaltungsinteresse der Betroffenen erheblich überwiegt [21]. Die Fragestellungen waren über eine bereits vorliegende Genehmigung der Aufsichtsbehörden abgedeckt.

Für die Nutzung der Daten am BIPS wurde ein detailliertes Datenschutzkonzept ausgearbeitet. Entsprechend datenschutzrechtlicher Vorgaben liegen die Daten in GePaRD in pseudonymisierter Form vor. Identifizierende Angaben der Versicherten und Leistungserbringer sind dazu durch ein Pseudonym ersetzt sowie bestimmte Information (z. B. Wohnort, Geburtsdatum) vergrößert worden.

● **Ergebnisse**

○ **Selektion der Studienpopulation**

Initial wurden 810.284 Kinder identifiziert, die im Studienzeitraum durchgängig versichert und in 2010 im Alter von 5-12 Jahren waren. Die ermittelte Prävalenz von ADHS nach Anwendung des Algorithmus zur Ermittlung valider Fälle belief sich auf 4,6% (36.966/810.284). Nach Anwendung aller Ein- und Anschlusskriterien wurden 11.376 Kinder im Alter von 5-12 Jahren und einer neu diagnostizierten ADHS im Jahre 2010 in die Studienpopulation eingeschlossen (Abbildung 1). Etwa 83% der in der Kohorte eingeschlossenen Kinder mit ADHS konnten durchgehend mindestens drei Jahre (bis zum 01.01.2007) zurückverfolgt werden.

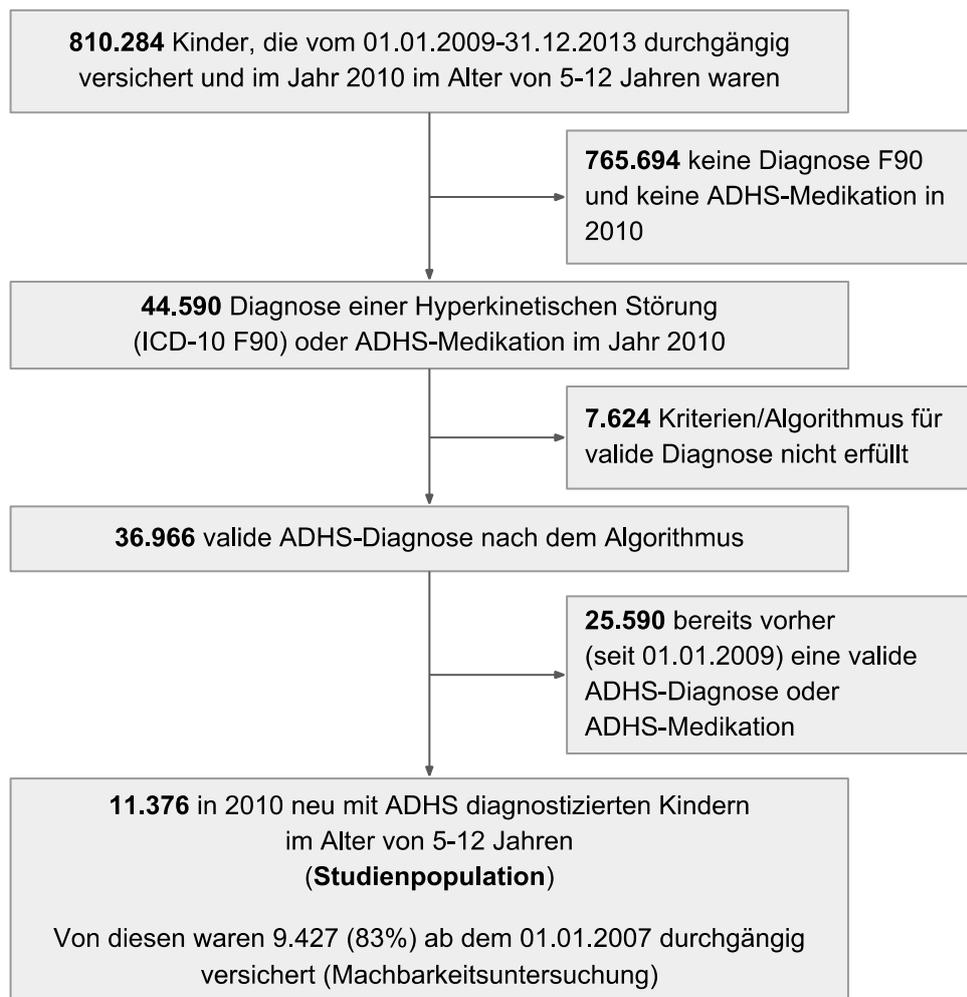


Abbildung 1: Flow-Diagramm zur Selektion der Studienpopulation

Durch die Anwendung des Algorithmus zur Identifikation valider ADHS-Diagnosen kam es zum Ausschluss von ca. 17% (N = 7.624) derjenigen Kinder, die nur eine ambulante Diagnose einer hyperkinetischen Störung (ICD-10 F90) oder nur eine Verschreibung einer ADHS-Medikation im Jahre 2010 hatten.

○ **Charakterisierung der Studienpopulation**

Von allen eingeschlossenen Kindern mit ADHS hatten 35 % (n = 4.015) jemals komorbide Störungen des Sozialverhaltens innerhalb des Follow-up-Zeitraums (Tabelle 1). Insgesamt lag das Geschlechterverhältnis (Jungen zu Mädchen) bei ca. 3:1 und in der Subgruppe derjenigen mit Störung des Sozialverhaltens bei ca. 4:1. Der Großteil der Studienpopulation war zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose 7-9 Jahre alt und das Durchschnittsalter lag bei 8,6 Jahren.

Bei den meisten Kindern (48 %) wurde die erstmalige ADHS-Diagnose von einer Pädiaterin oder einem Pädiater gestellt. Über ein Viertel (26 %) wurden erstmalig von einer Kinder- und Jugendpsychia-

terin oder einem Kinder- und Jugendpsychiater diagnostiziert und ca. 12 % von einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner. Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychiaterinnen und Psychiater/Neurologinnen und Neurologen sowie andere fachärztliche Gruppen stellen selten die erstmalige ADHS-Diagnose. Bei insgesamt ca. 7 % der Kinder mit ADHS konnte das Fachgebiet nicht bestimmt werden, da keine ambulante Diagnose im Quartal des Kohorteneintritts vorlag. Dieser Anteil lag bei denjenigen mit im Vergleich zu denjenigen ohne komorbide Störungen des Sozialverhaltens während Follow-up höher (10 % vs. 6 %).

Der Anteil von Kindern, der mindestens eine der untersuchten Interventionen bereits vor der erstmaligen ADHS-Diagnose hatte, lag in der gesamten Studienpopulation bei maximal 5 %. In der Subgruppe derjenigen mit Störung des Sozialverhaltens lag der Anteil mit bis zu 7 % etwas höher. Verhaltenstherapeutische Interventionen machten etwa die Hälfte der Behandlungen aus dem Leistungsspektrum aller Richtlinien-Psychotherapien im Zeitraum vor der erstmaligen ADHS-Diagnose aus.

Von den untersuchten Kindern hatten insgesamt 74 % mindestens eine psychiatrische Komorbidität zum Zeitpunkt des Kohorteneintritts (Tabelle 2). Die häufigsten Komorbiditäten waren umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (24 %), Störung des Sozialverhaltens (24 %), Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten sowie motorischer Funktionen (jeweils 17 %), sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (17 %), emotionale Störungen des Kindesalters (14 %) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (10 %). In der Subgruppe von Kindern, die eine Störung des Sozialverhaltens zusätzlich zur ADHS-Diagnose aufweisen, lagen die Anteile mancher psychiatrischen Erkrankungen zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose höher als bei denjenigen, die keine Störung des Sozialverhaltens im Follow-up aufwiesen. Dies betraf Depressionen (12 % vs. 8 %), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (13 % vs. 8 %) und emotionale Störungen des Kindesalters (18 % vs. 12 %). Bei 62 % derjenigen Kinder mit Störung des Sozialverhaltens im Follow-up lag die Diagnose bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose vor.

Der Gebrauch von Antidepressiva und Antipsychotika bis zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose war mit maximal 1,3 % (Antipsychotika) in der Subgruppe derjenigen mit Störung des Sozialverhaltens selten.

Tabelle 1: Charakterisierung der Studienpopulation

	Gesamtpopulation (n = 11.376)		Störung des Sozialverhaltens ^a			
			Nein (n = 7.361)		Ja (n = 4.015)	
	n	%	n	%	N	%
Geschlecht						
Männlich	8.403	73,9	5.211	70,8	3.192	79,5
Weiblich	2.973	26,1	2.150	29,2	823	20,5
Alter zum Zeitpunkt der ADHS-Diagnose (Jahre)						
Durchschnitt (SD)	8,6 (1,96)		8,6 (1,94)		8,5 (1,98)	
5-6	1.808	15,9	1.111	15,1	697	17,4
7-9	5.796	50,9	3.736	50,8	2.060	51,3
10-12	3.772	33,2	2.514	34,2	1.258	31,3
Fachgebiet der erstdiagnostizierenden Therapeutin bzw. des erstdiagnostizierenden Therapeuten						
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2.988	26,3	1.820	24,7	1.168	29,1
Psychiatrie/Neurologie	109	1,0	69	0,9	40	1,0
Psychotherapie	390	3,4	225	3,1	165	4,1
Pädiatrie	5.466	48,0	3.671	49,9	1.795	44,7
Allgemeinmedizin	1.307	11,5	954	13,0	353	8,8
Andere	112	1,0	85	1,2	27	0,7
Unbekannt	169	1,5	99	1,3	70	1,7
Keine ambulante Diagnose im Kohorteneintritts-Quartal ^b	835	7,3	438	6,0	397	9,9
Kinder, die mindestens einmal eine der folgenden Interventionen vor der ADHS- Diagnose hatten						
Probatorische Sitzung	544	4,8	268	3,6	276	6,9
Richtlinien-Psychotherapie (RL-PT)	372	3,3	197	2,7	175	4,4
Verhaltenstherapie (enthalten in RL-PT)	178	1,6	103	1,4	75	1,9
Psychiatrische Hospitalisierung	185	1,6	82	1,1	103	2,6

^a Basierend auf mindestens einer stationären oder ambulanten ICD-10 F90.1, F91 oder F92 Diagnose während Follow-up.

^b Bei diesen Patienten erfolgte der Kohorteneintritt durch eine stationäre Diagnose und/oder eine Verschreibung eines ADHS-Medikamentes, ohne das eine ambulante Diagnose in diesem Quartal gestellt wurde.

SD Standardabweichung; RL-PT Richtlinien-Psychotherapie.

Tabelle 2: Komorbiditäten und Komedikation in der Studienpopulation

	Gesamtpopulation (n = 11.376)		Störung des Sozialverhaltens ^a			
			Nein (n = 7.361)		Ja (n = 4.015)	
	n	%	n	%	N	%
Psychiatrische Komorbiditäten im Zeitraum von vier Quartalen vor sowie im Quartal der ADHS-Diagnose						
Mindestens eine der untersuchten Komorbiditäten	8.315	73,1	4.805	65,3	3.510	87,4
Psychose	12	0,1	6	0,1	6	0,1
Depression	1.060	9,3	566	7,7	494	12,3
Manische Episode	3	0,0	1	0,0	2	0,0
Bipolar affektive Störung	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Phobische Störungen	104	0,9	53	0,7	51	1,3
Andere Angststörungen	308	2,7	156	2,1	152	3,8
Zwangsstörung	71	0,6	34	0,5	37	0,9
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1.112	9,8	598	8,1	514	12,8
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	2.772	24,4	1.793	24,4	979	24,4
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	1.966	17,3	1.317	17,9	649	16,2
Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	1.914	16,8	1.214	16,5	700	17,4
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	1.002	8,8	571	7,8	431	10,7
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	228	2,0	109	1,5	119	3,0
Störung des Sozialverhaltens	2.704	23,8	214	2,9	2.490	62,0
Emotionale Störungen des Kindesalters	1.570	13,8	854	11,6	716	17,8
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	213	1,9	79	1,1	134	3,3
Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.958	17,2	1.255	17,0	703	17,5
Gebrauch von Psychopharma im Zeitraum von vier Quartalen vor sowie im Quartal der ADHS-Diagnose						
Antidepressiva	27	0,2	17	0,2	10	0,2
Antipsychotika	65	0,6	12	0,2	53	1,3

^a Basierend auf mindestens einer stationären oder ambulanten ICD-10 F90.1, F91 oder F92 Diagnose während Follow-up.

○ **Periodenprävalenz von Interventionen**

In Tabelle 3 sind die Anteile der Kinder dargestellt, die im Follow-up-Zeitraum von bis zu drei Jahren seit der ADHS-Diagnose mindestens eine Intervention erhalten haben. Am häufigsten hat eine Behandlung mit ADHS-Medikamenten stattgefunden. Mit zunehmender Beobachtungsdauer ab der erstmaligen ADHS-Diagnose stieg der Anteil medikamentös behandelter Kinder mit ADHS von etwa 35% im ersten Jahr auf 44% in den ersten drei Jahren (+28%). In den entsprechenden Zeiträumen stieg der Anteil derjenigen mit probatorischer Sitzung um 67%; mit Richtlinien-Psychotherapie um 63%; mit psychiatrischer Hospitalisierung um 114%. Verhaltenstherapie umfasste ca. 65% aller antragspflichtigen Richtlinien-Psychotherapien.

Die Subgruppe der Kinder mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens im weiteren Verlauf hatte höhere Anteile für alle untersuchten Interventionen. Insbesondere psychiatrische Hospitalisierungen betrafen mit ca. 18% nahezu jede bzw. jeden fünften dieser Patientinnen und Patienten.

Tabelle 3: Periodenprävalenz von Interventionen ab der erstmaligen ADHS-Diagnose bis zu einer Beobachtungsdauer von drei Jahren

	Gesamtpopulation (n = 11.376)			Subgruppe mit Störung des Sozialverhaltens ^a (n = 4.015)		
	Zeitraum ab ADHS-Diagnose			Zeitraum ab ADHS-Diagnose		
	<12 Monate %	<24 Monate %	<36 Monate %	<12 Monate %	<24 Monate %	<36 Monate %
ADHS-Medikament	34,6	41,1	44,2	42,0	50,2	54,9
Probatorische Sitzung	10,7	14,8	17,9	15,6	22,2	26,7
Richtlinien- Psychotherapie (RL-PT)	8,3	11,4	13,5	12,2	17,8	21,2
Verhaltenstherapie (enthalten in RL-PT)	5,3	7,4	8,8	7,7	11,5	13,8
Psychiatrische Hospitalisierung	4,3	7,1	9,2	8,1	13,8	17,6
Irgendeine Intervention	44,7	52,6	56,6	55,7	65,7	71,0

^a Basierend auf mindestens einer stationären oder ambulanten ICD-10 F90.1, F91 oder F92 Diagnose während Follow-up.

RL-PT Richtlinien-Psychotherapie.

○ Therapie der ersten Wahl

Die Therapie der ersten Wahl in den ersten drei Jahren nach der ADHS-Diagnose ist in Tabelle 4 (Gesamtpopulation) und Tabelle 5 (Subgruppe von Kindern mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens) dargestellt. Etwa 54 % aller Kinder und 68% derjenigen mit Störung des Sozialverhaltens wurden medikamentös und/oder psychotherapeutisch mit Richtlinien-Psychotherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach erstmaliger ADHS-Diagnose behandelt. Dabei gehörte die Pharmakotherapie in den meisten Fällen zur Therapie der ersten Wahl (41 % als Summe derjenigen die nur Pharmakotherapie, erst Pharmakotherapie und später Psychotherapie sowie die Kombination aus beiden Therapieformen erhielten). Weitere 13 % erhielten entweder ausschließlich Psychotherapie (10 %) oder erst Psychotherapie und später Pharmakotherapie (3 %). Mit einer Kombination der beiden Therapieformen begannen 3,4 % aller inzidenten Kinder mit ADHS. Von allen eingeschlossenen Kindern mit ADHS, die innerhalb von drei Jahren jemals eine medikamentöse Therapie erhielten (n = 5.036), hatte ca. ein Viertel (n = 1.258) auch jemals mindestens eine psychotherapeutische Sitzung.

Altersabhängige Unterschiede zeigten sich vor allem bei der ausschließlichen Pharmakotherapie sowie bei der Kombinationstherapie. Kinder mit ADHS, die im Alter zwischen fünf und sechs Jahren diagnostiziert wurden, erhielten häufiger keine der beiden Therapieformen als ältere und zwar hauptsächlich durch niedrigere Raten für pharmakotherapeutische Behandlungen. In der Altersgruppe der 10-12-Jährigen gab es häufiger initiale Kombinationsbehandlungen als in jüngeren Altersgruppen (5 % vs. 3 %).

Tabelle 4: Therapie der ersten Wahl bei Kindern in den ersten drei Jahren nach der ADHS-Diagnose

	Alter zum Zeitpunkt der ADHS-Diagnose (Jahre)			Gesamt (n = 11.376)
	5-6 (n = 1.808)	7-9 (n = 5.796)	10-12 (n = 3.772)	
	%	%	%	%
Nur Pharmakotherapie	23,7	35,0	35,0	33,2
Nur Psychotherapie	10,2	9,9	10,4	10,1
Erst Pharmakotherapie und später Psychotherapie	2,8	4,8	4,3	4,3
Erst Psychotherapie und später Pharmakotherapie	3,2	3,4	3,2	3,3
Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie ^a	2,3	2,8	5,0	3,4
Keine der beiden Therapieformen	57,8	44,1	42,0	45,6

^a Definiert als "Behandlungsbeginn innerhalb von drei Monaten aufeinander".

Tabelle 5: Therapie der ersten Wahl bei Kindern in den ersten drei Jahren nach der ADHS-Diagnose und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens^a

	Alter zum Zeitpunkt der ADHS-Diagnose (Jahre)			Gesamt (n = 4.015)
	5-6 (n = 697)	7-9 (n = 2.060)	10-12 (n = 1.258)	
	%	%	%	
Nur Pharmakotherapie	33,3	37,4	36,8	36,5
Nur Psychotherapie	12,6	13,4	11,4	12,7
Erst Pharmakotherapie und später Psychotherapie	5,0	8,3	7,9	7,6
Erst Psychotherapie und später Pharmakotherapie	6,0	5,5	5,4	5,6
Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie ^b	4,6	3,8	8,0	5,3
Keine der beiden Therapieformen	38,5	31,5	30,4	32,4

^a Basierend auf einer mindestens einer stationären oder ambulanten ICD-10 F90.1, F91 oder F92 Diagnose während Follow-up.

^b Definiert als "Behandlungsbeginn innerhalb von drei Monaten aufeinander".

In der Subgruppe von Kindern mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens waren die Unterschiede in den Behandlungsraten zwischen den Altersgruppen bezogen auf die ausschließliche Pharmakotherapie geringer ausgeprägt und schwankten zwischen 33 % – 37 % (vs. 24 % – 35 % in der Gesamtpopulation). In der Altersgruppe der 5-6-Jährigen lag der Anteil an unbehandelten Kindern für die Gesamtpopulation bei 58 %, wohingegen dieser bei Betrachtung der Subgruppe mit Störung des Sozialverhaltens auf 39 % sinkt.

Von allen Kindern mit ADHS wurden ca. 21 % jemals mit Richtlinien-Psychotherapie behandelt und von diesen ca. 48 % ausschließlich mit dieser Therapieform. In der Subgruppe derjenigen mit Störung des Sozialverhaltens beliefen sich die Anteile entsprechend auf 31 % (jemals Richtlinien-Psychotherapie) und 41 % (davon ausschließlich mit dieser Therapieform).

○ **Fachgebiet der erstverordnenden Ärztinnen und Ärzte der ADHS-Medikation**

Fast 96 % aller 5.033 Kinder mit ADHS und mit medikamentöser Behandlung innerhalb von drei Jahren ab der ADHS-Diagnose erhielten erstmalig eine Monotherapie mit Methylphenidat (Tabelle 6). Die übrigen Patientinnen und Patienten erhielten fast ausschließlich Atomoxetin.

Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater (43 %) gefolgt von Pädiaterinnen und Pädiatern (31 %) haben in den meisten Fällen die erstmalige ADHS-Medikation verschrieben. Andere Fachgebiete waren selten vertreten. In ca. 20 % aller Erstverordnungen konnte kein Fachgebiet bestimmt werden.

Tabelle 6: Aufteilung der Fachgebiete der Erstverordnerin bzw. des Erstverordners bei allen innerhalb von drei Jahren ab ADHS-Diagnose pharmakologisch behandelten Kindern

Fachgebiet der Erstverordnerin bzw. des Erstverordners	Erstmalig verordnetes ADHS-Medikament ^a		
	Gesamt ^b (n = 5.033)	Methylphenidat (n = 4.815)	Atomoxetin (n = 214)
	%	%	%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	42,5	42,8	36,9
Psychiatrie/Neurologie	0,8	0,8	1,4
Psychotherapie	0,2	0,2	0,0
Pädiatrie	31,4	31,2	36,0
Allgemeinmedizin	3,3	3,3	2,8
Andere	1,4	1,4	1,9
Unbekannt	20,4	20,4	21,0

Hinweis: Spalten addieren sich zu 100%.

^a Eingeschlossen wurden Methylphenidat, Atomoxetin, Lisdexamfetamin und Dexamfetamin.

^b Dies restlichen Versicherten (n = 4) bekamen mehrere unterschiedliche ADHS-Medikamente.

• Diskussion

In dieser Studie untersuchten wir die pharmako- und psychotherapeutische Versorgung von im Jahr 2010 neu mit ADHS diagnostizierten Kindern im Alter von 5-12 Jahren über einen Follow-up-Zeitraum von drei Jahren basierend auf Sekundärdaten von insgesamt 20 Millionen GKV-Versicherten. Hinsichtlich der Untersuchung der Machbarkeit von längsschnittlichen Untersuchungen in dieser Studie ist festzustellen, dass es bei der Erweiterung der Baseline-Periode von mindestens einem auf mindestens drei Jahre nur zu einer geringfügigen Reduzierung der Studienpopulation kam. Der Stichprobenumfang belief sich immer noch auf über 9.000 inzidente Kinder mit ADHS, der ausreichend Power auch für konfirmatorisch-hypothesentestende Ansätze mit Möglichkeiten zur Stratifizierung der Stichproben und Durchführung von interessierenden Subanalysen liefern dürfte. Dem Verlust von 17% der Studienpopulation bei Verlängerungen der Baseline auf drei Jahre stünden die Vorteile einer noch zuverlässigeren Identifikation erstmalig diagnostizierter ADHS-Fälle sowie die Erfassung potentiell wichtiger Kovariablen in einem weiter zurückliegenden Zeitfenster gegenüber. Dies sollte bei künftigen Studien zur ADHS mit GePaRD entsprechend berücksichtigt werden.

Versorgung von Kindern mit ADHS

Diese Studie charakterisierte die pharmako- und psychotherapeutische Versorgung auf Basis einer großen Versichertenstichprobe von Kindern mit einer neu diagnostizierten ADHS über einen Follow-up-Zeitraum von drei Jahren. In diesem Zeitraum hatte über ein Drittel der Kinder mit ADHS eine

komorbide Störung des Sozialverhaltens. Bei über der Hälfte lag die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose vor. Dass eine Störung des Sozialverhaltens häufig bei Kindern mit der Diagnose ADHS auftritt, ist bekannt [6] und wurde in dieser Studie bestätigt.

In fast der Hälfte aller Fälle haben Pädiaterinnen und Pädiater die erstmalige ADHS-Diagnose gestellt, gefolgt von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern (über ein Viertel). Wenn man die Fachgebiete "Kinder- und Jugendpsychiatrie" sowie "Psychiatrie/Neurologie" zusammenzählt, ergibt sich ein Anteil von ca. 27 % der Kinder, der von einer Therapeutin oder einem Therapeuten erstmalig diagnostiziert wird, welche bzw. welcher eine Spezialistin oder ein Spezialist für Verhaltensstörungen ist. Da sich die Fälle, bei denen es keine ambulante Diagnose im Quartal des Kohorteneintritts gibt, unter anderem aus denen zusammensetzen, die erstmalig eine stationäre ADHS-Diagnose erhalten haben, könnten diese ebenfalls zu den „Spezialistinnen“ bzw. "Spezialisten" gezählt werden. Dadurch ergäbe sich ein Anteil von 27 – 35 %, der erstmalig von einer Spezialistin oder einem Spezialisten diagnostiziert würde. Schlander et al. ermittelten in prävalenten ADHS-Fällen einen Anteil von 36 %, der von einer Spezialistin oder einem Spezialisten mindestens einmal im Jahr 2003 aufgesucht worden ist [22].

Pharmakotherapie

Unabhängig vom Alter des Kindes zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose war die pharmakotherapeutische Behandlung mit ADHS-Medikamenten die häufigste initiale Therapie. Als Wirkstoff wurde in nahezu allen Fällen Methylphenidat eingesetzt. Dies entspricht grundsätzlich den Empfehlungen in ADHS-Leitlinien [8]. Am häufigsten haben Fachärztinnen und Fachärzte aus der Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater sowie Pädiaterinnen und Pädiater die ADHS-Medikamente verordnet. Vor dem Hintergrund der Änderung der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA zur Verordnungseinschränkung von Stimulantien im Jahre 2010 [23] ist es positiv, dass die initiale ADHS-Medikation – wie vom G-BA vorgegeben – von Spezialistinnen und Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, zu denen diese beiden Fachgebiete zählen, verordnet wurde. Durch den Vergleich der Fachgebiete der erstdiagnostizierenden Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Erstverordnerinnen und Erstverordner der ADHS-Medikation kann vermutet werden, dass nicht-Spezialistinnen und nicht-Spezialisten die Kinder mit ADHS zur Einstellung einer Medikation zu einer Spezialistin oder einem Spezialisten überweisen. Es könnte jedoch auch sein, dass die Subgruppe von Kindern mit ADHS-Medikation während Follow-up häufiger von einer Spezialistin oder einem Spezialisten diagnostiziert wurde. Der Großteil der jemals in den ersten drei Jahren ab ADHS-Diagnose behandelten Kinder erhält von den untersuchten Therapien ausschließlich Pharmakotherapie. Unter der Annahme, dass der Großteil der identifizierten Kinder mit ADHS in dieser Studie tatsächlich die ICD-10-Kriterien einer Hyperkinetischen Störung (F90) erfüllten, welche im Vergleich zum DSM-IV strenger sind [24], scheint die medikamentöse Therapie den Empfehlungen in Leitlinien zu entsprechen. Die

Leitlinie des *European Network for Hyperkinetic Disorders* (EUNETHYDIS) weist darauf hin, dass bei den meisten Kindern, bei denen die Symptome schwer genug sind um die ICD-10-Diagnose einer Hyperkinetischen Störung zu rechtfertigen, eine medikamentöse Therapie angezeigt sei [6]. Die dieser Studie zugrundeliegenden Versichertendaten erlauben keine direkte Einschätzung des Schweregrades der ADHS, was eine Bewertung des Einsatzes von ADHS-Medikamenten als Initialtherapie vereinfachen würde, da diese in Europa üblicherweise für schwere Fälle angezeigt sind sowie bei Patientinnen und Patienten, die auf nicht-pharmakologische Behandlungen nicht ansprechen [7].

Psychotherapie

Richtlinien-Psychotherapie gehörte im Vergleich zur Pharmakotherapie seltener zur Therapie der ersten Wahl. Zwar war der Anteil psychotherapeutisch behandelter Kinder von denen, die im Vorschulalter (5-6 Jahre) mit ADHS diagnostiziert wurden, insgesamt etwa so hoch wie in den höheren Altersklassen. Wenn man jedoch berücksichtigt, dass die Kinder der jüngsten Altersgruppe überhaupt seltener mit einer der untersuchten Therapieformen behandelt wurden, lässt sich feststellen, dass Psychotherapie eine größere Rolle bei den im Vorschulalter mit ADHS diagnostizierten Kindern spielt. Überraschend ist der relativ hohe Anteil ausschließlich psychotherapeutisch behandelter Kinder mit ADHS von mindestens 10 % über alle Alters- und Subgruppen. Die Subgruppe der Kinder mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens wurde zu einem höheren Anteil psychotherapeutisch behandelt, wobei der Anteil derjenigen mit ausschließlicher Pharmakotherapie insgesamt nur geringfügig höher ist. Dieser Aspekt der Erweiterung der Behandlung vor allem durch zusätzliche psychotherapeutische Maßnahmen bei Kindern mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens könnte ein Hinweis darauf sein, dass bei dieser Gruppe die alleinige pharmakotherapeutische Behandlung als nicht ausreichend angesehen wird. Eine Metaanalyse hat gezeigt, dass sich verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die in dieser Studie in mehr als der Hälfte der Kinder mit psychotherapeutischen Leistungen durchgeführt wurden, positiv auf die Störung des Sozialverhaltens auswirken können [25].

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass ein substantieller Anteil der psychotherapeutisch behandelten Kinder mit ADHS mit anderen Formen von Psychotherapie als Verhaltenstherapie behandelt wurde. In den Bereich der erfassten Richtlinien-Psychotherapie fallen als weitere Therapieformen die tiefenpsychologisch fundierte sowie die analytische Psychotherapie. Bei ADHS wird jedoch Verhaltenstherapie empfohlen [6, 7] und die Zweckmäßigkeit der anderen Therapieformen zur Behandlung von ADHS ist fraglich. Zur Bewertung des Einsatzes von Psychotherapien außerhalb der Verhaltenstherapie in dieser Studie sind jedoch detailliertere Analysen notwendig, in denen potentielle Indikationen wie Depression berücksichtigt werden.

Behandlung mit Pharmako- und Psychotherapie

Die Studienergebnisse der *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD* (MTA) zeigten, dass eine kombinierte Behandlung aus Medikation und nicht-medikamentöser Intervention einer alleinigen Therapie mit nicht-medikamentösen Maßnahmen überlegen ist [26]. Vor diesem Hintergrund ist es überraschend, dass der Anteil von Kindern mit ADHS der mit beiden Therapieformen behandelt wurde nur geringfügig höher war als der Anteil derjenigen mit ausschließlicher Psychotherapie.

Ein Viertel der jemals mit ADHS-Medikation versorgten Kinder hatte mindestens eine psychotherapeutische Sitzung in den ersten drei Jahren nach erstmaliger ADHS-Diagnose. Eine Studie über die psychotherapeutischen Versorgung von mit ADHS-Medikamenten behandelten Kindern in den USA ermittelte eine Behandlungsprävalenz mit Psychotherapie von 22 % [27]. Die Studie schätzt diese Behandlungsprävalenz als niedrig ein und weist darauf hin, dass die ausschließliche Behandlung mit ADHS-Medikamenten für viele Patientinnen und Patienten nicht optimal sein dürfte [27]. Zwar deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie ähnlich niedrige Behandlungsraten für psychotherapeutische Interventionen bei medikamentös behandelten Kindern mit ADHS an, die Ergebnisse sind jedoch nicht direkt miteinander vergleichbar. Zudem könnten Besonderheiten der Abrechnung von Psychotherapie in Deutschland für eine Unterschätzung der Behandlungsprävalenz mit Psychotherapie in dieser Studie verantwortlich sein (siehe Abschnitt "Interne Validität und Risiko von Verzerrungen"). Dass der Anteil an nicht-medikamentösen Interventionen in Deutschland allgemein höher zu erwarten wäre als in den USA ließe sich aus der Einschätzung ableiten, dass nicht-medikamentöse Behandlungen in Europa im Vergleich zu den USA bei weniger schweren Fällen eine größere Rolle einnehme [7].

Versorgung in den Jahren nach erstmaliger ADHS-Diagnose

Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass Kinder mit ADHS zu einem nennenswerten Anteil Interventionen aus verschiedenen Bereichen in Anspruch nahmen. Dazu gehörte die Versorgung mit Arzneimitteln und mit psychotherapeutischen Leistungen sowie psychiatrische Hospitalisierungen. Innerhalb von zwei Jahren ab der erstmaligen ADHS-Diagnose erhielt über die Hälfte aller Kinder wenigstens eine dieser Interventionen. Bei der über ein Drittel ausmachenden Subgruppe von Kindern mit ADHS und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens war dieser Anteil deutlich höher, vor allem für psychiatrische Hospitalisierungen. Durch den Vergleich mit den niedrigeren Raten an Interventionen in der Baseline schienen nicht nur ADHS-Medikation, sondern auch weniger ADHS-spezifischere psychotherapeutische Interventionen sowie psychiatrische Hospitalisierungen im Zusammenhang mit der Diagnose ADHS zu stehen. Genauere Aussagen ließen sich erst in Folgeanalysen mit Methoden der analytischen Statistik treffen. In der Gesamtpopulation hatten immerhin 44 % der als ADHS-Fälle identifizierten Kinder keine der in dieser Studie untersuchten Interventionen. Bei diesen Fällen könnte u.a. die Symptomschwere deutlich niedriger gewesen sein, obwohl die Erfüllung der ICD-Kriterien eine Behandlung grundsätzlich rechtfertigen würde (siehe oben). Es könnte auch sein, dass diese Kinder mit nicht-medikamentösen Interventionen behandelt wurden, die entweder in dieser Studie nicht er-

fasst wurden oder aber grundsätzlich mit GKV-Daten nicht abbildbar sind. Der Algorithmus, der in dieser Studie zur Identifikation von ADHS-Fällen verwendet wurde, wirkte einer potentiellen Überdiagnostizierung zwar bereits entgegen, weitere Studien sollten jedoch ggf. zusätzlich berücksichtigen, inwiefern die ADHS-Diagnose im Zeitverlauf weiterhin kodiert worden ist.

Interne Validität und Risiko von Verzerrungen

Die Identifikation der ADHS-Fälle erfolgte anhand ambulant-ärztlicher bzw. stationär dokumentierter Diagnoseschlüssel und nicht durch spezifische Verfahren wie Symptomchecklisten. Die Anwendung des Algorithmus, der z. B. Patientinnen und Patienten mit nur einmalig ärztlich dokumentierter Diagnose einer Hyperkinetischen Störung nicht als ADHS-Fall berücksichtigt, ergab eine ADHS-Prävalenz in Höhe von 4,6 % für Kinder im Alter von 5-12 Jahren im Jahr 2010. Dies liegt im Bereich der erwarteten Häufigkeit der Diagnose in dieser Population.

Hinsichtlich der Erfassung von Psychotherapie ist anzumerken, dass in dieser Studie ausschließlich Leistungen aus dem Bereich der Richtlinien-Psychotherapie erfasst wurden. Bei diesen handelt es sich um bei der GKV antragspflichtige Leistungen. Ihre Validität zur Erfassung von psychotherapeutischen Interventionen ist als sehr hoch einzustufen, da die Möglichkeit zur Abrechnung dieser Leistungen mit klar definierten gesetzlichen Anforderungen verknüpft ist. Bspw. müssen die Leistungserbringer über eine Genehmigung gemäß Psychotherapie-Vereinbarung verfügen und die Sitzungsdauer muss mindestens 50 Minuten betragen. Herpertz et al. diskutierten in ihrer "Studie zur spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie", dass die Definition von Psychotherapie im Psychotherapeutengesetz, von der sich die eben beschriebenen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie ableiten, die ärztliche Psychotherapie nicht hinreichend beschreibt [28]. Sie merkten an, dass gerade von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie therapeutisch mehr mit Gesprächsleistungen und weniger mit Richtlinien-Psychotherapie gearbeitet wird. Sie liefern eine Definition für ärztliche Psychotherapie, die unter anderem eine Mindestdauer einer psychotherapeutischen Intervention von 20 Minuten voraussetzt [28]. Vor diesem Hintergrund liefern die Ergebnisse der vorliegenden Studie eine konservative Schätzung für psychotherapeutische Interventionen. Dies unterstützen auch die Ergebnisse einer Befragung gesetzlich Krankenversicherter mit der Diagnose ADHS. Der Anteil von Personen, der Gesprächs-/Spieltherapie als Behandlung angab, lag etwa ein Drittel höher als der von Verhaltenstherapie [29].

Stärken und Schwächen

Die Stärken dieser Studie sind die große Fallzahl an erstmalig mit ADHS diagnostizierten Kindern sowie die vollständige Abbildung von erstatteten GKV-Leistungen. Die verwendete Datenbank enthält personenbezogene Daten ambulanter und stationärer Leistungen im Zeitverlauf und ermöglichte damit die Erfassung von Periodenprävalenzen mit Interventionen in unterschiedlichen Nachbeobachtungszeiträumen sowie von der Therapie der ersten Wahl in der Routineversorgung. Dies stellt einen Vorteil

gegenüber Querschnittsanalysen dar. Alle erfassten ADHS-Medikamente sind verschreibungspflichtig und werden von der GKV erstattet; letzteres gilt auch für Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie. Ein Recall-bias wie in Erhebungen mit Fragebögen kann damit ausgeschlossen werden. Sekundärdaten sind zur Erfassung der Versorgungssituation im Praxisalltag, was Ziel dieses Forschungsprojektes war, hervorragend geeignet.

Die Schwächen ergeben sich aus den typischen Einschränkungen durch die Verwendung von Sekundärdaten. Die verwendeten GKV-Daten wurden zu Abrechnungszwecken mit den Leistungserbringern und nicht für wissenschaftliche Fragestellungen erhoben. Die Daten erlauben keine direkten Rückschlüsse auf die Schwere der Symptomatik, wodurch beispielsweise zuverlässige Aussagen zur Zweckmäßigkeit einer medikamentösen ADHS-Therapie, welche einen gewissen Schweregrad der ADHS-Symptomatik voraussetzt, nicht möglich waren. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung gibt es – ergänzt zu den Hinweisen unter "Interne Validität und Risiko von Verzerrungen" – die Einschränkung, dass in dieser Studie nur Leistungen bei den betroffenen Kindern mit ADHS analysiert wurden. Die Empfehlungen zur Anwendung verhaltenstherapeutischer Interventionen vor allem bei jüngeren Kindern mit ADHS im Vorschulalter richten sich nämlich hauptsächlich an Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer und nicht an das Kind selbst [10, 30].

• **Schlussfolgerungen**

Grundsätzlich eignen sich Daten gesetzlicher Krankenversicherungen auch für längsschnittliche Untersuchungen zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit ADHS über eine Beobachtungsdauer von sechs Jahren. Dies gilt zumindest für Kinder, die zum Zeitpunkt der erstmaligen ADHS-Diagnose maximal 12 Jahre alt sind und über 3 Jahre nachverfolgt werden.

Die deskriptiven Auswertungen zur pharmako- und psychotherapeutischen Versorgungssituation von Kindern mit ADHS liefern erstmalig einen Einblick in die Routineversorgung dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung nicht-medikamentöser Interventionen in Form von Psychotherapie. Psychotherapeutische Interventionen finden im Vergleich zur Pharmakotherapie relativ selten statt. Vor allem deuten die Ergebnisse nicht darauf hin, dass Kombinationen von Richtlinien-Psychotherapie und Pharmakotherapie eine bedeutende Rolle in der Versorgungspraxis einnehmen. Für die Bewertung des Ausmaßes kombinierter Behandlungsansätze bei Kindern mit ADHS in der Routineversorgung scheint es sinnvoll, in weiteren Studien Gesprächsziffern zu berücksichtigen, um eine weniger konservative Schätzung der Anwendung psychotherapeutischer Interventionen als in dieser Studie zu erhalten. Insgesamt liefert diese Studie eine gute Datenbasis für weitergehende konfirmatorisch-hypothesentestende Auswertungsansätze.

• **Interessenkonflikte**

○ **Finanzierung**

Diese Studie wurde durch die Aktion Psychisch Kranke e.V. im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts "Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse" finanziell gefördert. Der Geldgeber hatte keinen Einfluss auf die Planung, Durchführung, Analyse und Interpretation der Studie.

○ **Rolle der Dateneigner**

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich bei den Krankenkassen AOK Bremen/Bremerhaven, DAK-Gesundheit und Techniker Krankenkasse für die Bereitstellung der Daten. Die Dateneigner hatten keinen Einfluss auf die Planung, Durchführung, Analyse und Interpretation der Studie.

○ **sonstige Interessenkonflikte**

Oliver Riedel und Oliver Scholle sind Angestellte einer Abteilung des BIPS, die unter anderem von der pharmazeutischen Industrie finanzierte Studien durchführt.

Referenzen

1. Polanczyk GG, de Lima MSM, Horta BLB, et al (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 164:942–948. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.942
2. Loe IM, Feldman HM (2007) Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambul Pediatr* 7:82–90. doi: 10.1016/j.ambp.2006.05.005
3. Elkins IJ, McGue M, Iacono WG (2007) Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Arch Gen Psychiatry* 64:1145–1152. doi: 10.1001/archpsyc.64.10.1145
4. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ (2002) The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 8:162–170. doi: 10.1002/mrdd.10036
5. DIMDI (2017) ICD-10-GM. In: dimdi.de. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>. Accessed 9 Mar 2017
6. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, et al (2004) European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 Suppl 1:I7–30. doi: 10.1007/s00787-004-1002-x
7. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, et al (2015) Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 1:15020. doi: 10.1038/nrdp.2015.20

8. Seixas M, Weiss M, Müller U (2012) Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol* 26:753–765. doi: 10.1177/0269881111412095
9. Döpfner M, Lehmkuhl G, Schepker R, Frölich J (2007) DGKJP (Ed.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter: Hyperkinetische Störungen (F90). Deutscher Ärzte Verlag 3rd ed.:239–254.
10. NICE (2013) Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. NICE clinical guideline 72. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
11. Lutz W, Rubel J (2015) Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste. *Psychother Psych Med* 65:161–162. doi: 10.1055/s-0034-1387657
12. Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S (2016) Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung: Eine Analyse von Sekundärdaten. *Nervenarzt* 87:1201–1210. doi: 10.1007/s00115-016-0168-z
13. Lehmkuhl G, Köster I, Schubert I (2009) [Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 58:170–185. doi: 10.13109/prkk.2009.58.3.170
14. BIPS Die Deutsche Pharmakoepidemiologische Forschungsdatenbank. In: bips-institut.de. <https://www.bips-institut.de/forschung/versichertenstichprobe.html>. Accessed 21 Mar 2017
15. Pigeot I, Ahrens W (2008) Establishment of a pharmacoepidemiological database in Germany: methodological potential, scientific value and practical limitations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 17:215–223. doi: 10.1002/pds.1545
16. Schink T, Garbe E (2010) Representativity of Dispensations of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) in the German Pharmacoepidemiological Research Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 19:S294.
17. Schink T, Garbe E (2010) Assessment of the Representativity of In-Patient Hospital Diagnoses in the German Pharmacoepidemiological Research Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 19:S178–S179.
18. Grobe TG, Bitzer EM, Schwartz FW (2013) Barmer GEK Arztreport. In: barmer.de. <https://www.barmer.de/blob/37498/b9048801692f51c000ca13857d8d8a5a/data/pdf-arztreport-2013.pdf>. Accessed 21 Mar 2017
19. DGKJP (2013) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zum Barmer GEK Arztreport 2013 über die Häufigkeit von Diagnosen einer hyperkinetischen Störung und der Verordnung von Medikamenten zu ihrer Behandlung. <http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2013/stn-2013-02-05-barmer-arztreport-dgkjp.pdf>. Accessed 21 Mar 2017
20. KBV (2016) Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. In: kbv.de. http://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf. Accessed 22 May 2017
21. buzer.de § 75 SGB X Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung. <http://www.buzer.de/gesetz/3086/a43353.htm>. Accessed 21 Mar 2017
22. Schlander M, Schwarz O, Trott G-E, et al (2007) Who cares for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Insights from Nordbaden (Germany) on administrative

- prevalence and physician involvement in health care provision. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16:430–438. doi: 10.1007/s00787-007-0616-1
23. G-BA (2010) Zusammenfassende Dokumentation über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage III Nummer 44 Stimulantien. In: g-ba.de. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-1348/2010-09-16_AM-RL3_Stimulantien_ZD.pdf. Accessed 4 Apr 2017
 24. Döpfner M, Breuer D, Wille N, et al (2008) How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17 Suppl 1:59–70. doi: 10.1007/s00787-008-1007-y
 25. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, et al (2014) Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53:835–47– 847.e1–5. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.013
 26. Hinshaw SP, Arnold LE, MTA Cooperative Group (2015) Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 6:39–52. doi: 10.1002/wcs.1324
 27. Gellad WF, Stein BD, Ruder T, et al (2014) Geographic variation in receipt of psychotherapy in children receiving attention-deficit/hyperactivity disorder medications. *JAMA*. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.1582
 28. Herpertz SC, Herpertz S, Schaff C, et al (2011) Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie. In: bundesaerztekammer.de. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf. Accessed 19 Apr 2017
 29. Lehmkuhl G, Schubert I (2013) Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. In: gesundheitsmonitor.de. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itao_download/201304-NL.pdf. Accessed 26 Apr 2017
 30. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, et al (2011) ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 128:1007–1022. doi: 10.1542/peds.2011-2654

Appendix 1: ICD-10 Kodierung für verwendete psychiatrische Komorbiditäten

Komorbidität	ICD-10 Kodierung
Psychose	F20, F22–F25, F28, F29, F30.2, F31.2, F31.5
Depression	F20.4, F31.3–F31.5, F32, F33, F34.1, F41.2, F43.2
Manische Episode	F30
Bipolar affektive Störung	F31
Phobische Störungen	F40
Andere Angststörungen	F41
Zwangsstörung	F42
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F43
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	F80
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	F81
Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	F82
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	F83
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	F84
Störung des Sozialverhaltens	F90.1, F91, F92
Emotionale Störungen des Kindesalters	F93
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F94
Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F98.8

AKTION
PSYCHISCH
KRANKE e.V.

1. Workshop am 02.07.2015 in Berlin

„Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse und transparente, überprüfbare
Leistungserbringung in der stationären und teilstationären

Kinder- und Jugendpsychiatrie“

**Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Be-
standsaufnahme und Bedarfsanalyse“**

PROGRAMM

- 10.00 Begrüßung
Jörg M. Fegert – Vorstand APK, Projektleitung, Uni Ulm
Begrüßung
Dr. Thomas Stracke – Bundesministerium für Gesundheit
Vorstellung des Projekts
Ulrich Krüger
- 10.20 Krankenhaushäufigkeiten und demografische Entwicklung: Der vorausgesagte
Rückgang im Kindes- und Jugendalter bleibt aus
Paul Plener, Paul Lahode, Ferdinand Keller, Jörg M. Fegert
- 10.50 Leistungstransparenz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Frank Heimig – InEK
- 11.30 *Kaffeepause*
- 11.50 Anhaltspunkte für die Beschreibung von Kosten einer hinreichenden Strukturqualität
Michael Heller – Arbeitsstelle Heidelberg – VUD
- 12.20 Anforderungen an die Strukturqualitäten in der kinder- und jugendpsychiatrischen
und psychotherapeutischen Behandlung
Renate Schepker, Michael Kölch
- 12.50 Notwendigkeit verbindlicher Anforderungen an die Personalausstattung in der Kin-
der- und Jugendpsychiatrie aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer
Bundespsychotherapeutenkammer, N.N.

- 13.10 Qualitätskriterien in der kinder- und jugendpsychiatrischen / psychotherapeutischen
Behandlung
Gemeinsamer Bundesausschuss, N.N.
- 13.40 *Mittagsimbiss*
- 14.30 – 16.15 *Parallelforen*
Forum I: Die Sicht der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Kinder
und Jugendlichen sowie betroffener Eltern und Partner aus der Jugendhilfe

Forum II: Arbeitsbedingungen in der stationären und teilstationären Behandlung
(einschließlich Umgang mit Gewalt- und Risikosituationen)

Forum III: „Gute Kooperation“ – Bedingungen und Anforderungen an Kooperatio-
nen bei veränderten Rahmenbedingungen (niedergelassene KJP, Schulen, Jugendhil-
fe)

Forum IV: Strukturqualität in der stationären bzw. teilstationären kinder- und ju-
gendpsychiatrischen / psychotherapeutischen Behandlung
- 16.15 *Kaffeepause*
- 16.30 – 17.30 Abschlusspodium:
Zusammenfassung und Ausblick – Besprechung der entstandenen Arbeitsaufträge
für das Projekt



**Aktion
Psychisch
Kranke e.V.**

2. Workshop am 05.11.2015 in Berlin

zum Projekt

„Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland- Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“

gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Thema des 2. Workshops

„Wer bestimmt? Partizipation, Zwang, elterliche Sorge und Selbstbestimmung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung“

PROGRAMM

- | | |
|-------|--|
| 10:00 | Begrüßung, Einführung und Vorstellung des Projekts
Michael Kölch, Ulrich Krüger
Bundesministerium für Gesundheit
Thomas Stracke
Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz,
Grußwort von Frau Staatssekretärin Dr. Stefanie Hubig übermittelt von
Beate Kienemund |
| 10:30 | Partizipation, Zwang und die Rolle der Eltern in der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung
Jörg M. Fegert |
| 11:00 | Geschlossene Unterbringung, Fixierung und Zwangsbehandlung Minderjähriger
– ist die bestehende rechtliche Regelung ausreichend?
Isabell Götz |
| 11:30 | <i>Kaffeepause</i> |
| 11:50 | Erste Ergebnisse der BAG KJPP Befragung
Michael Brünger |

- 12:10 Kinder und Jugendliche in der Freiheit beschränken: eine ethische Betrachtung
Thomas Meysen
- 12:35 Die Problematik aus Elternsicht und Betroffenen­sicht, ein moderiertes Gespräch
Elternsicht **Maria Kaminski**
Retrospektive eines Betroffenen **J. S.**
Moderation **Johannes Streif**
- 13:15 *Mittagspause*
- 14:00 Parallelforen:
Forum I (Raum „Darwin“)
Fallbeispiele aus der Praxis – Veränderungsbedarf?
Moderation: **Maik Herberhold**
Impuls: Fallbeispiel „Wer hat das Sagen?“ **Patrik Boerner**
- Forum II** (Raum „Newton“)
Rechtliche Aspekte
Moderation: **Christian Frese, Jörg M. Fegert**
Impuls: **Harald Vogel**
- Forum III** (Raum „Austen“)
Kontrollinstrumente, Schutzkonzepte und Beschwerdemanagement
Moderation: **Ulrich Krüger**
Impuls: **Manuela Stötzel, Margret Osterfeld**
- Forum IV** (Raum „Edison“)
Gefährdungsaspekte als Grund für Zwangsmaßnahmen – was ist eine Gefährdung?
Moderation und Impuls: **Michael Kölch, Bruno Pfeifle**
- Forum V** (Raum „Foyer“)
Geistige Behinderung
Moderation: **Klaus Hennicke**
Impuls: **Christiane Hawranek, Maria Kaminski**

16:00

Kaffeepause

16:15 – 17:00

Auswertung und Perspektiven – Diskussion im Plenum

Moderation: **Jörg M. Fegert, Ulrich Krüger**



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.



3. Workshop am 14.06.2016 in der Urania Berlin

An der Urania 17, 10787 Berlin

zum Projekt

**„Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland -
Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“**

gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Thema des 3. Workshops

**"Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung im
ambulanten Setting"**

PROGRAMM

- 10:00 Begrüßung, Einführung
Jörg M. Fegert, Ulrich Krüger
- 10:10 Vortrag I: Versorgungszahlen/Versorgungsdaten (Stadt-Land/Ost-West)
Bernhard Tenckhoff
- 10:40 Vortrag II: Versorgungsstrukturen, Qualität, Qualitätsanforderungen
Gundolf Berg
- 11:10 *Kaffeepause*
- 11:30 Panel 1: Versorgungspartner(-schaft)
Thomas Fischbach (Vertreter BVKJ), **Peter Lehndorfer** (Vertreter BPtK),
Christian Fricke (Vertreter DGSPJ), **Michael Kölch** (Vertreter
Institutsambulanzen, PiAs), **Antje Arnolds** (Vertreterin KJPD),
Reinhard Martens (Vertreter med. Versorgungszentren)

12:30 Vortrag 2: Bedarfsplanungssystematik

Bernhard Gibis

Julian Dilling

13:00 *Mittagspause*

13:45 Panel 3: „Ambulante Versorgung / Elternvertreter“

Moderation: **Ulrich Krüger**

Statements:

Michele Dunlap

Myriam Bea

Maria Kaminski

14:45 Parallelforen:

Forum I: Ambulante Kooperationsmöglichkeiten am Beispiel von Modellen und Verträgen

Moderation: **Michael Kölch**

Impuls: **Maik Herberhold**

Forum II: Versorgung von Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter (Weiterentwicklung und Desiderate)

Moderation: **Ullrich Raupp**

Impuls: **Edelhard Thoms**

Forum III: Versorgung von Kindern mit Intelligenzminderung

Moderation: **Gundolf Berg**

Impuls: **Gotthard Roosen-Runge & Frauke Reiprich**

Forum IV: Transition(salter)

Moderation: **Tobias Banaschewski**

Impuls: **Jörg M. Fegert**

Forum V: Zugangsprobleme in die ambulante Versorgung

Moderation: **Ute Mendes**

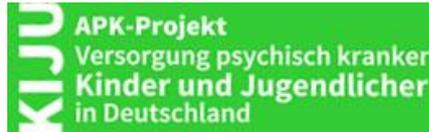
Impuls: **Klaus Seifried & Thomas Schirmer**

16:00 *Kaffeepause*

16:15- Auswertung und Perspektiven – Diskussion im Plenum
17.00



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

4. Workshop am 17.11.2016 in Berlin im AVZ-Logenhaus

zum Projekt

„Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“

gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

"Inklusion braucht Vernetzung"

PROGRAMM Stand 16.11.2016

- 10:00 **Begrüßung und Einführung**
Maik Herberhold, Michael Kölch, Ulrich Krüger
Grußwort: Bundesministerium für Gesundheit
- 10:20 **Thematische Einleitung**
Michael Kölch
- 10:40 **Vernetzung in Sachsen**
Claudia Eberhard
- 11:00 **Fallbeispiele zur Vernetzung**
Klaus Seifried
Maik Herberhold
- 11:30 *Kaffeepause*
- 11:50 **Vernetzung aus Sicht der Nutzer**
Patrik Boerner ADHS Deutschland e.V.
- 12:10 **Best Practice-Modelle**
Hans Willner, St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof

Rita Horvay, Kommunale Kinderlotsen Lüneburg

Wolfgang Schuppert, Jugendrehabilitation Herzogsägmühle

Sebastian Schlaich, Kompetenznetzwerk Autismus Bodensee-Oberschwaben

12:50

Mittagspause

13:45

Rechtliche Rahmenbedingungen für Behandlung und Teilhabe

Patrik Boerner

Michael Kölch

14:15

Parallelforen:

Forum I: Was brauchen Jugendhilfe und Schule von der Heilkunde?

Moderation: **Michael Kölch**

Impulsbeiträge:

Norbert Beck

Klaus Seifried

Forum II: Transitionsphasen

Moderation: **Maik Herberhold**

Impulsbeiträge:

Ute Meybohm

Wolfgang Schuppert

Forum III: Rechtliche Aspekte

Moderation: **Ulrich Krüger**

Impulsbeitrag:

Patrik Boerner

16:00

Kaffeepause

16:15 – 17:00

Auswertung und Perspektiven – Diskussion im Plenum

Michael Kölch, Ulrich Krüger



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Datenworkshop am 4. Februar 2016 in Berlin

PROGRAMM

Themenblock I: Allgemeine Daten zur Inanspruchnahme und psychischen Auffälligkeit

10.00 Begrüßung – **Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Prof. Dr. Michael Kölch, Ulrich Krüger**
Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenzen und Trends zu zwei Erhebungszeitpunkten. Ergebnisse aus der KiGGS-Studie
Dr. R. Schlack (RKI)

11.20 – 11.40 Uhr Kaffeepause

Routinedaten-basierte Auswertung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf Grundlage des VIPP-Datensatzes

Prof. Dr. F. Godemann (Alexianer)

KV-Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

D. Kurch-Bek (KBV)

Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Dr. T. Wessels (BPtK)

13.15 – 14.15 Uhr Mittagspause

Themenblock II: Ergebnisse Versorgungsforschung

Routinedaten-basierte Untersuchungen des Psychopharmaka-Gebrauchs bei Kindern und Jugendlichen: Möglichkeiten, Beispiele und Grenzen

PD Dr. O. Riedel, O. Scholle und C. Schröder (BIPS Bremen)

Zur Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in der Kinder- und Jugendhilfe

Prof. Dr. S. Walper (DJI)

Themenblock III: Besondere Gruppen – vorliegende Daten. Impulsreferate

„Welche Ergebnisse und Daten zur Versorgung *liegen* vor? Welche Daten benötigt man zur Versorgungsplanung?“

Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher

Dr. M. Menzel (Marienberg e.V.)

Freiheitsentziehende und unterbringungsähnliche Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. A. Naumann (Psychiatrische Klinik Lüneburg)

Suchtspezifische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. R. Thomasius (DZSKJ)

Eigene Datenerhebung im APK-Projekt - Vorstellung der geplanten Erhebungen

Diskussion

Welche Analysen müssen vertieft werden, welche Datenquellen sind nötig? Welche Arbeitsaufträge für das Projekt sind entstanden?

17.00 Fazit



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

in Kooperation mit:



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



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde



Gemeinsam für Kinder



BundesPsychotherapeutenKammer



Deutsche
TRAUMASTIFTUNG

Workshop der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

am 30.05.2016 in der Urania Berlin-Mitte

An der Urania 17, 10787 Berlin

Titel des Workshops

**„Psychische Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Kindern
und Jugendlichen“**

PROGRAMM

10:00	Begrüßung und Einführung Ulrich Krüger
10:05	Bundesministerium für Gesundheit Thomas Stracke
10:15	Einleitung Jörg M. Fegert

10:40

Panel 1: „Dimensionen und Zuständigkeiten“

Moderation: **Jörg M. Fegert**

Vertreterinnen und Vertreter:

- Sicht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Jörg Holke

- Sicht des Thüringer Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport

Martina Reinhardt

- „Situation der unbegleiteten Minderjährigen im Asylverfahren“

Ursula Gräfin Praschma

- „Geflüchtete Kinder und Jugendliche in der Schule – Aufgaben der Schulpsychologie“

Klaus Seyfried

11:00

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Parlamentarische Staatssekretärin

Gabriele Lösekrug-Möller

danach

Fortsetzung Panel 1

12:00

Kaffeepause

12:20

Panel 2: „Praxisansätze“

Moderation: **Michael Kölch**

Vertreterinnen und Vertreter:

- SHG-Klinik Saarland (Saarland-Heilstätten GmbH), **Eva Möhler**
- Deutsches Komitee für UNICEF, **Kerstin Bücker**
- DGKJP, **Tobias Banaschewski**
- DGPPN, **Meryam Schouler-Ocak**
- Bundespsychotherapeutenkammer, **Peter Lehndorfer**
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, "Curriculum Middle East"

Monica Blotevogel

13:15 *Mittagspause*

14:00 **„Methoden und Instrumente“**
„Erfassung des Mental-Health-Status bei Geflüchteten“
Heike Hölling / Kathrin Klipker
„Screening-Instrumente“
Miriam Rassenhofer, Thorsten Sukale, Paul Plener, Jörg M. Fegert

14:45 *Kaffeepause*

15:00 **Forum I: Erstbehandlung und Behandlung**
Moderation: Jörg M. Fegert
Impulse:
„Methoden und neue Ansätze der Erstbehandlung“
Eva Möhler
„Psychisch kranke geflüchtete Kinder und Jugendliche – Gehört Psychotherapie zur Erstbehandlung?“
Peter Lehndorfer

Forum II: Prävention, Resilienzförderung, Stärkung der Helfer
Moderation: Michael Drechsler
Impulse:
FIBW, **Harmut Quehl**
Universität Ulm, **Thorsten Sukale**

Forum III: Erstaufnahme-Einrichtungen
Moderation: Michael Kölch
Impuls:
BFZO, **Fanja Riedel-Wendt**
UKE, **Monica Blotevogel**

16:30 – 17:00 **Auswertung und Perspektiven – Diskussion im Plenum**

KURZBERICHT

Thema	Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse (KiJu BB)
Schlüsselbegriffe	Psychisch kranke Kinder und Jugendliche, Versorgungssituation, Bedarfsanalyse
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit, Referat 314 Psychiatrie, Neurologie, Pädiatrie
Auftragnehmer(in)	Aktion Psychisch Kranke e.V.
Projektleitung	Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Prof. Dr. Michael Kölch, Ulrich Krüger
Beginn	01.11.14
Ende	31.12.16

Vorhabensbeschreibung, Arbeitsziele

Im Rahmen des Projekts wurde eine Bestandsaufnahme der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland sowie eine Bedarfsanalyse durchgeführt. In den Projektergebnissen werden primär die ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation sowie sonstige Leistungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach SGB V beschrieben. Ein Schwerpunkt der Bestandsanalyse liegt in der Untersuchung der Verzahnung zu weiteren Leistungsbereichen wie z. B. der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Weiterhin wurden im Bereich der Jugendlichen und jungen Erwachsenen Aspekte der Transitionsproblematik in die Erwachsenensysteme und die Übergänge in Arbeit untersucht. Darüber hinaus wurden Unterschiede des regionalen Versorgungsangebots untersucht und mit Besonderheiten des Bedarfs abgeglichen.

Bei der Erstellung der Studie waren wesentliche Akteurinnen und Akteure der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung einbezogen.

Die Sozialgesetzbücher V und IX schreiben vor, den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen. In diesem Zusammenhang fehlt eine bundesweite Analyse der Angebote für und Bedarfe von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Diese soll nach Wunsch des Bundesministeriums für Gesundheit zweistufig geleistet werden. Mit dem Projekt KiJu BB wird die Analyse vollzogen. Die Ergebnisse sollen die Grundlage für Empfehlungen zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung bieten, die in einem weiteren Schritt formuliert werden sollen.

Durchführung, Methodik

Die Bestandsaufnahme der bestehenden Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland wurde über Sekundäranalysen, eigene quantitative und qualitative Erhebungen, Gespräche mit Expertinnen und Experten sowie Treffen einer themenübergreifenden Kommission aus Expertinnen und Experten vorgenommen und vor dem Hintergrund der epidemiologischen und gesellschaftlichen Entwicklungen sowie dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse analysiert.

Gender Mainstreaming

Im gesamten Projekt wurde darauf geachtet, dass sowohl die Situation der Jungen als auch die der Mädchen bzw. der jungen Männer und Frauen betrachtet werden. Bei den Sekundäranalysen und Literaturübersichten ist dieser Anspruch von der bestehenden Datenlage abhängig. Damit Gender-Unterschiede aufgedeckt werden konnten, wurden Gender Mainstreaming Aspekte bei der Durchführung eigener Datenerhebung umso gründlicher berücksichtigt.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Die Analyse hat insgesamt bestätigt, dass ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland besteht. Die Interdisziplinarität und Angebotsdifferenzierung bedeutet auch, dass zum Teil unterschiedliche Sozialsysteme an der Versorgung mitwirken, verschiedene fachärztliche Gruppen beteiligt sind und ambulanter und stationärer Sektor im Bereich des SGB V involviert sind. Neben den positiven Aspekten der großen Bandbreite an Versorgungsmöglichkeiten entsteht für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Familien jedoch auch die Problematik von Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern; Zugangswege zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen können z. B. aufgrund von Schnittstellenproblemen erschwert werden. Auch gibt es sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten. Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigt sich eine hohe Dichte in Ballungsräumen, während auf dem Land die Versorgung eher gering ist. Schnittstellenprobleme und ein Mangel an Verfügbarkeit evidenzbasierter Behandlungsangebote zeigen sich auch bei besonders vulnerablen Gruppen wie zum Beispiel traumatisierten Kindern und Jugendlichen, geflüchteten Kindern, Kindern mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Vorgeschichte und Kindern aus Hochrisikokonstellationen wie Kinder psychisch kranker Eltern. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen sind außerdem eine Personengruppe, die im Rahmen der Behandlung ein höheres Risiko hat, Zwangsmaßnahmen zu erfahren. Die Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass sich die Praxis in den Bundesländern bezüglich der Erfassung von Zwangsmaßnahmen sehr heterogen gestaltet und dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Behandlung, insbesondere bei Zwangsbehandlung, nach der zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtsauslegung nicht ausreichend verankert sind. Diese und weitere Aspekte wie Medikamentenverschreibung und Forschung zu Wirkung und Wirksamkeit verschiedener Versorgungsformen wurden im Projekt beleuchtet und neben der quantitativen Versorgungssituation auch die Verzahnung der Leistungen, der Zugänglichkeit, der Zielgruppenerreichung und der Behandlungsergebnisse aufgezeigt.

In einem Folgeprojekt sollen durch Empfehlungen einer Kommission aus Expertinnen und Experten zur Prävention seelischer Störungen und zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher verbesserte Grundlagen für Entscheidungsträger in allen relevanten Bereichen auf verschiedenen Ebenen geschaffen werden.

Aus dem Projekt sind folgende Publikationen hervorgegangen:

Franke, C., Fegert, J.M., Krüger, U. & Kölch, M. (2016). Übersichtsarbeit: Prävalenzen zur Verordnung von Psychoanaleptika und Psycholeptika bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 44, 1-16.

Plener PL, Groschwitz RC, Franke C, Fegert JM, Freyberger HJ (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 63 (3):181-186.

Verwendete Literatur

Fegert JM, Ziegenhain U, Kölch M, Plener PL (2016). Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. in Schröder/Struck/Wolff (Hrsg.). Handbuch Kinder- und Jugendhilfe, Beltz Verlag, 2. Aufl., Weinheim Basel.

Kessler RC¹, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry. 2007 Jul;20(4):359-64.

Kölch M, Keller F, Kleinrahm R, Fegert JM (2007). Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. Prävention und Rehabilitation. Zeitschrift für umfassende Vorbeugung und Behandlung chronischer Krankheiten 19(1), 8-18.

Kölch M, Plener PL (2016). Pharmacotherapy in Psychiatric Disorders of Children: Current Evidence and Trends. Pharmacopsychiatry. 49 (6):219-225.

Plener PL, Straub J, Fegert JM, Keller F (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern – Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. Nervenheilkunde. 34 (1-2):18-23.